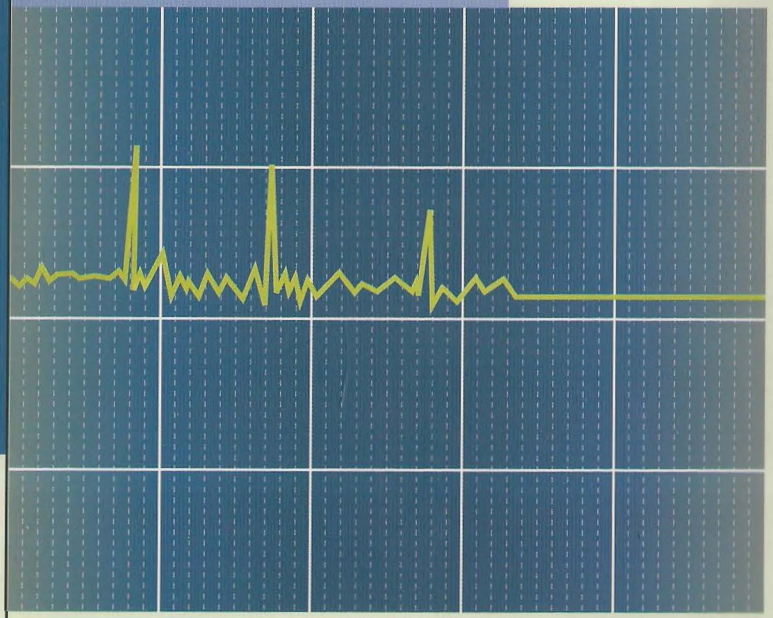
GENİŞLETİLMİŞ
3. BASKI

Sağlığın Politik Ekonomisi

Sosyal Devletin Çöküşü

İLKER BELEK



Yazılama

SAĞLIĞIN POLİTİK EKONOMİSİ

İLKER BELEK

Sağlığın Politik Ekonomisi

-Sosyal Devletin Çöküşü-

Yazılama Yayınevi: 24
Teorik Bakış: 4

Sağlığın Politik Ekonomisi

-Sosyal Devletin Çöküşü-

İlker Belek

Kapak Tasarımı
Gökçe Erbil / Heval Deniz Çakıcıoğlu

Üçüncü Baskı
Mart 2009

Önceki Baskılar
2001 (Sorun Yayınları)
1994 (Sorun Yayınları)

© Yazılama Yayınevi
© İlker Belek

ISBN
978-605-5892-13-5

Baskı
Kayhan Matbaacılık
Güven San. Sitesi C Blok No: 244
Topkapı - İSTANBUL (0212 576 01 46 / 0212 612 31 85)

İrtibat
Yazılama Yayınevi Hizmetleri Ltd. Şti.
Osman Ağa Mah. Kırtasiyeci Sok. Banu Han.
No:22/2
Kadıköy – İSTANBUL

0 216 338 52 59
www.yazilama.com
yazilama@yazilama.com

Sağlığın Politik Ekonomisi

-Sosyal Devletin Çöküşü-

İlker Belek

Yazılama

İÇİNDEKİLER

Üçüncü Baskı İçin Önsöz **13**

İkinci Baskı İçin Önsöz **17**

İlk Baskıdaki Teşekkür **21**

I. Üretim ve Sağlık Hizmeti Üretimi **23**

A. Üretim Nedir ? 23

1. İnsanlaşma, Toplumsallaşma ve Üretim 23

2. Üretim Sürecinin Öğeleri 25

3. Üretim İlişkileri 27

4. Sömürü ve Artı-Ürün 28

B. Kapitalizm 30

1. Kapitalist Üretim İlişkileri 30

2. Kapitalist Sömürü 35

3. Değer ve Artı-Değer 36

C. Sağlık Hizmetinin Ekonomi Politiği 39

1. Sağlık ve Sağlık Hizmetinin Ekonomik Yapı ile İlişkisi ... 40

1.1. Ekonominin Sağlık Üzerindeki Etkisi 40

1.2. Ekonominin Sağlık Sektörü Üzerindeki Etkisi 44

1.3. Sağlık Sektörünün Ekonomi Üzerindeki Etkisi 45

1.4. Sağlığın Ekonomi Üzerindeki Etkisi 46

2. Sağlık Hizmeti Üretimi 47

2.1. Sağlık Hizmeti 47

2.2. Sağlık Hizmeti Üretiminde Emek Nesneleri 48

2.3. Sağlık Hizmeti Üretiminde Emek-Gücü 48

2.4. Sağlık Hizmeti Üretimindeki Emek Araçları 49

3. Emek-Gücünün Değeri ve Sağlık Hizmeti 50

4. Sağlık Hizmeti İçin Ayrılacak Fonlar Nasıl Belirlenir? 54

4.1. Toplumsal Zenginliğin Değerlendirilişi 54
4.2. Sağlık İçin Fon Oluşturmanın Politik Ekonomisi 56
5. Sağlık Hizmeti ve Değer Yasası 62
5.1. Sağlık Hizmeti ve Değer Üretimi 62
5.2. Sağlık Hizmetinin Değeri 65
5.3. Sağlıkta Rant 68

II. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri 73
A. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanını İncelerken Kullanılacak Temel Kavramlar 73
B. Sosyal Güvenlik Politikaları 98
1. Sosyal Güvenlik Kavramının Tanımı 100
2. Başlıca Sosyal Güvenlik Sistemleri 101
2.1. Sosyal Sigorta Sistemi 101
2.2. Sosyal Yardım 101
2.3. Genel Bütçeden Finanse Edilen Yararlanımlar 102
2.4. Gelecek Bakım Fonları 102
3. Sosyal Güvenliğin Gelişimi 102
4. Sosyal Güvenlikte Maliyet ve Kaynaklar 104
C. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı 106
1. Sağlık Hizmetlerinde Finansmanın Organizasyonu 109
2. Sağlık Hizmetlerinde Fon Oluşturma İlkeleri 112
3. Sağlık Hizmetlerinde Fon Oluşturma Teknikleri 113
3.1. Varsayılan Vergiler 113
3.2. Sosyal-Zorunlu-Kamu Sağlık Sigortası 115
3.2.1. Zorunlu sigortada yapılması gereken temel tercihler 116
3.2.2. Zorunlu sigortacılığın özellikleri 119
3.2.3. Zorunlu sağlık sigortasının sağlık finansmanı üzerindeki etkileri 121
3.3. Cepten Ödemeler – Kullanıcı Ödentileri 124
3.4. Özel Sigorta 125
3.5. Patrona Dayalı Sigorta 126

3.6. Çok Kaynaklı Fonlar 127
4. Fon Oluşturma Seçeneklerinin Ağırlıklandırılması 129
5. Sağlık Hizmetlerinde Ödeme Sistemleri 131
5.1. Hekim Ödeme Sistemleri 131
5.1.1. Hekimlerde Geriye Dönük Ödeme Sistemleri 134
5.1.2. Hekimlerde İleriye Dönük Ödeme Sistemleri 135
5.2. Hastane Ödeme Sistemleri 137
5.2.1. Hastanelerde İleriye Dönük Bütçeleme 139
5.2.2. Hastanelerde Hizmete Dayalı Ödeme 140
6. Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti 141
7. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Karşılaşılan Sorunlar ... 142
8. Sağlık Harcamalarının Yorumlanmasında Kullanılan Göstergeler 143
9. Sağlık Harcamalarına İlişkin Verilerin Elde Edilebileceği Kaynaklar 144
10. Sağlık Harcamalarının Düzeyini Etkileyen Faktörler 145
D. Kapitalist Ekonomide Sağlık Hizmetini Diğer Mallardan Ayıran Özellikler 147
1. Talepteki Belirsizlik 150
2. Tüketici Bilgisizliği 150
3. Tekelleşme 151
4. Dışsal Etkiler – Dışsallık 151

III. Sağlık Finansman Sisteminden Sağlık Sistemine: Sağlık Sistemlerinin Finansman Açısından Sınıflandırılması 155
1. Sağlık Sistemlerinin Ülkelerin Ekonomik Durumu ve Sağlık Sisteminin Sosyopolitik Niteliklerine Göre Sınıflandırılması . 158
2. Sağlık Sistemlerinin Devletin Üstlendiği Sorumluluk Çerçevesinde Sınıflandırılması 162
2.1. Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri 162
2.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri 162
2.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri 163

2.4. Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri..... 163
3. Sağlık Sistemlerinin Kamu ve Özel Sektör İlişkisi Çerçevesinde Sınıflandırılması..... 165
4. Sağlık Sistemlerinin Tahsisat ve Ödeme Mekanizmalarının Dikkate Alınmasıyla Sınıflandırılması.. 169
4.1. İsteğe Bağlı-Özel Cepten Ödeme Modeli..... 169
4.2. İsteğe Bağlı-Özel Geri Ödeme Modeli..... 170
4.3. Kamu Geri Ödeme Modeli..... 170
4.4. İsteğe Bağlı-Özel Sözleşme Modeli..... 171
4.5. Kamu Sözleşmesi Modeli..... 171
4.6. İsteğe Bağlı-Özel Entegre Model..... 172
4.7. Kamu Entegre Modeli..... 172
5. Sağlık Sistemlerinin Sağlık Finansman Sisteminin Yapısına Göre Sınıflandırılması..... 174
5.1. Bismarkçı Sağlık Sistemleri..... 174
5.2. Halen Sigorta Sistemine Geçiş Yapan Sağlık Sistemleri... 175
5.3. Vergiye Dayalı (Beveridgeci) Sağlık Sistemleri..... 175
5.4. Bismarkçı Sistemden Beveridge Sistemine Geçiş Yapan Sağlık Sistemleri..... 176
5.5. Sosyalist Sağlık Sisteminden Bismarkçı Sisteme Geçiş Yapan Sağlık Sistemleri..... 176

IV. Ülkelere Göre Sağlık Finansman Sistemleri.....179
1. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)..... 179
1.1. Genel Yapı..... 179
1.2. Birinci Basamak..... 181
1.3. Hastaneler..... 182
1.4. Hekimler..... 184
1.5. Amerika'da Sağlık Güvencesi..... 185
1.6. Sağlık Hizmeti Üretimi Organizasyonları..... 191
1.7. Sağlık Harcamaları..... 195
1.8. Sistemi Organize Etmeye Yönelik Çabalar..... 201

2. İngiltere 203
2.1. Genel Yapı 203
2.2. Hastaneler 214
2.3. Hekimler 217
2.4. Genel Pratisyenlik Hizmetleri 218
2.5. Kamu Sağlığı Hizmetleri 220
2.6. İngiltere'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı 221
2.7. Sağlık Harcamaları 228
2.8. Özel Sağlık Sektörü ve Özel Sigortalar 230
3. Almanya 232
3.1. Genel Yapı 232
3.2. Hastaneler 239
3.3. Hekimler 240
3.4. Kamu Sağlığı Hizmetleri 242
3.5. Birinci ve İkinci Basamak Ayaktan Tedavi Hizmetleri 242
3.6. Finansman 244
3.7. Sağlık Harcamaları 257
4. İsveç 261
4.1. Genel Yapı 261
4.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 269
4.3. Kamu Sağlığı Hizmetleri 271
4.4. Hastaneler 271
4.5. Hekimler 273
4.6. İsveç'te Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı 274
4.7. Sağlık Harcamaları 281
5. Bulgaristan 283
5.1. Genel Yapı 283
5.2. Hastaneler 287
5.3. Birinci ve İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri 288
5.4. Sağlık Personeli 289
5.5. Halk Sağlığı Hizmetleri 290
5.6. Finansman ve Sağlık Harcamaları 290
5.7. Sağlık Reformları 296

V. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanındaki Yeni Gelişmeler 299
A. İkinci Dünya Savaşı Sonrası Gelişmeler 299
1. Genişlemenin Politik Ekonomisi 299
2. İkinci Dünya Savaşı Sonrasında Merkez Kapitalist Ülkelerin Durumu 306
3. Çevre Ülkelerde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları ...321
B. Sağlık Sistemlerindeki Yeni Gelişmeler 332
1. Gelişmelerin Ana Yönü ve Değişimi Uyaran Dinamikler .. 332
2. Reformların Etkilerini Değerlendirmek İçin
3. Kullanılan Göstergeler 342
2.1. Tahsisat Verimliliğiyle İlgili Göstergeler 343
2.2. Teknik Verimlilikle İlgili Göstergeler 345
2.3. Ulaşımsal Eşitlik Göstergeleri 346
2.4. Finansal Eşitlik Göstergeleri 347
2.5. Finansal Sürdürülebilirlik Göstergeleri 348
4. Sağlık Sistemlerinde, Sağlık Finansmanında Yeni Gelişmeler: Uygulamaları, Sonuçları 349
3.1. Sağlık Bakanlığı Yapısının Yeniden Düzenlenmesi 349
3.2. Kaynakların Artırılması 352
3.3. Yeni Kaynakların Geliştirilmesi 353
3.4. Yabancı Kaynak Desteği 353
3.5. Kaynaklarla Gereksinimler Arasındaki Farkın Kapatılması 354
3.6. Kaynak Kullanımının Rasyonalizasyonu 355
3.7. Kullanıcı Ödentileri 356
3.8. Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplum Finansmanı ... 362
3.9. Özelleştirme 370
3.10. Özel Sağlık Sigortası 385
3.11. Kamu (Sosyal) Sağlık Sigortası 391
3.12. Desantralizasyon 396
3.13. Kamu Hizmetlerinde Finansmanla Üretimin Ayrılması: Sözleşme Modeli 404

3.14. Maliyetin Sınırlanması 416
3.15. Hastanelerin Yeniden Yapılandırılması 429
3.16. Düşük Öncelikli Alanlara Yapılan Harcamaların Kısıtlanması 433
3.17. Verimliliğin Artırılması 433
3.18. Performansa Göre Ücretlendirme 434
C. Sağlık Sistemlerindeki Ve Finansmanındaki Yeni Gelişmeler İçin Genel Çerçeve 439

VI. Kapitalizm Soru(n)larını Çözebiliyor mu ? Ve Sosyalist Seçenek 447
A. Sağlık ve Sağlık Sistemi Nereye ? 447
B. Yeni Yönelimlere İlişkin Soru(n)lar ve Kapitalizmin Başarı Olasılığı 453
C. Sosyalist Bir Seçenek Neler Sunar ? 460

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanını İncelerken Kullanılacak Temel Kavramlar 472

Tablo, Grafik ve Şekiller Dizini 474

Kaynakça 479

Üçüncü Baskı İçin Önsöz

1994, 2001 ve şimdi de 2009. Ritmik bir tempoyla üçüncü baskı elinize ulaşmış durumda. Ancak belirtmek gerek, okur benden daha hızlı. Baskı tükendikten üç dört yıl sonra yenileyebiliyorum.

İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki sosyal devlet açılımı; sağlık hizmetlerinin, özellikle merkez kapitalist ülkelerde, kamulaştırılmasını sağlamıştı. Merkezde oluşan bu dalga hem pratik hem de ideolojik ve teorik olarak çevre ülkeleri de etkisi altına almıştı. O dönemde sağlık hizmetlerinde özel sektörün hareket alanı son derece sınırlıydı. Bu rahatlık tamamen sınıf savaşımının düzeyi ve savaş sonrasında kapitalist dünya sisteminin içine girdiği uzun genişleme dalgasıyla ilişkiliydi.

Sonra 1970'lere gelindi. Artık, geçen 25-30 yıl boyunca emekçi sınıflar sisteme her bakımdan entegre olmuşlar, kendilerine verilenle yetinmeyi kabullenmişlerdi. Üstelik o dönemin tam sonunda dünya sosyalist sistemi de çöktü. Bu çöküş işçi sınıfının elindeki bütün somut dayanak noktalarının, umutların da yitip gitmesi anlamına geliyordu. Öte yandan, uzun genişleme döneminin nefesi de tükenmiş, ortalama kâr oranları düşmeye ve kapitalizm bu kez uzun erimli daralmaya başlamıştı. Sosyal devletçi sağlık paradigması bu koşullarda geçerliliğini yitirdi. Yerine kamusuz, devletsiz, haksız, güvencesiz, dayanışmasız, özelleştirilmiş, piyasalaştırılmış, rekabetçi, yarışmacı neoliberal sağlık paradigması geçirilmeye başlandı. Bu operasyon 1980'li yıllarda kendisini gösterdi, 1990'larda ergenlik dönemine girdi.

2000'li yıllardan itibaren neoliberal saldırının yetişkinlik dönemini yaşadığını söyleyebiliriz. Dünyanın hemen bütün bölgelerinde tipik piya-

sacı değişimi gözle görünür biçimde fark etmemek olanaksız. Sağlık kurumlarının özelleştirilmesinin önündeki engel neredeyse yine piyasanın kendisi. Piyasa kapasitesi oluşmadığı için, çevre ülkelerde özelleştirme istenilen ölçüde gerçekleştirilemiyor. Ancak bu kısıtlılık, bu terk edilmiş bölgelerde sistemin piyasaya açılamadığı anlamına da gelmiyor. Aslında 1990'ların sonundan itibaren karşı taraf, sağlıktaki piyasa mekanizmalarını zenginleştirmekle uğraştı, bunda da epey başarılı oldu.

"İç Piyasa" denilen olgu tam da budur. Kamu kurumlarının yönetsel açıdan değişime tabi tutularak işletmeleştirilmesi, işletmelerin bir piyasa ortamında yeniden şekillendirilmesi, rekabet, rekabetin yalnızca işletmeler arasında değil, aynı zamanda insan-gücü düzeyinde tesis edilmesi, performans kriterlerinin oluşturulması, kurumların ve insan-gücünün bu kriterlere göre sıkı takibe alınması, ödeme mekanizmalarının değiştirilmesi, iş güvencesinin ortadan kaldırılması, işte bunlar iç piyasa gerçeğinin temel bileşenleridir.

Artık kamu sağlık kurumlarının doğrudan özelleştirilmesinden (özelleştirme sonrasında artan eşitsizliklere karşı gelişen insani tepkiler ve piyasa mekanizmasının içindeki olanaksızlıklar nedeniyle) daha az söz ediliyor belki ama, sistem bütünüyle piyasa kurallarına tabi kılınmış durumda. İnsani değil, iktisadi kurallar, sistemi ve sistemin içindeki aktörleri yönlendiriyor. Sağlık hakkı değil, sorun çıktığında söz konusu edilen sağlık "gereksinimi" politikaların zeminindeki değerler sistemini oluşturuyor.

Özellikle 2000'li yıllardaki temel politik yönelim iç piyasacı düzenlemelerdir. Bunlar Afrika'da bile geçerlidir. Örneğin, bugün, bir yanda dünyada en kısa yaşam umudu süresine sahip Sierra Leone'de, öbür yanda ise İngiltere'de performansa dayalı ücretlendirmenin hekimlerin davranışlarını nasıl etkilediğine ilişkin araştırmalar yapılmaktadır.

Benim bu kitabın üçüncü baskısını hazırladığım dönemin son günlerinde dünya kapitalist sistemi çok ciddi yeni bir ekonomik-mali krizin içinde debeleniyordu. Aslında olaylar 2007 baharında başlamıştı. Ancak Eylül 2008'de tam bir kriz havası hakimdi. Amerika ve Avrupa'da pek çok yatırım ortaklığı, banka battı, bir kısmına devletler el koydu, bir kısmını da daha güçlü mali tekeller yuttu, borsalar neredeyse çöktü. Bugünlerde her-

kes krizin ne kadar derinleşeceğini tartışıyor. Ancak fırtınanın uzun süre daha devam edeceği, orta ve uzun erimdeyse yerini ciddi bir daralmaya bırakacağı ortada. Bütün bunların sağlık alanındaki önemi, özelleştirmeci ve piyasacı saldırının şiddetlenerek devam edecek olmasıdır. Süreç içinde sağlık hizmetleri (bütün bileşenleriyle) daha fazla oranda ve doğrudan biçimde paralılaştırılacak, katkı payları, sigortalı payları, vb. daha çok devreye sokulacaktır. Sağlık emekçileri ise işsizliğin, ücretlerin düşürülmesinin, çalışma süresinin uzatılmasının pençesinde kıvranacaklar.

Sovyetler Birliği çöktükten sonra pek çok yazar soğuk savaş döneminin de kapandığını müjdeliyor ve kapitalizmi, piyasayı kutsuyordu. Gelinen nokta yine krizler ve çözüm için de emekçi sınıflara dizginsiz saldırıdır. Bugünlerde burjuva yazarların Marks'ı hatırlamaları manidardır.

2000'li yıllarda, aynı zamanda, piyasacı sağlık politikalarının eşitsizlikçi etkileri de çok net biçimde ortaya çıktı. Nerede para hüküm sürüyorsa, orada sağlık hakkı ihlal ediliyor, yoksullar bu haktan mahrum bırakılıyor ve eşitsizlikler artıyor.

Bütün bunlar bir kez daha halk sağlığı ve halkın sağlık hakkı için sosyalizmin garantör olduğunu gösteriyor. Nitekim, Küba, halen, halkçı politikalarını sürdürüyor, sağlıktaki performans açısından dünya liderliğini koruyor, kriz atmosferinden hiç etkilenmeden devlet bütçesinin yaklaşık dörtte birini sağlık için kullanıyor ve piyasacı politikalara hiç prim vermiyor.

İkinci baskının önsözünde de belirttiğim gibi, kitabın amacı sağlık sistemine ve sistemdeki değişime Marksist politik ekonomi perspektifiyle ışık tutmaktır. Üçüncü baskı da altı bölümden oluşuyor. Bu baskı için bazı bölümlerde yine önemli değişiklikler yaptım. Birinci bölüm genel politik ekonomi içerikli olduğu için hemen hemen aynen kaldı. İkinci bölümde yer alan sağlık hizmetlerinin ekonomik analiz tekniklerini genişleterek, yeniledim. Yine aynen kalan üçüncü bölüm sağlık sistemleri teorisiyle ilgili. Esas değişiklikler dördüncü ve beşinci bölümlerde oldu. Dördüncü bölümde, piyasacı politikaların etkilerini ortaya çıkarmak açısından incelediğim ülkeleri beşle sınırladım: ABD, İngiltere, Almanya, İsveç ve Bulgaristan. İkinci baskıda yer verdiğim Kanada ve Japonya'yı bu kez dışarıda tuttum. Bunun nedeni kitabın hacminin aşırı derecede

kabarmasıdır. Bulgaristan'ı ise bu baskıya özellikle almayı tercih ettim. Çünkü sosyalizmin artığı bir ülke ve saldırının en iğrenç biçimde gerçekleştiği bir eski sosyalist ülke. Üstelik orada yaşanan değişim, belli ölçülerde, Türkiye'de yeni yeni gerçekleştirilmeye başlananla ileri derecede benzerlik gösteriyor: Özellikle aile hekimliği ve genel sağlık sigortası başlıklarında. Diğer dört ülkeyi tercih nedenimi ikinci baskı önsözünde yazmıştım: Amerika patron ve sağlık sisteminin en fazla derecede özelleştirilmiş olduğu merkez kapitalist ülke. İngiltere, Thacther'a kadar en kamucu sağlık sistemine sahip ve ulusal sağlık sisteminin ilk kez inşa edildiği merkez kapitalist ülke. Almanya sigorta modelinin ortaya çıktığı ülke. İsveç ise bizdeki ortalama solcuların pek imrendiği sosyal demokrasi ülkesi. Hepsini, kitabın hacim sorununa dikkat ederek, somut verilerle yeniledim. Beşinci bölüm piyasacı politikaların ayrıntılı olarak ele alındığı yer. Altıncı ve son bölümde ise, tartıştıklarımı, eşitlikçi ve kamucu bir toplumsal bağlamda, sosyalizme açılan politik bir önerme oluşturacak şekilde ele alıyorum.

Sağlıkta eşitlik ve hak birer mücadele başlığıdır. Mücadelenin öznesi işçi ve emekçi sınıflardır. Bu mücadele bir yandan genel toplumsal-siyasal mücadelenin parçasıdır, bir yandan da onu tetikler. Aynı dileğimi yineleyerek bitireyim: Umarım bu çalışma bu mücadeleye ve halk sağlığı bilimine katkıda bulunur.

İlker Belek
Ocak 2009

İkinci Baskı İçin Önsöz

Bu kitabın ilk baskısı yedi yıl önce yayımlandı ve iki üç yıl içinde de tükendi. Talep olmasına karşın ikinci baskısını ancak hazırlayabiliyorum. Aradan geçen süre içinde, kitabın kendisine konu edindiği alanla ilgili pek çok olay yaşandı.

Kitabı yazarken amacım kapitalist ekonomik, toplumsal sistemle sağlık ve sağlık sistemleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymak, sağlık sistemlerindeki değişimi kapitalizmin politik ekonomisi zemininde incelemek ve toplum sağlığı ile sağlık sistemlerinde eşitlikçi bir yapılanma açısından gerekli sosyal, siyasal, ekonomik koşulları belirlemekti. Sağlık alanı kapitalist ekonomide özel bir yer tutar. Epeyce uzun bir zamandır sağlığın doğuştan kazanılmış bir hak olarak tanımlanması, kapitalizmin döngüsel krizleri içinde sağlık hizmetlerine yönelik kısıtlamaların toplum tarafından olumsuz nitelikli politik müdahaleler olarak algılanmasına yol açmaktadır. O nedenle sağlık hakkında kısıtlama anlamına gelebilecek her tür girişim, en azından Batılı ülkelerde halkın geniş tepkisini çeker. Bununla birlikte özellikle son 20 yıldır bütün kapitalist ülkelerde yaşanan şey, sağlık sistemlerinin liberalizasyonu ve özelleştirilmesi yönündeki değişiklikler olmuştur. Kapitalist sistem 1970'lerden beri içine girdiği döngüsel uzun dönemli krizini yaşarken, kâr oranlarını artırmak açısından bütün sosyal harcamaları sınırlamaya ve sosyal sektörleri piyasaya açarak sermayeye yeni yatırım alanları yaratmaya yönelmiştir. Toplumun tepkisini çeken bu gelişmeyi kapitalizmin çaresizliğiyle açıklamak uygun olur. Kapitalizm çaresiz biçimde sağlık hakkına saldırırken, krizine çözüm üretmeye çalışmaktadır. Bu süreçte ideolojinin özel bir misyonu var-

dır. İdeoloji burada, liberal, piyasacı düzenlemelerin, kalite ve verimliliği artıracağı tezini topluma kabul ettirmeyi hedefler.

Kitabın ilk baskısında çeşitli saptamalar yapılmış ve tezler ileri sürülmüştü. Örneğin Dünya Bankası'nın öncülüğünde oluşturulup, Dünya Sağlık Örgütü'nün taşeronluğunda uygulanan ve adına da "sağlıkta reform" denilen yapısal değişikliklerin esas olarak sağlık sistemlerini piyasalaştıracak müdahaleler olduğu belirtilerek, bu müdahalelerin savunulduğu gibi eşitlikçi ve verimli sonuçlar doğurmayacağı ileri sürülmüştü. Bunlar söylenirken reform süreci henüz yeni başlamıştı ve ben ancak 1990'ların başlarındaki literatürü kullanabilmiştim. O zamanın literatüründe reform politikalarının etkilerinin zaman içinde gözlenmesi gereğinden de söz edilirdi. Şimdi aradan yaklaşık 10 yıllık bir zaman geçmiş bulunuyor. Bu süreç içinde yaşanan deneyimler ve biriken veriler ilk baskıda yapılan saptamaların doğruluğunu kanıtlamaktan başka bir işe yaramadı. Sağlık sistemlerindeki bütün hedef; devletin, kamunun küçültülmesi, sağlık sistemi içine piyasa ilişkilerinin sokulması, rekabet yaratılması, sözleşmelere dayalı işletme yapısının geliştirilmesi ve özelleştirmedir. Bütün bunlar sağlık hizmeti kullanımı bakımından toplumsal gruplar arasındaki farklılıkları artırmış, verimliliği azaltmıştır. Esasen piyasanın kendisi eşitsizlik ve verimsizliğin vasatıdır. Piyasa kâr güdüsüyle çalıştığı ve eşitsizleri paraları kadar ilişkiye soktuğu için eşitsizlikçidir. Piyasa ve rekabet toplumsal kaynakları gereksiz reklam, tanıtım masraflarına ve tüketime yönlendirdikleri, sistemi çok başlılaştırıp, yönetim maliyetlerini artırdıkları için de verimsizliğin nedenidirler.

Kitaptaki bir diğer temel tez eşitlik ve verimlilik açısından sosyalizmin kesinlikle gerekli olduğu idi. Kanımca zaman bunun da doğruluğunu göstermiştir. Öncelikle sosyalist ülkelerin 1980'lerin sonlarındaki çöküşü sonrasında, bu ülkelerde hem toplumsal sağlık düzeyi belirgin biçimde gerilemiş; hem de kamunun dağıtılmasıyla piyasaya terk edilen sağlık sistemleri tam anlamıyla eşitsiz bir karakter kazanmıştır. Bugün eski sosyalist ülkelerde sağlık güvencesi olan nüfus son derece sınırlıdır, olduğu kadarıyla da sağlık güvencesi pek çok sağlık hizmetini kapsam dışında bırakmakta, bu da hastalananların cebinden önemli miktarda para çık-

masına neden olmaktadır. Liberalizasyonun, özelleştirmenin, piyasanın, kapitalizmin eski sosyalist ülkelerde yol açtığı; yıkımdan başka bir şey değildir. Dünya tarihinde ilk kez, sosyalizmin yıkımı sonrasında Rusya'da beklenen yaşam süresi kısalmıştır. Bütün bunlar sağlık ve sağlık hizmeti ile sosyalizm arasındaki olumlu ilişkiyi tersten kanıtlayan veriler olarak ele alınabilirler. Aynı ilişkiyi düzden görmek için Küba'ya bakmak gerekir. Bilindiği gibi Küba sosyalist devrimini gerçekleştirdiğinden beri yoğun biçimde ABD emperyalizminin ablukası altındadır. Abluka özellikle 1990'ların başlarında iyice artırılmıştır. Buna karşın, kişi başı geliri ancak 1000 Dolar kadar olan Küba'nın toplumsal sağlık düzeyi, kendisini kuşatan ve kişi başı yıllık geliri 40 bin Dolar kadar olan ABD'ninki kadardır. Ek olarak bugün Küba'nın kendisine yeterli ulusal ilaç ve aşı sanayileri vardır. Bütün bu bakımlardan Küba dünyada eşine pek rastlanmayan bir örnektir. Benzer bir diğer örnek Çin'dir. Çin de 1980'li yıllara kadar son derece düşük gelirine göre beklenmedik derecede iyi bir toplumsal sağlık düzeyine ulaşmıştır. Her iki ülkenin de sağlıktaki bu gelişmelerini sosyalizme borçlu oldukları açıktır. Çin'in 1980'lerle birlikte yöneldiği ve adına "kapitalizasyon" da denilen liberalizasyonun sağlık düzeyinde iki katlık bir kötüleşmeye neden olduğu da bilinmektedir.

Sosyalizm ile sağlık arasındaki olumlu ilişki, eşitlikçi ve verimli bir toplum ve sağlık sistemi mücadelesi verenlerin sosyalizmi anlama ve topluma anlatma sorumluluklarını da artırıyor. Bugün sosyalizm ile sağlık arasındaki ilişkinin işlenmesi gerekliliği ideolojik ve politik bir çaba olmanın çok öncesinde, bilimsel bir kaygıdır. Sosyalizm ile sağlık ilişkisini saptamadan halk sağlığı alanında bilime başlamak olanaklı değildir. Bu nedenle toplumsal eşitlik mücadelesini verenler kadar, bütün akademisyenlerin de yüzlerini sosyalizme dönmelerinin gereği vardır. Zaten başka türlü, toplumda giderek artan eşitsizlikleri anlamak, ulusal ve uluslararası sermaye çevrelerinin yürüttükleri operasyonların gerçek anlamını kavrayabilmek olanaklı olmayacaktır. Akademik ortamın ve solun söylemine eşitsizlik, kapitalizm, emperyalizm, sınıf, sömürü, artı-değer gibi kavramlar girmeli ve bilimsel çalışma ile mücadelenin ana eksenini bu kavramlar oluşturmalıdır. Kitabın ikinci baskısının da temel hedeflerinden birisi

böyle bir yaklaşımın oluşturulması sürecine katkı koymaktır.

İlk baskıdaki saptama ve tezlerin doğruluğu bu kitabın ikinci baskısının gerekliliğini de ortaya koyuyor. İlk baskıdan beri geçen zaman ve kitabın inceleme alanıyla ilgili yaşananlar, bölümlerinin önemli kısmını yeniden yazmamı gerektirdi. Örneğin bölüm sayısı altıya çıktı. Yeni bir üçüncü bölüm ekledim. Birinci ve altıncı bölümler hemen hemen aynı kaldı. İkinci bölümde önemli eklemeler gerekti. Ülke sağlık ve sağlık finansman sistemlerinin incelendiği dördüncü bölüm sağlık sistemlerinde pek çok değişiklik olduğu için yeni baştan yazıldı. Ayrıca örnek olarak incelediğim ülkeleri bu kez değişik bir mantıkla seçtim. ABD özel sağlık sistemini, İngiltere genel vergi sistemini, Almanya sigorta sistemini ifade ettikleri için, İsveç'i desantralize bir sisteme sahip olduğu için, Kanada ABD'lilerin öykündükleri bir ülke olduğu için ve Japonya da ayrı özelliklere sahip bir emperyalist güç olduğu için inceledim. Beşinci bölümün başına da aynı şey geldi. Sağlık sistemlerinin politik ekonomisiyle başlayan bu bölümde, sağlık sistemlerinin değişimini ve reform sürecini inceleyen asıl ana kısım toptan yenilendi. Dördüncü ve beşinci bölümün kaynak tarama ve bulma işlerinin tümüyle eşim ve çalışma arkadaşım Hülya ilgilendi. O olmasaydı, gerçekten de benim bu zaman diliminde-ki iş yükümle, bu işin altından kalkmam olanaksızdı. Kendisine ancak teşekkür edebilirim. Bir teşekkür de yine Sorun Yayınları'na ve Sırrı Ağabey'e borçluyum. Sırrı Ağabey bundan iki üç yıl önce ikinci baskı için uyarmıştı ve şimdi de yayınevinin bütün olanaklarını tekrar bu çalışma için sunuyor. Bitirirken bir de, özellikle akademisyen okur için bir uyarı yapmalıyım. Sağlık alanı eşitlikçi mücadeleyi, kısacası insanlığı uyaran, provoke eden bir alandır. Çünkü sağlık hakkının gasp edilmesinin ve sağlıktaki eşitsizliklerin acısı daha doğrudan ve derin hissedilir, ahlaki bir sorun olarak algılanır. Eşitlikçi toplum mücadelesi verenlerin bu olanağın farkında olup, hakkını vermeleri gerekir. Benim okura yönelik uyarım, kitaptaki bilgi birikimini, verileri eşitlikçi, sosyalist toplum mücadelesi içinde kullanacak şekilde özel bir gayretle okumasıdır.

İlker Belek
Haziran 2001

İlk Baskıdaki Teşekkür

Kendi alanında saptadığı bir eksikliğin doldurulmasına katkıda bulunmayı hedefleyen bu kitabın oluşturulmasında pek çok değerli kişinin emeği geçti:

Fikret Başkaya sistemin kendisine biçtiği "ödül"le kucaklaşmayı beklediği "tarihi" bir zaman diliminde, en ufak hatalarından, irili ufaklı ayrıntılara kadar uğraşma inceliğini büyük bir titizlikle yerine getirdi.

Temel Demirer dostum bu kez Paris'ten her zamanki sıcaklığı ile yanımda oldu. Kitabın hatasız olması ve okuruyla gereği gibi buluşabilmesi için elinden geleni yaptı.

Yücel Demirer Türkiye'de ulaşma olanağı bulunmayan kaynakları Amerika'dan aktararak yeri doldurulmaz bir yakınlık gösterdi.

Sistemin "ödül"lendirdiklerinden olan Sırrı Öztürk de değerli redaksiyon katkılarını esirgemedi. Kendisi ve Sorun yayınları çalışanları yaşadıkları son derece zor koşullara rağmen kitabın okuyucuya ulaşmasını sağlayanlar oldular.

Çalışma arkadaşım Onur Hamzaoğlu ve Erhan Nalçacı bu kitabın da çalışma taslaklarını okuyup, eleştirerek bana yol gösterdiler.

Hepsine unutulmaz katkıları nedeniyle sonsuz teşekkür ediyorum.

İlker Belek

I
Üretim ve Sağlık Hizmeti Üretimi

Sağlık bugün kapitalist ekonominin alt sektörlerinden birisidir. Sağlık hizmeti bir üretim alanıdır. Sağlık hizmeti belli bir amaç için, belli toplumsal gereksinimleri karşılamak üzere, belli formasyonlara sahip insanlar tarafından, belli nesneler kullanılarak üretilir. Buna karşın sağlık hizmeti üretiminin diğer üretim alanlarından kendine özgün farklılıkları vardır. Bu bölümde öncelikle genel olarak üretim olgusu, daha sonra ise sağlık hizmeti üretimi irdelenecek ve her iki konunun da en temel politik ekonomik kategorileri açılmaya çalışılacaktır.

A) Üretim Nedir?

A.1. İnsanlaşma, toplumsallaşma ve üretim

Üretim ilk insanlaşma süreci ile başlamış kültürel bir faaliyettir. İnsana özgüdür. Süreç aynı zamanda toplumsallaşmaya işaret eder. Bu anlamda, üretim; tarihsel, toplumsal bir kategoridir. Üretimin toplumsallığı, onun toplumsal gereksinimleri karşılamak üzere ve toplumun kolektif organizasyonu zemininde gerçekleştiriliyor oluşudur. Çok istisnai durumlar dışında, tek başına insanın ve yalnızca kendi gereksinimlerini karşılamak üzere üretmesi söz konusu değildir/olamaz. Üretimin tarihselliği ise, onun, ilk insanlaşmanın gözlendiği ve bugünden yaklaşık üç milyon öncesine rastlayan zaman kesitinden beri son derece değişik biçimler sergilemiş olmasıdır.

Üretim, en genel anlamda, doğada hazır bulunan nesnelerden, insan

emeği aracılığıyla, toplumsal gereksinimlere yanıt verecek yeni nesnelerin elde edilmesi sürecidir. Yeni nesneler, artık, emek ürünleridir. Bu anlamda üretim bilinçli insan etkinliğidir. İçinde bilinç unsuru taşımayan, kendiliğinden ortaya çıkmış, planlanmamış üretim süreci yoktur/olamaz. Elde edilen ürün, başlangıçta planlanmış olanla tam uyuşmasa da, bu anlamda "tesadüfen" elde edilmiş olsa bile, bu gerçek değişmez. Sözü edilen durum, yalnızca planın yeterince iyi yapılamadığını gösterir. Kaldı ki bu "plansızlık" durumu geliştirici de olabilir. Pek çok bilimsel ürünün/gerçeğin böylesi "tesadüfi" gelişmelerle elde edilmiş olması bunun örneğidir. Sonuçta her türlü insani etkinlikte/faaliyette plan, bilinç ve düşünsel bir akış vardır.

Buna karşılık her düşünsel faaliyet mutlaka (maddi veya manevi) ürün vermeyebilir. Üretimin gerçekleşebilmesi için, düşüncenin, doğayı doğrudan veya dolaylı biçimde insani gereksinimler için değiştirmeye yönelik olması gerekir. Doğada hazır bulunan hammaddelerden belli kullanım değerleri üretilmesi gibi ya da diğer insanları entelektüel bakımdan daha tatminkar kılacak sanatsal faaliyetler gibi. İnsan emeğinin üretim sürecinde taşıdığı bu nitelik onun Amaçlılığı olarak tanımlanabilir. Dolayısıyla üretime yönelik insan emeği aynı zamanda belli bir amacı da taşır. Amaçsız üretim olmaz.

Üretim, öncelikle, doğrudan doğruya maddi ürünlerin elde edilmesi biçiminde gelişebilir. Demir cevherinin işlenmesi, petrolden çeşitli petrol ürünlerinin elde edilmesi gibi. Bu süreç Mal Üretimi olarak tanımlanır. Toplumların, nihai anlamdaki gelişmişliğini tanımlayan en önemli şeylerden birisi de budur. Toplumsal refah, çeşitli sosyal göstergelerin yanı sıra mal üretiminin düzeyine de bağlıdır.

Üretimin bir de, maddi mal üretiminin sürekliliğini sağlayacak kimi dolayımlı süreçleri vardır. Örneğin, üretilen mal tüketim merkezlerine (tüketicisine) ulaştırılmalıdır. Üreticilere üretilecek maddi malı üretebilecekleri mesleki beceriler kazandırılabilmelidir. İnsan zihinsel ve bedensel bakımlardan, bir sonraki gün üretime devam edebileceği düzeye kavuşturulmalıdır, vb. İşte üretimin, doğrudan maddi üretime dayanmayan, ancak maddi üretimin sürekliliği için mutlaka gerçekleştirilmesi gereken

bu yönüne Hizmet Üretimi denir. Hizmet üretimi, bir anlamda, maddi üretim sürecinin ara basamağı, bağlantı noktası, destek sistemidir.

Tarihsel olarak, insan öncesi dönemde üretimsel herhangi bir faaliyetin bulunmadığı görü[1]ür. Üretim faaliyeti ilk insanımsılarla başlamıştır. İlk insanımsıların yaptığı en önemli üretim faaliyeti, daha çok doğada hazır bulunan meyve ve sebzeleri toplamak, böcekleri saklandıkları yuvalardan çıkarmak ve onların kabuklarını kırmak için kullanacakları ilk taş aletleri üretmek olmuştur. Şüphesiz ki bunlar son derece kaba olarak işlenmiş aletlerdir ve kendilerini sıradan bir kaya parçasından ayırabilmek bugün bile uzman bir arkeolojik çalışmayı gerektirir.

Daha sonraki dönemlerin üretimsel faaliyetleri ise sırasıyla avcılık, hayvancılık ve hemen hemen klasik bir bilgi olarak uygarlığın başlangıcına denk gelen tarımdır. Sanayinin gelişmesini ise, ilk buharlı makinelerin kullanılmaya başlandığı 17. yy ile tarihlendirmek olanaklıdır.

İnsanın üretici faaliyeti sonucunda, toplumsal gelişme giderek ivmelenmiştir.

A.2. Üretim sürecinin öğeleri

Eğer genellenirse, üretim sürecinin başlıca iki öğeyi içerdiği görülür. Ya da üretim için gerekli olan, üretimde kullanılan öğeler iki başlıkta toparlanabilir: 1- İnsanın emek-gücü. 2- Emek-gücünün kullandığı üretim araçları.

Emek-gücü: İnsanın doğayı dönüştürme, çalışma yeteneğidir. Emek-gücü hem maddi bir güçtür hem de entelektüel yetenekleri içerir. Belli bir malın, belli bir nitelikte üretilebilmesi için emek-gücünün de o ürünü üretebilecek nitelikte olması gerekir. Tarihsel süreç içinde insanın emek-gücünün niteliği gelişmiş, böylece de üretkenliği artmıştır. Bu gelişmenin pratik ifadesi, doğanın daha geniş bir kısmının insanın bilinçli üretim faaliyetinin nesnesi/konusu durumuna gelmesi ve ürünlerin çeşitlenmesidir. Böylece daha çeşitli ve giderek daha nitelikli ürünler elde edebilmek olanaklı olmuştur. Belli bir tarihsel kesitte ise, belli nitelikte bir ürünün üretilebilmesi için, o ürünü ortaya çıkaracak nitelikte emek-gücüne gereksinim vardır. Bu da eğitimle sağlanır. Eğitimden, insanın yeteneklerini toplumsal gereksinimleri karşılayacak düzeyde geliştirmesi beklenir.

İnsan emeğinin somut ve soyut olmak üzere iki yönü bulunur. Soyut Emek, emeğin toplumsal yönüne işaret eder. Bütün üretici faaliyetlerde yansıyan emeğin ortak yanları, emeğin soyut yanını yansıtır. Soyut emek, emek nesnesine Değişim Değeri kazandırır. Somut Emek ise, emeğin üretilen ürüne kendisine has özelliklerini kazandıran yönüdür. Bu anlamda emeğin tarihsel/biçimsel yönünü oluşturur. Bir kunduracının, terzinin ya da sanayi işçisinin emekleri soyut düzlemde birbirinin aynısıdır. Sonuçta bunların tümü bilinçli insan etkinliğidir. Somut olarak ise, her birisi başka başka özellikler taşırlar ve bu özellikleriyle de önlerine koydukları emek nesnelerine farklı gereksinimleri tatmin edecek değerler katarlar. Buna da Kullanım Değeri denir.

Üretim Araçları: Üretim araçları, üretimde kullanılan bütün nesneleri içerir. Bunlardan en önemlisi doğadır. Bu çerçevede üretim araçları iki önemli gruba ayrılabilir: a) Emek nesneleri, b) emek araçları.

Emek Nesneleri: İnsan emeğinin üretici faaliyetinin konusu olan, üretici faaliyet ile gereksinim duyulan maddi ürünü elde edecek biçimde dönüştürülen nesnelerdir. Bunlar çoğunlukla doğada hazır bulunan hammaddelerdir. Ancak bunun ötesinde özellikle teknolojinin gelişimiyle birlikte, hammaddelerden üretilen, ancak o biçimleriyle herhangi bir kullanım değerine sahip olmayan maddeler de emek nesnesi olarak kullanılırlar. Böyle mallara da Ara Mal denir. Ara mallar hammaddelerden üretildikleri halde, yeniden üretim sürecine sokulan, bu halleriyle de ikinci kez emek nesnesi olan ürünlerdir. Ara mallar birer emek ürünü oldukları halde, hammaddelerin böyle bir özelliği yoktur.

Emek Araçları ise, üretim sürecinde insan tarafından, emek nesnelerinin değiştirilmesi/işlenmesi amacıyla kullanılan nesnelerdir. Her emek aracı aynı zamanda bir emek ürünüdür. Tarihsel gelişme, emek araçlarının da sonsuz gelişimi ile karakterizedir. Emek araçları kendi içinde ikiye ayrılabilir: Doğrudan üretimde kullanılan emek araçları: Makineler, aletler bu gruptadır. Dolayımlı biçimde üretimde kullanılan depolar, yollar gibi emek araçları.

İnsanın üretici emek-gücü ile üretim araçlarının tümüne birden Üretici Güçler denilmektedir. Dolayısıyla üretici güç tanımı, üretim sürecinde

yer alan bütün bileşenleri kapsar. Tarihsel gelişim içinde, bir bütün olarak üretici güçlerin de geliştiğini belirtmek gerekir. Bunun da ötesinde, tarihsel gelişim üretici güçlerin gelişimi ile tanımlıdır.

A.3. Üretim ilişkileri

Üretim ilişkileri, insanların, insan gruplarının ve sınıflı toplumlar tarihi boyunca da toplumsal sınıfların üretim süreci içinde birbirleriyle kurdukları ilişkilerdir. Üretim ilişkilerini tanımlayan süreç kabaca üçe ayrılabilir: Üretim, bölüşüm ve tüketim.

Üretim ilişkileri bu üç aşama düzeyinde görüntülenir. Her insanın ve onun ait olduğu toplumsal sınıfın üretim, bölüşüm ve tüketim aşamalarındaki işlevi ve konumu birbirinden farklıdır. Bu anlamda Toplumsal Sınıflar, birbirleri karşısındaki konumları üretim içinde beliren/belirlenen toplumsal kategoriler/insan topluluklarıdır. İnsanların üretim sürecindeki konumları onların sınıfsal konumlarını da belirler. Sınıfların üretim sürecinde birbirleriyle geliştirdikleri ve üretimin nesnel kuralları zemininde şekillenen ilişkiler üretim ilişkileridir.

Arkeolojik, tarihsel veriler ilk insanlaşmanın yaşandığı dönemlerde, insanların birbirleri karşısında eşit konumlarda olduklarını ve toplumsal yaşantının hiçbir yerinde birbirlerinden herhangi bir farklılıklarının bulunmadığını göstermektedir. Buna göre o dönemlerde, toplumun bütün bireyleri, birbirlerine benzer üretimsel etkinlikler içindeydiler. Herkes birlikte toplamakta, bir kolektif olarak avlanılmakta, avdan elde edilen ürünler birlikte işlenmekte ve ürün bütün toplum bireyleri arasında eşit olarak dağıtılıp, çoğunlukla da ortak bir masa çevresinde tüketilmekteydi. Bugün de, aynı toplumsal formasyonun çağdaş ilkel toplumlarda sürdürüldüğü bilinmektedir. İşte, hemen hemen tam eşitlik ilkesine göre örgütlenmiş bu ilişkiler ağına İlkel Komünal Üretim İlişkileri denilmektedir.

Daha sonraki dönemlerde ise, toplumsal işbölümünün gelişimine ve gündelik tüketimi aşan bir üretim düzeyinin yakalanmasına bağlı olarak, elde edilen artı-ürün komünal ilişkilerin yıkılmasına neden oldu. Toplumda bazı gruplar toplumsal artı-ürünün daha fazlasını ve giderek bu artı-ürünün nasıl değerlendirileceği konusundaki yetkiyi ellerine ge-

çirdiler. Böylece toplumda ilk ekonomik güç odakları belirdi. Ekonomik farklılaşma, beraberinde, siyasi ve askeri güç farklılaşmalarını da getirdi. İşte aralarında çıkar çelişkilerinin olduğu ilk toplumsal sınıflar bu türden bir nesnel gelişmenin sonucunda ortaya çıkmışlardır. Süreç içinde içerik bakımından değişiklikler göstermekle birlikte, söz konusu sınıflar kabaca, yöneten ve yönetilen/ekonomik bakımdan güçlü ve güçsüz/sömüren ve sömürülen sınıflar olarak tanımlanabilir. Bu bağlamda düşünüldüğünde tarihte beş tip üretim ilişkisi saptanmaktadır: İlkel Komünal, Köleci, Feodal, Kapitalist ve son olarak bütün toplumsal eşitsizlikleri ortadan kaldırmayı hedefleyen Sosyalist Üretim İlişkileri.

Her üretim ilişkisi aynı zamanda bir Üretim Tarzı olarak tanımlanır. Üretim tarzı kavramı üretim ilişkilerine göre daha kapsamlı bir kategoridir. Üretim ilişkileri toplumsal yaşantının yalnızca ekonomik/maddi yönünü tanımlar. Üretim tarzı ise ilişkilerin sosyal, siyasal yönlerini de içerir. Üretim ilişkileri Altyapı, sosyal ve siyasal ilişkiler bütünü ise Üstyapı olarak bilinir. Sonuç olarak, Üretim Tarzı alt ve üst yapının çelişkili birliğini ifade eder.

A.4. Sömürü ve artı-ürün

Sömürü, sınıflı toplumların temel özelliğidir. Toplumun sınıflara bölündüğü her sosyoekonomik formasyonda sömürü vardır. Sömürü bir sınıfın diğer(ler)ini ekonomik, siyasal, askeri, ideolojik, toplumsal anlamda ve kendi sınıfsal çıkarları için denetlemesi, kendi kurallarını toplumun kalanına (eğer gerekiyorsa) çeşitli zor araçlarını da kullanarak dayatmasıdır.

Bütün sömürü biçimlerinin temelinde ekonomik sömürü bulunur. Siyasal, ideolojik sömürü ekonomik sömürüyü sürdürmek, garanti altına almak için kullanılır. Sınıflı bir toplumda ekonomik sömürü, sömüren sınıfların sömürücü pozisyonunu yaratır. Ekonomik sömürü, toplumların kendi gündelik yaşamlarının idamesine yetecek miktarın üzerinde ürün üretebilmeleriyle olanaklı olmuştur. Bu anlamda sömürü, toplumsal gelişmenin sonucu olarak ortaya çıkmıştır.

Başlangıçta (en ilkel çağlarda) İlkel Sürü olarak bilinen insan grupları toplayıcılık ve en ilkel biçimde avcılık yaparak geçinmekteydiler. Toplanan bitki kökleri, çeşitli sebze ve meyveler, avlanan küçük sürün-

genler, bütün grubun toplandığı yere getirilmekte ve herkese eşit miktarda düşecek şekilde tüketilmekteydi. Araştırmacılar böyle bir toplumsal organizasyon içinde sömürünün olanaksız olduğunu; çünkü grubun ertesi gün için ayırabileceği artı-ürününün bulunmadığını; elde edilenin, çoğunlukla hiçbir işleme tabi tutulmaksızın, aynı biçimde ve tümüyle tüketildiğini belirtmektedirler.

Buna karşılık daha sonraki dönemlerde, özellikle uzman avcılığın ve tarımın geliştiği geç neolitik çağda, daha sonraki günlerde tüketilmek üzere saklanabilecek artı-ürün elde etmek olanaklı oldu. Bu gelişme tamamen insan bilgisinin ve teknolojinin gelişmesiyle ilişkiliydi. İşte o zaman, daha önceleri bilgi ve becerileri ile topluma doğal liderlik yapmakta olan bireylerin, bu toplumsal konumlarını kullanarak artı-ürüne el koymaya başladıkları, çevrelerine kendilerini koruyacak adamlar topladıkları belirtilmektedir. Bu bireyler, ilk kez Sümer uygarlıklarında karşımıza çıkan kral yöneticilerin ve diğer çağların yönetenlerinin ilkel/orijinal biçimiydiler.

Bu nedenle sömürünün merkezinde emek üretkenliğinin artışı ve artı-ürün bulunur. Önce artı-ürün ortaya çıkar. Sonra buna bazı bireyler, gruplar, giderek sınıflar el koyar.

Toplumsal ilişkiler bağlamında, sınıflar artı-ürünü ellerine geçiriş derecesine göre bir güç sıralamasına girerler. Toplumsal üretimden en çok pay alan sınıf her zaman en güçlü sınıftır. Bu sınıf her bakımdan en zengin olan sınıftır. Bir kez toplumsal zenginliklere el koyduğu zaman, bu konumunu korumak için, kendi çevresinde kendisini koruyacak askeri güçleri de örgütlemiştir. Dolayısıyla sınıflar arasındaki ilişkiler her zaman zor ilişkileri olmuştur. Zor kimi zaman siyasal, kimi zaman da askeri biçimler almıştır. Köleci, feodal, kapitalist üretim ilişkileri boyunca zoru değişik biçimlerde gözleyebilmek olanaklıdır.

Köleci toplumlarda, üretim kitleler halinde ve her türlü zor kullanılarak çalıştırılan köleler tarafından gerçekleştirilirken, üretimin organizasyonu köle sahipleri tarafından yapılmış ve artı-ürüne de yine aynı köle sahipleri tarafından el konulmuştur. Buna karşılık, kölelere ancak karınlarını doyuracak miktarda artı-ürün bırakılmıştır. Aynı şey daha sonraki üre-

tim ilişkileri için de geçerlidir. Köleci toplumda kölenin kendisi efendinin kullandığı en önemli üretim aracıdır. Kölenin her şeyiyle efendisine ait olması dışında, kendi başına hiçbir anlamı yoktur. Feodal toplumda en önemli üretim aracı bu kez topraktır. Toprağı işleyen serfin konumu köleden daha iyi olsa da; serf, feodal beyin mülkiyetindeki topraktan bağımsız olarak işe yaramaz. O nedenle insan olarak bile değerlenebilmek için feodal beyin toprağında feodal bey için üretmek zorundadır. Kapitalizmde işçi "özgür"dür. Ancak bu özgürlük, işçinin emek-gücünü kapitaliste özgürce satmasından başka bir şey ifade etmez. İşçi ücretiyle, emek-gücünü kapitaliste satma özgürlüğünü satın alır.

B) Kapitalizm

Kapitalizm bugün egemen olan üretim tarzıdır. 1980'lerin sonunda sosyalist sistemin çöküşü ile birlikte, kapitalizmin karşısında onu dengeleyecek herhangi bir sistem kalmamış durumda. Bu olgu, kapitalizm savunucularının, kapitalizmin insanlığa gelecek vaat eden tek sistem olduğu yönündeki sistematik tezlerine zemin hazırlıyor. Ancak konunun bu yönünün incelenmesi bu çalışmanın kapsamı dışındadır. Burada, geçerken belirlenmesi gereken nokta, kapitalizmin giderek belirginleşen eşitsizlikçi yapısıdır. Kapitalizmi öven ve yeren tezlerin daha iyi anlaşılabilmesi için, kapitalizmin ekonomik ilişkilerinin incelenmesi gerekir.

B.1. Kapitalist üretim ilişkileri

Kapitalizm 17. yüzyıldan itibaren egemen sosyoekonomik sistem durumuna gelmeye başlamıştır. Kapitalizmin ilk kez kendisini ortaya koyduğu ülke İngiltere'dir. Kapitalist üretim esas olarak sanayiye dayanır. Tarımsal üretime makineler girmiş durumdadır.

Kapitalist üretim, feodal sistemin, el aletlerine dayanan zanaatçılık türü üretiminin üzerinde gelişmiştir. Buharlı makinenin keşfi kapitalist sanayinin başlangıcı olarak kabul edilebilir. Kapitalizmde üretim araçları makineler, fabrikalar ve çok çeşitli hammaddelerdir. Bütün bunların sahibi olan ise sermaye sahipleri sınıfı, yani kapitalistlerdir. Yatırımları bu sınıf yapar. Fabrikaların ve üretim için gerekli olan yatırım araçlarının sahibi

de kapitalistlerdir. Devlet ise kimi üretim alanlarında, özellikle de özel yatırımcıların pek kârlı görmeyerek yatırım yapmadıkları ya da belli bir kâr düzeyini yakalayabilmek için çok büyük boyutlarda yatırım gerektiren alanlarda girişimde bulunur. Demir çelik sanayi ve diğer hammadde işleyen sanayi dalları bunun örneğidir.

Kapitalizmde "girişimci" olarak tanımlanan sermaye sahipleri, kendi güçleri oranında ve kendileri için uygun gördükleri alanlara yatırım yaparlar. Amaçları; yatırımları sonucunda, yatırdıklarından daha fazlasını elde edebilmek, gündelik deyişle kâr edebilmektir. Bu nedenle kapitalizm, Özel Teşebbüs Sistemi, Serbest Piyasa Ekonomisi, Liberalizm diye de isimlendirilmektedir.

Kapitalizm yatırım için belli bir sermaye birikimini gerektirir. İlk sermaye birikimi, feodal üretim tarzı içinde ve Batı Avrupalı tüccarların yeni ülkeler keşfetmeleri, bu ülkeleri yağmalamaları, bu ülkelerle geliştirilen ticari ilişkiler ve "Yeni Dünya"nın derin sömürüsü ile elde edilmiştir. Ticaretten sağlanan sermaye birikimi, makinelerin keşfedilmesi için gerekli olan bilimsel çalışmalarda, daha sonradan da fabrikaların kurulmasında kullanılmıştır.

Yeni üretim araçlarının geliştirilmesi, toplumsal üretimde ve üretici güçlerde ileri düzeyde bir sıçrama getirmiştir. Bu anlamda, kapitalizm feodalizme göre, yine sınıfsal esasa göre örgütlenmiş olmakla birlikte, "daha ileri" bir toplumsal formasyondur.

Ancak kapitalist üretim için yalnızca makinelerin keşfi yetmez. Bu makineleri kullanacak ve herhangi bir yere bağlılıkları olmayan, kurulan fabrikalarda çalışmak için kendi emek-güçlerini, bu fabrikaların sahibi olan burjuvaların kullanımına sunmaya hazır işçilerin de olması gerekir. İşçi/işçi sınıfı olmadan kapitalist üretim/kapitalizm olmaz.

İşçi sınıfının ilk kez ortaya çıkışı da kapitalist üretimin gelişmeye başladığı aynı yıllara rastlar. Daha önceleri bir feodal toprak beyinin emrinde bulunan, onun topraklarını, onun adına işleyen ve bütün hukuksal, bireysel hakları da bu feodal bey tarafından belirlenen, kendisi hakkında hemen hiçbir şey söyleme hakkı olmayan köylüler, ilk fabrikaların ortaya çıkışıyla birlikte, yeni gelir kaynakları bulmak için kentlere yönelmişler-

dir. Hukuki düzlemde bireysel hakların kazanılması istek ve mücadelesi bu akıma güç kazandırmıştır. Kapitalizmin ilk dönemleri köylülerin feodallere karşı verdikleri "özgürlük" savaşlarının, kendilerini kapitalistlerin fabrikalarına emanet etme "mücadelelerinin" tarihidir. Özellikle İngiltere'de ise, fabrika üretiminin (iplik dokuma tezgahlarının) gereksindiği emek-gücünün sağlanabilmesi açısından, köylüler zorla topraklarından atılarak, aynı toprak sahiplerinin fabrikalarına emek-güçlerini pazarlamak üzere "özgürleştirilmişlerdir".

Sonuç olarak kapitalizmde başlıca iki sınıf vardır: Bir yanda, bütün üretim araçlarının sahibi olan, elindeki zenginlikleri yeni üretim alanları açmak için kullanan (burjuvazi ya da) kapitalistler. Öte yanda ise, gerekli üretimi yapan, kapitalistlerin sahip olduğu işletmelerde kendi tek varlığı olan emek-gücünü satan işçi sınıfı. Bu ikisinin arasında kendi küçük işletmelerinde, daha çok kendi aile emeklerini kullanarak geçinen; (kendi) üretim araçlarına sahip olmakla burjuva sınıfına; kendisi üretici olmak özelliğiyle de işçi sınıfına yaklaşan bir ara sınıftan söz edilebilir: Kendi hesabına çalışanlar. Bugün ise durum daha karmaşıktır. Örneğin sanayi üretimi yapan işçilerin yanında hizmet üreten emekçiler vardır. Öte yanda burjuva sınıfı, yaptığı yatırımların boyutuna, daha doğrusu sahip olduğu sermayenin büyüklüğüne göre sınıflandırılabilir: Küçük, orta ve büyük burjuvazi. Ancak sonuç olarak temel sınıflama değişmez.

Kapitalizmde işçinin emek-gücünden yararlanılması anlamında ekonomik kuralların dışında herhangi bir zor mekanizması bulunmaz. Klasik anlamda işçinin, emek-gücünden başka hiçbir şeyi yoktur. Birey kendi tarihsel özgeçmişi ile işçidir. Kapitalist toplumun çok önemli bir kısmı aslında bu durumdadır. Buna karşılık toplumun çok az bir bölmesi "işveren" (kapitalist, patron) konumundadır. Kapitalizm o günkü koşulları kapsamında, emek-güçlerinden başka bir şeyleri olmayan işçileri kapitalistlerin fabrikalarında, vb. istihdam eder.

Böylece, burjuvalar ile işçiler, tamamen kapitalist ekonomik kurallar zemininde bir alışverişe girerler. İşçiler ücret karşılığında emek-güçlerini burjuvalara satarlar. Kapitalizmin zaman içinde girdiği bunalım dönemlerinde istihdam hacminin boyutları değişir. Böylece işsizlik kimi zaman

artar, kimi zaman da azalır. İşsizlik durumunda işçinin emek-gücünün gerçek hiçbir değeri yoktur. Kapitalist, işçinin emek/gücünü değerlendirmek konusunda da serbesttir. Daha sonraları, işçi sınıfının verdiği kapsamlı mücadele sonucunda, işsizlik sigortası gibi kimi sosyal güvenceler, kapitalistlerin bu serbestliğine sınırlama getirmiştir.

Bu anlamda kapitalizm işçi sınıfı ile burjuvazi arasındaki bir ilişki/güç dengesidir. Her iki sınıf da ilişkiyi kendi çıkarına geliştirmek ister. Buna karşılık, işçi sınıfının ekonomik talebi daha çok ücrettir. Tarihin kimi dönemlerinde ise, işçi sınıfı burjuvazinin sahip olduğu üretim araçlarına da göz diker. Böylece, politik düzlemde, eşitlikçi bir toplumsal değişim talebinde bulunur.

Her kapitalist daha üretken bir işletmeye sahip olmak ister. Çünkü, üretilen malların tüketicisi, yine, burjuvazi tarafından ücretlendirilen ve bu anlamda toplumsal satın alma gücü belli olan emekçi sınıflardır. Dolayısıyla kapitalist pazar, tüketim anlamında olanakları sınırlı olan bir piyasadır. Piyasanın hacmi, kapitalistlerin işçi sınıfına ödediği ücretler kadardır. Üretilen tüm malların, fiyatı ne olursa olsun tüketilmesi gibi bir durum söz konusu olamaz. Kârın artırılması için ücretlerin düşürülmesi süreci piyasayı sınırlar, piyasayı genişletmek için ücretlerin yükseltilmesi gerekir, bu da kârı azaltır.

İşte piyasa mekanizmasının bu sınırlılığı kapitalistleri kendi aralarında bir yarışa zorlar. Amaç en ucuza, en kaliteli malı üretebilmek, bir başka deyişle işletmenin "üretkenliğini" maksimize etmektir. Kapitalistler arasındaki bu yarış, bir dereceye kadar toplumsal gelişmeyi de uyarır. Her kapitalist kendi işletmesinin üretkenliğini artırabilmek, aynı pazar için sermaye yatıran diğer kapitalistlerden daha ucuza üretebilmek için yeni üretim olanakları geliştirmeye bakar. Bu olgu, önlenemez biçimde, sermaye gruplarının rekabetini ve sermayenin yoğunlaşmasını, merkezileşmesini dayatır. Kapitalistler, zorunlu olarak piyasanın daha çoğunu elde etmek yarışı içine girerler. Bu aynı zamanda diğer kapitalistlerin o piyasadan çıkarılmasını, ellerindeki sermayeye el konulmasını gerektirir. Piyasa giderek, daha fazla sermayeyi denetleyen daha az sayıdaki kapitalistin eline geçer. Bu süreç merkezileşme ve yoğunlaşma yönleriyle tekelleşme olarak ta-

nımlanır. Kapitalizmin bunalım dönemleri tekelleşmeye hizmet eder.

Üretilen metaların piyasada alıcı bulamadığı dönemler, kapitalizmin tarihsel bunalım dönemleridir. Bu dönemler aynı zamanda, var olan sermayenin, o günkü verimlilik düzeyiyle aynı piyasaya fazla geldiğini, daha üretken (daha ucuza üreten) tekniklerin geliştirilmesinin gerektiğini, buna karşılık emekçi sınıfların o günkü gelir düzeyleri ile piyasadaki malları tüketemediklerini gösterir. Böylece bunalım patlar. Fabrikalardan işçi çıkarılır. Zayıf olan sermaye grupları piyasadan çekilmek zorunda kalır. Daha önceden, bunalımın daha zayıf görüntülendiği alanlara yatırım yapmış, elinde bunalım sürecini atlatacak para sermaye birikimi bulundurabilmiş gruplar yaşam şansına sahip olabilir. Ayakta kalabilen gruplar yeni üretim teknikleri ile üretime devam edebilirler. Kimi sermaye çevrelerinin piyasadan çekilmek zorunda kaldıkları bu süreç, bir yönüyle de Sermayenin Değersizleşmesi olarak tanımlanır. Böylece tekelleşme sermayenin değersizleşmesi ile gelişir. Kapitalizmin bu yönü onun anarşik yapısı olarak da bilinir.

Bu süreçte devlet kendi olanakları ile kimi alanlara yatırım yapar. Bu alanlar, kâr elde etme olanağı olmayan ya da diğer sektörlerin sağladığı ortalama kâr onanının elde edilemediği alanlardır. Ağır sanayi, enerji üretimi ve sağlık, eğitim, ulaşım gibi hizmet alanları bir zamanlar böyleydi. Bunlar aynı zamanda diğer sanayi sektörlerinin altyapısını da oluşturur. Yani sanayide kullanılacak ara malların üretildiği ya da emek-gücünün yeniden üretimini sağlayan alanlardır. Böylece devlet, burjuvazinin yatırım yapabilmesinin ekonomik olanaklarını yaratmış olur. Bunu halktan topladığı vergiler ve yabancı ülkelerle geliştirdiği doğrudan ticari ilişkilerle yapar. Yukarıda sıralanan alanların, zaman içinde kâr bırakır duruma gelmeleri de olanaklıdır. Böyle bir olay gerçekleşirse, devlet bu alanları özelleştirir. Kimi zaman da önemli boyutlardaki teşviklerle özel sermayeyi buraya çekmeye çalışır. Daha doğrusu özel sektörün, kendi adına böyle bir talebi olabilir. Buna benzer tarihsel dönemlerde, devlet, elindeki kaynakları değişik yatırım alanları yaratmak, var olanları daha kârlı kılabilmek için burjuvaziye aktarır. Açıkçası burjuvaziyi sübvanse eder. Böylece devletin ekonomideki işlevi, işçi sınıfı ile burjuvazi arasında bir

güçler dengesi kurmak olarak belirir. Ancak, kapitalist devlet, işçi sınıfından yana en fazla oranda tavır takınmak zorunda kaldığı Sosyal Devlet döneminde bile, burjuvazinin yöneldiği sektörlerin altyapısını oluşturan girdileri üreten bir konumdadır. Sonuçta, devlet, bunalım dönemlerinde sermayenin yeniden yapılandırılmasına çalışır. İzleyen zaman diliminde ise yeni yapı içerisindeki sınıfsal güç ilişkilerini kurar ve korur.

B.2. Kapitalist sömürü

Bütün diğer sınıflı toplumlar gibi, kapitalizm de bir sömürü sistemidir. Sömürü çok boyutlu olmakla birlikte daha önceden de değinildiği gibi, özünde ekonomik sömürü bulunur.

Sömürü ve eşitsizlik kapitalizmin doğasındadır. Sömürü en açık biçimde, toplumsal zenginliklerin çok önemli kısmının çok küçük bir azınlığın elinde toplanmış olmasıyla; daha gündelik bir deyişle; gelir ve servet eşitsizliği olarak görüntülenir. Sömürü aynı zamanda sermaye sahipleri ile işçiler arasındaki bir ilişki biçimidir.

Sermaye sahipleri piyasada tutunabilmek için sermayelerini büyütmek, daha çok kâr elde etmek durumundadırlar. Bütün toplumsal zenginliklerin, bu arada sermayenin büyüyen kısmının üreticisi, işçinin üretimci emek-gücü olduğuna göre; yukarıda belirlenen zorunluluk işçi sınıfının ürettiği zenginliklere daha fazla oranda el konulmasını ve bu zenginliklerden işçi sınıfına daha az pay ayrılmasını gerektirir. Başka türlü kapitalizm kapitalizm olarak yaşayamaz.

Burjuvazi yukarıdaki sonuca, ekonomik anlamda, başlıca üç yoldan ulaşabilir: a) Çalışma sürelerinin olabildiğince uzatılması. Bu yol daha çok kapitalizmin ilk dönemlerinde denenmiştir. Mutlak Sömürü Yöntemi olarak adlandırılır. b) Emek-gücünün, aynı çalışma süresi içinde, daha fazla oranda üretken kılınması. Böylece birim zamanda eskisine göre daha fazla ve kaliteli mal üretiminin sağlanması. Buna da Nispi Sömürü Yöntemi denilmektedir. c) İşçiye ödenen ücretlerin olabildiğince düşük tutulması. Aslında bu sonuncu yöntem, ilk ikisinde içkinleşmiş durumdadır.

Bugünkü kapitalist sömürü, özellikle gelişmiş kapitalist ülkeler düşünülürse, hemen tamamen nispi yöntem üzerine oturtulmuştur. Hatta bugün zorunlu çalışma sürelerinin kısaltılması durumu bile söz konusudur.

Ancak bu kısalmanın, giderek artan ve yerleşen bir işsizlik ve sermayenin daha fazla oranda kâr edisiyle birlikte olduğu hatırlanmalıdır.

B.3. Değer ve artı-değer

Kapitalizmde, üretilen her şey piyasada önce değiştirilmek, sonra da tüketilmek üzere üretilir. Hiçbir kapitalist doğrudan kendi gereksinimlerini karşılamak amacıyla yatırım ve üretim yapmaz. Aynı şey işçiler için de geçerlidir. Hiçbir işçi, bir fabrikada doğrudan kendi gündelik gereksinimlerini karşılayacak şeyler üretmez. Gereksinimlerin giderek artan çeşitliliği de buna olanak tanımaz. Çok büyük miktarlarda üretilen mallar, kapitalist piyasanın çeşitli mekanlarında ve çeşitli sürelerde depolandıktan sonra, bir zaman süresi boyunca tüketilirler. Malların tüketicisi, onları üretmiş olan emekçi sınıfların kendisidir. Dolayısıyla, emekçiler kendi sınıflarındaki başka insanların tüketimi için, az sayıda kapitaliste ait olan işletmelerde üretim yaparlar. Bu süreç, bu boyutlarıyla kapitalizme özgüdür ve Meta Üretimi olarak bilinir.

Marx meta üretimini şu şekilde tanımlamıştır: "Bir şey meta olmadan da yararlı ve insan emeği ürünü olabilir. Gereksinimlerini kendi emeğinin ürünü ile doğrudan doğruya karşılayan kimse, gerçekte kullanım değeri yaratır; ama meta yaratmamıştır. Meta üretebilmek için o kimsenin yalnızca kullanım değeri değil, başkaları için kullanım değerleri, toplumsal kullanım değerleri üretmesi gerekir. (Ve salt başkası için üretmesi de yetmez. Ortaçağ köylüsü feodal bey için ürün-rant-tahıl, papaz için öşür-tahıl üretirdi. Ama ne ürün-rant-tahıl ne de öşür-tahıl, bir başkası için üretilmiş olmaları gerçeğine karşın, meta haline gelmemişlerdi. Bir ürünün meta olabilmesi için kullanım değeri olacağı başka bir kimseye, değişim yoluyla devredilmesi gerekir.)" (Marx K, 1978: 55)

Bu tanımlamadan da anlaşılacağı gibi, her metanın bir kullanım değeri vardır. Bu toplumsal bir Kullanım Değeri'dir. Yani, bir metanın üretilebilmesi, daha doğrusu üretimin geçerli olabilmesi, kendisini tüketim sürecinde gerçekleyebilmesi için, toplumsal gereksinimleri karşılayabilir ve toplumun tüketim kalıpları içinde yer alabilir olması gerekir. Talep edilmeyen (toplumun işine yaramayacak) bir metanın üretilmesinin olanağı yoktur. Malın kullanım değerini somut emek üretir.

Toplumsal yararı olan her meta piyasada değişime sokulur. Para üzerinden değerlendirilir. Üretilen bir malın satışından elde edilen bir para diğer malların alımında kullanılır. Dolayısıyla para bu süreçte yalnızca aracıdır. Değiştirilenler mallardır. Böylece her malın birbirine göre bir değeri söz konusu olur. Mallar birbirlerine göre olan bu değerleri çerçevesinde değişime sokulurlar. İşte bu değere Değişim Değeri adı verilir. Bir malın ekonomik anlamdaki değerini onun değişim değeri belirler. Ekonomik olarak kullanım değerinin hiçbir anlamı yoktur. Ancak, değişim değerini yaratan da o malın bir kullanım değerine sahip olmasıdır. Kullanım değeri olmayan bir mal değişime sokulamaz, dolayısıyla kapitalist işlerlik içinde üretilmesi de söz konusu olamaz. Değişim değerini üreten şey, emeğin soyut yanıdır.

Malların birbirlerine göre değerini belirleyen şey, üretimleri sırasında harcanan ortalama toplumsal emek süresidir. Üretim için ne kadar çok emek gerekiyorsa, bir başka deyişle malın üretimi için gerekli olan emek zamanı ne kadar uzunsa, o malın diğerleri karşısındaki değeri o kadar çoktur. Ve diğer mallarla o kadar az orandaki miktarıyla değişime sokulur. Böylece her malın üretiminde söz konusu olan bir toplumsal ortalama emek zamanı vardır. Bu ortalamanın çok üzerinde bir emek zamanıyla üretim yapabilen işletmeler (üretken olamadıkları için) piyasada tutunamazlar. Sonuç olarak, zaman içinde, o sektörde üretim yapan işletmelerdeki emek zamanı birbirine yaklaşma eğilimi gösterir. Bir ortalama emek zamanı değeri kendisini ortaya koyar.

Bir malın üretimi için gerekli olan teknolojinin karmaşıklığının, hammaddelerin zor bulunuyor oluşunun malı daha değerli kılmasının nedeni budur. Malın ortalama emek zamanı ile belirlenen gerçek değişim değeri dışında değerlendirilmesi çoğunlukla tekelleşme süreci sonunda ortaya çıkar. Piyasa az sayıdaki tekel tarafından denetlenmeye başlandığında, bu tekeller kendi ürettikleri malları, toplumun tüketim koşulları da uygunsa, istedikleri düzeyden fiyatlandırabilirler. Bugün gözlenen şey bir yönüyle böyledir.

Böylece bir malın üretimi sürecine; çeşitli hammaddeler, emek araçlarının tümü (fabrikalar, makineler, vb.), ulaşım giderleri, depolama gi-

derleri ve doğrudan doğruya o malın üretiminde kullanılan canlı insan emek-gücü girer. Bunlardan sonuncusuna Canlı Emek, diğerlerine ise Cansız Emek denir. Cansız emek olarak sıralananların üretiminde de aynı şey söz konusudur. Yani tümünün üretimi için canlı ve cansız emek kullanılır. Süreç bu şekilde geriye doğru izlenirse, doğada hazır bulunanların dışındaki tüm cansız emek ürünlerinin elde edilişinin de canlı emek etkinliğine bağlı olduğu anlaşılır.

Bir malın üretiminde kullanılan hammaddeler, çoğunlukla, sahip oldukları değeri bir işleyişte yeni üretilen ürüne aktarırlar. Geriye kalan artıklarının herhangi bir toplumsal kullanım değeri, dolayısıyla da değişim değeri yoktur. Buna karşılık, fabrikalar, makineler kendi içlerindeki (insan emeğinin ürünü olmaktan kaynaklanan ve toplumsal emek zamanı ile belirlenen) değeri her üretilen mal birimine zaman içinde parça parça aktarırlar. Yani, makine kendisini ancak belli bir zaman sonra amorti eder. Belli zaman sonra da o fabrika, makine kullanılamaz duruma gelir.

Canlı emek ise, yeni bir malı üretmiş olması karşılığında ücretlendirilir. Böylece emek-gücü kendi piyasa değerini (ücretini) de üretmiş olur. Bunun dışında, emek-gücü, hesabına çalıştığı kapitalistin artı-değerini de üretir. Aslında bunların tümü üretilen malın değerini oluştururlar: Emek nesnelerinin (hammaddelerin) değeri hemen tümüyle yeni üretilen malın değeri içindedir. Emek araçlarının (fabrika, makine) değerinin bir kısmı yeni üretilen malın değeri içine girer. Son olarak da insanın kendi enerjisini, bilincini harcayarak ürettiği yeni değer (işçinin ücreti ile kapitalistin kârı) yeni üretilen mala aktarılmış durumdadır.

Şüphesiz ki bu sürecin başlangıcı, yine bir değer olan ve Sermaye olarak adlandırılan bir "ilk" değerin piyasaya sokulmasıyla olanaklıdır. Yukarıdaki ilişki biçimi ilk kez Marx tarafından tanımlanarak şu şekilde formüle edilmiştir:

Değer: c + v + s

Burada **c** Değişmeyen Sermaye'dir. Bütün emek nesnelerinin ve emek araçlarının (kısaca üretim araçlarının) üretilen mala aktarılan değeri de-

ğişmeyen sermayeyi oluşturur. Daha önce de belirtildiği gibi; bunlardan bir kısmının (hammaddelerin) bütün değeri bir kezlik üretim döngüsünde yeni ürüne aktarılır. Bir kısmı (emek araçları) ise üretimin yineleyen döngüleri boyunca değerlerini yeni ürüne aktarırlar.

Formüldeki **v** ve **s** ise, o üretim döngüsünde ve eğer bütün ekonomi düşünülüyorsa, örneğin bir yıl içerisinde üretilen yeni değeri yansıtır. Bu değer, o üretim döngüsü içinde ve çalışanların emek-gücü tarafından üretilmiştir. Yeni değerin içinde **v** olarak tanımlananı, kapitalist tarafından tüm değerlerin yaratıcısı olan işçiye ödenen Ücret'tir. **s** ise Artı-Değer olarak adlandırılır. Yani, işçi tarafından üretilmiş olmakla birlikte, işçiye ödenmeyerek, kapitalist tarafından el konulan ve gündelik yaşamda kâr olarak tanımlanan değer kısmıdır.

Yukarıdaki kategoriler içinde yeni üretilen değerler; işçinin ücreti ile kapitalistin kârıdır. Kapitalist, kârının bir kısmını kendi bireysel tüketimi için ayıracak, bir kısmıyla eskiyen üretim araçlarını yenileyecek, bir kısmıyla ise işletmesini genişletecektir. Böylece, ücret, işçinin ertesi gün yeniden işbaşı yapabilmesi için gerekli olan değer payı iken; artı-değer kapitalistin kendisini (bir birey ve bir patron olarak) yeniden üretmesinin koşuludur.

Artı-değer ile ücretin birbirine oranı Artı-Değer Oranı olarak tanımlanır. Sömürünün derecesi hakkında fikir verir. Kapitalist için pratik açıdan önemli olan ise; yaratılan toplam artı-değerin, kapitalistin yatırdığı toplam sermayeye (ücret + değişmeyen sermaye: c + v) oranıdır. Bu oran *Kâr Oranı* olarak adlandırılır. Kapitalist kâr oranını daima yükseltmek eğilimindedir.

C) Sağlık Hizmetinin Politik Ekonomisi

Bu alt bölümde yapılmaya çalışılacak şey, yukarıda incelenen politik ekonomi kavramlarının, sağlık hizmetlerinin genel çerçevesine uyarlanması olacaktır. Bu deneme, genel olarak sınıflı, özel olarak da kapitalist toplumsal yapı için gerçekleştirilecek ve böylece sağlığa, sağlık hizmetlerine, kapitalist sağlık sektörüne makro düzeyde ekonomik yaklaşımda bulunulacaktır. Mikro yaklaşım ise daha sonraki bölümlerin (özellikle de

ikinci ve beşinci bölümlerin) kapsamını oluşturacaktır.

Böyle bir incelemenin başlangıcında özellikle vurgulanması gereken nokta; sağlık bilgisi kullanımında hizmetleşmenin belli bir toplumsal-tarihsel gelişim noktasına karşılık geldiğidir.

Bu nokta, toplumların tarihinde toplumsal işbölümünün gelişmeye başlamasıdır. Şamanlar, ruhani işlevlerinin yanı sıra, sağlık sorunlarıyla da ilgilenen ve bu alanın yarı-profesyoneli olarak bilinen ilk uzmanlardır. Toplum içinde sağlıkla tam profesyonelce ilgilenmeye başlayan ve hekim olarak bilinen kişiler ise, ilk kez köleci örgütlenmeyle birlikte ortaya çıkmışlardır. Dolayısıyla toplumsal işbölümünün ötesinde, sınıfların ortaya çıkışı da, sağlık hizmetinin gelişim sürecinde kendine özgü bir noktayı oluşturur.

Bundan sonraki gelişmeler ise, özellikle 20. yüzyıl içerisinde, pek çok alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin de teknolojik, bilimsel olarak hızlı gelişimi ve sağlık hizmetinin kapitalist ilişkilere uyumlu bir biçim alışı çerçevesinde gerçekleşmiştir.

C.1. Sağlığın ve sağlık hizmetinin ekonomik yapı ile ilişkisi

Sağlık ile ekonomi arasındaki ilişkiler çift yönlüdür. Bir yandan sağlık ve sağlık hizmetleri ekonomiyi, öte yandan da ekonomi ve ekonomik ilişkiler sağlık ve sağlık hizmetlerini etkiler. (World Bank 1975: 25; Simith B.A., Leiserson A. 1978)

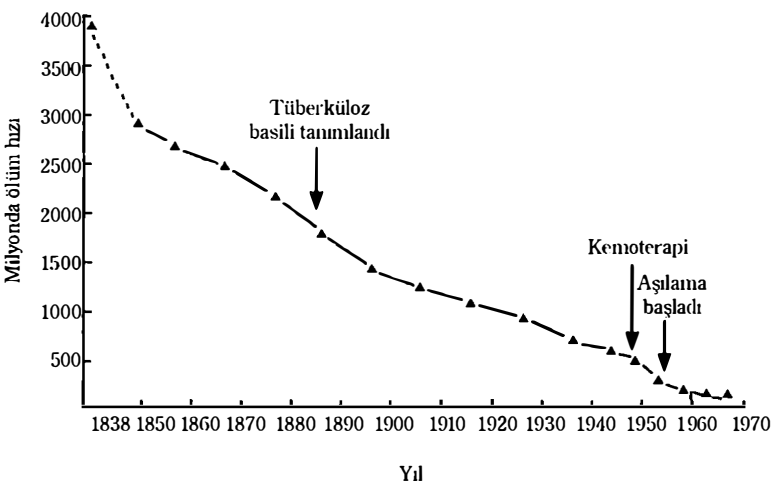
C.1.1. Ekonominin sağlık üzerindeki etkileri

Ekonomik faktörlerin sağlığın belirleyicileri olduğu, 18. yüzyıldan beri bilinmektedir. Hızlı ekonomik büyüme özellikle gelişmiş kapitalist ülkelerde sağlığı da geliştirmiştir. Tersine; ekonomik gelişmedeki yavaşlama ya da krizler sağlık düzeyini de olumsuz etkilemiştir.

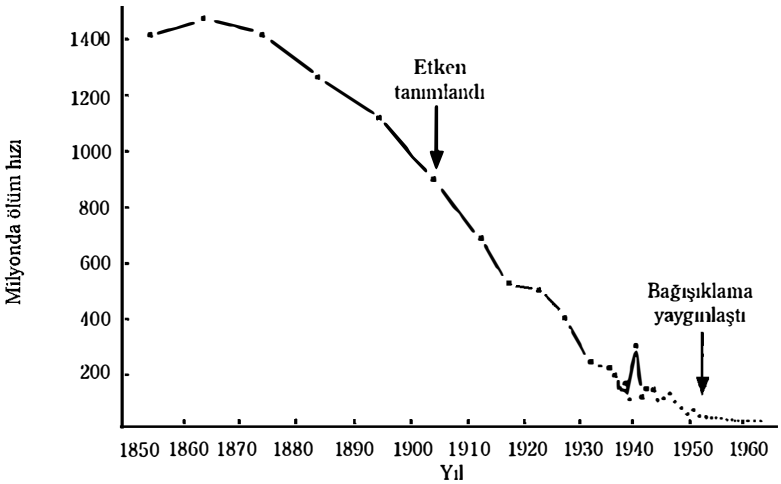
18. yüzyıldan beri gözlenen büyük ekonomik gelişmelerin sağlık üzerindeki etkisi, İkinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan önemli tıbbi gelişmelerden çok daha önce ve önemli boyutlardadır. Bu dönemde toplumsal sağlık düzeyindeki gelişmeler daha çok bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümlerin azalmasıyla ilişkilidir. Bulaşıcı hastalıklarla ilişkili bu gelişme

ise ulusal gelirin artmasına, sağlık programlarında hedeflenmediği halde gelir düzeyinin artışına bağlı olarak "kendiliğinden" ortaya çıkan su ve yiyecek hijyenindeki gelişmelere ve tarım devrimi sonrasında beslenmenin düzelmesine bağlıydı. Bütün bu gelişmelerin merkezinde ise kendine göre yeni eşitsizlikler ve sorunlar tesis etmiş olsa da "endüstri devrimi" bulunmaktaydı. Örneğin tüberküloza (verem) bağlı ölüm hızı 1838 yılında milyonda 4000 idi. 1880'de tüberkülozun etkeni ilk kez tanımlandığında hız yarı yarıya azalmıştı. 1950'ye doğru hastalık, geliştirilen ilaçlarla ilk kez tedavi edilmeye başlandığında ölüm hızı milyonda 500 civarına ve tüberküloz aşılamasının başladığı 1950'lerin ortasında ise milyonda 250 düzeyine zaten düşmüştü. Tüberküloz ölümlerinde 1838 ile ilaç tedavisinin başladığı yıllara kadar geçen 100 yıllık süredeki önemli azalmanın nedeni tıbbi değil, ekonomik ve çevresel koşullardaki gelişmelerdi.

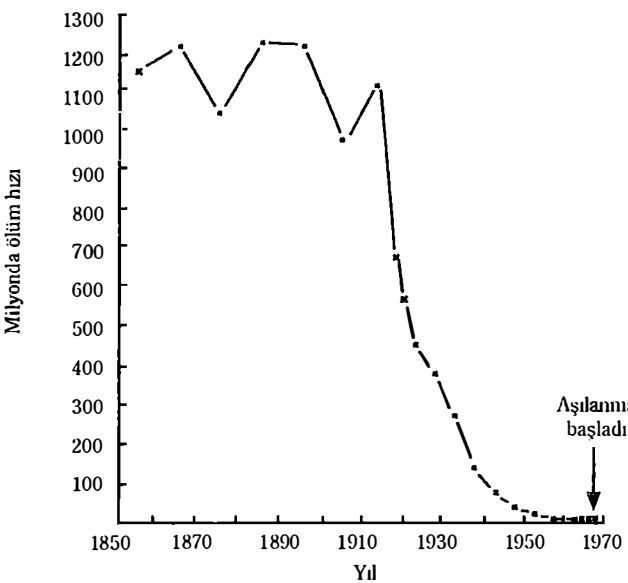
Grafik: İngiltere'de solumun yolu Tüberkülozu ölüm hızları



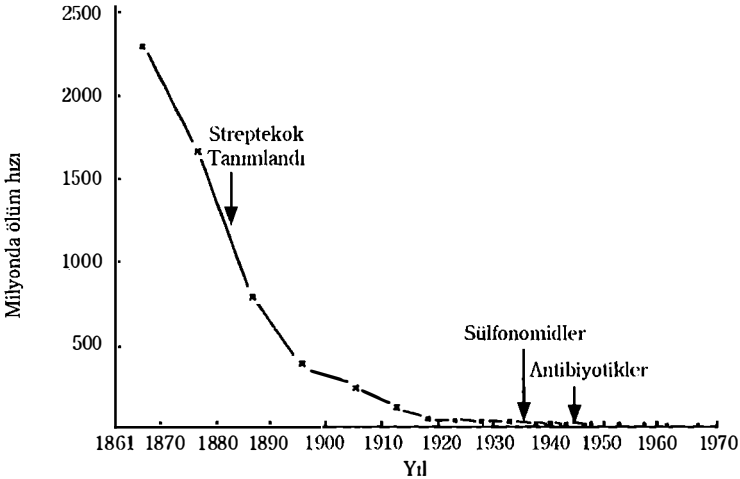
Grafik: İngiltere'de 15 yaş altında Boğmacadan ölüm hızları



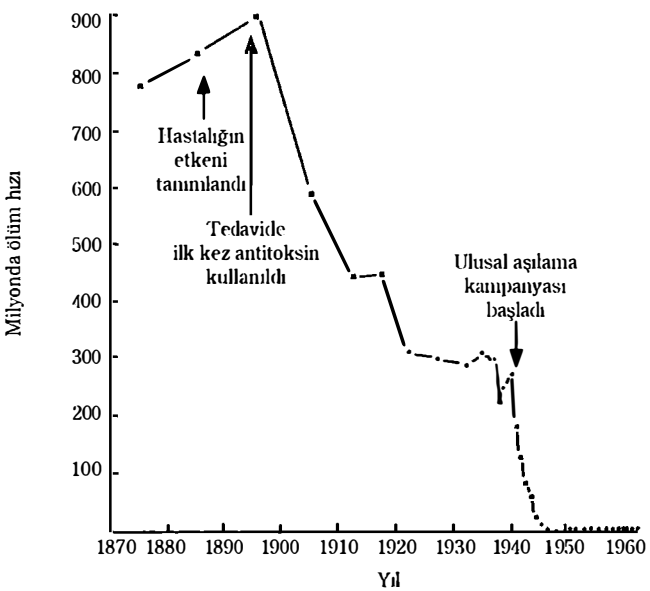
Grafik: İngiltere'de 15 yaş altında Kızamıktan ölüm hızları



Grafik: İngiltere'de 15 yaş altında Kızıldan ölüm hızları



Grafik: İngiltere'de 15 yaş altında Difteriden ölüm hızları



C.1.2. Ekonominin sağlık sektörü üzerindeki etkisi

Genel ekonominin sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi öncelikle kişi başı ulusal gelir ile ilişkilidir. Farklı ülkelerin verileriyle gerçekleştirilen istatistiksel analizler, kişi başı ulusal gelirin, toplam sağlık harcamalarını ve ulusal gelirden sağlığa ayrılan payı belirleyen en önemli etken olduğunu göstermektedir. Böylece refah ve sağlık düzeyi daha iyi olan ülkeler ulusal gelirlerinin daha büyük kısmını sağlık hizmetlerine ayırmış olmaktadırlar. Daha da önemlisi, gelişmiş kapitalist ülkelerde, sağlık hizmetlerine yapılan harcamanın artışı ulusal gelirin artışından daha fazla olmaktadır.

Sağlık sektörü ile ekonominin diğer sektörleri arasındaki ilişkiyi kuran en önemli unsur sağlık sektörünün emek-gücü yapısıdır. Sağlık sektörü emek yoğundur. Yüksek istihdam dönemleri hariç, ücret artışlarının ekonominin diğer sektörlerine göre daha sınırlı olduğu dönemlerde grev ve çeşitli endüstriyel çatışmaların gerçekleşmesini, çalışanların moralinin azalmasını beklemek gerekir. Böylece kriz dönemlerinin sağlık sektörü üzerindeki etkisi, diğer sektörlere göre daha fazla olur. Ekonominin diğer sektörlerinin tersine, sağlık sektöründe artan ücret maliyetlerinin etkisini üretkenlik artışıyla sınırlamak pek olanaklı değildir. Bunun nedeni personel sayısındaki ve ücretlerdeki artışın çoğunlukla aynı derecede üretkenlik artışı sağlayamamasıdır. Çünkü sağlık hizmetleri bireysel düzeyde üretilen hizmetlerdir. Ekonominin diğer sektörlerinde ortaya çıkacak ücret artışları, eninde sonunda sağlık sektöründe de ücret artışlarına neden olacak, bu ise, üretkenlikte diğer sektörlerle aynı oranda artış olmadığı için, sağlık hizmetlerinin maliyetini, diğer sektörlerdeki artışa kıyasla daha yüksek oranda artıracaktır. Bu, sağlık hizmetleri maliyetinin çok önemli kısmını emek-gücü maliyetinin oluşturmasına bağlıdır. Diğer sektörlerin tersine, sağlık sektörüne teknoloji girişi, istihdamı azaltmayıp, artırır. Tarihsel olarak sağlık sektörü ücretlerin en düşük olduğu sektörlerden birisiydi. Artan sendikalaşma, son yıllarda sağlık personelinin ücretlerinde, diğer sektörlere göre daha hızlı bir artışa neden oldu. Yakın dönemde toplam sağlık harcamalarının artışının bir nedeni de budur.

C.1.3. Sağlık sektörünün ekonomi üzerindeki etkisi

Sağlık hizmeti bir üretim alanıdır. Politik ekonominin temel kategorileri genel olarak burası için de geçerlidir. Ancak bunun dışında, sağlık hizmetinin, toplumun ekonomik yaşantısı üzerinde, insan ve toplum sağlığı üzerindeki etkilerinden dolayımlanan etkileri de vardır. Toplumun ve bireylerin sağlıkları bozuksa, bundan, ekonomik durum ve ilişkiler de olumsuz yönde etkilenecektir.

Sağlık harcamalarındaki hızlı artış, sağlık sektörüne ekonomik anlamda da önemli bir konum kazandırmıştır. Gelişmiş kapitalist ülkelerde sağlık sektörü ulusal gelirin yüzde 10'undan fazlasını tüketmektedir. Bu kadar büyük miktardaki kaynağın sağlık sektörü içinde dönüyor olması, ekonominin diğer sektörlerini sıkıştıran bir etki yaratabilmektedir.

Öte yandan sağlık sektörünün emek yoğun karakteri de, sağlık sektöründeki personel istihdam politikalarındaki değişimlerin, ekonominin geneli üzerinde önemli etkiler göstermesine neden olmaktadır. Sağlık sektörünün ekonomi üzerindeki en önemli etkilerinden birisi, onun büyük istihdam hacmine sahip olmasıdır. Sağlık sektörü bugün, gerek kullandığı kaynakların miktarı, gerekse istihdam ettiği emek-gücünün büyüklüğü bakımından ekonominin en önde gelen sektörlerinden birisidir. Sağlık sektöründeki istihdam çeşitlilik gösterir. Bir yandan yüksek düzeyde eğitimli ve becerili emek-gücü, öte yandan ise eğitimsiz, becerisiz nitelikteki emek-gücü aynı mekanlarda çalışırlar. Sağlık sektörünün emek yoğun karakteri, istihdamı dikkate almayan sağlık hizmeti düzenlemelerinin uygulanabilir olmadığını da gösterir.

Sağlık sektörü genel ekonomi içerisinde en büyük satın alıcı ve satıcı, yani kapitalist ekonomiye dinamizm kazandıran sektörlerden birisidir. Ekonomi içindeki en önemli buluşların ve yatırımların önemli bir kısmı sağlık sektörü içinde ve özellikle de ilaç sanayinde gerçekleşir.

Sağlık hizmeti maliyetlerinin azaltılması yönündeki müdahaleler çeşitli sağlık kurumlarının kapanmasıyla sonuçlanır. Bu da yerel ölçekte işsizliği artırır ve ekonomi üzerinde mikro düzeyde olumsuz etkiler yaratır.

Bütün bunların yanında, bir de sağlık hizmetlerinin verimsiz biçimde üretiminin yol açacağı ekonomik sorunları akılda tutmak gerekir. Böyle

bir durum yalnızca birey ve toplum sağlığını doğrudan olumsuz yönde etkilemekle kalmayacak, ekonomide de genel anlamda kaynak israfına neden olacaktır.

C.1.4. Sağlığın ekonomi üzerindeki etkisi

Toplumsal sağlık düzeyi ve bu düzeydeki değişimlerin genel ekonomi üzerindeki etkileri de çeşitlidir. Örneğin sağlığın bozulması; emeğin elde edilebilirliğinin azalmasına, üretkenliğin bozulmasına, kaynakların olumsuz etkilenmesine ve özellikle de besin gereksiniminin artmasına, doğal kaynakların, hayvan sağlığının ve turizmin bozulmasına neden olabilmektedir. Ekonominin sağlık üzerindeki etkisi bugün daha önemliyse de, sağlığın da ekonomi üzerinde etkili olduğu ihmal edilemez.

Bireylerin sağlığını geliştirmek amacını taşıyan yaşam tarzının değiştirilmesine yönelik etkinlikler ekonomi üzerinde önemli etkilere sahiptir. Örneğin sigara içme alışkanlığının azaltılmasına yönelik programlar doğrudan doğruya sigara tüketimini azaltmayı hedefler. Sigara tüketiminin azaltılması ise tütün üretimini azaltır, bu da tarımsal ekonominin yeniden düzenlenmesini gerektirir. Tütün üretiminin azalması, hükümetleri tütün üreten ailelere yeni iş alanları yaratma sorumluluğuyla karşı karşıya bırakmıştır. Sigara üreten şirketler ise sigara tüketiminin azaltılmasından doğrudan etkilenirler. Bu nedenle uzun yıllar boyunca, sigara ile sağlığın bozulması arasındaki ilişkileri gizleyecek açık ve kapalı çeşitli faaliyetler yürütmüşlerdir. Benzer bir durum yağ, şeker ve et tüketimine ilişkin bireysel alışkanlıkların değiştirilmesini hedefleyen sağlık programları için de geçerlidir. İkinci Dünya Savaşı sonrasında protein ve yağların beslenmedeki öneminin anlaşılmasıyla bütün beslenme programları bu temel gıdaların tüketiminin artırılması yönünde planlanmıştı. Hükümetler yüksek oranda yağ içeren süt ve et ürünlerine sübvansiyon vermişler ve tarım buna göre yeniden şekillendirilmişti. Hayvansal yağların aşırı tüketiminin kalp damar sistemi üzerindeki olumsuz etkilerinin anlaşılmasıyla birlikte, son yıllarda bu kez, tarımın yeniden düzenlenmesi zorunluluğu doğdu. Önümüzdeki dönemde, hayvansal gıdaların tüketiminin azalmasına bağlı olarak, hayvancılığın ciddi sorunlar yaşaması beklenmelidir.

C.2. Sağlık hizmeti üretimi

Daha önce de belirtildiği gibi, sağlık hizmeti üretimi, doğrudan doğruya bir maddi mal üretimi olmayıp, bir hizmet üretimidir. Bu anlamda maddi malların üretimi sürecinde bir ara basamaktır.

Sağlık hizmeti üretimi söz konusu edildiğinde aşağıdaki kavramların tanımlanması gerekir:

C.2.1. Sağlık hizmeti

Sağlık hizmeti dörde ayrılır:

a. Tıbbi Teknoloji ve İlaç: Bunları sağlık hizmeti sektörü altında sınıflamak ve tıbbi bakım hizmeti üretiminin temel girdileri olarak kabul etmek gerekir.

b. Tıbbi Bakım Hizmeti:

i. Bireye Yönelik Tedavi Edici Hizmetler: Bütün sağlık ocakları, sağlık merkezleri, verem savaş dispanserleri, hastaneler, vb. bu hizmetin üretildiği mekanlardır. Sonuncusunun dışındakiler birinci basamak kurumları olarak tanımlanır. Hastaneler ise, uzmanlık hizmetinin üretildiği ikinci ve üçüncü basamak sağlık birimleridir.

ii. Bireye Yönelik Koruyucu Hizmetler: Aşılama, aile planlaması, sağlık eğitimi hizmetleri, ana çocuk sağlığı hizmetleri, kontrol muayeneleri, taranılar bu kapsamdadır.

c. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler: Her türlü çevre düzenlemesi (bataklıkların kurutulması, çöplerin toplanması, vb.) ve denetimi bu gruptaki hizmetlerdir.

d. İdari Hizmetler ile Otelcilik Hizmetleri: Özellikle hastanelerde belirgindir.

Tedavi edici hizmetler ile bireye yönelik koruyucu hizmetler Sağlık Bakanlığı tarafından sunulur. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin üretimi ise çoğu kez diğer kurumlarca (Belediye, Çevre Bakanlığı gibi) gerçekleştirilir. Kırsal bölgelerde ise, kentlerde diğer kurumların sorumluluğundaki çevre sağlığı hizmetleri yine Sağlık Bakanlığı'nca üretilir.

Sağlık hizmetleri içinde topluma en yakın olanı ve en çok kullanılanı birinci basamak sağlık hizmetleridir. Sağlık sisteminde basamaklar arasın-

da ilişki olması gerekir. Pek çok ülkede, bireylerin önce birinci basamağı kullanması yönünde bir zorunluluk vardır. Diğer basamakların kullanımı, birinci basamaktan geçerek ve birinci basamağın uygun, gerekli görmesi ile olanaklı olabilir. Sağlık sistemindeki bu basamaklandırılmış yapı, sistemin verimliliğini sağlar, kaynakların gereksiz kullanımını önler.

Bireye yönelik koruyucu hizmetlerle, ayaktan tedavi edici hizmetler birinci basamak sağlık kurumlarında üretilir. Bunun için birinci basamakta değişik mesleklerden oluşan, bilgi ve becerileri yönünden birbirini tamamlayan profesyonellerin oluşturduğu bir ekip istihdam edilir. Ekipte hekim, psikolog, ebe, hemşire, çevre sağlığı teknisyeni, laborant, sekreter, sosyal çalışma uzmanı, vb. bulunur. Bazen de sağlık profesyoneli olmayan halktan kişilerden de koruyucu hizmetlerinin sunumunda insan-gücü olarak yararlanılır.

C.2.2. Sağlık hizmeti üretiminde emek nesneleri

a. Tıbbi teknoloji ve ilaç sanayilerinde: Çok çeşitli kimyasal hammaddeler ve ara mallar kullanılır.

b. Tıbbi bakım hizmetinde: En önemlisi biyo-psikolojik ve sosyal bir varlık olarak sağlığı bozulmuş-hasta insanın kendisi sağlıkçı açısından emek nesnesidir.

c. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde: Düzenlemelerin planlandığı doğa parçası ya da insan emeğinin ürünü olan binalar, fabrikalar, çevreye zarar verme olasılığı olan her türlü oluşum, yapı. Böylece (örneğin bir fabrika binası) koruyucu sağlık hizmeti bağlamında emek nesnesidir.

C.2.3. Sağlık hizmeti üretiminde emek-gücü

Bugün çeşidi yüzlerle ifade edilen sağlık emekçilerinin tümü sağlık emek-gücünü oluşturur. Sağlık emek-gücü aşağıdaki gibi gruplanabilir:

a. Tıbbi teknoloji ve ilaç sanayilerinde: Sanayi işçileri.

b. Tıbbi bakım hizmetleri üretiminde: Hekimler, hemşireler, ebeler, eczacılar, sağlık memurları, vb. Bu grup, sektörde en ön planda algılanır.

c. Çevre sağlığı hizmetleri üretiminde: Doğrudan formel sağlık eğitimi

almış olan sağlık insan-gücü. Kimyagerler, biyologlar ve çevre mühendisleri gibi.

d. Otelcilik hizmetleri üretiminde: Özellikle hastanelerde yaygındır. Mutfak, temizlik, çamaşırhane, depolama, vb. hizmet alanlarındaki insan-gücü böyledir.

e. İdari hizmetlerin üretiminde: Tıbbi sekreterler, maaş bordrolarını hazırlayan memurlar, vb.

C.2.4. Sağlık hizmeti üretiminde emek araçları

a. İlaç ve tıbbi teknoloji sanayileri için bütün fabrikalar ve makineler.

b. Tıbbi bakım hizmetleri için: Steteskop, enjektör, cerrahi işlemlerde kullanılan aletlerin tümü, bütün binalar ve fiziksel donanım, gezici araçlar, vb.

c. Çevreye yönelik koruyucu hizmetler için: Çevre düzenlemesinde kullanılan bütün aletler ve araçlar.

d. İdari hizmetler için: Bütün kırtasiye malzemeleri.

e. Otelcilik hizmetleri için: Bütün temizlik, mutfak ve diğer bakım malzemeleri.

Sınıflı bir toplumda üretilen sağlık hizmeti, çok önemli boyutlarda, toplumsal değerlerin üreticisi olan emekçi sınıflara (halka) yöneliktir. Egemen sınıflar da aynı hizmetten ve onun kurumlarından yararlanabilirler. Ya da çoğu kez olduğu gibi kendilerine yönelik, kendi standartlarını karşılayacak ayrı bilimsel, teknik, sosyal, idari kuralları olan hizmeti de örgütleyebilirler. Böylece sağlık sisteminde çok parçalı, daha doğrusu sınıfsal bir yapı belirir. Bu yapıda özel sağlık sektörü parası olanların, kamu sağlık sektörü de geniş halk sınıflarının gereksinimlerine yöneliktir.

Bir yandan insani gerekçeler, bir yandan da kapitalist sistemin sürekliliği açısından zorunlu olan sağlıklı emek-gücünün yeniden üretimi kamusal bir sağlık sisteminin örgütlenmesini gerektirir.

Sağlık hizmeti üretimi, diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi, maddi üretime giren ve üretimci emek-gücü sahibi olan çalışan insanların (işçiler ve diğer emekçiler) emek-güçlerinin, ertesi gün için yeniden üretimine yöneliktir.

Emekçiye verilecek sağlık hizmetinin değeri, çalışanın üretim süreci içindeki toplumsal-tarihsel konumuyla yakından ilişkilidir. Bir başka deyişle, bireye sunulan sağlık hizmetinin nicelik ve niteliği, onun emek-gücünün değeri ile bağlantılıdır.

C.3. Emek-gücünün değeri ve sağlık hizmeti

Emek-gücünün değeri ise yine tarihsel bir ilişki biçimini yansıtır. Bu ilişki biçimi, içinde yaşanılan sosyoekonomik formasyonun koşulları zemininde ve sınıfsal ilişkilerle belirlenir.

Emek-gücünün değerini belirleyen genel geçer etkenler şunlardır:

1. En genel anlamda, işçi ve emekçi sınıfların kendi inisiyatiflerini ortaya koyabildikleri, kendi sınıfsal çıkarlarını yansıtabildikleri sınıf savaşımı düzeyi. Bu olgu, sürecin siyasal boyutuna işaret eder. Yani, emekçi sınıflar, kendi iradelerini, toplumsal ilişkilere ne derecede etkin ve belirleyici biçimde yansıtabilmişlerse, bireysel anlamdaki değerleri de o kadar yüksek düzeyde olacaktır. Bu olgu, gerek bir ülkenin sınırları içinde, gerekse dünya ölçeğinde geçerlidir. Öyle ki, belli bir ülkedeki emekçilerin sınıfsal konumu, yalnızca kendi koşullarında verdikleri mücadeleye ve o mücadelenin somut kazanımlarına bağlı değildir. Dünyanın herhangi bir yerindeki işçi sınıfının güçlü kazanımları, diğer ülkelerin işçi sınıflarının konumunu da etkiler; tüm dünyada genel olarak emekçilerden yana bir siyasal, ideolojik atmosfer yaratır. İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde gelişen sosyalist sistemin böyle bir etkisi olmuştur.

2. Üretimin gelişmişlik düzeyi; bu bağlamda da üretimin gereksindiği emek-gücünün gerekli niteliği: Üretici güçlerin ve bir bütün olarak sosyoekonomik formasyonun gelişmişlik düzeyi. Bu da sürecin kültürel yönünü belirler. Yani, bir toplumsal formasyon içinde emek-gücünün değerini yalnızca sınıflar arasındaki siyasal güç dengesi şekillendirmez. Bir de olayın kültürel gelişime ilişkin yönü vardır. İnsanlığın gelişimini, kullanılan emek nesnelerinin çeşitliliği, doğanın insan emeğinin konusu edilen kısmının giderek genişlemesi, kullanılan emek araçlarının gelişkinlik düzeyi, daha üretken emek araçlarının geliştirilmesi, bütün bunları kullanabilecek yeni emek-gücünün ortaya çıkması belirler.

Şüphesiz ki bu iki yön tamamen birbirinin içindedir. Sınıflı bir toplum

yapısında, siyasal ortam bütün üretici güçlerin genel gelişim doğrultusunu belirleyen ana çerçeveyi oluşturur. Tarihin kimi dönemlerinde, siyasal müdahale, üretici güçlerin daha ileri düzeydeki gelişimi önündeki engelleri kaldırıcı bir işlevi üstlenebilir. Sosyoekonomik formasyonun gericileştiği dönemlerde ise, egemen siyaset üretici güçlerin gelişimini engelleyen bir yaptırım aracı olur. Ancak ne olursa olsun, en üst soyutlama düzeyinde ele alınırsa, sınıflı toplumda egemen siyaset, üretici güçlerin gelişimini egemen sınıfın sınıfsal tercihlerine tabi kılan; bu anlamda da kültürel gelişimi engelleyen bir işlev görür.

Üretici güçlerin gelişimi ise, bir yönüyle insanlaşma sürecinin maddi zemininin belirlediği kültürel bir olaydır. Bu anlamda, üretici güçlerin egemen siyasetin belirlediği sınırları tanımayan bir dinamiği vardır. İnsan, sürekli olarak doğayı daha fazla oranda tanımak, bilmek, kendisinin ve genel olarak evrenin yararına kullanmak içgüdüsünü ve eylemini yaşar. Bu noktada iki farklı siyasetin mücadelesi başlar.

3. Yukarıdaki iki temel bileşene ek olarak birkaç ayrıntı da sıralanabilir. Aslında bunlar, iki ana bileşen içinde de değerlendirilebilirler; ancak etki bakımından kendilerine özgün tarihsel önemleri de vardır: Ekonomi içinde çalışabilir durumda emek-gücü toplamı; kalifiye emek-gücünün, kalifiye çalışana gereksinim duyan çalışma alanlarının istihdam hacmine oranı gibi.

Eğer gerekli emek-gücü, kaba ve herhangi bir formel eğitime en az oranda gerek duyan nitelikte ise, toplumdaki herhangi bir kişinin (niteliğine bakılmaksızın) üretim için istihdam edilebilmesi olanaklı olacaktır. Bu durumda emek-gücünü değerli kılabilecek şey, onun sayısı ile ekonominin bütünündeki istihdam hacmi arasındaki orandır. Eğer emek-gücü sayıca istihdam hacminden fazlaysa, pratik anlamda, yeme, içme, barınma gibi hayvani gereksinimlerinin tatmin edilmesi dışında değerlendirilmeyecektir. Hatta işçi ve emekçilerin örgütlü olmadığı toplumlarda, işsizlerin hiçbir değeri olmayabilir. İşsizlik sigortasının bulunmadığı ülkelerde durum böyledir.

Söylenenleri, birkaç örnekle açımlayabiliriz: İnsanlığın en ilkel dönemlerinde, grubu ayakta tutan ve kolektif ilişkileri yaratan şey, vahşi çevreye

karşı güç birliğiyle korunmak ve birlikte toplamak, avlanmak zorunluluğu olmuştur. Böylece, emek-gücünün sayıca azlığı, üretim araçlarının gelişmişlik düzeyinin son derece geri olduğu bu dönemde, kolektif ilişkileri güdülemiştir. Böyle bir dönem için bütün toplum üyelerinin emek-gücü son derece değerlidir.

Büyük köleci devletlerde ise durum tam tersidir: Üretim yine kaba kol emeğine dayanmaktadır. Ancak, kaba kol emeğine sahip olan köle sayısı fazladır. Öylesine ki, üretimin gerekli kıldığı nitelikteki kaba kol gücünü herhangi bir nedenle (hastalık, incinme, sakatlık, vb.) yitiren kölelerin çok önemli bölümünün tedavi edilmesine bile gerek duyulmamış, bu insanlar üretim sürecinde yer alamaz duruma geldiklerinde kendi kaderlerine terk edilmişlerdir. Yerlerine ise yeni ve çalışabilir köleler istihdam edilmiştir. Dolayısıyla, bu sistemde çalışanların değeri, ancak kaba kol emeğinin yeniden üretilebilmesi için gerekli olan biyolojik (hayvani de denebilir) gereksinimlerinin karşılanması düzeyindedir.

Özetlersek; emek-gücünün yeniden üretimi için şunlar gerekir; bir başka deyişle de emek-gücünün değerinin içine şu gereksinimlerin değerleri girer: Beslenme, barınma, giyinme, ulaşım, iletişim, tıbbi bakım (ki sağlık hizmeti ile üretilir), sanat, edebiyat gibi kültürel ve moral gereksinimler. Böylece emek-gücü, üretilmiş başka değerleri tüketerek kendisini yenileyen bir değer olarak karşımıza çıkar. Kapitalist işlerlik içinde emek-gücünün bir kısmının değeri ücretlendirilir. Ücret, emek-gücünün zorunlu olarak tüketeceği değerlerin toplam değerini karşılayabilmelidir. Tüketilen değerlerin miktarını, bir diğer deyişle ücretin miktarını ise, günün somut tarihsel koşulları belirler. Bu koşullar içine, kapitalist üretimin gelişkinlik düzeyi, emek-gücünün gerekli niteliği ve sınıfsal güç ilişkileri girer.

Böylece tıbbi bakım hizmeti üretimi olarak sağlık hizmeti, her sosyoekonomik formasyonda emek-gücünün o sosyoekonomik formasyonda beliren değeri ölçüsünde, emek-gücünün yeniden üretimi içinde yer alır. Tıbbi bakımın beslenme, barınma, giyinme gibi asgari gereksinimler arasına giremeyebileceğini de belirtmek gerekir. Çünkü emek-gücünün değerini oluşturan bütün kategorilerin ve bu arada tıbbi bakımın da bir

değeri vardır. (Bu değerin kapitalist ekonomide nasıl ortaya çıktığı daha önce incelenmişti.) Dolayısıyla, emek-gücünün değeri içine, asgari gereksinimler dışında kalanların girebilmesi, ancak emek-gücünün daha değerli görülmesi, daha doğrusu tarihsel gelişim içinde daha fazla oranda değer kazanması ile ilintili bir olgudur. Bu bağlamda, sağlık hizmetinin standardize edilmiş ve en azından asgari düzeyde vazgeçilmez bir bileşen olarak emek-gücünün yeniden üretimine girebilmesi ancak zaman içerisinde gerçekleşmiştir.

Bu durum, aynı sosyoekonomik formasyonun (örneğin kapitalizmin) farklı sektörleri için de geçerli olabilir. Örneğin bir sektörün gereksindiği, kullandığı emek-gücü, diğerlerine göre daha nitelikli olabilir. Yani ekonominin bir sektöründe daha uzun sürede eğitilebilen, gerekli mesleki formasyon kazandırılabilen; toplumsal yaşantıda daha zaruri gereksinimleri karşılayacak mal, hizmet üretimini gerçekleştiren emek-gücüne gereksinim olabilir. Söz konusu emek-gücünün yokluğuna, o sektörün bir bütün olarak tahammülü daha zor olacaktır. Böylece, bu nitelikteki emek-gücünün toplumsal gereksinimlerinin daha üst düzeyde tatmin edilmesi gerekecektir. Ya da bu nitelikteki emek-gücünün tatmin edilmesi gereken gereksinimleri de daha nitelikli olacaktır. Kısaca, böyle bir emek-gücü daha fazla oranda değerlendirilecektir.

Kapitalist gündelik yaşantıda emek ücret ile değerlendirildiğine göre, ücretin, yukarıdaki gereksinimleri karşılayabilecek düzeyde olması gerekir. Böylece, ücret, sözü edilen bütün gereksinimlerin asgari aylık düzeyini satın alabilecek bir değerde tutulur. Tersten bir yaklaşımla da, bu gereksinimlerin tümünün ücret içinde kendilerine ait bir dilimi bulunur. İşte, ücret içinde genel olarak sağlık hizmeti gereksinimini karşılamak işlevini gören dilim Sosyal Ücret (Social Wage) olarak adlandırılmaktadır. (Schatskin A. 1978:213-234)

İşçi sınıfı için standart bir tıbbi bakım hizmetinin örgütlenmesi İkinci Dünya Savaşı sonrası döneme ilişkin bir gelişmedir. Gelişmenin nedenleri ve boyutları daha sonraki bölümlerde ayrıntılı olarak ele alınacaktır. Standart tıbbi bakım hizmeti, aynı zamanda, işçi sınıfının yararlanabileceği asgari sağlık hizmetinin düzeyini de belirlemektedir. Sağlık hizmetine

ilişkin bu gelişme işsizlik sigortası, sakatlık sigortası gibi diğer sosyal güvenlik programlarının geliştirilmesi, herkese eğitim güvencesi ve zorunluluğunun getirilmesiyle yakından ilgilidir. Bu kapsamda, İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemin kapitalist devlet örgütlenmesi biçimi de Sosyal Refah Devleti (Social Welfare State) olarak tanımlanmaktadır.

Anılan gelişmenin kapitalist üretim ilişkilerinin geldiği düzeye bağlı olduğu anlaşılmaktadır. Üretim araçları ve bunun içinde emek-gücü gelişme bakımından belli bir düzeyi yakalanmıştır; kapitalist üretim bunun altında niteliklere sahip emek-gücü ile sürdürülebilecek yapıda değildir. Bu durumda, ücretin içinde asgari düzeyde bir sosyal bileşenin bulunması zorunluluğu vardır. Sağlık güvencesinin zorunlu sağlık sigortası ile eşzamanlı gelişmiş olması böyle bir zorunluluğun göstergesidir. Öylesine ki bugün Batı'da, emekçi sınıfların sağlık güvencesi, yine aynı sınıfların sağlık sigortasına zorunlu olarak kaydolmaları anlamında kullanılabilmektedir. Aynı şey eğitim güvencesi ve zorunlu eğitim için de geçerlidir. Emek-gücünün değerini belirleyen bu faktör kapitalist üretimin gerekliliklerileyle ilişkilidir.

Öte yandan, işçi sınıfı, kapitalist üretimin ekonomik gerekliliklerinden bağımsız olarak kendi refah düzeyini artırma mücadelesi verir. Emek-gücü, bir yandan da işçi sınıfı bu mücadelede başarıya ulaştığı ölçüde değerlenir, ücretler artar, sınıfın kullandığı sağlık hizmetinin nitelik ve kapsamı gelişir. Emek-gücünün değerlenmesinin bu boyutu kapitalistlerin hiç kabullenmek istemediği bir şey iken, ekonomik gerekliliklerle ilişkili boyut, emek-gücünün değerinin, ücretin ve sağlık hizmetinin asgari düzeyinin alt sınırını çizer.

C.4. Sağlık hizmeti için ayrılacak fonlar nasıl belirlenir?

C.4.1. Toplumsal zenginliğin değerlendirilişi

Üretim toplumsal bir süreçtir. Her toplum kendi gereksinimlerini karşılamak için üretimde bulunur. Bunun için insan-gücü yetiştirir, kaynak ayırır. Üretim, eldeki hammaddelerin doğasına göre bölgesel çeşitlilikler, zenginlikler gösterebilir. Toplumlar kendi ellerinde bulunan üretim fazlalarını, kendilerinde bulunmayan diğer malların elde edilmesi (değ-

şim) amacıyla da kullanabilirler. Böylece, üretimin doğrudan doğruya ulusal, bölgesel gereksinimleri gözetmeyen, ticarete yönelik bir amacı da vardır. Ancak, sonuçta, ticaret amacıyla üretilen mallar da, o toplumun kendi öz kaynakları ile tatmin edemediği gereksinimlerin karşılanması amacıyla üretilmişlerdir.

Kısaca, üretimden bir toplumsal zenginlik elde edilir. Bu zenginliğin bir kısmı anında tüketilir. Bir kısmı gereksinim duyulan diğer ürünlerin alınması amacıyla değişime (ticari takasa) sokulur.

Toplum yalnızca kısa dönemlik gereksinimlerini düşünerek üretim yapmaz. Tüketim fazlası olan kısım birkaç biçimde değerlendirilebilir: 1) Ürünler, daha sonraki dönemlerde tüketilmek üzere oldukları gibi saklanabilirler. 2) Tüketim fazlası kısım, daha sonraki dönemlerde başka mallarla kolayca takas edilmek üzere paraya çevrilerek de saklanabilir. Bu, diğer toplumsal kolektiflerin ürünleriyle yapılan ticari değiş-tokuş aracılığıyla olur. 3) Toplumsal zenginliğin bir kısmı da öz üretimin genişletilebilmesi için kullanılır. Bu da iki biçimde olabilir: Ya yeni üretim birimlerinin açılması ya da var olanların üretim hacimlerinin genişletilmesi. Her iki biçimde de, yeniden üretimin genişletilmesi başlıca iki alana yapılan yatırımlarla olanaklıdır: a) Değişmeyen sermayenin (hammaddeler ve emek araçları için ayrılan sermaye) genişletilmesi, b) Değişen (emekgücüne ayrılan) sermayenin genişletilmesi: İstihdam hacminin genişletilmesi ve/veya mevcut emek-gücünün toplumsal zenginlikten daha fazla oranda pay alması biçiminde. Üretim fazlasının bir kısmı da doğrudan fazla oranda bireysel tüketim için ayrılabilir. Sınıflı bir toplum söz konusu olduğunda, bu olgu eşitsizlik biçiminde görüntülenir.

Sonuç olarak toplumsal zenginliğin yeniden paylaşımı söz konusudur. Paylaşım iki düzlemde gerçekleşir:

1. Toplumsal zenginliğin toplumun bireyleri arasındaki paylaşımı: Toplumsal eşitsizliklerin olmadığı (ve bugün için soyut bir olgu olan) bir formasyonda bütün bireyler zenginliklerden eşit ve gereksinimlerine yanıt verir biçimde yararlanacaklardır. Bugünün kapitalist toplumlarında durum bundan oldukça farklıdır. Bütün üretim araçlarının sahibi olan burjuva sınıfı, toplumsal zenginliğin önemli bir kısmına el koyar.

Üretimin genişletilmesi sürecinde kaynakların nasıl değerlendirileceğine ve tasarrufların ne şekilde yapılacağına da kendi belirlediği yasallık içinde karar verir. Olayın bu yönünün ayrıntıları yukarıdaki bölümlerde incelenmişti.

2. Toplumsal zenginliğin üretimin sektörleri arasındaki paylaşımı: Başlıca sektörler sanayi, tarım ve hizmet sektörleridir. Planlı bir ekonomide bu alanlara ne kadar kaynak aktarılacağına; toplumsal gereksinimlere, bir önceki yılın ortaya çıkardığı üretim/tüketim kalıpları biçimlerine ve bir sonraki yılın hedeflerine bakılarak karar verilebilir. Kapitalist işlerlik içinde ise, devletin kimi alanlara yaptığı müdahalelerin dışında, kaynak aktarımı, tamamen sermaye sahiplerinin hangi alanda kâr gördükleri (kâr beklentisi) olgusu ile ilintilidir. Kâra göre sermayenin sektörler ve sektörlerin kendi içindeki alt sektörler arasındaki akışı, kapitalist üretimin anarşik yapısını koşullar. Kapitalist sistemin sık sık ve döngüsel biçimde içine girdiği krizlerin gerçekleşmesinde, bu anarşinin önemli rolü vardır. Bu arada sistem, kendi kısa ve uzun vadeli çıkarlarını da gözetmek durumundadır. Bu nedenle de askeri harcamalara yönelir. Bugün hizmet sektörü içinde en fazla payı alan sektör budur.

C.4.2. Sağlık için fon oluşturmanın politik ekonomisi

Kapitalist sistemde, sağlık için ayrılacak kaynakların boyutu (daha önce sıralanan) siyasal ve kültürel etkileşimlerle belirlenir. Siyasal etkileşimin iki temel boyutu vardır:

a. Bir bütün olarak burjuvazi ile işçi ve emekçi sınıflar arası etkileşim; yani sınıfsal güç dengesi

b. Burjuva sınıfın kendi grupları arasındaki etkileşim

Tıbbi bakım hizmeti doğrudan doğruya maddi mal üretimine yaramadığından, burjuva sınıfların asıl eğilimi, halkın sağlık gereksinimlerinin karşılanması yönündeki kaynak aktarımlarının minimize edilmesi yönündedir. Çünkü sağlık için ayrılacak kaynakların küçültülmesi, ücretin sosyal bileşeninin (dolaylı ücretin) küçültülmesi anlamına gelir, bu da, daha az ücretle aynı ürünün elde edilmesini sağlar.

İşte bu noktada, yukarıdaki iki bileşen etkisini gösterir. Emekçi sınıflar,

doğal olarak, toplumsal mücadelenin içinde yer alırlar. Çalışma koşullarının düzeltilmesini, emekliliklerinin, işsizlik risklerinin ve sağlık hizmetinden yararlanım haklarının garantiye alınmasını isterler. Konjonktürel olarak da, sermaye karşısında belli düzeyde "denge" konumunu elde ederler.

Öte yandan, üretimin gereksindiği emek-gücünün niteliği de sermaye sınıfını, o nitelikteki emek-gücünün zorunlu kıldığı çeşitli maddi ve sosyal gereksinimlerin karşılanması yönünde zorlar. Dolayısıyla, doğrudan maddi malların üretimine yatırım yapan sermaye sınıfının da, belli düzeyde bir sağlık hizmeti ağının örgütlenmesi yönünde eğilimi vardır, olmak zorundadır.

Bunun da dışında tıbbi bakım, kimi sermaye çevreleri tarafından yatırım yapılacak bir alan olarak da seçilebilir. Özellikle, tıbbi bakımın en temel girdileri olan ilaç ve tıbbi teknoloji bu türdendir. Böylece, ilaç ve tıbbi teknoloji, sanayinin en önemli alt sektörleri olarak gelişir. Kapitalist üretim ilişkilerinin en genel ilkeleri bu alanlarda da geçerlidir. İlaç ve tıbbi teknoloji üretimi maddi mal üretimi kapsamında yer alır.

Ancak ilaç ve tıbbi teknolojideki üretim ilişkilerinin, tıbbi bakım hizmetleri üzerinde konumuz bakımından önemli ve kendilerine özgün etkileri de vardır. Çünkü bunlar, doğrudan tıbbi bakımın girdisi durumundadırlar. Böylece her iki sektörün de genişleyerek ve ortalama kâr oranını artırarak devamlılıklarını sağlayabilmeleri, ancak, tıbbi bakım hizmetlerinin giderek daha fazla oranda ilaç ve teknoloji tüketebilmesi ile olanaklıdır. Söz konusu uyaranların etkisiyle iki eğilim ortaya çıkar: Bir yandan tedavi edici sağlık hizmetlerinin, bir yandan da en yoğun tedavi edici tıbbi bakımın gerçekleştiği hastanecilik hizmetlerinin ön plana çıkması, çıkartılması.

İlaç ve tıbbi teknoloji alanlarına yatırım yapan sermaye çevreleri, bir yandan daha fazla oranda devlet desteği alma mücadelesi verirler. Öte yandan ise, sağlık hizmetlerinin içeriğini tedavi edici hizmetlerden yana etkileyecek politikalara yönelirler: Özellikle eğitim veren büyük hastanelere yeni teknolojileri ve ilaçları pazarlamaya çalışırlar. Eğitim hastanelerinin hedeflenmesi, tıp eğitimini de teknoloji yoğun ve tedavi yönelimli

bir eksene sokar. Bu ise, kendilerine, gelecek sağlıkçı kuşağının bilincini istenilen yönde etkileme şansı verir. Yanı sıra, özellikle hekimlere ve eczacılara yönelik yoğun bir etkileme kampanyası başlatılır. Hatta halka yönelik reklam programları da hazırlanabilir.

Bütün bunların tümü, toplumdaki mevcut sağlık hizmeti tüketim kalıplarının tedavi edici hizmetlerden yana giderek daha fazla oranda biçimlendirilmesi amacını taşır.

Bugün yukarıdaki politikaların son derece etkili olduğunu söylemek gerekiyor. İşte bu gelişmeler, bir noktada sermaye sınıfının kendi içindeki kimi çelişkileri öne çıkarır. Çünkü, yapılanların tümü, sağlık hizmeti tüketiminin ve sağlık harcamalarının önemli derecede artışına neden olur. İlaç ve tıbbi teknoloji dışında, doğrudan tıbbi bakım hizmeti üreten özel bir sektör de gelişir. Özel hastane zincirleri, özel laboratuvar zincirleri, tıbbi bakım hizmetinin üretimini garantileyecek sigorta işletmeleri bu yapının en önemli bileşenleridir. Gelişmeler, sektördeki doğrudan maddi üretime yönelik sermaye harcamalarının yanı sıra işletmecilik giderlerini de artırır.

Bütün girdileri ile birlikte sağlık hizmeti sektörü, ekonominin bütünü içinde "abartılı" bir yer tutmaya başlar. Yeniden biçimlendirilen tüketim kalıplarının etkisiyle halk da daha çok (ve tedavi ağırlıklı) sağlık hizmeti talebi geliştirir. Genel bütçe içinde sağlık hizmeti için ayrılan pay büyür. İşçiden ve patrondan alınması gereken sigorta primlerinin artırılması zorunluluğu doğar. Özel, kamu ve toplam sağlık harcamaları artar. Böylece, devletin, kaynakları toplumsal sınıflar arasında paylaştırmaya yönelik işlevi, sağlık gibi "üretimci olmayan" bir sektör lehine büyür. Kısaca devletin sosyal yönü tahammül edilebilir olmaktan çıkmaya başlar. Üretimci olmayan bir sektör olarak, sağlığın ekonominin içindeki bu büyüyen payı eleştirilir.

Diğer üretim sektörlerine yatırım yapan sermaye çevrelerinin sağlık hizmetleri aleyhine söylemlerinin nedeni bu gelişmelerdir. Sermaye sınıfının bu kesimi, bu noktada, bir yandan devletin sağlık hizmetlerine daha çok para harcamasını, bir yandan da toplam kaynakların daha büyük kısmının sağlık sektörüne (özel ya da kamu) ayrılmasını eleştirir. Sermayenin ken-

di içindeki çelişkiler olarak tanımlanabilecek nokta da budur.

İlişkiler biraz daha mikro ölçekte şu şekilde irdelenebilir:

1. Devlet, asgari düzeydeki bir sağlık hizmeti ağını ve bu ağı finanse edecek kaynağı (para, insan-gücü, malzeme, araç, bina, donanım olarak) garanti eder. Garantinin ölçüsü devletin sosyal yanını gösterir. Böylece halkın geniş kesimlerinin asgari düzeydeki gereksinimlerine yanıt vermek üzere sağlık örgütlenmesi geliştirilir. Devlet eliyle sunulan hizmetin ana bileşenleri; bireye yönelik tedavi edici sağlık hizmetleri, yine bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik kimi büyük hacimli düzenlemelerdir. (Özellikle kırsal kesimde bataklıkların kurutulması, kentlerde çöp arıtma sistemlerinin kurulması gibi).

Yukarıdaki hizmet türleri emek-gücünün yeniden üretimi, sistemin sosyal ve siyasal stabilizasyonu için zorunludur. Ek olarak, çevreye yönelik hizmetlere özel sektörün yatırım yapması zaten beklenmez.

Devlet, sıralanan işleri başlıca iki yoldan yapar:

a. Önemli bölümü halktan toplanan ve bugün gelişmiş kapitalist ülkelerde bile gelir dağılımı üzerinde olumsuz etkide bulunduğu belirlenen ve geliri yeniden dağıtmanın önemli araçlarından birisi olan genel vergilerle. Çevreye yönelik düzenlemelerin tümü bu biçimde finanse edilir. Bunun dışında, kimi ülkelerde (İngiltere gibi) bireye yönelik tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri (tıbbi bakım) de genel vergilerle finanse edilebilir. Bu tip sistemler Ulusal Sağlık Sistemi olarak tanımlanmaktadır. Genel vergiler içinde sağlığa yönelik dilimin büyüklüğü, vergi sisteminin gelir dağılımındaki eşitsizlikleri giderici (progresif) nitelikte olduğunu gösterir. Ancak ne olursa olsun, kapitalist sistemde emekçilerden alınan vergi, ücretlendirilmiş (gerçek karşılığı tam olarak ödenmemiş) emek-gücü değerinin biraz daha aşağıya çekilmesi demektir. Dolayısıyla, işçi sınıfının taleplerinden birisi de daha az vergi ve daha çok toplumsal zenginlik biçiminde olmak zorundadır. Genel vergilerden finansmanda, ücretin içindeki sosyal bileşen vergi içine aktarılmış olmaktadır.

b. Zorunlu sağlık sigortası aracılığıyla. Merkez kapitalist ülkelerin çoğunda, halk sağlığı, zorunlu sigorta uygulaması ile güvenceye alınmıştır. Sigorta, kamu ve özel sektördeki bütün işçi ve emekçileri, bu arada tarım-

sal ekonomide çalışmakta olanları kapsar. Sigorta fonu sigortalı ile patrondan belli miktarlarda kesilen primlerden oluşturulur. Böylece, sigorta sisteminde ücretin sosyal bileşeni kendisini klasik tanımlanışıyla ortaya koyar. İşçiden kesilen sağlık sigortası primi, ücretin sosyal bileşeninin bir kısmını oluşturur. Kalanı ise patrondan kesilen prim ödentisidir.

Görüldüğü gibi, emek-gücünün yeniden üretimine yarayacak olan ücret bileşeni her zaman açık biçimde görüntülenmez. Kimi kez genel verginin içindedir, kimi kez de patrondan çalıştırdığı işçinin sağlığı için kesilen primdir. Olayın özü nihai anlamda değişmez. Prim ödentisine dayalı olan sisteme Zorunlu Sağlık Sigortası adı verilir.

Devletin sigorta fonunun yönetimine katılımı genellikle tek başına değildir. Hatta kimi ülkelerde, sigorta fonunun idaresi tamamen başka bir kamu kurumunun yönetimine bırakılmıştır. Bu kamu kurumunun yapısında işçi, patron ve sigorta kurumunun temsilcileri bulunur. Kimi ülkelerde ise aynı yapı içerisinde devlet temsilcileri de yer almaktadır. Ancak uygulamaların tümünde, devlet sigortayı garanti eder ve denetler konumdadır. Böylece sağlık hakkı devlet tarafından güvenceye alınmış olur.

Devletin devrede olduğu her iki sistem de (Ulusal Sağlık Sisteminde ve Sigorta Sisteminde), sağlık için oluşturulan fonların yaratıcısı emek-gücünün kendisidir. Vergi de prim de ücretten kesilir. Bu kesintiler, sonradan, emek-gücünün yeniden üretimini sağlayacak sağlık hizmetini finanse edecek fonlara aktarılırlar. Sağlık fonları ücretin sosyal bileşenini oluşturur. Böylece emek-gücünün ürettiği yeni toplumsal değerlerin bir kısmı emek-gücünün kendisinin yeniden üretiminde kullanılır. Vergi ve primle beslenen bu fonları kamu denetler, yönlendirir. Emek-gücünün yeniden üretimi kamuca garantilenmiş olur.

Sağlık harcamalarının artışıyla ve/ya da kapitalizmin bunalıma girişiyle birlikte, sanayi sermayesinin üzerine daha çok yük biner. Çünkü sanayi sermayesi ya daha fazla oranda prim ödemek zorunda kalır ya da mevcut primi bile kaldıramaz duruma düşer. Öte yandan sağlık harcamalarının artışı tıbbi bakım sektörüne yatırımı yapan sermaye çevreleri için tercih edilir bir durumdur. Bu gelişmeler sermaye grupları arasındaki çelişkileri uyarır.

Kapitalizmin bunalım dönemlerinde, işçi sınıfı tarafından üretilen toplumsal zenginliklerden sağlık gibi sosyal alanlara ayrılan kaynakların küçültülmesi hedeflenir. Devletin kimi düzenlemeleri burada da devreye girer. Konunun bu yönü daha sonraki bölümlerde ayrıntılandırılacaktır.

2. Kapitalist sistemde sağlık hizmetinin önemli bir kısmı da özel sektöre bırakılmış durumdadır. Bütün kapitalist dünyada ilaç ve tıbbi teknoloji girdileri hemen tamamen özel sektörün denetimindedir. Burada devletin işlevi, sermayenin bu alanlara akabilmesini kolaylaştıracak, ucuz kredilendirme gibi düzenlemeleri gerçekleştirmektir. Söz konusu alanlar, sanayi sektörünün kârlı alanları olduğundan, sermaye akışı anlamında genellikle sorun yaşanmaz.

Bunun dışında, köklü bir sağlık talebinin yerleştiği ülkelerde doğrudan tıbbi bakım sunan özel sağlık kurumları da gelişir. Böylece tıbbi bakım sunumunun her aşaması, özellikle de hastanecilik hizmetleri özel yatırım alanı durumuna gelir. Devletin işlevi ise, birtakım asgari standartların belirlenerek, denetlenmesi düzeyine sınırlanır. Hastanecilik hizmetlerinin sermayenin önemli akış alanı durumuna geliş nedeni, hastanelerin teknoloji yoğun oluşu ve önemli boyutlarda laboratuvar hizmetinin, cerrahi müdahalenin gerçekleştirilmesidir. Bugün bu alanların tümü, sermaye ve bilgi bakımından tekelleşmiştir. Tekelleşme neredeyse istenilen düzeyde (gerçek değerin dışında) fiyat belirlemelerine, bu da tekelci kârlara neden olmaktadır.

Özel sağlık işletmelerine akan kaynak birkaç yoldan gelebilir:

a. Bireylerin cepten yaptıkları ödemeler: Eğer söz konusu olan bir işçi ise, ücretinin sosyal bileşeninin bir kısmını özel sağlık kurumuna aktarıyor demektir. Ancak, özel sektörden yararlanım genellikle gelir düzeyiyle paraleldir. Bu nedenle özel sağlık kurumlarından ekonomik anlamda daha iyi konumda olan toplumsal sınıfların yararlanması beklenmelidir.

b. Kimi kez özel sağlık işletmelerinin finansmanı doğrudan tüketici eliyle değil, özel sağlık sigortaları aracılığıyla olur. Bu durumda yapılan harcamaların bir kısmı, sigorta giderlerinin karşılanmasına ayrılacaktır. Özel sigortacılık için sigorta işletme giderleri daha büyük orandadır.

c. Kimi kez de, yine devlet, özel işletmelerin finansmanında aracı ve

düzenleyici bir rol üstlenebilir. Kamu sağlık sigortalarının özel sektörden hizmet satın almaları gibi.

Sonuç olarak, emekçi sınıfların sağlığına ayrılan pay, yine aynı sınıflarca üretilen toplumsal değerin bir kısmından başka bir şey değildir. Sermaye sahibi bireyler de, yine aynı sınıfların ürettiği artı-değerin bir kısmını kendi sağlık tüketimleri için kullanırlar. Pay kimi zaman doğrudan ücretin kendisinden, kimi zaman patronun kârından, ancak çoğunlukla her ikisinden çıkar. Payın alınışı, toplanışı ise, özel veya kamu sigorta primi, genel vergi, doğrudan ödeme biçiminde olabilir. Bütün bunlar yine daha sonraki bölümlerde, ayrıntılı olarak incelenecektir.

C.5. Sağlık hizmeti ve değer yasası

C.5.1. Sağlık hizmeti ve değer üretimi

Burada, anlatımı kolaylığı sağlamak bakımından, sağlık hizmetinin kapsamı bireye yönelik (tedavi ve koruyucu) tıbbi bakım hizmetleri ile sınırlanacaktır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsam dışında tutulacaktır. Ek olarak en temel girdiler olan ilaç ve tıbbi teknoloji üretimleri de incelemenin kapsamı dışında bırakılmıştır.

Böylece, (özel veya kamu sektöründe) sağlık hizmeti üreten birimler, sağlık ocakları, sağlık merkezleri, dispanserler, hastaneler olarak belirlenebilir. Bu kurumların tümünde tıbbi bakım hizmetinin yanı sıra, bu hizmetin sürdürülebilmesi için zorunlu olan idari hizmetler ve otelcilik hizmetleri olarak tanımlanabilecek geniş bir hizmetler yelpazesi bulunur.

İlaç ve tıbbi teknoloji üretiminde kapitalist üretim ilişkilerinin klasik değer yasası geçerlidir. Çünkü bunlar maddi mal üretimidir. Her iki alanda da teknoloji (değişmeyen sermaye) yoğundur. Sermaye yoğunluğu bir yandan istihdam hacmini daraltıcı (böylece artı-değer üretimini sınırlayıcı), bir yandan da üretkenliği artırıcı (yani artı-değer üretimini artırıcı) işlev görür. Sonuç olarak, sermaye net değer üretimini artırıcı teknolojileri kullanmayı hedefler.

Saf olarak tıbbi bakım hizmetleri ise herhangi bir maddi değer (değişim değeri) üretmez. Gündelik tüketime girecek maddi bir ürün ortaya koymaz. Sağlık hizmeti üretimi, maddi malların değerlerinin toplamı olan

ulusal gelire bir şey katmaz. Ancak, tüm maddi malların üretimini gerçekleştiren emek-gücünün yeniden üretimini sağlar.

Tıbbi bakım hizmeti, değişim değeri üretimine ve ulusal gelire ancak dolayımlı bir yolla katkıda bulunur: Tıbbi bakımın tedavi ederek yerine koyduğu üretimdeki emek-gücünün, üretim sürecine döndüğünde üreteceği maddi malların değişim değeri, aynı zamanda tıbbi bakımın ürettiği değeri de içerir. Aynı şey bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için de geçerlidir: İşçinin sağlığını koruyarak üretime devamını sağladığımız sürece aynı işçinin ürettiği değer, koruyucu sağlık hizmetinin değerini gösterir. Ancak bu maddi değer, kendi özellikleriyle değişime girer ve değişim sürecinde, daha önceden sağlık hizmeti kullanmış bir emek-gücünün ürünü olup olmamasının hiçbir önemi yoktur. Metanın değeri, içindeki bu sağlık hizmeti değerinin boyutu ücretin sosyal bileşeni kadardır.

Değer üretimine bu dolayımlı katkı, kelimenin gerçek anlamıyla bir katkı değildir. Çünkü buradaki sağlık hizmeti, emek-gücünü eskisine göre daha değerli kılmak için değil; eskimiş, değerini yitirmiş, çalışamaz durumdaki emek-gücünü (en fazlasından) eski durumuna getirmek ya da var olan emek-gücünü koruyucu sağlık hizmetleriyle korumak için kullanılmıştır. Bu anlamda da sağlık hizmeti ile herhangi bir yeni değer üretimi söz konusu edilemez. Bu özellik, onun bir diğer hizmet sektörü olan eğitim hizmetlerinden temeldeki farklılığını da oluşturur. Çünkü eğitim, emek-gücünü eskisine göre farklı bir formasyona kavuşturmaya, değerlendirmeye yöneliktir.

Bunun dışında sağlık hizmeti çeşitli nedenlerle üretim sürecinde yer al(a)mayan bireylere de yönelik olabilir. Bu durumda sağlık hizmeti ile değer üretimi arasında yukarıda anılan türden dolayımlı bir ilişki bile bulunamaz.

Sağlık hizmetinin bu özelliği, hizmeti üreten kamu olduğunda iyice belirginleşir. Çünkü kamu kurumlarınca üretilen sağlık hizmeti için klasik meta ve piyasa ilişkilerini gözleyebilmek olanaksızdır. Sağlık hizmetinin özel sektörce üretildiği durumlar için de, üretim tüketim döngüsünde klasik meta ilişkilerini saptayabilmek zordur. Hizmetin özel sektörce üre-

timi, her ne kadar kapitalist piyasa koşullarında gerçekleşse de, üretim tam anlamıyla arz talep dengesi ile biçimlenmez. Bunun nedeni klasik metalarda ortaya çıkan talep olgusunun sağlık hizmeti için geçerli olmamasıdır. Sağlık hizmetine olan talep, ancak sağlıklılık durumu kaybedildiğinde gündeme gelir ve sağlık bilgisi ekonomik ve kültürel anlamda dar bir profesyonel meslek grubunun denetimindedir. Sağlık hizmetinin bu özel yanı daha sonra ayrıntılandırılacaktır.

Sağlık hizmeti üretimi ile değer üretimi arasındaki ilişkiye yaklaşım bakımından sosyalist ve kapitalist ülkeler arasında fark vardır. Sosyalist ülkeler sağlık hizmetlerinin toplam değersel karşılığını, ulusal gelir hesaplamalarına katmazlarken, kapitalist ülkeler tam tersini yapmaktadır. Konunun bu yönüne ulusal gelirin ele alındığı bölümde yeniden dönülecektir.

Sağlık hizmetinin kendisi herhangi bir değişim değeri üretmediği halde, sağlık hizmeti üretimi, üretilen değişim değerinin bir kısmının kullanılmasıyla gerçekleştirilebilir. Yani toplumsal zenginliğin bir kısmı, emekgücünün yeniden üretimini sağlamak üzere sağlık hizmetlerine ayrılır. Böylece sağlık hizmeti üretimi, ekonomik anlamda ve değişim değerinin üretimi döngüsü içinde, kendisi bir değer üretmeyen, ancak, üretilmiş olan değişim değerinin bir kısmını kullanan ara bir sektör konumundadır. Sağlık sektörü, bu nedenle, ekonomik olarak maddi malların üretildiği diğer sektörlerdeki dinamiklere bağlı bir gelişim gösterir. Sağlık için ayrılacak fonların büyüklüğünü ekonominin üretkenliği belirler ve sağlık hizmeti üretimi doğrudan biçimde ekonomi üzerinde olumlu ya da olumsuz bir etkide bulunamaz. Öte yandan, genel bir ekonomik bunalım durumunda, sağlık sektörü bunalımdan çıkış için işe yaramadığı gibi, sağlık hizmetlerinin finansmanına ayrılacak fonların büyüklüğü de bunalım koşulları ve ekonominin üretkenliği tarafından belirlenir. Kısaca ne taraftan bakılırsa bakılsın sağlık sektörünün kendi başına belirleyebildiği hemen hiçbir ekonomik dinamik söz konusu değildir. Sağlık sektörü toplumsal yaşama, ekonominin diğer sektörleri dolayımıyla bağlanır. Buna karşılık, yine aynı nedenlerden dolayı, kendisi ekonomik olaylardan doğrudan ve derinlemesine etkilenir. Bütün bunlar sağlık sektörünün ekonomik anlamda "üretici olmayan", yani "tüketici" karakterinden kaynaklanır.

Yukarıda anılan nedenlerle toplumun sağlık düzeyinin belirlenmesinde de sağlık hizmetlerinin tek başına belirleyici bir etkisi yoktur. Genel olarak ekonominin (bunalım veya refah yönündeki) seyri, gerek sağlık düzeyi, gerekse sağlık sektörünün yapısı üzerinde birinci derecede belirleyicidir.

C.5.2. Sağlık hizmetinin değeri

Sağlık hizmeti doğrudan değişim değeri üretmediği halde kendisinin bir değeri vardır. Toplumsal düzeyde bakıldığında, sağlık hizmetinin değeri, ona aktarılan, aktarılmak durumunda kalınan toplam kaynakların değeri kadardır. Böylece sağlık sektörü kendisi değer üreten, toplumsal zenginliği artıran değil, kendi değeri, toplumsal zenginliğin miktarı ve bu miktarın sektörler arasındaki bölüşümü (sosyal ücret) ile bağıntılı olarak belirlenen bir üretim alanıdır.

Bireysel düzlemde ise, sağlık hizmetinin değeri, kendisi için ayrılabilecek bireysel kaynakların değeri kadardır. Birey hastalandığında ya da hastalanmamak için ya doğrudan doğruya ya da bir sosyal güvenlik kurumunun aracılığıyla sağlık hizmeti üreten kuruma değer aktarır. Böylece elindeki değerle (para da denilebilir) başka değerleri satın almak yerine sağlık hizmeti kullanmayı tercih eder. Bireylerin sağlık hizmetine olan talepleri de, aynen toplumsal sağlık sektörünün durumunda olduğu gibi, toplumsal-tarihsel olarak belirlenmiştir. Daha eğitimli, daha nitelikli emek-gücüne sahip bireyler çok değişik nedenlerden dolayı daha çok sağlık hizmeti kullanmak eğilimindedirler.

Ancak dikkat edilmelidir ki, bireylerin sağlık hizmeti için harcadıkları değerin toplamı, toplumsal olarak sağlık sektörüne ayrılabilecek değerlerin toplamından daha fazla olamaz. Dolayısıyla bireylerin sağlık hizmeti kullanma eğilimlerini belirleyen şey, makro toplumsal dinamiklerdir.

Sağlık hizmeti değerinin, diğer malların değerleri üzerinden ortaya çıkmasının nedeni, sağlık hizmetinin kendisinin yeni bir değer üretmiyor olmasıdır. Bir başka deyişle, diğer malların değerini hesaplamak için kullanılan (c + v + s) denklemi burada geçerli değildir. Daha doğrusu bu formüldeki s (artı-değer, yani o üretim döngüsünde üretilen yeni değer

bileşeni) olgusu sağlık hizmeti için yoktur.

Burada c sağlık hizmetleri için gerekli olan her türlü ekipmanı (bina, tıbbi cihaz, vb.) karşılamak için gerekli olan sabit sermayeyi temsil eder. v ise sağlık emekçilerinin ücretlerinin karşılığıdır. Sağlık emekçileri için geçerli olan v değeri de, sanayi işçilerindeki gibi hesaplanır. Özellikle hekim emek-gücünün değeri, gerekli formasyona sahip olmak için alınan eğitim süresinin uzunluğu ve kazanılan bu formasyonun sürdürülmesi için gerekli yatırımların değerinin yüksekliği nedeniyle hayli yüksektir. Buna karşılık, hekim emeğinin değer üretmiyor oluşu, ücretlerin, gerçek değerin altına çekilmesi yönünde güçlü bir nesnel basınç oluşturur.

Diğer maddi malların üretimi sürecinde elde edilen toplumsal zenginlikler, ücret (v) ile gündelik yaşantıda kâr denilen artı-değer (s)'dir. Daha önce de ayrıntıları belirlendiği gibi, patron kendi kârının, işçi de kendi ücretinin bir kısmını işçiye sunulacak sağlık hizmetinin üretilmesi için ayırırlar. Oluşturulan toplumsal fonun kullanımı da genellikle devlet eliyle ya da doğrudan özel sektör eliyle gerçekleşir.

Fon kullanımının devlet eliyle olması durumunda herhangi bir sorun yoktur. Çünkü devletin kendi sunduğu hizmetten kâr etmek gibi amacı genellikle yoktur. Fonun özel sektör eliyle kullanımı durumunda ise ilk bakışta karmaşık bir durum belirir. O da özel sağlık işletmelerinin, kâr elde etmeye yönelik güdüleridir. Özel sağlık işletmelerinin, toplam yatırımlarının üstünde bir kazanç elde ettikleri doğrudur. Ancak bu kazanç, diğer malların üretiminde gözlenen artı-değer üretiminden farklıdır. Buradaki gerçek, toplam toplumsal artı-değerin sağlık sektörüne aktarılan bir kısmına sağlık sermayedarlarının kâr olarak el koymasıdır. Bir başka deyişle diğer sektörlerde üretilen artı-değerin sağlık sektörünü de içine alan bütün ekonomi içinde paylaşımı söz konusudur. Böylece sağlık sermayedarı, sağlık için ayrılan toplumsal zenginliğin (bir kısmı ücret kesintisi olarak işçiden, bir kısmı da doğrudan artı-değer kesintisi olarak patrondan gelen toplumsal zenginlik) bir kısmını işletmesinin değişmeyen sermayesi (sağlık yatırımları ve sağlık kurumlarının işletme giderleri), bir kısmını değişen sermayesi (sağlık emekçilerinin ücretleri) olarak kullanırken, bir kısmını da kendi kârı olarak ayırır.

Sağlık sektöründe kullanılacak kaynakların tümü toplumsal artıktan sağlanır. Bu toplumsal artık sağlık sektörü içinde değişen, değişmeyen sermaye ve artı-değer olarak dağılır. Sağlık sektöründeki değişen ve değişmeyen sermayelerin miktarını belirleyen nesnel sınırlar vardır. Değişen sermaye olarak sağlık emek-gücü, belli bir nitelikte yeniden üretilmek zorundadır. Değişmeyen sermaye olarak da sağlık kurumlarının belli vazgeçilmez donanımlarının olması gerekir. Böylece bu sermayenin nesnel sınırları sağlık sermayesinin artı-değerini sıkıştırıcı bir etki gösterir. Bütün bunlar, tıbbi bakım hizmetine yatırım yapmış olan sermayedarı, kendi kârını artırabilmek için, bir yandan sağlık sektörü için daha çok toplumsal kaynak ayrılmasını sağlayacak politik arayışlara, bir yandan da sağlık emekçileri üzerinde (aynı nitelikte emek-gücü kullanan) ekonominin diğer sektörlerinde gözlenenden daha fazla oranda ekonomik basınç uygulamaya zorlar. Sonuçta sağlık emekçisi, kendisiyle aynı nitelikte olup ekonominin diğer sektörlerinde çalışmakta olan emekçilere göre daha fazla oranda ekonomik sömürü ile yüz yüze gelir.

Burada iki noktanın daha altını çizmek gerekir:

1. Maddi mal üretiminde işçinin emeğinin bir kısmı kendi ücreti olarak, bir kısmı da patronun el koyduğu artı-değer olarak değerlenmekteydi. Ücretin bir kısmının sigorta primi olarak veya genel vergilerin kapsamında özel sağlık hizmeti finansmanına aktarılması, aktarılanın bir kısmına da sağlık patronu tarafından kâr olarak el konulması, ücretin bu bir kısmını da kapitalist sınıfın artı-değer hanesine kaydırır. Bu anlamda, kapitalist sınıf bir bütün olarak düşünülürse, bu sınıfın el koyduğu artı-değer miktarı, artı-değer oranı (artı-değerin değişen sermayeye, ücretlere oranı) ve kâr oranı (artı-değerin toplam sermayeye oranı) artar. Böylece sağlıkta özel sektör işlevselliği, işçi ve emekçi sınıfların sömürü oranını artırır. İşçi ve emekçi sınıflar bu nedenle sağlıktaki özelleştirmeye karşı çıkmak ve genel vergileme sistemi içinde de kapitalist sınıfın daha çok vergilendirilmesini savunmak zorundadır.

2. Vurgulanması gereken ikinci nokta, yukarıda anılan sağlık sermayesinin bağımlı karakteridir. Sağlık hizmeti artı-değer üretemediği için, sağlığa yatırım yapan sermayedarlar maddi mal ve artı-değer üretiminin

gerçekleştirildiği diğer sektörlere bağımlıdırlar. Milli gelirdeki azalmalar veya milli gelir büyüme hızındaki yavaşlamalar ile sermayenin ortalama kâr oranındaki düşüşler, bu nedenle doğrudan sağlık sektöründeki toplam kaynak miktarını ve büyüme hızını etkiler. Diğer sektörlerdeki bir sorun sağlık sektörüne katlanarak yansır. Böyle dönemlerde, ne devlet ne de özel sektör sağlık için kullanılabilecek sermaye bulabilir. Aynı bağımlı karakter, maddi mal üretimine yatırım yapan sermaye çevreleri ile sağlığa yatırım yapan sermayedarlar arasındaki çelişkinin de zeminini hazırlar. Bu çelişki, sağlık sektöründeki patronu, sağlık işkolundaki emekçilerin mücadelesi ile ekonominin maddi mal üreten sektörlerindeki patronların kendi sektörel sınıfsal çıkarları arasında sıkıştırır.

Böylece tıbbi bakım alanına yatırım yapan sağlık sermayedarı, ekonominin diğer sektörleri tarafından belirlenen sınırlı ve sağlık alanı içinde artırılma olanağı bulunmayan kaynağı kullanmak durumundadır. Tıbbi bakım hizmeti üretimi aynı zamanda emek yoğundur ve bu yoğun emekgücü kullanımı sermayedara doğrudan artı-değer sunmaz. Ek olarak tıbbi bakım hizmeti üretiminde emek üretkenliğinin artırılması da zordur. Bu olgu, sektörde yoğun emek kullanımını koşullar. Bunun da ötesinde, kâr oranının yükseltilmesi amacıyla, özellikle mutlak türde sömürüyü gerektirir. Öte yandan, herhangi bir sağlık kuruluşunun gerekli donanımının sağlanabilmesi bile önemli bir sermaye yatırımını zorunlu kılar. Bütün bunların iki olguyu koşulladığı söylenebilir:

a. Özel sağlık sektöründe yatırımların yavaşlığı ve azlığı: Zorluklar nedeniyle bu alana yatırım yapan sermaye çevreleri genellikle özel teşvikler ister.

b. Sağlık emek-gücünün ileri düzeydeki sömürüsü, aşırı iş yükü ve düzensiz ve uzun çalışma saatleri. Aynı şeyler kabaca devlet sağlık işletmeleri için de geçerlidir. Sağlık alanındaki sendikal, demokratik mücadelenin dünyanın hemen her yerinde çok şiddetli engellerle karşılaşmasının nedeni, sağlık sektöründeki bu aşırı emek sömürüsü olgusudur.

C.5.3. Sağlıkta rant

Bir önceki alt bölümde sağlık hizmetinin değerinden söz ettik. Şunları

saptadık: Sağlık hizmetinin kendisi bir değişim değeri üretmez. Ancak kendisinin bir değeri vardır. Bu değer bu alana aktarılan toplumsal ve/veya bireysel kaynakların miktarı kadardır. Bu miktar da kapitalist üretim ilişkilerinin gelişmişlik düzeyi, emek-gücünün kendisinden beklenen üretimi gerçekleştirmesi için gerekli olan niteliği ve sınıf mücadeleleri ile belirlenir. Bu anlamda sağlık hizmetinin değeri ekonominin genelindeki üretim ilişkilerine bağlı olarak ortaya çıkan ara bir konumdadır. Sağlık hizmetine yatırım yapan özel sektörün karı da diğer sektörlerde üretilen artı-değere bağlı olduğu için sağlık sistemindeki sömürü derecesi diğer sektörlerdekine göre daha yüksek olma eğilimindedir. Özel sağlık sermayesi kârını artırabilmek için (sağlık sektöründeki emek verimliliğinin düşüklüğüne de bağlı olarak) doğrudan sağlık emek-gücüne yüklenecektir.

Ancak yukarıda tanımlanan sağlık sektöründeki üretim ilişkileri dinamiğine bir ek daha yapmak gerekir. O da sağlık hizmetinin doğasından kaynaklanan sağlık rantı ilişkileridir.

Marx, Kapital'in 3. cildinde toprak rantı kavramını ele alır. Bu bölümde toprak rantı şöyle tanımlanır:

> "Kapitalist çiftçi, toprak sahibine, kullandığı toprağın sahibine, sermayesini bu özel üretim dalına yatırma hakkı karşılığında sözleşme ile saptanmış belirli dönemlerde, örneğin her yıl, (tıpkı para-sermaye ödünç alanın belirli bir faiz ödemesi gibi) bir miktar para öder. İster tarımsal toprak, yapı arsaları, madenler, balıkçılık bölgeleri ya da ormanlar için olsun ödenen bu para miktarı toplamına, toprak rantı adı verilir. Bu, toprak sahibinin, toprağını, kapitalist çiftçiye kiralamayı kabul ettiği bütün dönem için ödenir. Bu nedenle, toprak rantı, burada, topraktaki mülkiyetin, iktisadi açıdan gerçekleştiği, yani değer ürettiği biçimidir." (s. 653)

Böylece rant, daha önceki feodal üretim ilişkileri döneminde kendi doğallığından başka bir anlamı olmayan toprağın kapitalist üretim ilişkileri içinde elde ettiği değişim değerini ifade eder. Üretim onsuz olamayacağı için, sırf bu nedenle, toprak, bu vazgeçilmez emek nesnesi, kapitalist üretim ilişkileri içinde ayrı bir değer kazanmıştır.

Yine aynı bölümün ilerleyen sayfalarında Marx, rantın farklılık rantı

biçimini tanımlarken şu vurguları yapar.

> "Birincisi, açıktır ki, bu rant, her zaman bir farklılık rantıdır, çünkü metaların genel üretim-fiyatına belirleyici bir öğe olarak dahil olmaz, daha çok ona dayanır. Değişmez bir biçimde, bir yanda tekel altına alınmış doğal güce egemen olan özel bir sermayenin, bireysel üretim-fiyatı ile, öte yanda söz konusu üretim alanına yatırılan toplam sermayenin genel üretim-fiyatı arasındaki farktan doğar.
> İkincisi, bu toprak rantı, kullanılan sermayenin ya da onun tarafından el konulan emeğin üretkenliğindeki mutlak artıştan doğmaz, çünkü bu, ancak metaların değerini düşürebilir; bu, belirli bir üretim alanına yatırılmış özgül ayrı sermayenin, üretkenliği kolaylaştıran bu istisnai ve doğal koşulların dışında tutulan sermaye yatırımlarıyla karşılaştırıldığında, sahip olduğu daha fazla nispi verimlilik yüzündendir." (s. 681)

Sağlık rantını yukarıdaki çerçevede anlamlandırmak olanaklıdır. Bir kere sağlık hizmetinin diğer meta ve hizmetlerden önemli bir farkı vardır. O da, sağlık hizmetiyle elde edilen sağlık kazancının bir başka meta ya da hizmetle elde edilememesi, yani sağlık hizmetinin ikame edilemezliğidir. Bu anlamda, sağlık hizmeti ortaya çıktığı ilk çağlardan beri, sağlıkçılar tanrısal bir kimlikle anılmışlardır.

İşte sağlık rantı avantajı sağlık hizmetinin bu özelliğinden doğar. Sağlık hizmeti üreticisi, sağlık hizmetinin ikame edilemezliğinden, sağlık bilgisini (o bilgiye gereksinimi olan hasta karşısında) tekelci olarak elinde tutmanın avantajından yararlanarak ürettiğine tekelci bir fiyat biçmek ister. Buradaki tekelcilik, kapitalist üretim ilişkileri sonucunda ortaya çıkan ekonomik bir kategoriyi değil; sağlık hizmetini mesleki olarak elinde tutmaktan kaynaklanan avantajı ifade eder.

Sağlık rantı, çoğunlukla, özel sektörde çalışan hekimler ve/veya kurumlar için söz konusudur. İyice özelleşmiş tıbbi girişimleri gerçekleştirebilen hekimler ve sağlık kurumları hizmetin fiyatına rantı daha açık biçimde giydirirler. Sağlık rantı, hizmet fiyatının emek değer teorisine göre belirlendiği zemini geçersiz kılar. Rant, sağlık sektörüne ayrılan

kaynakları sınırlamaya çalışan ekonominin diğer sektörlerindeki sermaye gruplarını, sağlık kaynaklarını artırmak yönünde zorlar.

Böylece sağlık hizmetinin fiyatı, emek değer teorisinden bağımsız biçimde sağlık rantı giydirilmiş olarak şişirilmiş bir düzeyde ortaya çıkar. Sağlık rantı sağlık sermayesine ortalama kâr oranını artırma olanağı tanırken, kapitalist sağlık sektörünün toplumsal kaynakların daha büyük kısmını emmesine neden olur.

Hekim emeğinin sıradanlaşması sağlık rantının erozyona uğramasına neden olurken, hekim emeğinin ikame edilemeyecek derecede incelmesi-uzmanlaşması da sağlık rantını artırır. Sağlık hizmetine rant olanağı veren şey; ikame edilemezliği, bir gereksinim olarak ortaya çıktığında ertelenemezliği ve bunlarla bağlantılı biçimde edinmiş olduğu kutsallık mitidir.

II
Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri

A) Sağlık Hizmetlerinin Finansmanını İncelerken Kullanılacak Temel Kavramlar[1]

Mal (Goods): Geniş anlamda insanın gereksinimlerini karşılayan, değişim için üretilen ve kapitalist üretim ilişkilerini yansıtan her şey. İktisadi anlamda hammaddeler, ara mallar ve son mallar diye ayrılırlar. Bunun dışında tüketim malları, dayanıklı tüketim malları, yatırım malları diye de sınıflama yapılabilir.

Hammadde (Raw Material): Ara malların yapımında kullanılan mallardır; buğday gibi. Bazı hammaddeler ise doğrudan tüketim için kullanılabilirler; petrol gibi.

Ara Mallar: Son malların üretiminde kullanılırlar. Kimyasal ara malların deterjan yapımında kullanılması gibi.

Son Mallar: Kullanıma hazır mallardır; buzdolabı gibi.

Tüketim Malları: Doğrudan gereksinimleri karşılayan mallardır. Gıda ve giyim maddeleri, radyo, televizyon gibi mallar tüketim mallarıdır. Dayanıklı ve dayanıksız diye ayrılırlar. Dayanıklı tüketim malları gereksi-

---

[1] Bu bölüm için ayrıca şu kaynaklara da bakılabilir: Mills A., Drummond MF. 1985; Torrance GW. 1986; Manisalı E. 1987: 10-15, 153-182, 218; LeGrand J. ve ark. 1992: 7-64; Mooney GH. ve ark. 1992: 40-48; OECD 1995: 5-6; Belek İ. 1998: 100-105; Daniels N. ve ark. 2000: 740-750; Petitti D. 2000: 29-32, 169-212

nimleri karşılama süreleri uzun olan mallardır.

Yatırım Malları: Üretken nitelikte mallar olup, diğer mal ve hizmetlerin üretiminde kullanılırlar. Traktör, otobüs, torna tezgahı gibi.

Ürün: Üretilmiş, elle tutulur, somut/maddi nesnelere verilen addır. Kapitalizmde her mal aynı zamanda bir üründür. Ama her ürün mal olmayabilir. Üreticinin yalnızca kendi gereksinimlerini karşılamak üzere ürettiği ve pazara sokmadığı ürünler böyledir. Ancak kapitalizm ürün üretimini çok önemli oranda mal (meta) üretimi durumuna dönüştürmüştür.

Hizmet (Service): Maddi mallar dışında kalan ve yine insan gereksinimlerini karşılayan ürünler. Hizmetler de kendi içlerinde üretim hizmetleri ve tüketim hizmetleri olarak ayrılırlar.

Üretim Hizmetleri: Üretim malları gibi insanların gereksinimlerini birden karşılamazlar. Bunlar üretilen mallara yönelik olan ve bu mallar tüketicinin eline geçinceye kadar üretilmesi zorunlu olan hizmetlerdir. Bu nedenle bu tür hizmetler üretimin içinde bir aşama olarak değerlendirilirler. Örneğin, malların imal edildikten sonra, tüketilecekleri merkezlere ulaştırılmasına ve tüketim aşamasına kadar saklanmalarına yönelik hizmetler böyledir.

Tüketim Hizmetleri: Sağlık, eğitim, eğlence, güvenlik gibi hizmetlerdir. Bunlar malın doğrudan üretimi kapsamına girmezler. Üretildikleri anda tüketilmiş olurlar. Örneğin sağlık hizmeti üretildiği anda tüketilmek için üretilir. Üretildiğinde kullanıcısının da olduğu bilinir. Saklanamaz.

Milli gelirle ilgili kavramlar:

1. Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) (Gross National Production): Bir ekonomide bir yıl içinde üretilen bütün mal ve hizmetlerin para olarak ifade edilen toplam değeridir. Bir ekonomide bir yıl içinde üretilen değerler (eğer faktör gelirleri bakımından ele alınırsa), işçilerin ücretleri ile kâr, faiz, rant olarak yansıyan artı-değerdir. Kısaca, üretilen yeni değer, üretim süreci içinde yer alan taraflar arasında yukarıdaki biçimde paylaştırılır. Bunun dışında GSMH tanımı içinde aşınma ve yıpranma (amortisman) payları da bulunur. Yani GSMH ücreti (değişen sermaye), artı-değeri (s; kâr, faiz, rant) ve değişmeyen sermayenin yeni üretilen mala aktarılan kısmını (amortisman) içerir.

2. Safi Milli Hasıla (SMH) (Net National Production): GSMH'dan amortisman paylarının çıkarılması ile bulunan değerdir. SMH, üretim gücünün belirlenmesi bakımından daha güvenilir bir göstergedir. Ancak amortisman paylarını (yani üretim makinelerinin değersel karşılığı olan sabit sermayenin, üretilen yeni değerlere aktarılan miktarını) tam olarak hesaplamak olanaksız olduğundan SMH'yı da net olarak hesaplamak olanaksızdır. Bu nedenle milli gelir genellikle GSMH olarak verilir.

3. Milli Gelir (National Income): Bir ekonomide bir yıl içinde yaratılan değerler toplamıdır. SMH'dan vasıtalı vergilerin çıkarılması (SMH – Vasıtalı vergiler) ile bulunur. Vasıtalı vergiler ise gümrük vergileri, tekel vergileri ve harçlardır.

4. Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) (Gross Domestic Production): Yurtiçinde belli bir yılda üretilen mal ve hizmetlerin değeridir. Dışarıda yapılan yatırımlardan sağlanan gelirleri ve rantları kapsamaz.

5. Nominal Milli Gelir: Bir yılın milli gelirinin, o yılın cari fiyatları üzerinden hesaplanmasıdır. Bu hesaplamada enflasyon etkisi dikkate alınmadığından, geçmiş yılların milli gelirleriyle karşılaştırma yapma olanağı yoktur.

6. Reel Milli Gelir: Belirli bir yılın fiyatlarıyla hesaplanan milli gelire verilen addır. Diğer bir deyişle, reel milli gelir, sabit fiyatlarla hesaplanan milli gelirdir. Yıllar içinde karşılaştırmaya olanak verir.

Milli gelir, oluşumu bakımından üç yoldan hesaplanabilir:

a. Üretim açısından milli gelir hesaplaması: Ekonomide üretilen mal ve hizmetler ile dış ekonomik ilişkiler göz önünde bulundurularak hesaplanır. Bu durumda GSMH aşağıdaki üretim kalemlerini içerecektir:

1. Tarım: Çiftçilik, hayvancılık, ormancılık, balıkçılık
2. Sanayi: Madencilik ve taş ocakları, imalat sanayi, elektrik, gaz ve su
3. İnşaat sanayi
4. Toptan ve perakende ticaret
5. Ulaştırma ve haberleşme
6. Mali kurumlar
7. Konut sahipliği
8. Serbest meslek ve hizmetler

9. Sektörler toplamı (1+...+ 8)
10. Devlet hizmetleri
11. GSYİH (9 + 10)
12. Dış alem net faktör gelirleri
13. GSMH (11 + 12)

b. Faktör gelirleri açısından milli gelir hesaplaması: Ücret, kâr, faiz, rant olan faktör gelirlerinin toplamı ile bulunur.

c. Harcamalar açısından milli gelir hesaplaması: Tüketim harcamaları, yatırım harcamaları, devletin yaptığı harcamaların toplamı alınarak bulunur.

Bu üç hesaplama sonucunun birbirine eşit olması gerekir. Bunlar yalnızca farklı hesaplama tekniklerine ve aynı şeyin değişik yaklaşımlarla ele alınmasına işaret ederler. Çünkü bir toplumda üretilen mal kadar tüketim ve harcama da olur.

Milli gelirin hesaplanmasında kapitalist ve sosyalist ülkeler arasında önemli bir farklılık vardır. Sosyalist ülkeler tüketim hizmetlerini, doğrudan üretici faaliyet olmadıkları gerçeğini dikkate alarak milli gelirin hesaplanmasına katmazlar. Yalnızca maddi malların değerleri ile ona ilişkin ticaret ve ulaşım hizmetlerinin değerlerini toplarlar. Kapitalist ülkeler ise bütün mal ve hizmetleri milli gelirin hesaplanmasına dahil ederler. Bu anlamda yukarıda verilen tanımlar kapitalist ülkelerin milli geliri hesaplama tekniğini yansıtmaktadır. Son yıllarda kapitalist dünyada spekülatif sermaye hareketlerinin iyice artması, reel sektör ile mali/finansman sektörü arasındaki ayırımı belirginleştirmiştir. Finansman sektörünün gelirlerindeki spekülatif boyut artmıştır. Bu nedenle kapitalist ülkelerde milli gelir hesaplamalarının da spekülatif bir karakter kazandığı söylenebilir.

Milli gelirin oluşumu süreci şu şekilde tanımlanabilir:

1. Üretim olayı her şeyin başlangıcıdır. Üretim olmadan hiçbir şey olmaz. Öncelikle üretim gerçekleştirilir.

2. Üretimi gerçekleştirmek için faktör sahipleri (işçi ve emekçiler işgüçleri, sermayedar ve toprak sahipleri ise sermaye ve toprakları ile) üretime girerler.

3. Üretim faktörleri, üretime katılmalarının karşılığında, ücret, kâr, faiz ve rantlarını alırlar.

4. Üretim olayı gerçekleşirken, devlet, payını dolaylı vergiler biçiminde alır.

5. Faktör sahipleri, faktör gelirlerini elde ettikten sonra, bunun bir kısmını devlete dolaysız (doğrudan) vergi olarak öderler. Ücretten, kârdan kesilen vergiler böyledir.

6. Faktör sahipleri, özellikle işçi ve emekçiler gelirlerinin önemli kısmını tüketim harcaması olarak ellerinden çıkarırlar. Bu, tüketim mal ve hizmetlerine olan taleptir. Bu sırada bir miktar da dolaylı vergi öderler (katma değer vergisi).

7. Faktör sahiplerinin gelirlerinin ellerinde kalan kısmı, özel tasarrufları oluşturur. Bankalara giden veya oto finansman olarak firmalarda kalan kısım budur.

8. Firmalar ellerindeki bu kaynakları yatırım malı talebi olarak yeniden piyasaya sokarlar.

9. Devlet dolaylı ve dolaysız vergilerden elde ettiği gelirin bir kısmını cari harcamalar olarak kullanır. Bunlar memur ve işçilerin ücret ve maaşlarına ve piyasadan tüketim malı alımına gider.

10. Devletin elinde kalan gelir kısmı ise yatırım harcaması olarak kullanılır. Devlet yatırımları, kapitalist ekonominin "altyapı" sektörlerine ve "ağır sanayi"ye olur.

Vergiler (Taxes): Vergiler devlet bütçesi gelirlerinin çok önemli kısmını oluştururlar. Vergi gelirleri dört büyük gruba ayrılır:

1. Gelirden alınan vergiler
2. Servetten alınan vergiler
3. Mal ve hizmetlerden alınan vergiler
4. Dış ticaretten alınan vergiler.

Bunlardan ilk ikisine dolaysız (doğrudan), diğer ikisine de dolaylı vergiler denir.

Dolaylı Vergiler (Indirect Taxes): Mal ve hizmetler üzerine konur. Bireyler bu mal ve hizmetleri satın alırken vergiyi de ödemiş olurlar. Katma değer vergisi, damga vergisi, harçlar, gümrük vergisi, banka ve

sigorta işlemleri sırasında alınan vergiler dolaylı vergilerdir.

Dolaysız vergiler (Direct Taxes): Vergi yükümlülerinden doğrudan alınan vergilerdir. Bunların en önemlisi gelir vergisidir. Kurumlar vergisi, veraset ve intikal vergisi, arazi ve bina vergileri diğer dolaysız vergi çeşitleridir.

Vergiler gelir dağılımı üzerindeki etkileri bakımından da iki gruba ayrılırlar: Progresif ve regresif nitelikli vergiler.

Progresif Nitelikli Vergi (Progressive Tax): Gelir dağılımı üzerinde dar gelirliler lehine etkide bulunan vergilerdir. Vergi, gelir dağılımı üzerinde yeniden dağıtıcı (redistributive) etkide bulunan bir devlet politikasıdır. Ya da devletin gelir dağılımına müdahale yollarından birisidir. Gelir vergisinin, gelirin yükselmesi ile orantılı olarak artan oranlarda uygulanması ve belli düzeyin altındaki gelirin vergiden muaf kılınması verginin progresif olduğunu gösterir. Progresifliğin ölçüsü ise vergi oran düzeylerine bağlıdır. Çoğu Avrupa ülkesinde gelir vergisi bu niteliktedir. Ücretten, maaştan, kârdan alınan vergiler gelir vergisidir. Özel olarak da sosyal güvenlik programlarının yaşatılması için gerek çalışan bireyin, gerekse patronun gelirinden alınan gelir vergisine ise Bordro Vergisi (Palroll Tax) adı verilir. Avrupa ülkelerinde, sosyal güvenlik vergileri, gelirin düzeyinden bağımsız olarak sabit miktarda toplanır. Bu nedenle de progresif niteliği zayıftır.

Regresif Nitelikli Vergi (Regressive Tax): Gelir dağılımındaki eşitsizlikleri daha da artırıcı etkiye sahip olan vergilerdir. Mal ve hizmetler üzerinden alınan dolaylı vergiler genellikle regresif niteliklidir. Dolaylı vergilerin yeniden dağıtıcı etkisi iki faktöre bağlıdır: Vergi düzey ve niteliği ile toplumun tüketim kalıbı. Yalnızca yüksek gelirli toplumsal sınıflarca tüketilen mallara getirilen vergiler, tüketim tipi vergiler olsalar da, progresif niteliklidir. Ancak daha aşağı düzeydeki sınıflarca tüketilen mallara getirilen vergiler regresif nitelikli olacaktır. Gelir, sosyal güvenlik ve tüketim vergilerinin toplam etkisi, vergi sisteminin toplam progresif ya da regresif etkisini verir. Özellikle 1980 sonrası dönemde Avrupa ülkelerindeki vergi sisteminin, beklenenin ve olması gerekenin tam tersine, progresif etkiden uzaklaştığı kaydedilmektedir.

Gereksinim: İnsanların maddi ve kültürel varlıklarını sürdürmek ve

geliştirmek için çeşitli mal ve hizmetlere karşı duydukları isteğe, bu isteğin yarattığı gerginlik ya da açlığa gereksinim denir. Gereksinim tarihsel-toplumsal bir kategoridir. Yani her dönemin gereksinimleri değişiktir. İnsan tarihsel gelişim ve mücadele süreci içinde kendi gereksinimlerini de toplumsal olarak tanımlar ve geliştirir. Tarihsel süreç içinde kimi yeni şeyler insan gereksinimi olarak gelişir ve öyle algılanır. Bu anlamda insan gereksinimlerinin ortaya çıkışı esas olarak toplumsal bir olaydır.

Talep (Demand): Tüketicilerin belli bir zamanda ve belli bir fiyat düzeyinde, kapitalist piyasa koşullarında ortaya koydukları satın alma isteğidir. Bir yandan da satın alınan mal ve hizmet miktarını ifade eder. Talep, gereksinimlerin karşılanmasına yöneliktir. Piyasada, gereksinim, kendisini talep şeklinde ortaya koyar. Ancak kapitalist piyasa koşullarında gereksinim ile talep arasındaki doğrudan ilişki çoğu kez bozulur. Gereksinime karşılık gelmeyen, ancak yine de tatmin edilmesi gereken talepler gelişebilir. Pek çok gereksinim ise, sahibinin satın alma gücünün eksikliği nedeniyle, kendisiyle ilgili talep yaratamadan ve tatmin edilemeden kalır.

Fayda (Benefit): Bir malın tüketimi sonucunda elde edilen yarar. Klasik burjuva iktisadında fayda, malın tüketim düzeyine doğrudan bağlıdır. Mal ne kadar çok tüketilirse, faydanın da o kadar çok olacağı düşünülür. Kapitalist işlerlik içinde faydanın anlamı tüketimde somutlanır. Çok faydanın (üreten kurum anlamında) çok tüketicilik anlamı taşıdığı açıktır. Kapitalist ekonomide faydanın ölçüsü kârdır. Öte yandan, malın çok tüketilmesi, bir başka deyişle o maldan çok faydalanılmış olması durumu, aynı zamanda o mala duyulan gereksinimin de azalacağı anlamına gelir. Bu ise, dolaylı olarak malın faydasını, kapitalistin kârını azaltacaktır.

Marjinal Fayda (Marginal Benefit): Tüketimin artmasıyla sağlanan fayda, daha önceki tüketimin birim düzeylerinin sağladığı faydaya göre daha düşüktür. Böylece en son olarak tüketilen her birimin fayda düzeyi, bir öncekine göre daha düşük olur. Tüketilen son birim Marjinal Birim, marjinal birimin sağladığı fayda da Marjinal Fayda olarak tanımlanır. Marjinal birimin faydasının bir önceki birime göre düşük olmasının nedeni, toplumsal gereksinimin, o zamana dek yapılmış tüketim ile belli bir derecede tatmin edilmiş olmasıdır. Aynı tatmin, toplumun o mala karşı olan talebini de, marjinal faydanın düşmesi nedeniyle, azaltacaktır.

Toplum, gereksinimlerinin tatmin edilmiş olmasından kaynaklanan bir doygunluk hissiyle mala karşı talebini azaltacak, göreli olarak daha fazla oranda gereksinim duyduğu, dolayısıyla da marjinal faydası daha fazla olan diğer mallara yönelecektir. Mallar arası talep akışının, malların marjinal faydalarının eşitlendiği noktaya kadar süreceği varsayılır.

Toplam Toplumsal Fayda (TTF) ve Marjinal Toplumsal Fayda (MTF) (Total Social Benefit ve Marginal Social Benefit): Yukarıdaki değerlerin tüm toplum bireyleri için toplanması sonucunda elde edilen değerlerdir.

Maliyet (Cost): Bir malın üretimi için kullanılan kaynaklardır. Dolayısıyla, bir malı c + v + s şeklinde tanımlanan değeri içindeki c + v toplamı, kapitalist açısından malın maliyetini oluşturur. Maliyetlerin tüm toplum için tanımlanan değeri Toplam Toplumsal Maliyet (TTM) (Total Social Cost) olarak adlandırılır.

Sağlık hizmetlerinin üretiminde ya da bir sağlık programında kullanılan-tüketilen kaynaklar üç türdür:

1. *Doğrudan Maliyetler (Direct Costs):* Hekimlerin ayırdığı zaman, ücretler, hastane, ilaç, vb. maliyetleri.

2. *Dolaylı Maliyetler (Indirect Costs):* Hastaların sağlık hizmeti kullandıkları sırada oluşan üretim kayıplarının maliyeti.

3. *Manevi Maliyetler (Intangible Costs):* Hastanın ve/veya ailesinin sağlık programına-tedaviye katılımı sonucunda hissedecekleri ağrı, acı, rahatsızlık, vb. hislerinin parasal karşılığı.

Maliyetlerdeki bu sınıflama fayda için de yapılabilir:

1. *Doğrudan Fayda (Direct Benefit):* Bireylerin sağlık hizmetini kullanmaları sonucunda sağlık düzeylerinin yükselmesine bağlı olarak ileridekı sağlık harcamalarının azalması.

2. *Dolaylı Fayda (Indirect Benefit):* Sağlık düzeyinin yükselmesine bağlı üretim artışları.

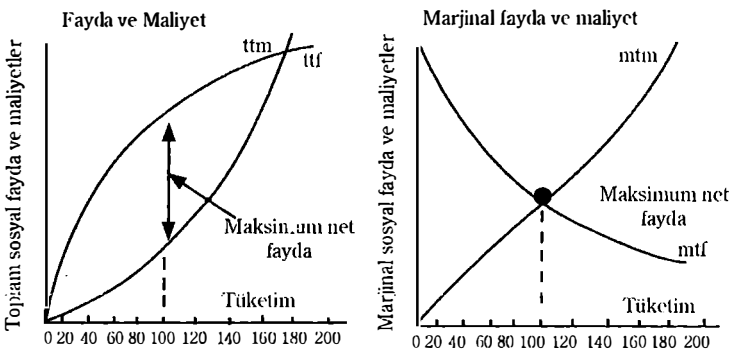
3. *Manevi Fayda (Intangible Benefit):* Sağlık düzeyinin yükselmesine bağlı olarak ağrı, acı, rahatsızlık, vb. hislerdeki azalma ve bunun parasal karşılığı. Bu tanımlar faydanın ekonomik karşılığını ifade eder.

Marjinal Maliyet (Marginal Cost): Bir malın her ek biriminin üretil-

mesi için gerekli olan ek maliyete verilen addır. Dolayısıyla, ürünün son biriminin üretilmesi için gerekli birim maliyet farkını dile getirir. Ürünün son biriminin üretilmesinin, daha önceki birimlere göre daha masraflı olmasının ekonomik bazı nedenleri vardır. Yüksek ücretle daha fazla insan istihdam edilmek zorunda kalınması, yeni makinelerin kullanılması zorunluluğu, büyüyen üretimle verimliliğin düşmesi, toplumun (işçi ve emekçi sınıfların) satın alma gücünün talebi belirlemesi gibi. Özellikle son nokta önemlidir. Toplam fayda ile maliyet dengesi, toplumun tüketim hacmi tarafından belirlenir. Kapitalist sınıf kâr elde ederken, doğal olarak halkın satın alma gücünü de sınırlandırır. Bu ise tüketim eğilimini düşürür. Böylece marjinal maliyet yükselir. Marjinal maliyetin tüm toplum için toplanan değerine de Marjinal Toplumsal Maliyet (MTM) (Marginal Social Cost) denir.

Yukarıdaki tanımlamalara göre, TTM ile TTF arasındaki ilişki doğrusal değildir. Belli bir düzeye kadar maliyet artışı daha fazla fayda sağlar, bir düzeyin üzerinde ise, sağlanan fayda yapılan harcamayı karşılamaz. Bunun nedeni marjinal maliyettir. Marjinal maliyetin marjinal faydayı aştığı noktada, artık son birim için sağlanan fayda, maliyeti karşılayamaz duruma gelmiş olur. Çünkü son ürünün maliyeti, son ürünün sağladığı faydanın üzerine çıkmıştır. Dolayısıyla, artık, ekonomik anlamda son ürünün üretilmesi gereği ortadan kalkar. Bu ilişkiler aşağıdaki şemada gösterilmiştir.

Grafik: Maliyet ve fayda arasındaki ilişkiler



Sabit Sermaye Maliyetleri (Capital Costs): Sabit maliyetler, bir seneden fazla süreyle yarar üreten donanıma yapılan harcamalardır. İnşaat harcamaları, eski binaların onarımı için yapılan harcamalar, eski binaların sağlık amaçlı kullanımı için yapılan dönüşüm çalışmalarının maliyeti, alet ve iç donanım harcamaları bu gruptadır. Dolayısıyla, sabit harcamalar, değişmeyen sermaye içindeki hammaddeler için yapılan sermaye harcamalarının çıkarılması ile bulunur.

İşletme Maliyetleri (Revenue Costs): O yıl içinde üretilen hizmet harcamalarını kapsar. Sağlık emekçilerinin ücretleri, tüm otelcilik masrafları, ilaç, yakıt giderleri bu gruptadır. Böylece işletme giderleri sabit harcamalar dışındaki değişmeyen sermaye dilimi ile değişen sermayenin tümünü içerir.

Sabit Maliyetler (Fixed Costs): Ürünün miktarına göre değişmeyen maliyetlerdir. Örneğin bir otomobil fabrikasının üretimi düşse de mevcut binaların temizliği için yapılacak temizlik masrafları aynı kalacaktır.

Operasyonel Maliyetler (Operating Costs): Bazı maliyetler ürünün miktarına göre değişir. Örneğin aynı otomobil fabrikasının elektrik giderleri böyledir ve üretilen otomobil sayısına göre harcanan elektrik de değişir.

Sosyal Maliyet (Social Cost): Bir olayın sosyal açıdan yol açtığı ve parasal olarak ölçülebilen ve/veya ölçülemeyen maliyettir. Örneğin sanayinin yarattığı hava kirliliğinin çeşitli yollarla (hastalık, binaların yıpranması, yeşil alanların tahrip olması gibi) kişiye ve topluma belli bir maliyeti söz konusudur. Bunun dışında ise, parasal olarak ölçülemeyen zararları da vardır. İşte hava kirliliğinin topluma getirdiği bütün bu yükler-zararlar onun sosyal maliyeti olarak bilinir.

Maliyet Sınırlaması (Cost Containment): Harcamalardaki artışı durdurmak ve/veya sınırlamak için alınan önlemlerdir. Maliyet sınırlaması her zaman maliyetlerin azaltılması anlamına gelmez. Ancak maliyet artışının durdurulmasını, sınırlanmasını ifade eder. Maliyet sınırlaması önlemleri üretimin verimliliğini düşürebilirler.

Ekonomik Değerlendirme (Economic Evaluation): Bir programın maliyet ve sonuçları (sağlıktaki gelişme ve kaynak tasarrufu ile tanımla-

nan sonuçlar) bakımından bir başka program ile karşılaştırılması. Bu değerlendirme maliyet minimizasyon analizi (cost-minimization) (MMA), maliyet-fayda analizi (cost-benefit) (MFA), maliyet-etkinlik analizi (cost-effectiveness) (MEA), maliyet-yarar analizi (cost-utility) (MYA) olarak bilinen çeşitli tekniklerle gerçekleştirilir. Aşağıdaki şemada ekonomik değerlendirmenin bileşenleri gösterilmiştir.

Tablo: Sağlık hizmetlerinin ekonomik açıdan değerlendirilmesi

Maliyetler (M) *(Cost)*	Sağlık Programı	Sağlıktaki gelişme	
M.1. Doğrudan	Etki (E) *(Effect)*	Fayda (F) *(Benefit)*	Sağlığın değeri (D) *(Value of health)*
M.2. Dolaylı	E.1. Hastalık	F.1. Doğrudan	D.1. Nümerik skala olarak
M.3. Manevi	E.2. Ölüm	F.2. Dolaylı	D.2. Ödeme isteği olarak
		F.3. Manevi	D.3. Utilities (QALY's)

MMA'nde, iki ya da daha fazla müdahalenin sonuçları (etkinliği) aynıdır. Burada hangisinin en az maliyetli olduğuna bakılır. MFA'nde iki ya da daha fazla müdahalenin sonuçları (etkinliği) farklıdır. Burada, bütün ekonomik maliyet ve faydalar dikkate alındığında ve sonuçlar parayla ölçüldüğünde müdahalelerin arasındaki ekonomik farkın ne olduğuna bakılır. MEA'nde iki ya da daha fazla müdahalenin etkinliği farklıdır. Burada, müdahalelerle elde edilen sonuçların her bir biriminin maliyetleri karşılaştırılır. MYA'nde soru MEA ile aynıdır. Ancak sonuç hastanın ya da toplumun sonuca verdiği değer ile ölçülen yarar değeridir. Burada, müdahalelerle elde edilen yarar değerlerinin her bir biriminin maliyetleri karşılaştırılır.

MMA, MFA ve MEA'nın her üçü de alternatif müdahalelerin maliyetlerini karşılaştırırlar. MFA'nde bütün sonuçlar parasal olarak ölçülür. Buradaki soru "Müdahaleler arasındaki toplam ekonomik fark ne kadardır?" şeklindedir. MEA'nde müdahalelerin sonuçları ekonomik olmayan göstergelerle ölçülür: Önlenen yaşam yılı kayıpları, kazanılan sağlıklı yaşam yılları, önlenen yeti yitimi yılları gibi. MEA'ndeki soru "İki müdahalenin elde edilen birim başına karşılaştırmalı maliyetleri nedir?" şeklindedir.

MFA ise müdahaleyle elde edilen kaliteli yaşam yılı başına maliyetle ilgilenir. MEA ve MYA, ölçülen sonuçları dışında aynıdır. Bu nedenle kimi yazarlar bu ikisini aynı analiz olarak kabul ederler.

Maliyet-Etkinlik (Cost-Effectiveness) Analizi: Maliyet-Etkinlik Analizi (MEA) maliyetler ile etkinlik arasındaki oranı (maliyet/etkinlik) tanımlar. Bu orandaki pay, çalışmanın tipine ve bakış açısına bağlı olarak toplam maliyet (M1 + M2), net sağlık bakım maliyeti (M1 - F1) ya da topluma net ekonomik maliyet (M1 + M2 - F1 - F2) şeklinde alınabilir. Oranın paydası ise (sağlık etkisi) amaca bağlıdır. Böylece MEA'nin sonuçları önlenen her bir A hastalığı için harcanan para ya da kazanılan her yaşam yılı için harcanan para olarak verilebilir. MEA etkileri aynı birimlerle ölçülen alternatif sağlık programlarının karşılaştırılmasında işe yarar. Örneğin hipertansiyon tedavisinde kullanılan alternatif tedavilerin parasal maliyeti kan basıncında elde edilen her bir birim azalma miktarı için verilebilir. Ya da son dönem böbrek yetmezliğinin tedavisinde kullanılan alternatif programlar, tedaviyle kazanılan her bir yaşam yılı için yapılan masraflarla karşılaştırılabilir. Öte yandan, MEA tek bir programın karşılaştırılması için uygun değildir. Çünkü bu durumda ortada karşılaştırılabilir M/E oranları yoktur. Ayrıca MEA, paydaları farklı olan sağlık programlarının karşılaştırılmasında da işe yaramaz. MEA için paydaya etkinlik olarak alınanların birimlerinin aynı olması gerekir. Örneğin böbrek hastalarına uygulanan böbrek diyalizi ile bakıma muhtaç hastaların ev bakımları birbiriyle karşılaştırılabilir sağlık programları değildir. MEA'nde maliyetler parayla, etkinlik (sonuç) ise kazanılan yaşam yılı, saptanan vakalar, önlenen olgular, kaliteli yaşam yılı kazancı gibi fiziksel birimlerle ölçülür.

MEA, programın nasıl uygulanacağıyla ilgilenir. Kullanılacak hizmetlerin seçiminde yardımcıdır. Belli bir amaca en düşük maliyetle nasıl ulaşılacağını ya da eldeki bütçenin bu amaca ulaşmak için en uygun şekilde nasıl kullanılacağını araştırır. MEA'ni kullanmak için öncelikle şu soruların yanıtlanmış olması gerekir: Amaç nedir? Olası seçenekler nelerdir? Olası seçeneklerin etkileri nelerdir? Olası seçeneklerin maliyeti nedir?

MEA karar seçeneklerinin karşılaştırılmasını ve önceliklerin belirlen-

mesini sağlar. Örneğin atrial fibrilasyonda iskemik kalp felci riski yüksektir. Felç; Varfarin veya Aspirin ile önlenebilir. Varfarin'in bu bakımdan etkisi daha yüksektir. Ancak bu ilaç Aspirin'e göre daha yüksek oranda kanamaya neden olmaktadır. Kanama durumunda hastayı izlemek de ayrıca oldukça pahalı bir tıbbi prosedürün uygulanmasını gerektirmektedir. Böylece burada, iskemik felç durumunu önlemek açısından Varfarin ile Aspirin'i karşılaştırmak amacıyla MEA yapılması gerekliliği doğar.

MEA'nin adımları şunlardır: Önce sorunun, müdahalenin ve müdahale seçeneklerinin tanımlanması. İkinci adımda, analiz için kavramsal çerçevenin geliştirilmesi. Kavramsal çerçeve müdahaleden başlayarak bütün olayların tanımlanmasını gerektirir. Böylece karar seçenekleri de ortaya çıkar. Bir karar ağacı oluşturulur, bu karar ağacında seçenekler işaretlenir. Sonra bu karar ağacı üzerinde değişik müdahale seçeneklerinin maliyetleri tanımlanır ve maliyete ilişkin veriler toplanır. Bundan sonra aynı iş müdahale ile elde edileceği varsayılan sonuçlar için gerçekleştirilir. Sonra da sonuç olarak belirlenen kriterin her bir birimi için maliyet hesaplaması yapılır. En son aşamada ise analizin duyarlılığı (sensitivity) ölçülür.

Karar ağacı üzerindeki adımlara göre maliyetlerin hesaplanması doğrudan ve dolaylı bütün maliyetlerin hesaba katılmasını gerektirir. Örneğin kızamık aşılama programı için bir doz aşının maliyeti açısından, bu bir doz aşının bir çocuğa yapılması için personelin harcaması gereken zaman (yani işgücü maliyeti) ve nihayet çocuğun sağlık kurumunda aşı olmak için bekleyeceği ortamı sağlamak için yapılması gereken harcama dikkate alınmalıdır.

Bundan sonraki aşamada seçeneklerin maliyetlerinin karşılaştırılması gelir. Örneğin ABD'de 100 bin çocuğun kızamık aşısı ile aşılanması için gereken maliyet 944 bin Dolar olarak hesaplanmıştır. Kızamık aşılama programı uygulanmadığında 944 bin Dolar harcanmamış olacak, ancak bu çocukların yaklaşık 13 tanesi kızamıktan ölecektir. Böylece bir okul sağlığı programında kızamıktan çocuk ölümünü önlemenin maliyeti önlenebilir her bir çocuk ölümü için 73 bin Dolar olarak hesaplanmaktadır.

Ancak maliyetin bakış açısına göre değişebileceği de akılda tutulmalıdır. Örneğin bir sağlık yöneticisi için kızamık aşı programının maliyeti

aşı satın almak, personeli istihdam etmek, hizmetin altyapısını oluşturmak için yapılan harcamalardır. Aile açısından maliyet aşı için yapılacak harcamadır. Çocuk açısından maliyet ise aşı enjeksiyonunun oluşturacağı ağrı ve okuluna gidememenin getireceği ölçülemeyen maliyetlerdir. MEA öncesinde maliyetlerin hangi bakış açısına göre belirleneceği netleştirilmelidir. Ancak genellikle tercih edileni yönetici ve toplumcu perspektif olacaktır.

Duyarlılık analizi ise kızamık sıklığının değiştiği bölgelere göre MEA'nin ayrı ayrı gerçekleştirilmesi anlamına gelir. Böylece kızamıkla temas ihtimalinin 0.01 olduğu bir bölgede bir ölümü engellemenin maliyeti 1.5 milyon Dolar olurken, ihtimalin 0.45 olduğu bir bölgede maliyet 33 bin Dolar olmaktadır. Karar verici, bu verileri dikkate alarak kızamık programının uygulanmasında bölgesel değişiklikler yapabilir.

MEA'ne göre bir müdahalenin daha etkin değerlendirilebilmesi için şu dört kriterden birisine sahip olması gerekir: 1- Müdahale en az alternatifi kadar etkiliyken alternatifine göre daha ucuzdur. 2- Müdahale alternatifine göre daha etkili ve pahalı olsa da elde edilen ek yarar eklenen ek maliyetten daha üstündür. 3- Müdahale alternatifine göre daha az etkili ve maliyetlidir, ancak alternatifle elde edilen ek yarar ek maliyetten daha azdır. 4- Müdahaleyle elde edilen sonuç alternatifiyle aynı olsa da maliyet daha azdır.

Bir müdahalenin maliyet-etkinliğinin yüksek olması, eğer programla ilgili etik sorunlar varsa, karar vermek açısından yeterli olmayabilir. Çünkü, maliyetin düşük olması tek başına ekonomik bir konu değildir, etik ve moral boyutları da vardır. Toplumun ve bireylerin müdahaleye ve müdahaleyle elde edilen sonuçlara yönelik değerlendirmeleri önemlidir. Bir durumda kabul edilebilir olan maliyet bir başka durumda böyle olmayabilir.

Maliyet-Fayda (Cost-Benefit) Analizi: Maliyet-Fayda Analizi (MFA) sağlık programının net sosyal faydasını tanımlar: Net Sosyal Fayda (NSF) = (F1 + F2 - M1 - M2)'dir. Teorik olarak M3 ile F3 de bu formülün içinde olmalı iken, bu bileşenlerin ölçümü hemen hemen olanaksızdır. Eğer NSF > 0 ise program maliyet-faydalıdır ve uygulanmalıdır, aksi taktirde maliyet-faydasızdır ve uygulanmamalıdır. Eğer birden fazla seçenek

varsa, o zaman NSF değeri en yüksek olanı uygulanmalıdır.

MFA ile tek bir programın uygulanıp uygulanmayacağı hakkında karar verilebileceği gibi, farklı etkileri olan programlar da karşılaştırılabilir. Örneğin çocukların aşılanması ile otoyol inşaatı programları MFA ile karşılaştırılabilir. Bu tür karşılaştırmalar karar vericiler açısından önemlidir. Bir böbrek diyaliz programında bu tedavinin uygulanmasıyla elde edilecek yaşam yılının parasal maliyeti ile otoyol inşasının topluma sağlayacağı ulaşım kolaylığının parasal maliyeti karşılaştırılabilir.

MFA'nin bu yönleri, onun MEA'ne üstünlüğünü oluşturur. MFA'da hem maliyetler hem de sonuçlar parasal olarak ölçülür. Böylece sağlık hizmeti için yatırılan para karşılığında, elde edilen sağlık değerinin parasal karşılığı karşılaştırılır. Bu nedenle MFA'ni Maliyet Kâr Analizi olarak tanımlamak belki de daha doğrudur. Çıktıların para ile ölçülmesi MFA'nin zayıf ve eleştirilen yönünü oluşturmaktadır. Örneğin formüldeki F2 değeri yalnızca çalışanlar için hesaplanabilirken, çocuklar ve ev kadınları için üretimle ilişkili bir fayda değeri bulmak olanaksızdır. O nedenle MFA ile bir programın toplam toplumsal faydasının değerlendirilmesi olanaksızdır. Öte yandan sağlıkla ilgili sonuçların tek başına parasal olarak ifade edilmesi de bir yetersizliktir. Bireyler sağlık programını kullanarak, gelecekteki sağlık masraflarından kurtulmanın (F1) ve üretim kazançları elde etmenin (F2) ötesinde sağlığın gelişmesiyle ilişkili değerleri de kazanırlar. İşte sağlıkla ilgili kazancın bu yönünü ölçerek, MFA içine katabilmek için "ödeme isteği" kavramı geliştirilmiştir. Bu varsayımsal bir olgudur ve yine parasal olarak ölçülür. Bireylerin belli bir sağlık düzeyi gelişimi karşılığında ödemek isteyecekleri, ödemeyi göze alacakları para miktarını gösterir ve bu da faydalar hanesine yazılır. Sonuç olarak MFA'nin tam formülü şöyle şekillenir:

NSF = F1 + F2 + Ödeme İsteği - M1 - M2

Ancak buradaki ödeme isteğini parasal olarak ölçebilmek son derece zordur. Bunun için kimi zaman mahkemelerin sağlıkla ilgili davalarda verdikleri para cezaları ölçü olarak alınır. Bütün bunlar MFA'nin sağlık programlarının değerlendirilmesindeki yetersizliğinin göstergeleri olarak düşünülmektedir.

Maliyet-Yarar (Cost-Utility) Analizi: MEA'nde sonuçlar fiziksel durum ve ölüm olarak ölçülür. Eğer aynı karşılaştırma Yararlar (Utility) üzerinden yapılırsa buna da Maliyet Yarar Analizi denir. Bu analizde maliyetler yine parasal olarak, sonuçlar ise Yarar (Utility) birimi (kaliteli yaşam yılı, sağlıklı yaşam günü gibi) olarak ölçülür. MEA'nin özel bir biçimidir. Maliyet-Yarar Analizinin (MYA) MEA'ne göre üstünlüğü bütün programlar için (para dışında) ortak olan bir sonuç çıktısını kullanması, böylece de her tür programın birbiriyle karşılaştırılmasına olanak tanımasıdır. MYA bu yönüyle MFA'ne benzer.

MYA'nin uygun olduğu durumlar şunlardır: Yaşam kalitesi en önemli sonuç olduğunda, değerlendirilen sağlık programı hem hastalığı hem de ölümü etkiliyorsa ve bu sonuçların her ikisini de birleştirecek tek bir sonuç kullanılmak isteniyorsa, karşılaştırılan programların çeşitli sonuçlardan oluşan geniş bir sonuç yelpazesi varsa.

MYA'nde en sık kullanılan sonuç göstergesi Kaliteli Yaşam Yıllarıdır (KYY)'dır (Quality Adjusted Life Years QALY). Aynı amaç için, KYY dışında, Sağlıklı Yaşam Yılı, Sağlıklı Yaşam Yılı Eşiti gibi göstergeler de kullanılabilir.

Sağlığın Değeri: Sağlık programlarının ekonomik açıdan incelenmesinde, programın yarattığı sağlık gelişiminin niceliksel olarak değerlendirilmesini ifade eder. Program uygulanmasıyla sağlığın hangi noktadan hangi noktaya geliştiğini belirler. Sağlıktaki gelişmenin ya da sağlık durumunun niceliksel değerlendirilmesi ise üç yöntemle gerçekleştirilebilir. Bunlardan ilki sağlık durumunun sayısal bir skala üzerinden ifade edilmesidir. Bunun için sağlığın çeşitli boyutları için değerlendirme skalaları (sağlık indeksleri-anketleri) hazırlanır ve bireylere, bu indekslere verdikleri yanıtlara göre bir puan verilir. İkinci yöntem ödeme isteği kavramıdır. Bireylere belli bir sağlıklılık durumuna ulaşabilmek için ödemeye razı oldukları para sorulur ya da mahkemelerin sağlıkla ilgili tazminat davalarında verdikleri kararlar ödeme isteğinin somut ölçütü olarak alınır. Üçüncü yöntem ise yararların (utility değerlerinin) (kaliteli yaşam yılı) kullanılmasıdır.

Yarar Değerleri: Yararlar ve sağlıklı yaşam yılları sağlık durumunu 0

ile 1 arasında puanlayan ölçeklerdir. Sağlık durumunun düzeyini yansıtırlar ve hastalık, ölüm gibi durumları, toplam sağlık düzeyini ifade edecek şekilde tek bir ölçüt üzerinden ifade etmeye yararlar. Yarar ölçümünde kullanılan ölçeklerde 0 değeri genellikle ölüm durumunu ve 1.0 puanı da tam iyilik halini tanımlar. Yarar değerlerinin puanlanmasında hasta ya da sağlam bireylerin görüşlerinden yararlanılabileceği gibi, klinisyenlerin de görüşü alınabilir.

Örneğin bir sağlık programı bireylerden birisinin sağlığını, her bir yıl için 0.50 yarar düzeyinden 0.75'e çıkarmış, diğerinin sağlığına da her yıl için 0.50 yarar değeri kazandırmışsa, bu iki kişilik topluluktaki toplam kaliteli yaşam yılı kazancı her yıl için 0.75 olacaktır. Sağlıklı yaşam yılının ve genel olarak yarar diye bilinen sağlık ölçeklerinin sağlığın ölçülmesinde kullanılmaya başlanması tek başına hastalık ve ölüm olgularının toplumların sağlıklılık durumunu tanımlamada yetersiz görülmesiyle eşzamanlıdır. Bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması, hatta ortadan kaldırılması, sonuç olarak insan ömrünün uzaması, kronik hastalıkların artması, bireylerin ve toplumların sağlık durumlarını değerlendirirken yalnızca yaşam yıllarının dikkate alınmasının yetersiz olacağı şeklinde bir anlayışa yol açmıştır. Bu nedenle son yıllarda, yaşam süresinden daha çok, yaşanan yılların ne kadar kaliteli ve sağlıklı geçirildiğinin ölçülmesinin daha önemli olduğu düşünülmektedir. Kronik bir hastalıkta (örneğin kronik artritte) tedavi; hastanın yaşam süresini, ölüm riskini değil de ağrılarını etkileyecektir ve/veya tedavinin kendisi birtakım yan etkilere neden olacaktır. İşte böyle durumlarda farklı bir değerlendirmeye gereksinim doğmaktadır.

Her yarar, kendi içinde sağlığın kalitesine yönelik boyutu değerlendirmeyi hedefleyen bir ölçektir. Örneğin, sağlığın emosyonel iyilik durumu, sosyal aktivite, kendi kendine bakım, fiziksel aktivite gibi boyutları, sağlıklılık durumunun kalitesini saptamaya yönelik bu tür ölçeklerdir. Birey yıllarını geçirmekte, yaşamaktadır. Ancak geçirilen yıllar boyunca ruhsal iyilik durumunun, sosyal etkinlik durumunun kalitesi ne kadardır? İşte sözü edilen değerlendirme bu sorunun yanıtını vermeye çalışır. Şüphesiz kaliteye ilişkin olarak sözü edilen ölçeklerin içinde en kapsamlısı kaliteli

yaşam yılı diye bilinenidir. Araştırıcılar sağlığın kalitesini ölçmek açısından hangi yarar çeşidinin kullanılacağına karar verirken uzmanların görüşlerinden yararlanabilirler, daha önceden yapılmış araştırmalarda kullanılmış olan yarar değerlerini kullanabilirler ya da kendileri kendi amaçlarına yönelik ayrı yarar değerleri-ölçekleri geliştirebilirler. Sonuncu tercih, araştırıcının amaçlarına belki de en uygun olanıdır. Ancak zorlu bir çalışmayı gerektirir ve birkaç adımdan oluşur: a) Yarar değerinin kullanılacağı sağlık boyutunun tanımlanması (fiziksel sağlık, psikolojik sağlık gibi), b) ölçüm yapılacak bu sağlık boyutunun alt başlıklarının belirlenmesi, c) üzerinde ölçüm yapılacak bireylerin belirlenmesi ve d) bu bireyler üzerinde yarar ölçüm aracının kullanılması.

a. Sağlık durumunun tanımlanması: Ekonomik değerlendirmeye tabi tutulan sağlık programının ortaya çıkarabileceği her sağlık sonucu yarar ölçümü açısından bir sağlık durumudur. Bu sağlık durumunun, bir yarar aracıyla ölçülebilecek biçimde ayrıntılı ve adım adım tanımlanması gerekir. Bunun da iki yolu vardır. İlki hastaların kendi sağlıklarını değerlendirmeleri, önceki durumlarıyla sağlık programı uygulandıktan sonraki sağlık durumlarını, aradaki farkı dikkate alarak puanlamalarıdır. Bu şimdilerde giderek daha sık kullanılan bir yoldur. Diğeri ise sağlık durumu sınıflandırma sistemi olarak bilinir. Bu, sağlığın ya da değerlendirilecek sağlık boyutunun-kompartmanının adım adım tanımlanması esasına dayanır. Sınıflandırma sistemindeki her adımın kendisi esasen bir sağlık durumudur. Örneğin sağlık başlığı önce fiziksel işlevler, ruhsal işlevler, duygusal işlevler, ağrı ve bilişsel yetenekler şeklinde beşe ayrılabilir. Sonra bunlar ayrıntılandırılır. Örneğin eğer fiziksel işlevlerle ilgileniliyorsa, bu başlık hareketlilik, fiziksel aktivite, kendi kendine bakım ve rol performansı olarak dörde ayrılabilir. Bunun içinde de eğer kendi kendine bakımla özel olarak ilgileniliyorsa, bu da kendi kendine giyinme, kendi kendine banyo yapabilme, kendi kendine yemek yiyebilme şeklinde üçe ayrılabilir. Bu sağlık durumlarının her birisinin düzeyini belirlemek için de ayrı bir ölçek geliştirilmesi gerekir. Örneğin kendi kendine giyinebilme derken ne kastedilmektedir ve hastalara hangi soru sorularak, kendi kendine giyinip giyinemediklerine karar verilecektir? Yarar değerlerinin

güvenilir (aynı ölçüm birden fazla yapıldığında aynı ölçüm değerinin elde edilmesi durumu-reliability) ve geçerli (gerçekten ölçülmek istenen şeyi ölçebilir olması-validity) olması gerekir.

b. Yarar ölçümü yapılacak bireyler: Çalışma ya genel toplum üzerinde ya da yalnızca hastalar üzerinde yapılacaktır.

c. Yarar ölçümü: Sağlık düzeyinin bir ölçüm aracı kullanılarak ölçülmesinin temeli, üzerinde ölçüm yapılan bireye, ölçülen sağlık durumuyla ilgili, sağlığı-sağlığın ilgilenilen boyutunu iyiden kötüye ya da kötüden iyiye doğru tanımlayan bir dizge sunmak ve bireyin kendisini bu dizgede bir yere yerleştirmesini istemektir. Bu işi bazen bireyin yerine bir uzman da yapabilir. Örneğin hekimler, tedavi ettikleri hastalarının sağlık durumunu, yaşam kalitelerinin düzeyini, onların durumunu dikkate alarak kendileri puanlayabilirler. Ancak puanlamayı bireyin kendisinin yapması daha doğru ve istenilendir.

Kaliteli Yaşam Yılı (QALY): KYY, bir müdahale sonrasında ortaya çıkması beklenen yaşam kalitesi farklılığını niceliksel olarak ölçmeyi ve bunu tek bir metrik sistemde göstermeyi hedefler. Hastalık, ölüm olguları ve hastalar ile toplumun değişik hastalıkları tercih etme eğilimleri ile hastaların ve toplumun hastalıklardan kaçınmak pahasına yaşamlarının kısalmasını kabullenme isteklerini karşılaştırır.

KYY'nın MYA'nde kullanılmasının gerekli olduğu ve kullanılabileceği durumlar şunlardır: 1- Müdahalenin ölüm üzerinde değil de, fizik, sosyal ve psikolojik sağlık üzerinde etkisi varsa. 2- Müdahale hem ölümü hem de hastalığı etkiliyorsa ve ortak bir ölçüm sistemi kullanılmak isteniyorsa. 3- Bir dizi farklı etkisi olan müdahalelerin karşılaştırılması isteniyorsa. 4- Söz konusu müdahale, daha önceden MYA'ne tabi tutulmuş bir müdahaleyle karşılaştırılacak ise.

Örneğin presbiyopi 40 yaşından büyük çoğu insanı etkileyen, ölümle ve yaşam süresiyle ilişkili olmayan, görme kaybına neden olan ve yaklaşık 10 bin Dolarlık bir masrafla tedavi edilebilen hastalıktır. Çalışmalar, presbiyopi durumunun yaşam kalitesini 1'den (tam sağlık durumu) 0.999'a indirdiğini göstermiştir. Bu, bireylerin kalite algılamasıdır. Böylece presbiyopiyi düzeltmeye yönelik bir müdahale (40 yaşında beklenen yaşam

süresi ortalama 42 yıl olduğu için)((42 x 1) – (42 x 0.999)) = 0.042 KYY kazancı sağlayacaktır. Böylece KYY başına hizmet maliyeti (10000 / 0.042) = 238.095 Dolar olacaktır.

Bazen durum daha karmaşıktır. Müdahale hastaya yararlı sonuçlar doğurabildiği gibi yan etkilere de neden olabilir. Müdahalenin yararları yaşam kalitesini artırırken, yan etkiler azalacaktır. Böyle durumlarda alternatif görülen müdahaleler karşılaştırılırken, her birisinin yan etkilerinin de dikkate alınması gerekir.

Örneğin orta derecede şiddetli göğüs ağrısı ve üç damar tıkanıklığı ile seyreden kalp damar hastalıklarında cerrahi tedavi ve medikal tedavi genellikle aynı yaşam süresine sahiptirler. Ancak cerrahi tedavi sonrasında bir süre ağrı ve yeti yitimi gibi yan etkiler vardır. Üç damar tutulumlu koroner hastalıklarda tedaviyle sağlanan yaşam umudu sekiz yıldır. Değişik sağlık durumları için elde edilen kalite puanları cerrahi sonrasındaki ilk ay için ortalama 0.5, sonraki iki ay için 0.8, sonraki dokuz ay için 0.98 ve sonrası için de 0.99'dur. Medikal tedavide ise puan 0.90'dır.

Bu değerlere göre medikal tedavinin kazandırdığı kaliteli yaşam yılı (8 x 0.90= 7.2)'dir. Cerrahi tedavinin kazandırdığı kaliteli yaşam yılı ise ilk bir ay için (1/12 x 0.5 = 0.0417), sonraki iki ay için (2/12 x 0.9 = 0.1500), sonraki dokuz ay için (9/12 x 0.98 = 0.7350), kalan yedi yıl için (7 x 0.99 = 6.93) olacaktır.

Bu durumda cerrahi tedavinin, kaliteli yaşam yılı kazancı açısından medikal tedaviye göre üstünlüğü (7.8567 – 7.2 = 0.6567) yıl olarak hesaplanır. Kaliteli yaşam yılı başına cerrahi tedavinin maliyeti ise (cerrahi tedavi 15 bin, medikal tedavi de 2 bin Dolar olduklarından) (13000 / 0.6567 = 19,796 Dolar) olur.

Verimlilik (Efficiency): Bir programın, etkinliğin, en düşük maliyetle, en çok ürünü verecek şekilde gerçekleştirilmesidir. Böylece verimlilik kavramı girdilerin, çıktılara ne derece iyi dönüştüğünün, kaynakların ne kadar iyi kullanıldığının bir ölçütüdür. Verimlilik kavramı maliyet-fayda (cost-benefit) analizleri için de kullanılabilmektedir. Verimlilik makro ve mikroekonomik verimlilik olmak üzere ikiye ayrılır.

Makroekonomik Verimlilik (Macroeconomic Efficiency): Bu bir

ülkedeki toplam sağlık harcamalarının-maliyetlerinin doğru düzeyde olmasını tanımlar. Sağlık sektörüne yatırılan her bir para birimi ile elde edilecek toplumsal sağlık kazancını değerlendirir. Bunun için de, her bir para biriminin sağlığa değil de bir başka ekonomik sektöre (eğitim, askeri, vb.) ayrılması-yatırılması durumunda elde edilecek toplumsal kazançları hesaplayarak, sektörel kazançları birbirleriyle karşılaştırır. Bir ülkenin sağlık sektöründe harcanan paraya göre elde edilen toplumsal sağlık kazancının azlığı o ülkedeki sağlık sektörünün makroekonomik anlamda verimsiz olduğunu gösterir.

Mikroekonomik Verimlilik (Microeconomic Efficiency): Makroekonomik verimlilik kaynakların ekonominin sektörleri arasındaki dağılımını değerlendirirken, mikroekonomik verimiilik kaynakların sağlık sektörü içindeki dağılımını ve kullanım becerisini değerlendirir. Bu da ikiye ayrılır: Tahsisat verimliliği ve teknik verimlilik.

Tahsisat Verimliliği (Allocative Efficiency): Sağlık sektöründeki kaynakların sağlık sektörü içinde uygun bir bileşimde kullanılıp kullanılmadığını değerlendirir. Bu açıdan koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin uygun oranlarda sunulmaları özel bir önem taşır. Eğer bir ülkedeki sağlık kaynakları daha fazla oranda koruyucu hizmetlere, birinci basamağa ve öncelikli sağlık programlarına yönlendirilmişse, o ülkedeki sağlık sisteminin tahsisat verimliliğinin yüksek olduğu söylenebilir. Çünkü bu hizmetlere yatırılacak her bir para biriminin getireceği toplumsal kazanç, tedavi edici hizmetlere yatırılan her bir para biriminin getireceğinden daha fazladır. Bu nedenle özel sağlık sektörünün yaygınlığı, sağlık sisteminin tahsisat verimliliğini düşürücü etki yaratır.

Teknik Verimlilik (Technical Efficiency): Sağlıktaki kaynakların (nereye, hangi kuruma, hangi hizmet türüne, hangi basamağa ayrılırsa ayrılsın), tahsis edildiği noktadaki kullanımının iyi olması gerektiğini ve en az parayla en yüksek çıktının elde edilmesi zorunluluğunu ifade eder. Sağlık sistemi içinde kaynaklar, olması gerektiği gibi koruyucu sağlık hizmetlerine tahsis edilmiş olabilir (tahsisat verimliliği yüksek). Ancak bu, teknik verimliliğin de yüksek olduğu anlamına gelmez. Teknik verimliliğin sağlanması için koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak-

ların o noktada verimli kullanılması gerekir. Teknik verimlilik önemli oranda yönetsel kapasiteyle ilişkilidir. Bu nedenle Yönetsel Verimlilik (Administrative Efficiency) olarak da adlandırılır. Yönetsel verimliliğin geliştirilmesi şunlara bağlıdır: Uygun teknoloji kullanımı, aşırı pazarlama maliyetlerinin azaltılması, uygun ölçekli fon yapılarının oluşturulması (küçük fonların kapsayıcı sağlık hizmeti sunması zordur), duplikasyonların önlenmesi ve hizmette dikey ve yatay entegrasyonun sağlanması, ilaç satış fiyatlarının denetlenmesi, israfın önlenmesi.

Son iki kavramdan da anlaşılacağı gibi mikro ve makroekonomik verimliliği birbirinden kesin olarak ayırmak olanaklı değildir. Örneğin eğer kaynaklar tahsis edildikleri noktada kötü kullanılıyorlarsa, bu bütün sağlık sisteminin harcamalarını (aynı sonucu elde edebilmek için) gereksiz yere artırır, bu da makroekonomik verimliliği düşürür.

Bir programın verimlilik düzeyini belirleyen, onun TTF'sı ile TTM'i arasındaki farkın büyüklüğüdür. Toplam faydanın, maliyeti maksimum ölçüde aştığı nokta, üretim/tüketim döngüsünün en verimli olduğu noktadır. Bu nokta aynı zamanda MTM'in MTF'ya eşit olduğu noktadır. Çünkü, MTF'nın MTM'den büyük olduğu noktada, üretimin artırılması güdüsü hakim olacaktır. Bir başka deyişle, böyle bir durumda üretim güdüsü doyurulmamış ve daha fazla üretmeye gerek var demektir. Aksi durumda, MTM'in MTF'dan çok olduğu noktada ise, maliyet faydadan fazla olduğundan, toplam üretimin azaltılması yönünde eğilim olacaktır. Yalnızca MTF'nın MTM'e eşit olduğu noktada toplam maliyet ile fayda arasındaki fark maksimum olacak ve toplum bu düzeyi korumak eğilimi gösterecektir.

İki sağlık programının birbirine göre üstünlükleri, marjinal birimlerinin maliyet/fayda oranlarının karşılaştırılması ile de değerlendirilebilir. Eğer bir programın marjinal birimi için maliyet/fayda oranı, diğerine göre iyiyse, kaynakların ilkine aktarılması uygun olacaktır. Ta ki, her iki programda da üretilen marjinal birimlerin maliyet/fayda oranları eşit olana kadar.

Bu noktada yukarıdaki kavramları kullanarak, program değerlendirme tekniklerinin örneklenmesi uygun olacaktır. Konuyla ilgili en bilinen örneklerden birisi Neuhausser ve Lewicki'nin, belirti vermeyen kolon kanseri için önerilen testlere ilişkin yaptıkları değerlendirmeleridir. Bu

ekonomik değerlendirme için, araştırmacılar altı testlik bir tanı dizgesini kullanmışlardır. Bu altı testin kullanılması durumunda, 10 bin kişilik bir toplumda 72 kanser olgusu saptanabilmektedir. Her bir test kendisinden bir öncekinin saptayamadığı olguların yüzde 91.7'sini daha saptayabilmektedir. Bu durumda olgulara ilişkin durum aşağıdaki gibi olmaktadır:

Tablo: Test çeşitlerine göre toplam ve olgu başına ortalama maliyetler

Test	Saptanan olgular		Toplam maliyet	Ortalama maliyet
	%	sayı		
1	91.6667	65.9469	71511	1175
2	99.3056	71.4424	107609	1507
3	99.9421	71.9003	130199	1811
4	99.9952	71.9385	148116	2059
5	99.9996	71.9417	163141	2268
6	99.9999	71.9420	176331	2451

Yukarıdaki sonuçlara ilk bakışta, kanser taraması için altı testin de kullanılabileceği, bunun daha az sayıda test kullanılmasına göre bir maliyet sorunu yaratmadığı izlenimi edinilebilir. Ancak bu yanlış ve verileri yeterince değerlendirmeden verilmiş bir karar olacaktır. Nitekim aynı veriler üzerinden marjinal maliyetlerin hesaplanması böyle bir sonucu ortaya çıkarmaktadır. Marjinal maliyetlerin (burada marjinal maliyet, uygulanan testin, tespit ettiği yeni kanser vakası başına getirdiği ek maliyettir) durumu aşağıdaki gibidir:

Tablo: Test çeşitlerine göre ek ve marjinal maliyetler

Test	Saptanan ek olgu sayısı	Ek maliyet	Marjinal maliyet
1	65.9469	77511	1175
2	5.4956	30179	5492
3	0.4580	22509	49150
4	0.0382	17917	469534
5	0.0032	15024	4724695
6	0.0003	13190	47107214

Buna göre, tarama listesine altıncı testin eklenmesiyle bulunacak her kanser vakasının maliyeti (altıncı test için marjinal maliyet) 47 milyon Dolardan fazla olmaktadır. Soru, bu paranın yapılan işe değip değmeyeceğine karar vermektir. Eğer verilen yanıt "hayır" olacaksa, o durumda da ikinci bir soru gündeme gelecektir: 4.7 milyon Dolara bir kanser vakasının saptanmasının (yani beşinci testin marjinal maliyeti) istenip istenmediği.

Kapsayıcılık (Comprehensiveness): Sağlık sisteminin, bütün toplum kesimlerini eşit hizmet sunacak şekilde kapsaması.

Evrensellik (Universality): Sağlık sisteminin, bütün sağlık hizmetlerini parasız olarak sunması.

Ön ödeme (Pre-payment): Hizmet garantisiyle, hizmeti kullanmadan önce yapılan ödeme. Sigortacılık sistemleri ön ödeme mantığıyla oluşturulmuştur.

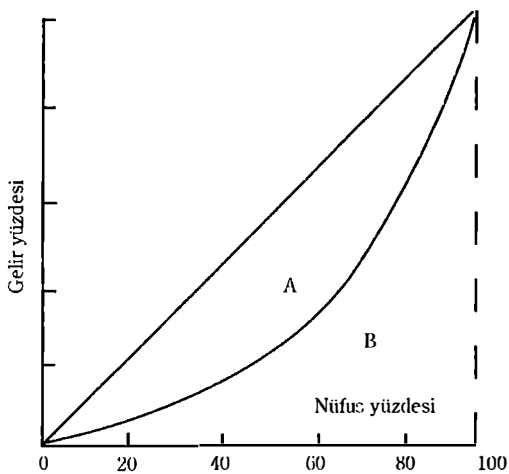
Kullanıcı Yükü (User Charge): Maliyetle ilgili olsun veya olmasın, bir hizmet için kullanıcının yaptığı ödeme. Kullanıcı yükü genellikle hizmeti kullanım anında yapılan cepten ödemelerdir.

Eşitlik (Equity): Sağlık hizmeti söz konusu olduğunda eşitlik üç düzlemde tanımlanır: 1- Minimum standart anlamında: Herkesin asgari düzeyde hizmete sahip olabilmesi. 2- Tam eşitlik anlamında: Herkesin eşit gereksinim durumunda hizmeti eşit olarak kullanabilmesi. 3- Ulaşılabilirlikte eşitlik anlamında: Hizmet için yapılan ödemelerin ve hizmete ulaşım sırasında yitirilen zamanın herkes için eşit olması. Eşitlik konusunda ikinci tanımın benimsenmesi gerekir. Sağlık hizmetinde eşitlik için hizmetin

parasız olarak sunulması ve hizmete ulaşım sorunlarının çözülmüş olması gerekir.

Gelir Dağılımında Eşitsizlik (Inequality in Income Distribution): Kaynakların farklı bireyler, sınıflar, vb. arasındaki dağılımı ile ilgilenir. Gelir dağılımı açısından eşitsizlik, gelirin toplumun yüzde 20'lik, yüzde 10'luk, yüzde 1'lik, vb. dilimlerine dağılımındaki farklılığa işaret eder. Tam eşitlik durumunda, toplumdaki her yüzde 20'lik dilimin toplam ulusal gelirin de yüzde 20'sini alması gerekir. Gelir dağılımının bu ideal değerleri ile gerçek değerleri arasındaki fark, eşitsizliğin boyutlarını verir. İdeal ile gerçek değerler arasındaki fark Lorenz eğrisi ile tanımlanmaktadır:

Grafik: Lorenz eğrisi ve gelir dağılımı



Şekilden de görüleceği gibi A bölgesi eşitsizliğin boyutunu verir. A ve A + B değerlerinin birbirine oranı (A / (A + B)) Gini Katsayısı olarak tanımlanır. Eşitsizliğin büyümesi durumunda Gini Katsayısı 1'e, eşitsizliğin küçülmesi durumunda ise 0'a yaklaşır.

Sağlıkta Eşitsizlik (Inequity in Health): Doğal değil, toplumsal nedenlerden kaynaklanan; doğal nedenlerin ise ancak toplumsal nedenler dolayımıyla etki gösterdikleri; önlenebilir, önlenebilir olduğu için de ka-

bul edilemez nitelikte olan; bireysel değil, toplumsal bir bağlam içinde saptanması, ele alınması, incelenmesi, savaşılması gereken; bu nedenle de tüm bu süreçte ekonomi, sosyoloji, politika gibi sağlık dışı disiplinlerin de etkinliklerinin gerektiği; yalnızca sosyal, politik ve ekonomik değil, aynı zamanda ahlaki bir sorun olarak da kavranması gereken; toplumsal gruplar-sınıflar arasındaki sağlık düzeyi, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlığın belirleyicilerine ilişkin farklılıklardır. Bu anlamda, bugünün kapitalist üretim ilişkileri içinde eşitsizlik sınıfsal bir sorundur. Sınıflar ortadan kaldırılmadan da, şiddeti azaltılabilse bile, yok edilemez. Sağlık hizmeti kullanımında finansal ve ulaşımsal olmak üzere iki tür eşitsizlik vardır.

Finansal Eşitsizlik: Paranın sağlık hizmeti kullanımını engelleyici olmasıdır. Sosyal güvenlik sistemlerinin kapsayıcı olmadığı (nüfus ve/veya hizmet açısından), hizmetin paralı olduğu durumlarda finansal eşitsizlik gelişir.

Ulaşımsal Eşitsizlik: Sağlık sisteminin yeterince iyi örgütlenemediği, ülke genelinde kurumlar, personel, araç-gereç olarak iyi ulaştırılamadığı durumlarda ortaya çıkar. Bireyler bulundukları mekanda sağlık hizmetine ulaşamazlar. Kırsal kesimde daha çok ulaşımsal, kentlerde ise finansal eşitsizlik vardır.

B) Sosyal Güvenlik Politikaları

Sosyal güvenlik (social security) sistemleri gelecekteki çeşitli sosyal, ekonomik ve sağlıkla ilgili risklere karşı bireyleri finansal bakımdan güvence altına alan sistemlerdir. Amaç toplumsal yaşantı içinde ortaya çıkan risklere karşı toplumsal düzeyli bir koruma-güvence sistemi oluşturmaktır. Bu amaca ulaşabilmek için bir fon ve ilgili kurumlardan oluşan organizasyon yaratmak, risk ortaya çıktığında da, sistemi kullanarak sorunu yaşayan bireylerle diğerleri arasında dayanışma oluşturmak gerekir. Sosyal güvenlik sistemlerinin oldukça karmaşık yapıları vardır. Bu karmaşıklık zaman içinde daha da artmıştır. Sağlıkla ilgili finansman sistemleri de sosyal güvenlik sistemlerinin bir parçasıdır.

Sosyal güvenlikle ilgili ilk uygulamalar kiliseler, yardım dernekleri gibi gönüllü kuruluşların fakirlere yardımı şeklinde başlamıştır. Daha sonra-

ları ise, konuyla ilgili şirketler ortaya çıkmıştır. Bu şirketler isteyenleri, şimdiden yapacakları ödemeler karşılığında, gelecekteki olası çeşitli tehlike ve risklere karşı sigortalamışlardır.

Sosyal güvenlik uygulamasının bir politika düzeyinde standartlaştırılarak, yaygınlaştırılması ise İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde olmuştur. Bu dönemde sosyal güvenlik politikalarının gelişiminde etkili olan faktörler şunlardır:

1. İkinci Dünya Savaşı sırasında toplumların artan beklentileri
2. Savaş sırasında yıkılan Avrupa'nın yeniden imarı çalışmalarının olanaklı kıldığı kapitalist pazar canlanması, ekonominin hareketlenmesi
3. Savaş sonrası dönemde gözlenen ileri düzeydeki bilimsel teknolojik gelişmeler. Bu gelişmelerin sonucunda emek-gücünün niteliğindeki artış. Daha nitelikli emek-gücünün, daha iyi bir yaşam tarzına, özel olarak da daha nitelikli sağlık hizmetine gereksinim duyması. İlerleyen teknolojinin gereksindiği daha nitelikli emek-gücünün, daha nitelikli sağlık hizmeti ile yeniden üretilebilmesi
4. İşçi sınıfı ile birlikte, diğer emekçi sınıfların yürüttükleri sendikal ve siyasal sınıf mücadelesinin etkisi
5. İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde, bir sistem boyutuna ulaşan sosyalizmin, kapitalist ülke yönetimleri tarafından sosyal, siyasal, ekonomik ve ideolojik bakımlardan tam bir "tehdit" unsuru olarak algılanması ve kapitalist yönetimlerin, sosyalizmin temel ilkelerinden olan herkese iş, eğitim, sağlık ve gelecek güvencesi anlayışına yenik düşmemek için Batı Avrupa'da da sosyal güvenlik sistemlerini örgütlemek zorunda kalmaları

Görüldüğü gibi bu etkenlerin bir kısmı ekonomik, bir kısmı da siyasal niteliklidir. Savaş sonrası dönemdeki bu dayanışmacı, eşitlikçi ve sol siyasal ortamı yaratan ise esas olarak işçi sınıfı mücadelesinin ulaştığı düzey olmuştur. Bu mücadele kapitalizmi sosyalleştirmiş, vahşi kapitalizmin sınır tanımaz kâr hırsının denetim altına alınmasını sağlamıştır. Üretim ortamındaki ve sosyal yaşantıdaki insani gelişmelerin arkasındaki etken budur.

Böyle bir etki ilk kez 19. yüzyılın sonlarında kendisini göstermiştir. Hatırlanacağı gibi Avrupa kıtası 19. yüzyılın ortalarından başlayarak işçi

sınıfının siyasal hareketlenmesine tanık olmuştur. Bu hareketlenmenin doruk noktası, hiç şüphesiz 1871 Paris Komünü'dür. Bu dönem boyunca bütün Avrupa, genel anlamda sosyalist nitelik taşıyan ve Marksizm'den önemli derecede etkilenen siyasi partilerin etkisi altında kalmıştır. İşçi sınıfının bu siyasal kalkışması, kapitalizmi kendisine çekidüzen vermek zorunda bırakmıştır. İşçi sınıfındaki uyanışın ilk kez farkına varan yönetici Bismark'tır. Nitekim Bismark yazdığı bir mektupta durumu şu şekilde saptamaktadır:

> "Sosyal demokrat hareketin kontrol edilmesi, basit bir biçimde sosyal demokrat aşırılıkların baskılanması ile gerçekleştirilemez. Bu, işçilerin pozitif olarak geliştirilmesi ile başarılmak zorundadır." [2]

Almanya'da yaşama geçirdiği sosyal güvenlik politikaları ile Bismark sosyal demokrat hareketin basıncını kabul etmiş, bir yandan da işçi sınıfını kapitalist sisteme bağlamak için sosyal güvenlik politikalarını bir araç olarak değerlendirmiştir.

B.1. Sosyal güvenlik kavramının tanımı

Sosyal güvenlik; hastalık, doğum, iş kazası, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal rahatsızlıklara karşı bir dizi kamu önlemiyle toplumun kendi üyelerini korumasıdır. Bunlar tıbbi yardım, çocuk yardımı, para yardımı şeklinde olabilir.

Kavram kapitalist dünyada ilk kez ABD'de çıkarılan Sosyal Güvenlik Yasası ile kullanılmıştır.

Sosyal güvenlik kavramı içinde şu programlar yer almaktadır: Sosyal sigorta (social insurance), sosyal yardım (social assistance), genel bütçe gelirlerinden finanse edilen yararlanımlar (benefits financed by general revenue), aile yardımları (family benefits), gelecek bakımı fonları (provident funds).

Görüldüğü gibi sağlık finansmanının önemli araçlarından olan sosyal

[2] (Aktaran Navarro V. 1999: 33)

sigorta kavramı ve genel bütçeden finanse edilen sağlık hizmetleri sosyal güvenlik paketinin bir parçası durumundadır.

Bu çalışma kapsamında, sosyal güvenlik uygulamaları içinde doğrudan tıbbi bakımla ilgili olanlar daha sonradan ayrıntılı olarak incelenecektir. Aşağıda ise sosyal güvenlik sisteminin bileşenleri kısaca ele alınmışlardır.

B.2. Başlıca sosyal güvenlik sistemleri

B.2.1. Sosyal sigorta sistemi (Social Insurance)

İlk kez 1883 yılında Almanya'da Bismark hükümeti tarafından yaşama geçirilmiştir. İlk uygulanması hastalık sigortası biçiminde olmuştur. Hastalık sigortacılığı sosyal güvenlik sistemlerinin gelişimine öncülük etmiştir. Onu iş kazası ve yaşlılık sigortaları izlemiştir. Almanya'da iş kazası ve yaşlılık sigortalarının ortaya çıkışı 1884 ve 1889 yıllarına rastlar. Sigorta fonu işçi ve patron gelirlerinden yapılan kesintilerle oluşturulmuştur. Bugün ise sigorta fonlarına devletin de genel bütçe gelirlerinden katkısı bulunmaktadır.

Sosyal sigorta uygulaması 1930'larda Avrupa, Latin Amerika, ABD ve Kanada'ya, İkinci Dünya Savaşı sonrası yıllarda ise Afrika ve Asya ülkeleri içinde ekonomileri iyi olanlarına yayılmıştır.

Sosyal sigortanın temel özellikleri şunlardır: 1- Fonun oluşturulmasına işçi ve patron tarafları katılır, devlet de bütçeden katkı yapabilir. 2- Katılım zorunludur. 3- Katkılar özel bir fonda toplanır. 4- Fonun asıl amaçlarından artan kaynaklar yatırımda kullanılabilir. 5- Katkı sıklıkla bireyin kazancıyla ilintilidir. 6- Zorunlu sigorta kapsamında yer alan iş kazası sigortası, genellikle yalnızca patrondan yapılan kesintilerle karşılanır, bunda da devlet desteği olabilir.

B.2.2. Sosyal yardım (Social Assistance)

Bazı ülkelerde, özellikle de İskandinav ülkelerinde sosyal güvenlik uygulamaları genel bütçeden finanse edilerek gelişmiştir. Bu uygulamaya, genel bütçe finansmanı dikkate alınarak sosyal yardım denilmektedir. İlk dönemlerde kapsama alınan nüfus grupları yaşlılar, bakıma muhtaç kimseler ve işsizler olmuştur. Programa sosyal yardım denilmesinin bir ne-

deni de, yukarıda sıralanan bu grupların (sonradan kapsamı genişlemiş olsa da) anılan toplumsal niteliğidir. Yardım, program kapsamındakilere, gelir yardımı ya da kimi gereksinimlerinin ayni olarak karşılanması şeklinde yapılır.

Bugün, bazı ülkelerde, sosyal güvenlik sistemine girememiş gruplar, bu program kapsamına alınarak kendilerine hizmet ulaştırılmaya çalışılmaktadır.

Sosyal yardımın temel ilkeleri şunlardır: 1. Tüm maliyet devlet veya hükümetin yerel birimleri tarafından karşılanır. 2. Gereksinime göre ödeme yapılır. 3. Gereksinim gelire göre saptanır. Geliri düşük olanlar sistemden yararlanırlar. 4. Yardımda, bireyin gelirinin toplumsal bir minimuma ulaştırılması hedeflenir. Bu nedenle yapılacak yardım miktarının belirlenmesinde, ailenin büyüklüğü, kira gibi değişkenler de dikkate alınır. Aile büyüdükçe ve kira ödeme zorunluluğu varsa yardım miktarı da artar.

B.2.3. Genel bütçeden finanse edilen yararlanımlar

Hemen hemen tümüyle genel bütçeden finanse edilen ulusal sağlık sistemleri bunun örneğidir. Kimi ülkelerde bütün tıbbi bakım ulusal sağlık sistemi içinde yer alıp, genel bütçeden finanse edilebilmekte, ancak çoğunlukla diş bakımı hizmetleri, ilaç ve ortopedik cihazların giderleri, şu ya da bu ölçüde genel bütçe dışında tutulmaktadır.

B.2.4. Gelecek bakımı fonları (Provident Funds)

Emeklilik, iş göremezlik, ölüm durumlarında kullanılmak üzere, bütün sağlıklılık dönemi içerisinde ve uzun bir süre boyunca yapılan ödemelerle oluşturulan fonlar bunun örneğidir.

B.3. Sosyal güvenliğin gelişimi

Sosyal güvenlik politikalarının kapsamının gelişiminde ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü) önemli rol oynamıştır. 1952 yılında yapılan bir ILO toplantısında sosyal güvenliğin asgari standartları belirlenmiştir. Daha sonraki yıllarda ise, yine ILO tarafından sosyal güvenlik kavramının kapsamı şu gelişmelerle zenginleştirilmiş ve çeşitli öneriler getirilmiştir: Ana

sağlığının korunması (1952), tedavide eşitlik ilkeleri (1962), iş kazası durumundaki yararlanımlar (1967), tıbbi bakım ve hastalık durumlarındaki yararlanımlar (1969), yaşlı işçilere yönelik öneriler (1980).

Sosyal güvenlik paketi içinde yer alan programlar, aşağıdaki tabloda gösterildiği gibi 30 yıl içinde hızla yaygınlaşmıştır.

Tablo: Çeşitli sosyal güvenlik programlarının uygulandığı ülke sayılarının yıllara göre durumu (ILO 1989: 9)

	1949	1967	1981
Herhangi bir program	58	120	139
Yaşlılık, yetmezlik	44	92	127
İş kazası	57	117	136
İşsizlik	22	34	37
Hastalık, analık	36	65	79
Aile yardımı	27	62	67

Sosyal güvenlik uygulamaları bir yandan, kentsel endüstri toplumunun gereksinimlerini, öte yandan da endüstrileşmenin düzeyini yansıtır. Ekonomisi tarıma dayalı bir toplumda bu programların uygulanması birkaç nedenle zordur:

a. Öncelikle, böyle toplumların ekonomik gelişmişlik düzeyi, bu tip programların uygulanmasına daha az olanak tanır. Çünkü, sosyal güvenlik kavramı, yapısı gereği, bugünden yarını düşünerek kaynak ayrılması anlamına gelir ve bunu gerektirir. Tarımsal ekonomide veya düşük gelirli ülkelerde ise gerek toplumsal, gerekse bireysel düzeyde böyle bir olanak yok denecek kadar sınırlıdır. En fazlasından da belli bazı toplum gruplarının sahip olduğu ayrıcalık durumundadır.

b. İkinci olarak da, bu tip programların uygulanabilmesi için neredeyse ön koşul olan, program kapsamına giren gereksinimlerin benzerliği tarımsal toplumlar için geçerli değildir. Çünkü tarımsal toplumlarda, nüfusun gereksinimleri, sanayidekinin tersine kendi içinde farklılaşmıştır. Çalışma sürelerinin, saatlerinin belirlenebilmesi, dolayısıyla mesleki

sürenin saptanabilmesi, hangi aktivitelerin tarımsal-mesleki kategoride değerlendirilmesi gerektiği, hangi rahatsızlıkların meslek hastalığı ya da iş kazası olarak tanımlanacağı, emeklilik yaşının belirlenebilmesi, hatta emeklilik kavramının oluşturulabilmesi, karar verilmesi çok daha zor konulardır. Bu nedenle tarımsal ekonomi için, yeniden tanımlanarak, standartlaştırılmış ve dar alanlarda uygulanabilme olanağı bulunan programlar gerekir. Bunlar yönetsel maliyetleri artırıcı unsurlardır. Ek olarak, örgütsüz tarım toplumlarının, sosyal güvenlik yönünde belirgin-zorlayıcı talepleri de yoktur.

B.4. Sosyal güvenlikte maliyet ve kaynaklar

Bir sosyal güvenlik programının maliyeti, kabaca iki kalemden oluşur: Kullanıcı giderleri ve yönetim giderleri. Bu giderleri karşılamada kullanılan fonların nerelerden sağlanacağı (patron, genel bütçe, işçi gibi) sistemin yapısını belirleyecektir. Bugün, artan maliyetlerin sınırlandırılması en önemli sorun durumundadır.

Nüfusun yaş, cins dağılımı; gerçekleştirilen ekonomik aktivitelerin çeşit ve düzeyleri; sosyal güvenlik kapsamındaki sorunların (örneğin hastalıkların) sıklık, süre ve çeşitleri, programın maliyetini etkileyecektir.

Sosyal güvenlik programlarında, fonun hangi kaynaklardan oluşturulduğu da önemlidir. Tüm programlar için genel olarak şu kaynakların adı anılabilir: Programdan yararlanan kişi ya da sigortalı kişi, patron, sosyal güvenlik programına tahsis edilen özel vergiler, devletin genel bütçeden yaptığı katkı, diğer kamu kurumlarının katkıları, sermayeden gelen gelirler. Çeşitli ülkeler için bu kaynakların durumu, örnek olarak aşağıdaki tabloda gösterilmiştir:

Tablo: Çeşitli ülkelerde sosyal güvenlik gelirlerinin kaynağa göre dağılımı (1977) (%) (ILO 1989: 119)

	Kesintiler		Özel vergi	Devlet katkısı	Kamu kurumu	Sermaye geliri	Diğer
	Sigortalı	Patron					
Belçika	18.1	41.7	0.2	33.8	1.3	2.2	2.7
İngiltere	17.7	29.5	-	43.4	7.1	2.2	0.1
ABD	21.4	35.6	-	26.4	11.4	5.2	-
Fransa	19.4	55.7	1.9	19.7	1.6	1.0	0.7
B. Almanya	29.5	41.1	0 4	26.0	-	1.3	1.7
İtalya	13.5	61.2	-	16.5	4.7	2.4	1.7
Japonya	25.0	28.8	-	27.9	3.9	8.2	6.2
Hollanda	35.7	38.2	-	16.6	1.4	7.6	0.5
İsveç	1.2	44.1	-	20.6	26.7	7.4	-
Danimarka	1.4	5.5	-	58.4	33.0	1.7	0.0
Çekoslovakya	0.0	2.6	-	95.8	-	-	1.6
Polonya	1.2	57.4	-	30.1	0.2	0.2	0.1
SSCB	-	-	-	96.4	-	-	3.6

Yukarıdaki tablodan hareketle (veriler eski olsa bile, idari-siyasi yapılanmayla finans sistemi arasındaki ilişkiyi açığa çıkarması bakımından) konuya ilişkin kimi genellemelerin yapılması olanaklıdır:

1. Batı Avrupa ülkeleri için fonun oluşturulmasında başlıca katkı işçi, patron ve devletten gelmektedir. Bunu Batı "demokrasisi"nin temel yapılanması ile açıklamak olanaklıdır. Batı'da sanayi sektöründe sendikal ilişkilerde de, işçi patron sendikaları (kuruluşları) ile devletlerin aşağı yukarı eşit ağırlıklarda temsil edildikleri bir yapı oluşturulmuş durumdadır. Aynı ilişki biçimi sosyal güvenlik programlarının finansmanında da mevcuttur: Kısaca eşit temsiliyet hakkı olarak tanımlanan Batı "demokrasisi" bu alana da yansımıştır.

2. İskandinav ülkeleri idari yapılanmalarında yerel yönetimlerin güçlü olduğu ülkelerdir. Sosyal güvenlik programlarının finansmanında da yerel yönetimlerin payının ağırlıklı olduğu izlenmektedir.

3. Eski sosyalist ülkelerde ise sosyalizm döneminde (Polonya dışında) sağlık hizmetlerinin finansmanının hemen tamamen devlet tarafından sağlandığı görülmektedir. Bunun nedeni bu ülkelerde devletin, toplumsal yaşantının diğer tüm alanlarında olduğu gibi, sosyal güvenlikte de düzenleyici ve belirleyici bir role sahip olmasıdır.

C) Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, son yıllarda, bir sağlık sistemini oluşturan bileşenlerin en çok tartışılanıdır. Finansman, sağlık sisteminin parasal yönünü ifade eder. Sağlık hizmetlerini finanse edebilmek için bir fona gereksinim vardır. Bu gerçek de gözönünde bulundurularak sistemin finansman boyutu kendi içinde dört bileşene ayrılabilir: a) Parasal kaynakların hangi toplum kesimlerinden-hangi sınıflardan toplanacağına karar vermek. Ya da hangi toplumsal sınıfların kaynak havuzuna ne oranda katkıda bulunacaklarını önceden belirlemek: Fonun üzerine oturacağı toplumsal sınıflar. b) Fonun hangi teknikle oluşturulacağını, paranın hangi yollarla toplanacağını kararlaştırmak: Paranın toplanma teknikleri. c) Oluşturulan fonu tahsis etmek: Tahsisat. d) Tahsisatta hangi ödeme biçimlerinin kullanılacağını saptamak: Ödeme biçimleri.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı her şeyden önce kaynak yaratmayı, toplumdan para toplamayı gerektirdiği için gelir dağılımı üzerinde önemli etkilerde bulunur. Bu etkiler, kullanılan kaynaklar ne kadar fazlaysa o kadar büyüktür. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılacak para, toplumun zengin kesimlerinden (daha fazla oranda) toplanırsa (yani progresif nitelikli ise) sağlık finansmanının gelir dağılımı üzerindeki etkisi eşitlikçi olur. Bu, özellikle, gelir dağılımının giderek bozulduğu günümüzde önemlidir ve kesinlikle tercih edilen yöntem olmalıdır. Çünkü gelir dağılımının bozulması toplumsal sağlık düzeyini olumsuz yönde etkiler ve sağlıktaki eşitsizlikleri artırır. Bu nedenle, sağlık finansman sisteminin progresif nitelikte olması yalnızca sağlık için kaynak yaratmakla kalmaz, ek olarak gelir dağılımı eşitsizliğinin yarattığı olumsuz etkileri de bir ölçüde giderir. Bunun tersi de doğrudur. Yani sağlık finansman sisteminin regresif nitelikte olması, zaten bozuk olan gelir dağılımını

daha da bozarak sağlıktaki eşitsizlikleri artırabilir. Öte yandan regresif nitelikli finansman yönteminin sağlık hizmeti için ne kadar kaynak yaratacağı da sorgulanmalıdır. Çünkü regresif nitelikli bir yöntem daha çok, yoksul sınıflar üzerine oturur. Bu nedenle de sürdürülebilirliği tartışmalıdır. Sonuç olarak regresif nitelikli sağlık finansman sistemleri fon yaratma açısından hem zayıf bir yapıya sahiptirler hem de gelir dağılımını daha da bozucu etki gösterirler. Sağlıktaki finansman mekanizmalarının gelir dağılımı üzerindeki bu etkilerine onların Geliri Yeniden Dağıtıcı (Redistrubitive) etkileri denir. Geliri yeniden dağıtıcı etki gelir dağılımını bozucu yönde ise, sağlık hizmetleri için fon yaratmak amacıyla kullanılan bu mekanizmanın toplumsal sağlık düzeyi üzerindeki etkisi olumsuz olacaktır. Bu nedenle sağlık için oluşturulacak fonun hangi toplumsal sınıflara dayanacağına önceden karar vermek ve buna uygun fon oluşturma tekniklerini uygulamaya koymak son derece önemlidir.

Sağlık finansman sisteminde geliri yeniden dağıtıcı etkinin zenginden yoksula, sağlamdan hastaya, gençten yaşlıya, kısacası sağlık riski daha az olandan daha çok olana doğru olması gerekir. Bu, toplumsal dayanışmanın (solidarity) asgari koşuludur. Geliri yeniden dağıtıcı etkinin pozitif yönde ortaya çıkabilmesinin de iki koşulu vardır. Bu iki koşul aynı zamanda sağlık finansman sisteminin sosyal yanını oluşturur. Bunlardan birincisi yukarıda da söz edildiği gibi para toplama tekniğinin niteliğidir. İkincisi ise finansman sisteminin önceden, sağlık sorunları yaşanmadan önce oluşturulmuş olmasıdır. Eğer ortada böyle bir sistem yoksa, o zaman bireyler hastalandıklarında başlarının çaresine bakmak zorunda kalırlar. Bu durumda da, toplumsal kesimler arasında (zengin/yoksul, sağlam/hasta, genç/yaşlı) yukarıda tanımlanan türden kaynak aktarımlarını sağlamak olanaklı olmaz.

Fon oluşturma (kaynak toplama) teknikleri ise temel olarak üç tanedir: Genel vergiler, sosyal sigortacılık ve özel harcamalar. Bunlar ayrıntılı olarak ileride tartışılacaktır. Ancak burada söz konusu edilmesi gereken nokta, bu tekniklerin finansmanın bir önceki boyutuyla yakından ilişkili olduğudur. Para toplama tekniklerinin her birisi, gelir dağılımı üzerinde ayrı ayrı etkilerde bulunurlar ve üzerine daha fazla oranda oturdukları

toplumsal sınıflarda birbirlerinden belli ölçülerde farklılık gösterirler. Gelirle orantılı uygulanan (fazla gelire fazla oranda vergi) bir vergi sistemi bunların içinde en progresif niteliklisidir. Ancak tahmin edileceği gibi zengin toplumsal kesimlerden tepki alır. Öte yandan, özel harcamalar, bireylerin sağlık hizmetini kullandıkları anda yaptıkları ödemelere dayandığı için en regresif etki gösterenidir. Sosyal sigorta uygulamasının ise orta derecede progresif etkiye sahip olduğu söylenebilir. Bunun nedeni sosyal sigorta primlerinin fazla gelire, fazla oranda değil, gelire sabit bir oranla toplanmasıdır. Örneğin işçi de, patron da (gelirleri birbirinden çok farklı olsa da) gelirlerinin aynı oranını (ortalama yüzde 10-15) prim olarak kendi hesaplarından sigorta fonuna aktarırlar. Bütün bunların açığa çıkardığı gibi gelir dağılımı eşitsizliğinin toplumsal sağlık düzeyinde yarattığı olumsuz etkileri gidermek açısından sağlık finansman sisteminin zengin toplum kesimleri üzerine oturtulması, bunun için de progresif nitelikli vergileme tekniğinin fon oluşturma mekanizması olarak kullanılması gerekir.

Fon oluşturulduktan sonra belli hizmet alanlarına tahsis edilir. Tahsisat, koruyucu/tedavi edici hizmetler, birinci/ikinci/üçüncü basamak, sağlık merkezleri/hastaneler, personel ücretleri/yatırımlar boyutunda incelenebilir. Kaynakların koruyucu hizmetler yerine, daha çok, tedavi edici hizmetlere tahsis edilmesi, sağlık sektörünün verimliliğini düşürecek, sağlık harcamalarını gereksiz yere artıracak, koruyucu hizmetlere daha fazla oranda gereksinimi olan yoksulların durumunun daha da kötüleşmesine neden olacaktır. Son yıllarda fon tahsisatında finansör kurumlar ile hizmeti üreten kurumlar arasındaki sözleşme sistemlerinin giderek yaygınlık kazandığı görülmektedir. Sözleşmeli kaynak tahsisi yönelimindeki temel güdüleyici etkenler, verimlilik ve maliyetlerin azaltılmasıdır. Bu nedenle de, özel olarak, hizmeti üreten kurumların arasında rekabet yaratılmaya çalışılmakta ve piyasa ilişkileri rekabeti düzenleyen unsur olarak kullanılmaktadır. Entegre (doğrudan) sağlık sistemlerinde (ki bunlar fonun genellikle genel vergilerle oluşturulduğu sistemlerdir) böyle bir tahsisat mekanizmasının yeri yoktur. Çünkü bu sistemlerde hizmeti finanse eden de üreten de aynı kurumdur. Bu durumda kaynak

tahsisi çoğunlukla sağlık otoritesinin tek yanlı kararlarıyla gerçekleştirilir. Zorunlu sağlık sigortası ile dolaylı bir sağlık sistemini finanse eden Almanya gibi ülkelerde ise, kaynak tahsisi en başından beri hizmeti üreten kurumlarla sigorta şirketleri arasındaki sözleşmelere dayanmaktadır. Ancak buradaki sözleşme uygulaması, 1980'lerin sonuna kadar, verimlilik kaygısı güdülmeksizin gerçekleştirilmiş ve sigorta sözleşmeleri hastalık fonları ile hastaneler ve/veya hekim örgütleri arasındaki görüşmelerle sonuçlandırılmıştır.

Tahsisat sırasında belli ödeme mekanizmaları kullanılır. Tahsisatta ve ödemede tercih edilecek yöntemlerin sağlık sektörü üzerindeki etkileri büyük olacaktır. Ödeme mekanizmalarının asıl etkisi ise personel motivasyonu ve gereksiz hizmet tüketimi üzerinedir.

Kaynak toplama teknikleri ile ödeme mekanizmalarının çeşitliliği sağlık finansman sistemlerini de çeşitlendirmektedir. İlerideki bölümlerde bu çeşitlilik ayrıntılı olarak incelenecektir.

C.1. Sağlık hizmetlerinde finansmanın organizasyonu

Çağdaş sosyal güvenlik kavramının hedeflediği risklerin çoğu sağlıkla ilgilidir: iş kazaları, hastalık, iş göremezlik, analık, yaşlılık ödentileri gibi. Tıbbi bakım hizmetleriyle ilişkili olup sosyal güvenlik programlarının kapsamına alınmış olan hizmetler de şunlardır: Genel pratisyen bakımı, bazı ülkelerde evde hasta bakım hizmetleri, yataklı ve ayaktan tıbbi tedavi hizmeti sunan kurumlardaki uzman bakımı, temel ilaçlar, doğumla ilgili hizmetler ve gerektiğinde hastane bakımı hizmetleri. Kısacası, bireye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri hemen tümüyle sosyal güvenlik programlarının güvencesi altındadır.

Bu hizmetlerin sunumunda, politik koşulların belirleyiciliğinde ortaya çıkan iki ana organizasyon biçimi bulunmaktadır (ILO, 1989: 27-29):

1. İndirekt Sistem: Bu sistem daha çok endüstrileşmiş ülkelerde yaygındır. Endüstrileşmiş ülkelerde sosyal güvenlik kavramının ortaya çıktığı ve sistemin ilk gelişmeye başladığı dönemlerde, özel çalışmakta olan ve daha çok, hekimlerden oluşan sağlık profesyonelleri ağı ve yer yer de yine bu hekimlerin işlettikleri özel hastaneler ağı vardı. Kurulan sosyal

güvenlik sistemi, var olan ağı kullanarak ve her birisiyle, verdikleri hizmet üzerinden anlaşma yaparak, sosyal güvenliği kurumsallaştırdı. İlk indirekt sistemlerin gelişimi bu şekilde olmuştur. Bu yapıda, sigortalı hastalandığı zaman sağlık kurumuna başvurur. Başvurduğu kurum sosyal güvenlik sisteminin anlaşmalı olduğu sağlık hizmeti üreticisi kurumdur. Kullandığı hizmetler, bu kurum tarafından sigorta şirketine fatura edilir. Ödemeyi sigorta şirketi sağlık kurumuna yapar.

Bu sistemin, hizmetin değişik kişi veya kurumlardan satın alınmasından kaynaklanan standardizasyon ve yönetim sorunları olabilir.

İndirekt sistemin bir değişik biçiminde ise, hasta; hizmeti kullandığı anda, hizmeti sunan kişi veya kuruma kullandığı hizmetin karşılığını öder, ödediği parayı sonradan, bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumundan geri alır.

Birkaç ülkede ise, bireyin bağlı bulunduğu hekime (genellikle pratisyen hekimdir) sosyal güvenlik sistemi fonu tarağından, kendisine bağlı nüfus başına ve belli bir süre için sabit bir ödeme yapılır. Sigortalı, önceden yapılan bu ödeme karşılığında gereksinim duyduğu anda sağlık hizmeti kullanmak için hekime başvurur.

2. Direkt Sistem: Bu sistemde, sosyal güvenlik örgütünün kendisi, hizmeti finanse etmenin ötesinde, hizmeti üretir, denetler ve hizmeti sunan kurumların da sahibidir. Bu sistem, hizmetin istenildiği gibi denetlenmesi olanağını da verebilir. Öte yandan, bürokrasi, aşırı merkeziyetçilik, hastaya hekim seçme şansı tanımaması gibi yönlerden eleştirilebilir. Bunun bir zamanlar tipik örnekleri Türkiye'deki SSK ile Latin Amerika ülkelerindeki sağlık sigortası sistemleriydi.

Görüldüğü gibi, buradaki direkt, indirekt finansman sistemi tanımlaması, hizmeti finanse eden ya da satın alan (garanti eden) kurumun, hizmetin üretimi karşısındaki konumu bağlamında yapılmaktadır. Finansör kurum, aynı zamanda hizmeti üretiyorsa, sistem direkt olarak tanımlanmakta, aksi durumda, biçimi ne olursa olsun indirekt denilmektedir. Son yıllarda giderek yaygınlaşan bu ikincisidir.

İndirekt sistemin tarihi bir geçmişi vardır. Direkt sistem ise, daha çok, geçmişte yaygın ve standart bir sağlık örgütüne sahip olmayan ülkeler-

de, hizmetin sıfır noktasından, tümüyle devlet veya herhangi bir kamu kurumu elinde örgütlenmesi sürecinde gelişmiştir. Bir başka deyişle, kamu, sağlık örgütlenmesini, direkt biçimde, kendisi yaratmak zorunda kalmıştır.

İndirekt sistemin, finansör kuruma, hizmeti üreten kurumu seçme olanağı tanıyarak, rekabeti ve kaliteyi artırdığı da belirtilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansman yolları için getirilen direkt ve indirekt finansman tanımlamaları, bir başka bağlam içinde de anlamlandırılmaktadır. Burada, hizmet için yapılan ödemenin zamanı ve ödemeyi yapanın kimliği, finans mekanizmasının belirleyicisi olmaktadır. Ödemenin, hizmetin kullanıldığı anda ve doğrudan hizmeti kullanan kişi tarafından yapılması durumunda Direkt ödemeden söz edilmektedir. Bunun aksine, İndirekt finans mekanizması ise, ödemenin hizmetin kullanımından bağımsız olarak ve bir başka kurum tarafından yapıldığını ifade etmektedir. Bu tanımlamaya göre direkt ve indirekt finans mekanizmaları aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır (Smith B.A., Leiserson A. 1978: 73):

1. İndirekt finansman mekanizmaları:
   a. Merkezi ya da yerel hükümet kaynakları
   b. Zorunlu sigorta (hükümetin desteği olabilir)
   c. İsteğe bağlı sigorta (hükümetin desteği olabilir)
   d. Mesleki sigorta (employement insurance)
   e. Bağışlar
   f. Yabancı yardımlar.

2. Direkt finansman mekanizmaları:

Hizmeti kullanım sırasında yapılan ödemelerdir. Buna Cepten Ödeme (Out-of Pocket Payment) de denilmektedir.

Dikkat edilirse yukarıdaki mekanizmaların tümü aynı zamanda bir fonu tanımlamaktadır. Şüphesiz ki, bu fonların oluşturulması sürecinde, kaynakların kimlerden alındığı, kısaca fonun nasıl oluşturulduğu sorusu da vardır. Özet olarak değinmek gerekirse, merkezi ya da yerel hükümet kaynakları genellikle tüketim ve gelir vergilerinden oluşur. Bunun dışın-

da, doğrudan doğruya sağlık hizmetlerine aktarılmak amacını taşıyan, ancak genel vergi sistemi içinde toplanan özel vergiler de olabilir.

Sigorta fonları ise sağlık hizmeti için kullanılmak üzere oluşturulan fonlardır. Özel sağlık sigortalarında gelirin kaynağı tamamen kullanıcıların ödedikleri primlerdir. Buna karşılık zorunlu (kamu) sigortasında kullanıcı, patron ve devlet katkısı söz konusudur.

Mesleki sigorta denileninde, genellikle yalnızca patron katkısı vardır. Mesleki sigortacılık ABD'de yaygındır. Her işyeri/işletme, kendi çalışanlarını, bir sigorta şirketiyle anlaşarak sigortalar. Bu modelde sigorta uygulaması işletmenin yetkisine-isteğine bırakılmıştır. Bu nedenle mesleki sigortacılığı özel sigortacılık kapsamında değerlendirmek uygun olur.

C.2. Sağlık hizmetlerinde fon oluşturma ilkeleri

Yukarıda tanımlanan fonların oluşturulmasında dikkat edilmesi gereken kimi temel ilkeler şunlardır (Normand C. 1992: 768):

1. Fonun toplanma maliyeti düşük olmalıdır. Sistem özellikle yönetsel açıdan basit olmalı ve yüksek derecede ek işletme maliyeti yaratmamalıdır. Primlerin ya da sağlık hizmeti için kullanılacak vergilerin toplanma ve kullanım amacıyla dağıtım tekniklerinin karmaşık, zaman alıcı, çok ve kalifiye personel gerektiren nitelikte olması, istenmeyen durumlardır.

2. Sistem eşitlikçi olmalıdır. Sistemin gerek kaynakların toplanması, gerekse de kullanımı sırasında, toplumsal eşitsizlikleri daraltıcı etkisinin olması gerekir. Hizmeti finanse edecek kaynakların ağırlıklı olarak dar gelirli toplumsal sınıflardan elde edilmesi, var olan eşitsizlikleri derinleştirecektir. Kullanımda ise, kaynakların öncelikle sağlığın korunmasına yönelik hizmetlere ve yine en fazla oranda sağlığa gereksinimi olan toplumsal sınıflara, gruplara yönlendirilmesi, eşitsizlikleri azaltıcı bir etki ile sistemi daha eşitlikçi kılacaktır.

3. Fon yeterli olmalı ve dalgalanma göstermemelidir. Bu, sistemin sürekliliği açısından şarttır ve harcamaların neredeyse önlenemez biçimde yükseldiği günümüzde özel önem taşımaktadır. Fonun zaman içinde yetersiz kalması, dolayısıyla da toplanan prim veya vergi miktarlarının artırılması ya da fonla daha önceden finanse edilen hizmet kapsamının daraltılması, fon kapsamındaki toplumsal sınıfların sağlık haklarının ze-

delenmesi anlamına gelecektir ve istenen bir durum değildir.

4. Sistem hükümetin diğer amaç, hedef ve ilkeleriyle çatışma yaratmamalıdır. Bu ilke, genel olarak ülkenin ekonomik koşullarının yanı sıra, siyasal erkin öncelikleriyle ilgilidir. Eğer öncelikler listesinde sağlık arkalarda yer alan bir konuysa, oluşturulacak fonun sağlık için değil başka (askeri, vb.) amaçlarla kullanılması gündeme gelir. Öncelikler listesinin daha sonradan değiştirilmesi de söz konusu olabilir. İşte böyle bir durumda sağlık için yatırımı savunan toplumsal sınıf veya gruplarla, sonradan öncelikleri değiştiren ve örneğin sağlığı arka sıralara atan siyasal güç arasında çatışma doğar.

5. Halk sistemden memnun olmalıdır.

6. Sistem, fonları yüksek derecede öncelikli programlara yönlendirmelidir. Burada sözü edilen öncelikler sağlıkla ilgili olanlardır. Sağlıkla ilgili öncelikler ise her ülkenin kendi koşullarına göre değişik olacaksa da, koruyucu sağlık hizmetleri öncelikli konumunu hep koruyacaktır.

C.3. Sağlık hizmetlerinde fon oluşturma teknikleri

C.3.1. Varsayılan vergiler (hypothecated taxes)

Vergi devlet gelirlerinin önemli kısmını oluşturur. Gelirden (maaş, ücret, kâr gibi), tüketim maddelerinden, servetten vergi alınabilir. Tüketim vergisi toplumun/toplumsal sınıfların üzerine, gelirlerinden bağımsız olarak ve her bir tüketim maddesi için belirlenmiş oranda olmak üzere yayılmış durumdadır. Sınıfsal olarak değerlendirildiğinde, toplumun çoğunluğunu oluşturan işçi, memur, köylü gibi dar gelirli toplumsal sınıfların tüketim vergisinin çok önemli bir kısmını ödedikleri belirtilebilir. Çünkü bu gruplar toplumun çok geniş kesimini oluştururlar. Tüketim vergilerinin artırılması, doğrudan doğruya bu sınıfların üzerine ek maddi yük bindirecektir. Aksi durum, ancak, yüksek gelirli sınıfların tükettiği lüks mallara fazla oranda vergi konulması durumunda olanaklı olabilir.

Gelir vergisi ise gelirle orantılı olarak toplanır. Siyasal erkin tercihleriyle, gelir vergisi yükünü yüksek gelir grubundaki toplumsal sınıfların üzerine kaydırmak olanaklıdır. Örneğin iktidar belli gelir düzeyinin altında geliri olan sınıfları gelir vergisinden muaf tutabilir. Ya da gelir dilimlerine

orantılı vergi sistemi getirebilir. Ya da gelir vergisinin önemli kısmını sermaye sahiplerinden alabilir. Bütün bu uygulamalar, toplumdaki güçler dengesinin bir sonucu olduğu gibi, sınıfların ekonomik durumlarını ileri derecede değiştirecek etkilere de sahiptir.

Servetten alınan vergiler ise, doğrudan toplumun daha zengin sınıflarının, sermaye sahibi sınıfın vergilendirilmesi anlamına gelecektir. Sonuç itibariyle yine siyasal tercih ve yapılanmayla doğrudan ilişkilidir.

Görüldüğü gibi, vergi sistemi toplumsal güç dengelerini ekonomik ve siyasal anlamda yeniden düzenlemenin yollarından birisidir.

Vergi sistemindeki yüksek maliyet ve fondaki dalgalanmalar başlıca sakıncalarıdır. Sistemin işletmesinin zor olması, fazla profesyonel gereksinmesi, yönetim giderlerini artırır. Ülkenin ekonomik durumuyla ilintili olarak da oluşturulan fonda dalgalanmalar oluşabilir. Eğer vergi tabanı dar (yani vergiye tabi ekonomik yapılar sınırlı) ve güvencesiz ise vergi toplamada zorluklar olur. Örneğin istihdam hacminin daraldığı, işsizliğin arttığı resesyon dönemlerinde, toplam vergi gelirlerinin hacmi zorunlu olarak küçülecek ya da belirlenmiş miktardaki verginin toplanması eskisine göre daha zor olacaktır.

Bu gibi durumlarda sağlık amacıyla kullanılmak üzere özel ve sabit bir sağlık vergisi konulabilir. Örneğin, kimi tüketim maddeleri (alkollü içkiler, sigara gibi) daha yüksek düzeyde ve doğrudan sağlık hizmetlerinde kullanılacak fona aktarılmak üzere vergilendirilebilir. Bu uygulama sağlık fonunun hacmini artıracak ve dalgalanmalar karşısında daha korunaklı bir fon yapısı oluşturacaktır. Ancak bu, genel hizmet ve mal talebinin düşmesi sonucu diğer hükümet programlarıyla çatışmaya da neden olabilir. Bir diğer sakıncası ise, sağlık vergisinin, tüketim maddelerine getirilen ek vergileme olması durumunda, daha çok, toplumun dar gelirli kesimlerinin üzerine binecek olmasıdır.

Yukarıda belirlenen vergileme sistemlerinin ilkine, yani, genel vergi havuzuna girdikten sonra, belli miktarı sağlık için sonradan ayrılan fona Dolaylı Vergileme; ikincisine, yani, doğrudan sağlık için toplanan vergilerle oluşturulan fonun tanımladığı sisteme ise Doğrudan Vergileme denir.

C.3.2. Sosyal-zorunlu-kamu sağlık sigortası (Social Health Insurance)
Bu esasen ilk uygulamanın bir türevidir. Özel bir amaç kapsamında para toplanır. Paranın toplanma mekanizması genel vergi sisteminin dışındadır. Toplanan para Prim adı ile anılır. Programa üyelik ve prim ödenmesi zorunludur. Sigorta kapsamına giren sağlık programları da belirlenmiştir. Belirlenmiş sağlık programlarından oluşan pakete Güvence-Teminat Paketi (Benefits Package) adı verilir. Prim ödentileri işçi, patron (bu bir kamu kurumu da olabilir) tarafından yapılır. Çoğu durumda devlet de sisteme katkıda bulunur. Daha önceden de belirtildiği gibi, paranın kullanımı fona kaynak akıtan tarafları temsil eden bir kamu kurumunun elindedir. Bu kurumun temsili niteliğini ülkedeki siyasal konjonktür belirler. Kurum, elindeki kaynakla hizmeti bir başka kurumdan (özel ve/veya kamu) satın alabileceği gibi (Dolaylı Sistem), doğrudan kendisi de sağlık hizmeti üretebilir (Doğrudan Sistem).

Sigorta öncelikle bir fon oluşturma tekniğidir. Daha sonra ise ödeme biçimini (ön ödeme) tanımlar. Gelecekteki risklere karşı, önceden ödenen primlerle güvence sağlamaya yöneliktir. Özellikle son yıllarda gelişmekte olan ülkelerde de yaygın biçimde uygulama alanına sokulmaya çalışılmaktadır.

Sağlık sigortası bir Risk Paylaşımı (Risk Sharing) programıdır. Esas olan primlerin gelirin belli bir oranı olarak toplanması, ancak yararlanımın gereksinim ölçüsünde gerçekleşmesidir. Bu durumda geliri yüksek, refah düzeyi iyi olup, daha az hastalanıp, az hizmet kullanması beklenenler, yani düşük riskliler; gelirleri, yaşam koşulları, refahları kötü olup, sık hastalanıp, çok hizmet kullanması beklenenleri, yani yüksek risklileri desteklemiş olurlar. Risk paylaşımının anlamı budur.

Sigorta uygulaması için sigortalanacak nüfusun belli bir gelire sahip olması gerekir. Bu da çoğunlukla düzenli istihdam olanaklarını, sağlam bir ekonomik yapıyı gerektirir. Düzenli geliri, işi olmayan toplumsal gruplardan prim toplayabilmek olanaksızdır. Ya da bu durumda sistemin yönetsel giderleri çok yüksek olur.

Dolayısıyla uygulanabilme koşulları doğrudan doğruya ülkenin ekonomik durumuyla ilintilidir. İşsizliğin yüksek, tarımsal ekonominin yaygın

olduğu ülkelerde toplumun prim ödeyebilmesi, sigorta kurumu açısından ise prim toplanabilmesi olanaksız denecek derecede zordur. Bu anlamda sigorta, gelişmiş kapitalist ülkelerin finansman modelidir denilebilir.

Zorunlu sağlık sigortasında üyelik zorunludur; işçi ve patron katkısı vardır; risk seçimi yoktur (bireylerin sağlık açısından sorunlarına, risklerine bakılmaksızın herkes sigortalanır); dayanışmacıdır; güçlü hükümet düzenlemesi söz konusudur ve uygulama hükümet dışı kurumlarca yürütülür ve sağlık sigortası daha geniş bir sosyal güvenlik sisteminin bir bileşeni durumundadır. Bu nedenlerle zorunlu sigorta sistemi özel sigorta sistemlerine göre daha tercih edilir niteliktedir.

Teorik olarak prim oranının farklı gelir düzeylerine farklı belirlenmesi gerekir. Ancak pratikte bütün gelir gruplarından eşit oranda prim alınmaktadır.

Prim miktarı sabit olabilir (Hollanda), farklı sigorta fonlarına göre değişebilir (Almanya). Avusturya'da prim miktarı istihdam alanına göre değişmektedir. Prim miktarı hükümet tarafından (Fransa, Hollanda), sigorta fonları birliği (Lüksemburg) ya da ayrı ayrı sigorta fonları (Almanya) tarafından belirlenebilir. Prim miktarı için temel oluşturan gelirin alt ve üst sınırları belirlenmiş olabilir (Avusturya, Almanya, Lüksemburg). Primleri genellikle işçiler ve patronlar öder, ancak bu iki dilimin oranı ülkeden ülkeye değişir. Primler bireysel sigorta fonları (Almanya), fon birlikleri (Lüksemburg), merkezi fon (Hollanda) ya da yerel sigorta kurumları (Fransa) tarafından toplanabilir. Toplum fon seçmekte özgür olabilir (Belçika, Çek Cumhuriyeti, Almanya, Hollanda) ya da fon seçmede bölge veya meslek sınırlaması getirilebilir (Avusturya). Fon seçmek serbest bırakıldığında fonların risk havuzunu ortaklaştırmak üzere bir mekanizma oluşturulur. Bu, fonların merkezi olarak toplanması biçiminde (Hollanda) ya da fonlar arasında kaynak aktarımı yaparak (Almanya) gerçekleştirilebilir. (European Observatory on Health Care Systems 2002)

C.3.2.1. Zorunlu sigortada yapılması gereken temel tercihler

(Maarse H. 1993: 6-12; Saltman RB., Figueras J. 1997: 117-121)

1. *Program sayısı:* Buradaki tercihlerden birisi ulusal düzeyde tek bir

sigorta programının örgütlenmesidir. İkinci seçenek ise birbirini tamamlayan bir dizi programın uygulanmasıdır: Değişik meslek grupları için ayrı sigorta programları ve Almanya'da sistemin kuruluşundaki durum böyledir. Bugün Avrupa'da hangi seçeneğin tercih edileceği konusunda netleşmiş bir görüş yoktur. Birden fazla programın varlığı standardizasyonu bozabilir, buna karşılık sistemin sosyal ve politik desteklerini geliştirebilir.

2. *Kapsam (Coverage):* Sigorta sisteminin kapsamına hangi nüfus gruplarının alınacağına ilişkin sorundur. Buradaki temel seçenekler şunlardır: a) Hükümet herkesi sigortaya üye olmaya zorunlu tutabilir. Almanya, Fransa, Lüksemburg'da durum böyledir (yüzde 98 oranıyla). b) Bütün vatandaşlara programa üye olma hakkı tanınabilir, ancak kimi özel durumlar dışında zorunluluk getirilmez. Almanya'da durum böyledir ve yüksek gelir düzeyindeki bireylerin zorunlu sigorta programı kapsamından ayrılma hakları vardır. c) Belli bir gelir düzeyini geçenler zorunlu sigorta programının dışında tutulurlar. Bu durumda bu nüfus grubu doğrudan özel sigortalara yönelir ya da hizmeti kullanım anında ödeme yapar. Hollanda'da durum böyledir ve nüfusun ancak yüzde 60'ı zorunlu sigortalıdır.

3. *Sağlık teminat paketi (benefits package):* Buradaki temel soru hangi hizmetlerin sigorta kapsamına alınacağı konusudur. Örneğin hekimler ve ilaç endüstrisi paketin genişletilmesi için; dini kuruluşlar ise hangi aile planlaması yönteminin pakete alınacağı konusunda baskı yapabilirler. Bu konuda belirleyici olan ise genellikle eldeki kaynakların düzeyi olmaktadır. Merkez kapitalist ülkelerde teminat paketinin kapsamı oldukça geniştir.

4. *Organizasyonel yapı:* Sigorta uygulaması hükümet dışı bir kuruma verilebilir. Uygulama genellikle bu şekilde olmaktadır. Ancak ne olursa olsun şu noktalarda karar verilmesi gerekir: a) Sağlık sigortacılığı yapmak üzere kimlere-hangi kurumlara yetki verileceği. b) Sigortalanan birey açısından teminat paketinin minimum kapsamının ne olacağı. c) Sigorta kurumları arasında rekabete dayalı bir yapının mı, yoksa bir monopolün mü yaratılacağı. d) Sigorta kurumunu kimin yöneteceği: İşçi/

patron kurumları, yerel/bölgesel toplum temsilcileri veya üretici kurum temsilcileri. e) Sağlık teminat paketinin ve katkı paylarının belirlenmesi konusunda kuruma ne derecede otonomi verileceği. f) Kurumu kimin denetleyeceği. g) Hükümetin kurum karşısındaki konumunun ne olacağı.

5. *Seçme özgürlüğü:* Bu nokta, bireylere hangi sigorta kurumunu seçecekleri konusunda özgürlük tanınıp, tanınmayacağıyla ilgilidir. Örneğin Hollanda'da herkes aynı kuruma bağlı olmak zorundadır. Ancak bu, seçeneklerden yalnızca birisidir. Buna karşılık birden fazla sigorta kurumu olabilir ve bireyler bunlardan birisini tercih edebilirler. Böyle bir yapılanmanın sistemin verimliliğini artıracağı beklenir.

6. *Katkı oranı (contribution):* Genellikle gelirin belli bir oranı kadar olup, riskle ilişkisizdir. Böylece zenginlerin fakirleri, sağlıklıların hastaları destekledikleri bir yapı öngörülmektedir. Dayanışmacılıktan kastedilen de sistemin bu özelliğidir.

7. *Sigortalı-sigortacı ilişkisi:* Burada üç ana model vardır: a) Nakit ödeme: Hasta, hizmeti kullanım anında hekime ödeme yapar ve daha sonradan bunun tamamını ya da belirlenmiş bir kısmını primlerini ödediği sigorta kurumundan geri alır. b) Hizmet ödemesi: Hizmeti sunan, hizmetin karşılığını doğrudan sigorta kurumuna fatura eder. Hizmetin kullanıldığı anda kullanıcının cebinden para çıkmaz. c) Doğrudan sunum: Hizmeti, hastanın prim ödediği sigorta kurumunun sahip olduğu bir sağlık kurumu sunar.

8. *Sigortacı-üretici ilişkisi:* Burada da iki model vardır: a) Sözleşme modeli: Sigorta kurumu hekim, hastane, sağlık merkezi, vb. ile sözleşme yapar. Bu durumun hizmetin özelleştirilmesini hızlandırdığı belirtilebilir. Çünkü sözleşmeler çoğunlukla özel sağlık kurumlarıyla yapılmaktadır. b) Entegre model: Bu modelde hizmetin finansmanı ile sunumu aynı yapı içindedir. Bu sistem yukarıda sözü edilen doğrudan sunum modeline karşılık gelmektedir.

9. *Hizmeti üretene yapılacak olan ödeme sistemi:* Bu konu ilerleyen bölümlerde, ayrı bir başlık altında ayrıntılı olarak incelenecektir.

C.3.2.2. Zorunlu sigortacılığın özellikleri

1. Özellikle çevre ülkelerdeki zorunlu sigorta uygulaması, hizmeti, nüfusun düzenli istihdam olanakları olan küçük bir kısmına, çoğunlukla da ücretlilere, kentlere yönlendirir.

Sigortanın bir başka yönlendirmesi, tedavi edici sağlık hizmetlerini öne çıkarma biçimindedir. Bu yönlendirmede birkaç faktörün etkili olduğu söylenebilir: a) Sağlık sigortası fonları kullanıma hazır ve çok büyük ölçekli sermaye birikimi yaratır. Bu birikimin kullanımı, sağlık hizmetinin genel nitelikleri ve kapitalist ekonominin tekelleşmiş yapısı nedeniyle, hemen tamamen sağlık sektöründeki ilaç ve tıbbi teknoloji tekellerinin, hastane zincirlerinin denetimindedir. Bu çıkar gruplarının temel tercihi ise tedavi edici sağlık hizmetleridir. b) Yine yukarıdaki nedenle toplumun temel tercihi de koruyucu sağlık hizmetlerine değil, tedavi edici sağlık hizmetlerine yönlendirilmiş durumdadır. Hastalık risklerinin ön güvencesi olarak işlevgören sigorta sistemi, toplumda hastalık dönemindeki talepleri öne çıkaran bir bilinç geliştirir.

2. Sigorta sisteminde, sigortalanan nüfus, genellikle para ödemeye isteklidir. Bunun nedeni, paranın ne için harcanacağının önceden bilinmesi, baştan belirlenmiş olması ve hastalık durumunda yararlanılacak hizmet garantisinin bulunmasıdır.

3. Sigorta sistemi genellikle kentlerdeki hekimlerin kazancını artırıcı bir işleve sahiptir. Bunun nedeni sigortalanan nüfusun (işçi ve memurlar) kentlerde oturuyor oluşudur. Bu etki, hekimleri de kentlere ve tedavi edici hizmetlere çeker. Öte yandan, eğer sigorta kurumunun sağlık sistemi ile hükümet denetimindeki sağlık sistemi birbirinden ayrı yapılarsa, sigorta sisteminin, yukarıdaki etkileri nedeniyle, hükümet kurumlarında çalışmakta olan hekimleri de kendi kapsamına çekme gibi bir etkisi ortaya çıkar. Bütün bunlar var olan kır/kent, gelişmemiş/gelişmiş bölge eşitsizliklerini derinleştirir.

4. Sigorta uygulaması sağlık hizmetine talebi artırır. Buna Moral Tehlike (Moral Hazard) mekanizması denir. Moral tehlike insanların, nasıl olsa prim ödeniyor düşüncesiyle, hasta olmasalar da, diğer bir deyişle gereksiz miktarda hizmet kullanma eğilimleridir. İlk maddede belirtildiği

gibi moral tehlike tedavi edici hizmet kullanımını öne çıkaran bir risktir.

5. Güçlü bir sigorta sistemi tıp eğitimini de tedavi edici hizmetlere yönlendirir. Bütün bunlar sağlığın korunmasını geri plana itici etkiler gösterirler.

6. Tedavi edici hizmetlere yönelme, özellikle çevre ülkeleri yabancı ilaç tekellerine ileri düzeyde bağımlı duruma getirir. (Smith BA., Leiserson A. 1978: 81-84)

Nitekim Fransa'da 1940'lı yıllardan başlayarak uygulanan zorunlu sigortacılık şu sonuçlara yol açmıştır (Rosa JJ. 1990: 246): a) Moral tehlike etkisiyle sağlık hizmeti kullanımı artmıştır. b) Hizmete olan talep artışı hizmetteki fiyat artışlarına rağmen gerçekleşmiştir. Çünkü bu sistem içinde, sigortacı fiyatı denetleme ve artırma olanağı bulur. Kısaca kapitalist piyasa koşulları açısından tekelleşen bir süreç söz konusudur. Bir süre sonra, yıllar boyunca belli bir yönde körüklenen ve fazla hizmet kullanmaya yönlendirilen kullanıcı davranışları, harcamaları azaltmaya yönelik politikalardan etkilenmez bir nitelik kazanır. Bunun nedeni kullanıcının karşılığını ödediği hizmetten yararlanmayı bir hak olarak görmesidir. Buna Sert-Elastik Olmayan (Rigit-Inelastic) Talep denir. Bu tür talep, hizmeti üretenlere daha büyük ve değişmez pazar koşulları yaratır. Tekelleşmeyi körükler. Sonuçta küçük bir üretim artışı büyük oranda kâr sağlama olanağı verir. Böylece sigortalı ile sigortacı arasında kâra dayalı bu mekanizma üzerinden çatışma doğar. c) Korunaklı talep üretici sektörün büyük kurumlar biçiminde organize olmasına neden olmuş, sonuç olarak sağlık sektörü sermaye yoğun nitelik kazanmıştır.

Sosyal sigorta sisteminin maliyeti genel vergilerle finanse edilen sisteme göre daha fazladır. Bunun çeşitli nedenleri vardır:

a. Moral Tehlike (Moral Hazard): Sigorta kapsamında, hastalık öncesi yapılan ön ödemeler nedeniyle, hizmet kullanımının artışıdır. Bu iki yanlı bir olumsuzluktur. Bir yandan hasta gereksiz hizmet kullanır. Öte yandan da hizmeti üreten gereksiz üretim yapar. Her ikisini belirleyen de piyasa koşullarıdır.

b. Yanlı seçim (Adverse selection): Sigorta kurumlarının, sağlık açısından iyi durumda olanlarla, daha fazla risk altında bulunanlar arasında

ayırım yapamamaları durumunda ortaya çıkar. Sigortalanma eğilimi olanların, daha önceden risk durumlarının bilinmemesi nedeniyle, sigorta şirketleri, sigorta primlerini toplumun ortalama risk durumunu dikkate alarak belirlerler. Böyle bir durumda, daha riskli olanlar sigortalanmayı daha çok tercih edeceklerdir. Çünkü ortalama risk üzerinden belirlenecek risk skalası, riskli olanlar için ucuz, buna karşılık sağlığı iyi olanlar için pahalı bir düzey olacaktır. Sonuçta, sigortalanan nüfusun genel karakteri daha riskli bir düzeye doğru kayabilir. Bu noktada sigorta şirketinin yapacağı şey sigorta primlerinin düzeyini yükseltmek olacaktır. Dolayısıyla, yanlı seçim, sigorta şirketi açısından ekonomik risk durumunu yansıtan bir kavramdır.

Yukarıda özetlenen yanlı seçim, sigortalananların tercihleriyle ortaya çıkar. Daha riskli olanlar sigortalanırlar. Bir de sigorta şirketlerinin tercihleriyle ortaya çıkan yanlı seçim vardır. Bu durumda, bu kez sigorta şirketleri daha risksiz olan bireyleri sigortalamak, riskli olanları sigortalamamak yönünde bir tutum geliştirirler. Ya da daha riskliler için prim düzeyini yüksek tutarlar. Her iki yanlı seçim türünde de hem risk paylaşımı gerçekleşmez hem de sistemin maliyeti yükselme eğilimi gösterir. (Le Grand J. 1992: 44)

Moral tehlike bütün sigortacılık türleri için, yanlı seçim ise özel sigortacılık için geçerlidir. Yanlı seçim, birden çok kamu sigorta kurumunun bulunduğu durumlarda da ortaya çıkabilir.

C.3.2.3. Zorunlu sağlık sigortasının sağlık finansmanı üzerindeki etkileri

a. Kaynak düzeyi üzerine olan etkileri: Sağlık sigortasının kimi ülkelerdeki uygulanma nedeni sağlık sektörüne ek kaynak yaratabilmesidir. Çünkü diğer tercihlerin tersine, sigorta yalnızca sağlık hizmetlerinde kullanılacak kaynak yaratır. Ancak, nüfusun çoğunun informel ekonomik sektörde ya da tarımda yer alması sigortanın yaygınlaştırılabilmesinin ve sağlık için ek kaynak yaratabilmenin önündeki en önemli engeldir. Bu sorun hem çevre hem de merkez kapitalist ülkeler için geçerlidir. Eğer işsizlik artarsa, ücretler düşerse, sigorta sistemi içindeki gerçek kaynak tabanı da kendiliğinden daralacaktır. Öte yandan ekonomik rahatlama

dönemlerinde sigortanın kaynak tabanı yine kendiliğinden genişleyecektir. Bu olgu kısmen vergi sistemi için de geçerlidir. Bu anlamda kapitalist ekonominin destabilizasyon-bunalım dönemleri sosyal güvenlik sisteminin de sarsıntıya girdiği, hatta çöktüğü dönemlerdir. Ekonomisi zayıf ve vergi tabanı dar olduğu için bütçe gelirlerinin oluşturulamadığı ülkelerde, aynı toplum kesimlerinden prim toplamayı hedeflemek gerçekçi olmamaktadır.

b. Verimlilik üzerine etkileri: Sigortanın moral tehlike etkisi maliyeti artıracaktır. Maliyet artışı, kaynakların tahsisatına yönelik verimliliği düşüren bir durumdur. Buradaki sorun, kaynakların daha çok, tedavi edici hizmetlere kaydırılması ile ilişkilidir. Daha önce de belirtildiği gibi, sigorta uygulamasının özünde tedavi edici hizmetleri yaygınlaştırmak gibi bir karakter vardır.

Öte yandan yönetsel verimlilik açısından da sigortanın sakıncaları bulunmaktadır. Çünkü sigorta yönetsel maliyetleri artırır. Avrupa ülkeleri için yönetsel maliyet, toplam gelirlerin yüzde 5'i, Latin Amerika ülkeleri içinse yüzde 28'i kadardır. Bir Afrika ülkesi olan Mali için yüzde 50 gibi bir oran verilmektedir. Oranlar arasındaki derin farklılık yönetsel kapasite ve etkinlikler arasındaki farklılıktan ileri gelmektedir. Sigortanın özellikle bürokratik yapıdaki çok sayıda fon arasında parçalanmış olması, yönetsel maliyetlerin azaltılmasını neredeyse olanaksız kılar. Bu durumun örneği Güney Kore'dir. Benzer şekilde sağlık bakanlığı ile sigorta kurumları arasındaki işbirliğinin ve bu kurumların görev tanımlamalarının net biçimde yapılmamış olması da yönetsel maliyetleri artıran bir etkendir. Bütün bunlar sistemin toplam verimliliğini azaltır.

c. Eşitlik üzerine etkileri: Sosyal sigorta sistemleri kaynakları yalnızca sağlamdan hastaya değil, zenginden fakire de transfer edebilir. Bir başka deyişle, sosyal sigorta prim uygulaması progresif nitelikli olabilir. Zaten sigorta tercihinin ideolojik zeminini de bu varsayım-hedef oluşturmaktadır. Sosyal eşitliğe katkı durumu, özellikle primler gelire orantılı toplanıyor, buna karşılık hizmetten yararlanma gereksinime göre oluyorsa geçerlidir. Ancak sistemin progresif karakterinin ne kadar gerçekleştirilebildiği, uygulandığı bütün ülkeler için soru işaretleriyle doludur.

Öte yandan, önceden de belirtildiği gibi, sigorta sistemi en fazlasından orta derecede (vergi sistemine göre daha az) progresif etki gösterebilir. Bunun nedeni sigorta primlerinin gelir ne olursa olsun sabit bir oran üzerinden toplanıyor olmasıdır.

Toplumun zengin kesimlerinin zorunlu sigorta kapsamına alınmayıp, özel sigorta yaptırabilmelerine olanak tanınması sağlıktaki eşitliği azaltır. Eşitliği tehdit eden bir diğer etken, sigorta kapsamındaki güvence paketinin daraltılmasıdır. Bu durum son yıllarda bütün kapitalist ülkelerde gözlenmektedir. Güvence paketi kapsamının daraltılmasının temel nedeni sağlık harcamalarındaki artış ve kapitalist dünya ekonomisinin içine girdiği yapısal bunalımdır.

Bunun dışında Latin Amerika için özellikle kurumsallaşmış bir durum vardır. O da sigortadan hemen tamamen kentsel ücretlilerin yararlanmasıdır. Bu ülkelerde devletin gerek işçiye, gerek patrona vergi muafiyetleri vardır. Sonuç olarak, sigorta kapsamına girmesi olanaksız olan toplum kesimleri için devlet ayrı bir sağlık örgütlenmesi organize eder, varlıklı sınıflar ise özel sağlık sektöründen yararlanırlar. Böylece gelir düzeyine göre biçimlenmiş, birden fazla ve çoğunlukla da birbirleriyle koordine olmayan sağlık örgütlenmeleri gelişmiştir.

Afrika ülkelerindeki zorunlu sağlık sigorta sistemleri, açık biçimde, orta sınıfların sağlık bakım masraflarını karşılamaya yöneliktir. Bunun nedeni bir yandan yoksul ve düzenli geliri olmayan toplumsal grupların prim ödeyemeyecek durumda oluşları, öte yandan ise aynı grupların sağlığını garantileyecek boyutta devlet bütçesinin oluşturulamayışıdır. Bu gibi ülkelerde sağlık kurumları da gelişmiş merkezlerde toplanmıştır. Böylece sigorta sistemi gelişmiş bölgelerde yaşayan, formel sektörde istihdam olan kentli sınıfların sağlık gereksinimlerini karşılamaya odaklanırken, informel sektör çalışanları, işsizler, kırsal kesimde yaşayanlar dışlanmış olurlar.

Sigorta uygulamasının yaygın olması, tek başına, toplumun sağlık hizmetlerine ulaşabilirliğini sağlamak açısından yeterli olmayabilir. Örneğin Güney Kore ve Brezilya'da nüfusun yüzde 90'ı sigorta kapsamındadır. Ancak diğer kaynaklar (insan-gücü, sağlık kurumları gibi) kentlerde yo-

ğunlaşmıştır. Dolayısıyla, sigortalanmış nüfusun tamamının, sigorta kapsamındaki hizmet paketinden yararlanabilmesi çok zor olmaktadır.

Yukarıda dile getirilen sorunlar daha çok, ekonomik durumu kötü olan ülkeler için geçerlidir. Bu ülkelerde enflasyon yüksektir. Yüksek enflasyon prim gelirleri ile yararlanım paketinin maliyetleri arasında dengesizlik yaratır. Çünkü maliyetler artarken, prim gelirleri erozyona uğrar. Düzenli geliri olmayan nüfusun büyüklüğü nedeniyle fakirler tamamen sistem dışına itilmiştir. Koordinasyon eksikliğinden kaynaklanan duplikasyonlar vardır. Bölgeler arasında kaynaklardan yararlanma bakımından derin farklılıklar söz konusudur.

C.3.3. Cepten ödemeler / Kullanıcı ödentileri (Out-of Pocket Payments / User Charges)

Hizmetin kullanımı sırasında, kullanıcının doğrudan, cepten yaptığı ödemelerdir. Bu da iki şekilde olabilir: 1- Sosyal güvenlik sistemine dahil olup, vergi ve/veya prim ödeyenlerin, hizmet kullanırken ödedikleri katkı payları. 2- Sosyal güvencesi olmayanların hizmet kullanırken yaptıkları cepten ödemeler.

Bugün çoğu ülkede kullanıcılar sağlık hizmetinin maliyetine katılmak zorundadır. Burada ikili bir mantık vardır: Hizmetin gereksiz ya da aşırı kullanımını engellemek ve ek gelir sağlamak. İlk durumdaki varsayımı sağlık hizmetinin fiyat esnekliğinin (price elasticity) bulunduğu (artan fiyatların hizmet kullanımını azaltacağı) yönündedir. İkincisinde ise sağlık hizmetinde fiyat esnekliğinin bulunmadığı (artan fiyatlara rağmen hizmet kullanımının süreceği) varsayımı vardır. Ancak hizmet üreticisinin moral riski nedeniyle cepten ödeme mekanizması tedavi edilen her hasta için hizmet yoğunluğunun artmasına neden olur. Ayrıca kullanıcı ödentileri hem gerekli hem de gereksiz hizmetlerin kullanılmasını engelleyebilir.

Kullanıcı ödentilerinin bir kısmı resmi olarak hükümetlerce belirlenir. Bunlara formal kullanıcı ödentileri denir. Buradaki katkı miktarı her hizmet için sabit miktarda (flat-rate) olabilir. Buna Katkı Payı (Co-Payment) denir. Örneğin hasta reçetede verilen her ilaç için beş Dolar'ı veya her muayene için 10 Dolar'ı öder. Katkı miktarı hizmetin toplam maliyetinin

belli bir oranı (yüzdesi) kadar olabilir, buna Sigortalı Payı (Co-Insurance) denir. Örneğin toplam yatarak tedavi masrafının yüzde 20'sini hasta kendisi öder. Miktar hizmetin maliyetinin belli bir düzeyine kadar olabilir ve sigorta ancak bu düzeyin üzerindeki harcamaları karşılamak üzere devreye girer, buna da Ön Ödeme (Deductible) denir. Örneğin hasta, hastaneye yatma maliyetinin ilk 50 Dolarlık bölümünü veya o yıla ait toplam ayaktan tedavi masrafının ilk 200 Dolarlık bölümünü kendisi öder.

Kullanıcı ödentisi maliyet paylaşımı anlamına gelir.

Kullanıcı ödentilerinden muaf tutulacaklar belli gelir düzeyinin altında gelire sahip olanlar, belli hastalıklara (kronik hastalıklar) sahip olanlar, belli ürünler (kontraseptifler) veya belli nüfus grupları (emekliler, işsizler) olabilir.

Formal kullanıcı ödentileri dışında, resmi olarak tanımlanmamış, ancak pratikte var olan ve informal olarak tanımlanan kullanıcı ödentileri de vardır. Bunlar nakit ödeme ya da hediye şeklinde olabilir.

Avrupa'daki araştırmalar, kullanıcı ödentilerinin gereksiz hizmet kullanımını değil, hizmet kullanımını engellediğini göstermektedir. Bu da özellikle yoksul, dar gelirli grupların sorunudur. (Lazarus JV, Gee VT 2002)

C.3.4. Özel sigorta (Private Insurance)

Primi, özel sektörde yer alan bir sigorta şirketi toplar. Prim düzeyi aktüeryal hesapla belirlenir. Hastalık riski, hizmet kullanma sıklığı prim düzeyinin belirlenmesinde dikkate alınan unsurlardır. Gelir düzeyi etkili değildir. Yaş ve cins ise hastalık riskini etkileyen bileşenler olarak prim düzeyinin belirlenmesinde devreye girerler. Dolayısıyla aktüeryal hesaplamada, prim düzeyi bireylerin hastalık riski açısından özel durumları dikkate alınarak belirlenir ve her birey farklı prim ödemek zorundadır. Riski yüksek olanlardan fazla prim toplanır. Eğer hastalık riski çok fazlaysa ve bu riski karşılayacak prim düzeyi çok yüksekse, dolayısıyla primi toplamak olanaklı olamayacaksa birey sigortalanmayabilir. Özellikle kronik hastalıklar için bu tür durumlar söz konusu olabilir. Bu nedenlerle özel sigortacılıkta risk paylaşımı ilkesinin yaşama geçirilmesi zordur.

Özel sigortacılık yüksek gelirliler içindir.

Avrupa Birliği üyesi ülkelerin çoğunda özel sigorta primlerinin toplam sağlık harcamalarındaki oranı yüzde 10'dan azdır. Bu konuda Fransa (%12.2) ve Hollanda (%17.7) istisnadır. Belçika, Danimarka, Finlandiya, Yunanistan, İtalya, Lüksemburg, Portekiz, İspanya, İsveç ve İngiltere'de oran yüzde 5'in altındadır.

Özel sigortacılığın değişik uygulamaları vardır. Vekil (Substitutive) Özel Sigortacılık, devlet tarafından da sunulmakta olan hizmetleri kapsar. Bu tür sigortalara zorunlu-kamu sigortasından dışlanan yüksek gelirliler üyedir. Almanya'da ve Hollanda'da durum böyledir. Tamamlayıcı (Complementary) Özel Sigortacılık, sigorta kamusal mekanizmanın kapsamadığı ya da tam olarak kapsamadığı hizmetler içindir. Bu tür özel sigorta sistemleri, daha çok, kullanıcı ödentilerine karşı tercih edilmektedir. Hırvatistan, Danimarka, Fransa ve Slovenya'da durum böyledir. Ek (Supplementary) Özel Sigortacılık ise üyelerine hizmete ulaşım kolaylığı ve bir takım özel ayrıcalıklar sağlar, hizmete ulaşımı hızlandırır. (Lazarus JV, Gee VT 2002)

C.3.5. Patrona dayalı sigorta (Employer Based Insurance)

İlk iki uygulama arasında yer alır. Sigorta primini patron öder. Her işletme kendi sigorta programını kendisi düzenler. Yararlanım paketi işletmelere göre farklılıklar gösterebilir. Özellikle ABD'de yaygın olarak uygulanmaktadır. Patron, işçileri için sağlık hizmetini satın alacağı sağlık kurumlarıyla kendisi anlaşır ve sağlık primlerini de kendisi öder. Bu sigorta çeşidi, sağlık hizmetinin denetimini de doğrudan patrona bırakır. Bu sistemde işsizler, düzenli çalışamayanlar dışlanmıştır. Dayanışmacılık yeterli değildir. Standardizasyon yoktur.

Sağlık hizmetleri için özel fon oluşturma tekniklerinin etkileri vergiler ile zorunlu sigortanın etkilerinden farklıdır. Öncelikle özel fon oluşturma teknikleri eşitsizlikçi sistemlerdir. Çünkü sağlık hizmetleri için özel harcama yapabilenler ancak parası olanlardır. Bu nedenlerle özel fon oluşturma tekniklerini, sağlık sisteminin toplumsal düzeyde organizasyonunun bir aracı olarak ele almanın olanağı yoktur. Öte yandan, özellikle hizmeti

kullanım anında yapılan harcamalar çoğunlukla tedavi edici hizmetlere yöneliktir. Bu da sağlık sisteminin verimliliğini düşüren bir boyuttur.

C.3.6. Çok kaynaklı fonlar (Multiple Sources of Funding)

Duplikasyonlara neden olması, birden fazla fon için aynı türden işletme giderlerinin ortaya çıkması gibi nedenlerle yönetim masraflarını artırıcı etkisi vardır.

Dünyanın hemen her yerinde sağlık hizmetlerinin finansmanı yukarıda sıralanan yöntemlerin bir bileşiminden oluşur. Hiçbir yerde saf bir fon oluşturma mekanizması yoktur. (Fon oluşturma teknikleri için bkz. Normand C. 1992: 769)

Saf bir fon tekniğinin olmamasının birkaç nedeni vardır:

1. Bu olgu öncelikle dünya ülkelerinin bugünkü kapitalist yapısı ile ilgilidir. Çeşitli sınıfların kendi çıkarları doğrultusundaki tercihlerini yansıtır. Özellikle varlıklı sınıflar, zorunlu sigortacılığın tanımladığı hizmetle yetinmek eğiliminde olmayacaklardır. Yoksul, marjinal kesimler ise güvencesiz kalacaktır.

2. Kapitalist ekonomide özel sektörün varlığı ve sağlık sektörüne yatırım yapan özel girişimcilerin nesnel konumu özel finansmanın çeşitli biçimlerini (cepten harcama, özel sigorta) zorunlu kılar. Benzer şekilde, özel sigortacılık da özel sağlık hizmetinin yanında önemli bir yatırım alanıdır.

3. İşçi sınıfının örgütlülüğü ağırlıklı olarak işçi sınıfına yönelik zorunlu kamu sigortacılığını geliştirir.

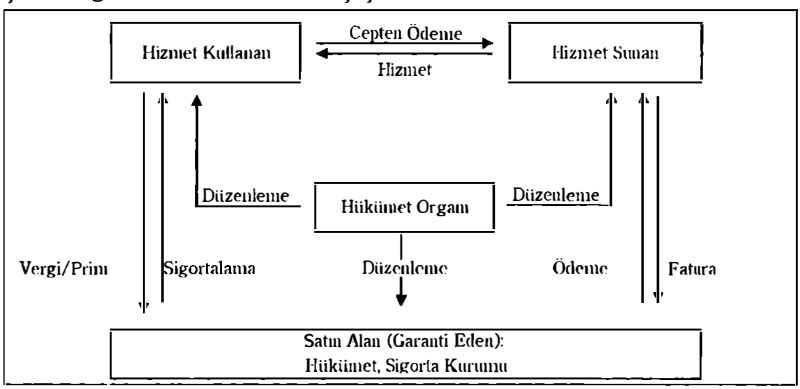
4. Örgütlülüğü daha zayıf olan ve ekonomik anlamda da daha düşük düzeyde yer alan toplumsal sınıfların varlığı, sağlığa devlet müdahalesini ve/veya devlet eliyle hizmet sunumu ile devlet bütçesinden finansmanı yaratır. Bu yapılanmaya da Ulusal Sağlık Sistemi denir.

5. Bütün bunların yanı sıra, sigortanın veya genel bütçenin finanse etmediği hizmet türleri için, boyutu ülkeden ülkeye değişen, ancak çevre ülkelerde oldukça yaygın olan ve örgütsüz bir finansman kaynağı olarak da nitelenebilecek olan cepten ödeme sistemi bulunur.

6. Son olarak da, özellikle Afrika ülkeleri için geleneksel sağlık uygulamalarında kullanılan ayni ödemelerden söz etmek gerekir. Formel sağlık

örgütlenmesinin zayıflığı, bu ülkelerde geleneksel tıp uygulamalarının yaygınlaşmasını sağlamıştır. Bütün bunlar aşağıdaki şemada özetlenmiştir (WHO 1993: 6):

Şekil: Sağlık hizmetlerindeki fon çeşitleri



Sonuç olarak Fransa, Almanya, Lüksemburg ve Hollanda'da sağlık harcamaları ağırlıklı olarak zorunlu ve sosyal sigortacılıkla finanse edilir. Belçika ve İsviçre'de de sosyal sigorta sistemi vardır. Yunanistan vergiye dayalı bir sisteme sahiptir, ancak sosyal sigortacılık da vardır. Ağrılıklı olarak vergiye dayalı sağlık sistemleri Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İtalya, Norveç, Portekiz, İspanya, İsveç ve İngiltere'dedir. Yunanistan, İtalya, Portekiz ve İsviçre'de harcamaların yüzde 30'u özel harcamalar (çoğu cepten harcama olarak) şeklindedir.

Doğu Avrupa'da yedi ülke, finansmanı ağırlıklı olarak vergilerden sağlar: Arnavutluk, Kazakistan, Litvanya, Moldova, Polonya, Romanya ve Rusya. Altı ülkede ise sosyal sigortacılık ağırlıklıdır: Çek Cumhuriyeti, Hırvatistan, Estonya, Macaristan, Slovakya ve Slovenya. Buna karşılık Ermenistan, Azerbaycan, Gürcistan ve Tacikistan'da ön ödeme sistemleri tamamen çökmüştür ve fonlama ağırlıklı olarak cepten ödemelere dayanmaktadır. Moldova ve Kırgızistan'da cepten ödemelerin toplamdaki oranı yüzde 40'ın üzerindedir. (Lazarus JV, Gee VT 2002)

Toparlarsak, sağlık hizmetlerinde fon oluşturma tekniklerini üç büyük

grupta toplamak mümkündür (Mach EP., Smith BA. 1983: 18):

1. Kamusal Fonlar: Sağlık Bakanlığının, diğer merkezi hükümet kurumlarının, bölgesel ve yerel hükümet organlarının sağladığı kaynaklarla, sosyal sağlık sigortası fonları bu kapsamdadır.

2. Özel Fonlar: Özel sağlık sigortası, cepten ödemeler, özel işletmelerin ayırdıkları fonlar bu gruptadır.

3. Dış Kaynaklar-Yardımlar: Resmi ya da özel-gönüllü yabancı kurumların aktardıkları kaynaklar bu gruptadır. Dış yardımlar gelişmekte olan ülkeler ve özellikle de Sahra Altı Afrika ülkeleri için geçerlidir. Bu gruptaki ülkelerin bazılarında dış yardımlar toplam kamu sağlık fonlarının yüzde 90'ına kadar ulaşabilmektedir. Bununla birlikte merkez kapitalist ülkelerden periferdekilere sağlık amaçlı aktarılan kaynakların miktarı, yılda kişi başına ancak 1 Dolar'dır. (WHO 1995: 5)

C.4. Fon oluşturma seçeneklerinin ağırlıklandırılması

Fon oluşturmadaki değişik seçeneklerin hem gelir elde edecek hem de politik amaçları karşılayacak şekilde bir karışım halinde uygulamaya konulması önemlidir. Karma bir fon yapısının oluşturulmasında şu soruların yanıtlarının net olarak verilmiş olması gerekir:

1. Fonlama sistemi progressif midir? Genel vergi sistemi progressiftir. İndirekt vergiler regressiftir. Sosyal sigorta sistemi ise, her gelir grubunun sabit bir oranı prim olarak kesildiği için, orantısaldır (orta derecede progressif). Sosyal sigorta sisteminde, belli bir gelirin üzerindekiler sistemin dışında kalabiliyorlarsa bu regressif bir seçenek olur. Özel sağlık sigortası ileri derecede regressiftir. Firma temelinde ödenen grup primleri daha az regressif ve firma içinde de orantısaldır. Topluluk temelli sigorta sistemi topluluk içinde orantısaldır. Kullanıcı ödentileri, eğer düşük gelirliler muaf tutuluyorsa, daha az regressif özellik kazanmış olur.

2. Fonlama sistemi horizontal olarak eşitlikçi midir? Eşitlikle ilgili bu kavram; aynı gelir düzeyindekilerin aynı miktar para ödemeleri anlamına gelir. Her fonlama seçeneğinin bu eşitliği azaltan bir etkisi olabilir. Vergilemede vergi oranları bölgelere ve gelire göre değişiyorsa, sosyal sigorta sisteminde primler fonlara göre farklılık gösteriyorsa, özel sigorta sisteminde primler riske göre değişiyorsa, kullanıcı ödentilerinde dezavan-

tajlı gruplar için muafiyet tanımlanmamışsa sistem eşitsizlikçi olacaktır.

3. Fonlama sistemi yeniden dağıtıcı etki gösteriyor mu? İlk iki soru kimin ne kadar ödediğiyle ilişkilidir. Sistemde ayrıca kimlerin yararlandığı da önemlidir. Yeniden dağıtım konusu risklerin ve yararların yeniden paylaşımıyla ilgilidir. Fonun oluşturulma mekanizması az progressif olsa da faydalardan daha çok düşük gelirliler yararlanıyorsa sistem toplam olarak eşitlikçi olabilir.

4. Fonlama sistemi kapsayıcılığa ve sisteme ulaşıma ne kadar etki etmektedir? Bu soru kimlerin sistem tarafından kapsandığı ve hangi hizmetlerin garanti edildiğiyle ilgilidir. Ulaşım hizmet kullanımının gelirle ilişkili olup olmadığıyla ilişkilidir. Genel vergi sisteminde kapsayıcılık vatandaşlıkla ilgilidir ve bu anlamda da genellikle evrensel düzeydedir. Sosyal sigortada kısmidir, çünkü prim ver(e)meyenler olabilir. Özel sigortacılıkta kapsayıcılık çok sınırlıdır. Hatta sigortacılar yüksek risklileri üye etmemek yanlısıdır. Hem genel vergi hem de sosyal sigorta sistemlerinde hizmete ulaşımın gelirle ilişkisi yoktur. Ancak bu ikisinin özel sigortacılık ve kullanıcı ödentileriyle temas derecesi ulaşımı engeller. Kullanıcı ödentileri hizmete ulaşımı ileri derecede olumsuz etkiler.

5. Fonlama sistemi maliyet paylaşımını nasıl etkilemektedir? Maliyetlerin kontrolü üç faktörle ilişkilidir: Sıkı bir bütçe, tek bir güç (bütün hizmet üreticilerinin karşısında tek bir satın alıcı gücün bulunması) ve ödeme mekanizmaları. Genel vergi sisteminde sıkı bir bütçe mekanizması vardır. Sosyal sigortada harcamaların artışı primlerin artırılmasıyla karşılanır, o nedenle harcama artışının kontrolü olanaklı olmayabilir. Özel sigortada prim düzeyine yani harcama miktarına bireylerin kendileri karar vermiş olurlar. Ayrıca sigortacının kâr isteği de harcamaları artırır.

6. Fonlama sistemi tahsisat ve teknik verimlilikleri nasıl etkilemektedir? Fonlama sistemleri ile bu ikisi arasındaki ilişkiyi gösteren ampirik veri bulmak zordur. Genel vergilerde de, zorunlu sigortada da, özel sigortada da sağlığa tahsis edilen kaynaklar ekonomik durumla yakından ilişkilidir. Ancak genel vergileme sisteminde sağlık sistemine tahsis edilecek kaynak miktarı doğrudan politik kararlılıkla ilgilidir. Bu nedenle ekonomik daralma dönemlerinde bile genel vergi sisteminin tahsisat

verimliliği yüksek olabilir. Teknik verimlilikle ilgili olarak ise şu söylenebilir: Yönetsel maliyetler sisteme gelir toplama yöntemiyle ilişkilidir. Genel vergi siteminde ve merkezi olarak oluşturulan sosyal sigortada elde edilen gelir makro ekonomik ilişkilerden etkilenecektir. Özel sigortacılıkta yönetsel maliyetler daha yüksektir. Geri ödeme mekanizmasına dayalı sosyal sigortacılıkta da yönetsel maliyetler daha yüksek olacaktır. (Lazarus JV, Gee VT 2002)

C.5. Sağlık hizmetlerinde ödeme sistemleri

Sağlık hizmetini finanse eden kurumun, sağlık hizmetini üreten kuruma, sağlık açısından güvence altına aldığı bireylerin kullandığı hizmet karşılığı ödeme yapması gerekir. Ödeme mekanizmaları finansör ve hizmet üreticisi kurumlar arasındaki ilişkiyi tanımlar. Ödeme mekanizmalarının hizmetin verimliliği ve eşitliği üzerinde önemli etkileri vardır. Ödeme mekanizmaları hekim ve hastane ödemeleri olarak iki başlık altında incelenebilir (WHO 1993: 37; WHO 1997: 152-173)

C.5.1. Hekim ödeme sistemleri

Hekimlerin ödeme mekanizmaları hekim davranışlarının motivasyonu üzerinde önemli etkilere sahiptir. Hekim ödeme mekanizmalarının sağlık harcamaları bakımından en belirgin etkisi arza dayalı talebi uyarabilmesidir. Optimum bir ödeme sistemi, kaynakların etkin kullanımını, hizmete ulaşılabilirliği, koruyucu sağlık hizmetlerini ve hizmetin kalitesini geliştirmeyi hedeflemelidir.

Hekimler açısından üç önemli ödeme biçimi vardır: Hizmet karşılığı ödeme, kişi başına ödeme ve maaş. Bunlara ek olarak, ortalamanın üzerindeki uygulamalar için bu üçüne ek olarak ödüllendirme sistemi de uygulanabilmektedir. Buna da performansa göre ücretlendirme denilmektedir.

Hizmet karşılığı ödeme (fee for service), hekimin, ürettiği hizmet karşılığında ücret almasıdır. Hizmetin tanı, tedavi kapsamındaki bütün aşamaları ayrı ayrı tanımlanarak ücretlendirilir. Ücretleri tanımlayan cetvellerin ayrıntısı değişik olabilir. Örneğin Quebec ödeme cetveli son derece ayrıntılı olup 7000'den fazla prosedürü kapsamaktadır.

Kişi başına ödeme (capitation payment), hekime, kendisine bağlı her birey için sabit ve genellikle yıllık ortalama üzerinden yapılan ödemedir. Farklı özelliklere sahip bireyler için (örneğin 75 yaşın üzerindekiler) ve hekim kullanma sıklığı dikkate alınarak daha çok ödeme yapılabilir. Ancak genellikle kişi başı ödemedeki ödeme miktarı, bireylerin hekim kullanma sıklıklarından ve her bir hekim kullanmada kullanılan hizmetten bağımsız olarak belirlenir.

Maaşa dayalı (salary based) ödeme, hekimin harcadığı zaman karşılığı yapılan ödeme biçimidir. Ödeme miktarı iş yükünden ve üretilen hizmetin kalite ve miktarından bağımsızdır. Bu sistemde, hekim önceden belirlenmiş bir program çerçevesinde çalışmalarını sürdürür ve tıbbi, idari görevlerini ve eğitim amaçlı çalışmalarını bir arada yerine getirir. Burada, aynı süre eğitim almış, aynı uzmanlık düzeyindeki hekimlerin, belli bir çalışma süresi içinde, aynı nitelik ve nicelikte iş üretecekleri varsayımı bulunur.

Hekim ödemelerinde ödeme miktarına nasıl ve kim tarafından karar verildiği de önemli bir konudur. Burada da üç seçenek vardır. Bunlardan ilki, ödeme miktarının hekimler tarafından serbestçe belirlenmesi olup, yaygın değildir. İkinci seçenek, ödeme miktarının hekimlerin temsilcileri (sendika veya meslek örgütü) ile finansör kurum arasındaki görüşmeler sonucunda saptanmasıdır. Üçüncü seçenek ise merkezi bir kuruluş tarafından ücret düzeylerinin belirlenmesidir. Bu durumda ücret düzeyi ve zaman içindeki değişimi meslekteki yıllara ve performansa bağlı olarak değişiklik gösterebilir.

Hekime ödemeyi kimin yapacağı konusunda da üç seçenek vardır: a) Bütün ödemeleri hastanın, hizmeti kullandığı anda yapması ve daha sonra sigorta kurumundan ödediği miktarı ya da bir kısmını geri alması. Fransa'da sistem böyledir. b) Sigorta kurumunun, hasta hizmeti kullandıktan sonra, kendisine gönderilen faturaya göre ödeme yapması. c) Ödemeyi hekimi istihdam eden kurumun yapması.

Ne için ödeme yapıldığı, ödeme miktarına kimin karar verdiği ve ödemeyi kimin yaptığı konularındaki seçenekler dikkate alındığında ödeme mekanizmasıyla ilgili olarak 15 değişik sistemin var olduğu görülmekte-

dir. Arza dayalı talebin ortaya çıkması bakımından, yelpazenin bir ucunda hekimlerin ücretlerini kendilerinin belirlediği ve hastaların ödeme yaptığı hizmet karşılığı ödeme sistemi yer alır. Bu durumda öteki uçta, hekimlerin ücretlerinin onları istihdam eden kurumca belirlenip ödendiği sistem bulunur.

Ödeme mekanizmaları ile hizmetin sunuluş biçimi arasındaki ilişki ve ödeme mekanizmalarının ayrıntılı özellikleri aşağıdaki tabloda verilmiştir. Bu tabloda hangi ödeme mekanizmasının, hangi tür sağlık kurumunda ve hangi tür hizmet için kullanıldığı gösterilmiştir.

Tablo: Sağlık hizmetini sunan kurum, hizmet birimi ve ödeme mekanizması arasındaki ilişki

Ödeme mekanizması	Hizmet birimi veya sepeti	Hizmeti sunan		
		Hastane	Sağlık merkezi	Bireysel
Hizmet başına	Tek muayene ve diğer işlemler	+	+	+
Vaka başına	Ödeme şemasına göre farklı vakalar	+		
Günlük fiyat	Hasta/gün	+	+	
Sabit fiyat	Yatırımlar ve özel hizmetler (özellikle koruyucu)	+	+	+
Kişi başına	Belli bir zaman diliminde, bir kişi için, tüm potansiyel harcamalar			+
Ücret	Genellikle bir aylık çalışma			+
Global bütçeleme	Belli bir sürede, bir hizmet kurumunun sunacağı tüm hizmetler	+	+	

Hekimler için söz konusu olan bu üç ödeme biçimi, hizmetten yararlanma ile ödeme arasındaki ilişki zaman açısından değerlendirilerek ileriye ve geriye dönük ödeme biçimleri olarak da gruplanabilir. Kişi başı, maaş türü ödemeler, bireyler hizmetten yararlanmadan önce yapıldığı için

İleriye Dönük Ödeme olarak tanımlanırlar. Buna karşılık hizmet karşılığı ödeme, ödeme hizmet kullanıldıktan sonra yapıldığı için Geriye Dönük Ödeme olarak sınıflandırılır. Bu ayrımın önemi, ödeme sisteminin sağlık harcamaları ve maliyet kontrolü üzerindeki etkilerini anlamaya olanak vermesindedir.

C.5.1.1. Hekimlerde geriye dönük ödeme sistemleri

Geriye dönük (hizmet karşılığı) ödeme, hekim "özgürlüğü"nü artırır ve hizmetin devamlılığı üzerinde olumlu etkide bulunur. Bunun nedeni, ödemenin hizmetin kullanılmasından sonra yapılmasına bağlı olarak, hekimin herhangi bir mali kısıtlamayla karşılaşmamasıdır. Böylece hekim kendisine gelen hastayla ilgili olarak istediği işlemi yapabilir ve daha sonra bunun karşılığını finansör kuruma fatura edebilir. Araştırmalar hizmet karşılığı ödeme alan hekimlerin, ücretli olanlara kıyasla yüzde 22 daha fazla oranda hasta kabul ettiklerini göstermektedir. Bunun nedeni, gelen her hastanın hekim açısından ek hizmet ve ek gelir anlamına gelmesidir. Böylece hizmet başına ödemede hizmet yükü ile hekimin geliri doğrudan ilişkilendirilmiştir ve bu da hekimin çalışma motivasyonunu artırır.

Hizmet karşılığı ödemenin dezavantajları da vardır. Bu sistem açık uçlu olduğu ve herhangi bir maliyet sınırlaması konulmaksızın, hekimlerin gönderdiği bütün faturalar ödendiği için, hizmet sunuculara talebi artırma yönünde açık kapı bırakır. ABD ve Kanada'da yaygın olarak saptanan yüksek cerrahi oranları İngiltere'dekilerle kıyaslanmış ve İngiltere'deki düşüklüğün hastalık sıklığı ile değil, daha çok Kanada ve ABD'deki hizmet başı ödeme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. İngiltere'deki ödeme sistemi ise kişi başınadır. Hizmet başına ödeme sistemi, hekimlere arza dayalı talep yaratmak yoluyla gelirlerini artırma, en azından ücretlerdeki düşme eğilimini engelleyebilme olanağını vermektedir. Özellikle tıbbi faydayla ilgili belirsizlik olan durumlarda hekimler arza dayalı talep gücünü daha fazla kullanma eğilimi göstermektedir.

Hizmet karşılığı ödemeyle ilgili diğer iki sorun ücret sahtekarlığı ve girdi ikamesidir. Ücret sahtekarlığı ücret tarifesinin, hekim tarafından, gelirini maksimize edecek biçimde kendi çıkarı lehine kullanılmasıdır.

Satın alan kuruma eksik bilgi verilmesi, müzakere sürecinin önyargılı ücret düzenlemesine yol açmasına ve bazı yöntemlerin diğerlerinden daha kazançlı çıkmasına neden olmaktadır. Vajinal ve sezaryenle doğumun karşılaştırılmasında, sezaryenin yüksek fiyatları doğum yönteminin seçiminde belirleyici olabilir ve burada karar verici olan ve hastayı da karar vermeye yönlendiren hekim olmaktadır. Girdi ikamesi ise, hizmet karşılığı ödeme sisteminde, hekimin diğer sağlık hizmet sunucularını (örneğin hemşireleri), eğer bu sunucular da hizmet karşılığı ya da maaşla ödeme alıyorlarsa, ikame etme eğilimi göstermesidir. Yani hekim hemşireye ödeme yapmamak amacıyla onun işlerini de, maliyeti azaltmak için kendisi üstlenmektedir. Bu da hizmet kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir.

C.5.1.2. Hekimlerde ileriye dönük ödeme sistemleri

İleriye dönük ödeme sistemleri (kişi başına ödeme, maaş) hekimleri harcamaları kontrol etmeye ve maliyet-etkin uygulamalar yapmaya teşvik eder. Kişi başına ödeme, sunulan hizmet ile finansal ödül arasındaki bağlantıyı koparır. Profesyonel tıbbi karardan minimum sapma sağlar. ABD'de yapılan araştırmalar kişi başına ödemede, geriye yönelik ödemelere göre, aynı işin daha az harcamayla yapılabildiğini göstermektedir. İleriye yönelik ödeme hekimlerin coğrafi olarak daha iyi dağılımını sağlar ve sağlığın korunmasına yönelik sağlık hizmetlerinin ön plana çıkmasına yardımcı olur. Bunların nedeni, hekimin kendisine bağlı her kişi için sabit bir ödeme alması ve bunu yıl sonuna kadar, bağlı bireylerin hizmet kullanım sıklıkları ve hizmet çeşitleri ne olursa olsun, idare etme zorunda olmasıdır. Kısacası ileriye dönük ödeme sistemi hekimi zorunlu olarak maliyet muhasebesine yönlendirir.

Bunların aksine ileriye dönük ödeme sistemi, hizmet sunucularını konsültasyon sürelerini azaltarak, fazla reçeteleme yaparak veya aşırı sevk yoluyla birim ödeme aldıkları tedavinin değerini azaltmaya teşvik edebilmektedir. Ayrıca ileriye dönük ödeme sistemi hekimin motivasyonunu düşürüp, duyarlı davranışlarının azalmasına neden olabilir. Bunların nedeni ileriye dönük ödemede, hekimin aldığı ücretin, yapılan iş ne olursa

olsun aynı olmasıdır.

Hizmet başına ödeme üçüncü bir kurum (sigorta kurumu) tarafından yapılıyorsa, hekim faturalarının izlenmesi ve denetlenmesi açısından ileri teknoloji ve eğitimli personel gerektirecek, bu da yönetsel maliyetleri artıracaktır. Kişi başına ödeme ise yönetsel açıdan daha etkindir.

Hizmet başına ödeme, gereksiz hizmet üretimine neden olabileceği gibi, iş ile alınan ücret arasında doğrudan ilişki olduğundan, hizmetin kalitesini, hekimin motivasyonunu artırıcı etki de gösterebilir. Maaş sistemi ise maliyetleri düşürmesinin yanı sıra, kaliteyi de düşürebilir.

Hizmet başına ödemede gereksiz hizmet üretimi özellikle laboratuvar ve cerrahi hizmetlerde söz konusudur. Kişi başına ödeme, özellikle hekim seçme serbestisi ile birleştirildiğinde hizmetin verimliliğini artırır. Hekim seçme serbestisi yoksa, ücretlendirme sabit düzeyde olduğundan tam tersi etki gösterir. Hekim seçme serbestisi ise, hekimleri gereksiz yere hastaların baskısı altında bırakabilir. Hekimler, kendilerini; bilgi, eğilim ve tercihleri piyasa mekanizması içinde belirlenmiş hastaların gereksiz reçete yazdırma, rapor alma, sevk isteme baskıları altında hissedebilirler. Aşağıdaki tabloda hekim ödeme sistemlerinin durumu özetlenmiştir.

Tablo: Hekim ödeme mekanizmaları açısından söz konusu olabilecek sistem yapısı (Stahl I 1990: 43)

Fiyat belirleme süreci	Ödeme yolu	Ödeme mekanizması	Hangi hizmetlere uygulandığı
Hekimin kendisi belirler	1. Bireysel	Hizmet başı	Ayaktan, hastane, uzman, pratisyen hizmetleri
	2. Üçüncü el	Hizmet başı	Ayaktan, hastane, uzman, pratisyen hizmetleri
Görüşme / pazarlıkla belirlenir	1. Bireysel	Hizmet başı	Ayaktan, hastane, uzman, pratisyen hizmetleri
	2. Üçüncü el	2.1. Maaş	Uzman ve pratisyenler
		2.2. Hizmet başı	Ayaktan, hastane hizmetleri, uzmanlar, kırsal kesim
		2.3 Kişi başı	Kentsel bölge, pratisyenler
	3. Organizasyon	3.1 Ücret	HMO'lar
		3.2 Kişi başı	HMO'lar, yalnızca pratisyenler için
Yönetsel kararla merkezi belirlenir	1. Bireysel	Hizmet başı	
	2. Üçüncü el	2.1 Ücret	Hastaneler
		2.2 Hizmet başı	Medicare
		2.3 Kişi başı	Kişi başı
	3. Organizasyon	3.1. Ücret	Uzman hekimler
		3.2. Hizmet başı	HMO'lar
		3.3 Kişi başı	Pratisyenler, uzmanlar

C.5.2. Hastane ödeme sistemleri

Hastane harcamaları bütün ülkelerde sağlık harcamalarının büyük kısmını oluşturmaktadır. Artan sağlık harcamaları, bu nedenle hastanelere

yapılan ödeme sistemlerinin önemini artırmaktadır. Hastanelere ayrılan bütçe, hizmetin gerçek maliyetleri, kapsanan nüfus ve sunulan hizmet miktarına göre belirlenmektedir.

Hastane ödeme sistemleri de ileriye ve geriye dönük olarak sınıflandırılabilir. Avrupa ülkeleri arasında hastane ödeme sistemleri bakımından farklılıklar vardır. Tabloda bu farklılıklar gösterilmektedir.

Tablo: Avrupa'da 1990'larda hastane ödeme sistemleri (Saltman RB., Figueras J. 1997:165)

Ülke	Finansman Kaynağı	Hastane ödeme sistemi
Avusturya	Sosyal sigorta	Sağlık Bakanlığının sübvansiyonu ile sosyal sigorta finansmanı
Danimarka	Desantralize, vergi	İleriye dönük genel bütçeleme
Finlandiya	Desantralize, vergi	Belediye tarafından hizmete dayalı geri ödeme
Fransa	Sosyal sigorta	İleriye dönük genel bütçeleme
Almanya	Sosyal sigorta	İleriye dönük esnek bütçeleme
Macaristan	Sosyal sigorta	Tanıya dayalı grupları baz alan performansa dayalı ödeme
İrlanda	Merkezi, vergi	İleriye dönük genel bütçeleme
İtalya	Merkezi, vergi	Tanıya dayalı grupları baz alan ileriye dönük genel bütçeleme
Letonya	Vergi	İleriye dönük bütçeleme ile hizmet başına ödeme
Hollanda	Sosyal sigorta	Kısmen faaliyete dayalı ileriye dönük bütçeleme
Norveç	Desantralize, vergi	İleriye dönük genel bütçeleme
Polonya	Vergi	Yıllık genel bütçe
Slovakya	Sosyal sigorta	Yatak başına günlük ödeme
Slovenya	Sosyal sigorta	Yatak başına ödeme ile hizmet başına ödeme
İsveç	Desantralize, vergi	Faaliyete dayalı ödeme ile birleştirilmiş ileriye dönük bütçeleme
İngiltere	Merkezi, vergi	Hizmet alıcı ile sunucu arasında sözleşme

C.5.2.1. Hastanelerde ileriye dönük bütçeleme

Yukarıdaki tablodan da görüldüğü gibi ileriye dönük bütçeleme fon oluşturma sistemi ile ilişkili değildir. Hem vergi sisteminde hem de sosyal sigortada hastane ödemeleri ileriye dönük bütçeleme ile yapılabilmektedir.

Bazı ülkelerde ileriye dönük bütçeleme geleneksel yöntemlerle yapılmaktadır. Polonya ve Danimarka'da durum böyledir ve bu iki ülkede ileriye dönük bütçeler geçmiş yılların bütçeleri dikkate alınarak hazırlanmaktadır. Bu yöntem kaynak tahsisi ve maliyet sınırlaması bakımından işe yarasa da verimliliğin ölçülmesi zor olmaktadır. Bu da ileriye dönük bütçelemede geleneksel yaklaşımların esnetilmesi gerektiği şeklindeki düşüncelere neden olmaktadır.

İleriye dönük bütçelemenin geleneksel uygulamalarının bir kısmında da hastane bütçeleri yatak günleri üzerinden oluşturulmaktadır. Bu durumda da hastaneler gelirlerini artırmak amacıyla yatış sürelerini gereksiz yere uzatmaktadır. Performans ölçümüne dayanmayan ileriye dönük bütçelemede hastaların hızlı tedavisi ve hastane yatış sürelerinin kısaltılarak maliyetlerin sınırlanması yönünde herhangi bir motivasyon da gelişmemektedir.

İleriye dönük bütçelemenin esnek biçimlerinde hastane bütçeleri geçmiş yılların bütçeleri dikkate alınarak oluşturulur. Ancak bütçe; hastane, denetleyici kurumlar ve sigorta fonunun gerçekleştirdiği görüşmeler sonucunda kesinleştirilir. Bunun yanı sıra vaka başı ödeme sistemi de bu uygulamaya eklenir. Vaka başı ödemede (case payment) hastaneye belirlenen hizmet paketi ya da vaka epizodu için sabit bir ücret garanti edilir. Böylece aynı vakanın değişik epizodları için maliyet farklılıkları olabilse de, sabit ödeme yapılan hastane maliyet sınırlamasına yönlendirilmiş olur.

İleriye dönük ödeme sistemlerinden bir diğeri de global bütçelemedir (global budgeting). Burada, belli bir programın tümü için sabit bir ödenek ayrılır. Hastanenin yıl sonuna kadar bu bütçe ile bütün programı gerçekleştirmesi beklenir. Bu yolla hastanelerin bütçeyi daha verimli biçimde kullanacakları varsayılır.

İleriye dönük ödeme sistemlerinin en belirgin özelliği harcamalara, belirlenmiş bir dönem için, önceden sınırlama koyması, harcama tavanını bir

biçimde belirlemesidir. Vergiye dayalı sistemler geleneksel olarak, geçmişteki normlara ve harcama düzeylerine dayanarak ileriye dönük bütçeleme yaparlar. 1980'lerden beri sigorta sistemleri de hastanede kalış süresi ve benzeri hastane faaliyetlerini baz alarak ileriye dönük bütçeleme sistemini benimsemektedir. Vaka başına ödeme ve tanıya dayalı hastalık grupları, giderek artan oranda ileriye dönük bütçelemenin temelini oluşturmaktadır.

C.5.2.2. Hastanelerde hizmete dayalı ödeme

Bu sistemdeki temel yaklaşım, ödemenin verilen hizmet miktarına bağlı olmasıdır. Hizmetlerin tek tek ücretlendirilmesi hizmet üretimini özendirici bir etki gösterir. Sabit ödeme (flat rate) de denilen bu sistemin olumsuz etkisi maliyet sınırlamasına olanak tanımaması, hatta harcamaları artırmasıdır. Son yıllarda, hizmet başına ödemenin maliyet sınırlamadaki yetersizliğini gidermek açısından, hizmeti alan ile üreten arasında sözleşme sistemi geliştirilmekte ve hizmeti alan kurumun hizmeti en ucuza üretenle sözleşme yapması sağlanmaya çalışılmaktadır.

Aşağıdaki tablolarda ödeme sistemlerinin sağlık sistemi üzerindeki etkileri ile olumlu ve olumsuz yönleri özetlenmiştir.

Tablo: Ödeme mekanizmalarının hizmet üzerindeki uyarıcı etkileri (WHO 1993: 39-44)

Ödeme	Hizmetin niceliği		Hizmetin bileşimi	
	Hasta sayısı	Hizmet birimi	Konsültasyon sayısı başına işlem sayısı	Maliyet artırıcı eklentiler
Hizmet başına	+	+	+	+
Vaka başına	0	+	-	+
Günlük fiyat	+	+	-	+
Sabit fiyat	+	0	-	0
Kişi başına	+	0	-	-
Ücret	-	0	-	0
Global bütçe	-	0	-	-

+ : Hizmeti sunan, hizmetin yapısal bileşenlerinin niceliğini maksimize etme eğilimindedir.
- : Hizmeti sunan, hizmetin yapısal bileşenlerinin niceliğini minimize etme eğilimindedir.
0 : Yukarıda tanımlanan türden bir ilişki yoktur.

Tablo: Ödeme mekanizmalarının zayıf ve güçlü yanları (WB 1993: 124)

Ödeme mekanizması	Güçlü yanları	Zayıf yanları
Hizmet başına ödeme	Üreticinin ödüllendirilmesi çaba ve ürün düzeyine yakından bağlıdır. Üretici pratiğinin analizi kolaydır.	Maliyet enflasyonu. Aşırı ve gereksiz tedavi talebi.
Vaka başına ödeme	Üreticinin ödüllendirilmesi ürün düzeyine çok yakından bağlıdır. Üreticiye kaynak kullanımını minimize etme güdüsü verir.	Bütün hastalıkların listelenmesindeki zorluk ürün ile ödüllendirmenin karışmasına neden olur. Üretici fazla ödül alabilmek için yanlış tanı bildirebilir.
Kişi başına ödeme	Yönetim açısından basittir, üreticinin akitvitesini değerlendirme zorunluluğu yoktur. İleriye yönelik bütçeleme kolaylığı. Maliyeti minimize etme güdüsü. Tüketici açısından seçme hakkı.	Üreticiye yüksek maliyetli ve riskli hastaları reddetme güdüsü verir. Üreticiye, kabul ettiği hastalara az hizmet etme güdüsü verir. Üretici pratiğinin analizi güçtür.
Ücret	Yönetsel açıdan basittir. İleriye yönelik bütçeleme kolaylığı.	Üretici davranışı üzerinde hasta denetiminin olmayışı. Üreticiye, az hizmet sunma güdüsü verir.

C.6. Sağlık hizmetlerinin maliyeti

Sağlık hizmetlerinin maliyeti iki boyutta incelenebilir. Bunlardan birisi maliyetin girdilere göre, diğeri ise sağlık hizmetinin fonksiyonlarına göre incelenmesidir (Mach EP., Simth BA. 1983: 15-17; Creese A., Parker D. 1990: 6):

1. Girdiler açısından maliyet sınıflaması:

a. Sabit maliyetler (capital costs): Araç, ekipman, bina, eğitim maliyetleri bu gruptadır.

b. Yineleyen maliyetler/işletme giderleri (recurrent costs): Personel giderleri (ücret ve maaşlar), tüketim malzemelerinin (aşı, ilaç, şırınga, akaryakıt) giderleri, binaların, eğitim hizmetlerinin işletme masrafları.

2. Fonksiyon açısından maliyet sınıflaması:

a. Bireysel sağlık hizmetlerinin (personel health services) mali-

yeti: Bireyin sağlığının geliştirilmesine yönelik sağlık hizmetlerinin maliyetidir. Bu hizmetler koruyucu, tedavi ve rehabilite edici olabilir. Hem bu hizmetlerin maliyeti hem de hizmeti üretecek personelin, araç ve gerecin, tüketim malzemelerinin maliyeti finansman açısından bu kapsamda değerlendirilir. Bunlar dışında, uzmanların eğitimi, sağlık araştırmaları, halkın sağlık eğitimi, geleneksel hekimlik harcamaları, aile planlaması harcamaları, izleme ve değerlendirme hizmetlerinin maliyetleri bu başlık altında yer alır.

b. Sağlıkla ilgili aktivitelerin (health related activities) maliyeti: Bunlar temel gereksinimleri karşılamaya yönelik olan, ancak doğrudan sağlık hizmetlerinin kapsamına sokulamayabilecek hizmet türleridir. Sağlıklı su sağlanması, sanitasyon hizmetleri bu gruptadır. Bu durumda, su ve sanitasyon hizmetlerinin inşaat masrafları, bulaşıcı hastalıkların kontrolü için gerekli olan altyapı harcamaları, hayvanlardan bulaşan hastalıkların kontrolü için gereken çevre düzenleme çalışmalarının masrafları, iş güvenliği masrafları, beslenme programlarının finansmanı, temel barınma gereksinimlerinin karşılanması için gereken masraflar bu grupta yer alır.

C.7. Sağlık hizmetlerinin finansmanında karşılaşılan sorunlar

1. *Maliyet artışı:* Bugün, özellikle merkez kapitalist ülkelerde, sağlık hizmetlerinin maliyeti ulusal gelirin artış hızından daha hızlı artmaktadır. Bunun nedenleri şunlardır: Nüfusun yaşlanması, bununla eşzamanlı olarak toplumların hastalık örüntülerinin değişmesi ve kronik hastalıkların yaygınlaşması, sağlık hizmeti kullanımının artışı, sosyal güvenlik programlarının yaygınlaşması, sosyal güvenlik programlarının kapsadığı hizmet alanının genişlemesi, halkın beklentilerindeki yükselme, tıbbi teknolojinin hızlı gelişimi, tıbbi bakım hizmetleri ile ilaç ve teknoloji üretimlerinin ve piyasalama tekniklerinin tekelleşmesi, sağlık hizmetleri sunumunda özel sektörün ağırlığının artması, sağlık hizmetlerinin giderek daha fazla oranda piyasa koşullarına açılması. Özellikle tıbbi bakım hizmetlerinin ve teknolojinin kullanımındaki artışın hekimler ve sağlık kurumlarınca uyarıldığı da bilinmektedir.

2. *Kaynak yokluğu:* Bu sorun özellikle kapitalist sistemin çevresinde yer alan ülkelerde yaşanmaktadır. Bu ülkelerde halkın genel yoksullu-

ğuna, ekonominin geriliğine bağlı olarak vergi ve prim tabanları dardır. Buna bağlı olarak bütçe ve sigorta fonları oluşturulamamaktadır. Resmi sağlık sektörünün sınırlılığı nedeniyle boşluk oluşmakta, bu da özel sağlık sektörü ve geleneksel sektörce doldurulmaktadır. Bu çok parçalı yapı nitelik bakımından önemli sorunlar yaratmaktadır.

3. *Kaynakların kötü kullanımı:* Kötü kullanım iki biçimde olabilir: a) Ulusal gelirden sağlık gibi sosyal sektörlere gerektiğinden az kaynak ayrılması, kaynakların esas olarak askeri, vb. amaçlar için kullanımı. Bu durum makroekonomik verimsizlik anlamına gelir. b) Sağlık sektörüne ayrılan özel kaynakların sektör içindeki kötü kullanımı. Bu da teknik ve tahsisat verimsizlikleri olarak ortaya çıkabilir. Kaynakların nüfusun küçük bir kesimi tarafından kullanılması, tedavi edici hizmetlere ağırlık verilmesi ikinci durumun örnekleridir. Sigortanın da böyle bir etkisi olabilir. Kaynakların önemli kısmı sigortalı nüfus tarafından kullanılabilir. Özel sağlık sektörü ise kaynakların kötü kullanımını daha da kolaylaştırabilir. Bu iki durum kır/kent farklılıklarına ve etnik farklılıklara neden olabilir. Hastanecilik hizmetleri belli kesimce kullanılabilir. Kaynakların kötü kullanımı sonucunda, sağlık hizmetleri daha çok kentlerde, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde, tedavi edici hizmetlerde yoğunlaşma eğilimi gösterir.

4. *Koordinasyon eksikliği:* Finansman çok kaynaktan sağlanıyorsa ve bunlar arasında koordinasyon yoksa sorun çıkar. En önemli koordinasyon eksikliği, hizmeti üreten kurum (genellikle Sağlık Bakanlığı) ile sosyal güvenlik kurumları arasındadır.

5. *Kaynakların verimsiz kullanımı:* Bu başlık altında özellikle teknolojinin uygun olmayan kullanımından söz etmek gerekir. Çevre ülkeler için ise hastanecilik hizmetlerinin yaygınlığı, planlamanın olmayışı, veri toplamadaki eksiklikler vurgulanmalıdır. (WHO 1978: 15-18; WHO 1993)

C.8. Sağlık harcamalarının yorumlanmasında kullanılan göstergeler

Sağlık harcamaları ulusal sınırlar içinde yorumlanırken, uluslararası düzeyde ise ülkeler arasında karşılaştırmalar yapılırken aşağıdaki göstergelere başvurulur. (Mach E.P., Smith BA. 1983: 25-28). Bu göstergeler

yıllık değerleri üzerinden hesaplanırlar:

1. Kamu sağlık harcamasının ulusal gelir içindeki payı
2. Kamu sağlık harcamasının toplam kamu harcamaları içindeki payı
3. Kamu sağlık harcamasının özel sağlık harcamasına oranı
4. Toplam sağlık harcamasının ulusal gelir içindeki oranı
5. Kişi başı toplam sağlık harcaması
6. Kişi başı toplam kamu ve özel sağlık harcaması
7. Birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık hizmetleri için ayrılan kamu kaynakları
8. Kamu sağlık harcamasının yaş gruplarına, cinse, bölgelere, gelir, eğitim gruplarına dağılımı
9. Özel sağlık harcamasının yaşa, cinse, bölgelere, gelir, eğitim gruplarına dağılımı
10. Sağlık harcamasının (özel ve kamu) uygulanan sağlık programlarına (bulaşıcı hastalıklarla savaş, ruh sağlığı hizmetleri, sağlık eğitimi, aşılama, beslenme hizmetleri) dağılımı
11. Sağlık harcamasının (özel ve kamu) sağlık kurumlarına (hastane, sağlık merkezi, vb.) dağılımı
12. Sağlık harcamasının (özel ve kamu) kaynak tipine göre (insangücü, ekipman, ilaç, ulaşım gibi) dağılımı
13. Sağlık harcamasının kurumlar arasında (bakanlıklar, sosyal güvenlik kurumları gibi) dağılımı
14. Ücretlerin ve yatırımların sağlık harcaması içindeki oranı.

Yukarıda da görüldüğü gibi sağlık harcaması yorumlamalarındaki iki temel eksenden birisi özel ve kamu ayrımıdır. İkinci ana eksen ise yaş, cins, bölge, eğitim grubu, gelir grubu, sınıf gibi çeşitli sosyodemografik özelliklerdir. Böylece özel ve kamu sağlık harcamalarının (toplam ve/veya kişi başına olmak üzere) bu sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmesi hedeflenir. Bu incelemenin yıllar boyunca yapılması yorumlamaya ayrı bir değer katar.

C.9. Sağlık harcamalarına ilişkin verilerin elde edilebileceği kaynaklar

Sağlık harcaması verileri şu kaynaklardan elde edilebilir (Mach EP.,

Smith BA. 1983: 39)

1. Sağlık Bakanlığı: Personel, ekipman, ulaştırma, eğitim harcamaları, cari ve sabit harcama verileri Sağlık Bakanlığı'ndan bulunabilir
2. Diğer Bakanlıklar: Sosyal İşler, Savunma, Tarım, Eğitim, Ulaştırma Bakanlıkları'ndan ilgili sağlık harcaması verileri alınabilir
3. Yerel hükümetler-yönetimler
4. Zorunlu sağlık sigortası kurumu
5. Gönüllü veya özel sağlık sigortası kurumları
6. Gönüllü veya özel sağlık hizmeti üreten kurumlar
7. Üniversiteler
8. Misyonerler
9. Patron kuruluşları, birlikleri, özel işletmeler
10. Doğrudan özel ödemeler: Bu kapsama girenler; a) yiyecek, giyecek, konut için yapılan özel harcamalar, b) hastalık sırasında yitirilen çalışma zamanının değeri, c) sağlık hizmetlerine ulaşım için yapılan özel harcamalardır. Bu başlık altındaki veriler, hizmeti sunandan ya da kullanandan elde edilebilir. Bunun için anketler kullanılabilir. Ancak anketin kullanıcıya uygulanması, kırsal kesimdeki uygulama zorlukları, hafıza faktörü gibi nedenlerle genellikle eksik bilgi verir. Bu nedenle bilginin hizmeti sunandan (hekim, eczacı gibi) toplanması daha sağlıklıdır.
11. Yabancı yardımlar.

C.10. Sağlık harcamalarının düzeyini etkileyen faktörler

Özellikle merkez kapitalist ülkelerde sağlık hizmetine olan talep, onunla birlikte de sağlık harcamaları artmaktadır. Harcamalardaki artış kısmen sağlık sektörünün emek yoğun niteliğine bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin emek yoğun niteliği nedeniyle, sağlık sektöründeki üretkenlik, diğer sektörlerden daha yavaş artmaktadır. Sağlık sektörünün teknoloji yoğun karakteri harcamaları artıran bir değer nedendir. Son yıllarda geliştirilen büyük araştırma projeleri, genetik araştırmalar maliyetleri artırmaktadır. (Hurst J. 2000: 756)

Yapılan araştırmalar sağlık hizmetinin kullanımını, hekim tercihlerinin önemli oranda belirlediğini göstermektedir. Örneğin ABD'de 1963-70 yılları arasında ameliyat sayılarındaki artış, halkın ameliyata olan talebinin

de artmasına neden olmuştur. Genel olarak sağlık hizmeti üretimi sürecindeki olanakların artışı, sağlık hizmetine olan talebi de artırmaktadır. Arzın uyardığı talep, halkın eğitiminin düşük olduğu yerlerde daha da belirgindir.

Bunun dışında sağlık harcamalarını belirleyen faktörler şunlardır (Griffits A. 1980: 65; WHO 1981: 5-20; Tanaka S. 1990: 177; Parry TG. 1992: 593):

1. Ulusal gelirdeki artış: İngiltere'de 1945-79 yılları arasında ulusal gelirdeki her 100 Sterlinlik artış, sağlık harcamalarında altı Sterlinlik artışa neden olmuştur. Ulusal gelir ile sağlık harcamaları arasında güçlü bir pozitif ilişki vardır. İlişkinin derecesi (korelasyon katsayısı) yüzde 99 kadardır. Aynı oranlar diğer merkez kapitalist ülkeler için de geçerlidir. Sağlık harcamalarının miktarı ve sağlık harcamalarının artış hızı en fazla oranda ulusal gelire, yani ülke ekonomisinin kapitalist ülkeler hiyerarşisindeki konumuna bağlıdır. Ulusal gelir ne kadar çok ve ülke, hiyerarşinin ne kadar merkezinde ise sağlığa o kadar çok kaynak ayrılabilir.

2. Finansman sisteminin yapısı: Tam sigortalılık durumu, harcamaları artırır. Bunun nedeni sigorta sisteminin moral tehlike (moral hazard) etkisidir. ABD'de 1950-70 arasındaki dönemde (yoksullara ve yaşlılara yönelik sosyal güvenlik sistemlerinin uygulamaya konduğu yıllar) bir günlük hastane bakım maliyetleri yüzde 600 oranında artmıştır. Buna karşılık genel tüketim fiyat indeksinin artışı yüzde 100 düzeyinde kalmıştır. Aradaki farkta sigorta uygulamasının etkili olduğu belirtilmektedir.

3. Maliyetin bir kısmının hasta tarafından karşılanması: Bu uygulama, harcamaları denetim altına alan bir etkiye sahiptir. Bu nedenle günümüzde maliyet sınırlamasının en önemli aracıdır. Öte yandan, maliyetin kullanıcıya yüklenmesinin özellikle yoksulların hizmet kullanımını azalttığı, eşitsizlikleri artırdığı da bilinmektedir.

4. Hekimlerin ücretlendirme sistemi: Hizmet başı ücretlendirme ve genel olarak bütün geriye dönük ödeme sistemleri sağlık harcamalarını artırmaktadır. İleriye dönük ödeme sistemlerinin etkisi ise tam ters yöndedir.

5. Sağlık hizmetlerindeki fon sistemi: Merkezi, genel bütçeden finans-

man, harcamaları kontrol altına alan bir etkiye sahiptir. Bu nedenle merkez kapitalist ülkeler içinde sağlık hizmetlerini genel bütçeden finanse eden ülkelerin sağlık harcamaları, finansmanda sigortayı ya da özel ödemeleri kullanan ülkelere göre daha düşüktür ve bu ülkeler sağlık harcamalarının artışı bakımından da avantajlı konumdadır.

6. Teknolojinin gereksiz kullanımı: Hastane masraflarındaki artışın yüzde 50'si doğrudan ya da dolaylı olarak tıbbi teknolojiye bağlanmaktadır. Tıbbi teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı günümüzde geri ödeme sistemleri sağlık harcamalarını daha da artırıcı etki göstermektedir. Bu nedenle ileriye dönük ödeme sistemleri teknolojinin de akılcı kullanımını güdülemektedir.

7. Nüfusun yaşlanması: 60 yaş üzerindekilerin sağlık hizmeti kullanımı, 20 yaş altındakilere göre üç kat daha fazladır. Japonya'da sağlık harcamalarındaki artışın yüzde 50'sinden yaşlı nüfusun sorumlu olduğu bildirilmektedir. Merkez kapitalist ülkelerin çoğunda 65 yaş üzerindeki nüfus, toplam nüfusun yüzde 15'i kadarken sağlık harcamalarının yarısı bu kesime yapılmaktadır. Bu nedenle, kronik hastalıklara yönelik koruyucu sağlık programları ve evde bakım hizmetleri sağlık harcamalarının kontrol altına alınması bakımından önem kazanmıştır.

D) Kapitalist Ekonomide Sağlık Hizmetini Diğer Mallardan Ayıran Özellikler

Daha önceden de belirtildiği gibi, klasik iktisadi düşüncede, bir malın üretim koşullarının belirlenmesinde arz/talep dengesinin belirleyici önemi vardır.

Buna göre, talep, tüketicinin eğilimlerini tanımlar. Bir anlamda tüketicinin piyasaya girme istek ve gücünün göstergesi, bir başka deyişle harcama yapma kapasitesidir. Talebin kendisini gerçekleştirebilmesi için, bir yandan piyasaya tüketicinin isteklerine karşılık verebilecek kapasitede mal sürülmüş olması gerekir. Öte yandan ise, tüketici harcama yapabilecek paraya sahip olmalıdır. Eğer bu koşullar varsa ve tüketici tüketim yönündeki tercihlerini de belirlemişse (gereksinimler yönünde) talebin de gerçekleşmesi koşulları var demektir.

Bunun öncesinde tüketici özelinde talebin belirlenmesi ya da somutlanması süreci yaşanır. Tüketici talebini belirleyen, tüketicinin nesnel gereksinimleridir. Çünkü sonuç olarak tüketici bu gereksinimlerini gidermek üzere piyasayla ilişkiye girecektir. Ancak tüketicinin tüketim eğilimlerini belirleyen yalnızca gereksinimleri değildir. Çünkü, tüketicinin tüketim potansiyeli de, gereksinimlerinin ötesinde talebin gerçekleşmesini belirleyen son derece önemli bir bileşendir. Eğer tüketicinin elinde, gereksinimlerini tatmin edecek düzeyde para bulunmazsa, isteğini gerçekleştirebilmesi olanaklı olmaz. Bu durumda, talep, gereksinimlerle tüketici potansiyelinin çakıştığı "optimum" bir düzeyde belirlenecektir. Tüketici, bu "optimum" düzeydeki tüketici potansiyeli ile piyasaya girecek ve talebini karşılayabilecektir.

Burjuva sağlık ekonomisine göre, tüketici tercihlerinin en iyi belirleyicisi yine tüketicinin kendisidir. Sonuçta mal ve hizmetlerin değerlerini belirleyen de tüketicinin mal ve hizmetlere yönelik olan ve bu mal ve hizmetlere yönelik harcama eğilimi olarak yansıyan kendi değerleridir. Bu yaklaşım, tüketicinin mal ve hizmetlerle ilgili kendi değerlerini üretebilmesi için gerekli olan kapasite, bilgi ve arzuya sahip olduğunu varsayar. Bir diğer deyişle, mal ve hizmet sunumunu belirleyen taleptir. Talep artarsa (yani ödeme güç ve isteği artarsa), arz da artar. Ancak bu tamamen doğrusal bir ilişki değildir. Çünkü, gereksinimlerin belli bir noktada doyurulmuş olması, o malın tüketiminin getirdiği marjinal yararın azalmasına, bu da talebin düşmesine neden olacaktır. Dolayısıyla, arz ve talep birbirlerini etkileyen, tamamlayan bir işlerlik gösterirler.

Kapitalist piyasanın dengede işleyebilmesi için, arz ve talebin birbirini karşılaması gerekir. Arzın fazla olduğu durumda, arz edilen ürünün tüketilme potansiyeli olmadığından, boşuna üretim yapılmış demektir. Tam tersi durumda, yani, talebin arzı aştığı noktada ise, yetersiz üretim söz konusudur. Bu durumda üretimin artırılması gerekir. Böylece serbest piyasa koşullarının işlediği bir ilişkiler bütünü içinde, arz ile talep birbirlerine eşitlenirler. Bu eşitlik belli bir fiyat düzeyinde gerçekleşir. Bir başka deyişle arz ile talebi eşitleyen mekanizma fiyattır. Tersten yaklaşılırsa, fiyat, arz ve talep dengesini değiştiren ve yeniden oluşturan bir araç olarak da kullanılabilir.

Fiyatın belli bir optimum noktayı aşması durumunda, o mala yapılacak harcama karşılığı elde edilecek yarar, göreli olarak eski fiyat düzeyinin sağladığı yarara göre daha düşük olacağından, mala karşı gösterilen talep düşer. Talebin düşmesi, fiyatı, arz talep eşitliğinin sağlanacağı optimum ve daha düşük bir düzeye çeker.

Arzı belirleyen ise, üreticinin piyasa koşullarında gördüğü kâr potansiyelidir. Eğer üretici, ürettiği mal ile kâr elde edemeyeceğini öngörürse, o ürünü üretmeyeceği ya da üretimde belli bir düzeyin üzerine çıkamayacağı kesindir. Buradaki ilişkiler yine teknik düzeyde marjinal maliyet/marjinal yarar ilişkisi olarak adlandırılır.

Nitekim ekonomi şöyle tanımlanır: Bireyin ve toplumun seçimini nasıl yapacağının araştırılması, para kullansın kullanmasın alternatif yollar kullanılarak kıt kaynakların en uygun biçimde kullanımı, çeşitli malların üretilerek çeşitli birey ve toplum grupları arasında dağıtılması etkinliği. Bu amaçla, ekonomi; kaynak dağılımında maliyet/yarar analizleri yapar. (Bu tanım için bkz. Weir RD ve ark. 1992: 14)

Böylece klasik burjuva ekonomisinde, kapitalist işlerliğe ilişkin ana dinamikler şu şekilde belirir: Tüketicinin üretim ilişkileri içindeki nesnel konumu ve toplumsal gereksinimleri tarafından belirlenen talep eğilimleri, kâr elde etmeye yönelik arz eğilimleri, üreticiler arası (maliyet/yarar analizleri kullanılarak geliştirilen) rekabet, sonuçta ortaya çıkar arz/talep dengesi.

Tüm bu argümanlar, kapitalizmin arz/talep çakışması ile belli bir "denge"yi kendiliğinden yakalayabileceğini savunur. Oysa kapitalizmde böyle bir denge yoktur. Bunun nedeni kapitalistler arası rekabet, halkın tüketim olanaklarının kısıtlılığı, dolayısıyla tekelleşme ve kapitalist üretimin anarşik yapısıdır. Bunlar döngüsel bunalımları yaratır.

Marjinal maliyet/marjinal yarar ilişkisi, piyasa koşulları içinde, üreticiler (işletmeler) arası rekabet biçiminde yaşanır. Söz konusu oranı lehine çevirebilen işletmeler, daha uzun erimde piyasayı ele geçirirler. Rekabet aynı zamanda sermaye birikiminin ve yoğunlaşmasının da geliştiği bir süreçtir. Belli bir mal için söz konusu olan aynı ortalama kâr oranını, daha düşük maliyetle sağlayabilen işletmeler, diğerleri karşısında her zaman daha avantajlıdırlar. Piyasayı kısa süre içinde ele geçirmeleri söz

konusudur. Bu, aynı malı ancak daha pahalıya üreten diğer işletmelerin ele geçirilmesi ile olur. Böylece sermayenin değersizleşerek, yoğunlaşması ve merkezileşmesi süreci yaşanır. Süreç aynı zamanda piyasanın serbestliğini de ortadan kaldırır. Tekellere fiyatları ve tüketim kalıplarını belirleme olanağını verir.

Sağlık hizmetlerinin bu ilişkiler ağı içindeki konumuna gelince: Yine klasik burjuva ekonomisinde, sağlık hizmetlerinin, "denge"deki serbest piyasa ilişkilerine bırakılamayacağı ve klasik "denge" teorisi ile ele alınamayacağı belirtilir. Bunun nedenleri ise şu şekilde sıralanır (Le Grand J ve ark. 1992: 43-50; Normand C. 1991: 1572-1573; Money G. 1992: 28-31):

D.1. Talepteki belirsizlik (Uncertainty of Demand)

Buna göre, sağlık hizmetinin temel özelliklerinden birisi, talebin beklenmedik zamanlarda ortaya çıkışıdır. Bunun nedeni de sağlıkla ilgili sorunların önceden tahmin edilememesidir. Bu durum gerek tüketici, gerekse üretici açısından sorundur. Tüketicinin hastalık durumuna hazır bir kaynağı sürekli elinde bulundurmasını gerektirir. Üretici açısından ise, üretimin ne düzeyde gerçekleştirilebileceğinin belirlenmesine yönelik bir belirsizlik söz konusudur. Belirsizlik, hizmetin üretim koşullarını diğer metalar için geçerli olandan oldukça farklı bir duruma sokar. Yukarıda sözü edilen arz/talep dengelerini ve rekabet koşullarını geçersizleştirir.

Piyasa koşulları içinde belirsizlik sorununu çözmek, sigorta sistemlerinin geliştirilmesiyle olanaklı olmuştur. Sigorta, tüketici açısından herhangi bir zamanda ortaya çıkabilecek ve önemli miktarda harcama yapmayı gerektirecek sağlık sorunlarına karşı güvence sağlarken, üretici açısından piyasa koşullarındaki belirsizliği ortadan kaldırır, üretimin kesintiye uğramaksızın sürdürülebilmesi olanağını verir. Sigorta, talepteki belirsizliği çözerek, sağlık hizmeti açısından pazar koşullarını güvenceye alır. Özel sağlık hizmeti üreticileri, sigorta sistemlerinin oluşturduğu fona güvenerek yatırım yaparlar ve piyasaya sağlık hizmeti arz ederler.

D.2. Tüketici bilgisizliği (Imperfect Information)

Sağlık hizmetini diğer metalardan ayıran en önemli özelliklerden birisi de budur. Klasik burjuva ekonomisinde, tüketicilerin, piyasa ürünleri

hakkında kesin bilgiye sahip oldukları ve taleplerini böylece geliştirdikleri varsayılır. Bu mallar için, tüketici başlangıçta kesin bir bilgiye sahip olmasa bile, malın yineleyen kullanımıyla, sonraki tercihlerinde daha bilinçli tercihini sağlayacak düzeyde bilgiye sahip olabilir. Oysa sağlık hizmeti için tam tersi bir durum söz konusudur. Sağlık hizmetinde, ürünle ilgili bilgiye hemen tamamen yalnızca hekim sahiptir. Yineleyen alımlarla, bilgi düzeyinin geliştirilmesi zaten olanaklı olmaz. Böylece, sağlık hizmetinde üretici, aynı zamanda tüketici tercihlerini de belirleyen bir konumdadır. İşte bu nedenle, sağlık hizmeti için, tüketici (hasta) ile üretici (hekim) arasında uzun süreli ilişkiye dayalı bir güven ortamının geliştirilmesi esastır. Bir başka deyişle, sağlık hizmeti için, kapitalist işlerlik içinde çok sözü edilen "seçme hakkı"nın geçerliliği yoktur.

D.3. Tekelleşme (Monopoly)

Yukarıda sözü edilen bilgisizlik, sağlık hizmetlerinin üretici tarafta tekelleşmesine de olanak verir. Hekim ve hastanelerin rekabet koşullarını sınırlar. Hizmet içeriğinin ve fiyatlarının sağlık kurumları tarafından istenildiği gibi düzenlenebilmesi fırsatını yaratır. Bunun da ötesinde üreticiye, tüketici tercihlerini düzenleme şansı verir. Buna Üreticinin Uyardığı Talep (Supplier Induced Demand) denir.

D.4. Dışsal etkiler / Dışsallık (Extarnalities)

Sağlık hizmeti için piyasa ilişkileri bağlamında sorun yaratan diğer bir özellik, hizmetin dışsal etkileridir. Sağlık hizmetinin tüketimi, yalnızca tüketen kişi üzerinde değil, onun yakınındaki diğerleri üzerinde de etki yaratabilir. Bu durum özellikle koruyucu sağlık hizmetleri için söz konusudur. Eğer dışsal etki olumsuz yönde ise buna Dışsal Maliyet (External Cost), olumlu yönde ise (yani yarar söz konusu ise) Dışsal Yarar (External Benefit) denir. Örneğin aşılama programları için, aşılanan kişiye sağlanan yarara (İçsel veya Özel Yarar: Internal/Private Benefit) ek olarak, aşının kişinin çevresindeki diğerlerine sağlanan dışsal yarar da elde edilir. Böylece, aşılama hizmetleri için sosyal yarar, özel yarar ile dışsal yararın toplamına eşit olur. Dışsal yararın büyümesi oranında, sosyal yarar ile özel yarar arasındaki fark da büyür.

Dışsal yarar olgusunun piyasa koşullarının işleyişi yönünde engelleyici olduğu düşünülmektedir. Çünkü, sağlık hizmetinin yaratacağı dışsal bir etki, dolaylı olarak hizmetten yararlananların (örneğin aşılanan bireyin çevresindekilerin) doğrudan talebini azaltıcı bir etkide bulunacak, bu ise kapitalist işletmenin, piyasa koşulları içindeki etkinliğini, kârlılığını azaltabilecektir.

Bütün bunlara ek olarak, üretici konumundaki hekimlerin de kapitalist piyasanın diğer aktörlerinden kimi farkları vardır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

1. Hekimler arasında rekabet ve aşırı rekabet engellenmiştir. Bu denetim çoğu kez meslek örgütleri tarafından gerçekleştirilir.

2. Bir hekim tarafından ileri tedavi için yapılan öneriler, çoğunlukla o hekimin çıkarını yansıtıyor olarak algılanır. Oysa kapitalist üretimin diğer alanlarında, tüketicilerin daha fazla tüketime özendirilmeleri, tamamen piyasa koşullarının gereğidir ve olayın herhangi bir etik boyutu yoktur.

3. Tedavinin, hastalığın objektif durumu dikkate alınarak önerildiği ve finansal tercihler içermediği düşünülür, daha doğrusu, böyle bir beklenti vardır. Dolayısıyla, en azından teorik düzlemde, üreticinin tavrını belirleyen; ticari beklentiler değil, tıp biliminin genel doğrularıdır.

4. Hekimin ticari bir kişi değil, çeşitli araçlarla hastalığı belgeleyecek ve tedavi edecek uzman olduğu düşünülür.

5. Hekimlik pratiğine giriş sınırlanmıştır. Bu, tıbbi bakımın gerek kalitesinde, gerekse fiyatında artışa neden olur. Bu olgu aynı zamanda sağlık hizmetinin sunumundaki çeşitliliği de sınırlandırır. Diğer alanlarda geçerli olan piyasa ilişkilerinin, tıbbi bakım alanında geçersizleşmesine neden olan faktörlerden birisi de budur. Bunun da ötesinde, tıbbi bakım için fiyat rekabetinin etik olmadığı düşünülür ve hizmetin asgari ve azami fiyatlarını belirleyip, denetleyen mekanizmalar oluşturulur. Bu işlevi de meslek örgütleri yerine getirir.

Sağlık hizmeti; diğer malların tersine, bilinçle ve isteyerek tüketilecek bir mal da değildir. Dolayısıyla diğer mallar için söz konusu olan bilinçli maliyet/yarar analizinin sağlık hizmeti için yapılmasını beklemek de boşunadır. Örneğin insanlar ellerinde bulunan belli miktardaki parayı, mar-

jinal maliyet ve yarar analizi doğrultusunda ekmek ve et arasında paylaştırabilirler. Ancak aynı şeyi sağlık hizmeti için çoğunlukla yap(a)mazlar. Yani, hasta olmadıklardı sürece ekmek ve sağlık hizmetini karşı karşıya koyan bir tercihte bulun(a)mazlar. Bu türden bir tercih ancak zorunlu sağlık sigortaları sonrasında (ve adı üzerinde zorunlu olarak) geliştirilmiştir. Bu anlamda, sağlık sigortası kapsamında yapılan ön ödemelerin, serbest piyasa kuralları içinde tanımlanan bir tercih olarak değerlendirilmesi de olanaksızdır. Tam tersine, zorunlu sigortacılık sağlıktaki piyasa ilişkilerini geçersizleştiren, rekabeti engelleyen bir etki gösterir.

Yukarıda sıralanan ve sağlık hizmeti üretimini, piyasa ilişkileri alanının önemli oranda dışına çıkardığı ileri sürülen faktörlerin, aynı zamanda, sağlık hizmetinin niçin piyasa koşullarına terk edilemeyeceği konusuna da açıklık getirdiği düşünülmektedir. Bunların dışında eşitlik sorunu da sağlık hizmetinin piyasaya bırakılmasını engeller ve mutlaka (en azından) kamu denetiminin getirilmesini gerektirir. Çünkü piyasa koşulları içinde, gelir düzeyleri farklı olan toplumsal sınıfların sağlık hizmetinden eşit olarak yararlanabilmeleri olanaksızdır. Hatta, piyasa koşulları, var olan eşitsizlikleri artırıcı bir işlev de görür.

III

Sağlık Finansman Sisteminden Sağlık Sistemine:

Sağlık Sistemlerinin Finansman Açısından Sınıflandırılması

Sağlık finansman sistemi esas olarak daha kapsayıcı bir bütünün, sağlık sisteminin içinde yer alan temel bileşenlerden birisidir. Dünya Sağlık Örgütü öncelikli amacı sağlığı geliştirmek, yenilemek, yerine koymak olan bütün aktiviteleri sağlık sisteminin parçası olarak tanımlamaktadır. (WHO 2000: 5)

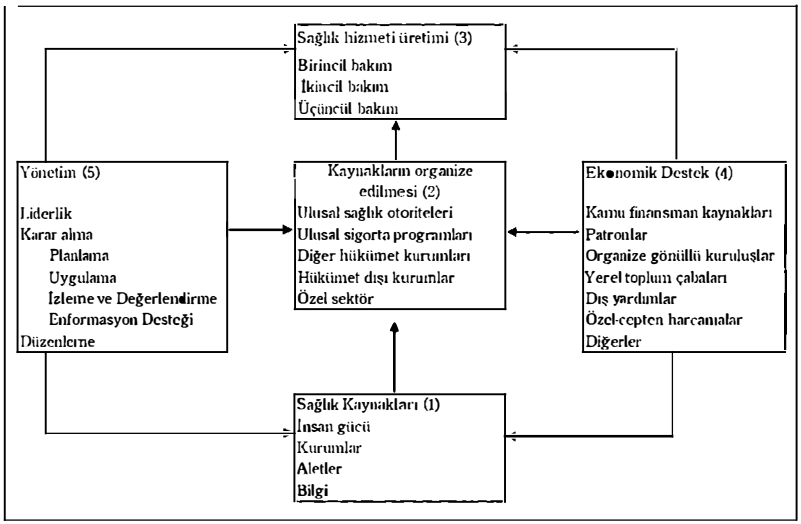
Buna göre profesyonel tıbbi bakım hizmetleri bu sistemin bir parçasıdır. Bunun dışında geleneksel iyileştiriciler, her tür ilaç kullanımı, evde hasta bakımı da bu başlık altında sıralanır. Yolların ve çevresel koşulların geliştirilmesini hedefleyen çalışmalar, sağlık eğitimi etkinlikleri aynı kapsamdadır. Ancak bu faaliyetlerin tümü için veri elde etmek çoğu kez zor olmaktadır. Bu nedenle sağlık harcamalarıyla ilgili veriler daha çok, doğrudan sağlığı ilgilendiren faaliyetlerle sınırlı kalabilmektedir.

Modern sağlık sistemlerinin gelişmesi ancak son 100 yılın olayıdır. Hastanelerin tarihi daha eski ise de, o zamanlarda bu kurumlardan yararlanabilenlerin sayısının çok az olduğu bilinmektedir. Sağlık sistemlerinin gelişmesi bakımından 1883'te Almanya'da, düşük ücretli işçilerin sağlıkları için patron kesintileriyle oluşturulan fonlar tarihsel öneme sahiptir. Daha sonraki yıllarda benzer düzenlemeler 1894'te Belçika'da, 1909'da Norveç'te, 1911'de İngiltere'de gerçekleştirilmiştir. 1800'lerin sonlarında Rusya'da genel vergilerle finanse edilen ve ücretsiz hizmet sunan bir has-

taneler zinciri kurulmuştur. 1917'de gerçekleştirilen Bolşevik Devrimi ise bütün ülkede sağlık hizmetlerini parasızlaştırmış ve her yere ulaştırmayı hedeflemiştir. Sovyetler Birliği'nde hemen devrim sonrasında kurulan Semashko türü sağlık sistemi, sağlık hizmetini tamamen parasız ve eşit olarak sunmak ve merkezi düzeyde devletçe kontrol etmek bakımından ilk örnektir. İkinci Dünya Savaşı sonrasında, 1948 yılında İngiltere'nin ulusal sağlık sistemine geçişi de Batı Avrupa açısından önemli bir tarih olarak kabul edilmelidir. 1942 yılında hazırlanan Beveridge raporu tıbbi bakım hizmetini gerçek bir sosyal güvenlik sisteminin üç önemli bileşeninden birisi olarak vurgulamıştır. 1944 yılında hükümetin yayınladığı White Paper'da ise, herkesin, yaşından, cinsinden, mesleğinden bağımsız biçimde, en iyi ve en üst derecedeki tıbbi bakımdan eşit şekilde yararlanma hakkına sahip olduğu belirtilmiştir. 1938'de Yeni Zelanda ulusal sağlık sistemini, 1941'de Kosta Rika zorunlu sağlık sigortasını kurmuşlardır. 1943'te Meksika'da sosyal güvenlik kurumu oluşturulmuştur. İkinci Dünya Savaşı sonrası Sovyet türü sağlık sistemi Batı Avrupa'daki sosyalist ülkelere de yayılmıştır. (WHO 2000: 11-13) Türkiye'de Sağlık Bakanlığı 1920'de, SSK 1945 yılında kurulmuş, SSK 1946 yılında iş kazası, meslek hastalığı sigortacılıklarını, 1951 yılında da hastalık sigortacılığını başlatmıştır.

Sağlık sisteminin yapısı onun amaç ve değerlerinden kaçınılmaz biçimde etkilenir. Basitleştirilmiş bir biçimde, bir sağlık sisteminin, birbiriyle yakından ilişkili beş büyük bileşenden oluştuğu söylenebilir: Sağlık kaynaklarının geliştirilmesi (development of health resources), kaynakların organize şekilde düzenlenmesi (organized arrengement of resources), sağlık hizmeti üretimi (delivery of health care), ekonomik destek (economic support) ve yönetim (management). (Kleczkowski BM. ve ark. 1984: 13-36)

Şekil: Bir sağlık sisteminin temel bileşenleri (Kleczkowski BM. Ve ark. 1984: 15)



Sağlık sistemindeki işleyiş kaynakların yaratılmasıyla başlar. Yukarıdaki şemada para; kaynaklar arasında anılmasa da, o genel bir değişim aracıdır, her şeyin yerine geçen kaynaktır ve finansman başlığı altında anılır.

Bir sağlık sistemi üzerinde ülkenin ekonomik ve sosyopolitik yapısının etkisi vardır. Ekonomik yapı derken somut olarak kastedilen ülke ekonomisinin gücüdür. Bu da kişi başı ulusal gelir miktarı ile değerlendirilir. Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlar kişi başı ulusal geliri yüksek ülkeleri "endüstrileşmiş", diğerlerini ise "tarıma dayalı" ya da "gelişmekte olan" ülkeler şeklinde sınıflandırmaktadır.

Öte yandan, sağlık sistemini etkileyen üç önemli sosyopolitik değer vardır: Sosyal bir değer olarak sağlığa verilen toplumsal önem, bireyciliğe (individualism) karşı toplumsallık (collectivism) ve dağıtımsal sorumluluk (distributional responsibility).

Sağlığa verilen toplumsal değer; yüksek, orta ve düşük derecede olabilir. Yüksek değerde, toplum sağlık hizmeti sunumundaki bütün finansal ve organizasyonel sorumlulukları üstlenmiştir ve hizmet gereksinimlere

göre örgütlenmiştir. Orta derecede değerde, toplum ve bireyler (örneğin sigorta aracılığıyla) sorumlulukları paylaşmıştır. Düşük derecedeki değerde ise sorumluluk önemli oranda tekil anlamda bireylerin üzerindedir, toplumun katkısı sınırlıdır ya da yoktur.

Toplumsallık ile bireycilik ilişkisi açısından da toplum ikiye ayrılabilir. Maksimum toplumsallık durumunda, sistem bütün topluma hizmeti sunmak sorumluluğunu üstlenmiştir ve bireye çok az tercih hakkı bırakılmıştır. Maksimum bireycilikte ise hastalık ve hastalık durumunda hizmetten yararlanma bireysel sorunlar olarak değerlendirilirler. Maksimum bireycilikte hizmete ulaşma bireyin "tercihlerine" bırakılır.

Dağıtımsal sorumluluk ise sağlık hizmetine ulaşımdaki eşitliği ifade eder. Eğer bireyler sağlık hizmetine gereksinim duydukları anda ve aynı standartta ulaşabiliyorlarsa; ulaşım sürecinde paradan ve ulaşım olanaklarından kaynaklanan sorunlar tarafından engellenmiyorlarsa, sistemde yüksek derecede dağıtımsal sorumluluk var demektir. Tersi durumda ise sistem dağıtımsal sorumluluğunu yerine getirmiyor sonucuna ulaşılır.

Yukarıda tanımlanan üç özelliğin her birisi için yüksek puan alan (sağlığın değerinin yüksek olduğu, sistemin toplumsal nitelik gösterdiği ve dağıtımsal sorumluluğun yüksek derecede olduğu) sağlık sistemleri yüksek derecede organize sistemler olarak tanımlanabilirler. Sağlık sistemleri bu çerçeve içinde değişik biçimlerde sınıflandırılabilir. Bunların başlıcaları aşağıda incelenecektir.

1. Sağlık sistemlerinin ülkelerin ekonomik durumu ve sağlık sisteminin sosyopolitik niteliklerine göre sınıflandırılması

Kleczkowski ve arkadaşları sağlık sistemlerini yukarıdaki ölçütlere göre sınıflandırmışlardır. Bu sınıflamaya göre ekonomik yapı; kişi başı ulusal gelir miktarına göre gelişmiş, gelişmekte olan ve az derece gelişmiş olmak üzere üç başlıkta sınıflanabilir. Sosyopolitik özellikler de; az, orta ve yüksek derecede organize olmak üzere yine üç gruba ayrılabilir. Bu durumda ekonomik ve sosyopolitik özellikler çerçevesinde gerçekleştirilen sınıflandırmadan dokuz çeşit sağlık sistemi elde edilir.

Tablo: Ulusal sağlık sistemlerinin, ulusal gelir ve sağlık sisteminin organizasyonu zemininde gerçekleştirilen sınıflaması

Ulusal ekonomik gelişmişlik düzeyi	Sağlık sisteminin organizasyon düzeyi		
	Az	Orta	Yüksek
Gelişmiş	1	2	3
Gelişmekte olan	4	5	6
Az derecede gelişmiş	7	8	9

Yukarıda tabloda 1, 2, 3 olarak belirtilen sağlık sistemlerinde kullanılan kaynak miktarı 7, 8, 9 olarak belirtilen sağlık sistemlerinden daha fazladır. Benzer şekilde özel sektörün rolü 1, 4, 7'de 3, 6, 9'a göre daha fazladır. Dünyadaki sağlık sistemlerinin önemli kısmı 1, 3, 7, 9 gibi ayrıksı özelliklere sahip gruplarda değil, daha çok ara bölgelerin (2, 4, 5, 6, 8) içinde yer alır.

1 nolu grupta yer alan sağlık sistemlerinin her çeşit kaynağı (insangücü, kurum, alet, bilgi) boldur. Ancak kaynakların organizasyonu çeşitlilik gösterir, farklı nüfus grupları için ayrı organizasyonel yapılar bulunur ve bu yapı çoğulcu olarak (pluralistic) tanımlanır. Sağlık hizmeti üretimi daha çok özel ve otonom birey ve/veya kurumlarca gerçekleştirilir. Bu kurumların finansmanı da daha çok özel kaynaklarla olur. Yönetsel işlevler de çoğulcudur, merkezi olmaktan çok desantralizedir. Buna karşılık kaynak israfını önlemek için sıkı düzenlemeler vardır ve eşitsizlikleri saptamak açısından da değerlendirme çabaları ileri derecede gelişmiştir. Zengin ülkelerin organize olmamış sağlık sistemleri bu gruptadır.

2 nolu gruptaki sağlık sistemleri de zengin ülkelerdedir. Personelin çoğu hükümet kaynaklarıyla eğitilir, kurumların çoğu da kamu kurumu niteliğindedir. Sağlık programları da hükümetçe organize edilir. Böylece sağlık hizmetleri, nüfusun önemli kısmının ulaşabileceği durumdadır. Ayaktan tedavi edici hizmetlerin sunumunda özel sektörün ağırlığı vardır. Ekonomik destek hükümetin denetiminde, sosyal sigorta ya da genel vergi biçiminde toplumsallaştırılmıştır. Yönetsel süreçler ilk gruptakine göre daha homojendir ve ulusal hükümetin katkısı büyüktür. Ancak bu arada yerel hükümetlere de inisiyatif tanınmıştır. Düzenleme işlevleri yaygındır.

3. gruptaki sağlık sistemleri, yine zengin ülkelerde yer alsalar da, ilk ikisinden çok farklıdır. Sağlık insan-gücü (özellikle hekimler), sağlık kurumları boldur. Bütün kaynaklar merkezi sağlık bakanlığının direktifleri doğrultusunda çalışan ileri derecede organize bir sağlık sistemi tarafından kullanılır. Hem ayaktan hem de yataklı tedavi edici hizmetler kamu kurumlarında, ücretli personelce üretilir. Özel sektörün rolü küçüktür. Koruyucu sağlık hizmetleri de aynı mekanizmaya entegre edilmiştir. Ekonomik destek genel vergilerden sağlanır ve sağlık hizmeti herkese parasızdır. Yönetsel işlevler uniformdur. Denetim merkezi otorite tarafından hiyerarşik düzende gerçekleştirilir. Planlama da sürekli ve merkezidir.

Tablonun 2. satırındaki sistemlerin kaynakları çok daha kıttır. 4 nolu grupta insan-gücü sıkıntısı vardır. Bu nedenle nüfusun önemli kısmı geleneksel iyileştiricilere mahkumdur. Hükümetin sağlık sektöründeki ağırlığı azdır ve sağlık hizmetleri üretiminde özel sektörün payı büyüktür. Yerel hükümetler daha da zayıftır. Tedavi edici hizmetler ağırlıklı olarak özel tıbbi uygulayıcılar, geleneksel hekimler ve ilaç satanlarca üretilir. Toplam sağlık harcamalarında hükümetin payı yüzde 50'den azdır. Yönetsel kapasiteler zayıftır. Ulusal düzeyde bile koordinasyon yoktur. Yoksulların ve kırsal kesimde yaşayanların sağlık hizmetine ulaşımı kısıtlıdır.

5 nolu gruptaki sağlık sistemleri bir öncekine göre daha organize olsalar da kent/kır ve bölge farklılıkları halen belirgindir. Kent merkezlerindeki büyük hastaneler en dikkat çekici kurumlardır. Sağlık personelinin önemli kısmı kamu kurumlarında olsa da, özel sektörde de çalışırlar. Sağlık kurumlarının çoğu da kamu kurumu niteliğindedir. Merkezi düzeyde sağlık bakanlığı daha iyi gelişmiştir, ancak sorumluluklarını diğer bakanlıklarla paylaşır. Ayaktan tedavi edici hizmetler de kamu sağlık merkezlerinde üretilir. Ekonomik destek genel vergilerden ve sigorta fonlarından gelir. Yönetsel işlevler de 4 nolu gruba göre daha gelişmiştir.

6 nolu grubun yapısı 4 ve 5 nolu sistemlerden oldukça farklıdır. Kaynaklar gereksinimlere göre yine kıttır. Ancak hızla geliştirilmektedir. Özellikle hekim ve kısa süreli eğitimli sağlık personeli yetiştirmeye önem verilmektedir. Bütün kaynaklar kamu eliyle ülke genelinde yaygınlaştırılmıştır. Özel sektörün rolü çok küçüktür. Sağlık sistemi sağlık

bakanlığı çatısı altında organize edilmiştir. Hizmet sunumu entegredir. Ekonomik desteğin çok önemli kısmı kamu kaynaklarından gelir. Genel politikalar merkezi düzeyde belirlenirken, yönetsel sorumluluklar 3 nolu gruba göre daha fazla oranda desantralize edilmiştir. Merkezi planlama önemlidir.

Son satırdaki sağlık sistemlerinin kaynakları iyice yetersizdir. 7. gruptaki ülkeler bir önceki yüzyılda Avrupa'nın sömürgesi olup sonradan bağımsızlıklarını kazanmışlardır. Sağlık personeli sayıca son derece yetersizdir ve ancak son 20-30 yıldır eğitilmektedir. Hekimlerin önemli kısmı başkenttedir ve zamanlarının büyük bölümünü özel muayenehanelerine ayırırlar. En önemli sağlık yatırımı, başkentteki sofistike hastanedir. Geleneksel iyileştiriciler tıbbi bakımın en önemli kaynağıdır. Yönetsel kapasiteler zayıftır ve bu durum ülkenin periferinde daha da belirgindir. Yetişmiş yönetici yok denecek kadar azdır. Sigorta kurumlaşması da yoktur ya da çok zayıftır.

8 nolu gruptaki ülkelerde organizasyon biraz daha iyidir. Sağlık kaynakları daha iyi gelişmiştir. Kaynaklar yine merkezlerde toplanmışsa da, bu durum bir önceki gruptaki kadar belirgin değildir. Kırsal kesimde ayaktan tedavi edici hizmetleri üretmek için sağlık merkezleri açılmıştır. Buralarda kısa süre eğitimli yardımcı personel de çalışabilmektedir. Hemen bütün sağlık personeli hükümet kurumlarında çalışır. Ancak özel sektörle bağlantıları da belirgindir. Yönetim, sağlık bakanlığının yetkisindedir. Yerel toplulukların temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk üstlenmeleri yönünde çalışmalar vardır. Sağlığa kaynak yaratmak açısından yerel sağlık kooperatifleri geliştirilmeye çalışılmaktadır.

9 nolu gruptaki sistemler kaynaklarını 7 ve 8 nolu gruplara göre daha ileri derecede organize etmişlerdir. Sağlık hizmeti kamu sorumluluğu olarak kabul edilir ve bu sorumluluğu her düzeyde hükümet üstlenir. Sağlık personelinin kısa sürede bütün ülkeye eşit dağılımını sağlamak üzere, çok sayıda, kısa süreli eğitimli yardımcı sağlık personeli yetiştirilmiştir. Bunlar özellikle koruyucu sağlık programlarında kullanılmaktadır. Geleneksel iyileştirici sayısı da çoktur. Ancak bunların organize sağlık sistemine entegrasyonu konusunda çabalar vardır. Bu ülkeler çok

yoksul olduklarından, sağlık hizmeti tamamen parasız değildir. Ancak özel harcamalar özel sağlık kurumlarına değil, kamu kurumlarına gitmektedir. Hem kentlerde, hem de kırsal kesimde çok sayıda küçük sağlık sigortası kurumu gelişmiştir. Yerel düzeydeki öz güveni geliştirmek açısından, merkezi hükümet pek çok yetkisini yerel organlara delege etmek eğilimindedir. Sağlığın geliştirilmesine ve korunmasına öncelik verilmektedir. En önemli vurgu eğitim, beslenme, çevre hijyeni, aşılama ve aile planlamasına yapılmaktadır.

2. Sağlık sistemlerinin devletin üstlendiği sorumluluk çerçevesinde sınıflandırılması

Sağlık sistemleri, devlet tarafından sisteme en az derecede müdahale edilenlerden, en çok müdahale edilenlere doğru da sınıflanabilir. Buradaki temel kriter devletin sağlık sistemine müdahale derecesidir. Bu sınıflandırmaya göre sağlık sistemleri dört grupta toplanabilir (Roemer MI. 1993: 335-348; D'Intigname BM. 1992: 38-40): 1) Piyasa tipi sağlık sistemleri (entrepreneurial health systems). 2) Refah yönelimli sağlık sistemleri (welfare oriented health systems). 3) Kapsayıcı tip sağlık sistemleri (comprepensive health systems). 4) Sosyalist tip sağlık sistemleri (socialist health systems).

2.1. Piyasa tipi sağlık sistemleri

İleri düzeyde endüstrileşmiş ülkeler için bu sistemin tipik örneği ABD'dir. Hekimlerin yalnızca yüzde 15'i genel pratisyen olup, kalanı uzmandır. Hastane yataklarının 2/3'ü özel sektördedir. Yüzde 10'u salt kâr amaçlı kullanılmaktadır. Sağlık harcamalarının yüzde 60'ı özel sektördendir. Bunun da yüzde 50'si isteğe bağlı sigortadandır. Temel sağlık hizmetleri özel hekimlerce sunulur.

2.2. Refah yönelimli sağlık sistemleri

Çoğu Avrupa ülkesi, Japonya, Kanada ve Avustralya bu gruptadır. En tipik örnek ise Almanya'dır. Harcamaların dörtte üçü hükümet programlarından, kalanı özel sektördendir. Kamu harcamalarının önemli kısmı zo-

runlu sigorta fonlarından gelir. Kanada ve Avustralya'da zorunlu sigorta fonları hükümet denetimindedir ve genel bütçeden beslenir. Almanya'da ise sigorta fonları, sayıları birkaç yüzü bulan hastalık fonlarının denetiminde olup, işçi ve patron ödentilerinden oluşur.

2.3. Kapsayıcı tip sağlık sistemleri

Birkaç ülkede refah yönelimli olan sağlık sistemleri İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde kapsayıcı tipe doğru gelişmiştir. Sistemin, bütün nüfusu kapsaması, finansmanın tamamen genel vergilerden sağlanması ve sağlık çalışanlarının ücret sistemi ile istihdam edilmesi bu tip için tanımlayıcıdır. İngiltere, İskandinav ülkeleri (1950), İspanya, Yunanistan, İtalya (1970) böyledir.

İngiltere'de harcamaların yüzde 80'den fazlası hükümettendir. Sistemin uygulanmaya başlanmasından 10 yıl önce bu oran yalnızca yüzde 9'du.

Çevre ülkeler arasında bu sisteme sahip olanlar çok azdır. Kosta Rika ve Sri Lanka örnek olarak verilebilir. Bu sağlık sistemi tipi diğer sosyal güvenlik uygulamaları ile de desteklenir. Örneğin Sri Lanka'da bütün okul çocuklarına bedava öğlen yemeği verilmektedir ve okur yazarlık oranı son derece yüksektir: Yüzde 90.

2.4. Sosyalist tip sağlık sistemleri

Başta (tarihi) Sovyetler Birliği olmak üzere bütün sosyalist ülkelerde, devrim sonrası dönemde tüm sağlık kurumları hükümet denetimine geçmiştir. Tıp fakülteleri Sağlık Bakanlığı'nın akademik enstitüleri durumunu almıştır. Harcamaların hemen tamamı devlet bütçesinden karşılanmıştır.

Orta gelir düzeyindeki ülkelerde bu sistemin örneği Küba'dır. Küba bugün dünyada sosyalist sağlık sistemine sahip tek ülke olarak kabul edilebilir. Bu ülke neredeyse bütün sosyalist tarihi boyunca ABD ambargosunun etkisi altında kalmıştır. Devrim 1959 yılında gerçekleşmiş, ambargo ise 1961 yılında başlamıştı. Ambargo ABD tarafından çıkarılan çeşitli yasalarla da güvence altına alınmıştır. Ambargoya bağlı olarak, Küba, ticaretinin yaklaşık yüzde 90'ını sosyalist blokla geliştirmek

zorunda kalmıştır. 1980'lerin sonlarında sosyalist sistemin dağılması sonrasında ise ulusal geliri yüzde 35 oranında azalmıştır. ABD ambargosu Küba'nın diğer ülkelerle olan ticaretini ortadan kaldırmayı ve bu kuralı delen ülkelere çeşitli yaptırımlar uygulamayı hedeflemektedir.

Küba sağlık sektörü, bu güç ekonomik koşullar altında şekillenmiştir. Halk sağlığı da aynı koşullardan etkilenmektedir. Örneğin kaba ölüm hızı 1989 ile 1994 yılları arasında artış göstermiştir (binde 6.4'ten, binde 7.2'ye). (Garfield R., Santana S. 1997) Buna karşın Küba yine de sosyalizmin temel ilkelerini sağlık sistemine uygulamaya çaba göstermekte ve temel tercihler bakımından başarılı da olmaktadır.

Eğitim düzeyinin artırılması, beslenmenin geliştirilmesi ve sağlık hizmetine ulaşılabilirliğin sağlanması toplum sağlığının korunmasında anahtar öneme sahiptir. Kişi başı sağlık hizmeti kullanımı 1960'lardan beri sürekli artmıştır. Nüfusun yüzde 90'dan fazlası düzenli birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamındadır. Her 150 kişiye bir hekim düşmektedir. Devrim yıllarından beri 7 yaşına kadar bütün çocuklara ve gebelere bedava süt verilmektedir.

Küba'da sağlık sistemi merkezi planlamayla devlet tarafından finanse edilmektedir. Bütün sağlık hizmetleri devlet tarafından üretilmektedir. Ancak sağlık finansmanı ileri derecede desantralize bir özellik de gösterir. Kamu sağlık harcamalarının yüzde 93'ü belediye bütçelerinden finanse edilir. Ambargoya ve ekonomik krize rağmen toplam sağlık harcamaları düzenli olarak artmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yüzde 40'ı birinci basamak sağlık hizmetlerine olmaktadır. Koruyucu hizmetlere verilen bu büyük önem, Küba'nın sağlık düzeyinin beklenenin üzerinde gerçekleşmesinin nedenidir. Kişi başı geliri 1000 Dolar civarında olan Küba'nın bebek ölüm hızı, kişi başı geliri 40 bin Dolar kadar olan ABD'nin bebek ölüm hızı kadardır. (Ochoa F.R., Pardo CML. 1997) Hatta son birkaç yıldır ABD'den daha iyidir.

Küba'nın halk sağlığında elde ettiği başarı, yalnızca sağlık hizmetlerinin parasız ve eşit biçimde organize edilmiş olmasına değil, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerindeki toplum katılımına da bağlıdır. Örneğin Küba 1970 yılı itibariyle, dünyada çocuk felci hastalığını eradike eden

ilk ülkedir. Bu başarının arkasında sağlığın geliştirilmesini hedefleyen ve sosyal hareketlenmeyle gerçekleştirilen kitlesel aşılama kampanyaları vardı. Aşılama kampanyalarına toplum katılımı, Sağlık Bakanlığı'nın teknik desteğiyle, Devrimi Savunma Komiteleri, Küba Kadınlar Federasyonu ve Ulusal Çiftçi Birliği aracılığıyla sağlanmıştı. 1962'den 1996 yılına kadar düzenlenen 35 aşılama kampanyası ile toplam 64 milyon doz çocuk felci aşısı yapılmıştı. Kampanyalar sonraki yıllarda diğer aşıları da kapsayacak biçimde genişletilmişti. Sonuçta 1962'de çocuk felci, 1979'da difteri, 1993'de kızamık, 1995'te de kabakulak ve kızamıkçık eradike edildi. Bir yandan da sosyalizmin temel hedeflerinden olan sosyal hareketlenme ve toplum katılımı kitlesel aşılama kampanyaları aracığıyla gerçekleştirilmiş oldu. (Lago PM. 1999)

3. Sağlık sistemlerinin kamu ve özel sektör ilişkisi çerçevesinde sınıflandırılması

Görüldüğü gibi yukarıdaki sınıflama, sağlık hizmetinin sunum ve finansmanında devlet ve/veya kamu ile özel sektörün payını dikkate alan bir mantıkla yapılmış ve ülkeler, söz konusu sektörlerin ağırlıkları ölçüsünde sınıflandırılmışlardır. Bugün sağlık hizmetlerinde özel sektör ile devletin üstlendiği rollerin karşılaştırılmasına yönelik akademik bir tartışma da yürütülmektedir. Özellikle gelir durumu kötü olan ülkelerde ve temel sağlık hizmetleri kapsamında yer alan programlar (aşılama, aile planlaması, çevre sağlığı programları, vb.) için devlet müdahalesinin zorunlu olduğu artık hemen herkesçe kabul edilmektedir. Nitekim Dünya Bankası'nın da görüşü benzer doğrultudadır. Dünya Bankası (1993: 55) devlet müdahalesinin olumlu ve zorunlu yanlarını şu şekilde belirlemektedir:

1. Ulusal gelirin düşük olduğu ülkelerde özel sağlık hizmeti için talep olmaz. Yani özel sağlık sektörünün bu ülkelerde yaşaması olanaksız denecek derecede güçtür. Daha doğru bir deyişle sağlık hizmeti talebi çok düşüktür. Bu durumda devletin sağlık hizmeti sunması zorunluluktur. Devletin bu türden müdahalesi yoksulluğu azaltıcı bir işlev de görecektir.

2. Tüm kamuyu olumlu yönde etkileyecek ve kamu yararına olacak kimi temel sağlık hizmeti programlarının özel sektörce üstlenilmesi (özel sektörün kendisi açısından ekonomik herhangi bir yarar ummaması ne-

deniyle) olanaksızdır. Bu programların planlanarak yürütülmesi de devletin görevi olacaktır.

3. Var olan eşitsizliklerin giderilmesi ve yoksul toplum kesimleri için sağlık hizmetinin, hiç olmazsa asgari düzeyde devletçe sunulması, sübvanse edilmesi de zorunluluktur.

Bu tezleri şu şekilde açıklamak olanaklıdır: Dünya Bankası gibi bir sermaye temsilcisi kuruma göre, devlet, özel sektörün girmek istemediği alanlara girmek ve kapitalist işlerliğin alt yapısı olan sağlık gibi emek-gücünün idamesini güvenceye alacak temel hizmetleri üretmek durumundadır. Bu alanlara özel sektörün yatırım yapmasını beklemek zaten olanaksızdır. Sağlık açısından bakıldığında, bu saptama özellikle koruyucu sağlık hizmetleri için geçerlidir. Özel sektörün yatırım yaptığı alanlarda ise, ek bir önlem almanın gerekliliği yoktur.

Devlet müdahalesinin eşitsizlikleri azaltacağı doğrudur. Bu bağlam içinde, özel sektöre eşitsizliği azaltıcı, sağlık sorunlarını çözücü herhangi bir işlev de yüklenmemekte, kendi kuralları çerçevesinde inisiyatif kullanan bir yapı olarak değerlendirilmektedir. Bunun da ötesinde, ileride de görüleceği gibi, kâr elde etme olanağı bulunan alanlarda özel sektörün önünü açıcı teşvikler geliştirilmektedir.

Böylece Dünya Bankası politikaları iki başlıkta toparlanabilir: 1- Kârsız alanlara devletin sokulması ve buraların özel sektör için uygun bir yatırım alanı durumuna getirilmesi. 2- Kârlı alanlarda özel sektörün yatırım yapacağı koşulların yaratılması.

Dünya Sağlık Örgütü de, özel sektörün sağlık hizmetlerinde, kendi başına etkinlik ve eşitliği sağlamasının olanaksız olduğu gerekçesiyle ve benzeri argümanlarla hükümet müdahalesini önermekte ve piyasanın sağlıkla ilgili yetersizliklerini şu şekilde sıralamaktadır (1993: 5):

1. Kamusal malların (public goods) sağlanması konusundaki yetersizlikler: Su güvenliği ve sanitasyonundaki, vektör kontrolündeki yetersizlikler gibi.

2. Bir hastalığın sağlam diğer kişileri de etkileyen yönünün (dışsallık) denetlenmesindeki yetersizlikler. Verem gibi hastalıklara karşı yalnızca hasta kişinin tedavi edilmesi ve korunması yetmez, çevresindekilere yö-

nelik önlemlerin de alınması gerekir. Özel sektör, talep olmadığı sürece böyle bir işlevi üstlenmez. Ek olarak, bir kişiye yönelik hizmetin diğer kişileri de olumlu yönde etkilemesi, kâr mantığı açısından istenmeyen bir durumdur. Çünkü bu tip programlar için marjinal yarar (çok kişinin olumlu yönde etkileniyor olması bakımından) marjinal maliyetten (yalnızca tek bir kişiye harcama yapılıyor oluş nedeniyle) yüksektir. Bu ise piyasa koşulları çerçevesinde üretim ve yatırım güdüsünü baskılayan bir olgudur.

3. Tüketicilerin iyi bilgilendirilmemiş olması da sağlık hizmetinin özel sektöre bırakılması önündeki engeldir. Öte yandan toplumun koruyucu hizmetler için bilgi ve talebinin olmayışı da özel sektörün bu alanı hedeflemesini engeller.

Dünya Bankası, sağlık sistemlerini sağlık hizmetlerinin finansman ve üretimindeki kamu ve özel sektör ağırlıklarını dikkate alarak sınıflamaktadır. Öncelikle, tıbbi bakım hizmetlerinin finansmanında dört, üretiminde ise üç yol tanımlanmaktadır (1993: 108-112):

1. Finansman için: a) Özel: i) Cepten ödemeler ve ii) isteğe bağlı özel sigorta. b) Kamu: Zorunlu sigorta uygulaması: i) Hükümet veya ii) kamu tarafından yönetilen.

2. Organizasyon için: a) Kamu, b) Kâr gözetmeyen özel: Kiliselerin, yardım kurumlarının, gönüllü birliklerin sunduğu hizmetler, c) Kâr amaçlı özel: Bütün modern ve geleneksel özel hizmet sunucuları ve ilaç ve teknoloji satışı yapanlar.

İşte var olan bu sağlık sistemleri, yukarıda sunulan seçeneklerin (ki çoğu kez birden fazlası aynı anda bir arada bulunurlar) çaprazlanmasından elde edilen 12 yapının en az ikisini içerirler. Başlıca ülke grupları için kısaca gözden geçirilirse tablo şu şekilde netleşir:

1. Düşük gelir grubundaki ülkelerde: Harcamaların yarıdan çoğu cepten yapılan ödemeler biçimindedir. Bunun da önemli kısmı hekim ödemeleri, geleneksel iyileştiricilere yapılan ödemeler ve ilaç giderleridir. Hükümet dışı kurumların, özellikle de dini kurumların önemli katkısı vardır. Genel vergilerden gelen hükümet harcamaları toplamın yarısından azdır. Bu özelliklerin dışında kalan tek düşük gelirli ülke Çin'dir.

Çin'de 1970'lerin sonlarında kent nüfusunun tamamı, kırsal kesimin de yüzde 85'i sigortalanmıştır. Bu Çin sosyalizminin başarısıydı.

2. Orta gelir grubundaki ülkelerde: Sigortayı özel veya kamu sektörünün kurumsallaştırmasına bağlı olarak iki tip sağlık sistemi bulunmaktadır. G. Afrika ve Zimbabve'de özel sigortacılık vardır. Orta ve düşük gelirli nüfus gruplarına yönelik hizmeti hükümet finanse eder. Diğer gruplar ise kendi olanaklarıyla özel sigortadan yararlanırlar. Sosyal sigortanın olduğu ülkelerde ise kaynaklar, işçi/patron ödentilerinden, bazen de hükümet fonlarından gelir. Sigorta çoğu kez orta sınıflar (işçi sınıfı) içindir. Yoksul gruplar içinse finansman genel vergilerden sağlanır. Latin Amerika ülkelerinde durum önemli derecede böyledir.

3. Yerleşik Pazar Ekonomileri'nde (endüstrileşmiş ülkeler): Toplam harcamaların dörtte üçü kamu tarafından karşılanır. Norveç, İsveç ve İngiltere'de genel vergiler, Fransa, Almanya, Japonya'da sosyal sigorta fonu ağırlıktadır. ABD'de ise özel sigortacılık yaygındır.

Bir sağlık sistemi, finansmanda ve hizmet sunumunda kamu ve özel sektörün bulunuşuna göre dört değişik biçim alabilir: 1) Sağlık hizmeti finansmanının ve üretiminin kamu tarafından gerçekleştirildiği sistemler. 2) Finansmanın kamu, hizmet üretiminin özel sektörce gerçekleştirildiği sistemler. 3) Finansmanın özel kaynaklardan sağlandığı, üretimin de özel kurumlarda yapıldığı sistemler. 4) Finansmanın özel kaynaklardan sağlandığı, hizmet üretiminin kamu kurumlarında yapıldığı sistemler.

Tablo: Finansman ve üretimin kamu ve özel niteliklerine göre sağlık sistemleri

Finansman	Hizmet Üretimi	
	Kamu	Özel
Kamu	Hükümet sunum ve finansmanı	Özel hizmet üreticileriyle anlaşma
Özel	a) Doğrudan kullanıcı ödentisi b) Kamu hastanelerinde özel yatak	a) Özel sigorta, özel hizmet b) ABD'deki sağlık bakım organizasyonları

Yukarıdaki tablo açısından merkez ve çevre kapitalist ülkeler arasında önemli farklar vardır. Bir ülke kapitalist sistemin ne kadar merkezinde ise sağlık için ayrılan kaynaklar, kişi başı sağlık harcamaları ve kamu kaynaklarının hizmetin finansmanındaki ağırlığı o kadar fazla olmakta, çevredeki ülkelerde ise tam tersi gözlenmektedir. Düşük gelirli ülkelerdeki sağlık sistemlerinde hem finansmanda hem de üretimde özel sektörün ağırlığı daha fazladır. (Feachem RGA. 2000: 715) Örneğin, kamu sağlık harcamalarının toplam içindeki payı, düşük gelirli ülkeler grubundaki Sudan ve Bangladeş'te yüzde 15 ve yüzde 44, orta gelir grubunda yer alan Tayland ve Meksika'da yüzde 22 ve yüzde 50, yüksek gelir grubundaki Kanada ve Almanya'da yüzde 74 ve yüzde 72'dir. Kişi başı sağlık harcaması Avrupa ülkelerinde yılda 2000 Dolar kadarken, Sahra Altı Afrika ülkelerinde ancak 24 Dolardır. (WHO 1995: 2, 11; WHO 2000: 192-195) Düşük ve orta gelir grubundaki ülkeler dünya gelirinin ancak yüzde 18'ini alabilmekte, toplam sağlık harcamalarının da yüzde 11'ini gerçekleştirebilmektedir. Öte yandan dünya nüfusunun yüzde 84'ü bu ülkelerde yaşamakta ve toplam hastalık yükünün de yüzde 93'ünü bu ülkeler sırtlanmaktadır. (WHO 2000: 7)

4. Sağlık sistemlerinin tahsisat ve ödeme mekanizmalarının dikkate alınmasıyla sınıflandırılması

Finansman ve sağlık hizmeti üretiminin kamu ve özel sektör tarafından yapılmasına ve bu (özel ve/veya kamu finansör ve üretici) kurumların kendi aralarındaki ilişkinin (tahsisat ve ödeme biçimlerinin) tipine göre pratikte yedi tür sağlık sistemi ortaya çıkar (WHO 1991: 2-4; OECD 1992: 19-29):

4.1. İsteğe bağlı - Özel cepten ödeme modeli (Voluntary, Out-Of-Pocket Payment)

Özel sağlık piyasasının en ilkel biçimidir. Sigorta yoktur. Ödemeler cepten ve hizmet başına yapılır. Sağlık kurumları arasında hastaya yönelik rekabet vardır. Cepten ödemeler ödeme gücüne dayanır. Gelir, sağlık harcamaları karşısında yetersizse ya da harcamalar tahmin edilmeyen

derecede yüksekse, model eşitlikçi yapıdan tamamen uzaklaşır. Makro ve mikro ekonomik verimlilik gerçekleştirilemez. Hasta tercihlerinin üretici kurumlar arasında rekabet yaratacağı kuşkuludur. Bunun nedeni talebin üreticiler tarafından belirlenmesidir.

4.2. İsteğe bağlı - Özel geri ödeme modeli (Voluntary, Reimbursment Model)

Özel sigorta sistemidir. Hastalar, sağlık kurumlarına doğrudan ve hizmet başına ödeme yaparlar. Sigortacılar arasında rekabet vardır. Primler riskle bağlantılıdır. Sigorta şirketleriyle, üretici kurumlar arasında doğrudan bağlantı yoktur. Hastaların sağlık hizmeti üreten kurumlara yaptıkları ödemeler, sigorta şirketi tarafından kendilerine geri ödenir. Bu model ilkine göre daha ileridir. Çünkü hiç olmazsa risklere karşı oluşturulmuş bir havuz vardır. Yönetsel masraflar yüksektir ve gelişmiş ülkelerde bile primlerin yüzde 10'u yönetim masraflarına ayrılmak zorundadır. Sistem, hizmet başına ödemeye dayandığından ve prim adı altında bir ön ödeme yapıldığından, hizmeti üretenlerin talebi uyarabilmeleri kolaydır. Sisteme giriş ödeme gücüyle bağlantılıdır. Bu da eşitsizlik yaratan bir özelliktir. Sigorta şirketleri yüksek risklileri sigortalamamak eğilimi gösterirler. Bu model ABD'nin geleneksel modelidir. Avrupa bölgesinde daha az rastlanır.

4.3. Kamu geri ödeme modeli (Public Reimbursment Model)

Özel sigortacılığın eşitsizlikçi özelliği kamu sigortası ile aşılabilir. Burada sisteme katılım herkes için zorunludur, primler gelirle orantılıdır, risk paylaşımı hedeflenir. Hasta hizmeti kullandığı anda hizmet başına ödeme yapar. Hastalık fonu ile üretici kurum arasında doğrudan ilişki yoktur. Hasta, sağlık kurumuna cebinden yaptığı ödemeyi, sonradan, prim ödemekte olduğu kamu hastalık fonundan geri alır. Genellikle değişik meslek grupları için ayrı hastalık fonları vardır. Bu da fonlar arasındaki eşitlikçi koordinasyonu bir sorun haline getirebilir. Eşitliği sağlamak için fonlar arasında çapraz fon aktarımlarına gerek duyulur. Yönetsel maliyetler burada da yüksektir. Belçika ve Fransa sağlık sistemleri bu modelle uyumludur.

4.4. İsteğe bağlı - Özel sözleşme modeli (Voluntary Contract Model)
ABD'deki Sağlık Bakım Organizasyonları (Health Maintenance Organizations) özel hekimler ve/veya sağlık kurumlarıyla sözleşme ilişkisine girerler. Hastalar, prim ödedikleri özel sigorta şirketinin sözleşme yaptığı özel sağlık kurumlarından hizmet alırlar. Sigorta şirketleri ve özel sağlık kurumları arasında rekabet vardır. Sigorta şirketleri arasındaki rekabet hastalara yöneliktir. Sağlık kurumlarının rekabeti ise sigorta şirketi bağlamak içindir. Sağlık kurumlarına ödemeler hizmet ya da kişi başına yapılır. Bu modelin birkaç versiyonu olabilir: Sigorta şirketleri, Avrupa'daki eski dayanışma derneklerinde olduğu gibi hastalar tarafından, ABD'de bugün olduğu gibi hekimler ya da sağlık kurumlarınca ya da özel şirketlerce kontrol edilebilirler. Varsayılan avantajı, sigorta şirketlerinin, kendilerine bağlı hastalar adına hizmetin kalite ve fiyatını kontrol edeceğidir. Sistem hem birinci hem de ikinci basamak sağlık kurumlarıyla anlaşmalıdır ve sevk sistemi işletilir. Bunun makro ve mikro verimliliği de artıracağı düşünülür. Ancak ödemelerin hizmet başına yapılması bu olasılığı zayıflatır. Geleneksel özel sigortacılığa göre yönetsel masraflar daha düşük, eşitlikçi etkiler daha belirgindir.

4.5. Kamu sözleşmesi modeli (Public Contract Model)
Avrupa'da giderek yaygınlaşmaktadır. Birden fazla, ancak aralarında genellikle rekabet olmayan hastalık fonu vardır. Sisteme katılım zorunludur ve primler gelirle orantılıdır. Ödemeler hizmet ya da kişi başına yapılır. Sigorta kurumları ile üretici kurumlar arasında, bir önceki modelde olduğu gibi sözleşme ilişkisi vardır. Hastalar, sigorta şirketlerinin sözleşmeli olduğu sağlık kurumlarından yararlanabilirler. Bu modelin de birkaç çeşidi olabilir. Sigorta kurumu genellikle merkezi ya da yerel hükümettir ya da ikinci basamak sağlık kurumları karşısında birinci basamak sağlık hizmeti üreten kurumlar ve/veya hekimlerdir. Özellikle hastaneler kamu kurumudur. Kısacası bu modelde gerek finansör, gerekse üretici kurumlar çoğunlukla kamu kurumlarıdır. Böylece kamunun finansman ve üretici fonksiyonları ayrılmış ve sözleşme ile yeniden ilişkilendirilmiştir. Makroekonomik verimliliği sağlamak hükümetin görevidir. Sözleşme

sisteminin fiyatlar ve kalite üzerinde denetim sağlayacağı, bunun da mikroekonomik verimliliği artıracağı düşünülür. Ödemeler kişi başına yapılıyorsa, bu, maliyet kontrolü açısından avantaj sağlar. Bütün nüfusu zorunlu olarak kapsadığı için eşitlikçi etki gösterir.

4.6. İsteğe bağlı - Özel entegre model (Voluntary Integrated Model)

Avrupa'daki özel sağlık piyasalarının ilk aşamalarında bazı özel sigorta kurumları kendi sağlık kurumlarına sahipti ve buralarda hekimleri ücretle istihdam etmekteydiler. Şimdi ABD'deki Sağlık Bakım Organizasyonları'nın (HMO) bir türü böyledir. Bu modelde sigortacılar arasında rekabet vardır. Sigortacılar ile hizmeti üretenler arasında dikine entegrasyon bulunur. Hizmeti üreten kurumlara, sigortacı kurum tarafından ücret biçiminde ve ileriye dönük bütçeleme ile ödeme yapılır. Sigorta şirketi sağlık kurumlarının da sahibidir. Hekimlerin, klinik otonomisi olsa bile yönetsel otonomisi sınırlanmıştır. Modelin makro ve mikroverimlilik açısından uygun olduğu düşünülür. Bunun nedeni sigortacılar arası rekabet, kurumlar arasındaki sevk ilişkisi ve dikine entegrasyonun yönetsel maliyetleri düşürmesidir. Ancak aynı işi yapan değişik organizasyonlar arasındaki hasta kapmaya yönelik rekabetin bu etkileri zayıflatacağı da beklenir. Özel bir sistem olduğu için eşitlik ilkesinin sağlanması zordur. Bu model Avrupa'da pek popüler değildir.

4.7. Kamu entegre modeli (Public Integrated Model)

Genellikle merkezi ya da yerel hükümete bağlı kamu sigorta kurumları finansmanı üstlenmiştir. Primler gelirle orantılıdır, vergilerle de sistemin finansmanına katkıda bulunulur. Ödemeler ücret ve prospektif bütçeleme ile olur. Hükümet temel finansör ve üretici kurum durumundadır. Hastaların finansör ve üretici kurumları seçme hakları genellikle yoktur. Bu modelin bir üsttekinden önemli farkı da budur. Sağlık çalışanları ve kurumları içinde çok çalışanların parasal olarak ödüllendirilmemesi durumunda motivasyon düşer. Bu da verimliliği azaltır. Modelin genel yapısı hizmetin birim maliyetlerinin düşürülmesi yönünde de herhangi bir motivasyon sağlamaz. Makroekonomik verimliliğin geliştirilmesi hükü-

metin sorumluluğundadır. Sistemin entegre yapısına bağlı olarak toplam harcamaların hükümet tarafından kontrolü daha kolaydır. Entegre modeldeki yönetsel maliyetler, sözleşmeli modele göre daha düşüktür.

Ülkelerdeki sağlık sistemleri genellikle bu yedi modelin birkaçının çeşitli derecelerdeki karışımından oluşurlar. Egemen modeller kamu geri ödeme ve kamu entegre modelleridir. Ancak bu ikisine çeşitli maliyet paylaşımı programları eklenmektedir.

Tablo: Kamu finansman modellerinin çeşitli etkileri bakımından karşılaştırılması (WHO 1991: 4)

	Kamu geri ödemesi	Kamu sözleşmesi	Entegre
Yeterlilik, eşitlik	+	+	+
Gelir koruması	+	+	+
Makroverimlilik		+	+
Sağlık sonuçları	?	?	+
Hasta doyumu	+	+	+
Maliyet minimizasyonu	+	+	+
Tüketicinin seçme hakkı	+	+	+
Üreticinin otonomisi	+	+	-

Sağlık hizmetlerinin organizasyon ve sunum biçimi, hizmetin finansman yöntemlerinden etkilenir. Ayrıca teknolojik ve politik ortam da bu biçimi etkiler. Hizmetin kolektif olarak (genel bütçeden ve genel vergilerden) finanse edilmesi, daha organize (tüm topluma yönelik ve herkesi kapsayan) bir organizasyonu koşullamaktadır. Buna karşılık ödeme mekanizmalarının bireysel olduğu organizasyon biçimleri hizmet açısından herkesin kendi olanaklarına terk edildiği örgütlenmelerdir. Bu durumda eğer ülkenin ekonomik koşulları iyi ve sigorta şirketlerinin ilgisini çekebilecek düzeydeyse özel sigortacılık yaygınlaşmakta, aksi durumda ise olabildiği ölçüde cepten harcamalar artmaktadır.

5. Sağlık sistemlerinin sağlık finansman sisteminin yapısına göre sınıflandırılması

Sağlık sistemleri dört ana kaynağı kullanarak gelişirler. Bunlar vergiler, sosyal sigorta fonları, isteğe bağlı-özel sigorta fonları ve cepten hizmeti kullanım anında yapılan ödemelerdir. Özellikle Avrupa bölgesinde kamu finansmanı daha ağırlıklıdır. Ekonomik yapıları geri düzeyde olan Avrupa ülkelerinde de kamusal finansman mekanizmalarının yaratılması ya da yeniden şekillendirilmesi yönünde çabalar vardır. Avrupa ülkelerindeki sağlık sistemlerini, geçerli olan kamu finansman düzenlerine göre beş grupta toplamak olanaklıdır (Saltman RB., Figueras J. 1997: 115-133): 1) İyi kurulmuş finansman sistemine sahip, Bismark modelini temel alan sağlık sistemleri. 2) Halen sigortaya dayalı bir sisteme geçiş yapan sağlık sistemleri. 3) İyi kurulmuş finansman sistemine sahip olup, genel vergiye dayalı sağlık sistemleri. 4) Daha önceden sigortaya dayalı olup, son zamanlarda genel vergilere dayalı sağlık sistemine geçmekte olan sağlık sistemleri. 5) Daha önceden sosyalist tip sağlık sistemine sahip olup, sigortaya geçmekte olan sağlık sistemleri.

5.1. Bismarkçı sağlık sistemleri

İlk kez Almanya'da ve Bismark tarafından kurulduğundan bu isimle anılırlar. Sistemin esasını zorunlu sigorta katkıları oluşturur. Bu gruptaki ülkelerin ortak özelliği finansman kaynağı olsa da, sağlık sisteminin diğer bileşenleri bakımından aralarında önemli farklılıklar vardır. Hepsinde zorunlu-sosyal sigorta fonları, finansmanın çok önemli kısmını oluşturur. Örneğin Fransa'da toplam sağlık harcamalarının yüzde 70'i, Almanya ve Hollanda'da yüzde 60'ı sigorta fonlarından gelmektedir. Tüm ülkelerde finansmana genel bütçeden destek vardır. 1990'lı yıllarda genel bütçe katkı oranı Belçika'da yüzde 39, Almanya'da yüzde 21, Lüksemburg'da yüzde 38, İsviçre'de yüzde 34 düzeyindeydi. Devlet katkısı daha çok araştırma, eğitim, (kamusal mallar denilen) halk sağlığı hizmetlerine olmaktadır.

Zorunlu sağlık sigortası fonları çoğunlukla daha geniş bir sosyal güvenlik sisteminin parçası durumundadır. Fonlar hükümetten bağımsız kurumlarca yönetilirler. Hastalık fon sayısı ülkeden ülkeye değişir. 1990'larda Belçika'da 6, Lüksemburg'da 11, Fransa'da 16, Avusturya'da

24, Hollanda'da 53, İsviçre'de 200, Almanya'da 1100 kadar hastalık fonu vardı. Fonların örgütlenmesi mesleki gruplara (Fransa, Lüksemburg), coğrafi bölgelere (Hollanda), dini ve siyasi ilişkilere (Belçika) ya da bunların birkaçına (Avusturya ve Almanya'da meslek, bölge, işletme düzeyinde) göre olabilmektedir.

Üyelik Avusturya, Belçika, Fransa, Lüksemburg'da herkes için zorunludur. İsviçre'de bazı kantonlarda zorunlu, diğerlerinde isteğe bağlıdır. Almanya ve Hollanda'da belli gelir düzeyinin altındakiler için zorunludur. Daha fazla geliri olanlar ya özel sigortalara üye olurlar ya da sigortalanmazlar. İsviçre'de durum biraz daha değişiktir. Dört kanton ve bazı belediyeler sosyal sağlık sigortasını bütün nüfus için zorunlu kılmıştır. Diğerleri ise yalnızca düşük gelirlileri, yaşlıları ve çocukları sosyal sigortalara üye olmak zorunda bırakmıştır.

Teminat paketlerinin kapsamı, aynı ülkede, hastalık fonları arasında değişiklik gösterebilir. Fona katkı, Avusturya, Almanya, Lüksemburg ve Hollanda'da işçi ve patronlar açısından yarı yarıyadır. Belçika ve Fransa'da patronların katkısı biraz daha fazladır. Katkı paylarının miktarı hastalık fonlarına göre de değişebilir. Son yıllarda bu sistemdeki genel eğilim, hükümetlerin maliyet sınırlaması yönündeki sıkı müdahalesidir.

5.2. Halen sigorta sistemine geçiş yapan sağlık sistemleri

Bu ülkeler halen vergiye dayalı bir sisteme sahiptirler. Son yıllarda çıkardıkları ya da çıkarmaya çalıştıkları yasalarla sigorta sistemine geçmeyi planlamaktadırlar. Kağıt üzerinde bütün ilkeler yerleşik Bismarkçı sistemlerdeki gibi olsa da uygulamada önemli sorunları vardır. Bunların en önemlileri de siyasi ortamda bu tür değişiklikleri uygulamak için gereken istikrarın eksikliği ve sigorta için gereken kaynakların kıtlığı, prim tabanının darlığıdır.

5.3. Vergiye dayalı (Beveridgeci) sağlık sistemleri

Bu sistem Beveridge sistemi olarak da bilinmektedir. Beveridge, İkinci Dünya Savaşı sonrasında İngiltere'de devletin sağlık, eğitim hizmetlerini doğrudan üstlenmesi gerektiği şeklindeki sosyal politika görüşünü ortaya atan kişidir. Beveridgeci sistemde temel kaynak, genel vergilerdir.

Kapsam altındaki nüfus, ülke geneline yaygındır. Hastalık fonu ve hizmeti üreten kurumlar devletin elindedir. Bu ülkeler de İkinci Dünya Savaşı öncesinde sigorta sistemine sahiptiler. Bu nedenle halen, değişen oranlarda da olsa, sigorta sisteminin sağlık hizmetlerinin finansmanında yeri vardır. İngiltere'de toplam harcamaların yüzde 80'i genel vergilerden, yüzde 16'sı sosyal sigortadan gelmektedir. Finlandiya'da genel vergilerin payı yüzde 80'dir. Sosyal sigorta aracılığıyla tahsil edilen paralar genellikle emeklilik ve iş göremezlik için kullanılmaktadır.

Bu ülkelerde finansman ve hizmet sunumunda yerelleşme yönünde eğilim vardır. Bu durum özellikle Finlandiya'da belirgindir. Finlandiya'da belediyeler vergi toplamakta ve hizmeti finanse etmektedir. Danimarka'da ilçeler hastanelerle ilgili finansman ve hizmet sunumundan, belediyeler de evde hasta, yaşlı bakımından sorumludurlar. İngiltere'de hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmaktadır. İzlanda'da ise tersi bir eğilimle merkezi hükümetin yetki ve sorumluluklarında artış vardır. Merkezi hükümetlerin genel sorumluluğu araştırma, eğitim ve sosyal sigorta sistemlerine destek başlıklarında ortaya çıkmaktadır.

5.4. Bismarkçı sistemden Beveridge sistemine geçiş yapan sağlık sistemleri

Bunlar Avrupa'nın güneyinde yer alan ülkelerdedir. Bu grubu üçüncü gruptan ayıran özellik zaman faktörüdür. Geçiş sürecine geç girmişlerdir ve süreç henüz tamamlanmamıştır. İtalya ve Portekiz sağlık sistemlerini 1978 ve 1979'da kurmuşlardır. Yunanistan benzer bir yasayı 1983'te yürürlüğe koymuş, İspanya 1989'da geçişi başlatmıştır. Yunanistan'da poliklinik hizmetleri sigorta ile finanse edilirken, hastaneler genel vergilerle finanse edilmektedir. İtalya'da 1990 yılı için genel vergiler, toplam sağlık harcamalarının yüzde 40'ını oluşturmaktaydı.

5.5. Sosyalist sağlık sisteminden Bismarkçı sisteme geçiş yapan sağlık sistemleri

Avrupa'nın eski sosyalist ülkelerindeki sağlık sistemlerine Semashko modeli de denilmekteydi. Geçiş sürecini uyaran temel etken, eski sosyalist ülkelerde sağlık hizmetlerini finanse edecek kaynaklarda önemli sıkıntının ortaya çıkmış olmasıdır. Böylece sigorta sistemi bu ülkelerde ek

kaynak yaratmanın yolu olarak gündeme getirilmiştir. Vergi sisteminin kapsamı ise sigorta primi ödeyemeyecek nüfus kesimleri ile eğitim, araştırma işlevleriyle sınırlanmıştır. Sigorta fonlarını yöneten kurumlar hükümetten bağımsız olma eğilimindedir. Birden çok sigorta fonu oluşturma tercihi gözlenmektedir. Sistem herkes için zorunludur. Macaristan'da çok zenginler bu zorunluluktan muaf tutulmuştur. Değişik fonlarda teminat paketinin içeriği de değişebilmektedir. Prim payları gelire orantılı olup, işçi ve patron tarafından ödenir. Patron payı ülkeden ülkeye değişebilmektedir. Prim payının ücret içindeki oranı da değişiktir. Bu ülkelerde de sigortalı bireylere sigorta fonları arasında seçme yapma hakkı tanınmakta ve bunun sigorta kurumları arasındaki rekabeti uyaracağı beklenmektedir.

Tablo: Avrupa bölgesindeki sağlık sistemlerinin, sağlık finansman sisteminin yapısına göre sınıflandırılması

Sigorta sistemi (Bismarkçı)	Vergiye dayalı (Beveridge) sistem(i)	Semashko modelinden sigortaya geçiş	
		Orta ve Doğu Avrupa Ülkeleri	Birleşik Devletler Topluluğu Ülkeleri
Yerleşik		Arnavutluk	Ermenistan
		Bosna Hersek	Azerbaycan
Avusturya	Danimarka	Bulgaristan	Beyaz Rusya
Belçika	Finlandiya	Hırvatistan	Gürcistan
Fransa	İzlanda	Çek Cumhuriyeti	Kazakistan
Almanya	İrlanda	Estonya	Kırgızistan
Lüksemburg	Norveç	Macaristan	Moldova
Hollanda	İsveç	Litvanya	Rusya Federasyonu
İsviçre	İngiltere	Letonya	Tacikistan
		Polonya	Ukrayna
Geçiş döneminde		Romanya	Özbekistan
İsrail	Yunanistan	Slovenya	
Türkiye	İtalya	Makedonya	
	Portekiz	Slovakya	
	İspanya		

IV
Ülkelere Göre Sağlık Finansman Sistemleri

1. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)[3]

1.1. Genel yapı

ABD'de 1910'larda sağlık sigortacılığı yaygınlaşmaya başlamıştır. Sağlık sigortacılığı yönünde başlatılan kampanya o dönemde Amerikan Hekimler Birliği'nin de desteğini almıştır. İlginç biçimde Amerikan İşçi Federasyonu bu öneriyi fazla himayeci olduğu gerekçesiyle reddetmiştir. Ancak 1930'ların büyük depresyonunda, çoğu sigortalı sigorta masraflarını karşılayamaz duruma düşmüştür. Sonrasında, sağlık sektöründe bunalımdan etkilenen çıkar grupları olan hekimler ve hastaneler, kendi aralarında birlikler oluşturarak ve devletin desteğini de sağlayarak finansmanın bir kısmını üstlenmişlerdir. Böylece devlet ve hastane birlikleri sigorta şirketlerine olan ödemeleri, devlet ve hekim birlikleri de hekim ücretlerini karşılamaya başlamışlardır. Bu yapılardan ilki Blue Cross, ikincisi ise Blue Shield olarak bilinmektedir. Blue Cross Amerikan Hastaneler

---

[3] *Bu bölüm için yararlanılan kaynaklar:* Freech HE 1990: 45-64; Dixon J 1992: 817-818; Dixon J 1992: 878; Greenberg DS 192: 1086; Feldstein PJ 1992: 21-23; Chandler J 1996: 163-182; Kuttner R 1996; Sullivan K 1999; Schauffler HH, McMenamin S ve diğ. 2000; Berk ML, Monheit AC 2001: Docteur E ve diğ. 2003; 9-18; Bodenheimer T 2006: 861-864; Fenley J 2006; Rosenthal M, Daniels N 2006: 671 685; Garber A, Goldman DP, Jena AB 2007: 1545 1547; Gemmill M 2007: 21-23; Hewitt A 2007; Schaeffer LD 2007: 1557-1559; Terzi C 2007: 2-22; Walker T 2007; Bauer JC 2008: 40-43; Keehan S ve diğ. 2008: 145-157; Lister J 2008: 294-307; Petigara T, Anderson G 2008

Birliği, Blue Shield ise Amerikan Hekimler Birliği'nce işletilmektedir.

Her iki örgütün de bugün kendilerine ait bir hizmet ağı bulunmaktadır. Halen Amerikan özel sağlık sektörünün yaklaşık yüzde 40'ına Blue Cross hastaneleri ve Blue Shield hekim hizmeti ağı sahiptir. Bu hizmetler kâr amaçlı olmayan özel kurumlardır. Tüm organizasyon değişik derecelerde hekimlerin denetimindedir. Sektör içindeki güçleri eyaletten eyalete değişebilir. Kimi eyaletlerde (Massachusetts gibi) pazar payları yüzde 70'lere kadar çıkabilmektedir. Amerikan sağlık sistemindeki bir diğer önemli gelişme 1966 yılında oluşturulan iki kamu finansman kurumudur. Bunlar yaşlılara ve yoksullara yönelik hizmetleri finanse eden Medicare ve Medicaid'dir.

ABD sağlık sistemi, bu ülkenin politik özelliklerine bağlı olarak, hem finansman, hem de hizmet üretimi bakımından çok parçalıdır. Bu nedenle de hizmetin standardı ve fiyatı eyaletler, kırsal, kentsel bölgeler arasında ve bireylerin yaşına, mesleğine göre değişmektedir. Parçalı yapı eşitsizliklerin, standart eksikliğinin ve maliyet yüksekliğinin nedenidir.

Sağlık sisteminde yerel yönetim birimlerinin, eyaletlerin ve federal hükümetin ayrı sorumlulukları vardır. Yerel düzeyde, özellikle kent yönetimleri yoksullara yönelik hastanecilik hizmeti sunmaktadır. Bunlar çoğunlukla ruhsal hastalıkların tedavisini yapan hastanelerdir. Eyaletler ruhsal hastalar, kronik hastalar için hastanecilik hizmeti sunarlar. Genel pratisyenlik ve uzmanlık hizmetlerini denetleyip, koordine ederler. Hekimleri lisanslandırırlar. Makro düzeyli çevre sağlığı hizmetlerinin sunumu (nehir kirliliğinin engellenmesi gibi), sağlık hizmetlerinin koordinasyonu, ilaçların denetimi gibi görevler ise federal hükümetçe yerine getirilir. Ayrıca federal hükümet yoksullara yönelik sağlık hizmetinin finansman ilkelerini belirler.

Federal hükümet önemli bir sağlık hizmeti satın alıcısıdır. 39 milyon yaşlı ve yeti yitimli kişiye, 9 milyon federal hükümet çalışanına ve onların bağımlılarına ve 6 milyon da aktif askeri personele ve onların ailelerine hizmet sunmaktadır. Eyalet yönetimleriyle birlikte devletin yoksullar ve yaşlılar için işlettiği sigorta programlarına sahiptir. Eyalet hükümetleri hizmet üreticileriyle sigorta şirketleri arasındaki ilişkileri düzenler.

Yoksul çocuklara ve ailelere yönelik sağlık bakımının sunumundan kendi ölçeğinde sorumludur. Kendi çalışanlarını sigortalar. Yerel (kent, ilçe) yönetimleri eyalet hükümetleriyle birlikte yoksullar için hastane çalıştırır. Özel sektör, çoğu sağlık kurumunun sahibidir. Ayrıca sağlık sigortalarından da özel olanlar vardır. Blue Cross ve Blue Shield dışındaki sigortalar kâr amaçlıdır.

ABD'de sağlık sektörü kapitalist bir endüstri durumundadır. Toplam 10 milyon sağlık çalışanını istihdam etmektedir.

1.2. Birinci basamak

ABD'de basamaklandırılmış bir sağlık sistemi yoktur. Sigortalı hastalar ya kendi istedikleri ya da sigorta şirketlerinin anlaştığı hekimlere ve sağlık kurumlarına başvururlar. Genel eğilim uzmanlar yönündedir.

Birinci basamakta genel pratisyenler, aile hekimleri, genel dahiliye ve genel pediatri uzmanları çalışmaktadır.

ABD'de birinci basamağa yönelik hasta memnuniyeti azalmaktadır. Çalışan hekimlerin de çoğu amaç belirsizliği, geri ödemelerin yetersizliği ve giderek daha az sayıda hekimin birinci basamakta çalışmayı tercih etmesi nedeniyle mutsuzdur. Hekimlerin görüşü, yapmaları gereken işin insan kapasitesini aştığı yönündedir. Son yıllarda iş tanımlamalarının içeriği genişlemiştir. Geri ödeme mekanizması hizmet kalitesinden çok, miktarına bağlanmıştır. Bu da hekimleri kısa sürede çok iş yapmaya, hasta başına ayırdıkları zamanı kısaltmaya yönlendirmektedir. Hasta memnuniyetsizliğinin önemli nedenlerinden birisi budur.

Ortalama 2500 kişilik bir nüfustan sorumlu olan bir hekimin kendisinden beklenen iş hedeflerini yerine getirebilmesi için günde ortalama 18 saat çalışması gerekmektedir. Bu da doğal olarak bekleme sürelerinin uzamasına neden olmaktadır. Kendi hekimlerine zamanında muayene olamayan hastalar ise acil servislere yığılmaktadır. Özellikle kronik hastalığı olanlar yeterli bakımı alamamaktadır.

Hekimlere girişimsel müdahaleler karşılığında ödenen para, aynı sürede yapılacak muayene için ödenenin üç katıdır. Bu nedenle hekimler daha çok girişimsel müdahalelere yönelmektedir. Genel pratisyenler ile

uzman hekimler arasındaki gelir farkı açılmaktadır. 1995-2004 arasında genel pratisyenlerin gelirindeki artış yüzde 21.4 iken, diğer uzmanlık alanlarında bu oran yüzde 37.5'tir. Birinci basamakta çalışan hekimlerin gelirini artırmak için düşünülen performansa dayalı ödeme mekanizması ise, hekimleri, nitelikli hizmet sunmak yerine, her gün birkaç hastayı ziyaret etmek gibi göstermelik pratiklere yönlendirmektedir.

Giderek daha az sayıda genç hekim birinci basamakta çalışmayı tercih etmektedir. 1997 ile 2005 arasında birinci basamağı tercih eden tıp mezunlarının sayısında yüzde 50 azalma olmuştur.

1.3. Hastaneler

Amerika'da 100 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı son dönemlerde düzenli olarak azalmaktadır: 1985'de 584, 1998'de 378, 2000'de 360. Bu OECD ülkelerindeki en düşük orandır. Bunun nedeni işletmesi zor büyük kamu hastaneleri ile kar amaçsız özel hastanelerin kapatılması ya da yatak sayısının azaltılmasıdır. 1990'larda hastanelerin yüzde 14'ü kapatılmıştır.

Hastanelerin çoğu kamu mülkiyetindedir. Eyaletler ya da yerel hükümetlerce finanse edilirler. Ancak sundukları hizmet karşılığında katkı payı da alırlar. Belediyelerin kendi fonlarıyla finanse ettiği hastaneler ekonomik bakımdan oldukça kötü durumdadır. Bunlar genellikle uzun süreli bakım gerektiren kronik hastalara, yoksullara, azınlıklara ve daha prestijli hastanelerin reddettiği hastalara hizmet vermektedir. Kâr amaçlı özel hastanelerin yaygınlaşması görece geç bir gelişme olmuştur. Bu hastaneler özellikle ülkenin güneyindeki eyaletlerde kurulmuştur ve hizmet sunumu açısından orta ve yüksek sınıfları hedeflemektedir. Özel hastanelerin yaygınlaşmasında Medicare, Medicaid ve özel sigorta şirketlerinin kuruluşu uyarıcı olmuştur. Bir başka deyişle özel hastaneler sağlık için kullanılabilecek fon mekanizmalarının oluşturulmasından sonra yaygınlaşmıştır. Küçük hastanelerin büyük şirketler tarafından satın alınması yönünde bir eğilim giderek belirginleşmektedir.

Amerika'nın en büyük özel hastaneler zincirlerinden birisi olan Amerikan Hastaneler Birliği'nin (Hospital Corporation of America) 1995 yılında sahip olduğu hastane sayısı 332 (1988'de 4'tü), yıllık net kârı da

988 milyon Dolardır (1988'de 1.704.000 Dolardı).

Amerika'da eskiden beri kâr amacı gütmeyen hastanelerin hizmet maliyetinin kâr amaçlılara göre daha düşük olduğu ve hizmet kalitesi açısından da iki grup arasında önemli bir farkın bulunmadığı bilinmektedir. Bu durumda kâr amaçlı özel hastane zincirlerinin genişlemesi Amerikan sağlık sisteminin verimliliğini azaltan bir etki göstermektedir.

Zaman zaman belirginleşen genel ekonomik bunalım hastaların hastane masraflarını karşılamalarını zorlaştırmaktadır. 1988 yılında, hastaneler ödeme güçlüğü çeken hastaların 10.7 milyar dolarlık masrafını karşılamak zorunda kalmıştır. Hastanelerin bu sorundan kurtulmak için başvurdukları yollardan başlıcası, masrafları daha çok sigortalı hastalar üzerine kaydırmak olmuştur. New Jersey'de sigortalılara sunulan hizmetlerin fiyatları yüzde 30-60 artarken, sigortasızlara sunulan hizmet fiyatları yüzde 4 oranında azalmıştır.

Tablo: ABD'de kâr amaçlı, kâr amaçsız ve kamu hastanelerinin yıllara göre durumu (%) (Schauffler HH, McMenamin S, Zawacki H, Levitt L, Lundy J 2000: 69)

Yıllar	Kâr amaçlı özel	Kâr amacı olmayan özel	Devlet/yerel hükümet
1960	5.8	69.8	24.4
1970	6.3	69.5	24.2
1980	8.8	69.9	21.4
1981	8.7	70.1	21.2
1982	9.0	70.1	20.9
1983	9.2	70.3	20.5
1984	9.8	70.3	19.9
1989	18.0	50.0	32.0
1998	19.0	51.0	29.0

Kâr amaçlı hastanelerin oranı Florida'da yüzde 47, Nevada'da yüzde 42, Teksas ve Arizona'da üçte bir oranındadır. 1993 yılında diyaliz programla-

rının yüzde 85'ine, evde bakım hizmetlerinin yüzde 70'ine ve HMO'ların da yüzde 64'üne kâr amaçlı şirketler sahip olmuştur. Uzmanlaşmış hastaneler gelirlerini artırabilmek için yüksek ödemeli uzmanlaşmış tıbbi girişimler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Daha masraflı ve karmaşık acil müdahaleleri ve kronik hastalık bakımını ise diğer hastanelere bırakmaktadırlar. ABD hastanelerindeki ameliyathane fiyatları ülke ortalamasının yüzde 220'sinden fazla olabilmektedir. En yüksek fiyat uygulayanlar kâr amaçlı olanlardır. Özel hastanelerde maliyeti aşan fiyatlandırma yüzde 1000'e kadar ulaşabilmektedir.

1.4. Hekimler

Amerika'da nüfusa göre hekim sayısı düzenli olarak artmaktadır. Bir hekime düşen nüfus 1975'te 592, 1985'te 455, 1997'de 362 iken 2000 yılında 200'e inmiştir. 2000 yılı için toplam hekim sayısı 730.801 ve 10 bin kişiye düşen hekim sayısı da 26'dır. Hekimler arasında uzmanlaşma eğilimi ön plandadır. 1965 yılında uzman/pratisyen oranı 1 iken, 2000 yılında 2'ye yükselmiştir. Buna bağlı olarak Amerikan sağlık sistemi tedavi ağırlıklı bir görüntü sergilemektedir. Hekimler hem kendi muayenehanelerinde hizmet sunmakta hem de günlerinin bir kısmını hastalarını yatırabilecekleri yakın hastanelerde geçirmektedir. Hizmet sunumu para karşılığı olmaktadır.

Hekimlerin üçte biri birinci basamaktadır. Hekimlere yapılan ödeme biçimleri değişiktir. Ödemelerde performans sistemi giderek ağırlık kazanmaktadır. Bazı uzmanlar (radyologlar gibi) hastanenin ücretli çalışanı olabilir, ayrıca hastanenin hizmet başına ödeme sistemiyle elde ettiği gelirden pay alabilir. Medicare ve Medicaid programları, ki hekimlerin dörtte birinin ödemesini yaparlar, sabit geri ödeme ücretleri belirlemişlerdir.

Hekimlerin çoğu özel sektörde çalışır. Ücretlendirilmeleri hizmet başınadır. Ödeme ya sigorta tarafından ya da doğrudan hasta tarafından yapılır. Hekimlerin çok az kısmı zamanlarının çoğunu hastanelerde geçirir. Bunlar da genellikle patologlar ve radyologlardır.

Ortalama hekim geliri birinci basamakta çalışanlar için yıllık 161.100, uzmanlar için de 222.100 Dolar'dır (ortalama 199.000 Dolar) (1997).

Hekimlerin gelirlerinin yüzde 43'ü özel sigortalardan, yüzde 29'u cepten ödemelerden, yüzde 12'si Medicare'den ve yüzde 12'si de Medicaid'den gelmektedir.

1991-2005 arasında tıp uygulamalarının maliyeti yüzde 41 artarken, hekimlere yapılan ödemelerdeki artış yüzde 18'de kalmıştır.

Tablo: ABD'de sağlık insan-gücünün durumu (2000) (who.int/countries/usa)

	Toplam sayı	Bin kişilik nüfusa düşen sayı
Hekim	730,801	2.6
Hemşire	2,700,000	9.4
Diş hekimi	463,663	1.6
Eczacı	249,642	0.9

1.5. Amerika'da sağlık güvencesi

Amerikan sağlık sistemi, merkez kapitalist ülkeler içinde verimliliği en düşük olan sistemdir. Endüstrileşmiş ülkeler içinde hizmet sunumu, finansmanı ve hizmetin satın alınması anlamında ağırlıklı olarak özel sektör üzerine oturan tek ülke ABD'dir. Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı yalnızca yüzde 46'dır. Kamu finansmanı daha çok yaşlılar, yoksullar, yeti yitimi olanlar ve askerler içindir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanının yapısı oldukça eşitsizlikçidir. Maliyet artışı hızlıdır. Sağlık hizmetleri çoğunluk için çok pahalıdır. Bu nedenle birbiriyle rekabet eden pek çok özel sigorta şirketi kurulmuştur. Özel ve kâr amacı gütmeyen sigortaların garanti altına aldığı hizmetler büyük değişkenlik gösterse de, hastane harcamaları ile genel pratisyenlik hizmetleri genellikle güvence paketinin kapsamı dahilindedir. Patron temelli sigorta programlarının sunduğu güvence ise daha dardır.

En önemli sağlık güvence sistemleri Medicaid, Medicare, patron temelli sigorta sistemi ve özel sağlık sigortalarıdır. ABD'li vatandaşların çoğu patron temelli sigortalara üyedir ve sağlık hizmetini özel sektörden almaktadır. Patron temelli sigorta, işletme temelinde organize edilir. Patronlar çalıştırdıkları işçiler için sağladıkları özel sigortanın karşılığın-

da vergi iadesi alırlar ve çalışanlar maliyetin bir kısmını kendileri öderler. Fon yönetimi işletme sahibinin elindedir. Firmaların yüzde 61'i işçileri için patron temelli bir sigorta programı örgütlemiştir.

Medicare 65 yaşından büyükleri, 65 yaşından küçük olup kimi sakatlıkları olanları ve hangi yaşta olursa olsun böbrek yetmezliği olanları kapsar. İki önemli bölümü vardır: A ve B. Medicare A, hastanecilik hizmetlerine yöneliktir. Çoğu kişi bundan yararlanabilmek için herhangi bir prim ödemez. Çünkü zaten daha önce ücretinden kesilen vergilerle bu fona katkıda bulunmuştur. Yataklı tedavi hizmetlerini, acil hastane yatışlarını, uzmanlık gerektiren hemşirelik bakımını (uzun süreli bakım bunun içinde değildir) ve bazı evde bakım hizmetlerini kapsar. Medicare B için çoğu kişi aylık prim öder. Hekim ücretlerini ve ayaktan bakım masraflarını karşılar. Ayrıca Medicare A'nın karşılamadığı bazı fiziksel ve mesleki rehabilitasyon hizmetlerini de kapsar. A ve B dışında, 2006 yılı başından itibaren, ilaçlara yönelik bir Medicare sigorta uygulaması daha başlamıştır. Sigortalılar bundan yararlanabilmek için de aylık belli bir prim ödemek zorundadır.

Medicare istihdamla ilgili vergilerle, genel vergilerle ve katkı paylarıyla finanse edilir. Medicare için patron ve işçilerden ücretin yüzde 1.45'i, kendi hesabına çalışanlardan da gelirin yüzde 2.9'u kadar bir kesinti yapılır.

Medicare hekim geri ödemelerini sabit bir ücret üzerinden yapar. Ancak verilen hizmetin türünü ve coğrafi bölgeyi de dikkate alan bir düzeltme de yapılır. Hastane geri ödemeleriyse tanı temelli grup esasına göre gerçekleştirilir.

Medicaid düşük gelirlileri ve ailelerini kapsar. Bireylerin yararlandıkları sağlık hizmetinin parasını karşılar. Ayrıca sigortalının da bir miktar ödeme yapması gerekebilir. Medicaid sistemi eyaletler arasında değişebilir. Örneğin yoksulluk sınırı değişebilir. Medicaid yönetilen bakım organizasyonları (HMO) ile anlaşmalıdır. 2004 yılında Medicaid nüfusunun yüzde 60'ı yönetilen bakım organizasyonlarından hizmet almaktaydı.

Medicaid, eyaletlerin çoğunda hekim geri ödemelerini hizmet başına ya da kişi başına yapar. Hastane geri ödemeleri kişi başına, tanı temelli grup, maliyet temelli ödeme, işlem başına ödeme esaslarına göre gerçekleştirilir.

Hiçbir eyalette yoksulların tamamı Medicaid kapsamına girememektedir. Yoksul olup Medicaid kapsamına giremeyen ve herhangi bir sigorta sistemi içinde de olmayan bireyler vardır. Bu grup genellikle daha düşük kaliteli belediye hastanelerinden yararlanır.

Medicare ve Medicaid bütçelerindeki sıkıntılar nedeniyle sağlık hizmeti sunucularının yarıdan fazlası bu kurumlarla iş yapmak istememektedir. 2003 yılında Medicare üyelerinin yaklaşık yarısı ek olarak özel sigorta yaptırmak zorunda kalmıştır.

2002 için 41 milyon kişi (nüfusun yüzde 14'ü) Medicare, 34 milyon kişi de (%12) Medicaid kapsamındaydı.

Yukarıda sıralanan finansman mekanizmalarının dışında askeri sektörde çalışanları kapsayan iki ayrı sosyal güvenlik sistemi daha vardır. Bunlar CHAPUS ve CHAPVA'dır.

ABD'de patron temelli sigortalar yaygın olsa da patronların çalışanlarını yasal olarak sigortalatma zorunlulukları yoktur. Buna rağmen bu sistemin yaygınlığının nedeni önemli vergi avantajları sağlamasıdır. Primler çalışanların vergilendirilen kazançlarından düşülür. Bu patronlar açısından önemli bir kazançtır. 1993 yılında sigorta karşılığında elde edilen vergi muafiyetlerinin toplamı 40 milyar Dolar'ı geçiyordu. 2006 yılında 125 milyar Dolar olması beklenmektedir.

Patron temelli sigorta uygulamasında bir taraf tutma da söz konusudur. Örneğin 1993 yılından beri 65 yaş altında emekli olan eski çalışanlarına sigorta olanağı sağlayan patronların oranı yüzde 46'dan yüzde 31'e inmiştir. Benzer şekilde Medicare'e destek amacıyla yaşlı emeklilere sigorta sağlayan patronların oranı da yüzde 40'tan yüzde 21'e gerilemiştir.

Patron temelli sigortada işletme büyüklüklerine bağlı olarak ciddi eşitsizlikler vardır. 3-9 işçili işletmeler arasında işçilerine sigorta sağlayan işletmelerin oranı yüzde 55 iken, aynı oran 10-50 işçili işletmelerde yüzde 75'e yükselmektedir. Sigorta programlarının yetersizliği nedeniyle işçilerin yüzde 50'si üç ya da daha fazla, yüzde 15'i iki programa üyedir. Yüzde 35'i ise tek sağlık programına bağlıdır. İşçi sayısı fazla olan işletmelerde birden çok sağlık programına bağlı işçilerin oranı da artmaktadır. 1000 ve daha fazla işçili işletmelerde üç ya da daha fazla sağlık programına kayıtlı

işçilerin oranı yüzde 41 iken, 3-50 işçili işletmelerde aynı oran yalnızca yüzde 3'tür ve tek bir sağlık programına kayıtlı olanlar 3-50 işçili işletmelerde yüzde 91'lik bir pay oluşturmaktadır.

İşçilerin patron temelli sigorta programları için ödedikleri prim miktarı ortalaması (ailelerini de içine alacak biçimde), 1998 için, aylık 478 Dolar'dır ve bu bir önceki yıla göre yüzde 4.8'lik bir artışa işaret etmektedir. Prim miktarının ortalama işçi ücreti içindeki oranı yüzde 32'dir. Prim düzeylerindeki artışta da işletmelerin büyüklüğüyle ilişkili eşitsizlik vardır. 3-50 işçili işletmelerde yıllık artış yüzde 7.6 iken, 1000 ve daha fazla işçili işletmelerde yüzde 3.9'dur. Bu da büyük işletmelerin sağlık hizmeti üreticileriyle daha düşük fiyatlarla anlaşma yapabildiklerini göstermektedir. Sağlık sisteminin çok parçalı yapısı bu tür finansal eşitsizlikler yaratmaktadır. Prim miktarındaki artışın en yüksek olduğu sağlık programları geleneksel hizmet başına ödeme ile hizmet satın alınan programlar iken, HMO programlarında artış en düşük orandadır (%5.9).

Sigortacılık masraflarını azaltmak için özellikle patron temelli sigortacılıkta, işe giriş muayenelerinde sağlam çıkmayanlar, sağlığa zararlı alışkanlıkları olanlar sigortalanmamakta, hatta işten çıkarılmaktadır.

Özel sigortalara üye olmuş kişilerin yaklaşık 32 milyonunun büyük sağlık harcamaları kapsam dışındadır. Sigorta şirketinin ödeyeceği miktar ise yaşam boyu en fazla 1 milyon Dolar'dır (1998). Ayrıca, şirketler, üyelik öncesinde ortaya çıkmış sağlık sorunlarının harcamalarını da üstlenmemektedir. Özel sigorta planlarını işleten üst düzey yöneticilerin 2002'deki yıllık ortalama geliri 15 milyon Dolar'dır.

Harcama artışları özel sigortaları da güç durumda bırakmıştır. Özel sigortalar önceleri hastane masraflarının tamamını karşılayabilirken, bu oran 1979'da yüzde 89'a, 1983'de yüzde 75'e, 1986'da da yüzde 24'e inmiştir. Bütün bunlar sağlık güvencesi kapsamının daraldığını göstermektedir.

2007 yılında sigortasızların sayısı 47 milyona yükselmiştir. Bu kesimin kullandığı sağlık bakımının maliyeti 41 milyar dolardır ve bunun yüzde 85'i federal, eyalet ve yerel hükümetlerce karşılanmıştır. 2008 yılı başkanlık seçimlerinde sigortasız toplum kesimlerinin sorununun nasıl çözüleceği konusu önemli tartışma başlığı olmuştu.

CDC'nin (Center for Disease Control) 1997 ile 2007 yılları arasında yaptığı sağlık araştırmalarına göre (Health Interview Survey) sigortasızların oranı yüzde 15.4 (1997) ile yüzde 14.5 (2007) arasındadır. Sigortasızların oranı 18-24 yaş (%27.5) ve 25-34 yaş (%25.9) arasında her iki cinste de en yüksektir. Yaş ve cinse göre istatistiksel düzeltme yapılarak değerlendirildiğinde sigortasızlık oranı Hispanikler'de en yüksektir (%29.4). Oran, Hispanik olmayan beyazlarda yüzde 10.5 ve Hispanik olmayan siyahlarda da yüzde 15.2 düzeyindedir. Son 12 ay içinde, maliyet nedeniyle gereksinim duyulan sağlık hizmetini kullanamayanların oranında 1997 (%4.2)-2007 (%5.8) arasında artış vardır. Bu bakımdan da 18-64 yaş grubu en dezavantajlıdır (%7.8).

Tablo: ABD'de sağlık güvencesi olmayanların (milyon kişi olarak) yaşa göre durumu (cdc.gov/nchs/nhis.htm#New)

Yıl	Tüm yaşlarda sigortasız sayısı	65 yaş altında sigortasız sayısı	18-64 yaşta sigortasız sayısı	18 yaş altında sigortasız sayısı
1997	41.0	40.7	30.8	9.9
2002	41.5	41.1	33.5	7.6
2007	43.3	43.0	36.3	6.7

1998 yılı için 0-64 yaş arasındakilerde patron temelli sigortalara bağlı olanların oranı yüzde 58.3 (1994'te yüzde 56.8), özel sigortalara kayıtlı olanların oranı yüzde 4.1 (1994'te yüzde 4.2), Medicaid kapsamındaki nüfusun oranı yüzde 8.4 (1994'te yüzde 10.0) ve Medicare kapsamındaki nüfusun oranı yüzde 11.0'dir.

2002 yılı için ise oranlar şu şekilde değişmiştir: Sigortasızlar yüzde 15, bireysel özel sağlık sigortası yaptıranlar yüzde 3, patron temelli sigorta programlarının içinde olanlar yüzde 55, hükümet finansmanı yüzde 27. Bununla ilişkili olarak da sağlık harcamalarının yüzde 16'sı cepten, yüzde 3'ü bireysel özel sigortalardan, yüzde 33'ü patron temelli sigortalardan, yüzde 4'ü diğer özel fonlardan, yüzde 44'ü de hükümet fonlarından gelmektedir.

Tablo: ABD'de değişik toplumsal gruplarda sosyal güvenlik durumu (%) (2000) (Docteur E ve diğ. 2003: 6)

	Toplam	Sigortalı						Sigortasız
		Özel sigorta		Hükümet sigortası				
		Toplam	Patron temelli	Toplam	Medi-caid	Medi-care	Askeri	
Toplam	86.0	72.4	64.1	24.2	10.4	13.4	3.0	14.0
Beyazlar	87.1	75.0	65.9	23.3	8.6	14.2	2.9	12.9
Siyahlar	81.5	58.9	54.4	31	20.3	10.6	3.8	18.5
Hispanik	68.0	47.9	44.6	24.3	18.6	6.5	1.6	32.0
25bin $'dan az gelirli	77.3	41.2	27.6	52.4	27.7	28.7	2.6	22.7
75 bin $'dan çok gelirli	93.1	90.1	84.9	9.3	2.2	5.2	2.7	6.9
İlkokul diploması yok	73.4	45.8	35.7	43.1	16.5	32.6	2.0	26.6
Bachelor veya üst dereceli	92.9	88.1	79.8	14.5	2.0	11.2	2.6	7.1
Tam süre çalışan	84.6	82.0	77.4	5.2	2.5	0.4	2.5	15.4
Yarı süreli	79.3	71.6	60.0	11.2	7.3	1.6	3.0	20.7
İşsiz	76.4	52.4	43.6	31.0	19.5	13.0	4.0	23.6

ABD'de son dönemlerde sigorta sistemini yaygınlaştırmaya yönelik tartışmalar vardır. Hawai zorunlu patron sigortası sistemini ilk başlatan eyalettir (1974'te). Patronlara, haftada 20 saatten daha uzun süre çalıştırdıkları işçileri sigortalatmaları zorunluluğu getirilmişti. 1993 seçimlerinde ise Clinton aynı projenin bütün eyaletlerde uygulanması gereğinden söz etmişti. Şimdi ise bireylere sigorta sistemine katılım zorunluluğu tartışılmaktadır. Bunu da Demokratlar'ın desteklediği Cumhuriyetçiler'in ise karşı çıktığı görülmektedir. 2006 yılında çıkarılan Amerikan Sağlık Yasası (Americare Health Act) ve 2007'de çıkarılan Sağlıklı Amerikalılar Yasası (Healthy Americans Act) hem bireysel hem de patron düzeyinde sigorta zorunluluğu getirmektedir. 2006 yılında Massachusetts, zorunlu bireysel sigorta uygulamasına geçen ilk eyalet olmuştur. Bunun bileşen-

leri şöyledir: 1- Bütün erişkinlere bireysel katılım zorunluluğu ve buna uymayanlara primin yarısı kadar ceza. 2- 11'den fazla sayıda işçi çalıştıran bütün patronlara işçilerini sigortalatma ya da yılda işçi başına 295 Dolar kamu fonuna ödeme yapma zorunluluğu. 3- Bireylere ve küçük işletmelere ödeme kolaylığı sağlayan tercihli program. 4- Düşük gelirli bireyleri sübvanse eden bakım programı.

1.6. Sağlık hizmeti üretimi organizasyonları

Amerikan sağlık sistemi içinde hizmeti finanse eden kurumlar ve hizmeti üreten kurumlar çok parçalı bir yapı oluşturmaktadır. Hizmet üreticileri hastane ve hekimlerdir. Finansör kurumlar bu kurumlardan hizmeti satın alırlar. Böylece, örgütlenme tamamen özel sektör ilişkileri içinde gerçekleşir. Ödemeler çoğunlukla hizmet başı ödeme yöntemiyle yapılır. Bu yapının Amerikan sağlık sistemini verimsizleştiren ve harcamaları gereksiz olarak artıran en önemli etken olduğu belirtilmektedir.

Bu nedenle son yıllarda sağlık sisteminin örgütlenmesindeki bütünlüğün artırılmasına yönelik girişimler mevcuttur. Bunlardan en önemlisi finansman ile hizmet sunumunun tek çatı altında birleştirilmesidir. Hiç olmazsa hizmet üretenlerin olabildiğince entegre edilmesi hedeflenmektedir. Yönetilen Bakım (Managed Care) kavramı da buradan çıkmıştır.

Yönetilen bakım, maliyet azaltma kaygısıyla, özellikle özel sektörde tercih edilmektedir. Geleneksel sistemden, ayrıntılı sözleşme yapısıyla ve hizmet üreticileriyle kurulan ilişkilerle ayrılır. Spektrumun bir ucunda sigortalıyı birinci basamak hekimi seçmek zorunda bırakan ve hastaneye gidişi de bu hekimin sevkine bağlayan bir uygulama vardır. Diğer uçta ise sigorta şirketinin hizmet başı ödeme esasıyla anlaştığı hizmet üreticilerinden herhangi birisini kullanma hakkını sigortalıya veren daha gevşek bir uygulama yer alır. Yönetilen bakım sistemi sonuç olarak anlaşmalı sağlık kurumlarından oluşturulan bir ağdır.

Bugün çalışanların yaklaşık yüzde 89'u çeşitli yönetilen bakım organizasyonlarına katılmış durumdadır. Hastanelerin yaklaşık yüzde 70'i kâr amacı gütmeyen kurumlardır. Hekimlerin yüzde 39'u tek başına, yüzde 60'tan fazlası grup pratiği içinde çalışmaktadır. Yönetilen bakım uygulamasının

genişlemesiyle birinci basamak hekimine olan gereksinim artmaktadır. Buna karşılık hekimlerin ancak üçte biri birinci basamakta çalışmaktadır.

Madicaid üyelerinin yönetilen bakım programlarına katılımında büyük artış vardır. Oran 1987'de yalnızca yüzde 8 iken, 1998'de yüzde 54'e yükselmiştir. Medicare üyeleri için de aynı eğilim geçerlidir. Medicare üyelerinin yönetilen hizmet programlarına üyelik oranı 1989'da yüzde 3 iken 1999'da yüzde 17'ye çıkmıştır.

Özel sigortalı Amerikan nüfusunun yüzde 10'u HMO'lar tarafından sigortalanmıştır. Bunların kapsadıkları nüfus 1982'de yüzde 6, 1972'de de yüzde 3 oranındaydı. HMO üyesi olanların sayısı 1985'te 22.7 milyonken, 1996'da 52.5 milyona ulaşmıştır. İşçi ve emekçiler arasında HMO üyesi olanların oranı 1988'de yüzde 16 ve PPO üyesi olanların oranı yüzde 11 iken, 1996'da bu oranlar yüzde 44 ve yüzde 28 olarak değişmiştir. Buna karşılık hizmet başına ödeme planlarına dahil olanların oranı yüzde 73'ten yüzde 27'ye inmiştir. 1999 yılı için toplam nüfusun yüzde 30'u HMO'lara kayıtlıdır. Ancak yine de 12 eyalette HMO'lar piyasanın yüzde 10'undan daha azına sahiptir (2000). HMO organizasyonu içinde de tekelleşme vardır. ABD'de en büyük ilk beş HMO bütün HMO katılımcılarının yüzde 68'ini örgütlemiş durumdadır.

Yönetilen bakım modeli üç tür sistem yaratmıştır. Geleneksel yönetilen bakım modelinde (HMO'lar böyledir) hizmetin finansman ve üretim boyutları birleştirilir. Bu da hizmeti satın alan-finanse eden kurumun hizmeti üretmesi biçiminde olabilir (HMO'lardaki gibi) ya da hasta ancak finansör kurumun anlaşma yaptığı üreticilere gidebilir (PPO'larda olduğu gibi). Yönetilen bakımın temel amaçları maliyetlerin kısılması ve hizmet kalitesinin artırılmasıdır. Bu sistem şu noktalara vurgu yapar: Bütünlüklü bir hizmet anlayışıyla bakımın izlenmesi ve koordine edilmesi, sağlığın korunmasına ve sağlık eğitimine önem, sağlık hizmetinin en uygun üretici tarafından üretilip en uygun satın alıcı tarafından satın alınması (örneğin hastanelerden değil, birinci basamaktan, uzmanlardan değil genel pratisyenlerden), maliyet etkinliğin geliştirilmesi (örneğin hekimlere kişi başına ödeme ile ve maliyet paylaşımı ile ödeme yapılması).

Kullanıcılar (hizmeti satın alanlar) (patron temelli bir sigorta, tek bir

birey, Medicare, Medicaid olabilir), hizmetten yararlanmak üzere daha önceden HMO'ya para öderler. HMO'ların entegre karakteri onları daha ucuz hizmet üretmeye ve gereksiz hizmet üretimini engellemeye yönlendirir. Bu da harcamaları azaltıcı etki yapar. HMO'lar arasındaki rekabetin de maliyetlerin düşürülmesinde, gereksiz hizmet kullanımının azaltılmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

Yönetilen bakım planlarının yaygınlaşması sağlık hizmetlerini üretenlerin cephesinde de önemli değişiklikler yaratmıştır. Hizmet başına ödemenin yerini kişi başına ödeme sistemi almış, gereksiz hizmet kullanımını azaltmaya yönelik maliyet sınırlayıcı önlemler yaygınlaşmıştır.

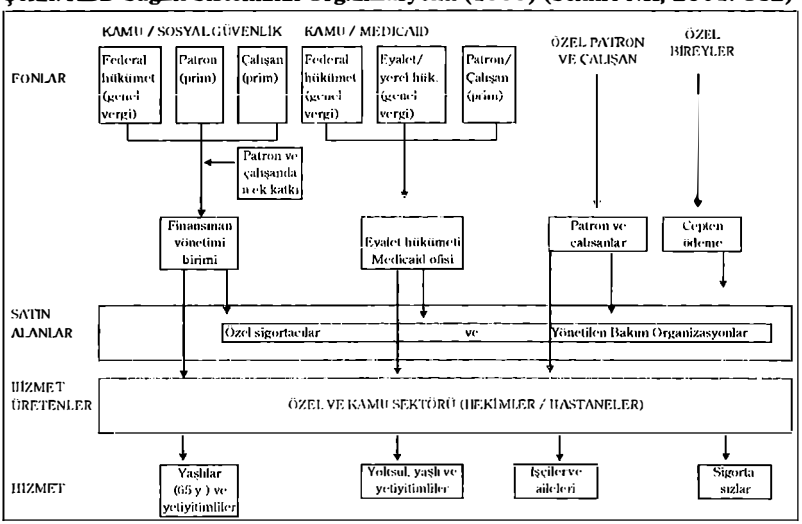
HMO'lar Amerika'nın en kârlı işletmeleri arasındadır ve yöneticileri de büyük paralar kazanmaktadır. 2003 yılının ilk dokuz ayında, 2002 yılının aynı dönemine göre yüzde 52 daha fazla (toplam 6.7 milyar Dolar) kâr elde etmişlerdir.

Diğer bir yönetilen bakım modeli PPO (Prefered Provider Organization: Tercihli Hizmet Sağlayan Organizasyon)'dur. Bu da diğer üçüncü el sigorta şirketlerinin bir benzeridir. Burada sigorta şirketinin anlaşmalı olduğu hekim ve sağlık kurumu sayısı fazladır. Bu da sigortalıya daha fazla oranda seçenek şansı tanır. PPO anlaşma yaptığı hastane ve hekimlerden belli bir indirim üzerinden hizmet satın alır. Ancak burada da hizmet sınırlaması vardır. Acil müdahaleler ve hastane yatışları ancak PPO'nun izni ile olanaklıdır. PPO'nun da rekabeti artırdığı belirtilmektedir. 1984 yılında bu program kapsamındaki nüfus 1.3 milyon iken, 1986'da 16.5 milyona yükselmiştir. Son zamanlarda hastalar PPO'ları, HMO'lara göre daha çok tercih etmektedir. PPO kapsamındaki patron temelli sigortalara dahil işçi sayısı 1996'da yüzde 28 iken 2001'de yüzde 48'e yükselmiştir. Aynı alanda HMO'ların payı da yüzde 31'den yüzde 23'e inmiştir.

Son yıllarda yaygınlaşmaya başlayan bir diğer hizmet organizasyonu EPO (Exclusive Provider Organization; Belirlenmiş Üretici Organizasyonu)'dur. Bu program çerçevesinde sigorta şirketleri ve patronlar, sigortalıları kendilerinin belirlediği sağlık kurumlarını kullanmaya zorunlu kılarlar. Belirlenmiş kurumların dışındakilerden yararlanmak isteyenler kendi ceplerinden ödeme yapmak zorunda kalırlar.

Yukarıda sıralanan organizasyonların tümünün amacı harcamalardaki artışın sınırlanmasıdır. Uygulamalar arasında, isimleri dışında önemli bir fark yoktur. Yönetilen bakım programları, Amerikan sağlık sisteminin geleneksel yapısını belirleyen hizmet başı ödemeye göre, bireylere daha kapsayıcı sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri için geçerlidir. Farkın nedeni, hizmet başı ödeme sistemine dahil olan bireylerin çoğunun sağlık güvencesinin olmayışı ya da dar olmasıdır.

Şekil: ABD Sağlık Sisteminin Organizasyonu (1999) (Sekhri NK, 2001: 832)



Bazı veriler yönetilen bakımın maliyetler üzerinde gerçekten de azaltıcı etki yarattığını göstermektedir. 1995-98 arasındaki dönemde tıbbi maliyetlerdeki artış yıllık yüzde 3.3 olmuştur. Oysa artış oranı 1988-92 döneminde yüzde 67, 1993-1998 arasında da yüzde 31 olarak gerçekleşmişti.

ABD'de yönetilen bakım uygulaması hastanecilik hizmetlerinde de değişiklik yarattı. 1983-93 döneminde yatırılarak gerçekleştirilen cerrahi işlemlerde yüzde 33'lük azalma oldu. Buna karşılık ayaktan yapılan cerrahi işlemler yüzde 168 arttı.

Maliyetlerin sınırlanması yönündeki çabalar karşısında yönetilen ba-

kımın kaliteyi düşürdüğüne ilişkin kanıt yoktur. HMO planlarına kayıtlı nüfusun diğerlerine göre daha fazla oranda sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik hizmetler kullandığı bilinmektedir. Çalışmalar, yönetilen bakımın gereksiz tedavi hizmeti kullanımını engellediğini, bunun da hasta sağlığı açısından olumlu sonuçlar verdiğini göstermektedir. Yönetilen bakım planlarına katılmış olanların bu planlara yönelik memnuniyeti de yüksektir.

Yukarıda sıralanan olumlu sonuçlara karşın, yönetilen bakım sisteminin, maliyet sınırlaması ve hizmet kalitesi üzerinde olumsuz etki gösterdiğine ilişkin veriler çelişkilidir. Örneğin yönetilen bakımdaki yönetim sürecinin karmaşıklığı ek maliyetler yaratabilmektedir. Geleneksel hizmet başına ödeme sistemindeki güvence paketinin darlığının yarattığı olumsuz etkilerin kontrol edilmesi sonrasında elde edilen sonuçlara göre, yönetilen bakım planlarının hizmet kalitesi açısından hizmet başına ödeme programlarına göre daha kalitesiz olduğunu bildiren araştırmalar vardır. Yönetilen bakım planları sigortanın kapsayıcılığı açısından hizmet başı ödeme planlarına göre açık biçimde üstünken, yukarıda anılan bulgulara göre aynı şeyi kalite için saptamak olanaksızdır.

Yönetilen bakım programlarının getirdiği tıbbi kurallar (doğum sonrası bir günlük hastane yatışı, sezaryen sonrası iki günlük yatış gibi) hekimleri rahatsız etmektedir. Bu durum hastalar arasında da rahatsızlık yaratmakta ve hastalar tıbbi uygulamalarla ilgili kararların tamamen hekimler tarafından alınması gerektiğini belirtmektedir. Hastalar arasında, gerekli bakımı alamama korkusu da yaygındır. Amerika'da toplumun bu tür sağlık programlarını seçmesini belirleyen en önemli etkenin, sağlığı koruma ve tarama programları değil, hasta olunduğunda alınan hizmetin kalitesi ve başvurulacak kurumun belli olmasıdır.

1.7. Sağlık harcamaları

ABD dünyada sağlık harcamaları en yüksek olan ülkedir. Toplam sağlık harcaması miktarı 1986'da 458 milyar, 1990'da 666 milyar, 1991'de 752 milyar, 1992'de 800 milyar Dolar'a yükselmiştir. Toplam sağlık harcamaları 2000 yılında 1.2, 2007'de 2.2 trilyon Dolar'a ulaşmıştır. Böylece kişi başı

sağlık harcamaları 1986'da 1.837, 1990'da 2.566, 1991'de 2.914, 1998'de 4.094, 2002'de 5.400, 2004'te 6.100 Dolar seviyesinde gerçekleşmiştir. Harcamaların artışını engellemeye yönelik bütün çabalara karşın ulusal gelirden sağlık hizmetlerine ayrılan para, oran olarak da her geçen yıl artmaktadır: 1960'ta yüzde 5.3, 1970'te yüzde 7.4, 1986'da yüzde 11.0, 1991'de yüzde 13.2, 1998'de yüzde 13.5, 2001'de yüzde 13.9, 2007'de yüzde 16.7.

Eğer ulusal gelir içindeki oran, 2007 düzeyinde kalacak olursa, 2017 yılındaki toplam harcama 4.3 trilyon (kişi başına 21.900 Dolar) olacaktır. Bu da sağlık harcamalarındaki yıllık artışın ulusal gelirdeki yıllık büyümenin yüzde 1.9 üzerinde olması demektir. Ancak bu durum eskisine göre yine de daha iyidir. Çünkü geçmiş 30 yılda bu fark yüzde 2.7 idi.

ABD'de kişi başına sağlık harcaması OECD ortalamasının (2.500 Dolar) iki katından fazladır. Toplamda Amerika OECD ortalamasına göre, sağlık için yılda 500 milyar Dolar daha fazla harcamaktadır. Buna karşılık, Amerika, bütün endüstrileşmiş ülkeler içinde, kaliteyi gösteren altı ölçütün dördünde son sırada yer almaktadır.

Amerika'da sağlık sisteminin yönetimi harcamaları son derece yüksektir. 2003 yılında yönetim harcamaları 400 milyar Dolar'dı ve bu miktar Kanada'nın toplam sağlık harcamasının tam 20 katıydı.

1993 yılı itibariyle sağlık harcamalarının yüzde 41'i hastanelere, yüzde 24'ü hekimlik hizmetlerine, yüzde 10'u ilaç ve diğer tıbbi malzemeye, yüzde 8'i evde hemşirelik bakımına ve yüzde 18'i de diğer hizmetlere yapılmaktaydı.

Hastanecilik harcamalarındaki 5 yıllık değişim oranları 1975-82 için yüzde 98, 1983-87 için yüzde 43, 1988-92 için yüzde 57, 1993-97 için yüzde 22'dir. Hekim hizmetleri maliyetlerindeki değişim oranları aynı dönemler için yüzde 84, yüzde 81, yüzde 69, yüzde 24'tür. İlaç ve diğer tıbbi malzeme harcamalarındaki değişim ise yüzde 81, yüzde 62, yüzde 59, yüzde 53 olarak gerçekleşmiştir. Bu veriler yönetilen bakım ile harcamalardaki artış hızının düşürüldüğünü göstermektedir. Ancak tıbbi ürün harcamalarındaki düşüş daha azdır. Aynı eğilim prim düzeylerinin artış hızı için de geçerlidir. 1994-96 arasında primlerin artışı yüzde 2'nin altında kalmıştır. Oysa primlerin 1987-92 arasında, bir önceki beş yıllık döneme göre

ikiye katlandığı bilinmektedir. Bununla birlikte eğilim 1999'da yeniden tersine dönmüştür. 1999'daki artış hızı yüzde 7.3'tür.

Amerika'da sağlık harcamalarının önemli kısmı toplumun belirli kesimlerince yapılmaktadır. Harcamalar bakımından en yukarıda yer alan yüzde 1'lik nüfus diliminin toplam harcamalar içindeki payı çok yüksektir: 1963'te yüzde 26, 1987'de yüzde 28 ve 1996'da yüzde 27. Aynı oranlar en tepedeki yüzde 10'luk nüfus dilimi için yüzde 59, yüzde 70 ve yüzde 69 şeklindedir. (Bakınız Tablo)

Tablo: ABD'de sağlık harcamalarının nüfus dilimlerine dağılımı (1996) (%) (Berk ML, Monheit AC. 2001: 12)

Nüfus dilimi	1928	1963	1970	1977	1980	1987	1996
İlk %1	-	17	26	27	29	28	27
İlk %2	-	-	35	38	39	39	38
İlk %5	52	43	50	55	55	56	55
İlk %10	-	59	66	70	70	70	69
İlk %30	93	-	88	90	90	90	90
İlk %50	-	95	96	97	96	97	97

Nüfusun en alttaki yüzde 50'lik diliminin toplam sağlık harcamasının ancak yüzde 3'ünü kullanabiliyor olması ABD sağlık sisteminin eşitsizlikçi yapısının bir başka göstergesidir. Bu veriler yönetilen bakım planlarının, sağlık harcamalarındaki artış hızını yavaşlatsa da, eşitsizlikçi yapı üzerinde etkili olamadığını düşündürmektedir.

Dokuz milyondan fazla Amerikalı, gelirlerinin yüzde 20'sini sağlık hizmeti için harcamak zorunda kalmaktadır. Medicare'den yararlanan yoksullar içinse bu oran yüzde 50'ye ulaşmaktadır (2002).

Hangi tür sağlık hizmeti üretimi organizasyonuna dahil olunursa olunsun, harcamalar bakımından, özel sigortalılar sigortasızlara göre belirgin biçimde avantajlıdır. Harcamalarda en tepedeki yüzde 5'lik grup içinde yer alan özel sigortalıların kişi başı sağlık harcaması yıllık 17.871 Dolar iken, sigortasızlarda bu miktar 6.651 Dolar'dır. Harcamalar bakımından

aşağıda yer alan yüzde 50'lik nüfus dilimi içindeki özel sigortalılarda kişi başı sağlık harcaması 3340 Dolar, sigortasızlarda ise 1.098 Dolar'dır. (Bakınız Tablo) Dolayısıyla HMO uygulaması sigortalı ve sigortasızlar arasındaki büyük harcama farklılıklarını engelleyememiştir. Bütün bunlar bir yandan da sağlık harcamalarının yalnızca üçte birini gerçekleştiren yüzde 90'lık nüfus kesimini ilgilendiren maliyet sınırlama stratejilerinin etkinliğindeki sınırlılığı da ortaya koymaktadır.

Tablo: ABD'de 65 yaşından küçük bireylerde, sağlık harcamalarının, gelir dağılımındaki konum ve sigorta durumuna yüzde dağılımı ve Dolar cinsinden miktarı (1996) (Berk ML, Monheit AC 2001: 15)

Nüfus dilimi	Özel sigortalar		Sigortasızlar	
	%	Harcama (Dolar)	%	Harcama (Dolar)
Tepedeki %5	51	17,871	60	6,651
Tepedeki %10	65	11,319	75	4,134
Tepedeki %30	87	5,090	94	1,732
Tepedeki %50	95	3,340	99	1,098

Amerika'daki eğilim patronların sağlık harcamalarını emekçilerin üzerine transfer etmeleri yönündedir. 2002 yılında, çalışanlarına sağlık hizmeti sağlayan patronlar sağlık harcamalarının yüzde 73'ünü karşılıyordu. Bu oranın 2008'de yüzde 65'e ineceği beklenmektedir. Ayrıca çalışanlarına herhangi bir kapsamda sağlık hizmeti sunan patronların oranı da yüzde 10 azalmıştır.

Öte yandan, sistemin arz yönünde de sıkıntılar mevcuttur. Talep artsa bile arz tarafı bu talebi karşılayabilecek durumda değildir. Bekleme sürelerinin artmasının ve acil servislere yönelimin en önemli nedeni budur. Pek çok kişi başkanlık seçimleri nedeniyle 2008 yılını özel sektördeki sorunların çözümü için bir fırsat olarak gördüyse de bu bakımdan somut gelişmeler yoktur.

Bugün ABD'de sağlık harcamalarının karşılanamaz boyutlarda oldu-

ğu kanısı yaygındır. Patronlar sürtüşme yaratmak istemezken, sessizce sağlık paketi kapsamını daraltmaktadır. Bu nedenle 2000'den beri patron temelli programlar erozyona uğramaktadır. Bunun da ötesinde yönetilen bakım programları daha çok kazanç elde etmeye çalışmakta bu da krizi derinleştirmektedir. Harcama artışı daha iyi sağlık anlamına gelmediği gibi ölüm hızını artırdığına ilişkin şüpheler de vardır.

Harcamaların kontrolüne yönelik çabalar şimdi eskisinden daha ciddidir. Bunun da nedeni sağlık harcamalarının ekonomik bir risk olarak değerlendirilmeye başlanmış olmasıdır. Medicare ilk kez bir finansman raporu yayınlayarak 2012 yılında Medicare harcamalarının yarısının merkezi olarak (federal bütçeden) karşılanması gerekeceğini belirtmiştir. Pek çok başka kurum da (Kongre Bütçe Ofisi, Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezi gibi) Medicare ve Medicaid harcamalarının merkezi bütçenin önemli kısmını yutacağı uyarısında bulunmuşlardır. Hatta bu harcamalar merkezi diğer harcama kalemlerini sıkıştıracak bir etki gösterecektir.

Sağlık harcamalarının maliyet sınırlaması ile kontrol altına alınması en çok tercih edilen yöntemlerden birisidir. Bunun da sağlık durumu daha kötü olan bireylerde olumsuz sağlık sonuçlarına neden olduğuna ilişkin araştırma bulguları vardır. Örneğin hipertansiyonlulardan katkı payı alındığında ölüm hızı diğer gruplara göre daha yüksek olmaktadır.

Tablo: ABD'de sağlık harcamalarının kaynağa göre dağılımı (milyar Dolar olarak)

Finansman kaynağı			1993	2005	2007	2017 (tahmin)
Toplam			913	1973	2245	4277
Özel			513	1077	1207	2198
	Tüketici		441	933	1039	1880
		Cepten	145	247	269	464
		Özel sigorta	296	686	769	1415
	Diğer özel		72	144	168	318
Kamu			400	897	1039	2079
	Federal		279	639	753	1536
		Medicare	150	338	427	884
		Medicaid	77	179	191	402
		Diğer federal	53	122	135	250
	Eyalet ve yerel		121	258	286	543
		Medicaid	46	134	148	315
		Diğer eyalet	75	123	138	228
	Toplam Medicaid		122	314	338	717

HMO'lar 2008 için ortalama yüzde 14.7'lik bir prim artışı öngörmektedir. Bu hedef sağlık harcamalarının olası artışı hakkında da fikir vermektedir. Oysa bu oran bir yıl önce yüzde 8.2 olarak gerçekleşmişti. Şirketler ise üzerlerine binecek yükü azaltmak için maliyeti çalışanlara paylaştırmayı planlamaktadır. Bunlar arasında zaten uygulanmakta olan katkı payı stratejisinde özel tercihlere yönelme de vardır. Şirketlerin düşüncesi birinci basamağa başvurudaki katkı payını 15 Dolar, uzmanlara

başvurudaki katkı payını da 20 Dolar olarak saptamaktır. Bunun daha pahalı olan uzman hekim kullanımını azaltacağı beklenmektedir.

Tablo: ABD'de sağlık hizmetlerinin finansmanıyla ilgili veriler (2005) (who.int/countries/usa)

Toplam sağlık harcaması içinde hükümetin payı %	45.1
Toplam sağlık harcaması içinde hükümetin payı %	21.8
Özel sağlık harcamasının içinde cepten harcamanın payı %	23.9
Kişi başı hükümet sağlık harcaması (Dolar)	2862
Toplam sağlık harcaması (Dolar)	6350
Toplam sağlık harcaması içinde özel harcamanın payı %	54.9
Özel harcama içinde özel önödemeli planların payı %	66.3
Hükümet sağlık harcaması içinde sosyal güvenlikten sağlık harcaması payı %	28.8
Toplam sağlık harcamasının ulusal gelir içindeki payı %	15.2

1.8. Sistemi organize etmeye yönelik çabalar

Amerika sağlık için çok para harcamasına karşın, verimlilik; etkinlik, kalite bakımından önemli sorunlar yaşamaktadır ve eşitsizlikçi bir yapıya sahiptir. Bu sorunları ele almak üzere 2005 yılında, ilgili tarafların tümünü kapsayan, federal bir komisyon oluşturulmuştur.

Komisyonun amacı, performans kriterlerinin, gerçekçi amaçların, kesin stratejik adımların saptanması ve yıllık raporların hazırlanması olarak belirlenmiştir. Komisyonun ilk raporuna göre, ABD sağlık sisteminin 10 temel noktada yetersizliği vardır: Sistem uzun, sağlıklı ve üretken yaşam; hastaların bakış açısına göre doğru, güvenli, mükemmel bakım; evrensellik, eşitlik, verimlilik, dayanışmacılık ve kendisini geliştirme kapasitesi açılarından yetersizdir. ABD sağlık için en çok para harcayan ülke olmasına rağmen, milyonlarca insan halen en temel hizmetlerden yoksundur.

Komisyon bütün bu saptamalardan sonra Amerikan sağlık sisteminin daha fazla derecede organizasyona gereksinimi bulunduğu saptamasını yapmıştır.

Komisyon, görünür gelecekte, sistemin özel-kamu karma karakterinin devam edeceğini tahmin etmektedir. Taraflara daha fazla sorumlu-

lık yönünde çağrı yapmaktadır. Ancak bu çağrı sistem içindeki aktörlerin konumlarında radikal değişiklikler oluşturmaya yönelik değildir. Dolayısıyla Amerikan sağlık sisteminin komisyonun tanımladığı sorunları çözmesinin "öngörülebilir" gelecekte pek de olanaklı olamayacağı söylenebilir.

Piyasa yönelimli reformların, kaliteyle ilgili uygun kriterler dikkate alındığında verimliliği artıracağı varsayılmaktadır. Ancak herkes bilmektedir ki rekabet şu anda sosyal güvencesi olmayanlara kaynak aktarmaya yaramayacaktır. Verimlilik çerçevesinde Tüketicinin Yönlendirdiği Sağlık Planları'ndan (Consumer Driven Health Plans) söz edilmektedir. Yönetilen bakım programları sistemin yalnızca maliyet sınırlamasında ve arz yönünde odaklanmışken (üstelik bu amaca önemli derecede ulaşamamıştır da), tüketiciye yönelik programlar kalite ve talep yönünde odaklanmaktadır ve maliyet paylaşımını gündeme getirmektedir. Maliyet paylaşımı ise katkı payları şeklindedir. Ayrıca kullanıcıya fiyat ve kalite bilgisi verilerek "seçme" şansı tanınmaktadır. Katkı payı ile hizmet kullanımı arasındaki olumsuz ilişki ise pek çok araştırma ile ortaya konulmuştur.

Amerika'da sosyal güvenlik sorununu çözmek için farklı yaklaşımlar mevcuttur. Demokratlar kamu fonlarının büyük sermaye tarafından desteklenmesini ve küçük sermayeye de sigorta masrafları karşılığında vergi indirimi getirilmesini önermektedir. Demokratlar'ın bir başka önerisi (Bayan Clinton'a aitti) 18 yaşın üzerindeki herkesin sağlık sigortası üyeliğinin zorunlu tutulmasıdır. Demokratlar özel sigorta sistemine karşı değildir, ancak herkesi kapsayan bir kamu mekanizmasına vurgu yapmaktadır. Bütün tarafların maliyet artışından yakındığı böyle bir ortamda kamusal güvencenin nasıl sağlanacağı halen önemli bir sorundur.

Cumhuriyetçiler ise piyasanın tamamen serbest bırakılmasını istemektedir. Onlar açısından başarı daha fazla sayıda özel şirketin piyasaya girmesidir. Cumhuriyetçiler ayrıca sigorta ödemeleri için vergi indirimi önermektedir.

1990'larda sigorta şirketleri hizmet başı ödeme esasıyla sözleşme yapmaktaydı. Şimdi eğilim yönetilen bakıma doğrudur. 1996'da hizmet başına ödeme sistemine dahil olan işçilerin oranı yüzde 27 iken 2001 yılında

yüzde 7'ye inmiştir. Artık hizmet başı ödeme Medicare sözleşmeleri dışında terk edilmektedir.

Medicare ve Medicaid, performansa göre ödeme yaparak, kalite ve verimliliği artırmaya, maliyetleri de düşürmeye çalışmaktadır. Örneğin 280 hastaneye belirlenmiş beş klinik tabloda gösterdikleri performansa göre ödeme yapılmaktadır. Aynı uygulama her birisi 200'den fazla hekimi çalıştıran 10 tane büyük hekim grubu ve kronik hasta bakımı sağlayan sağlık kurumları için de başlatılmıştır.

2. İngiltere[4/5]

2.1. Genel yapı

İngiltere sağlık sistemi çok önemli oranda kamusal bir özellik gösterir. Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Services; NHS) adıyla bilinir. NHS devlet tarafından işletilir. İngiltere'nin en büyük ekonomik sektörlerinden birisidir. Bunun da ötesinde Avrupa'nın en büyük sivil işletmesidir. NHS içinde 500 çeşit işte 1.6 milyon kişi (2005 için) istihdam edilmektedir.

NHS ciddi biçimde politik bir kurumdur. İngiltere refah devletinde bireyselciliğe karşı kolektivizmin simgesidir. Seçim kampanyalarının en önemli tartışma konularından birisidir. İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde sınıfsal tarafların ve özel olarak da iki önemli partinin (Muhafazakar Parti ve İşçi Partisi) devletin rolü, ekonominin yönetimi ve sosyal politikalar konularındaki anlaşmasının (konsensüs) bir ifadesi olarak ortaya çıkmıştır. 1979'da başlayan Thatcherlı yıllarda ise bu anlaşmanın sorgulanmaya başlandığı görülmektedir.

NHS içinde hemen bütün sağlık hizmetleri parasızdır. Bireyler yalnız-

---

[4] Bu bölümde İngiltere kavramı İngiltere (England), İskoçya (Scotland), Adalar (Wales) ve Kuzey İrlanda'yı (Northern Irland) içine alan Birleşik Krallık (United Kingdom) için kullanılmıştır.

[5] Bu bilgiler için bkz. Maynard A 1990; Lewitt R, Wall A 1992; Jefferys M 1992; Boerma WGW, Jong F, Mulder PH 1993; Maynard A 1994; Maynard A, Bloor K 1996; Kingdom J 1996: 126-161; Belek İ 1997; European Observatory on Health Care Systems 1999; Holland W 2000; Keen V 2000; Smee C 2000; Robinson R 2004; Boyle S 2005; Oliver A 2005; Oliver A-1 2005; Shaw ve diğ 2005; Tebbe SG, Figueras J 2005; Doran T 2006: 375-384; Oliver A 2006; Wismar M ve diğ 2006; Holland W 2007: 1-4; Oliver A 2007; Boyle S 2008; Tanner 2008: 23-25

ca ayaktan tedavi sırasında kullanılan ilaçların ve diş sağlığı hizmetlerinin maliyetine katkıda bulunurlar. Buna rağmen yazılan ilaçların da yaklaşık yüzde 80'inden hiçbir ödeme alınmaz.

NHS'nin oluşturulmasında 1942 yılında yazılan Beveridge raporunun belirleyici etkisi olmuştur. Bu raporun en önemli önermesi herkes için parasız ve kapsamlı bir ulusal sağlık sisteminin kurulması yönündeydi. O yıllarda bu önermenin arkasında büyük bir toplumsal destek vardı. NHS'nin şekillendirilmesinde hekimlerin güçlü bir etki odağı oluşturdukları görülmektedir. İngiliz Kraliyet Koleji (uzmanların örgütü) ve genel pratisyenler mesleki bağımsızlıklarındaki herhangi bir sınırlamaya şiddetle karşı çıktılar. Özellikle sağlık hizmetlerini yerel hükümetlerin kontrolüne açacak düzenlemelerle ilgilendiler. Tıp sistemi ve hekimler üzerindeki demokratik ya da bürokratik denetimleri kabul etmediler. Uzmanların talebi ise NHS hastanelerinde ücret karşılığı hasta bakma haklarının korunmasıydı. Genel pratisyenler de yerel yönetimlerin işleteceği sağlık merkezlerinde ücretli çalışmayı reddederek, eskisi gibi bağımsız çalışma ve kişi başına ödeme sistemini kabul ettirdiler. Bunlar, hekimler dışındaki değişik tarafların katıldığı uzun süreli tartışmalar sonucunda belirlenen temel ilkelerle çelişen noktalardı. Sonuç olarak yerel otoritelerin sorumluluğu toplum sağlığı hizmetleriyle sınırlı kaldı. Hastanelerde çalışan uzmanlara özel çalışma hakkı verildi. Ancak bütün bunlara rağmen NHS sağlık hizmetini önemli oranda parasızlaştırdı.

NHS Yasası 1946'da yayınlandı ve NHS 1948 yılında çalışmaya başladı.

Başlangıçta hastane ve kamu sağlığı hizmetleri bütçeleri kişi başı esasına göre belirleniyor ve kimi demografik değişkenlerin etkisi dikkate alınarak kesinleştirilip bölge sağlık idareleri üzerinden hastane ve diğer ilgili kurumlara aktarılıyordu. Genel pratisyenler kendi hesabına çalışan konumundaydı. Ücretleri kişi başı, hizmet başı ödeme sistemlerinin karışımıyla belirleniyordu. Özellikle hastaneler önemli mali sıkıntılar yaşıyordu. Gelişen teknolojiyle birlikte de sisteme yönelik memnuniyetsizlik zamanla arttı. 1988 yılında resmi makamlar büyük reformların gerekliliği üzerinde durmaya başladılar.

NHS'nin temel özellikleri yüksek derecede merkeziyetçilik, coğrafi

olarak yaygın yönetsel yapısı, üç ayaklı organizasyonu, korporatist politika üretme tarzı ve demokratik sorumluluk açısından zayıf yapısıdır.

NHS'nin merkeziyetçiliği, finansmanı genel bütçeden sağlayan yapısından ileri gelir. Merkeziyetçi yapı NHS'yi aynı zamanda parlamento karşısında sorumlu kılar. Coğrafi yaygınlık, sistemin 14 bölgede (region) ve yaklaşık 200 alt bölgede (district) örgütlenmiş olmasını ifade eder. Bunların her birisi yerel bir kurul tarafından yönetilir. 1960'larda her alt bölge kendi hastanesini de kurmuştur. Coğrafi yaygınlığın bir amacı da kaynakların eşit dağıtılmasıdır. Üç ayaklı organizasyon, hastanelerden, genel pratisyenlik hizmetlerinden ve toplum sağlığı hizmetlerinden oluşur. Bu üçlü yapılanma, 19. yüzyıldan itibaren ortaya çıkmış ve NHS içinde de korunmuştur. 1968 yılında İşçi Partisi hükümeti bu üçlü yapıyı yerel yönetimler içinde birleştirmeyi düşündüyse de Hekimler Birliği'nin muhalefeti sonucunda başarısız olmuştur. Korporatizm hükümet ile Hekim Birliği arasındaki görüşmeler anlamına gelir ve sistem içinde Hekim Birliği'nin gücünü, etkisini tanımlar. Gerçekten de NHS içindeki bütün kurullarda, eğitim, çalışma koşulları ve ücretlerle ilgili olarak yapılan düzenlemelerde Birlik temsilcilerinin önemli etkisi vardır. Sağlık otoritelerinin seçilmiş organlar tarafından kontrol edilememesi demokrasi eksikliği olarak tanımlanır. Toplum katılımını hedefleyen yerel toplum sağlığı konseylerinin ise yalnızca bir bilgi aktarma organı olarak çalıştığı belirtilmektedir.

NHS yapısının en tepesinde Sağlık Bakanlığı bulunur. O'nun altında Bölge Sağlık İdareleri (Regional Health Authority), daha altta 90 adet Yerel Sağlık İdaresi (Area Health Authority) ve en altta da 100 kadar Alt Bölge Sağlık İdaresi (District Health Authority) yer alır. Her bir alt bölgenin ortalama nüfusu 300 bindir (2007).

Toplumla sağlık sistemi arasındaki ilişkiyi kurmak açısından toplum sağlığı konsülleri oluşturulmuştur. Sayıları 230 kadardır. Her birisinin 16-30 üyesi vardır. Üyelerin yarısı yerel sağlık otoritesi temsilcileri, üçte biri yerel gönüllü kuruluşların temsilcileri ve altıda biri de Sağlık Bakanlığı temsilcilerinden oluşur. Hizmet sunumuyla ilgili önemli kararlarda sağlık idareleri konsüllere danışmak zorundadır.

NHS içinde geleneksel olarak hastanecilik hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetleri birbirinden ayrıdır. Hastanecilik hizmetlerinin sorumlusu Alt Bölge Sağlık İdareleri iken, birinci basamak sağlık hizmetleri Aile Sağlığı Hizmetleri İdareleri'nin (Family Health Services Authorities) sorumluluğundadır. Ancak 1996 yılında bu iki hizmeti entegre etmek amacıyla Alt Bölge Sağlık Otoriteleri ile Aile Sağlığı Hizmetleri Otoriteleri tek bir çatı altında birleştirilmiştir.

NHS Thacther döneminde liberal karakterli yapısal değişiklikler geçirdi. Ancak yine de yukarıda sıralanan temel özellikleri değişmedi. Aslında NHS'deki liberal mantıklı değişim sürecinin daha eskilere dayanan bir tarihi vardır. 1983 yılında bir süper marketler zincirinin genel yöneticisi olan Sir Roy Griffiths'e hazırlatılan rapor bu değişikliklerin temel noktalarını belirledi. Griffits NHS'de "kurumsal durgunluk" saptaması yapmıştır. Bu raporda her sağlık kurumunun başına NHS dışından profesyonel yöneticilerin getirilmesi ve özel sektörün teşvik edilmesi gibi öneriler vardı. Sağlık sektörünün bir sağlık süper marketine ve hizmet kullananların da tüketiciye dönüştürülmesi hedeflendi. Bu gelişmelerle bağlantılı olarak 1988 yılında bu kez ABD'li iktisatçı Alain Enthowen tarafından İç Piyasa (Internal Market) adı verilen bir strateji geliştirildi. NHS'nin son 10-15 yıllık gelişimini iç piyasa kavramının belirlediği söylenebilir. Muhafazakar hükümet 1989'da Hastalar İçin Çalışma (Working for Patients) adlı bir dokümanla sağlık sektörünü piyasaya açmaya yöneldi. Asıl değişiklik 1990 yılında yayınlanıp, 1991'de uygulamaya konulan NHS ve Toplum Sağlığı Yasası (NHS and Community Care Act) ile gerçekleştirildi. İç piyasa düzenlemesiyle NHS parçalanmış, hizmet üretenler ile satın alanlar birbirinden ayrılmış ve NHS içine piyasa ilişkileri sokularak, taraflar arasında rekabet yaratılmıştır. Rekabet hizmeti üreten kurumlar (genel pratisyenler ve hastaneler) arasına sokulmuştur. Bunun için hastalara hekim seçme hakkı verilmiş ve hekimler üzerinde finansal baskı yaratılmıştır. Öte yandan da genel pratisyenlik hizmeti yeniden düzenlenerek, genel pratisyenler üzerine, hastaneler arasında rekabet yaratacak finansal sorumluluklar yüklenmiştir.

Muhafazakar hükümetin reform önerileri şu temel ilkeler üzerinden

geliştirilmiştir: 1) Daha fazla esneklik uygulamak, bunun için de karar alma mekanizmalarının yerel düzeye delege edilmesi. 2) Hastanelerin özerkleştirilmesi ve hastane işletmeleri (trust) haline getirilmesi. 3) Paranın hastayı (ya da işi) izlemesi, yani ödemelerin iş bittikten sonra yapılması. 4) Genel pratisyenlerin kendi hastaları adına hastanecilik hizmetleri satın alabilmeleri, bunun için de fon kullanabilmeleri. Bu sisteme Fon Tutucu Genel Pratisyenlik (General Practitioner Fundholding; GPFH) denilmektedir.

Öncelikle iyi işletilen NHS hastaneleri işletme haline getirildi. Bunlar kaynak bulma, kendi kadrolarını atama, bölgesel otoritelerle, fon kullanan genel pratisyenlerle, özel sektörle anlaşma yapma, yatırım gerçekleştirme yetkisine sahiptirler. Alt Bölge Sağlık İdareleri kendi hastanelerinden, hastane işletmelerinden ve özel hastanelerden hizmet satın alabilirler. Hastane işletmelerinin ve fon kullanan genel pratisyenlerin ortaya çıkışı 1991'e rastlamaktadır. 1998 yılında bütün akut bakım hastanelerine, toplum sağlığı hizmetleri üreticilerine ve ambulans hizmetlerine işletme statüsü kazandırılmış durumdaydı. Finansman yine genel vergilerle sağlansa da fonların kullanımı değiştirilmiş, hizmeti üreten ve satın alan kurumlar birbirinden ayrılmıştır. 1991'e kadar hastaneler Alt Bölgelere bağlı kurumlardı. Böylece Alt Bölgeler doğrudan hizmet üretiminin içindeydiler. Reformlarla birlikte hastaneler işletmeleştirilirken, Alt Bölgeler de finansör ve hizmet satın alan kurumlar durumuna getirildiler. Bu sistemde hizmeti satın alanlar Alt Bölge Sağlık İdareleri ile fon kullanan genel pratisyenlerdir. Hizmet üreticileri ise genel pratisyenler, fon kullanan genel pratisyenler, NHS hastaneleri, hastane işletmeleri ile özel hastanelerdir. Her Alt Bölge Sağlık İdaresi kendi 300 bin nüfuslu bölgesi için hastane işletmelerinden hizmet satın alır. Bunun için hizmet standartlarını belirler ve hizmeti en uygun fiyata üreten kurumla sözleşme yapar. Bu sistemin üretici kurumları rekabete yönelteceği, hizmet kalitesini artıracağı, maliyetleri düşüreceği beklentisi vardır. Rekabetin en önemli düzenleyicileri Alt Bölgeler ile GPFH'ler olacaktır.

Fon kullanan genel pratisyenlik yapısı bir yandan kendisine bağlı nüfus için birinci basamak hizmeti üretir. Öte yandan da aynı nüfus için ikinci

basamak sağlık hizmeti satın alır. Dört beş genel pratisyen bir araya gelerek fon kullanabilmektedir. Fon kullanan genel pratisyenlere Alt Bölge Sağlık İdareleri'nden aktarılan bütçe genel pratisyenlik hizmetlerini, hastane ve konsültanlık hizmetlerini (acil hizmetler dışında), genel pratisyenler ve konsültanlarca gerçekleştirilen araştırma ve tanı işlemlerini, ilaçları, hastanelerin sunduğu ayaktan tedavi edici hizmetleri ve yönetsel hizmetleri finanse edecek kadar olmalıdır.

GPFH uygulaması başlangıçta deneysel nitelikte iken hızla yaygınlaştı. 1998 yılında 3.500 GPFH oluşmuştu. Zamanla bazı GPFH'ler de, yönetsel maliyetleri düşürmek için, aralarında birleşerek konsorsiyumlar oluşturdular ve bu gelişme muhafazakar hükümet tarafından da desteklendi. 1998 yılında bunların sayısı da 100 kadardı. Bu konuda 1995 yılında daha radikal bir adım atıldı. Çok sayıda genel pratisyenin birleştirilmesiyle çok amaçlı genel pratisyenlik siteleri oluşturuldu. Bunlar, kendilerine bağlı toplam 12 bin-80 bin kişilik nüfuslar için hastanecilik ve halk sağlığı hizmetlerini satın alan sistemlerdir. 1998'deki sayıları 80'dir. Böylece reform sürecinde 1990'lı yıllarda genel pratisyenlik alanında üç değişik yapı ortaya çıkmıştır. Genel pratisyenlik alanındaki bütün bu finansal bağlantılı gelişmelere rağmen pek çok genel pratisyen fon tutma işlevinden memnun değildi. Bazıları için ideolojik içerikli memnuniyetsizlik, diğerleri için de daha pratik nedenlerden (fonu yönetme zorluğu gibi) kaynaklanan memnuniyetsizlik söz konusuydu.

Thatcher dönemindeki değişiklikler diğer kesimlerin görüşleri alınmadan gerçekleştirilmiştir. Kamuoyunun tepkisini çeken noktalardan birisi de bu olmuştur. Bunun üzerine izleyen yıllarda, hükümet tutumunu yumuşatmak zorunda kaldı. Örneğin Rekabet (Competition) ve İç Piyasa (Internal Market) terimlerinin yerini Yönetilen Rekabet (Managed Competition) ve Yönetilen Bakım (Managed Care) kavramları aldı. Satın Alma (Purchasing) kavramı Komisyon Yapma (Comissioning) kavramı ile değiştirildi.

NHS'nin piyasaya açılması muhafazakar hükümetin beklentilerinin tersine sistemin verimliliğinde ve maliyetlerin azaltılmasında önemli değişiklik yaratmadı. Örneğin hastanelerin üretkenliğinde ancak küçük bir

artış oldu ve fon kullanan genel pratisyenlerin ilaç harcamaları da küçük miktarda azaldı. Halkın memnuniyetinde, hizmetlerin klinik kalitesinde artış, bekleme sürelerinde azalma olmadı. Yönetsel maliyetler ise önemli oranda arttı. Bu da genel olarak sistemin verimliliğini düşürdü. Fon kullanan genel pratisyenlere kayıtlı hastalarla, kayıtlı olmayanların hastanelerdeki bekleme süreleri arasında, ikinciler aleyhine ciddi eşitsizlik oluştu.

Yönetsel maliyetlerin artışı sözleşme sistemine bağlıydı. Yönetim maliyetlerinin toplamdaki oranı 1991-1992'de yüzde 8 iken, 1995-1996'da yüzde 11'e yükseldi. Yönetsel işlevlerle ilgili peronelin sayısında çarpıcı bir yükselme oldu. Bölge Sağlık İdareleri ise yönetim sürecindeki etkinliklerini yitirdiler.

Ayrıca rekabet son derece sınırlı kaldı. Hastaların seçme şansı çok sınırlıydı. Pek çok bölgede Bölge Sağlık İdareleri baskın konumda bulunan tek bir hastaneyle karşılaşıyordu. Bu nedenle hastane işletmelerinin üçte ikisi yıllık gelirlerinin üçte ikisini yerel Bölge Sağlık İdarelerinden almaya devam ettiler. İşletme düzeyinde ücret esnekliği sınırlıydı. Bunda sendikaların güçlü olmasının yanında, harcamaların toplamının zaten merkezi olarak belirlenmesinin de etkisi vardı. Yine aynı nedenle işletmeler finansal hedeflerine ulaşmada zorluk çektiler. Örneğin ödemelerini zamanında yapamadılar, yatırımlarını gerçekleştiremediler.

Bu başarısızlığın nedenleri konusunda iki açıklama getirilmektedir. Bunlardan ilki sistemin tam olarak uygulanmak istenmemiş olmasıdır. Örneğin fon kullanan genel pratisyenler bu çabaları sonucunda herhangi bir ek gelir elde edememişlerdir. Bunun genel pratisyenlerin yeni sisteme yönelik motivasyonlarını kıran bir etken olduğu bildirilmektedir. Hükümet de hastaneleri denetlemek konusunda gevşek davranmış, sözleşmeleri yenilerken hizmet standartlarını denetlemede titizlik göstermemiş, sözleşme sisteminin gerektirdiği nitelikteki insan-gücü yetiştirilmemiştir. İkinci açıklama ise halkın ve sağlık çalışanlarının, sağlık sektörüne piyasa ilişkilerinin sokulmasına etik değerler nedeniyle karşı çıkmış olmalarıdır.

Sonuç olarak, reformlar sistemin makro sorunlarını çözmekte yetersiz kaldı. 1996 yılında İngiliz vatandaşlarının yüzde 41'i yapılanlardan mem-

nun değildi, yüzde 82'si de hükümetin sağlık için daha çok kaynak ayırması gerektiğini düşünüyordu. Oysa bu oranların AB ortalaması yüzde 28 ve yüzde 48'di. Bu memnuniyetsizliğin en önemli nedeni de, yine, acil olmayan operasyonlar için gereken bekleme sürelerinin halen çok uzun olmasıydı. Ayrıca hastane yataklarının yönetimindeki verimsizlik de önemli bir nedendi. Bunların dışında, daha çok NHS dışındaki faktörlere bağlı olarak ortaya çıksa da, sağlık eşitsizliklerinin aynı dönem içinde daha da artmış olması memnuniyeti azaltıyordu.

İşçi Partisi 1997'de hükümete gelince sistemde yeni değişiklikler gerçekleştirdi. Özellikle, genel pratisyenlerin fon kullanmasını, fon kullanan genel pratisyenlere bağlı hastalarla, diğerleri arasında bekleme süreleri konusunda ortaya çıkan eşitsizlikleri ve yönetsel maliyetlerin artışını eleştirdi. Öncelikleri yeniden belirledi. Sonuçta kendi raporunu yayınladı: NHS: Modern ve Güvenilir (NHS: Modern and Dependable). Burada rekabetin ve piyasa vurgusunun yerine planlama ve birlikte çalışma (işbirliği) kavramları öne çıkarıldı. Bu rapora bağlı olarak 1999 yılında yayınlanan Sağlık Yasası'nda şu değişikliklere yer verildi: 1) Hizmetin finansmanı ile üretiminin ayrılması korunuyor, ancak sözleşme süreleri bir yıldan üç yıla çıkarılıyor. 2) GPFH'ler sonlandırılıyor. Yerlerine nüfus temelli Birincil Bakım Grupları geçiriliyor. 3) NHS işletmeleri korunuyor; ancak bunlar alt bölgeler ve Birincil Bakım Grupları ile işbirliği içinde çalışmaya yönlendiriliyor. 4) Belli hastalıklar ve yeti yitimlerinin klinik bakımı için standart şemalar geliştiriliyor ve hizmet kalitesi kavramı öne çıkarılıyor. 5) Eşitsizliklerin ve yoksulluğun azaltılmasına özel önem veriliyor. Bunun için 26 adet özel yoksulluk bölgesi belirleniyor. Bu bölgelerde NHS'nin yerel yönetim, yerel endüstri ve gönüllü kuruluşlarla birlikte sağlığın gelişimi için çalışması benimseniyor.

İlk yapılan GPFH ve benzeri yapıların kaldırılarak yerlerine Birincil Bakım Grupları'nın (Primary Care Groups) getirilmesi oldu. Birincil Bakım Grubu belli bir coğrafi alanda bütün genel pratisyenlerin içinde olduğu grupları tanımlar. Bunlar Nisan 1999 tarihinden beri vardır. Bağlı nüfusları 50 bin ile 250 bin arasında (ortalama 100 bin) değişmektedir. Buradaki hedef zamanla bu grupların Birincil Bakım İşletmeleri şeklin-

de gelişmeleridir. Son aşamada Birincil Bakım Grupları sağlık hizmetini kendileri satın alan ve kendilerine bağlı nüfusun halk sağlığı hizmetlerinin üretiminden de sorumlu bağımsız yapılar olacaklardır. Böylece, Alt Bölge Sağlık İdareleri'nin işlevlerinin bir kısmını da üstleneceklerdir. Alt Bölge Sağlık İdareleri kendi bölgelerinin sağlık gelişim planlarının hazırlanmasından sorumlu olacaktır. Birinci basamak ve halk sağlığı hizmetlerinin üretimi ve finansmanı, hastanecilik hizmetlerinin hastane işletmelerinden satın alınması işlevlerini Birincil Bakım Grupları yerine getirecektir.

Birincil Bakım Grubu'na bağlı olan genel pratisyen sayısı da ortalama 50'dir. Grupların bu kadar büyük organize edilmesinin nedeni yönetimi kolaylığı sağlamaktır. Gruplar, aynen fon kullanan genel pratisyenler gibi hastanelerle sözleşme yaparlar. Ancak buradaki sözleşmeler birkaç yıllıktır ve merkezi olarak belirlenen sağlık hedeflerine ulaşmak gibi bir zorunlulukları da vardır. Dolayısıyla bunlar bir yönetim birimi olarak hareket ederler.

İkinci değişiklik NHS işletmeleriyle ilgilidir. NHS işletmelerinin finansör kurumlarla kısa süreli sözleşmelere dayalı ilişkilerinin yerine uzun süreli hizmet anlaşmaları geçirilmeye çalışılmaktadır. Ayrıca hizmet üretenler ile satın alanlar arasındaki rekabetin yerine işbirliğinin getirilmesi hedeflenmektedir. Bölge Sağlık İdareleri NHS'nin bölgesel ofisleri olarak yeniden yapılandırılmaktadır. Alt Bölge Sağlık İdareleri kendi bölgeleri için stratejik planlamadan sorumlu tutulmakta ve hizmet satın alma işlevi önemli oranda kendilerinden alınarak Birincil Bakım Grupları'na verilmektedir. Bütün bunlar NHS içinde hizmet üreticilerinin ve sağlık profesyonellerinin etkilerinin artmakta olduğunu gösteren veriler olarak yorumlanabilir.

Son yıllarda birinci basamakta ekip çalışması hedeflenmektedir. Bunun için de Birinci Basamak Sağlık Bakım Ekipleri (Primary Health Care Teams) isimli sistem yaratılmaktadır. Ancak birinci basamağın hiyerarşik yapısı ekip çalışmasının önündeki en önemli engeldir. Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji (Royal Colleege of General Practitioners) ekip çalışmasının kalitesiyle ilgili kriterler geliştirmektedir.

Birinci basamaktaki hizmetin niteliğini artırmak için özellikle kronik hastalık bakımına odaklanan ücretlendirme sistemi tercih edilmektedir. Amaç toplumun yalnızca tıbbi değil, bütün psikososyal hizmet gereksinimlerinin birinci basamaktaki ekipçe ele alınabilmesidir.

Bazı araştırmalar ekip çalışmasının ekibin üyeleri tarafından iyi algılanamadığını, ortak amaç ve strateji belirlemede ve bunlar için ortak çalışma gerçekleştirmekte önemli sorunlar olduğunu göstermektedir. Ekip içindekilerin iletişim becerilerinin düzeyi ekip çalışmasını etkileyen önemli bir faktördür.

Geçen 10 yıl içinde Blair hükümeti birbiriyle tam olarak uyumlu olmayan birtakım değişiklikler yapmıştır. Bunların odaklandığı noktalar şunlardır: 1- NHS harcamalarındaki aşırı yükselme. 2- Hastanelerdeki bekleme sürelerini azaltmak ve niteliği artırmak için piyasa, tercih ve sonuçlara göre ödemeler. 3- Birinci basamağa daha çok kaynak yönlendirmek ve geri kalmış bölgelere özel önem vermek. 4- Sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini daha iyi entegre etmek. Buradaki temel amaçlar da şunlardır: a) Bekleme sürelerini kısaltmak. b) Üretkenliği artırmak. c) Sağlık göstergelerini geliştirmek. d) Kaliteyi yükseltmek. e) Eşitsizlikleri azaltmak.

Bunları sağlamak için finansal ve başka türden değişik kriterler belirlenmiştir. Örneğin artık hastane yöneticileri finansal yönetim ve bekleme süreleriyle ilişkili performans kriterlerini yakalamak zorundadır. Eğer bunu başarabilirlerse daha çok otonomi ve ayrıca maddi kazanç elde etmektedirler. Başaramadıkları taktirde de işten alınmaktadırlar. Ancak bu, fazlasıyla kişiye odaklanmış bir stratejidir ve NHS'nin toplam verimliliği üzerindeki etkisi soru işaretleriyle doludur. Hastaneleri motive eden en önemli mekanizma, hastaya, birinci basamaktan sevk edildiği anda tanınan hastane tercih hakkıdır. Hastaya tanınan bu tür seçme hakkının ne derecede etkili olduğu da tartışmalıdır. Çünkü sistem değişikliğine karşın hastalar halen kendi genel pratisyenlerine ve yakınlarındaki hastanelere gitmektedir. Hastanın esas arzusu seçme hakkı değil, kullandığı hizmetin kalitesidir.

Blair hükümeti iç piyasa uygulamasına son verdikten sonra NHS harcamalarındaki yıllık artış hızlanmıştır: 1997/1998'de yüzde 1.5, 1998/1999'da

yüzde 2.2 ve sonraki üç yıl boyunca da yüzde 4.7. Ancak bu artış özellikle ücretlerin yükseltilmesine, personel sayısının artırılmasına ve hastane altyapısının geliştirilmesine bağlıdır. Gerçekten de 2000 yılı başında sağlık çalışanlarının ücretleri yüzde 3.25 ile yüzde 8.4 arasında (ebe ve hemşirelerde hekimlere göre daha yüksek oranda olmak üzere) artırılmıştır.

2007 yılında gelecek 10 yılda yaşama geçirilecek yeni bir plan açıklandı. Buna göre hizmet kullanıcılarına daha çok inisiyatif verilmesi düşünülmektedir. Bunun dışında genel pratisyenlik hizmetlerine ulaşımı artıracak ve hastane temizliğini geliştirecek uygulamalardan söz edilmektedir. Genel pratisyenlere ulaşımın artırılması için gece ve hafta sonu çalışması planlanmaktadır. Hastane temizliği ise hastane enfeksiyon hızlarının artışı nedeniyle gündeme getirilmektedir.

2008 yılı itibariyle bütün İngiliz vatandaşları NHS'nin kapsamındadır. NHS koruyucu sağlık hizmetlerini, ayaktan ve yataklı tedavi edici hizmetleri, genel pratisyenlik hizmetlerini, ayaktan ve yataklı tedavide verilen ilaçları, diş sağlığı hizmetlerini, ruhsal sağlık hizmetlerini, yeti yitimi ve rehabilitasyon hizmetlerini finanse eder. Bazı maliyet paylaşımı uygulamaları vardır.

NHS, Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilir. Yerel ölçekte ise birincil bakım işletmeleri ile (bunlar finansör durumdadır) hizmeti üreten bir dizi kurum (hastane işletmeleri, genel pratisyenler, bağımsız hizmet üreticileri) arasındaki sözleşmelerle sistem yönetilir. Birincil bakım işletmeleri NHS bütçesinin yüzde 85'ini kontrol eder. Bunlara aktarılan fonlar, ilgili nüfusun sağlık risk durumu dikkate alınarak hesaplanan kişi başı ödeme esasına göre belirlenir. Son yıllarda hastane seçme konusunda hastalara şans verilmekte ve hastanın tercih ettiği hastaneye sonradan (sonuçlara göre ödeme esasına bağlı) geri ödeme yapılmaktadır.

Hizmet kalitesinin denetimi önemli bir hedeftir. Bu amaçla oluşturulmuş üç özel kurum vardır: Sağlık Bakım Komisyonu, Sosyal Bakım Gözlem Komisyonu ve Ruhsal Sağlık Komisyonu. Bunlar merkezi olarak belirlenmiş kriterler çerçevesinde denetimler yaparlar. Hem genel pratisyenler hem de hastane hizmetlerine getirilen yeni ödeme biçimleri kalitenin denetimindeki önemli araçlar olarak görülmektedir. Hükümet

2008 yılında sistemin verimliliğini artırarak 8.1 milyar Dolar kazanç sağlamayı planlamaktadır. Bunun için uç noktadaki üretkenliğin artırılması, maliyet etkinlikle ilişkili merkezi prosedürlerin tanımlanması, hizmet üreten kurumların ve merkezi yönetimin harcamalarının azaltılması ve sosyal bakımın verimliliğin artırılması gerekecektir. Hizmeti üreten kurumların ayrıntılı işlem maliyetleri izlenmektedir.

Son yıllardaki diğer bir değişiklik hemşirelerin hizmet verdiği bir telefon sistemidir. Bu sistem acil bilgi taleplerini karşılamak ya da hastaları uygun hizmete yönlendirmek için kullanılmaktadır.

Diğer bir yenilik Ayaküstü Tedavi Merkezleri (Walk-in Centers)'dir. Buralarda hemşireler çalışır. Sabah erken saatte açılır ve gece geç saate kadar haftanın yedi günü hizmet verirler. Randevusuz çalışırlar ve küçük rahatsızlıklara yönelik hizmet sunarlar. Özellikle düzenli saatlerde muayene olmaları olanaklı olmayan hastalar, evsizler, göçmenler için uygundur.

Özellikle geri kalmış bölgeler için Sağlık Eylem Bölgeleri (Health Action Zones) oluşturulmaktadır. Bunların kapsadığı nüfus 13 milyondur. Amaç, diğer sektörlerle ve özel sağlık sektörüyle işbirliği içinde bu bölgelerde bir sağlık hareketinin başlatılmasıdır.

2007 sonu itibariyle İngiliz vatandaşlarının yüzde 63'ü sağlık sisteminde acil reformlara gerek olduğunu düşünüyordu. yüzde 60'ı ise hizmet kalitesinde artış olacaksa ceplerinden para harcamaya hazırdı. Ancak sistemi Amerikancılaştıracak reformlara da karşı çıkılıyordu.

2.2. Hastaneler

İngiltere'de ilk hastaneler kiliseler tarafından kurulmuştu. Daha sonradan özellikle yoksullara hizmet sunmayı hedefleyen, seçilmiş yerel yönetimler tarafından işletilen ve yerel vergilerle finanse edilen hastaneler açıldı. NHS kurulmadan önce hastanelerin yarısı kiliselerce finanse ediliyordu. Kalan yarısının da önemli kısmı belediyelerin elindeydi. Birkaç tane de özel hastane vardı. İkinci Dünya Savaşı sonrasında ulusal hükümet bütün hastanelerin yönetimini üzerine aldı. Hastane işletmesinin mali açıdan giderek güçleşmesi kiliselerin, gönüllü kuruluşların ve yerel yönetimlerin bu müdahale karşısında direnç sergilemelerini olanaksızlaştırdı.

İngiltere'de temel olarak üç tür hastane vardır. Bunlardan ilki sayıları

Şekil: İkinci basamak sağlık hizmetine ulaşım ve finansmanı

Semboller

A → B Finansal akış
C ↔ D C ve D sözleşme yaparlar

Kısaltmalar

DHA	Alt bölge
GPFH	Fon kullanan genel pratisyen
GP	Genel pratisyen
GP	Genel pratisyen
NICE	Ulusal Klinik Bakım Enstitüsü
CHI	Sağlığı Geliştirme Komisyonu
NFHGP	Fon kullanmayan genel pratisyen

Kaynak: OECD

200'den fazla olan Alt Bölge hastaneleridir. İkinci basamak sağlık kurumu olarak hizmet verirler. Bunların üstünde ise üçüncü basamak hizmetleri sunan Bölge hastaneleri vardır. En altta ise 50 yataklı toplum hastaneleri bulunur. Genel pratisyenler kendi hastalarını buralara yatırarak kendileri tedavi edebilirler.

Son yıllarda NHS hastanelerinin ve bu hastanelerdeki yatak kapasitesinin azaltılması yönünde gelişmeler vardır. 1959'da 2.441 olan NHS hastane sayısı 1990'da 1.714'e düşürülmüştür. Hastane yatak sayısı ise 1959'daki 455.138 düzeyinden, 1990 yılında 283.469'a gerilemiştir. 1990-1994 arasında toplam 245 hastane kapatılmıştır. Son 10 yılda hastane yataklarındaki azalma da 10 bin kadardır. Daha çok, psikiyatrik hastalara bakım veren hastaneler kapatılmaktadır. Psikiyatrik hasta bakımı ev bakımına kaydırılmaktadır. Ancak, bu gelişmelere zıt bir biçimde koruyucu sağlık hizmetlerinin karşısında, tedavi edici hizmetlerin ağırlığı artmıştır. Toplam hastane harcamalarının içinde tedavi edici hizmetlerin payı yüzde 67'ye, toplam NHS harcamaları içinde de hastane harcamalarının ağırlığı yüzde 55'ten (1950), yüzde 65'e (1989) yükselmiştir.

Son yıllarda NHS hastanelerinde özel hastalar için yatak ayrılmaktadır. Bunların sayısı 3.000'dir. NHS hastaları özel ödeme yaparak özel odalardaki bu özel yataklardan yararlanabilirler.

2005 yılı başında beş İngiliz hastanesine vakıf şirketi oluşturma izni verildi. Sonradan vakıfların sayısı 25'e yükseldi. Burada hükümetin beklentisi beş noktada odaklanmaktadır: Hastaların beklentilerine karşı sorumluluk, klinik standartlar, liderlik ve yönetim, personelin desteği, ortak çalışma ve ortakların desteği ve finansal destek. Hastane vakıf şirkete dönüştüğünde hastane yöneticilerinin otonomisi artmaktadır. Otonomi özellikle performans kriterlerinin karşılanması ve personelin ücretlendirilmesi konularındadır. Hükümet bu ikisinin yatırımları ve hastaların beklentilerine yanıt düzeyini olumlu etkileyeceğini düşünmektedir. Vakıf hastaneleri birincil bakım işletmeleriyle sözleşme yapabilmektedir. Hükümet bütün NHS işletmelerini 2008 yılına kadar vakıf işletmesi haline getirmeyi planlamaktadır. Aslında hükümetin bu planı oluştururken kullandığı kriterlerin zemini sağlam değildir.

2002 yılı için 1000 kişilik nüfusa düşen hastane yatağı sayısı 3.9'dur. 2004 yılında ikinci basamak sağlık hizmeti 209 NHS işletmesi tarafından sunulmaktaydı. Bunlara ek olarak 23 tane, yine ikinci basamak düzeyinde hizmet veren, ruhsal sağlık işletmesi ve 240 tane de kısa süreli hizmet sunan özel hastane vardı. Hastane yataklarının yüzde 5'inden azı özel hastanelerdedir.

2.3. Hekimler

İngiltere'de hekim eğitimi üç aşamalıdır: Mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve sürekli eğitim. Ülkede 25 tıp fakültesi vardır. Öğrenciler beş yıllık eğitim alırlar. 1998 yılı itibarı ile tıp fakültelerine giren öğrenci sayısı 5.091'dir. Mezuniyet öncesi eğitimin tamamlanması sonrasında öğrenciler bir yıllık pratik eğitime başlarlar. Eğitimin bu aşaması hastanede ve birinci basamakta gerçekleştirilir. Bu da bittikten sonra temel tıp eğitimi tamamlanmış sayılır. Bundan sonra da genel pratisyenlikte ya da diğer dallarda uzmanlaşılır. Genel pratisyenlik yapacak hekimlerin uzmanlaşmaları zorunludur. Bunun süresi de üç yıldır. Üç yılın iki yılı hastanede, bir yılı da birinci basamakta geçirilir.

1997 yılında NHS'deki toplam hekim sayısı 134 bindir. İngiltere'de 1000 kişiye düşen hekim sayısı 2.3'tür. Bu oran yıllar boyunca önemli bir değişikliğe uğramamıştır: 1980'de 1000 kişiye 1.3 hekim. İngiltere'deki hekim/nüfus oranı endüstrileşmiş Avrupa ülkelerinin tümünden daha düşüktür. Hekimlerin dörtte biri gelişmekte olan ülkelerden gelen yabancı hekimlerdir.

Konsültanlar (uzman hekimler) esas olarak NHS hastanelerinde çalışırlar, ancak burada özel hasta muayene etme yetkileri de vardır.

2001 yılı için 1000 kişiye düşen genel pratisyen sayısı 0.6'dır. Hekim sayısının yetersiz olduğu düşünülmektedir. O nedenle hükümet 2004'e kadar hekim sayısını artıracak politik önlemler almak niyetindedir.

İngiliz sağlık sisteminin önemli sorunlarından birisi personel yetersizliğidir. Bu nedenle 2000 yılında hükümet sisteme 7.500 konsültan, 2.000 genel pratisyen ve 20.000 hemşire alınacağını açıklamıştır. Ancak bunun gerçekleştirilebilmesi (eğitim kurumlarında yapılması gerekli düzenlemeler dikkate alındığında) 10 yıllık bir zamanı gerektirmektedir. Bu da

gelişmekte olan ülkelerden sağlık personeli sağlanması seçeneğini gündeme getirmektedir. Öte yandan ücretlerden memnuniyetsizlik nedeniyle bütün sağlık personelinde erken emeklilik isteği öne çıkmaktadır.

Tablo: İngiltere'de sağlık insan-gücü verileri (1997) (www.who.org)

10 bin kişiye diş hekimi sayısı	10.0
Diş hekimi sayısı	58,729
Ebe ve hemşire sayısı	740,731
Eczacı sayısı	29,726
Hekim sayısı	133,641
10 bin kişiye ebe ve hemşire sayısı	128
10 bin kişiye eczacı sayısı	5.0
10 bin kişiye hekim sayısı	23.0

2.4. Genel pratisyenlik hizmetleri

İngiltere'nin ilk genel pratisyenleri ülkenin çeşitli bölgelerinde kendi başlarına özel olarak çalışan ve para karşılığı hasta bakan hekimlerdi. O yıllarda işçilerin bir kesimi yardım dernekleri, sendikalar ve işletmeler aracılığıyla kendilerini sigortalatmışlardı. Bu düzenlemedeki önemli değişiklik 1911 yılında çıkarılan Ulusal Sigorta Yasası (National Insurance Act) ile gerçekleşti. Bu yasa Almanya'daki Bismark sistemine benzer bir yapı oluşturdu. Var olan sigorta şirketlerini birleştirdi. Sigorta fonu; işçi ücretlerinden yapılan kesintiler, devlet ve patronların katkısı ile finanse edildi. Böylece, sigortalılar hastane tedavileri için olmasa bile hekim hizmetlerini kullanırken parasız tedavi hakkını elde ettiler. Hekimlere ödemeler sigorta fonundan kişi başına ödeme olarak yapılmaya başlandı. Bu dönemde İngiliz Hekimler Birliği'nin (British Medical Association) ve İşçi Partisi'nin (Labour Party) sigorta düzenlemesine, işçi kesintilerinin yüksekliği ve geliri yeniden dağıtıcı etkisinin sınırlılığı nedeniyle eleştiri getirdikleri bilinmektedir.

Bugün nüfusun yüzde 99'u NHS kapsamında çalışan genel pratisyenlere

kayıtlıdır. Genel pratisyenler 24 saat hizmet sunarlar. Bireyler kendi bölgelerindeki bir genel pratisyeni seçme özgürlüğüne sahiptir. Seçme özgürlüğüne rağmen hekim değiştirme hızı oldukça düşüktür. Bireyler hastalandıklarında önce bağlı oldukları genel pratisyene başvurmak zorundadır.

Genel pratisyenler yanlarında hemşire de çalıştırırlar. Hemşireler kronik hasta bakımı, bağışıklama gibi hizmetleri sunarlar.

Sağlık hizmetlerinin piyasaya açılması sürecinde genel pratisyenlere kendilerine bağlı nüfus için hastanecilik hizmetlerini satın almalarına yarayacak fon kullanma hakkı tanındı (GPFH uygulaması). 1996 yılında gerçekleştirilen yeni bir düzenleme ile de genel pratisyenler yıllık rapor sunmak, bu raporda parasal harcamalarını ayrıntılı olarak göstermek ve her yıl belli düzeyde sağlık taraması ve koruyucu sağlık hizmeti gerçekleştirmek zorunda tutuldular. Bu yıllarda genel pratisyenlerin yüzde 63'ü dört ve daha kalabalık gruplar halinde çalışmaktaydı. yüzde 10'dan azı ise solo pratik içindeydi. Sonradan İşçi Partisi hükümeti GPFH uygulamasını, eşitsizlikçi etkileri ve yüksek düzeyli maliyetleri nedeniyle iptal etti. Eylül 1999 tarihine kadar bütün genel pratisyenlere bir Birincil Bakım Grubu ile birleşme zorunluluğu getirildi. 28 bin genel pratisyen birinci basamak hizmeti vermektedir.

2004 yılından beri, NHS ile sözleşme yaparak hizmet sunmakta olan genel pratisyenlere yapılan ödemeler kimi kalite kriterlerine bağlandı. Örneğin randevu isteyen hastayı en geç 48 saat içinde muayene etmek zorunluluğu getirildi. Sonuç olarak, 1.3 milyar Sterlin (yani genel pratisyen gelirlerinin yaklaşık yüzde 18'i) bu kriterlere göre ödenmiş oldu. Bu kalite kriterlerinin performans ölçütleriyle belli derecede yakınlığı vardır. Yeni ödeme yöntemleri hem hekimleri grup pratiği yönünde zorlamakta hem de hekim gelirleri arasında farklılık yaratmaktadır. Bu tür bir farklılık zaten istenen bir şeydir.

Son zamanlarda sistemin verimliliğini artırmak için genel pratisyenlere daha fazla finansal inisiyatif veren bir finansman mekanizmasına geçilmektedir (2005). Buna göre genel pratisyenler (isterlerse) hastalarını yönlendirecekleri hastanelerle hizmet satın alma anlaşmasında kullanmak üzere fon alacaklardır. Bu model aslında 1990'ların başında muhafazakar hükümetin başlattığı fon kullanan genel pratisyen modelidir. Oysa,

1997'de İşçi Partisi iktidara geldiğinde, bu sistemin, genel pratisyenleri fon kullananlar ve kullanmayanlar şeklinde bölerek iki başlı bir yapı yarattığını ileri sürmüştü. 1990'larda yeterince başarılı olamamasının nedeni fon kullanan pratisyenlerin büyük NHS hizmet üreticileriyle anlaşma yapacak teknik ve yönetsel becerilere sahip olmamasıydı. Bu sorunun bundan sonra da sürmesini beklemek gerekir.

2002 yılı için her genel pratisyene ortalama 1800 kişilik nüfus bağlıdır.

2.5. Kamu sağlığı hizmetleri

İngiltere'de bir de hastanecilik ve genel pratisyenlik hizmetlerinin alanına girmeyen üçüncü bir sağlık hizmeti sektörü vardır. Bu sektör ev hemşireliği, ev ziyaretleri, aile planlaması klinikleri, okul sağlığı hizmetleri, sağlık eğitimi gibi diğer hizmetlerden oluşur. Gelişmesi endüstrileşme süreci ile birlikte olmuştur. İlk düzenlemeler 1875 yılında çıkarılan Kamu Sağlığı Yasası (Public Health Act) ile gerçekleştirilmiştir. Bu hizmetlerin çoğu ilk olarak gönüllü kuruluşlar tarafından örgütlenmiştir. Sonradan aynı iş için yerel otoriteler devreye girmiştir. 20. yüzyılın başlarında bu alanda önemli başarılar elde edilmiştir: Su ve kanalizasyon sistemlerinin kurulması, kent temizliği, çalışma ve yaşam çevresinin temizliği gibi.

Sonradan merkezi hükümet de sürece katılmıştır. Örneğin 1840 yılında parlamento kararıyla ulusal düzeyde ilk bağışıklama hizmetleri örgütlenmesi oluşturulmuştur. 1902'de ebelik hizmetleri için eğitim zorunluluğu getirilmiş ve bu alan profesyonelleştirilmiştir. NHS kurulduktan sonra ise bütün toplum sağlığı hizmetleri yerel idarelerin denetiminde entegre edilmiştir. Bugün merkezi hükümetin kamu sağlığındaki sorumluluğu en genel düzeydeki sağlıklı yaşam stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulanmasıdır. Kamu sağlığındaki asıl sorumluluk Alt Bölge Sağlık İdareleri'nin üzerindedir. Bunun için yıllık bir iş planı hazırlanır. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele halen Alt Bölge Sağlık İdareleri'nin en önemli işlerinden birisidir.

Genel pratisyenler ise bağışıklama ve sağlık taramaları ile kamu sağlığı çalışmalarının içindedirler. Ayrıca hipertansiyonu, kalp hastalığı olanların, felçli hastaların izlenmesinden, sigara mücadelesinden, bireylerin beslenme ve fiziksel aktivite durumlarının değerlendirilmesinden, 75 yaş üzerindekilerin yıllık sağlık kontrollerinin yapılmasından, meme ve ser-

viks kanseri taramalarından sorumludurlar.

Kamu sağlığı hizmetlerinden sorumlu toplum sağlığı hemşireleri vardır. Bunlar evde hasta bakımı hizmeti verirler. Sayıları 10 bindir. Ana çocuk sağlığı hizmetleri 5 bin ebe tarafından sunulur. Bunlar gebelik bakımı, doğum ve yeni doğan çocuğun doğum sonrası ilk 28 günlük bakımını yaparlar. Ayrıca gezici ev ziyaretleri ile ana çocuk sağlığı hizmeti sunan ve sayıları 13 bin kadar olan sağlık ziyaretçileri vardır.

2.6. İngiltere'de sağlık hizmetlerinin finansmanı

NHS önemli oranda genel vergilerden finanse edilmektedir. NHS hizmetleri hizmeti kullanım anında parasızdır. 1987'de toplam NHS harcamalarının yüzde 85'i genel vergilerle, yüzde 11.8'i ulusal sigorta katkılarından finanse edilmekteydi. Kalan yüzde 3'ü ise cepten harcamalardan gelmekteydi. 1996-97'ye gelindiğinde bu oranlar yüzde 81.5, yüzde 12.2 ve yüzde 6.3 olarak değişti. Böylece NHS harcamalarının yüzde 93.7'si kamu kaynaklarından karşılanmaktadır. İngiltere'deki ulusal sigorta klasik sigorta uygulamasından farklıdır ve bir gelir vergisi niteliğindedir. NHS hizmetlerinden yararlanmak ise sigorta ödemelerine bağlı değildir. İngiltere'de NHS harcamaları dışında özel harcamalar da vardır. Bunlar NHS dışındaki hizmetlere yapılan özel sigorta harcamalarından ve uzun süreli bakım, ilaçlar, diş ve göz sağlığı hizmetleri için yapılan özel harcamalardan oluşur.

Tablo: İngiltere'de sağlık harcamalarının yıllara göre kaynağı (%) (European Observatory on Health Care Systems 1999: 40)

Finansman kaynağı	1975	1980	1985	1990	1995
Kamu					
Vergi	89.0	89.0	86.0	79.0	84.0
Diğer kamu	7.9	7.3	8.2	14.3	9.8
Özel					
Cepten	2.2	2.5	3.3	3.4	2.7
Özel sigorta	0.9	1.2	2.5	3.3	3.5

Özel sigortalar iki biçimdedir: Meslek temelli işletme sigortası ve bireysel sigorta. Özel sigortalıların toplam nüfusa oranı 1990'lara kadar sürekli artmış, sonra o düzeyinde kalmıştır: 1970'te nüfusun yüzde 3.6'sı, 1980'de yüzde 6.4'ü, 1985'te yüzde 8.9'u, 1990'da yüzde 11.5'i ve 1995'te yüzde 10.8'i. Özel sigortalı nüfus oranının artmayışının nedeni ekonomik durgunluk ve prim düzeylerindeki artıştır. 1991-1996 döneminde primlerin yıllık yüzde 5 arttığı bildirilmektedir. Özel sigortacılığı desteklemek amacıyla 1991 yılında özel sigorta primlerine vergi indirimi getirilmiş, bu uygulama 1997 yılında sonlandırılmıştır. Özel sigortalara üye olanlar sosyoekonomik durumu iyi olan gruplardır. Halk özel sigortaların sunduğu sağlık hizmetinin NHS'den daha iyi olduğu görüşüne sahip değildir. Ancak iki sektör arasında bekleme süreleri açısından fark vardır. NHS'de bekleme süreleri (son yıllarda önemli azalma olsa da) daha uzundur.

Tablo: İngiltere'de 1995'te özel sigorta üyelerinin mesleki sınıflara dağılımı (%)(European Observatory on Health Care Systems 1999: 44)

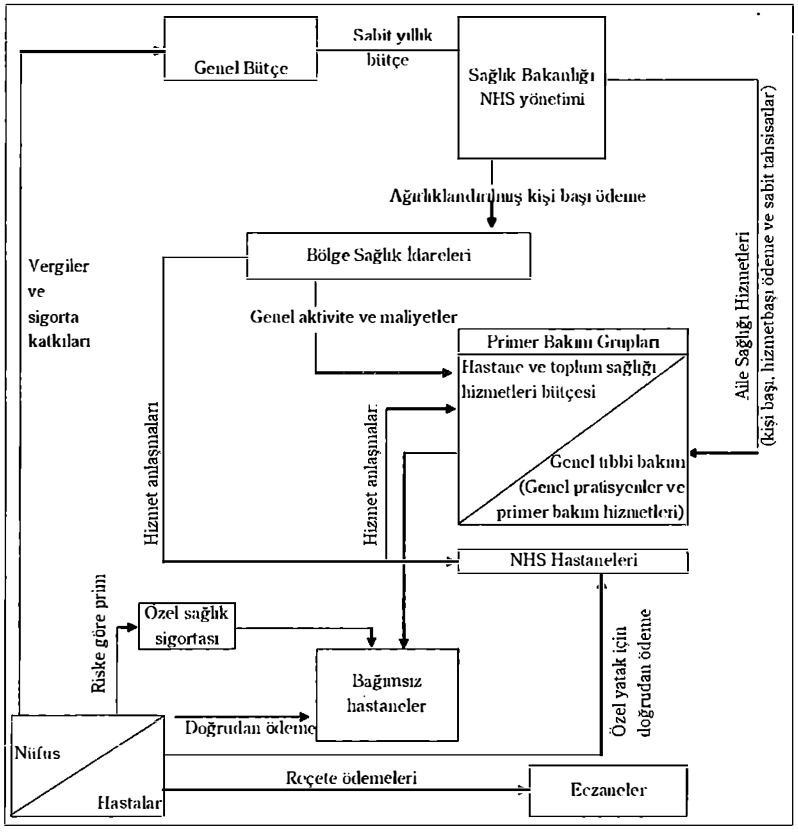
Mesleki sınıf	16-44 yaş	45-64 yaş	65+ yaş	TOPLAM
Profesyoneller	20	23	21	22
Patronlar ve yöneticiler	23	26	14	23
Orta düzey kafa emeğiyle geçinen emekçiler	9	12	6	9
Becerili el işçileri ve kendi işine sahipler	5	5	1	4
Yarı becerili el işçileri	3	3	1	2
Becerisiz el işçileri	2	2	-	1
TOPLAM	10	12	5	10

Thatcher dönemine kadar kaynaklar iki önemli kriter ve nüfus büyüklüğü, bölgenin yaş ve cins yapısı gibi değişkenler dikkate alınarak merkezi düzeyden Bölge düzeyine aktarılmaktaydı. Bu iki temel kriter şunlardı: a) Standartlaştırılmış ölüm hızlarını kullanarak belirlenen sağlık hizmeti gereksinimi ve b) hizmet maliyetleri, eğitim maliyetleri, bina ve cihazların durumu gibi coğrafi faktörler. Bundan sonra Bölgeler, kaynakları Alt Bölgelere tahsis etmekteydi. Burada da yerel maliyet ve gereksinimler dikkate alınmaktaydı. Buradaki temel mantık merkezi otorite altında akıl-

cı planlamaydı.

Ancak NHS reformları ile birlikte bu finansman mekanizması da değişikliğe uğradı. Bölgeler devre dışı bırakıldılar. Kaynak tahsisatı doğrudan Alt Bölge Sağlık İdareleri'ne yapılmaya başlandı. Bu birimler finansman kurumu durumuna getirildiler ve kaynakları sözleşme yoluyla hastanelere yönlendirdiler. Şimdilerde ise bu işi Birincil Bakım Grupları yapmaktadır.

Şekil: İngiltere sağlık sisteminde finansman yapısı (1999)
(European observatory on health care systems, 1999: 88)



Hastanelerin yüzde 69'una blok sözleşme yöntemiyle ödeme yapılmaktadır. Ancak son yıllarda yapılan iş türüne göre ödeme sistemine geçilmektedir. Bunun için her bir hastanenin iş yükünü ve her bir işin gerçek maliyetini hesaplamaya gerek vardır. Hastaneler artık özerk işletmelerdir. Bu ödeme yöntemi Thatcher döneminde geliştirilmiştir. İşçi Partisi sistemde önemli bir değişiklik yapmamış, yalnızca sözleşme sürelerini bir yıldan üç yıla çıkarmıştır. Buradaki amaç yönetsel maliyetlerin azaltılmasıdır.

Hastanelerde ve toplum sağlığı hizmetlerinde çalışan hekimler devlet çalışanları statüsünde bireyler olarak ücretlendirilirler. Genel pratisyenler ise bağımsız sözleşmelilerdir ve kişi başına ödemeye ek olarak, yaptıkları işin niteliğine göre de ücret alırlar. İkinci tür ücretlendirme hasta muayenesi amaçlı gece yapılan ev ziyaretlerinin, tarama hizmetlerinin, aile planlaması hizmetlerinin ve bağışıklama hizmetlerinin karşılığıdır. Hekim ücretleri konusunda öneri geliştirmek amacıyla hükümet dışı bağımsız kuruluşlar oluşturulmuşsa da, hükümetin bu önerilere uyma zorunluluğu bulunmamaktadır.

Genel pratisyenlerin ücretleri Sağlık Bakanlığı ile İngiliz Hekimler Birliği arasındaki sözleşmeyle belirlenir. GPFH modeli genel pratisyenlerin ücretlendirilme sistemini etkilememiştir.

Hastane hekimlerinin maaşları Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir. Hastanelerdeki uzman konsültanlar araştırma performansları karşılığında ek ücret de alırlar. Ayrıca bu konsültanlar maaşlarının yüzde 10'unu geçmeyecek şekilde özel hasta bakımından para kazanabilirler. Genel pratisyenler arasında özel çalışma yok denecek kadar azdır (toplam genel pratisyenlerin yüzde 3'ü). Özel çalışan genel pratisyenler özel kliniklerde hasta bakabilirler. Ancak, İngiltere'deki genel pratisyenlik hizmetlerinin halkı memnun eden niteliği özel birinci basamak hizmetlerinin yaygınlaşmasını engellemektedir. NHS'ye bağlı çalışan hekimlerin NHS kapsamında kendilerine bağlı olan hastalarından para almaları yasaktır.

İşçi Partisi 1997 yılında iş başına geldiğinde muhafazakar hükümetin getirdiği iç piyasa sisteminin başarısız olduğunu açıklamıştı. Eleştirileri iki noktada odaklanıyordu: Genel pratisyenlerin fon kullanması ve hastaneler arasındaki fiyat rekabeti. O nedenle 2002 yılında hastaneler için sa-

bit ulusal tarifelere dayalı bir satın alma sistemi önerisinde bulunmuştur. Bu sistemin daha adil olduğunu ve hem satın alanları hem de üretenleri fiyat yerine kaliteye odaklayacağını açıklamıştır. İşte bu eleştirilerden sonra Sonuçlara Göre Ödeme Sistemi denilen yeni sisteme geçilmiştir.

Sonuçlara Göre Ödeme Sistemi (Payment by Results) 2003-2004 döneminde uygulamaya kondu. Amaç, bekleme sürelerini kısaltmaktı. Bunu başarabilen hastanelere daha fazla nakit ödeme yapılacaktı. Ayrıca birinci basamak işletmeleri özel ya da kamu istedikleri hastaneden hizmet satın alabilecekti. Hastalar da istedikleri hastaneye gidebilecek ve ödeme sonradan yapılacaktı. Bunlar zaten iç piyasa denilen sistemle uyumlu tercihlerdi. Hizmeti sunanlara blok ödeme yerine (ki bu, hizmetin nicelik ve niteliğine duyarsızdır) yapılan iş karşılığı ödeme yapılacaktı. Başlangıçta bekleme sürelerinin azaltılması açısından önemli görülen 15 sağlık sorunu için ulusal tarifeler belirlendi: Katarkt ameliyatı, bazı kalp müdahaleleri, diz ve kalça replasmanı, artroskopi, meme cerrahisi ve varis girişimleriyle ilgiliydi bu sorunlar. Benzer bir uygulamayı birinci basamak işletmeleri de yaptı. 2004-2005'te ulusal tarife uygulanan klinik sorun paketi sayısı 48'e yükseldi. Hükümet bütün tıbbi hizmetleri bu sistem içine almayı düşünmektedir. Yakın gelecekte yoğun ve koroner bakım hizmetlerinin bu kapsama alınması planlanmaktadır.

Sonuçlara Göre Ödeme Sistemi'nin 2008 yılında tüm ülkede uygulamaya konulması planlanmaktadır. Hükümet her klinik tablo için sabit bir fiyat belirlemenin üç avantajı olacağına inanmaktadır: 1- Fiyat rekabeti ve bu rekabetin yarattığı maliyetler ortadan kalkacaktır. 2- Hizmet sunanlar ve alanlar fiyattan çok kaliteye odaklanacaklardır. 3- Bölgeler arasındaki fiyat dengesizlikleri yok edilmiş olacaktır. Hastanelere ürettikleri hizmetin hacmi ve vaka spektrumu dikkate alınarak ödeme yapılacaktır.

Buradaki önemli sorunlardan birisi fiyatların belirlenmesidir. Bunun için hem tıbbi hem de tıbbi olmayan (yatırım, yemek, temizlik ve bakım) masrafların ortalaması alınmaktadır. Fiyatlar merkezi olarak belirlenmekte, ancak yerel değişiklik yapılmasına da olanak tanınmaktadır. Hükümetin beklentisi, fiyatlar tarifeler aracılığıyla sabitlendiğinde, hizmet üreticilerinin hasta çekebilmek için niteliğe önem verecekleri yö-

nündedir. Oysa başka ülkelerin benzer deneyimleri rekabetin maliyetleri düşürmek yönünde ortaya çıkabildiğini göstermektedir. Üstelik hizmet üreticileri, sahte kodlamalarla, tedavi ettikleri hastalardan daha fazla para alma yoluna da gidebilmektedir.

Burada, sabit fiyatların maliyetlerin farklı olduğu bölgelerde yönetimi zorlaştıracağı yönünde eleştiriler vardır. Maliyetlerin yüksek olduğu yerlerde sabit fiyat hastanelerin büyük mali açıklar vermesine neden olabilir.

1998 yılından beri, birinci basamakta çalışan hekimlere performansa dayalı ücretlendirme de yapılmaktadır. 2004 yılında yapılan açıklamaya göre son üç yıl içinde bu yöntemle aile hekimlerine yapılan ek ödemenin miktarı 3.2 milyar Dolar'dır. Amaç, aile hekimlerinin gelirini yüzde 25'e kadar artırmaktı. Bu amaçla 10 hastalık için toplam 146 klinik kalite göstergesi belirlenmişti. 2004-2005 yılında hekimlerin toplayabilecekleri puanların üst sınırı 1050 olarak belirlendi. Gelirle ilgili bu tür düzenlemelerin hekimlerin davranışını etkilediği bilinmektedir. Bu, olumsuz yönde de olabilmektedir. Örneğin, performans kriterleri arasında yer almayan hastalıklara sahip olan hastalar (kaçırılmış hedefler-missed targets) hekimlerce kabul edilmek istenmemektedir. Sistemin uygulamaya konulduğu ilk yıl içinde hekimler belirlenen kalite hedeflerine yüzde 97 oranında ulaşmışlardı. Oysa hükümetin beklentisi yüzde 75'ti. Bunun anlamı ödenen ücretin, dolayısıyla maliyetin beklenenin çok üzerinde artmış olmasıdır. Uygulama öncesinde bir genel pratisyen 122-131 bin Dolar arasında kazanıyordu. Performanstan ise ek olarak 40 bin Dolar kazandıkları anlaşılmaktadır. Bu maliyet sorunu nedeniyle hükümet, performans kriterlerinin çok kolay ulaşılabilir olduğunu düşünmeye başlamıştır. Bu nedenle 2006-2007'de minimum ve maksimum ödemelere ilişkin eşik değerler yükseltilmiştir. Ayrıca hekimlerin yanlış bildirimlerinin de bir sorun olduğu anlaşılmaktadır. Bu sorunla başa çıkabilmek için de rastgele seçilen kayıtlar üzerinden yerel düzeyde denetimler yapılmaya başlanmıştır. Performans ücretinin zaten var olan sağlık ve hizmet kullanımı eşitsizlikleri üzerinde herhangi bir etkisi olmamıştır.

Tablo: İngiltere'de belirlenen 10 klinik durum için belirlenen performans kriterlerinden örnekler (2004) (Doran T ve diğ 2006: 377)

Klinik tablo	Kriter sayısı	Tanımlama	Puanlar	Ödeme sınırı (%)*
Kanser	2	Tanısı konulduktan sonraki altı ay içinde izlenen hastaların oranı	0-20	25-90
Kalp damar hastalığı	6	Son kan basıncı ölçümü 150/90 mm Hg veya daha az olan kalp hastalarının oranı	0-19	25-70
Şeker hastalığı	12	Son kan basıncı ölçümü 145/85 mm Hg veya daha az olan şeker hastalarının oranı	0-17	25-55
Hipertansiyon	5	Son kan basıncı ölçümü 150/90 mm Hg veya daha az olan hipertansiyon hastalarının oranı	0-56	25-70

* Örneğin kanserde, en az 1 puan alabilmek için tanımlanan işin (kanser tanısı konulduktan sonraki altı ay içinde izlenen hasta oranı) en az yüzde 25'ini ve 20 puan alabilmek için de en az yüzde 90'ını gerçekleştirmiş olması gerekir.

2008 yılı itibariyle genel pratisyenlerin ödemeleri doğrudan Birincil Bakım İşletmeleri (Primary Care Trusts) tarafından yapılacaktır. Burada yine, ücret, kişi başı ve performansa göre ödeme sistemlerinden oluşan karma bir sistem vardır.

Finansmanda katkı paylarının payı artmaktadır. Genel pratisyenlerin yazdığı ilaçlara, reçete başına 8.85 Dolar katkı payı ödenir. Ancak reçetelerin yüzde 88'i bundan muaftır. Diş sağlığı hizmetleri için yılda 250 Dolar'a kadar katkı payı ödenir. Bazı bölgelerde ise bu hizmetlere ulaşımda sorunlar vardır. Cepten ödemeler toplam sağlık harcamalarının yüzde 12.9'u kadardır (2005). Altı yaşından küçük çocuklar, eğitimlerine devam eden 18 yaşından küçük çocuklar, 60 yaşından büyük olanlar, düşük gelirliler, gebeler, 12 aydan küçük çocuğu olanlar ve yeti yitimliler ilaç katkı payından muaftır. Düşük gelirlilerin sağlık kurumuna ulaşım masrafları da NHS tarafından ödenir.

2.7. Sağlık harcamaları

İngiliz sağlık sistemi diğer ülkelere göre daha ucuzdur. Kişi başı sağlık harcaması açısından bakıldığında, İngiltere sağlık harcamaları ABD'dekinin yüzde 48.3'ü, Almanya'dakinin yüzde 84.5'i kadardır. Yıllık ortalama kişi başı sağlık harcaması 3.064 Dolar'dır. Bunun yüzde 87.1'i hükümete aittir. Ulusal gelirden sağlık için ayrılan kaynakların oranı ise yüzde 8.2'dir.

Nüfusun yaşlanması harcamalar açısından önemli sorun yaratmaktadır. Çünkü 75 yaşın üzerindeki bireylerin sağlık hizmeti kullanımı çalışma yaşındakilerin dokuz katıdır. Bunun da ötesinde bu yaş grubundakilerin sağlık sorunları kronik hastalıklardır ve gereksinimleri de uzun süreli hastane bakımıdır. Bağımlı nüfus oranı da yıllar içinde hızla artmaktadır: 1951'de 100 çalışana 57 bağımlı varken, 1991'de 63'e yükselmiştir.

NHS harcamalarının toplam hükümet harcamaları içindeki oranı 1981 yılında yüzde 11.4 iken, 1992 yılında yüzde 13.8'e, 2005'te de yüzde 16.2'ye yükselmiştir.

NHS harcamaları konusunda sağ ve sol partilerin değerlendirmeleri oldukça farklıdır. Sağa göre NHS ekonomiyi boşaltan bir araçtır. Sola göre ise harcamalar çok düşüktür. İngiltere'nin merkez kapitalist ülkeler içinde ulusal gelirinden sağlık için en az kaynak ayıran ve kişi başı sağlık harcaması en düşük ülke olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte İngiltere NHS'si bütün kapitalist ülkeler içinde gereksinime göre eşit sağlık hizmeti kullanımı ilkesini en fazla oranda yaşama geçirebilmiş sağlık sistemidir.

Sağlık harcamaları 1970-1975 arasında hızlı artmıştır. Sonra dünya genelindeki ekonomik durgunlukla birlikte sabitleşmiş, 1990-1992 arasında ve 2000 yılı sonrasında yeniden hızlı bir artış göstermiştir.

Tablo: İngiltere'de yıllara göre sağlık harcamaları (European Observatory on Health Care Systems 1999: 45; www.who.org)

Yıllar	Kişi başı (Dolar) (PPP)*	Sağlık harcaması/ Ulusal gelir (%)	Kamunun payı (%)
1970	144	4.5	87.0
1975	271	5.5	91.1
1980	444	5.6	89.4
1985	669	5.9	85.4
1990	955	6.0	84.1
1995	1234	6.9	84.4
1996	1317	6.9	84.5
1997	1347	6.7	84.5
2005	2597	8.2	87.1
* Satın Alma Gücü Paritesi (Purchasing Power Parity; who.org)			

Sağlık harcamalarındaki görece düşüklüğe karşılık, kamunun payının en yüksek olduğu merkez kapitalist ülke de İngiltere'dir. Özel harcamaların toplamdaki oranı yüzde 12.9'dur. 2005 yılı için toplam hükümet harcamalarının yüzde 16.2'si sağlık alanına yapılmaktadır. Sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları düzenli olarak artmakta, yataklı tedavi harcamaları ve kamu yatırımları azalmaktadır. İngiltere'de sağlık harcamalarını artıran etken ilaç ve teknoloji giderleridir.

Tablo: İngiltere'de sağlık harcamalarının hizmet içeriğine göre dağılımı (%) (European Observatory on Health Care Systems 1999: 44)

Yıllar	Yataklı bakım	İlaç	Toplam yatırım	Kamu yatırımı
1970	-	12.5	6.9	6.6
1975	-	11.2	6.8	6.3
1980	53.5	12.8	5.5	4.7
1985	-	14.1	6.1	4.8
1990	43.9	13.8	6.7	5.1
1995	42.2	15.9	-	0.7
1997	-	17.3	-	-

NHS önemli finansal sorunlarla karşı karşıyadır. 2006 yılında 700 milyon Sterlin açık vermiştir. Bunun esasında 1 milyar Sterlin olduğunu söyleyen gözlemciler de vardır. Bu açık, yıllık NHS bütçesinin 43 milyar Sterlin olduğu son beş yılda ortaya çıkmıştır. Şu anki hizmet düzeyini sürdürebilmek için NHS bütçesinin 2025 yılında üç katına çıkarılması gerekecektir. Üstelik hizmet düzeyi hiç kimseyi de tatmin etmemektedir. 750 bin İngiliz, NHS hastanelerine kabul edilmek için sıra beklemektedir. Örneğin kanser hastalarının tedavisine başlanması için geçen ortalama bekleme süresi sekiz aydır. Aynı uzun bekleme süreleri uzman hekim muayeneleri için de geçerlidir.

Tablo: İngiltere'de sağlık harcamalarıyla ilgili veriler (2005)

Toplam sağlık harcaması içinde hükümet harcamasının payı (%)	87.1
Toplam hükümet harcaması içinde hükümetin sağlık harcaması payı (%)	16.2
Toplam özel sağlık harcaması içinde cepten harcamanın payı (%)	92.1
Kişi başı yıllık hükümet sağlık harcaması (Dolar)	2668
Kişi başı yıllık toplam sağlık harcaması (Dolar)	3064
Toplam sağlık harcaması içinde özel harcamanın payı (%)	12.9
Toplam özel sağlık harcaması içinde özel sigortanın payı (%)	7.9
Ulusal gelir içinde sağlık harcaması payı (%)	8.2

2.8. Özel sağlık sektörü ve özel sigortalar

Hastane ve hekimlerin hemen tamamı NHS sistemi içinde çalışmaktadır. Ancak özellikle 1980'ler boyunca özel sektörün İngiltere sağlık sistemi içindeki ağırlığı artmıştır. 1980'lerin sonunda bir İngiliz vatandaşı, 1948'e göre beş kez daha sık özel tıbbi bakım kullanır olmuştur. NHS'nin özel sektörden satın aldığı hizmetlerin tutarı 1991'de 12.2 milyon Sterlin iken, 1992'de 44.5 milyon Sterlin'e çıkmıştır.

1996 yılı itibariyle toplam 25 özel sağlık sigortası şirketi vardı. Özel sağlık sigortası pazarının yüzde 90'ı üç büyük şirketin elindeydi. Uluslararası bağlantıları da olan bu şirketler sırasıyla British United Provident Association (BUPA), Private Patients Plans (PPP), Western Provident Association (WPA)'dı. 1996 yılında toplam pazar içinde BUPA'nın payı

yüzde 42 (1985'te %59), PPP'nin payı yüzde 27 (1985'te %25), WPA'nın payı yüzde 5 (1985'te %7)'di. 5 milyon insan özel sigortalara kayıtlıydı. ABD'li özel sigorta şirketlerinin İngiltere'deki faaliyetleri artmaktadır.

Özel sektördeki hastane sayısı 240'tır. Bunların yüzde 60'ı beş hastane grubuna aittir ve bu gruplar toplam özel hastane yataklarının da yüzde 65'ini işletmektedir. Son yıllarda özel sigortalar özel hastaneleri almakta ya da kendileri özel hastane kurmaktadır. Böylece özel sektörde finansman ve hizmet sunumu arasında dikine bir entegrasyon gelişmektedir. Özel sektördeki bir diğer gelişme, bu entegrasyonu sağlayan özel sigorta şirketlerinin, özel çalışan hekimlerle, hastalarını kendi hastanelerine sevk etmeleri yönünde anlaşmalarıdır. İngiltere'de 20 bin özel çalışan uzman bulunmaktadır ve bunların dört bini BUPA ile böyle bir anlaşma yapmıştır. Özel hastanelerdeki işin yüzde 50'si de bu anlaşmalı hekimlerden gelmektedir.

Cerrahi müdahalelerin 1/8'i özel sektörde gerçekleştirilmektedir. Londra'da bu oran 1/3'e çıkmış durumdadır. 1998 yılı fiyatlarıyla 750 milyon Sterlin özel sağlık sektörüne akmıştır. Bugün özel sektörün toplam 10 bin yatağı bulunmaktadır. Ek olarak NHS kapsamındaki 3.000 yatak da özelleştirilmiştir. NHS kapsamında özelleştirilen kısımlar yaşlı bakımı hizmetleri, elektif (tıbbi zorunluluğu bulunmayan, estetik müdahaleler gibi) cerrahi hizmetler, temizlik ve mutfak hizmetleri gibi otelcilik hizmetleridir.

2008 yılında özel sigortalara bir biçimde kayıtlı İngiliz vatandaşlarının oranı yüzde 10'a (1979'da özel sigortalara üye olanların oranı bunun yarısından azdı), toplam sağlık harcamaları içinde özel sigortacılığın payı da yüzde 8'e (2005 için) yükselmiştir. Bu piyasa henüz küçük olsa da hızla büyümektedir. Özel sigorta kimi kez patronlarca sağlanmaktadır. Özel sigortalar NHS'nin sağladığı hizmetlere alternatifler sağlamak ve uzun bekleme süresine maruz kalmamak için tercih edilmek .dir.

3. Almanya[6]

3.1. Genel yapı

Almanya sağlık sistemi Almanya'nın tarihsel gelişimine paralel olarak incelenebilir: Endüstrileşme ve zorunlu sağlık sigortası, imparatorluk ve Weimar Cumhuriyeti dönemindeki sosyal çatışmalar (1883-1933), faşizm dönemi (1933-1949), Almanya'nın ikiye bölündüğü savaş sonrası dönem ve 1990 sonrasındaki birleşme dönemi.

Daha 1849 yılında Almanya'nın en büyük eyaleti olan Prusya'da işçiler için zorunlu sağlık sigortası sistemi kurulmuştu. Ekonomik kriz işçi sınıfı hareketliliğini artırınca hükümet bütün sosyalist, komünist oluşumlarla birlikte sendikaları 1878 yılında yasaklamıştır. 1881 yılında yayınlanan Patronlar Bildirgesi yoksullar için sosyal düzenlemelerin yapılması gerektiğini açıklamıştır. Aynı yıl Şansölye Bismark ulusal bir sağlık sistemi önerisinde bulunmuştur. Ancak iş ve tarım çevreleri bunun genel vergilerle oluşturulmasına karşı çıkmışlardır. 1883 yılında da mesleki temelli yerel fonlar kurulmaya başlanmıştır. Fona üye olan işçilerin 13 haftaya kadar olan hastalıkları için ücretlerinin yüzde 50'sini alma hakları vardı. Ayrıca analık ve ölüm için de yardım alıyorlardı. Bunların dışında birinci basamak sağlık hizmetleri de fonlar tarafından finanse ediliyordu.

Böylece, Almanya'da 1883 yılında sağlık sigortacılığı başlatıldı. Almanya, sağlık sigortacılığını uygulayan ilk ülkedir. Sonraki yıllarda iş kazası (1884), yaşlılık ve iş göremezlik (1889), işsizlik (1927) ve uzun süreli hemşirelik bakımı (1994) sigortaları kuruldu.

1883'teki sigorta sistemi mesleksel bir zeminde oluşturuldu. Bazı endüstri dallarındaki işçiler için sigorta zorunlu tutuldu. Fonun üçte ikisi işçiden, üçte biri de patrondan yapılan kesintilerle finanse edildi. Sigortalı işçiler belirlenmiş bir birinci basamak sağlık hizmetleri paketinden parasız yararlanabiliyorlardı. Buna karşılık hastanecilik hizmetlerinden yararlanma fonlar arasında değişkenlik gösteriyordu. Fonların yönetimi mer-

[6] (Henke KD 1990: 146-164; Grof JM 1992: 83-91; Boerma WGW, Long F, Mulder PH 1993: 46; European Observatory on Health Care Systems 2000; Pfaff D, Wassener D 2000; Federal Ministry of Health 2001; Thompson S, Mossialos E 2001; Zifonun N 2001; Wörz M, Buse R 2002; Riesberg A 2004; Aris B 2005; Busse R, Riesberg A 2005; Mosebach K 2005; Schreyögg J ve diğ 2005; Melanie L 2006; Barndt N 2008; Buse R 2008; Tanner M 2008)

kezi hükümetten bağımsızdı, ancak il yönetimlerince denetleniyorlardı.

1880'lerde işçilerin pek çoğu bu zorunlu sigorta fonlarını boykot ederek, doğrudan kendilerinin finanse ederek, yönettikleri ayrı sigorta fonları oluşturdular. Bunun karşısında merkezi hükümet, beyaz yakalı emekçilerin yükselen hareketini mavi yakalılardan ayırmak amacıyla, 1901 yılında beyaz yakalılar için ayrı bir zorunlu sigorta fonu kurdu. Böylece beyaz yakalılar mavi yakalılara göre daha ayrıcalıklı bir konum elde etmiş oldular. Bu fonun yönetimi beyaz yakalıların elindeydi, ancak patronlardan da prim katkısı alınmaktaydı.

Sisteme 1901 yılında ulaşım ve ticaret sektörünün beyaz yakalıları, 1914'te tarım ve ormancılık işçileri, 1972'de çiftçiler alınmış oldular. Sigorta kapsamındaki nüfus oranı 1883'te yüzde 10'du, 1987'de Batı Almanya'da yüzde 88'e, 1949'da da Doğu Almanya'da yüzde 100'e çıktı. Almanya'da işsizler, emekliler, öğrenciler, yeti yitimi olanlar gibi sosyal gruplar da sigorta kapsamındadır. Yıllar içinde sigorta kapsamındaki nüfus artarken, sigorta (hastalık) fonu sayısı azalmıştır.

Tablo: Almanya'da hastalık fonlarının tarihsel gelişimi (Buse R, Riesberg A 2005: 15)

	1885	1913	1925	1938	1950	1960	1987	1997	2003
	Alman İmparatorluğu			Batı Almanya				Almanya	
Zorunlu hastalık fonu sayısı	18776	21342	7777	4625	1992	2028	1182	476	319
Fon başına üye sayısı	229	636	2345	4832	10141	13383	30917	91782	159780
Sigortalı nüfus (%)	10	35	51			83	88	88	88
Zorunlu üyelerin çalışan nüfusa oranı (%)	22	44	57	66	62	67	76	78	76
Primin gelire oranı (%)	2	3	6		6	8.4	12.6	13.5	14.3
Patron katkısı/ işçi katkısı	2	2	2	2	2	1	1	1	1

Sigorta sisteminin oluşturulması özellikle hekimlerden gelen dirençle karşılaştı. Hastalık fonlarıyla, kâr amaçlı ayaktan tedavi edici hizmetlerde çalışan hekimler arasındaki çatışma Almanya'nın sağlık sistemini şekillendiren önemli bir etken olmuştur. Bu sektördeki hekimler, 1933 yılına kadar, fonlar, diğer sağlık çalışanları ve sağlık sektörünün diğer bölmelerindeki hekimler üzerinde zafer kazanmışlardır. 1890'lardan itibaren hekimler kendi otonomileri ve gelirleri için grevler ve lobi faaliyetleri aracılığıyla mücadeleye başladılar. Bunun arkasındaki gelişmeler sigortalı işçi sayısının artışı, hekime bağlı nüfusun 1887-1927 arasında ikiye katlanmasıydı. Hekimler, kamu sektörünün sınırlanmasını ve özel hasta bakabilmeyi istiyorlardı. Bu çatışmanın günümüze kadar süregeldiği görülmektedir. 1913 yılında hükümet sürece müdahale ederek, fonlarla hekimlerin birlikte görüşebilecekleri ortak komisyonlar oluşturmuştur. Hekimler aralarında birlikler, sendikalar oluşturarak, komisyonlardaki taraflardan birisi olarak sigorta fonlarının karşısına çıkmışlardır. 1900 yılında sadece 21 hekimle kurulmuş olan Leipzig Sendikası 1910 yılında hekimlerin yüzde 75'ini üye yapmayı başarmıştır.

Naziler döneminde sistemin temel özellikleri devam etse de, yönetim yapısında önemli değişiklikler yaşanmıştır. 1933 yılında sosyalistlerin, Yahudilerin, işçi temsilcilerinin hastalık fonlarına üyeliklerine son verilmiş ve fonların, toplum sağlığı hizmetlerinin, sağlık ve eğitimle ilgili hükümet dışı organizasyonların başına partili yöneticiler atanmıştır.

İkinci Dünya Savaşı sonrasında Doğu Almanya'da devletin hakim olduğu bir sağlık sistemi vardı. Bu sistem Sovyetler Birliği, İsveç ve İngiltere örnek alınarak oluşturulmuştu. Sosyal güvenlik sisteminin iki önemli ayağı bulunuyordu. Bunlardan birisi işçiler, diğeri de profesyonel meslek sahipleri, tarım kooperatiflerinin üyeleri, sanatçılar ve kendi hesabına çalışanlar içindi. Hekimlerin çoğu toplum ya da işletme temelli sağlık merkezlerinde çalışıyordu. Solo pratik sınırlıydı. Kâr amacı gözetmeyen özel hastane sayısı 1960'tan 1989'a 88'den 75'e ve kâr amaçlı özel hastane sayısı da aynı dönemde 55'ten 2'ye inmişti. Mali sıkıntılar ve personel yetersizlikleri nedeniyle sağlık sistemi 1970'lerden itibaren güçlükler yaşamaya başlamıştır. 1990 yılında Doğu Almanya'nın çökmesinden sonra

buradaki 17 milyon işçi Batı'daki sisteme dahil edilmiştir.

Batı Almanya'da savaş sonrasında 1949'da ve sonra 1955'te seçimleri kazanan Hıristiyan Demokratlar sağlık sistemini temel ilkelerine sadık kalarak yeniden düzenlediler. Hastalık fonlarına katkı patron ve işçiler için yüzde 50 oranında belirlendi. Fonların yönetimi de tarafların yarı yarıya temsiliyeti ile sağlandı. Ancak beyaz yakalıların yönetimindeki fonların statüsü aynen korundu. Beyaz yakalılar bu fonları yönetmeye devam ettiler.

Ayaktan tedavi edici hizmetleri veren özel hekimlerin monopol yapısı korundu. Bu dönemde bir özel hekimin bakabileceği sigortalı sayısı 500 olarak belirlendi. Ancak 1960 yılındaki bir değişiklikle bu sınır kaldırıldı ve hekimlere profesyonel çalışma "özgürlüğü" tanındı. 1955 ile 1965 arasındaki dönem hizmet maliyetlerini azaltacak yapısal reform arayışları ile geçti. 1965-1975 döneminde maliyetler çeşitli etkenlere bağlı olarak yükseldi. Aynı dönemde ayaktan tedavi edici hizmet sunan hekimler, kendileri için karmaşık bir hizmet başına ödeme sistemi geliştirdiler.

Maliyetlerdeki hızlı artışı sınırlamak için 1977 yılında Sağlık Sigortası Maliyet Sınırlaması Yasası kabul edildi. Bu yasayla maliyet artışıyla gelir artışının denkleştirilmesi amaçlandı. Hastalık fonları ile hizmet üreticileri bu ilke çerçevesinde anlaşmaya yönlendirildiler. Yasanın diğer ilkeleri şunlardı: Hizmet üreticileri için bütçeleme, ilaçlar için referans fiyatlandırma, yüksek maliyetli teknolojilerin sınırlanması, belli bir bölgedeki birinci basamak hekim sayısının sınırlanması, kullanıcı ödentileri, gençlerin diş hekimliği hizmetlerinden parasız yararlanmasına son verilmesi. Görüldüğü gibi vurgu hemen tamamen maliyet sınırlamasına ve maliyet paylaşımına yönelikti.

1990'larda (özellikle Hıristiyan Demokrat-Liberal koalisyonu döneminde) maliyet sınırlamaya yönelik bir dizi yasa daha kabul edildi. Bunlar şu değişiklikleri gerçekleştirmeyi hedeflediler: 1) Sağlık bakımındaki temel sektörler için sabit bütçeleme ve harcama tavanının belirlenmesi, 2) ileriye dönük ödeme sistemlerine geçiş, 3) birinci basamakla hastanecilik hizmetleri arasındaki kesin bölünmenin azaltılması (hastanelerde ayaktan cerrahi işlemlere olanak tanınması ile), 4) kullanıcı ödentilerinin artırılması, 5) hastalık fonları arasında kaynak aktarımının olanaklı kı-

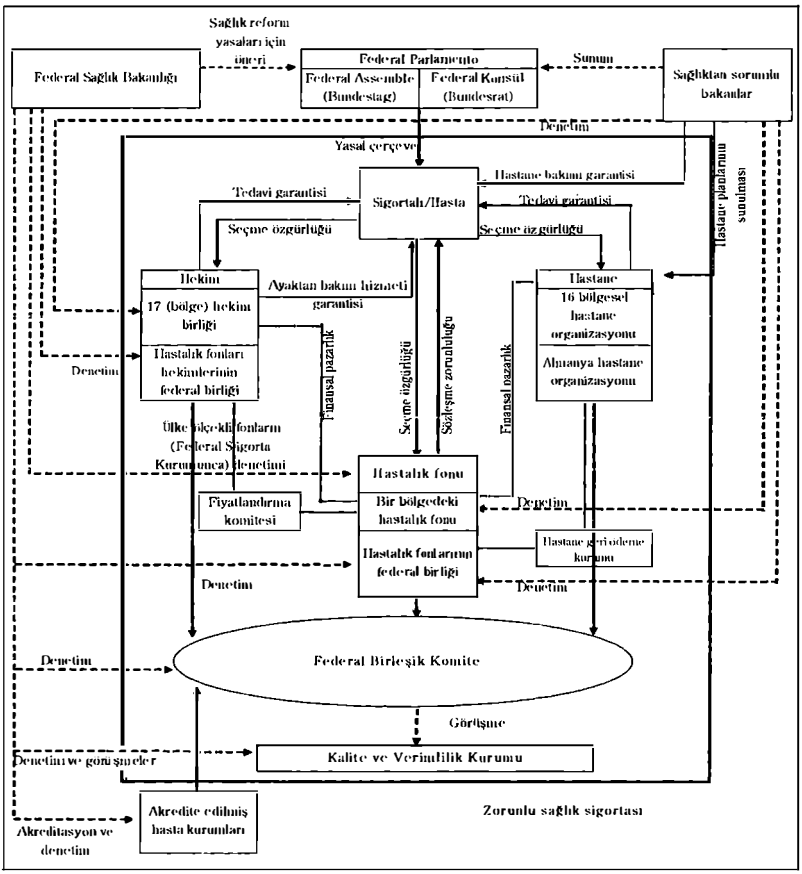
lınması, 6) bütün sigortalılara hastalık fonunu seçme hakkının verilmesi, 7) yüksek teknolojilerin kullanımının sınırlanması, 8) ayaktan tedavi hizmeti sunan hekim sayısının nüfusla orantılı olarak sınırlanması, 9) gençlerin bazı diş sağlığı hizmetlerinden yararlandırılmaması, diş sağlığı hizmetleri için belli bir harcama düzeyinin üzerinde geri ödeme yapılmaması, 10) rehabilitasyon hizmetlerinin sınırlanması, 11) sağlığı geliştiren hizmetlerden yararlanımın sınırlanması, 12) bütün sigortalılara cepten ödemeyi göze almaları koşuluyla özel sağlık hizmetlerini seçme hakkı verilmesi, 13) sağlık hizmeti üreticileri ile hastalık fonları arasında kolektif olmayan, teke tek sözleşme yapma olanağının tanınması, 14) bütün sigortalılara hastane tamir masrafları için yıllık 20 Marklık prim ödeme zorunluluğu getirilmesi, 15) yataklı tedavi görenler için kullanıcı ödentilerinin artırılması (ilaç, tıbbi malzeme, ambulans kullanımı için). Son yıllarda özellikle maliyet paylaşımının ve kullanıcı ödentilerinin öne çıktığı ve özel harcamaların kaynak yaratma mekanizması olarak, piyasa ilişkilerinin de verimliliği artırmak gerekçesiyle daha fazla oranda kullanıldığı görülmektedir.

1996-1997'de ise cepten ödemeleri artıran yasalar çıkarılmıştır. Koruyucu ve rehabilite edici hizmetler, gençlerin diş sağlığı hizmetleri sınırlanmıştır. 1998 sonrasındaki Sosyal Demokrat-Yeşiller hükümeti ise üç reform üzerinde odaklanmıştır. Öncelikle bütün sektörlerde ciddi maliyet sınırlaması önlemleri alınmıştır. Hastanelerde tanı temelli gruplara göre ödeme sistemine geçilmiştir. İşletmelere daha geniş hareket alanı tanınarak hizmet satın alımında esneklik sağlanmış ve özel sektörün alanı genişletilmiştir.

Alman sağlık sistemi desantralize bir özellik sergiler. Önemli taraflar zorunlu sigorta, hastalık fonları, bunların yerel birlikleri ve hekim birlikleridir. Bu korporatist yapılar sistemin finansmanından ve hizmet sunumundan sorumludurlar. Fiyatları, standartları belirlerler.

Almanya'da ulusal düzeyde Federal Sağlık Bakanlığı ve Parlamento sağlık sektörünün iki önemli birimidir.

Şekil: Almanya sağlık sisteminin organizasyonel yapısı
(European Observatory on Health Care Systems, 2000: 23)



Sağlık sistemindeki sorumlulukları merkezi ve yerel hükümetler paylaşırlar. Merkezi hükümet ulusal sağlık bütçesini belirler, hastalık fonlarını denetler, yararlanım paketi içine alınacak yeni tıbbi prosedürleri tanımlar ve hekimlerin geri ödeme miktarlarını saptar. Bunların bir kısmı yasalarla, kalanları da ulusal hastalık fonları birliği ve ulusal hekim birliği ile yapılan pazarlıklarla hayata geçirilir. Eyalet düzeyinde, hastalık fonlarının

eyalet birimleriyle hekimler, toplam sağlık bütçesini, hekimleri ilgilendiren geri ödeme sözleşmelerini, hekimleri izlemede kullanılan prosedürleri ve reçete edilen ilaçların referans prosedürlerini görüşürler. Bu görüşmelerdeki pazarlık gücü, arkasında hükümetin de desteği bulunan hastalık fonlarıdır. Fonlar böylece ücretleri ve diğer sınırlamaları hizmet üretenlere dayatırlar. Bugün Alman hekimlerinin ücreti ABD'li hekimlerin ancak yüzde 20'si kadardır. Hekim birlikleri 2005 yılında ücretleri artırmak için büyük bir greve gitmişlerdir. Eyaletler hastane altyapısını oluşturmak zorundadır. Ancak son yıllarda hastalık fonları da hastane yatırım masraflarına katılmaktadır.

Halk sağlığı hizmetlerini eyaletlerin bir kısmı doğrudan kendileri sunarken, çoğu eyalette bu sorumluluk yerel yönetimlere devredilmiştir. Bu alana, sağlık kurumlarında çalışan personelin denetimi, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, gıda denetimi, ilaç denetimi, çevre hijyeni, toplum temelli psikiyatrik hizmet sunumu, sağlık eğitimi, ana çocuk sağlığı ve okul sağlığı hizmetleri girmektedir. 1970'lerden beri koruyucu sağlık programlarının önemli kısmı hastalık sigortalarının yararlanım paketi içine alınmıştır.

Eyaletler hekim ve diğer sağlık personelinin mezuniyet öncesi eğitiminden, bölgesel hekim birliklerinin ve hastalık fonlarının denetiminden de sorumludur.

Federal yapı eyaletler (Lander) düzeyinde de yansır. Toplam 16 eyaletin 13'ünde eyalet hükümetlerinin içinde sağlık bakanlığı vardır.

Zorunlu sağlık sigortasının yönetimi korporatist bir yapı sergiler. Fon yönetiminde üretici tarafın temsilcileri olarak hekimlerin ve diş hekimlerinin yasal birliklerinin temsilcileri, satın alan tarafın temsilcileri olarak da hastalık fonlarının ve onların birliklerinin temsilcileri bulunur. Her eyalette hekim birliği vardır. Yöneticileri seçimlerle belirlenir. Nüfusu büyük olduğu için Kuzey Ren-Westphalia eyaletinde hekim birliği sayısı ikidir. Birlikler federal düzeyde de bir birlik oluştururlar. Hastalık fonu üyesini ayaktan tedavi eden her hekim, hekim birliğinin üyesi olmak zorundadır. Hastaneler bu korporatist yapı içinde temsil edilmezler. Çünkü özel bir yasaya tabidirler. Hekimlerin, diş hekimlerinin, eczacıların ve veterinerlerin, zorunlu sigortacılıkla ilgili meslek birliklerinin dışında,

eyalet düzeyinde örgütlü meslek birlikleri de vardır. Her hekim bu birliğe üye olmak zorundadır. Bunlar sürekli eğitim, akreditasyon, mesleki standartların belirlenmesi gibi işlerden sorumludurlar.

Hastalık fonlarının sayısı birleşmelerle azalmaktadır. Aynı süreçte fonlar değişik meslek üyelerine de üyelik kapılarını açmaktadır. Hastalık fonları, üyelerinden toplayacakları prim miktarına kendileri karar verirler. Hastalık fonlarının yanı sıra yine korporatist olarak yönetilen kaza fonları, emeklilik fonları ve 1995'ten beri de uzun süreli bakım fonu vardır.

Ayaktan tedavi edici hizmetlerin sunumu bölgesel hekim birliklerinin sorumluluğudur. Hizmet üretimi konusunda tek yetkili hekim birlikleridir. Birlikler hizmeti devletin ve sigorta fonlarının belirlediği standartlarda üretmek zorundadırlar. Aldıkları parayı da üyelerine dağıtırlar. Hekimlerle sigorta fonlarının ortak görüşmelerinin gerçekleştirildiği en önemli kurum Hekimler ve Hastalık Fonları Federal Komitesi'dir. Bu komite tarafların temsilcilerinden oluşur. Son zamanlarda ilaç yazımı, yeni teknolojilerin kullanımı gibi konularda da standartlar geliştirilmektedir.

Hastaneler için birinci basamak tedavi hizmetlerine benzer korporatist bir yapı yoktur. Hastaneler tek tek sigorta fonlarıyla anlaşma imzalarlar. Giderek hastaneler de birlikler oluşturmaktadır. Bunların hekim birlikleri gibi korporatist sorumlulukları yoksa da, karar alma süreçlerinde görüşme hakları elde etmektedirler.

Görüldüğü gibi Alman sağlık sistemi oldukça desantralize bir nitelik sergiler. Devlet düzeyindeki yetkilerin pek çoğu korporatist organlara desantralize edilmiştir. Alman sağlık sisteminin bir diğer özelliği özelleştirilmiş niteliğidir. Ayaktan tedavi edici hizmetler ile diş sağlığı hizmetleri hemen tamamen özel sektörün elindedir.

3.2. Hastaneler

Almanya'da hastaneler yataklı hasta bakımında yoğunlaşmıştır. Yalnızca üniversite hastaneleri ayaktan hasta tedavisi de yapmaktadır. Üniversite hastanelerinin ayaktan hasta tedavisindeki payı yüzde 5'tir.

Almanya'daki hastane sayısı 2.260'tır. Bunların 2.030'u genel hastane niteliğindedir. Hastane yataklarının yüzde 95'i kamu tarafından finanse

edilir. Rehabilitasyon hizmeti veren kurumlardaki yatakların ise yüzde 69'u kâr amaçlı özel kurumlardadır. Akut bakım veren hastane yataklarının sayısı son yıllarda azalırken, rehabilitasyon merkezlerindeki yatak sayısı artmıştır. Genel ve psikiyatrik amaçlı kullanılan hastane yatakları için 1991'de 1000 kişiye düşen yatak sayısı 8.19 iken, bu sayı 1998'de 7.01'e inmiştir. Koruyucu ve rehabilitasyon amaçlı kurumlardaki yatak sayısı ise 1991'de 1000 kişi için 2.06'dan 1998'de 2.30'a yükselmiştir.

Hastanecilik hizmetlerinde kamu sektörü ile birlikte kâr amaçlı ve kâr amacı gütmeyen özel sektör yan yanadır. 1990 yılında hastane yataklarının yüzde 62.8'i kamu, yüzde 33.5'i kâr amacı gütmeyen özel, yüzde 3.7'si de kâr amaçlı özel sektör elindeydi. 2002 yılına gelindiğinde oranlar yüzde 53.9, yüzde 37.7 ve yüzde 8.3 olarak değişti. Böylece kamunun ağırlığı azalırken, özel sektörünki arttı. Aynı süre içinde toplam hastane yataklarında yüzde 12'lik bir azalma oldu.

3.3. Hekimler

1980'lerde hekim sayısındaki yıllık artış yüzde 3, 1990'larda ise yüzde 2 kadardı. 2006 yılında aktif çalışan hekim sayısı 284 bindi. Her bin kişiye 3.4 hekim düşmekteydi. Bunların 136 bini hastanelerde, 125 bini ayaktan tedavi hizmetlerinde, 11 bini halk sağlığı hizmetlerinde ve 16 bini diğer alanlarda (farmasötik endüstrisi gibi) çalışmaktaydı. Hekim sayısındaki aşırı artışı sınırlamak için 1980'lerden itibaren bazı standartlar geliştirildi. Hekim istihdamı için toplumun yaş, cins, hastalık ve sosyoekonomik yapısı gibi özellikleri dikkate alınmaya başlandı.

Hekim eğitiminin düzenlenmesinden, finansmanından, meslek gruplarının denetiminden eyaletler sorumludur. 36 adet tıp fakültesi vardır (2005). Tıp eğitiminin süresi altı yıldır. Son yıllarda tıp fakültesi mezun sayısını azaltmaya yönelik politikalar da uygulanmaktadır. Hekimler tıp fakültesinden mezun olduktan sonra uzmanlaşmak zorundadırlar. Genel pratisyenlik uzmanlık alanlarından birisidir. Genel pratisyenlik uzmanlık eğitiminin süresi 1998 yılında üç yıldan beş yıla çıkarılmıştır. Amaç insangücü kalitesini artırmaktır. Genel pratisyenliğin prestij ve geliri daha azdır. Bu nedenle de genel pratisyen/uzman oranı düşüktür.

Birinci basamakta çalışan genel pratisyenlerin yıllık net geliri 156 bin Mark, diğer uzmanların geliri ise 172-250 bin Mark arasındaydı (1998). 1988 ile 1995 arasındaki dönemde hizmet başına yapılan ödeme miktarı yüzde 9 azalırken, hekim başına ödeme miktarı yüzde 18 artmıştır. Bunun nedeni aynı dönemde hekim başına düşen hizmet miktarının yüzde 30 oranında artmış olmasıdır. Bir başka deyişle hekimlerin iş yükünde artış vardır. Gelirdeki artış, iş yükündeki artışın gerisindedir.

Tablo: Almanya'da sağlık insan-gücü verileri (2006) (www.who.org)

10 bin kişi için diş hekimi sayısı	8.0
Diş hekimi sayısı	65683
Hemşire ve ebe sayısı	662000
Eczacı sayısı	46953
Hekim sayısı	284427
10 bin kişi için hemşire ve ebe sayısı	80.0
10 bin kişi için eczacı sayısı	6.0
10 bin kişi için hekim sayısı	34.0

Hastanelerde ve rehabilitasyon kurumlarında çalışan hekimler ücretli istihdam edilmektedir. Ayaktan tedavi hizmeti sunan hekimler ise merkezi olarak belirlenmiş geri ödeme sistemine göre gelir elde etmektedir. Hekimlere yapılan geri ödeme bölgedeki sigortalı sayısı ve hekimin verdiği hizmet dikkate alınarak yapılmaktadır. Hizmete göre ödemelerin temeli ise yine merkezi görüşmelerle belirlenen fiyatlar temelinde olmaktadır. Ancak hizmet başına ödeme miktarı bölgeler arasında değişmektedir. Ödemelerin üst sınırını o bölgedeki sigortalı sayısı belirlemektedir. Hekimlere yapılan hizmet başı ödeme bu üst sınır çerçevesinde belirlenmektedir. Sonuçta hekimlerin geliri mavi yakalıların 3-5, beyaz yakalıların da 2-3 katı kadardır. 2005 yılından itibaren, geri ödemede, sunulan hizmet için harcanan zamanın dikkate alınması ve dakika başına 0.77 Euro ödenmesi planlanmaktadır.

3.4. Kamu sağlığı hizmetleri

Almanya'da halk sağlığı hizmetleri şunlardır: Sağlık kurumlarında çalışan personelin denetimi, bulaşıcı hastalıklarla savaş, bağışıklama, yiyecek ve ilaçların denetimi, çevre sağlığı hizmetleri, toplum temelli psikiyatrik hizmetler, sağlık eğitimi, okul çocuklarının ve bazı özel grupların periyodik fizik muayeneleri. Bu hizmetler ülkenin değişik yerlerindeki (eyaletler) 360 halk sağlığı ofisi tarafından sunulmaktadır. Bunların 274'ü doğrudan belediyelerin sorumluluğundadır.

Ancak 1980'li yıllar içinde bu çalışmaların bir kısmı halk sağlığı ofislerinden alınarak birinci basamakta çalışan hekimlere verilmiştir. Örneğin doğum öncesi bakım, hastalık taramaları, çocuklar için diş sağlığı hizmetleri, kronik hastalıkların izlenmesi ve bağışıklama hizmetleri böyledir. Bu nedenle son yıllarda halk sağlığı teşkilatının boyutları küçülmüştür. Hekimler bu hizmetler için de hastalık fonlarından para almaktadır. Aşılama hizmetlerinin sorumluluğunun halk sağlığı ofislerinden hekimlere aktarılması aşılama oranlarının düşmesiyle sonuçlanmıştır. Aşılamalar genellikle gecikmektedir ve örneğin çocukların yüzde 25'inden azı kabakulak, kızamık ve kızamıkçık için önerilen ikinci doz aşıyı yaptırmıştır.

3.5. Birinci ve ikinci basamak ayaktan tedavi hizmetleri

Birinci basamakta ayaktan tedavi edici hizmet sunan hekimler kendi ofislerinde çalışmaktadır. Birinci basamakta bu işi yapan hekim sayısı toplam 125 bindir. Bu hekimlerin dörtte biri grup pratiği içinde çalışmaktadır. 6.600'ü tek başına ve sigorta fonlarıyla anlaşmasız özel hekimlik yaparken, 117 bininin sigortalarla anlaşması vardır. Her tür uzmanlık alanı birinci basamakta ayaktan tedavi edici hizmet verebilmektedir. Birinci basamakta çalışan hekimlerin yüzde 5'inin (yaklaşık 7.000 hekim) hastanede de hasta tedavi etme hakkı vardır. Bu da çoğunlukla küçük cerrahi girişimler için söz konusudur. Diğer hekimler ise hastalarının hastaneye yatmasını düşündüklerinde hastane hekimine sevk ederler. Böylece ayaktan tedavi edici hizmetlerle yataklı tedavi hizmetleri hemen hemen kesin sınırlarla ayrılmıştır. Ayaktan tedavi edici hizmetler çok önemli oranda birinci basamakta verilmektedir.

Alman sağlık sisteminde hastaların uymak zorunda oldukları bir sevk

sistemi yoktur. Hastalar, kendi sigortalarının anlaşmalı olduğu hekimler arasından istediklerini seçme hakkına sahiptir. Birinci basamakta aile hekimleri de hizmet sunmaktadır. Ancak son yıllarda birinci basamakta çalışan uzman oranının artması nedeniyle, aile hekimlerinin toplam içindeki oranı yüzde 50 seviyesindedir.

Aile hekimleri kapı tutucu işlevine sahip değildir. Nüfusun yüzde 90'ının bir aile hekimi vardır, ancak bir hastalık durumunda, ayaktan muayene için uzman hekimler tercih edilmektedir. 2004'ten beri uzmanları tercih etmeyenlere finansal ödül verilmektedir. Yalnızca hastane sevki için aile hekiminden sevk alma zorunluluğu vardır.

Hastalar sevkli olarak istedikleri hastaneyi seçmekte serbesttir. Hastane hekimleri ücret esasına göre istihdam edilirler. Kıdemli hekimler hizmet başı ödeme temelinde, hastane dışındaki ofislerinde özel hasta da bakabilirler. Bunların sayısı 11 bindir. Kıdemliler dışındaki hastane hekimleri hastane dışında çalışamazlar. Yataklı tedavi hizmetlerinin ödemesi tanı temelli gruplar üzerinden yapılmaktadır. Tanımlanmış 110 tanı temelli hastalık grubu vardır.

Tablo: Almanya'da hastane yataklarının mülkiyet durumu (%) (Buse R, Riesberg A 2005: 56)

	Kamu	Kâr amaçsız özel	Kâr amaçlı	Toplam (N)
1990	62.8	33.5	3.7	616922
2002	53.9	37.7	8.3	504684
Değişim	-29.7	- 8.0	+ 84.2	- 18.2

Birinci basamakta ayaktan tedavi hizmeti sunan aile hekimleri ile diğer uzmanların geri ödeme mekanizmaları farklıdır. Birinci basamakta aile hekimi olarak sertifikalandırılmış hekimlerin (toplam olarak 58.884 tane) uzmanlıklara dağılımı da şöyledir: 31.758 genel pratisyenlik uzmanı, 11.303 herhangi bir uzmanlığı olmayan pratisyen hekim, 10.336 dahiliye uzmanı, 5.447 çocuk sağlığı uzmanı.

1993'ten beri hastalık fonlarına hekimlerle kapı tutucu işlev karşılığında anlaşma hakkı verilmiştir. Bu sistemi kullanan fonlara ödül verilmektedir.

Aile hekimleri hem mesai saatleri içinde hem de dışında (kırsal kesim için) ev ziyaretleri yapmaktadır. Bu, hasta memnuniyetini artıran bir faktördür.

Alman hastaneleri ağırlıklı olarak yataklı tedaviye odaklanmıştır. Akut bakım hizmeti veren hastaneler ancak acil ayaktan bakım hizmeti verebilirken, üniversite hastanelerinin ayaktan tedavi birimleri vardır. Üniversite hastanelerinin toplam ayaktan hasta tedavi işindeki payı ancak yüzde 5 kadardır.

3.6. Finansman

Almanya'da hizmetin üretimi ve finansmanı sigorta sistemi nedeniyle geleneksel olarak ayrılmıştır. Hizmet ödeyicileri (satın alıcılar) federal ve bölge ölçeğinde organize olmuş hastalık fonlarıdır. 2004 yılı itibariyle 292 tane zorunlu hastalık fonu vardır ve 72 milyon insan (51 milyon üye ve kalanı da bunların bakmakla yükümlü oldukları yakınları olmak üzere) üyedir. Ayrıca 49 tane özel sigorta şirketi yaklaşık 7 milyon kişiyi üye yapmıştır. Nüfusun yüzde 37'si 17 tane genel bölgesel fonun, yüzde 33'ü beyaz ya da mavi yakalılara açık 10 tane destekleyici fonun, yüzde 21'i 229 tane şirket temelli fonun ve yüzde 6'sı da 20 tane esnaf fonunun üyesidir. Fonlar kâr amaçsızdır ve özyönetim esasına göre işletilmektedir. Hastalık fonları prim oranlarını kendileri belirler. Fonların yönetim organlarına altı yılda bir seçimle işçi, patron ve kurum temsilcileri seçilmektedir.

Tablo: Almanya'da hastalık fonlarının sayısal durumu (Buse R, Riesberg A 2005: 36)

	1993	2000	2004
Genel bölgesel fonlar	269	17	17
Şirket temelli fonlar	744	337	229
Destekleyici fonlar	15	12	10
Esnaf fonları	169	32	20
Çiftçi fonları	22	20	14
Denizcilerin fonu	1	1	1
Madencilerin fonu	1	1	1
Toplam	1221	420	292

Bu fonlara ek olarak sağlıkla ilgili başka zorunlu sigorta fonları da vardır: İş kazası ve meslek hastalıklarının tedavi ve rehabilitasyonunu kapsayan kaza fonları, emeklilik fonları ve 1995'ten beri yürürlükte olan uzun süreli bakım fonları.

Görüldüğü gibi, Almanya'da sağlık bakımı için tek bir bütçe yoktur. 17 tane vergiye dayalı bütçe bulunur (bunların da 1 tanesi federal, 16 tanesi eyalet düzeyindedir). Genel vergilere dayalı bütçeler ilgili hükümetlerce belirlenir. Hastalık fonlarında ise belirlenmiş bir bütçe yoktur. Bunun yerine sigortalıların bütün sağlık harcamaları karşılanır. Bunun anlamı harcamaların gelirleri aşması durumunda sigorta paketinin kapsamının daraltılacak olmasıdır.

Alman sağlık sisteminde finansman esas olarak sigortayla sağlanır. Yıllık geliri 43 bin Euro'nun (2008 için) altındaki bütün çalışanlar sisteme üyc olmak zorundadır. Toplumun yüzde 88'i sistem tarafından kapsanmaktadır. Bunların yüzde 74'ü zorunluluk nedeniyle (gelirleri belirlenen sınırın altında olduğu için) üye olanlardır. Kalan yüzde 14 ise isteğe bağlı olarak (gelirleri belirlenen sınırın üzerinde olduğu halde) zorunlu sigorta sistemine üye olmuştur. Nüfusun yüzde 9'u özel sigortalara kayıtlıdır, yüzde 2'si hükümetten parasız hizmet alır (polisler, askerler) ve yüzde 0.1'i de sigortasızdır.

Gelirin yüzde 15'i prim olarak kesilir. Bunun da yüzde 8'i işçiden, kalan yüzde 7'si de patrondan gelir. 2004 yılından beri, hükümet, uzun süreli işsizler için sabit bir prim ödemesi yapmaktadır. Şu anda hastalık fonları prim oranlarını belirlemekte serbesttir.

Geliri aylık 400 Euro'nun altında olan işçiler için primin tamamını patron ödemektedir. Bunun tüm fonlardaki toplamı yüzde 11'dir. Sanatçılar ve öğrenciler için federal hükümet primin yarısını ödemektedir. Emekli ve işsizler içinse emeklilik fonları ve Federal İstihdam Bürosu patron sorumluluğunu üstlenmektedir. 2005 yılından itibaren işçilerden yüzde 0.9'luk bir prim kesintisi daha yapılmaya başlanmıştır. Bu, işçi ve patronların toplam sistemdeki eşit katkı durumunu patron lehine değiştirecektir.

Eskiden üyelerin sigorta fonunu seçme hakları yoktu. Yaşadıkları bölgeye ve mesleklerine göre bir fona kaydedilirlerdi. Bu da üyelerin risk

ve gelirlerinin farklılığı nedeniyle çok farklı katkı paylarına neden olmaktaydı. Bu eşitsizliği gidermek için 1994'ten beri fonlar arasında kaynak transferine olanak tanınmıştır. 2002'de çıkarılan bir yasa ile de herkese fon seçme hakkı verildi. Yalnızca çiftçilerin, madencilerin fonları o sektörde çalışanların üyeliğini kabul etmektedir. Bütün bu yeni gelişmeler finansman mekanizmasında şu değişikliklere neden olmuştur: 1) Fonlar birleşmeye başlamıştır. 2) Fonlar arasında önemli üye kayışları olmuştur. 3) Üye kayışları fonların yapısını etkilemiştir. Bu da fonların risk yapılarını eşitleyecek müdahalelerin gerekliliğini göstermektedir.

Fon değiştirmek için bireyin bir önceki fona üyelik süresinin en az 18 ay olması gerekir. Ancak, fonlara üyeliğin zorunlu olduğu gelir düzeyinin üzerindekiler iki ayda bir fon değiştirebilirler. Fon değiştirme serbestliğinin tanınmasının nedeni fonlar arasında rekabetin uyarılmasıdır. Bu serbestlik uygulaması sonrasında bölgesel genel fonlar ile eskiden beyaz yakalıların üye olduğu fonlar üye kaybederken, şirket temelinde örgütlenen fonlar üye sayılarını ikiye katlamıştır.

1998'de zorunlu sigorta kapsamındakilerin yüzde 9.3'ü fonlarını değiştirmeyi düşünürken, bu oran 2003'te yüzde 23.4'e yükselmiştir. Yasa sonrasında genel bölgesel fonlar 18.6 milyon, destekleyici fonlar 15.8 milyon üye kaybetmişken, işletme temelli fonlar 10.4 milyon üye kazanmıştır. Fonlar arasındaki kayma prim oranlarıyla ilişkilidir. Genç, sağlıklı ve yüksek kazançlı bireylerin hareketliliği daha yüksektir. Bu gruplar daha ucuz fonlara yönelmektedir. Bu da fonların risk yapılarında büyük değişiklikler yaratmaktadır.

Aslında, fonların risk bileşimlerinin farklılığı sorunu eskiden de vardı. Bununla mücadele etmek için 1994 yılında risk yapısını düzenleme programı başlatılmıştır. Buna göre, fonlar topladıkları primlerin yüzde 13.3'ünü merkezi bir fona aktarmaktadır. Daha sonra bu merkezi kaynak, fonlar arasında, fonların risk durumlarına göre yeniden dağıtılmaktadır.

Sistem 2006 yılında 7 milyar Euro açık vermiştir. İşçilerden alınan ek yüzde 0.9'luk kesintinin nedeni de budur. Bu nedenle hükümet prim düzeyinde yüzde 1 artış önermektedir. Ayrıca genel vergilerden de yatırım harcamalarını ve özellikle emeklilere yönelik rehabilitasyon hizmetlerini

finanse etmek için destek yapılmaktadır. Fonlar hastalık yardımı dışında, hastalık nedeniyle çalışamayacak durumda olanlara 28 haftaya kadar ve son ücretlerinin yüzde 70-90'ı arasında hastalık ücreti de öderler. Vergiler sağlık sisteminde değişik amaçlar için kullanılmaktadır. Örneğin, bazı kamu çalışanlarının özel sağlık harcamalarının bir kısmı, hastanelerin yatırım harcamaları, halk sağlığı hizmetleri vergilerle karşılanmakta ve çiftçi fonları da vergilerle sübvanse edilmektedir.

Fon üyelerinin yararlandığı hizmetler şunlardır: 1) Koruyucu sağlık hizmetleri, 2) sağlık taraması hizmetleri, 3) hastalık tedavileri, ayaktan tedavi hizmetleri, diş bakımı, ilaçlar, hekim dışı sağlık bakımı (fizyoterapi, konuşma terapisi ve mesleki tedavi), tıbbi aletler, yataklı hastane bakımı, evde hemşire bakımı ve bazı rehabilitasyon hizmetleri, 4) hastalık durumunda nakil. Hastanecilik hizmetlerinin kapsamı eyalet hükümetinin düzenlemeleri ve hastalık fonu ile hastane arasındaki görüşmelerle belirlenir.

Tablo: Almanya'da finansmandaki temel kaynakların yıllara göre toplamdaki payı (%) (European Observatory on Health Care Systems 2000: 46)

Finansman kaynağı	1970	1975	1980	1985	1990	1995
Kamu						
Zorunlu sigorta	58.3	66.7	67.0	66.3	65.4	68.2
Vergiler	14.5	12.4	11.7	11.2	10.8	10.0
Özel						
Cepten harcamalar	13.9	9.6	10.3	11.2	11.1	10.8
Özel sigorta	7.5	5.8	5.9	6.5	7.2	6.6
Diğer	5.8	5.6	5.1	4.9	5.4	4.4

Maliyet paylaşımı Almanya'da yaygın kullanılan yöntemdir. Bu da cepten harcamaları artırmaktadır. 1993 ve 1994 yılında çıkarılan iki yasa ile hizmetin fiyatına ve hizmet paketinin kapsamına göre maliyet paylaşımı uygulamaya konulmuştur. 1997 yılında ise diş tedavilerinin bir kısmı ya-

rarlanım paketinden çıkarılarak, maliyet paylaşımı kapsamına alınmıştır. İlaçlara ödenen katkı paylarının oranı da artırılmıştır. Bunlar da cepten harcamaların artmasına neden olmuştur. Ortodontik tedavilerdeki maliyet paylaşımı oranı 1990'da yüzde 20 iken, 1997'den beri yüzde 25; fizyoterapi programlarındaki oran 1989'da yüzde 10 iken, 1997'den beri yüzde 15; belli bir sürenin üzerindeki yataklı tedavideki katkı payı 1989'da yüzde 5 iken, 1997'den beri yüzde 17 oranına çıkarılmıştır.

2004 yılında gözlükler, yaşam tarzını ilgilendiren medikasyonlar ve bazı ilaçlar kapsam dışı bırakılmıştır. İlk kez katkı payı uygulaması başlatılmıştır. Bugün her vatandaş hekim ve diş hekimine muayene olabilmek için üç ayda bir 10 Euro, her hastane yatış günü için (28 güne kadarki yatışlarda) 10 Euro, her reçete için 10 Euro ve bazı uzmanlık hizmetleri için de her defasında 10 Euro katkı payı ödemektedir. Ayrıca ilaçlar için de yüzde 10'luk katkı payı alınmaktadır. Diş protezlerinin yarısını hasta ödemektedir. Böylece sağlık harcamalarının yaklaşık yüzde 14'ü cepten ödemelerle karşılanmaktadır. Kimi öncül kanıtlar katkı paylarının hem sağlık harcamalarını hem de sağlık hizmeti kullanımını azalttığını göstermektedir. 18 yaşına kadar olan çocuklar katkı payından muaftır. Ayrıca katkı payı ailenin yıllık gelirinin yüzde 2'sini ve kronik hastalığı olanların da yıllık gelirinin yüzde 1'ini geçemez.

Değişik raporlar katkı payı uygulamasının hekimlerin davranışlarını değiştirdiğini belgelemektedir. Örneğin bir göz uzmanı ileri göz testleri için hastasından 25 Euro istemiştir. Hekimler her muayene sırasında 10 Euro'luk katkı payını sormaktadır. Bir hekim, hastası daha özel bir testi kabul etmediği için tedavi etmeyi reddetmiştir.

Yeni kurallara göre 10 Euro'yu hekim birlikleri toplamak zorundadır. Ancak sonuç olarak bu para ortak kamu sağlık fonuna gitmektedir Mart ayında Kuzey Ren bölgesindeki hekim birliği dört ayda bir ödenmek zorunda olunan katkı payını ödemeyi reddeden bir hastayı dava etmiştir. Hekim birliği başkanı ödeme yapmayan herkesi dava edecek olsalar, mahkeme maliyetlerinin 3.5 milyon Euro tutacağını belirtmiştir.

Bu tartışmalar sürerken reform amacına ulaşmıştır. Almanların hekim muayenehanelerine başvurusu azalmıştır. 2004'ün ilk iki üç aylık döne-

mindeki başvurular daha önceki yılla karşılaştırıldığında yüzde 10 ve yüzde 7 oranında düşmüştür. Ancak katkı payı esas olarak zor durumda olanları etkilemektedir. Örneğin Berlin'in kenar mahallesi olan Neukolln'de 2004'ün ilk üç ayında azalma yüzde 17 iken Berlin merkezinde yüzde 9 olarak gerçekleşmiştir.

Özel sigortacılık uygulaması iki türdür. Birincisi tam hizmet paketi sunan özel sigortalardır. İkincisi ise zorunlu sigortada karşılanmayan hizmetleri (hastanelerde özel oda gibi) içeren tamamlayıcı özel sigorta uygulamasıdır. Tam kapsamlı özel sigorta üyeleri üç grupta toplanabilir: 1) Gelirleri üst sınırı aşanlar, 2) kendi hesabına çalışanların bir kısmı, 3) öğretmen, üniversite öğretim üyesi, hükümet çalışanları gibi özel sigorta harcamaları hükümetçe geri ödenen kamu çalışanları. Bu gruplar zorunlu sigortalara üye olanlar kadar, hatta daha iyi düzeyde sağlık hizmetinden yararlanırlar. Özel sigortacılıkta prim düzeyi yaş, cins ve geçmiş tıbbi öyküye göre değişir. Zorunlu sigortanın tersine çocuklar ve bakmakla yükümlü olunan kişiler için ayrı prim ödenir. Özel sigortalılar hizmetten yararlandıkları anda ödemeyi yaparlar ve sonradan ödediklerinin bir kısmını özel sigorta şirketinden geri alırlar. Bu da özel sigortacılık maliyetini zorunlu sigortacılığa göre üçte iki oranında daha pahalı yapmaktadır. Örneğin 1988-1998 arasındaki dönemde zorunlu ve özel sigortaların maliyet artışı ayaktan tedavi edici hizmetlerde yüzde 51 ve yüzde 96, diş bakımında yüzde -4 ve yüzde 84, ilaçlarda yüzde 24 ve yüzde 61, hastane bakımında yüzde 62 ve yüzde 50, toplamda da yüzde 44 ve yüzde 72 olarak gerçekleşmiştir.

Özel sigortadaki ödeme sistemi de değişiktir. Sigortalı, kullandığı hizmetin masrafını kendisi ödemekte ve sonradan sigortadan geri ödeme almaktadır. Hekimler özel sigortalı hastalara kamu sigortalılara göre 1.7-2.3 kat daha pahalı fatura çıkarmaktadır. Bu nedenle isteğe bağlı biçimde zorunlu sigorta üyesi olanlardan özel sigortaya geçenlerin sayısı 1990'ların ortasında önemli derecede azalmıştır: 1992'de 329 bin iken, 1996'da 66 bin. Ancak bu yine de önemli bir sayıdır ve muhtemelen zorunlu sigortada kapsamın daraltılmasıyla ilgilidir.

Almanya'da, kamu sigortasında yer alan yüksek gelirlilerin buradan

çıkarak özel sigorta sistemine geçmeleri sonucunda her yıl 750 milyon Euro kaybedilmektedir. Üstelik bu kaçış sosyal sigorta içindeki risk paylaşımını da zorlaştırmaktadır. Bu nedenle özel sigortaların tümüyle kamu mekanizması içine alınmasını önerenler vardır. Özel sigortaların yine merkezi olarak belirlenen standart bir prim oranı üzerinden isteyenleri sigortalamasını ve isteyenlere de daha fazla ödeme karşılığında istenilen hizmeti sunmasını önerenler de bulunmaktadır.

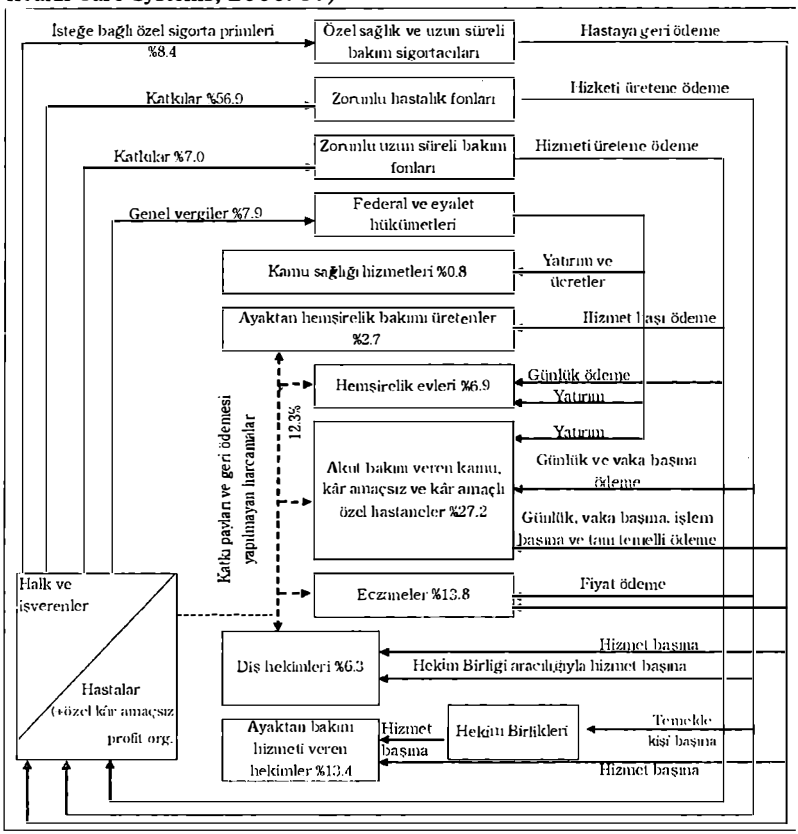
1975-2002 arasında tam kapsamlı özel sigortalı olanların sayısı 4.2 milyondan 7.7 milyona yükselmiştir. Bu oranlar nüfusun yüzde 6.9 ve yüzde 9.3'üne karşılık gelmektedir. 10 yıldan fazla süredir özel sigortalı olan 65 yaş üzerindekiler, prim düzeylerinin, zorunlu sigortacılığın üzerinde olmaması hakkını elde etmektedir.

Tamamlayıcı sigortalara üye olanların sayısının da 7 milyon olduğu tahmin edilmektedir. 1996 yılında diş bakımı hizmetlerinin bir kısmının 1978'den sonra doğanlar için zorunlu sigortaların kapsamından çıkarılması, tamamlayıcı özel sigortalara üye olanların sayısında önemli artışa neden olmuştur.

1995 yılında uzun süreli sağlık bakımı, zorunlu sigorta kapsamına alındı. Bütün hastalık fonları üyeleri ve özel sigortalarca tam olarak kapsananların tümü bu sigorta kapsamına girdiler. Sigorta üyeleri ve patronlar aylık işçi gelirinin yüzde 1.7'si kadar bir primi yarı yarıya bu sigorta fonuna yatırmaya başladılar. Bu prim yükünün patronlara getirdiği ek maliyeti karşılamak için de bir kamu tatil günü çalışma günü olarak değiştirildi. Sağlık bakımının altı aydan daha uzun süreceği saptandığında bu sigorta fonu devreye girmektedir.

Özellikle 1996 yılından beri hastane ödemeleri sabit bütçe üzerinden gerçekleştirilmektedir. 1972'den beri hastane finansmanında ikili bir mekanizma vardır. Yatırımlar eyaletlerce karşılanırken, cari harcamalar hastalık fonları ve hastaların cepten ödemelerince karşılanır. Cari harcamalar bütün personel harcamalarını da içerir. Yatırım harcamaları vergilerle finanse edilmektedir. Ancak eyaletlerin yatırımlar için hastanelere yaptıkları vergi desteği giderek azalmaktadır. Üstelik bu destek bakımından eyaletler arasında farklılıklar da vardır.

Şekil: Almanya'da sağlık finansman sistemi (1998) European Observatory on Health Care Systems, 2000: 97)



Hastalık fonları hastanelerle sözleşme yaparlar. Yeni çıkarılan bir yasayla sözleşmelerin hizmet kalitesini gözeterek yapılması zorunluluğu getirilmiş ve hastalık fonlarına sözleşmeleri yenilememe hakkı verilmiştir. Ancak sözleşme feshinin eyalet hükümetince onaylanması gerekir.

Hastanelerde maliyet sınırlaması için 2004'ten beri vaka başına ödeme, tanı temelli grup ödemesi ve işlem başına ödeme gibi mekanizmalar kullanılmaktadır. Vaka başı ödemede bir vaka için toplam ödeme yapılır-

ken, işlem başına ödemede yapılan işlemler fiyatlandırılmaktadır. Ancak bunların hastaların erken taburcu edilmesi ya da üniversite hastanelerine yönlendirilmesi gibi olumsuz sonuçlar yarattığına ilişkin bulgular vardır.

Ayaktan tedavi hizmeti veren hekimlerin ödemeleri hastalık fonlarınca yapılır. Hastalık fonları ödemeyi hekim sayısıyla orantılı biçimde hekim birliklerine yaparlar. Hekim birlikleri de hizmet başı temelinde hekimlere fon aktarırlar. Hizmet başı ödemeye temel oluşturmak üzere hekimler ve hastalık fonu temsilcilerinden oluşan ortak bir komite tarafından bir fiyatlandırma listesi hazırlanır. Hekimler her üç ayda bir verdikleri hizmeti bağlı oldukları hekim birliğine bildirirler. Hekim birliği aşırı ve gereksiz hizmet kullanımını denetlemek amacıyla hekimlerin bu bildirimlerini denetleme hakkına da sahiptir. Denetimde özellikle diğer hekimlere göre aşırı hastane sevki, aşırı hizmet sunumu gibi durumlar dikkate alınır. Hekim bu gibi durumlarda ceza almamak için hizmet farklılıklarını mantıklı biçimde açıklamak zorundadır. Bu denetimlerden yine ortak bir komite sorumludur.

Sigortalılara hastalık fonlarını seçme hakkının tanınmasıyla bu alandaki rekabet de artmıştır. Ancak yanlı seçimi önlemek, adil rekabeti geliştirmek ve bu rekabetçi ortamda dayanışmacılığı koruyabilmek için fonlar arasında risk yapısıyla ilişkili transferler yapılabilmesine olanak tanınmaktadır. Sistemdeki büyük fonların eyalet ve bölge ölçeğindeki hizmet üreticileriyle görüşmeleri ve bu görüşme ve pazarlık sürecinin hekim ölçeğine indirilmemiş olması rekabeti sınırlamaktadır. Bu ortamda özel sektörün ağırlığı artmaktadır.

2003 yılında toplumun artan beklentileri ve ekonomik faktörlerin etkisiyle, hükümetteki partiler hem merkezi hem de eyaletler düzeyinde sağlık sistemi üzerinde görüşmelere başladılar. Sonuçta 2004 yılı başında sağlık sigortasını modernize etmeyi hedefleyen bir yasa kabul edildi. Amaç, maliyet paylaşımı uygulamak ve sağlık sistemini daha verimli, etkin ve hastaların gereksinimlerine daha çok yanıt verir duruma getirmekti. Maliyet paylaşımı programı değişik hizmetler için katkı payları getirdi. Katkı payları nedeniyle 2004'ün ilk çeyreğinde hekimlere başvuruda yüzde 5'lik bir azalma oldu. Evsizler ve daha önce kamusal yardım programlarınca finanse edilen uzun süreli bakım hizmeti kullananlar hiz-

met kullanamaz oldular. Özellikle düşük gelirli kronik hastalar olumsuz etkilendiler. Yasa, diş sağlığı hizmetlerini, alternatif tıp kapsamındaki ilaçları, ulaşım masraflarını ve ölüm yardımı gibi bazı nakit ödemeleri yararlanım paketinden çıkardı. Buradaki beklenti bu kısıtlamanın toplam sağlık harcamalarında yüzde 2 tasarruf sağlayacağıydı. İtirazlar üzerine Yeşiller ile Sosyal Demokratlar'dan oluşan kırmızı-yeşil hükümet alternatif tıpla ilgili ilaçların bir kısmını yeniden pakete aldı. Muhafazakar partilerin itirazı üzerine yalnızca işçilerden alınacak yüzde 0.9'luk bir ücret vergisi karşılığında diş sağlığı hizmetleri yeniden kapsama alındı.

Makro düzeyde, kaliteyle ilgilenmek üzere özel bir kurul oluşturuldu. Mezo düzeyde, fonlara ve hizmeti üretenlere kapı tutuculuk, yönetilen rekabet ve seçici sözleşmeler üzerinden sistemi daha verimli kılacak inisiyatifler tanındı. Hastalık fonları kapı tutucu yapılar oluşturup üyelerine bu sisteme uymaları karşılığında finansal ödüller (katkı payı miktarının azaltılması gibi) verecektir. Entegre bakımla ilgili olarak sigorta fonları sektör düzeyinde tek bir sözleşmeyle hizmet üreticileriyle anlaşabilecektir. Entegre sistemi özendirmek için sağlık fonlarına yüzde 1'lik bir destek yapılacaktır. Mikro düzeyde ise hekimler belirlenmiş kalite kriterlerini yakalamaya zorlanacaktır.

2000 yılındaki Zorunlu Sağlık Sigortası Reformu Yasası (The Statutory Health Insurance Reform Act) geri ödemelerde Tanı Temelli Gruplar (Diagnosis Related Groups) denilen yeni bir sistem getirmiştir. Bu, 1972'den beri yapılan en köklü reformdur. Eskiden her işlem için ayrı ödeme yapılmaktaydı. Eğer planlandığı gibi giderse sistem tüm ülke düzeyinde 2009 yılında uygulamaya geçirilmiş olacaktır. Hastaneler hastanenin tipine ve hastalığa göre her hasta için günlük 150-400 Euro ödeme alacaktır. Amaç, hastaneler arasındaki rekabeti uyarmaktır.

Ancak hekim birlikleri tanı temelli ödeme sistemindeki ödeme miktarının maliyetlerin çok altında olduğunu belirtmektedir. Tahminlerine göre önümüzdeki 10 yıl içinde 220 hastaneden yüzde 10-15'i maliyetleri karşılayamadığı için kapanacaktır.

2002 yılında hastalık fonlarını kronik hastaları bağlamaya motive etmek için Hastalık Yönetimi Programları (Disease Management Programmes) uygulaması başlatılmıştır. Bunlar şeker hastalığı, meme kanseri, kalp

damar hastalığı, astma, kronik akciğer hastalığı içindir. 2007 yılı sonu itibariyle 14 bin bölgesel tanı yönetim programı ve bunlara 3.8 milyon kişinin katılımı vardı. 2009 yılı sonuna kadar hastanelerin tüm ödemesi tanı temelli grup oluşumlarına göre yapılacaktır.

2007 yılında rekabeti artırmak üzere özel bir yasa yayınlandı. Yasanın başlıca bileşenleri şunlardır: 1- Çalışanların primleri sigortalar arasında farklılık göstermeksizin standartlaştırılacak ve merkezi bir fonda, bütçeden aktarılan kaynakla birlikte toplanacaktır. Sonra bu kaynak sigorta kurumlarına, sigortaladıkları nüfusun yaş ve riskine göre düzeltilerek dağıtılacaktır. Aktarılan kaynakla gerekli hizmeti üretemeyip açık veren fonlar üyelerine yeni finansal yük yansıtırken, parası artan fonlar bu parayı elinde tutabilecektir. 2- Sigorta fonlarına üretici kurumlarla pazarlıkta daha geniş hareket alanı tanınacaktır. Bunun maliyet etkinliği ve verimliliği artıracağı beklenmektedir. 3- Şu anda sigortalı olmayan bir kesim vardır. Sigortaya üyelik bunlar için de zorunlu olacaktır. Ancak hükümet ortakları reformun ana amaçları konusunda anlaşsalar da bu amaca ulaşma konusunda farklı düşüncelere sahiptirler. Hıristiyan Demokrat Parti İsviçre tipi bir sağlık sistemi istemektedir. Bunun için de herkes için eşit olan ve genel vergilerden desteklenen bir prim mekanizması önermektedir. Bunun yanında da ayrıca özel bir piyasa olacaktır. Sosyal Demokrat Parti ise gelirle orantılı prim mekanizmasının korunmasını, ancak tabanının yaygınlaştırılmasını önermektedir. Buna göre işçiler dışındaki kesimler ve özel sigorta sistemindekiler de zorunlu sigortaya alınmalıdır.

Bu reformla rekabetin ve hekim-sağlık kurumu seçme hakkının artırılması planlanmaktadır. 2007'den itibaren sigorta fonları üyelerine daha fazla seçenek sunacaklardır (genel pratisyen sözleşmeleri, entegre bakım programları, geri ödeme planları gibi). Hastalık fonlarıyla hizmet üreticileri arasındaki rekabet artırılacaktır. Bu kurumlar, sözleşme ve pazarlık açısından daha serbest bırakılacaktır. Hastalık fonlarının ilaç şirketleriyle doğrudan pazarlık yapmasına izin verilecektir. Özel sigortacılık üzerinde denetimli rekabet sağlanacaktır.

Tarafların bu yasaya yaklaşımları farklıdır. Örneğin özel sigorta şirketleri kamu sigortalarıyla rekabete sokulmalarına ve sigortasızlara temel bir sağlık paketini sağlamaya zorlanmalarına karşıdır. Kamu hastalık

fonları ise bu yasanın yaşanan gelir sorununu çözmeyeceği düşüncesindedir. Çünkü 2007 için açık 7 milyar Euro olacaktır. Eyalet hükümetleri ise üzerlerine daha çok finansal sorumluluk binmesinden korkmaktadır. Halk sağlığı uzmanları ve hekimler de yasaya önemli derecede karşıdır. Üstelik bu taraflar yasanın hazırlanma sürecinde temsil edilmedikleri düşüncesindedirler.

Aktarılan merkezi fonla açık veren sigorta şirketleri gelirle orantılı ya da herkese eşit ek ödeme almaya kendileri karar verecektir. Ancak sabit ek ödemeye karar verildiğinde bunun oranı sigortalının gelirinin yüzde 1'ini aşamayacaktır. Düşük gelirlilerde bu sabit ek ödemenin miktarı ayda 8 Euro'yu, yüksek gelirlilerde ise 36 Euro'yu geçemeyecektir. Merkezi fonun karşıladığı sağlık harcamaları toplamın yüzde 95'inin altına düştüğünde, hükümet, prim oranlarını artıracaktır. Buradaki amaç, fonların koyacağı ek ödemelerin oranının yüzde 5'i aşmamasının sağlanmasıdır. Dikkat edilirse, bu sistemde, primler, işçi ve patron tarafından ödenmesine karşılık, ek ödemeler yalnızca işçiler tarafından yapılacaktır.

Sigorta şirketleri yüzde 1'lik tavan kuralı gereği, bütçelerinde açık verdiklerinde, bunu yüksek gelirlilere ek ödeme yansıtarak kapatmak zorunda kalacaktır. Bu, düşük gelirli sigortalıları fazla olan sigorta fonlarını dezavantajlı duruma sokacaktır. Bir simülasyon çalışmasının gösterdiği gibi, üyelerinin yüzde 61'i düşük gelirli olan bir sigorta fonu yüzde 1 tavan kuralını aylık 10 Euro'luk bir ek ödeme uygulamasıyla yaşama geçirebilecektir. Ancak, açığını kapatması için 20 Euro'luk ek ödeme almak zorunda kalan ve aynı oranda düşük gelirli üyeye sahip olan bir sigorta şirketi yüzde 1 tavan kuralı nedeniyle bunu yapamayacaktır.

Ek ödemeler emek maliyetlerini artırıcı bir etki de gösterecektir. Bu nedenle merkezi bütçeden merkezi sigorta fonuna aktarılan kaynağın da artırılması planlanmaktadır. Ancak bunun pratik olarak nasıl gerçekleştirileceği henüz belirsizdir. Bunun için vergilerin artırılması kaçınılmaz görünmektedir.

Özellikle ayaktan bakım hizmetlerinin finansman mekanizması hizmet üreticilerini sağlık hizmetinin gelişkin biçimlerini sunmaya yönlendirici değildir. Bu sorunla başa çıkabilmek için son yıllarda yeni modeller denenmektedir. Bunlardan birisi Entegre Bakım Programları, diğeri

Hastalık Yönetimi Programları, sonuncusu da Genel Pratisyen Merkezli Programdır.

Entegre Bakım Programlarının amacı genel pratisyenlerle uzmanları ve ayaktan, yataklı ve rehabilite edici hizmetleri koordine etmektir. 2004 yılından beri sigorta fonlarına değişik sektörlerdeki entegre sağlık hizmeti sağlamak üzere hizmet üreticileriyle serbest sözleşme yapma hakkı verilmiştir. Sektörel bütçelerin yüzde 1'i bu tip sözleşmeler için verilmektedir. Fonlar bu parayı üç yıl içinde entegre hizmet satın almak için kullanmazlarsa geri ödemek zorundadırlar.

Hastalık Yönetimi Programı Alman sağlık sisteminin bir buluşudur. 2001 yılında başlatılmıştır. Bununla, hastalık fonlarına, sigortaladıkları kronik hastalara bu programları sunmaları izni verilmiştir. Sigorta fonları bu programa dahil ettikleri her birey için finansal ödül almaktadır. Bu uygulamanın kronik hastalara yönelik sağlık hizmetinde koordinasyonu artırdığı ve birinci ve ikinci basamaklar arasındaki parçalanmayı engellediği söylenmektedir. Örneğin şu anda normal hastalara hastaneler ayaktan tedavi hizmeti verememekte, bu nedenle de birinci basamakta muayene edildikten sonra ikinci basamağa sevk edilen hastaya pek çok işlem ikinci kez yapılmaktadır. Oysa hastalık yönetimi programlarıyla, hastaneler, tanımlanmış hastalıklar için ayaktan tedavi hizmeti de verebilmektedir. Bu uygulamayla genel pratisyenlere kapı tutuculuk işlevi de verilmektedir.

Son yıllarda (2008) hastalık fonları yüksek gelirli ve düşük riskli bireyleri kapsama çabasındadır. Sorunlardan birisi sağlık sigortası piyasasının çok parçalı yapısıdır. Özel sigortaları tercih edenler daha sağlıklıdır ve gelirleri de daha yüksektir. Sosyal sigorta sisteminin daha eşitlikçi bir yapısı vardır. Bunun nedeni gelirle ilişkili katkılar dolayısıyla yüksek gelirlilerden düşük gelirlilere gelir transferinin yapılabilmesi ve çocukların ebeveynlerin sigortasından yararlanabilmesidir.

Genel Pratisyen Merkezli Program da 2004 yılından beri uygulanmaktadır. Genel pratisyenin hastalarını tedavi aracılığıyla yönlendireceği, fazla maliyetli uygulamalardan kaçınacağı ve maliyet etkinliği geliştireceği beklenmektedir.

Sigorta fonları yukarıda tanımlanan programlara katılan sigortalılara daha düşük katkı payı ve prim gibi finansal ödüller sunmaktadır.

Bu programların varsayılan sonuçlara ulaşıp ulaşmadığının izlenmesi gerekmektedir. Öte yandan bireylerin de bu programları ne derecede istedikleri ayrı bir konudur. Bireyler katkı payından kurtulmak ya da prim düzeylerinin düşürülmesi için gerekli sağlık hizmetini kullanmıyor olabilirler. Özellikle düşük gelirliler cepten ödemelerden kurtulmak için hekime gitmemektedir. Ayrıca katkı payları sistemde daha yüksek gelirlilerin yani düşük risklilerin kalmasına da neden olabilir.

3.7. Sağlık harcamaları

Alman sağlık sistemi diğer endüstrileşmiş ülkelere göre sağlık hizmetlerini daha pahalıya üretmektedir. Sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payı 1975-1990 arasında hemen hemen sabit kaldıysa da (yüzde 8.7 oranında), daha sonraki dönemde artarak diğer ülkeleri geride bırakmıştır. Bunun önemli bir nedeni Doğu ile birleşme, bir diğer nedeni de finansmanın sigortacılıkla sağlanmasıdır. Sağlık harcamaları içinde kamunun payı ise yıllar içinde sabit kalmıştır ve diğer merkez kapitalist ülkeler düzeyindedir.

Tablo: Almanya'da yıllara göre sağlık harcamaları (European Observatory on Health Care Systems 2000: 51)

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	2005
Kişi başı harcama ($, PPP)	175	375	649	979	1279	2128	2339	3250
Ulusal gelir içindeki oran (%)	6.3	8.8	8.8	9.3	8.7	10.4	10.4	10.7
Kamunun payı (%)	72.8	79.1	78.7	77.5	76.2	78.2	77.4	76.9

Yıllara göre değerlendirildiğinde, son 35 yılda kişi başı sağlık harcaması 19 kata çıkmıştır. Kişi başına yıllık ortalama 3.250 Dolar'dır (ppp olarak). Sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki payı yüzde 10'u geçmiştir. Önemli bir değişiklik olmadığı taktirde 2020 yılında ulusal gelirdeki payının yüzde 30 olacağı tahmini yapılmaktadır. Kamunun payı ise yüzde 77'dir.

Tablo: Almanya'da sağlık harcamaları (2005) (www.who.org)

Toplam sağlık harcamalarında hükümetin payı (%)	76.9
Toplam hükümet harcamalarında sağlığın payı (%)	17.6
Özel sağlık harcamalarının içinde cepten harcamaların payı (%)	56.8
Kişi başı hükümet sağlık harcaması (Dolar)	2790
Kişi başı toplam sağlık harcaması (Dolar)	3628
Özel sağlık harcamasının toplamdaki payı (%)	23.1
Özel sağlık harcamasında özel sigortanın payı (%)	39.8
Toplam hükümet sağlık harcamasında sigortanın payı (%)	87.6
Ulusal gelirin içinde sağlık harcamasının payı (%)	10.7

2005 için, bütçenin yüzde 17.6'sı sağlık için kullanılmaktadır. Özel harcamaların yarıdan çoğu cepten yapılmaktadır. Kalanı özel sigortacılığa aittir. Toplam sağlık harcamalarının yüzde 13.1'i cepten harcama biçimindedir. Bu oran son yıllarda yükselmektedir. Yükseliş, maliyet paylaşımı önlemleri çerçevesinde getirilen katkı paylarıyla ilişkilidir. Aşağıdaki tabloda finansman kaynaklarının yıllara göre seyri gösterilmiştir.

Tablo: Almanya'da toplam sağlık harcamalarının yüzdesi olarak finansman kaynaklarının yıllara göre durumu (Buse R, Riesberg A 2005: 58)

	1992	1998	2002
Kamu kaynakları	77.0	75.3	75.2
Vergiler	13.0	8.1	7.8
Zorunlu sağlık sigortası	60.7	56.7	56.9
Zorunlu emeklilik sigortası	2.3	1.7	1.7
Zorunlu kaza sigortası	1.8	1.7	1.7
Zorunlu uzun dönemli bakım sigortası		7.0	7.0
Özel kaynaklar			
Cepten harcamalar	10..7	12.6	12.2
Özel sigorta	7.3	7.8	8.4
Patron	4.3	4.2	4.1

Aşağıdaki tabloda ise sağlık harcamalarının harcama ve üretim alanlarına göre durumu gösterilmiştir (2001). Harcamaların yüzde 50.6'sı tedavi ve rehabilite edici hizmetlere olmaktadır. Uzun süreli hemşire bakımının oranı yüzde 10.7, ilaç ve tıbbi ürünlerin oranı da yüzde 19.7'dir. Yataklı tedavi hizmetlerine kaynakların yüzde 37.1'i, ayaktan tedavi edici hizmetlere yüzde 21.4'ü yönlendirilmektedir. Yönetim maliyetlerinin toplamdaki oranı yüzde 5.5, halk sağlığı hizmetlerininki de yüzde 4.7'dir. Yönetsel masrafların özel sigortacılık alanındaki oranı yüzde 16.7'dir.

Tablo: Almanya'da sağlık harcamalarının içeriğiyle ilgili veriler (2001) (Zifonun N 2001: 9-12)

Harcama alanlarına göre sağlık harcamaları (%)	
Tedavi ve rehabilite edici hizmetler	50.6
Uzun süreli hemşire bakımı	10.7
İlaç ve tıbbi ürünler	19.7
Yardımcı hizmetler hasta nakli, acil müdahaleler, laboratuar ve tanısal görüntüleme	6.3
Sağlık yönetimi ve sigortacılık	5.4
Halk sağlığı ve koruyucu hizmetler	4.5
Yatırımlar	2.8
Üretim tipine göre	
Yataklı tedavi hizmetleri	37.1 (Kamu 30.8, Özel 6.3)
Ayaktan tedavi hizmetleri	21.4 (Kamu 16.5, Özel 4.9)
İlaç ve tıbbi ürünler	20.2
Yardımcı hizmetler	6.5
Sağlık yönetimi ve sigortacılık	5.5
Halk sağlığı ve koruyucu hizmetler	4.7
Ev bakımı	4.5

Hemen tamamen uzmanlar tarafından sunulan ayaktan tedavi edici hizmetlere bağlı olarak hastane harcamaları diğer ülkelere göre daha düşüktür. Bununla birlikte son 30 yılda en fazla oranda artan harcama kalemi hastanelere aittir. Hastanecilik harcamalarının ulusal gelir içindeki oranı 1975'te yüzde 1.9 iken 1995'te yüzde 2.4'e, 2005'te yüzde 3.9'a yükselmiştir. Buna karşılık sabit sermaye yatırımları 1990 yılına kadar azalmış, bu tarihten sonra da birleşme sonrası yatırımlar nedeniyle yeniden artmıştır.

1992-2002 arasında toplam sağlık harcamaları yüzde 39 artarken, tıbbi ürünlerdeki artış yüzde 41, sağlık hizmetlerindeki artış yüzde 30, hastanecilik hizmetlerindeki harcama artışı da yüzde 36 olmuştur. Sağlık hizmetleri kapsamında en yüksek artış ise yüzde 121 ile hemşirelik bakım hizmetlerindedir. Ayaktan tedavi hizmetleri ve akut hastanecilik hizmetleri için yapılan harcamaların ulusal gelir içindeki oranı 1997 yılından beri hafif azalırken, ilaç harcamaları belirgin yükselmektedir.

Sağlık fonuna 2003'te 805 milyon Euro bütçeden aktarılmıştır. Maliyet sınırlayıcı önlemlerle 2004'te ilk altı ayda 960 milyon Euro tasarruf sağlanmıştır. Yeni yasalar hekim muayenelerindeki ve ilaçlara yapılan katkı payını hastanın yıllık gelirinin yüzde 2'siyle sınırlamaktadır. Ancak daha Ocak ayında düşük gelirli vatandaşlar için, katkı paylarının bu sınıra dayandığı da belirtilmektedir.

Merkel merkezi bir sağlık fonu yaratılmasını, finansmanın ücret vergilerinden genel vergilere kaydırılmasını, katkı paylarının artırılmasını önermektedir.

2006 yılında Alman vatandaşlarının yüzde 76'sı sağlık sisteminde acil reform gereksinimi olduğunu düşünüyordu.

Rekabet Alman sağlık sistemine giderek daha fazla oranda girmektedir. Rekabet özel sağlık sigortalarının kendi aralarında, özel ve kamu sigorta fonları arasında, yataklı kurumlardaki hekimlerle ayaktan tedavi veren hekimler arasındadır.

4. İsveç[7]

4.1. Genel yapı

İsveç'te 17. yy başlarında kent ve kasaba yönetimleri kamu sağlığı hizmetlerini sunmak üzere hekim istihdam etmekteydiler. Merkezi hükümet de birinci basamak sağlık hizmetleri için illerde hekim çalıştırmaktaydı. İlk hastane 18. yüzyıl sonlarında açıldı. O zamanlardan beri İsveç'te sağlık hizmetleri kamunun sorumluluğundadır.

1862 yılında il konsülleri (county council) oluşturuldu ve bu yönetim birimlerine kendi bölgelerinden vergi toplama yetkisi verildi. Sağlık hizmeti de il konsüllerinin en temel görevleri arasına girdi. Bu gelişme İsveç'in bugünkü ileri derecede desantralize sağlık sisteminin temellerini de oluşturdu. 1860'larda akut bakım veren hastanelerin mülkiyeti merkezden il konsüllerine transfer edildi. Hastane denetimi ise merkezi düzeyden yürütüldü. 1928 yılında il konsülleri bütün hastanecilik hizmetlerinin üretiminin yasal sorumlusu oldular. 1930'larda il konsülleri hastane hizmetleri dışındaki bir dizi hizmeti de (ebe ve hemşirelik hizmetleri, ana ve çocuk sağlığı bakımı ve çocukların diş sağlığı hizmetleri gibi) sunmaya başladılar. 1948'de bütün ayaktan bakım hizmetlerinin, 1951'de uzun süreli bakım hizmetlerinin, 1967'de diş sağlığı hizmetlerinin üretimi tümüyle il konsüllerine bırakıldı. 1930'larda üç hekimden birisi, 1960'larda ise beş hekimden dördü hastanelerde çalışıyordu. Birinci basamak sağlık hizmetleri özel çalışan hekimlerce veriliyordu. 1946'da Ulusal Sağlık Sigortası Yasası (National Health Insurance Act) kabul edildi ve 1955 yılında uygulamaya kondu. Bu yasayla sağlık hizmetleri evrensel düzeyde kapsanmış oldu.

1960-70'lerde İsveç sağlık sistemi daha çok hastanecilik hizmetleri üzerine oturtulmuştu. Bu yıllarda hastanelerin ayaktan tedavi hizmeti sunan hekimleri il konsüllerinin ücretli çalışanlarıydılar ve (kıdemli hekimler dışında) hastanelerde paralı hasta bakma hakları yoktu. 1971'de ilaç dağıtım endüstrisi ulusallaştırıldı. 1980'lerin başında üniversite hastanele-

[7] (İsveç için bakılabilecek kaynaklar: Stahl I 1990: 197-210; Wennstrom G 1992: 175-188; European Observatory on Health Care Systems 1996; Jones B 1996: 104-126; Diderichsen F 1999; Hjertqvist J 2000; Glenngard A 2005; Rae D 2005; Anel A 2008)

rinin mülkiyeti il konsüllerine devredildi. 1980'lerden beri bağışıklama hizmetleri de il konsüllerince gerçekleştirilmektedir.

1970'lere kadar hastalar ayaktan tedavilerin bütün masrafını cepten ödemek zorundaydı. Daha sonradan bunun yüzde 75'ini sigorta kurumundan geri almaktaydılar. 1970 yılından itibaren 7 Kronluk bir katkı payı dışında bu hizmet parasız olarak konsüller tarafından karşılanmaya başlandı.

1982 yılında çıkarılan Sağlık Bakımı Yasası (Health Care Act), sağlığın korunması ve geliştirilmesi hizmetlerini de il konsüllerine bıraktı. 1983-1992 arasında il konsülleri sağlık hizmetlerinin finansman ve üretiminden tam olarak sorumlu tutuldular. 1992 yılındaki yasal değişiklikle, uzun süreli hasta bakımı, yeti yitimi olanlara ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler yerel belediyelerin sorumluluğuna bırakıldı. Sonuçta il konsüllerinin sağlık harcamalarının beşte biri belediyelere transfer edildi. 1995 yılında belediyeler uzun süreli bakım gerektiren ruhsal hastaların bakımını da üstlendiler.

İsveç Sosyal Sigorta Kurumu değişik sigorta dallarını yöneten otoritedir. Hastalık, analık, emeklilik sigortaları, doğrudan gelir desteği, çocuk ve ev yardımı ödemeleri bu kapsamdadır. Her konsülde bir ofisi vardır. Ayrıca 240 adet yerel ofis ile hizmet vermektedir.

İsveç sağlık sistemi üç düzeyde organize edilmiştir: Ulusal, bölgesel ve yerel düzeyler. Bölgesel düzeyde il konsülleri ulusal hükümetle birlikte sağlık sisteminin temelini oluşturur. Sağlık bakımındaki genel sorumluluk ulusal düzeyde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'ndadır.

Merkezi hükümetin temel sorumluluğu sağlık bakımının verimli ve eşitlikçi sunumudur. Amaçları, hedefleri belirler. İl konsüllerine finansal destek sunar ve onları denetler. İl konsüllerinin ve yerel belediyelerin vergi oranlarının tavanını belirler. Bütün sağlık personeli de hükümetin denetimindedir. Teknoloji kullanımına karar verir. Ülkedeki bütün eczaneler İsveç Ulusal Eczaneler Birliği'nindir (National Corporation of Swedish Pharmacies). Böylece ilaç dağıtımı tamamen ulusallaştırılmıştır.

Merkezi düzeyde sağlıkla ilgili üç önemli yapı daha vardır: Ülkedeki sosyal sigorta sistemi Ulusal Sosyal Sigorta Kurulu (National Social Insurance Board) tarafından yönetilir. İl Konsülleri Federasyonu

(Federation of County Councils) 18 il konsülü ile 3 belediye yönetiminin ulusal koordinasyonunu sağlar. Federasyon bütün politik meselelerde hükümetle iletişim halindedir. Ayrıca il konsüllerinin istihdam ettiği ücretlilerin karşısında işveren tarafını temsil eder. Üzerinde merkezi hükümetin herhangi bir denetimi yoktur. Yerel belediyelerin ulusal düzeydeki koordinasyonunu sağlayan organizasyon ise İsveç Yerel İdareler Birliği'dir (Swedish Association for Local Authorities).

Sağlık için kamusal bütün sorumluluk (finansman ve hizmet üretimi) il konsüllerine aittir. 4 yılda bir ulusal ve yerel seçimlerle seçilirler. 18 il konsülü vardır. Üç büyük belediye ise herhangi bir il konsülünün içinde yer almayıp, il konsüllerinin sahip oldukları bütün haklara sahiptirler. Böylece konsül sayısı 21 olmaktadır.

İl konsülü bağımsız yerel hükümet organıdır. Vatandaşları üzerine progresif gelir vergisi koyma hakkı vardır. Konsüllerin nüfusu 275 bin ile 500 bin arasında değişmektedir. Her il konsülünün içinde birkaç Sağlık Bakım Alt Bölgesi (Health Care District) vardır. Bunlar kendi nüfuslarının bütün sağlığından sorumludurlar. İl konsüllerinin gelirlerinin üçte biri devletten ve ulusal sigorta sisteminden, üçte ikisi ise kendi topladıkları vergilerden sağlanır. Konsüller her tür sağlık hizmetini vermek zorundadır. Hastaneler, sağlık hizmetiyle ilgili sorumluluklarını yerine getirmek koşuluyla kendi yönetim sistemlerini kendileri belirler.

1984 yılında konsüller altı adet tıbbi bakım bölgesi (region) oluşturacak şekilde gruplandılar. Amaç üçüncü basamak sağlık bakımı için konsüller arasındaki koordinasyonu sağlamaktı. Uzmanlık hastaneleri bu altı bölgenin üzerinde, ancak il konsülleri tarafından yönetilecek şekilde organize edildiler. Bu geniş bölgelerin ortalama nüfusu bir iki milyon arasındadır. Altı sağlık bölgesinde toplam dokuz adet bölge hastanesi (her birisinde en az bir tane üniversite hastanesi olmak üzere) vardır ve bunlar ileri derecede uzmanlaşmıştır.

Her Sağlık Bakım Alt Bölgesi'nin de bir hastanesi ve birkaç birinci basamak sağlık birimi bulunur. Her belediye bölgesi aynı zamanda bir birinci basamak sağlık bakım bölgesidir. Yani birinci basamak sağlık bölgesi genellikle belediyelerin yönetimindedir. Büyük belediyelerin birden

çok sağlık bölgesi vardır.

İl konsülleri kendi bölgelerindeki özel çalışan hekim sayısını ve bunların yılda bakacakları hasta sayısını belirleme hakkına sahiptir. Her özel hekim bir bölgede çalışmaya başlamadan önce il konsülünün onayını almak zorundadır. Özel sağlık hizmeti son derece sınırlıdır. Hekimlerin yalnızca yüzde 8'i tam süre özel olarak çalışmaktadır. Onlar da genellikle büyük şehirlerdedir.

Konsüller ayrıca özel sağlık hizmetlerinin finansmanını da düzenlemektedir. Bu amaçla özel sağlık kurumlarının konsüllerle anlaşma yapması zorunludur. Sosyal Sigorta Kurumu bu anlaşmaya göre özel sağlık kurumlarına geri ödeme yapar. Eğer böyle bir anlaşma yoksa ya da özel sağlık kurumu anlaşmayla belirlenen kurallara uymazsa hasta, hizmetin masrafını cebinden öder.

Belediye sayısı 290'dır. Belediyeler il konsüllerinin denetiminde değildir ve onlara karşı sorumlu da değillerdir. Her belediye, il konsülleri gibi, dört yıllığına seçilir. Bunların nüfusu 3 bin ile 760 bin arasındadır. Bir belediyenin yönetsel organları yönetim kurulu, belediye konsülü ve birkaç tane de yerel yönetim komitesidir. Belediyenin sorumlulukları, okul sağlığı, sosyal hizmetler, yollar, su, enerji, kanalizasyon gibi alanlardadır. Ayrıca çocuk sağlığı, çevre hijyeni, yaşlıların, yeti yitimlilerin ve uzun dönemli tedavi gerektiren psikiyatrik hastaların bakımı gibi alanlarda da finansal destek sağlamaktadır. Belediyeler hemşire evleri yönetmekte ve evde bakım hizmeti de vermektedir. Sosyal hizmetler alanında 215 bin (2001) personel çalışmaktadır ve bunların yüzde 90'ı yaşlı ve yeti yitimlilerin bakımıyla ilgilenmektedir.

1980'lerden beri İsveç sağlık sisteminde maliyet sınırlamasını merkeze alan reform süreci başlatılmıştır. Reformları uyaran, nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak sağlık hizmeti kullanımının artması ve üretken nüfustaki azalmadır. 1970'lerde hekimler yalnızca maaşla ücretlendirilirken hizmetteki üretkenliğin düştüğü fark edilmiş, sağlık harcamaları da hızla artmıştır. Hastalar açısından bekleme süreleri önemli bir sorun olarak ortaya çıkmıştır. Bir yandan da ülkenin ekonomisi diğer merkez kapitalist ülkelerde olduğu gibi daralmaya başlamıştır. 1991 yılında yayınlanan

Kamu Sağlığı Raporu (Public Health Report) toplumun sağlığının genel olarak iyileştiğini ancak toplumsal gruplar arasında önemli eşitsizlikler bulunduğunu saptamıştı. Bütün bunlar sağlık sistemindeki reform arayışlarını uyarmıştır. Buna bağlı olarak da sağlık sisteminde bir dizi değişiklik gerçekleştirilmiştir. Bu gelişmeler şu şekilde özetlenebilir:

1982'de il konsülleri sağlık hizmetlerinin bütün sorumluluğunu üstlendiler. 1985'te Dagmar reformu ile kamu ve özel sektörce üretilen ayaktan tedavi edici hizmetlerin finansman sorumluluğu, bu üreticilerin bölge sosyal sigorta ofisleriyle anlaşma yapmaları koşuluyla, il konsüllerine devredildi. Amaç özel hekimler üzerinde il konsüllerinin denetim kurmasıydı. 1992'deki Adel reformu uzun süreli hasta bakımı sorumluluğunu belediyelere verdi. Buradaki amaç hastaneler üzerindeki yükü azaltmak ve maliyeti düşürmekti. Bu reform ile uzun süreli hasta bakımı evlere ve hemşire evlerine yönlendirildi. 1992'de hastanelerdeki cerrahi hizmetler için bekleme sürelerinin zamanı en fazla üç ayla sınırlandı. Daha uzun süreler beklemek durumunda kalan hastalara başka hastaneleri seçme hakkı tanındı. 1993'te ilaçlara referans fiyatlandırma sistemi getirildi. 1999 yılında diş sağlığı hizmetleri için kullanıcı ödentisi alınması yeniden düzenlendi. Hemen sonrasında hizmeti üretenler fiyatlarını yüzde 18 oranında yükselttiler. Bu da doğrudan hastalara yansıdı. Şu anda diş sağlığı hizmetleri masraflarının yüzde 60'ı hastalar tarafından ödenmektedir.

1990'larda il konsülleri hizmet finansmanı ile üretimini ayırmaya yöneldiler. Böylece il konsülleri finansör kurum işlevini üstlendiler. Hizmet üreten sağlık kurumlarından sözleşme ile hizmet satın almaya başladılar. Amaç, üretici kurumlar arasında rekabet yaratmaktı. 1994 yılına kadar konsüllerin 14'ü ayrı bir satın alıcı kurum oluşturdu. Bu yeni yönelime genel olarak Planlanmış Piyasa (Planned Market) denilmektedir. Sistem içinde hastalara daha fazla oranda hekim seçme hakkı tanınmaktadır. Hizmeti satın alacak kurumlar oluşturmayan konsüllerde de piyasacı bir yönelim vardır.

Konsüllerle merkezi hükümet arasında yeni varılan bir anlaşma gereğince acil rahatsızlığı olmayan bütün hastaların yedi gün içinde birinci basamak hekimince görülmesi, genel pratisyen tarafından sevk edildik-

ten sonra 90 gün içinde uzman hekime muayene olabilmesi ve aynı süre içinde reçetesini almış olması gerekmektedir. Hastanın sağlık hizmetine ulaşım için bekleme süresi 90 günü geçerse konsülün anlaşmalı olduğu bir başka kuruma gitme olanağı vardır.

Birkaç konsül bölgesinde hastaların kurum seçmelerine geniş izin verilmektedir. Aynı zamanda özel birinci basamak hizmet sunucuları da desteklenmektedir. Böylece kamu ve özel sunucular arasında rekabet yaratılmaktadır. Ayrıca yaşlı bakımı söz konusu olduğunda özel hizmet sunucuların hastane ve hemşire bakımı birimleriyle yakın işbirliği sağlanmaya çalışılmaktadır. Benzer işbirliği arayışları sosyal hizmetler ve ruhsal sağlık hizmetleri için de vardır.

Konsüller ve belediyeler yasal olarak yıllık bütçe belirlemeye ve bunu denetlemeye zorlanmaktadır. Eskiden merkezi hükümet yıllık harcama sınırını geçen yerel birimlerin merkezi ödemelerini yapmazdı. Sağlık hizmeti üreten kurumların kamu mülkiyetinde olması ve bu kurumlarda çalışanların ücretle istihdam edilmesi, özel sektörün ise ancak kamuyla sözleşme yaparak çalışabilmesi maliyet sınırlamanın yollarıdır.

Piyasacı yönelimlerle hastane ve sağlık merkezlerine de yönetsel otonomi verilmiştir. Konsüllerin başlangıçta hizmet satın alımında kullandıkları yöntem global bütçelemeydi. Kısa sürede global bütçelemenin maliyet sınırlamada yeterince başarılı olamadığı anlaşılmıştır. Böylece ileriye dönük vaka başı ödeme sistemine geçilmiştir. Tanı temelli ödeme sistemi de kullanılmaktadır. Bugün konsüllerin yarısında hastane ve sağlık merkezlerinin ödemesi halen global bütçelemeyle yapılmaktadır. Az sayıdaki konsül hastaneler için vaka başına ödeme, sağlık merkezleri için de kişi başına ödeme sistemini uygulamaktadır. Ancak vaka başına ve tanı temelli grup sistemi, hastanelerin motivasyonunu kırabilmektedir. Bazı konsüllerde birinci basamak kurumlarına yazdıkları ilaçların maliyetini de karşılama sorumluluğu verilmiştir. Amaç ilaç harcamalarının sınırlanmasıdır.

1994 yılında Aile Hekimliği Yasası (Family Doctor Act) çıkarıldı. Bu yasayla il konsüllerine hizmete ulaşımı artıracak biçimde birinci basamak sağlık hizmetini organize etme ve özel çalışan hekimlerle aile hekimi ola-

rak anlaşma yapma yetkisi verildi. Aile hekimlerinin ücretlerinin bir kısmı sabit ücret, bir kısmı da hizmet başı ödeme olarak verilmeye başlandı. Ancak 1995 yılında seçimleri kazanan sosyal demokratlar bu yasayı iptal etti. Bu tarihe kadar 100 kadar küçük ve orta ölçekli sağlık bakım sözleşmesi imzalanmıştı. Sosyal demokratların yönetime gelmesi bu gelişmeyi durduramadı. 1998 yılında yeniden seçimleri kazanan merkez-sağ hükümet birinci basamak hizmetlerinde de sözleşmeli sisteme geçmeye yöneldi. Bu da birinci basamaktaki özelleştirmeyi güçlendirdi. Eğer süreç böyle devam ederse bütün sağlık hizmetlerinin yüzde 40'ının, metropollerdeki birinci basamak sağlık hizmetlerinin de yüzde 80'inin sözleşmeli sistemle sunulacağı belirtilmektedir.

Sağlık kurumlarının çoğunun sahibi konsüllerdir ve yönetimini de konsüller gerçekleştirmektedir. Özel hastane sayısı azdır. Özel kurumlar bakımından durum konsüller arasında farklıdır. Bazı konsül bölgelerinde birinci basamak hekimlerinin yüzde 60'ı özel statüdedir. Özel statüde çalışan birinci basamak hekimlerin oranı 1993'te yüzde 14.9 iken, 1999'da yüzde 17.5'e yükselmiştir. Benzer şekilde belediyelerle sözleşmeli özel hemşire evlerinin ve evde bakım veren kurumların oranı 1994'te yüzde 5.1 iken, 2002'de yüzde 10.6'ya yükselmiştir. 2002 yılında, ayaktan hasta muayenelerinin yüzde 27.3'ü kamunun finanse ettiği özel kurumlarda yapılmıştır. Özel sektörün büyümesinin nedeni kamudaki uzun bekleme süreleridir.

Bugün maliyet sınırlaması ve sorumlulukları paylaşan farklı düzeyler arasındaki koordinasyonun geliştirilmesi İsveç sağlık sisteminin önemli sorunlarıdır.

İsveç sağlık sisteminin bu denli desantralize olması önemli yönetim, koordinasyon ve kaynak sağlama sorunları ortaya çıkarmaktadır. O nedenle desantralizasyonun optimum derecesi bugün tartışılan önemli konulardan birisidir. Kaynakların ihtiyacı olan bölgelere, ikinci basamaktan birinci basamağa aktarımında yavaşlık vardır. Bütün bunlar iller ve bölgeler arasında eşitsizliklere neden olmaktadır. Konsül sayısının azaltılmasından, sorumlulukların yeniden merkezi hükümete devredilmesine kadar bir dizi değişiklik tartışılmaktadır.

İsveç uzun süreli bakıma başka ülkelerden daha çok önem vermektedir: Ulusal gelirinin yüzde 2.9'unu bu alana ayırmaktadır (diğer Avrupa ülkeleri bunun yarısı kadar). Bu politik tercihlerle ilgili olduğu kadar kadınların yüksek istihdam oranıyla da ilişkilidir. Yaşlıların bakımı kadınlar çalıştığı için sorundur. 1992 yılında yaşlı bakım sorumluluğunun belediyelere verilmesinin nedeni, yaşlı hastaların hastanelerden olabildiğince erken taburcu edilmesi isteğidir. Böylece yaşlı bakımının tıbbi değil sosyal bir sorun olduğu yaklaşımı benimsenmektedir. Yaşlı bakımı belediyelerin işlettiği bakım evlerinde ya da hemşire evlerinde verilmektedir.

Yaşlı bakımına yönelik kaynaklarda yetersizlik vardır. Pek çok yaşlı, hizmet için sırada beklemektedir. Aynı şey psikiyatrik bakım ve bağımlılara yönelik hizmetler için de geçerlidir. Ücretlerin düşüklüğü nedeniyle bu sektörlerde personel sorunu vardır. Erken emeklilik, işe devamsızlık yüksek düzeydedir. Sağlık Bakanlığı önümüzdeki 10 yıl içinde 200 bin personele gereksinim duyacaktır.

Sağlık sisteminin verimliliğini artırmak için ödeme biçimleri değiştirilmektedir. Bunun için, hizmetin üretimi ile finansmanı ayrılmakta ve hastanelerde vaka başı, tanı temelli ödeme sistemlerine geçilmektedir. Stockholm'de bu yeniliklerin kazandırdığı verimlilik artışının yüzde 15 kadar olduğu bildirilmektedir. Yine aynı bölgede hastane ödemelerinde karma bir sisteme geçilmektedir: Hizmet başına ödeme, sabit bir kişi başına ödeme ve kalite ve performansla ilişkili yüzde 2'lik bir dilim.

Stockholm'deki bir kamu hastanesi özelleştirilmiştir. Bu özelleştirme İsveç için tarihsel bir öneme sahiptir. Siyasal partiler arasında büyük tartışmalara neden olmuştur. Hükümet özel ve kamu sektörlerinin ilişkisi konusunda net stratejilere sahip değildir. Korkulan şey, özel hastanelerin geliri yüksek ve riski düşük gruplara yöneleceği ve koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci plana itileceği yönündedir.

Finansman mekanizmasının çok parçalı yapısı bazı zorluklar yaratmaktadır. Örneğin çocuk nüfusunun azalması ve yaşlı nüfusun artışı, kaynakların eğitimden sağlığa aktarılmasını hem olanaklı hem de gerekli kılmaktadır. Ancak eğitim ve sağlık sistemlerinin farklı düzeylerdeki hükümetlerin kontrolünde bulunması bunu zorlaştırmaktadır. Benzer bir

güçlük kaynakların hastanecilik sektöründen kurumsal yaşlı bakımına yönlendirilmesinde de söz konusudur.

Öte yandan harcamalardaki hızlı artışa karşılık vergi tabanı daha yavaş büyümektedir. İller için yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan harcama artışı vergilerde orta derecede bir artışla karşılanabilir durumdayken, belediyelerde gerekli vergi artışı çok daha yüksektir. Uzun dönemli projeksiyonlar belediyelerin bugünkü yaşlı bakım hizmetlerini sürdürebilmeleri için vergi oranlarında yüzde 2.5-4 arasında artış yapması gerektiğini göstermektedir. Bir diğer seçenek kullanıcı ödentilerine başvurulmasıdır. Hükümet bugünün emeklilerinin, bugün yeni işe başlayanlardan daha zengin olduğunu söyleyerek bu seçeneği kabul ettirmeye çalışmaktadır. Ancak merkezi hükümet bunun üst sınırını şimdilik ayda 170 Euro olarak belirlemiştir.

4.2. Birinci basamak sağlık hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmak kamunun görevidir. Yerel düzeyde organize edilir ve Birincil Bakım Alt Bölgeleri (Primary Care Districts) aracılığıyla sunulur. Bu bölgelerin nüfusu 20-50 bin arasındadır. Her bölgede en az bir sağlık merkezi ve uzun süreli bakım veren hemşire evi vardır. Birinci basamakta hem ayaktan tedavi edici hizmetler hem de koruyucu sağlık hizmetleri sunulur. Birinci basamak sağlık kurumları sağlık merkezleridir (health center). Toplam 1100 adet sağlık merkezi vardır. Bunların yaklaşık 300'ü özeldir. Sağlık merkezleri il konsüllerince yönetilir. Sağlık merkezlerinde hekim, hemşire, ebe, fizyoterapist, jinekolog istihdam edilir. Hükümet 1995 yılında birinci basamakta çalışacak genel pratisyenlerin uzman olması zorunluluğunu getirmiştir. Hemşirelerin özel sorumluluğu vardır. Sağlık merkezine gelen hastayı ilk gören ve sağlık merkezinin genel pratisyenine ya da hastaneye yönlendiren hemşiredir. Ayrıca, özellikle yaşlılar için ev ziyaretleri yaparlar. Hekimlerin denetiminde çalışırlar. Hemşirelerin bazı ilaçları, ebelerin de kontraseptifleri reçete etme yetkileri vardır. Okullardaki birinci basamak hizmetlerini belediyeler sunar. İşyerlerinde ise işyeri sağlık birimleri vardır.

Sağlık merkezindeki genel pratisyen, hastaların ilk temas ettiği kişi olmak zorunda değildir ve kapı tutucu işlevi de yoktur. Ancak genel

pratisyenler yaşlılar, çocuklar için genellikle ilk başvuru hekimleridir. Hastalar gerekli görülürse bölge hastanelerine sevk edilirler. Hastalar ayaktan tedavi edici hizmetler için özel kliniklere, hastanelerin ayaktan tedavi hizmeti sunan departmanlarına da başvurabilirler. Ancak doğrudan hastaneye başvuruda ödenecek katkı payı daha fazladır. Son yıllarda yaşlıların bakımı, psikiyatrik hastaların ve yeti yitimi olanların tedavileri illerden, belediyelere devredilmiştir.

Sağlık merkezlerinde koruyucu ve tedavi edici hizmetler entegre sunulmaktadır. Sağlık merkezleri dışında, aile hekimliği cerrahi klinikleri, özel hekimler ve fizyoterapistler, bölge hemşire klinikleri, ana çocuk sağlığı klinikleri de birinci basamak hizmeti sunmaktadır.

Hastaneden taburcu edilen hastaların çoğu sürekli bakım için birinci basamaktaki kurumların sorumluluğuna girerler. Hastane sonrasında uzun süreli bakım belediyelerin görevidir.

Genel pratisyenler il konsüllerinin ücretli çalışanlarıdır. Ücret düzeyleri hizmet kalitesine ve iş yoğunluğuna göre belirlenir. Hastalardan para almazlar. Sağlık merkezlerindeki diğer personel de aynı konumdadır.

İl konsüllerinin çoğunda hastaların gidecekleri hastaneyi kendilerinin seçmesi olanaklıdır. Ancak hasta, oturduğu il dışındaki bir hastaneden yararlanmak isterse sevk almak zorunluluğu vardır.

Birinci basamağa ulaşım, randevu almak zordur. Sonuçta hastalar birinci basamakta çözülebilecek sorunları için hastanelere yönelmektedir. Bir araştırma, bireylerin yarısının bir sağlık merkezinden telefonla randevu alamadığını, bunu başarabilenlerin ancak yarısının aynı gün içinde hekimi görebildiğini, yüzde 80'inin bir hafta içinde bunu başarabildiğini göstermektedir. Ayrıca yüksek gelirliler birinci basamağı daha rahat kullanmaktadır. Avrupa'da kişi başına hekime muayene ortalamasının en düşük olduğu ikinci ülke İsveç'tir (birinci Türkiye).

Birinci basamaktaki bu sorunun nedeni birinci basamakta çalışan genel pratisyen sayısının azlığının yanı sıra bu hekimlerin günlük çalışma sürelerinin kısa olmasıdır. İsveç'te bir genel pratisyen günde ortalama 15-20 hastayı görmektedir. Oysa bu sayı başka Avrupa ülkelerinde 25-30 arasındadır. Ayrıca sabit ücret sistemi de hekim motivasyonunu azalt-

maktadır. Hizmet başı ödeme sisteminin bu sorunu çözeceği tahmin edilmektedir. Stockholm'de son zamanlarda hizmet başı ve kişi başı ödeme sistemlerinden oluşan karma bir ödeme sistemine geçilmektedir.

4.3. Kamu sağlığı hizmetleri

Koruyucu sağlık önlemlerinde asıl sorumluluk belediye yönetimlerindedir. Koruyucu hizmetler ve toplum temelli sağlık bakımı birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmiştir. Sağlık eğitimi okullarda öğretmenler, okul hemşireleri ve hekimlerince verilir. Hekimler bağışıklama çalışmalarına katılırlar, servikal yayma alırlar, meme kanseri taraması yaparlar. Ebe ve hemşireler aile planlaması hizmetleri sunarlar. Kamu sağlığı hizmetleri okullarda, yaşlı bakım evlerinde, işyerlerinde yürütülür. Yaşlılar ya yaşlı bakımı için kurulmuş olan özel evlerde ya da kendi evlerinde bakım almaktadır. Yaşlılara verilen hizmette özel sektörün payı artmaktadır.

Çevre sağlığı hizmetlerinin de asıl sorumlusu belediye yönetimleridir. Çevre sağlığı çalışmaları hastalıkların önlenmesini, yiyecek kalitesi, hayvanların korunması, su yönetimi, içme suyu kalitesi, kanalizasyon, kimyasalların denetimi çalışmalarını kapsar. Konsüller ve belediyelerce sunulan kamu sağlığı hizmetlerinin denetimi ve koordinasyonu için ulusal düzeyde Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu (National Board of Health and Welfare) oluşturulmuştur. 1992 yılında da Ulusal Kamu Sağlığı Enstitüsü (National Institute of Public Health) kurulmuştur. Görevi sağlığın geliştirilmesi ve korunması için ulusal düzeyde programlar geliştirmek ve sektörler arasında işbirliği sağlamaktır.

4.4. Hastaneler

İsveç'te bölge (region), il (county) ve alt bölge (district) düzeyinde 90 kadar hastane vardır. İl hastaneleri sayısı il konsül sayısı kadardır: Toplam 21 adet. Bu tür hastanelerde 15-20 uzman çalışır ve ortalama 450 yatak kapasitelidirler. Alt bölge hastanesi sayısı 40'tır. En az dört uzman çalışır: Dahiliye, cerrahi, radyoloji, anestezi. Ortalama yatak kapasitesi 140'tır. Bölge hastanesi sayısı 9'dur. Bunlar ileri derecede uzmanlaşmış hastanelerdir. Her hastane yerel il konsülü tarafından yönetilir. Ancak bütün

ülkeye hizmet verir. Ortalama yatak sayısı 900'dür.

Daha ileri düzeydeki uzmanlık hizmetleri, eğitim ve araştırma için il konsülleri altı tane tıbbi bakım bölgesiyle işbirliği içindedir.

1980 yılı için 1000 kişiye düşen yatak sayısı 15.1'di. 1994 yılında ise 1000 kişiye ortalama 6.4 yatak düşmekteydi. Bu ortalama 2003 yılında 3.0'a inmiştir. Bu bakımdan Avrupa'daki konumu sonlardadır. Son yıllardaki bu azalma maliyet sınırlama çabalarının sonucudur. Ortalama hastane yatış süreleri de azaltılmaktadır. Bunun en önemli nedeni uzun süreli bakım gerektiren psikiyatrik hastaların bakımının evlerinde yapılmaya başlanmış olmasıdır.

1980'li yıllarda kamu sağlık kurumlarındaki bekleme sürelerinin uzamasına bağlı olarak özel sektörün kullanımında artış olmuştur. İlişkili olarak büyük kentlerde özel sağlık hizmeti üreticileri de çoğalmıştır. Bununla birlikte özel yataklı hasta bakımı sunan kurumlar daha çok uzun süreli hasta bakımının gerçekleştirildiği özel Phemşire evleri ve küçük ölçekli özel hastaneler biçimindedir. Yaklaşık 200 özel hemşire evi vardır. 1970 yılında toplam yatakların yüzde 90'ı kamuya aitken, bu oran 1993 yılında yüzde 86.2'ye düşmüş ve özel sektördeki yatak oranı da yüzde 13.8'e yükselmiştir. Bu oran 1996 için yüzde 22'dir. Kamu hastaneleri hem daha büyüktür hem de daha ileri derecede uzmanlaşmıştır.

Tablo: İsveç'te sağlık hizmetlerinin organizasyonu

Bölge (region) düzeyi	Altı bölgede sekiz bölge hastanesi Altı tıbbi bakım bölgesi arasındaki koordinasyon Nüfus: 1-1.5 milyon
İl (county) düzeyi	İl konsülü organizasyonu 18 il konsülü + 3 belediye Nüfus 275-500 bin 20 il hastanesi 40 yerel il hastanesi
Yerel düzey	1100 tane birincil bakım sağlık merkezi Hemşire evleri ve evde tıbbi bakım Nüfus: 20-50 bin

Hemen bütün hastanelerin sahibi ve işleticisi konsüllerdir. Kamu hastanelerinde herhangi bir özel uygulama yoktur. Hastaneler geleneksel olarak büyük yataklı bakım birimlerine sahiptir. Yani ayaktan tedaviye yatırımları azdır. Üçüncü basamak hizmetleri için konsüller üniversite hastaneleriyle anlaşmaktadır. Özel hastaneler ileri derecede uzmanlaşmış hizmetleri sunmakta ve konsüllerle sözleşme yapmaktadır. Hekimler ve diğer personel ücretli olarak çalışmaktadır. Hastane ödemeleri tanı temelli grup sistemiyle yapılmaya başlanmıştır.

4.5. Hekimler

Sağlık sektöründe çalışan personel sayısı 305 bindir. Bunun 29 bini hekimdir. Bunlar ülkedeki toplam çalışanların yüzde 8'ini oluşturmaktadır. 1960 ile 1980 arasında tıp öğrencisi sayısı planlı biçimde üç dört kat artırılmıştır. Son yıllarda ise bazı personel sayısında yarı süreli çalışmaya geçişe ve çalışma sürelerinin kısaltılmasına bağlı olarak artış vardır. Hekim sayısı ise 1980'lerden beri sınırlanmaktadır. 1000 kişiye düşen hekim sayısı 1970'te 1.36 iken, 1980'de 2.20, 1985'te 2.59, 1990'da 2.54, 1992'de 2.53, 2005'te de 3.3 olmuştur. Bir hekime düşen nüfus ise 216 ile 458 arasındadır. Ülke ortalaması 2005 için 303'tür. Bazı metropollerde ve kırsal kesimde genel pratisyen yetersizliği vardır.

2007 için, ülkede altı adet tıp fakültesi bulunmaktadır. Eğitim tamamen devletçe finanse edilir. Tıp eğitimi üniversite hastaneleri ile birinci basamak sağlık kurumlarında gerçekleştirilir. Tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısı yıllık 1.100 kadardır. Hekim olabilmek için beş buçuk yıllık tıp programını tamamlamak ve bunu izleyen dönemde 21 aylık genel tıp pratiği içinde çalışarak, yazılı bir sınavda başarılı olmak gerekir. Ancak bundan sonra hekim olarak çalışılabilir. Oysa hekimlerin çoğu bu dönem sonrasında uzmanlaşmayı tercih etmektedir. Sağlık merkezlerinde çalışabilmek için de genel pratisyenlik uzmanlık eğitimini tamamlamak gerekir. Hekimlerin yüzde 60'ı hastanelerde çalışmaktadır.

İsveç Hekimler Birliği ücret görüşmelerinde hekimleri temsil etmektedir. Hekimler için haftalık çalışma süresi 40 saattir. Hekimler aylık 5.300 Euro aylık almaktadır. Kamudaki hekimler ücret yöntemiyle istihdam

edilmektedir. Ayrıca performansa göre gelir de elde ederler. Özel sektörde çalışan hekimler ücret, kişi başı ve hizmet başı sistemlerinden oluşan karma bir ödeme almaktadır.

Tablo: İsveç'te sağlık insan-gücü verileri (2005) (www.who.org)

Diş hekimi sayısı	7270
Ebe ve hemşire sayısı	97005
Eczacı sayısı	5885
Hekim sayısı	29190
10 bin kişi için ebe ve hemşire sayısı	109.0
10 bin kişi için eczacı sayısı	7.0
10 bin kişi için hekim sayısı	33.0

4.6. İsveç'te sağlık hizmetlerinin finansmanı

Sağlık hizmetleri önemli oranda vergilerle finanse edilir. Vergiler de önemli oranda il konsüllerinin topladığı gelir vergileridir. Belediyeler de vergi toplamaktadır. İl konsül harcamalarının yüzde 77'si sağlık hizmetlerine (yüzde 55'i ileri derecede uzmanlaşmış bölge ve il hastanelerine, yüzde 15'i birinci basamak sağlık hizmetlerine, yüzde 4'ü diş sağlığı hizmetlerine olmak üzere) yapılır. Kalan kısım ise diğer hizmetlere (sosyal refah, kültür ve kamu ulaşımı) ayrılır.

Diğer önemli finansman kaynağı devlet tahsisatıdır. Bunun da önemli kısmı devletin doğrudan konsüllere ayırdığı kaynak şeklindedir, az bir kısmı da sosyal sigorta sistemi aracılığıyla aktarılır. Bunların dışında da sosyal sigorta sisteminin doğrudan yaptığı tahsisat, özel harcamalar (cepten harcama, hizmeti kullanım anında yapılan sabit bir miktar ödeme -flat rate- şekillerinde olmak üzere) ve özel sigorta harcamaları da vardır. Diş sağlığı ve ilaç harcamaları sigorta kurumunca desteklenmektedir. Bu kurumun geliri ise patronlardan alınan primlerden elde edilmektedir.

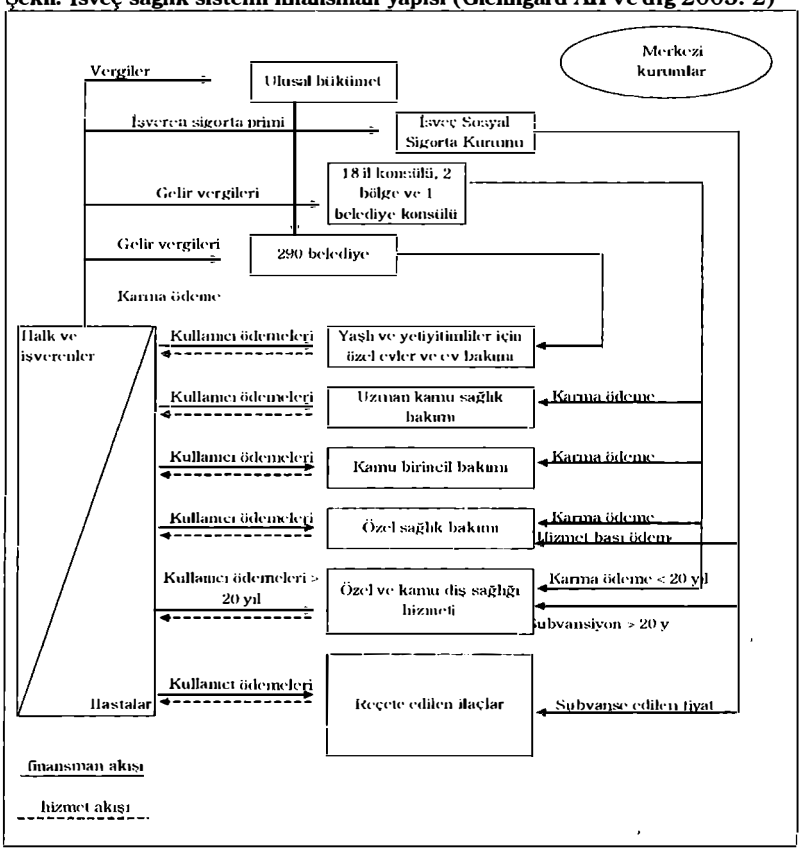
2003 yılı için konsüllerin toplam harcaması 150 milyar Kron, belediyele-

rin toplam harcaması ise 389 milyar Kron idi. Belediyelerin sağlık harcamalarının yüzde 30'u doğrudan yaşlı ve yeti yitimli bakımı için harcanmıştı.

2003 yılı için kamu sağlık harcamasının yüzde 24'ü konsüllerden, yüzde 48'i belediyelerden, kalan yüzde 28'i de merkezi hükümetten gelmekteydi.

2003 yılında konsüllerin gelirlerinin yüzde 72'si vergilerden, yüzde 18'i merkezi bütçeden aktarılan kaynaktan, yüzde 3'ü kullanıcı ödentilerinden, yüzde 7'si diğer kaynaklardan elde edilmişti. Konsül gelirleri içinde kullanıcı ödentilerinin payı son 10 yılda yüzde 3.4'ten yüzde 2.8'e inmiştir. Belediyelerin gelirinin ise yüzde 69'u vergilerdendir.

Şekil: İsveç sağlık sistemi finansman yapısı (Glenngard AH ve diğ 2005: 2)



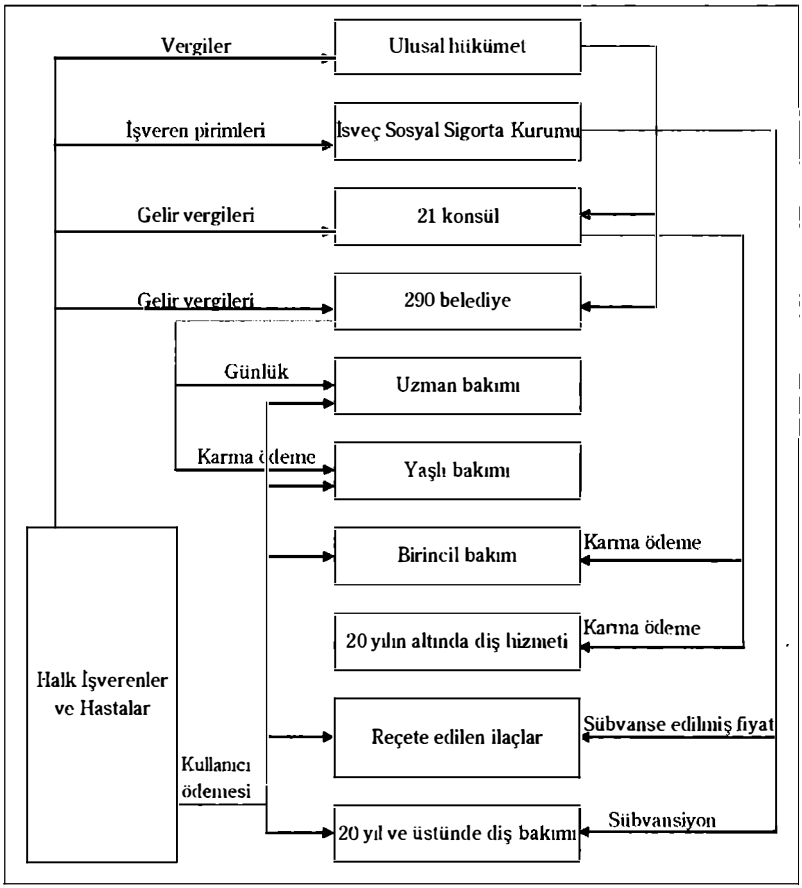
Ortalama konsül vergisi oranı yüzde 10.8 ve belediye vergisi oranı da yüzde 20.1'dir. Bu vergiler genel amaçlıdır. 1990'larda merkezi hükümet konsül ve belediyelerin vergi oranlarını artırmalarını sınırlamıştır.

Merkezi hükümetten yerel ölçeğe aktarılan kaynaklar ise ulusal ölçekli genel vergilerden ve dolaylı vergilerden elde edilmektedir. Merkezi sübvansiyonun önemli kısmı ilaç harcamaları için yapılmaktadır. Merkezi sübvansiyon yerel birimlerin nüfusları ve refah düzeyleri dikkate alınarak gerçekleştirilir. Böylece iki konsül (Stockholm ve Uppsala) net kaynak verici, kalanları ise alıcı konumdadır.

Sosyal sigorta sistemi merkezileştirilmiştir. Üçüncü önemli finansman mekanizmasıdır. Üyelik zorunludur. Hastalıklardan kaynaklanan gelir kayıplarını, ilaç masraflarını, diş sağlığı hizmetlerini ve ayaktan tedavi edici hizmetleri karşılar. Sigorta ayrıca belli bir üst sınırın üzerindeki sağlık harcamalarını da finanse eder. Sigortanın ayaktan hasta bakımı için yaptığı ödeme miktarı ölüm ve hastalık hızlarına göre belirlenir. Hastalığa bağlı gelir kayıplarının ilk 14 gününü patron karşılar. Bundan sonraki günlere ait gelir kayıplarının yüzde 80'ini sigorta öder (ortalama aylık ücret 2004 için 2.700 Euro idi). Ödemeler geri ödeme yöntemiyle yapılır. Sağlık sigortasının yüzde 80'i patronların katkılarıyla, kalan yüzde 20'si de merkezi hükümetten gelen transferlerle karşılanır. Hem kamu hem de özel sektör patronlarının sigorta sistemine olan katkıları ortalama işçi ücretinin yüzde 11'i kadardır (2004 için, 1996'da %5.3'tü).

Sağlık hizmetinden yararlanım açısından herhangi bir sınırlama yoktur. Herkesin gereksinimi kadar hizmetten yararlanması ilkesi kabul edilmiştir. Ancak maliyetlerin hızlı artışı 1995 yılından beri konsülleri değişik maliyet sınırlayıcı stratejiler geliştirmeye zorlamaktadır. Örneğin bazı hastaneler artık suni gebelik ve mamografi hizmetlerinin parasını hastanın kendisinden almaktadır.

Şekil: İsveç'te sağlık sisteminin finansman yapısı (Glenngard AH ve diğ 2005: 42)



Hastanelere yapılan ödeme global bütçeleme esasına dayanır. Hastanelerin bütün personel ücretleri, ilaç masrafları, yatırımları bu bütçenin içine alınır. Hastane açık verdiğinde bu, il konsülünce karşılanır. Son yıllarda klinikler düzeyinde bütçeleme yapılmakta ve her klinik kendisine ayrılan bütçenin bir kısmını artıracak şekilde maliyet muha-

sebesine yönlendirilerek, artırılan kaynak personelin sürekli eğitimine ayrılmaktadır. 14 konsül ise finansman ile üretimi birbirinden ayırmıştır. Bu sistem özellikle hastanecilik hizmetlerinde kullanılmaktadır.

Kamu kurumlarındaki hekimler ücretli çalışanlardır. Birinci basamak sağlık merkezleri ise global bütçeleme ya da kişi başına ücretlendirme yöntemiyle finanse edilmektedir. Yeni başlatılan aile hekimliği sistemindeki aile hekimlerine motivasyonu artırmak için hizmet başına ödeme yapılmaktadır. Sigortayla anlaşmalı özel hekimler de hizmet başına ödeme almaktadır. Özel hekimlere yapılan ödemenin bir kısmı da hastanın cebinden çıkmaktadır. Özel hekimlerin ücretleri İsveç Hekimler Birliği ile Sosyal Sigorta Kurumu arasındaki anlaşmayla belirlenmektedir. 1985 yılında gerçekleştirilen Dagmar reformundan beri il konsülleri özel çalışan hekimlerin hasta sayısını sınırlayabilmektedir.

1991 yılından beri il konsülleri ayaktan tedavi edici hizmetlerin fiyatını belirlemektedir. Örneğin birinci basamaktaki hekim muayenesi 60 ile 140, hastane uzman muayenesi 100-260, günlük hastane bakımı 75 İsveç Kronu'dur. 16 yaşından küçükler için ise hastane bakımı parasızdır.

Birinci basamak kliniklerinde sağlık kontrolleri, bağışıklama hizmetleri, doğum öncesi bakım parasızdır. Diş sağlığı hizmetleri 19 yaşına kadar parasızdır. Yetişkinler için yılda 700 Kronu aşan masrafları karşılayan bir diş sağlığı sigortası vardır.

Ancak kamunun finanse ettiği hizmetlerin çoğu için maliyet paylaşımı söz konusudur. Hastalar birinci basamaktaki hekime her muayene olduklarında 100-150 Kron, uzman muayeneleri ya da acil servislere başvuruda her seferinde 200-300 Kron, hastane yatışlarında ise her gün için 80 Kron öderler. Ayaktan yazılan ilaçlar için yılda 900 Kron'a kadar olan harcamaların tümünü kendileri karşılarlar. Yıllık harcama miktarı bunun üzerine çıktığında, cepten yapılan ödemenin miktarına bağlı olarak, değişik oranlarda (%50-90 arasında) geri ödeme alırlar. 2005 yılında sistemdeki cepten ödemelerin toplam harcamalardaki oranı yüzde 13.9 idi (1990'da %9.7 iken).

Kamu hizmetleri için cepten yapılacak harcamaların üst sınırı belirlenmiştir. Buna göre sağlık hizmeti için yılda en fazla 900 Kron (100 Euro)

ve ayaktan yazılan ilaçlar için de 1800 Kron (200 Euro) cepten ödeme yapılabilir. Bunun üzerindeki miktar geri ödemeyle alınır. İlaç harcamasının geri alınabilmesi için ilacın hükümetin hazırladığı ilaç listesinde yer alması gerekir. Çocuklar maliyet paylaşımının dışındadır.

İlaç harcaması için yapılan cepten ödemenin miktarı 1800 Kron'u geçtiğinde sigorta kurumu devreye girer. Bundan sonra kurumun ödediği miktar giderek artar ve masrafın tamamına kadar ulaşır. Sonuçta toplam ilaç masrafının yüzde 24'ü (2004) hastalar tarafından karşılanmaktadır. Buna ulusal ilaç listesine girmeyen ve tamamen cepten karşılanan ilaçlar dahil değildir.

Diş sağlığı hizmetleri için yıllık cepten ödeme miktarı 100 Euro'yu geçemez. Pahalı diş sağlığı hizmetleri için 65 yaş üzerindekileri koruyan yüksek maliyet koruma programı vardır. Buna göre de yıllık cepten ödeme miktarı 850 Euro'yu geçememektedir.

Nüfusun yüzde 2.5'u destekleyici anlamda özel sigorta yaptırmıştır. Bu onlara hizmete çabuk ulaşma ve özel sektörden hizmet kullanma olanağı vermektedir. 2005 için toplam sağlık harcamalarının yüzde 1'den azı özel sigortalardan gelmektedir.

Ulusal sigorta sistemi özel hastanelerden alınan hizmetleri karşılamaz. 1992 yılında 19-54 yaş için yıllık özel sigorta primi 3.000-4.000 Kron, 55-64 yaş için 6.000-9.000 Kron'du. 1980'li yıllarda kamu hastanelerinde uzayan kuyruklar özel sigortacılığın gelişmesine neden oldu.

1999 yılında özel bir şirket (Capio Ltd.) ilk kez Stokholm'de bir kamu hastanesini satın aldı. Bu İsveç'in en büyük hastanelerinden birisiydi. Şirket 1990'ların başlarından beri zaten özel bir hastane sahibiydi. Son bir yıl içerisinde Stokholm'deki diğer hastanelerde de özelleştirme yönünde girişimler başlatıldı.

Kullanıcı ödentilerinin artırılması gündemdedir. Örneğin Stockholm konsülü hekim muayenelerindeki katkı payını yüzde 20 artırmayı ve servikal yaymaya kullanıcı ödentisi uygulamayı düşünmektedir. Bu nedenle İsveç Hekimler Birliği finansal sorumluluğun konsüllerden devlete alınmasını önermektedir.

Tablo: İsveç'te, 2004 yılı için, kullanıcı ödentileri ve yüksek maliyet koruma programları (Glenngard AH ve diğ 2005: 48)

	Sağlık bakımı	Reçete edilen ilaçlar	Diş bakımı	Yaşlı ve yeti yitimli bakımı
Kullanıcı ödentisi	Farklı ayaktan bakım hizmetleri için sabit kullanıcı ödentisi. Her il, miktarı kendisi belirler. Birinci basamak hekim muayenesi için 11-17 Euro arasındadır. Hastane uzmanına muayene için 22-33 Euro'dur. Yatılan gün başına kullanıcı ödentisi maksimum 9 Euro'dur.	12 aylık dönem için kullanıcı ödentisi şu şekilde azalan oranlardadır: 0-100 Euro için %100, 100-189 Euro için %50, 189-367 Euro için %25, 367-478 Euro için %10, 478 Euro'nun üstü için %0 kullanıcı ödentisi.	Hizmetin tipine göre sabit kullanıcı ödentisi. Hastalar hizmetin gerçek fiyatı ile geri ödeme miktarı arasındaki farkı ceplerinden öderler.	Hizmetin türüne, alınan bakım hizmetinin saat olarak süresine göre her belediye kendi kullanıcı ödentisini belirler.
Yüksek maliyet koruması	Her 12 aylık dönem için ayaktan bakım hizmetlerinden maksimum 100 Euro kullanıcı ödentisi.	Her 12 aylık dönem için maksimum 200 Euro kullanıcı ödentisi.	Her 12 aylık dönem için, belediye bakımı alan yaşlı ve yeti yitimlilerden, tüm sağlık hizmetleri ve diş sağlığı hizmetlerine maksimum 100 Euro kullanıcı ödentisi. Her 12 aylık dönem için, 65 yaş üstündekilerden, diş tedavileri için maksimum 850 Euro kullanıcı ödentisi.	Evde bakım hizmetleri, günlük bakım hizmetleri ve belediye sağlık hizmetleri için aylık maksimum 175 Euro kullanıcı ödentisi.

Tablo: İsveç'te, 2004 yılı için, kullanıcı ödentileri ve yüksek maliyet koruma programları (devam)

	Sağlık bakımı	Reçete edilen ilaçlar	Diş bakımı	Yaşlı ve yeti yitimli bakımı
Hariç tutulanlar	20 yaş altındakiler (bazı yerel ödemeler dışında) kullanıcı ödentisi ödemezler.	Diyabetli hastalar için insülinden para alınmaz.	İl konsülleri 20 yaş altındakilere parasız diş sağlığı bakımı sunar.	
Merkezi/yerel karar alma süreci	Merkezi hükümet ayaktan bakım için yüksek maliyetten koruma programını ve yataklı hizmet için de kullanıcı ödentisinin üst sınırını tanımlar. İl konsülleri bu sınırlar içinde ödeme miktarını belirler.	Merkezi hükümet geri ödeme ve yüksek maliyetten koruma programını tanımlar.	Merkezi hükümet, seçilmiş hasta grupları için, geri ödeme ve yüksek maliyetten koruma programını tanımlar.	Belediyeler ulusal sınırlara göre kullanıcı ödentilerini tanımlar.

4.7. Sağlık harcamaları

Toplam sağlık harcamaları 1970-1991 arasında arttı. Sonra ise azalma eğilimine girdi. Son yıllardaki azalmada 1980'lerde uygulamaya konulan maliyet sınırlayıcı önlemlerin etkisi olmuştur. Ancak 1990'ların sonlarından itibaren yeniden bir artış eğilimi ortaya çıkmıştır. 2005 yılı için kişi başı sağlık harcaması 3.044 Dolar ve sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payı da yüzde 9.2'dir (1993'te yüzde 7.5 idi). Bu haliyle İsveç'te sağlık

harcamaları hem mutlak anlamda hem de ulusal gelirdeki oran olarak Batı Avrupa ortalamasının altındadır. Kamunun toplam içindeki payında ise azalma vardır. Özel harcamaların toplamdaki payı 1986'da yüzde 9.5 iken, 1996'da yüzde 15.7'ye ve 2005'te de yüzde 18.3'e yükselmiştir.

Tablo: İsveç'te yıllara göre sağlık harcamaları (European Observatory on Health Care Systems 1996: 21)

	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	2005
Kişi başı harcama (PPP*)	274	477	867	1159	1464	1423	1300	1266	3012
Ulusal gelirdeki oran (%)	7.1	7.9	9.4	8.9	8.6	8.4	7.6	7.5	9.2
Kamunun payı (%)	86	90.2	92.5	90.2	89.7	88.3	85.2	82.9	81.7

* Satın Alma Gücü Paritesi

Son yıllarda ilaç harcamaları belirgin biçimde artmıştır. Öte yandan yatırım harcamalarının toplamdaki oranı 1980'lerden beri azalmaktadır. Bu durumda maliyet sınırlayıcı önlemlerin daha çok yatırımlar üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Tablo: İsveç'te yıllara göre sağlık harcamalarının içeriği (%)(European Observatory on Health Care Systems 1996: 24)

Kategori	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994
İlaç	7.9	6.5	7.1	8.2	8.9	11.4	12.7	14.3
Yatırım			1.1	0.9	0.5	0.5	0.4	

Tablo: İsveç'te sağlık harcaması verileri (2002-2004) (www.who.org)

Toplam sağlık harcaması içinde hükümetin payı (%)	81.7
Toplam hükümet harcaması içinde sağlığın payı (%)	13.6
Özel sağlık harcaması içinde cepten harcamanın payı (%)	88.5
Kişi başı hükümet sağlık harcaması (yıllık) (Dolar)	3044
Kişi başı toplam sağlık harcaması (yıllık) (Dolar)	3727
Toplam sağlık harcaması içinde özel harcamanın payı (%)	18.3
Özel sağlık harcaması için özel sigortanın payı (%)	1.6
Ulusal gelir içinde sağlık harcamasının payı (%)	9.2

5. Bulgaristan[8]

5.1. Genel yapı

1989'dan beri yaşanan politik değişiklikler sağlık sistemini de etkiledi. Eski Semeshko modeli sağlık hizmetlerinin parasız sunumu ve hizmete evrensel ulaşım temeline dayanmaktaydı. Sağlık kurumları devletindi, sağlık çalışanları devlet görevlisiydi, özel sektör yoktu. Buna karşılık kamu kurumlarında hastalar kayıt dışı ödemeler yapmaktaydı.

1990'ların ortasına kadar merkezi sistem, desantralize, çok başlı zorunlu sağlık sigortası sistemine doğru değiştirildi. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu oluşturuldu. Hizmet üretimi ile finansmanı ayrıldı. Bu fon 28 bölgesel organıyla ayaktan tedavi hizmetlerini finanse etmektedir. 2000'den beri de sözleşmeli hastanelerden hizmet satın almaya başlamıştır. Bu arada özel sigortacılık da gelişmektedir.

Sağlık kurumları otonom yapılardır. 1999'daki Sağlık Kurumları Yasası'na göre ayaktan tedavi hizmetleri tek ya da grup pratiği olarak, sağlık merkezlerinde ve bağımsız tıbbi tanı merkezlerinde verilebilmektedir. Hekimler ve sağlık merkezleri sigorta kurumuyla sözleşme yapmak zorundadır. Sözleşme yapmayan kurumlar özel olarak hizmet başı-

[8] (Bulgaristan için bkz Georgieva L ve diğ. 2007)

na ödeme sistemine göre hizmet sunabilmektedir.

Yataklı tedavi hizmetleri genel ve özelleşmiş hastanelerde, dispanserlerde, hemşire evlerinde, rehabilitasyon merkezlerinde verilmektedir. 1990' lardaki reform sürecinde hastane yatakları önemli derecede azaltılmıştır. Hastane sayısı çoktur ve yataklı tedavi hizmetlerine ulaşım kolaydır.

Halk sağlığı hizmetleri sağlık bakanlığı tarafından sunulmaktadır. 28 bölgesel sağlık merkezi merkezden olarak finanse edilmektedir.

Sistemin temel finansman mekanizması zorunlu sigortacılık, merkezi bütçe, belediye bütçeleri, isteğe bağlı özel sigortacılık ve cepten harcamalardır. Sağlık bakanlığı üniversite hastanelerini, ulusal ve bölgesel özelleşmiş sağlık kurumlarını, halk sağlığı sistemini, ulusal sağlık programlarını, araştırma kurumlarını finanse etmektedir. 1992'den beri belediyeler sağlık hizmeti sunmaktan sorumludur. Bunun için kendileri gelir yaratabildikleri gibi merkezi hükümetten kaynak da alırlar. 1998'de sigorta fonunun kurulmasından sonra ayaktan tedavi hizmetlerinin tümü, yataklı tedavi hizmetlerinin de yüzde 20'si sözleşmeler aracılığıyla sigorta fonu tarafından finanse edilmektedir. Belediyeler sözleşme yapmamış küçük hastaneleri fonlamaya devam etmektedir. Bölgesel hastaneler ise sağlık bakanlığınca finanse edilmektedir.

Böylece yataklı tedavi hizmetlerinin üçlü bir finansman mekanizması vardır: Devlet bütçesi, belediyeler ve sağlık sigortası. Sigorta sözleşme yaptığı hastanelere vaka temelinde ve sabit bir fiyat üzerinden ödeme yapmaktadır. Sözleşmeli hastaneler ayrıca merkezi bütçeden de kaynak almaktadır. Ayrıca cepten ödemeler, katkı payları da hastanelerin gelirleri arasındadır.

Yataklı tedavi kurumlarında çalışan hekimler ücretlidir. Ayaktan tedavide çalışan hekimlere ise hizmet başına ödeme yapılmaktadır. Birinci basamaktaki hekimlere kişi başına geri ödeme yapılmaktadır. Geri ödeme miktarı hekimin listesindeki hasta sayısıyla orantılıdır.

Bulgaristan yaklaşık 8 milyon nüfuslu bir ülkedir. 28 yönetsel birime bölünmüştür. Bunlar da 262 belediyeye ayrılmıştır. 2007 yılında Avrupa Birliği ile birleşmiştir. 1996-1997'de yüksek enflasyon ve nakit krizi ile birlikte ulusal geliri şiddetli biçimde düşmüştür. Ekonomideki en önemli

reform özelleştirme olmuştur. Satın alma gücü paritesine göre kişi başı yıllık geliri 635 Dolar (2005) kadardır. 1990'larda negatif olan büyüme hızı 2005'te yüzde 5.5'a yükselmiştir. Nüfusun yüzde 13.4'ü görece yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. yüzde 8'i de mutlak yoksulluk sınırı olan günlük 2.15 Dolar'dan daha az bir parayla geçinmek zorundadır. yüzde 31.9'luk bir nüfus diliminin günlük harcaması ise 3.4 Dolar'dan azdır. İşsizlik yüzde 10'un üzerindedir.

28 bölgenin yöneticileri hükümet tarafından atanmaktadır. Belediyeler ise özyönetim birimleridir. Yöneticileri seçimle belirlenmektedir.

İlk sağlık sigortası yasası 1918'de kabul edilmiştir. 1924 yılında Kamu Sigorta Yasası kabul edilmiştir. Bu yasayla bütün işçiler, kamu görevlileri, özel sektör çalışanları kaza ve hastalıklara karşı, analık için, yeti yitimi durumu için ve emeklilik için sigortalanmışlardır. 1925 yılında işsizlik sigortası uygulamaya konmuştur. Sigortalıların istedikleri hekimi parasız olarak seçme hakları vardı. Sigorta fonu patron, işçi ve devletin katkılarıyla oluşturulmuştu.

1945'te kabul edilen yeni bir sigorta yasasıyla sağlık paketinin kapsamı genişletildi. 1948-1949'da özel kurumların tümü kapatıldı. 1950 sonrasında sigortanın yerine genel vergilerle finanse edilen devletçi sistem geçirildi.

Bu sistem tedavi yönelimli olarak gelişti. Hastaneler, ana sağlığı kliniklerini içeren bir ağ oluşturuldu. Ayaktan tedavi hizmetleri hastanelerle entegre çalışan polikliniklerde uzman hekimlerce verilmekteydi. Birinci basamak hizmetleri bölge altı düzeyinde organize edildi ve hastalar da kendi bölgelerindeki poliklinik hekimlerine yönlendirildi.

1950'lerde sistemin önceliği verem, sıtma, tifo gibi enfeksiyon hastalıklarının kontrolüydü. Ülke çapında araştırma kurumları, hastaneler, hijyen kurumları oluşturuldu. Yaygın aşılama ve diş sağlığı hizmetleri ve yaygın eczane ağı oluşturuldu.

1960'lar ve 1970'lerde hastane sistemi güçlendirildi, yeni hastaneler inşa edildi, beş tane daha tıp fakültesi açıldı ve hekim sayısı artırıldı. 1973 yılında kabul edilen Halkın Sağlık Yasası ile organizasyon yenilendi. Parasız hizmet sunumu ve sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşım hedeflendi. Ancak kronik hastalıkların artışı sistemin halkın sağlık gerek-

sinimlerine yanıt vermesini önlüyordu. Ekonominin genel çöküşü sağlık sistemi finansmanının yetersiz kalmasına neden oldu.

1989 sonrasında sistem tümüyle değiştirildi. 1998 yılında da yeni sistem ortaya çıktı. Bu yıl parlamento Sağlık Sigortası Yasası'nı kabul etti. Sistemi bu yasa düzenlemektedir. Bu yasayla sağlık sigortası fonu kurulmuş ve hizmet üreticileri, kullanıcıları ve sigorta fonu arasındaki ilişkiler tanımlanmıştır.

1999 yılında patron ve işçiler sigorta primlerini ödemeye başladılar. Başlangıçta prim düzeyleri düşüktü. 1998 yılında Profesyonel Kurumlar Yasası kabul edildi. Bu yasayla hekimlerin ve diş hekimlerinin mesleki örgütlerinin yasal konumu ve hakları tanımlandı. Bu mesleki örgütler profesyonellerin lisanslandırılmasından, sürekli eğitimden, Yüksek Tıp Konsülü'ne katılımdan ve sigorta kurumuyla görüşmelerden sorumlu tutuldular.

1999 yılında Sağlık Bakımı Kurumları Yasası kabul edildi. Bu yasa sağlık kurumlarının organizasyonunu düzenledi. Ayrıca özelleştirmeyi de tanımladı. Özelleştirmeyle ayaktan tedavi hizmeti sunan kamu kurumlarının genel pratisyenlere satışına veya kiralanmasına olanak tanındı. Sağlık sistemi bütünüyle piyasa yönelimli bir yapıya kavuşturuldu.

Sağlık bakanlığı kapsamlı ulusal politikaları belirlemekte, öncelik ve amaçları tanımlamakta ve yasal düzenlemeleri gerçekleştirmektedir.

Sağlık bakanlığının 28 tane bölgesel yönetim birimi vardır. Bunlar politikaların uygulanmasından sorumludur. Bakanlık ayrıca bir dizi araştırma kurumunu doğrudan kendisi yönetmektedir.

1991'den beri belediyeler kendi sağlık kurumlarını işletmektedir. Finansmanını da kendileri yapmaktadır. Sahip oldukları kurumlar arasında hastaneler, tanı merkezleri, ayaktan tedavi klinikleri vardır. Ayrıca özelleşmiş çocuk ve jinekoloji hastanelerine sahiptirler.

Yüksek Sağlık Konsülü sağlık politikaları, hastaneler, ulusal demografik sorunlar, tıp eğitimi, mezuniyet sonrası eğitim gibi konularda danışmandır. Sağlık Bakanı başkanıdır ve yılda dört kez toplanır.

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu sağlık hizmetini herkese garanti edecek şekilde kaynak toplar ve yönetir. 28 bölgede ve 105 belediyede ofisle-

ri vardır. Bütün ayaktan tedavi hizmetlerini ve sözleşmeli hastanelerin hizmetlerini finanse etmektedir. Bir meclis tarafından yönetilmektedir. Mecliste sigortalıları, patronları ve devleti temsil edenler vardır.

Bulgaristan Hekimler Birliği 1998 yılında çıkarılan özel yasayla yeniden kurulmuştur. Sürekli eğitimden, mesleki denetimden, etik ortamdan sorumludur. Ayrıca sigortalılara sunulacak hizmet fiyatlarının pazarlığını da yapmaktadır.

Özel sektör 1991 sonrasında hızla genişlemiştir. Yataklı özel tedavi kurumu sayısı 2003'te 32'ye, 2004'te de 40'a ulaşmıştır. Özel hastaneler tüm hastanelerin yüzde 16'sını, özel hastane yatakları da tüm hastane yataklarının yüzde 2'sini oluşturmaktadır. Bunların çoğunun sigorta kurumuyla anlaşması yoktur ve hastalar bütün masrafı ceplerinden öderler. Bu, özel sektörün genişlemesinin önündeki önemli engeldir. 1999'daki Sağlık Bakım Kurumları Yasası sonrasında hekimlere tek olarak da muayenehane açabilme olanağı tanınmıştır. Ayrıca hekimler grup olarak da özel sağlık kurumları açabilmektedir. Kamu sigorta kurumuna ek olarak 10 tane özel sigorta şirketi vardır. Özel sigorta, kamu sigortasının kapsamı dışındaki hizmetlere yöneliktir. Ayrıca özel sigortaların sağlık kurumu açabilme hakları da vardır.

Bugün devlet hastanelerinin mülkiyetinin yüzde 51'i sağlık bakanlığının kalanı da belediyelerin elindedir.

Hastalar istedikleri genel pratisyeni seçebilmektedir. 2005'ten beri anneler istedikleri çocuk uzmanına ve jinekoloğa, herhangi bir genel pratisyen sevkine gerek olmaksızın, başvurabilmektedir. Hastane seçimi de serbesttir. Ancak, son zamanlarda sigorta kurumu uzman muayenelerini düzenlemek amacıyla genel pratisyenlerin uzmanlara yaptıkları sevklere aylık kota koymaktadır. Ayrıca genel pratisyenden sevk almadan hastane uzmanına giden hastalardan katkı payı alınmaya başlanmıştır.

5.2. Hastaneler

2004 yılında toplam 306 hastane vardı. 1996-2004 arasında hastane yatakları yüzde 42 azalmıştır. Hükümetin politikası hastane dışı kurumlarla koordinasyon sağlayarak gereksiz hastane yatışlarını engellemektir. Ayrıca

toplam yatak kapasitesi içinde tedavi sonrası, sürekli tedavi ve rehabilitasyon amaçlı kullanılan yatak oranının artırılması hedeflenmektedir.

Hastane sektöründe kaynak sıkıntısı vardır. Son yıllarda hükümetin yatırım desteği son derece önemsizdir.

Kamu hastaneleri işletme durumundadır ve sigorta fonuyla kendi başlarına sözleşme yaparlar. Sözleşme için hastanenin belirlenmiş koşullara göre akredite edilmesi gerekmektedir. Üç tip hastane vardır: Akut bakım verenler, ileri düzeyde ve sürekli tedavi verenler, rehabilitasyon hizmeti verenler. Bir hastane en az dört uzmanlık alanını içeriyorsa genel hastane olarak tanımlanmaktadır.

Beş değişik çeşit ayaktan bakım merkezi vardır: Sağlık merkezleri, tanı ve danışmanlık merkezleri, diş sağlığı merkezleri, sağlık ve diş sağlığı merkezleri, bağımsız tıbbi tanı laboratuvarları.

Sağlık merkezleri bir ekiple (üç hekimden daha az sayıda olmayan) uzmanlık düzeyinde ayaktan tedavi hizmeti vermektedir. Bu merkezlerdeki hekimler sigortayla ayrı ayrı ya da grup olarak sözleşme yapabilirler.

Tanı ve danışmanlık merkezlerinde değişik uzmanlık alanlarından en az 10 hekim vardır. Burada bir tanı laboratuvarı ve röntgen cihazı bulunur.

5.3. Birinci ve ikinci basamak tedavi hizmetleri

Birinci basamak hizmetleri özel olarak ya da grup pratiği içinde çalışan genel pratisyenler ve/veya ayaktan tedavi hizmeti sunan departmanlarca verilmektedir. Herkes bunların arasından istediğini seçebilir. 2000 yılında vatandaşların yüzde 87'si genel pratisyenleri tercih etmişti. Genel pratisyenlerin kapı tutucu işlevleri vardır. Yataklı tedavi kurumlarında ya da ayaktan kurumlarda çalışan uzmanlara sevk ederler. Uzman muayenesinde asgari ücretin (82 Euro) yüzde 2'si kadar katkı payı verilir. Uzmana doğrudan giden hastalar bütün masrafı cepten karşılarlar. Çocuklar ve gebelerse doğrudan çocuk ve jinekoloji uzmanlarına gidebilirler. Sevk oranı düşüktür. Bunun nedeni yüksek sevkin, sevki yapan hekim açısından kötü performans ve düşük ücret anlamına gelmesidir.

Genel pratisyenler temel muayeneyi yaparlar, acil müdahalede bulunabilirler, tanı testleri gerçekleştirirler ve reçete yazarlar. Ayrıca aile planla-

ması eğitimi, aşılama, sağlık eğitimi de yaparlar. 2005 yılında ayaktan tedavi hizmeti sunan kurumlarda çalışan genel pratisyen sayısı 4.586, özel çalışanların sayısı 4.391 ve grup pratiği içinde olanların sayısı da 195'ti.

Hastaların genel pratisyenlerini altı ay içinde değiştirme hakları vardır. Genel pratisyen başına düşen ortalama insan sayısı 1472'dir ve bu bakımdan herhangi bir üst sınır yoktur. Ancak genel pratisyenlerin ülke içindeki dağılımında önemli eşitsizlikler vardır.

Uzman düzeyinde ayaktan tedavi hizmeti sunan kurumlar şunlardır: 1- Bireysel ve grup pratiği içinde olan özel uzman hekimler. 2- Sağlık merkezleri. 3- Tanı ve danışma merkezleri. 4- Özel laboratuvarlar.

Bireysel ve grup pratiği içinde olan uzmanların çalıştıkları yerler devletin ya da belediyelerin mülkiyetindedir. Uzmanların dağılımında da büyük bölgesel eşitsizlikler vardır. Uzmanların büyük çoğunluğu hem hastanelerde hem de özel olarak çalışmaktadır.

Hastaneler değişik tiptedir. Ulusal çok disiplinli ve uzman hastaneler devlet mülkiyetindedir. Bölgesel hastanelerin mülkiyeti devlet ve belediyelerce paylaşılmaktadır. Daha yerel ölçekli olanlar ise belediyelerin mülkiyetindedir.

5.4. Sağlık personeli

Eczacı ve hemşire sayıları Avrupa ortalamasının altında olmakla birlikte hekim ve diş hekimi sayısında sıkıntı yoktur. Diş hekimi ortalamaları açısından en iyi durumdaki Avrupa ülkesidir. Hekimler içinde uzmanlar daha çoktur. Aile hekimliği eğitimine özel önem verilmektedir. 100 bin kişiye düşen hekim sayısı 352, genel pratisyen sayısı 69, diş hekimi sayısı 83, hemşire sayısı 389, ebe sayısı da 44'tür.

İnsangücü planlaması açısından belirgin bir program yoktur.

Hekimler beş tıp üniversitesinde eğitilmektedir. Sofya Tıp Üniversitesi'nin içinde tıp, diş hekimliği, eczacılık ve halk sağlığı fakülteleri vardır. Tıp eğitimi altı yıldır. İlk beş yıl teorik, son yıl ise pratik eğitimdir. Son yıllarda tıp eğitiminin içine ağırlıklı olarak aile hekimliği eğitimi sokulmuştur.

Her birisi üç dört yıllık eğitim gerektiren 16 ayrı uzmanlık alanı vardır. Uzmanlık eğitimi üniversitelere bırakılmıştır. Asistanları kendileri se-

çerler. Ancak sonuçta bütün uzman adayları merkezi standart bir sınava girerler.

5.5. Halk sağlığı hizmetleri

Halk sağlığı hizmetleri esas olarak sağlık bakanlığının sorumluluğundadır. Bunlar, genel hijyen çalışmaları, bulaşıcı hastalık kontrolü, sağlığın geliştirilmesi, çevre sağlığı hizmetleri, vb.'dir. Çocuk ve öğrencilere yönelik taramaları, 65 yaş üzerindekilere yönelik taramaları genel pratisyenler yapmaktadır. Aşılama hizmetleri de genel pratisyenler tarafından yürütülmektedir.

5.6. Finansman ve sağlık harcamaları

Finansman sigorta primlerinden, vergilerden ve katkı paylarından sağlanmaktadır. 2003 yılında cepten harcamalar finansmanın en ağırlıklı kısmıydı: Toplam harcamaların yüzde 44.8'i. Zorunlu sigortanın payı yüzde 28.1, bütçe katkısının payı yüzde 26.4, özel sigortanın payı da yüzde 0.7 idi.

Devlet vergileri ve sigorta primleri merkezi bir kamu kurumunca, yerel vergiler ve katkı payları da belediyeler tarafından toplanmaktadır. Devlet vergileri merkezi bütçeye, primler ise sigorta fonuna aktarılmaktadır. Prim oranı gelirin yüzde 6'sıdır. Patron ve işçi, primi 80:20 oranında paylaşmaktadır. Ancak 2006'da yapılan bir düzenlemeyle 2009'dan itibaren oranın 50:50 olmasına karar verilmiştir. İşsizlerin, yoksulların, öğrencilerin, askerlerin, kamu çalışanlarının primini devlet ve yerel bütçeler karşılayacaktır. Nüfusun yüzde 92'si zorunlu sigorta kapsamındadır.

Sağlık Bakanlığı üniversite hastanelerini, özelleşmiş sağlık kurumlarını, araştırma kurumlarını, halk sağlığı sistemini finanse etmektedir. Belediyeler kendi sağlık merkezlerini finanse etmekte ve merkezi bütçeden katkı almaktadır. Belediyeler ayrıca sigortayla sözleşme yapmamış kendi bölgelerindeki hastaneleri finanse etmektedir. Bölge ölçeğinde sigortayla sözleşmesiz hastaneleri ise Sağlık Bakanlığı finanse etmektedir.

Sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki payı 2004'te yüzde 7.7'dir. Oran 1999'da yüzde 6.0'dı. Harcamalardaki artış çarpıcıdır.

Tablo: Bulgaristan'da yıllara göre sağlık harcamaları (Georgieva L ve diğ. 2007: 38)

	1998	2000	2002	2004
Kişi başı sağlık harcaması (Dolar)	278	381	561	635
Ulusal gelirde sağlığın payı (%)	5.1	6.2	7.9	7.7
Toplam sağlık harcamasında kamu payı (%)	67.9	59.2	56.6	55.8
Toplam sağlık harcamasında özelin payı (%)	32.1	40.8	43.4	44.2

Tablo: Bulgaristan'da kamu finansman yapısının yıllara göre değişimi (%) (Georgieva L ve diğ. 2007: 40)

	2000	2002	2004
Ulusal Sağlık Sigortası Fonu	13	41	55
Sağlık Bakanlığı	30	40	35
Belediyeler	42	14	7
Diğer Bakanlıklar	13	5	3
Merkezi bütçe	2	0	0

Bulgar sağlık sistemi halen tedavi yönelimlidir. Sigorta fonunun yüzde 34'ü hastanelere tahsis edilmektedir. yüzde 31'i ayaktan tedaviye, yüzde 32'si hastane bakımına harcanmaktadır. Sağlık Bakanlığı harcamalarının da yüzde 60'ı hastanelere tahsis edilmektedir.

Özel sağlık harcamalarının toplamdaki payı 1999'da yüzde 35 iken, 2003 yılında yüzde 46'ya yükselmiştir. Cepten harcamalar bütün özel harcamaların yüzde 99'udur. 2005 yılında yıllık cepten sağlık harcaması 50.5 Euro'ydu ve 1997'den beri yedi kat artmıştı. Üstelik bu miktar hastaların informal yollarla gerçekleştirdikleri cepten harcamaları içermemektedir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam hane halkı geliri içindeki oranı 1997'de yüzde 2.0 iken yüzde 4.7'ye yükselmiştir.

2006 yılında 1 milyon kişi (nüfusun yaklaşık sekizde biri) zorunlu sağlık sigortası primini ödeyemediği için sağlık hizmetinden yararlanamamıştır.

Özel sigortacılığın primleri yüksektir. Yüksek gelirlilere yönelik hizmet sunmaktadır.

Zorunlu sigortanın kapsadığı yararlanım paketinde şunlar vardır: Kronik hastalık bakımı, tıbbi ve diş sağlığıyla ilgili koruyucu hizmetler, acil tıbbi bakım, ayaktan tedavi, hastane tanı ve tedavi hizmetleri, ana çocuk sağlığı hizmetleri, yaşlı bakımı, taramalar, ev ziyaretleri, tıbbi olarak gerekli olan durumlarda hasta nakli.

Tablo: Bulgaristan'da yıllara göre sağlık harcama kaynaklarının bileşimi (%) (Georgieva L ve diğ. 2007: 51)

	1999	2001	2003
Kamu sağlık harcaması	65.4	56.1	54.5
Zorunlu sağlık sigortası	6.5	20.1	28.1
Genel vergi	58.9	36.0	26.4
Özel sağlık harcaması	34.6	43.9	45.5
Cepten harcama	34.3	43.5	44.8
Özel sağlık sigortası	0.3	0.4	0.7
Dış kaynaklar	0.5	1.5	1.0

Genel vergiler gelirle ilişkili kaynaklardan alınmaktadır. Belediyelerin topladığı yerel vergiler kanalizasyon, konut gibi hizmetlerden alınmaktadır.

Yeni yasal düzenlemelerle sigorta primlerinin artırılması hedeflenmektedir. Buna en çok şirketler karşı çıkmaktadır. Öte yandan bu hükümeti zor durumda bırakmaktadır. Çünkü zaten hükümet genel bütçeden prim ödemeyen yüzde 30'luk nüfus kesimine hizmet sağlamaktadır.

Özel sigorta sektöründeki primler ayaktan tedavi hizmetleri için yıllık 77-358 Euro arasında değişmektedir. Yataklı tedavi hizmetleri içinse 12.773 Euro'ya kadar çıkmaktadır. Yüksek riskliler ve kronik hastalığı olanlar ise zaten dışlanmaktadır.

Cepten harcamalar en çok sigorta sisteminin kapsamadığı hizmetler

için yapılmaktadır. Genel pratisyen sevki olmadan gerçekleştirilen uzman hekim muayeneleri doğrudan ödeme gerektirmektedir. Ayrıca genel pratisyen sevk etse bile hastanenin sigortayla sözleşmesi yoksa yine cepten ödeme zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. 2001'den beri sağlık kurumları sevksiz gelen hastalara yönelik olarak kendi fiyat listelerini hazırlamaktadır. Hastalar ayrıca hastanelerdeki otelcilik hizmetleri için de (tek kişilik oda, televizyon, daha iyi yemek gibi) cepten ödeme yapmaktadır. Plastik cerrahi hizmetlerinin hiçbirisi zorunlu sigorta kapsamında değildir ve tümüyle cepten ödenmesi gerekmektedir.

Cepten ödemelerin bir diğer biçimi maliyet paylaşımıdır. Maliyet paylaşımı 1998 yılındaki Sigorta Yasası ile gündeme gelmiştir. Bu yasa bütün hizmetlere sabit miktarda bir katkı payı ödeme zorunluluğu getirmiştir. Örneğin ayaktan tedavi hizmeti için aylık asgari ücretin yüzde 1'i ve yataklı tedavi hizmeti için de 10 geceye kadar asgari ücretin yüzde 2'si gecelik katkı payı ödenmesi gerekmektedir. Ancak 18 yaşından küçük olanlar, işsizler, savaş gazileri, tanımlanmış bazı hastalıkları olanlar, sosyal yardım ödeneği alan yoksullar, sosyal bakım kurumlarında yaşamak zorunda olan gelirsizler, sağlık personeli katkı payından muaftır.

1994 yılında yapılan bir araştırmada, hastaların yüzde 43'ünün hizmetin parasız olduğu devlet kurumlarında nakit ödeme yapmak zorunda kaldıkları saptanmıştır. İnformal ödemeler yaygındır. 1999'da Sofya'daki bir araştırmada ise oran yüzde 54 olarak bulunmuştur. Hastalar genellikle bekleme süresini kısaltmak, genel pratisyen sevki olmadan doğrudan uzmana ulaşabilmek, hastanelerde daha iyi hizmet alabilmek için informal ödeme yapmaktadır.

Üretici ve finansör kurumlar arasındaki ilişki üç şekildedir: Entegre, geri ödeme sistemi ve sözleşme modeli. Bu modeller 1998 yılındaki sigorta yasasından zemin almaktadır.

Sigorta sisteminde sözleşme modeli vardır. Hem kamu hem de özel sağlık kurumları sigorta fonu ile sözleşme yaptıklarında geri ödeme almaktadır. Sözleşmeler yıllıktır ve sağlık hizmetinin sunumunu, ödeme mekanizmasını, hizmetin maliyetini, kalitesini (göstergeler üzerinden) ve sözleşmelerin izlenme sürecini belirler. Buradaki taraflar sigorta fonu ile hekim ve diş hekimlerinin mesleki birlikleridir. Ulusal düzeydeki söz-

leşme kurulunda sigorta 9, meslek birlikleri ise toplam 10 kişiyle (yedisi hekim, üçü diş hekimi) temsil edilmektedir.

Özel sigorta şirketleri de hem kamu hem de özel sağlık kurumlarıyla sözleşme yapabilmektedir.

Devletin elindeki sağlık kurumları halen devlet bütçesinden doğrudan fonlanmaktadır. Dolayısıyla bu sektörde sözleşme sistemi yoktur.

Sözleşme yapan sağlık hizmeti üreticilerine ise ileriye yönelik olarak vaka başına ya da kişi başına ödeme esasıyla geri ödeme yapılmaktadır. Bunun anlamı sözleşmelerde kararlaştırılan fiyatların hizmet sunulmadan önce taraflar arasında belirlenmiş olmasıdır. Hizmet üreticisi yüksek derecede finansal riskle karşılaştığı için (bu sistemde) verimliliği artırıcı bir etkisi vardır.

Bazı hizmet üreticileri ise hizmet başına ödeme almaktadır. Bu geriye dönük ödeme mekanizmasıdır.

Hastaneler genellikle vaka başına ödeme almaktadır. Vaka başı ödemeler sabittir. Klinik tablolara göre tanımlanır. Klinik tablolar için belirlenen fiyat, ortalama olarak 2001 yılında 71 Euro, 2002'de 148 Euro ve 2003'te de 189 Euro idi. Sabit fiyatlar maliyetler dikkate alınarak belirlenmektedir. Hastane sözleşmelerinde vakaların maksimum sayıları dikkate alınmaktadır. Bu sayı yıl içinde yüzde 20 oranında aşılırsa sigorta kurumunun geri ödemesi daha düşük fiyattan olmaktadır

Her klinik tablo için sabit bir ödeme miktarı belirlenmiştir. 2001 yılında 30 değişik klinik tablo tanımlanmıştı. Bunların sayısı 2005'te 120'ye yükseldi. Bu 120 klinik tablo içinde 1500 değişik hastalık tanısı yer almaktadır. Buradaki amaç yalnızca ödeme mekanizmasını standartlaştırmak değildir. Aynı zamanda tanı ve tedavi yaklaşımlarının da standartlaştırılması amaçlanmaktadır. Buradaki akış şeması şöyle ilerler: 1- Hasta bir genel pratisyene muayene olur, laboratuvar testleri istenir. 2- Hasta laboratuvara başvurur ve sonuçlarını yine genel pratisyene götürür. 3- Sonuçlara göre üç olasılık vardır: Genel pratisyen daha ileri tetkikler isteyebilir, hastayı uzmana yönlendirebilir, hastayı yataklı tedavi için yönlendirebilir. 4- Uzman bir sağlık merkezinde, tanı ve danışmanlık merkezinde, ayaktan bakım hizmeti veren bir departmanda bireysel olarak çalışıyor olabilir. Uzman hekim birkaç gün içinde hastayı muayene eder ve yataklı

tedavi kurumuna yönlendirebilir. 5- Hasta birkaç gün içinde yataklı tedavi kurumuna başvurur. Burada yatırılır. 6- Hastane tedavisi sonrasında taburcu edilebilir. 7- Evdeki tedavisi (eğer gerekiyorsa) genel pratisyen ya da hemşiresi tarafından takip edilir. Her hastalık için bu klinik yollar ayrıntılı tanımlanır ve ödemeler de bu tanımlanmış yollar içinde tercih edilmiş tıbbi prosedürlere göre gerçekleştirilir.

Birinci basamak kurumlarının geri ödemesi sözleşme esaslarına göre yapılmaktadır. Bu sözleşmeler aylık kayıtlı kişi başı esasına göre olmaktadır.

Tablo: Bulgaristan'da çeşitli sağlık kurumları için geçerli olan ödeme mekanizmaları (Georgieva L ve diğ. 2007: 64)

Hizmeti sunan kurum	Merkezi hükümet bütçesi	Zorunlu sağlık sigorta fonu	Özel sağlık sigortası	Kullanıcılar
Devlet ve belediye hastaneleri	Günlük	Her vaka çeşidi ve klinik tablo için sabit fiyatla	Hizmet başı ödeme	Her başvuru için asgari ücretin %2'si kadar katkı payı veya informal ödeme
Özel hastaneler		Vaka başı (klinik tablo)	Hizmet başı ödeme	Her başvuru için asgari ücretin %2'si kadar katkı payı veya informal ödeme
Belediye hastaneleri	Bütçeden sübvansiyon	Vaka başı (klinik tablo)	Hizmet başı ödeme	Her başvuru için asgari ücretin %1'i kadar katkı payı veya informal ödeme
Uzman hekim ayaktan tedavisi		Kişi başına ödeme ve yazılan ilaçlar için katkı payı	Hizmet başı ödeme	Her muayene için asgari ücretin %1'i kadar katkı payı veya informal ödeme
Genel pratisyen		Hizmet başı ödeme	Hizmet başı ödeme	Her başvuru için asgari ücretin %1'i kadar katkı payı veya hizmet başı ödeme
Laboratuvar		Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme	Her başvuru için 2 Bulgar Lev'i

Sağlık personelinin ödemeleri ayaktan ve yataklı tedaviler için ayrıdır. Genel pratisyenlere ödeme listelerine kaydettikleri hasta sayısına göre (kişi başına) yapılmaktadır. Ayrıca bu hekimler bazı bonuslar da kazanmaktadır: Bağlı nüfustaki yaşlıların oranı (koruyucu sağlık hizmetleri açısından), bağışıklanan çocuklar, ana çocuk sağlığı programına göre yapılan düzenli kontroller, uzak bölgelerde veya kötü koşullarda çalışmak, başka bölgelerde yaşayan sigortalıları muayene etmek bonus kazanmak için belirlenmiş kriterlerdir.

Ayaktan tedavi hizmeti sunan uzmanlar ise hizmet başına ödeme almaktadır. Bir hastanın uzman hekime ilk başvurusu için 11.5 Lev, aynı hastalıktan ikinci başvuru için 5.5 Lev ödeme yapması gerekir.

Yataklı tedavi hizmeti veren kurumlardaki hekimlerin ödemesi ücretle yapılmaktadır. Ayrıca performansa göre bir gelir eklenmektedir. Ancak performansa göre ücretin toplamı o yataklı kuruma sigorta fonundan aktarılan toplam ödeneğin (ki bu da vaka başına yapılır) yüzde 40'ını geçemez. Hastane yöneticileri hastanelere vaka başına yapılan ödemelerin vaka tedavilerinin maliyetlerini karşılamadığını belirtmektedir. O nedenle personele dağıtılmak üzere aktarılan yüzde 40'lık ödeme payını da hastane giderlerini karşılamak üzere kullanmaktadır.

Özel hastanelerde çalışan sağlık personelinin ücretleri ise hastane ile personel arasında yapılan bireysel sözleşmelerle belirlenmektedir. Sigortayla anlaşması olan özel hastanelerde de yüzde 40'lık performans ücreti payı söz konusudur ve bu uygulama özel hastanelerde daha iyi işlemektedir.

5.7. Sağlık reformları

Bulgar sağlık sisteminde 1980'lerden beri büyük değişiklikler vardır. Bunlar kısmen IMF, Dünya Bankası gibi dış kuruluşların etkisiyle kısmen de iç politik ortamın gerilimleri sonucunda ortaya çıkmıştır.

Sigorta sistemi reform sürecinin en önemli ayağı iken halen bir milyon insanı pratik olarak bu sistemden yararlanamamaktadır.

Hastanelere yönelik finansman mekanizmasının değiştirilmesinin (klinik yollar ve vaka temelli ödeme) rekabeti artıracağı beklenmektedir.

Ancak klinik yollar üzerinden yapılan ödemeler geriye yönelik olduğu için bu yöntem hizmet kalitesini artırmaya yarasa bile, finansman açısından sigorta kurumunu güç konuma sokabilecek bir yapıya sahiptir. Nitekim yapılan hesaplar 2007 yılında sigorta kurumunun masraflarını karşılayamayacağını göstermektedir. Prim oranlarının artırılması gereği de bununla ilişkilidir. Ayrıca fonların daha iyi kullanılmasına ve dağıtılmasına da gerek vardır.

Genel pratisyenlerin ödeme mekanizmasının yeniden tanımlanmasına, genel pratisyenlerin kaydettikleri nüfusun belirlenmesine ve genel pratisyen muayene sürelerinin yeniden tanımlanmasına gereksinim vardır. İnformal ödemelerin ortadan kaldırılması gerekmektedir.

Özel sigortacılığın kamu sigortası üyesi olanlara destek hizmet sunacak şekilde desteklenmesi gündemdedir. Ayrıca kamu sigortasında da değişik hizmetlere göre değişik prim düzeylerinin belirlenmesi düşünülmektedir.

Uzun dönemde ise tamamlayıcı zorunlu sigorta fonları kurulacaktır. Her sigorta fonu hizmet üreticileriyle kendisi görüşüp sözleşme yapacaktır. Böylece temel paket dışında başka gereksinimleri de karşılamak üzere kamusal sigorta fonları yaratılacaktır.

V
Sağlık Hizmetlerinin Finansmanındaki Yeni Gelişmeler

A) İkinci Dünya Savaşı Sonrası Gelişmeler

A.1. Genişlemenin politik ekonomisi

Kapitalizm İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde, daha sonraları Sosyal Refah Devleti ya da Refah Kapitalizmi gibi tanımlamaların yapılmasına neden olacak bir genişleme olanağını yakaladı. Genişleme bütün ekonomide ortalama kâr oranlarının artışı biçiminde ortaya çıktı. Bu süreç aynı zamanda, kapitalizmin ekonomik, toplumsal ve siyasal boyutlarıyla stabilizasyonu anlamına geliyordu. Bir yanıyla bu, işçi sınıfının kapitalist sisteme entegrasyonu süreciydi. Sistemin bu entegrasyonu başarabilmesini ve kendisini yeni bir genişleme dönemine uyarlayabilmesini sağlayan en önemli etkenlerden birisi, işçi sınıfının gerek savaş öncesinde, gerekse savaş yılları boyunca içine düştüğü örgütsel, siyasal yetmezlik durumuydu. İşçi sınıfının politik mücadeleciğine ilişkin bu noktanın dışında, ortalama kâr oranlarının artışını olanaklı kılan bilimsel teknolojik gelişmelerin ve Fordist emek örgütlenmesi biçimlerinin de, genişleme dinamiği üzerindeki olumlu etkilerini özel olarak anmak gerekir.

Genişleme dönemi, kabaca 1970'lerin ortalarına kadar sürdü. Bu dönem boyunca, sermayenin içine gireceği yeni bunalımların etkisinin sınırlanması ve geciktirilmesi, kapitalizmin hafif sarsıntılarla yoluna devam edebilmesi için Keynesçi ekonomik politikalar kullanıldı. Bilindiği gibi Keynesyen ekonomik politikalar, sermaye sınıfının bunalıma girdiği, or-

talama kâr oranlarının düşme eğilimi gösterdiği an ve alanlarda devletin ekonomiye müdahalesini ve sermaye birikiminin önünü açıcı bir işlevi üstlenmesini savunur. Buna göre bunalım dönemlerinde, devlet, sermayenin kârlı görmeyerek yatırım yapmak istemediği, ancak bir yandan da sermaye akışının gerçekleşebilmesi için altyapı oluşturan alanlara girer. Bunlar özellikle büyük sermaye yatırımları gerektiren, daha çok üretim araçları üretiminde yoğunlaşan sektörler ile emek-gücünün yeniden üretimini sağlayan sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik sektörleridir. Böylece İkinci Dünya Savaşı sonrasında, devlet krizden çıkışı sağlamak için bir yandan üretim araçları üretimini, bir yandan da emek-gücünün yeniden üretimini kendisi üstlenerek, özel sermayeye üretimin temel girdilerini sağlama işlevini üstlenmiştir. Devletçilik sonraki yıllarda eleştirilecek bir kalkınma stratejisi olsa da, sosyal devletçi genişlemenin devletin müdahalesi olmadan sağlanamayacağı açıktır.

Devlet, krizden çıkışı sağlamak için, temel girdileri üretmenin ötesinde, üretimsel karşılığı olmayan bir kredi sistemi de geliştirir. Bu anlamda Keynesçi genişleme ve istikrar politikaları enflasyonla el ele gider. Bir başka deyişle, ortalama kâr oranlarının düşme eğilimi gösterdiği ve sermayenin genişleme olanağı bulamadığı, hatta sermayenin değersizleşmesi ve kapitalizmin yeni bir krize yuvarlanması durumunun söz konusu olduğu dönemlerde, devlet karşılıksız para basmak yoluyla kapitalizmi krizden kurtarmaya çalışır.

Böylece Sosyal Refah Devleti stratejileri dört alanda toplanır: Doğrudan para ödemeleri, tıbbi bakım, eğitim hizmetleri, yiyecek ve konut sağlama politikaları ve diğer refah hizmetleri. Tam istihdam refah devletinin temel bileşenlerindendir. İkinci Dünya Savaşı sonrasında kapitalizm krizden çıkışını ve yeni bir genişleme dönemine girişini sosyalleşerek gerçekleştirmiştir. Sosyalleşmek, sermayenin işçi sınıfı ve geniş halk kesimlerinin gündelik gereksinimlerini daha fazla karşılaması demektir. Sosyalleşmek, aynı zamanda işçi sınıfının, birtakım haklar elde ettiği kapitalizme razı olması anlamına gelir. Sosyal devletin ortaya çıkışında savaş sonrasında bir dünya sistemi boyutlarında genişleyen sosyalist sistemin belirleyici etkisi vardır. Sosyalizm bütün yurttaşlarına sağlık, eği-

tim, refah hizmetlerini parasız sunarken, kapitalizmin bunun karşısında hiçbir şey yapmaması beklenemezdi. Sosyal devletçi düzenlemelerin bu nedenle, sosyalizmin ideolojik ve siyasal çekiciliğini azaltmak amacına da yönelik olduğunu saptamak gerekir.

Devletin ekonomiye müdahalesi farklı biçimlerde olabilir: Hizmet devlet tarafından üretilmese de finansmanı devletçe karşılanabilir. Devlet hizmetleri kendisi üretebilir. Özel sektör hizmetlerini kullananlara, devletçe geri ödeme yapılabilir. Bireylere kendi tercihlerini yapmaları için para verebilir. (Barr N 1992: 743)

Bütün bu söylenenlerin toplumsal boyutlardaki pratik yansıması devletin emek-gücünün yeniden üretimini üstlenmesi ve kimi toplumsal hizmetleri elinde toplamasıdır. İşte bu olgu kapitalist devletin doğasının değiştiği yolundaki iddialara da kaynaklık etmiştir. Esasında bu tür iddialar bir yönüyle doğrudur da. Her şeyden önce sosyal devlet, vahşi kapitalizmin devletinden farklıdır. Sosyal devlette, ne olursa olsun kâr elde etme, sömürme mantığı en azından ikinci plandadır. Sömürü yine vardır. Ancak sömürünün koşullarını garanti altına almak için, artı-değerden bir miktar fedakarlık etmek ve ücretleri reel düzeyde artırmak gerekliliği görülmüş ve kabul edilmiştir. Aksi taktirde sömürü o denli derinleşmekte, artı-değer o ölçüde artmaktadır ki, kapitalist ekonomiyi döndürmek için gereken talebi yaratacak ücret ve ücretli kalmamaktadır ortada. Kısacası arz talebi aşmakta, aşırı üretim fazlası ortaya çıkmakta, bu da krizi yaratmaktadır. Krizi önlemek, en azından geciktirmek için bu nedenle bir yandan ücretlerin talep yaratacak seviyeye çıkarılması gerekmekte, bir yandan da kapitalist ekonomi planlamacı bir stratejiyle yönlendirilmektedir. Her ikisi için de devletin müdahalesine gerek vardır. Kapitalizm sömürgen özünü koruyabilmek, sömürebilmek, değişmemek için yeni siyasal atraksiyonlar geliştirmek zorunda kalmıştır.

Keynes aslında bu ekonomik teorisini İkinci Dünya Savaşı öncesinde yazmış, ancak kapitalizmin, tarihinin en derin krizini yaşadığı o dönemde kendisini dinleyecek kimse bulamamıştı. Bir de kriz döneminde deyim yerindeyse "ortalığın temizlenmesi", yeni ekonomik teorilerin, yeni teknolojilerin, yeni emek örgütlenme biçimlerinin yaşama geçirilebileceği

"steril" bir ortamın oluşturulması gerekiyordu. Genel anlamda sermayenin değersizleştiği ve yeni bir sermaye birikimi rejiminin altyapısının hazırlandığı bu süreç bizzat savaş tarafından yaratılmış oldu. Keynes de bu "steril" ortamda sesini duyurabildi ve Keynesçi politik iktisat yeni bir kuram olarak tanıtıldı.

"Aslında ünlü refah devletinin sırrı şudur: İşçi sınıfının ve öteki ücretli katmanların (büyük ölçüde küçük burjuvazinin de) bir bölümü, sınıfın bütününün katkılarıyla oluşturulan fonlardan yararlanarak yaşamlarını sürdürebilmekte (işsizlik sigortası, emeklilik, vb.) ve/veya özgül bazı gereksinimlerini (sağlık bakımı, eğitim, vb.) karşılayabilmektedirler. Söz konusu bölüm ya çeşitli nedenlerle (hastalık, sakatlık, yaşlılık) emek-gücünü satamayacak durumda olan bireylerden ya da emek-gücünü satabilecek durumda olduğu halde ellerindeki bu tek metaya alıcı bulamayan bireylerden (işsizlik) oluşur. Bu bireylerin de çalışmış oldukları sürelerde söz konusu fonlara katkıda bulundukları hatırlanırsa, sürecin aslında girift bir "kolektif sigorta" işleminden ibaret olduğu anlaşılır. Yani klasik sigorta işlemi devletin dolayımından geçmektedir. Devletin doğası değişmiş, müşfik ve yüce saikler ön plana geçmiş değildir." (Savran S 1988: 52)

Sosyal devlet, sermaye adına kimi düzenlemeleri üstlenmiş kapitalist devlettir. Düzenlemeler, bir yönüyle, artı-değerin bir kısmının emek-gücünün yeniden üretilmesi için ayrılması esasına dayanır. Bu anlamda, refah devleti ancak, kapitalizmin genişleme olanağı bulabildiği dönemlerde ortaya çıkabilir. Çünkü sağlık, eğitim, sosyal güvenlik gibi emek-gücünün yeniden üretilmesi amacına yönelik alanlara yatırım yapmak (bu olgu ne kadar bilimsel teknolojik gelişmelerin zorunluluğu olarak ortaya çıkmış olursa olsun), sermaye sınıfının artı-değerin bir kısmından dolayımlı olarak vazgeçmesi anlamına gelir. Sermaye bunu, ancak, sağlık ve eğitim harcamalarının emek-gücünü eskisine göre daha nitelikli, üretken kılacağını ve böylece de ortalama kâr oranlarının artacağını tahmin ettiği zaman kabul eder. Bu nedenle sosyal devletin gelişiminde insani dürtüler değil, tamamen ekonomik zorunluluklar geçerlidir. Yeni teknolojilerin bütün patronlarca kullanılmaya başlandığı, rekabetin kızıştığı, plansızlığa bağlı olarak gereksiz yatırımların yapıldığı, aşırı üretimin baş-

gösterdiği, emek-gücü üretkenliğinin o günkü sermaye birikim derecesine göre düştüğü ve sonuçta ortalama kâr oranlarının azalarak sistemin tıkandığı kesitlerde ise, sermaye, sağlık gibi sosyal alanlara artı -değer aktarılmasını kabul edemez. Bir boyutuyla bu süreç, var olan, o güne dek kullanıla gelen üretim tekniklerinin, teknolojilerin, emek örgütlenme biçimlerinin, emek sermaye ilişkilerinin de bütünüyle geçersizleştiğinin bir göstergesidir. Artık, her şey ortalama kâr oranlarını yeniden artıracak biçimde yeniden düzenlenmelidir. Dikkat edilirse bu düğüm noktası emek ve sermaye arasındaki ilişkilerin de değiştirilmesini dayatan bir tıkanıklığı ifade etmektedir. Bu nedenle sınıfsal çelişkiler de keskinleşir. Sermayenin değersizleşmesi süreci kendisini dayatır. Böylece, kriz döneminde, emek-gücünün yeniden üretilmesine yarayan artı-değere de gerek kalmamıştır.

Şüphesiz, sosyal refah devletinin gelişimini sermayenin tek taraflı belirleyiciliğiyle açıklamak doğru olmaz. Daha önceden de saptandığı gibi, kapitalist devletin sosyal alanlara müdahalesinin arka planında kitlelerin (sistem içi de olsa) artan beklentileri, sosyalist dünya sisteminin ideolojik ve siyasal alandaki baskı ve etkileri de bulunmaktadır. Bu anlamıyla sosyal refah devleti işçi sınıfı ve tarihsel bağlaşıklarıyla burjuvazi arasındaki bir "denge" durumunu da tanımlar. Ancak bu "denge"nin kapitalist sistem içi bir denge olduğunu ve işçi sınıfını sisteme entegre etmeye yönelik çok önemli bir işlevi bulunduğunu da unutmamak gerekir.

Yukarıda özetlenen süreci İngiltere'de bütün karakteristikleriyle izleyebiliriz. İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde İngiltere'de bütün planlar "yeni" İngiltere için yapılmıştı. İngiltere kapitalizminin yalnızca ekonomik değil, politik stabilizasyon sorunuyla da yüz yüze olduğu saptanmıştı. Keynes'in ekonomik politikaları ve çağdaş sosyal politikacılardan Beveridge'in önerileri yeniden yapılanmanın zeminini oluşturdular. Temel strateji, refah devletinin yaratılmasıydı. Beveridge'in hazırladığı rapor bu anlamda dramatik etki yarattı. Nitekim rapor birkaç saat içinde 70 bin adet bastı ve üç hafta içinde her 20 yetişkinden 19'u raporu işitmiş ve düşüncelerini benimsemiş durumdaydı.

Musgrove'in de belirttiği gibi (2000: 845), çok az rapor, hükümetle-

ri Sir William Beveridge'in hazırladığı rapor kadar etkileyebilmiştir. Beveridge Raporu'nun bu etkisi şüphesiz dönemin koşullarıyla ilgilidir. Beveridge 1919-1937 döneminde Londra Ekonomi Okulu Başkanlığı yapmıştır. Raporu yazdığı sırada ise Kraliyet İstatistik Birliği'nin başkanıdır. İktisat kökenli olsa da, kendisini ünlü yapan raporu ne teorik ekonomi ne de karmaşık istatistik bilgiler içerir.

1942'te yayınlanan Beveridge Raporu (2000: 847-855) enformasyon asimetrisi, sağlık bilgisinin monopol niteliği ya da piyasaların sağlık hizmetlerinin başarısızlığıyla ilgili herhangi bir etkenden söz etmez. Yalnızca moral risk ve yanlı seçim olgularına değinir. Bunlardan hareketle de devletin sağlık sektöründe, özellikle düzenleme ve finansman boyutlarında temel bir görev üstlenmesi gerektiğini belirtir. Yalnızca bununla da kalmaz, özel sektörün zaman içinde ortadan kalkabileceğini ileri sürer. Beveridge hasta bir insanın sağlığının yerine konmasının, devletin ve o insanın görevleri olduğunu düşünür. Bireylerin, devletin sunduğu (minimum düzeydeki) garantinin ötesinde, sağlıklarını daha fazla oranda korumak ve geliştirmek için önlem alma özgürlüğüne sahip olduklarını kabul eder. Rapora göre, bütün bireylere, gereksindikleri bütün sağlık hizmetleri (evde ya da kurumsal, genel ya da uzmanlık düzeyinde, kaza sonrası rehabilitasyon hizmetleri, ebelik ve hemşirelik hizmetleri, cerrahi uygulamalar da içinde olmak üzere) garanti edilmelidir. Hizmeti hükümetin sosyal güvenlikle ilgili birimi değil, sağlıktan sorumlu birimi sunmalıdır. Finansmana bireylerin katkısı, gelirleriyle orantılı olmalıdır.

Beveridge savaş sonrası dönemde ortaya çıkan yeni sosyal güvenlik arayışını bir devrim olarak niteler ve geçmişin bütün deneyimlerinden yararlanılmakla birlikte, eskinin sınırlarının yıkılması gerektiği inancını taşır. Sosyal güvenliği, daha kapsamlı bir sosyal politika bütününün parçası olarak ele alır.

Beveridge raporu temel olarak, bireylerin etkin bir sosyal güvenlik sistemi aracılığıyla asgari bir gelire sahip olması gerektiği düşüncesini işlemekteydi. Sosyal güvenlik sistemi, tam istihdam ile ulusal sağlık sistemi güvencesi veren ekonomik politikaları içeren daha geniş kapsamlı bir planın parçası olmalıydı. Amaç İngiltere kapitalizminin stabilitesinin

sağlanmasıydı.

Bu bağlam içinde, NHS (İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi), sermaye ile işçi sınıfı arasındaki savaş sonrası güçler dengesinin önemli bileşenlerinden birisini oluşturdu. Savaş sonrası dönemde, gereksinimleri karşılayan bir sağlık sisteminin kurumsallaştırılması yönünde dikkate değer bir sınıf baskısı vardı. Ancak, sınıfın politik ve ideolojik gücü, kendi taleplerini tam anlamıyla sürece yansıtmasını sağlamaktan uzaktı. Nitekim bunu NHS'nin şekillendirilmesi sürecinde çeşitli tarafların gösterdikleri tepkilerden de anlamak olanaklıdır. Özellikle hekimler NHS'nin daha fazla oranda toplumun denetiminde olmasını sağlayacak maddeleri, kendi lehlerine değiştirmeyi başardılar.

Sonuç olarak, NHS'nin son yapısı devletle çeşitli çıkar grupları arasındaki tartışmalarla belirlendi. İngiliz Hekimler Birliği ile devlet arasındaki görüşmelerde Birlik şu talepleri savundu: 1) Klinik hekimlik üzerine herhangi bir denetim getirilmemesi. 2) Hekimlere devlet tarafından ekonomik güvence sağlanması. 3) Konsültan düzeyindeki uzman hekimlerin özel hekimlik yapabilme haklarının sınırlanmaması. Görüşmelerle biçimlenen ve 1948 yılında uygulamaya konulan NHS yapısı, 1943'te önerilen orijinal biçiminden oldukça farklıydı ve bu süreçten en kazançlı çıkanlar uzman hekimler ile hastaneler oldu. Sistemin denetimi önemli oranda hekimlerin ve yöneticilerin eline geçti. (Doyal L, Pennell I 1979: 1177-194)

Sosyal devlet döneminde, devletin sağlık alanına müdahalesi, zamanla, sağlık sektörünü, özellikle tıbbi teknoloji ve ilaç sektörlerini kârlı bir yatırım alanı durumuna getirdi. Aynı dönemde bireylerin hekim ve sağlık hizmeti kullanma alışkanlıkları da arttı. Sağlık sistemi, kamu harcamalarının önemli kısmını yutan bir sektör oldu. Savaş sonrası dönemde, merkez kapitalist ülkelerdeki toplumların değişen demografik yapıları, tıbbi bakımı daha çok kullanmak eğiliminde olan yaşlı nüfusun toplam içindeki oranının yükselişi, yaşlanan ve sürekli tüketmek yönünde motive edilen toplumda ortaya çıkan aşırı sağlık hizmeti kullanımı yönündeki normlar, sosyal güvenlik sistemlerinin sağlık hizmetlerini "parasızlaştırmış" olması, harcamalardaki artış eğiliminin kökleşmesine neden oldu. Tıbbi teknoloji ve ilaç üretiminin, tıbbi bakım hizmetinin tersine; tamamen özel

sermayenin eline bırakılması, her iki alanın da tam anlamıyla meta üretimi özellikleri kazanmasına yol açtı. Sonuçta merkez kapitalist ülkelerin tümünde sağlık harcamaları önlenemez biçimde yükseldi. Bu gelişme, sağlık finansmanı açısından bir anlamda yolun sonuna gelindiğini de gösteriyordu. Bu sonuç, (1970'lerin ortasında) kapitalizmin genel, uzun süreli devrevi krizinin başlangıcına denk gelince ayrı bir önem kazandı. Böylece genel ekonomik kriz, sağlık sistemlerinin örgütlenmesinde yeni yönelimleri gündeme getirdi. Harcamalardaki artış ve harcamaların yapısı bu bölümün bundan sonraki kısımlarında somut verileriyle değerlendirilecek, daha sonra da sağlık sistemlerindeki yeni arayışlar ve bunların etkileri incelenecektir.

A.2. İkinci Dünya Savaşı sonrasında merkez kapitalist ülkelerin durumu

İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde kapitalizmin merkezinde duran ülkeler için, sağlık sistemindeki gelişmeler bakımından altı çizilmesi gereken nokta, harcamaların neredeyse önlenemez biçimde artışıdır. Bu ülkeler dünyadaki toplam sağlık harcamalarının da yaklaşık yüzde 80'ini gerçekleştirmektedir. Harcamalardaki artış, 1990'ların başına kadar devam etmiştir. Bu yıllarda ulaştığı düzey, ekonominin geneli bakımından kaldırılamaz bir yük olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Sonrasında ise, sağlık harcamalarının sınırlandırılmasına yönelik bir dizi strateji uygulamaya konulmuştur.

Sağlık harcamalarındaki artış iki düzlemde incelenebilir: Sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki oranı ve sağlık harcaması içindeki bileşenlerin ağırlıklarındaki değişim. Bu kapsamdaki bir değerlendirme ABD, İngiltere, Almanya, İsveç için bir önceki bölümde ve oldukça ayrıntılı biçimde yapılmıştı. Burada, daha çok sayıda ülke için 1980'lere kadar olan dönem boyunca (kabaca, 'Altın Çağ' da denilen, genişleme dönemi boyunca) benzer bir inceleme yapılacaktır.

Avustralya'da 1988-1990 yılları için hükümet harcamalarının yüzde 13.6'sı sağlık içindi. Bu oran 1992-1993'te yüzde 15.4'e yükseldi. Kaynakların yüzde 40'ı hastanelere, yüzde 17'si de tıbbi hizmetlere har-

canmaktaydı. (Parry TG 1992: 592)

Hollanda'da 1977-83 yılları arasında kişi başına ulusal gelirdeki artış yüzde 2.6 olarak gerçekleşti. Aynı dönemde sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki payı yüzde 3'ten, yüzde 9'a yükseldi. Sağlık harcamalarındaki artışın en yüksek olduğu yıllar 1960 ve 1970'lerdi ve bu dönemde yıllık artış hızı ortalama yüzde 12 kadardı.

Tablo: Hollanda'da sağlık sektörünün dönemlere göre yıllık büyüme hızları (%) (Gaag JV, Rutten FFH 1990: 34)

	1953-58	1958-63	1963-68	1968-73	1973-78	1978-83	1953-83
Kişi başı sağlık harcaması	10.6	9.0	15.1	19.0	13.1	6.6	12.2
Kişi başı tıbbi tüketim hacmi	2.6	1.3	2.1	4.6	1.3	1.2	2.2
Tıbbi bakım fiyatı	7.4	7.5	12.6	13.7	11.5	5.2	9.6
Kişi başı ulusal gelir	6.7	6.5	10.2	12.2	9.9	3.9	8.2

Hollanda'da 1963-68 döneminde kişi başı ulusal gelirdeki yıllık artış hızı yüzde 10.2 idi. Sağlık harcamaları ise aynı dönemde yıllık yüzde 15.1 artış göstermişti. 1968-73 arasındaki dönemde ise aynı oranlar yüzde 12.2 ve yüzde 19.0 idi. Sağlık harcamalarındaki artış ulusal gelirin artışını geride bırakmıştı.

Hollanda'da sağlık harcamaları içinde, harcama kalemlerinin ağırlığı da önemli değişiklikler gösterdi. Aradan geçen 32 yıl içinde hastane hizmetlerine yapılan harcamalar toplamın yarıya yakın düzeyine ulaştı. Anılan dönem boyunca sağlık bakımı fiyat indeksindeki yıllık artış (%9.8), yıllık enflasyon hızının da (%5.1) üzerinde gerçekleşti. 1953-83 arasındaki bütün dönemlerde kişi başı sağlık harcamasındaki artış, kişi başı tıbbi tüketimden belirgin biçimde yüksekti. (Gaag JV, Rutten FFH 1990: 33-36)

Tablo: Hollanda'da sağlık sigortası kapsamındaki hizmet bileşenlerinin kişi başı maliyetlerinin büyüme hızları (%) (Gaag JV, Rutten FFH 1990: 36)

Hizmet bileşenleri	1953 yılı maliyet payı	1953-85 yıllık artışı	1985 yılı maliyet payı
Genel pratisyenlik	17.4	8.6	6.7
İlaç	14.8	11.5	13.1
Uzman bakımı	15.2	11.9	15.1
Diş bakımı	6.8	11.2	5.5
Hastane bakımı	27.5	13.4	44.4
Paramedikal hizmet	1.1	17.0	4.5
Yönetim maliyetleri	7.5	10.3	4.7
Diğer	10.0	10.1	6.0
Toplam	100.0	11.9	100.0

ABD'de sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki oranı 1950'de yüzde 4.4 iken, 1986'da yüzde 10.9'a yükseldi. Kişi başına sağlık harcaması da 82 Dolar'dan 1837 Dolar'a ulaştı. 1960 sonrasında hemen her zaman sağlık hizmetlerindeki yıllık fiyat artışı kişi başı ulusal gelirin yıllık artışından daha fazlaydı. Hizmet bileşenleri içinde hastanelerin toplam harcamalardaki payı 1950'de yüzde 30.7'den, 1986'da yüzde 39.2'ye çıktı. Hekim harcamalarının payı neredeyse sabit kaldı. 1000 kişiye düşen toplam hastane yatağı sayısında ise azalma oldu: 1950'de 9.6, 1986'da 5.7. Kısacası hastane harcamalarındaki artış, hizmetin hacimce büyümesinden kaynaklanmadı. Hekim harcamalarının toplam içindeki payının azalması ise hekim sayısının artışına rağmen gerçekleşti. Aynı yıllar içinde 10 bin kişiye düşen hekim sayısı 134'ten 231'e çıktı.

Tablo: ABD'de yıllara göre ulusal gelir ve sağlık harcamasına ilişkin veriler (Freech HE 1990: 68-69)

Yıllar	Kişi başı GSMH 1972 fiyatlarıyla $	Kişi başı GSMH yıllık büyüme hızı	Kişi başı sağlık harcaması $	Sağlık hizmeti yıllık fiyat artışı %	Sağlık harcamasının GSMH'deki payı
1950	3512	6.5	82	1.9	4.4
1955	3962	4.8	105	2.2	4.4
1960	4080	0.5	146	3.5	5.3
1965	4783	4.7	211	2.5	6.0
1970	5294	1.3	358	6.3	7.5
1975	5703	2.1	604	12.0	8.6
1980	6480	1.4	1054	10.9	9.1
1986	7143	1.6	1837	7.5	10.9

Tablo: ABD'de hizmet bileşenlerinin yıllara göre harcamalardaki oranı (%) (Freech HE 1990: 68-69)

Yıllar	Hastaneler	Hekimler	İlaç ve malzeme
1950	30.7	21.3	13.4
1960	33.8	20.1	13.6
1970	37.2	19.1	10.7
1980	40.1	18.9	7.6
1986	39.2	20.1	6.7

İsviçre'de 1960 sonrasında sağlık harcamalarının yıllık artışı ulusal gelirin yıllık artışından daha fazlaydı. Benzer şekilde sağlık harcamalarındaki artış oranı enflasyonun da üzerindeydi. 1961-80 arasında yıllık ortalama enflasyon oranı yüzde 4.5 iken, sağlık harcamalarındaki yıllık artış yüzde

11.7 idi. Ayaktan bakım hizmetleri için yapılan harcamalar azalma eğilimi gösterir, hastane hizmetleri harcamaları (%) olarak artarken, 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı çok hafif arttı (1960'ta 126, 1986'da 131), 10 bin kişiye düşen hekim sayısı ise dramatik biçimde yükseldi (1960'ta 9.1, 1986'da 14.7).

Tablo: İsviçre'de yıllara göre sağlık harcamaları ve ekonomi (Zweifel P 1990: 96)

Yıllar	GSMH'deki yıllık gerçek büyüme %	Yıllık sağlık harcaması artışı %	Sağlık harcamasının GSMH'deki oranı %
1960	5.8	3.5	
1965	4.3	14.7	
1970	6.0	14.1	
1975	7.5	16.6	6.8
1980	4.2	7.1	6.9
1984	3.1	4.5	7.3
1985	3.8	7.2	
1986	0.8	7.3	

Tablo: İsviçre'de yıllara göre sağlık harcamalarının içeriği (%) (Zweifel P 1990: 98)

Yıllar	Hastane	Ayaktan bakım	İlaç	Diğer
1977	43.0	27.7	13.9	15.4
1980	44.8	26.4	14.1	14.7
1982	44.5	26.2	14.7	14.6
1984	45.1	26.3	14.2	14.4

Kanada'da 1961 yılında sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki oranı yüzde 5.9 idi. 1985 yılında yüzde 8.6'ya ulaştı. En hızlı artış 1950-1960 aralığında gerçekleşti. Genişleme döneminde sağlık harcamalarındaki artış hem enflasyon oranlarının hem de ulusal gelirdeki artışın üzerin-

de gerçekleşti. Her 1000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı 1970'te 9.89 iken, 1986'da 6.97'ye indi. Buna karşılık diğer ülkelerde olduğu gibi, sağlık harcamaları içinde hastane hizmetlerinin payı yükseldi. Her 10 bin kişiye düşen hekim sayısı ise 1975 ile 1984 arasında 193'ten 256'ya çıktı. (Coyte C 1990: 119)

Tablo: Kanada'da yıllara göre sağlık harcamaları ve ekonomi (Coyte C 1990: 135)

Yıllar	Ulusal gelirde sağlığın oranı %	Enflasyon oranı %	Ulusal gelirdeki gerçek artış %	Sağlık harcaması artışı %
1951	2.9	-0.8	5.1	?
1960	5.6	1.2	2.7	11.7
1970	7.1	3.3	4.1	13.7
1980	7.5	10.2	1.5	17.0
1985	8.6	4.0	4.3	6.4

Tablo: Kanada'da yıllara göre sağlık harcamalarının içeriği (%) (Coyte C 1990: 138)

Yıllar	Hastane harcamaları	Hekim harcamaları	İlaç harcamaları
1953	58.6	25.6	7.1
1960	58.6	24.6	9.2
1965	61.5	22.9	8.9
1970	59.9	19.0	6.8
1975	62.9	18.0	5.4
1980	62.3	17.4	5.3
1985	60.3	17.9	6.2

Almanya'da teknolojiye bağımlı hizmet türlerindeki yıllık harcama artışı ulusal gelirin artışından daha hızlı oldu. Hastane yataklarında 1975 ile 1984 arasında hafif de olsa bir azalma vardı: 1000 kişi için 11.8 ve 11.1.

Hastane yatakları azaldı, ancak hastane harcamaları bütün diğer hizmet kalemlerinden daha hızlı biçimde yükseldi. 100 bin kişiye düşen hekim sayısı ise 1975'de 193 iken, 1984 yılında 256'ya ulaşmıştı.

Tablo: Almanya'da zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki hizmet harcamalarında yıllık artış (%) (Henke KD 1990: 151)

Hizmet türü	1971-75	1976-80	1981	1982	1986
Hekim	15.7	6.4	7.3	2.6	3.2
Diş	19.4	6.0	7.5	2.3	7.6
İlaç	16.1	7.2	8.4	1.1	6.2
Hastanecilik	23.4	7.8	7.2	8.3	7.0
Toplam	19.4	8.1	7.3	0.9	5.0
Ulusal gelir artışı	8.5	7.6	3.8	3.6	5.5

Japonya da sağlık harcamalarının hızla artışından rahatsız bir konumdadır. Özellikle 1980'li yıllarda hiç olmazsa yıllık artış oranlarının sınırlanması yolunda kimi önlemler alınmıştır. Sonuç olarak 1980'de yüzde 9.4, 1981'de yüzde 7.4, 1982'de yüzde 7.8, 1983'te yüzde 4.7 olan yıllık artış oranı 1984'te yüzde 2.5'a indirilmiştir. (Tanaka S 1990: 177)

İtalya'da 1960 sonrasında, hemen her zaman, sağlık harcamalarının yıllık artışı, ulusal gelirin yıllık artışından daha fazlaydı. Kanıu sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki oranı da 1960 yılında yüzde 3.2 iken, 1986'da yüzde 6.0'ya ulaştı. 1000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı 1960'tan 1986'ya kadar azaldı (7.5 ve 6.6), 10 bin kişiye düşen hekim sayısı ise önemli derecede arttı (15.7 ve 43.2). Hekim ve hastane yatağı sayılarındaki eğilimler hastane ve ayaktan tıbbi bakım harcamalarının eğilimleriyle tersti. Hastane yataklarındaki azalmaya karşılık, hastane hizmetlerine yapılan harcamalar yükseldi, hekim sayısındaki önemli artışa karşın ayaktan tıbbi bakım için yapılan harcamalar düştü.

Tablo: İtalya'da yıllara göre sağlık harcamaları ve ekonomi (%) (Fausto D 1990: 216)

Yıllar	GSMH'deki Yıllık Büyüme (%)	Sağlık Harcama Artışı (%)	Kamu Sağlık Harcamalarının GSMH'ye Oranı (%)
1961	8.2	4.0	3.2
1965	3.3	4.1	4.0
1970	5.3	5.1	4.7
1975	3.7	4.4	5.7
1980	3.9	3.8	5.9
1985	2.3	1.6	6.2
1986	2.7	3.1	6.0

Tablo: İtalya'da yıllara göre sağlık harcamalarının içeriği (%) (Fausto D 1990: 219)

Yıllar	Hastane Hizmeti	Ayaktan Bakım	İlaç	Koruma
1960	54.2	10.9	19.7	5.6
1965	47.6	17.4	21.8	5.6
1970	54.3	17.0	19.3	4.0
1975	59.4	15.9	16.4	3.1
1980	58.9	13.8	15.8	4.1
1985	58.4	14.1	17.8	4.5
1986	59.2	13.7	16.6	4.6

Fransa'da kişi başı sağlık harcaması 1960 yılında 646 Dolar'dı. 1986 yılında ise 3351 Dolar'a yükseldi. Fransa'da da 1960-80 dönemi için sağlık harcamalarının yıllık artışı, ulusal gelirin yıllık artışından daha fazlaydı. Böylece ulusal gelir içinde sağlık harcamalarının oranı 1960'ta yüzde 4.2 iken, 1986'da yüzde 9.8'e yükseldi. Hastane harcamalarının toplamdaki oranı 1950'de yüzde 38.3'tü, 1986'da yüzde 50.7 oldu. Hekim bakımının harcamalardaki oranı ise azaldı. Oysa 1962 yılında 1000 kişiye düşen

hastane yatağı sayısı 9.6 iken, 1984 yılında yalnızca hafif bir artışla 11.6 oldu. 1000 kişiye düşen hekim sayısı ise 1960'ta 0.98 iken, 1986'da 2.20'ye yükseldi.

Tablo: Fransa'da yıllara göre sağlık harcamaları ve ekonomi (Rosa JJ, Launois R 1990: 184)

Yıllar	Sağlık harcamasında gerçek artış %	Ulusal gelirde gerçek artış %	Ulusal gelirde sağlığın payı %
1960	9.0	5.6	4.2
1970	8.1	5.9	5.5
1980	7.0	10.0	8.8
1983	2.5	0.9	10.0
1986	1.1	5.1	9.8

Tablo: Fransa'da yıllara göre sağlık harcamalarının içeriği (%) (Rosa JJ, Launois R 1990: 186)

Yıllar	Hastane bakımı	Hekim bakımı	İlaç
1950	38.3	32.8	29.0
1960	36.4	34.5	29.1
1970	38.6	32.2	28.4
1980	50.0	29.7	20.2
1986	50.7	29.0	20.3

Merkez kapitalist ülkelere genel olarak bakıldığında, İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde, sosyal güvenlik sistemleri kapsamındaki nüfusun ve bu nüfusun yararlandığı hizmet içeriğinin dramatik biçimde genişlediği görülür. Nitekim toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı 1960'ta yüzde 60 iken, 1965'te yüzde 65'e, 1970'te yüzde 70'e, 1975'te yüzde 80'e yükselmiştir. Sağlık harcamalarının artışının altında yatan nedenlerden birisi de, sigorta programlarının kapsamındaki bu genişleme ve buna bağlı olarak kamunun sağlıktaki sorumluluğunun artmasıdır.

Kapitalist ekonominin genişlediği dönem boyunca sağlık harcamasının ulusal gelir içindeki oranı ve kişi başı sağlık harcaması artmıştır. Bunun da ötesinde yıllar boyunca ulusal gelirin artış hızı düşerken (negatif değişim), ulusal gelir içinde sağlık harcamalarının oranı hep yükselmiştir.

Tablo: OECD'de yıllara göre sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme (Rosa JJ 1990: 252)

	1955-60	1960-65	1965-70	1970-75	1975-80	1980-83
SH/GSMH*	4.3	4.9	5.7	6.8	7.2	
GSMH'de yıllık artış	3.9	5.0	4.9	3.7	3.1	0.7

* Sağlık harcaması/Ulusal gelir

Merkez kapitalist ülkeler için genişleme dönemi açısından şimdiye dek sıralananlar şu şekilde toparlanabilir:

1. İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde tüm merkez kapitalist ülkelerde kamu sağlık harcamaları finansmanı en önemli kalem olmuştur. Merkez ülkelerde, nüfusun hemen tamamı kamu sosyal güvenlik sistemlerinin üyesidir. Sonuç olarak, 1980'lerin sonunda, merkez kapitalist ülkelerde sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki oranı yüzde 10'u aşmıştır. Söz konusu ülkelerin çoğunda genişleme dönemi boyunca sağlık harcamaları, eğitim ve savunma harcamalarının bile üzerine çıkmıştır.

Tablo: Merkez kapitalist ülkelerde sağlık, eğitim ve savunma harcamalarının 1980 ve 1991'deki ulusal gelir payları (%) (World Bank 1993: 259)

	Savunma		Eğitim		Sağlık	
	1980	1991	1980	1991	1980	1991
İrlanda	3.4	3.3	11.4	11.2	13.7	13.0
Yeni Zelanda	5.1	4.1	14.7	12.4	15.2	12.0
İspanya	4.3	5.4	8.0	5.6	0.7	13.7
İngiltere	13.8	11.1	2.4	3.2	13.5	13.3
Avustralya	9.4	8.6	8.2	7.0	10.0	12.7
Hollanda	5.6	4.8	13.1	10.5	11.7	12.4
Avusturya	3.0	2.4	9.7	9.4	13.3	12.9
Kanada	7.7	7.4	3.8	2.9	6.7	5.2
Fransa	7.4	6.3	8.6	6.9	14.8	15.3
Almanya	9.1	8.3	0.9	0.6	19.0	18.1
Finlandiya	5.6	4.7	14.7	14.9	10.5	11.2
Norveç	7.7	8.0	8.7	9.4	10.6	10.3

2. Sağlık hizmetlerinin temel bileşenleri olarak hastanecilik hizmetleri, ayaktan tıbbi bakım hizmetleri ve farmasötik hizmetler alınırsa, harcamalar içinde özellikle hastanecilik hizmetlerinin payının giderek arttığı izlenmektedir. 1990'ların başı itibariyle hastanecilik hizmetlerinin toplamdaki oranı yüzde 60'lar düzeyindedir. Hükümetlerin cari sağlık harcamaları içinde ise hastane harcamalarının payı yüzde 50-80 arasındadır. (WHO 1992: 1) Bugün de, merkez ülkelerdeki toplam sağlık harcamalarının yüzde 50'sinin hastanecilik harcamaları olarak gerçekleştiği bildirilmektedir. (McKee M, Healy J 2000: 803) Buna karşılık ayaktan tedavi edici hizmetlerin payı, hekim sayılarındaki çok ciddi artışlara rağmen, hemen hemen aynı oranda azalmış, ilaç harcamaları ise aynı düzeyini korumuş ya da küçük bir artış göstermiştir.

Hastanecilik harcamalarının toplam içinde tuttuğu önemli yer, hastanecilik hizmetlerinin verimliliğini tartışma konusu yapmaktadır. Araştırmalar verimlilik açısından optimum yatak sayısının 200-400 olduğunu, 650 yataktan daha kapasiteli hastanelerin ise verimsiz olduğunu göstermektedir. Hastanecilik hizmetlerinde klinik performans da düşüktür. Bu da kliniklerde kalite yönetimi ve sürekli eğitim uygulamalarının başlatılmasına neden olmaktadır. Ancak eğitimin klinik davranışlar üzerindeki etkisinin sınırlı olduğu da bilinmektedir. Öte yandan hastane verimliliğinin artırılması bakımından personel yönetim tekniklerinin de değiştirilmesi gündeme gelebilmektedir. Nitekim araştırmalar personelin hastane yönetimine katılabildiği ve çalışma otonomisinin daha yüksek olduğu hastanelerin diğerlerine göre daha verimli olduğunu göstermektedir. Verimlilik üzerinde etkili olan bir diğer mekanizma, hastanelere yapılan ödeme sistemlerinin değiştirilmesidir. Sağlık finansman yapısında ödeme ile hizmet üretiminin birbirinden ayrılmasının ve hastanelerin finansör kurum tarafından rekabete yönlendirilmelerinin maliyetleri azaltıcı, hizmet kalitesini artırıcı etkisi olacağı düşünülmektedir. (McKee M, Healy J 2000: 805-809)

3. Hastanecilik harcamalarındaki artışa karşılık, aynı dönemde, 1000 kişiye düşen yatak sayısı azalmış, ek olarak da 10 bin kişiye düşen hekim sayısı dramatik biçimde artmıştır. Merkez kapitalist ülkelerde 1970 yılında hekim başına 710 kişilik nüfus düşerken, bu sayı 1990 yılı için 420'ye inmiştir. (Boerma WGW, Jong F, Mulder PH 1993: 292) Bu iki verinin iki gerçeğe işaret ettiği söylenebilir:

a. Hastanecilik hizmetlerine yapılan harcamalardaki artışın nedeni, yatak sayısının artışı, bir diğer ifade ile hastanecilik hizmetlerinin hacimce genişlemesi değildir. Genelleme yapmak açısından başka veriler gerekse de (ortalama hastane yatış süreleri, yatak doluluk oranları gibi), harcamalardaki artışın teknolojik yoğunlaşmadan, daha karmaşık ve pahalı teknolojilerin kullanılmasından ve ilaç harcamalarının yükselişinden ileri geldiği belirtilebilir.

b. Aynı dönem için, hekim emeğinin giderek ucuzlamış olduğu saptaması yapılabilir. Hekim sayılarındaki çok önemli artışlara karşın, har-

camalar içinde ayaktan bakım hizmetlerinin ağırlığı azalmıştır. Bu olgu, en azından teknoloji maliyetlerinin, emek-gücü maliyetlerini çok geride bıraktığını göstermektedir. Sağlık sektörü eskisine göre daha yoğun teknoloji kullandığı halde, bu gelişme, istihdam hacmini (en azından hekim sayısını) azaltıcı işlev görmemiştir. Çünkü sağlık sektörü, yapısı gereği yoğun emek kullanmaktadır. Bu nedenle maliyetleri sınırlamanın en başta gelen yolu olarak emek-gücü maliyetinin düşürülmesi öne çıkmaktadır.

3. Yukarıdaki verinin harcama yapısı bakımından işaret ettiği bir başka gerçek, sağlık hizmetinin emek yoğun karakteri yanında, giderek teknolojik açıdan da yoğunlaşmasıdır. Hizmetin teknoloji yoğun niteliğinin tekelleşmeyi koşulladığı, buna bağlı olarak da harcamaları ve hastane harcamalarını belirgin biçimde artırdığı belirtilebilir. Bunun da ötesinde tekellerin yoğun teknoloji kullanımını uyarıcı politikaları benimsedikleri söylenebilir. Hastane harcamaları İtalya'da toplam sağlık harcamalarının yüzde 60'ını, İngiltere'de ise yüzde 70'ini absorbe etmektedir.

4. Genişleme dönemi boyunca sağlık harcamalarındaki yıllık artış oranı, çoğu kez, ulusal gelirin yıllık artış oranının üzerinde seyretmiştir. 1970-89 aralığı için Almanya, Japonya ve ABD'de aradaki fark yüzde 30'dan çoktur. Fark Fransa için yüzde 20, Kanada ve İngiltere için ise yüzde 10'dur. Kısaca, artı-değer üretimine doğrudan katkıda bulunmayan sağlık sektörü, toplam üretimin üzerinde bir hızla büyümektedir. Kapitalist ekonomileri en fazla düşündüren nihai durum budur. Çünkü kapitalist ekonomi açısından bu olgu, toplumun üretmekten çok tüketmesi biçiminde yorumlanmakta ve enflasyonist bir etkisinin olduğu vurgusu yapılmaktadır. Sağlık harcamalarının bu denli artışı kapitalist sistem içinde iki düzlemde gerilimler yaratmaya adaydır. Bunlardan birisi sosyal harcamaların kâr oranlarını baskıladığını gören burjuvazi ile sosyal harcamaların kısıtlanmasıyla temel haklarının elinden alındığını hisseden işçi sınıfı arasındaki gerilimdir. Diğeri ise sağlık harcamalarındaki artışı kâr olarak hanesine yazan özel sağlık, tıbbi teknoloji ve ilaç sermayesi ile diğer sermaye grupları arasındadır. Bu nedenle sağlık harcamalarını kısıtlamaya yönelik politikalar çeşitli boyutlarda sınıf çelişkilerini de artıracaktır.

1990'larda, merkez kapitalist ülkelerden İrlanda, Yeni Zelanda,

İskandinav ülkeleri ve İngiltere'de kişi başı yıllık sağlık harcaması 1000-2000 Dolar kadardı. Bu ülkelerde kamunun sağlıktaki ağırlığı belirgindi ve finansman ağırlıklı olarak genel vergilerden sağlanıyordu. Hastaneler kamu kurumuydu. Birinci basamaktaki ve hastanelerdeki hekimlere genellikle ücret karşılığı ya da kişi başına ödeme yapılıyordu. Merkez kapitalist ülkeler içinde ikinci bir grubu Avustralya, Belçika, Kanada, Fransa, Almanya, İtalya, Japonya, Lüksemburg, Hollanda ve İsviçre oluşturuyordu. Bu ülkelerdeki kişi başı yıllık sağlık harcaması 1500-2700 Dolar'dı. Kamunun payı yine belirgindi, ancak finansman, zorunlu sağlık sigortası ile sağlanıyordu. Avustralya ve Kanada'da genel vergiler daha öndeydi. Merkez kapitalist ülkeler içinde ABD ayrıksı bir yere sahipti, halen öyledir. Kişi başı yıllık sağlık harcaması 4000 Dolar'ın üzerindeydi. Finansmanın en önemli kaynağı, yaşlılara ve yoksullara yönelik kamu programlarına rağmen, istege bağlı, patron temelli özel sigortacılıktı. Hastaneler özeldi. Hekim ödemeleri hizmet başına yapılıyordu. (Hurst J 2000: 753-754)

Böylece İkinci Dünya Savaşı sonrası genişleme döneminin, sağlık hizmetleri açısından en önemli özellikleri harcamaların artışı ve harcamalar içinde de hastanecilik harcamalarının giderek toplamın daha büyük kısmını oluşturmuş olmasıydı. 1980'li yıllara gelindiğinde sağlık harcamaları ekonominin içinde sürdürülemez bir yük olarak algılanmaya başlanmıştı. 1980'lere kadar olan dönem, sağlık hizmetleri açısından, kendi iç olanaklarını yavaş yavaş tüketen bir tür "altın çağ" olarak da nitelenebilir. Sağlık harcamalarındaki artışı koşullayan etkenler bir yandan sağlık hizmetinin bir tüketim nesnesi durumuna gelmiş olması, bir yandan da nüfusun yaşlanmaya başlamasıydı. Teknoloji ve ilaç harcamalarının artması da tabloyu etkiliyordu. Bütün değerlendirmeler, müdahale edilmediği taktirde harcamalardaki artışın daha da katlanarak süreceğini gösteriyordu. Ancak sağlık harcamalarındaki artışta sağlık sisteminin kendi örgütlenmesinden kaynaklanan iç dinamiklerin de etkisi olduğu anlaşılıyordu. Örneğin sağlık personeline yapılan ödeme ve sağlık kurumlarına yapılan kaynak tahsisat biçimleri, sağlık sisteminin entegre bir yapıda mı olduğu, yoksa sözleşmeli bir sistemin mi geçerli olduğu gibi noktalar da sağlık

harcamalarının düzeyini belirleyen etkenlerdi. İşte bu noktada merkez kapitalist ülkeler ("zorunlu olarak") sağlık harcamalarındaki artışı sınırlayacak ve sağlık sisteminin çeşitli bileşenlerini etkilemeyi hedefleyen bir dizi strateji geliştirmeye ve uygulamaya yöneldiler. Sağlık hizmetlerindeki bu genişleme, önemli oranda kamu eliyle gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle harcamaların sınırlanmasına, azaltılmasına yönelik stratejiler önemli oranda kamusal alanın yeniden düzenlenmesini hedefledi. Bunların sonuçlarından birisi özel sağlık harcaması oranının yükselmesi oldu. Aşağıdaki tablodan izlendiği gibi, 1990'lı yıllarla birlikte ulusal gelir içinde sağlığın payı kontrol edildi ya da düşürüldü. Fakat bütün bunlar ekonominin genelinde sağlık sektörünün büyüklük bakımından önemli yerini değiştiremedi. Bu nedenle, bugün de halen, harcamaların düşürülmesi stratejileri çok canlı biçimde gündemdedir. Bir sonraki bölümde bu yeni stratejilerin hedefleri, çeşitleri ve sonuçları incelenecektir. Ancak daha önce, merkez kapitalist bloğun ekonomik bunalıma girdiği 1980 sonrası dönemde çevre ülkelerin durumuna bakmak gerekiyor. Çünkü orada süreç tamamen farklı işliyor.

Tablo: Merkez kapitalist ülkelerde, yıllara göre, toplam sağlık harcamalarında kamunun payı (%) (Wall A 1996: 188; WHO 2000: 192-195)

	1960	1970	1975	1980	1985	1997
Avustralya	48	57	73	63	72	72
İtalya	83	86	86	81	77	57
Hollanda	33	84	73	75	75	71
İsveç	73	86	90	93	90	78
İngiltere	85	87	91	90	86	97
ABD	25	37	41	42	41	44

Tablo: Merkez kapitalist ülkelerde sağlık harcamalarının, yıllara göre, ulusal gelir içindeki oranı (%) (Wall A 1996:188; WHO 2000: 192-195)

	1960	1970	1980	1987	1992	1997
Avustralya	4.6	5.0	6.5	7.1	8.2	7.8
İtalya	3.3	4.8	6.8	6.9	8.1	9.3
Hollanda	3.9	6.0	8.2	8.5	8.9	8.8
İsveç	4.7	7.2	9.5	9.0	7.9	9.2
İngiltere	3.9	4.5	5.8	6.1	7.5	5.8
ABD	5.2	7.4	9.2	11.2	13.0	13.7

A.3. Çevre ülkelerde sağlık hizmetleri ve sağlık harcamaları

Yukarıda İkinci Dünya Savaşı sonrasında kapitalizmin yeni bir genişleme dönemine girdiği saptanmıştı. Kapitalizmin genişlemesi global ölçekte geçerli olsa da, çevre ülkelerdeki olumlu etkileri son derece sınırlıdır. Buna karşılık kapitalizmin krizleri çevreyi merkeze göre daha fazla etkiler. Kısacası çevre ülkeler bir tür sürekli kriz halindedirler. Bunun nedeni, merkez kapitalist ülkelerin, krizin faturasını kendi içlerinde emekçi sınıflara, global ölçekte ise çevre ülkelere çıkarmalarıdır. Sözü edilen, emperyalist sistemin ta kendisidir. Emperyalist hiyerarşide, hiyerarşinin en dibindekiler, en çevresindekiler global sömürünün bütün acılarını sırtlanırlar.

Aynı durum sağlık açısından da geçerlidir. Merkezde kişi başı sağlık harcamaları binlerce Dolar ile ölçülürken, çevrede sağlık ve diğer sosyal sektörler için kaynak bulmak (bu ülkelerin gereksinimleri dikkate alındığında) neredeyse olanaksızdır. Sağlık hizmetleri merkez kapitalist ülkelerde hemen tamamen kamu fonlarıyla finanse edilirken, çevrede kamu finansmanı son derece yetersizdir. Bu nedenle, bireyler sağlık hizmeti kullanmaya zorunlu kaldıklarında (eğer varsa) kendi kişisel kaynaklarını tüketirler. Merkezde sağlık hizmetleri bütün vatandaşların ulaşabileceği biçimde standardize edilmişken, çevre ülkelerde sağlık hizmetlerine ulaşım önemli sorundur. Hizmet altyapısı oluşturulamamıştır. Birinci

basamak sağlık hizmetleri zayıftır. En önemli sağlık kurumları ancak belli başlı büyük kentlerde rastlanabilen hastanelerdir. Olmayan sağlık kaynaklarının çok önemli kısmını bu hastaneler yutar. Bu haliyle sağlık sistemi tipik bir sömürge yapısı sergiler.

Merkez kapitalist ülkelerde sağlık sisteminin yapısına ve sağlık harcamalarına ilişkin verileri son 50 yıl için elde etmek olanaklı iken, çevre ülkelerde bu bakımdan da yoksunluk vardır. Çevre ülkelerde sağlık sektörüne ilişkin veriler ancak 1980'lerden itibaren ortaya çıkmaya başlamıştır. Bunun en önemli nedeni kapitalizmin halen sürmekte olan global kriziyle birlikte, çevre ülkelerin durumunun her bakımdan iyiden iyiye bozulmuş olmasıdır. Bu ortamda çeşitli uluslararası "yardım" kuruluşları ve Dünya Bankası, IMF gibi emperyalist örgütler çeşitli çevre ülkelere yönelik eğitim, sağlık programları başlatmışlar ve bu programların ilk ayağı olarak da düzenli veri toplamaya yönelmişlerdir.

Veri eksikliği çevre ülkelerin sağlık durumunu ancak son 20 yıl için değerlendirmeyi olanaklı kılıyor. Bu da 1950 sonrası genişlemenin çevredeki etkilerini net olarak gözlemlemeyi engelliyor, ancak 1970'lerde başlayan global krizin etkilerini saptamayı ve izlemeyi sağlıyor. Bu bölümde çevre ülkelerin sağlıktaki durumu, krizin yarattığı tahribat özelinde değerlendirilecektir.

Öte yandan çevre kapitalist ülkeler havuzu, merkezdeki ülkelere göre daha heterojen bir yapı sergilemektedir. Latin Amerika ve Uzak Doğu'nun orta gelirli ülkeleri ile Afrika'daki ileri derecede yoksul ülkeler kabaca bu başlık altında ele alınmaktadır. Bu ülkelerin tümü kapitalist hiyerarşinin çevresinde yer alsalar ve sömürüye tabi olsalar da, üretici güçlerdeki gelişmişlik dereceleri, sanayileşme düzeyleri, kişi başı yıllık gelirleri birbirlerinden epeyce farklıdır. O nedenle sağlık sistemleri ve sağlık finansman yapılarıyla ilgili verileri ele alınırken, en azından gelirlerinin de vurgulanması önem taşır.

1990'larda dünyadaki toplam sağlık harcamalarının yüzde 90'ını, dünya nüfusunun altıda birinin yaşadığı yüksek gelir grubundaki 22 ülkenin gerçekleştirdiğini biliyoruz. Tek başına ABD toplam sağlık harcamalarının yüzde 41'ini gerçekleştirmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki kişi

başı sağlık harcaması ise zengin ülkelerin otuzda biri kadardır.

1980 yılında kişi başı ulusal geliri 350 Dolar'ın üzerinde olan ülkelerde kişi başı sağlık harcaması, geliri daha düşük ülkelerdekinin üç katıydı. Yalnızca birkaç yıl sonra, 1985'te oran yedi kata yükseldi. Tek başına bu veri bile kriz koşullarında, durumu kötü olan ülkelerin koşullarının daha da kötüleştiğini gösterir.

Çevre ülkelerde genel vergilerle finanse edilen sağlık sisteminin önemli yeri vardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerileri doğrultusunda bu ülkeler periferde sağlık klinikleri, entegre toplum sağlığı merkezleri ve en tepede de hastanelerden oluşan bir sağlık sistemi oluşturmuşlardır. Ancak son yıllarda özel sektörün sağlıktaki ağırlığı artmaktadır. Özel sektörün ağırlığı tedavi edici hizmetlerde daha belirgin iken, koruyucu sağlık hizmetleri hükümetlerin elindedir. Gelişmekte olan ülkelerde özel çalışan hekimlerin oranı bir milyon nüfus için 2 (Burundi) ile 657 (Şili) arasında değişmektedir. Afrika'da toplam hekim sayısı ve bunların içinde özelde çalışanlar diğer bütün ülkelere göre daha düşüktür. (Hanson K, Berman P 1998: 195-198) Bu ülkelerde halkın alım gücünün düşüklüğü, hekimlerin özel sektörde çalışmalarını da sınırlandırmaktadır.

Tablo: Çevre ülkelerde özel sağlık sektörünün durumu (veriler 1980'li yıllara ilişkindir) (Hanson K, Berman P 1998: 199-200)

	1 milyon nüfus için hekim sayısı	Özel hekimlerin toplamdaki payı %	1 milyon nüfus için hastane yatağı	Kâr amaçlı yatakların oranı %
Fas	189	41	?	?
Cezayir	361	24	?	?
Pakistan	338	32	748	17
Tunus	428	36	?	?
Umman	432	43	?	?
Türkiye	610	42	2061	2
Ürdün	955	69	1853	25
Orta-Doğu	402	35	1343	12
Endonezya	94	6	536	22
Papua Yeni Gine	62	25	?	?
Tayland	225	18	?	14

Tablo: Çevre ülkelerde özel sağlık sektörünün durumu (devam)

	1 milyon nüfus için hekim sayısı	Özel hekimlerin toplamdaki payı %	1 milyon nüfus için hastane yatağı	Kâr amaçlı yatakların oranı %
Malezya	351	57	2125	14
Hindistan	389	73	675	18
Güney Kore	463	86	1738	82
Nepal	?	?	236	3
Bangladeş	?	?	277	15
Sri Lanka	?	?	2574	3
Filipinler	?	?	1382	45
Asya	343	60	730	21
Paraguay	569	5	1029	8
Panama	1126	10	2970	14
Meksika	768	36	?	?
Jamaika	496	67	?	?
Şili	1063	62	3265	24
Brezilya	?	?	3337	39
Latin Amerika	824	46	2906	29
Burundi	26	7	?	?
Malavi	16	25	832	0
Zambiya	107	13	?	?
Kenya	76	40	1063	10
Senegal	92	38	652	14
Zimbabve	127	67	?	?
Afrika	200	46	1693	16
Genel ortalama	383	55	1187	21

Afrika ülkelerinde, 1980'lerin başından beri yoğunlaşan kriz sonrasında sağlık harcamaları düştü. 20 Afrika ülkesinde kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının kişi başı yıllık ortalaması 1982 yılında 9.5 Dolar iken, 1985'te 8.7 Dolar'a indi. Kişi başı sağlık harcaması 1987'de 9.9 Dolar'a yükseldiyse de, bu artışın hemen tamamen dış yardımlardan kaynaklandığı bilinmektedir. (Evlo K, Carrin G 1992: 166)

1980'lerin ilk beş yılında sağlık harcamaları Senegal'de yüzde 49.5, Mali'de yüzde 30.4, Gana'da yüzde 33.7, Cote d'Ivore'da yüzde 53.0 oranın-

da azaldı. Sahra-Altı Afrika ülkelerinde kişi başı sağlık harcamaları 1975 yılında 5.16 Dolar iken, 1980'de 5.17, 1985'te de 4.70 Dolar'a geriledi. Bunun da yüzde 50'si özel harcamalar biçimindeydi. (Korte R, et. all. 1992: 2)

Tablo: Dört Afrika ülkesinde hükümetin gerçekleştirdiği kişi başı sağlık harcamalarının 1980'lerdeki değişimi (1981 yılı 100 kabul edilerek) (Vogel RJ 1988: 23)

	1981	1982	1985
Senegal	100.0	83.3	65.7
Mali	100.0	87.7	69.6
Cote d'Ivore	100.0	87.0	52.1
Gana	100.0	95.1	104.6

Afrika ülkelerinde de sağlık harcamaları hastanecilik hizmetlerinde ve kentlerde yoğunlaşmıştır. Bu ülkelerde nüfusun yüzde 19 ile yüzde 44'ü kentlerde yaşamasına karşın, kamu sağlık harcamalarının yüzde 80-89'u kentlerde yaşayanlarca gerçekleştirilmiştir. 1988 yılında Uganda'da sağlık çalışanlarının yüzde 76'sı hastanelerde, yüzde 72'si de kentlerde toplanmıştı. Buna karşın halkın yüzde 90'ı kırsal kesimde yaşamaktaydı. Güney Kore'de 1963 yılı için hane halkı harcamalarının ancak yüzde 2.8'i sağlık içindi. Bu oran 1975 yılında yüzde 4.1 oldu. Bunun da yüzde 51'i ilaç, yüzde 33.5'i hekim, yüzde 8.4'ü hastane bakımı için ayrılmaktaydı. Filipinler'de de harcamaların yüzde 57'si tedavi edici hizmetlere yönlendirilmekteydi. (WHO 1978: 89; Nugni WG 1991: 2)

Çevre ülkelerde özel sağlık harcamalarının toplamdaki oranı da fazlaydı. Senegal'de toplam sağlık harcamalarının yüzde 38.9'u, Mali'de yüzde 54'ü özel harcamalar şeklindeydi. Kamu kaynaklarındaki kıtlık özel harcamaları artırmaktaydı. Özel harcamalar, hizmeti kullanım anında yapılan cepten ödemeler biçimindeydi. Öte yandan geleneksel iyileştiriciler de özel sağlık harcamalarından önemli pay almaktaydı. (UNICEF 1990: 10-11; Vogel RJ 1988: 1-2; Ogbu O, Gallagher M 1992: 615)

Zambiya Afrika'nın en yoksul ülkelerindendir (kişi başı geliri 250 Dolar). Ülkenin durumu özellikle 1970'lerden itibaren, global ekonomik kriz içinde iyiden iyiye bozulmuştur. 1991 yılında yapılan bir araştırma nüfusun yüzde 69'unun yoksulluk sınırının altında yaşadığını ortaya çıkarmıştır. Kentsel bölgelerdeki oran 1975 yılında yüzde 5 iken, dramatik bir artışla 1991'de yüzde 51'e yükselmiştir. Kriz döneminde ülkedeki hekimlerin üçte biri yabancı ülkelere göç etmiş ve ülke sağlık hizmeti üretimi için yabancı hekimlere muhtaç duruma düşmüştür. 1982 yılında Dünya Sağlık Örgütü ile UNICEF tarafından hazırlanan bir rapor, dokuz bölge sağlık yöneticisinin yalnızca ikisinin Zambiyalı olduğunu göstermiştir. 1982-89 arasındaki dönemde hükümetin yaptığı sağlık harcamaları yüzde 59 oranında düştü. Aynı dönemde hükümet cari sağlık harcamalarının yüzde 52'si üç büyük hastaneye gitmekteydi. (Kalumba K 1997: 3-8)

Uganda'da 1973-80 arasında ulusal gelir yılda yüzde 6.2 oranında düştü. Vergi gelirleri ulusal gelirin yüzde 6'sına indi. Toplam 600 bin kişinin ölümüne neden olan iç savaşa bağlı olarak askeri harcamalar önemli oranda arttı. 1986-87'de sağlık bakanlığı bütçesi 1970'lerdeki düzeyinin ancak yüzde 6.4'ü kadardı. Aynı dönemde kamu sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki oranı binde birdi ve kamu harcamalarının yalnızca yüzde 4'ü sağlık için yapılmaktaydı. 1990 yılında 3.4 Dolar olan kişi başı sağlık harcamasının yüzde 60'ı dış yardımlarla gerçekleştirilmekteydi. Kamu kaynaklarının azlığı özel sektörü öne çıkardı. Kiliseler sağlık hizmeti sunmaya başladılar ve bu onların politik gücünü de artırdı. (Macrae J, Zwi AB, Gilson L 1996: 1096-1097)

Tablo: Çeşitli Afrika ülkelerinde kriz döneminde ulusal gelir ve sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki oranı (%) (UNICEF 1990: 32)

	Ulusal gelir (Dolar)	1975	1987	1975-87 farkı %
Etyopya	120	4.7	3.5	- 25.5
Burkina Faso	230	6.6	5.2	- 21.2
Burundi	230	7.2	5.8	- 19.4
Mali	230	3.1	2.6	- 16.1
Uganda	280	4.0	2.4	- 40.0
Nijerya	290	2.2	0.8	- 63.6
Zambiya	290	5.8	4.7	- 19.0
Kenya	360	8.0	5.1	- 36.3
Kamerun	1010	5.1	3.5	- 31.4

Çevre ülkelerde sağlık harcamalarının yüzde 40-80'i hastanecilik hizmetlerine gitmekteydi. Bu oran, daha fazla toplam sağlık harcaması yapan ve daha fazla oranda yaşlı nüfusa sahip olan merkez kapitalist ülkelerin ortalamasından bile yüksektir. Merkez kapitalist ülkelerde hastanecilik harcamalarının toplamdaki oranı yüzde 35-70 arasında değişmekteydi. (World Bank 1993: 135)

Özellikle Sahra-Altı Afrika ülkelerinde yabancı yardımların sağlık harcamaları içinde önemli yeri vardı: Mozambik'te yüzde 53, Tanzanya'da yüzde 48, Uganda'da yüzde 48 ve Sahra-Altı Afrika ortalaması yüzde 10.4. Aynı oran Latin Amerika ülkeleri için yüzde 1.3, Orta Doğu ülkeleri için ise yüzde 1.2'ydi. (World Bank 1993: 210-211) Çevre ülkelerde sağlık harcamalarının önemli kısmı özel kaynaklardan (daha çok cepten ödeme biçiminde) ve dış yardımlardandı. Toplam sağlık harcamalarının içinde dış yardımların oranı Sahra-Altı Afrika ülkelerinde ortalama yüzde 20'ydi. Bunun kişi başı karşılığı 1981-86 için 1.5 Dolar'dı. 1990 yılında 2.5 Dolar'a yükseldi. Çevre ülkeler, merkez ile bu açıdan da farklılık göstermektedir. Dış yardımların yardım alan Afrika ülkeleri açısından kimi olumsuzluklar yarattığı da bilinmektedir. Yardım veren kuruluş ya da ülkeler, yardım

yaptıkları ülkelere kendi politikalarını, reform önerilerini, önceliklerini, sağlık stratejilerini dayatmaktadır. Örneğin Ruanda'da dış yardımların yüzde 20'si yalnızca AIDS için harcanmaktadır.

Çevre ülkelerde sosyal güvenlik programlarının kapsamındaki nüfus da çok azdı. Aşağıdaki tablo durumu karşılaştırmalı olarak özetlemektedir.

Tablo: Çeşitli ülke gruplarına göre sosyal sağlık sigortası kapsamındaki nüfus oranları (%) (1990) (World Bank 1993)

	Sigortalı nüfus oranı %	Sigortanın kamu sağlık harcamalarındaki oranı %	Sigortanın toplam sağlık harcamalarındaki oranı %	Sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki oranı %
Düşük gelirli				
Hindistan	5	9	2	6.0
Kenya	10	7	4	4.3
Endonezya	13	17	6	2.0
Orta gelirli				
Ekvador	9	11	7	4.1
Kolombiya	15	18	8	4.0
Paraguay	18	24	13	2.8
Filipinler	38	12	6	2.8
Panama	50	55	43	7.1
Yüksek gelirli				
Almanya	75	76	63	8.0
Japonya	100	64	56	6.5
Fransa	100	95	71	8.9
Hollanda	100	94	73	7.9

Tablo: Çeşitli ülke gruplarında sağlık harcamalarının yapısı (1990) (World Bank 1993: 52)

	Nüfusun dünya nüfusundaki oranı %	Sağlık harcamasının dünyadakine oranı %	Halk sağlığı harcaması oranı %	Ulusal gelirde sağlığın payı %	Kişi başı sağlık harcaması $	Kişi başı sağlık harcaması oranı (SSA*=1)
Yerleşik Pazar Ekonomisi	15	87	60	9.2	1860	78.9
Eski Sosyalist Sistem	7	3	71	3.6	142	6.0
Latin Amerika	8	3	60	4.0	105	4.5
Orta Doğu	10	2	58	4.1	77	3.3
Diğer Asya Ülkeleri ve Pasifik Adaları	13	2	39	4.5	61	2.6
Hindistan	16	1	22	6.0	21	0.9
Çin	22	1	59	3.5	11	0.5
Gelişenler	10	1	55	4.5	24	1.0
SAA	78	10	50	4.7	41	1.7
Toplam	100	100	60	8.0	329	13.7

* SAA: Sahra-Altı Afrika

Afrika ülkelerinin üçte ikisi halen düşük gelirli ülkeler arasındadır. 48 adet Sahra-Altı Afrika ülkesinde 1990-1996 yılları için ulusal gelir 387 Dolar, kamu sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki oranı yüzde 1.8'di.

Kamu sağlık harcamalarının yüzde 18'i yatırıma, yüzde 45'i hastanelere, yüzde 11'i ilaçlara yapılmaktaydı. 1000 kişiye düşen hekim sayısı 0.09'u, hastane yatağı sayısı da 1.3'ü ancak bulmaktaydı. Kişi başı yıllık kamu sağlık harcaması 11.2, özel sağlık harcaması ise 19.6 Dolar'dı. Sağlık harcamalarının düşüklüğü neredeyse temel sağlık hizmetleri paketinin bile sunulmasına olanak vermemekteydi. Etiyopya'da ulusal gelir, kişi başı 110 Dolar'dı. Bunun yüzde 1.2'si kamu sağlık harcaması olarak kullanılmaktaydı. Kişi başı yıllık sağlık harcaması yalnızca 2 Dolar'dı. Bağışıklama oranı yüzde 39, etkin aile planlaması yöntemi kullanabilenlerin oranı da yüzde 4'tü. Çocukların yüzde 48'inin beslenme yetersizliği vardı. Gana'nın ulusal geliri 390 Dolar'dı. Aile planlaması yöntemlerini kullananların oranı yüzde 20'ydi. Cote d'Ivore'un kişi başı ulusal geliri yıllık 701, sağlık harcaması ise 12.7 Dolar'dı. Difteri-Polio-Tetanoz ile aşılanabilen bebeklerin oranı yüzde 47'ydi. (Peters D, Elmendorf AE, Kandola K, Chellaraj G 2000: 761-769) Yerel ulaşım araçlarıyla herhangi bir sağlık kuruluşuna yarım saatten daha kısa sürede ulaşabilen nüfusun oranı Cote d'Ivore'de yüzde 11, Somali'de yüzde 15, Liberya, Nijer, Nijerya'da yüzde 30'du. (Sikosana PLN, Dlamini QQD, Issakov A 1992: 7)

Yapısal uyum politikaları pek çok Afrika ülkesini sağlık ve diğer sektörlere ayırdığı kaynakları azaltmak zorunda bıraktı. 1991-1995 arasında Zimbabve'de sağlık harcamaları yüzde 33 azaldı. Tanzanya'da aynı olay 1973-74 arasında ortaya çıkmış ve kişi başı sağlık harcaması yüzde 50 oranında düşmüştü. Yönetim kapasitelerinin zayıflığına bağlı olarak tedavi edici hizmetlerle koruyucu hizmetler arasında dengesizlik vardı. Gereksinim koruyucu hizmetlere iken, tedavi edici hizmetler kaynakların önemli kısmını almaktaydı. Hastane harcamalarının toplamı sağlık harcamaları içindeki payı Lesotho'da yüzde 74, Zimbabve'de yüzde 54, Botsvana'da yüzde 49'du. (Sikosana PLN, Dlamini QQD, Issakov A 1992: 8-9)

Pakistan'da özel sağlık sektörü toplumun yüzde 70'ine hizmet veriyordu. Özel sektörün içinde geleneksel uygulamaların önemli yeri vardı. Sağlık örgütlenmesi yetersizdi. Birinci basamak sağlık kurumlarını toplumun ancak yüzde 30'u kullanabilmekteydi. Hizmet kullanımındaki bu düşüklüğün nedeni sağlık çalışanlarının işe devamsızlıkları ve hizmet

kalitesinin düşüklüğüydü. Kamu sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki oranı yüzde 1, toplam sağlık harcamalarınınki ise yüzde 3-4'tü. Özel sektörün hizmet başına kullanıcı ödentisi alması özel sağlık harcamalarını artırmaktaydı. (Ghaffar A, Kazi BM, Salman M 2000: 39)

Bütün bu veriler, dünya kapitalist sisteminde daralmanın hissedilmeye başlandığı 1980'li yıllarda, çevre ülkeler için hem ciddi kaynak yetersizliğine, hem de merkez ülkelerle aralarındaki eşitsizliğe işaret etmektedir.

1990'ların başı için dünyanın çevresindeki durum şu şekilde özetlenebilir:

1. Sağlık harcamaları kentte, nüfus ise kırda yoğunlaşmıştır. Kaynakların kıt oluşu bu eşitsizliği derinleştirmektedir. Kent kır farkı yaklaşık üç kattır. Sevk sisteminin iyi olduğu ülkelerde bile hastaneler, ancak içinde bulundukları 10 km. çaplı bir alana hizmet verebilmektedir. Bu çemberin dışındakiler ulaşım koşullarının zorluğu ve ekonomilerinin ulaşım masraflarını karşılayamayacak denli zayıf oluşu nedeniyle hastanelerden yararlanamamaktadır. Kamu sektörü harcamalarından da önemli oranda kentli nüfus faydalanabilmektedir. Senegal'de yatak başına düşen nüfus kentte 426, kırda ise 7254'tür. Hekimlerin yüzde 70'i, ebelerin yüzde 60'ı, hemşirelerin yüzde 40'ı toplam nüfusun yüzde 30'dan azının yaşadığı kentsel bölgelerde toplanmıştır. Aynı bölge ilaç harcamalarının yüzde 60'ını gerçekleştirmektedir. Peru'da hekimlerin üçte ikisi nüfusun üçte birinin yaşadığı başkent Lima'dadır. Hastaneler de kentlerdedir. Kırda ise daha çok misyoner klinikleri bulunur. Bu kliniklere yapılan harcamaların yüzde 60-80'i de hastaların cebinden çıkar. (World Bank 1987: 21-23)

2. Harcamalar hastanelere yoğunlaşmıştır. Çoğu çevre ülke için hastanelere yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki oranı yüzde 70 kadardır.

3. Bu eğilimler nedeniyle, sosyal güvenlik sistemleri nüfusun ancak ücretli kesimlerini kapsayabilmektedir. Kırsal kesim önemli oranda sağlık güvencesinden yoksundur. Ulusal gelir 510 kat artırılmadan, sosyal güvenlik sistemlerinin bütün nüfusu kapsayacak şekilde yaygınlaştırılması olanaklı görünmemektedir.

4. Sağlık hizmetlerinin kullanımı; ulaşım harcamalarının fazlalığı ve bekleme sürelerinin uzunluğu nedeniyle düşüktür.

5. Sağlıktaki eşitsizlikler, uzman hekimlerin kentlerde yoğunlaşmaları nedeniyle daha da derinleşmektedir.

6. Tıp eğitiminin içeriği, gelişmiş ülkelerdekine benzemektedir. Ülkelerin kendi koşullarına, gereksinimlerine uygun değildir. Hekimler arasında uzmanlaşma, hastanelerde çalışma, kentlerde toplanma ve merkez kapitalist ülkelere göç etme eğilimi güçlüdür.

7. Koruyucu sağlık hizmetleri için kullanılacak fonlarda yetersizlik vardır.

8. İlaç giderleri, toplam içinde görece olarak yüksektir.

9. Sağlık sisteminin yönetimi hiyerarşik yapıdadır. Hiyerarşi diğer sektörlerle işbirliğini, toplum katılımını, hizmetin etkinliğini ve yerinde karar alma süreçlerinin geliştirilmesini engellemektedir.

10. Geleneksel hekimlik yaygındır, modern tıp sisteminin eksikliğini doldurmaktadır.

Kısacası, dünya kapitalist sisteminde 1970'lerin ortalarında başlayan daralma ortamında, 1980'li yıllarda, çevre kapitalist ülkeler, emperyalist sisteme bağlı olarak ortaya çıkan ve daha çok kendi üzerlerine yıkılan yoksulluk ve yoksunluk sorununu ağır biçimde yaşamaktaydılar. Değişik uluslararası kuruluşlar tarafından başlatılan sağlık reformları süreci; çevre ülkeleri işte böyle bir ortamda, sorunları yaratan üretim ilişkileri nesnelliğini görmezden gelerek, tamamen teknik bir boyutta ve sınıfsal açıdan taraflı bir karakterde sarmaladı.

B) Sağlık Sistemlerindeki Yeni Gelişmeler

B.1. Gelişmelerin ana yönü ve değişimi uyaran dinamikler

Bu bölümde şimdiye kadar ortaya konulan tablo nedeniyle, sağlık sistemlerindeki yeni gelişmeler özellikle finansman boyutunda ortaya çıkmaktadır. Temel amaçlar harcamaların sınırlanması-kısıtlanması, yeni kaynaklar yaratılması ve kaynakların daha verimli kullanımıdır. Ancak harcamaların sınırlanması ve verimliliğin artırılması çabaları, sağlık sistemlerinin organizasyon ve yönetim boyutlarını da ilgilendirmektedir.

Çünkü sistemin organizasyonu harcamalar ve verimlilik üzerinde de belirleyici olmaktadır. Harcamaların kısıtlanması özellikle merkez kapitalist ülkeler, yeni kaynakların yaratılması ise zaten kaynak sıkıntısı çeken çevre ülkeleri için geçerlidir. Sürecin verimlilik boyutu ise bütün dünyada önemli bir konudur. Ancak kaynak sıkıntısı sorununun kendisi verimliliği azaltan bir etkiye de sahiptir.

Merkez ülkelerde tıbbi bakıma olan talebin artması, sağlık profesyonelleri üzerindeki iş yükünün ağırlaşması, hızlı teknolojik gelişmeler, hizmetlerin bürokratikleşmesi, personelin ileri derecede uzmanlaşması ve hizmetin aşırı parçalanması ve artan maliyetler değişimi dayattı. (Twaddle AC 1996)

Toplumsal grupların farklı talepleri de sağlık sistemindeki değişim eğilimini belirleyici oldu. Örneğin Hindistan'da yukarı-orta sınıfın Batı standartlarında yüksek teknolojili hizmet isteği, yoksul ve alt-orta sınıfların da kamu sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamalarına bağlı olarak geliştirdikleri kapsayıcı sağlık güvencesi talepleri, 1980'lerden itibaren sistem değişikliği yönündeki gelişmeleri etkiledi. Özel sektörde çalışan hekimlerin baskıları özel kurumlara verilen teşviklerin artırılmasına neden oldu. Sonuçta yataklı ve ayaktan tedavi edici hizmetlerin yarısı özel hekimlerce sunulmaya başlandı. Ülke ekonomisinin içine düştüğü güçlük, 1990'lardan itibaren yapısal uyum programının uygulandığı bir süreci başlattı. IMF ve Dünya Bankası tarafından dayatılan yapısal uyum programı sağlıkta kamu yatırımlarının kesilmesini, özel sektöre alan açılmasını, kullanıcı ödentilerinin uygulanmasını ve kamu hastanelerine özel yatırımları belirliyordu. Bütün bunlar özel sektörün sağlıktaki ağırlığını artırdı. (Qadeer I 2000: 26-27)

Sağlık sistemlerinde değişimi zorunlu kılan bir diğer gelişme, özellikle çevredeki kapitalist ülkelerde yoksulluğun, buna bağlı olarak sosyal sorunların ve eşitsizliklerin artışı oldu. 1990'ların sonunda dünyada 1.3 milyon kişi ileri derecede yoksulluk içindeydi. Hem merkez hem de çevre kapitalist ülkelerde eşitsizlikler artmaktaydı. Çevre ülkelerde yoksulluk, beslenme bozukluğunun en önemli nedeniydi. 1983-97 döneminde Güney Asya'da, Sahra-Altı Afrika'da, Latin Amerika'da, Doğu Avrupa ve

Orta Asya'da yoksulların sayısı artmıştı. Yoksulluk, aşırı kalabalık yaşam, bozuk kentleşme pek çok ülkede sosyal ve ekonomik yaşamı verimsiz kılmaktaydı. Bütün bunlar, sağlık ortamına yeterli kaynak tahsisatına ve kaynakların verimli kullanımına yönelik stratejilerin dışında, sağlık sisteminin insan merkezli olarak yeniden düzenlenmesini gerektiriyordu. (WHO 1997a)

Değişimi uyaran bir diğer etken pek çok ülkede kaynakların maliyet etkin kullanılamamasıydı. Özellikle çevre ülkelerde hükümetlerin yaptığı sağlık harcamaları hastanelerde, özellikle de uzmanlaşmış üçüncü basamak hastanelerinde yoğunlaşmıştı. Bu durum, bir yandan temel sağlık sorunlarını çözümsüz bırakmakta, bir yandan da kırsal kesim aleyhine eşitsizlikleri artırmaktaydı. Tahsisat sorununun bir diğer boyutu pek çok çevre ülkede hükümet kaynaklarının çok önemli kısmının personel ücretlerine gitmesiydi. Ancak bu durum zorunlu bir sonuçtu ve üstelik ücretler de olması gerekenin altındaydı. Bu durum yatırımları olanaksız kılmakta ve üretkenliği düşürmekteydi. Kötü yönetim tahsis edilen kaynakların, tahsis edildikleri noktalarda israfına yol açmaktaydı. Hükümetlerin sağlığa ayırdığı kaynaklar temel hizmet paketini bile karşılayamamaktaydı. Bu da hükümet dışı kaynakların devreye girmesine neden olmaktaydı. Hükümet dışı kaynakların başında da özel harcamalar ve (çevre ülkeler açısından) dış yardımlar gelmekteydi. Yoksul ülkelerde özel sağlık harcamalarının oranı toplamda yüzde 44, Sahra-Altı Afrika'da ise yüzde 78'di. Bu ülkelerde özel harcamaların önemli bir kısmı organize sağlık sisteminin dışında, geleneksel sağlık uygulamaları içinde gerçekleşmekteydi. Kısacası kaynak mobilizasyonuyla ilgili bir sorun vardı. (Kutzin J 1997: 1-6)

Öte yandan sağlık harcamalarındaki artış ile sağlık düzeyinde gerçek bir kazanç sağlanıp sağlanmadığı konusunda da çeşitli şüpheler bulunmaktadır. Bu tür şüphelerin varlığı da sağlık harcamalarının bir noktada kesinlikle sınırlanması gerektiği yönündeki tezlere zemin hazırlamaktadır. Bu şüpheli noktalar şunlardır (Smith BA 1980: 23-30):

1. İlk soru işareti ölüm hızlarıyla ilgilidir. Dünyada ölüm hızlarındaki asıl azalma, ilaç ve tıbbi teknoloji alanlarındaki önemli yatırımların ve

gelişmelerin öncesine ve genel olarak yaşam ve çevre koşullarının düzelmeye başladığı döneme, 20. yüzyılın ilk çeyreğine rastlamaktadır. Oysa etkin ilaçların kullanımı ancak son 40-50, teknoloji kullanımı ise 20-30 yıl içinde gerçekleşmiştir. Bu nedenle, ölümlerin azaltılmasında, ekonomik gelişmelerin, modern tedavi edici yöntemlere göre daha etkili olduğu belirtilmektedir.

2. Sağlık için çok harcama yapan ülkeler, sağlık göstergeleri bakımından mutlaka en iyi durumda olan ülkeler değildir. Bunun olumsuz anlamda en bilinen örneği ABD'dir.

3. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, diğer sosyal güvenlik programlarının yaygınlaşması ile birlikte olmuştur. Eskiden beri bu tür programların sınıfsal eşitsizlikleri gidereceği beklentisi egemendi. Buna karşılık geçen zaman içinde sınıfsal eşitsizlikler kapanmamış, sonuçta sosyal güvenlik programlarının yaygınlaştırılmasının ve sağlık hizmetinin herkes için garanti edilmesinin, sağlıktaki eşitsizlikleri azaltacağına ilişkin beklentiler boşa çıkmıştır.

4. Kaynakların dağılımı çoğunlukla gereksinimlerle ilgisizdir. Harcamalardaki artış, soruna yönelik olmaktan ve gereksinimleri karşılamaktan uzaktır. Kısacası, sağlık harcamalarındaki artış, her zaman sorunun çözümüne yönelik bir gelişmenin göstergesi olmamaktadır.

Sağlık sektöründe gerçekleştirilmeye çalışılan ve çeşitli biçimlerde dünyadaki bütün ülkelerde geçerli olan değişiklikler "reform" olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü bu süreçte uluslararası düzeydeki teknik planlama ve koordinasyon çalışmalarını yürütmektedir. Sağlık sektörü reformu, sağlık sektörünün performansını ve işlevselliğini, nihai anlamda ise toplumun sağlık durumunu geliştirmek üzere planlanmış ve hükümetçe rehberlik edilen, politika ve kurumsal düzenlemelerdeki yapısal değişim sürecidir. (Sikosana PLN, Dlamini QQD, Issakov A 1997: 3) Bu süreçte sağlık sisteminin organizasyonu, finansman ve hizmet üretimi yapıları değiştirilebilir. Reform denilen değişiklik küçük çaplı ya da evrimsel değil, yapısal niteliklidir. Politika hedeflerindeki değişimi ifade eder. Rastgele değil, planlıdır. Bir kerelik değil, uzun süreli ve sürdürülebilir niteliklidir. (WHO 1997: 3)

Değişim sürecinde değerleri, politikaları ve stratejileri ayırdetmek yararlı olur. Değerler genellikle herkesçe paylaşılmaktadır. Değerler sağlık sistemindeki her şeyin çevresinde odaklanması, onlarla uyumlu olması gereken, en genel amaçlardır. Politikalar, değerlerle uyumlu olacak üst düzey kararlardır. Stratejiler ise sonuç olarak değerleri destekleyip, güçlendirecek bu üst düzey kararların uygulama yollarıdır. Günümüz koşullarında politika ve stratejilerin genellikle sağ-piyasa yönelimli olduklarını belirtmek gerekir.

Dünya Sağlık Örgütü sağlık reformlarının eşitlik (equity), dayanışma (solidarity) ve verimlilik (efficiency) değerleri çerçevesinde gerçekleştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu üçü değişimde yol gösterici olacak değerlerdir. Sağlık sistemindeki değişim; eşitsizliği ve verimsizliği artırıyorsa toplum sağlığı hedeflerinden uzaklaşılmış demektir. Reform sürecinde sağlığın korunması ve geliştirilmesi öncelikle önem verilmesi gereken konular olmalıdır. Reformlar sağlık hizmetlerinin niteliğini geliştirmelidir. Bütün bireyler sağlık hizmetlerine eşit şekilde ulaşabilmeli, sağlık sistemi bütün vatandaşları kapsamalıdır. Dayanışmanın sağlanması açısından, sağlık sistemlerinin finansmanında hükümetler belirleyici rol üstlenmelidir. (WHO 1996)

Bütün dünyada hemen her alanda eşitsizlikler artmakta ve bu gerçek de herkesçe kabul edilmektedir. Sağlık sistemine ve sağlığı belirleyen sosyoekonomik koşullara eşitlikçi müdahale yapılması gerektiği saptaması da buradan çıkmaktadır. Ancak eşitlikçi müdahale vurgusu, eşitsizlikleri yaratan asıl unsur olan kapitalizme ve sınıfsal yapıya dokunmaksızın geliştirilmekte ve mevcut kaynakların şimdikine göre daha fazla oranda dezavantajlı gruplara yönlendirilmesi gerektiği biçiminde somutlanmaktadır. Dolayısıyla yaygın eşitlik anlayışı, eşitsizliklerin temelini değiştirme ve eşitsizliği yok etme potansiyeline sahip değildir. Yalnızca eşitsizlikleri tanımakta ve en dezavantajlıların kayırılmasını önermektedir. Verimlilik konusu ise mikro düzeyde ele alınmaktadır. Çoğu kez tıbbi girişimlerin en az maliyetle ve en iyi biçimde gerçekleştirilmesi verimlilik olarak tanımlanmaktadır. Oysa özel sağlık sektörü, sağlık hizmeti kullanımında yarattığı eşitsizlikler ve harcamaları artırıcı etkisi ile verimsizliğin temel

nedenidir.

Buna karşılık değişimdeki temel politik tercih, harcamaların azaltılması ve özelleştirmedir. Her ikisinin de çoğu kez sağlıktaki değerlerin önüne geçtiği ve "ne olursa olsun" mantığıyla uygulandığı görülmektedir. Özelleştirme kamu sektörünü olumsuz biçimde etkilemekte, bu da yoksulların sağlık hizmetlerini kullanamamasına neden olmaktadır.

Reform sürecinin amaçları şu şekilde belirlenmektedir: 1) Sağlık düzeyini, kullanıcıların memnuniyetini ve hizmetin kalitesini artırmak. 2) Dezavantajlı grupları gözeterek sağlıkta eşitliği sağlamak. 3) Kaynakları öncelikli etkinliklere yönlendirerek tahsisat verimliliğini, tahsis edilen kaynakları daha iyi kullanarak da teknik verimliliği artırmak, sonuçta sağlık harcamalarını daha maliyet-etkin biçimde gerçekleştirmek. (Kutzin J 1997: 1) Özellikle ekonomik baskılar hükümetleri hükümet dışı ekonomik destek bulmaya zorlamaktadır. Bu zorunluluğa maliyet etkinliğin artırılması gereği de eklenince sağlık sistemlerinin yönetimi sorunu öne çıkmaktadır. Kaynak sorunuyla ilgili olarak tahsisat (allocation), yönetim (management) ve mobilizasyon (mobilization) boyutları özellikle önem kazanmaktadır. Verimliliğin artırılmasının, daha iyi sağlık hizmeti talebiyle, maliyetlerin düşürülmesi zorunluluğu arasındaki gerilimi çözmeye yarayacağı belirtilmektedir. (Hurst J 2000: 755)

Sağlık hizmetlerindeki reform süreci sağlık sisteminin birkaç bileşenini ilgilendirecek şekilde planlanmaktadır. Örneğin kaynakların organizasyonu bunlardan birisidir. Kaynakların organizasyonu denildiğinde de kamu ve özel sektörün rollerinin yeniden tanımlanması, desantralizasyon, kamu ya da özel sigortacılık anlaşılmaktadır. Bir diğer bileşen, sağlık sisteminin yönetim boyutudur. Yönetim reformu sürecinin başlangıcında yönetim kapasitesinde yetersizlik saptaması yapılmıştır. Bu soruna yönelik olarak da liderliğin geliştirilmesi, karar oluşturma kapasitesinin artırılması, sektörün yeniden düzenlenmesi gibi uygulamalar anlaşılmaktadır. (Kutzin J 1997: 2)

Yeni stratejilerin sağlık sistemi içinde arz ve talep yönlerini etkilemek üzere planlandığı söylenebilir. Talebi etkileyen stratejiler güvence paketinin daraltılması, kullanıcı ödentileri, katkı payları ve sağlık har-

camaları üzerine global bütçeleme ile bir sınır getirilmesidir. Arz yönlü stratejiler ise hizmet büyüklüğünü ve maliyetini kontrol etmeyi hedefler. Ödemelerin global bütçeleme ile yapılması bunların içinde en önemlisidir. Bazı uygulamalar hem arzı hem de talebi etkiler. Reformlar genellikle şu ana alanlar üzerinde yoğunlaşmaktadır: Güdüleme, enformasyon, yönetim, düzenleme ve hizmetleri karma sunmak. (Hurst J 2000: 755) Bütün stratejiler bu alanları etkilemeye yöneliktir.

Güdüleme denildiğinde hizmetin üretimi ile finansmanının birbirinden ayrılması, üreticiler ve bazen de sigortacılar arasında rekabet yaratılması, özelleştirme anlaşılmaktadır. Enformasyonun geliştirilmesi, yeni tıbbi teknolojilerin değerlendirilmesi için sağlık teknolojisi kullanımı, hizmetlerin maliyet analizinin yapılması demektir. Yönetimin geliştirilmesi, kamu sistemlerine özel sektör yöneticilerinin atanması ve yönetimde profesyonelleşmedir. Düzenlemenin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerine performans yönetiminin adaptasyonudur. Hizmetlerin karma sunumu, yataklı hastanecilik hizmetlerinden, ayaktan ve evde tedavi edici hizmetlere yönelimdir. Görüldüğü gibi reform politikaları önemli oranda özel sağlık sektörü ve piyasa vurgusuna sahiptir.

Hükümetler artan sağlık harcamaları karşısında bir dizi strateji geliştirmektedir. Temel hizmet paketinin daraltılması, maliyet paylaşım programları, verimliliği artırıcı müdahaleler, belli bir gelir düzeyinde geliri olanların sosyal sigorta kapsamının dışında bırakılması, vergilerin ve primlerin yükseltilmesi bunlardan en çok akla gelenleridir. (Hurst J 2000: 755-757) Sağlık hizmeti için ayrılan fonların kısıtlanması, sağlık hizmeti üretenlerin aktivitelerinin denetlenmesi yoluyla talebin denetlenmesi ve rasyonelleştirme de harcamaların kontrol edilmesi amacıyla kullanılan diğer stratejilerdir. Fonların sınırlanması, bütçe sınırlaması (GPFH uygulamasında olduğu gibi), nakit harcamaların kısıtlanması, inşaatların durdurulması, ücretlerin kontrolü, ilaç fiyatlarının düşürülmesi, tıbbi teknolojinin sınırlanması ile gerçekleştirilebilir. Hizmet üreticilerin aktivitelerinin denetlenmesi, özellikle hekimlerin tıp uygulamaları için söz konusudur. Bu da tedavi şemalarının ve teknoloji kullanımının standartlaştırılması ile başarılmaktadır. Maliyet kontrolünde en kolay yol talebin

denetimidir. Bu da maliyet paylaşımı ile sağlanmaktadır. (Wall A 1996: 190-194) Görüldüğü gibi değişim stratejileri önemli oranda harcamalar üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Ancak, çoğu kez harcamaları azaltacak stratejiler eşitlik üzerinde olumsuz etkide bulunmaktadır. Bu nedenle sağlık sistemindeki değişikliklerin çelişkili sonuçlar doğurabildiği görülmektedir. Değişim sürecinin asıl etkisinin, değişimi uyaran etkenlerden (harcama artışı, kaynak yokluğu, eşitsizlik, vb.) hangisinin daha önemli derecede dikkate alındığıyla ilişkili olduğu söylenebilir. Son 20 yıl içindeki sağlık sistemi değişikliklerini etkileyen temel faktör kamu harcamalarının artışı ve kapitalist sistemin bu gelişmeyi daralma ortamında kabullenmek istemeyişidir.

Merkez kapitalist ülkelerin harcamaların artışı karşısındaki yanıtı şöyle oldu: Sağlık hizmetlerini genel bütçeden finanse edenler bütçedeki sağlık paylarını kısıtladılar. Sigorta sistemini kullananlar hastane yapı maliyetlerini, ilaç ve tedavi giderlerini azalttılar, maliyet paylaşım programlarını yaygınlaştırdılar. Ödeme sistemlerinde kimi değişikliklere gidildi. Örneğin İtalya'da hizmet başı ödeme yerine, kişi başı ödeme sistemine geçildi. Daha pahalı olduğu için uzman hekim bakımı yerine, pratisyen hekim bakımı yaygınlaştırılmaya çalışıldı. Birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirildi. Sağlığın geliştirilmesi programlarına ağırlık verildi. Program bütçeleme, maliyet analizi, hizmet araştırması teknikleri geliştirilerek hizmetin verimliliğinin artırılması hedeflendi. Dikine biçimde entegre edilmiş kamu sağlık sistemleri (public integrated model) kamu sözleşmesi modeline (public contract model) dönüştürüldü. Böylece hizmetin finansmanı ile üretimi boyutları birbirinden ayrıldı. Sağlık sistemlerinde hizmeti üretenlerin belirleyiciliğinin azaltılması planlandı. Hizmeti kullananlara daha fazla oranda sağlık kurumu seçme hakkı tanındı. Yönetilen rekabet teknikleri uygulanmaya başlandı. Böylece üreticiler arasında rekabet yaratılması ve rekabetin kamu tarafından düzenlenmesi amaçlandı. Hizmeti satın alan kurumlar arasına da rekabet sokuldu. Bütün bunlarla sağlık sisteminde piyasanın ve özel sektörün ağırlığının artırılması, harcamaların kısılması hedeflendi. (Van De Ven WPMM 1996: 656-657) Sonuçta 1980 sonrası dönem için kişi başı

sağlık harcamalarında, daha öncesine göre, kısmen de olsa bir sınırlama sağlanabildi. Ancak bunun neyin karşılığında elde edildiği de ayrı bir konudur. Öte yandan, 1990'lı yıllarda merkez ülkelerde, harcama artış hızının yeniden yukarıya döndüğünü daha önce belirtmiştik.

Tablo: OECD ülkelerinde kişi başı nominal sağlık harcamalarının değişik dönemlerdeki artış hızı (%) (Schieber GJ 1991: 111)

Dönemler	Kanada	Fransa	Almanya	Japonya	İngiltere	ABD
1970-80	13.8	16.5	12.2	16.8	19.1	12.9
1980-89	10.6	10.8	4.3	5.7	9.4	10.3
1970-89	12.2	13.8	8.4	11.4	14.4	11.7

Değişik kategorilerden 12 ülkede (ABD, Kanada, Fransa, Almanya, Avustralya, Japonya, İsveç, Yeni Zelanda, İngiltere, Rusya, Macaristan, Çin) yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre bu ülkelerdeki maliyet sınırlaması stratejileri şunlardır: Talebin denetlenmesi, kaynakların denetlenmesi, ödemelerin denetlenmesi, özelleştirmelerin cesaretlendirilmesi, özelleştirmeyle birlikte finansal kurumlarda sıkı merkezi denetime yönelim. (Rosenthal MM 1992: 331-333)

Maliyet artışını sınırlamak için denenen yollardan başlıcaları, maliyet paylaşımı (cost-sharing), tedavi (özellikle hastanede yatış) sürelerinin, geri ödeme miktarlarının ve ilaç kullanımının sınırlanmasıdır. Maliyet artışlarının özellikle hastanecilik ve tedavi edici hizmetlerden kaynaklanıyor oluşu, maliyet sınırlamasının da bu alanlarda öncelenmesi sonucunu getirmektedir.

Merkez ülkelerde finansman krizinin ve verimlilik sorununun çözümü için gündeme getirilen temel yeniliklerden birisi de global bütçeleme programlarının, daha sonra da vaka başı ödeme, tanı temelli ödeme, performansa göre ödeme sistemlerinin uygulamaya sokulması oldu.

Çevre ülkelerde ise, "yardım sever" bir baskı grubu olarak Dünya Bankası'nın şu önerileri belirleyici olmaktadır: 1) Özellikle tedavi edici hizmetlerde ve ilaç masraflarının karşılanmasında kullanıcıların sorum-

luluk yüklenmeleri (kullanıcı ödentileri). Bu uygulama hükümete ek kaynak sağlayacak ve hizmetin nitelik ve verimliliğini artıracaktır. 2) Sigorta uygulaması. Hükümetlerin pahalı olan tedavi edici sağlık hizmetlerini karşılayabilmesi için gerekli olan kaynakların mobilizasyonunu sağlayacaktır. 3) Hükümet dışı kaynakların etkin biçimde kullanılması. 4) Hükümet tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu. Devlet hiyerarşisinin azaltılması. (Jailly JB 1991: 2-3) Merkez kapitalist ülkelerde daha fazla oranda geçerli olan ödeme sistemi değişikliklerine karşın, çevredeki en önemli strateji hizmeti kullananlara daha fazla finansal sorumluluk yüklenmesi, sigorta sistemlerinin kurulması ile özelleştirme oldu.

Bu bakımdan Latin Amerika ülkelerinin durumu tipiktir. 1980'lerde bu bölge ülkelerinin içine girdiği ekonomik kriz, neoliberal politikaların dayatılmasıyla sonuçlanmıştır. Sağlık sektöründe ise Dünya Bankası'nın 1993 yılındaki ünlü raporu (Investing in Health) politikaların belirlenmesinde önemli bir adımdır. 1994 yılında Dünya Bankası, Pan-Amerikan Sağlık Örgütü ve bölge ülkelerin sağlık bakanlıklarının temsilcileri politik stratejiler konusunda anlaşmaya varmışlardır. Bu aşamada şu dört stratejinin belirlendiği görülmektedir: Sağlık bakanlıklarının yetkilerinin kamu ve özel sektörü düzenleyecek şekilde yeniden belirlenmesi, satın alıcı ve hizmet üretici işlevlerin ayrı kurumlara verilmesi, yönetimin desantralizasyonu, maliyetlerin düşürülmesi ve personel sayısının azaltılmasıyla bürokrasinin azaltılması. Bütün bunların en önemli sonucu ise kamu kaynaklarının kısıtlanması olmuştur. Özel sektörün desteklenmesi, kullanıcı ödentileri, piyasa kurallarının geliştirilmesi bunun doğal uzantılarıdır. (De Vos P ve diğ 2006)

Bütün bunlara karşılık, çevre için ortaya atılan stratejilerin, aslında çevrenin kendi temel sorunları olduğu gerçeğini unutmamak gerekir. Çünkü gerek kullanıcı ödentileri, gerek sigorta sistemi (özellikle bu seçenek), gerekse özelleştirme dengeli ve gelişen bir ekonomik yapı gerektirir. Bu koşulların hiçbirisi bu ülkelerde bulunmamaktadır ve sorunun temelini de bu noktalar oluşturmaktadır.

B.2. Reformların etkilerini değerlendirmek için kullanılan göstergeler

Reformların asıl beklenen etkisinin toplumsal sağlık düzeyinin artırılması olduğu belirtilmektedir. Toplumsal sağlık düzeyi sağlık sistemindeki uygulamalar açısından son çıktı olarak kabul edilebilir. Ancak toplumsal sağlık düzeyi üzerinde sağlık sistemi dışındaki pek çok faktör de etkilidir. Örneğin gelir, gelir dağılımı, eğitim de sağlık düzeyini belirler. Kısacası son çıktı olan toplumsal sağlık düzeyi, tam olarak sağlık sisteminin bir sonucu olarak ele alınamaz. Bu nedenle sağlıktaki reformların etkileri, sağlık sisteminin kendisinde ortaya çıkacak yapısal değişiklikler üzerinden de değerlendirilmelidir. Bunlara da ara çıktılar demek uygun olur. Eşitlik ve verimlilik bu tür ara çıktılardır. Reformun, sağlık sisteminde eşitlikçi ve verimli yönde yapısal değişiklik yaratması gerekir. Eğer böyleyse, sağlık sistemindeki bu değişimin toplumsal sağlık düzeyini de olumlu etkileyeceği varsayılabilir. Eşitsizlikçi bir etkinin saptanması için iki sınıflı bir sağlık sistemi yapısının ortaya çıkması, eşitsizlikçi bir risk paylaşımı yapısının gelişmesi gösterge olacaktır. Verimsizlik göstergesi olarak ise yönetsel maliyetlerin yükselmesi bir gösterge olarak alınabilir.

Reformların sağlık sisteminde yarattığı değişim, kesitsel ya da uzunlamasına değerlendirilebilir. Uzunlamasına değerlendirmede zaman içindeki değişim ele alınır ve aynı birimler (kurumlar, sektörler, harcama çeşitleri, bölgeler, bireyler, vb.) zaman içinde kendi içlerinde karşılaştırılır. Kesitsel incelemede ise farklı birimler birbirleriyle karşılaştırılır. Bu teknikler birlikte de kullanılabilir. Hangi teknik kullanılırsa kullanılsın, akılda tutulması gereken nokta, üzerinde çalışılan göstergeyi etkileyebilecek reform dışı etkenlerin etkilerinin kontrol edilmesi gereğidir. Örneğin bir bölgede reform uygulamasına denk gelen bir sıtma salgını sağlık kurumlarının kullanımını artıran asıl etken olabilir. Öte yandan göstergelerdeki aynı tür etkilenme sağlık dışı başka politikalarla da ilişkili olabilir. Bu nedenle analizler olabildiğince çok değişkenli olmalıdır. Kesitsel değerlendirmede, reform stratejilerinin uygulandığı ve uygulanmadığı bölgeler birbirleriyle karşılaştırılarak, bir tür kontrollü değerlendirme de yapılabilir. Akılda tutulması gereken bir diğer nokta, sağlık sistemindeki kimi

değişikliklerin ancak uzun zaman içinde ortaya çıkabilmesidir. Örneğin sağlık personelinde davranış değişikliği yaratmak böyledir. O nedenle reform uygulamalarından kısa süre sonra yapılacak değerlendirmeler, gerçek değişimi saptamada yeterli olmayabilir.

Sonuç olarak bir reform değerlendirmesinin adımları şunlardır: 1) Neyin çalışılacağına karar verilmesi: Değerlendirilecek reform nedir? 2) Etkileri değerlendirmek açısından kullanılacak göstergelerin belirlenmesi. 3) Sonuçları etkileyebilecek diğer nedenlerin saptanması. 4) Değerlendirme metodunun belirlenmesi. Uzunlamasına, kesitsel ya da ikisi birden. 5) Politika değişikliğinin ve uygulanmasının tanımlanması. Neden ile sonuç arasındaki ilişki, analiz edilen reformun içerik ve zamanlaması net olarak tanımlanmadan saptanamaz. 6) Veri toplama ve analiz etme. 7) Nedenselliğin değerlendirilmesi. Reform ile sonuçlar arasında herhangi bir gerçek ilişki olup olmadığının analizi. 8) Reform politikalarının değerlendirilmesi. Uygulamanın sürdürülüp sürdürülmeyeceğine, genişletilip, genişletilmeyeceğine karar verilmesi.

Reformların etkilerini ölçmek ve sağlık sisteminin performansını değerlendirmek için kullanılan göstergeler şunlardır: Tahsisat verimliliği, teknik verimlilik, sağlık hizmetine ulaşımda eşitlik, finansman eşitliği ve finansal sürdürülebilirlik. (McPake B, Kutzin J 1997)

B.2.1. Tahsisat verimliliğiyle ilgili göstergeler

Tahsisat verimliliği; kaynakların en yüksek değere sahip olacakları aktivitelere tahsis edilmesidir. Örneğin kaynakların sağlık üzerinde az etkili olan yüksek teknolojiler yerine, çok etkili olan bağışıklama çalışmalarına tahsis edilmesi tahsisat verimliliği yüksek bir uygulama olacaktır.

Tahsisat verimliliğine ilişkin göstergeler

Ulusal düzeyde harcamaların dağılımı ve kaynak kullanımı:
1) Hastanelerin harcamalardaki payı
2) Üçüncü ve dördüncü basamak hastanelerin harcamalardaki payı
3) Kaynakların sevk sistemindeki basamaklar arasındaki dağılımı
4) Kamu sağlığı için yapılan harcamaların oranı

Yerel düzeyde harcamaların dağılımı ve kaynak kullanımı:
5) Harcamaların tanımlanmış yüksek ve düşük öncelikli çalışmalara dağılımı
6) Personelin çalışma sürelerinin tanımlanmış yüksek ve düşük öncelikli çalışmalara dağılımı

Sağlık hizmeti kullanımı eğilimleri:
7) Birinci basamağı kullanım oranı, farklı düzeylerdeki sevk oranları
8) Her 100 sağlık merkezi kullanımına karşılık hastane yatış oranı
9) Ortalama hastanede yatış süresi
10) Tanısal cihazların kullanım düzeyi

Sürdürülebilir sigorta sisteminin göstergeleri:
11) Sigortalı nüfusun, sigortasızlara oranı
12) Sigorta kurumlarındaki birim harcamaların, Sağlık Bakanlığı kurumlarındakine oranı

Harcamaların ulusal düzeyde dağılımına ilişkin göstergeler içinde en kullanışsızı ilkidir (1). Çünkü özellikle bölge düzeyindeki küçük hastanelerin birinci basamak sağlık kurumlarının desteklenmesine ve denetlenmesine yönelik önemli işlevleri olabilmektedir. Bu durumda bu tür hastanelere aktarılan kaynakların çokluğu tam bir verimsizlik göstergesi olarak değerlendirilemez. Yerel düzeydeki göstergeler daha duyarlıdır (5 ve 6). Ancak sağlık kurumlarının ve basamaklarının kullanım eğilimlerindeki değişikliklere karşı duyarsızdırlar. Sevk sisteminin işletilmesi birinci basamağın kullanımını artırır ve sistemin tahsisat verimliliğini geliştirir (7). Sevk oranları kullanılamazsa 7. göstergenin yerine bir sonraki kullanılabilir. Hastanecilik hizmetlerinin tahsisat verimliliği ise ortalama yatış süresi, kapasite kullanım oranı gibi göstergelerle ölçülebilir (9). Örneğin uzmanlaşmış hastanelerdeki yatış süresi kısa ise, bu veri bu hastanelerin, daha alt düzeylerdeki kurumlarca tedavi edilebilecek hastalarca gereksiz yere kullanıldığını gösterir. Tanısal cihazların kullanım düzeyleri gereksiz teknoloji kullanımı hakkında fikir verir (10). Sigorta

sistemine ilişkin veriler hem verimlilik, hem de eşitlik göstergesidir (11 ve 12). Pek çok ülkede sigortalılar daha zengindir ve birim harcamalar sigortalılar için daha fazladır.

B.2.2. Teknik verimlilikle ilgili göstergeler

Teknik verimlilik; çalışmaların en düşük maliyetle ve girdilerdeki en düşük ziyan ile gerçekleştirilmesidir.

Teknik verimliliğe ilişkin göstergeler

Verimli ilaç kullanımı ve yönetimi göstergeleri:
1. Her reçeteye yazılan ortalama ilaç sayısı
2. Enjeksiyon içeren reçetelerin yüzdesi
3. 0-5 yaş arasındaki ishalli çocuklardan ORS verilenlerin, antibiyotik verilenlere oranı

Verimli personel kullanımı göstergeleri:
4. Toplam cari harcamalarda personel giderlerinin oranı
5. Her personelin kullanım hızı
6. Personelin işe devamsızlık hızı

Kurumlara ilişkin göstergeler:
7. Herhangi bir çalışmanın birim maliyeti
8. Kabul ya da taburcu hızları
9. Yataklı tedavi kurumları istatistikleri (ortalama yatış süresi, kapasite kullanımı, vb.)

İlaç yazma pratiklerinin geliştirilmesi, bilimsel temellere oturtulması teknik verimliliği artırır (1). Reçete başına ortalama ilaç ve enjeksiyon sayılarıyla ilgili standartlar olmasa bile pek çok ülkede aşırı ilaç yazıldığı bilinmektedir. İlaçlarla ilgili göstergeler zaman içindeki değişimi ve farklı kurumları, personeli karşılaştırmak için yararlıdır (2 ve 3).

Pek çok reform, personel ücretlerini etkiler (4). Kalitede bir düşme olmadıkça, personel ücretlerinin azaltılması teknik verimlilikte artış olarak değerlendirilmektedir. Personelin yaptığı iş de teknik verimliliğin göstergesidir (5). Verimli sağlık sistemlerinde personelin işe devamsızlığının düşük olduğu belirtilir (6).

Birim maliyet ne kadar düşükse teknik verimlilik o kadar yüksektir (7). Ancak kaynakların yetersiz olduğu ülkelerde, kaynakların artırılması

başlangıçta maliyetleri artıracak olsa bile teknik verimliliğin artmasına da yardımcı olacaktır. Bunun dışında, yüksek birim maliyeti, personelin, cihazların, kurumların düşük kullanımına bağlı olabilir. 8. ve 9. göstergeler hastanelere ilişkindir. Kapasite kullanım oranı ile ortalama yatış süresinin birlikte değerlendirilmesi gerekir. Örneğin kullanım oranının yüksekliği, yatış sürelerinin gereksiz uzunluğundan kaynaklanabilir. Hastanelerle ilgili göstergelerin tek başına hizmet kalitesiyle ilgili fikir vermediği unutulmamalıdır. Çünkü hastanelerin hasta spektrumu değişik olabilir. Bu da verilecek tedaviyi ve yatış sürelerini etkiler. Bu nedenle bu göstergeler aynı tür hizmet veren, aynı basamakta yer alan hastanelerin karşılaştırılmasında kullanılmak açısından uygundur.

B.2.3. Ulaşımsal eşitlik göstergeleri

Ulaşımsal eşitlik; sağlık hizmetinin gereksinimlerle uyumlu biçimde dağıtılmış olması ve gelir, sosyal güvenlik durumu, coğrafi bölge, cins ve yaşa göre sağlık hizmeti kullanımında herhangi bir farklılık olmamasıdır.

Ulaşımsal eşitlik göstergeleri

Kullanım göstergeleri:
1. Kurumlara göre kullanım
2. Nüfus gruplarının hizmet kullanımı
3. Hizmet kullanımında kır/kent farklılıkları
4. Gelire ve demografik gruplara göre ölümden önce tedavinin alındığı yer

Muafiyet ve imtiyaz göstergeleri:
5. Muafiyet yüzdeleri, fiyat indirimleri
6. Yukarıdaki göstergelerle yoksulluk ve gelir durumlarının korelasyonu
7. İmtiyazlardan yararlananların sosyal ve ekonomik özellikleri

Sigorta sistemi ile ilgili göstergeler:
8. Dezavantajlı gruplarda sigorta kapsamında olanların oranı
9. Sigortalı ve sigortasızların ekonomik, sosyal ve coğrafi özellikleri
10. Yerel düzeyde örgütlenmiş sigorta programlarına üyelik oranı

Erişilebilirlik göstergeleri:
11. Kamu ve diğer sektörler arasındaki fiyat karşılaştırmaları
12. Üreticilerin ve kurumların dağılımı

Kullanım göstergeleri (1-4) kişi başına ortalama başvuru ya da kullanım olarak hesaplanır. Sigorta sistemi ile ilgili göstergeler (8-10) sigorta zorunlu ise kullanımdaki eşitlik hakkında fikir verir. İsteğe bağlı sigortada ise sigortalıların hizmet kullanımı onların sigortalılık durumlarına değil, hastalık durumlarına bağlanabilir.

B.2.4. Finansal eşitlik göstergeleri

Finansal eşitlik; sağlık hizmetlerinin finansmanına katkının sağlık durumuyla değil, ödeme gücüyle ilişkili olmasıdır. Finansal eşitliğin, kullanım eşitliği ile birlikte değerlendirilmesi gerekir. Bu durumda net eşitlik elde edilir. Net eşitliğin anlamı; kaynakların zenginlerden yoksullara, hizmete ve sağlığa daha çok gereksinimi olanlara aktarılması demektir.

Finansal eşitlik göstergeleri

Finansman kaynaklarının dağılımı:
1. Vergi yükünün dağılımı
2. Sigorta programlarına hükümet, patronlar, çalışanlar ve bireylerce yapılan katkı oranı
3. Kurumlara hükümet, sigorta, doğrudan ödeme olarak yapılan harcamaların oranı
4. Sağlık sektörünün tümüne aktarılan kaynakların dağılımı

Harcamaların dağılımına ilişkin göstergeler:
5. Hükümet harcamalarının coğrafi dağılımı
6. Hükümet harcamalarının sektörel dağılımı
7. Sigorta kurumu harcamalarının coğrafi dağılımı
8. Sosyoekonomik grupların farklı sektörleri kullanımı

Çapraz sübvansiyona ilişkin göstergeler:
9. Bir kurum içindeki çapraz sübvansiyonun derecesi
10. Farklı sigorta fonları arasında çapraz sübvansiyonun derecesi
11. Farklı sigorta fonları arasında katkıların, gelir düzeylerinin ve yararlanımların karşılaştırılması

Finansal eşitlik "kim ödüyor?", kullanımda eşitlik ise "kim yararlanıyor?" sorularına yanıt arar. Sübvansiyon akışı finansal yükün dağılımı ile hizmetlerin kullanımının dağılımı tarafından belirlenir. Dar gelirliler finansmanda daha az yük üstleniyor, ancak hizmetten daha çok yararlanıyorlarsa sübvansiyon var demektir. Bu nedenle finansal eşitlik, kullanımdaki eşitlikle yakından ilişkilidir. Yukarıdaki tabloda ilk dört gösterge

finansman yükünün dağılımı ile ilgilidir. Kaynaklar sonuç olarak değişik sektörleri ve kurumları finanse eder. İzleyen dört gösterge de bununla ilişkilidir. Sonraki üç gösterge ise sektörler ve kurumlar içindeki çapraz kaynak aktarmalarıyla ilişkilidir.

B.2.5. Finansal sürdürülebilirlik göstergeleri

Sürdürülebilirlik, sağlık sisteminin zaman içinde en az girdiyle etkin çalışma kapasitesi olarak tanımlanır. Kaynak akışının sürekliliği ile ilişkilidir. Sürdürülebilirlik, sağlık harcamalarının yerel ve/veya ulusal kaynaklardan karşılanmasına bağlıdır.

Sürdürülebilirlik göstergeleri

1. Sağlık sektörü harcamalarının görece artışı, sağlık sektörü fiyat indeksi, ulusal gelir ve önemli ödeme gruplarının (hükümet, sigorta kurumları, doğrudan ödeyenler) gelirleri.
2. Fona hükümet, dış kuruluşlar, bireyler ve diğer kaynaklarca yapılan ödeme oranlarının değişimi

Ulusal gelir ya da ödeme gruplarının gelirleri içinde sağlık harcamalarının aşırı artışı sürdürülebilirliği tehdit eder. Dış kuruluşların kaynak aktarımı borç şeklini aldığında sürdürülebilirlik zorlanır.

Sağlık sisteminde gerçekleştirilen değişiklikler bu alanlarda (eşitlik, verimlilik, sürdürülebilirlik) etki gösterecektir. Bu nedenle değişikliklerin ne tür etkiler yarattığını anlamak için eşitlik, verimlilik ve sürdürülebilirlikteki değişikliklerin de izlenmesi ve buna göre yeniden planlama yapılması gerekir.

Sağlık sistemi yapısının verimlilik üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Örneğin 1980'lerin ortalarında, sağlık hizmetlerini geri ödeme yöntemiyle finanse eden ve global bütçelemeyi kısmen uygulayan Belçika ve Fransa gibi ülkelerde sağlık harcamalarının oranındaki yıllık artış yüzde 14 iken, ulusal gelirlerdeki artış yüzde 17 idi. Sözleşme sistemini kullanan ve global bütçelemeyi daha kapsamlı biçimde benimsemiş Almanya ve Hollanda'da harcama oranlarında değişiklik olmazken, ulusal gelirde-

ki artış yüzde 14 olarak gerçekleşmişti. Entegre sağlık sistemine sahip ülkelerde ise (İngiltere gibi) sağlık harcamalarının oranında artış olmazken, ulusal gelirdeki artış yüzde 24 olmuştu. (Carr-Hill RA 1994: 1191-1192) Öte yandan sağlık sisteminin yapısı eşitlik üzerinde de etkilidir. Özel sektör ağırlıklı sağlık sistemlerinin en eşitsizlikçi sistemler oldukları önceki bölümlerde saptanmıştı.

B.3. Sağlık sistemlerinde, sağlık finansmanında yeni gelişmeler: Uygulamaları, sonuçları

(Bu bölümün genel çerçevesi için şu kaynaklara bakılabilir: Mach EP, Smith BA 1983: 88-92; Rosenthal MM 1992; Vienonen MA 1993; Roberts JL 1993: 3; Kutzin J 1997; Saltman RB, Figueras J 1997)

Bu bölümün ilk alt bölümünde sağlık sistemlerindeki yeni gelişmelerin adından söz edilmiş ve bu gelişmeleri uyaran ortam tanımlanmıştı. Bu alt bölümde ise yeni gelişmeler ayrıntılı olarak ele alınacaktır. Görüleceği gibi, yeni gelişmelerin pek çoğu birbirinin içine geçiş göstermektedir. Örneğin "sağlık bakanlığı yapılarının düzenlenmesi" başlığı içinde yer verilen "hizmetin finansmanı ile üretiminin birbirinden ayrılması" alt başlığı, aynı zamanda "sözleşme" başlığı olarak da incelenmektedir. Benzer şekilde "toplum finansmanı" denilen uygulama aslında bir tür "kullanıcı ödentisi"dir. Buna benzer başka örnekler de verilebilir. Bu tür bir geçişkenlik, reformların sınıflandırılmasındaki karmaşadan değil, aynı stratejinin, birden fazla daha global politika içinde kendine yer edinebilmesinden kaynaklanmaktadır. Öte yandan, bazı reform politikalarının bazı yönleri ayrı bir başlıkta ele alınmayı hak edecek derecede özgün bir kapsama da sahip olabilmektedir. Bütün bunlar yeni gelişmeler listesini bir hayli uzatmaktadır.

B.3.1. Sağlık Bakanlığı yapısının yeniden düzenlenmesi

Sağlık bakanlığı sağlık sistemi içinde önemli role sahip olduğu için, sistemdeki reformların etkili olabilmesi bakımından bakanlık yapısının da uyumlu biçimde değiştirilmesi gerektiği görüşü vardır. Bakanlıkla ilgili değişikliklerin temel amaçları şunlardır: 1) Bakanlığı küçültmek, hiye-

rarşisini azaltmak, bürokrasinin yerine performans yönetimini geçirmek. 2) Rekabet yaratmak ve performans geliştirmek için hizmet üretimi ile finansmanını birbirinden ayırmak. 3) Bakanlık kadrolarının bileşimini teknik-tıbbi bir yapıdan, yönetim, finansman ve planlama ağırlıklı bir yapıya kaydırmak.

Hükümet kaynaklarının yetersizliği ve aşırı şişkin olarak değerlendirilen kamu sektörü, sağlık bakanlığının küçültülmesi yönünde gerekçe oluşturmaktadır. Çevre ülkeler için ise, dış yardım kuruluşlarının bu yönde baskıları vardır. Öte yandan kimi teknik etkenler de bakanlık yapılarının yeniden düzenlenmesini gerektirmektedir. Örneğin Kamerun'da insan kaynaklarının yönetimiyle ilgili olarak birden çok bakanlık birimi vardır, bakanlık personelinin yönetim becerisi çok sınırlıdır ve bu yapı merkezi düzeyde karmaşaya neden olmaktadır. Öte yandan yönetici personel eksikliği, planlanan değişikliklerin gerçekleştirilmesinin önünde de önemli engel oluşturmaktadır. 1990'ların Rusya'sında yaşanan sorunlar bu açıdan tipiktir. (Tragakes E, Lessof S 2003)

Bakanlığın küçültülmesi personel sayısının da azaltılmasını gerektirmektedir. Personel sayısının azaltılmasının cari harcamalardaki etkisi ise son derece sınırlı olabilmektedir. Örneğin reform sürecine giren Gana'da personel azaltılması hükümetin cari harcamalarında ancak yüzde 1'lik düşüş sağlayabilmiştir. Bazı ülkelerde ise hükümet kadroları zaten o derece yetersizdir ki, personel çıkarma özellikle kırsal kesimdeki sağlık hizmetlerinin daha da kötüleşmesine neden olmaktadır. Uganda ve Jamaika'da böyle bir sorun yaşanmıştır.

Bakanlığın küçültülmesi stratejisi, çevre ülkelerin pek çoğunda özel sektörle koordinasyon geliştirilmesi çabalarıyla birlikte gitmektedir. Ancak bu ülkeler özel sektör sağlık hizmetlerini denetleyecek, düzenleyecek yönetsel kapasiteye de sahip değillerdir. Bu da hizmet kalitesinin daha da düşmesine neden olabilmektedir. Örneğin Nijerya ve Senegal'de özel eczanelerde zamanı geçmiş, yasaklanmış ilaç satışı önemli sorundur.

Bakanlık yapısının küçültülmesi uygulamaları bakanlık işlevlerinin sınırlanmasıyla birlikte gelişmektedir. Bakanlıkların doğrudan hizmet üretimi yerine, yönetim, politika oluşturma ve düzenleme işlevleriyle

sınırlanması gerektiği belirtilmektedir. Bu durumda özel sağlık sektörü de hükümet düzenlemeleri aracılığıyla hizmete dahil edilecektir. Özel sektörü kamusal hedefler doğrultusunda hizmet üretmeye teşvik etmek için çeşitli teknikler kullanılmaktadır. Özel sektörde çalışanlara parasız aşı dağıtılması, özel sağlık kurumlarına ilaç satma yetkisinin verilmesi, özel sağlık kurumlarında çalışan personelin maaşının devletçe ödenmesi, tıbbi cihazlara vergi indirimi sağlanması, personelin emeklilik kazanımlarının ödenmesi, personelin eğitim masraflarının karşılanması bunlardan başlıcalarıdır. (Kutzin J 1997: 4-8)

Gelişmekte olan ülkelerde bakanlık sorumluluklarının yerel ölçeğe devredilmesi yerel ölçekte yönetim kapasitesinin geliştirilmesini gerektirmektedir. Gerçekte ise bu ülkelerde merkezde bile yeterli sayı ve nitelikte yönetici yoktur. Ayrıca yönetim sorunu aynı zamanda kaynak sorunudur. Yönetim için yönetilecek sağlık kaynakları gerekir. Bu grup ülkelerin yönetim süreçlerinde karşılaştıkları en önemli sorunlardan birisi de budur. Yöneticiler halen yönetim için gerekli bilgi kaynaklarından ve enformasyon sistemlerinden yoksundur, bilgi ve deneyim paylaşımını sağlayacak mekanizmalar ve yayınlar yetersizdir. Pek çok uluslararası kuruluş birbirinden habersiz ve merkezi hükümetle yeterince koordine olmadan sahada iş yapmaktadır. Bu durumlarda resmi kurumların eğilimi sağlık yönetimine bütünlüklü bir çerçeveden bakmak değil de küçük ölçekli müdahaleler gerçekleştirmek yönünde olmaktadır. (Egger D ve diğ 2005)

Hükümet ve kamu kaynaklarının yetersiz olduğu çevre ülkelerde hükümetleri daha da küçültecek ve özel sağlık sektörüne çeşitli teşviklerin verilmesini gerektirecek düzenlemelere gerek duyulmasını toplum sağlığı gereksinimleriyle açıklamak olanaksızdır. Öyle olsaydı, kamu kaynakları özel sektörü desteklemek yerine, kamu kurum ve personelini geliştirmek amacıyla kullanılırdı. Bu nedenle buradaki temel amaç kamunun daha da küçültülmesi ve özel sektördeki hizmet üreticilerinin organize edilerek sağlık sistemi içine dahil edilmesidir.

B.3.2. Kaynakların artırılması

Bu başlıktan, daha çok, var olan kaynak türlerinin artırılması anlaşılır. Kaynak artırımının en kolay yolu hükümetin elindeki kaynakların artırılmasıdır. Bu da vergilerin artırılması veya hükümet kaynaklarının daha fazla oranda sağlık için kullanılması ile olanaklıdır. Ancak kapitalist dünya ekonomisinin içinde bulunduğu bugünkü koşullarda, özellikle çevredeki ülkeler için var olan vergi yükünün ağırlaştırılması pek mümkün değildir. Böyle olsa bile, toplanan kaynağın önemli oranda sağlık için kullanılması olanaklı olmamaktadır. İçinde bulunulan koşullarda, sağlık öncelikli tercih alanı durumunda gözükmemektedir.

Zorunlu sağlık sigortasının uygulandığı ülkelerde, ulusal koruyucu programların finansmanı için işçi ve patrona ek vergi konulabilir. Ancak bugünkü koşullarda bunun da bir sınırı vardır. Ekonomik anlamda değerlendirildiğinde, patronlara yönelik ek vergi uygulamasının, emek yoğun yatırımları azaltıcı, işsizliği artırıcı bir etkide bulunacağı açıktır.

Üstelik, mevcut kaynakların artırılması açısından sermaye sınıfına ek vergi bindirilmesi, bugünkü sınıfsal dengeler nedeniyle pek olanaklı da değildir. O nedenle kaynakların artırılması, finansman yükünün halk sınıfları üzerine kaydırılmasıyla sağlanmaktadır. Bunun da katkı payı, kullanıcı ödentisi, toplum finansmanı gibi (ve tümü kabaca özelleştirme başlığı altında toplanabilecek olan) değişik biçimleri vardır. Ancak, bu uygulamaların tümünün ortak etkisi halk sınıflarının yoksullaşması ve sağlıktaki eşitsizliklerin artışıdır.

Sağlık finansman sistemi reformunun önemli amaçlarından birisi finansal korumadır. Bu da insanların sağlık hizmeti kullanmaları nedeniyle yoksullaşmamaları anlamına gelir. Sağlıktaki finansman yükünün halk sınıflarına kaydırılmasının en önemli sonucu yoksullaşmadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 80 ülkede yaptığı bir araştırma, cepten harcamaların miktarı ile sağlık harcamalarına bağlı olarak yoksullaşan ailelerin oranı arasında doğrusal bir korelasyon olduğunu göstermiştir. Bütün uluslararası deneyimler zorunlu ön ödeme sistemlerinin (genel vergi ve zorunlu sağlık sigortası), cepten ödeme ve özel sigorta sistemlerine göre daha eşitlikçi olduğunu göstermektedir. Cepten ödemeler yoksul kesimlerde,

sağlık harcamalarının toplam hane halkı harcamaları içindeki oranını yükseltmektedir. 2002 yılında Arnavutluk'ta toplumun en yoksul yüzde 20'lik kesimi için cepten harcamaların toplam hane halkı harcamaları içindeki oranı yüzde 12.7 iken, bu oran en zengin yüzde 20'lik kesimde yüzde 6.1'di. Sağlık hizmetlerini finanse etme mekanizmasının yoksulları daha da yoksullaştırıcı etkisi, yoksulların sağlık hizmetine ulaşımını da engellemektedir.

Yukarıda sıralanan etkiler İrlanda sağlık sisteminde de gözlenmektedir. İrlanda'da nüfusun en yoksul yüzde 40'lık kesimi hastane yatışlarının ve genel pratisyen muayenelerinin yarıdan çoğunu gerçekleştirmişken, en zengin yüzde 20'lik kesim diş hekimi muayenelerinin yüzde 28'ini gerçekleştirmiştir. Yoksulların hizmet kullanım yapısında İrlanda sağlık sisteminin finansman mekanizmasının etkisi vardır. Aynı şey zenginler için de geçerlidir. Çünkü diş muayenelerinde hizmeti kullanım anındaki kullanıcı ödentileri yüksektir. (WHO 2006)

B.3.3. Yeni kaynakların geliştirilmesi

Bu başlıktan, alkollü içkilere, tarım ürünlerine, vb. sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmak üzere yeni vergilerin konulması anlaşılır.

B.3.4. Yabancı kaynak desteği

Sağlık için dış yardım, merkez kapitalist ülkelerden çevre ülkelere doğrudur. Sanayileşmiş ülkelerin yaptığı dış yardımlar bu ülkelerin ulusal gelirinin yüzde 0.33'ünü oluşturmaktadır. Oysa 1960'lı yılların başında bu oranın yüzde 0.7 olması öngörülmüştü. Merkez kapitalist ülkeler, kendi vatandaşlarından dış yardımlarda kullanılmak üzere yılda 765 Dolar toplamaktadır. Bu miktar, yardımın yapıldığı çevre ülkeler açısından kişi başına bir Dolar'lık sağlık yardımı anlamına gelmektedir. Dış yardımda ilk sırada İskandinav ülkeleri yer alır. Yardımı alan ülkeler arasında ise Sahra-Altı Afrika ülkeleri ilk sıradadır. Sahra-Altı Afrika'da toplam sağlık harcamasının yüzde 10.4'ü dış yardımlardan gelmektedir.

Sağlık için yapılan dış yardımların toplam miktarı (1980'lerin sonu için) 4 milyar 794 milyon Dolar'dır. Bunun 3 milyar 925 milyon Dolar'ı kamu,

869 milyon Dolar'ı da özel sektör kurumlarından gelmektedir. Çeşitli uluslararası kuruluşlar yardım yapan ülkeler ile alan ülkeler arasında yardımın dağıtımı açısından aracı işlev görmektedir. Birleşmiş Milletler'in çeşitli kuruluşları, çeşitli gelişim bankaları (Dünya Bankası gibi) ve hükümet dışı organizasyonlar bu gruptadır. Bu açıdan Dünya Bankası'nın rolü giderek büyümektedir.

Dış yardımlarda Dünya Bankası'nın rolünün artmasının kendi başına özel bir anlamı da vardır. Çünkü Dünya Bankası yardımını, ilgili ülkelerin sağlık sektöründeki yapısal yenilenme kaydıyla yapmaktadır. Bu yapısal dönüşüm ise sektörün kamusal niteliğinin azaltılmasını ve özelleştirmeyi öngörmektedir.

Öte yandan toplam dış yardımların ancak yüzde 10'u nüfusun en yoksul kesimlerinin sağlık, ilkokul eğitimi, temiz su, sanitasyan ve aile planlaması gibi alanlardaki temel gereksinimlerinin karşılanmasına ayrılmaktadır. Bu oran, merkez kapitalist ülkelerde yaşayan insanların her yıl spor ayakkabısı için harcadıkları paradan da azdır. Önerilen ise, bu kalemlerin toplam dış yardım hacmi içindeki oranının en az yüzde 20 olmasıdır. (World Bank 1993: 365-369, UNİCEF 1993:3, 44)

B.3.5. Kaynaklarla gereksinimler arasındaki farkın kapatılması

Bu şu yollarla sağlanabilir: 1) Uygulama ile hedefe ulaşma arasındaki sürenin uzatılmasıyla. 2) Hedefin küçültülmesiyle. 3) Daha az eğitimli personel kullanılarak. 4) Nüfus başına düşen sağlık personeli sayısını azaltarak. (WHO 1987: 41) Görüldüğü gibi önerilen yolların tümü aslında kimi hedeflerden vazgeçmek ya da ertelemek, dolayısıyla da daha düşük düzeyde gereksinim/kaynak dengesi oluşturmak anlamına gelmektedir.

Bu stratejinin temel hedefi, esasen, hedeflerin eldeki kaynaklara göre küçültülmesi, daha "gerçekçi, gerçekleştirilebilir" hedeflerin belirlenmesidir. Bu anlamıyla da, sağlıkta kaynak kıtlığına neden olan sınıfsal mekanizmaların aynen sürdürülmesi, sorunun altındaki sınıfsal nedenlerin göz ardı edilmesi sonucunu yaratmaktadır.

B.3.6. Kaynak kullanımının rasyonalizasyonu

Pek çok ülke için ve özellikle de gelişmekte olan ülkeler için kaynakların kötü kullanımı söz konusudur. Kaynakların kötü kullanımı denildiğinde şunlar anlaşılır: 1) Yanlış amaçlı kullanım, 2) kapasitenin altında kullanım, 3) kaynakların bozulması. Görüldüğü gibi bu sorunlar yönetim kapasitesinin eksikliği ile ilişkilidir.

Öte yandan, politik bir bakış açısıyla değerlendirildiğinde, esasen kaynakların kötü kullanımının en tipik biçimi, kaynakların daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerine yönlendirilmesidir. Sorun böyle anlaşıldığında, bu sorundan bütün sağlık sistemlerinin muzdarip olduğu kabul edilmelidir. Ancak, reform literatüründe kaynakların kötü kullanımı denildiğinde anlaşılanlar ilk paragrafta belirtilen sorunlar olmakta ve çözümler de bunlara yönelmektedir.

Kaynak kullanımının rasyonalizasyonu şu şekilde gerçekleştirilebilir:

1. İnsan kaynaklarının etkin kullanımı: Personel dağılımının düzenlenmesi, nitelikli personel kullanımı gibi. Buradaki seçeneklerden birisi de sağlık hizmeti içinde bireyin rolünün artırılması, bir başka deyişle, bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak daha etkin ve işlevsel kılınmasıdır. Yaşam tarzının değiştirilmesi bunda etkili olabilir. Bir başka seçenek ise uygun personel istihdam edilmesidir. Toplum sağlık çalışanlarının ve geleneksel sağlıkçıların değerlendirilmesi bu kapsamda düşünülebilir. Özellikle birinci basamakta ekip hizmetinin oluşturulması sağlık insangücünün verimliliğini artıracaktır.

2. Hizmete ulaşımın kolaylaştırılması: Eşit ulaşım, sağlık hizmetinin verimliliğini artırır.

3. Uygun teknoloji kullanımı.

4. Maliyet açısından daha etkin (cost-effective) stratejilerin geliştirilmesi: Özellikle hükümet güvencesine alınacak sağlık hizmeti paketinin belirlenmesinde maliyet analizinin yapılması önemlidir. Bu analizlerle amaç belirlenmesi, amaçların maliyet açısından karşılaştırılması, belirlenmiş amaçlar için maliyet açısından en uygun stratejinin uygulanması hedeflenir.

Bu anlamda bugün için beş grup hizmet önem kazanmaktadır: Doğum

öncesi ve doğum sırasındaki tıbbi bakım hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, verem, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik tıbbi bakım hizmetleri ve hasta çocuğun yönetimi. İlk ikisi güvenli annelik programı olarak bilinmektedir. Bu paketin düşük gelirli ülkelerdeki maliyeti 50 Dolar/DALY'dir. Kısaca düşük gelirli ülkelerde kazanılacak her sağlıklı yaşam yılı için bu paket yalnızca 50 Dolar gerektirmektedir. Paketin orta gelirli ülkelerdeki maliyeti 150 Dolar/DALY'dir. Maliyetin düşük gelirli ülkelerde düşüklüğünün nedeni, bu ülkelerde söz konusu hizmet açığına bağlı ölümlerin çokluğu, bir başka deyişle hizmet açığının daha büyük, ancak aynı oranda da kolay olarak yerine konulabilir olmasıdır.

Yukarıdakine göre daha kapsamlı bir paket, ilk elde kimi acil cerrahi müdahaleleri de içerecektir. Böyle bir pakete Minimum Temel Klinik Hizmet Paketi (Minimum Package of Essential Clinical Services) denilmektedir. Bu hizmetlerin önemli kısmı ebe ve hemşirelerce verilebilir. Paketin kaynak gereksinimi ise her 1000 kişi için bir hastane yatağı, 0.1-0.2 hekim ve her hekime de 2-4 ebe-hemşire şeklindedir.

Paketin genişletilmesi eldeki kaynaklarla ilişkilidir. Maliyet etkinlik sonucunda genişleme şu programların eklenmesini gerektirmektedir: Kronik hastalıklara belli sayıda müdahale (oral hipoglisemik, insülin kullanımı, şizofreni tedavileri, meme ve serviks kanser tarama ve tedavileri), yüksek risk altında bulunanlarda koroner arter hastalıklarının önlenmesi çalışması (aspirin verilmesi gibi). Bu paketin maliyeti de en az 200-300 Dolar/DALY olmakta ve toplam hastalık yükünü yüzde 5-10 azaltmaktadır.

Minimum klinik paketin düşük gelirli ülkelerde kişi başına maliyeti 8, orta gelirli ülkelerdeki maliyeti ise 15 Dolar'dır. Bunun karşılığında hastalık yükü düşük gelirlilerde yüzde 32, orta gelirlilerde ise yüzde 15 azalacaktır. (World Bank 1993: 112-116)

B.3.7. Kullanıcı ödentileri

Kullanıcı ödentisi maliyet sınırlaması programlarının önemli bileşenidir. Hizmet kullanım anında, hizmeti kullananlardan değişik biçimlerde para alınmasını öngörür. Dünya Bankası'na göre kullanıcı ödentileri hizmetin verimliliğini artıran bir araçtır. Hizmetten para alınmasının, kullananın

(Banka'nın terminolojisiyle tüketicinin) davranışlarında "kıymet bilmek" anlamında olumlu değişiklikler yaratacağı belirtilmektedir.

Kullanıcı ödentileri sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamanın yollarından birisi olarak da savunulmaktadır. Sürdürülebilirlik (sustainability) bugünün gereksinimlerinin, gelecekteki kuşakların kendi gereksinimlerini karşılamasını tehdit etmeden karşılanması olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle kullanıcı ödentisi gelecek kuşakların gereksinimlerini tehdit etmeden yeni kaynaklar yaratmanın yolu ve toplumların kendi kendilerine yeterliliğini sağlayacak bir strateji olarak gündeme getirilmektedir. (Olsen IT 1998) Açıktır ki bu strateji toplumlardaki kaynakların toplumsal sınıflar arasındaki bölüşümü ve sektörlere dağılımı konularında hiçbir şey söylememekte ve sürdürülebilirlik kavramını verili koşullar içinde, o koşulları yeniden üretecek biçimde ortaya atmaktadır.

Kullanıcı ödentisi bütün sağlık hizmetleri için uygun değildir. Getirilen ek ödemenin son ürünün üretim maliyetine (marjinal maliyete) eşit olması gerekir. Dolayısıyla kullanıcı ödentisiyle bir anlamda işletme giderlerinin (recurrent) karşılanması hedeflenir. Bunun içinde de sağlıkçıların ücretleri, kimi onarım ve yenileme maliyetleri ile günlük tüketim maddelerine ilişkin harcamalar yer alacaktır.

Kullanıcı ödentisinin beklenen avantaj ve dezavantajları şunlardır (WHO 1987: 66-67; WHO 1988: 13-14; Kutzin J 1997: 9-16): Avantajları: 1) Gereksiz hizmet kullanımının engellenmesi. 2) Sağlık sisteminin farklı basamaklarına, farklı düzeylerde ödenti zorunluluğu getirilmesine bağlı olarak, basamaklı sistemin kullanımının geliştirilmesi. 3) Hizmet kalitesinin ve hizmet kullananların tatmininin artırılması. 4) Hizmeti üretenlerde ve kullananlarda maliyet bilincinin geliştirilmesi. Dezavantajları: 1) Yoksulların sağlık hizmeti kullanımını engelleyerek eşitsizlikleri artırması. 2) Tedavi edici hizmetlere yönelik tercihi artırması ve verimliliği azaltması. 3) Yönetsel maliyetleri artırması.

Kullanıcı ödentileri şu yollarla toplanabilir (WHO 1987: 66-67; WHO 1988: 13-14):

1. Özel hastalar için hastane hizmetlerine getirilecek ödentiler: Kamu

kapsamındaki hastalar uygulama dışında tutulabilir. Ödeme miktarı maliyetin bile üzerinde olabilir. Hastane hizmetlerine getirilecek kullanıcı ödentisinin (hastane hizmetlerini daha çok sosyal güvenceli kentsel nüfusun kullanıyor oluşu nedeniyle ve elde edilecek ek kaynağın kırsal kesime yönlendirilmesi durumunda) kırsal kesimde yaşayan ve sosyal güvencesi olmayanların lehine bir işlev görmesi mümkün olabilir. Öte yandan kamu sektörü dışındaki toplum kesimlerine kullanıcı ödentisi getirilmesi (bu kesimlerin, özellikle çevre ülkelerde sosyal güvencesiz olmaları nedeniyle) zaten güvencesiz durumda bulunan kamu sektörü dışındaki işsiz, marjinal sektörde çalışan, tarımla uğraşan toplum kesimleri için aleyhte bir durum yaratacağı da belirtilebilir. Dolayısıyla bu uygulamanın birbirinin tersine işleyen etkileri vardır.

2. Sigortalı hastalar için hastane hizmetlerine ek ödeme zorunluluğu getirilebilir. Böyle bir uygulama sigortalıların hastane kullanımını engelleyebilir.

3. İlaç ödentileri: En yaygın kullanımı ek ödeme biçimindedir. Bütün dünyada giderek daha fazla oranda olmak üzere, daha fazla sayıda ilacı ve sosyal güvencelileri de kapsamına alacak biçimde uygulanmaktadır.

4. Sevk sistemine uymayanlar için getirilen ek ödemeler. Bu uygulamanın sevk sisteminin işlerliğini artıracağı, gereksiz hastane kullanımını azaltacağı beklentisi vardır.

5. Kullanıcı ödentilerinin etkisini bütünleyen uygulamalardan birisi de kullanıcıya yapılan geri ödeme miktarının azaltılmasıdır. Bilindiği gibi geri ödeme, herhangi bir sosyal güvenlik programı kapsamındaki hizmetler için kullanıcının yaptığı ödemenin belirlenmiş bir miktarının sonradan kendisine geri ödenmesidir. Son yıllarda geri ödenmekte olan bu miktar azaltılmaya başlanmıştır.

Öte yandan kullanıcı ödentilerinin yarattığı sonuçların olumlu beklentilerle uyumlu olmadığı görülmektedir. Kullanıcı ödentileri eşitlik açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Bunun nedenleri şunlardır: 1) Yoksulların hizmet kullanımı azalmaktadır. Bangladeş, Gana, Lesotho, Peru, Zaire, Kanada, İngiltere, ABD deneyimleri bunu göstermektedir. Özellikle sağlık kurumuna ulaşımın da pahalı olduğu yerlerde bu etki

daha da belirgin biçimde ortaya çıkmaktadır. 2) Kullanıcı ödentilerinin, kullananın gelirine göre ayarlanması pratik olarak çok zor olmaktadır. Bunun nedeni, hizmet sunum noktasında zenginle yoksulun birbirinden ayrılamaması ya da askerler ve memurlar gibi kimi gruplara devletçe muafiyet tanınmasıdır. Nitekim Nijer'de yapılmış bir araştırma yoksul oldukları gerekçesiyle kullanıcı ödentisinden muaf tutulanların ortalama gelirinin, muaf tutulmayanların gelirinden daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. (Kutzin J 1997: 9-16)

Kullanıcı ödentilerinde yoksulların ayırt edilmesi gerekir. Ancak çoğu gelişmekte olan ve geri kalmış ülke için bu çok zordur. Kullanıcı ödentilerinden muaf olacakların belirlenmesi açısından belli bir yoksulluk düzeyi saptanmış olsa bile, bu, bireylerin ödeme güçlerini yansıtmayacaktır. Öte yandan mevsimsel gelir dalgalanmaları, hane içindeki gelir dağılımı gibi etkenler muafiyetin belirlenmesinde belirsizlikler yaratacaktır. Yoksullar başarıyla saptansa bile, kullanıcı ödentilerinin toplanmasında pek çok politik etken devreye girmekte ve uygulamayı zorlaştırmaktadır. Genellikle zenginler politik güçlerine bağlı olarak ödeme yapmamayı başarmaktadır. (Thomas S, Killingsworth JR, Acharya S 1998: 51)

Gana'da kullanıcı ödentileri ile hükümetin sunduğu sağlık hizmetlerinin fiyatları 1985 yılında artırılmıştır. Sonuçta hizmet kullanımı keskin biçimde düşmüştür. Düşüş ilk altı ay sonunda yüzde 50'ye ulaşmıştır. 18 ay sonra kentte eski seviyesine geri dönmüş, kırsal kesimde ise uygulamadan altı ay sonra düştüğü düzeyi korumuştur. Uygulama sonrasında, kırsal kesimde yaşayanlar geleneksel sağlık uygulayıcılarına yönelmişlerdir. Zimbabve'de kullanıcı ödentileri sonrasında ana çocuk sağlığı hizmetlerinin kullanımı yüzde 30 azalmış, hastane dışı doğumlar yüzde 4 artmıştır.

Kullanıcı ödentileri daha yoksul ve daha sağlıksız kesimlerin hizmet kullanımını olumsuz etkilemektedir. Ancak hizmet kalitesinde bir artış olduğunda, büyük merkezlere uzak, yalıtılmış, kırsal toplumlarda tersi söz konusu olabilmektedir. Kalite artışı durumunda, bu gibi yalıtılmış toplumlarda alternatif tedavi olanakları arayışından vazgeçilebilmektedir. Bu da ulaşım masraflarını ve yitirilen zamanı azaltarak, toplam maliyetle-

ri düşürmektedir. Kalite artışı için ise iki koşul gerekmektedir. İlki toplanan paranın kurum içinde kullanılması ve kurumda yönetsel kapasitenin iyi olması. Eğer bu ikisi yoksa eşitsizliğin ortaya çıkması kaçınılmazdır. Kullanıcı ödentilerine gerek duyan çevre ülkelerde özellikle yönetim kapasitesinin yetersiz olduğu bilinmektedir.

İlk basamakta düşük, yukarı basamaklarda daha yüksek kullanıcı ödentisi alınması uygulaması Kenya, Endonezya, Mozambik, Namibya, Zambiya, Zimbabve'de vardır. Tek başına bu uygulamanın sevk sistemini çalıştırmaya yetmediği görülmektedir. Ancak birinci basamaktaki hizmet kalitesinin artırılması olanaklı olursa sevk sistemi daha iyi çalışabilmektedir.

Kullanıcı ödentileri gereksiz hizmet üretimini azaltıcı, sınırlayıcı değil, tam tersi etki de yaratabilmektedir. Örneğin Çin'de ilaç, tomografi, ultrasonografi, böbrek diyalizi gibi hizmetler için konulan kullanıcı ödentileri bu hizmetleri sunan sağlık kurumlarına önemli miktarda gelir getirmekte, bu da sağlık personelini aşırı ilaç ve teknoloji kullanmaya yönlendirmektedir (üreticinin uyardığı kullanım).

Kullanıcı ödentilerinin uzun dönemde maliyet etkili olan programlara kaynak yaratması, kısa dönemde ise var olan programların cari harcamalarını karşılaması beklenir. Ancak bu beklentiler de gerçekleşmemektedir. Gelişmekte olan ülkelerde kullanıcı ödentilerinin sağladığı katkı, işletme giderlerinin ancak yüzde 5'i kadardır. Bu sonuçta kamu hizmetlerinin kalitesinin düşüklüğü nedeniyle kullanıcıların ödeme yapmak istememelerinin de payı vardır. Hizmet kalitesini yükseltmek için ise daha fazla kamu kaynağı gerekmektedir. Kullanıcı ödentilerinin sistemin işletme giderlerine yaptığı katkıyı yüzde 15'in üzerine çıkarmak ise yoksulların sağlık hizmeti kullanımında önemli azalmaya neden olmaktadır. Kullanıcı ödentilerinin finansal katkısı ancak toplandıkları kurumlara olabilmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde kullanıcı ödentilerinin verimliliği artırdığına, gereksiz hizmet kullanımını azalttığına ilişkin veri yoktur. Sevk basamaklarına göre farklı fiyatlandırmanın da verimliliği artırdığına ilişkin bulgu bulunmamaktadır. Kullanıcı ödentilerinin sağlık düzeyini geliştirdiğine ilişkin de veri yoktur. (Kutzin J997: 9-16)

Çin'de kullanıcı ödentilerinin toplam sağlık harcamalarındaki payı 1980'de yüzde 19 iken, 1985 yılında yüzde 43'e yükseldi. Kullanıcı ödentileri ek kaynak sağladığı için hükümetlere çekici gelmektedir. Öte yandan kamu sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden yakınan halk ise, bir miktar para ödeyerek daha iyi sağlık hizmetine ulaşabiliyorsa ödeme yapmaya razı olmaktadır. Kenya'da 1990'lı yıllarda ard arda uygulanan kullanıcı ödentilerinin sağlık merkezlerinin ve ayaktan tedavi hizmeti sunan kliniklerin kullanımını azalttığı gösterilmiştir. Aynı bulgu Cote d'Ivore, Dominik ve Peru'dan da elde edilmiştir. Bu durum özellikle yoksullar için geçerlidir. Malezya ve Zimbabve'de kullanıcı ödentilerinin uygulanması gebelerin hizmet kullanımını azaltmıştır. Kullanıcı ödentilerinin hükümet sağlık harcamalarına katkısı Sahra-Altı Afrika ülkelerinde yüzde 4, Gana ve Lesotho'da yüzde 12'dir. (WHO 1995)

Kullanıcı ödentisi, ek finansman kaynağı yaratmanın en kolay yollarından birisi olduğu için çok tercih edilmektedir. En çok da düşük gelir grubundaki ülkelerde kullanılmaktadır. Bunun birkaç nedeni vardır: 1) Toplanmasının kolaylığı, 2) bu ülkelerde vergi tabanlı fon oluşturmanın, istihdamdaki nüfusun azlığı ve düzensizliği nedeniyle zor olması, 3) sağlık örgütlenmesinin zayıflığı. Bu durumda kullanım anında ödeme talep edilmesi kabul edilebilir olmaktadır. (Creese A 1993: 3)

Uganda'da yapılmış araştırmalar kamu sağlık kurumlarında uygulamada bulunan kullanıcı ödentilerinin kaldırılmasının sağlık hizmeti kullanımını artırdığını göstermektedir. Bu artış hem yoksul hem de yoksul olmayanlar için geçerlidir. Ancak yoksul olmayanların hizmet kullanımındaki artış yoksullardan daha belirgindir. Ayrıca kullanıcı ödentilerine bağlı olarak katastrofik sağlık harcamasına muhatap kalan aile oranı (yani ailelerin sağlık harcamalarını ödeyemez duruma düşmeleri) yoksul olmayan grupta azalmış, yoksul grupta ise kullanıcı ödentilerinin kaldırıldığı dönemde artmamıştır. (Xu K ve diğ 2006: 866-876)

Kullanıcı ödentileri sigortanın son derece yaygın olduğu Avrupa ülkelerinde de giderek daha fazla oranda başvurulan bir yöntemdir.

Tablo: Avrupa ülkelerinde çeşitli hizmetler için doğrudan ödemeler (1988) (Levit R, Wall A 1992: 310)

Ülkeler	İlaç ve tıbbi malzeme	Hekim ücreti	Hastane masrafı
Belçika	Bazıları için	Yaklaşık %25	Hayır
Danimarka	%25-50	Hayır	Hayır
İngiltere	3.10 Sterlin	Hayır	Hayır
Fransa	%30-60	%30	%25
İrlanda	Aylık 28 Sterline kadar	Bazen	Bazen ve sabit fiyatla
İtalya	Çoğu için ve 1 veya daha fazla Sterlin	Hayır	Hayır
Hollanda	1 Sterlin	Sabit miktar	Yalnızca kronik hastalıklar için
İspanya	Genellikle %40, ancak emekliler hariç	Hayır	Hayır
İsveç	Yaklaşık 6 Sterlin	İlk 15 visit için 5 Sterlin	Her gün için 5 Sterlin
İsviçre	Masrafın %10'u veya liste dışı ilaç ise %50'si	Hastanede 20 Sterlin ve ayaktan bakımın %10'u	Özel hastaneler için
Batı Almanya	Her bir reçete için 60 Pound	Hayır	Her gün için 2 Sterlin

B.3.8. Temel sağlık hizmetlerinde toplum finansmanı

Bu uygulama, sağlık hizmetlerinde toplumun elinde var olup da hiç kullanılmayan ya da (sağlık veya sağlık dışı) değişik amaçlarla kullanılmakta olan çeşitli kaynakların mevcut resmi sağlık hizmetini destekleyecek, onun eksikliklerini giderecek biçimde organize edilerek kullanılması demektir. Kısaca, toplum finansmanı (community financing) hizmetten yararlanan insan ve grupların kamu sağlık hizmetlerinin maliyetine katkı-

sıdır. Katkı mali (parasal), emek, ürün veya toprak biçiminde olabilir. Bu anlamda maliyet paylaşımı programları içinde de değerlendirilebilecek bir finansman tekniğidir. (Bu bölüm için bkz. WHO 1987: 64; APHA 1982: 13-30; Carrin G, Vereeche M 1992: 40-42; Carrin G 1988: 602)

İnsan gücü açısından toplum gönüllülerinin toplum sağlık çalışanı (community health worker) olarak yetiştirilmesi ve bu kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerinde kullanılması toplum finansmanı uygulamasıdır. Bu yaklaşıma genel olarak sağlığın toplum tabanlı geliştirilmesi (community-based health promotion) denilmektedir. (World Bank 1975: 42)

Bugün sağlık planlamacılarının çoğu Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği Herkes İçin Sağlık hedefine ulaşılabilmesi açısından, kullanıcıların maliyeti paylaşması gerektiğini belirtmektedir. Bunun nedeni, özellikle çevre ülkeleri için söz konusu olan kaynak sıkıntısının, belirlenen hedeflere ulaşmayı engellemesidir. Bu noktada, toplumun elindeki kaynakların, merkezileştirilerek sağlık sektörüne aktarılması önerisi geliştirilmektedir.

Aslında sağlık hizmetlerinde kullanılan finansman tekniklerinin tümü toplum finansmanıdır. Çünkü sağlık fonunun gelir kaynakları ister vergi, ister prim, isterse cepten ödemeler biçiminde olsun, eninde sonunda kullanıcıdan, toplumdan çıkar. Burada tanımlanan uygulamaya özel olarak toplum finansmanı denilmesinin başlıca iki nedeni vardır: 1) Uygulamanın çevre ülkelerde yaygın oluşu. Aynı zamanda da çevrenin kırsal toplumlarının köy-aşiret-kabile türü kolektiviteleri temelinde gelişip-işleyen bir ödeme sistemi olması. 2) Daha ağırlıklı olarak ayni katkılarla-ödentilere dayanması.

Böylece toplum finansmanı uygulaması, çok önemli oranda yerel motifler taşır. Ödeme aracı olarak kullanılan mal, yörenin özelliklerine göre değişir. Çıplak insan emeğinin finansmanda çok önemli yeri vardır. Hizmetin fiziksel donanımlarının kolektif olarak inşa edilmesi, o kolektivitenin hizmetten yararlanabilmesinin ilk koşulu olabilir. Vb.

Toplum finansmanı önerisini güncel kılan en güçlü somut veri, bireylerin sağlık hizmeti için ceplerinden zaten özel harcama yapıyor oluşlarıdır. Özellikle gelişmekte olan ülkeler için bu harcamalar standartları

belirlenmemiş ve tamamen kamunun denetimi dışındaki hizmetler için olmaktadır. Özel harcamaların önemli kısmı doğrudan tıbbi bakıma, ilaç harcamalarına, geleneksel sağlık hizmetlerine ve ulaşıma yapılmaktadır. Böylece toplum finansmanını önerenler, zaten harcanan bu paraların, merkezileştirilmesinin hem olanaklı olduğunu hem de sistemin verimliliğini artıracağını ileri sürerler.

Toplum finansmanı tekniklerinin şu avantajlarının bulunduğu belirtilmektedir: 1) Kaynakların yerel düzeyde kullanılmasına olanak tanıması. 2) Bu durumun, sağlık çalışanlarını gelir artırıcı faaliyetlere daha fazla oranda yönlendirmesi. 3) Hizmetin yerel nüfusun gereksinimlerine göre planlanması olanağını vermesi. 4) Finansmana katılan toplumu maliyeti denetleyici yönde motive etmesi.

Toplum finansmanının uygulanıp uygulanmayacağına karar verirken şunlar dikkate alınmalıdır: 1) Dağılımsal etkenler, 2) halkın ödeme güç ve isteği, 3) özel sektörle ilişkiler.

Dağılımsal etkenler: Özellikle sağlık hizmetinin ilk kez gireceği bir alanda toplum finansmanı tek yol olabilir. Ancak bu durum eşitsizlikleri de artırabilir. Çünkü, toplum finansmanının uygulanacağı bölge dışındaki bölgelerde, herhangi bir maliyet paylaşımı uygulamasına gerek kalmaksızın hizmet sürdürülüyor olabilir.

Ödeme güç ve isteği: Ödeme istek ve gücü talep olarak tanımlanır. Talebi etkileyen kimi etkenler şunlardır: Toplumun toplam kaynakları, kaynakların haneler arası ve içindeki dağılımı, üretimin mevsimselliği, ödemenin biçimi. İnsanların ödeme istekleri ödeme yapıldıktan sonra hizmetten kimin, ne kadar yararlanacağına bağlıdır. Talebin esnekliği (elastikliği) diğer önemli teknik bir sorundur. "Parasız (free)" hizmetten toplum finansmanına geçişin hizmet kullanımında ne ölçüde etki yaratacağı talebin esnekliğine bağlıdır.

Özel sektörle ilişkiler: Talebin tahmininde önemli etken, rekabetçi bir özel sektörün bulunup bulunmadığıdır. Tatminkar bir hizmet sunan özel sektör varsa, bu durumda toplum finansmanının uygulanabilmesi güç olacaktır.

Toplum finansmanı sıklıkla yeni sağlık hizmetini kırsal ve marjinal

kentsel alanlara yaymanın tek yolu olarak görülmektedir. Buna karşılık toplum talebinin düşük olduğu alanlarda, sağlık hizmetine ulaşımı artırmak, eşitliği sağlamak açısından ek fonlar gerekebilir. Çünkü, insanlar bazı önemli hizmetler için ödeme yapmak istemeyebilirler.

Toplum finansmanı uygulaması 1970'lerde yaygınlaşmıştır. En önemli amacı toplum sağlık çalışanlarının ücretlerinin ödenmesi ve ilaç giderlerinin karşılanmasıdır. Buna karşılık, özellikle sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan fiziksel donanımın inşasında da insan-gücünden yararlanılmaktadır.

1982 yılı itibariyle, bu şekilde planlanmış 92 program saptanmıştır. Bunların yüzde 17.4'ü bir milyon nüfusa hizmet sunmuş, dolayısıyla da bir milyon insanın katkısı sağlanmıştır. yüzde 51.1'i ise 100 binden az nüfusu kapsamıştır. Büyüklerin en önemlileri şunlardır:

1. Çin'de bir milyar insanı kapsayan ve komünal üretim ve birincil hizmet ödemelerine dayanan sistem.
2. Nijerya'da 78 milyon insanı kapsayan sistem.
3. Japonya'da 35 milyon insanı kapsayan ve tarım kooperatiflerinin katkısı ile yürütülen sistem.
4. Etiyopya'da 30 milyon kişiyi kapsayan ve tarım ve köylü birliklerinin katkısı ile yürütülen program.
5. Tayland'da 18 milyon kişiyi kapsayan ve ilaç kullanımını organize eden sistem.

Toplum finansmanının uygulanabilmesi için, şu iki temel özelliği taşıyan toplumsal atmosferin sağlayacağı toplum katılımı gerekir: 1) Toplum duygusu ve insanların birlikte çalışabilmeleri. 2) Toplumla sağlık sistemi arasındaki güven ilişkisi.

Toplum finansmanındaki ödeme biçimleri şunlardır:

1. Bireysel sağlık hizmeti için kesilen paralar: Her bireyden kullandığı hizmetin karşılığı olarak kesilen paralardır. Para bazen gereksiz kullanımı azaltmak için, bazen de sunulan hizmetin daha değerli görülmesini sağlamak için toplanır.

Senegal'de köy komiteleri hükümetçe sunulan hizmet için para alırlar ve bu parayı birkaç sağlıkçı daha çalıştırmak veya ilaç almak için kullanır-

lar. Benzer uygulamalar Tayland ve Kolombiya'da da vardır.

Hizmet karşılığı alınacak parayı belirlemenin birkaç yolu vardır: 1) Hizmeti sunanla (hükümet görevlisi veya köy komitesinin görevlendirdiği kişi olabilir) hasta arasındaki görüşme. 2) Toplum adına yetkili bir kurulla, sağlıkçılar arasında imzalanan sözleşme. 3) Sağlıkçının ya da hükümetin tek taraflı olarak fiyatı belirlemesi. En sık kullanılan ilkidir.

2. İlaç satışları: Genellikle toplum adına oluşturulmuş bir kurul tarafından yürütülen bir uygulamadır ve ilaç fiyatları piyasa düzeyinin altında tutulur. Bu uygulama özel ilaç sektörünün direnciyle karşılaşabilir. Mali'de böyle bir sorun yaşanmıştır. İlaç satışından küçük bir kâr hedeflenir. Elde edilen kaynak, diğer alanlarda kullanılmak üzere de ayrılabilir. Fon, en azından kendi kendisini döndürebilmelidir.

İlaç satışı dört biçimde olabilir: 1) Bireysel sağlık çalışanı ile, 2) toplumca işletilen eczanelerle, 3) sağlık kliniklerinde, 4) var olan ticari işletmelerde.

3. Üretim temelli ve bireysel olarak yapılan ödemeler: Yukarıdakilerin dışındaki bir seçenek, gereksinim duyulacak hizmet için şimdiden düzenli ödeme yapmak ve bireysel kullanımı dikkate almaksızın, maliyeti tüm toplum üyeleri arasında eşit olarak paylaştırmaktır. Böyle sistemlere ön ödeme (prepayment) veya sigorta sistemi denir. Örneklerinden izlendiği kadarıyla bu programların da en önemli amacı, sağlık çalışanlarının ücretlerinin ödenmesi ve ilaç masraflarının karşılanmasıdır.

Bazı uygulamalarda ön ödeme nakdi (parasal) olarak değil, ayni (ürün) olarak yapılmaktadır. Bangladeş, Nepal ve Endonezya'da böyledir. Ürün temelli ön ödeme sistemi genellikle kırsal alanda geçerlidir. Bunların tümü bireysel temelli yapılan ön ödemelerdir.

Üretim temelli ön ödeme sistemleri ise genellikle kırsal kesimde geçerlidir. Bu sistemde ön ödeme üretim birimlerince, kırsal kesimde köy komünleri ve kentte de fabrika birimlerince yapılır. Çin'de durum böyledir. Japonya'da da kapitalist üretim ilişki biçimi içinde tüm ekonomik işletmeler bu şekilde hekim istihdam ederler.

4. Toplum emeği: Özellikle kırsal kesimde, sağlık kurumlarının, sanitasyon sistemlerinin (su kanalı, vb.) inşasında ve bakımında toplum eme-

ğinden yararlanılır. Ayrıca aşılama programlarında, sağlık eğitiminde de toplum gönüllüleri kullanılabilir.

5. Nakdi katkılar: Toprak, malzeme bağışları ya da doğrudan para katkısı biçiminde olabilir. Çekilişler, yarışmalar, nakdi katkıların sağlanabileceği sosyal ortamlardır.

Toplum finansmanı desantralize bir karar alma sürecine dayanmalıdır. Bunun birkaç avantajı olacaktır: 1) Hizmetin etkinliğini artıracaktır. 2) Personeli daha fazla oranda gelir toplanması yönünde motive edecektir. Çünkü gelirin daha üst merkezlere devredilmesi durumunda bu motivasyon da düşer. 3) Toplum taleplerinin yerine getirilebilmesi desantralize karar alma süreçlerinde daha olası olacaktır.

Tablo: Toplum finansmanı seçeneklerinin güçlü, zayıf yanları ve sorunları

Yöntem	Güçlü yanları	Zayıf yanları	Uygun kullanımı	Ek gereksinim	Sorunları
Hizmet için ödeme	Kullanıcı yatkınlığı, kamu için ek kaynak yaratması	Ödeme gücü olanın tedavi hizmeti kullanımını destekler, risk paylaşımı yoktur	Sağlıkçıların ücretlendirilmesi	Koruyucu ve toplum çalışmasının güçlendirilmesi	Geleneksel ya da özel sağlıkçıların olması durumunda ödeme isteksizliği
İlaç satışı	İlaç maliyetini azaltır, temel ilaçlara önem verir	Ödeme gücü olanların tedavi hizmeti kullanımını artırır	Ülkede üretilen ilaç maliyetlerinin karşılanması	Fakirlere yardım, koruyucu ve toplum çalışmalarının güçlendirilmesi	Arz kesintileri, kötü pazarlama

Tablo: Toplum finansmanı seçeneklerinin güçlü, zayıf yanları ve sorunları (devam)

Yöntem	Güçlü yanları	Zayıf yanları	Uygun kullanımı	Ek gereksinim	Sorunları
Bireysel ön ödeme	Maliyeti hasta ve sağlıklı arasında yayması	İnsanların ödeme isteksizliği	Dondurulmuş maliyetle ön ödeme	Yedek fon	Çoğu kişi hizmet için ödemeyi tercih edebilir
Üretim temelli ön ödeme	Var olan ekonomik birim temeline oturması	Genellikle küçük grupları içermesi	İşçiler veya komünal üretim birimleri için	Diğer grupların desteklenmesi	Ekonomik güce bağlıdır
Toplum emeği	Çok miktarda kaynak sağlar	Yalnızca mevsimsel olarak elde edilebilir	Fizik donanım inşa ve bakımı için	Cari harcamalar için destek	Hükümet unulan girdileri sağlamazsa toplum ilgisi düşer
Bağışlar	Var olan kaynaklar kullanılır, insanlara katkı olanağı verir	Yalnızca bir kerelik, sınırlı kullanımı	Ekipman ve başlangıç ilaçları alımı	Cari harcamalar için destek	Motive edilmesi zor olabilir
Festival ve çekiliş	İnsanlar ödemekten hoşlanabilirler	Genellikle bir kerelik masraflar için sınırlı kullanım	Ekipman ve başlangıç ilaç alımı, ana para oluşturulması	Cari harcamalar için destek	

Az önce de belirtildiği gibi, toplum finansmanı yöntemlerinden birisi toplum temelli sigortacılıktır. Sağlık hizmetleri için kullanılacak kaynakların yetersizliği düşük gelirli ülkelerde bu seçeneği gündeme getirmektedir. Bu ülkelerdeki bu sorunun nedeni, vergi ya da prim tabanının darlığı, hükümetlerin yönetsel kapasitesinin yetersizliği, sınıfsal kesimlerin

sosyal güvenlik sistemlerini finanse etmek konusundaki farklı tutumları, politik belirsizliklerdir.

Bu durumda toplum temelli sigortacılık, sosyal sigortanın yerini tutmak üzere gündeme gelmektedir. Toplum temelli sigortacılık kâr amaçsızdır. Ancak garanti ettiği hizmet paketinin evrenselliği kuşkuludur.

Dünya Sağlık Örgütü 1998 yılında gelişmekte olan ülkelerdeki 82 kâr amaçsız toplum temelli sigorta programını değerlendiren bir çalışma yaptı. Bu programların çok azı toplumun geniş kesimlerini kapsayabiliyordu: Kapsanan nüfus açısından ortalama oran yüzde 25'ti, programların 13'ünde bu oran yüzde 15'in altında ve 12'sinde de yüzde 50'nin üzerindeydi. Yüksek maliyetli düşük sıklıkta görülen sağlık sorunlarına karşı oluşturulan programlarda sigortalının yanlı seçimi sorunu daha belirgindi. Bunun temel nedeni insanların hastalandıklarında programa üye olma eğiliminde olmalarıydı. Dolayısıyla yüksek riskli bireyler programlara daha çok üye oluyordu.

Hükümet desteği olmadıkça bu tür programlar esas gereksinimi olan gruplara ulaşamamaktadır. Sigortalılar arasında genellikle yoksulların ve yüksek gelirlilerin oranı düşüktür.

Dışarıdan başka bir kaynaktan destek olmadığı taktirde, sigorta programının katkısı dışında, cepten ödemelerin toplamdaki oranı yüzde 40'a ulaşmaktadır (cepten ödemelerin yüzde 70'e ulaştığı programlar vardır). Bu da sigortanın anlamını neredeyse yok etmektedir.

Bütün bunlara bağlı olarak toplum temelli sigorta programlarının üye sayısı da son derece azdır. Çoğunun en fazla 500 üyesi vardır. Saptanabildiği kadarıyla 10 binden çok üyesi olanların oranı yüzde 15'tir (82'nin içinde).

Programların çoğunda yararlanım paketi net olarak tanımlanmamıştır. Yönetsel maliyetler yüksektir. Toplam yıllık harcamanın yüzde 44'ünün yönetim masrafları için harcandığı programlar vardır, yönetim masraflarının toplamdaki oranı ortalama yüzde 15 kadardır.

Programa katılım için gerekli harcamalar hane halkı gelirinin yüzde 10'u kadardır. Primler genellikle sabit bir miktar olarak alınmaktadır. Bu da düşük gelirlilerin gelirinin çok daha büyük bir oranının prim olarak

ödenmesi anlamına gelmektedir. Sağlık kurumlarının yaşanılan yere uzaklığı sigorta programının tercih edilmesinde önemli bir faktördür. Özellikle düşük gelirliler, bir de sağlık kurumuna ulaşım zorsa, programa daha az üye olmaktadır. (Carin G 2003)

Anlaşıldığı gibi, toplum finansmanı çevre kapitalist ülkelerin yoksul ve sosyal güvencesiz kesimlerine sağlık güvencesi sağlamak açısından yetersizdir. Bunun nedeni bu finansman mekanizmasının zaten yoksul olan kesimlere dayandırılmasıdır. O nedenle programlar nüfus açısından yeterince kapsayıcı ve garanti ettikleri hizmet paketi açısından da yeterince evrensel olamamaktadır.

B.3.9. Özelleştirme

Özelleştirme hükümet dışı aktörlerin giderek artan oranlarda sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumuna katıldıkları bir süreçtir. Sağlık sektöründe kamu ve özel sektörün rollerindeki değişikliği ifade eder. Finansman ve üretimdeki araçların mülkiyetindeki değişiklikle tanımlanır. Kimi zaman iç piyasa türü uygulamalar da özelleştirme başlığı altında anılır. Özel sağlık sektörü kâr amaçlı ve kâr amaçlı olmayan kurumları içerir. Özelleştirmenin yararları konusundaki varsayımlar şunlardır: 1) Özel sektör kamunun içinde bulunduğu yönetsel ve politik sınırlılıklardan muaftır. Bu nedenle kaynak yönetiminde verimliliği geliştirir ve sağlık hizmetlerinin etkin sunumunu sağlar. 2) Özelleştirme ile kıt olan kamu kaynaklarının yoksullara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı için serbestleştirilmesi sağlanacaktır. 3) Rekabet gibi piyasa güçlerinin sağlık sistemi içine girmesiyle hizmet kalitesinde artış olacaktır. (Muschell J 1995: 1-2)

Özelleştirme aktif ve pasif olarak ikiye ayrılır. Aktif özelleştirmede hükümet kamu ve özel sektör sorumluluklarındaki değişimi bilinçli olarak gerçekleştirir, motive eder. Pasif özelleştirmede ise özel sektör, hükümetin herhangi bir doğrudan politik müdahalesi olmaksızın "kendiliğinden" gelişir. Kamu kurumlarının satılması, sözleşme sistemi aktif özelleştirme biçimleri olarak anılır. Pasif özelleştirme genellikle ekonomik krize bağlı olarak kamu sektörünün yetersizleştiği dönemlerde ortaya çıkar.

Kamu sektörü bütçesinin sıkı biçimde denetlendiği durumlarda da, kamuda çalışan sağlık personeli özel sektöre kaçmaya başlar. Bu da pasif özelleştirmeyi yaratır. Pasif özelleştirmenin sonuçlarından birisi informal sağlık sektöründeki hızlı genişlemedir. Bu da maliyetlerin ve kalitenin izlenmesini ve denetimini olanaksızlaştırır. (Muschell J 1995: 4-5)

Özelleştirme kamu mülkiyetinin özel aktörlere devri anlamına gelse de bugün piyasa ilişkilerinin sözleşme modelleri çerçevesinde kullanılmasını da kapsayacak anlamda kullanılmaktadır. Kamu mülkiyetinin korunması halinde sözleşme modeli iki yolla özelleştirmeyi sağlamaktadır. Bunlardan birincisi piyasa yönetim kurallarının kamu kurumlarında kullanılmasıdır. Bu durumda tercih edilen yönetim pratikleri de şunlar olacaktır: Sübvansiyonların kaldırılması, kamunun monopol yapısına son verilmesi, kuruma otonomi tanınması, sözleşmelerle kimi hizmetlerin özel mülk durumundaki başka kurumlardan satın alınması. İkinci yol, kamu mülkiyeti durumu korunsa da bu kamu kurumu yönetiminin özel bir yönetici aktöre devredilmesidir. Bu anlamda bakıldığında hizmet finansman ve üretim boyutlarının ayrılması esasına dayalı olan sözleşme modeli esasen bir özelleştirme uygulamasıdır. (Perrot J 2006)

Özelleştirmenin en önemli hedeflerinden birisi, sağlık sistemine girmek isteyen sermaye için rahat bir hareket alanı yaratmaktır. İlaç ve tıbbi teknoloji sektörleri geleneksel olarak zaten özel niteliktedir. Son yıllardaki özelleştirme harekatının hedeflediği ise doğrudan tıbbi bakım alanını ve özellikle de hastanecilik hizmetlerini sermayenin kâr alanına açmaktır.

Tıbbi bakım hizmetleri için hükümetlerce özel sektöre verilen tıbbi teşvikler, özelleştirmenin bilinçli bir politik tercih olduğunu göstermektedir. Özellikle sağlık hizmeti talebinin yeterince oluşmadığı ülkelerde, özelleştirme bu türden teşvikler olmaksızın ilerleyememektedir.

Sermayenin tıbbi bakım alanına girmesinin önündeki önemli engellerden birisi üretici kurumların (sermaye yoğunlaşmasının düşük olduğu) çok parçalı yapısı ve hekimlik mesleğinin kendine özgün niteliğidir. Gerçekten de tüm kapitalist pazarlarda her bir hekim kendi başına bir işletme olarak çalışabilmekte, meslek birliklerinin varlığı hekimler ara-

sındaki rekabeti azaltmakta, bu da piyasanın acımasız kurallarını tamponlamakta, mesleğin halen çok güçlü olan feodal, "ruhani" yönleri sektörün çok parçalı yapısını güçlendirmektedir. Bunların tümü sermaye birikimini ve yoğunlaşmasını engelleyen etkenlerdir.

Bu durumda tıbbi bilginin denetimini tekelleştirecek politikaların üretilmesi özellikle gereklidir. Hekimlik bilgisinin kullanımına müdahale olanakları sınırlı olan sermaye, geliştirdiği yeni finansman teknikleriyle pazarın çok parçalı yapısını gidermeye, tekelleşmeye elverişli bir ortam yaratmaya çalışmaktadır. Sosyal sigorta sistemi bu bakımdan önemli araçlardan birisidir. Sağlık alanında sermayenin merkezileşmesi süreci ilaç ve tıbbi teknoloji tekellerinin hareket alanını rahatlatacak, tek hekimin satın alamadığı teknolojilerin kullanını (büyük işletmelerin ortaya çıkması ve sermayenin tekelleşmesiyle) artacaktır.

Sigorta, özelleştirilecek sağlık sisteminin fon güvencesidir. Bu yolla büyük sermayenin sağlık piyasasına sokulması planlanmaktadır. İşte bu bağlamda, çevre ülkeler için tek başına özelleştirme pek olanaklı görünmemektedir. Arkada sigorta dayanağı olmak zorundadır. (Ardıç F, Belek İ ve diğerleri 1992: 31-46)

Özelleştirme sürecindeki güçlükler kimi geçiş politikalarını da gündeme getirmektedir. Şöyle ki: Özelleştirmenin yaygınlaştırılabilmesi açısından özel sağlık sektörüne teşvik verilmekte, özel sağlık hizmeti kullananlara vergi indirimi uygulanmaktadır. Kamu kurumlarında özel klinikler açılmakta, kamu hastanelerindeki yataklar özel kullanım için ayrılmaktadır.

Son yıllarda kamu sağlık sektörünün en yaygın olduğu İskandinav ülkelerinde bile benzer yönde gelişmeler gözlenmektedir. Özellikle ayaktan tedavi edici hizmetlerde özel sektör yaygınlaşmaktadır. Son birkaç yıldır özel sigortacılık da gelişmektedir. Kimi kamu kurumları da özel hastanelerden hizmet satın almaya başlamış durumdadır. (Saltman RC 1992: 163)

Yukarıdakilerin tümü kamu eliyle özel sektöre kaynak aktarmanın yollarıdır. Dikkat edilmesi gereken nokta, bütün bunların kamu kaynaklarının kıt olduğunun belirtildiği bir dönemde gündeme getirilmesidir.

Dolayısıyla kamu sağlık harcamalarının azaltılmasına neden olan dinamikler içinde, sağlık alanına yatırım yapan sermayenin baskısını da özel olarak anmak uygun görünmektedir.

Özelleştirme uygulamaları sağlık hizmetine ulaşımda eşitsizlik yaratır. Özel sigortalar riski daha az olan (bir başka deyişle geliri yüksek) bireyleri seçerler, özel sağlık kurumlarından ise yine geliri yüksek olanlar yararlanabilir. Bu da yoksullar, kırsal kesimde ve gecekondularda yaşayanlar aleyhine bir durum yaratır. Özelleştirme, özel sağlık sektörü aktörlerinin kârı maksimize etme kaygılarına bağlı olarak maliyetlerin yükselmesine neden olur. Bu da verimliliği azaltır. Verimsizlik özellikle hizmet başına ödeme yapılan özel sağlık sigortacılığında belirgindir. (Muschell J 1995: 1-7)

Zimbabve, Namibya, Güney Afrika'da özel sektör patron temelli sigortalarca desteklenmektedir. Zimbabve'de bu programların yaptığı harcamaların yüzde 74'ü, hekimlerin yüzde 40'ının tam süreli olarak çalıştıkları özel sağlık kuruluşlarına gitmektedir. Kamerun'da sağlık kurumlarının yüzde 35'i özel sektördedir. Sahra-Altı Afrika ülkelerinde özel sektörün yaygınlaşması hekimlerin kamu sektöründen kaçmasına neden olmaktadır. Bunu engellemek için değişik politikalar uygulansa da (Nijerya ve Zimbabve'de kamu ücretlerinin artırılması, Zimbabve'de hekimlere yarı süreli çalışma hakkının verilmesi gibi) başarılı olunamamaktadır. Hükümet kaynaklarının yetersizliği, sigorta programlarının patron temelli olması özel sağlık sektörünün yaygınlaşmasında ve hekimlerin buraya kaymalarında önemli etkendir.

Hırvatistan'da, Yugoslavya'nın parçalanmasından önceki dönemde, bütün sağlık hizmetlerini ve nüfusun tamamını kapsayan bir sigorta sistemi vardı. 1990 yılında hükümet sigorta sisteminin kapsamını daralttı ve standart bir hizmet paketi belirledi. Eskiden genel pratisyenlerin ve hemşirelerin ev ziyaretleri sağlık sisteminin önemli bir bileşeniydi. Reform sürecinde bu hizmetler sigorta kapsamı dışında bırakıldı. Uzun süreli hastalık durumlarında, hastalanan işçinin ücretinden kesinti yapılmaya başlandı. Kullanıcı ödentileri artırıldı, özel sigortacılık desteklendi. Reform süreci sonrasında vatandaşların yüzde 90'ı reformlardan mem-

nun değildi. Toplumsal sınıfların reformlara bakışında önemli farklılık oluştu. Alt ve orta gelir gruplarının yarısı reformların kendi durumlarını bozduğunu düşünmekte iken, bu oran üst gelir grubunda yüzde 20 idi. Cepten ödemeleri önemli bir sorun olarak değerlendirenlerin oranı alt gelir grubunda yüzde 69, orta gelir grubunda yüzde 51 iken, üst gelir grubunda yüzde 30'du. (Chen MS, Mastilica M 1998: 1157-1158)

Hindistan'da özel sağlık sektörünün ağırlığı önemlidir. Toplam sağlık harcamalarının yüzde 75'i özel harcamalar şeklindedir. Bunun üçte biri ikinci ve üçüncü basamaktaki tedavi edici hizmetlere, kalanı da birinci basamak tedavi edici hizmetlere gitmektedir. 1961 yılından beri özel harcamalardaki artış yılda yüzde 12.5'dir. Hastanelerin yüzde 57'si, hastane yataklarının da yüzde 32'si özel sektördedir. Yataklı tedavi hizmetlerinin üçte birini, ayaktan tedavi hizmetlerinin de dörtte üçünü özel sektör vermektedir. Özel sektörde üretilen sağlık hizmetlerinin maliyetinin daha fazla olduğunu gösteren araştırmalar vardır. Özel hekimler hizmet başına ödeme almaktadır. Bu durumda fiyatlar hekimlerce belirlenmekte ve hekimler birliğinin belirlediği fiyatlara uyulmamaktadır. Hekimler kafalarındaki gelir düzeyine göre fiyat belirlemektedir. Özel sektörde çalışan hekimlerin yüzde 88'i hastaların muayene fiyatlarını ödeyememesini, yüzde 86'sı hasta akışındaki azalmayı, yüzde 94'ü hasta sayısındaki mevsimsel dalgalanmayı bir sorun olarak belirtmektedir. Gereksiz ilaç yazımı, ücret artırmaya yönelik uygulamalar, tanısal testlerin gereksiz kullanımı özel sektördeki başlıca sorunlardır. Örneğin özel sektörde çalışan hekimler, özel pratikte gereksiz ilaç yazımının yüzde 72 oranında olduğunu belirtmişlerdir. Hindistan örneği özel sektörün maliyet azaltma ve kaliteyi artırma bakımından başarısız olduğunu göstermektedir. (Bhat R 1999)

Kamu sağlık sisteminin organizasyonu açısından büyük bölgesel farklılıklar halen devam etmektedir. Bu nedenle kamu özel sektör ortaklığı stratejileri gündeme getirilmektedir. Buna karşılık kimi yazarlar bu yaklaşımın kaçınılmaz olarak özelleştirme sonucunu vereceğini belirtmekte ve özelleştirmenin tamamen yoksul olan yüzde 20'lik toplum kesiminin gözden çıkarılması anlamına geleceğini vurgulamaktadırlar. (Aggarwal AK 2008)

Özelleştirmeci ve piyasa yönelimli politikalar açısından en dikkati çeken

ülkelerden birisi de Şili'dir. Şili yakın tarihini bu bakımdan ikiye ayırmak olanaklıdır. Bunlardan ilki 1950'lerin başında başlayan ve 1973'e kadar süren dönemdir. İkincisi ise daha sonra başlar ve 1990'ların başına kadar olan zamanı kapsar. İkinci dönem Pinochet dönemi olarak da bilinir. İlk dönem de kendi içinde ikiye ayrılır. 1952-1970 arasında sosyal politikalarda, sosyal güvenlik sisteminde, sendikal harekette, insan haklarında önemli gelişmeler olmuş ve bu gelişmeler 1970 yılında iktidara gelen Allende'nin çalışmaları açısından zemin oluşturmuştur. Allende 1973 yılında kanlı bir darbeyle devrilinceye kadar sürdürdüğü devlet başkanlığı görevinde sağlık başta olmak üzere sosyal sektörlere özel önem vermiştir. 1950'li yılların başlarında ülkenin ilk sosyalist hükümeti tarafından oluşturulan ulusal sağlık sisteminin performansı Allende zamanında en üst düzeye çıkmıştır. Sağlık hizmetinin sunumu talebe değil, haklara göre örgütlenmiştir. O dönemde ulusal sağlık sistemi harcamalarının yüzde 40'ı kamu sigortası primlerinden, kalanı da devlet bütçesinden gelmekteydi. Üniversite hastanelerinin hemen tamamı ulusal sağlık sisteminin kurumu olarak çalışmaktaydı. Allende döneminde işsizlik yüzde 6.1'den (1970), yüzde 3.2'ye (1972) indirildi. Sonrasında ise yüzde 9.4 (1974) ve yüzde 13.9'a (1978) yükseldi. En zengin yüzde 20'lik nüfus diliminin ulusal gelirden aldığı payın, en yoksul yüzde 20'nin gelirine oranı 1969'da 5.8 iken, 1972'de 3.6'ya indirildi, sonradan 9.8 kata (1978) yükseldi. İmalat sanayinde kapasite kullanım oranı 1969'da yüzde 67.2 iken, 1973'te yüzde 73.1 oldu ve 1976'da yüzde 56.0'ya geriledi. Ücretlerin ulusal gelirdeki payı 1970'te yüzde 52.3 idi, 1972'de yüzde 62.8'e yükseldi ve 1976'da yüzde 41.1'e düşürüldü. Ulusal sağlık sistemi harcamaları içinde ücretlerin oranı yüzde 57.6 (1968), yüzde 66.5 (1970) ve yüzde 41.0 (1975) olarak seyretti. Kişi başı sağlık harcaması 1968 ve 1969 yıllarında 26 Dolar'ken, 1970'te 32, 1972'de 43 Dolar oldu ve 1976'da 23 Dolar'a geriletildi. 1973 faşist darbesi sonrasında ulusal sağlık sisteminin altyapısı dağıtıldı, pek çok hekim sürgüne gönderildi. Yıllar içinde ulusal sağlık sisteminde çalışan personel sayısı azaldı. Sosyal harcamalar 1976 yılında 1972 yılına göre yüzde 29 oranında azaltıldı. Sağlık harcamalarındaki azalma yüzde 65, konut harcamalarındaki azalma yüzde 53, sosyal sigorta harcamala-

rındaki azalma yüzde 28 oldu. Oysa 1965-70 dönemi ile 1971-72 dönemi arasında artış vardı ve artış oranları sağlık için yüzde 45, konut için yüzde 93, sosyal sigorta için yüzde 63 oranındaydı. 1970'li yılların sonunda belirginleşen ekonomik bunalım durumu daha da kötüleştirdi. Toplumun en yoksul yüzde 40'lık diliminin ulusal gelirden aldığı pay 1972'de yüzde 24.1 iken, 1978'de yüzde 14.5'e geriledi. 1980 yılında bir hükümet kararnamesi ile ulusal sağlık sisteminde köklü değişiklikler yaratıldı. Aynı zamanda da hekimlerin tabip odalarına üyeliği zorunlu olmaktan çıkarıldı ve tabip odalarının sağlık sistemi üzerindeki etkinliği sınırlandı. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık merkezlerinin üçte biri belediyelere devredildi. Belediyelerin başkanları merkezden atandı. Belediyeler sağlık personelinin iş güvencesine son verdiler.

Sağlık sistemi 27 "özerk" bölgeye parçalandı ve merkezi yapısına son verildi. İki tür sağlık fonu oluşturuldu. Bunlardan ilki FONASA denilen idi (Ulusal Sağlık Fonu). FONASA Bismarkçı bir kamu sigorta sistemidir. Gelir kaynağı ücretlerin yüzde 9'u olarak kesilen primlerdir. İşlevi ise özerk sağlık bölgelerinden hizmet satın almaktır. FONASA üyeleri değişik miktarlarda katkı payı da ödemektedir. Böylece sağlık hizmetlerinin işleyişini hak değil, piyasa belirlemeye başladı. Zaman içinde yoksul birimlerin aleyhine bir durum gelişti. İkinci sağlık fonu ISAPRE denilen özel sağlık sigortasıydı. Özel sağlık hizmetlerini finanse etmek üzere toplam 35 ISAPRE oluşturuldu. Bunlar 1990 yılında yaklaşık 2.5 milyon kişiyi (toplam nüfusun %18'i) kapsamaktaydı. ISAPRE'ler müşterilerini yaş, aile büyüklüğüne, sağlık riskine göre seçerler. Bir yıllık sigorta sözleşmesi sonunda sözleşmeyi yenilememe hakkına sahiptir. ISAPRE hizmetlerinin maliyeti kamu sektörünün 2.5 katıdır. Nüfusun yoksul kesimleri ISAPRE'ye başvuramadıkları için FONASA'ya üye oldular. FONASA'nın ise mali durumu iyi değildir. Böylece nüfusun yoksul kesimlerinin durumu giderek kötüleşirken, ISAPRE zenginlere hizmet veren modern hastaneler açtı. ISAPRE'lerin ortalama kârı yüzde 20'dir. Bu iki yapı, sağlık personelinin kamudan kaçmasına neden oldu.

Ulusal sağlık sisteminin toplam harcamalardaki payı 1983 yılında 1972-73 dönemindeki payın üçte birine indi. Böylece ulusal sağlık sistemi,

geliri yeniden dağıtıcı işlevini yitirdi. Halk sağlığı harcamaları 1974 yılında 13,170 milyon Dolar iken 1983 yılında 12,497 milyon Dolara geriledi. Üstelik bu dönemde nüfus da 10 milyondan, 11.8 milyona ulaşmıştı. 1974 yılında yatırım harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı yüzde 12 idi, 1983 yılında yüzde 1'e indi. Yatırımlardaki azalma ulusal sağlık sisteminin bütün altyapısının eskimesine, işlevsizleşmesine neden oldu. Kamusal kullanım alanlarından serbestleşen sermaye, nüfusun küçük bir kesimine hizmet sunan özel sektöre kaydı. Sosyal harcama indeksi 1965-70 dönemi ortalaması olarak 100 kabul edilirse, 1972'de 145'e yükselmişti, ancak 1981'de 100, 1982'de 95, 1985'te 65, 1989'da 58 olarak gerçekleşti. 1988 yılında nüfusun en varlıklı yüzde 20'si ulusal gelirin yüzde 60'ını, en yoksul yüzde 40'ı ise ancak yüzde 11.8'ini alabiliyordu. (Sepulveda C 1995: 8-30; World Bank 1993: 162)

Ancak 1990 yılında yapılan ilk demokratik seçimlerle seçilen hükümet sosyal demokrat değişiklikler yarattı. Buna bağlı olarak kamu sağlık harcamaları önceki döneme göre mutlak anlamda üç katına çıktı. ISAPRE'ler sağlık riskine göre prim düzeyi belirlediği için, özellikle düşük gelirli gruplarda ailelerin geliri üzerinde katastrofik etkisi vardır. Bu durum sosyal demokrat hükümet döneminde alınan önlemlere rağmen değişmemiştir. Ancak kamu sigorta sisteminin gelişmesi nedeniyle özel sigorta kurumlarına üye olanların oranı yüzde 25'ten yüzde 16'ya inmiştir. Halen en yoksul aileler arasında ISAPRE üyelerinin oranı yüzde 1.6 iken, en zengin grupta yüzde 50'dir. 60 yaş üzerindekilerin ödemesi gereken prim miktarı gençlerin tam sekiz katıdır. Bu sektörde yer alan üç özel sigorta kurumu piyasanın yüzde 80'ine hakimdir. Sosyal reformlara rağmen sağlık harcamalarının yüzde 38'i nüfusun yüzde 21'ine yönelmektedir. Kullanılan sağlık hizmetinin niteliği gelirle doğrudan ilişkilidir. Bu durum ameliyatlar ve laboratuar tetkikleri için belirgindir. Yüksek gelirliler düşük gelirlilere göre üç kat daha fazla oranda uzman hekime muayene olabilmektedir. Ayrıca kamu sisteminde uzmana muayene olmak daha zordur. Şili, sağlık sisteminin özelleştirilmesinin ve özel sağlık sigortacılığının etkilerinin gözlenmesi açısından önemli bir laboratuardır. (Unger JP ve diğ. 2008)

Arjantin'de 1989 yılında yaşanan ekonomik kriz ve sonrasında buna yanıt olarak geliştirilen neoliberal önlemler paketi sağlık sigortasının yapısında önemli değişiklikler yarattı. Amaçlar şöyleydi: 1- Değişik işçi gruplarını kapsayan değişik kamu sigorta kurumları (Obras Sociales) arasında rekabet yaratmak. 2- Hastane yönetimini desantralize etmek. Bu amaçla işçilere istedikleri kamu sigorta kurumunu ya da özel sağlık sigortasını seçme hakkı tanındı. Sağlık Bakanlığı yönetimindeki sistem, belediyeler düzeyine desantralize edildi. Merkezi hükümetin işlevleri tamamen sınırlandırıldı. Sorumluluklar bölge sağlık yönetimlerine aktarıldı. Sonuç olarak koruyucu sağlık hizmetleri için bile katkı payı alınmaya başlandı. Kamu sigorta kurumlarının liberalizasyonu ile birlikte sigorta sistemine patron katkı payı oranı yüzde 6'dan yüzde 5'e düşürüldü ve kamu sigorta kurumları özel hizmet üreticilerinden hizmet satın almaya yönlendirildi. Sonuçta sigortası olanlar da özel sağlık sigortalarına kayıt olmak zorunda kaldılar. Bugün nüfusun yüzde 10'u özel sigortalara kayıtlıdır ve bunların yüzde 60'ı kamu sigortasına tamamlayıcı niteliktedir. Cepten harcamalar toplamı sağlık harcamalarının yüzde 30'u kadardır. Bunun da yüzde 70'i ilaçlar için yapılmaktadır. Hane başına ortalama cepten harcama miktarı aylık 52 Dolar'dır. Bu miktar hanelerin yüzde 10'u için hane halkı gelirinin yüzde 20'sini bulmaktadır. (Cavagnero E ve diğ. 2006)

Eski sosyalist ülkelerde el altı (under-the-table) ödeme denilen informal ve özel ödeme sisteminin yaygın olduğu bilinmektedir. Bu sistem resmi olarak tanınmayan, ancak hekimlerin muayene sırasında hastalarından aldıkları parayı ifade eder. Hekim geliri içindeki ağırlığının yüzde 25 kadar olduğu belirtilmektedir. Sosyalizmin yıkılışı sonrasında bu ülkelerin ulusal geliri yüzde 20-80 arasında azaldı. Bu da vergilerin düşmesine ve hükümet gelirlerinin yüzde 36 oranında azalmasına neden oldu. Azalma Tacikistan (%87) ve Ermenistan (%96) gibi iç savaş yaşayan ülkelerde daha da belirgindi. Bu azalmayı gidermek için sigorta sistemine geçildiyse de istenen sonuca ulaşılamadı. (Ensor T, Savelyeva L 1998: 41-42)

Eski sosyalist ülkelerdeki sağlık sisteminin değişimi bir yandan özelleştirmenin, bir yandan Semeshko modelinden sigorta (Bismark) modeline geçişin, bir yandan hizmet üretimi ile finansmanının birbirinden ay-

rılmasının ve bunun gereği olarak finansör kurumlarla üretici kurumlar arasında sözleşme sistemine geçişin, bir yandan da hastane ve birinci basamak hekim ödeme mekanizmalarının değiştirilmesinin tipik bir örneğidir. Dolayısıyla eski sosyalist ülkeler sağlık reformları denilen piyasacı operasyonun topyekun ve ani biçimde uygulandığı ülkelerdir.

Kazakistan'da 1995 yılı sağlık fonları, 1990 yılı kapasitesinin ancak yüzde 30'u kadardı. 1995 yılında ulusal sağlık sigortası kuruldu. Ancak aynı ekonomik etkenler, sigorta primlerinin toplanmasında da başarısızlık yarattı. Özellikle tarımsal ekonominin çöktüğü kırsal kesimde sağlık için finansman kaynağı yaratabilmek daha da zordu. Bütün bunlar sağlık kurumlarını cepten ödemelere yöneltmektedir. Örneğin Alma Ata'da sağlık kurumlarının gelirlerinin yüzde 10'u bu tür kaynaklardan sağlanmaktadır (1996) ve bu oranın daha da artması beklenmektedir. Türkmenistan'da hastane harcamalarının yüzde 50'si hastalardan alınmaktadır. Bu tür ödemeler hem sağlık personeline hem de sağlık kurumuna yapılmaktadır. Kırsal kesimde bu ödemelerin ayni biçimde de yapılabildiği bilinmektedir. Sağlık kurumlarında tedavi olan hastalar ilaçlar da içinde olmak üzere pek çok malzemeyi kendileri sağlamak zorundadır. Kazakistan'da sağlık hizmetinin sunumunda kullanılan malzemelerin giderlerinin yüzde 25-30'u hastalarca karşılanmaktadır. Hekimlere ödenen para ise muayenede 5 Dolar'dan başlayarak, bir operasyonda binlerce Dolar'a kadar ulaşmaktadır. Bütün bunların sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizlikleri artıracağı beklentisi vardır. Öte yandan hastalar kaliteli hizmet almak için mutlaka sağlık kurumuna ya da hekime, ayni ya da nakdi olarak ödeme yapmak zorunda kalmaktadır. (Ensor T, Savelyeva L 1998)

Çek Cumhuriyeti'nde 1991 yılında eski Semeshko sisteminin yerine zorunlu sigorta sistemi getirildi. Aynı dönemde hizmet başına ödeme sistemiyle birlikte özelleştirme desteklendi. Ancak, hizmetin aşırı kullanımı, sağlık çalışanlarının memnuniyetsizliği, finansal açıklar ve yetersiz düzenleme yeni önlemlerin alınmasına neden oldu. Bu önlemler içinde birinci basamağa kapı tutucu işlevinin verilmesi, ödemelerin tanı temelli grup temelinde gerçekleştirilmesi ve uzman hekim sayısının azaltılması gibileri vardır. Dokuz tane kamu sosyal güvenlik kurumu vardır. Birinci

basamak kurumları özel statüdedir. Poliklinikler ve küçük ölçekli hastaneler de özelleştirilmiştir. Böylece kamu finansman kaynakları önemli oranda özel sağlık kurumlarına akmaktadır. Bu, sosyal güvenlik sistemi açısından finansal sorunlar yaratmaktadır. Yeni düzenlemeler bu sorunun aşılmasına yöneliktir. Bu amaçla ödeme sistemi değiştirilmekte ve katkı payı getirilmektedir. (Rokosova M, Hava P 2005)

Romanya'da Semeshko modeli 1989 yılından itibaren değiştirilmeye başlandı. Vergiyle finanse edilen sistemden; çok başlı, desantralize, sözleşmelere dayalı sigorta sistemine geçildi. Bölgesel temelli 42 tane sağlık sigorta fonu kuruldu. Bunlar özel ve kamu hizmet üreticilerinden hizmet satın almaktadır. Özel sağlık hizmet üreticileri artmaktadır. Sağlık harcamalarının yüzde 29'u özel harcamadır. Birinci basamaktaki genel pratisyenler devletten bağımsızdır, sigorta fonlarıyla sözleşme yaparlar ve kendi ofislerinde özel olarak çalışırlar. Uzman hekimlerden özel çalışanların oranı artmaktadır. Hastane ödemeleri hastane faaliyetleri dikkate alınarak global bütçeleme ile yapılmaktadır. Global bütçelemenin yüzde 30'u performans kriterlerine göre gerçekleştirilmektedir. Birinci basamaktaki hekimlerin ödemesi kişi ve hizmet başı ödeme sistemlerine göre yapılmaktadır. (Radulescu S, Olsavsky V 2000; Tragakes E, Lessof S 2003)

Macaristan'da sağlık sistemi 1990'ların sonunda özelleştirilmeye başlandı. Bugün 11,000'den fazla özel sağlık kurumu vardır. Özel kurumlar birinci basamakta da çalışmaktadır. 2003 yılında hastanelerin özelleştirilmesini sağlayan bir yasa kabul edilmiştir. Kamu niteliğindeki hastanelerin ya da hastane birimlerinin yüzde 49'u satılabilmektedir. Satın alanlar ise kurumu kâr amaçlı olarak işletebilmektedir. Bu yasaya sağlık çalışanlarının iş güvencesini riske attığı için karşı çıkanlar vardır. İşçi Partisi bu nedenle yasayla ilgili referandum talep etmektedir. Şimdiden iki belediye, hastanelerini özelleştirmeye karar vermiştir. Gelecekte özel sigorta kurumlarının finansmanın yüzde 30'unu sağlayacağı tahmin edilmektedir. (Csonka A 2004)

Polonya'da kamu hastanelerinin hızla özelleştirilmesi planlanmaktadır. Özelleştirmenin en yaygın biçimi hizmetlerin dışarıdan satın alınması ve total özelleştirme, yani mülkiyet devridir. 1999 sonrasında uygulan-

maya başlanan desantralizasyon çerçevesinde bu özelleştirmeler tercih edilmiştir. Reformlar sonrasında, iki yılda, kamu birinci basamak kurumlarına başvurular yüzde 40 azalmıştır. 2001 için özel birinci basamak kurumlarına başvuru kamu kurumlarından 10 milyon daha fazladır. Özel hastanelere başvurular ise 1999 sonrasında yüzde 500 artmıştır. (Siuda KK, Romaniuk P 2006)

Moğolistan sosyalist rejim altında sağlıkta büyük ilerlemeler kaydetmişti. 1960-1990 arasında ortalama yaşam umudu 47'den 63'e yükselmişti ve okur yazarlık oranı yüzde 96 idi. 1990'larda Çin'le gelişen ilişkilerin de etkisiyle piyasacı reformlara yönelindi. 1990-1992 arasında ulusal gelir, bu politikaların etkisiyle yüzde 20 düştü ve özelleştirme başlatıldı. 1996'da nüfusun yüzde 36'sı yoksulluk sınırının altında yaşam sürüyordu. 1994 yılında sigorta yasası çıkarıldı. Sigorta sistemi nüfusun yüzde 60'ını kapsamaktadır. Ancak yoksulların tamamı kapsamda değildir. İşsizler, informal sektörde çalışanlar güvencesizdir. Güvenceliler için bile katkı payları hizmet kullanımının önemli engelidir. Kişi başına yapılan sağlık harcaması yılda yoksul olmayanlar için 14, yoksul kentliler için ise 9.7 Dolar'dır. Yoksulluk sınırının altında yaşayanlar, diğerlerine göre, sağlık için gelirlerinin yüzde 10 daha fazlasını harcamak zorunda kalmaktadır. Yoksulların yüzde 43'ü finansal nedenlerle sağlık hizmeti kullanamadıklarını belirtmektedir. yüzde 25'i ise sağlık için cepten harcadıkları paranın ekonomik durumlarını tehdit ettiğini düşünmektedir. (Janes CR ve diğ 2006)

Kanada'da Calgary'deki katarakt cerrahi uygulamaları özelleştirmenin etkilerini test etmek açısından yararlıdır. Bu sağlık bölgesinde katarakt ameliyatları özel sektörden satın alınmaya başlanmıştır. Tüketici birliğinin yaptığı bir araştırma bu ameliyatlar için bekleme süresinin, özel sağlık kurumlarının daha az olduğu Edmonton sağlık bölgesinden daha uzun olduğunu ortaya çıkarmıştır. Ayrıca özel kliniklerdeki hizmet, kamu kliniklerinden daha pahalıdır. Calgary'lilerin yüzde 80'i bu ameliyatlar için kabaca 400 Dolar daha fazla ödemektedir.

Johns Hopkins Üniversitesi'nin 3000 hasta kaydı üzerinde yaptığı bir araştırmaya göre kar amaçlı böbrek nakil merkezlerindeki ölüm oranı kâr amaçsız merkezlere göre daha yüksektir. Kar amaçsız merkezler

böbrek yetmezliği olan çocuk hastalarını daha güvenilir bir yöntem olarak kabul edilen diyalizle tedavi etmeyi (nakil yerine) tercih etmektedir. Kâr amaçlı merkezlerin hizmette duplikasyona daha fazla oranda gittikleri bildirilmektedir.

ABD'de Medicare'in verilerinin gösterdiğine göre kar amaçlı hastanelerin bulunduğu bölgelerdeki sağlık harcamaları daha yüksektir ve daha hızlı artma eğilimindedir. 1990-1994 arasında kâr amaçlı hastanelerden taburcu edilen her hasta için 8115 Dolar fatura edilmişken, bu miktar kâr amaçsızlarda ortalama 7,490 Dolar'dır. Buna karşılık kar amaçsız sistemde koruyucu sağlık hizmetleri daha niteliklidir. (Canadian Health Services Research Foundation 2003)

Cezayir'de 1990'lardaki ekonomik kriz sırasında benimsenen neoliberal politikalar özellikle kamu sağlık hizmetlerinde sınırlamalara neden olmuştur. Çok sayıdaki hekim, özellikle uzman hekimler, özel sektöre yönelmiştir. Özelleştirme; hastanecilik hizmetlerini öne çıkarmış, bu da sağlık harcamalarının gereksiz artışına yol açmıştır. Toplumun sağlık taleplerinin tedavi edici sağlık hizmetleri yönünde değişmesi de hekimlerin ileri derecede uzmanlaşmalarına neden olmaktadır. Bu gelişmeler özellikle eğitim hastanelerinin hekim sıkıntısı yaşamasına yol açmıştır. Özelleştirme nedeniyle kamu sektörü kaynak sıkıntısı çekmekte ve burada oldukça niteliksiz hizmet sunulabilmektedir. Temel hastanecilik hizmetleri için bile hastalar hastane hastane dolaşmak zorunda kalmaktadır. Kamu sektöründe, 1990-1995 arasında kişi başı muayene sayısı yüzde 25 azalmıştır. Kamu kurumları cihazları yetersizdir, bu nedenle hastalar özel sektöre yönlendirilmektedir. Hastanelerde uzmanlar yetersizdir, buna bağlı olarak yatak işgal oranı yüzde 50'nin altındadır. Sosyal güvenlik kurumlarının yaptığı geri ödemeler giderek azalmaktadır, bu da aileleri maddi bakımdan zor durumda bırakmaktadır. Özel sektördeki fiyatlar son 10 yıl içinde dörde katlanmıştır. Nüfusun yüzde 90'ı sosyal güvenlik sistemi kapsamında görünmekle birlikte sistemin güvenceye aldığı hizmetlerin kapsamı daralmaktadır. Kişi başı sağlık harcaması 1990'da 165 Dolar iken 2001'de 58 Dolar'a gerilemiştir. (Tlilane NK 2004)

Çin'de 1978 yılında Deng Xiaoping döneminde başlatılan piyasacı eko-

nomik düzenlemeler sağlık sisteminde de önemli değişiklikler yarattı. Bugün sağlık hizmetleri önemli derecede özel sektör ve yerel yönetimlerce sunulmaktadır. Bunun en önemli sonucu yükselen maliyetler nedeniyle hizmet kullanımında ortaya çıkan eşitsizliklerdir. Fiyatlar artarken hastane sayısı da artmıştır: 1980'de 9,900 iken, 2005'te 18,700. Kentlerdeki hastaneler ileri teknoloji kullanmaktadır. Bu durum buralarda sunulan hizmetin kalitesinin yükseldiği şeklinde yorumlanmaktadır. Bu gelişmenin bir sonucu da hizmet fiyatlarının yükselişidir. Bugün Çin'in gösterdiği en önemli şey, özelleştirme sürecinde, zengin ve yoksullar için ikili bir sağlık sisteminin ortaya çıkmış olmasıdır. Çin 1980'lerde kapitalist sisteme entegre olurken tıbbi cihaz ithalatı da patladı. 2003-2005 döneminde tıbbi cihaz piyasasındaki gelir yüzde 60 oranında artmıştı. Çin'de tıbbi cihaz kullanımındaki patlamanın nedeni hükümetin hastanelere gelirlerinin yüzde 70-90'ını kullanıcı ödentilerinden elde etme zorunluluğunu getirmiş olmasıdır. Bunun sonucunda, hastaneler yüksek gelir getiren pahalı teknolojilere yönelmişler ve temel bakım hizmetleri sağlayan hastanelerin yerini giderek ileri derecede uzmanlaşmış hastaneler almıştır. Sunulan hizmetin artan maliyetleri ise hastalara yansıtılmıştır. Hekimler tıbbi teknolojiyi gereksiz kullanmaktadır. Çin'de teknoloji pazarlayan şirketler ise bu durumu tam olarak istismar etmekte ve ileri teknoloji kullanan uzman hastaneleri pazar olarak kullanmaktadır. (Diep K 2008)

Kolombiya Latin Amerika ülkeleri içinde özelleştirmenin en belirgin yaşandığı ülkedir. Bu süreçte tamamen uluslararası finans kuruluşları belirleyici olmuştur. Tedavi edici hizmetler özel sektöre bırakılmış, devletin rolü azaltılmış, sağlık piyasasındaki değişik aktörler arasında rekabet koşulları yaratılmıştır. Zorunlu bir sağlık sigorta sistemi vardır. Fakat ancak ödeme gücü olan toplum kesimlerini kapsar ve yararlanılan hizmetlerin masrafının da ancak yarısını karşılar. Kamu kurumlarına otonomi verilmiştir. Böylece sağlık kurumları, kamu ve özel sigorta şirketleri rekabet edecek aktörler olarak tanımlanmıştır. Ek olarak nüfusun yüzde 45'inin herhangi bir sağlık güvencesi yoktur. Üstelik 2000 yılından sonra sosyal güvencesizlerin oranını yüzde 5 kadar artmıştır. Finansman sorunları yaşayan kamu hastaneleri rekabete dayanamayıp kapanırken,

özel hastane sektöründe patlama yaşanmaktadır. Toplam sağlık harcamalarındaki artış, özel sağlık kurumlarının kârı olmaktadır. Kamudaki yetersizlik nedeniyle verem, sıtma, sifilis gibi bulaşıcı hastalıklarda artış vardır. Bu durum desantralizasyon adına ortaya çıkarılan yönetsel kaos ve aynı ortamda yerel yönetimlerin yaşadığı kaynak kıtlığına bağlıdır. Aşılama oranları aynı nedenle dramatik biçimde düşmüştür. (De Vos P ve diğ 2006)

Özelleştirme 1980'lerde yaygınlaştı. Ancak sağlık alanında piyasa yetersizlikleri nedeniyle daha çok ara formları uygulamaya konuldu. Kamu özel sektör ortaklığına dayalı modeller özelleştirmenin ara formları arasında sayılabilir. Bunlar arasında da şu uygulamalar yer alır: 1- Kamu otoritesi bir kamu hastanesinin yönetimini özel bir şirkete devreder (franchising). 2- Özel şirket kamunun gereksinimlerine göre kurumların dizaynını yapar, inşa eder, sabit sermaye yatırımlarını finanse eder ve bu kurumun yönetimini de üstlenir (dizayn, inşa, finanse et ve işlet modeli). 3- Kamu otoritesi kurumun mülkiyeti özel şirkette kalmak koşuluyla hizmeti satın almayı belli bir süre boyunca (30 yıl gibi) garanti eder (inşa et, sahiplen ve işlet modeli). 4- Kamu otoritesi belli bir süre için hizmet satın almayı garanti eder ve sonra da kurumun mülkiyetini devralır (inşa et, sahiplen, işlet, transfer et modeli). 5- Özel şirket hastaneyi inşa eder, sonra kurumu kamuya devreder (sat, sahiplen, geri al modeli). 6- Özel şirket, belli bir nüfusa hizmet vermek üzere, hastaneyi inşa eder, işletir (Alzira modeli).

Özellikle hastane inşasının söz konusu olduğu kamu özel ortaklığı projelerinde, bu işi yapabilecek özel şirket sayısı sınırlı olduğu için piyasa ilişkilerinin gelişmesi yine olanaksız olmaktadır. Öte yandan özel fonlardan finanse edilen projeler bir dizi nedenle kamu projelerinden daha pahalıdır. Bunun bir nedeni yüksek faiz oranlarıdır. Ayrıca bu projelere büyük paralar yatıran şirketler yüksek kârlar da elde etmek istemektedir.

İngiltere'de kamu özel ortaklığıyla gerçekleştirilen projelerin (varsayımların aksine) nitelikle ilgili sorunları vardır. Gerekenden ucuz materyalin kullanılması, bakım masraflarının tahminlerin yüzde 50 üzerinde olması, kötü drenaj sistemi (Cumberland hastanesi), patoloji departma-

nının bir yıl içinde üç kez su baskınına uğraması (kötü drenaj nedeniyle), kötü havalandırma ve filtrasyon (Durham bölge hastanesi), açılışın iki ay gecikmesi, açılıştan hemen sonra jeneratör ve merkezi elektrik sistemlerinin yenilenmek zorunda kalınması (Bishop Auckland hastanesi), negatif basınç odalarının iki yıl boyunca uygun şekilde kullanılamaması, mutfaklarda havalandırma sisteminin olmaması ve personelin 30 derece sıcaklıkta çalışmak zorunda kalması, hasta yataklarının uygun olmaması (Norfolk ve Norwich hastaneleri) bu sorunlardan bazılarıdır. İngiltere'de bu tip projelerin üstünlüğü ise genellikle zamanında ve belirlenmiş bütçe sınırları içinde tamamlanmasıdır. Ancak bu avantaj sıklıkla kaliteden ödün vererek sağlanmaktadır. (McKee M ve diğ. 2006a)

B.3.10. Özel sağlık sigortası

Avrupa'da özel sigortacılık halen sınırlıdır ve toplam sağlık harcamalarının yüzde 5'inden azı bu alandadır. İstisnalar Fransa, Almanya ve Hollanda'dır.

Özel sigorta, onu satın alabilenler için bir ayrıcalıktır. Sigorta şirketleri genellikle riskli hastalardan kaçma eğilimindedir (yanlı seçim).

Avrupa'da özel sigortacılık alanında, yanlı seçimi önlemeye yönelik düzenlemeler azdır. Bunun tek istisnası İrlanda'dır. Bu ülkede özel sigorta şirketlerinin her başvuranı üye yapma, primleri toplum ortalaması düzeyinde belirleme ve yaşam boyu sigortalılık güvencesi verme zorunlulukları vardır. Diğer ülkelerde şirketler yüksek risklilerden kaçarlar, prim miktarını riske göre belirlerler, standardize olmayan hizmet paketleri sunarlar ve yalnızca yıllık sözleşme yaparlar. Yaşlılar, kronik hastalığı olanlar genellikle sistemden öncelikle dışlanmış olurlar. Ödemeler hasta tarafından sağlık kurumuna nakit olarak yapılır ve hasta sonradan sigorta şirketinden geri ödeme alır.

Hollanda ve Almanya'da son yıllarda zorunlu sigortada yapılan yeni düzenlemeler düşük gelirlilerin bazı hizmetlere ulaşımını zorlaştırdığı için bu kesimler Vekil (Substitutive) özel sigortaya yönelmek zorunda kalmıştır. Bu nedenle de her iki ülkede de sigorta şirketleri yaşlılar için standart ve zorunlu sigortadaki pakete benzer bir hizmet paketini sun-

makla zorunlu tutulmuşlardır ve primlerin belirlenmesinde de devlet rol üstlenmiştir. Almanya'da ayrıca özel şirketlere yaşam boyu güvence sunma zorunluluğu getirilmiştir.

Tamamlayıcı (complementary) özel sigorta Fransa'da çok yaygındır ve 1998 yılı için nüfusun yüzde 90'ını kapsamaktadır. Ancak bu sigortada sunulan hizmetin niteliği prim miktarıyla doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle hükümet 2000 yılında geliri 645 Euro'nun altında olanlara, parasız tamamlayıcı özel sigorta sağlamaya başlamıştır.

Ek (Supplementary) özel sigorta, sigortalının hizmete ulaşımını hızlandırmaktadır, ancak bu durumda da hekimler ve sağlık kurumları özel sigortalılara iltimas geçmekte ve bu da kamu güvencelilerin hizmete ulaşımını güçleştirmektedir.

Özel sigortacılığın yönetsel maliyetleri kamuya göre daha yüksektir. Bunun bir nedeni finansman havuzunun küçük olmasıdır. Ancak esas neden risk değerlendirme, prim miktarını belirleme, yararlanım paketini oluşturma ve fatura ödemelerini yapma konularındaki bürokrasidir. Maliyetler ayrıca reklam, pazarlama, dağıtım, geri ödeme ve kârı maksimize etme kaygısı nedenleriyle de yükselmektedir. Avrupa ülkelerinde yönetsel maliyetlerin toplam prim gelirleri içindeki oranı kamu sigortası için yüzde 5 kadarken, özel sigortada yüzde 10 (Fransa, Lüksemburg, Almanya'da) ile yüzde 27.8 (İtalya'da) arasındadır. (Thompson S, Mossialos E 2004: 1-4; Polton D 2004: 4-5; Turner B 2004: 5-6; Atello V, Spandonaro F 2004: 6-7)

OECD ülkelerinde nüfusun üçte biri bir biçimde özel sigortalara üyedir. ABD, Hollanda ve Almanya'da özel sigortacılık kamu sigortasının dışarıda bıraktığı gruplara yöneliktir. Almanya ve Hollanda'da kamu sigortacılığı belli bir gelir düzeyinin üzerindekileri kapsamaz. ABD'de ise kamu sigortacılığı zaten sınırlıdır. Avustralya, İrlanda, Yeni Zelanda ve İngiltere'de özel sigortacılık, kamu sigortacılığının yanında bulunur ve aynı hizmetleri kapsar. Avustralya ve İrlanda nüfuslarının yarısının özel sigortası vardır.

Kanada'da ek özel sigorta, nüfusun yüzde 65'ini kapsar. Hollanda'da sosyal sigorta kapsamındaki nüfusun hemen tamamı ek özel sigortaların

da üyesidir. İsviçre'de nüfusun yüzde 80'i temel zorunlu sağlık paketi için ek özel sigorta da yaptırmıştır. Fransa, ABD ve Kanada'da özel sigortacılığın alanının geniş olmasının nedeni patron temelli sigortacılık sistemidir. (OECD 2004)

Avrupa'da özel sigortacılığın en az itibar gördüğü ülkeler vergiye dayalı sağlık sistemine sahip ülkelerdir. Bu durum ulusal sağlık sistemi kapsamında sunulan geniş hizmetten kaynaklanmaktadır. Ulusal sağlık sistemine sahip ülkelerde özel sigortaların ortalama primleri de (örneğin yılda İngiltere'de 60, İtalya'da 50 Dolar kadar), sigorta sistemine sahip ülkelerdeki özel sigorta prim ortalamasından (örneğin yılda Fransa'da 150, İsviçre'de 300 Dolar kadar) daha düşüktür.

Eski sosyalist ülkelerde de özel sigortacılığın önünde herhangi bir yasal engel yoktur. Hatta bu konuda ülkeler özel düzenlemeler de yapmaktadır. Ancak ülkelerin ekonomik koşullarının bozukluğu, özel sigortacılığın uygulama alanını iyiden iyiye daraltmakta ve onu tam anlamıyla ayrıcalıklıların sistemi yapmaktadır. Örneğin 1996 yılı itibariyle Rusya'da özel sigorta şirketlerine kayıtlı olanların sayısı yalnızca 120 bin kişiydi.

Tablo: 2000'lerin başında Avrupa'da özel sigorta kapsamındaki nüfus (%) (Thompson S, Mossialos E 2004: 1)

	Vekil (Substitutive)	Tamamlayıcı (Complementary)	Ek (Supplementary)
Avusturya	0.2	18.8	
Belçika	7.1	30-50	
Danimarka	0	28	
Finlandiya	0	0	0-17 yaş için 26-35 Eriskinlerde 6.7
Fransa	Hemen hemen 0	94	
Almanya	9	9	
Yunanistan	0		10
İrlanda	0	45	
Lüksemburg	0	70	

Tablo: 2000'lerin başında Avrupa'da özel sigorta kapsamındaki nüfus (devam)

	Vekil (Substitutive)	Tamamlayıcı (Complementary)	Ek (Supplementary)
Hollanda	24.7	60	
Portekiz			12
İspanya	0.6	11.4	
İsveç			1.0-1.5
İngiltere	0		11.5

Gelişmekte olan ülkelerde ise durum farklıdır. Bu ülkelerde 1.3 milyar insan sağlık hizmetine ulaşamamaktadır. Bu ülkeler dünyanın toplam hastalık yükünün yüzde 93'ünü sırtlanırken, toplam sağlık harcamalarının yalnızca yüzde 11'ini gerçekleştirmekte ve dünyanın gelirinin de yalnızca yüzde 18'ine sahip olmaktadır. Hükümetlerin finansal zayıflığı nedeniyle cepten harcamalar toplam sağlık harcamalarının üçte ikisi kadardır. Özellikle yoksul aileler üzerinde büyük bir sağlık harcaması yükü vardır.

Bu durumda, dağınık biçimde gerçekleşen cepten harcamalarını merkezileştirmek açısından özel sigortacılık bir seçenek olarak gündeme getirilmektedir. Buna karşılık, bugün 154 düşük ve orta gelirli ülkenin yalnızca 11 tanesinde sağlık harcamalarının en azından yüzde 10'u özel sigortacılık kanalıyla gerçekleşmektedir. Yine de son 10 yıl içinde bu grup ülkelerdeki özel sigortacılık sektörü, endüstrileşmiş ülkelere göre iki kat daha hızlı büyümüştür. Ülkeler arasında da büyük farklılık vardır. Barbados'ta özel sigorta primleri kişi başına 1064 Dolar iken, Bangladeş'te yalnızca 3 Dolar'dır. Özel sigorta prim gelirlerinin ulusal gelir içindeki oranı Suudi Arabistan'da yüzde 0.5 iken, Güney Afrika'da yüzde 15.9'dur.

Kapsamdaki nüfus, genellikle, zaten refah düzeyi yüksek olanlardır.

Gelişmekte olan ülkelerde sigorta şirketlerinin küçük olması nedeniyle bürokrasi daha azdır. Ancak yönetsel maliyetler, reklam harcamaları ve dağıtım faaliyetleri nedeniyle, yüksektir. Sistem isteğe bağlı olduğu için risk havuzu küçüktür, bu da programların finansal stabilitesini zayıflatmaktadır. Sigortacılar riskin yüksek olduğu durumlarda prim miktarını

artırmak ya da hastayı reddetmek eğilimindedir.

Özel sigortacılık programlarına ilişkin düzenlemeler, bu gruptaki ülkelerde, ülkenin ve sigorta endüstrisinin gelişmişlik düzeylerine, devletin düzenleyici kapasitesine bağlı olarak değişir. Örneğin Latin Amerika ülkelerinde bu sektör, özelleştirmenin sonucunda son yıllarda hızla gelişmiştir ve düzenleyici politikalar programların kapsamına ve piyasa performansını geliştirmeye yöneliktir. Çünkü bu bölgede prim düzeyleri yüksektir ve program kapsamları açısından, yoksullar ve yaşlılar kapsam dışında kaldığı için, eşitsizlikler vardır. Bu noktada gereksinim duyulan şey, sosyal programların genişletilmesidir. Doğu Asya bölgesinde sosyal sigorta yaygındır. Ancak cepten ödemeler giderek artmaktadır. O nedenle, hiç olmazsa cepten harcamaların özel sigortacılık üzerinden merkezileştirilmesi gereği üzerinde durulmaktadır. Doğu Asya ülkelerindeki düzenleyici faaliyetler bu noktada odaklanmaktadır. Sahra-Altı Afrika'da ise özel sigortacılık çok sınırlıdır. Bunun bir nedeni buradaki toplum temelli sigortacılık programlarıdır. (Drechsler D, Jutting J 2005)

Özel sağlık sigortası genellikle isteğe bağlı, kâr amaçlı, kamu sağlık sigortası ise zorunlu, kâr amaçsız olarak nitelenmektedir. Bununla birlikte İsviçre ve Uruguay'da vatandaşların özel sigortalara üyeliği zorunludur ve Meksika'da da yeni oluşturulan kamu sigorta sistemine üyelik zorunlu değildir.

Genel olarak özel sigorta sisteminde primler riskle, kamu sigortasında ise gelirle ilişkilidir. Ancak bunun da istisnaları vardır: Örneğin Şili'de özel sigortada primler gelirle orantılıdır.

2001 yılında dünyadaki 39 ülkede toplam sağlık harcamalarının yüzde 5'ten fazlası özel sigortacılık alanına aitti ve bu ülkelerin de neredeyse yarısı düşük ya da düşük-orta gelirli ülkeler grubundaydı. Bu gruptaki ülkelerin önemli kısmında özel sigortacılık, çalışan kesim için risk havuzu oluşturmanın yegane yoludur. Çünkü cepten harcamalar son derece yüksektir. Kimi yazarlar, bu nedenle, bu ülkelerde özel sigortacılığı zaten yapılan cepten harcamaları risk havuzu oluşturmak amacıyla kullanmanın yolu olarak önermektedir. 19. yüzyılda Avrupa'da aynı kesim için bu işi kiliseler, sendikalar, vakıflar ve dernekler yerine getiriyordu.

Yine aynı yıl 7 ülke sağlık harcamalarının yüzde 20'sini özel sigortacılıktan elde ediyordu. Bu ülkelerin her birisinde özel sigortacılık, sağlık güvencesinin ilk ayağıydı. Bu ülkeler Zimbabve, ABD, Namibya, Güney Afrika, Brezilya, Şili ve Uruguay idi. Zimbabve'de özel sigortacılık nüfusun yalnızca yüzde 8'ini kapsamakla birlikte toplam sağlık harcamalarının yüzde 23'ünü karşılıyordu. Sözü edilen Afrika ülkelerinde özel sigorta, ayrıcalığına sahip olan kesim formal sektörde çalışanlardır. Güney Afrika'da en yüksek gelirli ilk iki yüzde 10'luk nüfus diliminde özel sigortalara üyelik oranı yüzde 80 iken, en yoksul yüzde 10'luk nüfus diliminde bu oran yalnızca yüzde 2'dir.

Uruguay tarihsel olarak özel sigortacılığın güçlü olduğu bir ülkedir ve özel sigorta sistemi kamusal sağlık hedeflerine entegre edilmiştir. Şili'de özel sigorta parası yetenler içindir. Brezilya'da, tersine, kamu finansman sistemini güçlendirmeye yönelik kamusal politikalara rağmen büyümüştür.

Gelişmekte olan ülkelerde özel sigortacılık orta sınıflara güvence sağlayan en önemli kanaldır. Kamusal fonlar genellikle bu ülkelerin yoksul sınıflarına yöneliktir. (Neelam S, Savedoff W 2005: 127-134)

Özel sigortacılığın gelişmesinin birinci nedeni kamusal sistemlerin yetersizliğidir. Ancak buna rağmen özel sigortacılık gelişmemiş olabilir. Bunun nedeni de ülkedeki sigortacılık uygulamalarının tarihsel yetersizliği ve halkın alım gücünün yetersizliğidir. Türkiye, Meksika, Yunanistan ve Kore'de durum böyledir.

Özel sigortacılık, özel sigortalılar ile güvencesizler ya da kamusal güvencede olanlar arasında eşitsizlik yaratır. Bunun nedeni sağlık sistemindeki kaynakların daha çok özel sigortalılarca kullanılma eğilimidir.

Özel sigortacılığın hizmet kalitesini artırdığına ilişkin net veriler yoktur.

Özel sigortacılığın yaygın olduğu ülkelerde toplam sağlık harcamaları daha yüksektir. Bunun önemli bir nedeni özel sigorta şirketlerinin hizmet üreticisi kurumlarla pazarlık güçlerinin yetersiz kalmasıdır. Böylece özel sigorta sektöründe hizmet fiyatları daha yüksek düzeyde oluşmaktadır: ABD, İsviçre, Almanya ve Fransa'da durum böyledir. (OECD 2004)

Özel sigortacılığın nüfusun önemli kısmını kapsadığı ülkelerde bile özel sigorta harcamalarının toplamdaki oranı son derece sınırlıdır. Bunun nedeni özel sigorta şirketlerinin önemsiz ve ucuz sağlık risklerine odaklanmaları ve pahalı vaka ve tedavileri kamuya bırakmalarıdır. Zaten bu nedenle özel sigortacılık, varsayılanın tersine, toplam sağlık harcamalarının artmasına, sağlık sistemi için ek kaynak yaratmaya katkıda bulunamamaktadır. (OECD 2004a: 17)

B.3.11. Kamu (sosyal) sağlık sigortası

Sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakları artırmanın en kolay yollarından birisi de zorunlu sigorta uygulamasıdır. Ancak, yine çevre kapitalist ülkelerde, düzenli çalışan emek-gücünün azlığı sigorta sisteminin önündeki en önemli engeldir. Sigorta uygulaması ile, sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların önemli kısmı (sağlık insan-gücü de içinde olmak üzere), düzenli istihdam edilen nüfusun yaygın olduğu kentlerde yoğunlaşır. Dolaylı olarak da tedavi edici hizmetler öne çıkmış olur. Çevre ülkelerin çoğunda, sigorta sistemi, kaynak kıtlığı nedeniyle hükümetlerce sübvanse edilmek zorundadır. Zorunlu sigorta sistemi yönetsel maliyetleri artırır. Sağlık sigortasının uygulanabilmesi için bazı koşullar gerekir. Bunlar, sağlık insan-gücünün yeterli olması ve örgütlü bir sağlık sistemi yapısının bulunmasıdır.

Merkez kapitalist ülkelerde zaten uygulanmakta olan sigorta sistemi, çevre ülkelerde son yıllarda uluslararası kuruluşların da desteğiyle yaygınlaşmaktadır. En yaygın biçim, hükümet destekli sigortadır. İkinci yaygın biçim de patron temelli sigorta sistemidir. Bu uygulamada patron ya kendisi hizmeti sunar (Honduras, Liberya, Zaire) ya da bir sağlık bakımı organizasyonu (HMO) ile anlaşır (Şili). Üçüncü yaygın biçim bireylerin gruplar oluşturdukları ön ödeme (prepayment) sistemidir. Bu daha nadirdir. Dördüncü biçim ise özel sigortalardır. (World Bank 1987: 33)

Sosyal sigortanın yaygınlaştırılması, stabilize olmuş bir sağlık sistemi altyapısının varlığını zorunlu kıldığı, daha doğrusu böyle bir altyapının sosyal alanlardaki yansıması olduğu için, çevre ülkelerde uygulanabilmesinin önünde yapısal engeller vardır. Bu engeller bütünsel olarak, ekonomik

ve siyasal destabilizasyon olarak tanımlanabilir. Böyle olduğu için de bu ülkelerde sigorta sistemi geliri belli düzeyin üzerindeki grupları içerecek biçimde uygulanabilmekte, bu durumda da sağlık finansman sisteminin sınırlılığı ve parçalı yapısı devam etmektedir. (Doetinchem O ve diğ. 2006) Bir anlamda, sosyal güvenliğin yokluğu, sosyal güvenliğin uygulanamamasının önündeki en önemli engeldir. Dolayısıyla emperyalist sistemin işlerliği içinde çevre ülkeler için sosyal güvenlik anlayışının savunulması totolojik bir yaklaşım olmaktadır. Öte yandan bu ülkelerde, sağlık sisteminin finansman güvencesi açısından bir fona da gereksinim vardır.

Merkez kapitalist ülkelerde ise kamu sağlık sigortası sistemi içinde bazı yeni eğilimler mevcuttur. Bunlar güvence paketinin daraltılması, primlerin artırılması, sağlık hizmeti üreten kurumlara maliyeti azaltıcı denetimler getirilmesi, üretici kurumlar arasında rekabet yaratılmasıdır. Öte yandan özellikle ABD'de hem sağlık hizmeti üretiminde hem de sağlık hizmetinin finansmanında dikey ve yatay entegrasyon yönelimleri vardır. Buradaki amaç maliyetlerin sınırlanması ve sistemdeki çok başlılığın giderilmesidir.

Eski sosyalist ülkelerde de kamu sigorta sistemine geçiş gözlenmektedir. Sigorta fonlarının işçi ve patron kesintileri ile genel vergilerden yapılacak sübvansiyonlarla oluşturulması planlanmaktadır. Kimi ülkeler gerekli yasaları çıkarmıştır. Ancak ekonomik kriz, işsizlik gibi çevre ülkelere özgü nedenler uygulamanın önünde önemli engeller yaratmaktadır. Eski sosyalist ülkelerin tümü bugün, kapitalist ülkelerin sigorta sistemine ilişkin olarak uzun süredir yaşadıkları sorunların hepsini, daha başlangıç aşamasında ve çevre ülkelerin sorunlarına benzer sorunlarla iç içe girmiş biçimde yaşamaktadır.

Eski sosyalist ülkeler 1990'lı yıllarda sağlık sigortasına yöneldiler. Amaç, sağlık hizmetlerinde kullanılacak kaynak yaratmaktır. Macaristan 1992 yılında sigorta yasası çıkardı ve sağlık bütçesini genel bütçeden ayırmış oldu. Aynı yıllarda Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Slovenya ve Macaristan'da da benzer gelişmeler yaşandı. Rusya sağlık sigortası yasasını 1993 yılında uygulamaya koydu. Zorunlu sigortanın dışında, yüksek standartta hastane hizmetlerinden yararlanmak ve rehabilitasyon programlarına girmek

isteyenler için özel sigortalar kuruldu. Benzeri yasayı Estonya 1991'de kabul etmişti. Beyaz Rusya ve Ukrayna'da da durum Rusya'dakine benzerdir. Bu ülkelerin tümünde sigortaya devlet katkısı da yapılmaktadır. Orta Asya Cumhuriyetleri'nde ise sigorta sisteminin finansmanındaki engeller daha belirgindir. (Vienonen MA, Wlodarczyk C 1993)

Sağlık sigortasının amacı sağlık sektörü gelirlerini artırmak, hizmete ulaşımdaki finansal engelleri azaltmak ve tahsisattaki ve hizmet kullanımındaki verimliliği artırmaktır. Düşük gelirli ülkelerde sigorta sistemi ancak formal sektörde çalışanları kapsar. Oysa bu tür ülkelerde işsizler, tarım çalışanları, informal sektörde bulunanlar çoğunluktadır. Bu durumda sigorta sistemi asıl gereksinimi olanları dışarıda bırakmış olur.

Az gelişmiş kapitalist ülkelerde sigortanın formal sektörde çalışan azınlığı içerebilmesi, kamu kaynaklarından da bu azınlığın yararlanabilmesi sonucunu yaratmaktadır. Bu da güvencesiz çoğunlukla, sigortalı azınlık arasındaki eşitsizlikleri artırmaktadır. Örneğin Burundi'de sigortalı olan nüfusun toplamdaki oranı yüzde 6 iken, bu nüfus sağlık harcamalarının yüzde 30'unu kullanmaktadır.

Düşük gelirli ülkeler merkezi sigorta sistemlerini yaygınlaştırmakta önemli parasal zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu nedenle bu ülkeler toplum temelli sigorta programlarını (community-based insurance schemes) oluşturmaya yönelmişlerdir. Ancak bu tür programlarda da aynı sorun yaşanmaktadır. Çok yoksullar ise yine sistem dışında kalmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde ve sınırlı kimi temel sağlık programları için risk paylaşımı başlatılmıştır. Bunlar Batı'daki klasik sigorta programlarının dışında özellikler göstermektedir. Tayland'da başlatılan sağlık kartı uygulamasında mavi kartın fiyatı 100 Baht'tır (Tayland para birimi). Bu kartı satın almakla gebelik, analık ve çocuk sağlığı hizmetlerinden yararlanmak mümkün olmaktadır. Yeşil kart 300 Baht fiyatında olup, beş kişilik bir ailenin çeşitli hastalıklar için altı epizodluk tedavi giderlerini karşılar. Kırmızı kart ise 200 Baht'tır. Bir kişinin yine belirli hastalıklar için dört epizodluk tedavi giderlerini karşılar. Bu finansman sisteminin yönetimi köy idaresinin elindedir. Bu biçimiyle Tayland örneği kolektif tip bir sigorta sistemidir. Fonun oluşturulması ve yönetimi işini köy ko-

lektifi üstlenir.

Hindistan'da bir hastanenin (Sevagnam bölgesindeki Kasturba hastanesi) yakınındaki bir bölgede sağlık sigortası sistemi başlatılmıştır. Sistem ayni ödemelere dayanmaktadır. En düşük gelir grubunda yer alıp topraksız olan aileler için yıllık toplam 10 kg tahıl karşılığı sigortalanırlar. Bu miktar, toprağı olanlar için hektar başına 6 kg'dır. Tahıllar sağlık çalışanları tarafından toplanırlar. Toplanan tahıl ortak köy fonunun oluşturulmasında kullanılır. Fon ile ilaç, gezici sağlık hizmetlerinin giderleri ile sağlık çalışanlarının ücretleri karşılanır. Köyün fakir nüfusunun en az yüzde 75'inin programa katılması durumunda, köy hastaneden yararlanabilmektedir. Hastane gezici olarak ana çocuk sağlığı hizmetleri vermektedir. Ayrıca ayaktan tedavi edici hizmetler, bazı hastalıkların yatarak tedavi masrafları da karşılanır. Hastane masraflarının yüzde 75'i hükümetten, kalanı ise sigorta ödentilerinden gelir. Gezici ekip; köy sağlıkçısından, ebe ve sosyal hizmet uzmanından oluşur. Yılda bir kez, hastane hekimince yönetilen ve tüm sağlık hizmetinin değerlendirildiği köy toplantıları yapılır. Bu toplantılara sağlık ekibi de katılır. (Jajoo UN 1992: 171-173) Bu programda kolektif sigorta uygulamasına toplum katılımı modeli de eklenmiştir.

Düşük gelirli ülkelerde sigorta sistemi genellikle yalnızca tedavi edici hizmetleri finanse etmekte, koruyucu sağlık hizmetleri ise hükümet kaynaklarıyla üretilmektedir. Böyle bir "uzmanlaşma" sigorta sisteminin moral tehlike etkisiyle birleştiğinde tedavi edici hizmetlere yapılan harcamaların aşırı artmasına neden olabilmektedir. Örneğin Brezilya'da sigortalı nüfusun oranı 1960 ile 1980 arasında yüzde 25'ten yüzde 90'a yükselmiş, bunun sonucunda da bütün kamu kaynaklarından tedavi edici hizmetlere yönlendirilenlerin oranı yüzde 25'ten yüzde 85'e çıkmıştır.

Sigorta sistemine sahip ülkelerde, hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrı olması ve hizmet üreten kurumlara ödemelerin hizmet başına yapılması sağlık harcamalarında hızlı artışa neden olmaktadır.

Sigorta sisteminin eşitlik, verimlilik ve kullanıcı tatmini üzerine etkileri şöyledir: Sigorta sisteminin eşitlik üzerinde olumlu etkide bulunabilmesi için hem merkez hem de çevre ülkelerde yerine getirilmesi gereken bir-

kaç zorunluluk vardır. Sigorta üyeliğinin zorunlu olduğu durumlar için, öncelikle yoksulların primlerinin sübvanse edilmesi açısından, yoksulları ayırt edebilecek bir yönetim kapasitesinin bulunması gerekir. Bu kapasitenin çevre ülkelerde bulunmadığı açıktır. İsteğe bağlı sigorta ise eşitliği zedeleyecektir. Çünkü hem ancak ödeme gücü olanların üye olabildiği bir sistemdir hem de riske göre sigortalamaya gidilmektedir. Düşük gelirli ülkelerdeki toplum temelli sigorta programlarında ise yönetim kapasitesinin yeterli olması gerekliliği iyiden iyiye ön plana geçmekte ve bu gereksinim de bu tür ülkelerde karşılanamamaktadır. Öte yandan Batı'daki zorunlu sigorta sistemlerinde primler işçi ve patronlar (yani gelirleri eşit olmayanlar) tarafından eşit miktarlarda ödendiğinden sistem ancak orta derecede progressif nitelik göstermektedir.

Sigorta sisteminin verimlilik üzerindeki etkisi, sistemin finansman ve üretim boyutlarının ayrı olması ve hizmet üreticisi kurumlara hizmet başı geri ödeme yapılması durumunda olumsuz olmakta ve maliyetler aşırı derecede yükselmektedir. Üretim ve finansmanın entegrasyonu bu sorunu bir ölçüde aşabilmektedir. ABD'deki sağlık bakım organizasyonlarının gelişmesindeki temel etken de budur. Entegrasyonla birlikte ödeme sistemi de kişi başına ve global bütçelemeye çevrildiğinde maliyetleri azaltıcı etki daha belirgin olmaktadır. Bu da pek çok çevre ülkede olmayan yönetim kapasitesine gerek duyan bir uygulamadır. Verimliliği artırmanın bir yolu da sevk sistemi oluşturmak ve ilk başvuru noktasına kapı tutucu işlevi vermektir. Brezilya, Yeni Zelanda, İngiltere, Şili, Filipinler ve Güney Afrika'da farklı biçimlerde de olsa bu tür bir uygulama vardır.

Sigorta sisteminde ödemelerin hizmet başına yapılması, hizmet üretimini artırmakta ve sonuçta hizmeti kullananların memnuniyeti artsa da, bu durum kalite anlamına değil, çoğu kez gereksiz kullanım anlamına gelmektedir. Maliyetleri sınırlayacak ödeme teknikleri ise, aynı zamanda hizmet üretiminin de denetlenmesini gerektirmekte, bu ise hem üreticilerin hem de kullanıcıların memnuniyetini azaltmaktadır. (Kutzin J 1997: 17-26)

OECD ülkelerinde zorunlu kamu sigortası nüfusun geniş bir kesimini kapsamaktadır. Buna rağmen sigorta yapısında son yıllarda kimi deği-

şiklikler vardır. Örneğin Avustralya'da Medicare (1984) uygulamasıyla isteğe bağlı sigorta sisteminden zorunlu sigortaya geçiş vardır. İsviçre'de 1994 yılında herkese özel bir sigortaya üye olma zorunluluğu getirilmiştir. Bu ülkede eskiden beri özel sigortacılık vardı. Böylece yarı evrensel sistemden evrensel bir sisteme geçilmektedir. İspanya ve Fransa'da 2000 yılında kamu sigortaları bütün nüfusu kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Hollanda'da sigorta üyeliği hizmete gereksinimi olan yüzde 65'lik nüfus kesimi için zorunlu hale getirilmiştir. Meksika kamu sigorta sisteminin kapsamını, farklı meslek gruplarına farklı sigorta uygulamaları ile genişletmektedir. İnformal sektördekiler ise halen kapsam dışındadır. Ayrıca bu parçalı yapı verimlilik ve etkinlik sorunları yaratmaktadır. Kamu sigorta sistemlerinin yaygınlığına karşın maliyet paylaşımı da uygulanmaktadır. Bu nedenle sağlık harcamalarının önemli kısmı özel kanallardan gelmektedir. (Docteur E, Oxley H 2003: 9-10)

B.3.12. Desantralizasyon

Desantralizasyon kamu planlamasında, yönetiminde ve karar almada otoritenin ve yönetim yetkisinin ulusal düzeyden, daha alt düzeylere ya da daha genel bir deyişle yüksek düzey hükümet organlarından, daha aşağıdaki hükümet organlarına aktarılması demektir. Desantralizasyon, karar alma sorumluluğunun organizasyon içerisinde mümkün olan en alt seviyeye verilmesidir. (Kutzin J 1997: 26)

Desantralizasyon esasen 1980'lerin başından itibaren maliyetlerin sınırlanmasını önceleyen ve özelleştirmeyi de kapsayan politikaların ve kendisi de özelleştirmeye kadar uzanan bir stratejinin parçası olarak gündeme getirilmiştir. Desantralizasyon Dünya Bankası tarafından çevre kapitalist ülkelere dayatılan yapısal uyum programlarının temel bileşenlerinden birisidir ve kamu sektörünün yeniden düzenlenmesi ve devletin küçültülmesi başlığı içinde ele alınır. 1990'lardan itibaren yapısal uyum programlarına iyi yönetim teması eklenmiştir. İyi yönetim Dünya Bankası literatürü içinde, gelişmekte olan ve borçlu konumdaki ülkelerin emperyalist sistem içindeki entegrasyonunun sağlanmasına izin verecek kurumsal yapı ve düzenlemelerin geliştirilmesini ifade eder. Bütün

üretim alanlarının piyasaya açılması ve devletin bu ortamı destekleyici, düzenleyici işlevleri üstlenmesi iyi yönetimin esasını oluşturur. Piyasa ortamının sağlanması ve küresel ekonominin yerleştirilmesi, ülkelerin küresel ekonomiyle bütünleştirilmesi bakımından her tür kaynağın akışkanlığının hızlandırılması gerekir. Bunu sağlayacak araçlardan birisi de ademi merkezileşme ya da desantralizasyondur. (Peker A 1996: 36-52, World Bank 1991: 134) Desantralizasyon, özel sektörün kârsız görerek girmediği alanlarda varlığını sürdürmek zorunda kalan kamu sektörüne piyasa ilişkilerinin sokulmasının aracı olarak da değerlendirilmektedir. (Collins AG 1994)

Desantralizasyonun tarihi ve kendisinden beklenenler merkez ve çevre kapitalist ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Çevre ülkelerde desantralizasyona yönelik beklentiler şunlardır: Yoksul toplum kesimlerinin finansman desteğinin, hizmete katılımının sağlanması ve kamu hizmetlerine ulaşımlarının artırılması, ulusal birliğin ve politik eğitimin geliştirilmesi, değişime olan direncin yumuşatılması, bürokratik engellerin giderilmesi, yönetsel sistemin esnekliğinin sağlanması, yerel düzeydeki yöneticilere planlama ve bütçe yapma otonomisinin verilmesi, yerel düzeye ek gelir sağlama olanağının tanınması (World Bank 1987: 44; Collins AG 1994: 459)

Çevre ülkelerde desantralizasyon uygulamalarının tarihi bu ülkelerin sömürge oldukları dönemlere kadar uzanmaktadır. Bu ülkelerde desantralizasyon, emperyalist yönetimlerin, yerel yönetim kapasitesini geliştirmek üzere uyguladıkları bir politik reorganizasyon aracı olmuştur. Ancak sonradan gelişen bağımsızlıkçı hareketler sonucunda desantralizasyon müdahalesi geri çekilmek zorunda kalınmıştır. Bağımsızlığın kazanılmasının sonrasında, bu kez aynı ülkelerin kendi sömürgeci yönetimleri, emperyalist ülkelerin düşüncelerine benzer düşüncelerle merkezi gücün bir kısmını perifere aktarmak ve politik yönetim aygıtına hız ve esneklik kazandırmak amacıyla desantralizasyona yönelmişlerdir. Merkez ülkelerde ise desantralizasyon sürecinin gelişimi çevredekine göre oldukça farklı bir süreç izlemiştir. Gelişmiş kapitalist ülkelerde politik gelişme çevreden, merkeze doğru olmuştur. Daha sonra ise merkezi hükümet ye-

rel hükümetler üzerinde giderek artan sınırlamalar getirmiştir. Özellikle ekonomik bunalım ve harcamaların artışı merkezi hükümetleri yerellikler üzerindeki denetimi artırmaya yöneltmektedir. Sonuç olarak, yerel yönetim kapasitelerinin geliştirilmesi ve ülke sınırları içindeki farklı etnik, ulusal, dini kimlikteki gruplara parçalanmayı engelleyecek derecede otonomi vermek gibi kaygılar çevre ülkelerdeki desantralizasyon koşullarını oluştururken; eşitsizliklerin azaltılması ve harcamaların sınırlanması çabaları merkez ülkelerde yerel otonomilerin sınırlanmasını gündeme getirmektedir. (WHO 1990)

Desantralizasyon pek çok kişi tarafından temel sağlık hizmetlerini güçlendirmenin yolu olarak görülmektedir. Buna göre; desantralizasyon yerel toplulukları güçlendirmenin, yerel düzeyde sektörler arası işbirliğini geliştirmenin, toplum katılımını artırmanın ve yerel gereksinimlere yönelik planlama yapmanın yoludur. Öte yandan desantralizasyon özelleştirmeyi, piyasayı güçlendirmenin, hizmet üretimi ile finansmanını birbirinden ayırmanın yolu olarak da ele alınmaktadır. Desantralizasyon özellikle kullanıcı ödentilerinin, hizmetin üretim ve finansman boyutlarının ayrılmasıyla uygulamaya konan sözleşme sistemlerinin gerçekleştirilmesi için önemlidir.

Desantralizasyonun dört çeşidi vardır. Bunlar devolüsyon, delegasyon, dekonsantrasyon ve özelleştirmedir. Görüldüğü gibi özelleştirme bir desantralizasyon çeşidi olarak ele alınmaktadır.

Dekonsantrasyon (idari desantralizasyon) idari sorumlulukların mevcut merkezi hükümet yapısı içinde yeniden düzenlenmesi ve politik olmayan salt idari yetkinin aşağı düzeylere devredilmesidir. İdari sorumluluklar merkezi hükümet bakanlıklarının yerel idarelerine devredilir. Desantralizasyonun dar kapsamlı ve en sık kullanılan biçimidir. Dekonsantrasyon altında kurulacak yerel idare iki tip olabilir. Dikey biçimde yerel personel kendi bakanlığına karşı sorumludur. Entegre biçimde, bakanlıklardan birisine karşı sorumlu olan (örneğin içişlerine) merkezi hükümetin yerel temsilcisi yöredeki tüm hükümet işlevlerinin performansından sorumlu olur. Polonya'daki uygulama bu biçimde olmuştur. Atanan il sağlık yöneticileri merkezden verilen kaynakların kullanımında,

yerel düzeydeki planlamalarda yetkili ve sorumlu kılınmışlardır.

Devolüsyon (politik desantralizasyon) uygulamasında merkezi hükümetler kimi işlevlerini doğrudan kontrolleri dışındaki birimlere aktarırlar. Devolüsyon tanımlanmış birtakım işlevler açısından ulusal düzeyden büyük ölçüde bağımsız olan yerel hükümet düzeylerinin güçlendirilmesi veya oluşturulmasıdır. Yerel yönetimler bunun tipik örneğidir. Buradaki sorun birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki işbirliğinin zayıflaması ve yerel birimlerin gelirleri ile giderleri arasındaki dengenin bozulmasıdır. İsveç'te vergi toplama yetkisine de sahip olan bölge idareleri devolüsyonun iyi bir örneğidir. Ancak İsveç'te merkez ve uç birimleri arasında yetki ve sorumluluk devri açısından sürekli bir gerilim de vardır. İspanya'da 1981'de sağlık sistemi devolüe edilmiştir. Özerk toplulukların hükümetleri bölgesel sağlık bütçesini belirlemekte ve bölgesel parlamentolar sağlık hizmetini yönetmektedir. Finansmanın ana kaynağı ise hükümetçe transfer edilen blok ödeneklerdir. Finlandiya'da sağlık hizmeti sunumu yerel idarelerin sorumluluğundadır. Hükümetin rolü ise hizmetin planlanması, denetlenmesi ve finansmanının yüzde 50'sinin sağlanmasıdır.

Delegasyon kararların uygulanmasındaki ve planlamadaki yetkinin daha üst bir otoritenin denetimi olmadan devredilmesidir. Bu tip desantralizasyon tanımlanmış görevler için söz konusudur. Ulusal sağlık hizmetlerinin yönetiminin özerk bir kamu kuruluşuna verilmesi bunun örneğidir. Bu durumda sağlık bakanlığının en büyük işlevi strateji ve politika belirlemeye indirgenecektir. Macaristan'da 1991 yılında sağlık hizmetlerinin finansmanı, bağımsız bir sigorta fonuna verilmiştir. Delegasyon için bir diğer örnek İtalya'dır. 1992'de İtalya'da sağlık birimlerinin yapıları değiştirilerek kamu işletmelerine dönüştürülmüşlerdir. Bunlara özerklik tanınmıştır. İngiltere'de iç piyasa uygulaması ise dekonsantrasyon ve delegasyonun karmasıdır. Alt Bölge Sağlık İdareleri'nin konumu dekonsantrasyonun, hastanelerin yeni statüsü ise delegasyonun örneğidir.

Özelleştirme ise genel hükümet işlevlerinin kâr amaçlı bir firma ya da kamu yararına çalışan bir hükümet dışı kuruluşa aktarılmasıdır. Bu, hizmetin finansmanına ve/veya sunumuna yönelik olabilir. Özelleştirme, de-

legasyonun son aşaması olarak kabul edilmektedir. Özelleştirme sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizlikleri artırıcı etkiye sahiptir. Özelleştirme özel firmaların konsolidasyona giderek yeniden merkezi yönetime dönmelerine, tekelleşmeye de neden olmaktadır. Çek Cumhuriyeti'nde eczaneler özelleştirilmiştir. Sonuçta eczane sayısı çoğalmış, eczaneler büyük kentlerde yığılmış, eczacılar daha çok pahalı olan ilaçları satma eğilimi içine girmiş, hekimin ucuz ilaç yazması durumunda ise daha pahalı olan eşdeğerini vermek yolunu seçmişlerdir. Bütün bunlar ilaçta referans fiyatlandırma sistemi uygulanan ülkede hastaların cebinden ilaç için çıkan paranın artmasına neden olmuştur. Toplam ilaç giderleri 1991-1993 arasında iki katına çıkmıştır. Dünya Sağlık Örgütü özelleştirmenin sağlık politikalarını baltalamaması için hükümetlerin düzenleyici denetimler yapmaları gerektiğini belirtmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü 1993 yılında yayınladığı bir raporda desantralizasyon uygulamalarının ortaya çıkardığı sonuçların, başlangıçtaki beklentilerle uyumsuz olduğunu bildirmiştir. (WHO 1993: 60) Desantralizasyon üçüncü dünya ülkelerinde yönetim gücünün çoğunu yönetici elitlerin elinde bırakan politik bir stratejidir. Macaristan'da yerel hükümetlerin bütçesi tam olarak merkezden ayrılmış, bu gelişme yerel yönetimlerin finansman krizine girmelerine ve ellerindeki her şeyi yok pahasına satmalarına neden olmuştur. Brezilya'da yerel yönetimlerin vergi toplama güçleri artmış, ancak elde edilen gelirin ne şekilde kullanılacağına merkezce karar verilmeye devam edilmiştir. Gana'da desantralizasyon güç dağılımı gerçekleştirmeden politik ve finansal maliyetlerin yerel düzeye yayılmasının yolu olarak kullanılmıştır. (Dillinger W 1994: 8). Meksika'da desantralizasyon bölgesel farklılıkların artmasına neden olmuştur. (WHO 1993: 60)

Alt düzey yönetsel kapasiteler geliştirilmeden gerçekleştirilen desantralizasyon merkezi hizmetlerin de tamamen çökmesine neden olabilmektedir. Kolombiya ve Brezilya bu durumun örneğidir. (World Bank 1993: 128) Papua Yeni Gine'de yönetsel otoritenin bölge düzeyine desantralize edilmesi merkezi kontrolün tam olarak yitirilmesine neden olmuş, sonuçta bağışıklama oranları birkaç yıl içinde önemli oranda düşmüş ve kızamık insidansı yeniden yükselmiştir. (Kutzin J 1997: 26-32)

Kazakistan'da sosyalizmin yıkıldığı 1991'den sonra sağlık sisteminin finansmanı üzerindeki kontrol; desantralize edilerek bölgelere (oblast) verilmiş, ancak kısa süre sonra ülkenin varlıklı ve yoksul yöreleri arasında eşitsizlikler belirmiştir. Bu yüzden 1995'te sağlık finansmanı kontrolünün yeniden merkezi yönetime aktarılmasına karar verilmiştir.

Sahra-Altı Afrika ülkelerinde desantralizasyon daha çok devalüasyon biçiminde uygulanmaktadır. Amaç ulusal sağlık bakanlıklarının hizmet sunumundaki ve sistemin yönetimindeki sorumluluklarının azaltılması ve koordinasyon, düzenleme, izlemeye yöneltilmesidir. Ülkelerin çoğu desantralizasyonun bürokratik rijiditeyi azaltacağını ummaktadır. Oysa Sahra-Altı Afrika ülkelerinde desantralizasyona yönelik sınırlılıklar şunlardır: Eğitimli personel yetersizliği, bölgelere kaynak tahsisatı açısından uygun kriterlerin olmayışı, desantralizasyon sonrasında sağlık sisteminin farklı düzeyleri arasında ortaya çıkan gerilim, otorite ve kaynak aktarımı olmadan sorumluluk aktarımının gerçekleştirilmesi. (Sikosana PLN, Dlamini QQD, Issakov A 1997: 13)

Finlandiya, 1990'lardaki ekonomik kriz nedeniyle pek çok diğer ülke gibi kendini reforma tabi tuttu. Sağlık sistemi yapısı Beveridge sistemiyle uyumluydu. Sonuçta pek çok hizmette sözleşme sistemine geçildi ve merkezi kimi sorumluluklar yerel düzeye desantralize edildi. Bu gelişmeleri 1990'ların başında ulusal gelirin yüzde 10'dan fazla düşmesi uyardı. Bugün en küçük belediyeler bile bütün sağlık hizmetlerinin finansmanından sorumludur. Sonuçta merkezi yönetim finansman sorununun yarattığı sıkıntıların sorumluluğundan kurtulmuştur. Belediyelerin toplam sağlık bütçesinde merkezi hükümetten gelen kaynağın oranı 1991-1998 arasında yüzde 41'den yüzde 25'e inmiştir. Bu ortamda özellikle küçük belediyelerin güçlü hizmet üreticileri karşısındaki konumu son derece zayıftır. Artık belediyeler istedikleri kurumdan hizmet satın alabilmektedir. Merkezi kontrol ortadan kaldırılmıştır. Aynı dönemin bir başka politikası maliyet paylaşım programları oldu. Belediyelerin kendi topladıkları vergilerin toplam kaynaklar içindeki oranı yükseldi. 1990-1996 arasında cepten harcamaların toplamdaki oranı yüzde 13'ten yüzde 20'ye çıktı. (Hakinken U 2005)

Kolombiya'da 1994'te finansal desantralizasyon gerçekleştirildi. Finansal sorumluluk bölge ya da belediye yönetimlerine verildi. Merkezi kaynaklar belli kriterlere göre yerel birimlere aktarılmaya başlandı. Ayrıca yerel birimlere gelir sağlama yetkisi de tanındı. Aynı şey, 1991 sonrasında Şili'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşandı. Kolombiya'da merkezden aktarılan fonların, reform sonrasında, daha sağlıklı nüfusa yöneldiği görülmektedir. Zengin nüfusun kişi başı aldığı para 43,000 Peso iken, yoksul nüfusun aldığı 7,000 Peso'dur. Reform sonrasında sağlık için yerel düzeyde elde edilen kaynaklar da artmıştır. Zengin belediyeler yoksullara göre 42 kat daha yüksek yerel gelir kullanmışlardır. İlerleyen yıllarda bu eşitsizliklerin devam etmekle birlikte azaldığı da görülmektedir. Merkezi düzeyden aktarılan fonların zengin ve yoksul belediyeler arasındaki dağılım oranı 5'e, yerel düzeyde elde edilen gelirin zengin ve yoksul belediyeler arasındaki oranı da 12'ye inmiştir. Finansman açısından aynı durum Şili için de geçerlidir. Bu veriler desantralizasyonun finansmandaki eşitsizlikleri azalttığını göstermektedir. Buradaki eşitlik, kaynakların zenginlerden yoksullara transferiyle değil, merkezi kaynakların daha fazla oranda yoksul belediyelere aktarılmasıyla sağlanmıştır. O nedenle bu eşitliğin desantralizasyon olmadan da sağlanabileceği belirtilmektedir. Nitekim böyle bir durum Zambiya'da yaşanmıştır. Önemli olan nokta; yetki, yerel düzeye devredilse bile merkezden aktarılan kaynakların gereksinimleri dikkate alan bir formülle hesaplanmasıdır. (Bossert TJ ve diğ 2003)

Katılım desantralizasyondan önemli bir beklenti olsa da, toplum katılımı ile desantralizasyon arasında doğrudan ilişki yoktur. Toplum katılımı özel çabalar gerektirir. Bunların olmadığı durumlarda, gelişmekte olan ülkelerde zaten bol miktarda var olan yerel baskı grupları, yerel düzeydeki gücü tamamen ellerine geçirmektedir. Finansman sağlamanın yerel düzeye desantralize edilmesi eşitsizlikleri artırmaktadır. Desantralizasyon gelişmekte olan ülkelerin çoğunda merkeze bağlı yerel birimlerin kurulması biçiminde gerçekleştirilmiştir. Bu da merkezi hükümetin yerelliklerdeki varlığının güçlendirilmesi yoluyla daha fazla oranda merkezileşmeye yol açmaktadır.

Desantralizasyonun sonuçlarını, içinde gerçekleştirildiği ortamdaki politik tarafların eğilimleri önemli derecede etkiler. Yerel güç odakları genellikle sonuçlar üzerinde önemli derecede belirleyicidir.

Desantralizasyon hizmetin aşırı parçalanmasına, merkezi sağlık birimlerinin güçsüzleşmesine, eşitsizliğe, politikacıların ve çıkar gruplarının istekleri doğrultusunda baskılara ve kamu kesiminin statüsünde azalmaya neden olabilir.

Desantralizasyon sonrasında bölgeler arasındaki eşitsizlik artabilir. Bu durum özellikle kaynak toplama yetkisinin de desantralize edildiği durumlarda geçerlidir ve yoksul bölgelerde kaynak bulma sıkıntısı başgösterir. Bunu önlemek için merkezi denetimin ve kaynak transferinin olması gerekir. Bu ise çevre ülkelerde olanaklı olamamakta ve bölgeler arasında yeni çatışmalar ortaya çıkmaktadır. Kamu kaynaklarının yetersiz görüldüğü ülkelerde, desantralizasyon merkezi hükümetin kendi üzerindeki sorumlulukları yerel birimlerin üzerine atması anlamına gelmektedir.

Desantralizasyondaki bir başka sorun ulusal ve yerel öncelikler arasında çatışmaya neden olabilmesidir. Örneğin Kanada'da 1983 yılında Alberta eyaleti, kullanıcı ödentisi uygulamasına geçmiş, bu ise merkezi hükümetçe ulusal sağlık sisteminin dayanışmacı özelliğini tehdit eden bir politika olarak algılanmıştır. Bunun üzerine merkezi hükümet eyaletlere yaptığı merkezi para yardımını, eyaletin topladığı kullanıcı ödentisi miktarı kadar azaltma kararı almıştır.

Desantralizasyon yerel birimlerde gelişkin bir yönetsel kapasite gerektirir, yönetim maliyetlerini azaltmak yerine artırır, karar oluşturma süreçlerinde bir dizi yeni bürokratik engeller yaratabilir, merkezi hükümet yerel birimleri denetleyecek, yönlendirecek güçten yoksun olabilir.

Desantralizasyonun verimlilikle ilişkisi, gücün desantralize edildiği birim ile sağlık sisteminin uyumsuz olması durumunda ortaya çıkmaktadır. Örneğin Nijerya'da ikinci basamak hizmetlerden eyalet hükümetleri sorumlu iken, birinci basamak sağlık hizmetleri yerel yönetimlerin sorumluluğundadır. Bu da sistem içindeki entegrasyonu bozmaktadır. Desantralizasyon ile yönetsel maliyetlerin artması verimlilik üzerinde olumsuz etki yaratan bir diğer faktördür. Desantralize birimlerin yöne-

tim kapasitesi de desantralizasyonun verimliliği bakımından önkoşuldur. Gücün desantralize edildiği birimde tedavi edici sağlık hizmetlerinin artırılmasını hedefleyen politik güç odakları daha güçlüyse, desantralizasyon tahsisat verimliliğini azaltan bir uygulama olmaktadır. Yukarıda sıralanan zorunluluk ve tehditler çevre ülkelerde genellikle olumsuz bir biçimde etki göstermekte, sonuçta da sistemin verimliliği azalmaktadır.

B.3.13. Kamu hizmetlerinde finansmanla üretimin ayrılması: Sözleşme modeli

Sağlık sisteminde sözleşmelere dayalı ilişkilerin geliştirilmesi ve piyasa koşullarının yaratılması açılımı önemli oranda Dünya Bankası'nın etkisiyle gerçekleştirilmiştir. Dünya Bankası bir yandan, hükümetlerin sağlıktaki işlevlerini tam olarak kamu malı sayılan alanlara (koruyucu sağlık hizmetlerine) sınırlamaya, öte yandan da iktisat kuralları gereği piyasaya sürülebilir nitelikte olan tedavi edici hizmetlerde özel sektörü öne çıkaran bir stratejiyi geliştirmeye yönelmiştir. (World Bank 1991: 128-138) Bankaya göre hükümetler yoksulluğu ve eşitsizlikleri azaltmak; piyasaların, sağlık hizmetinin güçlü dışsallık ve kamu niteliğine bağlı yetersizliklerini dengelemek açısından mutlaka devrede olmalıdır. Öte yandan verimliliği artırmak için de özel sektör rol almalı ve piyasa koşullarını oluşturmada sorumluluk üstlenmelidir. Böylece piyasanın verimliliği artırıcı yapısı ile kamunun eşitlikçi yapısı birbirlerini tamamlayacaktır.

Sözleşme sistemi özelleştirmenin getirdiği olumsuzlukların giderilmesi, buna karşılık piyasa mekanizmalarıyla verimliliğin artırılması varsayımıyla gündeme getirilmektedir. Bu anlamda özelleştirmeci politikalar açısından bir geri adımdır. Sözleşme sisteminin hizmet üretenlerin davranışlarını değiştireceği düşünülmektedir. Sözleşme sisteminin uygulanmasında üç önemli gerekçe vardır: Rekabetin getireceği dinamizm, kamunun düzenleyici rolünün önemi ve sözleşme sisteminin tek başına performansı uyaracağı beklentisi. Sözleşme sistemi iki tür olabilir. Bunlardan birincisi Yönetilen Rekabet'tir (Managed Competition). Yönetilen rekabette rekabet hem hizmet üreticileri hem de hizmeti satın alan kurumlar arasındadır. İkinci uygulama Düzenlenen Rekabet'tir

(Regulated Competition). Bunda ise rekabet yalnızca hizmeti üreten kurumlar arasındadır ve satın alan kurumca düzenlenir. Bu tanımlara göre İngiltere'deki sözleşme sistemi düzenlenen rekabetle, Kolombiya'daki uygulama ise yönetilen rekabetle uyumludur. (McPake B, Mills A 2000: 811-817)

Sözleşme sistemi hükümet kaynaklarıyla özel sektörden klinik ya da klinik olmayan hizmetlerin satın alınması demektir. Bu sistemde hizmet üreticisi genellikle özel sektör ise de, bazen bir kamu kurumundan da hizmet satın alınabilmektedir. Bu ikinci uygulamada kamu sektörü içinde bir iç piyasa oluşturulmaktadır.

Sözleşme sistemi klinik ve klinik olmayan hizmetlerin üretim sorumluluğunu kısmen ya da tamamen özel sektöre devredilmesidir. Ancak hizmetlerin finansmanı sorumluluğu yine kamu sektöründe kalır. Bazı ülkelerde sosyal güvenlik fonları hizmet üreticileri ile sözleşme yapar. Sözleşme sisteminin uygulanmasındaki varsayımlardan birisi, özel sağlık üreticilerini geri kalmış bölgelerde hizmet üretmek açısından cesaretlendirecek olmasıdır. Ancak buna ilişkin kanıtlar çok azdır. Dolayısıyla sözleşme sisteminin eşitlikçi etkisi sınırlıdır. (Muschell J 1995: 8-12)

Kimi yazarlar ise yukarıdaki gibi bir ayrım gözetmemektedir. Buna göre hizmetin finansmanında kamu sorumluluğunun değişmediği ancak sistemin içine rekabet unsurunun sokulduğu bu piyasacı düzenleme İç Piyasa (Internal Market) (Muschell J 1995: 15), Planlanan Piyasa (Planned Market) (WHO 1991: 15) ya da Yarı Piyasa (Quasi Market) (Le Grand J 1992: 61) ve sözleşme sistemi aracılığıyla işleyen kamucu düzenleme inisiyatifi de Yönetilen Rekabet (Managed Competition) (Clancy CM et all 1993: 214) ya da Yönetilen Piyasa (Managed Market) (Hanı C, Maynard A 1994: 845) olarak bilinmektedir. Bu düzenlemeler hiçbir zaman sağlık sektörünün tam olarak piyasa kurallarının egemenliğine bırakılması demek olmayıp, piyasanın kamu tarafından düzenlenmesi anlamını taşımaktadır. Düzenleme özellikle rekabet ile zor duruma düşen hastaneler için, insan-gücü politikalarının belirlenmesi için, enformasyon akışının sağlanması için, kâr getirmeyen hizmet alanlarının düzenlenmesi için ve sağlık sisteminin evrensel ilkelerinin piyasa karşısında korunması

için gerekecektir. (Clancy CM, Himmelstein DU, Woolhandler S 1993: 214; Bodenheimer T 1993: 16-17; Ham C, Maynard A 1995: 846-847)

Sözleşme sisteminin beklenen etkisi hizmet kalitesini ve miktarını artırmaktır. Hizmet kalite ve miktarındaki artışın ise toplumdaki dezavantajlıların hizmete ulaşımını kolaylaştıracağı beklenmektedir. Kamu sektörünün bürokratik yapısından hareketle kamu hizmetlerinin piyasaya açılması, kamu sektörünün küçültülmesi ve özel sektör sorumluluğunun artırılması gerekliliklerinden söz edilmektedir. Neoklasik teori rekabetin kaynak kullanımında verimliliği artıracağını varsaymaktadır. (Preker AS, Harding A, Travis P 2000: 779-780) Piyasanın avantajları şunlardır: Üreticiler arasında rekabet yaratması ve tahsisat verimliliğini artırması. Yönetsel sorumluluğun desantralize edilmesi yoluyla yönetimde şeffaflık sağlaması, bunun da verimliliği artırması. Ancak bu beklentilerin gelişmekte olan ülkeler için pek de geçerli olmadığı bilinmektedir. Bunun nedeni bu ülkelerdeki kurumsal kapasitenin düşüklüğü, geri kalmış piyasa olanaklarıdır. (Palmer N 2000: 822-823)

Çoğu insan için kamu yönetimi değişikliği teknik bir süreç gibi gözükse de, esasen güçlü ideolojik ve politik belirlenimleri vardır. Kamu yönetimindeki değişimin temelinde yeni sağ ideoloji bulunur. Yeni sağ kamu yönetimi seçeneği, geçtiğimiz birkaç on yıl boyunca ABD ve İngiltere'deki birtakım düşünce grupları (think tanks) içinde geliştirilmiştir. Kamu yönetimindeki değişim İngiltere için doğrudan doğruya İşçi Partisi'ni zayıflatmak anlamına da geliyordu. Çünkü İşçi Partisi'nin güçlü olduğu yer kamu sektörü ve kamudaki sendikalardı. Yeni kamu yönetimi de denilen bu değişim gelişmekte olan ülkeler için birkaç şeyi hedefledi. Bunlar kamunun küçültülmesi, ücret farklılıklarının artırılmasıydı. Değişimin arkasındaki varsayımlar ise; kamu sektörünün verimsizliği, personel açısından aşırı şişkin olduğu ve ücretlerin kamu harcamalarının önemli kısmını yuttuğu, buna karşın ücretlerin personeli motive etmek için düşük olduğu, ücret farklılıklarının ortadan kalktığı ve bu farklılığın becerili ve eğitimli personelin motivasyonu açısından yetersiz kaldığı, iş disiplininin azaldığı idi. Yeni kamu yönetimi modeli de bu saptamalar üzerine şekillendi. Kamu sektöründeki personel sayısını azaltmayı, ücret

farklılıklarını yeniden tesis etmeyi hedefledi.

Yeni kamu yönetimi anlayışının temel noktaları şunlardır: 1) Hükümetlerin politika ve finansman sağlama işlevleri ile operasyonel ve özellikle de hizmet üretimi işlevlerini birbirinden ayırmak. Bu işlevleri farklı kurumlara vermek. Merkezi hükümeti politika oluşturma ve finansman sağlama işlevleri ile sınırlamak. Operasyonel işlevleri kamu ve/veya özel nitelikli başka kurumlara devolüe etmek. 2) Personelin performansını artırmaya yönelik ödüllendiricilerin devreye sokulması. Personelin motivasyon ve performans düzeyine göre işten atılmasına, ödüllendirilmesine karar verilmesi. Böylece yeni kamu yönetimi modelinin temel kavramları rekabet, sözleşme, vergi ödeyenlerin paralarının gereğince değerlendirilmesi, amaç ve performansın ölçülmesi, sonuçlara göre ücretlendirme, hizmet üretiminin politika oluşturma ve finansman boyutlarından ayrılması, yöneticilerin yönetme özgürlüğü, özel sektörün devreye sokulmasıdır.

Yeni kamu yönetimi anlayışına yönelik eleştiriler de vardır. Öncelikle personel motivasyonunu sağlamak için maddi ödüller yetersiz ya da yanlış yönlendirici olabilmektedir. Örneğin birinci basamak ev ziyaretlerinin sayısı maddi ödüllendirme açısından temel kriter ise, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi hedefi göz ardı edilebilmektedir. Çalışanları yöneticilerin subjektif değerlendirmelerine göre ödüllendirmek ise ciddi zaman alıcı bir iştir. Çoğu durumda moral ödüllendirmenin daha etkili olduğu görülmektedir. Bu noktada Japon kültürünün öne çıkardığı uygulama, çalışanları işletme ile bütünleştirmeye yönelik ideolojik müdahalelerdir. Yeni kamu yönetimi anlayışına göre temel hedef işin ve hizmetin en düşük maliyetle gerçekleştirilmesidir. Oysa kamu ve hükümetler açısından eşitlik ve dayanışma çok önemlidir. Hükümetlerin ticari bir işletme gibi davranması beklenemez. Öte yandan hükümetler kıtlık, deprem gibi beklenmedik durumlara karşı da hazırlıklı olmalıdırlar. Yeni kamu yönetimi modeli, birbirleri karşısında performans ve rekabet üstünlüğü sağlamayı temel hedef olarak belirleyen birey ve kurumların birbirlerinden informasyon saklamalarına neden olabilir. Sözleşme sistemi hiyerarşik olmakla eleştirilen kamu sektörü içinde, zaten güçlü olan ilaç

ve teknoloji şirketlerinin iyiden iyiye güçlenmelerine ve yöneticileri etkilemek için istenmeyen yolları zorlamalarına neden olabilir. Bu tür durumlarda hükümetlerin olabildiğince ucuza üretme mantığı işe yaramaz. Desantralizasyon yeni kamu yönetimi anlayışının bileşenlerinden birisidir ve içsel olarak iyi bir şey olduğu kanısı yaygındır. Desantralizasyonun hızlandırıcı etkisinin olacağı beklentisi, özellikle yönetim kapasitesinin düşük olduğu ülkelerde geçerli değildir. Yeterli sayıda yöneticinin ve yönetsel işlevlerde yetişmiş insan-gücünün olmadığı durumlarda, bu insan-gücünü merkezde tutmak daha yararlıdır. Çoğu zaman desantralizasyon, merkezi otoriteyi elinde tutan güçlerin bu otoriter güçlerini perifere yaygınlaştırmalarına yarar. Bu nedenle desantralizasyonla yaratılan şey çoğu zaman daha sıkı bir kontroldür. Amaç ve hedefler zaten merkezden belirlenir ve yetki nadiren perifere aktarılır. Yeni kamu yönetiminde gelir elde etmenin en önemli yolu olarak kullanıcı ödentileri kullanılmaktadır. (Moore M 1996)

Sözleşme modelinde satın alıcının maliyet kontrolündeki etkinliği yeterli enformasyonu elde edebilmesine bağlıdır. Genellikle hizmeti üretenler hangi hizmetin maliyet etkinliğinin yüksek olduğu konusunda ve hizmeti satın alanlar da üreticinin performansı konusunda yeterli bilgiye sahip değildir.

Sözleşme sistemi şu biçimlerde uygulanabilir: Özel bir kurum sağlık hizmetini hükümet adına yönetebilir. Bu bir tür devalüasyondur. Güney Afrika'da ve Benin'de kamu hastanelerinin yönetiminin özel firmalara bırakılması bunun örneğidir. Hükümet belli bir coğrafi bölgedeki hizmeti özel sektörden satın alabilir. Bangladeş'te kırsal kesim sağlık hizmetleri bu şekildedir. Kamu özel ortaklığı modelinde (yüksek gelirli ülkelerde daha çok kullanılmaktadır) kamu sektörü büyük sabit yatırımlardan kaçınmak için özel sektörün inşa ettiği altyapıyı kiralayabilir. İngiltere'deki gibi kamu hastaneleri işletme statüsü tanınabilir, bu kamu işletmeleri bazı hizmetleri özel sektörden satın alabilirler.

Eğer sözleşme sistemi kamunun kendi içindeki kurumlar arasındaysa (merkezi hükümet ile yerel hükümetler, bir hastanenin farklı departmanları arasında, vb.) buna İç Sözleşme sistemi denilir. Kamu ve özel sektör-

ler arasındaki sözleşme ise Dış Sözleşme sistemi olarak bilinir. Kamu kurumu bazı özel hizmetleri satın alabilir. Namibya'da bakanlık kırsal kesimdeki cerrahi hizmetlerini özel sektörden satın alır. Senegal'de aynı ilişki AIDS kontrolü için geçerlidir. Mali'de hükümet kırsal kesimdeki özel çalışan hekimlerle aşılama hizmetleri için sözleşme yapmaktadır. (Perrot J 2006a)

Sözleşme sisteminde rekabetin ikinci bileşeni sigorta kurumları arasındadır. Bu da iki yolla verimliliği artıracaktır: 1- Sigortacıların yönetsel maliyetleri minimize etmeleri ve sigorta hizmetlerini geliştirmeleriyle. Ki bu durumda bile tek sigorta kurumunun bulunduğu sistemlerin maliyeti, birden çok sigorta kurumunun bulunduğu sistemlere göre daha düşük olur. 2- Sigorta kurumlarının hizmet ürecilerini seçme olanağı sağlık hizmeti verimliliğini ve niteliğini artırabilir. Ancak burada da bütün nüfusun sigorta yaptırmak zorunluluğunun bulunduğu durumlarda bu beklentinin gerçekleşmesi zordur. (Docteur E, Oxley H 2003: 40-50)

Merkez ve çevre ülkelerde sözleşme sistemi uygulaması farklılık göstermektedir. Merkez kapitalist ülkelerde ise klinik hizmetlerin sözleşmeyle satın alınması yaygındır. Avustralya, İngiltere, Yeni Zelanda, İsveç, İtalya, Portekiz ve Yunanistan gibi bir dizi OECD ülkesi kamu entegre modelinden sözleşme modeline yönelmektedir. Almanya ve Belçika'da ise bu sistem zaten uygulanmaktadır ve son zamanlarda satın alma yönünde daha aktif düzenlemeler yapılmaktadır. Sözleşme modeli daha çok hastanecilik hizmetlerinde yoğunlaşmışken, İngiltere ve Yeni Zelanda'da birinci basamakta çalışan hekimlere satın alıcı rol verilmektedir. (Docteur E, Oxley H 2003: 40-42)

Yönetimle yaratılan rekabet, Amerika'da, gerek finansman gerekse örgütlenmenin çok parçalı, standart dışı ve dağınık olarak işleyen, sonuç olarak maliyetlerin korkunç artışı ile seyreden kötü durumuna çare olarak önerilmiştir. Öneri hükümete herkes için asgari bir hizmet paketinin belirlenmesi görevini vermekte ve bütün büyük işletme sahiplerine çalışanları için bu paketin güvence altına alınması zorunluluğunu getirmektedir. İşletme ya kendisi doğrudan çalışanlarının sağlığı için belli bir kaynak ayıracak ya da bir kamu programına vergi ödeyecektir.

ABD'de yönetilen rekabetin temel stratejileri şu şekilde sıralanabilir: 1) Kullanıcıların büyük ölçekli alıcılar olarak örgütlenmesi. Bu örgütlenmeler büyük sermaye sahipleri ile sağlık bakımı alan kooperatifler (health care purchasing cooperatives) olarak örgütlenen küçük sermaye sahipleridir. 2) Kullanıcıların daha düşük maliyetli hizmeti kullanma yönünde motive edilmeleri. 3) Sigortacı ve hizmeti sunanların, düşük maliyet yoluyla daha fazla hasta çekmek için HMO'lar biçiminde örgütlenmek üzere yönlendirilmesi.

Hollanda'da 2006 yılında uygulamaya konulan yeni sağlık sigortası yasasının amacı sağlık sisteminde düzenlenmiş rekabetin uygulanmasıdır. Düzenleme kamusal müdahale anlamına gelmektedir ve amacı da sistemin dayanışmacı yapısını korumak, sağlık hizmetine evrensel ulaşımı sağlamak, finansman yapısını sürdürülebilir kılmaktır. Yasayla hastane ödemelerinde tanı temelli grup ödemesine geçildi. Bunun için toplam 30 bin vaka tanımlandı. Hastane ve sigorta kurumları bu vakalar için sunulacak hizmette rekabet içine sokuldular. Hizmet fiyatları tamamen sözleşme zeminin, de belirlenmektedir. Bu nedenle de bölgeler ve hastaneler arasında fiyat farklılıkları ortaya çıkmaktadır. Hastaneler kendi yatak kapasitelerini belirlemek bakımından da serbest bırakıldılar. 2008 yılı başındaki bir düzenlemeyle de yatırım kararlarında serbest bırakıldılar. Bu kararla birlikte bazı hastanelerin kapanabileceği de göze alınmış oldu. 2012 yılına kadar hastanecilik hizmetlerinden kâr etmeyi yasaklayan düzenlemenin kaldırılmasına karar verildi. Bunun nedeni de özel sektörün hastanecilik hizmetlerine girişinin artırılmasıydı. Bu düzenlemelerin etkileri izlenmektedir. İlk sonuçlara göre 2006 yılında sigortalıların yüzde 18'i ve 2007 yılında da yüzde 4.5'i sigorta kurumunu değiştirdi. Patron temelli sigortalara kayış belirgindi. Hastane fiyatları 2006 yılında binde sekiz oranında azaldı. Ancak bu hesaplamanın içine uzmanlara yapılan hizmet başına ödeme harcamaları dahil değildi. Hizmetin kalitesi konusundaki etkiler net değildir. Oftalmoloji, dermatoloji, ana çocuk bakım klinikleri, ortopedik cerrahi, kozmetik cerrahi alanlarında bağımsız hizmet veren sağlık kurumlarının sayısı önemli ölçüde arttı. Yaşlı bakımı, çocuk bakımı, ruhsal özürlülere hizmet veren alanlarda konsolidasyon

gerçekleşti. Rekabet sağlık sigortacılığında fiyatların düşürülmesine (%2 kadar) neden oldu. Bu sigorta şirketlerinin raporlarında gelir kaybı olarak kaydedildi. Elektif cerrahi girişimlerde bekleme süreleri belirgin biçimde azaldı. (Maarse H 2007)

1990'larda Amerikan yönetilen bakım (managed care) şirketleri ve yatırım fonları hızla Latin Amerika piyasasına girdiler. Bu süreç özelleştirme, kamu hizmetlerinin sınırlanmasıyla gerçekleştirildi, hatta Dünya Bankası ve IMF yapacakları finansal yardımları bu tür politikaların uygulanması koşuluna bağladılar. Amerikalı sigorta şirketleri ve diğer çokuluslu şirketler piyasayı ellerine geçirdiler. Amerikan yönetilen bakım şirketlerinin Latin Amerika'ya yönelmelerinin nedeni, Amerikan piyasasında ulaşılan doygunluk ve bu şirketlerin kâr amaçlı çalışmalarıydı. Brezilya'da Sul America Seguros adlı bir Amerikan yönetilen bakım şirketi 1996 yılında 1.2 milyar Dolar gelir elde etti. 1995 yılında Brezilya'da yönetilen bakımdan elde edilen toplam gelir ise 2.99 milyar Dolar idi. Yayılma açısından Latin Amerika ülkelerinin seçilmesinin nedeni, bu ülkelerin tümünde yaygın sosyal güvenlik sistemlerinin bulunmasıydı. Kısacası para kazanmanın garantisi vardı. Kamu sağlık programlarının ve sosyal güvenlik sistemlerinin özelleştirilmesi, yönetilen bakım şirketleri ve yatırım fonları açısından sermaye genişletmeye olanak sağladı. Latin Amerika'da özel sağlık sigortalarına üye olacak kadar geliri olan yaygın bir orta sınıfın bulunması da yönetilen bakım şirketleri açısından kârlı bir piyasa olanağı yaratıyordu. Bu toplumsal sınıflar yönetilen bakım hizmetlerinin sağlayacağı teknoloji olanakları için ceplerinden ödeme yapabilecek durumdaydılar. Yatırımcıların cesaretini artıran diğer etkenler bu ülkelerin bir dönem yakaladıkları hızlı büyüme, özel sigortalar tarafından kapsanan nüfusun küçüklüğü ve sağlık sigortası için ulusal gelirden ayrılan küçük paydı. Bütün bunlar yönetilen bakımın hızla yaygınlaşabileceğinin göstergeleriydiler. Son olarak da uluslararası yatırım yapan şirketlerin hareketliliğini hızlandıran yeni ticari anlaşmalar, bu tür şirketlerin çalıştırdıkları işçiler için yönetilen rekabet programlarını seçmelerini sağladı. 1990'lı yıllarda Latin Amerika ülkelerindeki borç miktarı ulusal gelirin ortalama yüzde 42.4'ü düzeyine ulaşmıştı (Guyana'da %360.3 olmak üzere).

Bu borçlu tablo, bu ülkeleri IMF ve Dünya Bankası gibi örgütlerin yapısal uyum programlarını kabul etmeye zorladı. Yapısal uyum programları ise özelleştirme, kamusal yatırımların kesilmesi gibi politikalar üzerine oturuyordu ve Dünya Bankası, sağlık hizmetlerini özel bir mal olarak ele almaktaydı. Dünya Bankası aynı zamanda yönetilen bakım programlarını da destekliyordu. Amerika Gelişim Bankası Arjantin'de Dünya Bankası ile işbirliği yaparak kamu hastanelerinin, özerk hastaneler biçiminde yeniden organize edilmesini sağladı. Yönetilen bakım ilkesi bu hastanelerin, sosyal güvenlik programlarına üye olan hastalar için, özel hastanelerle rekabet etmesini savunuyordu. Yönetilen bakımın tanıtımı için, Amerikan şirketleri Latin Amerikalı sağlık otoriteleri ve idarecileri üzerinde lobi ve reklam çalışmaları yürüttüler ve bu kişilere finansal yardımda bulundular. 300 bin Dolarlık yatırımla Aetna adlı Amerikan yönetilen bakım şirketi, 1.6 milyon üyesi bulunan Brezilya'nın Sul America Seguros adlı en büyük sigorta şirketinin hisselerinin yüzde 49'unu satın aldı. Aetna Şili'de, Pinoche'nin kurduğu kamusal destekli yönetilen bakım kuruluşu olan ISAPRE'nin hisselerini satın aldı. Aetna Meksika ve Peru'da da hızla yayıldı. CIGNA adlı ABD yönetilen bakım şirketi Latin Amerika'da 2.5 milyon üye yapmıştır ve yerli bankalarla ortaklık üzerinden iş yürütmektedir. Şili'de ISAPRE'ye ortaklığı vardır ve 100 bin üyeliğe sahiptir. Guatemala'daki üye sayısı 40 bindir. American International Grop adlı şirket Brezilya'nın büyük sigorta şirketlerinden birisinin hisselerinin yüzde 49'unun sahibidir. Arjantin, Şili, Kolombiya, Meksika ve Peru'da da özel ve kamu emeklilik fonlarına ortaklığı vardır. Latin Amerika'da yönetilen bakımın yoksul grupların sağlık hizmetine ulaşımını engellediğine ilişkin veriler vardır. Kullanıcı ödentileri hizmete ulaşımı engellemekte, bu da kamu hastane ve klinikleri üzerindeki yükü artırmaktadır. Şili'de ISAPRE üyesi hastaların yüzde 24'ü kullanıcı ödentilerini ödeyemedikleri için kamu hastanelerini kullanmak zorunda kalmaktadır. Arjantin'de henüz yönetilen bakım sistemi içine girmemiş kamu hastaneleri özel sağlık sigortalarına üye olan hastaların akınına uğramaktadır: 1997 yılı için sayı 1.25 milyon idi. Bunun nedeni özel sigorta üyelerinin, hizmet kullanım anında talep edilen ek ödemeleri karşılayamamalarıdır. Sorun özellikle

emekliler için geçerlidir. Kâr amaçlı yönetilen bakım organizasyonlarının kamu kurumlarının yönetimini ele geçirmeleri yönetsel maliyetleri artırmıştır. Arjantin'de Exxel grubunun Ban Luis bölgesindeki 19 hastanenin yönetimini sözleşmeyle ele geçirmesinden sonra yöneticiler sigortasız hastaların hastaneye başvurularını engellemeye yönelik strateji arayışı içine girmişlerdir. Yönetsel maliyetlerin ISAPRE'nin toplam yıllık harcamaları içindeki oranı yüzde 19'dur. Latin Amerika'da yönetilen bakım organizasyonları daha çok, sağlam bireyleri çekmekte, daha hasta olanlar ise kamu kurumlarına bırakılmaktadır. Şili'de ISAPRE'nin amacı kronik hastalığı olmayan genç işçileri çekmektir. Sonuçta ISAPRE üyelerinin yalnızca yüzde 3.2'si 60 yaş ve daha üzerindedir. Oysa bu grubun toplumdaki oranı yüzde 8.9'dur. Kamu hastaneleri ve klinikleri tarafından görülen hastalar içinde ise 60 yaş ve üzerindekilerin oranı yüzde 12'dir. Amerikan şirketleri dışında İspanya, İsviçre ve Alman kökenli firmalar da Latin Amerika'nın yönetilen bakım ve özelleştirilen emeklilik fonları piyasasına girmektedir. (Stocker K, Waitzkin H, Iriart C 1999)

Çevre ülkelerde ise sağlık sisteminin yetersizliği, birbirleriyle rekabet edebilecek hizmet üreticilerinin bulunmayışı klinik hizmetlerde sözleşme sistemini engelleyen faktörlerdir. Bu nedenle hastanelerde yönetim kapasitesinin gelişmediği bu tür ülkelerde, sözleşme sisteminin uygulanması piyasayı geliştirmek yerine, yeni bürokratik mekanizmalar oluşturulması anlamına gelmektedir.

Namibya'da hükümet kırsal kesime yönelik cerrahi sağlık hizmetleri için hekimlerle sözleşme yapmaktadır. Namibya'da sorun, kırsal kesimde çalışacak hekim bulunamamasıdır. Böylece sözleşme ile yarı süreli hekim çalıştırılmakta ve hizmete ulaşım sorunu bir ölçüde çözülmeye çalışılmaktadır. Ancak bu durumda da önemli sorunlar çıkmaktadır. Örneğin hekimler sözleşme sistemi içinde kendilerine başvuranlar karşısında özel hastalarına öncelik vermektedir.

Bombay'da mutfak, Bangkok'ta temizlik, Tayland'da tıbbi cihaz, Güney Afrika'da ve Zimbabve'de bölge hastaneleri sözleşmeyle çalıştırılmaktadır. Sözleşme gerekçesi değişmektedir. Bombay'da hastanelerin mutfak hizmetlerinin, Bangkok'ta temizlik hizmetlerinin sözleşmeyle devredil-

mesinden beklenenler yönetimin üzerindeki yükün azalması, hizmetin ucuzlaması, israfın önlenmesi, kalitenin artmasıdır. Düşük gelirli ülkelerde klinik olmayan hizmetlerin sözleşmeyle devri; rekabetçi ortamda gerçekleştirilse de, sözleşmelerin nadiren el değiştirdiği görülmektedir. Klinik hizmetlerde rekabet ortamının yaratılması daha da zordur. Tayland'da tıbbi cihazların alımı, Güney Afrika ve Zimbabve'de bölge hastaneleri için rekabetçi ortam düzenlenmeye çalışıldıysa da başarılı olunamamıştır. Çünkü bu ülkelerde aynı hizmeti üreten, sağlayan birden fazla kurum bulmak bile zordur. Bombay'da mutfak hizmetlerinin sözleşmeyle devri maliyetlerde azalma sağlamış, ancak aynı zamanda kalite düşmüştür. Hesaplamalar, eskisine göre daha kaliteli mutfak hizmeti alınanın, fiyatları eski entegre sistemdeki fiyatların üzerine çıkarmadan olanaksız olduğunu göstermektedir. Bangkok'ta kalite sorunu olmadan maliyetin düşürüldüğü bildirilmektedir. Güney Afrika'da hastane maliyetleri sözleşme sonrasında düşmüş, kalitede değişiklik olmamıştır. Ancak sistemin hükümete olan maliyeti entegre sisteme göre artmıştır. Sözleşmeyle hizmet devralan özel sektör, maliyetleri ücretleri baskılayarak düşürmektedir. Sözleşme sistemi hükümetin işlevleri bakımından paradoks bir durumdur. Sözleşme hükümetin verimli hizmet sunamayacağı gerekçesiyle gündeme getirilirken, sözleşme sisteminin kendisi üst derecede hükümet denetimi, yönetim kapasitesi gerektirmektedir. Örneğin Güney Kore'de özel sektör karmaşık bir yapıya sahipken, hükümet bu karmaşık yapıyla sözleşme yapacak derecede gelişkin değildir. Öte yandan sözleşme sistemini yürütecek beceri deki kamu sektörünün, niçin hizmet üretimine yönelmediği de önemli bir sorudur. (Mills A 1998)

Afganistan, Bahreyn, Mısır, İran, Ürdün, Lübnan, Fas, Pakistan, Suudi Arabistan ve Tunus'ta yapılan bir araştırmada sözleşme sisteminin hem klinik hem de klinik olmayan hizmetlerde, gerek birinci gerekse ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri düzeyinde yaygın olarak kullanılmaya başlandığı anlaşılmıştır. Mısır'da hükümet ana çocuk sağlığı hizmetlerini özel kurumlardan satın almaktadır. Pakistan'da birinci basamak sağlık hizmetleri bazı bölgelerde özel kurumlardan satın alınmaktadır. Uygulamayla hizmet kullanımı, kurumların fiziksel koşulları ve hasta

memnuniyeti gelişmiştir. Ancak hizmet kalitesinde, ilaçların elde edilebilirliğinde, uzak toplulukların hizmete ulaşımında ve koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamında gelişme olmamıştır. İran'daki benzer uygulama hizmet niteliğinde ve hizmete ulaşılabilirlikte gelişme olduğunu göstermektedir. Tunus, Ürdün ve Lübnan'da hastanecilik hizmetleri özel sektörden hizmet başına ödeme ile satın alınmaya başlanmıştır. Hükümetler ödemede bir üst sınır belirlemektedir. Ancak mevcut uygulamalarda hizmet niteliğinin yeterince iyi izlenemediği anlaşılmaktadır. Sonuçlar göstermektedir ki sözleşme sistemi karmaşık bir sistemdir ve sağlık sisteminin bütün sorunlarının çözümü değildir. Bahreyn'de hizmetin sözleşmeyle devredildiği özel sektörün hizmet kapasitesi sınırlıdır. Pek çok ülkede kamu ve özel sektörlerin sözleşme yapabilecek yönetsel kapasitesi yoktur. İran'da özel sektörün istismara yönelik tutumu belirgindir. Ürdün'de sözleşme sistemi kaynak sıkıntısını aşmanın yolu olarak düşünülmüştür, ancak hükümet özel sektöre ödemeleri gerçekleştirememektedir. Fas'ta sözleşmeyle satın alınan hizmetlerin kalitesi sorunludur. Bu liste bu şekilde uzatılabilir. (Siddiqi S ve diğ 2006)

Sağlık hizmetleri piyasasının oluşmadığı ülkelerde sözleşme sistemi tekelleşmeyi uyarmakta, bu da verimliliği düşürmektedir. Birbirleriyle rekabet edebilir durumda sağlık kurumları içeren piyasa koşullarında ise bu kurumlar monopol yapılar oluşturmaya yönelmektedir. Öte yandan sözleşme sisteminin uygulanabilmesi için, sözleşmeyi yapacak kamu kurumunda, sözleşme yapma, sözleşme yapılan özel kurumların performansını ve hizmetin verimliliğini ve kalitesini izleyip değerlendirme becerilerine sahip bir yönetici kadronun olması gerekir. Bütün bunlar özellikle çevre ülkelerde olmayan şeylerdir. Yukarıda sıralanan yönetim becerileri yönetsel maliyetlerin artmasına da neden olmaktadır.

Sözleşme sisteminin eşitliği geliştirebilmesi için, özel hizmet sunucularının, hükümet sağlık kurumlarının bulunmadığı geri kalmış bölgelerde bulunması ya da bu bölgelere gitmesi gerekir. Çevre ülkelerin durumu bu bakımdan da olumsuzdur. (Kutzin J 1997: 33-40) Hükümetin bile hizmet sunamadığı geri kalmış bölgelerde, özel sektörden hizmet beklemek boşunadır. Bu tür bölgelere, tamamen insani yardım amaçlı çalışan hü-

kümet dışı kuruluşlardan başka yönelecek özel girişimci bulabilmek olanaksızdır. Bu durumda hükümetten elindeki kaynakları, kendisi hizmet üretmek üzere kullanmasını beklemek daha mantıklı olacaktır.

Değişik ülkelerdeki düzenlenen ya da yönetilen rekabet uygulamaları sözleşme sisteminden beklenenleri gerçekleştirmenin zor olduğunu göstermektedir. Burada sorun, sağlık sektörü içine rekabetin sokulamamasıdır. Bunun nedeni ise hizmeti satın alan ve sözleşmeyi yapan kamu finansör kurumlarının işlevlerinin ve sorumluluklarının diğer piyasalarda gerçekleşen piyasa ilişkilerini engellemesidir. Öte yandan sözleşme sistemi, entegre sistemlere göre daha maliyetlidir. Ayrıca sendikalar da sisteme karşı duran bir güçtür. (McPake, B, Mills A 2000: 811-817)

Kısacası sözleşme sistemi eşitsizlikleri azaltamaz, maliyeti yüksektir, verimlilik konusundaki avantajları çok şüphelidir, hizmette bölgesel fiyat farklılıkları ortaya çıkar, rekabetin fiyat düşüşü yönündeki avantajı çok sınırlıdır, pek çok ülkede uygulanma koşulları yoktur.

B.3.14. Maliyetin sınırlanması

Maliyet sınırlama (cost-containment) stratejileri, harcama kontrolünü ya da azaltılmasını, sağlık harcamalarının önceden belirlenen sınırlar içinde yapılması yöntemiyle sağlamaya çalışır. Maliyet sınırlaması önceden belirlenmiş harcama sınırları içinde kalındığı sürece, harcamaların artmasıyla birlikte de olabilir. Maliyet sınırlaması önlemleri çoğu kez yalnızca kamu sağlık harcamaları üzerinde etkili olmaktadır. Bu önlemlerin bazıları maliyetin bir kısmını hastaya yansıttığından, maliyet sınırlama toplam sağlık harcamalarının artmasına bile neden olabilir.

Maliyet sınırlaması stratejileri talebe ve arza yönelik olabilir. Maliyetin sınırlanması için şu yöntemler kullanılmaktadır: 1) Toplum katılımının geliştirilmesi. Toplum katılımı yoluyla bireylere kendi sağlık sorunlarının çözümünün öğretilmesi sağlık personeli gereksiniminden tasarruf sağlayacaktır. 2) Geleneksel sağlık uygulamalarından yararlanılması. 3) Sorumlulukların aktarılması: Hekimin kimi sorumluluklarını diğer sağlık personeline aktarması ona boş zaman sağlayacaktır. Özellikle hekim sayısının yetersiz olduğu ülkelerde bu uygulama önemlidir. 4) Sağlık

personelinde maliyet bilincinin geliştirilmesi. 5) Binaların uygun biçimde inşa edilmesi. Özellikle büyük hastane yatırımlarının merkezi düzeyde planlanması ve denetlenmesi. 6) İkinci basamak sağlık hizmetlerinin uygun kullanımı. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sorundur. Çünkü bu ülkelerin, yüksek gelirli ülkelerin ikinci basamak sağlık kurumlarını örnek olarak aynen aldıkları, büyük kapasiteli hastaneler kurdukları görülmektedir. Ulaşım olanaklarının zor olduğu ve yetişmiş personelin bulunmadığı koşullarda bu politikanın yararından çok zararı olmaktadır. 7) Temel sağlık hizmeti örgütlenmesinin geliştirilmesi. 8) İthalattan tasarruf sağlanması, özellikle ilaç ithalatının sınırlanması. 8) Geri ödeme miktarlarının azaltılması. Örneğin Fransa'da beş tedavi şemasına ait 379 kalem ilacın geri ödeme oranı yüzde 70'ten yüzde 40'a indirilmiştir. (Smith BA, Leiserson A 1978: 100-105; Halley V, Pissarro V 1992: 72)

Arz odaklı maliyet sınırlayıcı önlemler hizmet arzını sınırlayarak veya azaltarak harcamaları etkilemeyi hedefler. Bu grupta yer alan stratejiler, kamu sağlık kurumları arasında rekabet yaratmak, hizmet sunucular için bütçenin veya harcama tavanının üst sınırını belirlemek, hekimlerin hizmet üretimini ve/veya hastanelerdeki yatak sayısını azaltmak, insan kaynaklarının maliyetini (ücretleri) veya sağlık hizmeti vermek için kullanılan malzemelerin (ilaç) maliyetini kontrol etmek, hastane hizmetinin yerine ayaktan bakımı geçirmek, teknoloji kullanımını düzenlemek, ücretlendirme ve ödeme yöntemlerini değiştirmektir. Bütün bunlar genel olarak dört grupta toplanabilir:

1. Kısa dönemli doğrudan kontrol: Hastaneler için bütçe kısıntıları, personel sayısının denetimi, ödeme sistemlerinin denetimi, fiyatların denetimi, niceliğin denetimi (bir reçeteye yazılacak ilaç sayısının sınırlanması gibi).

2. Kısa dönemli dolaylı kontrol: Değişen göreceli değerler skalasının uygulanması (changing relative value scales) böyledir. Bu uygulama sağlığın çeşitli bileşenlerinin, hizmet kullanımının etkilenmesi düşünülen yönüne uygun biçimde fiyatandırılması anlamına gelir. Dolayısıyla kimi hizmetler için piyasa değerlerini dikkate almayan (piyasa değerlerinin altında

ya da üstünde) bir fiyatlandırma yapılabilir. Hekimin sunduğu tıbbi bakım hizmetleri içinde en fazla oranda fiyat artış eğilimi gösteren tanısal hizmetlerin, piyasanın üzerinde bir fiyatla değerlendirilmesi bunun örneğidir. Bu durumda söz konusu hizmetin kullanımı azalacaktır. İstenen de zaten budur. Ancak, bu fiyatlandırma politikası, politikanın uygulandığı kamu sektörü ile rekabete girecek bir özel sektörün varlığı durumunda istenilen sonucu vermeyecektir. Kısa dönemli dolaylı kontrol stratejilerinin diğer örnekleri şunlardır: Aynı değerdeki ilaçların pahalı olanlarının yazımının sınırlanması, hekimlerin ilaç fiyatları konusunda bilgilendirilmeleri.

3. Orta dönemli doğrudan kontrol: Hastane inşaatlarının kontrolü, ağır ve pahalı tıp araçlarının kullanımının kontrolü, geleneksel hastane bakımının yerine yenisinin konulmasının kontrolü ve uyarılması.

4. İnsan gücünde yoğunlaşan doğrudan kontrol: Öğrenci sayılarının kontrolü, uzmanlık eğitiminc girişin kontrolü. (WHO 1987: 86-89)

Arz yönlü maliyet sınırlaması stratejilerinin değişik biçimleri çeşitli ülkelerde uygulanmıştır. Örneğin Belçika, Almanya, İtalya, Portekiz, İspanya ve İngiltere harcama tavanını belirlemiştir. Belçika, Almanya ve Hollanda hastane bütçelerini sınırlamıştır. Bu da hastaneleri yatış sürelerini kısaltmaya yöneltmiştir. Almanya'da hekim örgütleri ve hastalık fonları, bir bölgenin yüzde 50'den çok belli dalda uzmanlaşmış hekim istihdam etmesi durumunda yeni hekimlerin bölgeye girişine izin vermemektedir. Hekimleri erken emekliliğe özendiren önlemler getirilmiştir. Fransa 22 bin, Hollanda 3800, Macaristan 10 bin kamu hastane yatağını kapatmayı planlamıştır. Tedavi ve tanı işlemlerinin standartlaştırılmasını hedefleyen tıbbi klavuzlar geliştirilmiştir. Birçok Avrupa ülkesinde reçete yazma yöntemleri incelemeye alınmakta ve gereksiz ilaç yazan hekimlere para cezası verilmektedir. (Saltman RB, Figueras J 1997: 83-100)

Kısacası sağlık hizmet arzı, fiyatlara ve hizmetin içeriğine getirilecek kontrol mekanizmaları ile denetlenebilir. Daha fazla oranda fiyat artış eğilimi gösteren, dolayısıyla da kullanımı azaltılmak istenen hizmet bileşenlerinin fiyatlarının yükseltilmesi, o hizmetin kullanımını azaltıcı etki gösterecek, talebi bir başka ve daha ucuz olan hizmete yönlendirecektir. Özellikle sosyal sigorta sisteminin kapsamının daraltılması da, kullanımı

azaltıcı ve maliyet artışını sınırlayıcı işlev görecektir.

Maliyet sınırlamasında fiyat ve ücretlerin kontrolü önemli bir stratejidir. Ücret kontrolü özellikle kamu entegre sistemlerinde yaygındır. Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İspanya, İsveç ve İngiltere hem hastanelerde hem de birinci basamakta ücret kontrolü yapmaktadır. Kamu sözleşmesi sisteminde ise hükümetler özel sağlık hizmetlerinin fiyatını denetleme yetkisine sahiptir. Ancak fiyat kontrolü stratejisi hizmet üreticileri tarafından hizmet hacminin artırılması (Avustralya, Fransa, Japonya ve İsveç'te), yüksek maliyetli hizmetlerin üretilmesi (Fransa, Almanya ve ABD'de) ya da hizmetlerin fiyat kontrolünün yapılmadığı bölgelere kaydırılmasıyla yanıtlanmaktadır. Ücretlerin kontrolü, gençlerin tıp fakültelerini tercih etmelerini azaltmaktadır. Ayrıca anestezist, jinekolog ve psikiyatrist arzında da sorunlar ortaya çıkmaktadır. (Docteur E, Oxley H 2003: 24)

Talebe yönelik önlemlere gelince, bunların tümü maliyetlerin bir kısmını kullanıcılara kaydırarak, kamu tarafından finanse edilen hizmetlere olan talebi düşürmeyi amaçlar. Talebe yönelik maliyet sınırlaması stratejileri içinde en önemlisi maliyet paylaşımıdır (cost-sharing). Diğer yaklaşımlar, özel hizmetlerden yararlananlara vergi indirimi, sigorta hakkını kullanmama ikramiyesi ve katılmamayı seçme hakkıdır.

Katılmamayı seçme hakkı yüksek gelirlilere zorunlu sigorta sistemine girmeme seçeneğini sunar. Bu uygulama sigorta sistemlerinde geçerlidir. Katılmamayı seçenler özel sigortalara kayabilirler ya da sigortasız kalabilirler. Hedef kamu sağlık sistemi üzerindeki yükü azaltmaktır. Almanya ve Hollanda'da halen uygulanmaktadır. Sosyal dayanışmayı zedeleyici ve sigorta sisteminin gelirini azaltıcı etkisi vardır.

Sigorta hakkını kullanmama ikramiyesi kamu sağlık sisteminden yararlanmayanlara prim indirimi demektir. Bu da yalnızca sigortaya dayalı sağlık sistemlerinde uygulanır. Almanya'da 1991'den beri yıl boyunca normal sağlık kontrolleri dışındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmayanlar, sağlık sigortasına bir aylık katkı tutarında prim ikramiyesi elde ederler.

Maliyet sınırlayıcı bir başka strateji yararlanım paketinin daraltılmasıdır.

Maliyet paylaşımı genellikle hizmet kullananların hizmet üretenlere doğrudan yaptıkları herhangi bir ödemeyi ifade eder. Bu tip ödemeler nüfusun genelini doğrudan etkilediği için politika tartışmalarında önemli yer tutmaktadır. (Saltman RB, Figueras J 1997: 83-100)

Maliyet paylaşımı programlarının çoğu hizmeti kullanım anında yapılan doğrudan ödemelere dayanır. Bu nedenle de zaten yoksul durumdakilerin hizmet kullanımını azaltıcı etkisi vardır. Bu etkiyi gidermek için iki yol önerilebilir: 1) İkinci ve üçüncü basamaktaki referans hastanelerinin sunduğu hizmetlere ek ödeme getirilmesi ve sağlanan ek kaynağın kırsal kesime, temel sağlık hizmetlerine aktarılması. 2) Yerel düzeydeki hizmetlerin tümüne ek ödeme getirilmesi ve oluşturulan fonun, yine yerel düzeydeki bir inisiyatife bırakılarak orada kullanılmasının sağlanması. Bunlardan ilki Dünya Bankası'nın, ikincisi de UNICEF'in önerisi olarak şekillenmiştir. (Nugni WG 1991: 16-19)

Maliyet paylaşımının üç ana biçimi ya da mekanizması, Ön Ödeme (Deductible), Katkı Payı (Co-Payment), Sigortalı Payı (Co-Insurance)'dır. Bu kavramların tanımları İkinci Bölüm içindeki III.3. alt bölümünde verilmişti.

Yukarıdaki stratejilerden başka, hizmeti üretenlere yapılan cepten harcamaların düzeyini belirleyen maliyet paylaşımı stratejileri de vardır. Bunlar da şunlardır:

Teminat Tavanı (Benefit Maximum): Belirli bir dönemde sigorta kuruluşu tarafından geri ödenecek miktar için belirlenen üst sınır. Hasta bu miktarın üzerine çıkan harcama kısmını cebinden öder. Örneğin sigorta kuruluşu tarafından yapılan toplam ödeme miktarı bir milyon Doları geçtiğinde, bunun üzerindeki harcamaların tümünü ömrü boyunca hastanın kendisi öder.

Cepten Ödeme Tavanı (Out-of-Pocket Maximum): Sigortalı kişinin yükümlü olduğu cepten harcama sınırını tanımlar. Bunun üzerindeki ödemeler sigorta kuruluşu tarafından karşılanır. Örneğin sigortalının yaptığı ön ödeme miktarı 1000 Doları bulduktan sonraki harcamaların tümünü sigorta kuruluşu karşılar.

Ekstra Faturalama (Extra Billing): Hizmet sunucuların talep ettiği

miktar sigortacıların belirlediği tavanı aştığında fark, hastanın kendisi tarafından karşılanır. Örneğin hekim muayenesi için belirlenen maksimum geri ödeme miktarı 100 Dolar iken, hekimin 115 Dolar talep etmesi durumunda hastanın örneğin 10 Dolarlık katkı payına ilaveten, 15 Dolarlık ek ödeme yapmasıdır.

İlaçlarda Referans Fiyatlandırma (Pharmaceutical Reference Pricing): Sigorta kuruluşu tarafından tedavi edici etkinliği aynı olan ilaçlar için hazırlanmış maksimum geri ödeme miktarını belirleyen fiyat listesidir. Eğer hasta daha pahalı bir ilacı almayı tercih ederse farkını kendisi öder. Örneğin bir antibiyotik için referans fiyat 60 Dolardır ve hasta 70 Dolarlık satış fiyatı olan bir marka seçerse 10 Dolarını kendi cebinden öder.

Kapsam Dışında Kalanlar (Coverage Exclusions): Sigorta güvence paketinin kapsamı dışında bırakılan hizmetleri ifade eder. Örneğin sevk edilmeden doğrudan hastane hizmetlerini kullanma durumunda para ödenmesi böyledir.

Batı Avrupa ülkeleri arz odaklı maliyet sınırlama çabalarını bütçe kontrolleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi ve sevk sisteminin kurulması üzerine yoğunlaştırmışlardır. Maliyet paylaşımı hem birinci hem de diğer basamaklarda vardır. Katkı payı ve sigorta payı yaygındır. İsviçre'de ön ödeme kullanılmaktadır. Hekimlerin ekstra faturalandırması yöntemini Belçika, Fransa ve Danimarka uygulamaktadır. İlaçlara yönelik referans fiyatlandırma Danimarka, Almanya, Hollanda, Norveç ve İsveç'te gündemdedir. Maliyet paylaşımında düşük gelirlileri uygulama dışında tutma eğilimi gözlenmektedir. Ancak, daha önceden de belirtildiği gibi, hizmeti kullanım anında bunun başarılması zordur. Politik sistemlerin desantralize olduğu Fransa ve İsveç'te maliyet paylaşımına ilişkin kararlar yerel makamlarca alınır. Ancak tavan ulusal düzeyde belirlenir.

Avrupa'da sigorta sistemine sahip ülkelerde maliyet paylaşımı genellikle genel pratisyelik hizmetleri. Uzman muayeneleri ve yataklı bakım için uygulanırken, vergi sistemine sahip ülkeler genellikle bu hizmetler için maliyet paylaşımı uygulaması yapmamaktadır.

Genel pratisyenlik ve ayaktan uzman muayenesi için getirilen maliyet

paylaşımı katkı payı (co-payment) ve sigortalı payı (co-insurance) şeklindedir. Bu da hastalık fonlarıyla sözleşmesi olmayan hekim muayeneleri için alınan para biçimindedir. Yunanistan ve İsveç'te bu mekanizma hastalık fonları ve konsüller arasında değişmektedir. Danimarka'da istediği genel pratisyeni seçmek isteyenlere, İrlanda'da ise yüksek gelirlilere uygulanmaktadır.

Yataklı tedavideki maliyet paylaşımı, kalınan her gün için alınan katkı payı biçimindedir. Miktarı Avusturya, Fransa, Almanya, Lüksemburg ve İsveç'te günlük 5-10 Euro, Finlandiya, İrlanda ve Belçika'da 26-65 Euro arasındadır.

İlaçlar açısından en yaygın maliyet paylaşımı biçimi sigortalı payıdır. Belçika, Danimarka, Fransa, Yunanistan, Lüksemburg, Portekiz ve İspanya'da uygulama bu biçimdedir. Avusturya ve İngiltere'de ise sabit miktarlı katkı payı ödeme biçimi reçete başına uygulanmaktadır. Danimarka, Finlandiya ve Almanya'da ise reçetedeki her ilaç için ön ödeme (deductible) ile birlikte bu ön ödemenin üzerindeki miktar için sigortalı payı birlikte uygulanmaktadır. Ayrıca, Danimarka, Fransa, Almanya, Hollanda, Portekiz, İspanya'da bazı ilaçlar için referans fiyatlandırma sistemi de vardır. Ancak kronik hastalıklar, düşük gelirliler, yaşlılar ve çocuklar ilaçtaki maliyet paylaşımının dışında tutulabilmektedir.

İtalya, Hollanda, İspanya, Portekiz ve İsveç'te diş sağlığı hizmetlerinin neredeyse bütün maliyetini hasta üstlenmektedir. Diğer ülkelerde ise katkı payı ve sigortalı payı yöntemleriyle maliyet paylaşılmaktadır. Avusturya, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Yunanistan, İrlanda, Hollanda ve İsveç'te çocuklar yine muaftır.

Eski sosyalist ülkelerde düşük maaş politikalarına bağlı olarak resmi olmayan (el altından yapılan – under the table) hekim ödemeleri yaygındır. Genellikle ilaç, tıbbi malzeme, klinik testler için de cepten ödeme yapılmaktadır. Kazakistan'da hastaneye yatan hastalar pek çok gereksinimlerini (çarşaf, gıda, çamaşır yıkama gibi) kendileri karşılamaktadır. (Saltman RB, Figueras J 1997: 83-100; Gooder P et all 1993: 565)

Maliyet sınırlamasının bir yolu da üretici ödeme yöntemlerinin değiştirilmesidir. Çünkü tercih edilen ödenme yöntemi maliyet üzerinde önemli

derecede etkide bulunmaktadır. Dört önemli ödeme mekanizması vardır: Hizmet başına, kişi başına, vaka başına, ücret ve hemen tamamen yataklı hizmetler için uygulanan günlük ödeme (per diem). Ayrıca sağlık sisteminin içindeki bir sektörün tümüne yapılan ve böylece o sektördeki harcama tavanını belirleyen sektörel ödemeler söz konusudur. Yönetsel maliyetlerin harcama tavanının belirlenmesiyle ya da toplam sağlık harcamalarının üst sınırının belirlenmesi anlamına gelen global bütçelemeyle de maliyet sınırlaması gerçekleştirilebilir.

Hizmet başı ödeme yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu ödeme mekanizmasının gerekenden çok hizmet üretimine yol açacağı endişesi vardır. Örneğin Danimarka'da 1987 yılında genel pratisyenlerin ödemesinde kişi başı ödemeden hizmet başı ödemeye geçildikten sonra sağlık harcamalarında ciddi artış olmuştur.

Amerika'da da benzer bulgular vardır. 349 hekim arasında yapılan bir araştırmaya göre hizmet başına ödeme, ön ödeme sisteminin kullanılmasına göre yüzde 41 daha fazla oranda hastane yatışına yol açmaktadır. OECD ülkelerinde hizmet başına ödeme toplumun hekim kullanma sıklığının artışıyla birlikte seyretmektedir. Hizmet başı ödeme sistemi ancak global bütçeleme çerçevesine alındığında gereksiz maliyet artışının önüne geçilebilmektedir. Japonya'daki durum böyledir.

Günlük ödeme (per diem) geçmişte sık kullanılmaktaydı. Geriye dönük bir ödeme mekanizmasıdır ve açık uçludur. Maliyet sınırlayıcı etkisi zayıftır. Kurumlar gelirlerini artırmak için hastaları gereksiz olarak uzun süre yatırmakta ya da hasta yatışlarını gereksiz olarak artırmaktadır. Bu yan etkiden kaçınmak için bugün daha çok, vaka başına ödeme yöntemi tercih edilmektedir. Bazen de bu yöntem bütçe sınırlamaları içinde kullanılmaktadır. Örneğin Japonya'da ortalama hasta yatış süresini kısaltmak için ilerleyen günler için yapılan günlük ödeme miktarı azaltılmaktadır. 90 gün sonrasında ödenen günlük ödeme miktarı ilk 14 gün için yapılan ödemenin yarısı kadardır.

Vaka başına ödeme hem ayaktan hem de yataklı hizmetler için kullanılabilir. Bunun bir örneği her muayene için sabit bir paranın ödenmesidir. Yataklı tedavideki tipik örnek, tanı temelli ödemedir. Burada her hastalık

için ayrı olarak ve sabit bir miktar ödeme yapılır. Tanı temelli ödeme Medicare harcamalarında dramatik bir azalma sağlamıştır. Özellikle hasta yatış gün sayısında azalma vardır. Toplam hastane yataklarındaki azalmanın nedeni de budur. Tanı temelli ödeme hastane harcamalarını azaltırken, toplam sağlık harcamalarındaki etkisi sınırlıdır. Bunun nedeni de hastane bakımının hastane dışına aktarılmasıdır.

Kişi başı ödemede hastaneler ve hekimler tedavi ettikleri ya da bağlı olan her kişi için sabit bir miktar para alırlar. Avusturya, Danimarka, Macaristan, İrlanda, İtalya, Hollanda ve İngiltere'de hastanelerde bu yöntem kullanılmaktadır. Ancak yaş ve hastanın sağlık riski kişi başı ödeme miktarının belirlenmesinde kriter olabilir. Burada gereksiz hizmet üretme eğilimi yoktur. ABD'de bu sistemin kurumlara hasta yatışlarında yüzde 40 azalma sağladığı ve ortalama hasta yatış gün sayısını da azalttığı bildirilmektedir. Macaristan'da ise kişi başı ödeme alan genel pratisyenler hastanelere daha çok hasta sevk etme eğilimindedir.

Hekimlere ücret yöntemi Yunanistan (ulusal sağlık sistemindeki hekimler), İspanya (hekimlerin yüzde 60'ı ücrete ek olarak kişi başına ödeme almaktadır), Portekiz, Finlandiya ve İsveç'te kullanılmaktadır. Burada gereksiz hizmet üretimi yönünde bir güdülenme yoktur. Böyle ücretlendirilen hekimler özellikle güç vakalarda grup çalışmasını tercih etmektedir. Yönetsel maliyetler düşüktür. Ancak hekimlerin motivasyon ve üretkenliği de daha düşüktür.

Bütçeler uzun zamandır ulusal sağlık sistemlerinde kullanılmaktadır. Bütçe sistemleri kapalı uçlu sistemler olarak tanımlanmaktadır. Global ve sektörel olmak üzere iki tür bütçe olabilir. Ancak bütçelerin maliyet sınırlamasındaki etkileri şüphelidir. Bunun nedeni de bütçe dışı harcamalara izin verilmesidir.

Yönetsel maliyetler sağlık harcamalarının önemli bir kalemidir. OECD ülkelerinde yönetim harcamalarının toplamdaki oranı yüzde 0.2 ila yüzde 7.1 arasındadır. Sigorta sistemlerinde yönetsel maliyetler daha yüksektir. Nitekim sigorta sistemlerinde yönetsel maliyetlerin oranı yüzde 4.2 iken genel vergi sisteminde yüzde 2.2'dir. Kısaca, finansman sistemi de maliyet sınırlamada önemlidir. Ancak son yıllarda hastaların şikayet-

lerine bağlı olarak sigorta sistemlerinde de yönetsel maliyetlerde azalma eğilimi vardır. Ayrıca bilgisayar teknolojisinin yönetimde daha çok kullanılması nedeniyle de yönetsel maliyetler azalmaktadır. (Carin G, Hanvoravongchai P 2002)

Tablo: 2000'lerin başında bazı OECD ülkelerinde, değişik hizmet türleri için, maliyet paylaşımı politikaları (Docteur E, Oxley H 2003:53)

	Genel pratisyen	Uzman	İlaç	Yataklı tedavi	Film ve patoloji
Lüksemburg	Ayaktan muayene için: Klinikte ise %30, hastanede ise %40, genel hastanede ise %55	Ayaktan muayenelerde: Klinikte ise %30, hastanede ise %40, genel hastanede ise %55		%20	
Yeni Zelanda	Ekstra fatura	3-17 Dolar	2-8 Dolar	Yok	Film için 11 Dolar
Norveç	11 Dolar	16 Dolar	%25, maksimum reçete başına 43 Dolar	Yok	Yok

Tablo: 2000'lerin başında bazı OECD ülkelerinde, değişik hizmet türleri için, maliyet paylaşımı politikaları (devam)

	Genel pratisyen	Uzman	İlaç	Yataklı tedavi	Film ve patoloji
Polonya	Yok	Yok	Temel ilaçlar için asgari ücretin %0.05'i, diğer ilaçlarda %30-50	Yok	Yok
Portekiz		91-213 Dolar	%0/30/60/100	30 Dolar	
İspanya	Yok	Yok	%0-%40	Yok	Yok
İsviçre	%10	%10	%10	Günlük 7 Dolar	%10

Maliyet sınırlayıcı ve paylaştırıcı uygulamalar, daha önce kullanıcı ödentisi başlığı altında ele alındığı gibi, eşitsizlikçi ve yoksullaştırıcı etkiler göstermektedir.

Maliyet paylaşımı uygulamaları sağlık hizmeti kullanımını azaltmakta, ancak maliyetleri sınırlamamaktadır. Bunun nedeni maliyetin arza dayalı faktörlerce belirlenmesine karşılık, maliyet paylaşımı programlarının talebe odaklı politikalarla oluşturulmasıdır. Maliyet sınırlaması için, maliyet paylaşımı yerine, bütçe kontrolleri gibi arza odaklı önlemler daha başarılıdır.

1990'larda İsveç'te referans fiyatlandırma sisteminin uygulanması ilaç fiyatlarında hızlı bir düşüşe neden olmuştur. Referans fiyatlandırma sistemi kapsamındaki maddeler için jenerik pazar payı 1993'ün ilk altı ayında

yüzde 35'ten yüzde 49'a yükselmiştir. Bu değişimden sağlanan tasarruf ilaçlara yapılan toplam harcamanın yüzde 5'i kadardır. Bununla birlikte ilaç harcamalarının yıllık artışı aynen devam etmiştir. Bunun nedeni ek maliyetlerin hastalara yüklenmiş olmasıdır. İlaçlara getirilen maliyet paylaşımı ilaç kullanımını azaltmaktadır. Örneğin Macaristan'da 1994'te uygulanan bu tür bir maliyet paylaşımı programı sonrasında reçetelere yazılan ilaçların yüzde 20'sinin alınamadığı anlaşılmıştır.

Sonuç olarak maliyet paylaşımı gerek sağlık sisteminin verimliliğini artırmak, gerekse maliyetleri sınırlamak için uygun bir araç değildir. Maliyet paylaşımının talebi sınırlaması ilk basamak sağlık hizmetleri için kullanıldığında etkilidir. Ancak ilk basamakta talep sınırlanması asıl sosyoekonomik durumu kötü olanların hizmet kullanımını azaltmaktadır. Hizmet sunuculara geriye dönük ödeme yapılan sağlık sistemlerinde, maliyet paylaşımı hizmet kullanımını azaltsa bile, hizmeti üretenler, kullanımın azalması sonucunda ortaya çıkan gelir düşüşünü telafi etmek için birey başına sundukları hizmet miktarını artırmaya yönelmektedir. Bu nedenle de maliyet paylaşımının maliyet sınırlayıcı etkisi çok kısıtlı olmaktadır. Maliyet paylaşımı, hizmet kullanımında genellikle eşitsizlik yaratır. Doğrudan ödemeler yoksulları hizmet kullanmaktan daha çok caydırır. (Saltman RB, Figueras J 1997: 83-100; Gooder P et all 1993: 565)

Kullanıcı ödentilerinin olumsuzluğu, eşitsizlik yaratmasındadır. Bu nedenle istisnalar tanımlanmalıdır. Maliyet sınırlamasındaki etkileri de tartışmalıdır. Örneğin kullanıcı ödentisindeki yüzde 1'lik bir artış hizmet kullanımını yüzde 0.2 azaltmaktadır. Ayrıca bu, toplam sağlık harcamasının azalması anlamına da gelmemektedir. Hizmet fiyatlarının kullanıcı ödentisi aracılığıyla artırılması, buna karşılık hizmet kullanımının aynı oranda azalmaması toplam sağlık harcamalarının artışına neden olabilmektedir. Dolayısıyla kullanıcı ödentisi sağlık harcamasını azaltmanın değil, maliyeti hastaya transfer etmenin yolu gibi görünmektedir. (Carin G, Hanvoravongchai 2002)

OECD ülkeleri içinde en eşitsizlikçi yapıdaki sağlık sistemlerinin ABD ve İsviçre sağlık sistemleri olduğu saptanmıştır. Bu olgu bu ülkelerdeki yüksek cepten ödemelere ve özel sigorta harcamalarının yüksekliğine bağlanmaktadır. Bu ülkelerde maliyet paylaşımı uygulamaları hastanın

gelirini gözetmeden uygulanmaktadır. Kazakistan'da hastalık durumunda cepten yapılan ödemeler aileler üzerinde ciddi finansal yük oluşturmaktadır. Vakaların yüzde 20'sinde hastalık maliyeti tüm hanenin aylık gelirini aşmaktadır.

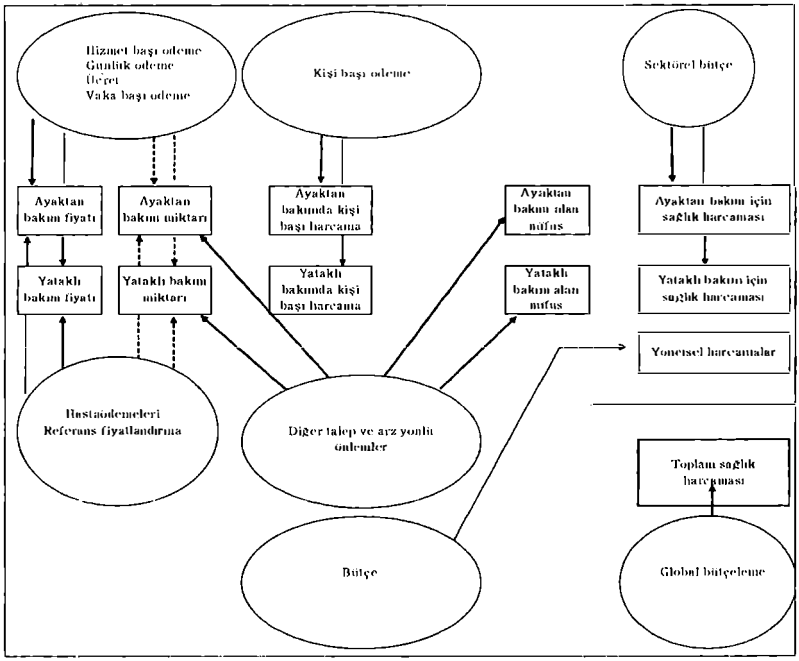
Maliyet sınırlayıcı politikalar nedeniyle Meksika nüfusunun yüzde 14'ü hane gelirlerinin üçte birinden fazlasını sağlık için harcamak zorunda kalmaktadır. ABD'de Medicare nüfusunda cepten harcamalar hane gelirinin yüzde 19'u kadardır. Yoksulluk sınırının altında gelire sahip Medicare üyeleri arasındaysa oran yüzde 35'i bulmaktadır. (Docteur E, Oxley H 2003: 11)

Belçika, Danimarka ve İsveç'te ayaktan tedavi hizmetlerinden alınan katkı payı genel pratisyen kullanımını azaltmıştır. Hollanda'da yataklı tedavi hizmetlerinden alınan sigortalı payı yatılan gün sayısını azaltmıştır. Fransa'da sosyoekonomik grupların maliyet paylaşımı uygulamasından etkilenimi çok farklıdır.

Maliyet paylaşımından, tamamlayıcı özel sigortası olanlar daha az etkilenmektedir.

Maliyet paylaşımı koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımını da azaltmaktadır. Bu etki özellikle yüksek riskli hastalar, kronik hastalar ve yaşlılarda belirgindir. (Jemiai N ve diğ 2004: 1-4)

Şekil: Maliyet sınırlayıcı uygulamalar (Carrin G, Hanvoravongchai P 2002: 5)



B.3.15. Hastanelerin yeniden yapılandırılması

Hastanecilik harcamalarının yüksekliği bu kurumlara yönelik özel stratejilerin geliştirilmesine neden olmaktadır. Amaç hastane hizmetlerinin verimliliğini yükseltmek ve harcamaları sınırlamak ya da azaltmaktır.

Hastanecilik hizmetlerine yönelik maliyet sınırlayıcı stratejilerin içinde en önemlileri hastane yataklarının azaltılması, hastanelerin kapatılması, hastane yatış sürelerinin sınırlanması, gereksiz hastane kullanımının engellenmesidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine verilen önemin artması ve maliyet sınırlayıcı stratejiler hastane yataklarında önemli azalmaya neden olmuştur. Kalış süresini azaltan maliyet sınırlayıcı stratejiler, yeni teknolojilerin gelişmesi, evde hemşire bakımının ön plana geçişidir. Gereksiz hastane kullanımını engellemek için birinci basamak sağlık hizmetleri geliştirilmekte, birinci basamakta uzman istihdam edilmekte,

sevk sistemi kurulmaktadır.

Hastane hizmetlerinin verimliliğini geliştirmeyi hedefleyen stratejiler ise şunlardır: Ödeme sistemlerinin değiştirilmesi, hizmet kalitesinin geliştirilmesi, yönetim teknikleri ve klinik performans stratejileri. Ödeme sistemlerinde değişim ileriye dönük ödeme sistemlerine geçiş şeklindedir. Bunlar maliyet kısma kaygısıyla tıbbi bakımın azaltılması gibi olumsuz bir sonuç doğurabilmektedir. Yönetim tekniklerindeki değişim hastanelerin işletmeleştirilmesi yönündedir. Ayrıca hastanelerde uygulamaya konulan "iş sürecine yönelik değişim mühendisliği", "hasta odaklı hizmet", "kalite iyileştirme teknikleri" gibi uygulamalar yönetimde değişim başlığı altında sıralanabilir. Bunların amacı hastanelere maliyet sorumluluğu yüklemek ve hastane çalışanlarını işletme ile bütünleştirmek, "iş barışı" üzerinden verimliliği artırmaktır. Dolayısıyla artı-değer sömürüsünün sürdüğü bir ortamda, sağlık emekçilerinden sömürüyü gizlemek gibi ideolojik bir işlevi de vardır.

Klinik performans stratejileri başlıca dört türdür. Bunlardan ilki gündüz hizmetinin geliştirilmesidir. Teknolojideki gelişim pek çok cerrahi girişimin kısa sürede tamamlanmasını ve hastanın da gece hastane bakımına gerek duymaksızın iyileşebilmesini olanaklı kılmaktadır. Böylece gündüz cerrahi müdahale sonrasında hastanede izlenen hasta, gün sonunda evine gönderilmektedir. İkinci strateji kabul ve hizmetin uygunluğunun geliştirilmesi başlığı altında toplanmaktadır. Burada birinci basamak hizmetlerinin geliştirilerek, doğrudan hastane başvurularının engellenmesi hedeflenir. Öte yandan birinci basamak sağlık hizmetleri kimi hastanecilik hizmetlerini sunacak şekilde yeniden organize edilir. Klinik performans geliştirmedeki üçüncü strateji hastaneden çıkışın hızlandırılmasıdır. Bunun için standart tedavi ve izlem şemalarının geliştirilmesi ve sağlık personeline, hekimlere hastaların yatış sürelerini kısaltmaya yönelik hesap ve yönetimsel yaklaşımlar üretmeleri için teşvik sağlanması gerekir. Aynı anda da evde hasta bakım olanaklarının geliştirilmesi, ev hemşireliğinin ve sosyal hizmet ağının yaygınlaştırılması şarttır. Bu gibi durumlarda hizmet maliyetleri, eskisine göre daha fazla oranda, hastaların üzerine kalmaktadır. Dördüncü klinik performans geliştirme

stratejisi kalite ve uygunluk incelemeleridir. Bu incelemeler hastaneye yatmanın gerekli olup olmadığını ve bakım hizmetinin başka bir birimde verilip verilemeyeceğini inceler. (Saltman RB, Figueras J 1997: 217-232)

Yatış sürelerinin kısaltılması yönündeki uygulamalar, hastaların gereksiz yere erken taburcu edilmelerine ve hastane bakımı sonrası komplikasyonlara neden olabilmektedir. Hastane dışındaki bakım hizmetlerinin önemli kısmı sosyal güvenlik programlarının güvencesi dışında kalmaktadır. Bu nedenle hastane yatış sürelerinin kısaltılması maliyet paylaşımı etkisi gösterir. Bu da finansman yükünü daha fazla oranda kullanıcıların üzerine kaydıran, ancak toplam sağlık maliyetini azaltmayan özelleştirmeci bir tercihtir.

1990'lı yıllarda bazı ülkelerde toplam hastane sayıları belirgin biçimde azalmıştır. Azalmanın en belirgin olduğu ülkeler Sovyetler Birliği'nin dağılmasıyla ortaya çıkan ve ciddi ekonomik sorunlar yaşayan eski sosyalist ülkelerdir. Bu ülkelerde hastane yatakları 10 yıl gibi kısa bir zaman içinde yarıya inmiştir. Ancak Finlandiya (%47) ve İsveç'te de (%45) önemli azalmalar olmuştur. Avrupa'nın diğer ülkelerindeki azalma oranları yüzde 10 ila yüzde 20 arasındadır.

Bu süreç, hastanelerle ilgili gerçeğin bir yüzüdür. Örneğin Hollanda'da hastane yataklarındaki azalma önemli değilken, yatak işgalinde belirgin azalma olmuştur.

İsveç ve Finlandiya'da yatak sayısındaki azalma kısmen hastane bakını hizmetlerini sosyal hizmetlere devreden reform süreçleriyle ilişkilidir. Aynı şey Danimarka için de geçerlidir. İngiltere'de ise akut hastane yatakları azalırken özel hemşire evlerindeki yatak sayısı aynı derecede artmıştır.

Kazakistan'da hastane yataklarının azalması plansız biçimde ve sağlık fonlarının ani düşmesi sonucunda gerçekleşmiştir. 1991 ile 1997 arasında hastane yataklarının dörtte üçü kapatılmıştır. Estonya'da küçük ve teknolojik olarak yetersiz hastaneler kapatılmış, Moldova'da yerel hükümetler küçük hastaneleri birinci basamak sağlık kurumları haline getirmiş, Arnavutluk'ta 1990'lardaki sivil politik sorunlar hastanelerin kapanmasına neden olmuştur.

Yatak sayısının azaltılması yakın zamanlarda kimi Batılı ülkelerde hastane bekleme sürelerinin uzaması, hastanecilik hizmetlerinin yetersizleşmesi gibi sorunlara neden olmuştur. Dolayısıyla bu ülkeler (İrlanda, Danimarka ve İngiltere) bugün hastane yatak sayısını yeniden artırmaya yönelik arayışlar içindedirler. Ancak, yeni hastane hizmete sokmak çok maliyetli olduğu için, örneğin İngiltere, küçük cerrahi hastaneleri açmaya yönelmektedir.

Hastane yatak kapasitesinin azaltılması, toplam yatak sayısının azaltılması anlamına gelmemektedir. Üstelik diğer kurumlardaki hizmet maliyeti en az hastanelerdeki kadar yüksektir. Hastane bakımının, hastane dışı kurumlara ya da eve aktarılmasının, hastalığın toplam iyileşme ve bakım süresini uzattığına ilişkin veriler de vardır.

İngiltere'de 1980'lerde maliyet tasarrufunun yalnızca yüzde 20'sinin yatak sayısının azaltılmasından elde edildiği bildirilmektedir. Kuzey Amerika'daki birkaç çalışma; beklenenin tersine, yatak sayısındaki azalmanın hasta başına maliyeti artırdığını ortaya koymuştur. Küçük hastanelerin kapatılması hastaları daha pahalı hastanelere yöneltmektedir. Öte yandan hastane bakım süresinin kısaltılması toplam bakım süresinin uzamasına neden olmaktadır. California'da 1980'lerde hastane yatışlarının yüzde 11 azalması, vaka başı harcamanın yüzde 22 artmasına yol açmıştır.

Bu konudaki veriler en sağlıklı biçimde Kanada'dan gelmektedir. Bu ülkede 1991-1993 arasında akut hastane yatak sayısı yüzde 10 oranında azaltılmıştır. Bu zaman içinde, ayaktan cerrahi işlemler arttığı ve yatış süreleri kısaltıldığı için halkın hastane hizmetlerine ulaşımında herhangi bir sorun yaşanmamıştır. Bakımın kalitesi (hizmeti aldıktan sonraki üç ay içindeki ölüm hızıyla ölçülen), hastaneden taburcu olduktan sonraki ilk 30 gün içinde aynı nedenle yeniden hastaneye başvuru hızı ve yine taburcu olduktan sonraki ilk 30 gün içinde hekime başvuru oranı ve bölge halkının sağlık düzeyi değişmemiştir.

Ancak bunun tersine İngiltere'de yatak sayısının azaltılması hizmet kullanımını engelleyen bir etki göstermiş, hastalar eskisine göre daha fazla oranda acil servislere yönelmiştir. Sorunu yaşayanlar özellikle akut

sağlık sorunları olanlardır.

Kanada'da yapılan bir başka araştırma hastane yatak sayısının azaltılmasının ölümcül hastaların hastane kullanımını engellediğini göstermektedir. Alberta eyaletinde yatak sayısındaki yüzde 50'lik bir azalmanın hastane ölümlerinde yüzde 19'luk azalmaya neden olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni, son yatışları sırasında ölen hastaların yarıdan çoğunun hastane yerine, hemşire evini kullanmak zorunda kalmaları, burada sunulan hizmetin ise tanı ve tedavi prosedürleri açısından hastaneye göre yetersiz olmasıdır.

Kırsal kesimdeki küçük hastanelerin kapatılması, kullanılabilecek başka seçenek olmadığı için, hizmet kullanımını olumsuz etkilemektedir. Ancak yatak sayısının azaltılmasının ortaya çıkardığı etkiler konusundaki araştırmalar son derece azdır. (McKee M 2004)

B.3.16. Düşük öncelikli alanlara yapılan harcamaların kısıtlanması

Özellikle kentlerdeki tedavi edici hizmetlere kullanıcı ödentilerinin getirilmesi ve böylece elde var olan kaynakların kırsal ve koruyucu hizmetlere ayrılması, çevre ülkelerdeki kaynak sıkıntısı açısından önerilenlerin en önemlilerindendir. Ancak kentlerin homojen yapılar olmadıkları unutulmamalıdır. Kent yoksullarının da kullanıcı ödentilerine muhatap kılınması, sağlığı ve eşitsizlikleri olumsuz yönde etkileyecek bir politika olacaktır.

B.3.17. Verimliliğin artırılması

Personel eğitimi, kullanışsız hastanelerin kapatılması, geleneksel hekimlere giden harcamaların resmi sağlık sistemi içine çekilmesi, aşırı personel yığılımına son verilmesi, basamaklandırılmış sağlık hizmeti anlayışının yerleştirilmesi, böylece üst basamak kurumlardaki gereksiz yığılmanın önlenmesi, ucuz ev tedavilerinin ve kendi kendine bakımın (özellikle aşırı sağlık hizmeti kullanımının olduğu merkez ülkelerde) hastane bakımı yerine desteklenmesi, uygun nitelikte personel kullanılması, maliyet ve performans analiz tekniklerinin geliştirilmesi, kurumlar ve personel arasında rekabet yaratılması bu grupta yer alır. Bu uygulamalar, sağlık

hizmetlerinin verimliliğini artıracak, maliyeti düşürecek tercihler olarak gündeme getirilmektedir.

Sıralananların içinde özellikle ev bakımının yaygınlaştırılması merkez ülkeler için geçerlidir. Bu amaçla sıklıkla birinci basamak sağlık kurumlarının içinde evde hasta bakımı hizmetlerini verecek hemşire kadrosu ayrılmaktadır. Bu hizmetler özellikle kronik hastalığı olan ya da ameliyat sonrası dönemdeki hastalara yöneliktir. Böylece hastanelerin uzun süre bakım gerektiren ve maliyeti çok yüksek olan yaşlılık dönemi sağlık yükünden kurtarılması hedeflenmektedir.

Yukarıda sıralananların bir kısmı gerçekten de gereksiz hizmet kullanımını azaltacak potansiyele sahiptir. Ancak geleneksel hekimlerin, ucuz ev tedavilerinin modern tıbbın yerine geçirilmesi, erken hastane taburcu sistemleri, "maliyet artışı" şeklindeki güncel söyleme eleştirisiz teslim olmak anlamına gelmektedir. Çünkü bilindiği gibi, bu tür uygulamaların önerildiği ülkelerin önemli kısmı emperyalist dünya sistemi içinde sömürge konumundaki ülkelerdir. Bu nesnel ilişki biçimini eleştirmeden, mevcut durum üzerinden önerilen çözümleri onaylamak bilimsel bir tutum da değildir.

B.3.18. Performansa göre ücretlendirme

Performansa göre ücret sisteminde sağlık hizmeti üretenler önceden belirlenmiş hedeflere ulaşıp ulaşamadıklarına göre ücretlendirilirler. Bu sistem diğer ödeme mekanizmalarıyla birlikte kullanılabilir. ABD'de daha uzun süredir uygulanmaktadır, Avrupa'da ise daha yeni ve sınırlıdır.

Buradaki varsayım hizmet kalitesinin artacağı yönündedir. Performansa göre ücretlendirme toplam sağlık harcamalarını azaltmaz, ancak harcanan parayla elde edilen değeri artırır.

Amaç hizmetin niteliğini yükseltmektir. Çünkü hizmet başı ödemede, üreticiler gereksiz hizmet üretmek, kişi başı ödemede de gereken hizmeti bile üretmemek eğilimindedirler.

ABD'de HMO'ların yarıdan çoğu bu ödeme biçimini tercih etmektedir. Bu da toplam HMO üyelerinin yüzde 80'i anlamına gelmektedir. Medicare ve Medicaid ise giderek daha fazla oranda performansa göre

ödeme yapmaktadır.

Medicare bu ödeme yöntemini ilk kez 2003 yılında uygulamaya soktu. Hastaneler için beş kritik tedavi alanında uygulandı. Belirlenen tedavi kriterlerine göre en yukarıdaki yüzde 10'luk performans dilimine giren hastaneler Medicare'den yüzde 2, ikinci yüzde 10'luk dilimdeki hastaneler ise yüzde 1 ödül (bonus) kazanmaktadır. 2007'de yapılan bir düzenlemeye göre ise belirlenen 74 kalite indikatörünü gerçekleştiren hastaneler yüzde 1.5 ödül kazanacaktır.

Performans düzeyleri kötü olan üreticiler küçük bir finansal ödülle bile performans düzeylerini yükseltmektedir. Ancak performansın yükselmesi hedeflere ulaşılmasıyla aynı anlama gelmemektedir. O nedenle performans ücretlendirmesinde hem performans düzeyinin hem de hedeflere ne derece ulaşıldığının ayrı ayrı ücretlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Yine de bazı çalışmalar ödülle performans ve nitelik arasında bir ilişki olmadığını göstermektedir. Performans ücreti ile maliyet etkinlik arasındaki ilişki net değildir.

Ödül, yetersizse hizmet üreticileri genellikle davranışlarını değiştirmemektedir. Kimi araştırmacılar hekimlerin davranışlarının değişmesi için hekim gelirinin en az yüzde 5'i kadar bir ödül gerektiğini belirtmektedir. Bu noktada da ödülün ne için verileceği (bir sonuç göstergesine mi bağlanacak, yoksa davranış değişikliğine mi) önemlidir. Bu karar da en düşük kalitede hizmet üreten üreticilerin mi, yoksa en yüksek kalitede hizmet üreten üreticilerin mi hedefleneceği konusuyla ilişkilidir.

Performans ücretinin üreticileri risk seçmeye yönlendirdiği düşünülmektedir. Çünkü sağlığı daha bozuk hastalarda belirlenen performans kriterlerine ulaşılması daha zordur. O nedenle üreticiler genellikle daha sağlıklı hastaları seçmeye yönelmektedir.

Ayrıca ödülün hedeflere göre belirlenmesi hizmet üreticilerinin hastalara değil de hastalığa ve ulaşılması beklenen hedeflere odaklanmasına neden olabilmektedir. (Gemmill M 2007: 21-23)

İngiltere'de New England Journal of Medicine dergisine mektup gönderen bir genel pratisyen, kendi deneyimlerinden hareketle, performans ödemelerinin sağlık harcamalarını artırmasının dört önemli nedenini

şöyle sıralamaktadır: 1- Pek çok muayene ek ücret sağlayan işlemleri yalnızca yapıldı olarak göstermek için yapılmaktadır. 2- Genel pratisyenlere yapılan performans ödemelerinin büyük kısmı statin grubu (kolesterol düşürücü) ilaçların reçetelere yazımının dörde katlanmasıyla ilişkilidir. 3- Eskiden sevk gerektirmeyen pek çok müdahale (kalp yetmezliği için ekokardiografi, göğüs ağrısında anjio) şimdi genel pratisyenlerden sevkle ancak yapılabilmektedir. 4- Hastalar için giderek artan bir medikasyon yükü vardır. Örneğin diabetli bir hasta 10 farklı tedavi alabilmektedir. Bunların tümü artık genel pratisyenlere puan kazandıran uygulamalardır. (Sanderson AAF 2006)

Amerika'da klinik kalite, verimlilik ve hasta odaklılık performans göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Ancak bu kavramların performansa ve paraya bağlanmasının etik sorunlar içerdiği de belirtilmektedir. Nitekim hasta odaklılık kavramının içinde yer alan hastanın sorularına yanıt vermek, rahatını sağlamak, gerekli zamanı ayırmak gibi tutumlar zaten sunulan hizmetin içinde yer almalıdır. Bunların özel olarak parayla ilişkilendirilmesi, bu uygulamaların normal olmadığının kabul edilmesi anlamına da gelmektedir. Performans göstergeleri içinde etik bağlamda en sorunlu olanı ise verimliliktir. Çünkü verimlilik maliyetin düşürülmesi demektir ve maliyeti düşük hizmet sunan hekimlerin ve kurumların ödüllendirilmesi sağlık hizmeti üreticilerini daha az sorunu olan hastaları seçmek yönünde yanlı davranmaya zorlayabilir. Nitekim İngiltere'de hekimler kendilerine ek ödül sağlayan hizmetleri sunmaya yönelmişlerdir. (Nelson AR 2007)

Performansa göre ödeme ile hizmet kalitesindeki artış arasında doğrudan bir ilişki yoktur. Örneğin, Medicare ve Medicaid'in anlaşmalı olduğu 54 hastanede yapılan bir araştırma göstermektedir ki bu hastanelerde sunulan kalp cerrahisi hizmetlerinin niteliği bu ödeme sisteminin benimsenmemiş olduğu 446 başka hastaneden farklı değildir. (Kibbe CD 2007)

Peformansa göre ücretlendirmede süreçle ilgili göstergeler yerine giderek sonuç ve maliyet etkinlikle ilişkili göstergeler ön plana çıkmaktadır. Örneğin kolesterol düzeyi normale indirilmiş şeker hastalarının oranı birinci basamaktaki hekimlerin performansını belirlemede kullanılan önem-

li bir göstergedir. Hastaneler içinse komplikasyon hızları ve ölüm hızları kullanılmaktadır. ABD'de bu performans uygulamasının hizmet kalitesini artırdığını belirten kurumların oranı yüzde 80'i bulurken, yüzde 20'si herhangi bir değişiklik gözlemediklerini belirtmiştir. (Rosenthal M 2007)

ABD'de hem birinci basamakta hem de hastanelerde hemşirelik hizmetlerinde performansa göre ücretlendirme başlatılmıştır. Hastanede kazanılmış stres ülseri, düşmelere bağlı yaralanmalar, uzun süre takılı kalan damar ya da mesane kateterlerine bağlı olarak ortaya çıkan hastane enfeksiyonları kalite göstergesi olarak kabul edilmektedir ve Medicare bu sorunlar nedeniyle hastaların ek yatışlarını finanse etmeyeceğini açıklamıştır. Birinci basamak hizmetlerinde ise sigarayı bırakması sağlanan sigara içicilerin oranı performans göstergelerinden birisidir ve birinci basamak ekibinin ücretlendirilmesinde önemlidir. (Swan BA ve Faan C 2008)

Amerika'da Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezi performansa göre ücretlendirmeyi yükselen maliyetleri azaltmanın önemli yolu olarak görmekte ve ödemeleri, bundan sonra daha fazla oranda, belirlenen performans ölçütlerine göre yapacağını açıklamaktadır. Merkez 2007 yılında kalp krizi, kalp yetmezliği ve zatürre için toplam 21 tane klinik kalite göstergesi belirlemiş ve bu göstergelerle ilgili verilerin düzenli olarak kendisine aktarılmasını istemiştir. Bu sorumluluğu yerine getirmeyen hastanelere ise bir sonraki yılın bütçesinden yüzde 4'lük kesinti yapılacağını açıklamıştır. Ayrıca 2008 yılından itibaren hastanede yatarken kazanılmış bazı sağlık sorunlarının (kateter nedeniyle ortaya çıkan üriner sistem enfeksiyonları, damar kateteriyle birlikte gelişen enfeksiyonlar, koroner damar bypası sonrasında gelişen mediastinitler gibi) maliyetini ödemeyeceğini de bildirmiştir. Ayrıca, hastanelerin bu sorunların tedavi maliyetini hastaya yansıtması da yasaklanmıştır. Bunlar özellikle hastane enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik önlemler olarak da sunulmaktadır. Buradaki sorun bütün hastane enfeksiyonlarının önlenebilir nitelikte olmamasıdır (hastane enfeksiyonlarının üçte biri önlenebilir olarak kabul edilmektedir). O nedenle bu tür finansal önlemler hastaneleri gereksiz baskı altına almak anlamına da gelebilmektedir. (Arias KM 2008; Thompson KK 2008)

ABD Massachusetts'te 2001-2003 döneminde hekim gruplarıyla sözleş-

me yapan beş büyük ticari sağlık planının uyguladığı performansa göre ücretlendirme sisteminin etkileri araştırıldı. Bu sistem yaklaşık 4 milyon kişiyi ve 5000 birinci basamak hekimini kapsıyordu. Performans ölçütleri daha çok, koruyucu sağlık hizmetleriyle ilişkiliydi. Bu ölçütlere göre başarılı sayılan hekim gruplarına ek ödeme yapılıyordu. Performans ücretlendirmesine bağlı olarak belirlenen hedefleri yakalayarak yüksek performans gösteren grupların oranı ortalama olarak yalnızca yüzde 27 idi ve belirlenen performans ölçütlerine göre bu oran değişiyordu. Örneğin çocuklardaki astım tedavisinde yüksek performans sergileyen hiçbir grup yoktu. Meme kanseri taramasında ise yüksek performanslı hekim grubu oranı yüzde 16 kadardı. Araştırmacılar uygulama sonuçlarıyla ilişkili bu yetersizlikte performans ücret miktarının düşüklüğünün etkili olabileceğini belirtmişlerdir. Çünkü belirlenen ölçütlerin ortalama getirisi yıllık 1000 Dolar kadardır. Ölçüt başına belirlenen ortalama ödül miktarı yükseldikçe performans düzeyi de yükselmektedir. (Pearson SD ve diğ 2008)

İngiltere'de aile hekimleri için performansa dayalı ücretlendirme 2004 yılında başlatıldı ve 2006 yılında da bazı değişiklikler yapıldı. Bu değişimle birlikte kronik hastalık bakımının bir hemşirelik hizmeti durumuna geldiği bildirilmektedir. Belirlenen performans ölçütlerinin başarılması birinci basamak ekibinin işi iken, ödül yalnızca hekime verilmektedir. Hekimler gelir artışından memnundur, verilen hizmetin niteliğinin yükseldiğini düşünmektedir. Hemşirelerin ödüllendirilmemesi ise kendileri tarafından bir olumsuzluk olarak algılanmaktadır. Buna karşılık, bazı hekimler, yeni ödeme sisteminin hekim ile hasta arasındaki insani ilişkiyi zedelediğini de düşünmektedir. Bunun nedeni hekimin ajandasında yer alan ve başarması gereken işlerle ilgili olarak hastayla her zaman anlaşamamasıdır. Çünkü bu sistem fazlasıyla hekim merkezli bir hasta hekim ilişkisi yaratmaktadır. İlişkide zaman kısalmakta, hekim de ölçütleri sağlamaya çalışırken insani ilişkiyi unutmaktadır. (Campbell SM ve diğ. 2008)

Kullanıcı ödentisi "Performansa göre ödeme içinde hekimler bürokratik çemberler içinden atlayan evcil havyanlar gibidir." Bu sözler bir Amerikalı sağlık yöneticisine aittir. Yine aynı yöneticiye göre, belirlenen performans ölçütlerini yakalayan hekimler zaten hizmete motivasyonu

yüksek olanlardır ve belirlenen ölçütler yakalanması kolay olanlarsa performansın yükselmesini sağlamaktadır. Ayrıca ölçütlere bağlanmış ödüllendirme hekimlerin yaratıcılığını engellemekte, tıbbi anlamdaki girişimci yeteneklerini ve tıbbi değerlendirme kapasitelerini köreltmektedir. Oysa hasta hekim ilişkisinin en kritik yanı bunlardır. (Dolinar R 2008)

C) Sağlık Sistemlerindeki ve Finansmanındaki Yeni Gelişmeler İçin Genel Çerçeve

Şimdiye kadar sağlık sistemlerindeki ve finansmanındaki değişiklikler konusunda pek çok örnek verildi. Bunların harcamaları azaltmaya, kamunun sağlıktaki sorumluluğunu sınırlamaya, özelleştirmeye yönelik olduğu gösterildi. Verimliliği artırmayı hedeflediği belirtilen piyasacı, maliyeti paylaştırıcı tercihlerin ve gelir yaratıcı etkinliklerin çok önemli oranda maliyeti topluma yıkan uygulamalar olduğu ve önemli oranda da hedeflerle uyumsuz sonuçlar yarattığı ortaya konuldu. Dolayısıyla verimlilik ve eşitlik değerleri üzerindeki etkileri genellikle olumsuzdur. Bütün bu stratejileri özet olarak üç başlıkta toplamak uygun olacaktır:

1. Sağlık hizmeti mülkiyetindeki planlı değişiklikler: Kaynaklara sahip olan ve karar verme yetkisi taşıyan kurumun sistematik olarak değiştirilmesine yönelik olan politikalar bu gruptadır. Söz konusu değişiklikler genellikle finansman ve hizmet sunumundaki sorumluluğun kamu sektöründen özel sektöre aktarılması biçiminde olmaktadır. Ancak kimi deneyimlerde hükümetin daha fazla sorumluluk yüklendiği de görülmektedir. Bu başlık altına alınabilecek müdahaleler şunlardır: 1) Sigorta sisteminin geliştirilmesi. 2) Hükümetçe sağlanan hizmetlere ödeme yükümlülüğü getirilmesi veya var olan ödeme yükümlülüklerinin artırılması. 3) Özel sektöre vergi kolaylıklarının sağlanması ve genel olarak özel sektörün cesaretlendirilmesi. Kamu kurumlarının özel sektöre açılması da bu başlık altında değerlendirilebilir. 4) Kamu kurumlarındaki ve özellikle de hastanelerdeki otelcilik hizmetlerinin özel sektöre devredilmesi. 5) Özel sektörü destekleyici yasal değişikliklerin yapılması.

2. Davranışlardaki planlı değişiklikler: Davranış değişikliğinden hem hizmeti üretenlerin hem de kullanıcıların davranış değişiklikleri anlaşılmalıdır. Bu gruba sağlık hizmeti sunum ve finansmanının mülkiyetinde

herhangi bir değişiklik yapılmaksızın, bireylerin davranışlarını etkilemeye yönelik müdahaleler girer. Özel sektöre avantaj sağladığı düşünülen kimi piyasa güçlerinin kamu sektörüne entegre edilmesi esasına dayanır. Bunlar da şunlardır: 1) Kullanıcı tercihlerinin geliştirilmesi. Hükümet tarafından sağlanan sübvansiyonların, kurumu kullanan hasta sayısına bağlanması bu yönde bir müdahaledir. Kullanıcı ödentilerinin bir kısmının, ödentiyi toplayan ve hizmeti sunan kurumda bırakılmasının da, hizmet kalitesini artırarak kullanıcı tercihlerini belirleyeceği ileri sürülür. 2) Hizmet üretimi ile finansmanının birbirinden ayrılması. Hastanelerin özerkleştirilmesi-işletmeleştirilmesi. 3) Özellikle hastanelerde yönetim kurullarının oluşturulması. 4) Kullanıcıların bilgilendirilmesi. 5) Desantralizasyon. 6) Global bütçeleme gibi değişik ve harcamaları azaltıcı etkisi olan ödeme mekanizmalarının kullanılması. 7) Sağlık bakanlığı yapısının değiştirilmesi. 8) Klinik performansın izlenmesi, reçete yazma, tetkik istemede standart uygulama kurallarının geliştirilmesi.

3. Planlanmamış etkenlerce oluşan değişiklikler: Bunlar o ülkenin ya da dünyanın makroekonomik koşullarındaki gelişmeler sonucunda oluşan değişikliklerdir. (WHO 1993: 4-9) Makroekonomik ortamın; değişimi belirleyip, yönlendiren asıl etken olduğu anlaşılmaktadır. Değişim sermayenin küreselleşmesi, ulusal sınırların ortadan kaldırılması, çevre ülkelerdeki ulusal birikimlerin merkezdeki tekellerce ele geçirilmesi, kamunun küçültülmesi yönündedir. Bütün bunlar global ekonomik krizi aşmak açısından sınıf ilişkilerinin yeniden düzenlenmesini hedeflemektedir. Bu da sağlık alanının burjuvaziye açılmasını, emek-gücü maliyeti içindeki sağlık giderlerinin işçi sınıfı üzerine kaydırılarak sanayi ve hizmet sektöründeki sermaye sahiplerinin rahatlatılmasını gerektirmektedir. Sağlık sektöründeki bütün değişiklikler de böyle bir ortam tarafından belirlenmektedir.

Tam bu aşamada reformların etkilerini somut olarak gösteren birkaç veriye yer vermek uygun görünüyor. Reformların altyapısını hazırlamak üzere ileri sürülen gerekçelerin birkaçı şöyleydi: Sağlık harcamaları merkez kapitalist ülkeler için artık kaldırılamaz bir yük halini almıştı. Ulusal gelirin tahammül edilemez bir bölümü sağlık için ayrılmak zo-

runda kalınıyordu. Ekonominin genel bir daralma dönemine girmesi bu sorunu daha da yakıcı hale getiriyordu. O nedenle reformlar ne olursa olsun artışı durdurmalı, en azından sınırlamalıydı. Bunun için belirlenen bazı stratejiler ise, hastane yatak sayısının azaltılması, sağlık sektörüne giren emek-gücünün sınırlanması, özel sağlık harcamalarının artırılmasıyla kamu üzerindeki sağlık yükünün azaltılması, sağlık harcamalarının artışına esas olarak neden olan teknoloji kullanımının denetimiydi. Öte yandan çevre ülkeler kaynak sıkıntısı yaşıyordu.

Aşağıdaki tablolarda, somut olarak, bu temel hedeflere ne kadar ulaşıldığı görülebilmektedir. Buradaki temel sorun reformun başlangıç yılı olarak hangi tarihin alınacağıdır. Tablolardan da görüldüğü gibi burada, 1990 yılı dönüm noktası olarak seçilmiştir. Aslında 1980'lerin başından itibaren reform süreçleri başlatıldıysa da, ilgili yasaların uygulamaya konulduğu tarih olarak 1990 yılının seçilmesi pek yanlış olmayacaktır.

Merkez kapitalist ülkelerde sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki payı halen artmaktadır. Yıllık artış hızı da reformların esas olarak uygulamaya konulduğu 1990 öncesinde ve sonrasında hemen hemen aynıdır. Sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki oranı ise yüzde 9-10'a ulaşmıştır.

Tablo: Bazı merkez kapitalist ülkelerde toplam sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki payı ve bu payın dönemler arasındaki değişimi (%) (www.OECD.org)

	1970	1990	1970-1990'da yıllık fark %	2006	1990-2006'da yıllık fark %
Kanada	6.9	8.4	1.1	10.0	1.2
Fransa	5.4	8.4	2.8	11.1	2.0
Almanya	6.0	8.3	1.9	10.6	1.7
Hollanda	6.9	8.0	0.8	9.3	1.0
İsveç	6.8	8.2	1.0	9.2	0.8
İsviçre	5.4	8.2	2.6	11.3	2.4
İngiltere	4.5	6.0	1.7	8.4	2.5
ABD	7.0	11.9	3.5	15.3	1.8

Buna karşılık, kişi başı sağlık harcamasının yıllık artış hızında belirgin azalma vardır.

Tablo: Bazı merkez kapitalist ülkelerde kişi başı sağlık harcamaları ve harcamaların dönemsel değişimi (%) (ppp Dolar) (www.OECD.org)

	1970	1990	1970-90'da yıllık fark %	2006	1990-2006'da yıllık fark %
Kanada	301	1738	23.8	3678	7.0
Fransa	194	1449	32.4	3449	8.4
Almanya	269	1769	27.9	3371	5.7
Hollanda	300	1416	18.6	3391	8.7
İsveç	312	1592	20.5	3202	6.3
İsviçre	346	2034	24.4	4311	7.0
İngiltere	161	965	25.0	2760	11.6
ABD	351	2738	34.0	6714	9.1

Seçilen ülkelerde ilaç harcamalarının toplamdaki payı reform öncesi dönemde genellikle azalırken, reform sonrası dönemde artış göstermiştir.

Tablo: Bazı merkez kapitalist ülkelerde ilaç ve diğer tıbbi cari harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki oranı, oranın dönemsel değişimi (%) (www.OECD.org)

	1970	1990	1970-90'da toplam fark%	2006	1990-2006'da toplam fark%
Kanada	11.3	11.5	0.2	17.4	5.9
Fransa	23.8	16.9	- 6.9	16.4	- 0.4
Almanya	16.2	14.3	- 1.9	14.8	0.5
Hollanda	10.3	9.6	- 0.7	11.5	1.9

Tablo: Bazı merkez kapitalist ülkelerde ilaç ve diğer tıbbi cari harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki oranı, oranın dönemsel değişimi (devam)

	1970	1990	1970-90'da toplam fark%	2006	1990-2006'da toplam fark%
İsveç	6.6	8.0	1.4	13.3	5.3
İsviçre		10.2		10.5	0.3
İngiltere	14.7	13.5	- 0.8	15.8 (1997)	2.3
ABD	11.7	9.0	- 2.7	12.6	3.6

Maliyet sınırlayıcı politikalar, İsviçre ve ABD gibi kamu payı zaten düşük olan ülkeler dışında etkisini göstermektedir. Kamu payı bir önceki dönemde bütün ülkelerde artmışken, reform sonrası dönemde azalmaya başlamıştır.

Tablo: Bazı merkez kapitalist ülkelerde kamu sağlık harcamalarının yıllara göre toplamdaki oranı ve oranın dönemsel değişimi (%)(www.OECD.org)

	1970	1990	1970-90'da toplam fark%	2006	1990-2006'da toplam fark%
Kanada	69.9	74.5	4.6	70.4	- 4.1
Fransa	75.5	76.6	1.1	79.7	3.1
Almanya	72.8	76.2	3.4	76.9	0.7
Hollanda	60.2	67.1	6.9	62.5	- 4.6
İsveç	86.0	89.9	3.9	81.7	- 8.2
İsviçre	-	52.4		60.3	7.9
İngiltere	87.0	83.6	- 3.4	87.3	3.7
ABD	36.3	39.4	3.1	45.8	6.4

Merkez kapitalist ülkelerde hekim sayısındaki artış (artış hızındaki azalmaya rağmen) devam etmektedir.

Tablo: Bazı merkez kapitalist ülkelerde yıllara göre 1000 kişiye düşen hekim sayıları (www.OECD.org)

	1970	1990	2006
Kanada	1.4	2.1	2.1
Fransa	1.2	3.1	3.4
Almanya		2.8	3.5
Hollanda	1.3	2.6	3.8
İsveç	1.3	2.9	3.5
İsviçre	1.5	3.0	3.8
İngiltere	0.9	1.6	2.5
ABD			2.4

Hastane yatak sayısı düzenli ve anlamlı biçimde azaltılmıştır.

Tablo: Bazı merkez kapitalist ülkelerde yıllara göre 1000 kişiye düşen akut hastane yatağı sayısı ve sayının dönemsel değişimi (%) (Docteur E ve Oxley H 2003: 67)

	1970	1990	1970-90'da toplam fark %	2000	1990-2006'da toplam fark %
Kanada	-	4.0		3.2	- 2.4
Fransa		8.5		6.7	- 2.4
Almanya	7.5	7.5	0.0	6.4	- 1.6
Hollanda	5.5	5.2	- 0.3	3.5	- 1.8
İsveç	5.5	4.1	- 1.4	2.4	- 1.7
İsviçre	7.1	6.5	- 0.6	4.1	- 2.4
İngiltere				3.9	
ABD	4.1	3.7	- 0.4	2.9	- 0.8
OECD	5.1	5.0	- 0.1	4.2	- 0.8

Reformlar çevre ülkeler için tipik bir örnek olan Afrika'nın durumunu da değiştirmemiştir. Sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki oranı düşüktür ve zaten düşük olan gelir içindeki bu düşük oran daha da vahim bir gerçeğe karşılık gelmektedir. Sağlık harcamalarının yarıdan çoğu özel harcamalar biçimindedir. Sağlık hizmetlerinin iyi bir göstergesi olan doğum koşulları açısından da durum kötüdür.

Tablo: Afrika ve Avrupa bölgelerinde bazı sağlık göstergeleri (www.who.int/whosis/whostat)

	Sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki oranı (%)		Özel sağlık harcamalarının toplamdaki oranı (%)		Kişi başı sağlık harcaması (ppp Dolar)		Sağlık personelinin yaptırdığı doğumlar (%)	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	1990'lar	2000'ler
Afrika	5.8	5.9	56.3	54.7	88	112	44	44
Avrupa	8.0	8.6	26.6	25.7	1215	1649	95	96

Tabloların ortaya çıkardığı sonuçları şu şekilde toparlayabiliriz: Sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki payı hemen aynı hızla artmaktadır. Kişi başı sağlık harcamasındaki değişim hızı önceki döneme göre belirgin biçimde azaltılmıştır, ancak yükselmeye devam etmektedir. Bu sonuçlar planlananlarla pek uyumlu değildir. Kamu payı ve hastane toplam yatak sayısı istenildiği gibi azaltılmıştır. İlaç harcamalarının azaltılmasında ya da hızının durdurulmasında ve hekim sayısındaki artışın engellenmesinde de başarılı olunamamıştır. Çevre ülkelerin durumu değişmemiş, bu ülkelerin finansman sorunu çözümlenememiştir.

Reformların gerçek sonucu kamunun küçültülmesi, finansal sorumluluğun halk sınıflarının üzerine yıkılması, giderek artan toplumsal-sınıfsal sağlık eşitsizlikleridir. Sistemin özelleştirilmesi, başlı başına, sağlık harcamalarını artıran önemli bir etkendir. O nedenle, bundan sonraki dönemde de, verimlilik ve eşitlikle ilgili olarak ileri sürülen reform beklentilerinin hayal olarak kalacağını bilmek gerekir.

VI

Kapitalizm Soru(n)larını Çözebiliyor Mu?
Ve Sosyalist Seçenek

A) Sağlık ve Sağlık Sistemi Nereye?

Sağlık sisteminin yapısı konusunda birkaç noktanın üzerinde durmak gerekir:

1. Sağlık kapitalist işlerlik içinde sermaye sahibi sınıf (burjuvazi) ile işçi sınıfı ve toplumun çoğunluğu arasındaki bir "denge-ateşkes" alanıdır. Bu olgunun özellikle İkinci Savaş sonrası dönemde kendisini somutladığı gözleniyor. Sosyalizmin bir sistem olarak örgütlendiği ve eşitlikçi "ütopya"nın pek çok örneğini bütün dünyanın gözleri önüne serdiği; kapitalist ülkelerde işçi sınıfının sosyalizm hedefi açısından yenilgiye uğradığı; savaş koşullarının savaş dışında her şeye razı olmak psikolojisini yarattığı; buna karşılık temel toplumsal beklentilerin artıp, kapitalizmin eski sınırları içinde tatmin edilme olanağının kalmadığı bir tarihsel konjonktürde ortaya çıktı sosyal refah devleti ve kendisini sağlık, eğitim, sosyal güvenlik alanlarında işçi sınıfını kapitalist sisteme entegre eden reformlarla somutladı. Sağlık, bu anlamda sınıflar arası "ateşkes"in tüm canlılığı ve versiyonlarıyla yaşandığı bir "anlaşma" alanıdır. İşçi sınıfı sisteme entegre olurken, burjuvazi de işçi sınıfı ve diğer bütün emekçi sınıflar ve zamanla da toplumun hemen tamamı için kapsamı giderek genişleyen bir sosyal güvenlik ağını örgütlemek zorunda kalmıştır. Böylece devlet, gelir yaratıcı ve aktarıcı işlevini bir başka alan, yani sağlık hizmetleri için kullanmak durumunda kalmıştır. 1950'ler-1970'ler döneminden

çıkarılabilecek önemli sonuç budur.

2. Sosyal refah devleti, sosyal güvenlik ağı ile durumları güvence altına alınan kitlelerin, sağlık hizmetlerinden parasız yararlanmaları demek değildir. Yani, sosyal refah devleti kitlelere parası kendilerinden çıkmayan bir sağlık hizmeti sunmaz. Ancak, sosyal refah devleti işçi-emekçi sınıfların cebinden çıkan-alınan paranın, aynı sınıfların sağlığı, eğitimi için harcanmak zorunda kalındığı bir kapitalist devlet örgütlenmesidir. Buna karşılık sosyal devletin gerilediği (bir başka deyişle, işçi sınıfı mücadelesinin, azalan ortalama kâr oranlarını tırmandırmak hedefiyle saldırıya geçen burjuvazi karşısında tutunamadığı, "denge"nin işçi ve emekçi sınıflar aleyhine bozulduğu) dönemlerde devlet düzenleyici işlevini başka alanlar ve sınıflar lehine kullanır. Son 30 yıl bu sürecin canlı tanığıdır.

3. Her ne şekilde olursa olsun, sosyal güvenlik sistemlerinin yaygınlaşması, sağlığı tam bir kapitalist pazar alanı ve meta durumuna getirmiştir. Bir başka deyişle sağlık hizmeti bir tüketim objesi olarak toplum bilincinde de yer etmiştir. Bugün sağlık (hizmeti) talebinin bundan başka bir anlamı yoktur. Bu olgunun birkaç belirleyici bileşeni sıralanabilir: a) Sağlık hizmetine olan talep ve hizmet kullanımı artmıştır. Talep artışı toplumsal bir davranış modeli olarak yerleşmiş durumdadır. Özellikle merkez kapitalist ülkelerdeki burjuva demokrasisinin temel argümanlarının da (insan hakları, sağlık hakkı gibi) etkisiyle, yerleşmiş olan bu talebin azaltılabilmesi pek olanaklı olamamaktadır. Çünkü merkez ülkelerinde sağlık hizmeti kullanımını azaltmaya yönelik her söz artık bireysel özgürlüklere saldırı olarak yorumlanarak, politik arenada önemli gündem oluşturmaktadır. b) Talep tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımını artıracak yönde biçimlenmiştir. Böylece teknoloji yoğun bir talep olarak karşımıza çıkmaktadır. c) Söz konusu pazardan en fazla oranda pay alanlar ilaç ve tıbbi teknoloji tekelleridir, özel hastane zincirleridir.

Sağlık hizmeti kullanımının talep olarak şekillenmesi ve son 25-30 yıldır da bu talebin piyasalaştırılması sağlık harcamalarında "önlenemez" olarak nitelenen artışlara neden olmuştur. Bugün sağlık harcamalarının artışından yakınan kapitalist sistem, aslında kendi başlattığı bir sürecin sonuçlarından yakınıyor. Sağlık harcamalarındaki artış ve kaynakların

yeterince verimli kullanılmayışı en temel sorunlardır. Kapitalizm sistem olarak en derin bunalımlarından birisinin içindedir ve sağlık hizmetleri üzerinden yapılan sosyal refah devletçi anlaşmanın, uzlaşmanın artık hiçbir geçerliliği kalmamıştır. Daha doğrusu anlaşmayı olanaklı ve zorunlu kılan nesnel koşullar ortadan kalkmıştır. Burjuvazi de bu nesnel değişimi görerek oynamaktadır. Artık kapitalizm sağlık gibi sosyal alanlara olabildiğince az kaynak aktarmak, elindeki kaynakları artı-değer oranını artıracak yeni alanlara, yeni hammadde kaynaklarına yatırmak zorundadır. Şüphesiz ki gelişmelerin yönünü belirleyecek olan temel bileşenlerden birisi, işçi sınıfının kendi üzerine yöneltilen saldırıya ne derecede karşı koyabileceğidir. Ancak en azından günümüz koşullarında görünen odur ki, burjuvazi geniş cepheli saldırısını ilerletebilmektedir.

Sağlık finansmanı alanında son yıllarda ortaya atılan yeni politikaların temel amacı sağlık hizmetine olan talebi kırabilmek, harcamaları azaltabilmektir. Bunun için en kısa yol, hükümetler eliyle yapılan harcamaların sınırlandırılmasıdır. Yatırımların azaltılması, kamu sağlık sektörünün istihdam hacminin daraltılması, özelleştirme bu politikanın sonuçlarıdır. Bundan sonra ise, yine devlet ya da diğer kamu kurumlarınca kaynakların verimli kullanımını (az harcama ile daha fazla sonucu almayı) olanaklı kılacak denetim mekanizmaları geliştirilmektedir. Denetim mekanizmalarının önemli kısmında ödeme yöntemleri kullanılmaktadır: Vaka başına ödeme, hizmet başına ödeme, global bütçeleme, performansa göre ücretlendirme gibi.

Yeni geliştirilen ödeme sistemleri ile gerek üreticiden (tek hekim ve hastane işletmeleri), gerekse kullanıcıdan (birey olarak hastadan) kaynaklanan fazla hizmet kullanma yönündeki eğilimlerin azaltılması ve/veya maliyet yükünün kamusal fonlardan hastaya kaydırılması hedeflenmektedir.

Piyasa ilişkilerinin sağlık sistemi içine sokulması kamuyu küçültme amaçlı politikalar bütününün bir diğer bileşenidir. Bunun için merkezi yapılar parçalanmakta, parçalar arasına rekabet sokulmakta, sistemi yönlendirme gücü finansör kurumlara verilmektedir. Özel sektör çok parçalı bu yapının asli unsurlarından birisidir.

Sağlık hizmetinin klasik finansman mekanizmaları içinde, hizmeti üretenin kazancı ya sabit durumdadır (global bütçeleme, vaka başına ödeme, tanı temelli ödeme, maaşla ücretlendirme ve kişi başına ödemede olduğu gibi) ya da üretilen hizmetin niceliğine bağlanmıştır (hizmet başına ödemede ve performansa göre ücretlendirmede olduğu gibi). İlkinde üretilen hizmetin kalitesi ve kullanıcı memnuniyeti önemli sorunlar olarak ortaya çıkmaktadır. Çünkü, örneğin maaşla çalışan ve işine, toplumsal değerlere yabancılaşmış bir hekim sıradan memur zihniyetiyle iş görmektedir. Bu olgu aynı zamanda kaynakların kötü kullanımını da beraberinde getirmektedir. İkincisinde ise, hizmet niteliği belli bir düzeye ulaşabilse bile, hizmetin aşırı üretimi ve kullanımı sorunu belirmekte, bu ise gereksiz biçimde harcama artışına neden olmaktadır. Kısacası, hizmet kullanımındaki artış, çoğunlukla, bilimsel olarak kabul edilebilir bir gelişme olmamaktadır.

Böylece, klasik finansman biçimleri içinde harcamaları belli bir düzeyde tutabilmek nitelikteki düşüşle birlikte olurken, niteliğin artırılabilmesi ancak hizmetin gereksiz kullanımındaki ve harcamalardaki artışla birlikte seyretmektedir. Üstelik ikinci durumda, harcamalardaki artış sonucunu veren önlemler paketi her zaman nitelik güvencesi de sunamamaktadır.

Üreticinin davranışlarını-motivasyonunu değiştirmeye yönelik yeni finansman biçimlerinde temel amaç, az harcama ile daha fazla sonucun alınabilmesi ya da eğer hedeflenen sonuç çok "masraflı" ise hedefin küçültülmesi, hedeften vazgeçilmesidir. Vaka başına ödeme, global bütçeleme, performansa göre ücretlendirme, tanı temelli ödeme sistemlerinin temel amacı budur. Bunun da ötesinde daha önceden sözü edilen verimliliği artırıcı idari düzenlemeler de (desantralizasyon, özerkleştirme gibi) aynı amacı taşırlar. Bu uygulamalarda belli bir vaka veya dönem için belli bir bütçe belirlenmekte, bu bütçe üreticinin denetimine bırakılmakta, böylece üreticinin gelir/gider hesabı ile en optimum dengeyi yakalayarak, en düşük harcama düzeyiyle, en verimli sonucu elde edebileceği varsayılmaktadır. Ancak kapitalist ilişkiler içinde, üretici açısından verimli olan sonucun, daha az harcamaya yol açacak sonuç olduğu açıktır. Bu nedenle üretici açısından en verimli olan sonucun, kullanıcı açısından

en tatminkar ve gereksinimleri karşılayan sonuç olmasını garantileyebilmek amacıyla, kullanıcıya üretici kişi ve/veya kurumu seçme "özgürlüğü (hakkı)" tanınmaktadır.

Ancak sağlık hizmeti kullanımı için kullanıcının bilinçli tercihinden söz edebilmek hemen hemen olanaksızdır. Çünkü tıbbi bilgi ileri derecede uzmanlaşmış, uzmanlaşırken belli bir profesyonel grubun, bunun da ötesinde tekelci sermayenin eline geçmiştir. Bu durumda kullanıcının genel eğilimi daha fazla oranda tüketmek olmaktadır. Sigorta sisteminin yapısı (tüketilecek nesnenin bedelinin daha önceden ödenmiş olması) tüketime yönelik motifleri ileri derecede uyarıcıdır: Moral tehlike etkisi. Dolayısıyla kullanıcının kaygısı kendisini korumaya yöneliktir. Buradaki kısır döngü, giderek daha fazla oranda tüketimi uyarılan nesnenin tüm bilgisinin üretici ve/veya tekelci sermaye gruplarınca denetleniyor olmasıdır. Bu durumda kullanıcının daha fazla sağlık hizmeti tüketmesi kendisini korumak kaygısının bir sonucudur. Bu ise harcamaları artırıcı bir sonuca neden olmakta, aynı anda özel sağlık sektörünü ve piyasa ilişkilerini de yeniden üretici bir işlev görmektedir.

İşte tam bu noktada kullanıcı taleplerinin etkilenmesi para politikaları üzerinden gündeme getirilmektedir. Hizmet fiyatlarının artırılışının, maliyet paylaşımının, toplum finansmanının, geri ödeme miktarlarındaki azaltmaların anlamı budur ve bütün bunların kullanıcı talebini azaltacağı tahmin edilmektedir.

Böylece, sağlık sistemlerinin yenilenmesindeki stratejiler politik bir düzlemde şu şekilde özetlenebilir:

1. Üretici kişi ve/veya kurumlara belli bir bütçe verilerek, bu bütçenin kullanımının tamamen üreticiye bırakılması. Eğer üretici bir genel pratisyense, hastaları için gerekli gördüğü uzmanlık hizmetlerini diğer kurumlardan veya uzmanlardan satın alması, hastalarının birinci basamak tıbbi bakımını sağlayabilmesi için gerekli olan tıbbi malzeme ve yardımcı sağlık personelini istihdam etmesi gibi inisiyatiflerin kendisine verilmesi. Eğer üretici bir hastane ise, hastanenin belirlenmiş bütçe ile bütün yatırım ve cari harcamalarını kendisinin yapabilmesi. Böylece, üreticinin elindeki sınırlandırılmış (bu sınırlamanın makro ekonominin

o günkü koşulları ve işlerliğince belirlendiği ve çoğu kez tıbbi/bilimsel gerekliliklerin ancak ikinci planda dikkate alınmasının bir sonucu olduğu da hatırlanmalıdır) bütçeyi en verimli biçimde kullanacağı ve bunun da harcamaların sınırlandırılması sonucunu vereceği beklenmektedir.

2. Kullanıcı yönünden ise, hükümet-kamu sağlık harcamalarının kısıtlanması ile birlikte, sağlık hizmeti finansmanının doğrudan kullanıcının üzerine kaydırılması, maliyet paylaşımı. Bu uygulamanın kullanıcıyı elindeki kaynakları daha dikkatli biçimde kullanma yönünde motive edeceği varsayımı. Bu anlamda da, İkinci Savaş sonrası dönemde gelişen sosyal güvenlik sistemlerinin kapsayıcılığının daraltılması. Bir başka deyişle retrospektif ödeme tekniklerinden, prospektif ödeme tekniklerine geçiş. Bunun ilk maddede anılan stratejilerle birleştirilmesinin, harcamaları azaltıcı etkiyi potansiyalize edeceği varsayımı.

3. Özellikle hizmet üreticileriyle ilgili olan ve harcamaları azaltması beklenen uygulamaların, üreticiyi bilinçli birtakım tercihlere yönlendirdiği unutulmamalıdır. Üretici, kendisine bırakılan kısıtlı bütçeyi kendisi açısından en verimli biçimde kullanmak, bu arada da gelirinden kayıp vermemek durumundadır. Bu onu, kendisinin tıbbi gereksinimlerini dikkate almayan ve kendi gelirini önceleyen, ekonomik kaygıları öne çıkaran davranış kalıpları içine sokabilir. Böylece de kullanıcının tamamen aleyhine gelişen bir tablo belirebilir. Bunun önlenmesinin yolu olarak da kullanıcıya üretici seçme hakkının tanınması. Üretici seçme hakkının verimlilik ve eşitliği geliştiren, üreticinin hizmet piyasasındaki belirleyiciliğini-tekelini sınırlayan bir politika olacağı beklentisi. Üreticinin kendi mali durumunu öne çıkaran davranışı performansa göre ücretlendirmede en belirgindir. Performansa göre ücretlendirme kaçınılmaz biçimde (en azından ağırlıklı olarak) tedavi edici sağlık hizmetlerine bağlanmak zorundadır. Bunun bazı nedenleri vardır: 1- Kapitalist tıp eğitimi sisteminde hekimlere en iyi öğretilen, hekimlerin de en eğilimli oldukları şey tedavidir. 2- Performansa göre ücretlendirmenin hekim motivasyonunu artırabilmesi için, buradan sağlanan gelirin, toplam gelirdeki oranının en az yüzde 5 olması gerekir. Bunu sağlamak tedavi hizmetlerine odaklı performans ücretlendirmesinde daha kolaydır. 3- Koruyucu sağlık hiz-

metleri ekip işidir. Dolayısıyla buraya bağlanacak performans ücreti ekibe ödenmek zorundadır. Bu da hekimler tarafından gelirin paylaşılması olarak yorumlanacak ve onlar için yeterince motive edici olmayacaktır. 4- Hizmeti kullananın değer verdiği şey de (korumak değil) tedavidir. Bu nedenlerle performans sistemlerindeki hekim motivasyonu önemli derecede, hekimin kendi profesyonel bilgi ve kimliğini, kendi gelirini artıracak yönde istismar etmesinden başka sonuç verememektedir.

4. Sonuncu olarak da en kaba yöntemden söz etmek gerekir. O da bütçeden yapılan harcamaların olabildiğince azaltılması, kamu hizmet niteliğinin düşürülmesi, kamusal istihdamın ve yatırımların azaltılması, herkesin kendi başının çaresine bakmak durumuna itilmesidir. Şüphesiz ki bu tercih, eşitsizlikleri açık biçimde derinleştirecek ve ancak toplumsal bir muhalefetin dengeleyici etkisinin geliştiği noktaya kadar işlevsel olabilecektir. Söz konusu uygulama özelleştirmedir. Kamu sağlık harcamalarının kısılması, boşalan alana özel sermayeyi çeker. Özel sermaye 1950'lerden itibaren halkta gelişen tüketim potansiyelinin ve sosyal güvenlik sistemlerinin garantisi ile bu alana girer. Özel sektörün aynı hizmeti kamuya göre daha pahalı üretmesi, daha çok tedavi edici hizmet yönelimli olması bir kuraldır. Bunlar ise sağlık harcamalarının artışı yönünde etki gösteren faktörlerdir. Özel sektörün çok parçalı yapısı da harcamaları artırıcı etki gösterir. Böylece çoğu kez harcamaları sınırlayıcı sonuç yalnızca kamu kesimi içindir. Toplam harcamalar ise özel sektör üzerinden artmaya devam eder. Aktif özelleştirmede ise kamu kendi elindeki varlıkları özel aktörlere devreder. Bu herkesin gözü önünde oynanan sağ nitelikli bir politik oyundur. İşçi sınıfının politik ortamı ne derecede burjuvazinin egemenliğine bıraktığını da belgeler.

B) Yeni Yönelimlere İlişkin Soru(n)lar ve Kapitalizmin Başarı Olasılığı

Ana soru şudur: Kapitalizm sağlık alanındaki yeni önerileri ile, beklediği-arzuladığı gibi, sağlık harcamalarındaki artışı durdurabilir, sağlık hizmetlerinde maliyet/yarar düzeyini maksimize ve sağlıkta dar gelirli sınıflar aleyhine gözlenen eşitsizlikleri minimize edebilir mi?

Teorik olarak bu soruya olumlu yanıt vermek olanaksızdır. Nitekim, önerileri ortaya atanlar da, önerilenlerin yukarıda sıralanan üç hedefi aynı anda yakalamasının olanaklı olmadığını belirliyorlar. Ancak bu olanaksızlığı doğal, kültürel bir olanaksızlık olarak görüyorlar, göstermeye çalışıyorlar.

Buna göre, sağlık hizmetlerinde hem harcamalardaki artış hem de sınırlı kaynak kullanımı ile en verimli ve eşitsizlikleri giderecek sonuca ulaşmak olanaksızdır. Ne yapılırla yapılsın, ideallerden kimi "masumane" sapmalar olacaktır.

Bu iddialara karşı iki çıkış noktası olmalıdır. İlkin, bu tartışmaların sürdürüldüğü zemini iyi belirlemek gerekir. Eğer kapitalizm verili ve değişmez bir zemin olarak kabul edilir ve tartışma bu zeminin yine verili kuralları çerçevesinde sürdürülürse, harcama artışı-verimsizlik-eşitsizlik üçlüsü olarak belirlenen sorunsala, yukarıda açımlananın dışında yanıt üretebilmek olanaklı olamaz.

Çünkü kapitalizm, sermayenin hammadde, makineler, fabrikalar ve ücretli emeğin istihdamı için yatırılmasına, bu yatırımla sermayedarın artı-değer-kâr elde etme güdüsüne dayanır. Bir başka deyişle kapitalizmin işlerliği kendisini bu biçimde ortaya koyar. Bu nedenle, sağlık hizmeti üreten sermaye bileşeni açısından asıl olan, yatırılan sermayenin karşılığı olarak maksimum düzeyde artı-değere el koyabilmektir. Sağlık hizmetinin en temel bileşenleri olan ilaç ve tıbbi teknoloji için bu olgu özellikle geçerlidir. Kısaca, sağlık harcamalarındaki artışı sınırlamak eğilimi, toplumda yıllar içinde ortaya çıkan demografik değişiklikler (nüfusun yaşlanması) gibi kimi doğal olgular dışarıda tutulursa, önemli oranda bu kapitalist dinamik tarafından belirlenir. Dolayısıyla, sağlık harcamalarındaki artışı sınırlamak eğilimi, aslında kapitalizmin kendi kendisine açtığı, sermaye sınıfı bloğu içindeki bileşenlerden birisini (sağlık sermayesinin) sınırlamayı-küçültmeyi hedefleyen cepheden başka bir anlam taşımaz. Bu ise kapitalist işlerliğin sınırları içinde tutarlı bir sonuca bağlanması olanaksız zor bir sorundur.

Tıbbi bakım hizmeti üretiminden kâr elde etmek isteyen sermayenin çıkarları karşı yönde etki yaratan istisnai bir etken olarak ele alınabilir.

Hizmet kullanımının artması, sağlık hizmetinin tüketim nesnesi olarak algılanması, sağlık harcamalarının artışı tıbbi bakıma yatırım yapan sermaye bölmesi açısından yararlıdır. Diğer sermaye bölmeleri ise devletin üretimi ve bölüşümü düzenleyici işlevlerini sağlığı kısıtlayarak, kendi lehlerine kullanmasını isteyeceklerdir.

Öte yandan, yine kapitalist işlerlik içinde kullanıcı açısından asıl olan, yıllar boyunca olası bir riske karşı küçük parçalar halinde ederini ödediği bir metadan olabildiğince maksimum düzeyde yararlanmaktır. Daha fazla tüketmek doğrultusunda koşullandırılmış kullanıcı (tüketici) bilinci açısından bundan başkasını istemek zaten olanaksızdır. Kısacası, kapitalist işlerlik tüketici boyutuyla da harcamaları artırıcı bir işlev görür. Sağlık piyasasında, sağlık hizmeti üreten ve giderek tekelleşen işletmeler daha fazla sağlık hizmeti satmak, hizmetin fiyatını ve niteliğini kendi kârlarını artıracak biçimde denetlemek, yönlendirmek isterler. Bu onların "suçu" değil, kapitalizmin kendine özgün yasaları gereği ortaya çıkan sonuçtur. Bunun karşısında tüketici kendisini, yine sağlık piyasası ve üretici tekeller tarafından koşullanmış bilinci ile korumak ister. Tüketicinin kendisini korumayı amaçlayan bu güdüsü, kapitalizmin işlerliğini bir kez daha üreten ve harcamaları daha da yukarı çeken bir işlev görür. Buradan harcamalardaki tırmanışın durdurulabilmesinin tek yolu olarak, sağlık harcamalarının giderek daha doğrudan ve fazla oranda tüketicinin üzerine yıkılması stratejisi çıkar. Resmi anlayışa göre, harcama artışı biçiminde görüntülenen finansal sorunun önüne geçilebilmesinin tek yolu, maliyetin tüketiciye kaydırılmasıdır. Maliyet kaydırma, hane gelirindeki sağlık harcama yükünün katastrofik etki göstermesine ve eşitsizliklere neden olur. Bu, açıkça, kamusal fonları daha çok besleyen halk sınıflarının, bu fonlardan daha az yararlanmaları demektir.

Üreticinin daha fazla kâr elde etmeye, tüketicinin ise daha fazla tüketerek kendisini "korumaya" çalıştığı bu ortamda kaynakların en verimli biçimde kullanılabilmesinin de olanağı yoktur. Bütün önerilenlere karşın, harcama artışı-verimsizlik-eşitsizlik biçimindeki finansman sorunsalının özünde bu dinamik yatmaktadır.

Sağlık sistemindeki sorunların (eşitsizlik, verimsizlik) çözümü için öne-

rilen stratejiler önemli oranda aynı sorunları yeniden üretirler. Bunun da ötesinde, daha önceden de belirlendiği gibi, burjuva literatüründeki eşitlik ve verimlilik anlayışı son derece sınırlı ve hatalı bir kapsama sahiptir. Eşitlik; eşitsizliklerin tanındığı, meşru görüldüğü bir ortamda, kaynakların biraz daha dengeli dağılımı olarak kabul edilir. Eşitsizlikleri yaratan üretim ilişkilerinden hiç söz edilmez. Verimlilik ise işletme-üretici birim düzeyinde kârlılığın artırılması biçiminde kavranır. Hal böyle olunca da ücretlerin düşürülmesi, işten çıkarma, işsizliğin yaygınlığının öğreticiliğiyle boynu bükük sağlıkçıları işe uyumlandırma, verimliliği artırmanın en genel geçer yolları olarak kabul edilir. Bütün bunlar sınıfsal bakış açısının yansımasıdır. Ancak salt teknik uygulamalar olarak pazarlanırlar. Oysa kapitalist ekonomide, tek tek işletmelerin verimliliği-kârı, toplumsal zarar anlamına gelir.

Sağlık bakanlığı yapılarının küçültülmesi, merkezi üretimin ve denetimin zayıflatılmasıdır. Bu da piyasa ilişkilerinin ve özel aktörlerin sağlık sistemine nüfuzunu sağlar. Pek çok çevre ülkede sağlık bakanlıkları yeterli personel sayısına bile sahip değilken, küçültülmelerinin hedeflenmesi sağlık sistemlerini tamamen zayıflatıcı etkiler yaratır. Bölgeler, sınıflar arasındaki eşitsizlikler daha da artar, koordinasyonsuzluk verimsizliği besler.

Kullanıcı ödentileri, maliyet paylaşımı stratejileri, toplum finansmanı yöntemleri, sağlık için ek kaynak yaratmak bakımından getirilen ek vergiler, yeni gelir yaratma yolları, bütün bunlar özelleştirme politikalarının bileşenleridir. Temel gerekçe kaynak yokluğudur. Oysa bütün kapitalist ülkelerde işçilerin, emekçilerin, toplumun çoğunluğunun yarattığı değerlere burjuvalar tarafından el konulur. Bu nedenle, yolsuzlukların eleştirildiği kapitalist dünyada en temel ve büyük yolsuzluk kapitalizmin kendisidir. Kapitalizm, burjuva hukuku ile "yasallaştırılmış" yolsuzluk düzenidir. Kaynak vardır. Ancak kaynaklara kapitalistlerce el konulmakta ve buna da kâr denilmektedir. Bu bakımdan antikapitalist mücadele sosyal sektörlere kaynak yaratmak açısından büyük öneme sahiptir. Bunun dışında, kapitalist ülkelerdeki daha kaba yolsuzluk biçimlerinin, askeri harcamalardaki tırmanışın, uzay savunma sistemlerine yapılan harcamaların da

kaynak sorunu çerçevesinde ele alınması gerekir. Bütün özelleştirme biçimleri verimsizliği artırır. Hem sektörün çok parçalı duruma getirilmesi nedeniyle hem de özel sektör tedaviyi ve parayı gözettiği için. Kamusal nitelikli olsa bile çok parçalı sistemleri koordine etmek güçtür. Özel sektörde halk sağlığının yeri yoktur. Çünkü halk sağlığı politikaları ölüm ve hastalık yükünü en aza indirmeyi hedefler. Bu ise sağlıktan para kazanmayı isteyen özel sektörün işine gelmez. Özel sektör, eşitsizlikleri artırır. Çünkü ancak parası olanlar özel sektörden yararlanabilir. Kapitalizmin krizi içinde, özelleştirme politikaları iki kutuplu bir sağlık sistemi yaratır. Parası olmayanlar kaynakları iyice sınırlanmış kamu kurumlarından yararlanabilirlerken, parası olanlar yüksek teknolojili özel sektörde istediklerini elde ederler. Özel sektör çoğu kez kamu kaynaklarıyla desteklenir. Bu da yeniden verimsizlik tartışmalarını gündeme getirir. Pek çok ülkede özel sektörde çalışan hekimlerin, kamuyla bağlantıları (hekimleri motive etmek gibi çeşitli gerekçelerle) bilinçli olarak korunur ve düzenlenir. Bu da kamu kurumlarının özel sektör ve özel sektörde çalışanlarca sömürülmesine, istismar edilmesine ve bir dizi ahlaki soruna yol açar.

Sağlık sistemlerine sokulan sözleşme ilişkileri piyasayı düzenlemenin aracıdır. İngiltere'deki uygulaması dikkate değer hiçbir kazanımının olmadığını göstermiştir. Sözleşme uygulaması devletin, kamunun ve sağlık bakanlığı yapılarının küçültülmesinin bir aracıdır. Sözleşmeyle maliyetlerin düşürülmesi ancak ücretlerin baskılanmasıyla ve istihdamın daraltılmasıyla olanaklıdır. Sözleşme, sağlık sistemini çok başlılaştırır. Koordinasyonu yıkar. Her sağlık kurumu kendi başına işletme haline getirilir. Yönetsel maliyetler yükselir. Parçalı yapının bu kurumları arasındaki rekabet gereksiz yatırımları uyarır. Planlama zayıflar. Ortak-kamusal çıkarların yerini işletme çıkarları alır.

Desantralizasyon merkezi yönetimi zayıflatır. Kapitalizm koşullarında desantralizasyon sermayenin gücünün uç noktalara taşınmasına yarar. Sermaye akışkanlığının artırılması, en ücra köşelerin sermayeye açılması için desantralizasyon işlev görür. Sınıfsal ilişkilerin düzenlenmesi, örneğin vergi sisteminin karakteri, geliri dağıtıcı politikalar merkezi düzeyde belirlenmeye devam edilirken, desantralizasyonla vergi toplama

ve toplanan vergilerin kullanılması sorumluluğu perifere aktarılır. İşte bu uygulama, merkezi kararlara hız kazandırır. Sermayenin egemenliğine, mülkiyet ilişkilerine, gelir dağılımına dokunmayan desantralizasyon, sermayenin yeni bir egemenlik aracı olmaktan başka işe yaramaz. Desantralizasyon sermayenin merkezdeki gücünün perifere yansıtılması, periferde de egemen kılınmasıdır. Bu, periferdeki kapitalist sınıf güçlerinin etkinleştirilmesiyle gerçekleştirilmiş olur. Toplum katılımı ve demokratikleşme ile doğrudan ilişkisi yoktur. Çünkü toplum katılımını sağlamanın yolu, mülkiyet ilişkilerinin mülkiyeti üreten sınıfın belirleyiciliğine açılmasıdır.

Yeni ödeme sistemleri, özellikle performansla ilişkili olanlar, kişilikleri piyasa koşullarında parayla şekillendirilmiş üretici aktörlerin davranışlarının yine parayla yönlendirilmesi demektir. Üretici aktörler kaçınılmaz biçimde parayı daha çok elde etmeye yönelik istismarları kullanırlar. Bu nedenle, performansa göre ücretlendirme, yangını söndürmek için üzerine benzin dökmeye benzer. Oysa sağlık hizmetlerinin insanileştirilmesi, hasta gereksinimleriyle uyumlulaştırılması paranın devreden çıkarılmasını gerektirir.

Sonuç olarak, kapitalist işlerliğin belirlediği kurallar içinde kalarak, bu alt bölümün başında sorulan soruya olumlu yanıt verebilmek olanaksız görünüyor. Teorik olanaksızlık, yeni politikaları önerenlerin de belirledikleri gibi kendisini pratik düzlemde de ortaya koyuyor. Bunun da ötesinde, kapitalist mantığın öne çıkardığı ve klasik burjuva sağlık ekonomisinin ve daha genel bir söylemle klasik burjuva ekonomisinin belirlediği, fazla harcama-verimsizlik-eşitsizlik biçiminde formüle edilen sorunsalın bilimsel olmadığını da belirlemek gerekir.

Çünkü, bu formülasyonla klasik burjuva ekonomisi, kendisini mikro düzlemle sınırlar. Bir anlamda işletme ve en fazlasından sektörler düzeyindeki sorunlarını ele alır, tartışır. Eğer bu düzlemle sınırlı kalınırsa, sağlık alanı için gerçekten de kaynakların kıt olduğu ve aynı zamanda da kötü kullanıldığı gibi bir olgu, sorunun özü olarak kavranabilir. Ancak bunların ötesinde, klasik burjuva ekonomisi disiplininin hiç gündeme getirmediği ve asıl sorgulanması gereken olgu, kapitalizmin makro düzeyli politik

ekonomisidir. Kapitalist üretim ilişkileridir. Emperyalist sömürüdür.

Gerçekten de, bağımlı kapitalist ülkeler için kaynak kıtlığının asıl nedeni, merkez kapitalist ülkelerin çevreye yönelik sömürüsüdür. Merkez kapitalist ülkelerde bile son 10 yıldır kendisini giderek daha ileri boyutlarda ortaya koyan sağlık finansman sorunlarının nedeni, kapitalizmin içine girdiği bunalımla sosyal alanlara yaptığı harcamaların kısıtlanması, derinleşen gelir dağılımı eşitsizlikleri, yapısal işsizliktir.

Kapitalist işlerliğin makro düzeyde sorgulanmadığı durumda, geriye, sağlıktaki finansman krizini kendi başına mutlak bir olgu olarak görüp, abartılı biçimde öne çıkaran ve sorunun çözümü olarak da, hizmeti kullananların doğrudan ödemelerinin artırılmasını öneren mikro ekonomik analizlerden başka bir şey kalmaz. Yapılan da budur. Ancak bu girişimlerin sorunu kesinlikle çözmediği bizzat önerenlerin kendileri tarafından teslim edilmekte, somut verilerce kanıtlanmaktadır.

Bu anlamda, belirlenen sağlık finansman sorunu, maddenin doğasındaki kültürel bir olgu değil, tam tersine, kapitalist işlerliğin ortaya çıkardığı siyasal-ideolojik bir tercihtir.

Tanımlanan ve değişmez kabul edilen işlerlik içinde, üreticilerin işe yönelik motivasyonunu kırdığı ve bunun üzerinden de hizmetin verimliliğini azalttığı, dolayısıyla da eşitsizlikleri gidermede hiçbir işlevi olmadığı düşünülen maaşla ücretlendirme sisteminin yerine önerilen performansa göre ödeme sistemi, abartılı ve tıbbi, bilimsel, kültürel açıdan gerekli olmayan (deyim yerinde ise naylon) hizmet üretimine neden olmakta, bu ise harcamaların gereksiz yere artmasına, kullanıcının sağlığının riske atılmasına yol açmaktadır. Ya da tüm bu sakıncaların çözümü olarak gündeme getirilen vaka başına ödeme sistemi, kapitalist işlerlik içinde, üretici açısından bütçesi önceden belirlenmiş vaka için yapılacak harcamaların minimize edilmesi kaygısını öne çıkarmakta, bu da tıbbi, kültürel ilke ve gerekliliklerle bağdaşmayan, olabildiğince az hizmet üretimini, hastanın iyileşmeden taburcu edilmesini koşullamaktadır.

Bu nedenle kapitalist kurallar çerçevesinde sağlık finansmanında temel sorun olarak belirlenen harcama artışı-verimsizlik-eşitsizlik sorununun çözümü olanaksızdır. Çünkü, kapitalist makro ekonomide toplumsal

eşitlik için uygun zemin yoktur. Kârın maksimize edilmesi ilkesine dayalı ve bu ilkenin ekonomiyi rasyonalize edeceğini varsayan "serbest piyasa" çıkarları vardır.

Dolayısıyla, klasik burjuva ekonomisi disiplininin mikro ekonomi düzleminde önerdiği maliyet/yarar analizleri, kapitalist sömürü mekanizmasının, gerek tek tek kapitalist ülke sınırları içinde, gerekse emperyalist ilişkiler üzerinden global ölçekte ortaya çıkardığı toplumsal, ekonomik, siyasal eşitsizliklerin özünü gizlemeye yönelik bir manipülasyondan başkaca anlam taşımaz. Emperyalist sistemin değişik ulusal ve ulus üstü aktörleri, sistemin hangi parçasına ve hangi sektöre ne kadar kaynak ayrılacağına karar verirler. Belirlenen ve kıt olarak tanımlanan bu kaynakların en verimli biçimde nasıl kullanılacağının "bilimsel" şekilde analiz edilmesi hakkını da klasik burjuva ekonomisi disiplinine bırakırlar. Belirlenen sınırlar içinde ve o sınırların nedenini sorgulamaksızın "istenileni" yapmak, "bilim" üretmek serbesttir.

C) Sosyalist Bir Seçenek Neler Sunar?

Önce yine bir soru sormak gerekir: Klasik burjuva ekonomisinin geliştirdiği kavramları, stratejileri toptan inkar etmek, görmezden gelmek, işlevsiz olarak kabul etmek olanaklı ve bilimsel midir?

Buna da en başından ve kısaca "hayır" denilmelidir. Şunu söylemiştik: Klasik burjuva ekonomisi disiplininin belirlediği, harcamaların arttığı, buna karşılık sağlık için kullanılabilecek kaynakların kıt olduğu, bunun için de kaynakların en rasyonel tarzda kullanılması gerektiği yönündeki belirleme kültürel değil, ideolojiktir. Çünkü bu söylem mikro ekonomik sınırlar içindedir. Kapitalist-emperyalist sömürü mekanizmasını görmezden gelmektedir. Devletin, sermayeyi gözeten kaynak aktarımlarını, artı-değer sömürüsünü, dünyanın merkezi ile çevresi arasındaki eşitsiz bölüşümü gizlemektedir. Bütün bu sis perdesi üzerine özellikle çevre kapitalist ülkelerin kaynaklarının kıt olduğu, bunun için de çevre ülkelerin tutumlu olmaları, çevre halklarının azla yetinirken, azın da titiz hesabını yapmaları gerektiği tezlerini inşa etmektedir. Merkez için de, tekellerin hesabı bilinmeyen kârlarını unutarak, halkın savurganca sağlık hizme-

ti tükettiğini ve artık bunun önünün alınması gerektiğini savlamaktadır. Bunlar gerçek değildir. Çünkü, toplumun elinde bulunan ve çeşitli sosyal sektörler için ayrılan kaynakların sınırı bu kadar değildir. Toplumun kaynaklarının eşitsiz bölüşümü söz konusudur. Sermaye sınıfı emekçiler tarafından üretilmiş olan toplumsal artı üründen kendi payını en başından aldıktan sonra, ortada kalan dilimi çeşitli toplumsal amaçlı harcamalarda kullanılmak ve ücretleri ödemek üzere bırakmaktadır. Sermayenin el koyduğu artı-değer, toplumsal çıkarların dışında tutulmakta ve toplumsal emeğin ürünü değilmişçesine gösterilmektedir. Kısaca, toplumsal çıkarlar için paylaşılan toplam toplumsal değer, üretilen toplam değerden çok daha azdır. Sermayenin en başından el koyduğu değerleri de hesaba katmak ve onu da paylaşım içine almak gerekir. Bu nedenle kaynakların kıt olduğu, bunun için de "tutumlu" olmak gerektiği saptaması ideolojik bir aldatmacadır. Sınıfsız, sömürüsüz bir dünya idealini ve toplumsal, siyasal, ekonomik eşitliği savunan sınır tanımaz "ütopikler"in reddetmek durumunda oldukları ilk şey, emek sömürüsüdür. Bu zorunluluk eşitlik mücadelesini sosyalizme çeker.

Sömürünün ortadan kaldırılması, çok büyük ölçekli kaynakları toplum yararına, burjuvalardan alıp serbestleştirecektir. Böyle bir yeniden paylaşımın kaynak kıtlığı sorunu açısından önemli olanaklar yaratacağı kesindir. Esas verimlilik budur.

Ancak bu rahatlama yine de, ortaklaşmayla bollaşan kaynakların verimli kullanımı gereğini geçersizleştirmeyecektir.

Toplumsal kaynakların eşit olarak dağıtıldığı ve ideolojik anlamdaki kaynak kıtlığı olgusunun ortadan kalktığı durumda, insan emeğinin ürünü olan toplumsal değerlerin en verimli ve etkin biçimde kullanılması esastır.

Bu anlamda mikro düzeyli ekonomik ve ekonometrik analizlerin sosyalizm döneminde özel bir önem kazanacağı kabul edilmelidir. Eşitlikçi, ancak toplumsal kaynakların herkesin gereksinimini tam olarak karşılayamadığı tarihsel aşamada, değişik siyasal anlamlarla yüklü olsa da kaynak kıtlığından söz edilebilecektir. Toplumsal yaşantının bazı sektörlerine diğerlerine göre daha çok kaynak aktarını gerekebilecektir. Böyle bir

karşılaştırmaya gerek olmadan da, toplumsal ürünün, tüm gereksinimleri herhangi bir sınır tanımaksızın karşılayabilmesi olanaksız olabilecektir. Sömürünün ve toplumsal eşitsizliklerin söz konusu olmadığı, toplumun tüm bireylerinin birbirlerine göre eşit muamele görüp, birbirlerine eşit muamelede bulundukları sosyalizmde, kaynakların insani gereksinimleri karşılamak anlamında yetmezliğinden söz edilebilecektir. İşte böyle bir dönemde maliyet sınırlayıcı tekniklerin bir kısmının kullanılması, ekonomik, teknik, bilimsel (dikkat ideolojik ve siyasal değil) bir zorunluluk olarak ortaya çıkabilecektir. Bunun dışında, en az kaynakla (bir başka deyişle insan emeğini en düşük oranda kullanarak ve dolayısıyla da emeği entelektüel diğer toplumsal faaliyetlerin-zevklerin geliştirilmesi yolunda daha fazla oranda serbestleştirerek, daha fazla oranda "boş" zaman yaratarak) en verimli sonucu elde edebilmek kaygısı, insan emeğine, insani değerlere saygının bir gereği olarak algılanacaktır.

Toplumsal eşitliğin kurumsallaştırıldığı bir toplumsal formasyonda, toplumsal üretim için gereken tüm kaynaklar, toplumun bütün katmanlarının toplumsal emeklerinin eşit katkısı ile oluşturulacaktır. Bu nedenle de, bugün hizmeti kullanmakta olan emekçi sınıfların maliyeti üstlenmeleri ve hizmeti ellerindeki "öz" kaynaklarla finanse etmeleri demek olan maliyet paylaşımı ve toplum finansmanı gibi kavramların anlamı da kalmayacaktır.

Toplumun kolektif tarzda örgütlendiği yerde paylaşımın da anlamı kalmaz. Çünkü, toplumsal organizasyon eşitlik üzerine oturtulmuştur.

Gerçekten de, bugün maliyet paylaşımının, toplum finansmanının anlamı, artı-değer sömürüsü aracılığıyla ellerindeki değerlerin bir kısmına üretim süreci içinde el konulmuş olan emekçi sınıfların, bir kez de tüketim aşamasında sömürülmesinden başka bir şey değildir. Maliyet paylaşımı, üretim sürecinde tam karşılığı ödenmemiş emek-gücü değerinin (ücretin) bir kısmına, kaynakların kıt olduğu ve bu ödenmezse sağlık hakkından tamamen uzak kalınacağı gerekçesiyle, tüketim aşamasında el konulmasıdır.

Kapitalizmin, aslen makro düzeyde var olan sorunlar için mikro ölçekte önerdiği politikaların bazılarının, kapitalizmin makro düzeydeki ters

yüz edilişi sonrasında mikro düzeydeki sorunların çözümü için kullanılabileceği saptamasını yaptığımız şu noktada, bu mantıksal akış içerisinde karşınıza kendiliğinden bir sorun daha çıkıyor. O da şudur: Tüm toplumsal eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasını savunan ve bunu en temel insani "ütopya" olarak gerçekleştirmeye yönelen sosyalist bir toplumsal formasyon pratiği, sağlık ekonomisi alanındaki sorunların çözümü yönünde bize hangi temel olanakları sunar. Bu sorunun yanıtları şu şekilde sıralanabilir:

1. Sosyalizm kaynak yaratır. Sosyalizmin önemli kaynaklarından birisi, burjuvaların kapitalist düzende el koydukları kârları ve biriktirdikleri servetleridir. Sosyalizm, emekçi sınıflarca üretilen ve sermaye tarafından el konulan toplumsal artı ürünü yine bütün toplumun kolektif denetimine bırakarak, önemli boyuttaki toplumsal kaynağın, az sayıdaki asalağın bireysel tüketimi için harcanmasına son verir. Böylece, sosyal alanlar için harcanabilecek her türlü kaynakta büyük çaplı bir artış sağlamanın olanakları yaratılmış olur.

2. Sosyalizmin temel dinamiği maliyet/yarar analizlerine konu olan daha fazla kâr değil, toplumsal gereksinimlerdir. Kârı artırmaya yönelik rekabet olmazsa, kapitalizm de olmaz. Üretkenlik, verimlilik gibi tüm analizler kâr içindir. Sosyalizm ise ekonomik analizlerini gereksinimler için devreye sokar. Sosyalizmi en başından insani kılan nokta budur. Elimizdeki kaynakları tabii ki sağlık ve eğitim için kullanacağız ve bu noktada herhangi bir maliyet analizi yapmayacağız.

3. Sosyalizm bütün toplumsal artı ürünün, üretime katkıda bulunan herkes arasında ve akıtılan emek bazında eşit dağılımını öngörür. Bu, toplumsal eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasının ilk adımıdır.

4. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin (kamu sektörü ile özel sektörün kendi içinde yaratacağı rekabet ile hizmetin verimliliğini artıracağı beklentisine karşın) verimlilik (yönetsel, mali, kaynak tahsisine ilişkin verimlilikler), eşitlik, harcamaların kontrol altına alınması anlamlarında beklenen vermediği noktası daha önceden saptanmıştı. Özelleştirmenin amacının sermayeye yeni bir kâr alanı yaratmak olduğu da belirlenmişti. İşte üretim araçlarının özel mülkiyetine ve sağlık alanındaki özel hiz-

met sunumuna son verecek olan sosyalist örgütlenme, kaynakların özel sektör elinde plansız biçimde kullanılmasına, heba edilmesine son verir. Sağlık alanındaki kaynakların bunalım dönemleri sırasında ve yatırımcılar arasındaki rekabet nedeniyle değersizleşmesi olgusunu toptan ortadan kaldırır. Devletin, toplumun ancak belli sınıflarının işine yarayacak ve dolayısıyla da var olan eşitsizlikleri derinleştirecek olan özel sektöre ucuz krediler, vb. yollarla kaynak aktarmasını önleyerek, kamunun elindeki kaynakların toplumun tümünün yararına kullanımını olanaklı kılar.

5. Yukarıda kısaca değinildiği gibi, kapitalist sağlık işletmeleri arasındaki anlamsız (insani ve bilimsel boyutlarıyla anlamsız olduğu kadar, kapitalist işlerliğin motoru görevi gören) kapitalist rekabeti ortadan kaldırır. Böylece kapitalist rekabet sonucunda daha sermaye yoğun başka bir işletmenin karşısında tutunamayarak batan bir sağlık işletmesinin (sermayenin değersizleşmesi, sermaye yıkımı denilen süreç tam da budur) elindeki kaynakların boş yere yitip gitmesi cinayetini, akılsızlığını kökten çözümler.

6. Kapitalist rejim koşullarında, aynı ülkenin sınırları içindeki sınıfsal özlü kimi siyasal ve askeri baskı politikalarını (oldukça hacimli polis, ordu güçlerini) ayakta tutabilmek için "gerekli olan" ve kullanılan kaynakların (en azından önemli kısmının), bütün toplumun refahı için sosyal sektörlere harcanması olanağını yaratır. Bunun da ötesinde, eğer varsa, dışa yönelik emperyalist politikaları geçersizleştirerek, bu politikaların zorunlu kıldığı askeri harcamaları, yine ortak yarar alanlarına aktarır.

7. Klasik sömürü mekanizmasının dışında, adi yolsuzlukları ortadan kaldırarak, vurgunlarla el koyulan toplumsal değerleri yine toplumun kendisine geri vermiş olur.

8. Plansız kapitalist ekonomide, piyasa koşullarının belli bir bölgede ortaya çıkardığı kâr olanaklarını değerlendirmek için o bölgeye yatırım yapan, daha sonradan kâr olanaklarının ortadan kalkmasıyla birlikte, bu yatırımlarını gözden çıkaran sermaye hareketlenmelerinin gerekçesini en başından yok eder.

9. Yine plansız ekonomi nedeniyle, gereksinimlere göre değil, tamamen piyasanın günlük kâr olanaklarını dikkate alarak hareketlenen,

böylece de belli zamanlarda, belli bölgelerde yoğunlaşan, bütün ülke gözetildiğinde kaynak dağılımının bozulmasına neden olan ve toplumsal anlamda rasyonel olmayan eşitsizlikçi yatırımlara son verir. Kapitalist işletmeler; gelir düzeyi düşük, geri kalmış, dolayısıyla da kapitalist işlerlik içinde yatırım yapmanın hiçbir rasyonalitesinin bulunmadığı bölgelere kurulmaz. Kapitalist bir toplumsal örgütlenmede, devlet işletmeleri geri kalmış bölgelere en düşük standartlarda ulaşırlar. Geri kalmışlığı belirleyen göstergelerden birisi de budur. Çünkü bölgesel yatırımların belirleyicisi, bu bölgelerde toplanmış güç odaklarının, bölgesel sermaye birikiminin derecesidir. Dolayısıyla, kapitalizmde bölgesel eşitsizlikler sürecin doğasında vardır. Planlı bir ekonomi ise eldeki kaynakların, alt bölgelerin gereksinimleri dikkate alınarak kaydırılmasına olanak tanır. Bu da toplumsal, bölgesel, sınıfsal eşitsizlikleri giderici bir işlev görür. Eşitsizliklerin, yoksulluğun ortadan kaldırılması hizmetin verimliliğini artırır. Kaynak kullanımı ve akışkanlığı kolaylaşır. Örneğin personel dağılımını gönüllü olarak dengelemek olanaklı olur.

10. Sürekli olarak daha fazla tüketmek için koşullandırılan, sağlık hizmeti kullanımında da aynı tüketim bireyi normlarına uygun olarak beliren bireysel davranış kalıplarını kırar. "İnsan insanın kurdudur", "gemisini kurtaran kaptan" anlayışının nesnel zeminini ortadan kaldıracağı için, "ne kaparsam kârdır" mantığı ile şekillenmiş olan daha fazla tüketme zorunluluğunu yıkar. Çünkü, kapitalist toplumsal formasyon koşullarında giderek yaygınlaştırılan sigorta sistemleri, bir yanıyla büyük sağlık tekellerinin kendi ürünlerini daha fazla pazarlayabilmelerinin maddi olanağını yaratır. Diğer yandan da, kullanıcıları moral tehlike etkisiyle daha fazla tüketmeye yönlendirir. Dolayısıyla, sigorta sistemi tüketimi garantileyen ve kapitalist üretim-tüketim kalıpları içinde de hacmi (bu anlamda da toplam tüketim hacmi) giderek artırılan bir fon durumundadır. Bunun nedeni üretim-tüketim ilişkisini belirleyen olgunun toplumsal gereksinimler değil, kapitalist işletmelerin kâr güdüsü oluşudur. Sigorta ile oluşturularak piyasa koşullarına ve tekellerin denetimine sunulan fon, yalnızca daha fazla tüketimin gerçekleştirilme biçimi olarak önem kazanır.

11. Genel bir toplumsal hareketlenmenin sonucu olarak, bireysel yete-

neklerin toplumsal çıkarlar için, toplumsal olanakların da bireysel yeteneklerin geliştirilmesi amacıyla kullanıldığı bir toplumsal örgütlenme ve bilincin yolunu açar. Tüketimci eğilimler geriler. Toplumsal gereksinimler için çalışma güdüsü verimliliği ve üretimi artırır. Böyle bir ortamda, sağlıkçılar sorunların en büyük olduğu, en geri kalmış yörelerde çalışmak için yarışırlar. Çünkü sosyalizm ve sosyalistler sorun çözmek isterler. Sorun çözmek başarı gerektirir. Sosyalizmde başarı ölçütü toplumsallaşmadır. Bu nedenle Küba'da, ancak yeni mezun hekimler arasındaki en başarılılar ülkenin en zor koşullarında çalışmayı hak edebilirler. Ya da en zor koşullarda çalışabilmek ayrıcalığı en başarılılara tanınır.

12. Toplumsal hareketlenme, sağlık, vb. toplumsal kalkınma alanlarında kullanılabilecek ve bugün farkına bile varılmayan kaynakların ortaya çıkmasına, hareketlenmesine olanak tanır. Bu kaynaklar içinde belki de en önemlisi, kapitalist işlerlikte kullanılması konusunda son derece "cimri" davranılan bireysel yaratıcılık, insanın sınır tanımaz çalışkanlığı ve kolektif dayanışmacı toplumsal psikolojidir. İşte o zaman, sosyalizmde, toplum finansmanı denilen politika, kendisini akıllara durgunluk verecek boyutları, her türlü engeli yıkan vericiliği ile ve bugünkü anlamını geçersizleştirecek biçimde, kendiliğinden ortaya çıkacaktır. Sosyalizmin bir hedefi de kendi çıkarı için değil, ortak sorunların çözümü için yeni insanı, yeni hekimi yaratmaktır. Dayanışmacı insan olmadan sosyalizm yaşayamaz.

13. Bugün, sağlık alanına yatırım yapan kapitalist bir işletmenin kâr alanı tedavi edici sağlık hizmetleridir. İlaç ve tıbbi teknoloji tekelleri de tedavi edici hizmetleri yaygınlaştıran bir işlev görürler. Dolayısıyla, kapitalist sağlık örgütlenmesi hastanecilik hizmetlerini, tedaviye yönelik tıbbi bakımı öne çıkaran bir mantıksal örgüye sahiptir. Sosyalist bir örgütlenme, toplumun yaygın eğitimini de kullanarak, sağlığın korunmasını öncelemek zorundadır. Kârı değil, insani değerleri önceleyen sosyalizm sağlığın korunarak, geliştirilmesini hedefler. Bu ise, sosyalizme, sağlık harcamalarındaki (gereksiz olarak tüketilen tedavi edici hizmetlerden kaynaklanan) artışın önlenmesi olanağını verir. Bunun da ötesinde insanı en temel değer olarak görür. Kapitalizm, koruyucu sağlık hizmet-

lerinin sosyal yararının, özel yararından çok olması nedeniyle, yalnızca tedavi edici hizmetlere yatırım yapmak eğilimindedir. Korumada para yoktur. Sosyalizm, insanlık dışı bu nesnel yapılanmayı ortadan kaldırır. Ancak sosyalizm, insan sağlığının korunmasını ve geliştirilmesini bir hedef olarak benimseyip, yaşama geçirebilir. Çünkü sosyalist sağlık örgütlenmesi, planlarını, satın alma gücünün belirlediği talebe göre yapmaz. Kaynakların elverdiği ölçüde, belirlenmiş gereksinimleri karşılamayı, sağlık hedeflerini yakalamayı, toplumsal sorunları çözmeyi amaçlar.

14. Sağlık kaynaklarının tek elden yönetilmesi, özel sektörün kamu karşısındaki kamuyu yıpratan, kamunun elindeki kaynakları (özellikle insan kaynağını) çalan rekabetinin önlenmesi koordinasyon bozukluklarını giderir ve verimliliği artırır. Çünkü özel sektörün varlığının en önemli sakıncalarından birisi, özel sektörün kendi elindeki olanaklarla, kamu sektörünün insan-gücünü, kentlere, hatta merkez kapitalist ülkelere çekmesidir. Bu olgu eşitsizlikleri derinleştiren bileşenlerin en önemlilerinden birisidir. Sosyalist bir örgütlenme en başından bu kısır döngüyü kırar. Bütün kaynakları, planlı biçimde tek bir organizatör kurumun elinde toplar.

15. Torpil, adam kayırma, adam yeme, sürgün, ekonomik, siyasal ve toplumsal eşitsizliklerin gündelik yaşamda ve bireysel düzlemdeki görüntülenişidir. Eşitsizlik kapitalizmin özündedir. Bireysel düzlemdeki bu eşitsizliklerin toplumsal yaşantıdan kazınabilmesi ancak sosyalist bir örgütlenme ile mümkün olabilir. Kapitalizm ise, eşitlik olgusunun ekonomik verimliliği engelleyeceğini ve insanları tembelleştireceğini kabul eder.

16. Sosyalizm çok standartlı sağlık hizmetine son verir. Eldeki kaynakların bütün toplum için, bölgelerin ve bireylerin gereksinimlerini dikkate alarak dağıtılmasını sağlar. Parası olmayanların, asgari ücretle çalışan "asgari" vatandaşların, işsizlerin, gözden çıkarılmışların hastane kapılarında sürünmeleri cinayetini sonlandırır. Elde olanı herkes arasında bölüştürür, bu kuralın titizlikle uygulanması için gerekli maddi zemini yaratır.

17. Sosyalist demokrasi, bütün vatandaşların yaşadıkları, çalıştıkları en küçük birimlerden başlayarak ve olabildiğince doğrudan biçimde kendi çevrelerini, kendi işyerlerini denetleyebilmelerine olanak tanır. Kısaca siyaseti amatörleştirir. İnsanların gerçek bireyleri olabilmelerinin önünü

açar. Böylece sağlıktaki kaynakların daha demokratik biçimde kullanılabilmesi olanaklı olur. Bölgesel meclisler sağlık harcamalarını denetleyebilirler, sağlık kurumlarının çalışmaları hakkında söz söyleyebilirler, tutumlarını, düşüncelerini idari düzeyde yansıtabilirler. Bu atmosfer içinde halkın gereksinimlerinin saptanabilmesi; hizmetin bu gereksinimlere göre yeniden organize edilebilmesi; halkın yolsuzlukların, çalışanın hakkının yenmesinin, çalışmayanların oturdukları yerden para kazanmasının hesabını sorması mümkün olur. Toplum katılımı, üretim araçlarının kamulaştırılmasının, eşitliğin ve sosyalizmin güvencesi olarak inşa edilir. Siyasal katılım özgürlüktür, zemininde eşitlik vardır. Katılım idari ve mali verimliliği artırır, sağlık hizmetini toplumsal gereksinimlere yakın kılar. Bürokrasiyi, otoriteyi, hantal hiyerarşiyi ortadan kaldırır. Kamulaştırma ve eşitlik olmadan katılım ve yerelcilik ancak sermayenin akışkanlığını hızlandıran, yerel ölçekteki hegemonyasını kurup-pekiştiren bir araçtır.

18. Kapitalizm emeği sömürür. Sosyalizm (tanımı ve doğası gereği) çalışmanın, emeğin karşılığını verir. Bütün bunlar sağlık çalışanlarını toplum yararına çalışmak yönünde motive eder. Yaptığı işi kendisi düzenleyebilen, düzenleme sürecinde söz ve yaptırım sahibi olabilen, mesleki anlamda gelişebilen, yaptığı işin toplumsal sonuçlarını görebilen, eşitlikçi ve dayanışmacı bir toplumsal atmosfer içinde yaşadığını hisseden insan mutludur. Bu motivasyon bürokratik-otoriter denetim mekanizmalarını gereksizleştirir, denetim için ayrılacak kaynakların tamamen insani amaçlar için kullanılması olanağını yaratır. Bu da hizmetin verimliliğini artırır.

19. Sağlık hizmeti bilimsel, teknik yönleri olan bir çalışma alanı olmanın ötesinde, iki insanın (sağlıkçı ile hizmetten yararlanmak isteyenin) insani, psikolojik etkileşimini de içerir. Bu etkileşimde güven duygusu esastır. Kapitalizmde ise olmayan en önemli şeylerden birisi bu duygudur. Hatta kapitalizm güvensizlik üzerine inşa edilir. Çünkü kapitalizm, herkesin kendisini diğerlerinden korumak zorunda hissettiği bir kurtlar sofrasıdır. Kapitalizmde sağlıkçı ile hasta arasına çeşitli biçimlerde giren para ilişkisi güveni yıkar. İnsani bir proje olarak sosyalizm güven duygusunun maddi zeminini yaratır. Sağlıkçıya, para için değil, insanın sağlığı için çalışılacağı bilincini ancak sosyalizm kazandırabilir. Sağlıkçı ile hasta

bireyi yakın duygularla birbirine bağlayabilecek tek sistem sosyalizmdir. Sosyalizm paranın değil, eşitliğin düzenidir.

20. Sosyalizm insanlığa entelektüel olanakların da eşit kullanımı şansını verir. Sosyalizm verimliliği, verimlilik de boş zamanı artırır. Bu da zorunlu çalışma süresini kısaltır. Boş zamanın entelektüel biçimde değerlendirilmesi bireyi çok yönlüleştirir. Onu, yaşamının tümünde tek bir işle profesyonelce ilgilenme zorunluluğundan kurtararak; sanat, bilim, edebiyat, felsefe ile bütünleştirir. Yaşamı amatörleştirir. Amatörleşen insan daha sağlıklıdır.

21. Yaşamın amatörleşmesi, iş ve bilimin bütünleşmesi, işi angarya olmaktan çıkararak zevkli bir uğraş durumuna getirir. İş ile boş zaman arasındaki ayırım giderek ortadan kalkar. Yaşam üretim faaliyeti ile hobilerin kaynaştığı amatör bir bütün halini alır. Bu anlamda çalışma ile hobi kavramları da geçerliliklerini yitirirler. Çok yönlü insan daha sağlıklıdır.

22. Yaşamın kapitalist işlerliğin öğütücü dişlilerinden kurtarılması, tüketim kalıplarının yeniden tanımlanabilmesinin olanağını yaratır. Bu olanak da topluma, çevre ile dengeli biçimde yaşama yönündeki yeni bir anlayışa yönelmenin fırsatını verir. Sanayileşmenin derecesi, teknoloji kullanımının yoğunluğu, hangi sanayi dallarının geliştirileceği, hangilerinden vazgeçileceği gibi konular, herhangi bir sınıfsal, ideolojik ve ekonomik baskı olmaksızın, tamamen insani gereksinimler zemininde yeniden ele alınabilirler. Bu anlamda sosyalizm, bireysel ve toplumsal mutluluğu, daha fazla oranda ve daha kolay üretmek ve tüketmek olarak algılayan güdülenişi geçersizleştirir. Sosyalizmde amaç; bireyin yeteneklerinin geliştirip, toplumsal gereksinimleri tatmin ederken, çevresel bütünlüğü yeniden kurabilmektir. Kapitalizmin yarattığı doğa tahribine son vermek ancak böyle başarılabilir. Üretim-tüketim sarmalı doğa tahribiyle gerçekleştirilmek zorunda değildir. Ancak insanlık doğayı korumak adına teknolojiyi lanetlemek ve taş devrine dönmek zorunda da değildir. Bizzat teknolojinin kendisi çevre uyumuna, çevreyi geliştirmeye hizmet eden bir araç olarak kullanılabilir. Kâr güdüsüyle doğayla barışık olunamayacağı açıktır. Sahte gereksinimlerin, bu gereksinimleri yaratan-büyüten-kullanan piyasa mantığının ortadan kaldırılması sosyalizmle ola-

naklıdır. Örneğin bugünkü piyasa ilişkileri içinde cep telefonlarını kimlerin kullanabileceğine (sağlık bakımından yaş sınırlaması anlamında), baz istasyonlarının nerelere kurulabileceğine ilişkin sınırlar getirmek, çevre ülkelere merkezde çöpe atılan yüksek radyasyonlu cep telefonlarının girişini engellemek, farklı şirketleri birleştirerek bu alandaki kaosa son vermek (örneğin reklam anarşisini, aynı sokaktaki üç dört baz istasyonu riskini yok etmek) olanaksızdır. Çünkü bu düzenlemeler yeni bir haberleşme-iletişim gereksiniminin, etiğinin tanımlanmasını gerektirir. Kapitalizm ise kâr için sahte gereksinimler ve rekabet üretir. Bunların tümü kaynakların akılsızca israfından, çevre ve insan sağlığının gözden çıkarılmasından başkaca bir şey değildir.

Şüphesiz bütün bunlar bugünün yarına ilişkin "ütopya"sıdır. Bu "ütopya"yı gerçekleştirmeye aday tek proje sosyalizmdir. Çünkü yalnızca sosyalizm böyle bir "ütopya"yı besliyor. "Ütopya" emekçi sınıfların ve insanlığın somut ve yakıcı sorun ve gereksinimlerinden kaynaklanıyor. O nedenle insanî, acil ve uğruna mücadele edilmesi gereken politik-güncel bir görevdir. Bu kitabın konusu özelinde somutlarsak, görev; eşit, katılımcı sağlık sisteminin kurulması, bunun için de önce kapitalist sömürü düzeninin yıkılmasıdır.

Ekim 2008

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanını İncelerken Kullanılacak Temel Kavramlar

Mal (Goods) 73
Hammadde (Raw Material) 73
Ara Mallar 73
Son Mallar 73
Tüketim Malları 73
Yatırım Malları 74
Ürün 74
Hizmet (Service) 74
Üretim Hizmetleri 74
Tüketim Hizmetleri 74
Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) (Gross National Production) 74
Safi Milli Hasıla (SMH) (Net National Production) 75
Milli Gelir (National Income) 75
Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) (Gross Domestic Production) 75
Nominal Milli Gelir 75
Reel Milli Gelir 75
Vergiler (Taxes) 77
Dolaylı Vergiler (Indirect Taxes) 77
Dolaysız vergiler (Direct Taxes) 78
Progresif Nitelikli Vergi (Progressive Tax) 78
Regresif Nitelikli Vergi (Regressive Tax) 78
Gereksinim 78
Talep (Demand) 79
Fayda (Benefit) 79
Marjinal Fayda (Marginal Benefit) 79
Toplam Toplumsal Fayda (TTF) ve Marjinal Toplumsal Fayda (MTF) (Total Social Benefit ve Marginal Social Benefit) 80
Maliyet (Cost) 80
Marjinal Maliyet (Marginal Cost) 80

Sabit Sermaye Maliyetleri (Capital Costs) 82
İşletme Maliyetleri (Revenue Costs) 82
Sabit Maliyetler (Fixed Costs) 82
Operasyonel Maliyetler (Operating Costs) 82
Sosyal Maliyet (Social Cost) 82
Maliyet Sınırlaması (Cost Containment) 82
Ekonomik Değerlendirme (Economic Evaluation) 82
Maliyet-Etkinlik (Cost-Effectiveness) Analizi 84
Maliyet-Fayda (Cost-Benefit) Analizi 86
Maliyet-Yarar (Cost-Utility) Analizi 88
Sağlığın Değeri 88
Yarar Değerleri 88
Kaliteli Yaşam Yılı (QALY) 91
Verimlilik (Efficiency) 92
Makroekonomik Verimlilik (Macroeconomic Efficiency) 92
Mikroekonomik Verimlilik (Microeconomic Efficiency) 93
Tahsisat Verimliliği (Allocative Efficiency) 93
Teknik Verimlilik (Technical Efficiency) 93
Kapsayıcılık (Comprehensiveness) 96
Evrensellik (Universality) 96
Ön ödeme (Pre-payment) 96
Kullanıcı Yükü (User Charge) 96
Eşitlik (Equity) 96
Gelir Dağılımında Eşitsizlik (Inequality in Income Distribution) 97
Sağlıkta Eşitsizlik (Inequity in Health) 97
Finansal Eşitsizlik 98
Ulaşımsal Eşitsizlik 98

Tablo, Grafik ve Şekiller Dizini

Grafik: İngiltere'de solunum yolu Tüberkülozu ölüm hızları 41
Grafik: İngiltere'de 15 yaş altında Boğmacadan ölüm hızları 42
Grafik: İngiltere'de 15 yaş altında Kızamıktan ölüm hızları 42
Grafik: İngiltere'de 15 yaş altında Kızıldan ölüm hızları 43
Grafik: İngiltere'de 15 yaş altında Difteriden ölüm hızları 43
Grafik: Maliyet ve fayda arasındaki ilişkiler 81
Tablo: Sağlık hizmetlerinin ekonomik açıdan değerlendirilmesi 83
Tablo: Test çeşitlerine göre toplam ve olgu başına ortalama maliyetler ... 95
Tablo: Test çeşitlerine göre ek ve marjinal maliyetler 96
Grafik: Lorenz eğrisi ve gelir dağılımı 97
Tablo: Çeşitli sosyal güvenlik programlarının uygulandığı ülke sayılarının yıllara göre durumu 103
Tablo: Çeşitli ülkelerde sosyal güvenlik gelirlerinin kaynağa göre dağılımı (1977) (%) 105
Şekil: Sağlık hizmetlerindeki fon çeşitleri 128
Tablo: Sağlık hizmetini sunan kurum, hizmet birimi ve ödeme mekanizması arasındaki ilişki 133
Tablo: Hekim ödeme mekanizmaları açısından söz konusu olabilecek sistem yapısı 137
Tablo: Avrupa'da 1990'larda hastane ödeme sistemleri 138
Tablo: Ödeme mekanizmalarının hizmet üzerindeki uyarıcı etkileri ... 140
Tablo: Ödeme mekanizmalarının zayıf ve güçlü yanları 141
Şekil: Bir sağlık sisteminin temel bileşenleri 157
Tablo: Ulusal sağlık sistemlerinin, ulusal gelir ve sağlık sisteminin organizasyonu zemininde gerçekleştirilen sınıflaması 159
Tablo: Finansman ve üretimin kamu ve özel niteliklerine göre sağlık sistemleri 168

Tablo: Kamu finansman modellerinin çeşitli etkileri bakımından karşılaştırılması 173

Tablo: Avrupa bölgesindeki sağlık sistemlerinin, sağlık finansman sisteminin yapısına göre sınıflandırılması 177

Tablo: ABD'de kâr amaçlı, kar amaçsız ve kamu hastanelerinin yıllara göre durumu (%) 183

Tablo: ABD'de sağlık insan-gücünün durumu (2000) 185

Tablo: ABD'de sağlık güvencesi olmayanların (milyon kişi olarak) yaşa göre durumu 189

Tablo: ABD'de değişik toplumsal gruplarda sosyal güvenlik durumu (%) (2000) 190

Şekil: ABD sağlık sisteminin organizasyonu 194

Tablo: ABD'de sağlık harcamalarının nüfus dilimlerine dağılımı (1996) (%) 197

Tablo: ABD'de 65 yaşından küçük bireylerde, sağlık harcamalarının, gelir dağılımındaki konum ve sigorta durumuna göre yüzde dağılımı ve Dolar cinsinden miktarı (1996) 198

Tablo: ABD'de sağlık harcamalarının kaynağa göre dağılımı (milyar Dolar olarak) 200

Tablo: ABD'de sağlık hizmetlerinin finansmanıyla ilgili veriler (2005) (who.int/countries/usa) 201

Şekil: İkinci basamak sağlık hizmetine ulaşım ve finansmanı 215

Tablo: İngiltere'de sağlık insan-gücü verileri (1997) 218

Tablo: İngiltere'de sağlık harcamalarının yıllara göre kaynağı (%) 221

Tablo: İngiltere'de 1995'de özel sigorta üyelerinin mesleki sınıflara dağılımı (%) 222

Şekil: İngiltere sağlık sisteminde finansman yapısı (1999) 223

Tablo: İngiltere'de belirlenen 10 klinik durum için belirlenen performans kriterlerinden örnekler (2004) 227

Tablo: İngiltere'de yıllara göre sağlık harcamaları 229

Tablo: İngiltere'de sağlık harcamalarının hizmet içeriğine göre dağılımı (%) 229

Tablo: İngiltere'de sağlık harcamalarıyla ilgili veriler (2005) 230

Tablo: Almanya'da hastalık fonlarının tarihsel gelişimi 233

Şekil: Almanya sağlık sisteminin organizasyonel yapısı 237

Tablo: Almanya'da sağlık insan-gücü verileri (2006) 241

Tablo: Almanya'da hastane yataklarının mülkiyet durumu (%) 243

Tablo: Almanya'da hastalık fonlarının sayısal durumu 244

Tablo: Almanya'da finansmandaki temel kaynakların yıllara göre toplamdaki payı (%) 247

Şekil: Almanya'da sağlık finansman sistemi (1998) 251

Tablo: Almanya'da yıllara göre sağlık harcamaları 257

Tablo: Almanya'da sağlık harcamaları (2005) 258

Tablo: Almanya'da toplam sağlık harcamalarının yüzdesi olarak finansman kaynaklarının yıllara göre durumu 258

Tablo: Almanya'da sağlık harcamalarının içeriğiyle ilgili veriler (2001) 259

Tablo: İsveç'te sağlık hizmetlerinin organizasyonu 272

Tablo: İsveç'te sağlık insan-gücü verileri (2005) 274

Şekil: İsveç sağlık sisteminin finansman yapısı 275

Şekil: İsveç'te 1980 yılı için sağlık sisteminin finansman yapısı 277

Tablo: İsveç'te, 2004 yılı için, kullanıcı ödentileri ve yüksek maliyet koruma programları (Glenngard AH ve diğ 2005: 48) 280

Tablo: İsveç'te yıllara göre sağlık harcamaları 282

Tablo: İsveç'te yıllara göre sağlık harcamalarının içeriği (%) 282

Tablo: İsveç'te sağlık harcaması verileri (2002-2004) 283

Tablo: Bulgaristan'da yıllara göre sağlık harcamaları 291

Tablo: Bulgaristan'da kamu finansman yapısının yıllara göre değişimi (%) . 291

Tablo: Bulgaristan'da yıllara göre sağlık harcama kaynaklarının bileşimi (%) 292

Tablo: Bulgaristan'da çeşitli sağlık kurumları için geçerli olan ödeme mekanizmaları 295

Tablo: Hollanda'da sağlık sektörünün dönemlere göre yıllık büyüme hızları (%) 307

Tablo: Hollanda'da sağlık sigortası kapsamındaki hizmet bileşenlerinin kişi başı maliyetlerinin büyüme hızları (%) 308

Tablo: ABD'de yıllara göre ulusal gelir ve sağlık harcamasına ilişkin veriler 309

Tablo: ABD'de hizmet bileşenlerinin yıllara göre harcamalardaki oranı (%) .. 309

Tablo: İsviçre'de yıllara göre sağlık harcamaları ve ekonomi 310

Tablo: İsviçre'de yıllara göre sağlık harcamalarının içeriği (%) 310

Tablo: Kanada'da yıllara göre sağlık harcamaları ve ekonomi..... 311

Tablo: Kanada'da yıllara göre sağlık harcamalarının içeriği (%) 311

Tablo: Almanya'da zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki hizmet harcamalarında yıllık artış (%)..... 312

Tablo: İtalya'da yıllara göre sağlık harcamaları ve ekonomi (%) 313

Tablo: İtalya'da yıllara göre sağlık harcamalarının içeriği (%)..... 313

Tablo: Fransa'da yıllara göre sağlık harcamaları ve ekonomi 314

Tablo: Fransa'da yıllara göre sağlık harcamalarının içeriği (%) 314

Tablo: OECD'de yıllara göre sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme .315

Tablo: Merkez kapitalist ülkelerde sağlık, eğitim ve savunma harcamalarının 1980 ve 1991'deki ulusal gelir payları (%) 316

Tablo: Merkez kapitalist ülkelerde, yıllara göre, toplam sağlık harcamalarında kamunun payı (%)..... 320

Tablo: Merkez kapitalist ülkelerde sağlık harcamalarının, yıllara göre, ulusal gelir içindeki oranı (%) 312

Tablo: Çevre ülkelerde özel sağlık sektörünün durumu (veriler 1980'li yıllara ilişkindir) 323

Tablo: Dört Afrika ülkesinde hükümetin gerçekleştirdiği kişi başı sağlık

harcamalarının 1980'lerdeki değişimi (1981 yılı 100 kabul edilerek) 325

Tablo: Çeşitli Afrika ülkelerinde kriz döneminde ulusal gelir ve sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki oranı (%) 327

Tablo: Çeşitli ülke gruplarına göre sosyal sağlık sigortası kapsamındaki nüfus oranları (%) (1990) 328

Tablo: Çeşitli ülke gruplarında sağlık harcamalarının yapısı (1990) 329

Tablo: OECD ülkelerinde kişi başı nominal sağlık harcamalarının değişik dönemlerdeki artış hızı (%) 340

Tablo: Avrupa ülkelerinde çeşitli hizmetler için doğrudan ödemeler (1988) 362

Tablo: Toplum finansmanı seçeneklerinin güçlü, zayıf yanları ve sorunları 367

Tablo: 2000'lerin başında Avrupa'da özel sigorta kapsamındaki nüfus (%) 387

Tablo: 2000'lerin başında bazı OECD ülkelerinde, değişik hizmet türleri için, maliyet paylaşımı politikaları 425

Şekil: Maliyet sınırlayıcı uygulamalar 429

Tablo: Bazı merkez kapitalist ülkelerde toplam sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki payı ve bu payın dönemler arasındaki değişimi (%) 441

Tablo: Bazı merkez kapitalist ülkelerde kişi başı sağlık harcamaları ve harcamaların dönemsel değişimi (%) (ppp Dolar) 442

Tablo: Bazı merkez kapitalist ülkelerde ilaç ve diğer tıbbi cari harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki oranı, oranın dönemsel değişimi (%) .. 442

Tablo: Bazı merkez kapitalist ülkelerde kamu sağlık harcamalarının yıllara göre toplamdaki oranı ve oranın dönemsel değişimi (%) 443

Tablo: Bazı merkez kapitalist ülkelerde yıllara göre 1000 kişiye düşen hekim sayıları 444

Tablo: Bazı merkez kapitalist ülkelerde yıllara göre 1000 kişiye düşen akut hastane yatağı sayısı ve sayının dönemsel değişimi (%) .. 444

Tablo: Afrika ve Avrupa bölgelerinde bazı sağlık göstergeleri 445

Kaynakça

- Aggarwal AK (2008) Strengthening health care system in India: Is privatization the only answer ? Indian Journal of Community Medicine. 33(2): 69-70.

- American Public Health Association (1982) Community financing of primary health care. USA.

- Anel A (2008) The health system in Sweden, Eurohealth, 14(1): 10-12.

- Ardıç F, Belek İ ve diğerleri (1992) Sağlık reform paketi neyin peşinde ? Sorun Yayınları, İstanbul.

- Aren S (1992) 100 soruda ekonomi el kitabı, Gerçek Yayınevi, 11. Baskı, İstanbul.

- Arias KM (2008) Mandatory reporting and pay for performance: Health care ingections in the limelight, AORN Journal, 87(4): 750-753.

- Aris B (2005) Germany'b reforms have yet to deliver insurance, Lancet, April 30: 1529-1530.

- Atella V, Spandonaro F (2004) Private health insurance in Italy, Euro Observer 6(1): 6-7.

- Barr N (1992) Economic theory and the welfare state: A survey and interpretation, Journal of Economic Literature, Vol. 30: 741-803.

- Bauer JC (2008) Health reform and payment trend, Healthcare Financial Management, April: 40-43.

- Belek İ (1997) Sağlıkta iç piyasa ve yönetilen rekabet: Özelleştirmenin genişleyen etki alanı, Toplum ve Hekim, 12(81). 26-44.

- Belek İ (1998) Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik, Sorun Yayınları, İstanbul.

- Berk ML, Monheit AC (2001) The concentration of health care expenditures, revisited. Health Affairs 20(2): 9-18.

- Beveridge B (2000) Social insurance and allied services, Bulletin of WHO, 78(6): 847-855.

- Bhat R (1999) Characteristics of private medical practice in India: A provider perspective, Health Policy and Planning, 14(1): 26-37.

- Bodenheimer T (1993) Health care reform in the 1990s and beyond, Socialist Review.

- Bodenheimer T (2006) Primary care-Will it survive ? The New England Journal of Medicine, Augst: 861-864.

- Boerma WGW, Jong F, Mulder PH (1993) Health care general practice across Europe, NIVEL.

- Bossert TJ (2003) Decantralization and equity of resource allocation: Evidence from Colombia and Chile, Bulletin of World Health Organization, 81(2): 95-101.

- Boyle S (2008) The health system in England, Eurohealth, 14(1): 1-3.

- Boyle S (2005) Payment by results in England, Euro Observer, 7(4): 1-3.

- Brandt N (2008) Moving towards more sustainable health care financing in Germany, OECD, Economic Department Working Paper No: 612, Paris.

- Busse R, Riesberg A (2005) Health care systems in transition: Germany, WHO.

- Busse R (2008) The health system in Germany, Eurohealth, 14(1): 5-7

- Campbell SM ve diğ (2008) The experience of pay for performance in English family practice: A qualitative study, Annals of Family Medicine, 6(3): 228-234.

- Canada Health Ministry (1997) National Health Expenditures in Canada 1975-1996, Ottawa, www.hwc.ca/datapcb/datahesa/hex.htm

- Canada Health Ministry (1997) National health expenditures in Canada, www.hwc.ca/datapcb/

- Canada Health Ministry (2000) Canada's Health Care System, www.hc-sc.gc.ca/

- Canadian Health Services Research Foundation (2003) For profit ownership of facilities would lead to a more efficient health care system, Journal of Health Services Research Policy, 8(4): 253-254.

- Carr-Hill RA (1994) Efficiency and equity implications of the health care reforms, Social Science and Medicine, 39(9): 1189-1201.

- Carrin G (1988) Community financing of health care, World Health Forum, Vol. 9: 601-606.

- Carrin G, Vereecke M (1992) Strategies for health care finance in developing countries, The MacMillan Press Ltd., London.

- Carin G, Hanvoravongchai P (2002) Health care cost-containment polici-

es in high-income countries: How successful are monetary incentives ? WHO Discussion Paper 2, Geneva.

- Carrin G (2003) Community based health insurance schemes in developing countries: Facts, problems and perspectives, WHO, Geneva.

- Cavagnero E ve diğ. (2006) Health financing in Argentina, Innovations in Health Financing-Working Paper Series, Mexico.

- Center for Disease Control (2007) National Health Interview Survey, cdc. gov/nchs/nhis.htm#New.

- Chandler J (1996) The United States of America, (Health care systems in liberal democracies, ed. By Wall A,Routledge Publications, London içinde), 163-182.

- Chen MS, Mastilica M (1998) Health care reform in Croatia: For better or for worse ? American Journal of Public Health, 88(8): 1156-1159.

- Clancy CM, Himmelstein DU, Woolhandler S (1993) Questions and answers about managed competition, International Journal of Health Services, 23(2): 213-218.

- Collins AG (1994) Decantralization and primary health care: Some negative implications in developing countries, International Journal of Health Services, 24(3): 459-475.

- Corte R (1992) Financing health services in Sub-Saharan Africa: Options for decision-makers during adjustment, Social Science and Medicine, 34(1): 1-9.

- Coyte C (1990) Canada, (Advances in health economics and health services research. Comparative health systems: The future of health care systems and economic analysis, Ed. by Scheffler RM, Rossiter LF, JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1 içinde), 103-143.

- Creese A (1993) Global trends in health care reform, WHO Document (Ministrial Consultation on Health Care Management and Financing in Central Asian Republics Almaty, 15-17 December 1993).

- Creese A, Parker D (1990) Cost analysis and primary health care. A training manual for program managers, WHO.

- Csonka A (2004) Hungary makes slow progress in health-system reform, The Lancet, 363(12): 1957-1961.

- D'Intigname BM (1992) Health systems in flux as East meets West, World Health Forum, Vol. 13: 38-42.

- Daniels N, Bryant J, Castano RA, et all. Benchmarks of fairness for health care reform: A policy tool for developing countries, Bulletin of WHO, 78(6): 740-750.

- De Vos P (2006) Colombia and Cuba, contrasting models in Latin America's health sector reform, Tropical Medicine and International Health, 11(10): 1604-1612.

- Diderichsen F (1999) Sweden, Journal of Health Politics, Policy and Law, 25(5).

- Diep K (2008) China's healthcare Quandary, how partial privatization values quality over equality, Harvard International Review, Summer: 28-30.

- Dillinger W (1994) Decantralization and its implications for urban service delivery, The World Bank, Washington.

- Dixon J (1992) US health care I: The access problem, British Medical Journal, 305: 817-819.

- Dixon J (1992) US health care II: The cost problem, British Medical Journal, 305: 878-880.

- Docteur E ve diğ (2003) The US health system: An assessment and prospective directions for reform, Economic Department Working Paper No 350, OECD, Paris.

- Docteur E, Oxley H (2003) Health care systems: Lessons from the reform experience, OECD, Paris.

- Doetinchem D ve diğ (2006) The benefits and challenges of social health insurance for developing and transitional countries, (Laaser U, Radermacher R Editödler, Financing health care, Series International Public Health, Vol. 18. Lage, 2006 içinde).

- Dolinar R (2008) Pay for performance: Physicians as pets, Endocrine Today, February 25: 34.

- Doran T ve diğ (2006) Pay for performance programs in family practices in the United Kingdom, New English Journal of Medicine, 355: 375-384.

Doyal L, Pennell I (1979) The political economy of health, London.

Drechsler D, Jutting J (2005) Private health insurance for the poor in

developing countries ? Policy Insights No: 11, OECD, Paris.

- Egger D ve diğ (2005) Strengthening management in low-income countries, WHO.

- Ensor T, Savelyeva L (1998) Informal payments for health care in the former Soviet Union: Some evidence from Kazakistan, Health Policy and Planning, 13(1): 41-49.

- European Observatory on Health Care Systems (1996) Health care systems in transition: Sweden, www.observatory.dk/frame_index_main.htm

- European Observatory on Health Care Systems (1999) Health care systems in transition: United Kingdom, www.observatory.dk/frame_index_main.htm

- European Observatory on Health Care Systems (2000) Health care systems in transitions: Germany, www.observatory.dk/frame_index_main.htm

- Evans RG (1992) Canada: Real issues, Journal of Health Policies, Policy and Law, 17(4): 739-762.

- Evlo K, Carrin G (1992) Finance for health care: Part of a broad canvas, World Health Forum, Vol. 13.

- Fausto D (1990) Italy, (Advances in health economics and health services research. Comparative health systems: The future of health care systems and economic analysis, Ed. by Scheffler RM, Rossiter LF, JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1 içinde), 211-240.

- Feachem RGA (2000) Health systems: More evidence, more debate, Bulletin of WHO, 78(6): 715.

- Federal Ministry of Health (2001) Health care in Germany including the health care reform 2000, www. Bmgesundheit.de/

- Feldstein PJ (1988) Health care economics, Third Edition, Willey Medical Pub., USA.

- Feldstein PJ (1992) The changing structure of the health care delivery system in the United States, (Health care systems and their patients: An international perspective, Ed. by Rosenthal MM, Frenkel M, Westview Press, USA), 21-36.

- Fenley J (2006) Commission on a high performance health system, Health Policy Monitor, October.

- Garber A, Goldman DP, Jena AB (2007) The Promise of helath care cost containment, Health Affairs, 26(6): 1545-1547.

- Gemmill M (2002) Pay-for-performance in the US: What lessons for Europe ? Eurohealth, 13(4): 21-23.

- Georgieva L ve diğ (2007) Health systems in transition: Bulgaria, WHO.

- Glenngard A ve diğ (2005) The health systems in transition profile on Sweden, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Denmark.

- Freech HE (1990) The United States, (Advances in health economics and health services research. Comparative health systems: The future of health care systems and economic analysis, Ed. by Scheffler RM, Rossiter LF, JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1 içinde), 43-76.

- Gaag JV, Rutten FFH (1990) The Netherlands, (Advances in health economics and health services research. Comparative health systems: The future of health care systems and economic analysis, Ed. by Scheffler RM, Rossiter LF, JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1 içinde), 27-41.

- Garfield R, Santana S (1997) The impact of economic crisis and the US embargo on health in Cuba, American Journal of Public Health, 87(1): 15-20.

- Ghaffar A, Kazi BM, Salman M (2000) Health care systems in transition, Pakistan part 1, Journal of Public Health Medicine, 22(1): 38-41.

- Gooder P et all (1993) Public attitudes to charging for some national health services, Social Science and Medicine, 36(4): 565-568.

- Gosselin R (1992) The Quebec health care system in the Canadian context: Impact of medical practice, (Health care systems and their patients: An international perspective, Ed. by Rosenthal MM, Frenkel M, Westview Press, USA), 43-61.

- Greenberg DS (1992) Health care spending-up, up and away, Lancet, 340: 1086-1087.

- Griffits A (1980) Economics and health: Developed countries, (Economics and Health policy XIIIth Round Table Conference, Ed. by Griffits A, Bankowski Z, Published Jointly by the Council for International Organizations of Medical Services and the Sandoz Institute for Health and Socioeconomic Studies, 1980 içinde), 52-178.

- Grof JM (1992) The German health care system: Concurrent solidarity, freedom of choice, and cost control, (Health care systems and their patients: An international perspective, Ed. by Rosenthal MM, Frenkel M, Westview Press, USA), 83-105.

- Hakkinen U (2005) Reform, change, and continuity in Finnish health care, Journal of Health Politics,Policy and Law, 30(1-2): 79-97.

- Halley V, Pissarro V (1992) Review of the French health care system, (Health care systems and their patients, Ed. by Rosenthal MM, Frenkel M, Westview Press, USA içinde): 69-76.

- Ham C, Maynard A (1994) Managing the NHS market, British Medical Journal, 308: 845-847.

- Hanson K, Berman P (1998) Private health care provision in developing countries: A preliminary analysis of levels and composition, Health Policiy and Planning, 13(3): 195-211.

- Henke KD (1990) The Federal Republic of Germany, (Advances in health economics and health services research. Comparative health systems: The future of health care systems and economic analysis, Ed. by Scheffler RM, Rossiter LF, JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1 içinde), 145-168.

- Hewitt A (2007) HMOs propose highest rate increases in four years, Medical Benefits, 24(17).

- Hjertqvist J (2000) Swedish health care reform: From public monopolies to market services, www.iedm.org.

- Holland W (2000) Extra Money fort he Unuted Kingdom National Health Service, Euro Observer, 2(4):1-3.

- Holland W (2007) Tackling assessment of the performance of health services, Euro health, 13(4): 1-4.

- Hurst J (2000) Challenges for health systems in member countries of the OECD, Bulletin of WHO, 78(6): 751-760.

- Ikegami N (1991) Japan: Maintaining equity through regulated fees, Journal of Health politics, Policy and Law, 17(4): 689-713.

- ILO (1989) Introduction to social security, Second Impression, Geneva.

- Janes CR ve diğ (2006) Poor medicine for poor people ? Assessing the impact of neoliberal reform on health vare equity in a post-socialist context,

Global Public Health, 1(1): 5-30.

- Jailly JB (1991) Health financing in the poor countries, cost recovery or cost reduction? The World Bank Population and Human Resources Department.

- Jajoo UN (1992) Risk-sharing in rural health care, World Health Forum, Vol.: 13: 171-175.

- Japan Pharmaceutical Manufacturers Association (2001) National health insurance systems, www.jpma.or.jp/

- Jefferys M (1992) Britain's National Health Service under pressure, (Health care systems and their patients-An international perspective, Ed. by Rosenthal MM, Frenkel M, Westview Press, USA içinde), 221-236.

- Jemiai N ve diğ (2004) An overview of cost sharing for health services in the European Union, Euro Observer, 6(3): 1-4.

- Jones B (1996) Sweden, (Health care systems in liberal democracies, ed. By Wall A,Routledge Publications, London içinde), 104-126.

- Kalumba K (1997) Towards an equity oriented policy of decentralization in health systems under conditions of turbulence: The case of Zambia, WHO.

- Keehan S ve diğ (2008) Health spending projections through 2017: The baby-boom generation in coming to medicare, Health Affairs, 27(2): 145-155.

- Kibbe CD (2007) Pay-for-performance doesn't necessarily improve care, study says, Family Practice Management, www.aafp.org/fpm

- Kingdom J (1996) The United Kingdom, (Health care systems in liberal democracies, ed. By Wall A,Routledge Publications, London içinde), 126-161.

- Kleczkowski BM, Roemer MI, Van Der Werf A (1984) National health systems and their reorientation towards health for all, England, WHO.

- Koen V (2000) Public expenditure reform: The health care sector in the United Kingdom, OECD, Paris.

- Kuttner R (1996) Columbia/HCA and the resurgence of the for profit hospital business, The New England Journal of Medicine, 335(5): 362-367.

- Kutzin J (1997) Experience with organisational and financing reform of

the health sector, WHO.

- Lago PM (1999) Eradication of Poliomyelitis in Cuba, Bulletin of WHO, 77(8): 681-686.

- Lazarus JV, Gee VT (2002) Funding health care: Options for Europe, European Observatory on Health Care Systems policy brief series, www.observatory.dk

- Le Grand J, Propper C, Robinson R (1992) The economics of social problems, The MacMillan Press.

- Levitt R, Wall A (1992) The reorganized national health service, Published by Chapman and Hall, London.

- Lister J (2008) Sağlık politikası reformu, İnsev Yayınları, İstanbul.

- Maarse H (1993) Strategic choices in social health insurance, (Ministrial Consultation on Health Care Management and Financing in the Central Asian Republics, Almaty, 15-17 December 1993), WHO.

- Maarse J (1993) The insurer-provider relationship in health care. From administration to strategic management, the Dutch care. European Journal of Public Health, 3(2): 72-76.

- Maarse H (2007) Health reform – one year after implementation, Health Policy Monitor, www.hpm.org/survey/nl/a9/1

- Mach EP, Smith BA (1983) Planning the financing of the health sector. A manual for developing countries, WHO, Geneva.

- Mach EP, Smith BA (1983) Planning and financing of the health sector. A manual for developing countries, WHO, Geneva.

- Macrae J, Zwi AB, Gilson L (1996) A triple burden for health sector reform, Social Science and Medicine, 42(7): 1095-1108.

- Manisalı E (1987) İktisada giriş, Menteş Kitabevi, İstanbul.

- Marx K (1978) Kapital Cilt 1, (Çev: Bilgi, A), Sol Yayınları, İkinci Baskı, Ankara.

- Marx K (1978) Kapital Cilt 3, (Çev: Bilgi, A), Sol Yayınları, İkinci Baskı, Ankara.

- Maynard A (1990) The United Kingdom, (Advances in health economics and health services research. Comparative health systems: The future of national health care systems and economic analysis, Ed. By Scheffler RM,

Rossier LF. JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1 içinde), 1-26.

- Maynard A (1994) Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from reform of the UK NHS, Social Science and Medicine, 19(10): 1433-1445.

- Maynard A, Bloor K (1996) Introducing a market to the UK's NHS, New England Journal of Medicine, 334(9): 604-608.

- McKee M, Healy J (2000) The role of the hospital in a changing environment, Bulletin of WHO, 78(6): 803-810.

- McKee M (2004) Reducing hospital beds, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO.

- McKee M ve diğ (2006) Public-private partnerships for hospitals, Bulletin of World Health Organization, 84(11): 890-896.

- McPake B, Kutzin J (1997) Methods for evaluating effects of health reforms, WHO.

- McPake B, Mills A (2000) What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? Bulletin of WHO, 78(6): 811-820.

- Melanie L (2006) Health care reform in Germany: Not the big bang, Health Policy Monitor November, www.hpm.org/survey/de/b8/2

- Mills A (1985) Economic evaluation of health programmes: Glossary of terms, World Health Statistical Quarterly, 38: 432-434.

- Mills A (1998) To contract or not to contract? Issues for low and middle income countries, Health Policy and Planning, 13(1): 32-40.

- Monekosko GL (1980) Economics and health in developing countries, (Economics and Health Policy XIIIth CIOMS Round Table Conference, Ed. by Griffits A Bankowski Z, published jointly by the Council for International Organizations of Medical Services and the Sandoz Institute for Health and Socioeconomic Studies, 1980 içinde), 37-52.

- Mooney G (1992) Economics, medicine, and health care, Billing and Sons Ltd., Second Edition, Worcester.

- Mooney GH, Russel EM, Weir RD (1992) Choices for health care, McMillan Press, Second Edition, London.

- Moore M (1996) Public sector reform: Downsizing, restructuring, im-

proving performance, WHO.

- Mosebach K (2005) The politics of health care financing reform in Germany, Euroobserver 7(1), 3-6.

- Muschell J (1995) Privatisation in health, WHO.

- Musgrove P (2000) Health insurance: The influence of the Beveridge Report, Bulletin of WHO, 78(6): 845-846.

- Navarro V (1999) The political economy of the welfare state in developed countries, International Journal of Health Services, 29(1): 1-50.

- Nelson AR (2007) Pay-for-performance programs: Ethical questions and unintended consequences, Current Clinical Practice, 1(1): 16-19.

- Normand C, (1991) Economics, health, and the economics of health, British Medical Journal, 303: 1572-1577.

- Normand C (1992) Funding health care in the UK, British Medical Journal, 304: 768-770.

- Nugni WG (1991) The health sector and social policy reform in the Philippines since 1985, Innocent Occasional Papers, No: 12.

- Ochoa FR, Pardo CML (1997) Economy, politics, and health status in Cuba, International Journal of Health Services, 27(4): 791-807.

- Ogbu O, Gallagher M (1990) Public expenditures and health care in Africa, Social Science and Medicine, 34(6): 615-624.

- OECD (1992) The reform of health care, Paris.

- OECD (1995) The future of health care systems, Paris.

- OECD (2004) Private health insurance in OECD countries, Policy Briefs.

- OECD (2004a) Towards high performing health systems, Summary Report.

- Oliver A (2005) Empowering GPs: A return to fundholding, Health Policy Monitor, March, www.hpm.org/survey/uk/a5/1

- Oliver A-1 (2005) New foundation trusts, Health Policy Monitor, March, www.hpm.org/survey/uk/a5/2

- Oliver A (2006) Health care reform in England: Progres and plans, Health Policy Monitor, April, www.hpm.org/survey/uk/a7/2

- Oliver A (2007) A new review of the NHS, Health Policy Monitor, October,

www.hpm.org/survey/uk/a10/02

- Palmer N (2000) The use of private-sector contracts for primary health care: Theory, evidence and lessons for low-income and middle-income countries, Bulletin of WHO, 78(6): 821-829.

- Parry TG (1992) Health expenditure in Australia. The current dilemma, The Medical Journal of Australia, 156(4): 592-594.

- Peker A (1996) Dünya Bankası: "Büyüme" söyleminden "İyi Yönetme" söylemine, Toplum ve Bilim, Bahar, 6-61.

- Peters D, Elmendorf AE, Kandola K, Chellaraj G (2000) Benchmarks for expenditures, services and outcomes in Africa during tpe 1990s, Bulletin of WHO, 78(6): 761-769.

- Physicians for a National Health Program (2001) International health systems, www.pnhp.org/international.htm

- Preker A, Harding A, Travis P (2000) "Make or buy" decisions in the production of health care goods and services: New insights from institutional economics and organisational theory, Bulletin of WHO, 78(6): 779-790.

- Qadeer I (2000) Health care systems in transition, India part 1, Journal of Public Health Medicine, 22(1): 25-32.

- Olsen IT (1998) Sustainability of health care: A framework for analysis, Health Policy and Planning, 13(3): 287-295.

- Pearson SD ve diğ (2008) Performance on health care quality in Massachusetts 2001-2003, Health Affairs 27(4): 1167-1176.

- Perrot J (2006) Is contracting a form of privatization ? Bulletin of the World Health Organization, 84(9): 910-913.

- Perrot J (2006) Different approaches to contracting in health systems, Bulletin of World Health Organization, 84(11): 859-867.

- Petigara T, Anderson G (2008) Mandates for health insurance, Health Policy Monitor, April.

- Petitti D (2000) Meta-analysis, decision analysis and cost-effectiveness analysis, Second Edition, Oxford University Pres, New York.

- Pfaff D, Wassener D (2000) Germany, Journal of Health Politics, Policy and Law, 25(5).

- Polton D (2004) Recent reforms affecting private health insurance in

France, Euro Observer 6(1): 4-5.

- Rae D (2005) Getting beter value for Money from Sweden's health care system, Economic Deparment Working Paper No 443, OECD, Paris.

- Radulescu S, Olsavsky V (2000) Romania Health Care Systems in Transition, European Observatory on Health Care Systems.

- Riesberg A (2004) Choice in the German health care system, Euroobserver, 6(4): 6-9.

- Roberts JL (1993) Health and finance in economic recession, (WHO Document, Ministerial Consultation on Health Care Management and Financing in the Central Asian Republics Almaty, 15-17 December 1993).

- Roemer MI (1980) Health service organisation and finance: Options and implications, (Economics and Health Policy XIIIth CIOMS Round Table Conference, Ed. by Griffits A, Bankowski Z, published jointly by the Council for International Organizations of Medical Services and the Sandoz Institute for Health and Socioeconomic Studies, 1980 içinde).

- Roemer MI (1993) National health systems throughout the World, Annual Review of Public Health, 14: 335-353.

- Robinson R (2004) Payment by results, Health Policy Monitor, No: 4.

- Rosa JJ (1990) Health care systems in industrial countries, (Advances in health economics and health services research. Comparative health systems: The future of health care systems and economic analysis, Ed. by Scheffler RM, Rossiter LF, JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1 içinde), 241-256.

- Rokosova M, Hava P (2005) Czech Republic health care systems in transition, European Observatory Health Care Systems and Policies.

- Rosa JJ, Launois R (1990) France, (Advances in health economics and health services research. Comparative health systems: The future of health care systems and economic analysis, Ed. by Scheffler RM, Rossiter LF, JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1 içinde), 179-195).

- Rosenthal MM (1992) Systems, strategies, and some patient encounters: A discussion of twelve countries, (Health care systems and their patients-An international perspective, Ed. by Rosenthal MM, Frenkel M, Westview Press, USA), 329-345.

- Rosenthal N, Daniel N (2006) Beyond competation: The normative implications comsumer-driver health plans, Journal of Health Politics, Policy and Law, 31(3): 671-685.

- Rosenthal M (2007) The evolution is now: P$P programs undergo 'dramatic shift' from process to outcomes, Health Affairs 617: 432-438.

- Saltınan RC (1992) Recent health policy initiatives in Nordic countries, Health Care Financing Review, 13(4).

- Saltman RB, Figueras J (1997) European health care reform, Spain, WHO.

- Sanderson AAF (2006) Pay-for-performance programs in the United Kingdom, The New England Journal of Medicine, October 27: 1832.

- Savran S (1988) Bunalım, sermayenin yeniden yapılanması, yeni liberalizm, (Dünya kapitalizminin bunalımı, Derleyenler Satlıgan N, Savran S, Alan Yayıncılık, İstanbul içinde): 19-65.

- Schaeffer LD (2007) The new architects of health care reform, Health Affairs, 26(6): 1557-1559.

- Schatskin A (1978) Health and labor power: A theoretical investigation, International Journal of Health Services, 8(2): 213-234.

- Schauffler HH, McMenamin S, Zawacki H, Levitt L, Lundy J (2000) Health care trends and indicators in California and the United States, Kaiser Family Foundation.

- Schieber GJ (1991) International health spending: Issues and trends, Health Affairs, Spring.

- Schreyögg J ve diğ (2005) The DRG reimbursment system in Germany, Euroobserver, 7(4): 4-7.

- Sekhri N.K. (2000) Managed Care: the US experience, Bulletin of WHO, 78(6): 830-844.

- Sekhri N, Savedoff W (2005) Private health insurance: Implications for developing countries, Bulletin of World Health Organization, 83: 127-134.

- Sepulveda C (1995) Çocukların sağlık hakkı: Şili ve Tayland'da temel sağlık hizmetlerinin gelişimi, UNİCEF, Ankara.

- Shaw A, Lusignan S, Rowlands G (2005) Do primary care profeessionals work as a team, Journal of Interprofessional Care, 19(4): 396-405.

- Siddiqi S ve diğ (2006) Contracting but not without caution: Experience with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean Region, Bulletin of World Health Organization, 84(11): 867-874.

- Sikosana PLN, Dlamini QQD, Issakov A (1997) Health sector reform is Bus-Saharan Africa, WHO.

- Siuda KK, Romaniuk P (2006) Privatization of hospitals in Poland, Centrel European Journal of Public Health, 14(1): 25-29.

- Smee C (2000) United Kingdom, Journal of Health Politics, Policy and Law, 25(5).

- Smith BA, Leiserson A (1978) Powerty, development, and health policy, WHO, Geneva.

- Smith BA (1980) Economic and health policy: An overview, (Economics and Health Policy XIIIth CIOMS Round Table Conference, Ed. by Griffits A, Bankowski Z, published jointly by the Council for International Organizations of Medical Services and the Sandoz Institute for Health and Socioeconomic Studies, 1980 içinde), 23-36.

- Spurgeon D (2000) Canadians become dissatisfied with their healthcare system, BMJ 320: 1296.

- Stahl I (1990) Sweden, (Advances in health economics and health services research. Comparative health systems: The future of health care systems and economic analysis, Ed. by Scheffler RM, Rossiter LF, JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1 içinde), 197-210.

- Stocker K, Waitzkin H, Iriart C (1999) The exportation of managed care to Latin America, The New England Journal of Medicine, Vol. 340: 1131-1136.

- Sullivan K Managed care plan performance since 1980: Another look at 2 literature reviews. American Journal of Public Health, 89(7): 1003-1008.

- Swan B, Faan C (2008) Making nursing-sensitive quality indicators real in ambulatory care, Nursing Economics, 26(3): 195-200.

- Tanaka S (1990) Japan, (Advances in health economics and health services research. Comparative health systems: The future of national health care systems and economic analysis, Ed. By Scheffler RM, Rossier LF. JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1 içinde), 169-178.

- Tanner M (2008) The grass roots is not always greener, a look at national

health care systems around the world, Policy Analysis, No: 613.

- Tebbe SG, Figueras J (2005) Snapshots of health systems, WHO, Copenhagen.

- Terzi C (2007) ABD sağlık sistemi, Toplum ve Hekim Dergisi, 22(1-2): 2-22.

- Thomas S, Killingsworth JR, Acharya S (1998) User fees, self selection and the poor in Bangladesh, Health Policy and Planning, 13(1): 50-58.

- Thompson S, Mossialos E (2001) The demand for private health insurance in Germany, Euroobserver, 2(4): 6-7.

- Thompson KK (2008) Aligning payment with quality, American Journal of Health System Pharmacy, 65 (15): 1512.

- Thomson S, Mossialos E (2004) Private insurance and access to health care in the EU, Euro Observer, 6(1): 1-4.

- Tlilane NK (2004) Healthcare funding problems in Algeria, International Social Security Association, 57(4): 91-110.

- Torrance GW (1986) Measurement of health state utilities for economic appraisal, Journal of Health Economics, Vol. 5: 1-30.

- Tragakes E, Lessof S (2003) Russian Federation Health Care Systems in Transition, European Observatory on Health Care Systems.

- Turner B (2004) Recent developments in the Irish private health insurance market, Euro Observer 6(1): 5-6.

- Twaddle AC (1996) Health system reforms-toward a framework for international comparisons, Social Science and Medicine, 43(5): 637-654.

- Unger JP ve diğ (2008) Chile's neoliberal health reform: An assessment and a critique, Plos Medicine, 5(4), www.plosmedicine.org

- UNICEF (1990) Economic crisis, adjustment and the Bamako initiative, health care financing in the economic context of Sub-Saharan Africa.

- UNİCEF (1993) Ulusların gelişmesi 1993, Ankara.

- Van De Ven WPMM (1996) Market-oriented health care reforms: Trends and future options, Social Science and Medicine, 43(5): 655-666.

- Vienonen MA, Wlodarczyk WC (1993) Health care reforms on the European scene: Evolution, revolution or seesaw, World Health Statistical Quarterly, 46: 166-169.

- Vogel RJ (1988) Cost recovery in the health care sector. Selected country studies in West Africa, World Bank Technical Report Paper, Number 82, USA.

- Walker T (2007) Managed care CEO salaries rise on par with private industry, Managed Health Care Executive, November: 9.

- Wall A (1996) Conclusion, (Health care systems in liberal democracies, Ed. by Wall A, Routledge Publications, New York içinde), 183-199.

- Weir RD, Mooney GH, Russell EM (1992) Choices for health care: A practical introduction to the economics of health provision, The MacMillan Press Ltd., Hong Kong.

- Wennstrom G (1992) New ideological winds are blowing in the Swedish health care system, (Health care systems and their patients-An international perspective, Ed. by Rosenthal MM, Frenkel M, Westview Press, USA içinde), 175-188.

- WHO (1978) Financing health services, Technical Report Series, Geneva.

- WHO (1981) Economic research into health service growth, Report on a WHO Workshop, Copenhagen.

- WHO (1987) Economic support for national health for all strategies, Fortieth World Health Assembly, Geneva.

- WHO (1988) Health economics. A program for action, Division of Strengthening Health Services, Geneva.

- WHO (1990) Health system decantralization: Concepts, issues and country experience, (Ed. by Mills A et. all), Geneva.

- WHO (1991) Organisation and financing of health care reform in countries of Central and Eastern Europe, Geneva.

- WHO (1992) Hospital economics and financing in developing countries, Geneva.

- WHO (1993) Evaluation of recent changes in the financing of health services, Geneva.

- WHO (1993) A framework for understanding and evaluating changes in health financing mechanisms, (Ministrial Consultation on Health Care Management and Financing in Central Asian Republics Almaty, 15-17

December 1993), WHO.

- WHO (1995) Health economics.

- WHO (1996) The Ljubljana Charter on reforming health care, 18 June 1996, Slovenia.

- WHO (1997a) Renewed health for strategy: Draft policy for the twenty-first century, Report by the Director General.

- WHO (2000) World health report 2000: Health systems, improving performance, Geneva.

- WHO (2006) Approching health financing policy in the WHO European Region, Copenhagen.

- Wismar M ve diğ (2006) England: Incentives and local focus, Euro Observer, 8(1): 5-6.

- World Bank (1975) Health sector policy paper.

- World Bank (1987) Financial health services in developing countries. An Agenda for reform, USA.

- World Bank (1991) World development report 1991: The challenge of development, USA.

- World Bank (1993) World development report: Investing in health, Oxford University Press.

- Wörz M, Buse R (2002) Structural reforms for Germany's health care system, Euroobserver, 4(4): 1-3.

- Xu K ve diğ (2006) Understanding the impact of eliminating user fees: Utulization and catastrophic health expenditures in Uganda, Social Science and Medicine, 62: 866-876.

- Zifonun N (2001) SHA-based health accounts in 13 OECD countries: Country studies: Germany Naitonal healtn accounts 2001, OECD, Paris.

- Zweifel P (1990) Switzerland, (Advances in health economics and health services research. Comparative health systems: The future of health care systems and economic analysis, Ed. by Scheffler RM, Rossiter LF, JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1 içinde), 77-101.

Sağlık kapitalist işlerlik içinde sermaye sahibi sınıf (burjuvazi) ile işçi sınıfı arasındaki "denge/ateşkes" alanıdır. Bu olgunun özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde kendisini ortaya koyduğu gözleniyor. Sosyalizmin bir sistem olarak örgütlendiği ve eşitlikçi ütopyanın pek çok örneğini bütün dünyanın gözleri önüne serdiği, kapitalist ülkelerde işçi sınıfının sosyalizm hedefi yönünde yenilgiye uğradığı, savaş koşullarının savaş dışında her şeye razı olmak psikolojisini yarattığı, buna karşılık toplumsal beklentilerin artıp kapitalizmin eski sınırları içinde tatmin edilme olanağının kalmadığı bir tarihsel konjonktürde sosyal refah devleti ortaya çıktı ve kendisini sağlık, eğitim alanlarında işçi sınıfını kapitalizme entegre eden reformlarla somutladı. Sağlık, bu anlamda sınıflar arası "ateşkes"in tüm canlılık ve versiyonlarıyla yaşandığı bir "anlaşma" alanıdır.

Buna karşılık sosyal devletin çöktüğü günümüzde (bir başka deyişle, işçi sınıfı mücadelesinin, azalan ortalama kâr oranlarını tırmandırmak hedefiyle saldırıya geçen burjuvazi karşısında tutunamadığı, "denge"nin işçi ve emekçi sınıflar aleyhine bozulduğu dönemlerde), devlet düzenleyici işlevini başka alanlar ve sınıflar lehine kullanır. Son 30 yılda örgütlenen piyasacı saldırı bunun göstergesidir.

Bu insanlık dışı saldırının püskürtülebilmesi tamamen mücadeleye bağlıdır. Mücadelenin öznesi işçi ve emekçi sınıflar, düzlemleri ise bilimsel, ideolojik ve siyasaldır.

SKB 0706794 VOS

ISBN 978-605-5892-13-5
9 786055 892135

22 YTL

YAZILAMA