İlker Belek

Sosyal Devletin Çöküşü ve SAĞLIĞIN EKONOMİ POLİTİĞİ

Sosyal Devletin Çöküşü ve SAĞLIĞIN EKONOMİ POLİTİĞİ

İlker Belek



3.BASKI

Sorun Yayınları

İLKER BELEK

□

Sosyal Devletin Çöküşü ve SAĞLIĞIN EKONOMİ POLİTİĞİ

Sorun Yayınları
□
Bilimsel Araştırma İnceleme Dizisi: 3
Birinci Baskı : Mart 1994
İkinci Baskı : Temmuz 2001
Üçüncü Baskı : Ağustos 2001

Yeniden gözden geçirilmiş ve genişletilmiş eklerle...
Kapak Resmi: Diego Rivera

© Yayın Hakkı Sorun Yayınları
Baskı Doyuran Matbaası
Cilt Güven
Kapak Ekin Ajans
Kapak Filmi Repar
ISBN 975-431-039-4

İLKER BELEK

Sosyal Devletin Çöküşü ve SAĞLIĞIN EKONOMİ POLİTİĞİ

Sorun Yayınları
Sırrı Öztürk
Çatalçeşme Sok No 46 K
Cağaloğlu Istanbul 34
Tel:0212 511 08 29 Fax 519
Hocapaşa V D. 715 001 263

Sorun Yayınları

Alemdar Cad. Güzel Sanatlar Sk. No.: 5/2 Cağaloğlu-İstanbul-34410
Telefon: (0212) 511 08 29 Fax: (0212) 519 05 60
e.posta: sorunyay @ hotmail. com

Yazarın Yayınlanmış Kitapları:

1. TOPLUMSAL BİLİNÇ
   Evrimsel Bir Toplumsal Hareket Düşüncesine Doğru-1991
2. SINIFSIZ TOPLUM YOLUNDA
   TÜRKİYE İÇİN SAĞLIK TEZİ (Anonim)-1992
3. SOSYALİZMİN SORUNLARI ÜZERİNE
   AÇILIM TARTIŞMALARI (Anonim)-1992
4. DİSK'İN "ÖREN TEZLERİ"
   VE ÖRGÜTLENME EKSENLERİ (Anonim)-1992
5. TOPLUMSAL DİNAMİKLER
   VE ÖRGÜTLENME EKSENLERİ (Anonim)-1992
6. SOSYALİZM "YENİ DÜNYA DÜZENİ" TÜRKİYE (Anonim)-1992
7. SAĞLIK "REFORM PAKETİ" NEYİN PEŞİNDE (Anonim)-1992
8. MARKSİST BAKIŞ AÇISIYLA
   BİLİMSEL TEKNOLOJİK DEVRİM
   VE "ENDÜSTRİYEL DEMOKRASİ"-1993
9. SOSYAL DEVLETİN ÇÖKÜŞÜ
   VE SAĞLIĞIN EKONOMİ POLİTİĞİ-1994-2001 **2. Baskı**
10. SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME
    (İlker Belek - Ata Soyer)- 1995
11. "POSTKAPİTALİST" PARADİGMALAR -1997-1999 **2. Baskı**
12. SINIF SAĞLIK EŞİTSİZLİK - 1998

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 Kolektifi* 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

Mayıs 1994

İÇİNDEKİLER

İKİNCİ BASKI İÇİN ÖNSÖZ 13

BİRİNCİ BÖLÜM

ÜRETİM VE SAĞLIK HİZMETİ ÜRETİMİ 17

A) ÜRETİM NEDİR ? 17

I. İnsanlaşma, Toplumsallaşma ve Üretim 17

II. Üretim Sürecinin Ögeleri 19

III. Üretim İlişkileri 20

IV. Sömürü ve Artı-Ürün 22

B) KAPİTALİZM 23

I. Kapitalist Üretim İlişkileri 24

II. Kapitalist Sömürü 28

III. Değer ve Artı-Değer 29

C) SAĞLIK HİZMETİNİN EKONOMİ POLİTİĞİ 32

I. Sağlık ve Sağlık Hizmetinin Ekonomik Yapı ile İlişkisi 33

I.1. Ekonominin Sağlık Üzerindeki Etkisi 33

I.2. Ekonominin Sağlık Hizmetleri-Sektörü Üzerindeki Etkisi 37

I.3. Sağlık Sektörünün Ekonomi Üzerindeki Etkisi 38

I.4. Sağlığın Ekonomi Üzerindeki Etkisi 39

II. Sağlık Hizmeti Üretimi 40

II.1. Sağlık Hizmeti 40

II.2. Sağlık Hizmeti Üretiminde Emek Nesneleri 41

II.3. Sağlık Hizmeti Üretiminde Emek-Gücü 41

II.4. Sağlık Hizmeti Üretimindeki Emek Araçları 42

III. Emek-Gücünün Değeri ve Sağlık Hizmeti 43

IV. Sağlık Hizmeti İçin Ayrılacak Fonlar Nasıl Belirlenir ? 47
IV.1. Toplumsal Zenginliğin Değerlendirilişi 47
IV.2. Sağlık İçin Fon Oluşturmanın Ekonomi Politiği 49
V. Sağlık Hizmeti ve Değer Yasası 54
V.1. Sağlık Hizmeti ve Değer Üretimi 54
V.2. Sağlık Hizmetinin Değeri 57
İKİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN MODELLERİ 61
A) SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINI İNCELERKEN KULLANILACAK TEMEL KAVRAMLAR 61
B) SOSYAL GÜVENLİK POLİTİKALARI 80
I. Sosyal Güvenlik Kavramının Tanımı 82
II. Başlıca Sosyal Güvenlik Sistemleri 82
II.1. Sosyal Sigorta Sistemi 82
II.2. Sosyal Yardım 83
II.3. Genel Bütçeden Finanse Edilen Yararlanımlar 84
II.4. Gelecek Bakım Fonları 84
III. Sosyal Güvenliğin Gelişimi 84
IV. Sosyal Güvenlikte Maliyet ve Kaynaklar 85
C) SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI 87
I. Sağlık Hizmetlerinde Finansmanın Organizasyonu 90
II. Sağlık Hizmetlerinde Fon Oluşturma İlkeleri 93
III. Sağlık Hizmetlerinde Fon Oluşturma Teknikleri 94
III.1. Varsayılan Vergiler 94
III.2. Sosyal-Zorunlu-Kamu Sağlık Sigortası 95
III.2.1. Zorunlu Sigortada Yapılması Gereken Temel Tercihler 97
III.2.2. Zorunlu Sigortacılığın Özellikleri 99
III.2.3. Zorunlu Sağlık Sigortasının Sağlık Finansmanı Üzerindeki Etkileri 101
III.3. Anında Ödemeler 104
III.4. Özel Sigorta 104
III.5. Patrona Dayalı Sigorta 104
III.6. Çok Kaynaklı Fonlar 105
IV. Sağlık Hizmetlerinde Ödeme Sistemleri 107

IV.1. Hekim Ödeme Sistemleri 107
IV.1.1. Geriye Dönük Ödeme Sistemleri 109
IV.1.2. İleriye Dönük Ödeme Sistemleri 110
IV.2. Hastane Ödeme Sistemleri 113
IV.2.1. İleriye Dönük Bütçeleme 114
IV.2.2. Hizmete Dayalı Ödeme 115
V. Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti 115
VI. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Karşılaşılan Sorunlar 117
VII. Sağlık Harcamalarının Yorumlanmasında Kullanılan Göstergeler 119
VIII. Sağlık Harcamalarına İlişkin Verilerin Elde Edilebileceği Kaynaklar 120
IX. Sağlık Harcamalarının Düzeyini Etkileyen Faktörler 120
D) KAPİTALİST EKONOMİDE SAĞLIK HİZMETİNİ DİĞER MALLARDAN AYIRAN ÖZELLİKLER 122

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMİNDEN SAĞLIK SİSTEMİNE: SAĞLIK SİSTEMLERİNİN FİNANSMAN AÇISINDAN SINIFLANDIRILMASI 129
I. Sağlık Sistemlerinin Ülkelerin Ekonomik Durumu ve Sağlık Sisteminin Sosyopolitik Niteliklerine Göre Sınıflandırılması 132
II. Sağlık Sistemlerinin Devletin Üstlendiği Sorumluluk Çerçevesinde Sınıflandırılması 136
II.1. Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri 136
II.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri 137
II.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri 137
II.4. Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri 138
III. Sağlık Sistemlerinin Kamu ve Özel Sektör İlişkisi Çerçevesinde Sınıflandırılması 140
IV. Sağlık Sistemlerinin Tahsisat ve Ödeme Mekanizmalarının Dikkate Alınmasıyla Sınıflandırılması 145
IV.1. İsteğe Bağlı-Özel Cepten Ödeme Modeli 145
IV.2. İsteğe Bağlı-Özel Geri Ödeme Modeli 145
IV.3. Kamu Geri Ödeme Modeli 146
IV.4. İsteğe Bağlı-Özel Sözleşme Modeli 146
IV.5. Kamu Sözleşmesi Modeli 147

IV.6. İsteğe Bağlı-Özel Entegre Model 147
IV.7. Kamu Entegre Modeli 148
V. Sağlık Sistemlerinin Sağlık Finansman Sisteminin Yapısına Göre Sınıflandırılması 150
V.1. Bismarkçı Sağlık Sistemleri 150
V.2. Halen Sigorta Sistemine Geçiş Yapan Sağlık Sistemleri 151
V.3. Vergiye Dayalı (Beveridgeci) Sağlık Sistemleri 152
V.4. Bismarkçı Sistemden Beveridge Sistemine Geçiş Yapan Sağlık Sistemleri 152
V.5. Sosyalist Sağlık Sisteminden Bismarkçı Sisteme Geçiş Yapan Sağlık Sistemleri 153
VI.Gelişmekte Olan Ülkelerdeki Sağlık Finansman Sistemleri 155

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ÜLKELERE GÖRE SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMLERİ 157
I. AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ (ABD) 157
I.1. Genel Yapı 157
I.2. Hastaneler 158
I.3. Hekimler 160
I.4. Amerika'da Sağlık Güvencesi 160
I.5. Sağlık Hizmeti Üretimi Organizasyonları 164
I.6. Sağlık Harcamaları 168
II. İNGİLTERE 172
II.1. Genel Yapı 172
II.2. Hastaneler 179
II.3. Hekimler 180
II.4. Genel Pratisyenlik Hizmetleri 180
II.5. Kamu Sağlığı Hizmetleri 181
II.6. İngiltere'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı 182
II.7. Sağlık Harcamaları 185
II.8. Özel Sağlık Sektörü ve Özel Sigortalar 188
III. ALMANYA 189
III.1. Genel Yapı 189
III.2. Hastaneler 195
III.3. Hekimler 196

III.4. Kamu Sağlığı Hizmetleri 197
III.5. Primer ve Sekonder Ayaktan Tedavi Hizmetleri 197
III.6. Finansman 198
III.7. Sağlık Harcamaları 202
IV. KANADA 204
IV.1. Genel Yapı 204
IV.2. Kanada'da Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı 205
IV.3. Sağlık Harcamaları 209
V. İSVEÇ 211
V.1. Genel Yapı 211
V.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 216
V.3. Kamu Sağlığı Hizmetleri 217
V.4. Hastaneler 217
V.5. Hekimler 219
V.6. İsveç'te Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı 219
V.7. Sağlık Harcamaları 224
VI. JAPONYA 225
VI.1. Genel Yapı 225
VI.2. Tıbbi Bakım 226
VI.3. Finansman 226
VI.4. Sağlık Harcamaları 230

BEŞİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINDAKİ YENİ GELİŞMELER 231
A) 2. DÜNYA SAVAŞI SONRASI GELİŞMELER 231
I. Genişlemenin Ekonomi Politiği 231
II. 2. Dünya Savaşı Sonrasında Merkez Kapitalist Ülkelerin Durumu 237
III. Çevre Ülkelerde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları 251
B) SAĞLIK SİSTEMLERİNDEKİ YENİ GELİŞMELER 261
I. Gelişmelerin Ana Yönü ve Değişimi Uyaran Dinamikler 261
II. Reformların Etkilerini Değerlendirmek İçin Kullanılan Göstergeler 269
II.1. Tahsisat Verimliliğiyle İlgili Göstergeler 271
II.2. Teknik Verimlilikle İlgili Göstergeler 272
II.3. Ulaşımsal Eşitlik Göstergeleri 273

II.4. Finansal Eşitlik Göstergeleri 274
II.5. Finansal Sürdürülebilirlik Göstergeleri 276
III. Sağlık Sistemlerinde, Sağlık Finansmanında Yeni Gelişmeler 277
III.1. Sağlık Bakanlığı Yapısının Yeniden Düzenlenmesi 277
III.2. Kaynakların Artırılması 279
III.3. Yeni Kaynakların Geliştirilmesi 279
III.4. Yabancı Kaynak Desteği 279
III.5. Kaynaklarla Gereksinimler Arasındaki Farkın Kapatılması 280
III.6. Kaynak Kullanımının Rasyonalizasyonu 281
III.7. Kullanıcı Ödentileri 282
III.8. Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplum Finansmanı 287
III.9. Özelleştirme 294
III.10. Sağlık Sigortası 300
III.11. Desantralizasyon 306
III.12. Kamu Hizmetlerinde Sözleşme Uygulaması 312
III.13. Maliyetin Sınırlanması 322
III.14. Hastanelerin Yeniden Yapılandırılması 329
III.15. Düşük Öncelikli Alanlara Yapılan Harcamaların Kısıtlanması 330
III.16. Verimliliğin Artırılması 330
C) SAĞLIK SİSTEMLERİNDEKİ VE FİNANSMANINDAKİ YENİ GELİŞMELER İÇİN GENEL ÇERÇEVE 331

ALTINCI BÖLÜM

KAPİTALİZM SORU(N)LARINI ÇÖZEBİLİYOR MU ? VE SOSYALİST SEÇENEK 335
A) SAĞLIK VE SAĞLIK SİSTEMİ NEREYE ? 335
B) YENİ YÖNELİMLERE İLİŞKİN SORU(N)LAR VE KAPİTALİZMİN BAŞARI OLASILIĞI 340
C) SOSYALİST BİR SEÇENEK NELER SUNAR ? 346
KAYNAKLAR 355

İKİNCİ BASKI İÇİN 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 vardır. 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 çıkmasına 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 (BDT) 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 gerek-

ti. 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'yi özel sağlık sisteminin, İngiltere'yi genel vergi sisteminin, Almanya'yı sigorta sisteminin, 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 değerlendirmeye alındılar. Beşinci bölümün başına da aynı şey geldi. Sağlık sistemlerinin ekonomi politiğiyle 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 dilimindeki iş yükümle, bu işin altından kalkmam olanaksızdı. Kendisine ancak teşekkür edebilirim. Bir teşekkür de yine *Sorun Yayınları Kolektifi* çalışanlarına 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, provake 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 okumalarıdır.

İlker Belek
Haziran 2001

BİRİNCİ BÖLÜM
ÜRETİM VE SAĞLIK HİZMETİ ÜRETİMİ

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 ekonomi politik kategorileri açılmaya çalışılıcaktır.

A) ÜRETİM NEDİR?

I. 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 çerçevesinde gerçekleştiriliyor oluşudur. Çok istisnai durumlar dışında, tek başına bir insanın ve yalnızca kendi gereksinimlerini karşılamak üzere üretmesi söz konusu değildir/olamaz. Üretimin tarihselliği ise, onun, ilk insanlaşmanın gözlendiği ve bugünden yaklaşık 3 milyon yıl öncesine rastlayan zaman kesitinden beri son derece değişik biçimler göstermiş 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 ürünle-

ridir. 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 ürün "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 tatminkâr 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 yanısıra 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 beceri kazandırılabilmelidir; insan zihinsel ve bedensel bakımlardan, bir sonraki gün üretime devam edebileceği düzeye kavuşturulabilmelidir, vb. İşte üretimin, doğrudan doğruya 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 olmadığı görülür. 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 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 tarımın geliştirilmesidir. Sanayinin gelişmesini ise, ilk buharlı makinaların kullanılmaya başlandığı 17. yy ile tarihlendirmek mümkündür.

İnsanın üretici faaliyeti sonucunda toplumsal gelişme giderek ivmelenen bir hızı yakalamıştır.

II. Üretim Sürecinin Ögeleri

Eğer genellenirse, üretim sürecinin başlıca iki ögeyi içerdiği görülür. Ya da üretim için gerekli olan, üretimde kullanılan ögeler 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 gelişi ve ürünlerin çeşitlenmesidir. Böylece daha çeşitli ve giderek daha nitelikli ürünler elde edebilmek mümkün 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 soyut ve somut olmak üzere iki yönü bulunur. Soyut Emek, emeğin toplumsal yönüne işaret eder. Bütün üretici faaliyetlerde yansıyan emeğin ortak yanları, emeğin soyut yönünü yansıtır. Somut Emek ise, emeğin üretilen ürüne kendine 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.

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

Emek Nesneleri: İnsan emeğinin üretimci faaliyetinin konusu olan, üretimci faaliyet ile gereksinim duyulan maddi ürünü elde edecek biçimde dönüştürülen nesnelerdir. Bunlar çoğunlukla doğada hazır bulunan hammaddelerdir. Ancak bunun ötesinde özellikle teknolojinin gelişimi ile birlikte, hammaddelerden üretilen, ancak o biçimleriyle herhangi bir kullanım değerine sahip olmayan maddeler de emek nesnesi olarak kullanılırlar. Böyle mallara 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 özelliği yoktur.

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

İnsanın üretimci 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.

III. Üretim İlişkileri

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 göstermekteydiler. 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 ilişkileri denilmektedir.

Daha sonraki dönemlerde ise, toplumsal işbölümünün gelişimi 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 geçirdiler. 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 çıkmıştır. Süreç içinde içerik bakımından değişiklikler göstermekle birlikte, söz konusu sınıflar kabaca; yöneten ve yönetilen/ekonomik bakımdan güçlü ve güçsüz/sömüren ve sümürülen sınıflar olarak tanımlanabilir. Bu bağlamda düşünüldüğünde tarihte beş tip üretim ilişkisi saptanmaktadır: İlkel Komünal Üretim İlişkileri, Köleci Üretim İlişkileri, Feodal Üretim İlişkileri, Kapitalist Üretim İlişkileri ve son olarak bütün toplumsal eşitsizlikleri ortadan kaldırmayı hedefleyen Sosyalist Üretim İlişkileri'dir.

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, siyasi yönlerini de içerir. Üretim ilişkileri Altyapı, sosyal ve siyasal ilişkiler bütünü ise Üstyapı olarak bilinmektedir. Sonuç olarak, Üretim Tarzı alt ve üst yapının çelişkili birliğini ifade eder.

IV. Sömürü ve Artı-Ürün

Sömürü sınıflı toplumların temel karakteristiğidir. Toplumun sınıflara bölündüğü her sosyo ekonomik formasyonda sömürü vardır. Sömürü bir sınıfın diğerini 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 pozizyonunu 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 sürüngenler, bütün grubun toplandığı yere getirilmekte ve herkese eşit miktarda düşecek şekilde tüketilmekteydi. Araştırıcılar böyle bir toplumsal organizasyon içinde sömürünün olanaksız olduğunu, çünkü grubun ertesi gün için ayrılabileceği 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 mümkün 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 sınıflarca el konulur.

Toplumsal ilişkiler bağlamında, sınıflar artı-ürünü ellerine geçiriş ölçüsünde bir güç sıralamasına girerler. Toplumsal üretimden en çok pay alan sınıf her zaman en güçlü sınıf olmuştur. 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 hep zor ilişkileri olmuştur. Zor kimi zaman siyasal, kimi zaman da askeri biçimde görüntülenmiştir. Köleci, feodal, kapitalist üretim ilişkileri boyunca zoru değişik biçimlerde gözleyebilmek mümkündür.

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 üretim ilişkileri için de geçerdilir. 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 birşeyi ifade etmez. İşçi ücretiyle, emek-gücünü kapitaliste satma "özgürlüğü"nü satın alır.

B) KAPİTALİZM

Kapitalizm bugün egemen olan üretim tarzıdır. Özellikle 1980'lerin sonunda sosyalist sistemin çöküşü ile birlikte, kapitalizmin karşısında onu "dengeleyecek" herhangi bir sistem kalmamış durumda. Bu olgu, kapitalizm savunucularının, kapitalizmin insanlığa

gelecek vaadeden yegane sistem olduğu yolundaki sistematik tezlerine zemin hazırlıyor. Ancak konunun bu yönünün incelenmesi bu çalışmanın kapsamı dışındadır. Burada, geçerken belirlenmesi gereken nokta, kapitalizmin giderek belirginleşen eşetsizlikçi yapısıdır. Kapitalizmi öven ve yeren tezlerin daha iyi anlaşılması için, kapitalizmin ekonomik ilişkilerinin incelenmesi gerekir.

I. Kapitalist Üretim İlişkileri

Kapitalizm 17. yy'dan itibaren egemen sosyo ekonomik sistem durumuna gelmeye başlamıştır. Kapitalizmin ilk kez kendisini ortaya koyduğu ülke İngiltere'dir. Kapitalist üretim esas olarak sanayiye dayanır. Tarımsal üretime de makinalar girmiş durumdadır.

Kapitalist üretim, feodal sistemin, el aletlerine dayanan zanaatçılık türü üretiminin üzerinde gelişmiştir. Buharlı makinanın keşfi kapitalist sanayinin başlangıcı olarak kabul edilebilir. Kapitalizmde üretim araçları makinalar, fabrikalar ve çok çeşitli hammaddelerdir. Bütün bunların sahibi olan ise sermaye sahipleri sınıfıdır. 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 böyük 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 elde edebilmektir. Bu nedenle kapitalizm; Özel Teşebbüs Sistemi, Serbest Piyasa Ekonomisi, Liberalizm diye de tanımlanmaktadır.

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

Yeni üretim araçlarının geliştirilmesi, toplumsal üretimde ve üre-

tici güçlerde ileri düzeyde bir sıçrama getirmiştir. Bu anlamda, kapitalizm feodalizme göre, yine sınıfsal esasa göre örgütlenmiş olmakla birlikte, "daha ileri" bir toplumsal formasyona işaret eder.

Ancak kapitalist üretim için yalnızca makinaların keşfi yetmez. Bu makinaları 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 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 yönelmişlerdir. 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, emek-güçlerini kapitalistlere pazarlamaya hazır biçimde "özgürleştirilmiş"lerdir.

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, kapitalistin 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 biraz daha karmaşıklaşmış durumdadır. 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 hiçbirşeyi 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 birşeyleri 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 ise azalır. İşsizlik durumunda işçinin emek-gücünün gerçek hiçbir değeri yoktur. Kapitalist, işçinin emek gücünü değerlendirmek konusunda da serbesttir. Daha sonraları, işçi sınıfının verdiği toptan mücadele sonucunda, işsizlik sigortası gibi kimi sosyal güvenceler, kapitalistlerin bu serbestliğine sınırlama getirmiştir.

Bu anlamda kapitalizm işçi sınıfı ile burjuvazi arasındaki bir ilişki/bir güçler 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 eşitlikçi bir toplumsal değişimi talep eder.

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 çalışan sınıflardır. Dolayısıyla kapitalist pazar, tüketim anlamında olanakları sınırlı olan bir piyasadır. Piyasanın hacmi, kapitalistlerin işçi sınıfına ödediği ücretler kadardır. Üretilen tüm malların ve 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 piyasanın bu sınırlılığı kapitalistleri kendi aralarında bir yarışa zorlar. Amaç en ucuza, en kaliteli malı üretebilmek, bir başka deyişle işletmenin "üretkenliğini" maksimize edebilmektir. Kapitalist-

ler 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 etmeye yönelirler. Bu aynı zamanda diğer kapitalistlerin o piyasadan çıkarılmasını, ellerindeki sermayeye el konulmasını gerektirir. Piyasa giderek, daha az sayıda, ancak daha fazla boyutlarda sermayeyi denetlemek zorunda kalan kapitalistin eline geçer. Bu süreç merkezileşme ve yoğunlaşma yönleriyle tekelleşme olarak tanımlanır. 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 geliştirilmesi gerektiğini; buna karşılık çalışan 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 sermaye birikimi (özellikle para sermaye) bulundurabilmiş gruplar ise yaşam şansına sahip olabilir. Böylece 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 oranının elde edilemediği alanlardır. Ağır sanayi, enerji üretimi ve sağlık, eğitim, ulaşım gibi kimi hizmet alanları böyledir. Bunlar aynı zamanda diğer sanayi sektörlerinin altyapısını da oluşturur. Yani sanayide kullanılacak ara ürünlerin üretildiği, ya da emek-gücünün yeniden üretimine yönelik alanlardır. Böylece devlet, burjuvazinin yatırım yapabilmesinin ekonomik olanaklarını ya-

ratmış olur. Bunu halktan topladığı vergiler ve yabancı ülkelerle geliştirdiği doğrudan ticari ilişkilerle yapar. Yukarıda sıralanan alanların, zaman içinde kâr bırakır duruma gelmeleri de mümkün olabilir. 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; varolanları daha kârlı kılabilmek için burjuvaziye aktarır. Açıkçası burjuvaziyi sübvanse eder. Böylece devletin ekenomideki işlevi, işçi sınıfı ile burjuvazi arasında bir güçler dengesi olarak belirir. Ancak, devlet, işçi sınıfından yana en fazla oranda tavır takınmak zorunda kaldığı Sosyal Devlet dönemlerinde bile, burjuvazinin yöneldiği alanların 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.

II. 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 ve sermayenin büyüyen kısmının üreticisi, işçinin üretimci emek-gücü olduğuna göre; yukarıda belirlenen zorunluluk işçi sınıfının ürettiği zenginliklere daha fazla oranda el konulması 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 da 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 oturtulmuş durumdadır. 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 edişiyle birlikte olduğu hatırlanmalıdır.

III. Değer ve Artı-Değer

Kapitalizmde, üretilen herşey 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 mekânlarında ve kimi kez çeşitli sürelerde depolandıktan sonra, çeşitli zamanlarda tüketilirler. Malların tüketicisi, onları üretmiş olan çalışan sınıfların kendisidir. Dolayısıyla, çalışanlar 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: *"Birşey 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 gerçe-*

ğine 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 anlaşıldığı gibi, her metanın bir kullanım değeri vardır. Bu toplumsal bir Kullanım Değeri'dir. Yani, bir metanın üretilebilmesi, daha doğrusu üretiminin 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 üretilebilmesinin 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. Aslında 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. Çünkü 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 çoksa, 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 sonucunda 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, makinalar vb.), ulaşım giderleri, depolama gederleri ve doğrudan doğruya o malın üretiminde kullanılan canlı insan emek-gücü girer. Bunlardan sonuncusuna Canlı Emek, diğerlerine ise Cansız Emek denir. Cansız emek olarak sıralananlaran 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 cansız emek ürünlerinin elde edilişinin 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, makinalar kendi içlerindeki (insan emeğinin ürünü olmaktan kaynaklanan ve toplumsal ortalama emek zamanı ile belirlenen) değeri her üretilen mal birimine zaman içinde parça parça aktarırlar. Böylece onlarda yoğunlaşmış olan değer, o sırada üretilen malın bir partisinin üretilmesiyle tamamen tüketilemez. Yani, makina kendisini ancak belli bir zaman sonra amorti eder. Belli zaman sonra da o fabrika, makina 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, makinalar) 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 sokulması ile 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 değişmeyen sermayeyi oluşturur. Daha önce de belirtildiği gibi; bunlardan bir kısmının (hammaddelerin) bütün değeri bir kezlik üretim döngüsünde yeni ürüne aktarılır. Bir kısmı 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 yaratılmıştır. 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) SAĞLIK HİZMETİNİN EKONOMİ POLİTİĞİ

Bu alt bölümde yapılmaya çalışılacak şey, yukarıda incelenen ekonomi politik kavramların, sağlık hizmetlerinin genel çerçevesine uyarlanması olacaktır. Bu deneme, genel olarak sınıflı, özel olarak da kapitalist toplumsal yapı için gerçekleştirilecek ve böylece sağlığa makro düzeyde ekonomik yaklaşımda bulunulacaktır. Mikro yakla-

şım ise daha sonraki bölümlerin (özellikle de ikinci ve beşinci bölümlerin) kapsamını oluşturacaktır.

Böyle bir incelemenin başlangıcında öncelikle 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 yanısıra, 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 özgün bir noktayı oluşturmaktadır.

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

I. Sağlığın ve Sağlık Hizmetinin Ekonomik Yapı ile İlişkisi

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

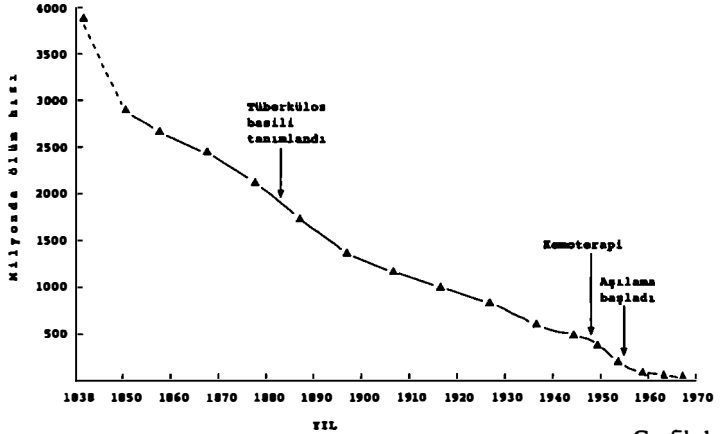
I.1. Ekonominin Sağlık Üzerindeki Etkisi

Ekonomik faktörlerin sağlığın belirleyicileri olduğu 17. 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 durumundaki gelişmeler daha çok bulaşıcı

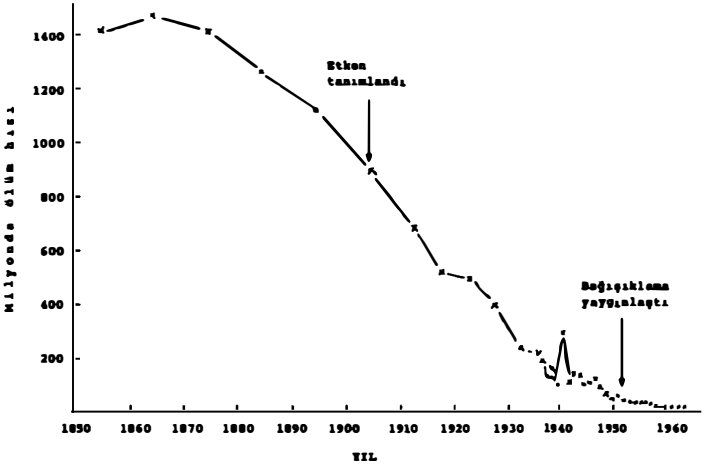
hastalıklara bağlı ölümlerin azalmasına bağlıdır. Bulaşıcı hastalıklarla ilişkili bu gelişme ise ulusal gelirin artmasına, sağlık programlarında hedeflenmediği halde gelir düzeyinin artışına bağlı olarak "kendiğilinden" ortaya çıkan su ve yiyecek hijyenindeki gelişmelere ve tarım devrimi sonrasında beslenmenin düzelmesine bağlıydı. Bütün bu gelişmelerin merkezinde ise kendine göre yeni eşitsizlikler ve sorunlar tesis etmiş olsa da "endüstri devrimi" bulunmaktaydı. Örneğin tüberküloza 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 seviyesine 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 1, 2, 3, 4 ve 5'de bu gelişmeler çeşitli hastalıklar için gösterilmiştir.

İngiltere'de solunum yolu Tüberkülozu ölüm hızları



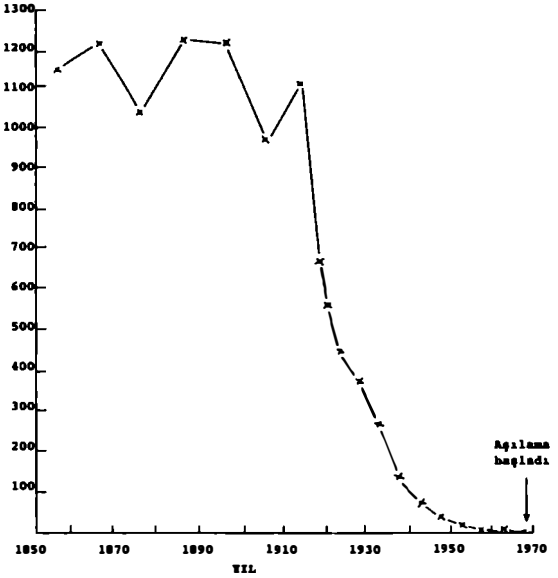
Grafik:1

İngiltere'de 15 yaş altında Boğmacadan ölüm hızları



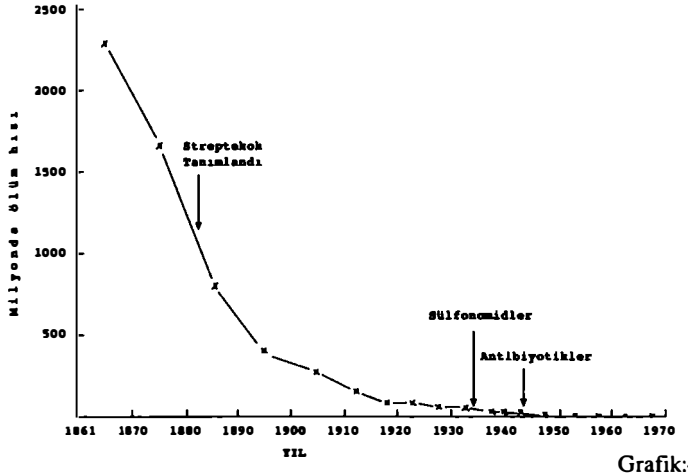
Grafik:2

İngiltere'de 15 yaş altında Kızamıktan ölüm hızları



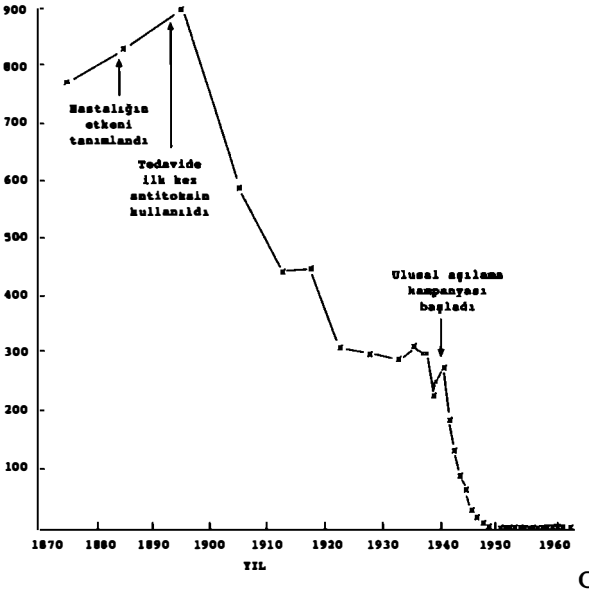
Grafik:3

İngiltere'de 15 yaş altında Kızıldan ölüm hızları



Grafik:4

İngiltere'de 15 yaş altında Difteriden ölüm hızları



Grafik:5

I.2. Ekonominin Sağlık Hizmetleri-Sektörü Üzerindeki Etkisi

Genel ekonominin sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi öncelikle kişi başı ulusal gelir ile ilişkilidir. Farklı ülkelerin verileriyle gerçekleştirilen istatiksel 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 morallerinin azalmasını beklemek gerekir. Böylece kriz dönemlerinin sağlık sektörü üzerindeki etkisi, diğer sektörlere göre daha fazla olur. Ekonominin diğer sektörlerinin tersine, sağlık sektöründe artan ücret maliyetlerini üretkenlik artışıyla kompanse etmek 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 insan 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.

I.3. Sağlık Sektörünün Ekonomi Üzerindeki Etkisi

Sağlık hizmeti bir üretim alanıdır. Ekonomi politiğin 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 %10'unu tüketmektedir. Bu kadar büyük miktardaki kaynakların 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, gerek ise 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 mekânlarda 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 ektiler yaratır.

Bütün bunların yanında, bir de sağlık hizmetlerinin verimsiz biçimde üretiminin yol açacağı ekonomik olumsuzlukları akılda tutmak gerekir. Böyle bir durum yalnızca birey ve toplum sağlığını doğrudan

olumsuz yönde etkilemekle kalmayacak, ekonomide de genel anlamda kaynak israfına neden olacaktır.

I.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 gereksinmesinin 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 azlatmayı hedefler. Sigara tüketiminin azaltılması ise tütün üretimini azaltır; bu da tarımsal ekonominin yeniden düzenlenmesini gerektirir. Tütün üretiminin azalması ise, 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. Hükumetler 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.

II. 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:

II.1. Sağlık Hizmeti

Sağlık hizmeti dörde ayrılır:

a) Tıbbi teknoloji ve ilaç: Bunlar 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 mekânlardır. Sonuncusunun dışındakiler birinci basamak kurumlar olarak tanımlanır. Hastaneler ise, uzmanlık hizmetinin üretildiği ikinci ve üçüncü basamak sağlık birimleridir.

ii) Bireye Yönelik Koruyucu Hizmetler: Aşılama, aile planlaması, sağlık eğitimi programları, ana çocuk sağlığı hizmetleri, kontrol muayeneleri, taramalar 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 arasında ilişki olması gerekir. Pek çok ülkede, bireylerin ön-

ce 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 hizmetlerde insan-gücü olarak yararlanılır.

II.2. Sağlık Hizmeti Üretiminde Emek Nesneleri

a) Tıbbi teknoloji ve ilaç sanayilerinde: Çok çeşitli kimyasal hammadeler ve ara mallar.

b) Tıbbi bakım hizmetinde: En önemlisi biyo-psikolojik ve sosyal bir varlık olarak insanın kendisidir.

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) sağlık hizmeti bağlamında emek nesnesi durumundadır.

d) Otelcilik hizmetlerinde: Düzenli bir biçimde çalıştırılması gereken her türlü sağlık işletmesi.

II.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 sanayileri için: Sanayi işçileri.

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

c) Çevre sağlığı hizmeti üretiminde yer alan, ancak doğrudan for-

mel sağlık eğitimi almamış olan sağlık insan-gücü. Kimyagerler, biyologlar ve çevre mühendisleri gibi.

d) Otelcilik hizmetlerini üreten sağlıkçılar: Özellikle hastanelerde yaygındır. Mutfak, temizlik, çamaşırhane, depolama vb. hizmet alanlarındaki insan-gücü böyledir.

e) İdari hizmetleri üreten tıbbi sekreterler, maaş bordrolarını hazırlayan memurlar, vb.

II.4. Sağlık Hizmeti Üretimindeki Emek Araçları

a) İlaç ve tıbbi teknoloji sanayileri için bütün fabrikalar ve makinalar.

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 çalışan 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 kesimlerinin gereksinmelerine yöneliktir.

Bir yandan insani gerekçeler, bir yandan da sağlıklı emek-gücünün yeniden üretimi ile kapitalist üretimin sürekliliğinin sağlanması zorunluluğu 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.

Çalışan insana verilecek sağlık hizmetinin değeri, çalışanın üretim süreci içindeki toplumsal-tarihsel konumuyla yakından ilişkilidir.

Bir başka deyişle, bireye sunulan sağlık hizmetinin düzeyi, onun emek-gücünün değeri ile bağlantılıdır.

III. Emek-Gücünün Değeri ve Sağlık Hizmeti

Emek-gücünün değeri ise yine tarihsel bir ilişki biçimini yansıtır. Bu ilişki biçimi, içinde yaşanılan sosyo-ekonomik formasyonun koşulları zemininde ve sınıfsal ilişkilerle belirlenir. Emek-gücünün değerini belirleyen genel geçer etkenler şurlardır:

1-) En genel anlamda, işçi ve emekçi sınıfların kendi inisiyatiflerini koyabildikleri, kendi sınıfsal çıkarlarını yansıtabildikleri sınıf savaşımı düzeyi. Bu olgu, sürecin siyasal boyutuna işaret eder. Yani, çalışan 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 işçi sınıfının ve diğer 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 konumu da ektiler; tüm dünyada genel olarak çalışanlardan yana bir siyasal, ideolojik atmosfer yaratır. 2. 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 da sosyo-ekonomik formasyonun gelişmişlik düzeyi. Bu da sürecin kültürel yönünü belirler. Yani, bir toplumsal formasyon içinde emek-gücünün değerini yalnızca sınıflar arasındaki siyasal güç dengesi belirlemez. 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. Sosyo-ekonomik 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 içgüdüsünü ve eylemini yaşar. Dolayısıyla, üretici güçlerin bilimsel, entelektüel gelişiminden yana olan kültürel faaliyet, bunu engellemeye yönelik egemen siyaseti aşmak eğilimi gösterir. Zamanla da bu eğilimi kendi siyasal örgütlenme kanallarına taşır. 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 bulunan 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 üretim için istihdam edilebilmesi olanaklı olacaktır. Bu durumda emek-gücünü değerli kılabilecek tek 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 başlarına terkedilmişlerdir; 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 denilebilir) gereksinimlerin 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 değerdir. Kapitalist işlerlik içinde emek-gücünün bir kısmının değeri ücretlendirilir. Ücret, emek-gücünün 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 üretimi olarak sağlık hizmeti, her sosyo-ekonomik formasyonda emek-gücünün o sosyo-ekonomik formasyonda beliren değeri ölçüsünde, emek-gücünün yeniden üretimi içinde yeralır. Tıbbi bakımın beslenme, barınma, giyinme gibi asgari gerisinimler arasına giremeyebileceğini de belirtmek gerekir. Çünkü, emek-gücünün değerini oluşturan bütün kategorilerin ve bu arada tıbbi bakımında 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 bir biçimde ve en

azından asgari düzeyde vazgeçilmez bir bileşen olarak emek-gücünün yeniden üretimine girebilmesi ancak zaman içerisinde gerçekleşmiştir.

Bu durum, aynı sosyo-ekonomik formasyonun (örneğin kapitalizmin) farklı sektörleri için de geçerli olabilir. Örneğin bir sektörün gereksindiği, kullandığı emek-gücü, diğerlerine göre daha değerli olabilir. Yani ekonominin bir sektöründe daha uzun sürede eğitilebilen, gerekli mesleki formasyon kazandırılabilen; toplumsal yaşantıda daha zaruri gereksinimleri karşılayacak mal, hizmet üretimini gerçekleştiren bir 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. 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, yukarıdaki bütün gereksinimlerin asgari aylık düzeyini karşılayabilecek 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 satandart bir tıbbi bakım hizmetinin örgütlenmesi 2. 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, 2. 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 yakalamıştır; 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 eş zamanlı gelişmiş olması böyle bir zorunluluğun göstergesidir. Öylesine ki bugün Batı'da çalışanların 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, kullanılan sağlık hizmetinin nitelik ve kapsamı gelişir. Emek-gücünün değerlenmesinin bu boyutu kapitalistler açısından kolayca vazgeçilecek olanı iken, ekonomik gerekliliklerle ilişkili boyut, emek-gücünün değerinin, ücretin ve sağlık hizmetinin asgari düzeyine ait sınırı çizer.

IV. Sağlık Hizmeti İçin Ayrılacak Fonlar Nasıl Belirlenir?

IV.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 amacıyla da kullanabilirler. Böylece, türetimin 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 gereksinimlerinin karşılanmasına yöneliktir.

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 dö-

nemlerde 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 alanlarının açılması ya da varolanların 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 sermayenin genişletilmesi: İstihdam hacminin genişletilmesi ve/veya mevcut emek-gücünün toplumsal zenginlekten daha fazla oranda pay alması biçiminde. 4) Üretim fazlasının bir kısmı da doğrudan daha 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 daha çok 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 da el koyar. Üretimin genişletilmesi sürecinde kaynakların nasıl değerlendirileceğine ve tasarrufların ne şekilde yapılacağına da kendi yasallığı 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 daşında, 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.

IV.2. Sağlık İçin Fon Oluşturmanın Ekonomi Politiği

Kapitalist sistemde, sağlık için ayrılacak kaynakların boyutu (daha önce sıralanan) siyasal ve kültürel etkileşimlerle belirlenir. Bu etkileşimin temel iki 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. Üretici sınıflar, doğal olarak, toplumsal mücadalenin içinde yer alırlar. Çalışma koşullarının düzeltilmesini, emekliliklerinin, işsizlik durumlarının 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 sermayeyi, o nitelikteki emek-gücünün gereksindiği çeşitli maddi ve sosyal gereksinimlerin karşılanması yönünde hareketlendirir. Dolayısıyla, doğrudan maddi malların üretimine yatırım yapan sermaye gruplarının 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 almak 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. Yanısıra, 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 sermayenin 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 harcamaları yanısıra işletmecilik giderlerini de artırır.

Bütün girdileri ile birlikte sağlık hizmeti sektörü, ekonominin bütünü içinde "abartılı" bir yer tutmaya başlar. Yeniden biçimlendirilen tüketim kalıplarının etkisi ile, halkın devletten daha çok sağlık payı

yönündeki talepleri kökleşir. 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. Sermayenin kendi 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 sitemlerinin 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 gerçekleştirilir. Bunun dışında, kimi ülkelerde (İngiltere gibi) ilk iki sırada belirtilen 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 dağı-

lımındaki eşitsizlikleri giderici (progresif) nitelikte olduğunu gösterir. Ancak ne olursa olsun, kapitalist sistemde çalışanlardan 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 biçimindedir. Genel vergilerden finansmanda, ücretin içindeki Sosyal bileşen vergi içine aktarılmış olmaktadır.

b) Zorunlu sağlık sigortası aracılığıyla. Gelişmiş kapitalist dünyada, halk sağlığı, zorunlu sigorta uygulaması ile güvenceye alınmıştır. Sigorta, kamu ve özel sektördeki bütün işçi ve emekçileri, bu arada tarımsal 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 ise 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 sistemde de (Ulusal Sağlık Sistemlerinde ve Sigorta Sisteminde), sağlık için oluşturulan fonların yaratıcısı emek-gücünün kendisidir. Vergi de, prim de ücretten kesilir.

Sonradan, emek-gücünün yeniden üretimi için kullanılacak sağlık hizmetini finanse edecek fonlara aktarılırlar. Sağlık fonları ücretin Sosyal bileşinini oluşturur. Böylece emek-gücünün ürettiği yeni toplumsal değerlerin bir kısmı emek-gücünün kendisinin yeniden üretiminde kullanılır. Vergi ve primle beslenen bu fonları kamu de-

netler, yönlendirir. Emek-gücünün yeniden üretimi kamuca garantilenmiş olur.

Sağlık harcamalarının artışıyla ve/ya da kapitalizmin bunalıma girişiyle birlikte, sanayi sermayisinin üzerine daha çok yük biner. Çünkü sanayi sermayesi ya daha fazla oranda prim ödemek zorunda kalır ya da mevcut primi bile kaldıramaz duruma gelir. Öte yandan sağlık harcamalarının artışı tıbbi bakım sektörüne yatırım 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-) 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, bir takım asgari standartların belirlenerek, denetlenmesi düzeyine sınırlanır. Hastanecilik hizmetlerinin sermayenin önemli akış alanı durumuna gelişinin nedeni, hastanelerin teknoloji yoğun oluşu ve önemli boyutlarda laboratuvar hizmetinin, cerrahi müdahelenin 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 ekono-

mik 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, çalışan sınıfların sağlığına ayrılan pay, yine aynı sınıflarca üretilen toplumsal değerlerin bir kısmından başka birşey değildir. Sermaye sahibi bireyler de, yine aynı sınıfların ürettiği artıdeğerin 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 pirimi, genel vergi, doğrudan ödeme şeklinde olabilir. Bütün bunlar yine daha sonraki bölümlerde, ayrıntılı olarak incelenecektir.

V. Sağlık Hizmeti ve Değer Yasası

V.1. Sağlık Hizmeti ve Değer Üretimi

Burada, anlatım kolaylığı sağlamak bakımından, sağlık hizmetinin kapsamı bireye yönelik (tedavi edici ve koruyucu) tıbbi bakım hizmetleri ile sınırlandırılacaktır. Çereye 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 yanısıra, 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-de-

ğer üretimini sınırlayıcı), bir yandan da üretkenliği artırıcı (yeni 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 birşey katmaz. Ancak, tüm maddi malların üretimini yapan emek-gücünün idamesini sağlayıcı bir işlevi yerine getirir.

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. Ancak bu maddi değer, kendi özellikleriyle değişime girer ve değişim sürecinde, daha önceden sağlık hizmeti kullanmış bir emek-gücünün ürünü olup olmadığının hiçbir önemi yoktur. Metanın değeri içindeki bu sağlık hizmeti değerinin boyutu ücretin sosyal bileşeni kadardır.

Değer üretimine bu dolayımlı katkı bile 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 için kullanılmıştır. Gerçekten de, en fazlasından bu işlevi yerine getirebilir. 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 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, en az derecede bile olsa olanaksızdır. Sağlık hizmetinin özel sektörce üretildiği durumlar için de, üretim-tüketim döngüsünde klasik meta ilişkilerini

saptayabilmek pek olanaklı değildir. Hizmetin özel sektörce üretimi, her ne kadar kapitalist piyasa koşulları çerçevesinde gerçekleşse de; üretim tam anlamıyla arz talep dengesi ile biçimlenmez. Çünkü klasik metalarda ortaya çıkan talep olgusu sağlık hizmetinde yoktur. Sağlık hizmetine olan talep, ancak sağlıklılık durumu kaybedildiğinde gündeme gelir ve sağlık bilgisi ekonomik ve kültürel anlamda dar bir profesyonel grup tarafından denetlenir. Sağlık hizmetinin bu özel yanı daha sonradan ayrıntılandırılacaktır.

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

Sağlık hizmetinin kendisi herhangi bir değişim değeri üretmediği halde, sağlık hizmeti üretimi üretilen değişim değerlerinin bir kısmının kullanımı ile olanaklı olur. Yani toplumsal zenginliğin bir kısmı, emek-gücünün yeniden üretimini sağlamak üzere sağlık hizmetlerine ayrılır. Böylece sağlık hizmeti üretimi, ekonomik anlamda ve değişim değerlerinin üretimi döngüsü içinde, kendisi bir değer üretmeyen, ancak, üretilmiş olan değerlerin bir kısmını kullanan ara bir sektör konumundadır. Sağlık sektörü, bu nedenle, ekonomik olarak maddi malların üretildiği diğer söktörlerdeki dinamiklere bağlıdır. 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 üretkenlik olanaklarınca 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 bağlı konumdadır. Buna karşılık, yine aynı nedenlerden dolayı, kendisi ekonomik olaylardan doğrudan ve derinlemesine etkilenir. Bütün bunlar sağlık sektörünün ekonomik anlamda "üretici olmayan" karakterinden kaynaklanır.

Yukarıda anılan nedenlerle toplumun sağlık düzeyinin belirlen-

mesinde 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 birincil derecede öneme sahiptir.

V.2. Sağlık Hizmetinin Değeri

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

Bireysel düzlemde ise, sağlık hizmetinin değeri, kendisi için ayrılabilecek bireysel kaynakların değeri kadardır. Birey hastalandığında ya doğrudan doğruya, ya da bir sigorta kurumunun aracılığıyla sağlık hizmeti üreten kuruma değer aktarır. Böylece elindeki değerle (para da denilebilir) başka değerleri satın almak yerine sağlık hizmeti kullanımını tercih eder. Dolayısıyla, sağlık hizmeti, kendisinin tercih edilmiş olduğu diğer maddi ürünlerin değerlerinin toplamı kadar bir değere sahip olur. Bu anlamda da, sağlık hizmetinin değeri, maddi ürünlerin değerleri üzerinden ortaya çıkar.

Sağlık hizmeti değerinin, diğer malların değerleri üzerinden ortaya çıkmasının nedeni, sağlık hizmetinin kendisinin yeni bir değer üretmiyor oluşudur. Bir başka deyişle, diğer malların değerini hesaplamak için kullanılan; **c, v, s** toplamı burada geçerli değildir. Daha doğrusu bu formüldeki **s** (artı-değer: O üretim sürecinde üretilen yeni değer) 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 formel eğitim süresinin uzunluğu 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 kısımını işçiye sunulacak sağlık hizmetinin üretilmesi için ayırırlar. Oluşturulan fonun kullanımı devlet eliyle ya da doğrudan özel biçimde olabilir.

Fon kullanımının devlet eliyle olması durumunda herhangi bir sorun yoktur. Çünkü devletin, kendi sunduğu hizmetten kâr elde etmek gibi bir amacı çoğunlukla yoktur. Fonun özel sektör eliyle kullanımı durumunda ise ilk bakışta karmaşık bir durum belirir. O da özel sağlık işletmelerinin kâr elde etmeye yönelik yatırımlarıdır. Özel sağlık işletmelerinin, toplam yatırımlarının üstünde bir kazanç elde ettikleri doğrudur. Ancak bu kazanç, diğer maddi malların üretiminde gözlenen artı-değer üretiminden farklıdır. Burada gözlenen olay, toplam toplumsal artı-değerin sağlık sektörüne aktarılan bir kısmına sağlık sermayedarlarının el koymasıdır. Bir başka deyişle diğer sektörlerde üretilen artı-değerin sağlığı da içine alan bütün ekonomi içinde paylaşımı durumu söz konusudur. Böylece sağlık sermayedarı, sağlık için ayrılan toplumsal zenginliğin (bir kısmı ücret kesintisi, bir kısmı da doğrudan artı-değer kesintisi olarak gelen toplumsal zenginlik) bir kısmını işletmesinin değişmeyen, bir kısmını değişen sermayesi olarak kullanırken; bir kısmını da kendi kârı olarak ayırmak durumundadır. Değişmeyen sermayeyi hastane inşaatı, tıbbi cihaz alımı gibi işlerde kullanır.

Böylece **v**'yi (yani sağlık emekçilerinin ücretini), emek-gücünün yeniden üretimi için gerekli olan tüketim maddelerinin değeri belirlerken; sağlık sektörü patronunun kârını, üretilmiş bir yeni değer değil, sağlık sektörüne ayrılan toplumsal artık belirler. Bu olgu, tıbbi bakım hizmetine yatırım yapmış olan patronu, kendi kârını artırabilmek için, sağlık emekçileri üzerinde, ekonominin diğer sektörlerinde gözlenenden daha fazla oranda bir ekonomik basıç uygulamaya zorlar. Sonuçta sağlık emekçisi ekonominin diğer sektörlerindekilere göre daha fazla oranda ekonomik sömürü ile yüz yüze gelir.

Burada iki noktanın 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 sigorta primi olarak veya genel vergilerin kap-

samında özel sağlık hizmeti finansmanına aktarılması, aktarılanın bir kısmına da sağlık sermayedarı tarafından kâr olarak el konulması, ücretin bu sonuncu 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 zorundadırlar.

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 alanlardaki üretim düzeyine bağımlı konumdadırlar. Milli gelirdeki azalmalar veya milli gelir büyüme hızındaki yavaşlamalar ile sermayenin ortalama kâr oranındaki düşüşler, bu nedenle doğrudan sağlık sektöründeki yatırımları etkiler. Böyle dönemlerde, ne devlet, ne de özel sektör sağlık için kaydırılabilecek sermaye bulabilir. Aynı bağımlı karakter, maddi mal üretimine yatırım yapan sermaye çevreleri ile sağlığa yatırım yapan sermayedarlar arasındaki çelişkilerin de zeminini hazırlar. Bu çelişki, sağlık sektöründeki patronu, sağlık iş kolundaki emekçilerin mücadelesi ile ekonominin maddi mal üreten sektörlerindeki patronları arasında sıkıştırır.

Böylece tıbbi bakım alanına yatırım yapan sağlık sermayedarı, ekonominin diğer sektörleri tarafından belirlenen sınırlı kaynağı kullanmak durumundadır. Tıbbi bakım hizmeti üretimi, aynı zamanda emek yoğun bir sektördür ve bu yoğun emek-gücü 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, özellikle mutlak türde sömürüyü gerektirir. Öte yandan herhangi bir sağlık kuruluşunun gerekli donanımının sağlanabilmesi bile önemli bir sermaye yatırımını gerektirir. Bütün bunların iki olguyu koşulladığı söylenebilir:

a) Özel sağlık sektörüne yatırımların yavaşlığı ve azlığı: Zorluk-

lar nedeniyle bu alana yatırım yapan sermaye çevreleri genellikle özel teşvikler isterler.

b) Sağlık emek-gücünün ileri düzeydeki sömürüsü, aşırı iş yükü ve düzensiz 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 sömürü olgusudur.

İKİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN MODELLERİ

A) SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINI İNCELERKEN KULLANILACAK TEMEL KAVRAMLAR

(Bu bölüm için ayrıca şu kaynaklara da bakılabilir: Mills A, Drummond MF 1985; Torrance GW 1986, Manisalı E 1987: 10-15, 153-182, 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).

Mal (Goods): Geniş anlamda insanın gereksinimlerini karşılayan, değişim için üretilen ve kapitalist üretim ilişkilerini yansıtan herşey. 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; buz dolabı 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 gereksinimleri 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 ad-

dır. 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, tüketicinin eline geçinceye kadar yapılması zorunlu olan hizmetlerdir. Örneğin, malların imal edildikten sonra, tüketilecekleri merkezlere ulaştırılması 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 tüketicisinin de olduğu bilinir. Saklanamaz.

Milli Gelirle İlgili Kavramlar

1) Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) (Gross National Production): Bir ekenomide 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 Produstion): Yurt içinde 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 müesseseler.
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 hesaplamasına 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 ayrımı 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 geliştirmek için faktör sahipleri (işçi ve emekçiler işgüçleri, sermayedar ve toprak sahipleri ise sermaye ve toprakları ile) üretime girerler.

3- Üretime katılmalarının karşılığında üretim faktörleri, ücret, kâr, faiz ve rantlarını alırlar.

4- Üretim olayı gerçekleşirken, devlet kendi 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 "alt yapı" sektörlerine ve ağır sanayiye 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 alırken vergiyi de ödemiş olurlar. Katma değer vergisi, damga vergisi, harçlar, gümrük vergisi ve banka ve sigorta muameleleri 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 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 vergi-

den 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 Vergi (Palyroll 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, 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 (Need): 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 tarihsel 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 koşulları içinde ortaya koydukları satın alma isteğidir. Bir yandan da satın alınan mal ve hizmet miktarını ifade eder. Talep gereksinimlerin karşılanmasına yöneliktir. Piyasada gereksinim talep şeklinde kendisini ortaya koyar. Ancak kapitalist piyasa koşullarında gereksinim ile talep arasındaki doğrudan ilişki ço-

ğu kez bozulur. Gereksinime karşılık gelmeyen, ancak yine de tatmin edilmesi gereken talep gelişebilir. Pek çok gereksinim ise, sahibinin satın alma gücünün eksikliği nedeniyle, kendisiyle ilgili talep yaratmadan ve tatmin edilmeden kalır.

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

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 **c+v+s** şeklinde tanımlanan değer içindeki **c+v** toplamı, kapitalist açısından malın maliyetini oluşturur. Maliyetlerin tüm top-

lum 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 katılıma bağlı olarak hissedecekleri ağrı, acı, rahatsızlık, vb. hislerinin parasal karşılığıdır.

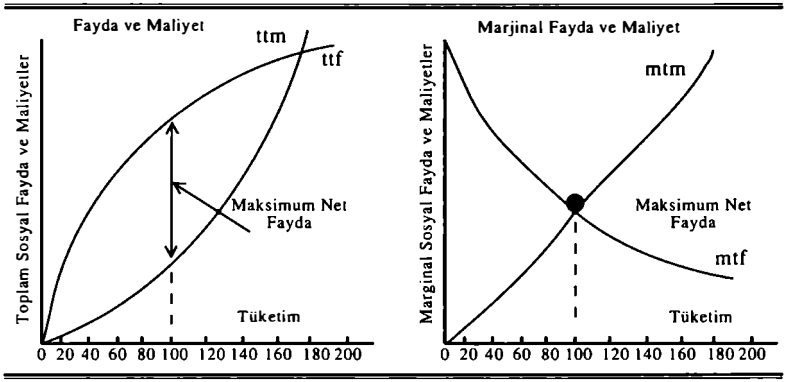
Maliyetlerdeki bu sınıflama fayda için de yapılabilir: 1) Doğrudan Fayda (Direct Benefit): Bireylerin sağlık hizmetini kullanmaları sonucunda sağlık düzeylerinin yükselmesine bağlı olarak ilerideki sağlık harcamalarının azalması. 2) Dolaylı Fayda (Indirect Benefit): Sağlık düzeyinin yükselmesine bağlı 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 üretilmesi 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 grafikte gösterilmiştir.

Grafik: Maliyet ve Fayda Arasındaki İlişkiler



Sabit Sermaye Maliyetleri (Capital Costs): Sabit sermaye maliyetleri, 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. Bütün sağlık ocaklarının 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 elekt-

rik giderleri böyledir ve üretilen otomobil sayısına göre harcanan elektrik de değişir.

Sosyal Maliyetler (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 anların 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 tanımlanan sonuçlar) bakımından bir başka program ile karşılaştırılması. Bu değerlendirme maliyet-fayda (cost-benefit), maliyet-etkinlik (cost-effectiveness), maliyet-kullanım (cost-utility) olarak bilinen çeşitli tekniklerle gerçekleştirilir. Aşağıdaki tabloda ekonomik değerlendirmenin bileşenleri gösterilmiştir.

Tablo: Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan Değerlendirilmesi

Maliyetler (Costs)	➡ Sağlık Programı (Improvement)	➡ Sağlıktaki Gelişme	
M1) Doğrudan	A) Etki	B) Fayda	C) Sağlığın değeri
M2) Dolaylı	(Effect)	(Benefit)	(Value Of health)
M3) Manevi	E1)Hastalık	F1) Doğrudan	D1) Nümerik skala olarak
	E2) Ölüm	F2) Dolaylı	D2) Ödeme isteği olarak
		F3 Manevi	D3) Utility (QALY's)

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) şek-

linde 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 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/F 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. Hizmetin sunumunda 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?

Maliyet-Fayda (Cost-Benefit) Analizi: Maliyet-Fayda Analizi (MFA) sağlık programının net sosyal faydasını tanımlar: Net Sosyal Fayda (NSF)=F1 + F2-M1 -M2. 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 çok seçenek varsa, o zaman NSF değeri en yüksek olanı uygulanmalıdır. MFA ile tek bir program karşılaştırılabileceği gibi, farklı etkileri olan programlar da karşılaştırılabilir. MFA'nin bu yönleri, onun MEA'ne üstünlüğünü oluşturur. MFA'nde 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 (F2) 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 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: Bu analizde maliyetler 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 ortak olan bir sonuç çıktısını kullanması, böylece de her tür programın birbiriyle karşılaştırılmasına olanak tanınmasıdır. 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.

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 yön-

temle 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 (utilites) ve sağlıklı yaşam yılları (healthy life years) sağlık durumunu 0 ile 1 arasında puanlayan ölçeklerdir. Sağlık durumunun düzeyini yansıtır ve hastalık, ölüm gibi durumları, toplam sağlık düzeyini ifade edecek şekilde tek bir ölçüt üzerinden ifade etmeye yarar. 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 eş zamanlıdır. Bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması, hatta ortadan kaldırılmaları, sonuç olarak insan ömrünün uzaması, 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.

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 yılların emosyonel iyilik durumunun, sosyal etkinlik durumunun kalitesi ne kadardır? İşte sözü edilen değerlendirme bu sorunun yanıtını vermeye çalışır. Şüphesiz kaliteye ilişkin olarak sözü edilen öl-

çeklerin 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 bir kaç 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 ölçülebilecekbiçimde ayrıntılı, adımlı biçimde 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 klasifikasyon sistemi olarak bilinir. Bu, sağlığın ya da değerlendirilecek sağlık boyutunun-kompartmanının adım adım tanımlanması esasına dayanır. Klasifikasyon 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?

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

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.

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 yerine 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 verimlilik 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 kaynakların 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 kullanılıyorlar ise, 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'dan 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'den 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 değerlendirilir. Eğer bir programın marjinal birim 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, ***Neuhauser*** ve ***Lewicki***'nin, asemptomatik kolon kanseri için önerilen testlere ilişkin yaptıkları değerlendirmeleridir. Bu ekonomik değerlendirme için, adı geçen araştırıcılar ***Greegor***'un kolon kanseri saptanması için önerdiği altı testlik tanı dizisini kullanmışlardır. Bu altı testin kullanılması durumunda, 10 bin kişilik bir popülasyonda 72 kanser olgusunun saptanması mümkün olmaktadır. Her bir test kendisinden bir öncekinin tespit edemediği olguların %91.67'sini daha saptayabilmektedir. Bu durumda olgulara ilişkin durum aşağıdaki gibi olmaktadır:

Tablo: Test Çeşitlerine Göre Olgu Sayısı ve Maliyet

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

Yukardaki 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 durumu ortaya koymaktadır. Marjinal maliyetlerin (burada marjinal maliyet, uygulanan testin, tespit ettiği yeni kanser vakası başına getirdiği maliyettir) durumu aşağıdaki gibidir:

Tablo: Test Çeşitlerine Göre Ek ve Marjinal Maliyetler

Test	Saptanan Ek Olgular	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 Dolar olmaktadır. Bu durumda, 47 milyon Dolar ile bir kanser vakası tespitinin, harcanan paraya değip değmeyeceği sorusu ortaya çıkmaktadır. Eğr bunun yanıtı "Hayır" ise, o zaman ikinci soru gündeme gelecektir: Bu soru ise; 4.7 milyon Dolara bir kanser vakasının tespit edilmesinin (beşinci testin marjinal maliyeti) istenip istenmeyeceğidir.

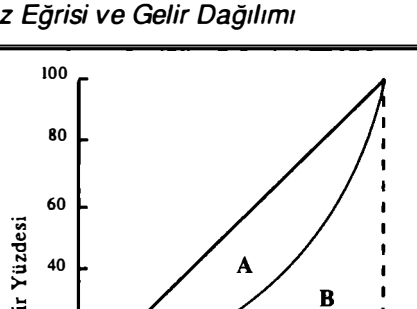
Ön-ödeme (Pre-Payment): Hizmet garantisiyle, hizmeti kullanmadan önce yapılan ödeme. (Sigorta uygulamaları gibi).

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

Eşitlik (Equity): Sağlıkta eşitlik üç düzlemde tanımlanmaktadır: a) Minimum standart anlamında; herkesin asgari düzeyde hizmete sahip olabilmesi. b) Tam eşitlik anlamında; herkesin, eşit gereksinim durumunda hizmeti eşit olarak tüketmesi. c) Ulaşabilirlikte eşitlik anlamında; hizmet için yapılan ödemelerin ve hizmete ulaşım sırasında yitirilen zamanın herkes için eşit olması. Eşitlik konusunda ikinci tanımın benimsenmesi gerekir.

Gelir Dağılımında Eşitsizlik (Inequality in Income Distribution): Kaynakların farklı bireyler, sınıflar, vb. arasındaki dağılımı ile ilgilenir. Gelir dağılımı açısından eşitsizlik, gelirin toplumun %20'lik; %1'lik, vb. dilimlerine dağılımındaki farklılığa işaret eder. Tam eşitlik durumunda, toplumdaki her %20'lik dilimin toplam ulusal gelirin de %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 kabul 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 de, 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 mekânda sağlık hizmetine ulaşamazlar. Kırsal kesimde daha çok ulaşımsal, kentlerde ise finansal eşitsizlik vardır.

B) SOSYAL GÜVENLİK POLİTİKALARI

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

Sosyal güvenlik uygulamasının bir politika düzeyinde standartlaştırılarak, yaygınlaştırılması ise 2. Dünya Savaşı sonrası dönemde olmuştur. Bu dönemde sosyal güvenlik politikalarının gelişiminde etkili olan faktörler şunlardır:

1- 2. 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- 2. 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 bu 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 yönelimi 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 tarafından önemli derecede yönlendirilen siyasi partilerin etkisi altında kalmıştır. İşte işçi sınıfının siyasal kalkışması, kapitalizmi kendisine çeki düzen vermek konusunda uyarıcı olmuştur. İşçi sınıfındaki uyanışın ilk kez farkına varan yönetici Bismark'tır. Nitekim **Bismark** yazdığı bir mektupta durumu şu şekilde saptamaktadır:

"Sosyaldemokrat hareketin kontrol edilmesi, basit bir biçimde sosyaldemokrat aşırılıkların baskılanması ile gerçekleştirilemez. Bu, işçilerin pozitif olarak geliştirilmesi ile başarılmak zorundadır." (Aktaran Navarro V 1999:33)

Almanya'da yaşama geçirdiği sosyal güvenlik politikaları ile Bismark sosyaldemokrat hareketin basıncını kabul etmiş, bir yandan

da işçi sınıfını kapitalist sisteme bağlamak için sosyal güvenlik politikalarını bir araç olarak değerlendirmiştir.

I. 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 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.

II. Başlıca Sosyal Güvenlik Sistemleri

II.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, 2. 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.

II.2. Sosyal Yardım (Social Assistance)

Bazı ülkelerde, özellikle de İskandinav ülkelerinde sosyal güvenlik uygulamaları genel bütçeden finanse edilerek gelişmiştir. Bu uygalamaya, 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 nedeni de, yukarıda sıralanan bu grupların (sonradan kapsamı genişlemiş olsa da) anılan toplumsal niteliğidir. Yardım, program kapsamındakilere, gelir yardımı ya da kimi gereksinimlerinin karşılanması şeklinde yapılır.

Bugün, bazı ülkelerde sosyal güvenlik paketi içinde sigorta sistemine girmeyen 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 büyükse ve kira ödeme zorunluluğu varsa yardım miktarı da artar.

II.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.

II.4. Gelecek Bakımı Fonları (Provident Funds)

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

III. Sosyal Güvenliğin Gelişimi

Sosyal güvenlik politikalarının gelişiminde ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü) önemli rol oynamıştır. 1952 yılında yapılan bir ILO toplantısında sosyal güvenliğin minimum 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 ilişkin öneriler (1980).

Sosyal güvenlik paketi içinde yer alan programların dünyadaki yaygınlığı açısından durum aşağıdaki gibidir:

Tablo: Çeşitli Sosyal Güvenlik Programlarının Uygulandığı Ülke Sayısı. (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 toplu-

munun gereksinimlerini, öte yandan da endüstrileşmesinin düzeyini (bir ölçüde de olsa) 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 gelir grubundaki ülkelerde ise gerek toplumsal, gerekse bireysel düzlemde böyle bir olanak yok denecek kadar azdır. 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 uniformitesi tarımsal toplumlar için geçerli değildir. Çünkü tarımsal toplumlarda, nüfusun gereksinimleri, sanayidekinin tersine uniform değildir. 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 geliştirilebilmesi; karar verilmesi çok daha zor olan konulardır. Bu nedenle tarımsal ekonomi için, yeniden tanımlanarak, standartlaştırılmış ve dar alanlarda uygulanabilme olanağı bulunan programlar gerekir. Bunlar yönetsel maliyeti artırıcı unsurlardır. Ek olarak, örgütsüz tarımsal toplumun, sosyal güvenlik yönünde belirgin-zorlayıcı talebi de yoktur.

IV. Sosyal Güvenlikte Maliyet ve Kaynaklar

Bir sosyal güvenlik programının maliyeti, kabaca iki kalemden oluşur: a) Kullanıcı giderleri, b) 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 oluş-

turulduğu 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 bütçe ile katkısı, diğer kamu kurumlarının katkıları, sermayeden gelen gelirler. Çeşitli ülkeler için bu kaynakların durumu aşağıdaki tabloda gösterilmiştir:

Tablo: Çeşitli Ülkelerde Sosyal Güvenlik Gelirlerinin Kaynağa Göre Dağılımı. (%), (1977), (ILO 1989:119)

	Kesintiler		Özel	Devlet	Kamu	Sermaye	
	Sigortalı	Patron	Vergi	Katkısı	Kurumu	Geliri	Diğer
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	0.0	30.1	11.0	0.2	0.1
SSCB	-	-	-	96.4	-	-	3.6

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

1- Batı Avrupa ülkeleri için fonun oluşturulmasına başlıca katkıyı işçi, patron ve devlet yapmaktadır. Bunu Batı "demokrasisi"nin temel yapılanması ile açıklamak olasıdır. Batıda, sanayi sektöründe sendikal ilişkilerde de, işçi ve patron sendikaları (kuruluşları) ile dev-

letin 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) SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

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 göz önünde 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 bir yöntem olmalıdır. Çünkü gelir dağılımının bozulması toplumsal sağlık düzeyini olumsuz yönde etkiler ve sağlıktaki eşitsizlikleri artı-

rır. 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 birisi yukarıda da söz edildiği gibi para toplama tekniğinin niteliğidir. İkincisi ise finansman sistemindeki fonun 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 edil-

mesi 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 sınıflar birbirinden 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) işçi ücretinin belli bir oranının (ortalama %25-30) yarısını prim olarak 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. Son yıllarda fon tahsisatında finansör kurumlar ile hizmeti üreten kurumlar arasındaki sözleşme sistemlerinin giderek yaygınlık kazandığı görülmektedir. Bu sözleşmeli kaynak tahsisi yönelimindeki temel güdüleyici etkenler verimliliğin artırılması 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 kamu kurumudur. Bu durumda kaynak tahsisi çoğunlukla sağlık otoritesinin tek yanlı kararlarıyla gerçekleştirilir. Zorunlu sağlık sigortası ile dolaylı biçimde sağlık sisteminini 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 sözleşmeler 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. 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. Ödeme mekanizmalarının asıl etkisi ise personel motivasyonu ve gereksiz hizmet tüketimi üzerinedir.

Kaynak toplama teknikleri ile ödeme mekanizmalarının çeşitliliği sağlık finansman sistemlerini de çeşitlendirmektedir. Bu çeşitlilik ileride ayrıntılı olarak incelenecektir.

I. Sağlık Hizmetlerinde Finansmanın Organizasyonu

Çağdaş sosyal güvenlik kavramının hedeflediği risklerin çoğu sağlıkla ilgilidir: İş 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. Böylece, kurulan sosyal güvenlik sistemi, var olan ağı kullana-

rak ve her birisiyle, verdikleri hizmet üzerinden anlaşma yaparak, sosyal güvenliği kurumlaştırdı. 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. Sigortalının 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 tarafından, 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 hizmetin sunulduğu kurumların da sahibidir. Bu sistem, hizmetin istenildiği gibi denetlenmesi olanağını verebilir. Öte yandan, bürokrasi, aşırı merkeziyetçilik, hastaya hekim seçmede kısıtlama getirme gibi yönlerden eleştirilebilir. Bunun tipik örneği de Türkiye'deki Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ile Latin Amerika ülkelerindeki sağlık sigortası uygulamasıdır.

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

İndirekt sistemin tarihi bir geçmişi vardır. Direkt sistem ise, daha çok, geçmişte yaygın ve standart bir sağlık örgütüne sahip olmayan ülkelerde, hizmeti tümüyle devlet veya herhangi bir kamu kurumu elinde örgütlemek sürecinde gelişmiştir. Bir başka deyişle, kamu, sağlık örgütlenmesini kendisi yaratmak zorunda kalmıştır.

İndirekt sistemin, finansör kuruma, hizmet 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 doğruya hizmeti kullanan kişi tarafından yapılması durumda Direkt ödemeden söz edilmektedir. Bunun aksine, İndirekt finans mekanizması ise; ödemenin hizmetin kullanımından bağımsız olarak ve bir başka kurum tarafından yapıldığını dile getirir. Bu tanımlamaya göre direkt ve indirekt finans mekanizmaları aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır (Smith BA, Leiserson A 1978: 73).

1-) İndirekt Finansman Mekanizmaları:

a) Merkezi veya yerel hükümet kaynakları.

b) Zorunlu sigorta. (Hükümetin desteği olabilir).

c) İsteğe bağlı sigorta. (Hükümetin desteği olabilir).

d) Mesleki sigorta.

e) Bağışlar.

f) Yabancı yardımlar.

2-) Direkt finansman mekanizmaları:

Hizmeti kullanım sırasında yapılan ödemelerdir. Buna Cepten Ödeme de (Out-of Pocket Payment) 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 dışında, 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 yararlanıcıların ödedikleri primlerdir. Buna karşılık zorunlu (kamu) sigortasında yararlanıcı, 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.

II. Sağlık Hizmetlerinde Fon Oluşturma İlkeleri

Yukarıdaki 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 bir durumdur.

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 varolan eşitsizlikleri derinleştirecektir. Kullanımda ise, kaynakların öncelikle sağlığın korunmasına yönelik hizmetlere ve yine en fazla oranda sağlığa geresinimi 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 zedelenmesi 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 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 hizmetlerinin önceliği hep vardır.

III. Sağlık Hizmetlerinde Fon Oluşturma Teknikleri

III.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. Tüketim vergilerinin artırılması, doğrudan doğruya bu sınıfların üzerine ek maddi yük bindirecektir.

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 düzeyine kadar olan sınıfları gelir vergisinden muaf tutabilir, ya da gelir dilimlerine orantılı bir vergi sistemi getirebilir. Ya da gelir vergisinin önemli kısmını sermaye sahipleri üzerine kaydırabilir. Bütün bu uygulamalar, toplumdaki güçler dengesinin bir sonucu olduğu gibi, sınıfların ekonomik konumlarını derinlemesine değiştirecek etkilere de sahiptir.

Servetten alınan vergiler ise, doğrudan doğruya 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 baş-

lıca sakıncalarıdır. Sistemin işletmesinin zor olması, fazla personel gereksinmesi, yönetim giderlerini artırır. Öte yandan 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 geliştirilebilir. Örneğin, kimi tüketim maddeleri (alkollü içkiler, sigara gibi) daha yüksek düzeyde ve doğrudan doğruya sağlık hizmetlerinde kullanılacak fona aktarılmak üzere vergilendirilebilir. Bu uygulama sağlık fonunun hacmini yükseltecek ve dalgalanmalar karşısında daha korunaklı bir fon yapısı oluşturacaktır. Ancak bu, genel hizmet ve mal talebinin düşmesi sonucu diğer hükümet programları ile çatışmaya da neden olabilir. Bir diğer sakıncası ise; sağlık vergisinin, tüketim maddelerine getirilen ek vergileme olması durumunda, daha çok, toplumun dar gelirli kesimlerinin üzerine düşebilecek olmasıdır.

Yukarıda belirlenen vergileme sistemlerinden 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.

III.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 alınır. Zorunludur. Sigorta kapsamına giren sağlık programları da belirlenmiştir. Belirlenmiş sağlık programlarından oluşan pakete Güvence-Teminat Paketi 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 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, refah düzeyi iyi olup, daha az hastalanıp, az hizmet kullanması beklenenler; gelirleri, yaşam koşulları, refahları kötü olup, sık hastalanıp, çok hizmet kullanması beklenenleri, yani yüksek risklileri desteklemiş olurlar. Risk paylaşımın anlamı budur.

Sigorta uygulaması için sigortalanacak nüfusun belli bir gelire sahip olması gerekir. Bu da çoğunlukla düzenli istihdam biçimlerini, 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 nitelik sergiler.

III.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 porgramının örgütlenmesidir. İkinci seçenek ise birbirini tamamlayan bir dizi programın uygulanmasıdır: Değişik meslek grupları için ayrı sigorta programları ve Almanya'daki 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. Fransa, Lüksemburg'da durum böyledir (%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 %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 yönetimi 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 oluşturulacağı, 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. Almanya'da şimdiki durum böyledir. Böyle bir yapılanmanın sistemin verimliliğini artıracağı beklenir.

6-) Katkı payı (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.

III.2.2. Zorunlu Sigortacılığın Özellikleri

1-) Özellikle gelişen 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 ölçüde 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 işlev gören sigorta uygulaması, toplumda hastalık dönemindeki talepleri öne çıkaran bir bilinç geliştirir.

2-) Sigorta uygulamasında, 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 olan hekimleri de kendi kapsamına çekme gibi bir etkisi ortaya çıkar. Bütün bunlar varolan 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 hizmet-

lere yönlendirir. Bütün bunlar sağlığın korunmasını geri plana itici etkiler gösterirler.

6-) Tedavi edici hizmetlere yönelme, özellikle gelişen ülkeleri yabancı ilaç sanayine 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. Kısacası 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 durağan pazar koşulları yaratır. Tekelleşmeyi körükler. Sonuçta küçük bir üretim artışı büyük oranda kâr olanağı sağlar. 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: Sigorta kapsamında, hastalık öncesi yapılan ön ödemeler nedeniyle hizmet kullanımının artışıdır. Gereksiz hizmet üretme kullanma eğiliminin artışı gerek hekim, gerekse hasta açısından söz konusudur.

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 şirketi açısından yapılacak 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 ve ark. 1992:44).

Moral tehlike bütün sigortacılık türleri için, yanlı seçim ise daha çok özel sigortacılık için geçerlidir.

III.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 yer alması sigortanın yaygınlaştırılabilmesinin ve sağlık için ek kaynak yaratabilmenin önündeki en önemli engeldir. Bu sorun hem gelişmekte olan ülkeler için, hem de endüstrileşmiş ülkeler için geçerlidir. Eğer işsizlik artarsa, ücretler düşerse, sigorta sistemi içindeki gerçek kaynak tabanı da daralacaktır. Öte yandan, ekonomik rahatlama dönemlerinde gerçek 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 ve-

rimliliği zedeleyen 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 etki vardır.

Öte yandan yönetsel verimlilik açısından da sigortanın sakıncaları vardır. Çünkü sigorta yönetsel maliyetleri artırır. Avrupa ülkeleri için yönetsel maliyet toplam gelirlerin %5'i, Latin Amerika ülkeleri içinse %28'i kadardır. Mali için %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 tanımlanmamış 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 diyeşle, sosyal sigorta prim uygulaması progresif nitelikli olabilir. Zaten sigorta tercihinin ideolojik zeminini de bu varsayım-hedef oluşturmaktadır. Sosyal eşitliğe katkı durumu, özellikle katkı payları 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 sağlık sektöründeki eşitliği azaltır. Eşitliği tehdit eden bir diğer etken, sigorta kapsamındaki yararlanımların azaltılmasıdır. Bu durum son yıllarda bütün kapitalist ülkelerde gözlenmektedir. Güvence paketi kapsamının daraltılmasının temel nedeni sağlık harcamalarındaki artış ve ka-

pitalist 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 sistemlerinin, açık biçimde, orta sınıfların sağlık bakım masraflarını karşılamaya yönelik olduğu belirtilmektedir. 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 %90'ı sigorta kapsamındadır. Ancak diğer kaynaklar (insan gücü, sağlık kurumları gibi) kentlerde yoğunlaşmıştır. 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.

III.3. Anında Ödemeler (Payments, Copayments)

Hizmetin kullanımı sırasında, kullanıcının doğrudan, cepten yaptığı ödemelerdir.

III.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.

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.

III.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.

III.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.

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.

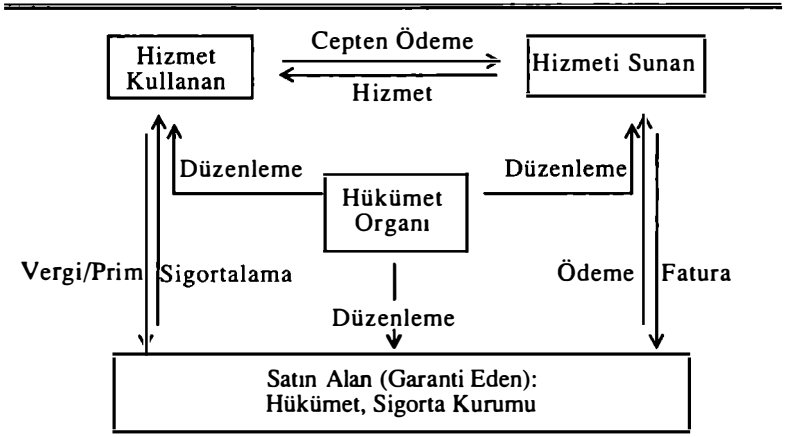
4) Örgütlülüğü daha zayıf olan ve ekonomik anlamda da daha düşük düzeyde yer alan toplumsal sınıfların varlığı, sağlığa devlet müdahalesini ve/veya devlet eliyle hizmet sunumu ile devlet bütçesinden finansmanı yaratır. Bu yapılanmaya da Ulusal Sağlık Sistemi denir.

5) Bütün bunların yanı sıra, sigortanın veya genel bütçenin finansman etmediği hizmet türleri için, boyutu ülkeden ülkeye değişen, ancak gelişen ülkelerde oldukça yaygın durumdaki 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 şekilde gösterilmiştir. (WHO 1993:6)

Şekil: Sağlık Hizmetlerindeki Fon Çeşitleri



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 %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)

IV. 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. Böylece, 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; Saltman RB, Figneras J 1997: 152-173).

IV.1. Hekim Ödeme Sistemleri

Hekimlerin ödeme mekanizmaları hekim davranışlarının motivasyonu üzerinde önemli etkilere sahiptir. Hekim ödeme mekanizmalarının sağlık harcamaları bakamından en önemli 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 ödüllendirme sistemi de uygulanabilmektedir.

Hizmet başına 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), hekim kullanma sıklıklarının fazlalığı dikkate alınarak daha çok ödeme yapılabilir. Kişi başı ödemede, hekimlere yapılan 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, he-

kim önceden belirlenmiş program çerçevesinde çalışmalarını sürdürür ve tıbbi, idari görevlerini ve eğitim amaçlı çalışmalarını bir arada yerine getirir.

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. Ancak Fransa'da hastane hekimlerine yapılan ödemeler bu şekilde kararlaştırılmaktadır. 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 olması. 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 görülmektedir. Arza dayalı talebin ortaya çıkması bakımından, yelpazenin bir ucunda hekimlerin ücretlerini kendilerinin belirlediği ve hastaların ödeme yaptığı hizmet başına ödeme sistemi yer alır. Bu durumda öteki uçta, hekimlerin ücretlerinin onları istihdam eden kurumca belirlenip, ödendiği sistem bulunur.

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

Tablo: Sağlık Hizmetinin Sunuş Biçimi ile Ödeme Mekanizmaları

Ödeme Mek.	Hitmet Birimi veya Sepeti	Sunan		
		Hastane	S. Merk.	Bireysel
Hitmet Başı	Tek Muayene ve diğer işlemler	+	+	+
Vaka Ödemesi	Ödeme şemasına göre farklı vakalar	+		
Günlük Fiyat	Hasta/gün	+	+	
Sabit Fiyat	Bazı yatırımlar ve özel hizmetler (Özellikle koruyucu)	+	+	+
Adam Başı	Belli bir periyodda, bir kişi için, tüm potansiyel hizmetler			+
Ücret	Genellikle bir aylık çalışma			+
Global Bütçe	Belli bir sürede, bir hizmet kurumunun tüm hizmetleri	+	+	

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 ileriye 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.

IV.1.1. Geriye Dönük Ödeme Sistemleri

Geriye dönük (hizmet karşılığı) ödeme, hekim "özgürlüğü"nü artırıp, 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 ede-

bilir. Araştırmalar hizmet karşılığı ödeme alan hekimlerin, ücretli olanlara kıyasla %22 daha fazla oranda hasta kabul ettiklerini göstermektedir. Bunun nedeni, gelen her hastanın hekim açısından ek hizmet ve ek ücret anlamına gelmesidir. Böylece hizmet başına ödemede hizmet yükü ile hekimin ücreti doğrudan ilişkilendirilmiştir ve bu da hekimin iş üretme 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 ücretlerini 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 sahtekârlığı ve girdi ikâmesidir. Ücret sahtekârlığı 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, ikâme etme eğilimi göstermesidir. Yani hekim hemşireye ödeme yapmamak amacıyla onun işlerini de kendisi üslenmektedir. Bu da hizmet kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir.

IV.1.2. İleriye 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 kararda minimum sapma sağlar. ABD'de yapılan araştırmalar kişi başına ödemenin, geriye yönelik ödemelere göre daha az harcamayla aynı işi gerçekleştirebildiğini göstermektedir. İleriye yönelik ödeme hekimlerin coğrafi olarak daha iyi dağılımını sağlar ve sağlığın korunmasına yönelik hizmetlerin 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 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 yönelik 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 ileri teknoloji ve eğtimli 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 düşürücü etkiye sahip olsa da, kaliteyi de düşürebilir.

Hizmet başına ödemede gereksiz hizmet üretimi özellikle laboratuar 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 için belirlenmiş hastaların gereksiz reçete yazdırma, rapor alma, sevk isteme baskıları altında hissedebilirler. Aşağıdaki tabloda hekim ödeme sistemlerinin değişik ülkelerdeki durumu özetlenmiştir.

Tablo: Ülkelere Göre Hekim Ödeme Sistemleri (Stahl I 1990:43)

Fiyat Belirleme Süreci	Ödeme Yolu	Ödeme Mekanizması	Uygulayan Ülkeler	Hangi Hizmetlere Uygulandığı
Hekim	Bireysel	Hizmet Başı	ABD, İtalya, UK	Ayaktan, Hastane, Uzman, Pratisyen Hizmetleri
	Üçüncü El	Hizmet Başı	ABD,	Ayaktan, Hastane, Uzman,Pratisyen Hizmetleri
Görüşme/ pazarlık	Bireysel	Hizmet Başı	Fransa, İsveç, Norveç, Avustralya, Y. Zelanda	Ayaktan, Hastane, Uzman, Pratisyen Hizmetleri
	Üçüncü El	Maaş	Kanada,	Uzman ve Pratisyenler
		Hizmet Başı	Kanada, B. Alm, Hollanda, Danimarka, Avusturya, Y. Zelanda,	Ayaktan,Hastane Hizm. Uzmanlar Kırsal Alan
		Kişi Başı	Danimarka, Hollanda,	Kentsel Bölge Pratisylenler
	Organi-zasyon	Ücret	ABD,	HMO'lar
		Kişi Başı	ABD,	HMO'lar; Yalnızca Pratisyenler için
Yönetsel Karar	Bireysel	Hizmet Başı		
	Üçüncü El	Ücret	B. Almanya, Fransa,	Hastaneler Kamu, Hastaneler Halk Sağlığı, İşçi Sağlığı
		Hizmet Başı	Kanada, ABD,	1972-1976 arasında Medicare
		Kişi Başı		
	Organi-zasyon	Ücret	İng., İtalya, İsveç, Norveç, SSCB,	Uzmanlar Uzm. ve Bölge Yönt. Tüm Hekimler
		Hizmet Başı	ABD,	Bazı Kamu ve Eğtm. Hast. Bazı HMO'lar
		Kişi Başı	İng., İtalya, İspanya,	Yalnızca Pratisyenler Uzmanlar, Pratisyenler

IV.2. Hastane Ödeme Sistemleri

Hastane harcamaları bütün ülkelerde sağlık harcamalarının büyük kısmını oluşturmaktadır. Artan sağlık harcamaları, bu nedenle hastanelere yapılan ödeme sistemlerini önemli duruma getirmektedir. 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. Aşağıdaki tabloda bunlar gösterilmektedir.

Tablo: Avrupa'da Ülkelere Göre 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	Sosya 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

IV.2.1 İleriye 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 yapılmaktadır. 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 motivasydon da gelişmemektedir.

İleriye dönük bütçelemenin esnek biçimleri Fransa ve Almanya'da uygulanmaktadır. Fransa'da hastane bütçeleri geçmiş yılların bütçeleri dikkate alınarak oluşturulur. Ancak bütçe hastane, denetleme otoriteleri ve sigorta fonunun gerçekleştirdiği görüşmeler sonucunda kesinleştirilir. Bunun yanısıra 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.

Almanya'da da bütçe görüşmeleri yukarıdaki taraflar arasında gerçekleştirilir. Bütçeleme günlük fiyat ödemesi (daily charge) üzerinden yapılır. Ancak günlük fiyat sistemine bir esneklik kazandırılmaya da çalışılmaktadır. Buradaki hedef maliyetlerin azaltılması amacıyla yatılan gün sayılarının azaltılmasıdır. Bu nedenle planlanmış yatılan gün seviyelerinin üzerinde hizmet sunan hastanelerden, bu ek günlerin ücretlerinin %75'ini iade etmeleri istenir.

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.

IV.2.2. Hizmete Dayalı Ödeme

Bu sistemdeki temel yaklaşım ödemenin verilen hizmet miktarına bağlı olmasıdır. Hizmetlerin tek tek ücretlendirilmesi hizmet üretimini teşvik edici bir etki gösterir. Sabit ödeme (flat rate) de denilen bu sistemin olumsuz etkisi maliyet sınırlamasına olanak tanımaması, hatta harcamaları artırmasıdır. Letonya, Avusturya ve Slovakya'da hastane ödemeleri hizmet başına yapılmaktadır. 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. İngiltere bunun uygulandığı ülkelerden birisidir.

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

V. Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti

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

a) Girdiler açısından maliyet sınıflaması:

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

ii) Yineleyen maliyetler/işletme giderleri (recurrent costs): Personel gederleri (ücret ve maaşlar), tüketim malzemelerinin (aşı, ilaç, şı-

Tablo: Ödeme Mekanizmalarının Hizmetin Çeşitli Yönleri Üzerindeki Uyarıcı Etkileri (WHO 1993: 39-44)

Ödeme	Hizmet Kantitesi		Hizmetin Yapısal Bileşimi	
	Hasta Sayısı	Ödeme Yapılabilir Hizmet Birimi	Konsültasyon Sayısı Başına İşlem Sayısı	Maliyet Artırıcı Eklentiler
Hizmet Başı	+	+	+	+
Vaka Başı	0	+		+
Günlük Fiyat	+	+		+
Sabit Fiyat	+	0		0
Kişi Başı	+	0		
Ücret		0		0
Global Bütçe	-	0	-	-

+: Hizmeti sunan, hizmetin yapısal elementlerinin niceliğini maksimize etme eğilimindedir.
Hizmeti sunan, hizmetin yapısal elementlerinin niceliğini minimize etme eğilimindedir.
0: Yukarıda tanımlanan türden bir ilgi yoktur.

rınga, akaryakıt giderleri, binaların, eğitim hizmetlerinin işletme masrafları.

b) Fonksiyon açsından maliyet sınıflaması:

i) Bireysel sağlık hizmetlerinin (personel health services) maliyeti: 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.

ii) Sağlıkla ilgili aktivitelerin (health related activities) maliyeti: Bunlar temel gereksinimleri karşılamaya yönelik olan, ancak doğrudan sağlık hizmetlerinin kapsamına sokulamayabilecek hizmet türleridir. Suyun sağlanması, sanitasyon hizmetleri bu gruptadır. Bu durumda, su ve sanitasyon hizmetlerinin inşaat masrafları, bulaşıcı hastalıkların kontrolü için gerekli olan yapısal harcamalar, hayvanlardan bulaşan hastalıkların kontrolü için gereken çevre düzenleme çalışma-

Tablo: Çeşitli Ödeme Mekanizmalarının Zayıf ve Güçlü Yanları (World Bank 1993:124)

Ödeme Mekanizması	Güçlü Yanları	Zayıf Yanları
Hizmet Başı Ödeme	Üreticinin ödüllendirilmesi çaba ve ürün düzeyine yakından bağlıdır. Üretici pratiğinin analizi kolaydır.	Maliyet Enflasyonu Aşırı ve gereksiz tedavi talebi.
Vaka Başı 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 Başı Ödeme	Yönetim açısından basittir; üreticinin aktivitesini 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 etme güdüsü verir.

larının masrafları, iş güvenliği masrafları, beslenme programlarının finansmanı, temel barınma gereksinimlerinin karşılanması için gereken masraflar bu grupta yer alır.

VI. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Karşılaşılan Sorunlar

1-) Maliyet artışı: bugün, özellikle gelişmiş-merkez kapitalist ülkelerde, sağlık hizmetlerinin maliyeti ulusal gelirin artış hızından daha hızla artmaktadır. Bunun nedenleri şunlardır: Nüfusun yaşlanma-

sı, bununla birlikte toplumların hastalık görüntülerinin 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 ve teknolojinin kullanımındaki artışın hekimler ve sağlık kurumlarınca uyarıldığı da bilinmektedir.

2-) Kaynak yokluğu: Bu sorun özellikle kapitalist sistemin periferinde yer alan ülkelerde yaşanmaktadır. Bu ülkelerde halkın genel yoksulluğuna, 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 kalite 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 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 kolaylaştırılabilir. 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, sekonder ve tersiyer 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 kurumu arasındadır.

5-) Kaynakların verimsiz kullanımı: Bu başlık altında özellikle teknolojinin uygun olmayan kullanımından söz etmek gerekir. Gelişmekte olan ülkeler için ise hastanecilik hizmetlerinin yaygınlığı plan-

lamanın olmayışı, veri toplamadaki eksiklikler vurgulanmalıdır. (WHO 1978: 15-18; WHO 1993)

VII. Sağlık Harcamalarının Yorumlanmasında Kullanılan Göstergeler

Sağlık harcamaları ulusal sınırlar içinde yorumlanırken, uluslar düzeyde ise ülkeler arasında karşılaştırmalar yapılırken aşağıdaki göstergelere başvurulur. (Mach EP, 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) Tersiyer, sekonder ve primer 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, mental sağlık, sağlık eğitimi, aşılama, beslenme) dağılımı.

11) Sağlık harcamasının (özel ve kamu) sağlık kurumlarına (hastane, sağlık merkezi, vb.) dağılımı.

12) Sağlık harcamasının (özel ve kamu) kaynak tipine göre (insan gücü, 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.

VIII. Sağlık Harcamalarına İlişkin 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'nda 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 sağlıklı olabilir.

11-) Yabancı yardımlar.

IX. Sağlık Harcamalarının Düzeyini Etkileyen Faktörler

Özellikle gelişmiş 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 sektörün-

deki 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 tüketimini, 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 daşında 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 6 Sterlinlik artışa neden olmuştur. Ulusal gelir ile sağlık harcamaları arasında güçlü bir pozitif ilişki vardır. İlişkinin derecesi (korelasyon katsayısı) % 99 kadardır. Aynı durum diğer gelişmiş 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, 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 etkisidir. ABD'de 1950-70 arasındaki dönemde (yoksullara ve yaşlılara yönelik sosyal güvenlik sistemlerinin uygulamaya konduğu yıllar) bir günlük hastane bakım maliyetleri %600 oranında artmıştır. Buna karşılık genel tüketim fiyat indeksinin artışı %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 ücretlendir-

me ve genel olarak bütün geriye dönük ödeme sistemleri sağlık harcamalarını artırmaktadır. İleriye dönük ödeme ve ücretlendirme sistemlerinin etkisi ise tam ters yöndedir.

*5-) **Sağlık hizmetlerindeki fon sistemi:*** Merkezi, genel bütçeden finansman harcamaları kontrol altına alan bir etkiye sahiptir. Bu nedenle gelişmiş 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 ülkelerde sağlık harcamalarının artışı bakımından da aynı avantajlı durum söz konusudur.

*6-) **Teknolojinin gereksiz kullanımı:*** Hastane masraflarındaki artışın %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 3 kat daha fazladır. Japonya'da sağlık harcamalarındaki artışın %50'sinden yaşlı nüfusun sorumlu olduğu bildirilmektedir. Kapitalist ülkelerin çoğunda 65 yaş üzerindeki nüfus toplam nüfusun %20-25'i iken 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) KAPİTALİST EKONOMİDE SAĞLIK HİZMETİNİ DİĞER MALLARDAN AYIRAN ÖZELLİKLER

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 (gereksi-

nimler 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 olamaz. Çünkü, tüketicinin tüketici potansiyeli de, gereksinimlerin ötesinde talebin gerçekleşmesini belirleyen son derece önemli bir bileşendir. Eğer tüketicinin elinde, gereksinimlerini tatmin edecek düzeyde para bulunmazsa, isteğini gerçekleştirebilmesi mümkün olmaz. Bu durumda, talep, gereksinimlerle tüketici potansiyelinin çakıştığı "optimum" bir düzeyde belirlenecektir. Tüketici, bu "optimum" düzeydeki tüketici potansiyeli ile piyasaya girecek ve talebini karşılayabilecektir.

Klasik burjuva sağlık ekonomistlerinden ***Feldstein*** yukarıdaki çerçeveyi sağlık hizmetleri için kullanmıştır. ***Feldstein***'a göre sağlık hizmetlerinin sunumunda dikkate alınması gereken şey gereksinimler değil, tüketicilerin talepleri olmalıdır. Çünkü talebin dikkate alınmaması kaynakların kötü kullanımına neden olacaktır. Sağlık hizmeti için hasta talebini belirleyen etkenler ise şunlardır: Hastalığın görülme sıklığı, kültürel-demografik özellikler ve ekonomik etkenler. Bunlardan ilk ikisi ailenin tıbbi bakım için talebini biçimlendirir. Ancak, aile talebini gerçekleştirmeye yöneldiğinde, onun gerçek harcama gücü belirleyici olur. Araştırmalar yüksek gelirli ailelerin daha fazla sağlık harcaması yapma eğiliminde olduğunu göstermektedir. (Feldstein PJ 1988: 81-83)

Burjuva sağlık ekonomisi anlayışına 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 ise talebin düşüşüne neden olacaktır. Dolayısıyla, arz ve talep birbirlerini etkileyen, tamamlayan bir işlerlik gösterirler.

Kapitalist piyasanın dengede işleyebilmesi için, arz ve talebin birbirini karşılayabilmesi 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 edemeyeceği öngörüsüne sahipse, 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 kullanılsın kullanılmasın) 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 analizlerini kullanarak geliştirilen) rekabet; sonuçta ortaya çıkan 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 birikimi 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; Mooney G 1992 :28-31): (Aslında yukarda belirlendiği gibi, bugün bu nedenlerin önemli kısmı diğer ürünler için de geçerlidir.)

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 üretici, gerekse tüketici için bir sorundur. Tüketicinin hastalık durumuna hazır bir kaynağı sürekli elinde bulundurmasını gerektirir. Üretici açısından ise, üretimin ne düzeyde gerçekleştirileceğinin 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 geliştirilmesi ile olanaklı olabilmiştir. 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 piyasaya sağlık hizmeti arz ederler.

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 alımları ile, sonraki tercihlerde daha bilinçli kullanımı sağlayacak düzeyde bir 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, hatta bir anlamda tüketici işlevi gören 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.

3-) Tekelleşme (Monopoly): Yukarıda sözü edilen bilgisizlik, sağlık hizmetlerinin üretici tarafta tekelleşmesine olanak tanır. Hekim ve hastanelerin rekabet koşullarını azaltır. Hizmet içeriğinin ve fiyatlarının sağlık kurumları tarafından istenildiği gibi düzenlenebilmesi sonucunu yaratır. Bunun da ötesinde üreticiye, tüketici tercihlerini düzenleme olanağını verir. Buna Üreticinin Uyardığı Talep (Supplier Induced Demand) denir.

4-) Dışsal Etkiler (Externalities): 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 ola-

rak, aşılanan kişinin yakın çevresindeki diğerlerine sağlanan dışsal yarar söz konusudur. Böylece, aşılama hizmetleri için sosyal yarar; özel yarar ile dışsal yararın toplamına eşit olacaktır. Dışsal yararın büyümesi oranında, sosyal yarar ile özel yarar arasındaki fark büyüyecektir.

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

Bütün bunlara ek olarak, üretici konumundaki hekimlerin de kapitalist piyasanın diğer üretici aktörlerinden kimi farklarının olduğu açıktır. Bunlar şu şekilde sıralanmaktadır:

1-) Hekimler arasında reklam 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 gereksinimleri 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 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 bileşenlerden 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 tüketi-

lecek 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 düzeydeki parayı, marjinal maliyet ve yarar analizi doğrultusunda ekmek ve et arasında paylaştırabilirler. Ancak aynı şeyi sağlık hizmeti için çoğunlukla yap(a)mazlar. Yani, hasta olmadıkları sürece ekmek ile sağlık hizmetini karşı karşıya koyan bir tercihde bulun(a)mazlar. Bu türden bir tercih ancak zorunlu sağlık sigortaları sonrasında (ve adı üstünde 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 serbest piyasa ilişkilerini geçersizleştiren, rekabeti engelleyen bir etki de gösterir.

Yukarıda sıralanan ve sağlık hizmeti üretimini, piyasa ilişkileri alanının önemli oranda dışına çıkardığı düşünülen etkenlerin, aynı zamanda, sağlık hizmetinin niçin piyasa koşullarına terkedilemeyeceği konusuna da açıklık getirdiği düşünülmektedir. Bunların dışında eşitlik sorunu da sağlık hizmetinin piyasa koşullarına bırakılmasını engeller ve mutlaka kamu gözetiminin getirilmesini gerektirir. Çünkü piyasa koşulları içinde, gelir düzeyleri farklı olan toplumsal sınıfların sağlık hizmetinden eşit olarak yararlanabilmeleri olanaksızdır. Hatta, piyasa koşulları varolan eşitsizlikleri artırıcı bir işlev de görür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMİNDEN SAĞLIK SİSTEMİNE: SAĞLIK SİSTEMLERİNİN FİNANSMAN AÇISINDAN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık finansman sistemi esas olarak daha kapsayıcı bir bütünün, sağlık sisteminin içinde yer alan temel bileşenlerden birisidir. Dünya Sağlık Örgütü primer 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 alınmalıdır. 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 yasal düzenlemeler 1894'te Belçika'da, 1909'da Norveç'te, 1911'de İngiltere'de yayınlanmıştır. 1800'lerin sonlarında Rusya'da genel vergilerle finanse edilen ve ücretsiz hizmet sunan bir hastaneler 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 hizmetlerine 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 hizmetlerini, 1941'de Kosta Rika zorunlu sağlık sigortasını kurmuşlardır. 1943'te Meksika'da sosyal güvenlik kurumu oluşturulmuştur. 2. 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.

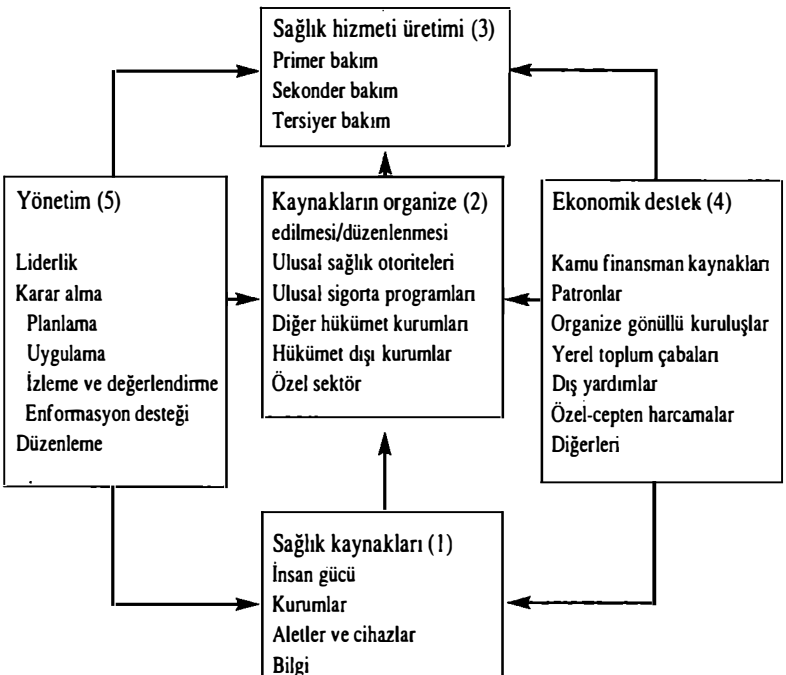
Sağlık sisteminin yapısı onun amaç ve değerlerinden kaçınılmaz biçimde etkilenir. Basitleştirilmiş bir biçimde, bir sağlık sisteminin, birbiriyle yakından ilişkili beş büyük bileşenden oluştuğu söylenebilir: Sağlık kaynaklarının geliştirilmesi (development of health resources), kaynakların organize şekilde 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)

Sağlık sistemindeki akış 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 de-

Şekil: Sağlık Sisteminin Temel Bileşenleri
(Kleczkowski BM ve ark. 1984: 15)



ğer 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.

I. Sağlık Sistemlerinin Ülkelerin Ekonomik Durumu ve Sağlık Sisteminin Sosyopolitik Niteliklerine Göre Sınıflandırılması

Kleczkowski ve arkadaşları (1984:13-36) 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 (insan gücü, 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 ini-

siyatif 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. Ancak ilaç ve teçhizat bakımından sıkıntı vardır. 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 mahkûmdur. 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 %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 genelin-

de 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 de-

ğil, 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.

II. 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 sağlık sistemleri (socialist health systems).

II.1. Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri

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

Bu tip sağlık sisteminin orta gelir düzeyindeki ülkeler arasındaki tipik örneği Filipinler'dir. Burada da harcamaların %75'i özel sektöre aittir. Hekimlerin %59'u tamamen özel olarak çalışmaktadır (1981). Hükümet kadrolarında bulunanların ise %41'i yarı süreli olarak özel sektördedir.

Düşük gelir grubundaki ülkelerde bu sisteme sahip olan ülke örneği Kenya'dır. Nüfusun yalnızca %12'si bir sosyal güvenlik programı kapsamındadır. Avrupa ve Amerikalı dini misyonerlerin hizmette önemli payı vardır. Hastane yataklarının %25'i bu gruplara aittir

(1981). Hekimlerin %53'ü, bütün halkın yalnızca %6'sının yaşadığı büyük kentlerdedir. Hekimlerin %70'i tam süre özel sektörde çalışır. Hükümet sektöründe bulunanların da %30'u yarı süreli olarak özel sektörde çalışmaktadır. Tüm sağlık harcamalarının %49'u kamudan, kalanı ise özel sektörden, %83'ü kentlerde yaşayan ve toplamın %15'ini oluşturan nüfustandır.

II.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri

Çoğu Avrupa ülkesi, Japonya, Kanada, Avustralya bu gruptadır. En tipik örneği ise Almanya'dır. Harcamaların %77'si hükümet programlarından, kalanı özel sektördendir. Kamu harcamalarının önemli kısmı zorunlu 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.

Bu sistemin orta gelir grubunda yer alan ülkelerdeki en tipik örneği Latin Amerika ülkeleridir: Peru gibi. Peru'da hükümet hastane yataklarının %80'ini kontrol eder. Nüfusun %19'unu kapsayan ve kendi sağlık örgütlenmesine de sahip olan sigorta sistemi vardır. Hekimlerin %70'i hükümet kurumlarındadır. Ancak yarı süreli olarak özel sektörde de çalışırlar. Harcamaların yarıdan fazlası hükümet kaynaklıdır.

Hindistan düşük gelir grubundaki ülkeler için bu sistemin uygulayıcısıdır. Özel firmalarda çalışanları içeren bir sigorta sistemi vardır. Nüfusun %3.5'u bu kapsamdadır (1987). Hekimlerin %47'si özel çalışır. Hastane yataklarının %70'i hükümet denetimindedir. Harcamaların ise 2/3'ü özel sektördedir.

II.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri

Birkaç ülkede refah yönelimli olan sağlık sistemleri 2. Dünya Savaşı sonrası dönemde kapsayıcı tipe doğru gelişmiştir. Sistemin, bütün nüfusu kapsaması, finansmanın tamamen genel vergilerden sağlanması ve sağlık çalışanlarının ücret sistemi ile istihdam edilmeleri bu tip için tanımlayıcıdır. İngiltere, İskandinav ülkeleri (1950), İspanya, Yunansitan, İtalya (1970) böyledir.

İngiltere'de harcamaların %87'si hükümettendir. Sistemin uygulanmaya başlanılmasından 10 yıl önce bu oran yalnızca %9 idi.

Gelişen ülkeler arasında bu sisteme sahip olanlar çok azdır. Kosta Rica 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: %90.

II.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 olmuş, ambargo ise 1961 yılında başlamıştır. Ambargo ABD tarafından çıkarılan çeşitli yasalarla da güvence altına alınmıştır. Ambargoya bağlı olarak, Küba ticaretinin yaklaşık %90'ını sosyalist blokla geliştirmek zorunda kalmıştır. 1980'lerin sonlarında sosyalist sistemin dağılması sonrasında ise ulusal geliri %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 de 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 %90'dan fazlası düzenli birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamındadır. Her 214 kişiye

bir hekim düşmektedir. Devrim yıllarından beri 7 yaşına kadar olan bütün çocuklara 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 %93'ü belediye bütçelerinden finanse edilir. Ambargoya ve ekonomik krize rağmen toplam sağlık harcamaları düzenli olarak artmaktadır. Kamu harcamalarının %14.6'sı, ulusal gelirin ise %8.2'si sağlık sektörüne yapılmaktadır (1994). Toplam sağlık harcamalarının %36'sı 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 FR, Pardo CML 1997).

Küba'nın halk sağlığında elde ettiği başarı, yalnızca sağlık hizmetlerinin parasız ve eşit biçimde organize edilmiş olmasına değil, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerindeki toplum katılımına 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)

Düşük gelirli ülekelerde ise Çin'i anmak gerekir. Çin'de, özellikle 1980 sonrası dönemde önemli yapısal deformasyonlara uğramış olsa da, birkaç çeşit sigorta fonu bulunmaktadır: Merkezi hükümet çalışanları için, ulusal işletmelerde çalışan işçiler için, diğer işletmelerdeki çalışanlar için, kolektif çiftliklerde çalışanlar için. Bu sigortalar harcamaların yaklaşık %50'sini karşılar. Kalanın %19'u hükümetten, kalan %31'i de özel (cepten) harcamalardan gelir (1987).

III. Sağlık Sistemlerinin Kamu ve Özel Sektör İlişkisi 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 klasifiye edilmişlerdir. 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 (bağışıklama, aile planlaması, çevre sağlığı, vb.) için devlet müdahelesinin zorunlu olduğu artık hemen herkesçe kabul edilmektedir. Nitekim Dünya Bankası'nın da görüşü benzer doğrultudadır. Dünya Bankası (World Bank 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. Bunun da ötesinde devletin bu türden müdahelesi yoksulluğu azaltıcı bir işlev de görecektir.

2-) Tüm kamuyu olumlu yönde etkileyecek ve kamu yararına olacak kimi temel sağlık hizmeti programlarının (bulaşıcı hastalıklarla, zoonozlarla savaş gibi) özel sektörce üstlenilmesi (özel sektörün kendisi açısından ekonomik herhangi bir yarar ummaması bakımından) olanaksızdır. Dolayısıyla bu programların planlanarak, yürütülmesi de devletin görevi olacaktır.

3-) Vorolan eşitsizliklerin giderilmesi ve yoksul toplum kesimleri için sağlık hizmetinin, hiç olmazsa belli bir düzeyde devletçe sunulması, sübvanse edilmesi de zorunluluktur.

Bu tezleri şu şekilde açıklamak mümkündür: Dünya Bankası gibi bir sermaye temsilcisi kuruma göre; devlet özel sektörün girmek istemediği alanlara girmek ve kapitalist işlerliğin altyapısı olan sağlık gibi emek-gücünün idamesini güvenceye alacak temel hizmetleri üretmek durumundadır. Bu alanlara özel sektörün yatırımını 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 yapılmaktadır.

Böylece Dünya Bankası politikaları iki başlıkta toparlanabilir: a) Kârsız alanlara devletin sokulması ve buraların özel sektör için uygun bir duruma getirilmesi, b) Kârlı alanlarda özel sektörün desteklenmesi. Devlet aracılığıyla, 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 biçimde sıralamaktadır. (WHO 1993:5)

1-) Kamuya yönelik hizmetlerin (public goods) sağlanması konusundaki yetersizlikler: Su güvenliği ve sanitasyonundaki, vektör kontrolundaki yetersizlikler gibi.

2-) Bir hastalığın sağlam diğer kişileri de etkileyen yönünün (externalities) denetlenmesindeki yetersizlikler: Tbc gibi hastalıklara karşı yalnızca hasta kişinin tedavi edilmesi ve korunması yetmez, çevresindekilerin de korunması 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. Bunlar sırasıyla (World Bank 1993:108-112):

1-) Finansman için:

a) Özel: i) Cepten ödemeler ve ii) İsteğe bağlı özel sigorta.

b) Kamu: Zorunlu sigorta uygulamasıdır. Bu da i) Hükümet veya ii) Kamu tarafından yönetilebilir.

2-) Organizasyon için:

a) Kamu.

b) Kâr gözetmeyen özel: Kiliselerin, yardım kurumlarının, gönüllü birliklerin sunduğu hizmet böyledir.

c) Kâr amaçlı özel: Bütün modern ya da geleneksel hizmet sunucularını ve ilaç satışı yapanları kapsar.

İşte varolan bütün sağlık sistemleri, yukarıda sunulan seçeneklerin (ki çoğu kez birden fazlası aynı anda bir arada bulunur) 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 %50'den fazlası cepten yapılan özel ödemeler biçimindedir. Bunun da önemli kısmı hekim ödentileri, geleneksel sağaltıcılara yapılan ödemeler ve ilaç giderleridir. Hükümet dışı kurumların, özellikle de dini kurumların önemli katkısı vardır. Bu kurumlar Tanzanya ve Haiti'de hastanelerin yarısını, Kamerun ve Uganda'da ise tüm sağlık kurumlarının %40'ını işletirler. Genel vergilerden gelen hükümet harcamaları toplamın %50'sinin altındadır. Sigorta uygulaması yok denecek kadar azdır. Bu özelliklerin dışında kalan tek düşük gelirli ülke Çin'dir. Çin'de 1970'lerin sonlarında kent nüfusunun %100'ü, kırsal kesimin ise %85'i sigortalanmıştır. Bu Çin sosyalizminin başardığı bir gelişmedir.

2-) Orta gelir grubundaki ülkelerde: Sigortayı özel veya kamu sektörünün kurumlaştırmasına bağlı olarak iki tip sistem 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 karşılanır. Sigorta çoğu kez orta sınıflar (işçi sınıfı) içindir. Fakir gruplar içinse finansman genel vergilerden sağlanır. L. Amerika ülkeleri böyledir.

3-) Yerleşik Pazar Ekonomilerinde (Endüstrileşmiş Ülkeler): Toplam harcamaların 3/4'ü kamu tarafından karşılanır. Norveç, İsveç ve İngiltere'de genel vergiler; Fransa, Almanya, Japonya'da sosyal sigorta fonu ağırlıktadır. ABD'de ise özel sigortacılık yaygındır.

Tablo: Ülke Gruplarına Göre Klinik Sağlık Sistemlerinin Özellikleri. (1990 Yılı Gelirine Göre) (World Bank 1993:111):

	SH/Ulusal Gelir	SH/Kişi Dolar	Temel Özellikler
Düşük Gelirli (100-600) Bangladeş, Hindistan, Pakistan, Sahra-Altı gibi	2-7	2-40	-Geleneksel hekimlik ve ilaç için yüksek özel harcama. -Kamu hizmetleri genel vergilerle finanse edilir. -Sigortanın azlığı.
Orta Gelirli (600-7900) Özel Sigorta G. Afrika, Zimbabve gibi.	2-7	20-350	-Genel vergilerle finanse edilen ve orta ve düşük gelirli sınıfları hedefleyen hükümet hizmeti. -Toplamın %10'undan azını oluşturan toplum kesimleri için özel sigorta.
Sosyal Sigorta K. Rika, G. Kore, Türkiye gibi.	3-7	30-200	-Genel vergilerle finanse edilen ve düşük gelirli sınıfları hedefleyen hükümet hizmeti. -Ücretliler için sosyal sigorta.
Eski Sosyalist Ülkeler (650-6000)	3-6	30-200	-Genel vergilerden finanse edilen kamu hizmeti. -İllegal çalışan büyük boyutlu özel sağlık sektörü.
Yerleşik Pazar Ekonomileri (ABD hariç) (5000-34000) Japonya, Almanya, İngiltere, Fransa gibi.	6-10	400-2500	-Genel vergiler veya zorunlu sigorta ile tüm nüfusun evrensel sağlık hizmetinden yararlanması. -Üçüncü el ödemeleri ve global bütçeleme.
ABD (22000)	12	2800	-Özel sağlık sigortası ile genel vergilerin bileşimi. -Düzensiz ve açık uçlu bir hizmet başı ödeme sistemi. -Yüksek düzeyde yönetsel maliyet.

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 perifer 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, periferdeki 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 %15 ve %44, orta gelir grubunda yer alan Tayland ve Meksika'da %22 ve %50, yüksek gelir grubundaki Kanada ve Almanya'da %74 ve %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 %18'ini alabilmekte, toplam sağlık harcamalarının da %11'ini gerçekleştirebilmektedir. Öte yandan dünya nüfusu-

nun %84'ü bu ülkelerde yaşamakta ve toplam hastalık yükünün de %93'ünü bu ülkeler sırtlanmaktadır. (WHO 2000: 7)

IV. 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):

IV.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 belirlenebilmesidir.

IV.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 %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.

IV.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.

IV.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 olası-

lığı zayıflatır. Geleneksel özel sigortacılığa göre yönetsel masraflar daha düşük, eşitlikçi etkiler daha belirgindir. Bu model ABD'nin yanı sıra İspanya'nın özel sağlık sektörü içinde de varlığını sürdürmektedir.

IV.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 versiyonu 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. Bu model Almanya, İrlanda, Hollanda ve İngiltere'de birinci basamak için, Belçika, Hollanda, Almanya ve İngiltere'de hastaneler için temel seçenektir. Geri ödeme oranları ülkeden ülkeye değişebilmektedir. Örneğin Belçika'da %75, Fransa'da ise hizmet türüne göre %40-100 arasında geri ödeme yapılmaktadır.

IV.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 bir türü böyledir. Bu modelde sigortacılar arasında rekabet vardır. Sigortacılar ile hizmeti üretenler arasında

vertikal 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 vertikal 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.

IV.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 hükümetin sorumluluğundadır. Sistemin entegre yapısına bağlı olarak toplam harcamaların hükümet tarafından kontrolü daha kolaydır. Entegre modeldeki yönetsel maliyetler, sözleşmeli modele göre daha düşüktür. İspanya, Fransa ve İrlanda'da kamu hastanelerinin egemen modelidir.

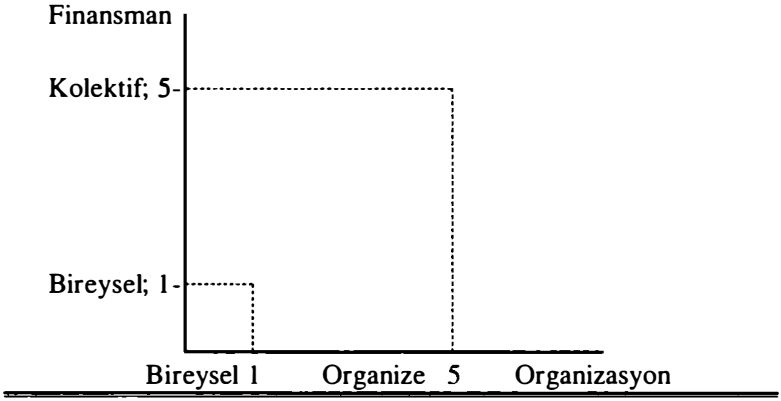
Ülkelerdeki sağlık sistemleri genellikle bu yedi modelin bir kaçının çeşitli derecelerdeki karışımından oluşurlar. Avrupa'nın merkez kapitalist ülkelerinde (Hollanda dışında) özel sistemlerin önemi azalmaktadır. Hollanda'da özel geri ödeme modeli (sigortaya dayalı) önemini korumaktadır. Egemen modeller kamu geri ödeme ve kamu entegre modelleridir. Ancak bu ikisine çeşitli maliyet paylaşımı programları eklenmektedir. Belçika ve Fransa'da halen kamu geri ödeme modeli yaygınsa da, kamu sözleşmesi modeli ve hastaneler için de kamu entegre modeli gelişmektedir. Almanya, Hollanda ve son yıllarda da İngiltere'de kamu sözleşmesi modeli egemendir. İspanya'da-

ki model kamu entegre modelidir. Böylece kamu sözleşmesi, kamu entegre ve kamu geri ödeme modelleri en yaygın olanlarıdır. Bu üçünün çeşitli etkileri Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo: Kamu Finansman Modellerinin Çeşitli Etkiler Bakımından Karşılaştırılması (WHO, 1991: 4)

	Kamu Geri ödemesi	Kamu Sözleşmesi	Entegre
Yeterlilik, eşitlik	+	+	+
Gelir Koruması	+	+	+
Makro Verimlilik	-	+	+
Sağlık Sonuçları	?	?	+
Hasta Doyumu	+	+	+
Maliyet Minimizasyonu	+	+	+
Tüketicinin Seçme Hakkı	+	+	+
Üreticinin Otonomisi	+	+	-

Sağlık hizmetlerinin organizasyon ve sunum biçimi, hizmetin finans metodlarından etkilenir. Ayrıca teknoloji ve politik ortam da bu biçimi etkiler. Bu son ikisini dikkate almadan, yapılan teorik bir genelleme aşağıdaki şemayı ortaya koyacaktır (Rolemer MI. 1980:179):



Yukarıdaki şemada da belirtildiği gibi; hizmetin kolektif olarak (genel bütçeden ve genel vergilerden) finanse edilmesi, daha organize (tüm topluma yönelik ve herkesi kapsayıcı) bir organizasyonu ko-

şullamaktadır. Buna karşılık ödeme mekanizmalarının kişisel olduğu organizasyon biçimleri hizmet açısından herkesin kendi olanaklarına terkedildiği 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.

V. 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.

V.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 %70'i, Almanya ve Hollanda'da %60'ı sigorta fonlarından gelmektedir. Tüm ülkelerde finansmana genel bütçeden destek vardır. 1990'lı yıllarda genel bütçe katkı oranı Belçika'da %39, Almanya'da %21, Lüksemburg'da %38, İsviçre'de %34 oranındaydı.

Devlet katkısı daha çok araştırma, eğitim, 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. Belçika'da 6, Lüksemburg'da 11, Fransa'da 16, Avusturya'da 24, Hollanda'da 53, İsviçre'de 200, Almanya'da 1100 kadar hastalık fonu vardır. Fonların örgütlenmesi mesleki gruplara (Fransa, Lüksemburg), coğrafi bölgelere (Hollanda), dini ve siyasi ilişkilere (Belçika) ya da bunların bir kaçına (Avusturya ve Almanya'da meslek, bölge, işletme düzeyinde) göre olabilmektedir.

Üyelik Avusturya, Belçika, Fransa, Lüksemburg'ta 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. Primlerin ortalama ücretler içindeki oranı Fransa'da %19, Avusturya'da %8 kadardır. Son yıllarda bu sistemdeki genel eğilim hükümetlerin maliyet sınırlaması yönündeki sıkı müdahalesidir.

V.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.

V.3. Vergiye Dayalı (Beveridgeci) Sağlık Sistemleri

Bu sistem ***Beveridge*** sistemi olarak da bilinmektedir. ***Beveridge*** 2. 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 2. Dünya Savaşı öncesinde sigorta sistemine sahiptiler. Bu nedenle halen, değişen oranlarda da olsa, sigorta sisteminin sağlık hizmetlerinin finansmanında yeri vardır. İngiltere'de toplam harcamaların %80'i genel vergilerden, %16'sı sosyal sigortadan gelmektedir. Finlandiya'da genel vergilerin payı %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.

V.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 %40'ını oluşturmaktaydı.

V.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. Katkı payları gelire orantılı olup, işçi ve patron tarafından ödenir. Patron payı ülkeden ülkeye değişebilmektedir: Çek Cumhuriyeti'nde %33, Estonya'da %1, Macaristan'da %4, Slovakya'da %33, Slovenya'da %50, Rusya'da %1. Katkı payının ücret içindeki oranı da değişiktir: Rusya'da %3.6 (minimum düzey) ve Slovakya ile Çek Cumhuriyeti'nde %13.5 (maksimum oran). Bu ülkelerde de sigortalı bireylere sigorta fonları arasında seçme yapma hakkı tanınmakta ve bunun sigorta kurumları arasındaki rekabeti uyaracağı beklenmektedir.

Avrupa ülkelerinde özel sigortacılık kamu sağlık sistemlerinin boş bıraktığı alanları doldurarak gelişmektedir. Özellikle kamu kurumlarındaki uzun kuyruklar, parası olanları, bekleme sürelerinin daha kısa olduğu çok sayıdaki özel sağlık kurumu seçeneği sunan özel sigorta fonlarına yönlendirmektedir. İtalya, İspanya ve İngiltere'de bu eğilim özellikle belirgindir. Almanya'da yüksek gelirlilere özel sigortayı seçme ve kamu sigortasına girmeme hakkı verilmiştir. Sonuçta özel sigorta kurumlarını tercih edenlerin oranı toplam nüfusun %20'sidir. Hollanda'da nüfusun %40'ı yüksek gelirli oldukları için kamu sigortasının dışında tutulmuş ve kendilerine özel sigortalara üye olma ya da sigortasız kalma hakkı tanınmıştır.

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 kişidir.

Tablo: Avrupa Bölgesindeki Sağlık Sistemlerinin, Sağlık Finansman Sisteminin Yapısına Göre Sınıflandırılması (Saltman RB, Figueras J 1997:116)

Sigorta Sistemi (Bismarkçı)	Vergiye Dayalı (Beveridge) Sistem(i)	Semashko Modelinden Sigortaya Geçiş	
		Birleşik Devletler Topluluğu Ülkeleri	Orta ve Doğu Avrupa Ülkeleri
Yerleşik	Yerleşik	Arnavutluk	Ermenistan
		Bosna Hersek	Azerbaycan
Avusturya	Danimarka	Bulgaristan	Beyaz Rusya
Belçika	Finlandiya	Hırvatistan	Gürcüstan
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	Geçiş döneminde	Romanya	Özbekistan
İsrail	Yunanistan	Slovenya	
Türkiye	İtalya	Makedonya	
	Portekiz	Slovakya	
	İspanya		

VI. Gelişmekte Olan Ülkelerdeki Sağlık Finansman Sistemleri

Gelişmekte olan ülkeler için sağlık finansman sistemleri bazı özelliklerine bağlı olarak ayrıca sınıflandırılabilir (Monekosko GL 980: 40-44):

1-) Tip I: Kara Afrika'nın önemli bir kısmı bu tiptedir. Hizmetin tamamıyla Sağlık Bakanlığı sorumludur. Ancak kaynaklar kıolduğundan harcamaların en çok %50'si veya bir miktar daha fazlahükümetten gelir. Bu tip ülkelerde finansmanla ilgili önemli soruır vardır:

a) Cari harcamaların önemli kısmı personel ücretlerine gider. Buun nedeni, ücretlerin yüksekliği değil, eldeki kaynağın küçüklüğü ve "gereksiz" derecede fazla personel istihdam edilmesidir.

b) Araç-gereç eksikliği vardır.

c) Yabancı yardım finansmanda önemli rol oynar.

d) Hükümet görevlilerinin yurt dışı tedavileri, bütçenin önemli kısmını yutar.

e) Fakirlerin hizmetten yararlanımı son derece zordur. Çünkü, bir günlük hastane yatış masrafı, neredeyse bir haftalık asgari ücrete denktir.

f) İlaç giderleri çok önemli bir toplam tutar.

2-) Tip II: Hükümet harcamaları az, özel harcamalar çoktur. Bu gruptaki ülkeler, genellikle ulusal gelirleri bir önceki grupta yer alanlara göre yüksek olup, nüfusları sağlık için cepten-özel harcama yapabilen ülkelerdir. Ancak bir yandan da, sağlık hizmetinin organizasyon ve yönetiminde çok önemli aksaklıklar vardır. Bu boşluğu özel sektör doldurmaktadır.

3-) Tip III: Harcamaların %70'ini hükümet yapar. Özel sektör çok kısıtlıdır. Planlı bir hizmet vardır. İlaç sektörü millileştirilmiştir.

Görüldüğü gibi ekonomik koşulları ve dünya emperyalist sistemi içindeki konumu en kötü olan ülkelerde sağlık sektörü de en olumsuz durumdadır. Toplumun önemli kesiminin hemen hemen hiçbir sosyal güvencesi yoktur. Oysa aynı ülkeler, en fazla oranda sağlık güvencesine gereksinim gösteren ülkelerdir. Dolayısıyla tabloda tam bir paradoks durumu söz konusudur.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
ÜLKELERE GÖRE SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMLERİ

I. AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ (ABD)

I.1. Genel Yapı

ABD'de 1910'larda sağlık sigortacılığı yaygınlaşmaya başlamıştır. 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 Birliği, Blue Shield ise Amerikan Hekimler Birliği'nce işletilmektedir.

Her iki örgütün de bugün kendilerine ait bir hizmet ağı bulunmaktadır. Bugün halen Amerikan özel sağlık sektörünün yaklaşık %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. Bu nedenlerle, diğer sağlık sistemlerine göre daha geniş kapsamlı hizmet sunarlar. Sektör içindeki güçleri eyaletten eyalete değişebilir. Kimi eyaletlerde (Massachusetts gibi) pazar payları %70'lere kadar çıkabilmektedir. Amerikan sağlık sistemindeki bir diğer önemli gelişme 1960'ların ortalarında oluşturulan iki kamu finansman kurumudur. Bunlar yaşlılara ve yoksullara yönelik hizmetleri finanse eden Medicare ve Medicaid adlı kurumlardır.

ABD'nin politik sisteminin özelliklerine bağlı olarak, sağlık sisteminde tek bir kapsayıcı yapı bulmak olanaklı değildir. Sağlık siste-

mi, 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.

Sağlık sisteminde yerel yönetim birimlerinin, eyaletlerin ve federal hükümetin ayrı sorumlulukları vardır. Yerel düzeyde, özellikle kent yönetimleri yoksullara yönelik hastanecilik hizmeti sunmaktadır. Bunlar çoğunlukla mental hastalıkların tedavisini yapan hastanelerdir. Eyaletler mental 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), federal sağlık hizmetlerinin koordinasyonu, tıbbi ilaçların denetimi gibi görevler ise federal hükümetçe yerine getirilir. Ayrıca federal hükümet yoksullara yönelik sağlık hizmetinin finansmanının ilkelerini belirler.

ABD'de sağlık sektörü kapitalist bir endüstri durumundadır. Toplam 10 milyon sağlık çalışanını istihdam etmektedir. Sağlık sektöründeki istihdam hacmi ekonominin genelinde yaşanan krizlerden pek etkilenmemektedir. 1990 Mayısı ile 1992 Mayısı arasındaki iki yıllık dönemde Amerikan ekonomisi 1.8 milyon iş kaybetmişken, sağlık sektörünün istihdam hacminde 639 bin artış olmuştur.

I.2. Hastaneler

Amerika'da 100 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı son dönemlerde düzenli olarak azalmaktadır: 1985'de 584 iken, 1998'de 378. Bunun nedeni işletmesi zor büyük kamu hastanelerinin kapatılması ya da yatak sayılarının azaltılmasıdır.

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 sı-

nıfları hedeflemektedir. Özel hastanelerin yaygınlaşmasında Medicare ve Medicade'in 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). Bu zincirin stratejisi yeni hastaneler yapmak yerine, mevcut hastaneleri ucuza almak şeklindedir.

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.

Ancak hastanelerin halen oldukça az bir kısmı yalnızca kâr amaçlı çalışmaktadır ve bunlar ileri derecede uzmanlaşmış, zenginlere hizmet veren kurumlardır. Çoğunluğu ise hem zenginlere, hem de yoksullara hizmet veren ve genellikle akut sorunlarla ilgilenen hastanelerdir. Buna karşın son yıllarda kâr amaçlı özel hastane oranlarında artış görülmektedir.

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 %30-60 artarken, sigortasızlara sunulan hizmet fiyatları %4 oranında azalmıştır.

Tablo: ABD'de Hastanelerin 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

I.3. Hekimler

Amerika'da nüfusa göre hekim sayısı düzenli olarak artmaktadır. Bir hekime düşen nüfus 1975'de 592, 1985'de 455 iken, 1997'de 362'ye inmiştir. Hekimler arasında uzmanlaşma eğilimi ön plandadır. Hekimler hem kendi muayenehanelerinde hizmet sunmakta, hem de günlerinin bir kısmını hastalarını yatırabilecekleri yakın hastanelerde geçirmektedir. Hizmet sunumu para karşılığı olmaktadır.

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. Ancak hekimler, hastalarını hastaneye yatıracaklarında kendi hastalarını kendileri izlerler.

Ortalama hekim geliri birinci basamakta çalışanlar için yıllık 161100, uzmanlar için de 222100 Dolar'dır (ortalama 199000 Dolar) (1997). Hekimlerin gelirlerinin %43'ü özel sigortalardan, %29'u cepten ödemelerden, %12'si Medicare'den ve %12'si de Medicaid'den gelmektedir.

I.4. 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 %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 pek çok kişi 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 alırlar. Patron temelli sigorta işletme temelinde organize edilir. Patronlar çalıştırdıkları işçiler için sağladıkları özel sigortanın karşılığında vergi iadesi alırlar ve çalışanlar maliyetin bir kısmını kendileri öderler. Fon yönetimi işletme sahibinin elindedir. Firmaların %61'i işçileri için patron temelli bir sigorta programı örgütlemiştir.

ABD'de sağlık güvencesi olmayan nüfus kesimi oldukça geniştir. Nüfusun %12.7'si resmi yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. Yoksulluğun bu denli yaygın oluşu sağlık güvencesini daha da önemli kılmaktadır. Buna karşın sosyal güvencesizlik de yoksulluk kadar önemli bir sorundur. 1998 yılı için 65 yaşın altındaki nüfusta sigortasızların sayısı 43.6 milyon ve toplam nüfus içindeki oranları %18.3'dür. Aynı yaş grubundaki sigortasızların 1994'deki oranının %16.5 olduğu bilinmektedir. Sigortasız 0-18 yaş arasındaki çocukların sayısı ise 12 milyon ve bütün çocuklar içindeki oranı da %15.5'dir. Her altı çocuktan birisinin sağlık güvencesi yoktur. Sigortasız çocuk oranı 1994'de %13.8 idi. Sigortasızların oranı etnik gruplara göre büyük farklılık göstermektedir. Oran beyazlar arasında %13.7, Latin kökenlilerde %37.1, Afrika kökenlilerde %23.8 ve Asya kökenlilerde %21.7'dir. Güney eyaletlerinde sigortasızların oranının daha fazla olduğu bilinmektedir. Sigortasızların oranı sektörlere göre de eşitsiz bir dağılım sergiler. 1990 yılı için 18-64 yaş arasındaki sigortasızların sektörlere dağılımı şöyledir: Toplam %16, kendi ba-

şına çalışanlar arasında %22, hükümet sektöründe %7, tarım sektöründe %39, inşaat sektöründe %31, hizmet sektöründe %17, diğer sektörlerde %11.

1998 yılı için 0-64 yaş arasındakilerde patron temelli sigortalara bağlı olanların oranı %58.3 (1994'de %56.8), özel sigortalara kayıtlı olanların oranı %4.1 (1994'de %4.2), Medicaid kapsamındaki nüfusun oranı %8.4'dür (1994'de %10.0).

Yoksulların, işsizlerin ve yaşlıların sağlık harcamaları sırasında karşılaştıkları güçlükler Medicare ve Medicaid adlı kamu fonlarının oluşturulmasına neden olmuştur. Bu programların sunduğu sağlık güvence paketlerinin kapsamı oldukça darsa da, 1960'lara kadar hiç bir kamu sosyal güvenlik kurumunun bulunmadığı düşünülürse, kurulmalarının bile başlı başına bir gelişme olduğu söylenebilir. Medicare 1966 yılında 65 yaş üstündeki vatandaşları kapsayacak şekilde oluşturulmuştur. Ancak yararlanım açısından zaman sınırlaması vardır. Bu nedenle kronik hastalığı olanların masraflarının önemli kısmı yine hasta üzerine kalmaktadır. Medicare programı federal bir programdır ve genel vergilerle finanse edilmektedir. Veriler Madicare kapsamındakilerin kişi başı sağlık harcamasının, 65 yaşından küçüklere yapılan kişi başı sağlık harcamasına oranının arttığını (1966'da 2.87, 1995'te 4.60) göstermektedir. Bu gelişme Medicare açısından finansal sıkıntı yaratmaktadır. Medicare'in iki bileşeni vardır. Birinci bileşen hastane bakımını, ikincisi de hastane dışı hizmetleri kapsar.

Medicaid ise 1967'de kurulmuştur. Yoksulları kapsar. Yoksulluk sınırını federal hükümet belirler. Ancak hiç bir eyalette yoksulların tamamı Medicaid kapsamına girememektedir. Yoksulların, ebeveynleri işsiz olanların, hastalığı nedeniyle çalışamayanların, tek ebeveynli ailelerin ve yeti yitimi olanların sağlık masraflarının önemli kısmını öder. Programın finansmanına federal ve eyalet hükümetleri katkıda bulunurlar. Yoksul olup Medicaid kapsamına giremeyen ve herhangi bir sigorta sistemi içinde de olmayan bireyler vardır. Bu grup genellikle daha düşük kaliteli belediye hastanelerinden yararlanır. Medicaid kapsamındakiler, kurumun anlaşma yaptığı hekimlere muayene olabilirler ve belirlenmiş fiyatların üzerindeki harcamalar için ceplerinden ödeme yapmak zorundadırlar. Kimi eyalet Medicaid'leri hizmet için HMO (Health Maintanance Organizations; Sağlık Bakım Organizasyonu)'ları kullanırlar. Medicare ise hekimlerle, piyasının

%30 daha altında bir fiyat üzerinden anlaşma yapar. Buna rağmen hekimler genellikle bu fiyatı kabul ederler. Buna karşın, yaşlıların özel sigortaları da tercih ettikleri görülmektedir. Son zamanlarda Medicare'in de HMO kullanımını destekleği bildirilmektedir.

Yukarıda sıralanan finansman mekanizmalarının dışında askeri sektörde çalışanları kapsayan iki ayrı sosyal güvenlik sistemi daha vardır. Bunlar CHAPUS ve CHAPVA'dır. ABD'deki sosyal güvenlik programlarının kapsadığı nüfus aşağıdaki tabloda gösterilmiştir. Bu programlar bir fon oluştururlar. Sağlık hizmetini çeşitli sağlık hizmeti üreticilerinden satın alırlar. Hizmet üreticisi kurumlar arasında HMO'lar giderek öne çıkmaktadır.

Tablo: ABD'deki Sosyal Güvenlik Programlarının Kapsadığı Nüfus (1990) (Dixon J 1992: 818)

Program Türü	Yaşlı Olmayan Nüfus		Yaşlı Nüfus	
	Milyon	%	Milyon	%
Özel sigortacılık	158.3	73	20.6	68
Patron sigortası	138.7	64	10.0	33
Diğer özel sigortalar	19.7	9	10.6	35
Kamu sigortaları	9.2	14	28.9	96
Medicare	3.5	2	28.8	96
Medicade	21.6	10	2.6	9
CHAMPUS/CHAMPVA	5.9	3	1.1	4
Sigortasız	35.7	17	0.3	1

Kamu sigortalarının hiç birisi hastalık masraflarının tümünü karşılamaz. Medicare ve Medicaid hastane harcamalarının tamamını, ek olarak Medicaid hekim faturalarının tamamını karşılar. Son yıllarda patron temelli sigortada da harcamaları kısma eğilimi görülmektedir. Bunun nedeni sağlık hizmetlerinin artan maliyetidir. Sonuçta, kamu sigortacılığının daralan kapsamının özel sigortacılık tarafından karşılanması beklenir. Ancak 1980-88 döneminde ekonominin geneli için istihdam hacmindeki 15 milyonluk artışa karşın, özel sağlık sigortalarının kapsamındaki nüfus 5 milyon azalmıştır.

Patron temelli sigortada işletme büyüklüklerine bağlı olarak ciddi eşitsizlikler vardır. 3-9 işçili işletmeler arasında işçilerine sigorta sağlayan işletmelerin oranı %55 iken, aynı oran 10-50 işçili işletmelerde %75'e yükselmektedir. Sigorta programlarının yetersizliği nedeniyle işçilerin %50'si üç ya da daha fazla, %15'i iki programa üyedir. %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 %41 iken, 3-50 işçili işletmelerde aynı oran yalnızca %3'tür ve tek bir sağlık programına kayıtlı olanlar 3-50 işçili işletmelerde %91'lik bir pay oluşturmaktadır.

İşçilerin patron temelli sigorta programları için ödedikleri prim miktarı ortalaması (ailelerini de içine alacak biçimde), 1998 için, aylık 478 Dolardır ve bu bir önceki yıla göre %4.8'lik bir artışa işaret etmektedir. Prim miktarının ortalama işçi ücreti içindeki oranı %32 olmaktadır. Prim düzeylerindeki artışta da işletmelerin büyüklüğüyle ilişkili eşitsizlik vardır. 3-50 işçili işletmelerde yıllık artış %7.6 iken, 1000 ve daha fazla işçili işletmelerde %3.9'dur. Bu da büyük işletmelerin daha düşük fiyatlardan sağlık hizmeti üreticileriyle 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).

I.5. Sağlık Hizmeti Üretimi Organizasyonları

Amerikan sağlık sistemi içinde hizmeti finanse eden kurumlar ve hizmeti üreten kurumlar çok parçalı bir yapı oluşturmaktadır. Hizmet üreticileri hastaneler ve hekimlerdir. Finansör kurumlar geleneksel örgütlenme modeli içinde bu kurumlardan özel olarak hizmeti satın alırlar. Böylece örgütlenme tamamen özel sektör ilişkileri içinde gerçekleşir. Ödemeler hizmet başı ödeme yöntemiyle yapılır. Bu yapının Amerikan sağlık sistemini verimsizleştiren ve harcamaları gereksiz yere 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 birleştiril-

mesidir. Hiç olmazsa hizmet üretenlerin olabildiğince entegre edilmesi hedeflenmektedir. Yönetilen Bakım (Managed Care) kavramı da buradan çıkmıştır.

Bugün çalışanların yaklaşık %89'u çeşitli yönetilen bakım organizasyonlarına katılmış durumdadır. Hastanelerin yaklaşık %70'i kâr amacı gütmeyen kurumlardır. Hekimlerin %39'u tek başına, %60'dan fazlası grup pratiği içinde çalışmaktadır. Yönetilen bakım uygulamasının genişlemesiyle birinci basamak hekimine olan gereksinim artmaktadır. Hekimlerin %40'ı birinci basamakta çalışmaktadır.

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. Bunun için sistemin çok parçalı yapısının birleştirilmesi gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Yönetilen bakım kavramı da buradan gelmektedir. 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).

Özel sigortalı Amerikan nüfusunun %10'u HMO'lar tarafından sigortalanmıştır. Bunların kapsadıkları nüfus 1982'de %6, 1972'de de %3 oranındaydı. Diğer üçüncü el sigortalama sistemlerinin tersine, HMO hem sigorta şirketi, hem de hizmeti üreten kurumdur. Kullanıcılar (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. 1999 yılı için toplam nüfusun %30'u HMO'lara kayıtlıdır. HMO organizasyonu içinde de tekelleş-

me vardır. ABD'de en büyük ilk beş HMO bütün HMO katılımcılarının %68'ini örgütlemiş durumdadır.

Diğer bir özel sigorta uygulaması PPO (Prefered Provider Organization: Tercihli Hizmet Sağlayan Organizasyon)'dur. Bu da diğer üçüncü el sigorta şirketlerinin bir benzeridir. Tek farkı, PPO'nun anlaşma yaptığı hastane ve hekimlerden belli bir indirim üzerinden hizmet sağlanabilmesidir. 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 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.

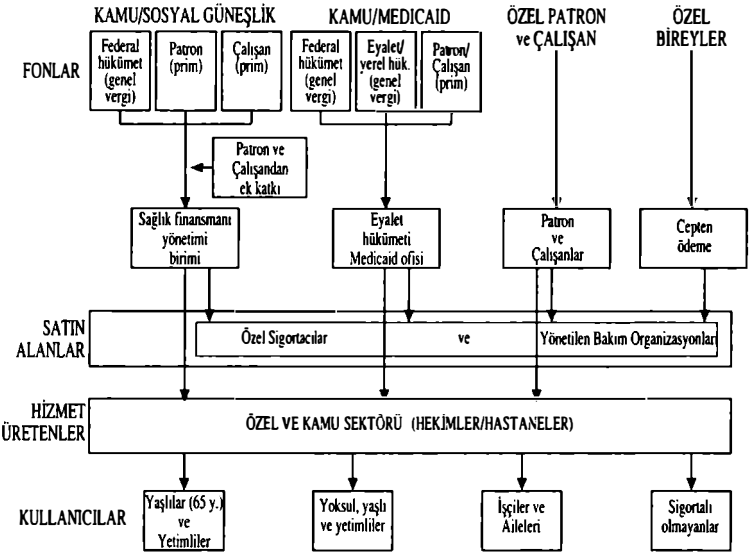
Yukarıda sıralanan organizasyonların tümünün amacı harcamalardaki artışın sınırlanmasıdır. Uygulamalar arasında, isimleri dışında önemli bir fark yoktur. Yönetilen bakım programları, Amerikan sağlık sisteminin geleneksel yapısını belirleyen hizmet başı ödemeye göre, bireylere daha kapsayıcı sağlık hizmeti 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.

Yönetilen bakım programlarına karşı üç önemli yakınma bulunmaktadır. Bunlar; uygulamanın maliyetlerde gerçek bir azalma yaratmadığı, hastane ve hekim ödemelerinin gerekli hizmetin sağlanması açısından yetersiz kaldığı ve hizmet kalitesinin standartların altında kaldığı yönündedir.

Veriler yönetilen bakımın maliyetler üzerinde gerçekten de azaltıcı etki yarattığını göstermektedir. 1995-98 arasındaki dönemde tıbbi maliyetlerdeki artış yıllık %3.3 olmuştur. Oysa artış oranı 1988-92 döneminde %67, 1993-1998 arasında da %31 olarak gerçekleşmişti.

ABD'de yönetilen bakım uygulaması hastanecilik hizmetlerinde de değişiklik yarattı. 1983-93 döneminde yatırarak gerçekleştirilen cerrahi işlemlerde %33'lük azalma oldu. Buna karşılık ayaktan yapılan cerrahi işlemler %168 arttı.

Şekil: ABD Sağlık Sisteminin Organizasyonu (1999) (Sekhri NK 2001: 832).



Maliyetlerin sınırlanması yönündeki çabalar karşısında yönetilen bakımın 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 kullanımını engellediğini, bunun da hasta sağlığı açısından olumlu sonuçlar verdiğini göstermektedir. Yönetilen bakım planlarına katılmış olanların bu planlara yönelik memnuniyeti de yüksektir. Bu durumda yönetilen bakımın hizmet kalitesinde düşmeye neden olmaksızın, maliyet artışını sınırladığı söylenebilir.

Yukarıda sıralanan olumlu sonuçlara karşın, yönetilen bakım sisteminin hizmet kalitesi üzerindeki etkileri konusunda karşıt sonuçlar da vardır. 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 prog-

ramlarına 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 1 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 korkusunun da yaygın olduğu bildirilmektedir. Toplumun bu tür sağlık programlarını seçmesini belirleyen en önemli etkenin de, sağlığı koruma ve tarama programları değil, hasta olunduğunda alınan hizmetin kalitesi olduğu anlaşılmaktadır. Bütün bunlar hekimlerin ve halkın yönetilen bakıma karşı tedirginlik duydukları noktalardır.

HMO üyesi olanların sayısı 1985'de 22.7 milyonken, 1996'da 52.5 milyona ulaşmıştır. İşçi ve emekçiler arasında HMO üyesi olanların oranı 1988'de %16 ve PPO üyesi olanların oranı %11 iken, 1996'da bu oranlar %44 ve %28 olarak değişmiştir. Buna karşılık hizmet başına ödeme planlarına dahil olanların oranı %73'den %27'ye inmiştir. Yönetilen bakım planlarının yalgınlaşması 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.

Madicade üyelerinin yönetilen bakım programlarına katılımında büyük artış vardır. Oran 1987'de yalnızca %8 iken, 1998'de %54'e yükselmiştir. Medicare üyeleri için de aynı olgu geçerlidir. Medicare üyelerinin yönetilen bakım programlarına üyelik oranı 1989'da %3 iken 1999'da %17'ye çıkmıştır.

I.6. Sağlık Harcamaları

ABD dünyada sağlık harcamaları en yüksek olan ülkedir. Ulusal gelirin %13.5'i sağlık harcamalarına gitmektedir. Toplam sağlık harcaması miktarı 1986'da 458 milyar, 1990'da 666.2 milyar, 1991'de 752 milyar Dolar iken, 1992'de 800 milyar Dolara yükselmiştir. Böylece kişi başı sağlık harcamaları 1986 için 1837, 1990 için 2566, 1991

için de 2914 Dolar seviyesinde gerçekleşmiştir. Harcamaların artışını engellemeye yönelik bütün çabalara karşın ulusal gelirden sağlık hizmetlerine ayrılan para oran olarak da her geçen yıl artmaktadır: 1960'da %5.3, 1970'de %7.4, 1986'da %11.0, 1991'de %13.2, 1998'de %13.5. Toplam sağlık harcamaları 2000 yılında 1200 milyar Dolara ulaşmıştır. 2007'de 2000 milyar Dolara yükselmesi beklenmektedir. Bu da ulusal gelirin %14.9'u demektir.

Ancak orandaki artış hızı 1992'den beri düşürülmüştür. Bu da sıkı maliyet kontrolüne, yönetilen bakım planlarına, 1997'de çıkarılan Dengeli Bütçe Yasası'na bağlanmaktadır. Bununla birlikte kişi başı sağlık harcaması 1998'de 4094 Dolara ulaşmıştır.

1998 verilerine göre sağlık harcamalarının karşılanmasında mevcut sosyal güvenlik fonlarının payı şu şekildedir: Medicare %19, Medicaid %15, diğer kamu fonları %12, cepten ödemeler %17, özel sigortalar %32, diğer özel fonlar %5. 1986 yılı için durum biraz daha değişikti. 1986'da sağlık harcamalarının %25'i doğrudan kullanıcı harcamaları, %31'i özel sigorta harcamaları, %17'si Medicare ve %10'u Medicaid harcamaları, %14'ü de hükümet harcamaları biçiminde gerçekleşmişti. Bu veriler toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payının arttığını ve cepten harcamaların azaldığını göstermektedir. Cepten harcamalardaki azalmanın en önemli nedeni patron temelli sigortaların yaygınlaşmasıdır. 1993 yılı itibariyle toplam sağlık harcamalarının %41'i hastanelere, %24'ü hekimlik hizmetlerine, %10'u ilaç ve diğer tıbbi malzemeye, %8'i evde hemşirelik bakımına ve %18'i de diğer hizmetlere yapılmaktaydı.

Hastanecilik harcamalarındaki 5 yıllık değişim oranları 1975-82 için %98, 1983-87 için %43, 1988-92 için %57, 1993-97 için %22'dir. Hekim hizmetleri maliyetlerindeki değişim oranları aynı dönemler için %84, %81, %69, %24'dür. İlaç ve diğer tıbbi malzeme harcamalarındaki değişim ise %81, %62, %59, %53 olarak gerçekleşmiştir. Bu veriler yönetilen bakım ile harcamalardaki artış hızının düşürüldüğünü göstermektedir. Aynı eğilim prim düzeylerinin artış hızı için de geçerlidir. 1994-96 arasında primlerin artışı %2'nin altında kalmıştır. Oysa primlerin 1987-92 arasında, bir önceki beş yıllık döneme göre ikiye katlandığı bilinmektedir. Bununla birlikte primlerdeki düşüş eğilimi 1999'da tersine dönmüştür. 1999'daki artış hızı %7.3'dür.

Maliyet artışları özel sigortaları da güç durumda bırakmıştır. Özel sigortalar önceleri hastane masraflarının tamamını karşılayabilirken, bu oran 1979'da %89'a, 1983'de %75'e, 1986'da da %24'e inmiştir. Bütün bunlar sağlık güvencesi kapsamının daraldığını göstermektedir. Sigortacılık masraflarını azaltmak için özellikle patron temelli sigortacılıkta, işe giriş muayenelerinde sağlam çıkmayanlar, sağlığa zararlı alışkanlıkları olanlar sigortalanmamakta, hatta işten çıkarılmaktadır.

ABD'de sağlık harcamalarının yüksekliği ve sürekli artışı sağlık profesyonellerinin, ilaç ve teknoloji şirketlerinin işine gelen bir durumdur. Maliyet artışı sigorta şirketlerini de rahatsız etmemektedir. Çünkü alacaklarını kamu fonlarından ya da özel fonlardan tahsil edebilmektedirler. Son dönemlerde şirket sahiplerinin ayrı sigorta fonlarıyla anlaşmaları da harcamaları artıran bir etki yaratmıştır. Amerikan Hekimler Birliği'nin de harcamaların artışını kontrol etmeye yönelik stratejilere olumsuz baktığı bilinmektedir.

Amerika'da sağlık harcamalarının önemli kısmının toplumun belirli kesimlerince yapıldığı anlaşılmaktadır. Harcamalar bakımından en yukarıda yer alan %1'lik nüfus diliminin toplam harcamalar içindeki payı halen çok yüksektir: 1963'de %26, 1987'de %28 ve 1996'de %27. Aynı oranlar en tepedeki %10'luk nüfus dilimi için %59, %70 ve %69 şeklindedir. (Bakınız Tablo)

Tablo: Amerika'da Sağlık Harcamalarının Nüfus Dilimlerine Dağılımı (1996 yılı için) (%) (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 %50'lik diliminin toplam sağlık harcamalarının ancak %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.

Harcamalar bakımından tepede yer alan nüfus dilimlerinin, sağlık hizmetine daha çok gereksinimi olanlar olduğu düşünülse bile, sağlık hizmetine gereksinimi daha az olan alttaki nüfus dilimlerinin harcama oranlarının değişmemiş olması, sağlamlara yönelik koruyucu sağlık programlarının sunumunda herhangi bir değişimin gerçekleşmediğini ve yönetilen bakım planlarının koruyucu sağlık hizmetleri yönünde önemli bir avantaj sağlayamadığını düşündürmektedir. Nitekim HMO üyesi olup harcamalar açısından en altta yer alan %50'lik nüfus dilimine yapılan kişi başı sağlık harcaması 174 Dolar iken, geleneksel hizmet başına ödeme planlarına üye olan ve o planlar çerçevesinde en az harcama yapılan %50'lik nüfus dilimindekilerin kişi başı yıllık sağlık harcaması 145 Dolar'dır ve arada istatistiksel bir fark yoktur. Öte yandan veriler en çok harcamayı yapanların en fazla oranda sağlık hizmetine gereksinim duyanlar olduklarını da kanıtlamamaktadır. Örneğin en çok harcama yapan tepedeki %1'lik dilimin %46.3'ü 65 yaşından büyüktür ve %48.6'sı algılanan sağlıklarını iyiden kötü olarak değerlendirmektedir. Bu oranlar Amerikan nüfusunun ortalamalarından oldukça farklıysa da (ABD'de 65 yaş üstündekilerin oranı %12.7 ve algılanan sağlıklarını iyiden kötü hissedenlerin oranı %11'dir), harcamalardaki yoğunlaşmayı açıklamaktan uzak olduğu belirtilmektedir.

Hangi tür sağlık hizmeti üretimi organizasyonuna dahil olunursa olunsun, harcamalar bakımından, özel sigortalılar sigortasızlara göre belirgin biçimde avantajlıdır. Harcamalarda en tepedeki %5'lik grup içinde yer alan özel sigortalıların kişi başı sağlık harcaması 17871 Dolar iken, sigortasızlarda bu miktar 6651 Dolardır. Harcamalar bakımından aşağıda yer alan %50'lik nüfus dilimi içindeki özel sigortalılarda kişi başı sağlık harcaması 3340 Dolar, sigortasızlarda ise 1098 Dolardır. (Bakınız Tablo) Dolayısıyla HMO uygulaması sigortalı ve sigortasızlar arasındaki büyük harcama farklılıklarını ve harcamaların belli nüfus dilimlerindeki yoğunlaşmasını da engelleyememiştir. Bütün bunlar bir yandan da sağlık harcamalarının yalnızca üçte birini gerçekleştiren %90'lık nüfus kesimini ilgilendiren maliyet sınırlama stratejilerinin etkinliğindeki sınırlılığa da işaret etmektedir.

Tablo: ABD'de Sağlık Harcamalarının, 65 Yaşından Küçük Bireylerde Sigorta Durumuna Göre Yoğunlaşması (1996 yılı için) (Berk ML, Monheit AC 2001: 15)

Nüfus Dilimi	Özel Sigortalılar		Sigortasızlar	
	%	Harcama (Dolar)	%	Harcama (Dolar)
Tepedeki % 5	51	17871	60	6651
Tepedeki %10	65	11319	75	4134
Tepedeki %30	87	5090	94	1732
Tepedeki %50	95	3340	99	1098

(Bu bölüm için yararlanılan kaynaklar: Freech HE 1990: 45-64; Dixon J 1992: 817-818; Dixon J 1992: 878; Greenberg DS 1992: 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: 9-18; Sekhri NK 2001:830-844)

II. İNGİLTERE

(Bu bölümde İngiltere kavramı İngiltere (England), İskoçya (Scotland), Adalar (Wales) ve Kuzey İrlanda'yı (Northern Irland) içine alan Birleşik Krallık (United Kingdom) için kullanılmıştır).

II.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 1.25 milyon kişi istihdam edilmektedir.

NHS ciddi biçimde politik bir kurumdur. Belki de İngiltere refah devletinin başka bütün sektörlerine göre daha fazla oranda bireyselciliğe karşı kolektivizmin izlerini taşır. Seçim kampanyalarının en önemli tartışma konularından birisidir. NHS 2. Dünya Savaşı sonrası dönemde İngiltere'de sınıfsal tarafların ve özel olarak da iki önemli partinin (Muhafazakar Parti ve İşçi Partisi) devletin rolü, ekonominin yönetimi ve sosyal politikalar konularındaki anlaşmasının (konsen-

süs) bir ifadesi olarak ortaya çıkmıştır. 1979'da başlayan Thatcherli yıllarda ise bu anlaşmanın sorgulanmaya başlandığı görülmektedir.

NHS içinde hemen bütün sağlık hizmetleri parasızdır. Bireyler yalnızca ayaktan tedavi sırasında kullanılan ilaçların ve diş sağlığı hizmetlerinin maliyetine katkıda bulunurlar. Buna rağmen yazılan ilaçların da yaklaşık %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 görüşün arkasında büyük bir toplumsal destek vardı. NHS'nin şekillendirilmesinde hekimlerin güçlü bir etki odağı oluşturdukları görülmektedir. NHS'nin oluşturulması döneminde İngiliz Kraliyet Koleji (uzmanların örgütü) ve genel pratisyenler profesyonel otonomilerindeki herhangi bir azalmaya şiddetle karşı çıktılar. Özellikle sağlık hizmetlerini yerel hükümetlerin kontrolüne açacak düzenlemelerle ilgilendiler. Tıp sistemi ve hekimler üzerinde herhangi bir demokratik ya da bürokratik kontrolü kabul etmediler ve uzmanlar NHS hastanelerinde ücret karşılığı hasta bakma haklarının korunmasını istediler. Genel pratisyenler de yerel yönetimlerin işleteceği sağlık merkezlerinde ücretli çalışmayı reddederek, eskisi gibi bağımsız çalışma ve kişi başına ödeme alma sistemini sürdürmeyi 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 bütün sağlık hizmetini parasızlaştırdı.

NHS Yasası 1946'da yayınlandı ve NHS 1948 yılında çalışmaya başladı.

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 olması-

nı ifade eder. Bunların her birisi yerel bir kurul tarafından yönetilir. 1960'larda her alt bölge kendi hastanesini ve kendi tıp fakültesini 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. yy'dan 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, eğitimde, çalışma koşulları ve ücretler üzerinde Birlik temsilcilerinin önemli etkisi vardır. Sağlık otoritelerinin seçilmiş organlar tarafından kontrol edilememesi demokrasi eksikliği olarak tanımlanır. Toplum katılımını hedefleyen yerel toplum sağlık konseylerinin ise yalnızca bir bilgi aktarma organı olarak çalıştığı belirtilmektedir.

NHS yapısının en tepesinde Sağlık Bakanlığı vardır. O'nun altında Bölge Sağlık İdareleri (Regional Health Authority), daha altta 90 adet Yerel Sağlık İdaresi (Area Health Authority) ve en altta da 200 kadar Alt Bölge Sağlık İdaresi (District Health Authority) yer alır. Her bir alt bölgenin ortalama nüfusu 250 bindir. 1998 yılında Alt Bölge Sağlık İdareleri'nin sayısı, yönetsel maliyetlerin azaltılması amacıyla 100'e düşürülmüştür.

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 İdareleri ile Aile Sağlığı Hizmetleri İdareleri tek bir çatı altında birleştirilmiştir.

NHS Thacther döneminde yapısal değişiklikler geçirdi. Ancak yine de yukarıda sıralanan temel özellikleri değişmemiştir. 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 hazırladığı raporda 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 süpermarketine ve hizmet kullananların 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 getirilmeleri. 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 getirilmiştir. Bunlar kaynak bulma, kendi kadrolarını atama, bölgesel otorite-

lerle, 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. İlk hastane işletmelerinin ve fon kullanan genel pratisyenlerin oluşumu 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 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 sağlık 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 konsültan hizmetlerini (acil hizmetler dışında), genel pratisyenler ve konsültanlarca gerçekleştirilen araştırma ve tanı işlemlerini, ilaçları, hastanelerin sunduğu ayaktan tedavi edici hizmetleri ve yönetsel işlevleri finanse edecek kadar olmalıdır.

GPFH uygulaması başlangıçta deneysel nitelikte iken hızla yaygınlaştı. 1998 yılında 3500 GPFH oluşmuştu. Zamanla bazı GPFH'ler de, yönetsel maliyetleri düşürmek için, aralarında birleşerek konsorsiyumlar oluşturdular ve bu 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 strateji olmuştur. Bunun üzerine izleyen yıllarda, hükümet tutumunu yumuşatmak zorunda kaldı. Örneğin Rekabet (Competition) ve İnternal Market (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 az miktarda azaldı. Halkın memnuniyetinde, hizmetlerin klinik kalitesinde artış ve bekleme sürelerinde de 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 eşitlisizlik oluştu.

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 denetlemek konusunda titizlik göstermemiş, sözleşme sisteminin gerek-

tirdiği nitelikteki insan gücü yetiştirilmemiştir. İkinci açıklama ise halkın ve sağlık çalışanlarının, sağlık sektörüne piyasa ilişkilerinin sokulmasına etik değerler nedeniyle karşı çıkmış olmalarıdır.

İşçi Partisi 1997'de hükümete gelince sistemde yeni değişiklikler gerçekleştirdi. İşçi Partisi özellikle genel pratisyenlerin fon kullanmasını, fon kullanan genel pratisyenlere bağlı hastalarla, diğerleri arasında bekleme süreleri konusunda ortaya çıkan eşitsizlik ve yönetsel maliyetlerin artışı noktalarında eleştirdi. Öncelikleri yeniden belirledi. Sonuçta İşçi Partisi kendi raporunu yayınladı: NHS: Modern ve Hassas (NHS: Modern and Dependable). Burada İşçi Partisi rekabetin ve piyasa vurgusunun yerine planlama ve birlikte çalışmayı (işbirliği) koymaya çalıştı. Bu rapora bağlı olarak 1999 yılında çıkarılan 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 Primer Bakım Grupları geçiriliyor. 3) NHS işletmeleri korunuyor, ancak bunlar alt bölgeler ve Primer 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 Primer Bakım Grupları'nın (Primary Care Groups) getirilmesi oldu. Primer 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 değişmektedir. Buradaki hedef zamanla bu grupların Primer Bakım İşletmeleri şeklinde gelişmeleridir. Son aşamada Primer Bakım Grupları sağlık hizmetini kendileri satın alan ve kendilerine bağlı nüfusun kamu sağlığı hizmetlerinin üretiminden de sorumlu bağımsız yapılar olacaklardır. Böylece bir anlamda, Primer Bakım Grupları Alt Bölge Sağlık İdareleri'nin işlevlerinin bir kısmını da üstlenecektir. Alt Bölge Sağlık İdareleri kendi bölgelerinin sağlık gelişim planlarının hazırlanmasından sorumlu olacaktır. Birinci basamak ve halk sağlığı hizmetlerinin üre-

timi ve bu hizmetlerin finansmanının sağlanması, hastanecilik hizmetlerinin hastane işletmelerinden satın alınması işlevlerini Primer Bakım Grupları yerine getirecektir.

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 Primer Bakım Grupları'na verilmektedir. Bütün bunlar NHS içinde hizmet üreticilerinin, sağlık profesyonellerinin etkilerinin artmakta olduğunu gösteren veriler olarak yorumlanabilir.

II.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 kuruldu. 2. 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 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 2441 olan NHS hastane sayısı 1990'da 1714'e düşürülmüştür. Hastane yatak sayısı ise 1959'daki 455138 düzeyinden, 1990 yılında 283469'a indirilmiştir. 1990-1994 arasında toplam 245 hastane kapatılmıştır. Son 10 yılda hastane yataklarındaki azalma da 10 bin kadardır. Hastane kapatmaları daha çok psikiyatrik hastalara bakım veren hastanelerin ka-

patılması biçimindedir. 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 %67'ye, toplam NHS harcamaları içinde de hastane harcamalarının ağırlığı %55'den (1950), %65'e (1989) yükselmiştir.

Son yıllarda NHS hastanelerinde özel hastalar için yatak ayrılmaktadır. Bunların sayısı 3000'dir. NHS hastaları özel ödeme yaparak özel odalardaki bu özel yataklardan yararlanabilirler.

II.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 olarak tıp fakültelerine giren öğrenci sayısı 5091'dir. Mezuniyet öncesi eğitimin tamamlanması sonrasında öğrenciler bir yıllık pratik eğitime başlarlar. Bu 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.

1996 yılında NHS'deki toplam hekim sayısı 103 bindir. İngiltere'de 1000 kişiye düşen hekim sayısı 1.6'dır (1994). 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.

II.4. Genel Pratisyenlik Hizmetleri

İngiltere'nin ilk genel pratisyenleri ülkenin çeşitli bölgelerinde kendi başlarına özel olarak çalışan ve ücret 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'da Bismark döneminde ortaya çıkan sigorta sistemine benzer bir yapı oluşturdu. Varolan sigorta şirketlerini birleştirdi. Sigorta fonu işçi ücret-

lerinden yapılan kesintiler, devlet ve patronların katkısı ile oluşturuldu. Böylece, sigortalılar hastane tedavileri için olmasa bile hekim hizmetlerini kullanırken ücretsiz tam 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 %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. Sayıları 11 bin kadardır.

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 sunma, bu raporda parasal harcamalarını ayrıntılı olarak belirtme ve her yıl belli düzeyde sağlık taraması ve koruyucu sağlık hizmeti gerçekleştirme zorunda tutuldular. Bu yıllarda genel pratisyenlerin %63'ü dört ve daha kalabalık gruplar halinde çalışmaktaydı. %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 Primer Bakım Grubu ile birleşme zorunluluğu getirildi. Bugün 28 bin genel pratisyen birinci basamak hizmeti vermektedir.

II.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. Bu sektörün gelişmesi endüstrileşme süreci ile birlikte olmuştur. İlk dü-

zenlemeler 1875 yılında çıkarılan Kamu Sağlığı Yasası (Public Health Act) ile gerçekleştirilmiştir. Bu hizmetlerin çoğu ilk olarak gönüllü kuruluşlar tarafından örgütlenmiştir. Sonradan yerel otoriteler tarafından sunulmaya başlanmışlardır. 20. yüzyılın başlarında bu alanda önemli başarılar elde edilmiştir: Su ve kanalizasyon sistemlerinin kurulması, kent temizliği, çalışma ve yaşama çevresinin temizliği gibi.

Sonradan merkezi hükümet de sürece katılmıştır. Örneğin 1840 yılında parlamento kararıyla ulusal düzeyde ilk bağışıklama 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 mücadale halen Sağlık İdareleri'nin en önemli işlerinden birisidir.

Genel pratisyenler ise bağışıklama ve sağlık taramaları ile kamu sağlığı çalışmalarının içindedirler. Ayrıca hipertansiyonu, kalp hastalığı olan, felçli hastaların izlenmesinden, sigara mücadelesinden, bireylerin beslenme ve fiziksel aktivite durumlarının değerlendirilmesinden, 75 yaş üzerindeki bireylerin yıllık sağlık kontrollerinin yapılmasından, meme ve serviks 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.

II.6. İngiltere'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

NHS önemli oranda genel vergilerden finanse edilmektedir. NHS hizmetleri hizmeti kullanım anında parasızdır. 1987'de toplam NHS harcamalarının %85'i genel vergilerle, %11.8'i ulusal sigorta katkılarından finanse edilmekteydi. Kalan %3'ü ise cepten harcamalardan

gelmekteydi. 1996-97'ye gelindiğinde bu oranlar %81.5, %12.2 ve %6.3 olarak değişti. Böylece NHS harcamalarının %93.7'si kamu kaynaklarından yapılmaktadır. İngiltere'deki ulusal sigorta klasik sigorta uygulamasından farklıdır ve bir gelir vergisi niteliğindedir. NHS hizmetlerinden yararlanma 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, dental ve oftalmik hizmetler için yapılan özel harcamalardan oluşur.

Tablo: İngiltere'de Sağlık Harcamalarının Kaynakları (%)
(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'de nüfusun %3.6'sı, 1980'de %6.4'ü, 1985'de %8.9'u, 1990'da %11.5'i ve 1995'de %10.8'i. Özel sigortalı nüfus oranının artmayışının nedeni ekonomik durgunluk ve prim düzeylerindeki artıştır. 1991-1996 döneminde primlerin yıllık %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'de Özel Sigorta Üyelerinin Mesleki Sınıflara Dağılımı (%)(European Observatory on Health Care Systems 1999: 44)

Mesleki Sınıf	16-44 yaş	45-64 yaş	65 ve + 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 akılcı 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.

Hastanelere yapılan ödemeler genellikle (hastanelerin %69'u) blok sözleşmelerle olur. 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 yap-

mamış, 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 bakmak amacıyla 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. Genel pratisyenlerin bireysel olarak aldıkları para genel pratisyenlerce kullanılan fondan etkilenmemiştir.

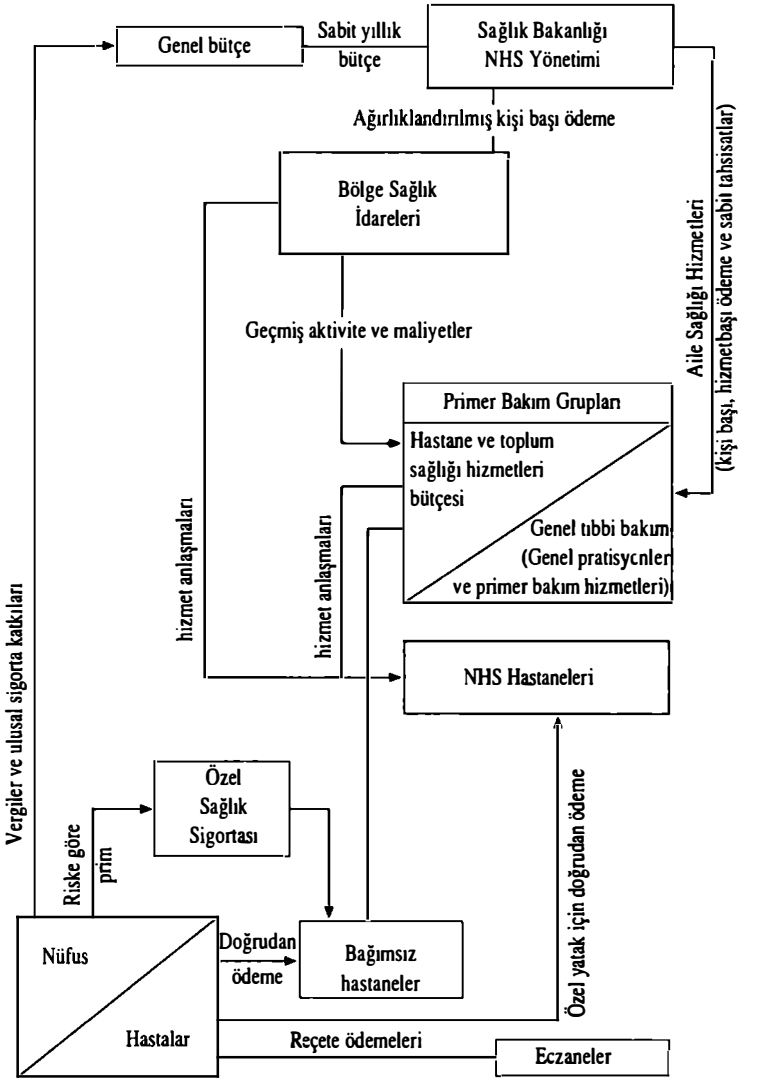
Hastane hekimleri ise maaşlı çalışanlardır. Maaşların miktarı Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir. Hastanelerdeki uzman konsültanlar araştırma performansları karşılığında ek ücret de alırlar. Ayrıca bu konsültanlar maaşlarının %10'unu geçmeyecek şekilde özel hasta bakımından para kazanabilirler. Genel pratisyenler arasında özel çalışma yok denecek kadar azdır (toplam genel pratisyenlerin %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.

II.7. Sağlık harcamaları

İngiliz sağlık sistemi diğer ülkelere göre daha ucuzdur. Kişi başı sağlık harcamaları açısından bakıldığında, İngiltere sağlık harcamaları ABD'dekinin %48'i, Fransa'dakinin de %84'ü kadardır.

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.

Şekil: İngiltere Sağlık Sisteminde Finansman Yapısı (1999)
(European observatory on Health Care Systems, 1999:88)



NHS harcamalarının toplam hükümet harcamaları içindeki oranı 1981 yılında %11.4 iken, 1992 yılında %13.8'e ulaşmıştır.

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 yeniden hızlı bir artış göstermiş, sonra yine ulaştığı düzeyde sabit kalmıştır.

Tablo: İngiltere'de Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (European Observatory on Health Care Systems 1999: 45)

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

* Satın Alma Gücü Paritesi (Purchasing Power Parity)

Sağlık harcamalarında görece düşüklüğe karşılık kamunun payının en yüksek olduğu merkez kapitalist ülke de İngiltere'dir. Sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları düzenli olarak artmakta, yataklı tedavi harcamaları ve kamu yatırımları azalmaktadır. İngiltere'de sağlık harcamalarını artıran ilaç ve teknoloji giderleridir.

Tablo: İngiltere'de Sağlık Harcamalarının Kategorilere 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		

II.8. Özel Sağlık Sektörü ve Özel Sigortalar

Hastane ve hekimlerin hemen tamamı NHS sistemi içinde çalışmaktadır. Ancak özellikle son 10 yıl içerisinde özel sağlık sektörü ve özel sigortacılık hızla büyümüştür. 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 Sterline çıkmıştır.

1996 yılı itibariyle toplam 25 özel sağlık sigortası şirketi vardır. Özel sağlık sigortası pazarının %90'ı üç büyük şirketin elindedir. Uluslararası bağlantıları da olan bu şirketler sırasıyla British United Provident Association (BUPA), Private Patients Plans (PPP), Western Provident Association (WPA)'dır. 1996 yılında toplam pazar içinde BUPA'nın payı %42 (1985'de %59), PPP'nin payı %27 (1985'de %25), WPA'nın payı %5 (1985'de %7)'dir. BUPA artık hastanecilik hizmetleri de sunmaktadır. 5 milyon insan özel sigortalara kayıtlıdır. ABD'li özel sigorta şirketlerinin İngiltere'deki faaliyetleri artmaktadır.

Özel sektördeki hastane sayısı 230'dur. Bunların %60'ı beş hastane grubuna aittir ve bu gruplar toplam özel hastane yataklarının da %65'ini işletmektedir. Son yıllarda özel sigortalar özel hastaneleri almakta ya da kendileri özel hastane kurmaktadır. Böylece özel sektör-

de 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 etmek yönünde anlaşmalarıdır. İngiltere'de 20 bin özel çalışan uzman bulunmaktadır ve bunların 4 bini BUPA ile böyle bir anlaşma yapmıştır. Özel hastanelerdeki işin %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 3000 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.

(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; Smee C 2000)

III. ALMANYA

III.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), nasyonal sosyalist dönem (1933-1949), Almanya'nın ikiye bölündüğü savaş sonrası dönem ve 1990 sonrasındaki birleşme dönemi.

Almanya'da 1883 yılında sağlık sigortacılığı başlatıldı. 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'deki sigorta sistemi mesleksel bir zeminde oluşturuldu. Bazı endüstri dallarındaki işçiler için sigorta zorunlu tutuldu. Fonun üç-

te ikisi işçiden, üçte biri de patrondan yapılan kesintilerle beslendi. Sigortalı işçiler belirlenmiş bir birinci basamak sağlık hizmetleri paketinden parasız yararlanabiliyorlardı. Buna karşılık hastanecilik hizmetlerinden yararlanma fonlar arasında değişkenlik gösteriyordu. Fonların yönetimi merkezi 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 oluşturdu. 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.

Sigorta kapsamındaki nüfus oranı 1883'de %10'du, 1987'de Batı Almanya'da %88'e, 1949'da da Demokratik Almanya'da %100'e çıktı. Almanya'da işsizler, emekliler, öğrenciler, yeti yitimi olanlar gibi sosyal gruplar da sigorta kapsamındadır. Yıllar içinde sigorta kapsamındaki nüfus artarken, sigorta fonu sayısı azalmıştır.

Tablo: Batı Almanya'da Zorunlu Sigorta Sisteminin Gelişimi (Henke KD 1990: 146-164)

Yıllar	Sigortalı Nüfus (milyon)	Sigortalı Nüfus Oranı (%)	Sigorta Fonu Sayısı
1885	4.7	10.0	18942
1911	10.0	21.5	22000
1951	20.0	48.1	1992
1960	27.1	85.0	2028
1986	36.5	90.2	1184

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 oluşturarak, komisyonlardaki taraflardan birisi olarak sigorta fonlarının karşısına çıkmışlardır.

Naziler döneminde sistemin temel özellikleri devam etse de, yönetim yapısında önemli değişiklikler yaşanmıştır. 1933 yılında sosyalistler, Yahudiler, işçi temsilcileri hastalık fonlarından uzaklaştırılmış ve fonların, toplum sağlığı hizmetlerinin, sağlık ve eğitimle ilgili hükümet dışı organizasyonların başına partili yöneticiler atanmıştır.

Savaş sonrası dönemde Demokratik Almanya'daki sağlık sistemi, bir ölçüde Sovyet sisteminden farklı gelişti. Sosyal sigorta sistemi işçilerin ve patronların primleriyle oluşturuldu. Bu dönemde Demokratik Almanya'da iki tane hastalık fonu vardı. Birisi işçileri, diğeri ise profesyonel meslek gruplarını, zanaatkarları, tarım kooperatiflerinin üyelerini ve kendi hesabına çalışanları kapsıyordu. Hekimler devlet tarafından istihdam ediliyor ve toplum ya da işletme temelli sağlık merkezlerinde, diğer sağlıkçılarla birlikte bir ekip olarak çalışıyorlardı. Ayaktan tedavi edici hizmetlerle birlikte, sağlık eğitimi, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, kronik hastalıklar için uzmanlık hizmetleri vermekteydiler. Sağlık hizmetleri devlet tarafından kapsamlı bir sosyal hizmet ağı (konut, çocuk bakımı, kreşler gibi) ile desteklenmekteydi. Demokratik Almanya'daki bu yapı 1970'lerde, yeterli finansman kaynaklarının sağlanamamasına bağlı olarak, Batı Almanya'daki standartların gerisinde kaldı.

Batı Almanya'da savaş sonrasında 1949'da ve sonra 1955'de seçimleri kazanan Hıristiyan Demokratlar sağlık sistemini temel ilkelerine sadık kalarak restore ettiler. Hastalık fonlarına katkı patron ve işçiler için %50 oranında belirlendi. Fonların yönetimi de tarafların yarı yarıya temsiliyeti ile sağlandı. Ancak beyaz yakalıların yönetimindeki fonların statüsü aynen korundu. Beyaz yakalılar kendilerine yönelik finansman sağlayan 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 hekimlerin 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. Bu 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 artışlarının gelir artışı kadar olması 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 yararlanmalarına son verilmesi.

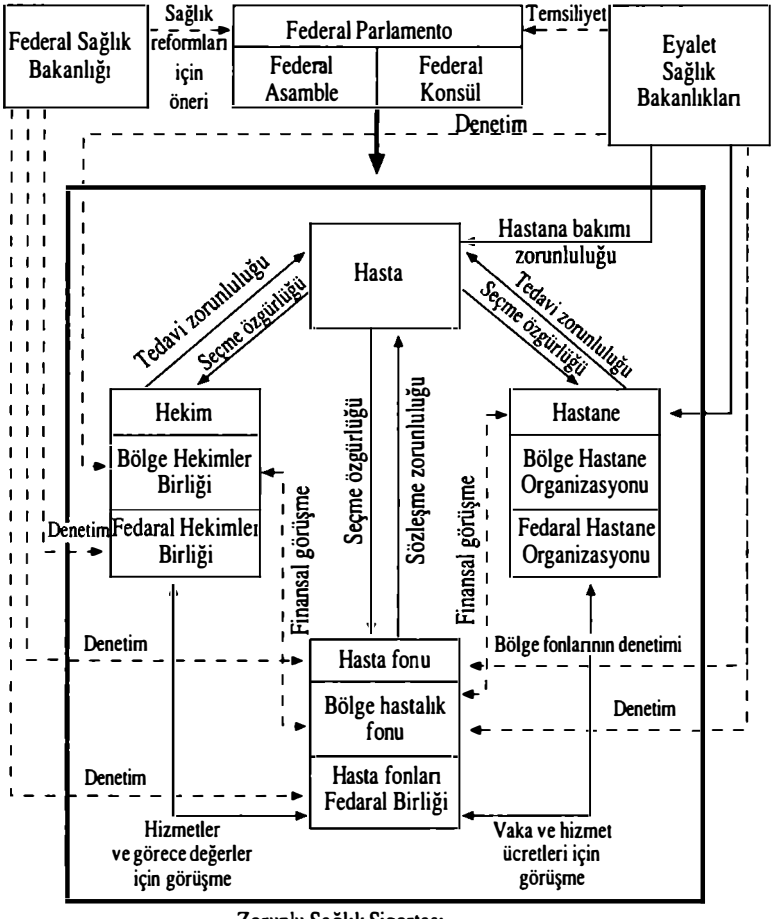
1990 sonrasında Batı ve Demokratik Almanya sağlık sistemleri de birleşti. Batı'daki sigorta sistemi yaygınlaştırıldı.

1990'larda maliyet sınırlamaya yönelik bir dizi yasa 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 kılınması, 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 düzeyin üzerinde 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 daha fazla oranda kullanıldığı görülmektedir.

Almanya'da ulusal düzeyde Federal Sağlık Bakanlığı ve Parlamento sağlık sektörünün iki önemli birimidir.

Şekil: Almanya Sağlık Sisteminin Organizasyonel Yapısı (2000) (European Observatory on Heat Care Systems, 2000:23).



Sağlık hizmetlerinin finansman ve üretimine ilişkin temel ilkeler federal düzeyde belirlenir. Hastalık fonlarının denetimi de federal düzeydeki kurumlarca gerçekleştirilir. Eyaletler hastane alt yapısını oluşturmak zorundadır. Eyaletlerin ikinci sorumluluğu halk sağlığı hizmetlerini sunmaktır (sağlık kurumlarındaki personelin denetimi, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, yiyecek ticaretinin denetimi, ilaçların denetimi, çevre hijyeni, toplum temelli psikiyatrik hizmetlerin sunumu, sağlık eğitimi, okul çocuklarının muayenesi gibi). 1970'lerden beri koruyucu sağlık programlarının önemli kısmı hastalık sigortalarının yararlanım paketi içine alınmıştır. Eyaletler hekim eğitiminden, bölgesel hekim birliklerinin ve hastalık fonlarının denetiminden de sorumludur.

Federal yapı eyaletler 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. Bazı eyaletlerde hekim birliği sayısı birden fazladır. 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.

Hizmet satın alan tarafta otonom hastalık fonları vardır. Bunlar eyalet ya da federal düzeyde organize olmuştur. 1999 yılı itibariyle 453 adet zorunlu hastalık fonu ve 52 adet de özel sağlık sigortası kuruluşu vardı. Zorunlu sigortaların üye sayısı 72 milyon, özel sigortalarınki ise 7.1 milyondu. Hastalık fonlarının bir yönetim kurulu ve bu kurulu seçen bir meclisi vardır. Meclis sigortalıların ve patronların temsilcilerinden oluşur. Önceden de belirtildiği gibi bazı fonların yönetimi tamamen sigortalıların elindedir. Bunların sayısı 13'tür. Meclisleri oluşturan temsilcilerin çoğu sendikaların ya da patron birliklerinin üyesidir. Her meclis altı yıl görev yapar ve yönetim kurulunu seçer.

Hastalık fonlarının sayısı birleşmelerle azalmaktadır. Aynı süreçte fonlar değişik meslek üyelerine de üyelik kapısını açmaktadır. Hastalık fonları, üyelerinden toplayacakları prim miktarına kendileri karar verirler. Hastalık fonlarının yanı sıra yine korporatist olarak yönetilen kaza fonları, emeklilik fonları ve 1995'den 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 standartlar da geliştirmektedir.

Hastaneler için birinci basamak tedavi hizmetlerine benzer korporatist bir yapı yoktur. Hastaneler tek tek sigorta fonlarıyla anlaşma imzalarlar.

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. Hastanecilik hizmetlerinde ise kamu sektörü ile birlikte kâr amaçlı ve kâr amacı gütmeyen özel sektör yan yanadır. 1990 yılında hastane yataklarının %62.8'i kamu, %33.5'i kâr amacı gütmeyen özel, %3.7'si de kâr amaçlı özel sektör elindeydi. 1998 yılına gelindiğinde oranlar %55.3, %37.9 ve %6.8 olarak değişti. Böylece kamunun ağırlığı azalırken, özel sektörünki arttı. Aynı süre içinde toplam hastane yataklarında %12'lik bir azalma oldu.

III.2. Hastaneler

Almanya'da hastaneler yataklı hasta bakımında yoğunlaşmıştır. Yalnızca üniversite hastaneleri ayaktan hasta tedavisi de yapmaktadır. Üniversite hastanelerinin ayaktan hasta tedavisindeki payı %5'dir.

Almanya'daki hastane sayısı 2260'dır. Bunların 2030'u genel hastane niteliğindedir. Genel hastanelerin 790'ı kamunundur, 820'si

kâr amacı gözetmeyen özel hastane, 420'si de kâr amaçlı özel hastane niteliğindedir. Hastane yataklarının %95'i kamu tarafından finanse edilir. Rehabilitasyon hizmeti veren kurumlardaki yatakların ise %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 sayıları ise 1991'de 1000 kişi için 2.06'dan 1998'de 2.30'a yükselmiştir.

III.3. Hekimler

1980'lerde hekim sayısındaki yıllık artış %3, 1990'larda ise %2 kadardı. 1998 yılında aktif çalışan hekim sayısı 287 bindi. Her bin kişiye 3.5 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. Bölgelere hekim istihdamını gerçekleştirmek için toplumun yaş, cins, hastalık ve sosyoekonomik yapısı gibi faktörler dikkate alınmaya başlandı.

Hekim eğitiminin düzenlenmesinden, finansmanından, meslek gruplarının denetiminden eyaletler sorumludur. 36 adet tıp fakültesi vardır. 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 insan gücü kalitesini artırmaktır. Genel pratisyenliğin prestij ve geliri daha azdır. Bu nedenle de genel pratisyenlik/uzmanlık oranı düşüktür.

Birinci basamakta çalışan genel pratisyenlerin yıllık net geliri 156 bin Mark, diğer uzmanların geliri ise 172-250 bin Mark arasındadır. 1988 ile 1995 arasındaki dönemde hizmet başına yapılan ödeme miktarı %9 azalırken, hekim başına ödeme miktarı %18 artmıştır. Bunun nedeni aynı dönemde hekim başına düşen hizmet miktarının %30 oranında artmış olmasıdır. Bir başka deyişle hekimlerin iş yükünde artış vardır.

III.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 hizmetlerin sunumu, sağlık eğitimi, okul çocuklarının ve bazı özel grupların periyodik fizik muayeneleri. Bu hizmetler ülkenin değişik yerlerindeki 360 halk sağlığı ofisi tarafından sunulmaktadır. 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.

III.5. Primer ve Sekonder Ayaktan Tedavi Hizmetleri

Primer ve sekonder ayaktan tedavi edici hizmetler de birinci basamaktaki ofislerinde hizmet veren hekimlerce sunulmaktadır. Bu hekimlerin dörtte biri grup pratiği içinde çalışmaktadır. Her tür uzmanlık alanı birinci basamakta ayaktan tedavi edici hizmet verebilmektedir. 1998 yılı için birinci basamakta çalışan hekimlerin %5'i (6081 adet) hastanede de hasta tedavi etme hakkına sahiptir. Bu da çoğunlukla küçük cerrahi girişimler için söz konusudur. Diğer hekimler ise hastalarının hastaneye yatmasını düşündüklerinde hastane hekimine sevk ederler. Birinci basamakta hizmet veren hekim sayısı 113 bindir. Bunun dışında hastanelerde bölüm başkanı olarak çalışan uzmanlar da birinci basamakta hizmet verebilmektedir. Bunların sayısı da 11 bin kadardır. Hastane hekimlerinin toplam ayaktan hasta tedavisi içindeki payı yalnızca %2'dir. Böylece birinci ve ikinci basamak tedavi edici hizmetler hemen hemen kesin çizgilerle 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 %40'ın altına inmiştir.

III.6. Finansman

Almanya'da sağlık bakımı için tek bir bütçe yoktur. 17 adet vergiye dayalı bütçe (bunların da 1 tanesi federal, 16 tanesi eyalet düzeyindedir), 453 adet de hastalık fonu bütçesi vardır. 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 belli bir düzeyi aşmayan bütün çalışanlar sisteme üye olmak zorundadır. Bu üst gelir düzeyi, 2000 yılı için Batı'da 77400, Doğu'da 63900 Dolardır. Toplumun %88'i sistem tarafından kapsanmaktadır. Bunların %74'ü zorunluluk nedeniyle üye olanlardır. Kalan %14 ise isteğe bağlı olarak üye olmuşlardır. Nüfusun %9'u özel sigortalara kayıtlıdır, %2'si hükümetten parasız hizmet alır (polisler, askerler) ve %0.1'i de sigortasızdır.

Üyelerin sisteme yaptıkları katkı gelirleriyle orantılıdır. Prim katkısı işçi ve patron tarafından eşit olarak karşılanır. Ortalama işçi ücretinin %13.5'i prim olarak ödenir. Ayda 630 Markın altında kazanan işçiler için ödemeyi yalnızca patron yapar. Emekliler ve işsizler için emeklilik ve işsizlik sigorta fonları ödemeleri karşılar. Geleneksel olarak 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. 1996'da 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 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 kap-

samı eyalet hükümetinin düzenlemeleri ve hastalık fonu ile hastane arasındaki görüşmelerle belirlenir.

Son 25 yıldır zorunlu sigorta fonlarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı %66-68 kadardır. Bunun dışında üç önemli finansman kaynağı daha vardır. Bunlar vergiler, cepten harcamalar ve özel sigortalardır. 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.

Tablo: Almanya'da Finansmandaki Temel Kaynakların Dağılımı (%) (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. Bunlar da maliyet paylaşımını %9 oranına çıkarmıştır. 1997 yılında ise diş tedavilerinin bir kısmı yararlanım 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 %20 iken, 1997'den beri %25, fizyoterapi programlarındaki oran 1989'da %10 iken, 1997'den beri %15, belli bir sürenin üzerindeki yataklı tedavideki katkı payı 1989'da %5 iken 1997'den beri %17 oranına çıkarılmıştır. Ancak belli bir gelirin altında geliri olanlar, işsizler ve sosyal yardım alanlar hastane tedavisi dışındaki maliyet paylaşımlarından önemli oranda muaftır. 18 yaşın altındakiler diş tedavileri dışındaki maliyet

paylaşımından muaftır. Gelirlerinin en az %1'ini ilaç masraflarına harcayan kronik hastalar da hekim dışı tıbbi bakımdaki maliyet paylaşımından muaftır.

Toplam 52 adet özel sigorta kuruluşu vardır. Bunlara ek olarak genellikle yerel düzeyde çalışan küçük 45 adet özel sigorta kuruluşu daha bulunmaktadır. 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 sigortalara üye olanların sayısı toplam 7.1 milyon kişidir. Üyeler 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 %51 ve %96, diş bakımında -%4 ve %84, ilaçlarda %24 ve %61, hastane bakımında %62 ve %50, toplamda da %44 ve %72 olarak gerçekleşmiştir.

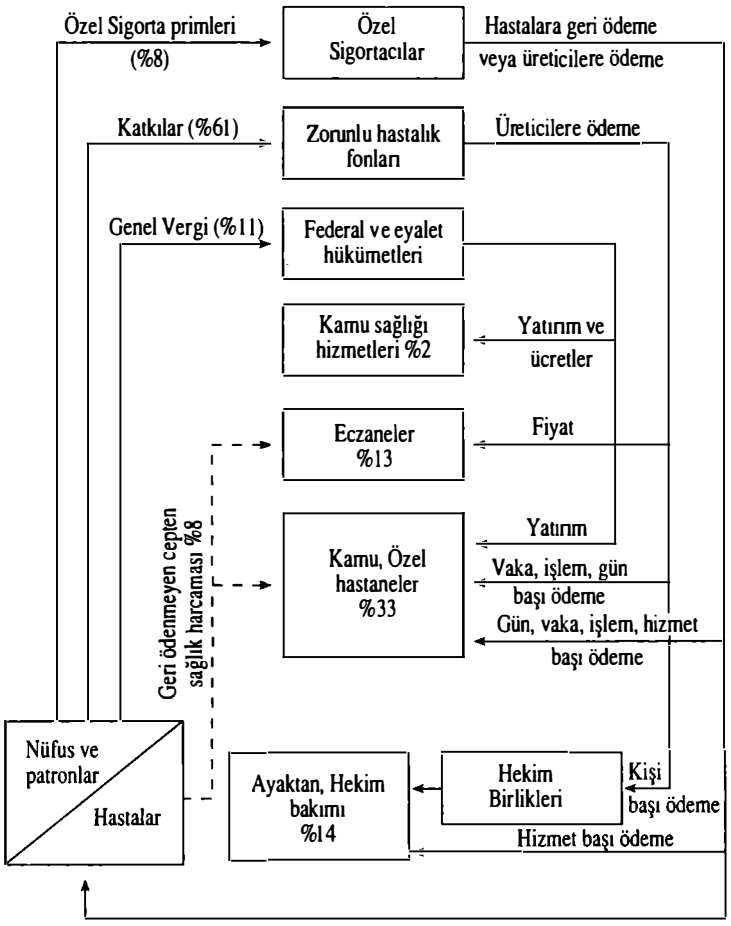
Tamamlayıcı sigortalara üye olanların sayısının da 1997 için 7 milyon olduğu tahmin edilmektedir. 1996 yılında diş bakımı hizmetlerinin bir kısmının 1978'den sonra doğanlar için zorunlu sigortaların kapsamından çıkarılması, tamamlayıcı özel sigortalara üye olanların sayısında önemli artışa neden olmuştur.

1994 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 %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 yapılmaktadır. 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. Hastane hekimleri ücretli çalışanlardır. Ancak departman başkanlarının özel hasta bakarak da gelir elde etme hakları 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. 1995 sonrasında hastanelerin bütün harcamalarının karşılanmasından vazgeçilerek global bütçeleme sistemine geçilmiştir. 1996 yılından beri de vaka başına ödeme sistemi uygulanmaktadır.

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.

III.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 (%8.7 oranında), daha sonraki dönemde artarak diğer ülkeleri geride bırakmıştır. Bunun nedeni Demokratik Almanya'daki sağlık harcamalarının Batı'daki kadar olmasına karşın, ulusal gelirinin daha düşük olmasıdır. Böylece birleşme sonrası dönemde sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki oranı artmıştır. Sağlık harcamaları içinde kamunun payı ise yıllar içinde sabit kalmıştır ve diğer merkez kapitalist ülkeler düzeyindedir.

Tablo: Almanya'da Sağlık Harcamaları (European Observatory on Health Care Systems 2000: 51)

	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1997
Kişi başı harcama (PPP)	175	375	649	979	1279	2128	2339
Ulusal gelir içindeki oran (%)	6.3	8.8	8.8	9.3	8.7	10.4	10.4
Kamunun payı (%)	72.8	79.1	78.7	77.5	76.2	78.2	77.4

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'de %1.9 iken 1995'de %2.4'e yükselmiştir. Buna karşılık sabit sermaye yatırımları 1990 yılına kadar azalmış, bu tarihten sonra da birleşme sonrası yatırımlar nedeniyle yeniden artmıştır.

Tablo: Almanya'da Sağlık Harcamalarının Kategorilere Dağılımı (%) (European Observatory on Health Care Systems 2000: 54)

Kategoriler	1980	1985	1990	1995	1996
Yataklı hizmetler	33.2	34.0	34.7	34.6	35.0
İlaçlar	13.3	13.8	14.2	12.3	12.7
Kamu yatırımları	3.9	3.4	3.1	3.2	3.0

Tablo: Almanya'da 1996 Yılı İçin Sağlık Harcamalarının Kurumlara Dağılımı (%) (Pfaff M, Wassener D 2000)

Kurumlar	Oran
Hükümet	12.1
Zorunlu sağlık sigortası fonları	46.7
Zorunlu diğer sigorta fonları	15.0
Özel sigorta fonları	5.1
Patronlar	14.1
Özel harcama	8.0

Toplam harcamaların %74 kadarı kamusal niteliklidir. Hükümet harcamaları daha çok uzun süreli tıbbi bakım sigortasına, tıp eğitimine, hastane yatırımlarına yönlendirilmektedir.

(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)

IV. KANADA

IV.1. Genel Yapı

Kanada'da sağlık hizmetleri kamunun yönetimindedir. Benzer durum hizmetin finansmanı için de geçerlidir. Hizmet üretimi ise özel sektör yapısı içinde gerçekleştirilir. Ancak hizmet üreten kurumların çok önemli kısmı (hem birinci basamaktaki genel pratisyenlik hizmetleri, hem de hastanecilik hizmetleri) kar amacı gözetmeksizin çalışırlar. Kanada'da sağlık hizmetinin finansmanı ve yönetimi eyaletler düzeyinde organize edilmiştir ve eyalet yönetimlerinin sorumluluğundadır. Her eyalet kendi finansman kanallarını yaratmıştır, ancak federal hükümetten de destek alır. Sigortalar hükümet dışı kamu kurumlarının yönetimindedir.

Eyaletler düzeyinde 13 adet sağlık sigorta planı vardır. Eyaletler hastane ve birinci basamak hizmetlerinin, kamu sağlığı hizmetlerinin planlanmasından, finanse edilmesinden ve değerlendirilmesinden sorumludurlar. Federal hükümetin işlevi sağlık hizmetinin ulusal düzeydeki standartlarını oluşturup, yönetmek, eyaletlere finansal destekte bulunmaktır.

Hastanelerin %95'i kâr amacı gözetmeyen kurumlardır, gönüllü kuruluşlarca, belediyelerce ya da ortaklardan oluşan bir yönetim kurulunca yönetilirler. Sağlık harcamalarındaki artışı sınırlamak amacıyla hastane yataklarında planlı bir azaltmaya gidilmektedir. 1998 yılındaki hastane yatağı sayısı 1985 yılındakine göre %25 daha azdır. Saskatchewan eyaletinde 52 tane küçük hastane kapatılmıştır. Bütün Kanada'da hastane sayısı 1991'de 1128 iken, 1999'da 877'ye indirilmiştir. Hastaneler global bütçeleme ile finanse edilirler. %5'den azı özel hastane konumundadır. Toplam hastane yatakları içinde özel hastanelerin sahip olduğu yatak oranı yalnızca %0.4 oranındadır.

Kanada sağlık sistemi temel olarak birinci basamak hekimleri (genel pratisyenler) üzerine oturmaktadır. Kanada'daki bütün hekimlerin %51'i genel pratisyendir. Genel pratisyenler uzmanlık hizmetlerinin, tanısal testlerin, hastanelerin kullanımını ve ilaç yazınını de-

netlerler. Hekimlerin çoğu özel olarak ve tek başına ya da grup pratiği biçiminde çalışır. Tek başına çalışanların oranı toplamın üçte biridir. Bazı hekimler toplum sağlığı merkezlerinde ya da hastanelerin polikliniklerinde çalışır. Özel çalışanlar, hastanın bağlı olduğu sigortadan genellikle hizmet başına ödeme alırlar.

Hekim ücretleri eyalet düzeyinde eyalet hekim birlikleri ile yapılan görüşmeler sonucunda, halkın hekim kullanma sıklığı da dikkate alınarak belirlenir. Hemşirelerin ücretleri ise sendikalar ile hemşireleri istihdam eden kuruluşlar arasındaki toplu pazarlık görüşmeleri sonucunda saptanır.

Hekim dışı sağlık personeli genellikle birinci basamak sağlık hizmetlerindedir. Hastanelerin cerrahi servislerinin dışında çalışan diş hekimleri genellikle bağımsız çalışırlar. Hemşireler hastanelerde, toplum sağlığı merkezlerinde çalışıp, ev bakımı ve halk sağlığı hizmetleri de verirler.

Hasta olan bir Kanadalı kendisinin seçtiği bir hekime ya da kliniğe gider. Sigorta kartını göstererek hizmet kullanır. Hizmet kullanımı sırasında herhangi bir cepten ödeme yapmaz.

IV.2. Kanada'da Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Kanada sağlık sistemi son 50 yıl içinde bugünkü biçimini almıştır. 1940'lara kadar sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak özel sektörün elindeydi. Kamu sosyal güvenlik programları ilk kez Saskatchewan eyaletinde 1947'de hastanecilik hizmetlerine yönelik olarak kuruldu. 1956'da federal hükümet diğer eyaletleri aynı tür uygulama için yönlendirdi. 1957 yılında hastanecilik hizmetlerine yönelik sosyal güvenlik programları diğer eyaletlerde de başlatıldı. Bu eyaletlerdeki uygulamaların başarısı federal hükümeti 1957 yılında Hastane Sigortası ve Tanısal Hizmetler Yasası'nı (Hospital Insurance and Diagnostic Services Act) çıkartmak yönünde cesaretlendirdi. 1961 yılına gelindiğinde eyaletlerin tümünde kamu sosyal güvenlik programları oluşturulmuştu ve yataklı tedavi hizmetlerinin tamamı güvence altına alınmıştı. 1971'e kadar da bütün hekimlik hizmetleri (ayaktan tedavi edici hizmetler) sigorta programlarının kapsamına alındı. Bu konuda da öncülüğü yine Saskatchewan eyaleti yaptı.

Kanada'da sağlık hizmetlerinin finansmanı çok önemli oranda gelir vergileriyle sağlanır. Alberta ve British Columbia eyaletlerinde prim uygulaması da vardır. Ancak primler riskle ilişkili değildir. Ka-

mu sigorta programlarının kapsamadığı hizmetler için özel sigorta şirketleri kurulmuştur. Özel sigorta şirketlerinin kapsamı kamu sigortalarının sigortalamadığı hizmetlerle sınırlanmış ve böylece duplikasyonların önlenmesi hedeflenmiştir. Bu nedenle özel sigortacılık finansmanda ancak sınırlı bir yer tutabilmektedir.

Eyaletler hastane sigortası için federal hükümetten destek alırlar. Federal hükümetin eyaletlere desteği 1970'lerin ortalarına kadar, eyalet hükümetlerinin yaptığı sağlık harcamasının %50'si düzeyinde seyretmiştir. Eyaletin federal desteği alabilmesi için, genel ve özel dal hastanelerinde evrensel ve kapsamlı bir yataklı tedavi hizmetini verebilmesi zorunluluğu vardır. Kullanıcı ödentileri, hastane kullanımını ve maliyetleri kontrol etmenin, ek gelir yaratmanın yolu olarak görülmektedir.

1966 yılında çıkarılan bir yasa, eyaletlerin federal destek alabilmelerinin koşullarını şu şekilde belirlemiştir: 1-) Eyaletler tıbbi açıdan zorunlu olan tüm hekim ve hastane hizmetleri için kapsamlı sigorta sağlamalıdır. 2-) Tüm sigortalanmış hizmetler sigortalılar için standart tip ve koşullarda elde edilebilir olmalıdır. 3-) Sigorta planı eyalet hükümeti için uygun olmalı ve kamu tarafından yönetilmelidir. 4-) Eyalet sigorta planı eyaletler arasında uyumlu olmalı, böylece de sigortalının geçici sürelerle eyalet değiştirdiği zaman dilimlerinde sigortasının devamına olanak tanımalıdır.

1977'de Dünya genelindeki ekonomik krizle ilişkili olarak, federal hükümet eyaletlerin sağlık harcamalarındaki %50'lik katkısını azaltmaya başladı. Eyaletteki sağlık harcamalarının ekonominin genel büyümesinin üzerinde seyretmesi durumunda, eyaletlere sağlık harcamalarını kendilerinin karşılaması zorunluluğu getirildi. Aynı yıl federal hükümetin eyaletlere yaptığı katkının biçimi kişi başına ödeme olarak değiştirildi. Bu da vergi transferleri ya da nakit ödemeler yoluyla gerçekleştirilmeye başlandı. Amaç eyaletleri maliyet sınırlayıcı stratejilere yönlendirmekti. Böylece 1980 yılında %44.6 olan federal katkı oranı 10 yıl sonra %39.2'ye düşürüldü. 1997'de ise oran %27'e indirilmişti. Bu gelişmeler muhafazakar ve liberal hükümetler tarafından gerçekleştirildi. Federal katkının azaltılması sonucunda eyaletler de sağlık harcamalarını azaltma ve kullanıcı ödentilerini artırma yönünde stratejiler geliştirdiler.

1980'lerde sağlık harcamaları eyalet harcamalarının %28-%36'sı arasında bir orana ulaşmıştı. Toplumsal sağlık düzeyini geliştirmenin asıl yolunun, sağlığın belirleyicilerini etkilemek olduğu ve sağlık hiz-

metinin bu geniş çerçevenin yalnızca bir bileşeni olabileceği görüşünü uyardı. Sonuçta, kurum ve hastane temelli sağlık hizmetlerinden, sağlığın korunması ve geliştirilmesine vurgu yapan toplum temelli sağlık hizmetlerine yönelim gerçekleşti. Sağlık çalışanlarının ülke genelinde dengeli dağılımını ve sağlık insan gücünün etkin kullanımını sağlamaya yönelik yönetsel stratejiler geliştirildi. Böylece harcamaların artışı sonucunda, ne olursa olsun maliyetleri düşürmeye yönelik neoliberal stratejilerle, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerini daha iyi organize etmeye yönelik stratejiler iç içe geçti.

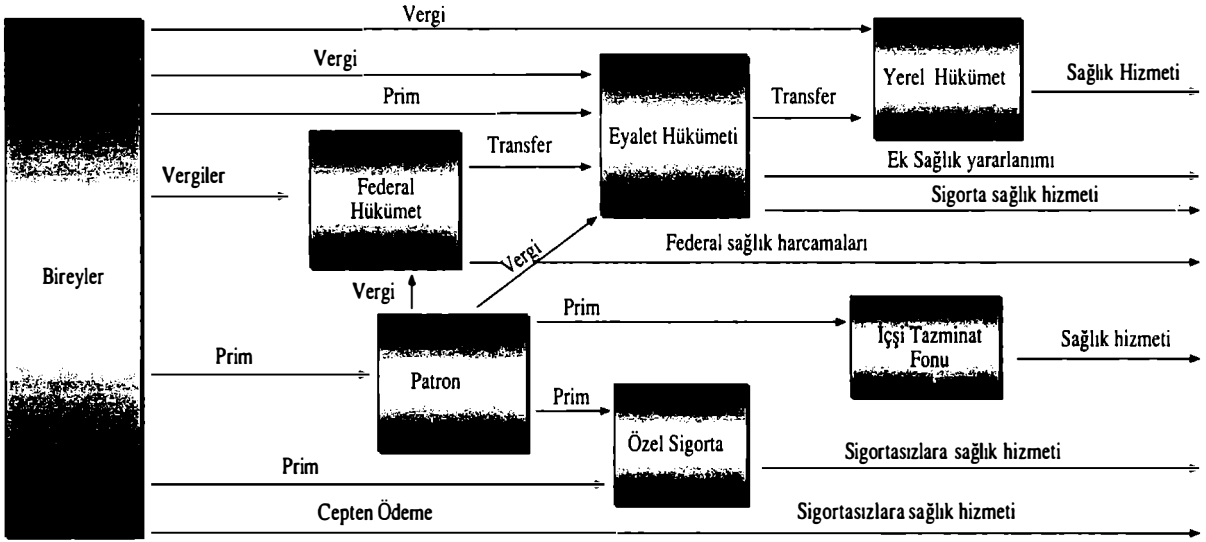
Federal hükümetin eyaletlere yaptığı finansal desteğini azaltması, eyalet hükümetlerinin kullanıcı ödentilerine yönelmelerine, bu da sağlık harcamaları içinde özel harcamaların artışına neden oldu. Sağlık harcamalarının finansman kaynaklarına göre dağılımı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo: Kanada'da Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynaklarına Göre Dağılımı (%) (Canada Health Ministry 1997: 6)

Yıllar	Federal Hükümet	Eyalet Hükümetleri	Belediye Yönetimleri	İşçi Payı	Özel Harcamalar
1975	3.2	71.0	1.1	1.0	23.6
1980	2.6	70.5	1.6	0.9	24.4
1985	2.9	70.3	1.5	1.0	24.3
1990	3.5	68.8	1.4	0.9	25.4
1995	3.7	65.5	1.0	0.9	28.9
1996	3.5	64.4	1.0	0.8	30.1

Harcamaların %64.4'ü eyalet hükümetleri, %3.5'i federal hükümet, %1.0'ı belediyeler, %0.8'i işçi ücretlerinden karşılanmakta, %30.1'i de özel harcama şeklinde gerçekleşmektedir. 1975 ile 1996 yılları arasında eyaletlerin payı azalmış (%71.0'den %64.4'e), özel harcamaların payı artmıştır (%23.6'dan %30.1'e). Diğer sektörlerin toplam içindeki oranlarında önemli bir değişiklik olmamıştır.

Şekil: Kanada Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı (1999) (Canada Health Ministry, 2000:16)



IV.3. Sağlık Harcamaları

1960'lı yıllardan başlayarak sağlık sigortası kapsamının genişlemesi sağlık harcamalarında da artışa neden olmuştur. 1961 yılında %5.9 olan GSMH içindeki sağlık harcamaları payı, 1975'de %7.1'e, 1980'de %7.2'ye, 1985 yılında %8.4'e, 1990'da %9.1'e, 1994'de %9.8'e, 1995'de %9.6'ya, 1996'da %9.5'a, 1998'de %9.3'e ulaşmıştır. Görüldüğü gibi son bir kaç yıldır sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki oranı azalmaktadır. Kişi başı sağlık harcaması 1996 yılı için 2511 Dolar, 1998 yılı için de 2694 Dolar'dır.

Tablo: Kanada'da Sağlık Harcamalarının Ulusal Gelir İçindeki Oranı ve Toplam Sağlık Harcamalarındaki Yıllık Değişim Hızı (%) (Canada Health Ministry 1997: 5)

Yıllar	Sağlık Harcaması/ Ulusal Gelir	Toplam Sağlık Harcaması Yıllık Değişimi
1976	7.1	13.5
1981	7.4	18.0
1986	8.6	8.8
1991	9.8	8.6
1996	9.5	1.2

Harcamaların %31.7'si hastanelere, %9.8'i diğer kurumlara, %13.8'i hekimlere, %12.1'i diğer sağlık profesyonellerine, %15.6'sı ilaçlara, %3.2'si sabit sermaye yatırımlarına, %4.4'ü halk sağlığı harcamalarına ve %9.5'i de diğer harcamalara gitmektedir.

Tablo: Kanada'da Çeşitli Sağlık Harcama Kategorilerinin Toplam İçindeki Oranı (%) (Canada Health Ministry, 1997; Canada Health Ministry, 2000)

Yıllar	Hastane	Diğer Kurumlar	Hekimler	Diğer Personel	İlaç	Sabit	Halk Sağlığı	Diğer
1975	44.0	9.1	15.0	7.3	10.2	4.4	3.8	6.1
1980	41.0	11.3	14.7	8.5	9.6	4.7	4.0	6.2
1985	39.8	10.1	15.1	8.3	10.7	4.6	4.3	7.1
1990	37.9	9.3	15.1	8.5	12.6	3.7	4.3	8.5
1995	34.9	9.8	14.5	8.7	14.2	2.6	4.9	10.4
1996	34.2	10.0	14.4	8.8	14.4	2.5	5.0	10.7
1998	31.7	9.8	13.8	12.1	15.6	3.2	4.4	9.5

Kamu sağlık harcamalarının toplam içindeki oranı 1996'da %69.9 ve 1998'de %68.7'dir. Oysa aynı oran 1975'de %76.4, 1991 yılında da %74.6 idi. Kamu sağlık harcamaları özellikle 1992 yılından beri azalmakta (azalma oranı 1995 için %1.8 ve 1996 için %1.9'dur), özel sağlık harcamaları ise artmaktadır (1995 ve 1996 için %2.9 oranında artış). Kamu sağlık harcamaları içinde %42.9 ile hastaneler ilk sıradadır. Hastaneleri %20.5 oranı ile hekim harcamaları, %9.7 ile diğer kurum harcamaları, %7.3 ile ilaç harcamaları izlemektedir. Özel harcamaların dağılımı ise tamamen farklıdır: İlaç harcamaları %31.0, diğer profesyoneller %25.0, hastaneler %13.9, diğer kurumlar %10.6 ve hekimler yalnızca %0.5. 1998 için hastane harcamalarının %90'ı kamuda, %10'u özelde gerçekleşirken, hekim harcamalarının %99'u, kamu sağlığı harcamalarının %100'ü kamuda gerçekleşmiştir. İlaç harcamalarının %63'ünün özel sektörde gerçekleştiği görülmektedir. Bu durumda ilaç üretiminin ve pazarlamasının özel sektörün elinde olmasının ilaç harcamalarını artırdığı, ilaç harcamalarındaki artışın da özel sağlık harcamalarını yükselttiği söylenebilir.

Kanada sağlık sisteminin sağlık harcamalarının yüksekliğiyle bağlantılı en önemli sorunu hizmet sunumunda entegrasyon eksikliğidir. Bunun da en önemli nedeni birinci basamak hekimlerinin solo pratiği seçmiş olmalarıdır. Solo pratik birinci basamakta çok parçalı bir yapı yaratmaktadır. Bu nedenle, harcamaları denetlemek ve sistemin verimliliğini artırmak için, belli bir bölgeyi hedefleyerek bir ekiple sunulan entegre sağlık sisteminin oluşturulması gerekmektedir. Kanada Hekimler Birliği liberal hükümetler tarafından giderek daha çok gündeme getirilen özelleştirme stratejileri karşısında kamucu bir sistem modelini savunmakta, bir yandan da sektördeki kaynakların artırılması zorunluluğuna dikkat çekmektedir.

Kanada sağlık sistemi Dünya'daki sağlık sistemlerinin en iyilerinden birisi olarak değerlendirilmesine karşın, Kanadalılar'ın kendi sağlık sistemlerine ilişkin memnuniyetsizlikleri artmaktadır. Sağlık sistemlerinin iyi çalışması için yalnızca küçük değişikliklerin yeterli olduğunu belirtenlerin oranı 1987'de %56 iken, 1997'de %20'ye inmiştir. 1991 yılında sağlık sistemini iyi ve mükemmel olarak değerlendirenlerin oranı %61 iken, bu oran 1999 yılında %24'e düşmüştür. Başka bir araştırmanın sonuçlarına göre Kanadalılar'ın bütçe artırımı

istedikleri ilk sektör sağlık, sonraki ise eğitimdir. Kanada sağlık sisteminin, gereksinim kadar sağlık hizmeti garanti ettiği belirtilir. Buna karşın son yıllarda eğitim düzeyi düşük olanların kimi sağlık hizmetlerini (mamogram, servikal smear, kimi cerrahi işlemler gibi) daha az kullanabildikleri de bilinmektedir. Ayrıca 1990'lı yıllarda federal bütçede yapılan kısıntılar uzmanlık hizmetlerine ulaşımı da sınırlamış, bekleme sürelerini uzatmıştır. Halkın memnuniyetsizliğinin artışında bu gibi gelişmelerin etkili olduğu belirtilmektedir.

Aynı gelişmelerin hekim ve hemşireler arasında da memnuniyetsizliğe yol açtığı bilinmektedir. 1990-1995 döneminde emekli olan hekimlerin oranı 1985-1989 döneminde emekli olanlardan %40 daha fazladır. Buna karşılık Kanada Hekimler Birliği ülkede hekim gereksinimi olduğunu belirtmektedir. Birliğin saptamasına gere yıllık hekim gereksinimi 2500 iken, yıllık hekim arzı 1750'dir. Bu durumda harcamaları kısıtlayan neoliberal stratejilerin hem sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizlikleri artırdığı, hem de sağlık insan gücündeki dengeleri bozduğu söylenebilir.

(Bu bilgiler için şu kaynaklara bakılabilir: Coyte C 1990: 103-143; Evans RG 1992; Gosselin G 1992: 43-61; Canada Health Ministry 1997; Canada Health Ministry 2000; Spurgeon D 2000)

V. İSVEÇ

V.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. yy sonlarında açıldı. O zamanlardan beri İsveç'de 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) üretmeye 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 hastanede 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.

1960-70'lerde İsveç sağlık sistemi daha çok hastanecilik hizmetleri üzerine oturtulmuştu. Bu yıllarda hastanelerin ayaktan tedavi hizmeti sunan hekimleri il konsüllerinin ücretli çalışanları durumuna getirildiler ve hastanelerde paralı hasta bakma haklarını yitirdiler. 1971'de ilaç dağıtım endüstrisi ulusallaştırıldı. 1980'lerin başında üniversite hastanelerinin mülkiyeti il konsüllerine devredildi. 1980'lerden beri bağışıklama hizmetleri de il konsüllerince gerçekleştirilmektedir.

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 sorumluydular. 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 mental hastaların bakımını da üstlendiler.

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. 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) 23 il konsülü ile 3 belediye yönetiminin ulusal koordinasyonunu gerçekleştirir. Federasyon bütün politik meselelerde hükümetle iletişim sağlar. Ayrıca il konsüllerinin istihdam ettiği ücretlilerin karşısında patron 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 il konsüllerine aittir. Konsüller 4 yılda bir ulusal ve yerel seçimlerle seçilirler. 23 il konsülü vardır. Üç büyük belediye ise herhangi bir il konsülünün içinde yer almayıp, il konsüllerinin sahip oldukları bütün haklara sahiptirler.

İl konsülü bağımsız yerel hükümet organıdır. Vatandaşları üzerine progresif gelir vergisi koyma hakkı vardır. Konsüllerin nüfusu 250 bin ile 1.7 milyon arasında değişmektedir. Her il konsülünün içinde bir kaç sağlık bakım alt bölgesi (health care district) vardır. Bunlar kendi nüfuslarının bütün sağlığından sorumludurlar. İl konsüllerinin gelirlerinin bir kısmı 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 23 il konsülü ve 3 belediye yönetimi 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 konsülü tarafından yönetilecek şekilde organize edildiler. Bu geniş bölgelerin ortalama bir milyon nüfusu vardır. Altı sağlık bölgesinde toplam dokuz adet bölge hastanesi vardır ve bunlar ileri derecede uzmanlaşmıştır.

Her sağlık bakım alt bölgesinin de bir hastanesi ve bir kaç birinci basamak sağlık birimi bulunur. Her belediye bölgesi aynı zamanda bir birinci basamak sağlık bakım bölgesidir.

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 bakımı son derece sınırlıdır. Hekimlerin yalnızca %8'i tam süre özel olarak çalışmaktadır. Onlar da genellikle büyük şehirlerdedir.

Belediye sayısı 288'dir. Belediyeler il konsüllerinin denetiminde değildir ve onlara karşı sorumlu da değillerdir. Her belediye, il konsülleri gibi, dört yıllığına seçilir. Belediyeler sosyal bakım hizmetlerinden, çocuk bakımından, yaşlıların bakımından, yeti yitimi olanların ve uzun süreli bakım gerektiren psikiyatrik hastaların bakımından, çevre ve okul sağlığı hizmetlerinden sorumludurlar.

1980'lerden beri İsveç sağlık sisteminde maliyet sınırlamasını merkeze alan reform süreci başlamıştır. 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 önemli bir daralmaya girmiştir. 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'de Dagmar reformu ile kamu ve özel sektörce üretilen ayaktan tedavi edici hizmetlerin finansman sorumluluğu, bu üreticiler 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 süresi en fazla üç ayla sınırlandı. Daha uzun süreler beklemek durumunda ka-

lan hastalara başka hastaneleri seçme hakkı tanındı. 1993'de ilaçlara referans fiyatlandırma sistemi getirildi.

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 26 konsülün 14'ü ayrı bir satın alıcı kurum oluşturmuşlardı. 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.

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 olarak 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 sosyaldemokratlar bu yasayı iptal etti. Bu tarihe kadar 100 kadar küçük ve orta ölçekli sağlık bakım sözleşmesi imzalanmıştı. Sosyaldemokratların 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 %40'ının, metropollerdeki birinci basamak sağlık hizmetlerinin de %80'inin sözleşmeli sistemle sunulacağı belirtilmektedir.

Maliyet sınırlamasının öne çıkmasıyla birlikte il konsüllerinden sağlık bakımı bölgelerine (health care districts) kaynak tahsisatı global bütçeleme esasına göre düzenlenmeye başlandı. Global bütçelemede bölgelerin nüfus ve sağlık yapıları dikkate alınmaya çalışıldı. 1980'lerin sonlarında üretkenliği artırmak için 26 il konsülünün 20'si hastanelere departmanlar düzeyinde vaka başına geri ödeme sistemine geçmişti. Daha sonradan hastanecilik hizmetleri için finansman ve üretim ayrıldı. İl konsülleri kendi içlerinde hizmet satın alan ve hastanelerle sözleşme yapan birimler oluşturdular. Özel sağlık kurumları ve hekimler de sözleşme sisteminin içine alındılar. 1990'larda hastaların hekim ve sağlık kurumunu seçme hakları tanındı. Artık hasta-

lar özel ya da kamuda çalışan birinci basamak hekimini, hatta sevk zorunluluğu olmadan hastaneyi kendileri seçebilmektedir. Bu düzenleme sistemdeki rekabeti artırmıştır. Ancak hizmet maliyetini artırıcı etkisi de vardır. Bu nedenle 1992'deki bir düzenlemeyle doğrudan hastanelere gidenlerden yüksek oranda katkı alınmaya başlanmıştır. Öte yandan rekabetin maliyetleri sınırlayacağı da şüphelidir. Çünkü hastaların tercihinin arkasında düşük maliyetli hizmet almak değil, kaliteli hizmet almak güdüsü bulunmaktadır. İsveç sağlık sistemine özel sektörün girişi sonrasında artan rekabetin sağlık çalışanlarının ücretlerinde üç katlık artış sağladığı belirtilmektedir. Önümüzdeki 10 yıl içinde sağlık sisteminin daha fazla oranda özelleştirileceği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin özel sektörün eline geçeceği beklenmektedir.

1994 yılında yapılan bir araştırma İsveçliler'in %90'ının tıbbi tedavinin iyi ve çok iyi olduğunu düşündüklerini ortaya koymuştur.

V.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 950 adet sağlık merkezi vardır. Sağlık merkezleri il konsüllerince yönetilir. Sağlık merkezlerinde hekim, hemşire, ebe, fizyoterapist, jinekolog istihdam edilir. 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. Son yıllarda yaşlıların bakımı, psikiyatrik hastaların ve yeti yitimi olanların tedavileri illerden, belediyelere devredilmiştir.

Genel pratisyenler il konsüllerinin ücretli çalışanlarıdır. Ücret düzeyleri hizmet kalitesine göre 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.

V.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 hekimlerce verilir. Hekimler bağışıklama çalışmalarına katılırlar, servikal smear alırlar, meme kanseri taraması yaparlar. Ebe ve hemşireler aile planlaması hizmetleri sunarlar. Kamu sağlığı hizmetleri okullarda, yaşlı bakım evlerinde, işyerlerinde yürütülür. Çevre sağlığı hizmetlerinin de asıl sorumlusu belediye yönetimleridir. Çevre sağlığı çalışmaları hastalıkların önlenmesi, 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.

V.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 26 adet. Bu tür hastanelerde 15-20 uzman çalışır ve or-

talama 450 yatak kapasitelidirler. Alt bölge hastanesi sayısı 56'dır. En az dört uzman çalışır. Ortalama yatak kapasitesi 140'tır. Bölge hastanesi sayısı dokuzdur. Bunlar ileri derecede uzmanlaşmış hastanelerdir. Her hastane yerel il konsülü tarafından yönetilir. Ancak bütün ülkeye hizmet verir. Ortalama yatak sayıları 900'dür.

1980 yılı için 1000 kişiye düşen yatak sayısı 15.1'di. 1994 yılında ise 1000 kişiye ortalama 6.4 yatak düşmekteydi. Son yıllardaki bu azalma maliyet sınırlama çabalarının sonucudur. Ortalama hastane yatış süreleri de azaltılmaktadır. Bunun en önemli sonucu 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 hemşire evleri ve küçük ölçekli özel hastaneler biçimindedir. Yaklaşık 200 özel hemşire evi vardır. 1970 yılında toplam yatakların %90'ı kamuya aitken, bu oran 1993 yılında %86.2'ye düşmüş ve özel sektördeki yatak oranı da %13.8'e yükselmiştir. Kamu hastaneleri hem daha büyüktür, hem de daha ileri derecede uzmanlaşmıştır.

Şekil: İsveç'te Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu

Bölge (region) düzeyi	Bölge hastaneleri 6 tıbbi bakım bölgesi arasındaki koordinasyon Nüfus: 1-1.5 milyon
İl (county) düzeyi	İl konsülü organizasyonu 23 il konsülü + 3 belediye Merkezi il hastanesi Yerel il hastanesi
Yerel düzey	Birincil bakım sağlık merkezleri Hemşire evleri ve evde tıbbi bakım Nüfus: 5-50 bin

V.5. Hekimler

Sağlık sektöründe çalışan insan sayısı 305 bindir. Bunlar ülkedeki toplam çalışanların %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'de 1.36 iken, 1980'de 2.20, 1985'de 2.59, 1990'da 2.54 ve 1992'de de 2.53 olmuştur. Bir hekime düşen nüfus ise 216 ile 458 arasındadır. Ülke ortalaması 1994 için 330'dur. Bazı metropollerde ve kırsal kesimde genel pratisyen yetersizliği vardır.

Ülkede altı adet tıp fakültesi bulunmaktadır. Eğitim tamamen devletçe finanse edilir. Tıp eğitimi üniversite hastaneleri ile birinci basamak sağlık kurumlarında gerçekleştirilir. Yılda tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısı 900 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. 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.

V.6. İsveç'te Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetleri önemli oranda vergilerle finanse edilir. Vergiler de önemli oranda il konsüllerinin topladığı gelir vergileridir. İl konsül harcamalarının %77'si sağlık hizmetlerine 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.

1993 yılında il konsüllerinin sağlık bakımına yönelik gelirlerinin

%72'si kendilerinin koyduğu vergi gelirlerinden karşılanmıştı. Harcamaların %11.2'si devlet tahsisatlarından gelmişti. Devletten yapılan kaynak aktarımının bir kısmı konsüller arasındaki vergi geliri farkını kapatmak amacıyla yapılmaktadır. Böylece kamu harcamalarının toplam içindeki oranı %83 idi. Cepten ödemelerin toplam il konsülü gelirleri içindeki oranı %3.5, diğer konsüllerden (o konsülde oturanlara verilen hizmet karşılığı) alınan paranın gelir içindeki oranı da %6.2 idi. Aynı yıl için il konsüllerinin sağlık harcamalarının %70'i kamu harcaması (vergilerle finanse edilen), %13'ü sosyal sigorta fonundan karşılanan harcama şeklindeydi. Böylece toplam harcamaların %83'ü kamu harcamasıydı. Kalan %17'si ise özel harcamaydı. Bunların içinde de %2 özel sigorta harcaması, %15 cepten özel harcama vardı.

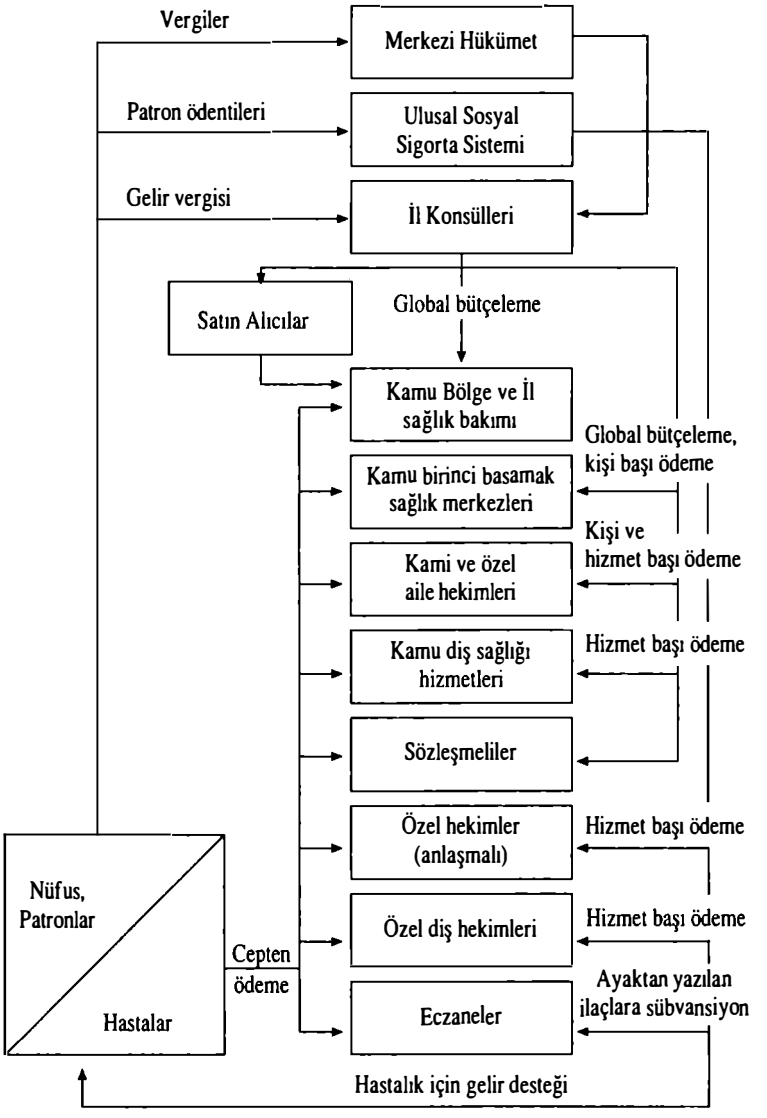
Sosyal sigorta sistemi merkezileştirilmiştir. Üyelik zorunludur. Hastalıklardan kaynaklanan gelir kayıplarını, ilaç masraflarını, diş sağlığı hizmetlerini ve ayaktan tedavi edici hizmetleri karşılar. Sigorta ayrıca belli bir üst sınırın üzerindeki sağlık harcamalarını karşılar. Sigortanın ayaktan hasta 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 %75'ini sigorta öder. Sağlık kurumlarına ödeme geri ödeme yöntemiyle yapılır. Sağlık sigortasının %80'i patronların katkılarıyla, kalan %20'si de merkezi hükümetten gelen transferlerle karşılanır. Hem kamu, hem de özel sektör patronlarının sigorta sistemine olan katkıları ortalama işçi ücretinin %5.28'i kadardır (1996). Sigorta sistemi dışındaki devlet transferleri ulusal düzeydeki progresif gelir ve dolaylı vergilerle karşılanır.

Devletin il konsüllerine yaptığı kaynak tahsisatı, ulusal düzeydeki progresif nitelikli doğrudan ve dolaylı vergi gelirleri ile gerçekleştirilir.

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.

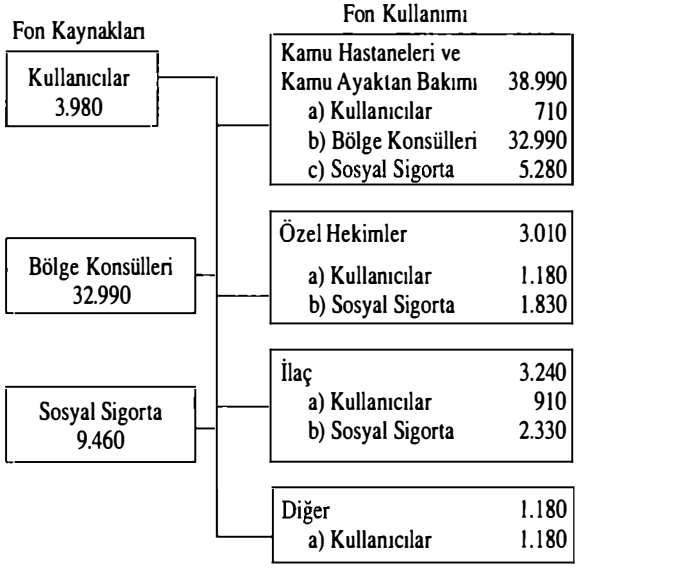
İl konsül harcamalarının %55'i ileri derecede uzmanlaşmış bölge

Şekil: İsveç Sağlık Sisteminde Finansman Yapısı(1996)
(European Observatory on Health Care System, 1996:49)



ve il hastanelerine, %15'i birinci basamak sağlık hizmetlerine, %4'ü diş bakımı hizmetlerine, %3'ü merkezi yönetim giderlerine, %23'ü de sağlık bakımı dışındaki eğitim, kültürel aktiviteler gibi hizmetlere gitmektedir.

Tablo: İsveç'te 1980 Yılı İçin Sağlık Sisteminin Finansmanı (Stahl I 1990: 204)



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 muhasebesine yönlendirilerek, artırılan kaynak personelin sürekli eğitimine ayrılmaktadır. 14 konsül ise finansman ile üretimi birbirinden ayırmıştır. Bu sistem özellikle hastanecilik hizmetlerinde kullanılmaktadır. Bir kişi hastaneye yattığında ortalama 70 Kron günlük ödeme yapar ve bu sosyal sigortadan karşılanır. Bu para il konsülüne verilir.

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 ise 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.

Özel sigorta harcamalarının toplamdaki oranı %2 ve özel sigortalı sayısı da 20 bin kadardır. Ulusal sigorta sistemi özel hastanelerden alınan hizmetleri karşılamaz. 1992 yılında 19-54 yaş için yıllık özel sigorta primi 3000-4000 Kron, 55-64 yaş için 6000-9000 Krondu. 1980'li yıllarda kamu hastanelerinde uzayan kuyruklar özel sigortacılığın gelişmesine neden oldu.

1999 yılında özel bir şirket (Capio Ltd.) ilk kez Stockholm'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 Stockholm'deki diğer hastanelerde de özelleştirme yönünde girişimler başlatıldı.

Özel hastanelerin sahip olduğu yatakların oranı 1986'da %6.7 iken, 1996'da %22.0'ye yükseldi. Özelleştirmeci stratejilerin hastanelerdeki üretkenliği artırdığı, bekleme listelerini kısalttığı belirtilmektedir. Ancak aynı süreç içinde eşitsizlikler de artmıştır. Hastaların ceplerinden yaptıkları katkıların oranı 1990'da toplam sağlık harcamaları içinde %9.7 oranına sahipken, 1996'da %15.7'ye yükselmiştir.

V.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. 1993 yılı için satın alma gücü paritesi cinsinden kişi başı sağlık harcaması 1266 Dolar ve sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payı da %7.5'dir. 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 %9.5 iken, 1996'da %15.7'ye yükselmiştir.

Tablo: İsveç'te Sağlık Harcamaları (European Observatory on Health Care Systems 1996: 21)

	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993
Kişi başı harcama (PPP)	274	477	867	1159	1464	1423	1300	1266
Ulusal gelirdeki oran (%)	7.1	7.9	9.4	8.9	8.6	8.4	7.6	7.5
Kamunun payı (%)	86	90.2	92.5	90.2	89.7	88.3	85.2	82.9

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 Sağlık Harcamalarının Kategorilere Göre Dağılımı (%) (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	

(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)

VI. JAPONYA

VI.1. Genel Yapı

Japonlar'ın sosyal refaha yaklaşımını eski Çin kültürü ileri derecede etkilemiştir. Buna göre aile sosyal yapının merkezindedir ve yaşlıların bakımı aile reisinin görevidir. Muhtaç ve hastalara yönelik kurumsal bakım ancak sonraki yıllarda Batı kültürünün etkisiyle gelişmiştir. Bugün bile sosyal refah hizmetlerinde aile önemli kurumlardan birisidir.

18. yy sonlarında hekimler ayaktan tedavi hizmeti sunmaya başladılar. İlk uygulama özel hekimlik şeklindeydi. Bu alandaki gelişmeler de Japon kültürüne uygun biçimde gerçekleşti. Hastalar ekonomik güçleri ölçüsünde hekimlere ödeme yaptılar. Ekonomik durumu daha iyi olanlar daha çok ödediler. Böylece ilk yıllarda hekimler, bir tür geliri yeniden dağıtıcı işlev üstlendiler.

1868'den itibaren Japon tıp sistemi Batı normlarına göre yapılandırılmaya başlandı. Öncelikle tıp okulları Batılı standartlarda organize edildi. Bu okullardan mezun olmayanların tıp pratiği yapmaları engellenmeye başlandı. 1926 yılında el emeğiyle çalışan işçiler için sosyal sigorta kurumu oluşturuldu. Bu kurum yalnızca hizmet finansmanını üstlendi. Kendi sağlık kurumlarını oluşturmadı.

2. Dünya Savaşı sonrasında Batı kültürünün etkisi daha da belirginleşti. Hükümet bütün vatandaşlar için sağlık hizmeti üretiminin sorumluluğunu üstlendi. Bu da kamuyu, sağlık sistemine hem finansman hem de üretim açısından müdahalede bulunmaya zorladı. 1961 yılında herkes sağlık sigortasının kapsamına alınmıştı.

Japonya'da da Almanya'da olduğu gibi çok sayıda sigorta programı vardır. Bunlar üzerinde hükümetin düzenlemesi söz konusudur. Ödeme sistemi de Almanya'dakine benzer. Hükümet toplam harcamaların üst düzeyini sınırlayacak şekilde hizmet başı ödemelerin düzeyini saptar.

Japonya'da nüfusun hızla yaşlanması ciddi finansman sorunları yaratmaktadır. Yaşlı nüfusun sigorta fonları arasındaki dağılımı farklıdır. Bu da bazı sigorta fonlarının maliyetini diğerlerine göre artırmaktadır.

VI.2. Tıbbi Bakım

Tıbbi bakım 19 ve daha az yataklı kliniklerde ve hastanelerde sunulur. Ayaktan tedavi edici hizmetlerin önemli kısmı ise yine kliniklerde, ama solo pratik içindeki hekimlerce verilir. Her hastane kendi hekimlerini ücretli olarak istihdam eder. Hem hastaneler, hem de klinikler yataklı ve ayaktan tedavi edici hizmet sunarlar. Hastalar istedikleri kurumu seçmekte serbesttirler. Hastaneler ve klinikler rekabet halindedir. Bu yapı hizmet sunumunda duplikasyonlar yaratır. Ancak önemli cerrahi müdahaleler yalnızca hastanelerde gerçekleştirilir.

Kliniklerin %94'ünün sahibi hekimlerdir (özel). Hastanelerin çoğunluğu için de durum aynıdır. Özel sağlık sektörü küçük ölçekli, çok sayıdaki sağlık kurumundan oluşur. Japonya'da hastane yataklarının merkez kapitalist ülkeler ortalamasından daha fazladır. Çoğu hastane uzun süreli bakım veren hemşire evi gibi çalışır.

Toplam hastane sayısı 10 binin üzerindedir. Bunların %81.1'i özel sektördedir. Hastane yataklarının da %67.4'ü özel sektörün elindedir. Klinik sayısı 80 binden fazladır. Kliniklerin %93.7'si özel sektöründür. Diş kliniklerinin de %99.3'ü özel mülkiyettedir. Büyük ölçekli kâr amaçlı hastanelerin sektöre girişi hekimler birliğince engellenmektedir. Bu durum maliyet artışını sınırlayıcı etki göstermektedir.

Japon sağlık sistemi sigortanın evrensel yapısına bağlı olarak eşitlikçi bir nitelik sergiler. Sağlık hizmeti kullanımının gelirle ilişkili olmadığını gösteren araştırmalar vardır.

Sağlık Bakanlığı'nın 850 adet sağlık merkezi vardır. Bunlar çevre ve koruyucu sağlık hizmetlerinden sorumludurlar. Koruyucu sağlık hizmetleri daha çok kitle taramaları biçimindedir. Her Japon yılda ortalama bir kez sağlık taramasından geçirilmektedir.

VI.3. Finansman

Sağlık hizmetleri için sosyal güvenlik sisteminin kapsamı oldukça geniştir. Ayaktan tedavi edici hizmetlerin %89.4'ü, yataklı tedavi hizmetlerinin de %86.7'si kamu fonlarından finanse edilmektedir.

Sağlık sigortası 1922'de el işçileri için yasallaştırılmış ve 1926'da uygulamaya konmuştur. Sigorta kurumları endüstri temelli birliklerdir. Kuruluşlarında ulusun sağlığını geliştirmeyi hedefleyen paternalistik bir dinamik ile, sosyalist hareketlerin etkinliğini sınırla-

mayı hedefleyen siyasi tercihlerin etkisi olmuştur. Sigorta sistemi 1935'de beş ve daha fazla işçi çalıştıran bütün işyerlerindeki el işçilerini kapsayacak şekilde genişletilmiştir. 1938'de kendi hesabına çalışanlar için bir sigorta yasası çıkarıldı. 1939'da işçilerin bakmakla yükümlü oldukları bireyler de sigorta kapsamına alındı. 1961'de de bütün toplum sigortalandı.

Japonya'da evrensel bir sağlık sigortası sistemi vardır. Nüfusun çoğunluğu bir sağlık sigortası sistemi içindedir ve prim ödemek zorundadır. Sigorta sistemi kabaca çalışanların sağlık sigortası (employee's health insurance) ve Kokuho olarak ikiye ayrılır. Çalışanların sağlık sigortası da bir kaç türdür. Bunlardan ilki küçük işletmelerde çalışanlara yöneliktir. Hükümet tarafından yönetilir (government managed health insurance: GHI). Nüfusun %29'u bu programın kapsamındadır. Diğeri büyük işletmelerdeki sağlık sigortası programıdır ve Shaho adını alır. 1000'den çok işçi çalıştıran işletmeler kendi sağlık sigortalarını kurarlar. Buna toplumca yönetilen sigorta programı (society managed healtn insurance: SHI) da denir. Nüfusun %25.5'i bu sigortanın üyesidir. SHI'nın içinde 1800'ün üzerinde sigorta birliği vardır. Çalışanlara yönelik bir diğer sigorta programı kamu çalışanlarının sosyal yardımlaşma birlikleri şeklindedir. Nüfusun %9.9'u da bu programdadır.

Kokuha ise çiftçileri, kendi hesabına çalışanları, emeklileri ve onların bakmakla yükümlü olduğu bireyleri kapsar. Kısaca NHI (national health insurance) denir. Bu sistemde 3200'den fazla belediye yönetimi sigortacı konumundadır. Toplumun %35.4'ü sistemin içindedir. Ayrıca yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerini, yukarıdaki sigorta programlarının tümünden katkı alarak finanse eden sigorta programı da vardır. Bu nüfusun %8.0'ini içerir. Yaşlılara yönelik sigortacılığı da belediye hükümetleri üstlenmiştir.

Sigorta sisteminin finansmanı temelde primlere dayansa da, özellikle işletme ve yönetim giderleri için ulusal ve yerel hükümetlerden destek gelir. Hükümetlerin desteği fonun finansal durumuna bağlıdır. Örneğin büyük işletmelerdeki Shaho programına kamu desteği azdır. Ancak küçük işletmelerdeki sigorta programları ve Kokuho daha çok kamu desteği alır.

Primler sigorta programları arasında değişiklik gösterir. Ancak genel ilke patronların ve çalışanların prim ödemelerinde yarı yarıya sorumluluk üstlenmeleri şeklindedir. Prim miktarı aylık ortalama iş-

çi ücretinin %8.5'i kadardır. Kokuho primlerinin belirlenmesinde ailedeki birey sayısı ve gelir düzeyi de dikkate alınır. GHI'yı hükümet altıda bir oranında sübvanse eder. NHI'de katkı payları gelirle orantılı belirlenir ve maliyetlerinin %50'si hükümetçe karşılanır. Yaşlılara yönelik sigortanın maliyetlerinin ise tamamı hükümetçe karşılanır.

Bütün sigorta programlarında hastalardan hizmet kullanım anında katkı payı alınır. GHI kapsamındakiler kendileri için %20, aile üyeleri için yataklı tedavilerde %20, ayaktan tedavilerde %30 oranında katkı payı verirler. Sosyal yardımlaşma birliklerinin üyeleri sağlık hizmeti için katkı payı vermezler. Kokuha kapsamında olup tarım sektöründe çalışanlar %30, kendi hesabına çalışanlar, emekliler ise kendileri için %20, aileleri için yataklı tedavide %20, ayaktan tedavide %30 katkı payı verirler. Yaşlılardan da değişen miktarlarda katkı payı alınır. Sağlık hizmeti dışında ilaçlardan da katkı payı alınır. İlaçtaki katkı payından Kokuho ve yaşlılık sigortası üyeleri muaftır.

Finansmanın yarıdan fazlası sigorta fonlarından, üçte biri hükümet kaynaklarından ve kalanı da cepten harcamalarla karşılanmaktadır. 1955-1989 arasında hükümetin katkısı ikiye katlanmış, sigorta fonlarının katkısı dörtte bir oranında artmış ve cepten harcamaların oranı üçte iki oranında azalmıştır. Buna karşılık 1980'lerin başından beri hükümet katkısında azalma, cepten harcamalarda ise artış görülmektedir.

Tablo: Japonya'da Sağlık Sisteminin Finansmanında Kaynakların Dağılımı (%) (Ikegami N 1992: 692; Physicians for a National Health Program 2001)

Yıl	Hükümet	Sigorta	Cepten
1955	11.6	45.5	38.7
1960	15.7	50.4	30.0
1965	22.1	53.5	20.6
1970	24.2	53.0	19.3
1975	28.9	53.5	13.0
1980	30.4	53.2	11.3
1985	26.6	54.3	11.3
1989	24.7	56.1	12.5
1998	31	57	12

Mesleki sigorta dışında, bölgesel sigorta programları da bulunmaktadır. Bunlar, belli bir bölgede ikamet eden ve diğer sigortalardan herhangi birisinin kapsamına girmeyen kişileri kapsar. Şehir, kasaba veya köy belediye sağlık fonlarınca finanse edilir.

Japonya da ödeme sistemi olarak sigortalı ile sigorta kurumu arasında doğrudan ve formal bir ilişki yoktur. Ödemeler üçüncü bir kurum tarafından yapılır. Aynı durum hekim hizmetleri için de geçerlidir. Bu üçüncü el kurumun yapısında sigortalı, sigortalayan ve toplum temsilcileri bulunur. Bütün sistem hizmet başı ödeme biçimi üzerine kurulmuştur. Her ay başında hastane ve klinikler verdikleri hizmetleri tek tek listeleyerek Ulusal Sigorta Fonu'na gönderirler. Faturalar fondaki bir hekim kurulunca değerlendirilir. Ödeme bunun sonrasında yapılır.

Hekim sayısındaki hızlı artışa ve ücret skalalarındaki düzenlemelere bağlı olarak hekimlerin gelirlerinde bir azalma olmuştur. 100 bin kişiye düşen hekim sayısı 1976'da 119, 1986'da 157 idi. Hekimlerin sahip olduğu hastane ve kliniklerin oranı da 1976'da %46.6, 1986'da %34.3 idi. Hastanelerde çalışan hekimlerin geliri, özel sektördekilerin yarısından azdır ve ortalama bir işçi ücretinin 2.4 katıdır. Hastane hekimleri ücretli ve sabit gelirli çalışanlar durumundadır. Hastane dışındaki hekimler ise hizmet başına ödemeyle ücretlendirilirler.

Hizmet üreticilerinin tümüne hizmet başına ödeme yapılır. Ülkenin her yerinde ücret skalası standarttır. Her hizmet için ücret skalası merkezi olarak belirlenir. Bu ücretin bütün hizmet maliyetlerini içermesi gerekir. Hastaneler ve klinikler, hastalarından hizmet başı standart ücretten başka (bazı özelleşmiş hizmetlerin dışında) para alamazlar. Ücretler Sağlık Bakanlığı ile hizmet üreticilerini ve kamuyu temsil eden kurumlar arasında yapılan görüşmelerle belirlenir. Hekim ücretlerindeki artış ulusal gelirin artışına bağlanmıştır. Tıbbi cihaz, ekipman ve ilaç harcamalarındaki artış tüketici fiyatlarınki artış kadar olur. Hizmet başına ödemenin bu şekilde sınırlanmış olması ve bu konuda hükümetin güçlü düzenleyici işlevinin bulunması Japon sağlık sisteminin önemli bir avantajı olarak değerlendirilmektedir.

Farklı sigorta fonları arasındaki (yaşlı nüfus oranlarındaki farklılıktan kaynaklanan) harcama farklarını ve prim katkıları arasındaki farklılıkları gidermek için, fonlar arasında kaynak aktarımının gerektiği belirtilmektedir.

VI.4. Sağlık Harcamaları

Kişi başı sağlık harcaması 1998 için 1822 Dolar'dır. Bunun %80.2'si kamu kaynaklarından sağlanmaktadır. 1989 yılında ulusal gelirin %6.17'si, 1997'de %7.1'i, 1998'de %7.6'sı sağlık harcamalarına ayrılmaktaydı. Ancak bu oranın içinde tıp eğitimi, araştırma, koruyucu sağlık hizmetleri, normal doğum hizmetleri için yapılan harcamalar bulunmamaktadır. Bunlar da eklendiğinde sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki oranının %25 kadar daha artacağı tahmin edilmektedir. Bu haliyle de Japonya, sağlık harcamaları oranı bakımından, OECD ülkeleri içinde alt sıralarda yer almaktadır.

Sağlık harcamalarının %42.1'i hastane hizmetlerine, %45.3'ü ayaktan tedavi hizmetlerine, %9.9'u diş sağlığı hizmetlerine gitmektedir (1989).

Tablo: Japonya'da Sağlık Harcamalarının Kategorilere Göre Dağılımı (%) (Ikegami N 1992: 693)

Yıllar	1965	1970	1975	1980	1985	1989
Yataklı tedavi	36.6	35.3	39.3	40.3	44.2	42.1
Ayaktan tedavi	49.4	53.3	54.9	52.0	47.6	45.3
Diş sağlığı	10.2	9.8	8.8	10.7	10.5	9.9
Yaşlı bakım kurumları						0.1
İlaç				1.4	1.9	2.5

Sağlık hizmeti sunan kurumların çoğu özel sektördedir. Toplam 9403 hastanenin 7592'si özeldir. Merkezi hükümetin yaptığı sağlık harcamalarının %88'i tıbbi hizmetlere, %10'u hastanelere, yalnızca %2'si kamu sağlığı hizmetlerine gitmektedir. Buna karşılık yerel hükümet harcamalarının yarısı kamu sağlığı hizmetlerine yönlendirilmektedir.

(Japonya için bkz. Tanaka S 1990: 169-178; Ikegami N 1992: 689-713; Japan Pharmaceutical Manufacturers Association 2001; Physicians for a National Health Program 2001).

BEŞİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINDAKİ YENİ GELİŞMELER

A) 2. DÜNYA SAVAŞI SONRASI GELİŞMELER

I. Genişlemenin Ekonomi Politiği

Kapitalizm 2. Dünya Savaşı sonrası dönemde, daha sonraları siyasi anlamda 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 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 mücadeleciliğine 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 daraltılması ve geciktirilmesi, kapitalizmin hafif sarsıntılarla yoluna devam edebilmesi için ***Keynesçi*** ekonomik politikalar kullanıldı. Bilindiği gibi ***Keynesyen*** ekonomik politikalar, sermayenin bunalıma girdiği, ortalama kâr oranlarının düşme eğilimi gösterdiği an ve alanlarda devletin ekonomiye müdahalesini ve sermaye birikiminin önünü açıcı bir işlevi üstlenmesini savunur. Buna göre sermayenin bunalıma girdiği dönemlerde, devlet, sermayenin kârlı görmeyerek yatırım yapmak istemediği, ancak bir yandan da sermaye akışının

gerçekleşebilmesi için alt yapı 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 2. Dünya Savaşı sonrasında, devlet krizden çıkışı sağlamak için bir yandan üretim araçları üretimini, bir yandan da emek gücünün yeniden üretimini kendisi üstlenerek, özel sermayeye kendi üretimi için temel girdileri 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. 2. Dünya Savaşı sonrasında kapitalizm krizden çıkışını ve yeni bir genişleme dönemine girişini sosyalleşerek yaratmıştır. Sosyalleşmek, sermayenin işçi sınıfı ve geniş halk kesimlerinin gündelik gereksinimlerini daha fazla karşılaması demektir. Sosyalleşmek, aynı zamanda işçi sınıfının, bir takım 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, eğitim, 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 kalınamaktadır 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 talebi oluşturacak seviyeye çıkarılması, bir yandan da kapitalist ekonominin planlamacı bir stratejiyle yönlendirilmesi gerekmektedir. 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 2. 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 değersizleşmesi ve yeni bir sermaye birikimi rejimi olarak tanımlanan 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 (işsiz-

ler) 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, 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), sermayenin artı değerin bir kısmından dolayımlı olarak vazgeçmesi anlamına gelir. Sermaye bunu, ancak, sağlık ve eğitim harcamalarının emek gücünü eskisine göre daha 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 kullanılagelen üretim tekniklerinin, teknolojilerin, emek örgütlenme biçimlerinin, emek sermaye ilişkilerinin de bütünüyle geçersizleştiğinin bir göstergesidir. Artık, her şey ortalama kâr oranlarını 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. 2. 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 (Musgrove P. 2000: 845), çok az rapor, hükümetleri 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'de yayınlanan ***Beveridge*** Raporu (Beveridge W. 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 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 rehabilitas-

yon 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 sürecindeki çeşitli tarafların gösterdikleri etkilerden 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'de 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

karlı bir yatırım alanı durumuna getirdi. Aynı dönemde bireylerin hekim ve sağlık hizmeti kullanma alışkanlıkları da arttı. Sonuç olarak merkez kapitalist ülkelerin tümünde sağlık harcamaları önlenemez biçimde yükseldi. 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 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.

II. 2. Dünya Savaşı Sonrasında Merkez Kapitalist Ülkelerin Durumu

2. Dünya Savaşı sonrası dönemde kapitalizmin merkezinde duran ülkeler için, sağlık sistemindeki gelişmeler bakımından altı çizilmesi gereken nokta, harcamaların neredeyse önlenemez biçimde artışıdır. Bu ülkeler Dünya'daki toplam sağlık harcamalarının da yaklaşık %80'ini yapmaktadır. 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 değerlen-

dirme ABD, İngiltere, Kanada, Almanya, İsveç, Japonya için bir önceki bölümde ve oldukça ayrıntılı biçimde yapılmıştı. Burada, daha çok sayıda ülke için 1980'lerin sonuna kadar olan dönem boyunca (kabaca genişleme dönemi boyunca) benzer bir inceleme yapılacaktır.

Avustralya'da 1988-1990 yılları için hükümet harcamalarının %13.6'sı sağlık içindi. Bu oran 1992-1993'de %15.4'e yükseldi. Bunun %40'ı hastanelere, %17'si de tıbbi hizmetlere yapılmaktaydı. (Parry TG 1992: 592)

Hollanda'da 1977-83 yılları arasında kişi başına ulusal gelirdeki artış %2.6 olarak gerçekleşti. Aynı dönemde sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki payı %3'den, %9'a yükseldi. Sağlık harcamalarındaki artışın en yüksek olduğu yıllar 1960 ve 1970'lerdi ve bu dönemde yıllık artış hızı ortalama %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 %10.2 idi. Sağlık bakımı harcamaları ise aynı dönemde yıllık %15.1 artış göstermişti. 1968-73 arasındaki dönemde ise aynı oranlar %12.2 ve %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. Hastane harcamalarındaki artış, hizmetin hacimce büyümesinden kaynaklanmadı. Nitekim 1953 ve 1985 yılları için 1000 ki-

şiye düşen hasta yatağı oranı hemen hemen aynı düzeyde kaldı: 4.48 ve 4.72. 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 %4.4 iken, 1986'da %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 fazla idi. Hizmet bileşenleri içinde hastanelerin toplam harcamalardaki payı 1950'de %30.7'den, 1986'da %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'den 231'e çıktı.

Tablo: ABD'de Ulusal Gelir ve Sağlık Harcamasına İlişkin Veriler (Freech HE 1990: 68-69)

Yıllar	Kişi Başı GNP 1972 Fiyatlarıyla $	Kişi Başı GNP Yıllık Büyüme Hızı	Kişi Başı Sağlık Harcaması $	Sağlık Hizmeti Yıllık Fiyat Artışı %	Sağlık Harcamasının GNP'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 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 %4.5 iken, sağlık harcamalarındaki yıllık artış %11.7 idi. Ayaktan bakım hizmetleri için yapılan harcamalar azalma eğilimi gösterir, hastane hizmetleri harcamaları artarken, 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı çok hafif arttı (1960'da 126, 1986'da 13.1), 10 bin kişiye düşen hekim sayısı ise dramatik biçimde yükseldi (1960'da 9.1, 1986'da 14.7).

Tablo: İsviçre'de Sağlık Harcamaları ve Ekonomi (Zweifel P 1990: 96)

Yıllar	GDP'deki Yıllık Gerçek Büyüme %	Yıllık Sağlık Harcaması Artışı %	Sağlık Harcamasının GDP İçindeki 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 Sağlık Harcamalarının Hizmet Bileşenlerine Dağılımı (%) (Zweifel P 1990: 98)

Yıllar	Hastane	Ayaktan Bakım	Ilaç	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 %5.9 idi. 1985 yılında %8.6'ya ulaştı. En hızlı artış 1950-1960 aralığında gerçekleşti. Genişleme döneminde sağlık harcamalarındaki artış hem enflasyon oranlarının, hem de ulusal gelirdeki artışın üzerinde gerçekleşti. Her 1000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı 1970'de 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'den 256'ya çıktı. (Coyte C 1990: 119)

Tablo: Kanada'da 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 Sağlık Harcamalarının Bileşimi (%) (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 Harcamalarındaki 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 %9.4, 1981'de %7.4, 1982'de %7.8, 1983'de %4.7 olan yıllık artış oranı 1984'de %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. Kamu sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki oranı da 1960 yılında %3.2 iken, 1986'da %6.0'ya ulaştı. 1000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı 1960'dan 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 Sağlık Harcamaları ve Ekonomi (%) (Fausto D 1990: 216)

Yıllar	GDP'deki Yıllık Büyüme (%)	Sağlık Harcama Artışı (%)	Kamu Sağlık Harcamalarının GDP'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 Sağlık Harcamalarının Yapısal Durumu (%) (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'da %4.2 iken, 1986'da %9.8'e yükseldi. Hastane harcamalarının toplamdaki oranı 1950'de %38.3'dü, 1986'da %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'da 0.98 iken, 1986'da 2.20'ye yükseldi.

Tablo: Fransa'da 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 Sağlık Harcamalarının Bileşimi (%) (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, 2. Dünya Savaşı sonrası dönemde, zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki nüfusun ve bu nüfusun yararlandığı hizmet içeriğinin dramatik biçimde genişlediği görülür. Nitekim toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı 1960'da %60 iken, 1965'te %65'e, 1970'de %70'e, 1975'te %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. (Bkz. aşağıdaki tablo)

Tablo: OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme (Rosa JJ 1990: 252)

	1955-60	1960-65	1965-70	1970-75	1975-80	1980-83
SH/GDP (A)*	4.3	4.9	5.7	6.8	7.2	
GDP'deki yıllık artış (B)	3.9	5.0	4.9	3.7	3.1	0.7
A'daki artış	0.6	0.8	1.1	0.4		
B'deki artış		1.1	-0.1	-1,2	-0.06	-2,4

*Sağlık harcaması/Ulusal gelir.

Merkez kapitalist ülkeler için genişleme dönemi açısından şimdiye dek sıralananlar şu şekilde toparlanabilir:

1) 2. Dünya Savaşı sonrası dönemde tüm merkez kapitalist ülkelerde kamu sağlık harcamaları finansmanın en önemli kalemi olmuştur. Bugün merkez ülkelerde, nüfusun hemen tamamı kamu sigortalarının üyesidir. Bu nüfus hemen bütün sağlık hizmetlerinden, para ödemeden yararlanabilmektedir. Sonuç olarak, 1980'lerin sonunda, merkez kapitalist ülkelerde sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki oranı %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 Ulusal Gelirdeki Payı (%) (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 %60'lar düzeyindedir. Hükümetlerin cari harcamaları içinde ise hastane harcamalarının payı %50-80 arasındadır.(WHO 1992: 1) Bugün de, endüstrileşmiş ülkelerdeki toplam sağlık harcamalarının %50'sinin hastanecilik harcamaları olarak gerçekleştiği bildirilmektedir. (McKee M, Healy J 2000: 803) Buna karşılık ayaktan tedavi edici hizmetlerin payı 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. Araştırmalar hastanecilik hizmetlerinde klinik performansın da düşük olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu da kliniklerde kalite yönetimi ve sürekli profesyonel gelişim eğitimi uygulamalarının başlatılmasına neden olmaktadır. Ancak eğitimin klinik davranışlar üzerindeki etkisinin de sınırlı olduğu görülmektedir. Öte yandan hastane verimliliğin 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 ayrılması 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 sayılarının 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 ileri geldiği belirtilebilir.

b) Aynı dönem için, hekim emeğinin giderek ucuzlamış olduğu saptaması yapılabilir. Hekim sayılarındaki çok önemli artışlara karşın, harcamalar 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.

4) 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 %60'ını, İngiltere'de ise %70'ini absorbe etmektedir.

5) 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 %30'dan çoktur. Fark Fransa için %20, Kanada ve İngiltere için ise %10'dur. Kısaca, artı değer üretimine doğrudan katkıda bulunmayan sağlık sektörü, toplam üretimin üzerinde bir hızla gelişmektedir. 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.

Bugün, merkez kapitalist ülkelerden İrlanda, Yeni Zelanda, İskandinav ülkeleri ve İngiltere'de kişi başı yıllık sağlık harcaması 1000-2000 Dolar kadardır. Bu ülkelerde kamunun sağlıktaki ağırlığı belirgindir ve finansman ağırlıklı olarak genel vergilerden sağlanır. Hastaneler kamu kurumudur. Birinci basamaktaki ve hastanelerdeki hekimlere genellikle ücret karşılığı ya da kişi başına ödeme yapılır. Merkez kapitalist ülkeler içinde ikinci bir grubu Avustralya, Belçika, Kanada, Fransa, Almanya, İtalya, Japonya, Lüksemburg, Hollanda ve İsviçre oluşturur. Bu ülkelerdeki kişi başı yıllık sağlık harcaması 1500-2700 Dolar kadardır. Kamunun payı yine belirgindir, ancak finansman zorunlu sağlık sigortası ile sağlanır. Avustralya ve Kanada'da genel vergiler daha öndedir. Merkez kapitalist ülkeler içinde ABD ayrıksı bir yere sahiptir. Kişi başı yıllık sağlık harcaması 4000 Dolar'ın üzerindedir. Finansmanın en önemli kaynağı, yaşlılara ve yoksullara yönelik kamu programlarına rağmen, isteğe bağlı, patron temelli özel sigortacılıktır. Hastaneler özeldir. Hekim ödemeleri hizmet başına yapılır. Ancak son yıllarda sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki oranına sınırlama getirilebilmiştir. (Hurst J 2000: 753-754)

Böylece 2. 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. Bütün değerlendirmeler, müdahale edilmediği taktirde harcamalardaki artışın daha da artarak 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 sağlık harcamalarındaki artışı sınırlayacak ve sağlık sisteminin çeşitli boyutlarını etkilemeyi hedefleyen bir dizi strateji geliştirmeye ve uygulamaya yöneldiler. Sonuç olarak 1990'lı yıllarda harcamalardaki artış bir ölçüde kontrol altına alındıysa da, sağlık hizmetleri bugün halen kaynakların çok önemli kısmını kullanan bir sektör durumundadır. 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 önceden merkez kapitalizmin genişlediği dönemde, çevre ülkelerde sağlık hizmetleri ve finansman bakımından durumun ne olduğunu değerlendirmek gerekiyor.

Tablo: Merkez Kapitalist Ülkelerde Toplam Sağlık Harcamalarında Kamunun Payı (%) (Wall A 1996: 188; WHO 2000: 192-195).

Ülkeler	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 Ulusal Gelir İçindeki Oranı (%) (Wall A 1996:188; WHO 2000: 192-195).

Ülkeler	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

III. Çevre Ülkelerde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları

Yukarıda 2. 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 tam kendisidir. Emperyalist hiyerarşide, hiyerarşinin en dibindekiler, en çevresindekiler global sömürünün bütün acısını sırtlanırlar.

Aynı durum sağlık açısından da geçerlidir. Merkezde 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 kendi kişisel kaynaklarını kullanmaya yönelirler. Merkezde sağlık hizmetleri bütün vatandaşların ulaşabileceği biçimde standardize edilmişken, çevre ülkelerde sağlık hizmetlerine ulaşım önemli sorundur. Hizmet alt yapısı 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.

Dünya'daki toplam sağlık harcamalarının %90'ını, Dünya nüfusunun altıda birinin yaşadığı yüksek gelir grubundaki 22 ülkenin yaptığını biliyoruz. Tek başına ABD toplam sağlık harcamalarının %41'ini yapmaktadır. 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 bir kaç yıl sonra, 1985'te oran yedi kata yükseldi. Yalnızca bu veri bile kriz koşullarında, durumu kötü olan ülkelerin durumunun daha da kötüleştiğini gösterir.

Gelişmekte olan ülkelerde genel vergilerle finanse edilen sağlık sisteminin önemli yeri vardır. DSÖ'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 1 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.

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 hemen tamamının dış yardımlardan kaynaklandığı bilinmektedir. (Evlo K, Carrin G 1992: 166)

1980'lerin ilk beş yılında sağlık harcamaları Senegal'de %49.5, Mali'de %30.4, Gana'da %33.7, Cote d'Ivore'da %53.0 oranında 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 %50'si özel harcamalar biçimindeydi. (Corte R, 1992: 2)

Tablo: Gelişmekte Olan Ülkelerde Özel Sağlık Sektörünün Durumu (veriler 1980'li yıllara ilişkindir) (Hanson K, Berman P 1998: 199-200)

Ülkeler	1 Milyon Nüfus İçin Hekim Sayısı	Özel Hekimlerin Toplamdaki Payı %	1 Milyon Nüfus İçin 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
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**

Tablo: Dört Afrika Ülkesinde Hükümetin Gerçekleştirdiği Kişi Başı Sağlık Harcamalarındaki Değişim (1981 yılı 100 kabul edilerek) (Vogel RJ 1988: 23)

Ülkeler	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 %19 ile %44'ü kentlerde yaşamasına karşın, kamu sağlık harcamalarının %80-89'u kentlerde yaşayanlarca gerçekleştirilmiştir. 1988 yılında Uganda'da sağlık çalışanlarının %76'sı hastanelerde, %72'si de kentlerde toplanmıştı. Buna karşın halkın %90'ı kırsal kesimde yaşamaktaydı. Güney Kore'de 1963 yılı için hane halkı harcamalarının ancak %2.8'i sağlık içindi. Bu oran 1975 yılında %4.1 oldu. Bunun da %51'i ilaç, %33.5'i hekim, %8.4'ü hastane bakımı için ayrılmaktaydı. Filipinler'de de harcamaların %57'si tedavi edici hizmetlere yönlendirilmekteydi. (WHO 1978: 89; Nugni WG 1991: 2)

Çevre ülkelerde özel sağlık harcamalarının toplamdaki oranı da fazladır. Senegal'de toplam sağlık harcamalarının %38.9'u, Mali'de %54'ü özel harcamalar şeklindedir. Kamu kaynaklarındaki kıtlık özel harcamaları artırmaktadır. Özel harcamalar hizmeti kullanım anında yapılan cepten ödemeler .biçimindedir. Öte yandan geleneksel iyileştiriciler de özel sağlık harcamalarından önemli pay almaktadır. (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 %69'unun yoksulluk sınırının altında yaşadığını ortaya çıkarmıştır. Kentsel bölgelerdeki oran 1975 yılında %5 iken, dramatik bir artışla 1991'de %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 WHO ile UNICEF tarafından hazırlanan bir ra-

por dokuz bölge sağlık yöneticisinin yalnızca ikisinin Zambiyalı olduğunu göstermiştir. 1982-89 arasındaki dönemde hükümetin yaptığı sağlık harcamaları %59 oranında düştü. Aynı dönemde hükümet cari sağlık harcamalarının %52'si üç büyük hastaneye gitmekteydi. Bütün bunlar ileriki yıllarda Zambiya'yı sağlık sektöründe kapsamlı değişikliklere yöneltti. (Kalumba K 1997: 3-8)

Uganda'da 1973-80 arasında ulusal gelir yılda %6.2 oranında düştü. Vergi gelirleri ulusal gelirin %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 %6.4'ü kadardı. Aynı dönemde kamu sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki oranı binde birdi ve kamu harcamalarının yalnızca %4'ü sağlık için yapılmaktaydı. 1990 yılında 3.4 Dolar olan kişi başı sağlık harcamasının %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)

Ülkeler	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

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının %40-80'i hastanecilik hizmetlerine gitmektedir. Bu oran, daha fazla toplam sağlık harcaması yapan ve daha fazla oranda yaşlı nüfusa sahip olan merkez kapita-

list ülkelerin ortalamasından bile yüksektir. (World Bank 1993: 135)

Özellikle Sahra-Altı Afrika ülkelerinde yabancı yardımların sağlık harcamaları içinde önemli yeri vardır: Mozambik'te %53, Tanzanya'da %48, Uganda'da %48. Aynı oran Latin Amerika ülkeleri için %1.3, Orta Doğu ülkeleri için ise %1.2'dir. (World Bank 1993: 210-211) Çevre ülkelerde sağlık harcamalarının önemli kısmı özel kaynaklardan (daha çok cepten ödeme biçiminde) ve dış yardımlardandır. Toplam sağlık harcamalarının içinde dış yardımların oranı Sahra-Altı Afrika ülkelerinde ortalama %20'dir. Bunun kişi başı karşılığı 1981-86 için 1.5 Dolardı. 1990 yılında 2.5 Dolara 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 Rvanda'da dış yardımların %20'si yalnızca AIDS için harcanmaktadır.

Çevre ülkelerde sosyal güvenlik programlarının kapsamındaki nüfus da çok azdır. Aşağıdaki tablo durumu karşılaştırmalı olarak özetlemektedir.

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 %1.8'dir. Kamu sağlık harcamalarının %18'i yatırıma, %45'i hastanelere, %11'i ilaçlara yapılmaktadır. 1000 kişiye düşen hekim sayısı 0.09'u, hastane yatağı sayısı da 1.3'ü ancak bulmaktadır. Kişi başı yıllık kamu sağlık harcaması 11.2, özel sağlık harcaması ise 19.6 Dolar'dır. Sağlık harcamalarının düşüklüğü neredeyse temel sağlık hizmetleri paketinin bile sunulmasına olanak vermemektedir. Etyopya'da ulusal gelir kişi başı 110 Dolar'dır. Bunun %1.2'si kamu sağlık harcaması olarak kullanılmaktadır. Kişi başı yıllık sağlık harcaması yalnızca 2 Dolar'dır. Bağışıklama oranı %39, aile planlaması yöntemi kullanabilenlerin oranı da %4'tür. Çocukların %48'inin beslenme yetersizliği vardır. Gana'nın ulusal geliri 390 Dolar'dır. Aile planlaması yöntemlerini kullananların oranı %20'dir. Cote d'Ivore'un kişi başı ulusal geliri yıllık 701, sağlık harcaması ise 12.7 Dolar'dır. Difteri-Polio-Tetanoz ile aşılanabilen bebeklerin oranı %47'dir. (Peters D, Elmendorf AE, Kandola K, Chellaraj G 2000: 761-769) Yerel ulaşım araçlarıyla herhangi bir sağlık kuruluşuna ya-

Tablo: Çeşitli Ülkelerde Sosyal Sağlık Sigortası Kapsamındaki Nüfus Oranları (%) (1990) (World Bank 1993)

Ülkeler	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

rım saatten daha kısa sürede ulaşabilen nüfusun oranı Cote d'Ivore'de %11, Somali'de %15, Liberya, Nijer, Nijerya'da %30'dur (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 Ziumbabve'de sağlık harcamaları %33 azaldı. Tanzanya'da aynı olay 1973-74 arasında ortaya çıkmış ve kişi başı sağlık harcaması %50 oranında düşmüştü. 1978 yılında kabul edilen Alma-Ata bildirgesinden sonra bu ülkeler temel sağlık hizmetlerine ve birinci ba-

Tablo: Çeşitli Ülke Gruplarında Sağlık Harcamalarının Yapısı (1990) (World Bank 1993: 52)

Ülkeler	Nüfusun Dünya Nüfusundaki Oranı %	Sağlık Harcamasının Dünya'dakine Oranı %	Halk Sağlığı Harcaması Oranı %	Ulusal Gelirde Sağlığın Payı %	Kişi Başı Sağlık Harcaması $	Kişi Başı Sağlık Harcaması Oranı (SAA*=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 Adalar	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

samağa önem vermiş olsalar da, ekonomik kriz hükümetleri koruyucu hizmetlere yeterli yatırım yapmaktan alıkoymaktadır. Yönetim kapasitelerinin zayıflığına bağlı olarak tedavi edici hizmetlerle koruyucu hizmetler arasında dengesizlik vardır. Gereksinim koruyucu hizmetlere iken, tedavi edici hizmetler kaynakların önemli kısmını almaktadır. Hastane harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı Lesotho'da %74, Zimbabve'de %54, Botsvana'da %49'dur. (Sikosana PLN, Dlamini QQD, Issakov A 1992: 8-9)

Pakistan'da özel sağlık sektörü toplumun %70'ine hizmet verir.

Özel sektörün içinde geleneksel uygulamaların önemli yeri vardır. Sağlık örgütlenmesi yetersizdir. Birinci basamak sağlık kurumlarını toplumun ancak %30'u kullanabilmektedir. Hizmet kullanımındaki bu düşüklüğün nedeni sağlık çalışanlarının işe devamsızlıkları ve hizmet kalitesinin düşüklüğüdür. Kamu sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki oranı %1, toplam sağlık harcamalarınınki ise %3-4 kadardır. Özel sektörün hizmet başına kullanıcı ödentisi alması özel sağlık harcamalarını artırmaktadır. (Ghaffar A, Kazi BM, Salman M 2000: 39)

Bütün bu veriler çevre ülkeler için hem ciddi kaynak yetersizliğine, hem de merkez ülkelerle aralarındaki eşitsizliğe işaret etmektedir.

1990'ların başı için Dünya'nın 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. Bunun 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 %70'i, ebelerin %60'ı, hemşirelerin %40'ı toplam nüfusun %30'dan azının yaşadığı kentsel bölgelerde toplanmıştır. Aynı bölge ilaç harcamalarının %60'ını gerçekleştirmektedir. Peru'da hekimlerin üçte ikisi nüfusun üçte birinin yaşadığı başkent Lima'da toplanmıştır. Çevre ülkelerde hastaneler de kentlerdedir. Kırda ise daha çok misyoner klinikleri bulunur. Bu kliniklere yapılan harcamaların %60-80'i de hastaların cebinden çıkar. (World Bank 1987: 21-23)

2) Harcamalar hastanelere yoğunlaşmıştır. Çoğu gelişen ülke için hastanelere yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki oranı %70 kadardır.

3) Bu eğilimler nedeniyle, sosyal güvenlik sistemleri nüfusun en fazlasından 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 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.

B) SAĞLIK SİSTEMLERİNDEKİ YENİ GELİŞMELER

I. 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 Dünya'da önemli bir konudur.

Endüstrileşmiş ülkelerde tıbbi bakıma olan talebin artması, sağlık profesyonelleri üzerindeki iş yükünün ağırlaşması, hızlı teknolojik gelişmeler, hizmetlerin bürokratikleşmesi, personelin hızlı uzmanlaşması ve hizmetin aşırı parçalanması, artan maliyetler değişimi dayattı. (Twaddle AC 1996)

Toplumsal grupların farklı talepleri de sağlık sistemindeki değiş-

şim 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 dayatıyordu. 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 harcamalarının artışının kısıtlanmasına ve kaynakların verimli kullanımına yönelik stratejilerin dışında, sağlık sisteminin insan merkezli olarak yeniden düzenlenmesini gerektiriyordu. (WHO 1997)

Değişimi uyaran bir diğer etken pek çok ülkede kaynakların maliyet etkin kullanılamamasıdır. Özellikle çevre ülkelerde hükümetlerin yaptığı sağlık harcamaları hastanelerde, özellikle de uzmanlaşmış üçüncü basamak hastanelerinde yoğunlaşmıştır. Bu durum, bir yandan temel sağlık sorunlarını çözümsüz bırakmakta, bir yandan da kırsal kesim aleyhine eşitsizlikleri artırmaktadır. Tahsisat sorununun bir diğer boyutu pek çok çevre ülkede hükümet kaynaklarının çok önemli kısmının personel ücretlerine gitmesidir. Ancak bu da zorunlu bir sonuçtur ve üstelik ücretler de olması gerekenin altındadır. Bu durum

yatırımları olanaksız kılmakta ve üretkenliği düşürmektedir. Kaynaklar doğru yerlere tahsis edilse bile kötü yönetim önemli bir sorundur. Kötü yönetim tahsis edilen kaynakların, tahsis edildikleri noktalarda israfına yol açmaktadır. Hükümetlerin sağlığa ayırdığı kaynaklar temel hizmet paketini bile karşılayamamaktadır. Bu da hükümet dışı kaynakların devreye girmesine neden olmaktadır. Hükümet dışı kaynakların başında da özel harcamalar ve (çevre ülkeler açısından) dış yardımlar gelmektedir. Yoksul ülkelerde özel sağlık harcamalarının oranı toplamda %44, Sahra-Altı Afrika'da ise %78'dir. Bu ülkelerde özel harcamaların önemli bir kısmı organize sağlık sisteminin dışında, geleneksel sağlık uygulamaları içinde gerçekleşmektedir. Kısacası kaynakların mobilizasyonuyla ilgili bir sorun vardır. (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. Dünya'da 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. ABD Dünya'da en çok sağlık harcaması yapan, ancak sağlık düzeyi bütün merkez kapitalist ülkeler içinde en kötü olan ülkedir.

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 sağ-

lık hizmetinin herkes için garanti edilmesinin, sağlıktaki eşitsizlikleri azaltacağına ilişkin beklentiler boşa çıkmıştır.

4) Kaynakların dağılımı çoğunlukla gereksinimlerle ilgisizdir. Dolayısıyla 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. DSÖ 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 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 kalitesini geliştirmelidir. Bütün bireyler sağlık hizmetlerine eşit şekilde ulaşabilmeli, sağlık sistemi bütün vatandaşları kap-

samalıdır. Dayanışmanın sağlanması açısından, sağlık sistemlerinin finansmanının düzenlenmesinde hükümetler belirleyici rol üstlenmelidir. (WHO 1996)

Bütün Dünya'da 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. 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, 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 ile harcamaların azaltılması kamu sektörünü olumsuz biçimde etkilemekte bu da yoksulların sağlık hizmetlerini kullanamamasına neden olmaktadır.

Reform sürecinin amaçları şu şekilde belirlenmektedir: 1) Sağlık düzeyini, kullanıcıların memnuniyetini geliştirmek 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 ekleninince 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, maliyet-

lerin düşürülmesi zorunluluğu arasındaki gerilimi çözmeye yarayacağı belirtilmektedir. (Hurst J 2000: 755)

Sağlık hizmetlerindeki reform süreci sağlık sisteminin bir kaç 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 harcamaları üzerine global bütçeleme ile bir sınır getirilmesidir. Arz yünlü stratejiler ise hizmet büyüklüğünü ve maliyetini kontrol etmeyi hedefler. Ödemelerin global bütçeleme ile yapılması bunların içinde en önemlisidir. Bazı uygulamalar ise 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 payla-

şım programlarının genişletilmesi, 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 bulunabilmektedir. 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 kriz 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 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. (Bkz. Tablo)

Tablo: OECD Ülkelerinde Kişi Başı Nominal Sağlık Harcamalarının Dönemsel 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, özelleştirilmelerin 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, hizmetin hemen tüm basamaklarında uygulamaya sokulmasıdır.

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 sorumluluk 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.

Bütün bunlara karşılık, çevre için ortaya atılan stratejilerin, aslında çevrenin kendi temel sorunları olduğu gerçeğini unutmamak gerekir. Çünkü gerek kullanıcı ödentileri, gerek sigorta sistemi, gerekse özelleştirme dengeli ve gelişen bir ekonomik yapı gerektirir. Bu koşulların hiç birisi bu ülkelerde bulunmamaktadır ve sorunun temelini de bu noktalar oluşturmaktadır.

II. Reformların Etkilerini Değerlendirmek İçin 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 değerlendirilebilir. 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 yapı-

sının 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. Ulaşılan sonucun reform ile sonuçlar arasında herhangi bir ilişki gösterip göstermediğinin incelenmesi. 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)

II.1. Tahsisat Verimliliğiyle İlgili 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.

II.2. Teknik Verimlilikle İlgili Göstergeler

Teknik verimlilik çalışmaların en düşük maliyetle ve girdilerdeki en düşük ziyan ile gerçekleştirilmesidir.

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

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).

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.

II.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.

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.

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.

II.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.

II.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 %14 iken, ulusal gelirlerdeki artış %17 idi. Sözleşme sistemini kullanan ve global bütçelemeyi daha kapsamlı biçimde benimsemiş Almanya ve Hollanda'da harcama oranlarında değişiklik olmazken, ulusal gelirdeki artış %14 olarak gerçekleşmişti. Entegre sağlık sistemine sahip ülkelerde ise (İngiltere gibi) sağlık harcamalarının oranında artış olmazken, ulusal gelirdeki artış %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.

III. 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 Wlodarczyk WC 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.

III.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, hiyerarşisini 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 bakanlıklarının 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.

Bakanlıkların 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 %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.

Bakanlıkların 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 aracığıyla hizmete dahil edilecektir. Özel sektörü kamusal hedefler doğrultusunda hizmet üretmeye teşvik etmek için çeşitli teknikler kullanılmaktadır. Özel sektörde çalışanlara parasız aşı dağıtılması, 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)

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.

III.2. Kaynakların Artırılması

Bu başlıktan daha çok, varolan 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 varolan 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 belirtilmektedir.

III.3. Yeni Kaynakların Geliştirilmesi

Bu başlıktan alkollü içkilere, tarım ürünlerine sağlık hizmetlerinde kullanılacak yeni vergilerin konulması anlaşılır.

III.4. Yabancı Kaynak Desteği

Sağlık için dış yardım merkez kapitalist ülkelerden çevre ülkelere doğrudur. Sanayileşmiş ülkelerin yaptığı dış yardımlar bu ülkelerin ulusal gelirinin %0.33'ünü oluşturmaktadır. Oysa 1960'lı yılların başında bu oranın %0.7 olması öngörülmüştü. Merkez kapitalist ül-

keler, kendi vatandaşlarından dış yardımlarda kullanılmak üzere yılda 765 Dolar toplamaktadır. Bu miktar, yardımın yapıldığı çevre ülkeler açısından kişi başına 1 Dolarlık 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 %10.4'ü dış yardımlardan gelmektedir.

Sağlık için yapılan dış yardımların toplam miktarı 4794 milyon Dolardır. Bunun 3925 milyon Doları kamu, 869 milyon Doları 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 guruptadır. 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 %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 %20 olmasıdır. (World Bank 1993: 365-369, UNİCEF 1993:3, 44)

III.5. Kaynaklarla Gereksinimler Arasındaki Farkın Kapatılması

Bu şu yollarla sağlanabilir: 1) Uygulama ile hedefe ulaşma arasındaki sürenin uzatılmasıyla. 2) Hedefin küçültülmesi ile. 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 oluşturmaya çalışmak anlamına gelmektedir.

III.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.

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 insan gücünün 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. Maliyet-yarar ve maliyet-etkinlik analizlerinin yapılması önem taşır. 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. Çünkü bu ülkelerde önlenebilir hastalıklardan her yıl 7 milyon çocuk, doğum sırasında 500 bin kadın ve veremden de 2 milyon kişi ölmektedir.

Yukarıdakine göre daha kapsamlı bir paket, ilk elde kimi acil cerrahi müdahaleleri de içerecektir. Böyle bir pakete temel klinik hizmetlerin minimum 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 ve PMD 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 %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 %32, orta gelirlilerde ise %15 azalacaktır. (World Bank 1993: 112-116)

III.7. Kullanıcı Ödentileri

Kullanıcı ödentisi maliyet sınırlaması programlarının önemli bileşenidir. Hizmet kullanım anında, hizmeti kullanandan 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 hiç bir şey söylememekte ve verili koşullar içinde, o koşulları yeniden üretecek biçimde sürdürülebilirlik kavramını ortaya atmaktadır.

Kullanıcı ödentisi bütün sağlık hizmetleri için uygun değildir. Getirilen ek ödemenin son ürünün üretim maliyetine (marjinal maliyete) eşit olması gerekir. Dolayısıyla kullanıcı ödentileri ile 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 kesimdeki sosyal güvenlik kapsamında 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 Dünya'da 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 kullanımlarını azaltacağı beklentisi vardır.

5) Kullanıcı ödentilerinin etkisini bütünleyen uygulamalardan birisi de kullanıcıya getirilen 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 hizmetine 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 ayırdedilmesi 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 belir-

sizlikler yaratacaktır. Yoksullar başarıyla saptansa bile, kullanıcı ödentilerinin toplanmasında pek çok politik etken devreye girmekte ve uygulamayı zorlaştırmaktadır. Genellikle zenginler politik güçlerine bağlı olarak ödeme yapmaktan muaf olmayı başarmaktadırlar. (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 6 ay sonunda %50'ye ulaşmıştır. 18 ay sonra kentte eski seviyesine geri dönmüş, kırsal kesimde ise uygulamadan 6 ay sonra düştüğü düzeyi korumuştur. Uygulama sonrasında, kırsal kesimde yaşayanlar geleneksel sağlık uygulayıcılarına yönelmişlerdir. Zimbabve'de kullanıcı ödentileri sonrasında ana çocuk sağlığı hizmetlerinin kullanımı %30 azalmış, hastane dışı doğumlar %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 maliyetleri 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.

Kullanıcı ödentilerinin uzun dönemde maliyet etkili olan programlara kaynak yaratması, kısa dönemde ise varolan programların cari harcamalarını karşılaması beklenir. Ancak bu beklentiler de gerçekleşmemektedir. Gelişmekte olan ülkelerde kullanıcı ödentilerinin sağladığı katkı işletme giderlerinin ancak %5'i kadardır. Bu sonuçta kamu hizmetlerinin kalitesinin düşüklüğü nedeniyle kullanıcıların ödeme yapmak istememelerinin payı vardır. Hizmet kalitesini yükseltmek için ise daha fazla kamu kaynağı gerekmektedir. Kullanıcı ödentilerinin sistemin işletme giderlerine yaptığı katkıyı %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 %19 iken, 1985 yılında %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 arda 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 %4, Gana ve Lesotho'da %12'dir. (WHO 1995)

Kullanıcı ödentisi uygulaması en kolay ek finansman kaynağı yaratma yollarından birisi olduğu için çok tercih edilmektedir. En çok da düşük gelir gruplu 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)

Kullanıcı ödentileri sigortanın son derece yaygın olduğu Avrupa ülkelerinde de giderek daha fazla oranda başvurulan bir yöntemdir. Tablo bu durumu özetlemektedir.

Tablo: Avrupa Ülkelerinde Çeşitli Hizmetler İçin 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

III.8. Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplum Finansmanı

Bu uygulama, sağlık hizmetlerinde toplumun elinde varolup 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 fi-

nancing) hizmetten yararlanan insan ve grupların kamu sağlık hizmetlerinin maliyetine katkısıdır. 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 DSÖ'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 ulaşılmasını 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 stan-

dartları 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 finansmanın 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. Eğer talep esnek değilse, kullanıcılar, yalnızca fiyatın değişmesi durumunda taleplerini değiştirecekler, talep başka hiç bir değişkenden etkilenmeyecektir. "Parasız (free)" hizmetten toplum finansmanına geçişin hizmet kullanımında ne ölçüde etki yaratacağı talebin esnekliğine bağlıdır.

Özel sektörle ilişkiler: Talebin tahminindeki 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 %17.4'ü 1 milyon nüfusa hizmet sunmuş, dolayısıyla da 1 milyon insanın katkısı sağlanmıştır. %51.1'i ise 100 binden az nüfusu kapsamıştır. Büyüklerin en önemlileri şunlardır:

1) Çin'de 1 milyar insanı kapsayan ve komünal üretim ve bireysel 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) Etyopya'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 finansmanının uygulanmasında birkaç teknik vardır. İlk yol ilaç harcamaları için hastalardan alınan doğrudan ödemelerdir. İkinci yol, hizmet başı ödeme sisteminin oluşturulmasıdır. Üçüncü yol sağlık bakımı için ön ödeme sistemi veya sigortanın desantralize formlarıdır. Sonuncusu ise toplum emeğinin, harcamaların finansmanında kullanılmasıdır. Hizmet başı ödeme sisteminde, ödeme miktarı cari harcamaları karşılayacak düzeyde belirlenir. Cari harcamalar genellikle, ilaç, su ve elektrik, araç, bina ve malzeme giderlerini içerir. Ancak bu kapsam programlar arasında değişiklik gösterebilir. Örneğin kimi topluluklar sağlık çalışanlarının ücretlerini de öderler. Kimileri ilaç giderlerini programa sokmazlar. Hizmet başı ödeme her kon-

sültasyon ya da hastalık epizoduna göre yapılabilir. Desantralize sağlık sigortası ise bölge esasına göre olabileceği gibi, aile (özellikle geniş aileler) temelinde de olabilir.

Toplum finansmanındaki ödeme biçimleri:

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 kullanırlar. Benzer uygulamalar Tayland ve Kolombiya'da da vardır.

Hizmet karşılığı para almanın 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) varolan 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, 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 emeğinden 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 Toplu Değerlendirmesi

Metod	Güçlü Yanları	Zayıf Yanları	Uygun Kullanımı	Ek İhtiyaç	Sorunları
Hizmet İçin Ödeme	Kullanıcı yatkınlığı; kamu için özel ek kaynak yaratması	Ödeme gücü olanın tedavi edici hizmet kullanımını destekler, risk paylaşımı yoktur	Sağlıkçının ücretlendirilmesi	Koruyucu ve toplum çalışmasının güçlendirilmesi	Geleneksel veya özel ugulayıcıların olması du rumunda ödeme is teksizliğ
İlaç Satışı	İlaç maliyetini azaltır, temel ilaçlara önem verir	Ödeme gücü olan için tedavi edici hizmet kullanımını artırır	Ülkede üretilen ilaç maliyetlerinin karşılanması	Fakirlere yardım: koruyucu ve toplum çalışmalarının güçlendirilmesi	Arz kesintileri; kötü pazarlama
Bireysel Ön ödeme	Maliyeti hasta ve sağlıklı arasında yaymaması	İnsanların ödeme isteksizliği	Dondurulmuş maliyetle önödeme	Yedek fon	Çoğu kişi hizmet için ödemeyi tercih edebilir
Üretim Temelli Önödeme	Varolan ekonomik birim temeline oturması	Genellikle küçük grupları içermesi	İşçiler veya komünal ve kooperatif üretim için	Diğer grupların desteklenmesi	Ekonomik güç meselesidir
Toplum Emeği	Çok miktarda kaynak sağlar	Yalnızca mevsimsel olarak elde edilebilir	Fizik donanım inşa ve bakımı için	Cari harcamalar için destek	Hükümet umulan girdileri sağlamazsa toplum ilgisi düşer
Bağışlar	Varolan kaynaklar kullanılır; insanlara katkı olanağı verir.	Yalnızca bir kerelik, sınırlı kullanım	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; anapara oluşturulması	Cari harcamalar için destek	

III.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. Genellikle 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 sunumu 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 de informal sağlık sektöründeki hızlı genişlemedir. Bu da maliyetlerin ve kalitenin izlenmesini ve denetimini olanaksızlaştırır. (Muschell J 1995: 4-5)

Özelleştirme ile hedeflenen en önemli noktalardan 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, özelleştirme yöneliminin bilinçli bir politik tercih olduğunu göstermektedir. Özellikle sağlık hizmeti talebinin yerleşme-

miş olduğu 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 arasındaki rekabeti azaltmakta, bu da piyasanın acımasız kurallarını tamponlayıcı olmakta, 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 kullanması olanağı olmayan teknolojilerin kullanımı (büyük işletmelerin ortaya çıkması, sermayenin tekelleşmesiyle) artacaktır.

Sigorta özelleştirilecek sağlık sisteminin fon güvencesidir. Bu yolla büyük sermayenin sağlık piyasasına sokulması planlanmaktadır. İşte bu bağlamda, sağlık sektörünün tek başına özelleştirilmesi çevre ülkeler için pek olanaklı görünmemektedir. (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 (Meksika). Kamu kurumlarında özel klinikler açılmakta (Mozambik), 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 bir kaç 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 %74'ü, hekimlerin %40'ının tam süreli olarak çalıştıkları özel sağlık kuruluşlarına gitmektedir. Kamerun'da sağlık kurumlarının %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 %90'ı reformlardan memnun değildi. Toplumsal sınıfların reformlara bakışında önemli farklılık oluştu. Alt ve orta gelir gruplarının ya-

rısı reformların kendi durumlarını bozduğunu düşünmekte iken, bu oran üst gelir grubunda %20 idi. Cepten ödemeleri önemli bir sorun olarak değerlendirenlerin oranı alt gelir grubunda %69, orta gelir grubunda %51 iken, üst gelir grubunda %30'du. (Chen MS, Mastilica M 1998: 1157-1158)

Hindistan'da özel sağlık sektörünün ağırlığı önemlidir. Toplam sağlık harcamalarının %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 %12.5'dir. Hastanelerin %57'si, hastane yataklarının da %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. Ücret düzeyi hekimlerce belirlenmekte ve hekimler birliğinin belirlediği fiyatlara uyulmamaktadır. Hekimler kafalarındaki gelir düzeyine göre fiyat belirlemektedir. Özel sektörde çalışan hekimlerin %88'i hastaların muayene fiyatlarını ödeyememesini, %86'sı hasta akışındaki azalmayı, %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 %72 oranında orta ve yüksek derecede var olduğunu belirtmişlerdir. Hindistan örneği özel sektörün maliyet azaltma ve kaliteyi artırma bakımından başarısız olduğunu göstermektedir. (Bhat R 1999)

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 başından 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 %40'ı kamu sigortası primlerinden, kalanı da devlet bütçesinden gelmekteydi. Üniversite hastanelerinin hemen tamamı ulusal sağlık sisteminin kurumu olarak çalışmaktaydı. Allende döneminde işsizlik %6.1'den (1970), %3.2'ye (1972) indirildi. Sonrasında ise %9.4 (1974) ve %13.9'a (1978) yükseldi. En zengin %20'lik nüfus diliminin ulusal gelirden aldığı payın, en yoksul %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 %67.2 iken, 1973'de %73.1 oldu ve 1976'da %56.0'ya geriledi. Ücretlerin ulusal gelirdeki payı 1970'de %52.3 idi, 1972'de %62.8'e yükseldi ve 1976'da %41.1'e düşürüldü. Ulusal sağlık sistemi harcamaları içinde ücretlerin oranı %57.6 (1968), %66.5 (1970) ve %41.0 (1975) olarak seyretti. Kişi başı sağlık harcaması 1968 ve 1969 yıllarında 26 Dolarken, 1970'de 32, 1972'de 43 Dolar oldu ve 1976'da 23 Dolara geriletildi. 1973 faşist darbesi sonrasında ulusal sağlık sisteminin alt yapısı dağıtıldı, pek çok hekim sürgüne gönderildi. Yıllar içinde ulusal sağlık sisteminde çalışan personel sayısı azaldı. Sosyal harcamalar 1976 yılında 1972 yılına göre %29 oranında azaltıldı. Sağlık harcamalarındaki azalma %65, konut harcamalarındaki azalma %53, sosyal sigorta harcamalarındaki azalma %28 oldu. Oysa 1965-70 dönemi ile 1971-72 dönemi arasında artış vardı ve artış oranları sağlık için %45, konut için %93, sosyal sigorta için %63 oranındaydı. 1970'li yılların sonunda belirginleşen ekonomik bunalım durumu daha da kötüleştirdi. Toplumun en yoksul %40'lık diliminin ulusal gelirden aldığı pay 1972'de %24.1 iken, 1978'de %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 denileni idi (ulusal sağlık fo-

nu). Gelir kaynağı ücretlerin %9'u olarak kesilen primlerdi. İşlevi ise özerk sağlık bölgelerinden hizmet satın almaktı. 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. Müşteri adaylarını yaş, aile büyüklüğü, sağlık riskine göre seçmektedir. 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. 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 13170 milyon Dolar iken 1983 yılında 12497 milyon Dolara geriledi. Üstelik bu dönemde nüfus da 10 milyondan, 11.8 milyona ulaşmıştı. 1974 yılında yatırım harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı %12 idi, 1983 yılında %1'e indi. Yatırımlardaki azalma ulusal sağlık sisteminin bütün alt yapısının 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'de 65, 1989'da 58 olarak gerçekleşti. 1988 yılında nüfusun en varlıklı %20'si ulusal gelirin %60'ını, en yoksul %40'ı ise ancak %11.8'ini alabiliyordu. 1989'da darbe sonrasında yapılan ilk demokratik seçimlerle iş başına gelen hükümet bütün bu sorunlarla uğraşmaktadır. (Sepulveda C 1995: 8-30; World Bank 1993: 162)

Eski sosyalist ülkelerde masa 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 %25 kadar olduğu belirtilmektedir. Sosyalizmin yıkılışı sonrasında bu ülkelerin ulusal geliri %20-80 arasında azaldı. Bu da vergilerin düşmesine ve hükümet gelirlerinin %36 oranında azalma-

sına 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. Bütün bunlar gayri resmi bir ödeme sisteminin ortaya çıkmasına neden oldu. (Ensor T, Savelyeva L 1998: 41-42)

Kazakistan'da 1995 yılı sağlık fonları, 1990 yılı kapasitesinin ancak %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 %10'u bu tür kaynaklardan sağlanmaktadır (1996) ve bu oranın daha da artması beklenmektedir. Türkmenistan'da hastane harcamalarının %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 %25-30'u hastalarca karşılanmaktadır. Hekimlere ödenen para ise muayenede 5 Dolardan başlayarak, bir operasyonda binlerce Dolara 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 ödemek yapmak zorunda oldukları şeklindeki düşünceyi kabul etmek zorunda kalmaktadırlar. (Ensor T, Savelyeva L 1998)

III.10. 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 gücü açısından yetersizlik olmaması ve örgütlü bir sağlık sistemi yapısının bulunmasıdır.

Merkez kapitalist ülkelerde zaten uygulanmakta olan sigorta sistemi, çevre ülkelerde son yıllarda uluslararası kuruluşların da desteğiyle yaygınlaşmaktadır. Bütün çevre ülkelerde nüfusun ancak %15'i sigortalıdır. 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 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)

Bugün sosyal sigorta yaklaşımı, toplumun sağlık güvencesinin çok düşük olduğu çevre ülkeleri için özellikle revaçtadır. Ancak bizzat sosyal sigortanın yaygınlaştırılması, stabilize olmuş bir sağlık sistemi alt yapısının varlığını zorunlu kıldığı, daha doğrusu böyle bir alt yapının sosyal alanlardaki yansıması olduğu için, aynı grup ülkelerde uygulanabilmesinin önünde yapısal engeller vardır. Bu engeller bütünsel olarak, ekonomik ve siyasal destabilizasyon durumu olarak tanımlanabilir. 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 sağlık sigorta 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.

ABD'deki özel sigortacılığın iki tür olumsuzluğunun olduğu bilinmektedir. Bunlardan birincisi sigortasızların, sigortalılara göre dezavantajlı durumudur. İkincisi ise özel sigortalı olup, yüksek riskli

olanların daha çok para ödemek zorunda olmalarıdır. Bu nedenle ABD'deki özel sigortacılığın risk yöneten değil, riskten kaçan bir yapı olduğu söylenir.

Eski sosyalist ülkelerde de 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 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)

Rusya'da sağlık hizmetlerinin reformu ile piyasa ilişkilerinin yaratılması hedeflenmektedir. Özel sigorta şirketleri asıl işlevi üstlenmiş durumdadır. Zorunlu sağlık sigortası için toplanan primlerin önemli kısmı yönetsel maliyetlere gitmektedir. Özel sigortalar ise özel hizmet üreticilerinden hizmet satın almaktadır. Sonuçta, Rusya'da kâr amacı güden özel sigortaların sorumluluk duygularını bir yana bırakarak aşırı kârlar elde ettikleri, eşitsizliklerin derinleştiği görülmektedir. (Saltman RB, Figueras J 1997: 43-58)

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 ülke-

lerde 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 %6 iken, bu nüfus sağlık harcamalarının %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. Toplum temelli sigortalara üye olabilenler nakdi ya da ayni olarak sigorta primini ödeyebilecek gelire sahip olanlardır. 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 6 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 sigorta sisteminin örneğidir. Fonun oluşturulması ve yönetimi işini köy kolektifi 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 kar-

şılanır. Köyün fakir nüfusunun en az %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 %75'i hükümetten, kalanı ise sigorta ödentilerinden gelir. Gezici ekip, köy sağlıkçısından, ebe ve sosyal hizmet uzmanından oluşur. Hastalar hastaneye sevk edilir. 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 %25'den %90'a yükselmiş, bunun sonucunda da bütün kamu kaynaklarından tedavi edici hizmetlere yönlendirilenlerin oranı %25'ten %85'e çıkmıştır.

Sigorta sisteminin yalnızca finansör pozisyonda olduğu ülkelerde (Çin, Kore, ABD), bireyler doğrudan, daha uzman sağlık kuruluşlarına başvurabilmektedir. Bazı ülkeler ise (İngiltere, Brezilya, Şili, Zaire, Tayland) sigorta sistemi içinde bir sevk sistemi de oluşturmuştur. Çin'de sigorta sistemi nüfusun önemli kısmını kapsamaktadır. Sağlık sisteminde herhangi bir maliyet paylaşım programı uygulanmamaktadır. Bu da sağlık kurumlarını kâr getiren teknolojilere yöneltmektedir. Kore'de tüm hizmetler hükümetçe finanse edilmektedir ve hastaneler arasında hasta çekmeye yönelik rekabet vardır. Sonuçta bugün Kore'de en az 200 yatağı olan bütün hastanelerde bir bilgisayarlı tomografi cihazı bulunmaktadır. Sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki payı %3.7'den, %6.6'ya yükselmiştir. 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 bu-

lunabilmesi 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 ayırdedebilecek 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 çevrildiğinde maliyetleri azaltıcı etki daha belirgin olmaktadır. Verimliliği artırmanın bir yolu sevk sistemi oluşturmak ve ilk başvuru noktasına kapı tutucu işlevi vermektir. Brezilya, Yeni Zelanda, İngiltere, Şili, Filipinler, Güney Afrika'da farklı biçimlerde de olsa bu tür bir uygulama vardır. Sigorta sisteminde verimliliği artıran ve maliyetleri sınırlayan en önemli uygulama ödemelerin kişi ve global bütçeleme gibi ileriye yönelik ödeme teknikleri ile gerçekleştirilmesidir. Bu da pek çok çevre ülkede olmayan yönetim kapasitenine gerek duyan bir uygulamadır.

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 denetlemesini gerektirmekte, bu ise hem üreticilerin, hem de kullanıcıların memnuniyetini azaltmaktadır. (Kutzin J 1997: 17-26)

III.11. 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 parçası ve kendisi de özelleştirmeye kadar uzanan bir strateji olarak gündeme gelmiştir. 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 beklentiler 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 oto-

nomisinin 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 yerel 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 gelişen ülkelerdeki desantralizasyon koşullarını oluştururken; eşitsizliklerin azaltılması ve harcamaların sınırlanması çabaları gelişmiş 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 finansmanının birbirinden ayrılmasının 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 iç işlerine) 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 bir takım işlevler açısından ulusal düzeyden büyük ölçüde bağımsız olan yerel hükümet düzeylerinin güçlendirilmesi veya oluşturulmasıdır. Yerel yönetimler 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 perifer 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 %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 delegasyonun 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. DSÖ özelleştirmenin sağlık politikalarını baltalamaması için hükümetlerin düzenleyici denetimler yapmaları gerektiğini belirtmektedir.

DSÖ 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, 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 bir kaç yıl içinde önemli oranda düşmüş ve kızamık insidansı yeniden yükselmiştir. (Kutzin J 1997: 26-32)

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 varolan 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.

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'de sağlık finansmanı kontrolünün yeniden merkezi yönetime aktarılmasına karar verilmiştir.

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 baş gösterir. 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 merke-

zi 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 de sistem içindeki entegrasyonu bozmaktadır. Desantralizasyon ile yönetsel maliyetlerin artması verimlilik üzerinde olumsuz etki yaratan bir diğer faktördür. Desantralize birimlerin yönetim kapasitesi de desantralizasyonun verimliliği bakımından ön koşuldur. 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.

Sahra-Altı Afrika ülkelerinde desantralizasyon daha çok devolusyon biçiminde uygulanmaktadır. Amaç ulusal sağlık bakanlıklarının hizmet sunumu ve sistemin yönetiminde 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 geri-

lim, otorite ve kaynak aktarımı olmadan sorumluluk aktarımının gerçekleştirilmesi. (Sikosana PLN, Dlamini QQD, Issakov A 1997: 13)

III.12. Kamu Hizmetlerinde Sözleşme Uygulaması

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 çıkarıcı 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 birbirini potansiyalize edecektir.

Sözleşme sistemi özelleştirmenin getirdiği olumsuzlukların giderilmesi, buna karşılık 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 kuru-

mundan da hizmet satın alınabilmektedir. Bu ikinci uygulamada kamu sektörü içinde bir iç piyasa oluşturulmaktadır. Sözleşme sisteminin amacı sağlık sistemi içine piyasa ilişkilerinin sokulmasıdır. Dolayısıyla sözleşme sistemine yönelik olumlu beklentilerin tümü, esas olarak piyasaya yönelik beklentilerdir.

Sözleşme sistemi klinik ve klinik olmayan hizmetlerin üretim sorumluluğunun 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 kamu sisteminin 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, et all 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) (Ham C, Maynard A 1994: 845) olarak bilinmektedir. Bu düzenlemeler hiç bir 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. Finansör kurumla sözleşme yapmak için girilecek rekabetin verimliliği artıracağı varsayılmaktadır. Hizmet kalite ve miktarındaki artışın ise toplumdaki dezavantajlıların hizmete ulaşımını kolaylaştıracağı beklenmektedir. Kamu sektörünün bürokratik yapı-

sından 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 A, 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 10 yıl boyunca ABD ve İngiltere'deki bir takım 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 ortadan kalktığı 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, performans düzeyine göre işten atılmasına, ödüllendirilme-

sine 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)

Merkez ve çevre ülkelerde sözleşme sistemi uygulaması farklılık göstermektedir. Çevre ülkelerde sözleşme uygulaması büyük kentlerdeki kamu hastanelerinde, klinik olmayan hizmetler içindir. Örneğin Bangladeş, Malezya, Meksika, Sri Lanka, Tayland, Zimbabve'de hastane mutfak hizmetleri sözleşme ile özel sektörden satın alınmaktadır. Aynı şey temizlik ve kantin hizmetleri için de söz konusudur. Uganda'nın en büyük hastanesi mutfak, temizlik, ısıtma sistemlerinin bakımı hizmetlerini sözleşme ile satın almaktadır. Lesotho'da hastanelerin güvenlik hizmetleri için durum böyledir. Gelişmekte olan ülkelerde sözleşme sisteminin sonuçlarının değerlendirilmesine yönelik çalışmalar azdır. Dünya Bankası Tunus'ta kamu hastanelerindeki mutfak, temizlik ve güvenlik hizmetlerinin kalitesinin sözleşme sonrasında arttığını ve maliyetin düştüğünü belirtmiştir.

Merkez kapitalist ülkelerde ise klinik hizmetlerin sözleşmeyle satın alınması yaygındır. İngiltere'deki kamu sözleşmesi modeli en bilinen örnektir. İsveç'te de hem birinci basamak sağlık hizmetleri, hem de hastanecilik hizmetleri için sözleşme sistemi geçerlidir. Merkez ülkelerde sözleşme sistemi birbirleriyle rekabet eden hizmet üreticilerine dayanır.

Yönetimle yaratılan rekabet, Amerika'da, gerek finansman gerekse örgütlenmenin çok parçalı, standardı olmayan 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 purchaseing cooperative) 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.

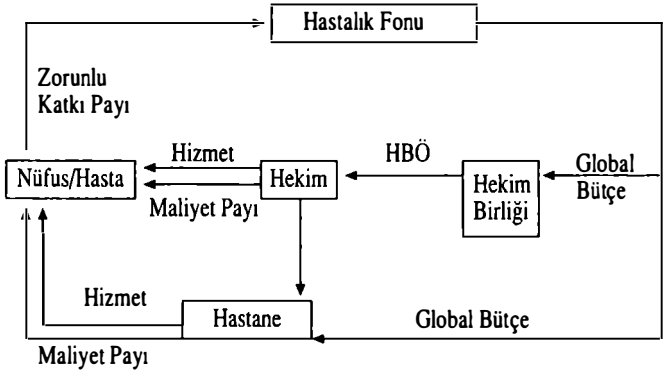
Öte yandan, 1990'larda Amerikan yönetilen bakım (managed care) şirketleri ve yatırım fonları hızla Latin Amerika piyasasına girdiler. Bu süreç özelleştirme, kamu hizmetlerinin kesilmesi ile gerçekleştirildi, hatta Dünya Bankası ve IMF yapacakları finansal yardımları bu tür politikaların geliştirilmesi koşuluna bağladılar. Amerikalı sigorta şirketleri ve diğer çok uluslu 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. Hükümet 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 %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 kamu sağlık kurumlarının ve soysal güvenlik fonlarının özel yönetime ve/veya özel mülkiyete devredilmesini öngören yönetilen bakım programları-

nı 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 %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 üyeye sahiptir 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 Group adlı şirket Brezilya'nın büyük sigorta şirketlerinden birisinin hisselerinin %49'unun sahibidir. Arjantin, Şili, Kolombiya, Meksika, 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 %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 akımına uğramaktadır: 1997 yılı için sayı 1.25 milyon idi. Bunun nedeni özel sigorta üyelerinin, hizmet kullanım anında talep edilen ek ödemeleri yerine getirememeleridir. 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 %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 %3.2'si 60 yaş ve daha üzerindedir. Oysa bu grubun toplumdaki oranı %8.9'dur. Kamu hastaneleri ve klinikleri tarafından görülen hastalar içinde ise 60 yaş ve üzerindekilerin oranı %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)

İngiltere'de ise bölge sağlık idarelerinin finansman yönetiminde gerçekleştirilen değişiklikler yönetsel tekniklerle rekabet yaratmanın tipik örneğidir. Almanya'da da benzeri bir uygulama yürürlüktedir. Almanya'da hekim birlikleri aracılığıyla global bütçeleme yöntemi uygulanmakta ve hekimden bu bütçe ile hastasının birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti gereksinimlerini yönetmesi beklenmektedir. Burada hekim seçme hakkı ile hizmet başına ödeme (HBÖ) sisteminin rekabeti uyarıcı bir işlevi yerine getireceği varsayılmaktadır (WHO 1991: 5). Bugün bütün merkez kapitalist ülkelerde rekabeti uyarıcı yönetim teknikleri yaygınlaşmaktadır.

Şekil: Rekabeti Uyarıcı Yönetim Tekniklerinde Örnek Finansman Şeması:



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 sis-

teminin 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'da temizlik, Tayland'da tıbbi cihaz, Güney Afrika'da ve Zimbabve'de bölge hastaneleri sözleşmeyle çalıştırılmaktadır. Sözleşme gerekçesi değişmektedir. Bombay'da hastanelerin mutfak hizmetlerinin, Bangkok'da temizlik hizmetlerinin sözleşmeyle devredilmesinden beklenenler yönetimin üzerindeki yükün azalması, hizmetin ucuzlaması, israfın önlenmesi, kalitenin artırılmasıdır. Düşük gelirli ülkelerde klinik olmayan hizmetlerin sözleşmeyle devri rekabetçi ortamda gerçekleştirilse de, sözleşmelerin nadiren el değiştirdiği görülmektedir. Bombay'da mutfak hizmetleri, Tayland'da temizlik hizmetleri sözleşmeyle devredilmiş, ancak izleyen dönemde sözleşmeliler nadiren değişmiştir. 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 kalitede de düşme olmuştur. Hesaplamalar, eskisine göre daha kaliteli mutfak hizmeti almanın, fiyatları eski entegre sistemdeki fiyatların üzerine çıkarmadan olanaksız olduğunu göstermektedir. Bangkok'da 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 dene-

timi, 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 becerideki kamu sektörünün, niçin hizmet üretimine yönelmediği de önemli bir sorudur. (Mills A 1998)

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 hükümet dışı kuruluşlardan başka yönelecek özel girişimci bulabilmek olanaksızdır. Bu durumda hükümetten elindeki kaynakları, kendisi hizmet üretmek üzere kullanmasını beklemek daha mantıklı olacaktır.

Sağlık sistemine sokulan piyasa ilişkilerinin son bir kaç yıldır sorgulanmaya başlandığı izlenmektedir. Pazara dönük reformlarda, uluslararası düzeyde en çok dikkati çeken iki Avrupa ülkesi olan İngiltere ve İsveç, rekabete dayalı teşviklere güvenmekten kısa bir süre önce vazgeçmişlerdir. İsveç'te hem ulusal, hem de bölge düzeyinde belirleyici kavram "işbirliği" olmuştur. İngiltere'de sağlık yöneticilerinin geleneksel sağlık sorumlulukları vurgulanmış ve dikkatler, yüksek düzeyde güvene dayalı uzun vadeli sözleşmeler mantığına dönüştürülmüştür. (Saltman RB, Figueras J 1997:40-41)

Değişik ülkelerdeki düzenlenen ya da yönetilen rekabet uygulamaları sözleşme sisteminden beklenenleri gerçekleştirmenin zor

olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni sağlık sektörü içine rekabetin sokulamamasıdır. Bunun da nedeni hizmeti satın alan ve sözleşmeyi yapan kamu finansör kurumların 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, pek çok ülkede uygulanma koşulları yoktur.

III.13. 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, bir ülkenin toplam sağlık harcaması maliyet sınırlaması stratejileri ile birlikte artabilir de.

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 gelişmiş ülkelerin ikinci basamak sağlık kurumlarını örnek olarak aynen aldıkları, büyük kapasiteli hastaneler kurdukları görülmektedir. Ulaşım olanaklarının zor olduğu ve yetişmiş personelin bulunmadığı ko-

şullarda 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 %70'den %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. Kamu sağlık kurumları arasında rekabet yaratmak; bu hizmet sunucular için toplam harcama tavanı veya toplam bütçe hazırlamak; 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 yöntemlerini değiştirmek bu grupta yer alan stratejilerdir. 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 kont-

rolü, 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 eğitimine girişin kontrolü. (WHO 1987: 86-89)

Arz yönlü maliyet sınırlaması stratejilerinin değişik biçimleri çeşitli ülkelerde uygulanmaktadır. Örneğin Belçika, Almanya, İtalya, Portekiz, İspanya ve İngiltere harcama tavanını belirlemektedir. Belçika, Almanya ve Hollanda hastane bütçe sınırlaması yapmaktadır. Bu da hastaneleri yatış sürelerini kısaltmaya yöneltmiştir. Almanya'da hekim örgütleri ve hastalık fonları, bir bölgenin %50'den çok belli dalda uzmanlaşmış hekim istihdam etmesi durumunda yeni hekimlerin bölgeye girişine izin vermemektedir. Hekimleri erken emekliliğe özendiren önlemler getirilmektedir. Fransa 22 bin, Hollanda 3800, Macaristan 10 bin kamu hastane yatağını kapatmayı planlamaktadır. Tedavi ve tanı işlemlerinin standartlaştırılmasını hedefleyen tıbbi klavuzlar geliştirilmektedir. Bir çok 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.

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 sis-

temine 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. Programlar kaynağın toplanış ve kullanılış biçimlerine göre ikiye ayrılır: 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. Bu iki yöntemin etkileri şu şekilde özetlenebilir:

1) Gelirin artırılması üzerindeki etkileri: Her ikisinin de etkisi vardır. Ancak, hemen tüm ülkelerde hastanecilik hizmetlerine daha sabit talep vardır. Bu nedenle gelir artırma bakımından ilk yol daha etkilidir. 2) Etkinliğin artırılması: İlk model yalnızca hastanecilik hizmetlerine ek ödeme getirdiği için, temel sağlık hizmetleri üzerine etkisi yoktur. Bunun dışında ikinci model, sağlanan ek kaynağı yerel

inisiyatife bıraktığı için etkinliği artırıcı bir işleve sahiptir. 3) Harcamaların temel sağlık hizmetlerine kaydırılması: İlk modelde maliyet paylaşımı ile sağlanan ek kaynağın, finansman sorunlarının ana nedeni olarak görülen hükümetin eline bırakılması söz konusu olduğundan, bu sorunla ilgili olarak herhangi bir gelişme beklemek zordur. 4) Yoksulların korunması: İlk modelin bu sorunla ilgili olarak daha etkili olduğu belirtilebilir. Çünkü hastaneler daha çok kentlerde ve kentlilerin kullanımında olup, bu hizmete getirilecek ek ödeme daha çok kentlilerden çıkacaktır. Bu ise kırsal kesimlerin sübvanse edilmesi anlamına gelecektir. Bununla birlikte kırsal kesimde oturup da hastaneye sevkli gelenler ve kent yoksulları da aynı uygulama kapsamına girerler ki, bu durum az önce sözü edilen avantajı azaltıcı etki gösterir. (Nugni WG 1991: 16-19)

Maliyet paylaşımının üç ana biçimi ya da mekanizması şunlardır:

Ön ödeme (deductible): Sigorta programının teminatları aktif hale gelmeden önce cepten ödenmesi gereken miktar. Örneğin hasta, hastaneye yatma maliyetinin ilk 50 Dolarlık bölümünü veya o yıla ait toplam ayaktan tedavi masrafının ilk 200 Dolarlık bölümünü öder.

Katkı payı (co-payment): Yararlanılan her hizmet için sigortalının ödemek zorunda olduğu miktardır. Örneğin hasta reçetede verilen her ilaç için 5 Doları veya her muayene için 10 Doları öder.

Sigortalı payı (co-insurance): Sigortalı tarafından bir hizmet için ödenmek zorunda olan toplam bedeldir. Örneğin toplam yatarak tedavi masrafının %20'sinin hasta tarafından ödenmesi.

Yukarıdaki stratejilerden başka hizmeti sağlayanlara 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 1 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 hizmetler. Örneğin sevk edilmeden doğrudan hastane hizmetlerini kullanma durumunda para ödenmesi.

Batı Avrupa ülkeleri arz odaklı maliyet sınırlama çabalarını bütçe kontrolleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi ve sevk sisteminin kurulması üzerine yoğunlaştırmışlardır. Bu nedenle de maliyet paylaşımı bu ülkelerde önemlidir. 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 başlatılmıştır. 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.

Eski sosyalist ülkelerde düşük maaş politikalarına bağlı olarak resmi olmayan 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.

Maliyet paylaşımı uygulamaları sağlık hizmeti kullanımını azalt-

makta, ancak maliyetleri sınırlamamaktadır. Bunun nedeni maliyetin arza dayalı faktörlerce belirlenmesine karşılık, maliyet paylaşımı programlarının daha çok talebe odaklı politikalarla oluşturulmasıdır. Maliyet sınırlaması için, maliyet paylaşımı yerine, bütçe kontrolleri gibi arza odaklı önlemler daha başarılıdır.

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 %35'den %49'a yükselmiştir. Bu değişimden sağlanan tasarruf ilaçlara yapılan toplam harcamanın %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'de uygulanan bu tür bir maliyet paylaşımı programı sonrasında reçetelere yazılan ilaçların %20'sinin alınamadığı anlaşılmıştır.

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 %20'sinde hastalık maliyeti tüm hanenin aylık gelirini aşmaktadır.

Sonuç olarak maliyet paylaşımı gerek sağlık sisteminin verimliliğini artırmak, gerek ise 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, hizmet üretenler kullanımın azalması sonucunda ortaya çıkan gelir azalmasını 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)

III.14. 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 da 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. İleriye yönelik ödeme global bütçeleme, vaka başına ödeme şeklinde olabilmektedir. Bunlar ise 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 ise 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 yaygınlaştırılması, sosyal hizmet ağının geliştirilmesi 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 özelleştirmeci bir tercihtir.

III.15 Düşük Öncelikli Alanlara Yapılan Harcamaların Kısıtlanması

Özellikle kentlerdeki tedavi edici hizmetlere kullanıcı ödentilerinin getirilmesi ve böylece elde varolan 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.

III.16. 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 bozukluklarının 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 olmamaktadır.

C) SAĞLIK SİSTEMLERİNDEKİ VE FİNANSMANINDAKİ YENİ GELİŞMELER İÇİN 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 varolan 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. Bu kurullarda toplum temsilcilerinin yer alması, toplum katılımını da sağlayacak ve kurulun hizmetin değerlendirmesi olanağını yaratacak, etkinlik ve harcama durumu üzerinde olumlu sonuçlar doğuracaktır. 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.

ALTINCI BÖLÜM

KAPİTALİZM SORU(N)LARINI ÇÖZEBİLİYOR MU? VE SOSYALİST SEÇENEK

A) SAĞLIK VE SAĞLIK SİSTEMİ NEREYE ?

Sağlık sisteminin yapısı konusunda bir kaç 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 2. Dünya Savaşı sonrası dönemde kendisini somutladığı gözleniyor. Sosyalizmin bir sistem olarak örgütlendiği ve eşitlikçi ütopyanın pek çok örneğini bütün Dünya'nın 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 çalışan 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.

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 çalışan 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 20 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 bir kaç 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.

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 hiç bir 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 de-

recede 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 gibi.

Yeni geliştirilen ödeme sistemleri ile gerek üreticiden (tek hekimler ve hastane işletmeleri), gerekse kullanıcıdan (birey olarak hastadan) kaynaklanan fazla hizmet kullanma yönündeki eğilimlerin azaltılması 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 yapının asli unsurlarından birisidir.

Sağlık hizmetinin klasik finansman mekanizmaları içinde, hizmeti üretenin kazancı ya sabit durumdadır (maaşla ücretlendirme ve kişi başına ödemede olduğu gibi) ya da üretilen hizmetin niceliğine bağlanmıştır (hizmet başına ödemede olduğu gibi). İlkinde üretilen hizmetin kalitesi ve kullanıcı memnuniyeti önemli sorunlar olarak ortaya çıkmaktadır. Çünkü, 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 düzeyi tutturabilse bile, hizmetin aşırı üretimi ve kullanımı sorunu belirmekte, bu ise gereksiz biçimde harcama artışına neden olmaktadır. Kısacası, hizmet kullanımındaki artış, her zaman bilimsel olarak kabul edilebilir bir gelişme olmayabilmektedir.

Böylece, klasik finansman biçimleri içinde harcamaları belli bir düzeyde tutabilmek nitelikteki düşüşle birlikte olurken, niteliğin artı-

rılabilmesi ancak hizmetin gereksiz kullanımındaki ve harcamalardaki artışla olanaklı olabilmektedir. İkinci durumda, harcamalardaki artışla seyreden önlemler paketi her zaman nitelik güvencesi de sunamamaktadır.

İşte üreticiye 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. Ödeme mekanizması olarak geliştirilen vaka başına ödeme, global bütçeleme 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 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 uyarıcı olmaktadır: Moral tehlike etkisi. Dolayısıyla kullanıcının kaygısı kendisini korumaya yöneliktir. Buradaki kısır döngü, giderek daha fazla oranda tüketimi uyarılan nesnenin tüm bilgisinin tekelci sermaye gruplarınca denetleniyor olmasıdır. Bu durumda kullanıcının daha fazla sağlık hizmeti tüketmesi kendisini korumak kaygısının bir sonucudur. Bu ise harcamaları artırmakta, aynı anda özel sağlık sektörünü 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 olması, hastalarının birinci basamak tıbbi bakımını sağlayabilmesi için gerekli olan tıbbi malzeme ve yardımcı sağlık personelini istihdam etmesi gibi inisiyatiflerin tamamen kendisine bırakılması. Eğer üretici bir hastane ise, hastanenin belirlenmiş bütçe ile bütün yatırım ve cari harcamalarını kendisinin planlayabilmesi. 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 sağlık harcamalarının kısıtlanması ile birlikte, sağlık hizmeti finansmanının kullanıcının doğrudan harcamalarına kaydırılması. Böylece, finansmanın kullanıcı üzerine kaydırılmasının, kullanıcıyı elindeki kaynakları daha dikkatli biçimde kullanma yönünde motive edeceği varsayımı. Bu anlamda da, 2. Dünya Savaşı sonrası dönemde gelişen sosyal sigorta uygulamasının kapsamının daraltılması. Bir başka deyişle retrospektif ödeme tekniklerinden, prospektif ödeme tekniklerine geçiş. Bu uygulamanın ilk maddede anılan ile birleştirilmesinin, harcamaları azaltıcı etkiyi potansiyalize edeceği varsayımı.

3-) Özellikle üreticiler üzerine getirilen ve harcamaları azaltması beklenen uygulamaların, üreticiyi bilinçli bir takım tercihlere yönlendirdiği unutulmamalıdır. Üretici, kısıtlı olarak kendisine bırakılan bütçeyi kendisi açısından en üretken biçimde kullanmak, bu arada da gelirinden kayıp vermemek durumundadır. Bu onu, tıbbi gereksinimleri 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.

4-) Sonuncu olarak da en kaba yöntemden söz etmek gerekir. O da bütçeden yapılan harcamaların olabildiğince azaltılması, kamu hizmet niteliğinin düşürülmesi, 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 direncinin 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 hizmetler 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 içindeki yatırımlarını, harcamalarını özel sektöre kaydırır. Bu herkesin gözü önünde oynanan sağ nitelikli bir politik oyundur. İşçi sınıfının politik ortamı ne derecede burjuvazinin egemenliğine bıraktığını da belgeler.

B-) YENİ YÖNELİMLERE İLİŞKİN SORU(N)LAR VE KAPİTALİZMİN BAŞARI OLASILIĞI

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 üreticisi sermaye bölmesi açısından aslolan, 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 cepheden başka bir anlam taşımaz. Bu ise kapitalist işlerliğin sınırları içinde tutarlı bir sonuca bağlanması olanaksız yalancı bir sorundur.

Bu sorun açısından tek farklı dinamik sermayenin farklı bölmeleri arasındaki gerilimlerdir. Nitekim, 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 algılanmaya devam edilmesi, 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 aslolan, 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, hizme-

tin 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 üretici tekeller tarafından koşullanmış bilinci ile korumak ister. Tüketicinin kendisini koruma güdüsü, kapitalizmin işlerliğini bir kez daha üreten ve harcamaları daha da yukarı çeken bir işlev görür. Aslında tırmanışın durdurulabilmesinin tek yolu olarak, sağlık harcamalarının giderek daha doğrudan ve fazla oranda tüketicilerin üzerine yıkılması görülür. Resmi anlayışa göre, harcama artışı biçiminde görüntülenen finansal sorunun önüne geçilebilmesinin tek yolu, tüketici talebinin kırılabilmesine dayanan sömürü mekanizmasının derinleştirilmesidir.

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 yatar.

Sağlık sistemindeki sorunların (eşitsizlik, verimsizlik) çözümü için önerilen 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. Verimlilik ise işletme 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 burjuvazinin sınıfsal bakış açısının yansımasıdır. Ancak salt teknik uygulamalar olarak pazarlanırlar.

Sağlık bakanlığı yapılarının küçültülmesi, merkezi üretimin ve denetimin zayıflatılmasıdır. Bu da piyasa ilişkilerinin ve özel kesimlerin 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 artırır.

Kullanıcı ödentileri, maliyet paylaşımı stratejileri, toplum finansmanı yöntemleri, sağlık için ek kaynak yaratmak bakımından getiri-

len 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 sistemlerinin de 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 yararlanabilirken, parası olanlar yüksek teknolojili özel sektöre başvururlar. Özel sektör çoğu kez kamu kaynaklarıyla desteklenir. Bu da 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 ve bir dizi ahlaki soruna yol açar.

Sağlık sistemlerine sokulan sözleşme ilişkileri piyasayı düzenlemenin aracıdır. İngiltere'deki uygulaması dikkate değer hiç bir kazanımının olmadığını göstermiştir. Sözleşme uygulaması devletin, kamunun ve sağlık bakanlığı yapılarının küçültülmesinin bir aracıdır. Sözleşmeyle maliyetlerin düşürülmesi ancak ücretlerin baskılanmasıyla ve işten çıkarmayla olanaklıdır. Sözleşme sağlık sistemini çok başlılaştırır. Koordinasyonu yıkar. Her sağlık kurumu kendi başına işletme haline getirilir. Yönetsel maliyetler yükselir. Bu kurumlar arasındaki rekabet gereksiz yatırımları uyarır. Planlama zayıflar. Ulusal, kamusal çıkarların yerini işletme çıkarları alır.

Desantralizasyon merkezi yönetimi zayıflatır. Kapitalizm sermayenin gücünü temsil eder. 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, belli ölçülerde kullanma 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. Toplum katılımı ve demokratikleşme ile doğrudan ilişkisi yoktur. Çünkü toplum katılımını sağlamanın yolu, mülkiyet ilişkilerinin mülkiyeti üretenlerin belirleyiciliğine açılmasıdır.

Kapitalist işlerliğin belirlediği kurallar içinde kalarak, en başından beri tartışılan soruna 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 ekonomisi disiplininin 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 ekonomi politiğidir. Kapitalist üretim ilişkileridir. Emperyalist sömürüdür.

Gerçekten de, bağımlı kapitalist ülkeler için kaynak kıtlığının asıl nedeni, merkez kapitalist ülkelerin çevreye yönelik sömürüsüdür. Gelişmiş kapitalist ülkelerde bile son 10 yıldır kendisini giderek daha ileri boyutlarda ortaya koyan sağlık finansman sorunlarının nedeni, kapitalizmin içine girdiği bunalımla sosyal alanlara yaptığı harca-

maların 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 edilmektedir.

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 hiç bir işlevi olmadığı düşünülen maaşla ücretlendirme sisteminin yerine önerilen hizmet başına ödeme sistemi, abartılı ve tıbbi, bilimsel, kültürel açıdan gerekli olmayan (deyim yerinde ise naylon) hizmet üretimine neden olmakta, bu ise harcamaları gereksiz yere artırmasının ötesinde, kullanıcının sağlığı ile tehlikeli biçimde oynanması anlamına gelmektedir. 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 koşullayabilmektedir.

Bu nedenle kapitalist kurallar çerçevesinde sağlık finansmanında temel sorun olarak belirlenen harcama artışı-verimsizlik-eşitsizlik sorununun çözümü olanaksızdır. Çünkü, kapitalist makro ekonomide toplumsal eşitlik ideali yoktur. Kârın maksimize edilmesi ilkesine dayalı ve bu ilkenin ekonomiyi rasyonalize edeceğini varsayan "serbest piyasa" ilişkileri vardır.

Dolayısıyla, klasik burjuva ekonomisi disiplininin mikro ekonomi düzleminde önerdiği maliyet/yarar analizleri, kapitalist işlerliğin makro düzeydeki sömürü mekanizması ile kapitalist-emperyalist sistemin gerek tek tek kapitalist ülke sınırları içinde, gerekse sistem boyutunda ortaya çıkardığı toplumsal, ekonomik, siyasal eşitsizliklerin özünü gizlemeye yönelik bir manipülasyondan başkaca anlam taşımaz. Emperyalist sistem, sistemin hangi parçasına ve hangi sektöre

ne kadar ayrılacağına karar verir. Belirlenen ve kıt olarak tanımlanan bu kaynakların en verimli biçimde nasıl kullanılacağının "bilimsel" analiz edilmesi hakkını da klasik burjuva ekonomisi disiplinine bırakır. Belirlenen sınırlar içinde ve o sınırların nedenini sorgulamaksızın "istenileni" yapmak serbesttir.

C-) SOSYALİST BİR SEÇENEK NELER SUNAR ?

Önce yine bir soru sormak gerekir: Klasik burjuva ekonomisinin geliştirdiği kavramları, stratejileri toptan inkâr 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 artışı, 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, Dünya'nın 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 olması gerektiği, çevre halklarının azla yetinirken, azın da titiz hesabını yapmaları gerektiği tezlerini inşa etmektedir. Merkez için de, tekellerin hesabı bilinmeyen kârlarını unutarak, halkın savurganca sağlık hizmeti tükettiğini ve artık bunun önünün alınması gerektiğini savlamaktadır. Bunlar gerçek değildir. Çünkü, toplumun elinde bulunan ve çeşitli sosyal sektörler için ayrılan kaynaklar bu kadar değildir. Toplumun kaynaklarının eşitsiz bölüşümü söz konusudur. Sermaye sınıfı çalışanlarca 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 kadar değildir. 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 ide-

alini 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. Ancak bu rahatlama yine de, ortak 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 diğer sektörlerine daha çok kaynak aktarımı 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 (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.

Bunun ötesinde, maliyet paylaşımı, toplum finansmanı gibi politikaların bugünkü anlamlarının tamamen dışında bir anlam kazanacakları, hatta anlamsızlaşacakları da söylenebilir. Çünkü, 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 çalışan toplumsal 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 çalışan 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 varolan sorunlar için mikro ölçekte önerdiği politikaların, kapitalizmin makro düzeydeki ters yüz edilişi sonrasında mikro düzeydeki sorunların çözümü için kullanılabileceği saptamasını yaptığımız şu noktada, bu mantıksal akış içerisinde karşımıza kendiliğinden bir sorun daha çıkıyor. O da şudur: Tüm toplumsal eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasını savunan ve bunu en temel insanal 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, çalışan 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 hür türlü kaynakta 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.

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) ne verimlilik (yönetsel, mali, kaynak tahsisine ilişkin verimlilikler), ne eşitlik, ne de harcamaların sınırlanması anlamlarında bekleneni vermediği noktası daha önceden saptanmıştı. Özelleştirmenin, sermayeye yeni bir kâr alanı yaratmak hedefi güttüğü saptaması da yapılmıştı. İşte üretim araçlarının özel mülkiyetine ve sağlık alanındaki özel hizmet 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 varolan eşitsizlikleri derinleştirecek olan özel sektöre ucuz krediler, vb. yollarla kaynak aktarımını 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, bütün toplumun refahı için harcanması olanağını yaratır. Bunun da ötesinde, eğer varsa, dışa yönelik emperyalist politikaları geçersizleştirerek, bu politikaların zorunlu kıldığı askeri harcamaları, yine toplumsal yarar alanlarına aktarır.

7-) Klasik sömürü mekanizmasının dışında, adi yolsuzlukları ortadan kaldırarak, vurgunlarla el koyulan toplumsal değerleri yine toplumun kendisine geri verir.

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 yatırımlara son verir. Kapitalist işletmeler gelir düzeyi düşük, geri kalmış, dolayısıyla da kapitalist işlerlik içinde yatırım yapmanın hiç bir 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 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 etkenin toplumsal gereksinimler değil, kapitalist işletmelerin kâr güdüsü oluşudur. Sigorta ile oluşturulan ve tekellerin denetimine sunulan fon, yalnızca daha fazla tüketimin gerçekleştirilme biçimi olarak önem kazanır.

11-) Genel bir toplumsal hareketlenmenin sonucu olarak, bireysel yeteneklerin 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 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.

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 hizmetlerinin sosyal yararının, özel yararından çok olması nedeniyle, yalnızca tedavi edici hizmetlere yatırım yapmak eğilimindedir. Sosyalizm, insanlık dışı bu nesnel yapılanmayı ortadan kaldırır. Ancak sosyalizm insan sağlığının korunmasını ve geliştirilmesini bir hedef olarak benimseyip, gerçekleştirebilir. Çünkü sosyalist sağlık örgütlenmesi, planlarını, satın alma gücü-

nün belirlediği talebe göre yapmaz. Kaynakların elverdiği ölçüde, belirlenmiş gereksinimleri karşılamayı, sağlık hedeflerini yakalamayı amaçlar.

14-) Sağlık kaynaklarının tek elden yönetilmesi, özel sektörün kamu karşısındaki kamuyu yıpratan, kamunun elindeki kaynakları (özellikle insan kaynağını) alan 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 bileşenlerden 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. Geçmiş sosyalizm deneyimleri bunun aksini gösteren olgularla dolu olsa da, en azından teorik olarak bu tezin doğru olduğu kabul edilebilir, edilmelidir. Çünkü eşitsizliği yok etmek, ancak eşitliği ve üretim araçlarının toplumsallaştırılmasını savunan bir toplumsal ütopyanın hedefi-işlevi olabilir. Kapitalizm ise, eşitlik olgusunun ekonomik verimliliği engelleyeceğini ve insanları tembelleştireceğini kabul eder.

16-) Sosyalizm çok standartlı sağlık hizmetine son verir. Parası olan için daha çok sağlığın kullanılabileceği eşitsiz yapıyı yıkar. 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 bireyler olabilmelerinin önünü açar. Böylece sağlıktaki kaynakların daha demokratik biçimde kullanılabilmesi olanaklı olur. Bölgesel meclisler yapılan 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 eşitliğin ve bütün toplumsal kaynaklarla, üretim araçlarının kamulaştırılmasının güvencesi olarak inşa edilir. Bu ise idari ve mali verimliliği artırır, sağlık hizmetini toplumsal gereksinimlere yakın kılar. Bürokrasiyi, otoriteyi, hantal hiyerarşiyi ortadan kaldırır. Kamulaştırma olmadan katılım ve yerelcilik ancak sermaye akışkanlığını hızlandıran 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.

20-) Sosyalizm insanlığa entelektüel olanakların da eşit kullanımı şansını verir. Sosyalizm verimliliği, verimlilik de boş zamanı artırır. Bu da zorunlu çalışma süresini kısaltır. Entelektüel çalışmanın boş zamanlara yayılması bireyi çok yönlüleştirir. Onu yaşamının tümünde tek bir işle profesyonelce ilgilenme zorunluluğundan kurtararak, sanat, bilim, edebiyat, felsefe ile bütünleştirir. Yaşamı amatörleştirir.

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.

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 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.

Şüphesiz bütün bunlar bugünün yarına ilişkin "rüyası"dır. Bu "rüya"yı gerçekleştirmeye aday tek proje sosyalizmdir. Çünkü yalnızca sosyalizm böyle bir "rüya"yı besliyor. Geçmişte aynı "rüya"nın pek çok noktasında, pratik anlamda "çuvallanmış" olunması bu gerçeği değiştirmiyor, değiştiremez. Geçmiş bize, piyasa ekonomisi versiyonlarının bütün aldatmacaları karşısında, "rüya"yı somutlamak anlamında yalnızca daha yaratıcı, çalışkan, yırtıcı ve titiz olmamız gerektiğini gösterebilir.

Haziran 2001

KAYNAKLAR

American Public Health Association (1982) Community financing of primary health care, USA.

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.

Barr N (1992) Economic theory and the welfare state: A survey and interpretation, Journal of Economic Literature, Vol. 30: 741-803.

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.

Boerma WGW, Jong F, Mulder PH (1993) Health care general practice across Europe, NIVEL.

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/

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.

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.

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 (2001). Benchmarks of fairness for health care reform: A policy tool for developing countries, Bulletin of WHO, 78(6): 740-750.

Diderichsen F (1999) Sweden, Journal of Health Politics, Policy and Law, 25(5).

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.

Doyal L, Pennell I (1979) The political economy of health, London.

Ensor T, Savelyeva L (1998) Informal payments for health care in the former Soviet Union: Some evidence from Kazakstan, 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.

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.

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.

Hjertqvist J (2000) Swedish health care reform: From public monopolies to market services, www.iedm.org.

Hurst J (2000) Challenges for health systems in member countries of the OECD, Bulletin of WHO, 78(6): 751-760.

Ikegami N (1992) 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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 H (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.

Mach EP, Smith BA (1983) Planning the 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.

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.

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.

Mills A, Drummond MF (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, improving performance, WHO.

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.

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 (1992) 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.

Olsen IT (1998) Sustainability of health care: A framework for analysis, Health Policy and Planning, 13(3): 287-295

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.

Pfaff D, Wassener D (2000) Germany, Journal of Health Politics, Policy and Law, 25(5).

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 (1993) National health systems throughout the World, Annual Review of Public Health, 14: 335-353.

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).

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.

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.

Saltman 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.

Savran S (1988) Bunalım, sermayenin yeniden yapılanması, yeni liberalizm, (Dünya kapitalizminin bunalımı, Derleyenler Satlıgan N, Savran S, Alan Yayıncılık, İstanbul içinde): 19-65.

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.

Sekhri NK Managed Care: the US experience, Bulletin of WHO, 2000 78(6): 830-844.

Sepulveda C (1995) Çocukların sağlık hakkı: Şili ve Tayland'da temel sağlık hizmetlerinin gelişimi, UNİCEF, Ankara.

Sikosana PLN, Dlamini QQD, Issakov A (1997) Health sector reform is Sub-Saharan Africa, WHO.

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, British Medical Jurnal 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 (1999) Managed care plan performance since 1980: Another look at 2 literature reviews. American Journal of Public Health, 89(7): 1003-1008.

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.

Thomas S, Killingsworth JR, Acharya S (1998) User fees, self selection and the poor in Bangladesh, Health Policy and Planning, 13(1): 50-58.

Torrance GW (1986) Measurement of health state utilities for economic appraisal, Journal of Health Economics, Vol. 5: 1-30.

Twaddle AC (1996) Health system reforms-toward a framework for international comparisons, Social Science and Medicine, 43(5): 637-654.

UNICEF (1990) Economic crisis, adjustment and the Bamako initiative, health care financing in the economic context of Sub-Saharan Africa.

UNICEF (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.

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 (1997) 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.

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 1993: Investing in health, Oxford University Press.

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.

Sorun Yayınları

Sağlık, kapitalist işlerlik içinde sermaye sahibi sınıf (burjuvazi) ile işçi sınıfı arasındaki "denge/ateşkes" alanıdır. Bu olgunun özellikle 2. Dünya Savaşı sonrası dönemde kendisini somutladığı 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 canlılığı 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 lehine kullanır. Son 20 yıl bu sürecin canlı tanığıdır.

Elimizdeki kitabın 1. Baskısı'nın gördüğü ilgi üzerine, genişletilmiş ve gözden geçirilmiş 2. Baskısı'nın yapılması uygun görülmüştür.

ISNB 975-431-039-4

9 789754 310399