SOSYAL DEVLETİN KRİZİ VE SAĞLIĞIN EKONOMİ POLİTİĞİ

İlker Belek



Sorun Yayınları

Sorun Yayınları
□
Birinci Baskı: Mayıs 1994

© Yayın Hakkı : Sorun Yayınları
Baskı : Kurtiş Matbaacılık
ISBN 975-431-039-4

İLKER BELEK

SOSYAL DEVLETİN KRİZİ VE SAĞLIĞIN EKONOMİ POLİTİĞİ



Piyerloti Cad. No: 85 D/2-A Çemberlitaş-İstanbul
Tel: 518 44 78

Yazarın Yayınlanmış Kitapları:

1. TOPLUMSAL BİLİNÇ
   Evrimsel Bir Toplumsal Hareket Düşüncesine Doğru-1991
2. SINIFSIZ TOPLUM YOLUNDA
   TÜRKİYE İÇİN SAĞLIK TEZİ (Anonim) - 1992
3. SOSYALİZM SORUNLARI ÜZERİNE
   AÇILIM TARTIŞMALARI (Anonim) - 1992
4. DİSK'İN "ÖREN TEZLERİ"
   VE SOSYALİST TAVIR (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. Marxist Bakış Açısıyla
   BİLİMSEL TEKNOLOJİK DEVRİM
   VE "ENDÜSTRİYEL DEMOKRASİ" - 1993
9. SOSYAL DEVLETİN KRİZİ
   VE SAĞLIĞIN EKONOMİ POLİTİĞİ - 1994

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 doldurulamaz bir yakınlık gösterdi.

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

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

Hepsine unutulmaz katkıları nedeniyle sonsuz teşekkür ediyorum.

İlker Belek

İÇİNDEKİLER

BİRİNCİ BÖLÜM

ÜRETİM VE SAĞLIK HİZMETİ ÜRETİMİ 11

A-) ÜRETİM NEDİR? 11

I. İnsanlaşma/Toplumsallaşma ve Üretim 11
II. Üretim Sürecinin Ögeleri 13
III. Üretim İlişkileri 14
IV. Sömürü ve Artı-Ürün 16

B-) KAPİTALİZM 17

I. Kapitalist Üretim İlişkileri 17
II. Kapitalist Sömürü 21
III. Değer ve Artı-Değer 22

C-) SAĞLIK HİZMETİNİN EKONOMİ POLİTİĞİ 26

I. Sağlık Hizmetinin Ekonomik Anlamı 26
I.1. Sağlık Hizmeti Üretimi 27
I.2. Emek-Gücünün Değeri ve Sağlık Hizmeti 29
II. Sağlık Hizmeti İçin Ayrılacak Fonlar Nasıl Belirlenir? 33
II.1. Toplumsal Zenginliğin Değerlendirilişi 33
II.2. Sağlık İçin Fon Oluşturmanın Ekonomi Politiği 35
III. Sağlık Hizmeti ve Değer Yasası 40
III.1. Sağlık Hizmeti ve Değer Üretimi 40
III.2. Sağlık Hizmetinin Değeri 42

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN MODELLERİ 46
A-) SOSYAL GÜVENLİK POLİTİKALARI 46
I. Sosyal Güvenlik Kavramının Tanımı 47
II. Başlıca Sosyal Güvenlik Sistemleri 47
II.1. Sosyal Sigorta Sistemi (Social Insurance) 47
II.2. Sosyal Yardım (Social Assistance) 48
II.3. Genel Bütçeden Finanse Edilen Yararlanımlar (Benefits Financed by General Revenue) 48
II.4. Gelecek Bakım Fonları (Provident Funds) 49
III. Sosyal Güvenliğin Gelişimi 49
IV. Sosyal Güvenlikte Maliyet ve Kaynaklar 50
B-) SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI 52
I. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Biçimleri 52
II. Sağlık Hizmetlerinde Fon Oluşturma İlkeleri 54
III. Fon Oluşturma Teknikleri 55
IV. Sağlık Finansmanında Kimi Kavramlar 59
V. Burjuva Ekonomisinde Sağlık Hizmetini Diğer Mallardan Ayıran Özellikler 70
VI. Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti 76
VII. Sağlık Hizmetlerinde Ödeme Mekanizmaları 77
VIII. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Karşılaşılan Sorunlar 82
IX. Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılmasında Kullanılan Göstergeler 82
X. Sağlık Harcamalarına İlişkin Verilerin Elde Edilebileceği Kaynaklar 83
XI. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler 84
XII. Zorunlu Sigortacılık 85
XIII. Sağlık Örgütlenmesi-Sağlık Finans Sistemi Etkileşimi 92
XIII.1. Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri 93
XIII.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri 93
XIII.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri 94

XIII.4. Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri 94
XIII.5. Finansmanda Kamu ve Özel Sektör İlişkisi 95
XIV. Gelişen Ülkelerdeki Finans Sistemleri 101

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM:

ÜLKELERE GÖRE SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMLERİ 102

A-) ABD 102
B-) İNGİLTERE 107
C-) HOLLANDA 108
D-) KANADA 109
E-) BATI ALMANYA 111
F-) JAPONYA 113
G-) FRANSA 115
H-) İSVEÇ 117
I-) İTALYA 119
J-) ENDÜSTRİLEŞMİŞ ÜLKELERDE SAĞLIK FİNANSMANININ ANA NOKTALARI 120

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM:

SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINDAKİ YENİ GELİŞMELER 122

A-) 2. SAVAŞ SONRASI GELİŞMELER 122
I. Genişlemenin Ekonomi Politiği 122
II. Kuzey'in Durumu 126
III. Güney'in Durumu 135
B-) SAĞLIK FİNANS YÖNTEMLERİNDEKİ YENİ GELİŞMELER 139
I. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanının Geliştirilmesinde Temel Yaklaşımlar 142
II. Maliyet Paylaşımı (Risk Sharing) 153
III. Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplum Finansmanı (Community Financing) 155
IV. Kullanıcı Ödentileri (User Charges) 161
V. Sağlık Finansmanındaki Yeni Stratejilere Toplu Bakış 164
VI. Yeni Yönelimlerin Etkileri Üzerine 169

BEŞİNCİ BÖLÜM:

KAPİTALİZM SORU(N)LARINI ÇÖZEBİLİYOR MU VE SOSYALİST SEÇENEK 173

A-) SAĞLIK NEREYE? 173

B-) YENİ YÖNELİMLERE İLİŞKİN SORU(N)LAR VE KAPİTALİZMİN BAŞARI OLASILIĞI 178

C-) SOSYALİST BİR SEÇENEK NELER SUNAR? 181

KAYNAKLAR 191

BİRİNCİ BÖLÜM
ÜRETİM VE SAĞLIK HİZMETİ ÜRETİMİ

Sağlık, 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 çalışılacaktır.

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 üretimi 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 ürünleridir. Bu anlamda üretim bilinçli insan etkinliğidir.

İçinde bilinç unsuru taşımayan, kendiliğinden ortaya çıkmış, planlanmamış üretim süreci yoktur/olamaz. Elde edilen ürün, başlangıçta planlanmış olanla tam uyuşmasa da; bu anlamda 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. üphesiz 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-gücününe 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, 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 ara ürünlerdir. Ara mallar birer emek ürünü olduğu halde, hammadlerin böyle bir özelliği yoktur.

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

İnsanın üretimci emek-gücü ile emek 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 İlişkileri; 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 İlişkileri 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 sömürülen sınıflar olarak tanımlanabilir. Bu bağlamda düşünüldüğünde tarihte dört tip üretim ilişkisi saptanmaktadır: Köleci Üretim İlişkileri, Feodal Üretim İlişkileri, Kapitalist Üretim İlişkileri ve son ola-

rak 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.

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.

Üretimin incelendiği bu bölümde ekonomik sömürünün özel olarak açılması gerekir. 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) insan grupları (ki bunlara İlkel Sürü adı verilmektedir) 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 ayırabileceği artı-ürününün bulunmadığını, elde edilenin, çoğunlukla hiçbir işleme tabi tutulmaksızın, aynı biçimde ve tümüyle tüketildiğini belirtmektedirler.

Buna karşılık daha sonraki dönemlerde, özellikle uzman avcılığın ve tarımın geliştiği geç neolitik çağda, daha sonraki günlerde tüketilmek üzere saklanabilecek artı-ürün elde etmek mümkün oldu. Bu gelişme tamamen insan bilgisinin ve teknolojinin gelişmesiyle paraleldi. 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 ken-

dilerini 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.

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 geçerlidir.

B) KAPİTALİZM

Kapitalizm bugün egemen üretim sistemidir. Özellikle son 10 yıl içerisinde 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.

I. Kapitalist Üretim İlişkileri

Kapitalizm 17. yy'dan itibaren egemen 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 zana-

atçılık 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 büyük boyutlarda yatırım gerektiren alanlarda girişimde bulunur. Demir çelik sanayi ve diğer hammadde işleyen sanayi dalları bunun örneğidir.

Kapitalizmde girişimci olarak tanımlanan sermaye sahipleri, kendi güçleri oranında ve kendileri için uygun gördükleri alanlara yatırım yaparlar. Amaçları yatırımları sonucunda, yatırdıklarından daha fazlasını elde edebilmek, gündelik deyişle kâr 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 üretici 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.

İşte işçi 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 feodallare 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 kapitaliste 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: Küçük burjuvazi. Bugün ise durum biraz daha karmaşıklaşmış durumdadır. Örneğin sanayi üretimi yapan işçilerin yanında hizmet üreten memurlar vardır. Öte yanda burjuva sınıfı, yaptığı yatırımların boyutuna, daha doğrusu sahip olduğu sermayenin büyüklüğüne göre sınıflandırılabilir. 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 kısmı "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 du-

rumunda 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. Burjuva, yaptığı yatırım karşılığında daha çok kâr elde etmek 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. Üretilen tüm malların ve fiyatı ne olursa olsun tüketilmesi gibi bir durum söz konusu olamaz.

İşte piyasanın bu sınırlılığı kapitalistleri kendi aralarında bir yarışa zorlar. Amaç en ucuza, en kaliteli mali üretebilmek, bir başka deyişle işletmenin "üretkenliğini" maksimize edebilmektir. Kapitalistler arasındaki bu yarış, bir dereceye kadar toplumsal gelişmeyi de uyarır. Her kapitalist kendi işletmesinin üretkenliğini artırabilmek; aynı pazar için sermaye yatıran diğer kapitalistlerden daha ucuza üretebilmek için yeni üretim olanakları geliştirmeye bakar. Bu olgu, önlenemez biçimde sermaye gruplarının rekabetini ve sermayenin yoğunlaşmasını, merkezileşmesini dayatır. Kapitalistler, zorunlu olarak piyasanın daha çoğunu elde etmeye yönelirler. Bu aynı zamanda diğer kapitalistlerin o piyasadan çıkarılmasını, ve 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 düzey-

leri ile piyasadaki malları tüketemediklerini gösterir. Böylece bunalım boy verir. 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 olabilirler. 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 tanımlıdır. Kapitalizmin bu yönü onun anarşik yapısını belirler.

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 alt yapısını da oluşturur. Yani sanayide kullanılacak ara ürünlerin üretildiği, ya da emek-gücünün yeniden üretimine yönelik alanlardır. Böylece devlet, burjuvazinin yatırım yapabilmesinin ekonomik olanaklarını yaratmış olur. Bunu halktan topladığı vergiler ve yabancı ülkelerle geliştirdiği doğrudan ticari ilişkilerle yapar. Yukarıda sıralanan alanların, zaman içinde kâr bırakır duruma gelmeleri de 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 özel sektöre değişik yatırım alanları yaratmak; varolanları daha kârlı kılabilmek için burjuvaziye aktarır. Açıkçası burjuvaziyi sübvanse eder. Böylece devletin ekonomideki 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 alt yapısını oluşturan girdileri üreten bir konumdadır.

II. Kapitalist Sömürü

Bütün diğer sınıflı toplumlar gibi, kapitalizm de bir sömürü sistemidir. Sömürü çok boyutlu olmakla birlikte, burada ekonomik sömürüden söz edilecektir.

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. Hattâ 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 kendi gereksinimlerini doğrudan karşılamak amacıyla yatırım ve üretim yapmaz. Aynı şey işçiler için de geçerlidir. Hiçbir işçi, bir fabrikada doğrudan kendi gündelik gereksinimlerini karşılayacak şeyler üretmez. Gereksinimlerin giderek artan çeşitliliği de buna olanak tanımaz. Çok büyük miktarlarda üretilen mallar, kapitalist piyasanın çeşitli mekanlarında ve 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 gerçeğine karşın, meta haline gelmemişlerdi. Bir ürünün meta olabilmesi için kullanım değeri olacağı başka bir kimseye, değişim yoluyla devredilmesi gerekir.**) (1, s. 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, dolasıyla 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 ortamanın 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 budur.

Böylece bir malın üretimi sürecine; çeşitli hammaddeler, emek araçlarının tümü (fabrikalar, makinalar vb.), ulaşım giderleri, depolama giderleri ve doğrudan doğruya o malın üretiminde kullanılan canlı insan emeği girer. Bunlardan sonuncusuna Canlı Emek, diğerlerine ise Cansız Emek denir. Cansız emek olarak sıralananların üretiminde de aynı şey söz konusudur. Yani tümünün üretimi için bir canlı ve bir 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 çoğunlukla 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 parça parça zaman içinde 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 tüm değerlerini yeni ürüne aktarabilirler. 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 tanımlanır. 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 yapılmaya çalışılacak ve böylece sağlık ekonomisine makro düzeyde yaklaşımda bulunulacaktır. Mikro yaklaşım ise daha sonraki bölümlerin (özellikle de ikinci ve dördüncü 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. amanlar, 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 görüntülenmiştir.

I. Sağlık Hizmetinin Ekonomik Anlamı

Resmi sağlık ekonomisi disiplinine göre sağlığın bozulmasının ekonomiye etki yolları şu şekilde belirlenmektedir (2, s. 25):

a) Emeğin elde edilebilirliğinin azalması.

b) Üretkenliğin bozulması.

c) Kaynakların olumsuz etkilenmesi ve özellikle de besin gereksiniminin artması.

d) Doğal kaynakların, hayvan sağlığının ve turizmin bozulması.

Burada, yukarıda özetlenen temel argümanların gerçek yüzü, özellikle kapitalist ilişkiler bütünü çerçevesinde incelenmeye çalışılacaktır. Yanıtlanması gereken temel soru şudur: Sağlık hizmetinin sınıflı toplum işlerliği içindeki işlevi nedir?

I.1. Sağlık Hizmeti Üretimi

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

Sağlık hizmeti üretimi söz konusu edildiğinde aşağıdaki kavramların tanımlanması gerekir:

1-) Sağlık Hizmeti:

a) Tıbbi teknoloji ve ilaç sanayileri: Bunları sağlık hizmeti sektörü altında sınıflamak ve tıbbi bakım hizmeti üretiminin temel girdileri olarak kabul etmek gerekir.

b) Tıbbi Bakım Hizmeti:

i) Bireye Yönelik Tedavi Edici Hizmetler: Bütün sağlık ocakları, sağlık merkezleri, verem savaş dispanserleri, hastaneler vb. bu hizmetin üretildiği mekanlardır. Sonuncusunun dışındakiler birinci basamak 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 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.

2-) Sağlık Hizmeti Üretiminde Emek Nesneleri:

a) Tıbbi teknoloji ve ilaç sanayilerinde: Çok çeşitli kimyasal hammaddeler 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.

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 formel sağlık eğitimi almamış olan sağlıkçılar. Kimyagerler, biyologlar gibi.

d) Otelcilik hizmetlerini üreten sağlıkçılar: Özellikle hastanelerde yaygındır. Mutfak, temizlik, çamaşırhane, depoloma vb. hizmet alanları bu gruptadır.

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

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 bir hizmeti de örgütleyebilirler.

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.

I. 2. 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 etkenleri şu şekilde sıralamak olanaklıdır:

1-) En genel anlamda, çalışan 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 konumunu da etkiler; 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; ekonominin toplam istihdam hacmi; emek-gücünün eğitim düzeyi; kalifiye emek-gücünün kalifiye çalışana gereksinim duyan çalışma alanlarının istihdam hacmine oranı gibi.

Eğer gerekli emek-gücü kaba nitelikte 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. Hattâ 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 terkedilmişler, yerlerine ise yeni ve çalışabilir köleler istihdam edilmiştir. Dolayısıyla, bu sistemde çalışanların değeri, 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 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 üreten sağlık hizmeti, her sosyo-ekonomik formasyonda emek-gücünün o sosyo-ekonomik formasyonda beliren değeri ölçüsünde, emek-gücünün yeniden üretimi içinde yer

alır. Tıbbi bakımın beslenme, barınma, giyinme gibi asgari gereksinimler arasına giremeyebileceğini de belirtmek gerekir. Çünkü, emek-gücünün değerini oluşturan bütün bu kategorilerin ve bu arada tıbbi bakımın da bir değeri vardır. (Bu değerin kapitalist ekonomide nasıl ortaya çıktığı daha önce incelenmişti.) Dolayısıyla, emek-gücünün değeri içine, asgari gereksinimler dışında kalanların girebilmesi, ancak emek-gücünün daha değerli görülmesi, daha doğrusu tarihsel gelişim içinde daha fazla oranda değer kazanması ile ilintili bir olgudur. Bu bağlamda, sağlık hizmetinin standardize edilmiş bir biçimde ve asgari koşulları içinde vazgeçilmez bir bileşen olarak emek-gücünün yeniden üretimine girebilmesi zaman içerisinde olmuştur.

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 daha uzun sürede eğitilebilen/gerekli mesleki formasyon kazandırılabilen; toplumsal yaşantıda daha zaruri gereksinimleri karşılayacak mal/hizmet üretimini gerçekleştiren bir emek-gücü olabilir. Söz konusu emek-gücünün yokluğuna sistemin 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 karşılayibelecek 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. (3, s. 213-234.)

İşçi sınıfı için standart bir tıbbi bakım hizmetinin örgütlenmesi 2. savaş 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. İşsizlik sigortası, sakatlık sigortası gibi diğer sosyal güvenlik programlarının geliştirilmesi, herkese eğitim güvencesi ve zorunluluğunun getirilmesiyle yakından ilgilidir. Bu kapsamda, 2. savaş son-

rası 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 belli bir düzeyi yakalamıştır; kapitalist üretim bunun altında niteliklere sahip emek-gücü ile sürdürülebilecek durumda 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.

II. Sağlık Hizmeti İçin Ayrılacak Fonlar Nasıl Belirlenir?

II.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. Bölgeler kendi ellerinde bulunan üretim fazlalarını, kendilerinde bulunmayan diğer malların elde edilmesi amacıyla da kullanabilirler. Böylece, üretimin doğrudan doğruya ulusal/bölgesel gereksinimleri gözetmeyen, ticarete yönelik bir amacı da vardır. Ancak sonuçta, ticaret amacıyla üretilen mallar da, o toplumun kendi öz kaynakları ile tatmin edemediği 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 (sınıfsal bir terminolojiyle de ticari takasa) sokulur.

Toplum yalnızca kısa dönemlik gereksinimlerini düşünerek üretim yapmaz. Tüketim fazlası olan kısım birkaç biçimde değerlendirilebilir: 1) Ürünler, daha sonraki dönemlerde tüketilmek üzere oldukları gibi saklanabilirler. 2) Tüketim fazlası kısım, daha sonraki dönemlerde başka mallarla kolayca takas edilmek üzere paraya çevrilerek de saklanabilir. Bu diğer toplumsal kolektiflerin ürünleriyle yapılan ticari değiş-tokuş aracılığıyla olur. 3) Toplumsal zenginliğin bir kısmı da öz üretimin genişletilebilmesi için kullanılır.

Bu da iki biçimde olabilir: Ya yeni üretim 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 zenginlikten 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 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 dışında, kaynak aktarımı, tamamen sermaye sahiplerinin hangi alanda kâr gördükleri (kâr beklentisi) olgusu ile ilintilidir. Kâra göre sermayenin sektörler ve sektörlerin kendi içindeki alt sektörler arasındaki akışı kapitalist üretimin anarşik yapısını koşullar. Kapitalist sistemin sık sık ve döngüsel biçimde içine girdiği krizlerin gerçekleşmesinde, bu anarşinin önemli rolü vardır. Bu arada sistem, kendi kısa ve uzun vadeli çıkarlarını da gözetmek durumundadır. Bu nedenle de askeri harcamalara yönelir. Bugün hizmet sektörü içinde en fazlı payı alan sektör budur.

II. 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 mücadelenin 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. Hattâ 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 kurumlaşmanın 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. 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.

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 sistemlerinin kurulması gibi).

Yukarıdaki hizmet türleri 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 dağılımındaki 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. Daha önceden de belirtildiği gibi, 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 denilmektedir.

Devletin sigorta fonunun yönetimine katılımı genellikle tek başına değildir. Hattâ 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.

Sağlık harcamalarının artışıyla ya da kapitalizmin bunalıma girişiyle birlikte, sanayi sermayesinin üzerine daha çok yük biner. Çünkü sanayi sermayesi ya daha fazla oranda prim ödemek zorunda kalır ya da mevcut primi bile kaldımamaz duruma gelir. Öte yandan sağlık harcamalarının artışı tıbbi bakım sektörüne yatırım yapan sermaye çevreleri için tercih edilir br 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 gir-

dileri 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 müdahalenin gerçekleştirilmesidir. Bugün bu alanların tümü, sermaye ve bilgi bakımından tekelleşmiştir. Tekelleşme neredeyse istenilen düzeyde (gerçek değerin dışında) fiyat belirlemelerine, bu da tekelci kârlara neden olmaktadır.

Özel sağlık işletmelerine akan kaynak birkaç yoldan gelebilir: a) Bireylerin cepten yaptıkları ödemeler: Eğer söz konusu olan bir işçi ise, ücretinin sosyal bileşeninin bir kısmını özel sağlık kurumuna aktarıyor demektir. Ancak, özel sektörden yararlanım genellikle gelir düzeyiyle paraleldir. Bu nedenle özel sağlık kurumlarından ekonomik anlamda daha iyi konumda olan toplumsal sınıfların yararlanması beklenebilir. 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 artı-değerin bir kısmını kendi sağlık tüketimleri için kullanırlar. Pay kimi zaman doğrudan ücretin kendisinden, kimi zaman patronun kârından çıkar, ancak çoğunlukla her ikisinden çıkar. Payın alınışı/toplanışı ise (özel veya kamu) sigorta primi, genel vergi, doğrudan ödeme şeklinde olabilir. Bütün bunlar daha sonraki bölümlerde, yine ayrıntılı olarak açımlanacaktır.

III. Sağlık Hizmeti ve Değer Yasası

III. 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. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kapsam dışında tutulacaktır. Ek olarak en temel girdiler olan ilaç ve tıbbi teknoloji üretimleri de kapsam dışındadır.

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-değer üretimini sınırlayıcı), bir yandan da üretkenliği artırıcı (yeni değer üretimini artırıcı) işlev görür. Sonuç olarak sermaye net değer üretimini artırıcı sermayeleri 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 demek 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 oluşturur. 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.

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 sektörlerdeki dinamik-

lere 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 belirleleyebildiği 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 belirlenmesinde de sağlık hizmetlerinin tek başına belirleyici bir etkisi yoktur. Genel olarak ekonominin (bunalım veya refah yönündeki) seyri, gerek sağlık düzeyi, gerekse sağlık sektörünün yapısı üzerinde birincil derecede öneme sahiptir.

III. 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 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 de-

ğer 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.

Buradaki 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 kısmını 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 basınç 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 kapsamında 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 özelleşmeye 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 üretimi 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 bulamazlar. Aynı bağımlı karakter, maddi mal üretimine yatırım yapan sermaye çevreleri ile sağlığa yatırım yapan sermayedarlar arasındaki çelişkilerin de zeminini hazırlar. 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: Zorluklar 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 işletmeleri için de geçerlidir. Sağlık alanındaki sendikal, demokratik mücadelenin dünyanın hemen her yerinde çok şiddetli görüntülenmesinin nedeni, sağlık sektöründeki bu aşırı sömürü olgusudur.

İKİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN MODELLERİ

A) SOSYAL GÜVENLİK POLİTİKALARI

Sosyal güvenlik (social security) uygulamaları, ilkönce, gönüllü kuruluşların (kiliseler gibi) fakirlere yardımı şeklinde başlamıştır. Daha sonraları ise, konuyla ilgili şirketler gelişmiştir. Bunlar isteyenleri, gelecekteki olası çeşitli tehlike veya risklere karşı sigortalamışlardır.

Sosyal güvenlik uygulamasının, bir politika düzeyinde standartlaştırılarak, yaygınlaştırılması ise, 2. dünya savaşı sonrası dönemde olmuştur. Kısaca belirlemek gerekirse, bu dönemde sosyal güvenlik politikalarının gelişiminde birkaç etkenin adı anılabilir:

1-) 2. savaş sırasında, kitlelerin artan beklentisi.

2-) Savaş sırasında yıkılan Avrupa'nın imarı çalışmalarının olanaklı kıldığı kapitalist pazar canlanması; ekonominin hareketlenmesi.

3-) 2. 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 ise daha nitelikli sağlık hizmetine gereksinim duyması.

4-) İşçi sınıfı ile birlikte, diğer emekçi sınıfların yürüttükleri, sendikal ve siyasal mücadelenin etkisi.

5-) 2. savaş sonrası dönemde, bir sistem boyutuna ulaşan sosyalizmin, kapitalist ülke yönetimleri tarafından sosyal, siyasal, ekonomik, ideolojik bakımlardan tam bir tehdit olarak algılanması ve

bu yönetimlerin, sosyalizmin temel ilkelerinden olan herkese iş, eğitim, sağlık, gelecek güvencesi anlayışlarına yenik düşmemek için sosyal güvenlik politikalarına yönelmeleri.

I. Sosyal Güvenlik Kavramının Tanımı:

Sosyal güvenlik hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik, 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 şeklinde de olabilir.

Kavram ilk kez Amerika'da 1935'te çıkarılan 'Sosyal Güvenlik Yasası' ile kullanılmıştır.

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

Görüldüğü gibi, sağlık finansmanının önemli araçlarından birisi olan sosyal sigorta kavramı, aslında, sosyal güvenlik paketinin bir parçası durumundadır.

Bu çalışma kapsamında, sosyal güvenlik uygulamaları içinde doğrudan tıbbi bakımla ilgili olanlar daha sonradan ayrıntılı olarak incelenecekleridir. Bu nedenle, burada, sosyal güvenlik paketinin diğer bileşenleri ile birlikte kısaca gözden geçirileceklerdir:

II. Başlıca Sosyal Güvenlik Sistemleri

II.1. Sosyal Sigorta Sistemi (Social Insurance):

İlk kez 1883 yılında Almanya'da Bismark hükümeti tarafından uygulanmaya başlanmıştır. İlk uygulaması zorunlu hastalık sigortası biçiminde olmuştur. Almanya'da iş kazası ve yaşlılık sigortalarının ortaya çıkışı 1884 ve 1889 yıllarına rastlar. İlk uygulamalarında sigorta fonu işçi ve patrondan yapılan kesintilerden oluşturulmuştur. Bugün ise, sigorta fonlarına devletin de katkısı bulunmaktadır.

Sosyal sigorta uygulaması 1930'larda Avrupa, Latin Amerika, ABD ve Kanada'ya, 2. savaş sonrası yıllarda ise Afrika ve Asya ülkeleri içinde ekonomileri en iyi olanlarına yayılmıştır.

Sosyal Sigortanın temel özellikleri şunlardır:

1-) Fonun oluşturulmasına işçi ve patron katılır, devlet de genel bütçeden katkı yapabilir.

2-) Katılım zorunludur.

3-) Katkılar özel bir fonda toplanır.

4-) Fonun asıl amaçlarından artan kaynaklar yatırımda kullanılır.

5-) Katkı ve yararlanımı sıklıkla bireyin kazancıyla ilintilidir.

6-) Zorunlu sigorta kapsamında yer alan işkazası sigortası, genellikle patronca 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 uygulamaya, genel bütçe finansmanı dikkate alınarak Sosyal Yardım denilmektedir. İlk dönemlerde kapsama alınan nüfus grupları yaşlılar, hastalar, bakıma muhtaç kimseler ve işsizler olmuştur. Sosyal yardım denilmesinin bir diğer nedeni de, yukarıda sıralanan grupların (sonradan kapsamı genişlemiş olsa da) anılan toplumsal niteliğidir.

Bugün, bazı ülkelerde, sosyal güvenlik paketi içinde sigorta sistemine giremeyen gruplar, bu program kapsamına alınarak kendilerine hizmet ulaştırılmaya çalışılmaktadır.

Sosyal yardımın temel ilkeleri:

1-) Tüm maliyet devlet veya hükümetin yerel birimlerinden karşılanır.

2-) Gereksinime göre ödeme yapılır.

3-) Gereksinim gelire göre saptanır.

4-) Yardımda, bireyin gelirinin toplumsal minimuma ulaştırılması hedeflenir. Ailenin büyüklüğü, kira gibi değişkenler de dikkate alınır. Aile büyüdükçe ve kira ödeme zorunluluğu varsa yardım miktarı da artar.

II. 3. Genel Bütçeden Finanse Edilen Yararlanımlar (Benefits Financed by General Revenue):

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 edi-

lebilmekte, ancak çoğunlukla diş bakımına yönelik hizmetler, ilaç ve ortopedik cihaz ödemeleri vb. 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 (1964), iş göremezlik ve yaşlılık durumlarındaki yararlanımlar (1967), tıbbi bakım ve hastalık durumlarındaki yararlanımlar (1969), yaşlı işçilere ilişkin öneriler (1980).

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

Tablo 1: Çeşitli Sosyal Güvenlik Programlarının Uygulandığı Ülke Sayısı. (4, s. 9)

	1949	1967	1981
Herhangi bir program	58	120	139
Yaşlılık, Yetmezlik	44	92	127
İş Kazası	57	117	136
İşsizlik	22	34	37
Hastalık, Analık	36	65	79
Aile Yardımı	27	62	67

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

a) Öncelikle böyle toplumların ekonomik gelişkinlik 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, hattâ 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 karşılanacağı (patron, genel bütçe, işçi gibi), sistemin yapısını belirleyecektir. Bugün, artan maliyetlerin sınırlandırılması en önemli sorun durumundadır.

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

Sosyal güvenlik programlarında, fonun hangi kaynaklardan oluşturulduğu da önemlidir. Tüm programlar için genel olarak şu kaynakların adı anılabilir: Programdan yararlanan kişi ya da sigortalı kişi, patron, sosyal güvenlik programına tahsis edilen özel vergi-

ler, devletin genel bütçe ile katkısı, diğer kamu kurumlarının katkıları, sermayeden gelen gelirler. Çeşitli ülkeler için bu kaynakların durumu Tablo 2'de gösterilmiştir:

Tablo 2: Çeşitli Ülkelerde Sosyal Güvenlik Gelirlerinin Kaynağa Göre Dağılımı. (%), (1977), (4, s. 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
USSR	-	-	-	96.4	-	-	3.6

Yukarıdaki tablo için (veriler eski olsa da, idari-siyasi yapılanmayla finans sistemi arasındaki ilişkiyi açığa vurması bakımından) kimi genellemelerin yapılması yararlı olacaktır:

1-) Batı Avrupa ülkeleri için fonun oluşturulmasına başlıca katkıyı işçi, patron ve devlet yapmaktadır. Bunu Batı demokrasisinin temel yapılanması ile açıklamak olasıdır. Batıda, sanayi sektöründe sendikal ilişkilerde de, işçi ve patron sendikaları ile devletin 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 Polonya dışında finansmanın 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 olmasındandır(r).

B) SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

I. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Biçimleri

Çağdaş sosyal güvenlik kavramının hedeflediği risklerin çoğu sağlıkla ilgilidir: İş kazaları, hastalık, iş göremezlik, analık, yaşlılık ödentileri gibi. Sağlıkla ilgili olup, sosyal güvenlik programı çerçevesine giren asgari yararlanımlar şunlardır: Genel pratisyen bakımı (bazı ülkelerde ev ziyaretleri de içinde olmak üzere), yataklı ve ayaktan bakım hizmeti veren kurumlardaki uzman bakımı, temel ilaçlar, doğumla ilgili hizmetler ve gerektiğinde hospitalizasyon hizmetleri. Kısaca; bireye yönelik koruyucu ve tedavi edici tıbbi bakım hizmetleri.

Bu hizmetlerin organizasyonunda, politik koşullara göre ortaya çıkan iki ana finansman yöntemi bulunmaktadır (4, s. 27-29):

1-) İndirekt Sistem: Bu sistem daha çok endüstrileşmiş ülkelerde yaygındır. Endüstrileşmiş ülkelerde sosyal güvenlik kavramının ortaya çıktığı ve ilk gelişmeye başladığı dönemlerde, özel çalışmakta olan ve daha çok hekimlerden oluşan sağlık profesyonelleri ağı ve yer yer de yine bunların işlettikleri özel hastaneler ağı vardı. Böylece, kurulan sosyal güvenlik sistemi, varolan bu ağı kullanarak ve her birisiyle, verdikleri hizmet üzerinden anlaşma yaparak, sosyal güvenliği kurumlaştırdı. İlk indirekt sistemlerin gelişimi bu şekilde olmuştur.

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

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, kendi-

sine bağlı olan nüfus başına ve belli bir süre için, sabit bir ödeme yapılır.

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 de 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, 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 durumunda 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 (5, s. 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. (Employement Insurance)
e) Bağışlar.
f) Yabancı yardımlar.

2-) Direkt Finansman Mekanizmaları:

Hizmeti kullanım sırasında yapılan ödemeler. Buna Cepten (Outof Pocket) Ödeme de denilmektedir.

Dikkat edilirse, yukarıdaki mekanizmaların tümü, aynı zamanda bir fonu tanımlamaktadır. üphesiz ki bu fonların oluşturulması sürecinde, kaynakların kimlerden alındığı, kısaca fonun nasıl oluşturulduğu sorusu da vardır. Özet olarak değinmek gerekirse; merkezi veya yerel hükümet kaynakları genellikle tüketim ve gelir vergilerinden oluşturulur. Bunun dışında, doğrudan doğruya sağlık hizmetlerine aktarmak 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 tüketici primleridir. Buna karşılık zorunlu (kamu) sigorta uygulamalarında tüketici, patron ve devlet katkısı söz konusu olabilir. Mesleki sigorta denileninde, genellikle yalnızca patron katkısı söz konusudur.

II. Sağlık Hizmetlerinde Fon Oluşturma İlkeleri:

Yukarıdaki fonların oluşturulmasında dikkat edilmesi gereken kimi temel ilkeler de bulunmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir (6, s. 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 gerektirici olması istenmeyen bir durumdur.

2-) Sistem eşitlikçi olmalıdır: Sistemin gerek kaynakların toplanması, gerekse de kullanımı sırasında, toplumsal eşitsizlikleri daraltıcı bir 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 gereksinimi olan toplumsal sınıflara, gruplara yön-

lendirilmesi, eşitsizlikleri azaltıcı bir etki ile sistemi daha eşitlikçi kılacaktır.

3-) Fon yeterli olmalı ve dalgalanma göstermemelidir: Bu, özellikle sağlık hizmetinin neredeyse önlenemez biçimde pahalılandığı günümüzde önemlidir. 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 grupların sağlık güvencesinin 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 yanısıra, siyasal erkin öncelikleriyle ilgili bir sorundur. Eğer öncelikler listesinde sağlık arkalarda yer alan bir konuysa, oluşturulacak fonun, sağlık için değil (askeri vb.) başka amaçlarla kullanımı 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 bir çatışma doğar.

5-) Halk sistemden memnun olmalıdır.

6-) Sistem, fonları düşük öncelikli programlara yönlendirmemelidir: Burada sözü edilen öncelikler, sağlıkla ilgili önceliklerdir. Sağlıkla ilgili öncelikler ise her ülkenin kendi koşullarında değişik olacaktır.

III. Fon Oluşturma Teknikleri:

1-) Varsayılan Vergiler (Hypothecated Taxes): Vergi, devlet gelirlerinin önemli bir kısmını oluşturur. Gelirden (maaş, ücret, kâr gibi), tüketim maddelerinden, servetten vergi alınabilir. Tüketim vergisi tüm toplumun/toplumsal sınıfların üzerine, gelirlerinden bağımsız olarak ve her bir tüketim maddesi için belirlenmiş bir oranda olmak üzere yayılmış durumdadır. Sınıfsal olarak değerlendirildiğinde, toplumun çoğunluğunu oluşturan işçi, memur, köylü gibi dar gelirli toplumsal sınıfların tüketim vergisinin çok önemli bir kısmını ödedikleri belirtilebilir. Çünkü anılan bu yapılar toplumun çok geniş bir kesimini oluştururlar. Tüketim vergilerinin artırılması, doğrudan doğruya yukarıda anılan toplumsal sınıfların üzerine ek bir maddi yük bindirecektir.

Gelir vergisi ise, gelirle orantılı olarak toplanan vergidir. Siya-

sal erkin tercihleri ile, gelir vergisi yükünü, belli gelir grubundaki toplumsal sınıflardan, diğer sınıfların üzerine kaydırmak olanağı vardır. 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 gelirleri 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 başlıca sakıncalarıdır. Sistemin işletmesinin zor olması, aşırı 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 stabl 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 sağ-

lık için toplanan vergilerle oluşturulan fonun tanımladığı sisteme ise Doğrudan Vergileme denir.

2-) Sosyal Sigorta (Social Insurance): Bu ilk uygulamanın bir türevidir. Özel bir amaç ve kapsamda para toplanır. Paranın toplanma mekanizması vergileme sisteminden bağımsızdır. Toplanan para Prim adı ile anılır. Zorunludur. Sigorta kapsamına giren sağlık programları da sınırlanmıştır. Sınırlı sağlık programına Güvence Paketi denilmektedir. Prim ödentileri işçi, patron (bu bir kamu kurumu da olabilir) tarafından ödenir. Çoğu durumda devletin de katkısı bulunmaktadır. Daha önceden de belirtildiği gibi, paranın kullanımı fona kaynak akıtan tarafları temsil eden bir kamu kurumunun elinde olur. Bu kurumun temsili niteliğini ülkedeki siyasal konjonktür belirler. Kurum, elindeki kaynakla hizmeti bir başka kurumdan (özel ya da kamu ya da her ikisi birden) satın alabilir (İndirekt Sistem) veya doğrudan kendisi sağlık hizmetini üretir (Direkt Sistem).

3-) Anında Ödemeler (Payments, Copayments): Hizmetin kullanımı sırasında, kullanıcının doğrudan, cepten ödemeleridir.

4-) Özel Sigorta (Private Insurance) ve Patrona Dayalı Programlar (Employer Based Programs): Özel sigorta uygulaması harcamaları artırır. Patrona dayalı programlar ise (patronu çalıştırdığı işçilerin sağlığı için ek bir kaynak ayırmak zorunda bıraktığı için) istihdamı daraltıcı etki yapabilir, ayrıca işsizler, doğal olarak programın kapsamı dışındadır.

5-) 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.

Ancak dünyanın hemen her yerinde, sağlık hizmetlerinin finansmanı yukarıda sıralanan yöntemlerin bir bileşiminden oluşur. Hiçbir yerde saf bir finansman mekanizması yoktur. (6, s. 769)

Saf bir finansman mekanizmasının olmayışının nedenleri şu şekilde sıralanabilir:

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 ekonomideki özel sektörün varlığı ve sağlık sektörüne yatırım yapan özel girişimcilerin nesnel konumu, özel finans-

manın çeşitli biçimlerini (cepten ödeme, özel sigortacılık gibi) zorunlu kılar. Benzer şekilde, özel sigortacılık da, özel sağlık hizmetinin yanında önemli bir yatırım alanıdır.

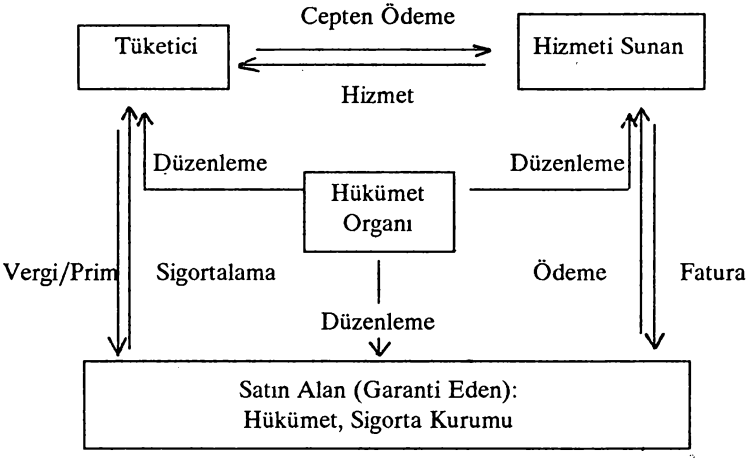
3-) İşçi sınıfının örgütlülüğü, ağırlıklı olarak işçi sınıfına yönelik bir zorunlu kamu sigortacılığını geliştirmiştir.

4-) Örgütlülüğü daha zayıf olan ve ekonomik anlamda da daha düşük düzeylerde yer alan toplumsal sınıfların varlığı, sağlığa devlet müdahalesini ve/veya devlet eliyle hizmet sunumu ile devlet bütçesinden finansmanı yaratmıştır.

5-) Bütün bunların yanısıra, sigortaların veya genel bütçenin finanse etmediği veya edemediği hizmet türleri için, boyutu ülkeden ülkeye değişen, ancak özellikle gelişen ülkelerde oldukça yaygın olan ve örgütsüz finans kaynağı olarak da nitelenmesi mümkün görünen cepten ödeme sistemi bulunmaktadır.

6-) Son olarak da, özellikle Afrika ülkeleri için geleneksel sağlık uygulamalarında kullanılan ayni ödemelerden söz etmek gerekir. Formel bir sağlık örgütlenmesinin zayıflığı, geleneksel tıbbı koşullamaktadır.

Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin finansman mekanizması aşağıdaki gibi şematize edilebilir (7, s. 6)



Hizmetin finansmanı da aşağıdaki gibi özetlenebilir:

1-) Hükümet Finansmanı: Devlet bütçesinden ve vergilerle.

2-) Özel Kaynaklar: Özel sağlık sigortası ve cepten ödemeler. Devlet desteği olabilir.

3-) Zorunlu/Kamu Sağlık Sigortası: İşçi, patron (kişi veya kurum olarak) ödentileri. Devlet desteği olabilir.

4-) Yabancı Kaynaklar: Özellikle az gelişmiş ülkeler için misyonerler ve uluslararası sağlık kuruluşları olarak.

Yukarıdaki sınıflama aşağıdaki şekilde biraz daha sadeleştirilebilir (8, s. 18):

a) Kamu Kaynakları (Public Resources): Sağlık Bakanlığı, diğer hükümet kurumları, bölgesel ve yerel hükümetlerin sağladığı kaynaklarla, zorunlu sağlık sigortası bu kapsamdadır.

b) Özel Kaynaklar: Özel sağlık sigortası, özel işletmeler, özel hane harcamalarının (cepten harcamalar) hepsi bu gruptadır.

c) Dışsal Kaynaklar: Yabancı kuruluşların yaptığı harcamalardır. Resmi ya da resmi olmayan diye ayrılabilir.

IV. Sağlık Finansmanında Kimi Kavramlar:

(9, s. 10-15, 153-182 ve 218, 10, s. 119-20, 11, s. 7-64, 187 ve 206-210, 12)

Mal: Geniş anlamda insanın gereksinimlerini karşılayan ve kapitalist üretim ilişkilerini yansıtan her şey. İktisadi anlamda hammaddeler, aramallar, son mallar diye ayrılırlar. Bunun dışında tüketim malları, dayanıklı tüketim malları, yatırım malları diye de sınıflama yapılabilir.

Hammadde: Aramalların yapımında kullanılan mallardır; buğday gibi. Bazı hammaddeler ise doğrudan tüketim için kullanılabilirler.

Aramallar: Son malların üretiminde kullanılırlar. Kimyasal aramalların deterjan yapımında kullanılması gibi.

Son Mallar: Kullanıma hazır mallardır; kitap, buzdolabı gibi.

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

Yatırım Malları: Üretken nitelikte mallar olup, diğer mal ve

hizmetlerin üretiminde kullanılırlar. Traktör, otobüs, torna tezgahı gibi.

Ürün (Good): Üretilmiş elle tutulur, somut/maddi nesnelere verilen addır. Kapitalizmde her malaynı zamanda bir üründür. Ama her ürün bir mal olmayabilir. Üreticinin kendi gereksinimi için ürettiği ürünler böyledir.

Hizmet: Maddi ürünler 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. Bu nedenle bu tür hizmetler üretimin içinde bir aşama olarak değerlendirilirler. Örneğin; malların imal edildikten sonra, tüketilecekleri merkezlere ulaştırılması, tüketim aşamasına kadar saklanmalarına yönelik hizmetler böyledir.

Tüketim Hizmetleri: Sağlık, eğitim, eğlence, güvenlik gibi hizmetlerdir. Bunlar malın doğrudan üretimi kapsamına girmezler. Üretildikleri anda tüketilmiş de olurlar.

Milli Gelirle İlgili Kavramlar:

a) **Gayri Safi Milli Hasıla: GSMH (Gross National Production):** Bir ekonomide bir yıl içinde üretilen bütün mal ve hizmetlerin para olarak ifade edilen toplam değeridir. Bir ekonomide bir yıl içinde üretilen değerler (eğer faktör gelirleri bakımından ele alınırsa); işçilerin ücretleri ile kâr, faiz, rant olarak yansıyan artıdeğerdir. Kısaca, üretilen yeni değer, üretim sürecinde 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) ve değişmeyen sermayenin yeni üretilen mala aktarılan kısmını (amortisman) içerir.

b) **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 makinalarının değersel karşılığı olan sabit sermayenin, üretilen yeni değerlere aktarılan miktarını) tam olarak hesaplamak olanaksız olduğun-

dan milli hasılayı saf olarak hesaplamak da olanaksızdır. Bu nedenle milli hasıla GSMH biçiminde verilir.

c) **Milli Gelir (National Income):** Bir ekonomide bir yıl içerisinde yaratılan değerler toplamıdır. SMH'den vasıtalı vergilerin çıkarılması - SMH - Vasıtalı Vergiler (gümrük vergileri, tekel vergileri, harçlar gibi) - ile bulunur.

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

Milli gelir, oluşumu bakımından üç yoldan hesaplanabilir:

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

1- Tarım: Çiftçilik ve Hayvancılık, Ormancılık, Balıkçılık.

2- Sanayi: Madencilik ve Taş Ocakları, İmalat 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: Ücret, kâr, faiz, rant olan faktör gelirlerinin toplamı ile bulunur.

c) Harcamalar açısından: Tüketim harcamaları, yatırım harcamaları, devletin yaptığı harcamaların toplamı alınarak hesaplanır.

Bu üç hesaplama sonucunun birbirine eşit olması gerekir. Bunlar yalnızca farklı hesaplama tekniklerine işaret ederler. Çünkü bir toplumda yapılan üretim kadar tüketim de olur.

Milli gelirin hesaplanmasında kapitalist ülkelerle, sosyalist ül-

keler arasında önemli bir farklılık vardır. Sosyalist ülkeler tüketim hizmetlerini, doğrudan üretici faaliyet olmadığı 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 gelir hesaplamasına dahil ederler. Bu anlamda yukarıda verilen tanımlar kapitalist ülkelerin milli geliri hesaplama tekniğini yansıtmaktadır.

Nominal Milli Gelir: Bir yılın milli gelirinin, o yılın cari fiyatları üzerinden hesaplanmasıdır.

Reel Milli Gelir: Belirli bir yılın fiyatları ile hesaplanan milli gelire verilen addır. Diğer deyişle reel milli gelir, sabit fiyatlarla hesaplanan milli gelirdir.

Milli geliri meydana getiren olaylar şu şekilde sıralanabilir:

a) Üretim olayı herşeyin başlangıcıdır. Üretim olmadan hiçbir şey olmaz. Öncelikle üretim gerçekleştirilir.

b) Üretimi geliştirmek için faktör sahipleri (işçi ve emekçiler işgüçleri, sermayedar ve toprak sahipleri ise girişimleri, sermayeleri ve toprakları ile) üretime girerler.

c) Üretime katılmalarının karşılığı olarak üretim faktörleri; ücret, kâr, faiz ve rantlarını alırlar.

d) Üretim olayı gerçekleşirken, devlet payını dolaylı vergiler biçiminde alır.

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

f) 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 ödenir.

g) Faktör sahiplerinin gelirlerinin ellerinde kalan kısmı, özel tasarrufları oluşturur. Bankalara giden veya otofinansman olarak firmalarda kalan kısım budur.

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

ı) Devlet dolaylı veya dolaysız vergilerden elde ettiği gelirin

bir kısmını cari harcamalar olarak kullanır. Bunlar memur ve işçilerin ücret ve maaşlarına ve piyasadan tüketim malı alımına gider.

j) Devletin elinde kalan gelir kısmı ise yatırım harcaması olarak kullanılır. Devlet yatırımları, kapitalist ekonominin alt yapı sektörlerine olur.

Vergiler:

Vergiler devlet bütçesi gelirlerinin çok önemli kısmını oluştururlar. Vergi gelirleri dört büyük gruba ayrılabilir:

1- Gelirden alınan vergiler.

2- Servetten alınan vergiler.

3- Mal ve hizmetlerden alınan vergiler.

4- Dış ticaretten alınan vergiler.

Bunlardan ilk ikisine Dolaysız Vergiler, son ikisine de Dolaylı Vergiler denir.

a) **Dolaylı Vergiler:** 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 vergisi dolaylı vergidir.

b) **Dolaysız Vergiler:** Vergi yükümlülerinden doğrudan alınan vergilerdir. Bunların en önemlisi gelir vergisidir. Kurumlar vergisi, veraset ve intikal vergisi, arazi ve bina vergisi diğer dolaysız vergi çeşitleridir.

Vergiler gelir dağılımı üzerindeki etkilerine göre de ikiye ayrılırlar:

a) **Progresif Nitelikli Vergi**: Gelir dağılımı üzerinde dar gelirliler lehine etkide bulunan vergidir. Vergi, gelir dağılımı üzerinde yeniden dağıtıcı (redistributive) etkide bulunan bir devlet politikasıdır. Ya da devletin gelir dağılımına müdahale yollarından birisidir. Gelir vergisinin, gelirin yükselmesi ile orantılı olarak artan oranlarda uygulanması ve belli düzeyin altındaki gelirin vergiden muaf kılınması verginin progresif olduğunu gösterir. Progresifliğin ölçüsü ise, vergi oran düzeylerine bağlıdır. Çoğu Avrupa ülkesinde gelir vergisi bu niteliktedir. Ücretten, maaştan, kârdan alınan vergiler Gelir Vergisi'dir. Özel olarak da, sosyal güvenlik programlarının yaşatılabilmesi için gerek çalışan bireyin, gerekse patronun gelirinden alınan gelir vergisine Yuvarlanan Vergi (Payroll Tax) adı verilir. Av-

rupa ülkelerinde, sosyal güvenlik vergileri, gelirin düzeyinden bağımsız olarak sabit miktarda toplanır. Bu nedenle de progresif nitelik taşımazlar.

b) **Regressif Nitelikli Vergi:** Gelir dağılımındaki eşitsizlikleri daha da artırıcı etkiye sahip olan vergilerdir. Mal ve hizmetler üzerinden alınan dolaylı vergiler genellikle regressif niteliklidir. Dolaylı vergilerin yeniden dağıtıcı etkileri iki etkene bağlıdır: Vergi düzey ve niteliği ile toplumun tüketim paterni. Yalnızca yüksek gelirli toplumsal sınıflarca tüketilen mallara getirilen vergiler progresif niteliklidir. Ancak daha aşağı düzeydeki sınıflarca tüketilen mallara getirilen vergiler regressif nitelikli olacaktır. Gelir, sosyal güvenlik ve tüketim vergilerinin her birisinin toplam etkisi, vergi sisteminin toplam regressif veya progresif etkisini verir. Özellikle 1980 sonrası dönemde, Avrupa ülkelerindeki vergi sisteminin, beklenenin ve olması gerekenin tam tersine, progresif niteliğini yitirdiği kaydedilmektedir.

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

Yarar (Benefits): Bir malın tüketimi sonucunda elde edilen fayda. Klasik burjuva iktisadında yarar malın tüketim düzeyine doğrudan bağlıdır. Mal ne kadar çok tüketilirse, yararının da o kadar çok olacağı düşünülür. Kapitalist işlerlik içinde yararın anlamı tüketimdir. Çok yararın (üreten kurum anlamında) çok tüketicilik anlamı taşıdığı açıktır. Öte yandan, malın çok tüketilmesi, bir başka deyişle o maldan çok yararlanılmış olması durumu, aynı zamanda o mala duyulan gereksinimin de azalacağı anlamına gelir. Bu ise dolaylı olarak malın yararını da azaltacaktır.

Marjinal Yarar (Marginal Benefit): Tüketimin artmasıyla sağlanan yarar, daha önceki tüketimlerin birim düzeylerinin sağladığı yarara göre daha düşüktür. Böylece en son olarak tüketilen her birimin yarar düzeyi, bir öncekine göre daha düşük olur. Tüketilen son birim Marjinal Birim, marjinal birimin sağladığı yarar ise Marjinal

Yarar olarak tanımlanır. Marjinal birimin yararının bir önceki birime göre düşük olmasının nedeni; toplumsal gereksinimin, o zamana dek yapılmış olan üretim ile belli bir derecede tatmin edilmiş olmasıdır. Aynı tatmin, toplumun o mala karşı olan talebini de, marjinal yararın düşmesi nedeniyle, azaltacaktır. Toplum, gereksinimlerinin tatmin edilmiş olmasından kaynaklanan bir doygunluk hissiyle, mala karşı talebini azaltacak, talebini, göreli olarak daha fazla oranda gereksinim duyduğu, dolayısıyla da marjinal yararı daha fazla olan diğer mallara yönlendirecektir. Mallar arası talep akışının, malların marjinal yararlarının eşitlendiği noktaya kadar süreceği açıktır.

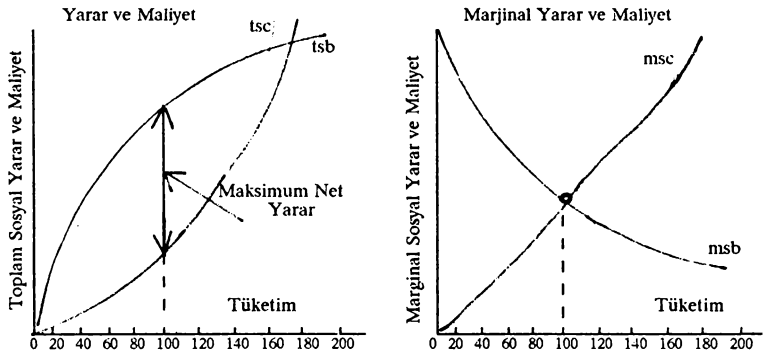
Toplam Toplumsal Yarar ve Marjinal Toplumsal Yarar (Total Social Benefit-tsb/Marginal Social Benefit-msb): Yukarıdaki değerlerin tüm toplum bireyleri için toplanması sonucunda elde edilen değerlerdir.

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

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 makinaların kullanılması zorunluluğu; büyüyen üretimle etkinliğin düşmesi; toplumun (işçi ve emekçi sınıfların) satın alma gücünün talebi belirlemesi gibi. Özellikle son nokta önemlidir. Toplam yarar ile maliyet dengesi, toplumun tüketim hacmi tarafından belirlenmiş olur. Kapitalist sınıf kâr elde ederken, doğal biçimde halkın satın alma gücünü sınırlar. Bu ise tüketim eğilimini düşürür. Böylece marjinal maliyet yükselir. Marjinal maliyetin tüm toplum için tanımlanan değerine Marjinal Toplumsal Maliyet (Marginal Social Cost-msc) denir.

Yukarıdaki tanımlamalara göre, tsc ile tsb arasındaki ilişki doğrusal değildir. Belli bir düzeye kadar maliyet artışı daha fazla yarar sağlar, bir düzeyin üzerinde ise sağlanan yarar, yapılan harcamayı karşılayamaz. Bunun nedeni marjinal maliyettir. Marjinal ma-

liyetin marjinal yararı aştığı noktada, artık son birim için sağlanan yarar, maliyeti karşılayamaz duruma gelmiş olur. Çünkü son ürünün maliyeti, son ürünün sağladığı yararın üzerine çıkar. Dolayısıyla artık son ürünün üretilmesi gereği kalmaz. Bu ilişkiler aşağıdaki şemada gösterilmiştir:



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

İşletme (Revenue) Giderleri: O yıl içinde üretilen hizmet harcamalarını kapsar. Bütün sağlık çalışanlarının ücretleri, tüm otelcilik masrafları, ilaç, yakıt giderleri, binaların onarım masrafları bu gruptadır. Böylece işletme giderleri sabit harcamalar dışındaki değişmeyen sermaye dilimi ile değişen sermayeyi içerir.

Maliyet Sınırlaması (Cost Containment): Harcamalardaki artışı durdurmak ve azaltmak için alınan önlemlerdir.

Maliyet-Yarar Analizi (Cost-Benefit Analysis): Bir aktivitenin getirdiği kazanç ile o aktivitenin maliyetinin karşılaştırılması esasına dayanan bir analiz tekniğidir. Aktiviteler maliyet/yarar oranları açısından kıyaslanarak, en düşük maliyet/yarar oranına sahip olan

program tercih edilir. Böylece en düşük maliyetle, en yüksek yararın sağlanması başarılmış olur.

Maliyet-Etkililik Analizi (Cost-Effectiveness Analysis): Belli bir aktiviteyle ilgili olarak, belli düzeyde bir performansın, en düşük maliyetle karşılanmasıdır. Böylece maliyet/yarar analizinde benzer hedeflere yönelik, ancak farklı içerikleri olan programlar arasında (örneğin su sanitasyonu ile aile planlaması hizmetleri) bir karşılaştırma ve sonuç olarak da birisinin seçimi durumu söz konusu iken; maliyet/etkililik analizinde, belirlenmiş bir aktiviteden, en düşük maliyetle, en yüksek sonucun elde edilmesi çabası vardır. Böylece, maliyet/etkililik analizi, esas olarak 'Nasıl?' sorusuna yanıt arar. Sunum teknikleriyle ilgili karar aşamasında yardımcı olur. Normal olarak, hangi programa yatırım yapılacağına veya bu program için ne kadar harcama yapılacağına karışmaz. Kısaca amacı belirlemede işlevi yoktur. Kendisini, belli bir amaca ulaşmak için en düşük maliyet yolunun hangisi olduğu noktasına sınırlar. Ya da belirli bir bütçenin en iyi ne şekilde kullanılacağıyla ilgilenir. Maliyet/etkilik analizi öncesinde şu soruların yanıtlanmış olması gerekir: Amaç nedir? Olası seçenekler nelerdir? Olası seçeneklerin etkileri nelerdir? Olası seçeneklerin maliyeti nedir? Maliyet/yarar analizinde ise kaynakların hangi program ve amaç için ayrılacağı konusu ele alınır. Böylece maliyet/yarar analizi esas olarak 'Ne' sorusunu yanıtlar.

Etkililik (Effectiveness): Bir aktivitenin, kendi nihai hedeflerine ulaşma/yaklaşma derecesidir.

Etkinlik (Efficiency): Bir aktivitenin, en düşük maliyetle en çok ürünü verme derecesidir. Böylece, etkinlik kavramı, girdilerin, çıktılara ne derecede iyi dönüştüğünün ölçüsüdür. Etkinlik kavramı ekonomik içeriği olan bir kavramdır. Buna karşılık, tek başına etkililik kavramı, hiçbir ekonomik özellik taşımaz, yalnızca hedeflere ulaşma derecesi hakkında fikir verir. Bu derecenin maliyetle bağlantısını, aktivitenin pahalılık ya da ucuzluğunu dikkate almaz.

Bir aktivitenin etkinlik düzeyini belirleyen, tsb ile tsc arasındaki farkın büyüklüğüdür. Toplam yararın, maliyeti maksimum ölçüde aştığı nokta, üretim/tüketim döngüsünün en etkin olduğu noktadır. Bu nokta aynı zamanda msc'nin, msb'ye eşit olduğu noktadır. Çünkü, msb'nin msc'den büyük olduğu noktada, üretimin artırılması güdüsü hakim olacaktır. Bir başka deyişle, böyle bir durumda üretim güdüsü doyurulmamış ve daha fazla üretime gerek var de-

mektir. Aksi durumda, msc'nin msb'den çok olduğu noktada ise; maliyet yarardan fazla olduğundan, toplam üretimin azaltılması yönünde bir eğilim olacaktır. Yalnızca msb'nin msc'ye eşit olduğu noktada toplam maliyet ile yarar arasındaki fark maksimum olacak ve toplum bu düzeyi korumak eğilimini gösterecektir.

İki sağlık programının birbirine göre üstünlükleri, marjinal birimlerinin maliyet/yarar oranlarının karşılaştırılması ile değerlendirilir. Eğer bir programın marjinal birim için maliyet/yarar oranı, diğerinden yüksekse, kaynakların ilkine aktarılması uygun olacaktır. Ta ki, her iki programda da üretilen marjinal birimlerin maliyet/yarar 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:

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

Yukarıdaki sonuçlara ilk bakışta, kanser taraması için altı testin de kullanılabileceği, bunun daha az sayıda test kullanılmasına göre fazla 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 mali-

yetlerin (burada marjinal maliyet, uygulanan testin, tespit ettiği yeni kanser vakası başına getirdiği maliyettir) durumu aşağıdaki gibidir:

Test	Saptanan Ek Olgu	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. Eğer 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.

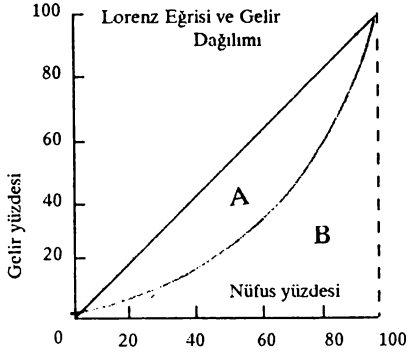
Sosyal Maliyet (Social Cost): Bir olayın sosyal açıdan getirdiği ve parasal olarak ölçülemeyen maliyet. Örneğin hava kirliliğinin, çeşitli yollarla (hastalık gibi) kişiye ve topluma belli bir maliyeti söz konusudur. Bunun dışında ise, parasal olarak ölçülemeyen çeşitli zararları vardır. İşte hava kirliliğinin maliyet açısından getirdiği bu yük onun sosyal maliyetidir.

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.

Eşitsizlik (Inequality): Kaynakların farklı bireyler, sınıflar vb. arasındaki dağılımı ile ilgilenir. Gelir dağılımı açısından eşitsizlik, gelirin toplumun %20'lik dilimlerine dağılımı temelinde incelenir. 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 gelir düzeyleri arasındaki ilişki Lorenz eğrisi ile tanımlanmaktadır:



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

V. Kapitalist Ekonomide Sağlık Hizmetini Diğer Mallardan Ayıran Özellikler

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

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

Bunun öncesinde tüketici özelinde talebin belirlenmesi ya da somutlanması süreci yaşanır. Tükeci 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 gerçekleyebilecektir.

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. (13, s. 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.

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 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 çıkmayacağı kesindir. Buradaki ilişkiler yine teknik düzeyde marjinal maliyet/marjinal yarar ilişkisi olarak adlandırılır.

Nitekim ekonomi şöyle tanımlanır: Bireyin ve toplumun seçimini nasıl yapacağının araştırılmasını; (para kullanılsın kullanılmasın) alternatif yollar kullanılarak kıt kaynakların en uygun biçimde kullanımını; çeşitli malların üretilerek çeşitli birey ve toplum grupları arasında dağıtılması etkinliği. Bu amaçla, ekonomi kaynak dağılımında maliyet-yarar analizleri yapar. (Bu tanım için bkz. 14, s. 2-5)

Böylece klasik burjuva ekonomisinde, kapitalist işlerliğe ilişkin ana dinamikler şu şekilde belirir: Tüketicinin istihdamdaki nesnel konumu ve toplumsal gereksinimleri tarafından belirlenen talep eğilimleri; kâr elde etmeye yönelik üreticinin 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 yaşar. 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 ilişkilere bırakılamayacağı ve klasik "denge" teorisi ile ele alınamayacağı belirtilir. Bunun nedenleri ise şu şekilde sıralanır (11, s. 43-50, 15, s. 1572-73, 16, s. 28-31): (Aslında yukarıda da belirlendiği gibi, bugün bu nedenlerin önemli kısmı diğer ürünler için de geçerlidir.)

1-) **Talepteki Belirsizlik:** 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 tükeci için bir sorundur. Tükecinin hastalık durumuna hazır bir kaynağı sürekli elinde bulundurmasını gerektirir. Üretici açısından ise, üretimin ne düzeyde olacağının 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 kesinteye uğramaksızın sürdürülebilmesi olanağını verir. Sigorta, talepteki belirsizliği çözerek, sağlık hizmeti açısından pazar koşullarını güvenceye alır.

2-) **Tüketici Bilgisizliği**: 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 başlangıç için 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 gliştirilmesi ise zaten arzulanan bir gelişme değildir. Böylece, sağlık hizmetinde üretici, aynı zamanda tüketici tercihlerini de belirleyen, hattâ 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 ilişkisinin geliştirilmesi esastır. Bir başka deyişle, sağlık hizmeti için, kapitalist işlerlik içinde çok sözü edilen, "seçme hakkı"nın geçerliliği hiç yoktur.

3-) **Tekelleşme (Monopoly):** Yukarıda sözü edilen bilgisizlik, sağlık hizmeklerinin 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 (Suplier Induced Demand) denir.

4-) **Dışsal Etkiler (Externalities):** Sağlık hizmeti için piyasa ilişkileri bağlamında sorun yaratan diğer bir özellik, hizmetin dışsal etkileridir. Sağlık hizmetinin tüketimi, doğrudan 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 kişinin sağladığı yarara (İçsel veya Özel Yarar: Internal/Private Benefit) ek olarak, yakın popülasyon içindeki diğerlerinin sağladığı 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 engeleyici olduğu düşünülmektedir. Çünkü, sağlık hizmetinin yarata-

cağı dışsal bir etki, dolaylı olarak hizmetten yararlananların, doğrudan talebini azaltıcı bir etkide bulunacak, bu ise kapitalist işletmenin, piyasa koşulları içindeki etkinliğini azaltabilecektir.

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

1-) Hekimler arasında reklam ve aşırı rekabet engellenmiştir.

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 kalite çeşitliliğini de sınırlandırır. Diğer alanlarda geçerli olan piyasa ilişkilerinin, tıbbi bakım alanında geçersizleşmesine neden olan bileşenlerden birisidir. Bunun da ötesinde, tıbbi bakım için fiyat rekabetinin etik olmadığı düşünülür.

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

piyasa kuralları içinde tanımlanan bir tercih olarak değerlendirilmesi de olanaksızdır.

Yukarıda sıralanan ve sağlık hizmeti üretimini, piyasa ilişkileri alanının önemli oranda dışına çıkardığı düşünülen etkenlerin, aynı zamanda, sağlık hizmetinin niçin piyasa koşullarına terkedilemeyeceğini gösteren veriler olduğu da belirtilmektedir. Bunun 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. Hattâ, piyasa koşulları varolan eşitsizlikleri artırıcı bir işlev de görür.

VI. Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti:

Sağlık hizmetlerinin maliyetine konu olan unsurlara ilişkin birkaç sınıflama vardır. Bunlardan birisi aşağıdaki gibidir. (8, s. 15-17) Bu sınıflamada sağlık hizmetinin içeriği temel olarak alınmıştır:

a) Bireysel Sağlık Hizmetleri (Personal Health Services): Bireyin sağlığının geliştirilmesine yönelik hizmetlerdir. Bu hizmetler koruyucu, tedavi ve rehabilite edici olabilir. Hem bu hizmetlerin maliyeti, hem de hizmeti üretecek personelin, araç gerecin maliyeti finansman açısından bu kapsamda değerlendirilir. Bunlar dışında uzmanların eğitimi, sürekli eğitim, sağlık araştırmaları, halkın sağlık eğitimi, geleneksel hekimlik harcamaları, aile planlaması harcamaları da bu başlık altındadır.

b) Sağlıkla İlgili Aktiviteler (Health Releated Activities): Bu da ikiye ayrılır: i) Açık biçimde sağlık amaçlı olan çalışmalar ve ii) Birincil olarak temel gereksinimleri karşılamaya yönelik olanlar; suyun sağlanması, sanitasyon gibi hizmetleri ve finansman açısından da bunların harcamalarını içerir. Bağlantılı olarak da, zorunlu biçimde şu harcama kalemlerini kapsar: Su ve sanitasyon olanaklarının inşa masrafları, bulaşıcı hastalıkların kontrolu için gerekli olan harcamalar, zoonozların kontrol masrafları, iş güvenliği harcamaları, risk altındaki nüfusa yönelik beslenme programlarının finansmanı, temel barınma gereksinimlerinin karşılanması için gereken masraflar.

Bir diğer sınıflama ise aşağıdaki gibidir: (17, s. 6)

a) Girdiler açısından maliyetin sınıflaması:

i) Sabit Maliyet (Capital Costs): Araç, ekipman, bina, eğitim maliyetleri bu gruptadır.

ii) Yineleyen Maliyetler/İşletme Giderleri (Recurrent Costs): Personel giderleri (ücret ve/veya maaşlar), araç-gereç (ilaç, aşı, şırınga, akaryakıt gibi) giderleri, binaların ve eğitim hizmetlerinin işletme masrafları.

b) Fonksiyon açısından maliyetin sınıflaması:

Eğitim, denetim, yönetim, izleme-değerlendirme, lojistik, ulaşım maliyetleri gibi.

VII. Sağlık Hizmetlerinde Ödeme Mekanizmaları: (7, s. 37)

Ödeme doğrudan doğruya tüketici tarafından veya üçüncü bir kurumca (sigorta kurumu gibi) üreticiye (hastane, sağlık merkezi vb.) yapılır. Başlıca yedi ana ödeme mekanizması vardır:

1-) Hizmet Başı Ödeme (Fee-For-Service): Hizmetin tanı, tedavi, ilaç gibi tüm aşamaları ayrı ayrı ve tüm ayrıntılarıyla tanımlanarak fiyatlandırılır.

2-) Vaka Başına Ödeme (Case Payment): Belirlenen bir hizmet paketi veya bir vaka epizodu için belirlenmiş fiyat üzerinden ödeme yapılır. Ödeme maliyetten bağımsız olabilir. Bu durum özellikle hastane hizmetleri için geçerlidir.

3-) Günlük Fiyat (Daily Charge): Hastane hizmetleri için günlük sabit bir fiyat belirlenir.

4-) Sabit Fiyat Ödemesi (Flat Rate): Sağlanan belli bir hizmet için, anlaşmayla belirlenmiş fiyatın doğrudan ödenmesidir.

5-) Kişi Başı Ödeme (Capitation): Bir hekimin listesindeki her bir kişi için sabit ve genellikle yıllık olarak yapılan ödemedir. Farklı özelliklere sahip bireyler için (örneğin 75 yaşın üzerindekiler) farklı ödeme yapılabilir. Bunun nedeni bireysel özelliklere göre hizmet kullanım sıklığının ve kullanılan hizmetin niteliğinin değişmesidir.

6-) Ücretle Ödeme (Salary): İş yükünden ve hizmetin maliyetinden bağımsız olarak yapılan sabit ödemedir.

7-) Global Bütçeleme (Global Budgeting): Bütçeden belli bir programın tümü için ayrılan ödenektir. Genellikle hastanecilik hizmetlerinde kullanılır. Maliyeti sınırlamak amacını taşır. Hastaneler-

de gün başına ödeme sisteminin alternatifi olarak geliştirilmiştir. Bu yolla hastanelerin, kendilerine verilen bütçeyi, daha verimli tarzda kullanacakları beklenir.

Fiyatlar, genellikle, hizmeti sunanla, ödeyen arasındaki görüşmelerle belirlenir. Şüphesiz ki, ödeme yapan tarafın kurumlaşmış ve örgütlü olması durumunda bu görüşme mümkün olabilir. Cepten yapılan bireysel ödemelerin yaygın ve sigortanın sınırlı olduğu ülkelerde ise tam tersi durum söz konusudur. Fiyat belirlenmesinde maliyet ve hizmeti sunan kitlenin gelir beklentisi belirleyicidir.

Ödeme mekanizmaları ile hizmetin sunuş biçimi arasındaki ilişki ve ödeme mekanizmalarının ayrıntılı özellikleri aşağıdaki tabloda verilmiştir. Bu tabloda hangi ödeme mekanizmasının, hangi sağlık kurumunda ve hangi hizmet için kullanıldığı özetlenmiştir. Daha sonraki tablo ise hizmet etkinliği ile ödeme mekanizması arasındaki ilişkiyi vermektedir. (Bkz. T. 3 ve 4)

Tablo 3: Sağlık Hizmetinin Sunuş Biçimi İle Ödeme Mekanizmaları.

Ödeme Mek.	Hizmet Birimi veya Sepeti	Sunan		
		Hastane	S.Merk.	Bireysel
Hizmet 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	+	+	

Tablo 4: Ödeme Mekanizmalarının Hizmetin Çeşitli Yönleri Üzerindeki Uyarıcı Etkileri: (7, s. 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.

Hizmet başı ödeme, üreticinin aşırı tüketimi körükleyici davranışlarına neden olur. İleriye yönelik/prospektif (gelecekte oluşabilecek çeşitli riskler için yapılan) ödeme sistemleri maliyeti minimize etme eğilimi yaratır. Çünkü, ödeme şimdiden, ancak gelecekteki bir risk durumu için yapılmaktadır. Bu durumda, üretici doğal olarak maliyeti olabildiğince düşürmek eğiliminde olacaktır. Geriye yönelik/retrospektif (geçmişte oluşmuş riskler için sonradan yapılan) ödeme sistemleri ise maliyeti artırıcı etki yaratır. Çünkü, olay geçmişte olup bitmiş, hizmet sunumu tamamlanmıştır. Bu durumda hizmeti üretmiş olan kişi veya kurum, zaten sunulmuş olan hizmetin maliyetini yüksek göstererek daha çok para alma eğiliminde olacaktır.

Hizmet başı ödeme sistemi, üçüncü bir kurum (hizmeti üreten kurumun dışında bir kurum; Üçüncü El) tarafından uygulanıyorsa; ileri düzeyde teknoloji, eğitimli personel gerektirecek ve yö-

netim maliyetlerini artıracaktır. Buna karşılık kişi başı ödeme, ücretlendirme ve global bütçeleme sistemleri yönetsel açıdan daha etkindir.

Hizmet başı ödeme, hizmetin kalitesini artırabilir. Ücretlendirme sistemi ise maliyeti düşürücü etkiye sahip olmakla birlikte, kaliteyi de düşürebilir.

Tablo 5: Çeşitli Ödeme Mekanizmalarının Zayıf ve Güçlü Yanları. (18, s. 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 maliliyetli 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 ve

Hizmet başı ödemede hekim, her hizmet kalemi için ayrı ödenti alır. Bu durum, kendisine gelen her vaka için, gerekli-gereksiz ayrıntılı hizmet sunumunu (özellikle de laboratuvar hizmetlerinde) koşullar. Vaka başı ödemede ise, her vaka bir paket olarak kabul edilerek, sabit fiyat belirlenir. Dolayısıyla bu sistem, gereksiz hizmet kullanımını sınırlayıcı bir niteliğe sahiptir. Kişi başı ödeme için de aynı şey geçerlidir. Kişi başı ödeme, özellikle hekim seçme serbestisi ile birleştirildiğinde hizmet etkinliğini artırır. Hekim seçme serbestişi yoksa, ücretlendirme sabit düzeyde olduğundan tam tersi etki gösterir.

Aşağıdaki tabloda ise, yukarıdaki sistemlerin ülkelere göre durumu özetlenmiştir. (Bkz. T. 6)

Tablo 6: Ülkelere Göre Hekim Ödeme Modelleri. (19, s. 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, Hizmet Başı	Kanada	Uzman ve Pratisyenler
			Kanada, B.Alm, Hollanda, Danimarka, Avusturya, Y. Zelanda	Ayaktan, Hastane Hizm. Uzmanlar Kırsal Alan
		Kişi Başı	Danimarka, Hollanda	Kentsel Bölge Pratisyenler
	Organizasyon	Ücret	ABD	HMO'lar
		Kişi Başı	ABD	HMO'lar; Yalnızca Pratisyenler için
Yönetsel Karar	Bireysel	Hizmet Başı	?	-
	Üçüncü El	Ücret	B.Almanya	Hastaneler
			Fransa	Kamu, Hastaneler, Halk Sağlığı, İşçi Sağlığı
		Hizmet Başı	Kanada	1972-1976 arasında
			ABD	Medicare
		Kişi Başı	?	-
	Organizasyon	Ücret	İng, İtalya, İsveç, Norveç, SSCB, ABD	Uzmanlar Uzmanlar ve Bölge Yöneticiler Tüm Hekimler Bazı Kamu ve Eğitim. Hast.
		Hizmet Başı	ABD	Bazı HMO'lar
		Kişi Başı	İng., İtalya İspanya	Yalnızca Pratisyenler Uzmanlar ve Pratisyenler

VIII. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Karşılaşılan Sorunlar

1-) Maliyet artışı: Bugün, özellikle gelişmiş kapitalist ülkelerde, sağlık hizmetlerinin maliyeti ulusal gelirin artış hızından daha fazla bir hızla artıyor. Bunun çeşitli nedenleri (teknik düzlemde) şunlardır: Sağlık hizmeti kullanımının artışı, sosyal güvenlik programlarının yaygınlaşması, halkın beklentilerindeki artış, tıbbi teknolojinin hızlı gelişimi. Özellikle hekim hizmetlerinin yaygınlaştırılmasının, hizmet kullanımını uyarıcı olduğu bilinmektedir.

2-) Kaynak yokluğu.

3-) Kaynakların kötü kullanımı: Kötü kullanım; a) ulusal gelirin daha önemli kısmının sosyal sektörler yerine askeri vb. amaçlarla kullanımı, b) sağlık için kaynakların kendi içinde kötü kullanımı biçiminde olabilir. Kaynakların nüfusun ancak belli bir kısmına yönlendirilmiş olması sonuncu durum için örnektir. Sigortanın da böyle bir sonucu olabilir. Kaynaklar tamamen sigortalı nüfusa yönlendirilebilir. Özel sağlık sektörünün varlığı böyle bir sonucu daha da kolaylaştırabilir. Bu iki durum kır-kent farklılığına, etnik farklılıklara neden olabilir. Hastanecilik hizmetleri belli bir kesimce kullanılıyor olabilir. Kaynakların kötü kullanımı çerçevesinde, sağlık hizmetleri daha çok kentlerde, sekonder ve tersiyer hizmetlerde, tedavi edici hizmetlerde yoğunlaşma eğilimi gösterir.

4-) Koordinasyon yokluğu: 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 etkin olmayan kullanımı: Bu başlık altında özellikle teknolojinin uygun olmayan kullanımından söz etmek gerekir. Gelişmekte olan ülkeler için ise; hastanecilik hizmetlerinin yaygınlığı, planlamanın olmayışı, veri toplamadaki eksiklikler vurgulanmalıdır. (20, s. 15-18)

IX. Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılmasında Kullanılan Göstergeler: (8, s. 25-28)

Özellikle uluslararası boyutlarda, sağlık hizmetlerinin finansmanının karşılaştırılmasında kullanılan başlıca göstergeler şunlardır:

1-) Bireysel Sağlık Hizmetleri İçin Yapılan Kamu Harcamaları (PSEH)/Toplam Ulusal Gelir (GNP): Bu gösterge uluslararası kaba karşılaştırmalar için kullanılır.

2-) PSEH/Toplam Kamu Harcamaları.

3-) PSEH/Özel Sektör Sağlık Harcamaları: Özellikle Afrika ülkelerinde geleneksel hekimlik harcamaları bu kalem için önemli olabilir.

4-) Tersiyer, Sekonder, Primer Hizmetler İçin Ayrılan Kamu Kaynakları.

5-) PSEH'nin Yaş ve Cinse Dağılımı.

6-) PSEH'nin Bölgelere Dağılımı.

7-) PSEH'nin Gelir Gruplarına Dağılımı.

8-) PSEH'nin Uygulanan Programlara Dağılımı: Bulaşıcı hastalıklarla savaş, mental sağlık, sağlık eğitimi, aşılama, beslenme gibi.

9-) PSEH'nin Kaynak Tipine Dağılımı: İnsangücü, ekipman, ilaç, transport, hastanede sağlanan yiyecek gibi.

X. Sağlık Harcamalarına İlişkin Verilerin Elde Edilebileceği Kaynaklar: (8, s. 39)

1-) Sağlık Bakanlığı: Personel, ekipman, transport, eğitim harcamaları, cari ve sabit harcama verileri bulunabilir.

2-) Diğer Bakanlıklar: Sosyal İşler, Savunma, Tarım, Eğitim, Ulaştırma Bakanlıkları gibi.

3-) Yerel Hükümetler/Yönetimler.

4-) Zorunlu Sağlık Sigortası Kurumu.

5-) Gönüllü veya Özel Sağlık Sigortası Kurumları.

6-) Misyonerler.

7-) Patronlar.

8-) Gönüllü kuruluşlar.

9-) Doğrudan özel ödemeler: Bu kapsama girenler; a) Yiyecek, giyecek, konut için yapılan özel harcamalar, b) hastalık sırasında yitirilen çalışma zamanının değeri, c) transport için yapılan özel harcamalar. Bu başlık altındaki veriler hizmeti sunandan veya tüketiciden elde edilebilir. Bu verileri elde etmek için anketler kullanılabilir. Ancak anketin tüketiciye uygulanması; kırsal kesimdeki uygu-

lama zorlukları, hafıza faktörü gibi nedenlerle, genellikle eksik bilgi verir. Bu nedenle, bilginin hizmeti sunandan (hekim, eczacı vb.) toplanması daha sağlıklıdır.

10-) Yabancı yardımlar.

XI. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler: (21, s. 5-20, 22, s. 65, 23, s. 593, 24, s. 177)

Yapılan araştırmalar, sağlık hizmetinin tüketimini, hekim tercihlerinin önemli oranda belirlediğini göstermektedir. Hekim etkisi halkın eğitiminin düşük olduğu yerlerde daha da belirgindir. Örneğin ABD'de 1963-70 yıllarında ameliyat sayılarındaki artış, halkın ameliyata olan talebinin de artması sonucunu getirmiştir. Genel olarak sağlık olanaklarındaki artış talebi artırmaktadır.

Bunun dışında etkileyen faktörler şunlardır:

1-) Finansman sisteminin yapısı: Tam sigortalılık durumu harcamaları artırır. Sigortalı birey, sigortalı ve zaten prim ödemekte olduğu için, hizmeti olabildiğince çok kullanmak ister. Talebin harcamalar üzerindeki bu etkisine Moral Tehlike (Moral Hazard) denir. ABD'de 1950-70 arasındaki dönemde bir günlük hastane bakım maliyetleri %600 oranında artmıştır. Buna karşılık genel tüketim fiyat indeksindeki artış %100 olarak tespit edilmiştir. Aradaki bu farkta, sigorta uygulamasının etken olduğu belirtilmektedir.

2-) Maliyetin bir kısmının hasta tarafından karşılanması: Bu uygulama harcamaları denetim altına alan bir etkiye sahiptir.

3-) Hekimlerin ücretlendirme sistemi: Hizmet başı ücretlendirme sistemi (fee-for-service) harcamaları artırmaktadır.

4-) Sağlık hizmetinin bütçeleme sistemi: Merkezi-genel bütçeden finansman, harcamaları kontrol altına alan bir etkiye sahiptir.

5-) Teknolojinin yoğun olarak kullanılması: Hastane masraflarındaki artışın %50'si doğrudan ya da dolaylı olarak tıbbi teknolojiye bağlanmaktadır.

6-) Ulusal gelirdeki artış: İngiltere'de, 1945-79 yılları arasında, GDP'deki her 100 sterlinlik artış, sağlık harcamalarında da 6 sterlinlik bir artış getirmiştir. Bu iki değişken arasında çok güçlü bir korelasyon bulunmaktadır. (r: 0.998) Aynı oranlar ABD ve diğer gelişmiş ülkeler için de geçerlidir.

7-) Nüfusun yaşlanması: 60 yaş üzerindekilerin sağlık hizmetlerini kullanımı, 20 yaşın altındakilere göre 3 kat daha fazladır. Ja-

ponya'da sağlık harcamalarındaki artışın %50'sinden yaşlı nüfus sorumludur. Kapitalist ülkelerin çoğunda 65 yaşın üzerindeki nüfus toplamın %20-25'i iken, sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı bu nüfus için yapılmaktadır.

XII. Zorunlu Sigortacılık:

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 sigortasında, tüketici, belli bir sigorta programı içinde üçüncü bir kuruma ödeme yapar. Katkı payı işçi, patron, bazen de hükümetten gelir. Katkı genellikle zorunludur. Üç tipi vardır:

a) Hükümet veya sosyal sigorta: Resmi sektörde çalışanların zorunlu sigortasıdır. Prim veya katkılar, aktüeryal risk dikkate alınmaksızın gelire orantılı olarak ve ücretlerin belli bir yüzdesi oranında toplanır.

b) Özel sigorta: Özel sektörde yer alan üçüncü bir kurum prim toplar. Prim düzeyi aktüeryal hesapla belirlenir. Aktüeryal hesaplamada hastalık riski, hizmet kullanım sıklığı dikkate alınır. Gelir düzeyi dikkate alınmaz. Yaş ve cins ise hastalık riski üzerinden, aktüeryal prim düzeyini hesaplamada dikkate alınan bileşenlerdir. Dolayısıyla aktüeryal hesaplamada, toplanan prim düzeyi, bireylerin hastalık riski açısından özel durumları çerçevesinde belirlenir. Riski yüksek olanlardan yüksek prim toplanır. Eğer hastalık riski çok fazlaysa ve bu riski karşılayacak prim miktarı çok yüksekse, dolayısıyla da prim toplamak olanaklı olamayacaksa hasta sigortalanmayabilir. Özellikle kronik hastalıklar için bu durum söz konusudur.

c) Patron temelli sigorta: İlk iki uygulama arasında yer alır. Sigorta primini patron öder. Her işletme kendi sigorta programını kendisi düzenler. Dolayısıyla sigorta kapsamına alınacak hizmet paketi de değişiklik gösterebilir. Özellikle ABD'de yaygın olarak uygulanmaktadır. Patron hizmetin alındığı sağlık kurumuyla da anlaşmayı kendisi yapar ve sağlık fonunu doğrudan söz konusu kuruma aktarır. Bu program sağlık hizmeti denetimini doğrudan patronun inisiyatifine bırakır.

Zorunlu sigortacılık ise bir kamu finansman modelidir. Fon kamu tarafından oluşturulur, ödeme de kamu kurumu tarafından yapılır. Bu uygulamaya Sosyal Sağlık Sigortası, Ulusal Sağlık Sigortası gibi isimler de verilmektedir.

Sigorta uygulaması için, sigortalanacak nüfusun düzenli bir gelire sahip olması gerekir. Bu da çoğunlukla düzenli istihdam biçimlerini zorunlu kılar. Düzenli geliri 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, köysel ekonomik yapıların 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 bakılmaksızın herkes sigortalanır); dayanışmacıdır; güçlü hükümet düzenlemesi söz konusudur ve uygulama hükümet dışı kurumlarca yürütülür ve sağlık sigortası daha geniş bir sosyal güvenlik sistemi içindedir.

Zorunlu sigortada yapılması gereken kimi temel tercihler şunlardır (25, s. 6-12):

1-) Program sayısı: Buradaki tercihlerden birisi tek bir sigorta programının örgütlenmesidir. İkinci bir seçenek ise birbirini tamamlayan bir dizi programın yaşama geçirilmesidir: 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 kapsamına hangi nüfus gruplarının alınacağına ilişkin bir sorundur. Buradaki temel seçenekler şunlar olabilir: a) Hükümet herkesi sigortaya üye olmaya zorunlu tutabilir. Fransa ve Belçika'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 bırakılırlar. 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 yararlanım paketi: Buradaki temel soru hangi hizmetlerin sigorta kapsamına alınacağı konusudur. Örneğin hekimler ve ilaç endüstrisi paketin genişletilmesi için; dini kuruluşlar ise hangi aile planlaması yönteminin paket kapsamına alınacağı konusunda baskı yapabilirler. Bu konuda belirleyici olan ise genellikle eldeki kaynakların düzeyi olmaktadır.

4-) Organizasyonel yapı: Sigorta uygulaması hükümet dışı bir kuruma verilebilir. Uygulama genellikle bu şekilde olmaktadır. Ancak ne olursa olsun şu noktalara karar verilmesi gerekir: a) Sağlık sigortası kurumu olarak hangi kurumlara yetki verileceği. b) Sigortalanan insan açısından sigorta kurumunun minimum hacminin 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 yararlanım paketinin ve katkı paylarının belirlenmesi konularında kuruma ne derecede otonomi verileceği. f) Kurumu kimin denetleyeceği. g) Hükümetin kurum karşısındaki konumunun ne olacağı.

5-) Seçme özgürlüğü: Bireylere hangi sigorta kurumunu seçecekleri konusunda bir özgürlük tanınıp tanınmayacağıyla ilgili bir konudur. Örneğin Hollanda'da herkes aynı kuruma bağlı olmak zorundadır. Ancak bu, seçeneklerden yalnızca birisi olabilir. Buna karşılık aynı ulusal organizasyona bağlı birden fazla sigorta kurumu olabilir ve bireyler bunlardan birisini tercih edebilirler. Böyle bir organizasyonun rekabet yoluyla sistemin etkinliğini artıracağı beklenir.

6-) Katkı payı: Genellikle gelire orantılı olup, riskle ilişkisizdir. Böylece zenginlerin fakirleri, sağlıklıların hastaları destekleri bir yapı öngörülmektedir. Dayanışmacılıktan kastedilen de sistemin bu özelliğidir.

7-) Sigortacı-sigortalı ilişkisi: Burada üç ana model vardır: a) Nakit ödeme: Hasta hizmeti kullanım anında hekime ödeme yapar ve daha sonradan sigorta kurumundan ödediği miktarı veya bir miktarını geri alır. b) Hizmet ödemesi: Hizmeti sunan, hizmetin karşılı-

ğını doğrudan sigorta kurumuna fatura eder. c) Doğrudan sunum: Hasta sigorta kurumuna ödeme yapar ve hizmeti de sigorta kurumuna bağlı olan bir kurum sunar.

8-) Sigortacı-üretici ilişkisi: Burada da iki ana model vardır: a) Sözleşme modeli: Sigorta kurumu hekim, hastane, sağlık merkezi vb. ile sözleşme yapar. Bu durumun hizmetin özelleştirilmesini hızlandırdığı belirtilmektedir. Çünkü sözleşmeler genellikle özel sağlık kurumlarıyla olmaktadır. b) İntegre model: Bu modelde hizmetin finansmanı ile sunumu aynı yapı altında organize edilir. Bu sistem yukarıda anılan doğrudan sunum modeline karşılık gelmektedir.

9-) Hizmeti üretene yapılacak olan ödeme sistemi: Bu konu daha önceden ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Zorunlu sigortacılığın kimi özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

1-) Özellikle gelişen ülkelerdeki zorunlu sigorta uygulaması, hizmeti, nüfusun düzenli istihdam edilen küçük ve belli bir kısmına, çoğunlukla da ücretlilere; dolaylı bir değerlendirme ile de kente yönlendirir.

Sigortanın bir başka yönlendirmesi, tedavi edici sağlık hizmetlerini öne çıkarma biçimindedir. Bu yönlendirmede birkaç olgunun etkili olduğu söylenebilir: a) Sağlık sigortası fonları kullanıma hazır ve çok büyük hacimde bir sermaye birikimi yaratır. Bu birikimin kullanımı, sağlık hizmetinin genel karakteri ve kapitalist ekonominin tekelleşmiş yapısı nedeniyle, hemen tamamen sağlık sektöründeki tekellerin (ilaç ve tıbbi teknoloji tekelleri, hastane zincirleri) denetimindedir. Bu çıkar gruplarının temel tercihi ise tedavi edici sağlık hizmetleridir. b) Yine yukarıdaki nedenle toplumun temel tercihleri de (koruyucu sağlık hizmetlerine değil) tedavi edici hizmetlere yönlendirilmiş durumdadır. Böylece sigortanın moral tehlike etkisi, tedavi edici hizmetlerin yaygınlaşması sonucunu getirir. Hastalık risklerinin öngüvencesi amacını içeren 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 bilinmesi ve hastalık durumunda yararlanılacak hizmet garantisinin bulunmasıdır.

3-) Sigorta sistemi, genellikle kentlerdeki hekimlerin kazancı-

nı artırıcı bir etkiye sahiptir. Bunun nedeni sigortalanabilen nüfusun (işçi ve memurlar) kentlerde oturuyor oluşudur. Bu etki, hekimleri kentlere ve tedavi edici hizmetlere çeker. Öte yandan, eğer sigorta kurumunun sağlık sistemi ile hükümet denetimindeki sağlık sistemi birbirinden ayrı ise, sigorta sisteminin, yukarıdaki etkileri nedeniyle hükümet kurumlarında olan hekimleri de kendi kapsamına çekme gibi bir etkisi vardır. Bütün bunlar varolan kır/kent, doğu/batı eşitsizliklerini derinleştirebilir.

4-) Sigorta uygulaması, sağlık hizmetine olan talebi artırır. Buna Moral Tehlike (Moral Hazard) mekanizması denir. Moral Tehlike; insanların, nasıl olsa prim ödeniyor düşüncesiyle, hasta olmasalar da hizmeti tüketme eğilimlerinin artmasıdır.

5-) Güçlü bir sigorta sistemi tıp eğitimini de tedavi edici hizmetlere yönlendirebilir.

6-) Tedavi edici hizmetlere yönelme, özellikle gelişen ülkeleri yabancı ilaç sanayine ileri düzeyde bağımlı duruma getirebilir. (5, s. 81-84)

Nitekim Fransa'da 1940'lı yıllardan başlayarak uygulanan zorunlu sigortacılık şu sonuçlara yol açmıştır (26, s. 246):

a) Moral Tehlike etkisiyle tüketim artmıştır.

b) Talep fiyatlardan etkilenmez biçimde artmıştır. Çünkü, bu sistem içinde, sigortacı fiyatı denetleme ve artırma olanağı bulur. Kısaca kapitalist piyasa koşulları açısından tekelleşen bir süreç söz konusudur. Bir süre sonra, yıllar boyunca belli yönde körüklenen ve daha fazla hizmet kullanmaya yönlendirilen tüketici eğilimleri, harcamaları azaltmaya yönelik politikalardan etkilenmez bir hal alır. Bunun nedeni, tüketicinin hizmetten yararlanmayı kendisi için bir "hak" olarak görmesidir. Buna Sert-Elastik Olmayan (Rigit- Inelastic) Tüketici Talebi denir. Bu tür talep, hizmeti üretenlere daha büyük ve daha stabl pazar koşulları yaratır. Tekelleşmeyi körükler. Sonuçta küçük bir üretim artışı büyük oranda kâr sağlama olanağı yaratır. Böylece sigortalı ile sigortacı arasında, kâra dayalı bu mekanizma üzerinden bir çatışma doğar.

c) Stabl talep, üretici sektörün büyük kurumlar biçiminde organize olmasına neden olmuş, sonuç olarak sağlık sektörü sermaye yoğun bir durum almıştır.

Sigortanın maliyet artırıcı sorunları:

a) Moral Tehlike (Moral Hazard): Sigorta kapsamında, hasta-

lık öncesi yapılan önödemeler nedeniyle, hizmet kullanımının artışıdır. Tüketim 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 fiyat skalası, riskli olanlar için ucuz; buna karşılık sağlığı iyi olup da gelecekteki olası kimi sorunları dikkate alarak sigortalanmak isteyenler için pahalı bir düzey olacaktır. Sonuç olarak, sigortalanan popülasyonun genel karakteri, daha riskli bir niteliğe doğru kayabilir. Bu noktada sigorta şirketi açısından yapılacak şey sigorta primlerinin düzeyini yükseltmek olacaktır. Dolasıyısıyla, yanlı seçim sigorta şirketi açısından ekonomik risk durumunu yansıtan bir kavramdır. (11, s. 44)

Sağlık sigortasının finansman üzerine olan değişik etkileri şöyledir: (7, s. 28-31)

a) Kaynak düzeyi üzerine etkileri: Sağlık sigortasının kimi ülkelerdeki uygulanma nedeni sağlık sektörüne ek kaynak yaratabilmesidir. Çünkü diğer kaynakların tersine sigorta, yalnızca sağlık için harcanacak kaynak yaratır. Ancak, nüfusun çoğunun informal 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 için geçerlidir. Eğer işsizlik artarsa ve ücretler düşerse, sigorta sistemi içindeki gerçek kaynak düzeyi de otomatik olarak düşecektir. Öte yandan ekonomik genişleme dönemlerinde sigorta kaynakları yine otomatik olarak yükselecektir. Bu olgu kısmen vergi sistemi için de geçerlidir. Bu anlamda kapitalist ekonominin destabilizasyon/bunalım dönemleri sosyal güvenlik sisteminin de sarsıntıya girdiği, hattâ çöktüğü dönemlerdir.

b) Etkinlik üzerine etkileri: Sigortanın moral tehlike etkisi maliyeti artıracaktır. Maliyet artışı, kaynakların tahsisatına yönelik etkinliği zedeleyen bir durumdur. Buradaki durum, 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 etkinlik açısından da sigortanın sakıncaları vardır. Çünkü sigorta yönetsel maliyetleri artırır. Avrupa ülkeleri için yönetsel maliyet toplamın %5'i, L. Amerika ülkeleri içinse %28'i düzeyindedir. Mali içinse %50 gibi bir oran verilmektedir. Oranlar arasındaki derin farklılık yönetsel kapasite ve etkinlikler arasındaki farklılıktan ileri gelmektedir. Sigortanın, özellikle büroktatik yapıdaki çok sayıda fon arasında parçalanmış olması yönetsel maliyetlerin azaltılmasını neredeyse olanaksız kılar. Bu durumun örneği ise G. Kore'dir. Benzer şekilde Sağlık Bakanlığı ile sigorta kurumları arasındaki işbirliğinin ve bu kurumların görev tanımlamalarının net biçimde yapılmamış olması da yönetsel maliyetleri artıran bir durumdur.

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

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 B. Avrupa ülkelerinde gözlenmektedir. Güvence paketi kapsamının daraltılmasının temel nedeni sağlık harcamalarındaki artış ve kapitalist ekonominin içine girdiği bunalımdır.

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

Afrika ülkelerindeki zorunlu 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 oluşturul(a)mayışıdır.

Sigorta uygulamasının yaygın olması da tek başına yeterli değildir. Örneğin G. Kore ve Brezilya'da nüfusun %90'ı sigorta kapsamındadır. Ancak kaynaklar kentlerde yoğunlaşmış durumdadır. Dolayısıyla sigortalanmış nüfusun, sigorta kapsamındaki hizmet paketinden yararlanabilmesi çor zor olmaktadır.

Yukarıda dile getirilen sorunların hemen tümü, ekonomik durumu kötü olan ülkeler için geçerlidir. Bu ülkelerde enflasyon nedeniyle, sigorta gelirleri ile yararlanım arasında dengesizlik vardır. Çünkü maliyetler artarken sigorta gelirleri süratle erozyona uğramaktadır. Düzenli geliri olmayan nüfusun yaygınlığı nedeniyle fakirler tamamen sistem dışına itilmiş durumdadır. Koordinasyon eksikliğinden kaynaklanan duplikasyonlar bulunmaktadır. Bölgeler arasında kaynaklardan yararlanma bakımından derin farklılıklar söz konusudur.

XIII. Sağlık Örgütlenmesi-Sağlık Finans Sistemi Etkileşimi: (27, s. 335-348, 28, s. 38-40)

Herhangi bir ülkedeki sağlık sistemi beş temel bileşene göre incelenebilir: Kaynaklar, Organizasyon, Yönetim, Ekonomik Destek, Hizmetlerin Sunumu. Bunlar aşağıdaki gibi özetlenebilir:

Kaynaklar: İnsan kaynağı, fiziksel olanaklar (hastaneler, sağlık merkezleri), araç-gereçler ve bilgidir.

Yönetim: Planlama, denetim-danışma-koordinasyon, düzenleme ve yasama dizgelerinden oluşur.

Sunum: Temel sağlık hizmetleri, sekonder ve tersiyer bakım.

Ekonomik Destek: Hükümetin genel vergileri, sosyal sigorta, isteğe bağlı sigorta, bağış, bireysel cepten harcamalar ve dış yardımlar bu kapsamdadır.

Yukarıdaki analizle dünya ülkelerini dört temel başlık altında toparlamak mümkündür: Devlet tarafından hizmete en az ölçüde müdahale edilen sistemlerden; en çok müdahale edilenlerine doğru. Sıralamak gerekirse: 1-) Piyasa tipi sağlık sistemleri (entrepre-

neurial health systems), 2-) Refah yönelimli sağlık sistemleri (welfare oriented health systems), 3-) Kapsayıcı sistem (comprehensive system), 4-) Sosyalist sistem (socialist system).

XIII. 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.

XIII. 2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri:

Çoğu Avrupa ülkesi, Japonya, Kanada, Avustralya bu gruptadır. En tipik örneği ise B. 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 has-

tane 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 part-time 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.

XIII. 3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri:

Birkaç ülkede refah yönelimli olan sağlık sistemleri 2. savaş 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, Yunanistan, 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. Costa 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.

XIII. 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 karşılanır.

Orta gelir düzeyindeki ülkelerde bu sistemin örneği Küba'dır.

Düşük gelirli ülkelerde 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)

XIII. 5. Finansmanda Kamu ve Özel Sektör İlişkisi

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 durumunun kötü olduğu ülkeler ve temel sağlık hizmetleri içinde yer alan programlar (bağışıklama, aile planlaması, çevre sağlığı vb.) için devlet müdahalesinin zorunlu olduğu artık hemen herkesçe kabul edilmektedir. Nitekim Dünya Bankası'nın da görüşü benzer doğrultudadır. Dünya Bankası 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 müdahalesi 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-) Varolan eşitsizliklerin giderilmesi ve yoksul toplum kesimleri için sağlık hizmetinin, hiç olmazsa belli bir düzeyde devletçe sunulması/sübvanse edilmesi de zorunluluktur. (18, s. 55)

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

mını beklemek zaten olanaksızdır. 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 bulanan 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. Böylece 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 (7, s. 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 finans sistemlerini

de dikkate alarak yukarıdakine benzer bir tarzda sınıflamaktadır. Öncelikle, tıbbi bakım hizmetlerinin finansmanında dört, organizasyonunda ise üç yol tanımlanmaktadır. Bunlar sırasıyla (18, s. 108-112):

1-) Finansman için:

a) Özel: i) Cepten ödemeler ve ii) İsteğe bağlı 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:

1-) Düşük gelir gruplu 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.

2-) Orta gelir gruplu 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. (Bkz. T. 7)

Tablo 7: Ülke Gruplarına Göre Klinik Sağlık Sistemlerinin Özellikleri. (1990 Yılı Gelirine Göre) (18, s. 111)

	SH/GNP(%)	SH/Kişi Dolar	Temel Özellikler
Düşük Gelirli (100-600)	2-7	2-40	-Geleneksel hekimlik ve ilaç için yüksek özel harcama -Kamu hizmetleri genel vergilerle finanse edilir -Sigortanın azlığı
Bangladeş, Hindistan, Pakistan, Sub-Saharan gibi.			
Orta Gelirli (600-7900)			
Özel Sigorta	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
G. Afrika, Zimbabve gibi.			
Sosyal Sigorta	3-7	20-400	-Genel vergilerle finanse edilen ve düşük gelirli sınıfları hedefleyen hükümet hizmeti -Ücretliler için sosyal sigorta
C.Rika, G. Kore, Türkiye gibi.			
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)	6-10	400-2500	-Genel vergiler veya zorunlu sigorta ile tüm nüfusun evrensel sağlık hizmetinden yararlanması -Üçüncü el ödemeleri ve global bütçeleme
Japonya, Almanya, İngiltere, Fransa gibi.			
ABD (22000)	12	2800	-Özel sağlık sigortası ile genel vergilerin bileşimi -Düzensiz ve açık uçlu bir hizmet başı ödeme sistemi -Yüksek düzeyde yönetsel maliyet

Yukarıdaki tabloya iki noktayı eklemek gerekir: a) Düşük gelirli ülkeler dışındakiler için (son yıllarda, ekonomik durumları daha iyi olan metropol kapitalist ülkelerde sosyal sigorta karşısında giderek yaygınlaşan) özel sigortacılık, b) Metropol kapitalist ülkelerin dışındakiler için eskiden beri ağırlıklı yeri olan cepten ödemeler.

Finansmanda ve hizmet sunumunda kamu ve özel sektörün bulunuşuna göre, bir sağlık organizasyonu aşağıdaki biçimleri alabilir:

Finansman	Hizmet Sunumu	
	Kamu	Özel
Kamu	Hükümet sunum ve finansmanı	Özel sunucularla anlaşma
Özel	a) Doğrudan kullanıcı ödentisi b) Kamu hastanelerinde özel yatak	a) Özel sigorta, özel hizmet b) HMOs

Kamu finansmanlı sistemlerin başlıca üç tipi vardır:

1-) Kamu geriödemesi (public reimbursement): Bu sistemde hasta hizmeti kullandığı anda fiyatını öder. Bunun tamamı veya bir kısmı, daha sonradan bir kamu kurumunca hastaya geri ödenir. Hizmeti üretenle, geri ödeyen kamu kurumu arasında herhangi bir ilişki yoktur. Fransa ve Belçika'da kullanılmaktadır.

2-) Kamu sözleşmesi modeli (public contract model): Bir kamu kurumu veya hastalık fonu hizmet başı veya kişi başı esasına göre üreticiye doğrudan ödeme yapar. Almanya, Hollanda, İngiltere ve Kanada'da kullanılmaktadır.

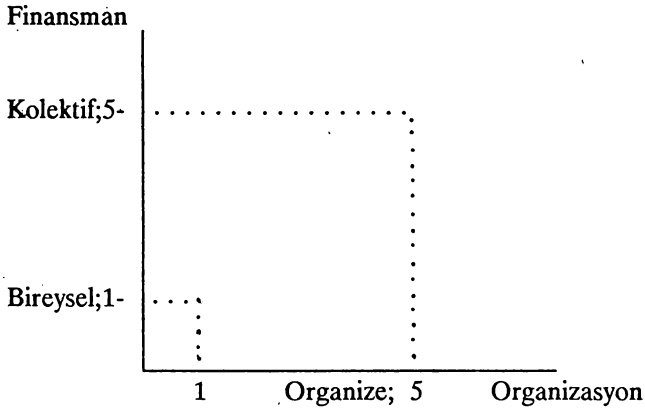
3-) Entegre model: Üretici ve finansör kurumun entegrasyonuna dayanır. İspanya, İngiltere, İrlanda'da hastanecilik hizmetleri için kullanılmaktadır. (29, s. 2-4)

Bu üç modelin çeşitli değişkenler açısından etkileri aşağıdaki gibidir: (Bkz. T. 8)

Tablo 8: Kamu Finansman Modellerinin Karşılaştırılması. (29, s. 4)

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

Sağlık hizmetlerinin organizasyon ve sunum paterni, hizmetin finans metodlarından etkilenir. Ayrıca teknoloji ve politik ortam da bu paterni etkiler. Bu son ikisini dikkate almadan, yapılan teorik bir genelleme aşağıdaki şemayı ortaya koyacaktır (30, s. 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 koşullamaktadır. 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 düzeyi yakalayabilmişse özel sigortacılık yaygınlaşmakta, aksi durumda ise olabildiği ölçüde cepten harcamalar artmaktadır.

XIV. Gelişen Ülkelerdeki Finans Sistemleri: (31, s. 40 -44)

Gelişen ülkeler için sağlık finans sistemleri bazı özellikleri nedeniyle ayrıca sınıflandırılmaktadır:

1-) Tip I: Kara Afrika'nın önemli bir kısmı bu tiptedir. Hizmetten tamamiyle Sağlık Bakanlığı sorumludur. Ancak kaynaklar kıt olduğundan harcamaların en çok %50'si veya bir miktar daha fazlası hükümetten gelir. Bu tip ülkelerde finansmanla ilgili önemli sorunlar vardır:

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

b) Araç-gereç eksikliği vardır.

c) Yabancı yardım 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, bu ülkelerde 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 hiçbir sosyal güvencesi yoktur. Oysa aynı ülkeler, en fazla oranda sağlık güvencesine gereksinim gösteren ülkelerdir. Dolayısıyla tabloda tam bir paradoks durumu söz konusudur.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
ÜLKELERE GÖRE SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMLERİ

A-) ABD

ABD'de 1910'larda sağlık sigortası yaygınlaşmaya başlamıştır. Ancak 1930'ların büyük depresyonunda, çoğu sigortalı (tüketici) sigorta masraflarını karşılayamaz duruma düşmüştür. Bu durumda sağlık sektöründe bunalımdan etkilenen çıkar grupları olan hekim ve hastaneler, 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. Her iki örgütün de bugün bir hizmet ağı bulunmaktadır.

1966 yılında ise kamu sigortacılığı uygulamaları olan Medicare ve Medicade kurulmuştur.

ABD dünyada sağlık harcamaları en yüksek olan ülkedir. 1990 yılı için toplam sağlık harcamaları 666.2 milyar Dolar, kişi başına harcamalar ise 2566 Dolar'dır. Bunun %22'si yönetim maliyetlerine gider. Toplam sağlık harcamaları 1992 yılında 800 milyar Dolar'a yükselmiştir. 2000 yılında ise 1.7 trilyon Dolar'a yükselmesi beklenmektedir. Sağlık sektörünün ulusal gelir içindeki payı ise 1992'deki %12'lik orandan 2000 yılı için %18'e yükselecektir. Yine 2000 yılında ulusal gelirdeki yıllık ortış oranı %5.8, buna karşılık sağlık harcamalarının artışı %9.6 olacaktır.

ABD'de sağlık tam bir kapitalist endüstri durumundadır. Toplam 10 milyon çalışanı istihdam etmektedir. 1990 Mayısı ile 1992 Mayısı arasındaki iki yıllık dönemde Amerika ekonomisi 1.8 mil-

yon iş kaybetmişken, sağlık sektörünün istihdam hacminde 639 bin artış olmuştur.

Kamu elindeki sosyal güvenlik programlarının kapsamı son derece dardır. 1960'lı yılların başlarına kadar hiçbir kamu sosyal güvenlik programı bulunmuyordu. Sağlık güvencesi tamamen bireysel özel sigortacılık üzerine kurulmuştu.

Bugün ABD'deki sosyal güvenlik programlarının tipleri ve kapsadıkları nüfus T. 9'daki gibidir:

Tablo 9: ABD'deki Sosyal Güvenlik Programlarının Tipleri ve Kapsadıkları Nüfus.

Sigorta Tipi	Yaşlı Olmayan Nüfus		Yaşlı Nüfus	
	Milyon	%	Milyon	%
Toplam Nüfus	215.9	100	30.1	100
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
Toplam Kamu Sigortaları	29.2	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

* İşyeri düzeyinde, o işyerine özel olarak ve tamamen işyeri sahibi tarafından finanse edilen sigorta çeşidi.

Medicare 65 yaşın üzerindeki nüfusu kapsayan bir sigorta türüdür. İki bileşene sahiptir. Birinci kısım; hastane bakımı içindir. İkinci kısım ise hastane dışı hizmetleri kapsar. Birinci kısım sosyal güvenlik vergisinden, ikinci kısım ise genel vergilerden finanse edilir. Yaşlılar otomatik olarak birinci kısmın kapsamına girer, bunun için henhangibir ödeme yapmazlar, ancak hizmetten yararlanım anında ödeme yaparlar. İkinci kısım ise isteğe bağlıdır ve maliyetlerin %25'i sigortalı yaşlının kendisinden karşılanır.

Medicaide ise yoksullar için kurulmuştur, yukarıda da görüldüğü gibi genç nüfusun %10'unu kapsamaktadır. Yoksulluk sınırını federal hükümet belirler. Ancak hiçbir eyalette, bu sınırın altına düşenlerin %100'ü Medicaide kapsamına girememektedir. CHAMPUS ve CHAMPVA ise askeri hizmetlerde çalışanları kapsamaktadır.

Kamu sigortalarının hiçbirisi, hastalık masraflarının tamamını kapsamaz. Medicaide ve Medicare hastane harcamalarının %100'ünü, ek olarak Medicaide fakirlerin hekim faturalarının %100'ünü karşılar. Son yıllarda patron tabanlı sigorta da aynı eğilim içindedir. Bunun nedeni sağlık hizmetlerinin artan maliyetidir. Sonuçta, kamu sigortacılığının daralan kapsamının özel sigortacılık tarafından karşılanması beklenir. Ancak 1980-88 arasındaki dönemde ekonominin geneli için istihdam hacmindeki 15 milyonluk artışa karşın, özel sağlık sigortalarının kapsamındaki nüfus 5 milyon azalmıştır.

Medicare federal hükümetçe yürütülür. Medicaide ise, federal hükümetçe desteklenmekle birlikte eyalet hükümetlerince yürütülmektedir. Medicaide kapsamındakiler Medicaide'in anlaşma yaptığı hekimlere muayene olabilirler ve belirlenmiş olan fiyatlar üzerinden ödeme yapabilirler. Bunun üzerindeki harcamalar karşılanmaz. Kimi eyalet Medicaide'leri hizmet için HMO (Health Maintanance Organizations)'ları kullanırlar. Medicare ise hekimlerle, piyasanın %30 daha altında bir fiyat üzerinden anlaşma yapar. Buna rağmen, hekimler genellikle bu indirimli fiyatı kabul ederler. Buna karşın yaşlıların özel sigortaları da tercih ettikleri izlenmektedir. Son zamanlarda Medicare'in de HMO kullanımını desteklediği bildirilmektedir.

ABD'de özel sağlık sektörünün yaklaşık %40'ına Blue Cross hastaneleri ve Blue Shield hekim hizmeti ağı tarafından el konulmuş durumdadır. Bu hizmetler kâr amaçlı olmayan özel kurumlardır. Tüm organizasyon değişik derecelerde hekimlerin denetimindedir. Bu nedenlerle, diğer özel sigorta şirketlerine göre daha geniş kapsamlı hizmet sunarlar. Sektör içindeki güçleri eyaletten eyalete değişebilir. Kimi eyaletlerde (Massachusetts gibi) pazar payları %70'lere kadar çıkabilmektedir.

Blue'lar ortak bir sigortalama sistemi geliştirmişlerdir. Masrafın belli bir kısmını sigorta, kalanını ise sigortalı karşılar.

Özel sigortalı Amerika popülasyonunun %10'u HMO (He-

alth Maintenance Organizations)'lar tarafından sigortalanmış durumdadır. Bunların kapsadıkları nüfus 1982'de %6 ve 1972'de %3 oranında idi. Diğer üçüncü el sigortalama yöntemlerinin tersine, HMO hem sigorta şirketi hem de hizmeti üreten konumundadır. Tüketiciler, hastalanmaları durumunda HMO hizmetinden yararlanmak üzere belli miktarda prim öderler. HMO'ların yukarıda tanımlanan karakteri, onları daha ucuz ve daha az miktarda hizmet sağlamaya yönlendirir. Bu da harcamaları azaltıcı bir etki yaratır. Bugün HMO'ların rekabeti artırarak aşırı kullanımı ve harcamaları azaltıcı bir etki göstereceği düşünülmekte ve bu anlamda bu uygulamadan çok şey beklenmektedir.

Diğer bir özel sigorta uygulaması PPO (Preferred 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 hospitalizasyonlar (hastane tedavileri) ancak PPO'nun izni ile mümkündür. PPO'nun da rekabeti artırdığı belirtilmektedir. 1984 yılında bu program kapsamındaki nüfus 1.3 milyon iken 1986'da 16.5 milyona yükselmiştir.

Özellikle son zamanlarda yaygınlaşmaya başlayan diğer bir program EPO (Exclusive Provider Organization: Belirlenmiş Üretici Organizasyonu)'lardır. 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 bırakılırlar.

Görüldüğü gibi yukarıdaki programların amacı harcamalardaki artışın azaltılmasıdır. Uygulamalar arasında, isimleri dışında pek bir fark yoktur.

Ekonomik bunalım, hastaların hastane masraflarını ödemelerini zorlaştırmaktadır. 1988 yılında, hastaneler, ödeme güçlüğü çeken hastaların 10.7 milyar Dolar'lık masrafını karşılamak zorunda kalmıştır.

Hastanelerin bu sorundan kurtulmak için başvurdukları yollardan başlıcası, masrafları daha çok oranda sigortalı hastalar üzerine kaydırmak olmuştur. New Jersey'de sigortalılara sunulan hastane hizmetlerinin fiyatları %30-60 artarken, sigortasızlara sunulan hizmet fiyatları %4 azalmıştır.

Maliyet artışları özel sigortaları da güç durumda bırakmıştır. Özel sigortalar önceleri hastane masraflarının %100'ünü karşılarlarken, bu oran 1979'da %89'a, 1983'te %75'e, 1986'da da %24'e inmiştir.

Sigortacılık masraflarını azaltmak için özellikle patron temelli sigortacılıkta, işe giriş muayenelerinde sağlam çıkmayanlar, sağlığa zararlı alışkanlıkları olanlar sigortalanmamakta, hattâ işten çıkarılmaktadır.

ABD'de 1990 yılı itibariyle 35.7 milyon sigortasız insan bulunmaktadır. Bu sayı toplam yaşlı olmayan nüfusun %16'sıdır ve 1988 yılına göre 2.1 milyonluk bir artışa işaret etmektedir.

1990 yılı için, 18-64 yaş arası nüfusta sigortasızların sektörlere dağılımı şu şekildedir: Toplam %16, kendi başına çalışanlar (self-employed) için %22, hükümet sektöründe çalışanlar için %7, tarım sektöründe %39, inşaat sektöründe %31, hizmet sektöründe %17, diğer sektörler için %11. Sigortasızlar özellikle İspanyol kökenliler, siyahlar arasında, kırsal kesimde ve Güney eyaletlerinde daha yoğundur.

1986 yılı için harcamaların %25'i doğrudan tüketici harcamaları, %31'i özel sigorta harcamaları, %17'si Medicare ve %10'u Medicaide harcamaları, %14'ü de diğer hükümet harcamaları biçimindedir.

Yine harcamaların %39'u hastanelere, %20'si hekim hizmetlerine, %8'i evde hemşirelik hizmetlerine, %21'i ilaç ve dental hizmetlere, %12'si yönetim, araştırma ve geliştirme hizmetlerine gitmektedir.

Hekimlerin çoğu özel sektörde çalışır. Ücretlendirilmeleri hizmet başı olmaktadır. Ödeme ya sigorta tarafından ya da doğrudan yapılır. Hekimlerin çok az bir kısmı hastanelerde çalışır. Bunlar da genellikle patologlar ile radyologlardır. Ancak hekimler, hospitalizasyon durumunda kendi hastalarını kendileri izlerler.

Hastanelerin %70'i kâr amacı taşımayan özel kuruluşlardır. Kâr amaçlı hastaneler hızla yaygınlaşmaktadır. (Şu anda sektörün %10'u) Kamu hastanelerinin kalitesi oldukça düşüktür. Bu nedenle Medicaide kapsamındaki hastaların hemen hepsi özel hastaneleri seçerler. Bu nedenle de, kamu hastaneleri artık kronik hastalıklar için ayrılmaktadır. (Hastane tipleri ile ilgili olarak bkz. T. 10)

Tablo 10: Amerika'da Hastane Tiplerinin Yıllara Göre Durumu. (%)

Yıllar	Kâr Amaçlı Özel	Kâr Amacı Taşımayan 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

Amerika sağlık sistemi ekonomik etkinlik açısından değerlendirildiğinde, pek de iyi şeyler söyleyebilmenin olanağı yoktur. Çünkü, aşırı derecede moral tehlike ve hizmetin aşırı kullanımı söz konusudur. Sağlık sigortası talebi hizmetin fiyatına karşı aşırı derecede duyarlıdır.

(Bu bilgiler için bkz. 32, s. 45-64, 33, s. 817-818, 34, s. 878, 35, s. 1086, 36, s. 21-23)

B-) İNGİLTERE

İngiltere sağlık sistemi, ekonomik kaynakların önemli bir kısmını kullanır. Toplam NHS (Ulusal Sağlık Sistemi) harcamaları 21.400 milyon sterlindir. (1987 için. Aynı yıldaki GSMH ise 347 milyar sterlin olarak bildirilmiştir.)NHS'nin kişi başı maliyeti 377 sterlindir. GSMH içinde NHS'nin payı %6 civarındadır. Aynı oranlar 1989 yılı için daha da yükselmiştir. 1989'daki NHS'nin toplam harcamaları 24 milyar sterlin, kişi başı harcama 423 sterlin'dir. Ancak GSMH içindeki pay hemen hemen aynı oranda kalmıştır.

İngiliz sağlık sistemi diğer ülkelere göre daha ucuzdur. Adam başı harcamalar açısından bakıldığında, İngiltere sağlık harcamaları ABD'nin %48'i, Fransa'nın ise %84'ü düzeyindedir. NHS Avrupa'nın en büyük sivil işletmesi durumundadır. 5000 çeşit işte 1.25 milyon kişiyi istihdam eder.

NHS önemli oranda genel vergilerden finanse edilir. 1987'de toplam harcamaların %85'i genel vergilerle, %11.8'i tüketim malla-

rından alınan vergilerle karşılanmaktaydı. Kalan %3'ü ise hastalardan alınan paralardan finanse edilmekteydi.

Hastanelerin ve hekimlerin hemen tamamı NHS sistemi içinde çalışmaktadır. Ancak özellikle son 10 yıl içerisinde özel sağlık sektörü hızla büyümüştür. Özel sağlık sigortası pazarının %90'ı üç şirketin elindedir. Uluslararası bağlantıları da olan bu şirketler sırasıyla; British United Provident Association (BUPA), Private Patients Plans (PPP), Western Provident Association (WPA)'dır. Bunların içinde BUPA toplam pazarın %60'ına sahiptir. BUPA artık hastanecilik hizmetleri de sunmaktadır. 5 milyon insan özel sigortalara kaydolmuş durumdadır. 1988 için özel sigortalara kayıtlı nüfusun oranı %9'dur.

Cerrahi müdahalelerin 1/8'i özel sektörde gerçekleştirilmektedir. Londra'da bu oran 1/3'e çıkmış durumdadır. 1988 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.

Yukarıdaki gelişmelere karşılık, NHS hastanelerinin sayısı 2441'den (1959), 1714'e (1990) düşmüştür. Hastane yatak kapasitelerindeki azalma da benzerdir: 455138 (1959) ve 283469 (1990). Buna paralel olarak koruyucu hizmetler karşısında, tedavi edici hizmetlerin ağırlığı da artmıştır. Toplam hastane harcamalarının içinde, tedavi edici hizmetlerin payı %67'ye tırmanmış durumdadır. Benzer şekilde toplam NHS harcamaları içinde hastane harcamalarının ağırlığı %55'den (1950), %65'e (1989) yükselmiştir.

Bugün İngiltere'de sağlık hizmeti tümüyle genel vergilerden finanse edilmektedir. Toplam harcamaların yaklaşık %10'u özel sigortalardan gelmektedir. 1991 yılında gerçekleştirilen 'reform'hareketi ile hizmette rekabetin ve etkinliğin artırılması hedeflenmiştir.

(Bu bilgiler için bkz. 37, s. 2-21, 38, s. 112, 39, s. 134-137 ve 145, 40, s. 230.)

C-) HOLLANDA

Diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi, 2. savaş sonrası dönemde ekonomik genişleme ile birlikte, büyümeden en fazla oranda pa-

yını alan sektör sağlık olmuştur.Sağlık sektörünün GSMH içindeki payı 1953'deki %3'lük düzeyinden, 1987'de %9'a çıkmıştır.

Hollanda'da özel sektörün hep önemli bir rolü olmuştur. Buna karşılık koruyucu hizmetlerin tümü hükümetin denetim ve finansmanında gelişmiştir. Kaynakların %75'i kamudan gelmektedir. Nüfusun %61'i hastalık sigortalıdır. Bu bir kamu sigortasıdır. 1964'te kurulan Sicknes Funds Insurance Act (Hastalık Sigortası Fonu Yasası ile) geliri belli bir düzeyin altında olanlar sigortalanmaya zorunludur. Kalan %39 ise özel sigortalara kayıtlıdır.

1967 yılında çıkarılan General Special Sickness Expenses Act (Özel Hastalık Harcamaları Yasası) ise, fiziksel, mental yetmezlik durumları gibi büyük harcamalara karşı güvence sağlamaktadır.

Bunun dışında psikiyatrik hastane bakımı, ayaktan mental hastalık tedavisi, toplum hemşireliği ve evde hemşire bakımı hizmetleri için de ayrı bir sigorta fonu bulunmaktadır (AWBZ). Hastalık fonları NGO (Non Governmental Organization; Hükümet Dışı Kurum) statüsündedir ve genellikle bölgesel düzeyde çalışmaktadırlar. Bugün nüfusun %85'ini kapsayacak ve genel vergilerle finanse edilecek yeni bir sağlık sigortası biçimi çalışmaları vardır.

Hekimler hizmet başı ödeme sistemi ile ücretlendirilmektedir.

Hollanda için de, son yıllarda söz konusu olan en önemli sorun sağlık hizmeti maliyetlerinin artışıdır. Bugün sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı %9 civarındadır. 1977 ile 1983 yılları arasında GSMH'nın artış oranı yıllık ortalama %2.6 iken, aynı dönemde sağlık harcamalarının yıllık artışı %12.2 olarak gerçekleşmiştir. Kişi başına harcamalar 73 florinden 2300 florine yükselmiştir. Toplam harcamaların %43.2'si hastalık sigortası fonuna, %27.6'sı özel hastalık sigortasına aittir. Özel sigortaların payı %24.5'tur. Kalan kısım ise hükümet kaynaklarına aittir.

Aile tüketim harcamaları içinde sağlık harcamalarının payı %4 ile 15 arasındadır.

(Bu bilgiler için bkz. 41, s. 72, 42, s. 27-32, 38, s. 78)

D-) KANADA

Kanada'da sağlık hizmetleri kamunun yönetimindedir. Toplam hastane yatakları içinde özel hastanelerin sahip olduğu yatak oranı yalnızca %0.4 oranındadır. Benzer durum hizmetin finansma-

nı için de geçerlidir. Kanada'da sağlık hizmetinin finansmanı ve yönetimi eyaletler düzeyinde organize edilmiştir. Her eyalet kendi finansman kanallarını yaratmıştır, ancak federal hükümetten de destek alır. Sigortalar hükümet dışı kamu kurumlarının yönetimdedir.

1957 yılında hastane sigortası, 1966 yılında kamu sağlığı sigortası uygulanmaya başlanmıştır. Aslında hastane sigortacılığının ilk uygulamaları 1947 yılında Saskatchewan eyaletinde başlamış, bunu 1957 yılında Alberta ve Newfoundland eyaletleri izlemiştir. Bu eyaletlerdeki uygulamaların başarısı Federal hükümeti 1957 yılında Hastane Sigortası ve Tanısal Hizmetler Yasası'nı (Hospital Insurance and Diagnostic Services Act) çıkartmak yönünde cesaretlendirmiştir.

Eyaletler hastane sigortası için federal hükümetten destek alırlar. Eyaletin federal desteği alabilmesi için, genel ve özel dal hastanelerinde evrensel ve kapsamlı bir yataklı tedavi hizmetini verebilmesi zorunluluğu vardır. Bunun dışında aynı yasa tüketici ödentilerini de belirlemiştir. Tüketici ödentileri, hastane kullanımını ve maliyetleri kontrol etmenin, ek gelir yaratmanın yolu olarak görülmektedir.

1966 yılında çıkarılan yasa, eyaletlerin federal destek alabilmelerinin koşullarını yeniden belirlemiştir. Buna göre her eyalet dört temel koşulu yerine getirmek zorundadır:

1-) Eyaletler, tıbbi açıdan zorunlu olan tüm hekim ve hastane hizmetleri için kapsamlı sigorta sağlamalıdırlar.

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.

Bu yapı, eyaletlere tüketici ödentilerini alabildiğine artırma olanağını vermiştir. Öte yandan sigorta planının nüfusun hemen tamamını kapsaması zorunluluğunun getirilmesi özel sigorta şirketlerinin piyasayı terk etmelerine neden olmuştur. Yasanın bu maddesinin uygulamasına ise, sağlık harcamalarının önlenemez biçimde artması sonucunda geçilmiştir. Diğer önemli bir nokta, yasanın, sigorta planını hükümet dışı bir kurumun yönetmesi zorunluluğunu getir-

miş olmasıdır. Bu yasaya göre, her eyalet, kişi başı ulusal sağlık harcamasının %50'sini federal hükümetten almaktadır. Bu uygulama tüm eyaletleri sağlık sigortası planı hazırlayarak uygulamaya yönlendirmiştir.

1983 yılı itibariyle eyaletlerin sağlık sigortası fonları şu kaynaklardan sağlanmaktaydı:

1-) Aile kurumunu birim kabul eden prim kesintileri: British Columbia, Alberta, Ontario eyaletlerinde uygulanmaktadır. Miktarı aylık 28 ile 54 Dolar arasında değişmektedir.

2-) Genel vergiler: Bütün eyaletlerde uygulanmaktadır. Saskatchewan, New Brunswick, Nova Scotia, Prince Edward Island, Newfoundland eyaletlerinde finansmanın tek yolu budur.

3-) Patrondan alınan payroll vergi: Manitoba ve Quebec eyaletlerinde uygulanmaktadır. Oranı %1.5 ile %3 arasında değişmektedir.

4-) Hekim hizmetleri için ekstra ödemeler: British Columbia ve Quebec dışındaki eyaletlerde yıllık toplamları 0.05 milyon Dolar ile 14 milyon Dolar arasında olmak üzere toplanmaktadır.

5-) Günlük hastane hizmetleri için tüketici ödentileri: British Columbia, Alberta, New Brunswick, Newfounland eyaletlerinde ve 5-20 Dolar olarak alınmaktadır.

1960'lı yıllardan başlayarak sağlık sigortası kapsamının genişlemesi sağlık harcamalarında da artışa neden olmuştur. 1961 yılında %5.9 olan GSMH içindeki sağlık harcamaları payı 1985 yılında %8.6'ya çıkmıştır.

(Bu bilgiler için bkz. 43, s. 103-134, 44, s. 43)

E-) BATI ALMANYA

B. Almanya'da sistemin üç amacı vardır: a) Herkese eşit ulaşım olanağı sunulması, b) Rekabet ve etkinliğin sağlanması: Fiyat rekabeti için üreticiye fiyat belirleme hakkının verilmesi, c) Tüketici ve üreticiye seçme hakkının tanınması.

B. Almanya'da ilk sigorta uygulaması 1883 yılında ve hastalık sigortası biçiminde başlamıştır. Uygulama başlangıçta yalnızca işçilere ve bazı tip hizmetlere sınırlı tutulmuştur. Yine başlangıç olarak hastalık fonları biçiminde gelişmiştir. Sonraki yıllarda sigorta kapsamındaki nüfus hızla artarken, sigorta fonlarının sayısı da azalmıştır. (Bkz. T. 11)

Tablo 11: B. Almanya'da Zorunlu Sigorta Sisteminin Gelişimi.

Yıl	Sigortalı Nüfus (Milyon)	Sigortalı Nüfus (%)	Sigorta Fonu Sayısı
1885	4.7	10.0	18.942
1911	10.0	21.5	22.000
1951	20.0	48.1	1.992
1960	27.1	85.0	2.028
1986	36.5	90.2	1.184

1911 yılında varolan tüm sigorta fonları belediyeler tarafından yönetilmekteydi. Bugün nüfusun hemen tamamı sigorta kapsamındadır: Tüm mavi yakalılar, belli bir gelir düzeyinin altındaki beyaz yakalı işçiler, çiftçiler, öğrenciler, işsizler; aileleriyle birlikte zorunlu olarak sigortalıdırlar. Nüfusun %8.5'u özel sigortaların kapsamındadır. Buna karşılık %5'in ise sigortası yoktur. Sigortasızlar, gelirleri belli bir değerin üzerinde olanlardır.

Hastalık sigortası fonları tamamen desantralize durumdadır. Çeşitli tiplerde kendi kendini yöneten bağımsız organizasyonlar konumundadırlar: Yerel hastalık fonları, endüstriyel fonlar, kırsal fonlar, denizcilerin fonu, madencilerin fonu, mavi yakalıların ve beyaz yakalıların fonu, zanaatkarların fonu gibi. Tüm fonların %23'ü yerel hastalık fonu tipindedir ve tüm zorunlu sigortalıların %47'sini kapsamaktadır. Endüstriyel fonlar ise tüm fonların %62'sini oluşturmakla birlikte, kapsamına giren nüfus toplamın %12'si kadardır.

Hastalık fonları, tıp birliklerinin federal ve bölgesel düzeydeki kurumları ile ayaktan tedavi edici hizmetlerin ücret tarifelerini belirlemek için görüşmek hakkına sahiptirler. Hükümet ise çıkardığı bir yasa ile sigorta hizmetlerinin genel çerçevesini belirler.

Hekim ücretlerini hekim birlikleri ile hastalık fonları arasındaki görüşmeler belirler. Hekim ödemelerini hekim birlikleri yapar.

Hastane finansmanı şu şekilde olur: a) Kapital harcamaları devlet bütçesinden finanse edilir, b) Cari harcamalar per-diem ödemelerle olur, c) Per-diem ödemeler ise hastalık fonları ile hastaneler arasındaki görüşmelerle belirlenir. Bu görüşmelerde ayrıca kimi kalitatif standartlar da saptanır.

Sigorta kapsamına giren hizmetler şunlardır: Ayaktan bakım hizmetleri, sınırsız hastane bakımı, sigorta fonuna kayıtlı olan uzman veya genel pratisyenlerden istediğini seçme hakkı, koruyucu bakım, aile planlaması ve rehabilitasyon hizmetleri, ücretsiz gebelik testi, ebe bakımı, 8 yaşından küçük veya sakat çocuğu olan gebe kadınlara ev bakımı.

Sigorta sistemi dışında çok küçük ölçekte iki sağlık sistemi daha bulunmaktadır. Bunlar: 1-) Yerel düzeyde yönetilip, finanse edilen kamu sağlık hizmetleri ve 2-) Büyük işletmelerde, patron tarafından organize ve finanse edilen fakrika tabanlı ve hekime dayalı tıbbi bakım hizmetleri.

Almanya'da sağlık harcamalarının 1970-75 döneminde yıllık %20 dolaylarında artması, hükümeti, harcamalardaki artışı azaltacak önlemler almaya yöneltmiştir. 1977 yılında alınan bir kararla, sağlık harcamalarındaki artış sigortalıların gelirlerindeki artışa bağlanmıştır.

Hastalık fonlarına giden primlerin yarısını sigortalı, kalan yarısını patron yatırmaktadır. Gelire orantılanırsa; 1986 yılı için primlerin gelire oranı %10.72 ile %12.62 arasında değişmektedir. Diğer bir gelir kaynağı yuvarlanan vergilerdir. Bunun oranı bireysel, tıbbi ve sosyal risklerden bağımsız olarak belirlenir ve sigortalı ile onun çalışmayan ailesini kapsamına alır.

Bunlar dışında, hastalık fonlarına aktarılan bir diğer kaynak, emeklilik fonlarından olur.

Almanya'daki toplam sağlık harcamaları, zorunlu sigorta fonlarından yapılanın iki katından daha fazladır. Zorunlu sigorta fonu dışındaki harcama kalemleri şu şekildedir: Özel sağlık sigortaları, özel hane halkı harcamaları (cepten harcamalar ki toplam içindeki oranı %38'dir), zorunlu kaza sigortası, zorunlu emeklilik sigortası ve yerel-federal düzeydeki hükümet harcamaları. Toplam harcamaların %34.9'u hastane hizmetlerine, %24.1'i ayaktan tedavi hizmetlerine, %27.1'i ilaç ve dental hizmetlere gitmektedir.

(Bu bilgiler için bkz. 45, s. 146-164, 38, s. 46, 46, s. 83-91)

F-) JAPONYA

Japonya'da ayaktan tedavi hizmetleri için sosyal güvenlik kapsamı oldukça geniştir. Ayaktan tedavi hizmetlerinin %89.4'ü, yata-

rak tedavi hizmetlerinin de %86.7'si kamu fonlarından finanse edilmektedir.

Sağlık harcamalarının %42.5'u hastane hizmetlerine, %36.4'ü ayaktan tedavi hizmetlerine ve %21.1'i de ilaç ürünlerine gitmektedir.

Sağlık hizmeti sunan kurumların çoğu özel sektördedir. Toplam 9403 hastanenin 7592'si özeldir.

Sigorta zorunludur, prim düzeyleri mesleğe göre değişir, bu sistem aktüeryal bir pirim sisteminden çok bir vergi niteliğindedir.

Mesleki sigorta; patron sigortası ve kendi başına çalışanların sigortası olarak ayrılır. 1000'den fazla çalışanı olan işletmelerin kendi sağlık sigortalarını oluşturmalarına izin verilir: SHI. Öte yandan hükümet tarafından da bir genel işçi sigortası fonu yönetilir: GHI. Bu fon bir öncekinin kapsamına girmeyen işletmeleri kapsar. SHI fonu 11 milyon işçiyi ve bunlara bağlı 16 milyon kişiyi kapsarken, GHI 14 milyon işçi ile 16 milyon bağımlı kişiyi kapsar. Bunların her ikisi de patron sigorta kurumları durumundadır.

Diğer patron sigorta planları spesifik meslekler içindir. İkisi doğrudan hükümet tarafından yönetilir: Bunlar ev işleri yapan işçiler için olanı (toplam 450 bin kişiyi kapsar) ile denizciler için olanı (toplam 750 bin kişiyi kapsar)'dır. Ayrıca merkezi hükümette çalışanlar, özel okullarda çalışanlar için de özel sigorta planları vardır.

Mesleki sigorta dışında, bölgesel sigorta planı da bulunmaktadır. Bu plan, belli bir bölgede ikâmet eden ve diğer sigortalardan herhangi birisinin kapsamına girmeyen kişileri kapsar. ehir, kasaba veya köy belediye sağlık fonlarınca finanse edilir.

Sigorta zorunlu ve isteğe bağlı olarak ikiye ayrılır. Zorunlu olanı sağlık masraflarının %70 ile %100'ünü karşılar. Ödeme sistemi üçüncü el ödemesi biçimindedir.

Çalışanların sigorta primlerinin düzeyi aylık maaşlarla orantılı olarak belirlenir. GHI için oran %8.5'dur ve işçi ile patron arasında eşit olarak paylaşılır. SHI primi belirlenmiş oran üzerinden %4.57'sini patron, %3.46'sını işçi ödeyecek şekilde alınır. Tüm primler payroll tax biçiminde toplanır. NHI primleri içinde payroll tax, hükümet katkısı ve o bölgede oturanlardan kişi başına kesilen bir vergi payı bulunur.

Japonya'da ödeme sistemi olarak sigortalı kişi ile sağlık kurumu arasında doğrudan ve formal bir ilişki yoktur. Ödemeler üçün-

cü bir kurum tarafından yapılır. Aynı durum hekim hizmetleri için de geçerlidir. Üçüncü elin yapısında sigortalı, sigortalayan ve kamunun temsilcileri bulunur. Bütün sistem hizmet başı ödeme biçimi üzerine kurulmuştur.

(Bu bilgiler için bkz. 24, s. 170-174)

G-) FRANSA

Fransa'da 1930 yılında zorunlu sigorta uygulaması getirildi. 1945 yılında ise bu fonun yönetimi aynı yıl kurulan Sosyal Sigorta kurumuna verildi. Sosyal Sigorta kurumunun yönetimi işçi temsilcileri, patronlar ve hükümet temsilcilerinden oluşan bir kurumca kontrol edilecekti.

Bugün Fransa'da sağlık hizmetlerinin finansmanında üç temel yol vardır: 1-) Doğrudan devlet finansmanı (%2.5), bireysel tüketicilerin kendilerinin yaptığı cepten ödemeler (%20) ve sağlık sigortasından yapılan harcamalar (%72.0). Sosyal Sigorta en büyük finansör kurum durumundadır. Ticari amaçlı sigorta kurumlarının payı %1.5'dur. Kalan %4'lük pay ise aracısız sigortalara aittir. Aracısız sigortada, araya üçüncü bir kurum girmeksizin, sigorta kurumu ile firma yönetimleri veya işçi sendikaları arasında doğrudan görüşmeler söz konusudur.

Harcamalarla ilgili olarak değişik bir kaynakta şu sayılar verilmektedir: Nüfusun %2'si kâr amaçlı sigortalara üyedir. Toplam harcamaların %65.1'i sosyal güvenlik kurumunca, %16.0'sı cepten harcama biçiminde, %5.9'u çeşitli yardım kurumlarınca, %3.7'si devletçe, %1.2'si diğer kaynaklardan karşılanmaktadır.

Bugün nüfusun %99'u zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır. Üç büyük sigorta programı bulunmaktadır. En büyüğü (Genel Fon) bütün çalışanların ve ailelerinin tıbbi masraflarını karşılar. Nüfusun %80'i bu kategoridedir. Bu fona yapılan katkılar hem çalışanlardan (%70) hem de patrondan (%30) gelir. Diğer iki ana program tarım işçileri ve kendi kendine çalışanlar içindir. Bu programların güvence kapsamı daha dardır. Yıllar içinde sigorta kapsamına giren nüfusla birlikte, ödeme kapsamına giren hizmet de artmıştır. (Bkz. T. 12)

Tablo 12: Fransa'da Zorunlu Sigorta Kapsamındaki Nüfus ile Sigortanın Ödediği Harcama Miktarları. (%)

Yıllar	Nüfus			Sigortanın Ödediği Miktar		
	Hastane Bakımı	Hekim Bakımı	İlaç	Hastane Bakımı	Hekim Bakımı	İlaç
1960	85	85	85	88	60	60
1970	96	96	96	91	58	70
1980	100	99	99	92	58	75
1986	100	99	99	92	58	75

Sigorta sistemi, hastaların hizmeti kullanım anında doğrudan ödemelerine dayanır. Daha sondan sigorta kurumu geri ödeme yapar.

Ayaktan tıbbi bakım hizmetlerinin %99'u sosyal sigorta kurumunun anlaşmalı olduğu hekimler tarafından yürütülmektedir. Bunun da iki tipi vardır. İlk sektörde, her hizmetin fiyatı bellidir. Hastalar tedavi gördükleri anda yaptıkları cepten ödemeyi sonradan sigorta kurumundan geri alırlar. İkinci sektörde ise, her hekim kendi ücretini kendisi belirler. Hastalar, ilk sektör için belirlenmiş olan ödeme miktarı kadar olan kısmı sonradan sigortadan geri alırlar. Fazla olan miktar kendi ceplerinden çıkmış olur.

Özellikle ilaç, temel sağlık hizmetlerindeki hekim harcamaları ve hastane bakımının ilk ayı için yüksek düzeyde (sırasıyla (%4070, %%75 ve %80 olmak üzere) kullanıcı ödentisi vardır.

Hastanelerin %30'u kamu sektöründedir. Buna karşılık toplam hastane yataklarının 2/3'ü kamu hastanelerindedir. Hükümet kamu ve özel hastanelerin günlük fiyatlarını denetlemektedir. Bu denetimin, hastaneleri, hastaların hastane yatış sürelerini maksimize etmeye yönlendirdiği belirtilmektedir. Yine belirtildiği kadarıyla bu durum hastane hizmetlerinin etkinliğini bozan en önemli olaydır.

Kişilerin sigorta harcamaları üzerinde denetimlerinin olmayışı, bireyleri sosyal sigortaya ek olarak ticari sigortaya itmektedir. Çünkü sağlık harcamalarının hükümet tarafından denetimi, bireysel düzeyde hizmet kalitesinin düşmesi olarak değerlendirilmektedir.

Fransa'da diğer Avrupa ülkelerindeki gibi en önemli finansman sorunu harcamalardaki artıştır. 1960-85 arasındaki 25 yıl içerisinde sağlık hizmeti tüketimi 5 kat artmıştır. Buna bağlı olarak da sağlık harcamalarındaki artış GSMH'nın büyüme hızını geride bırakan bir düzeyi yakalamış durumdadır. Sağlık harcamalarının yıllık artış hızı %6.6 oranındadır. Sonuçta sağlık harcamalarının özel tüketim içindeki payı 1960'daki %7 düzeyinden 1986 yılındaki %16 düzeyine çıkmıştır. 1960 ile 1986 arasındaki dönemde GSMH 2, özel tüketim harcamaları 10, sağlık harcamaları ise 30 kat artmıştır. Özel sağlık sigortası toplam harcamaların %5'ini kapsamaktadır.

(Bu bilgiler için bkz. 10, s. 179-192, 38, s. 41-42, 47, s. 71-73).

H-) İSVEÇ

İsveç finans sistemi İngiltere'ye benzemektedir. Finansmanın önemli kısmı, bölge düzeyinde (County) oransal vergilerden gelmekte ve bu da yine aynı bölge tarafından yönetilen hastane ve ayaktan tedavi birimlerine transfer edilmektedir. Bunun dışında ayaktan tedavi edici hizmetler için küçük bir miktar hasta ödentisi olmaktadır.

İsveç sistemi İskandinav ülkeleri için tipik bir örnektir. Finansman genel vergilerden, hizmet sunumu ise hükümet organlarınca yapılmaktadır. İngiltere'den tek farkı sistemin 26 adet bölge üzerine kurulmuş olmasıdır. Sorumlu kurum bölge konsülleridir.

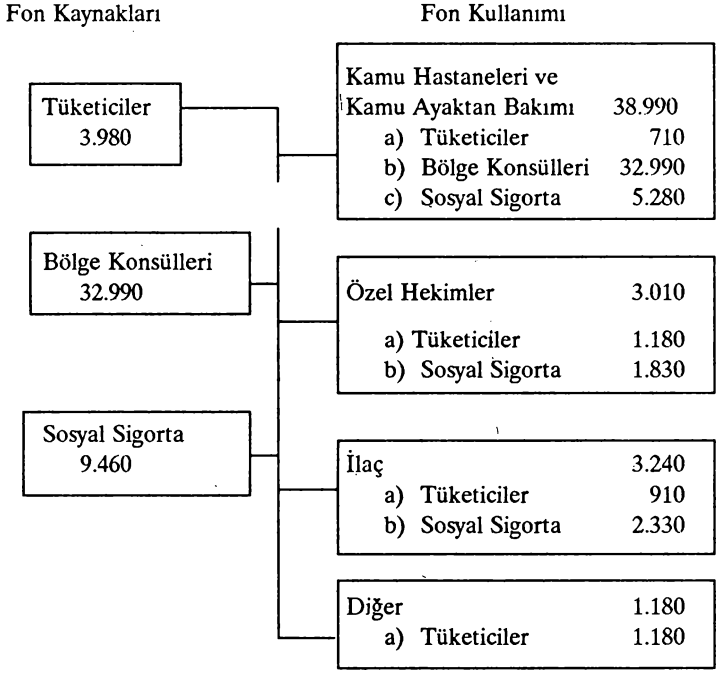
Hekimlerin ancak %5'i özel olarak çalışmaktadır. Ödemelerin de yalnızca %8'i cepten ödemeler şeklindedir.

Ayaktan bakım hizmetleri için iki tür örgütlenme söz konusudur: Kırsal bölgelerde hükümet sisteminde yer alan hekimler ve kentlerdeki özel hekimler. Özel hekimler hizmet başı ödeme sistemi ile ücretlendirilirken, 1970 yılından beri hükümet sistemi hekimlerinin ücretlendirilmesi aylık sabit maaş biçiminde olmaktadır. Yine 1970 yılından beri özel hekimlerin ücretlendirilmesi kısmen hastaların cepten ödemeleri biçiminde, kısmen de genel vergilerle finanse edilen sigorta fonundan olur. Özel hekimlerin bu ücretleri İsveç Hekimler Birliği ile sosyal sigorta kurumu arasındaki merkezi görüşmelerle belirlenir. Son yıllarda kentsel bölgelerdeki özel hekim sayısı giderek azalmaktadır.

Hastaneler ise 1864 yılından beri bölge hükümetlerince yönetilmektedir. Özel hastane sayısı çok azdır.

Tarihsel olarak, bölge konsülleri, yataklı tedavi; merkezi hükümet, mental bakım hizmetlerin ve kırsal bölgedeki ayaktan tedavi edici hizmetlerin; özel hekimler ile isteğe bağlı sigorta kurumları kentlerdeki ayaktan tedavi edici hizmetlerin sunumundan sorumluydular. İsveç'in bugünkü durumu, bu tarihsel geçmiş dikkate alınırsa daha kolay anlaşılabilir. Son yıllardaki dikkate değer tek değişiklik mental bakım hizmeti veren hastanelerin de bölge konsüllerinin yönetimine bırakılmasıdır.

İsveç sağlık sistemi harcamaları aşağıdaki şemada özetlenmiştir:



Sistemi besleyen başlıca vergiler; bölge konsüllerine ödenen orantılı gelir vergileri (gelirin %10'u) ve sosyal sigorta kurumuna ödenen payroll tax (yuvarlanan vergi) (gelirin %9'u)'dir.

1963'te sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı %5.1 iken, bu oran 1980'de %9.8'e çıkmış durumdadır.

Bugün için yerel ve merkezi vergiler ana kaynaktır ve toplam harcamaların 3/4'ünü karşılamaktadır. %18'i sosyal sigorta programlarından (ağırlıklı olarak patronca ödenen primlerle işletilen) ve kalan %9'u da cepten ödemelerden karşılanmaktadır. Bir başka kaynakta ise gelir kaynakları şu şekilde belirlenmektedir: Bölge konsüllerinin topladığı genel vergilerden %60, federal hükümetin vergi gelirlerinden %15, sosyal sigortadan %9, hasta ödentilerinden %4, eğitim-araştırma fonlarından %12.

(Bu bilgiler için bkz. 38, s. 102, 19, s. 197-210, 48, s. 175-188)

İ-) İTALYA

İtalya'da ilk sağlık sigortası 1928 yılında, işçilerin hastalık sigortası şeklinde başladı. İşçi ve patron finansmanıyla işleyen çeşitli zorunlu hastalık sigortası fonları kuruldu. 1939 ve 1942 yıllarında da kamu çalışanlarını kapsayan ve hükümet denetiminde hastalık sigortası fonları oluşturuldu. 1943 yılında ise varolan bütün zorunlu hastalık sigortası fonlarının birleştirilmesine karar verilmesi üzerine özel sektör de sigorta kapsamına alınmış oldu. Ancak 1958 yılına kadar fonlarda pratik olarak herhangi bir birleşme sağlanamadı. 1968 yılında zorunlu hastalık sigortası fonları Çalışma Bakanlığı'nın denetimine bırakıldı.

Ulusal sağlık sigortası sistemini finanse eden ve yöneten hastalık sigortası fonları 1978 yılında, ulusal sağlık sisteminin (NHS) oluşturulmasıyla birlikte resmen sonlandırıldı.

1986 yılı için Ulusal Sağlık Fonu'na gelen paranın %60.4'ü payroll tax'den, %35.9'u hükümet bütçesinden, kalanı ise hizmet sunumunda alınan ödentilerden olmaktadır.

Bu değişiklikle birlikte tüm vatandaşlar için sağlık bakımı standart ve parasız duruma getirilmiştir. Yine aynı yasaya göre hastane bakımı ve tedavi hizmetleri parasızdır.

Toplam sağlık harcamalarının %59.2'si hastane harcamalarına, %16.6'sı ilaca, %13.7'si ayaktan bakım hizmetlerine gitmektedir.

Toplam hastane yataklarının %16'sı özel hastanelerdedir.

İtalyan sağlık sigortasının çeşitli özellikleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir:

Tablo 13: İtalya'da Sağlık Sigortası Kapsamındaki Nüfus ve Harcama Miktarları. (%)

Yıllar	Hastane Bakımı İçin Sigorta Kapsamındaki Nüfus	Ayaktan Tedavi Hizmetleri İçin Sigortalı Nüfus	Sigortanın Ödediği Hastane Masrafı
1960	87	87	
1962	88	88	95
1965	91	91	95
1970	93	93	95
1980	100	100	
1986	100	100	

1952-86 yılları arasında sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı %1.6'dan %5.6'ya yükselmiştir.

(Bu bilgiler için bkz. 49, s. 211-237)

J-) ENDÜSTRİLEŞMİŞ ÜLKELERDE SAĞLIK FİNANSMANININ ANA NOKTALARI

Her ulusal sistemde üç taraf vardır: Tüketiciler (kullanıcılar), hizmeti sağlayanlar (kamu veya özel) ve sigortacılar (kamu veya özel).

Tüketicilerin hizmet için ödemeleri üç yolla olur:

a) Doğrudan cepten ödemeler: Bu biçim endüstrileşmiş ülkeler için çok küçüktür.

b) Sigortacıya vergi biçiminde yapılan ödemeler: Ya bir hükümet kurumuna ya başka bir kamu kurumuna ya da yarı kamu niteliğindeki kuruma olur. Sonuncusunun örneği ABD'deki Medicaide, Medicare ile Fransa'daki Sosyal Sigorta Kurumu'dur.

c) Özel sigortacıya ödenen ticari sigorta primi.

Ticari sigortacı diğer organizasyonlardan, primi, gerçek maliyetleri ve risk durumunu dikkate alarak hesaplanan aktüeryal prim düzeyi üzerinden toplaması ile ayrılır.

Buna karşılık, hükümet veya sosyal sigorta organizasyonu, risk durumunu veya kişinin geçmişteki hizmet tüketimini dikkate almaksızın sabit bir düzey üzerinden prim toplar.

Hizmeti üreten; bağımsız bir çalışan; hastane, klinik veya HMO gibi aynı zamanda finansör konumdaki bir kamu veya özel sektör kurumu olabilir.

Hizmeti üreten ile sigorta şirketi arasındaki ilişki iki yolla düzenlenebilir: a) İki taraf arasındaki anlaşmayla belirlenen bir ücret skalası, b) yıllık sabit bütçe.

Tüketici ile hizmeti üreten arasındaki ilişki de farklı biçimlerde organize edilebilir: Tüketici ile hizmeti üreten arasında belli bir periyod için belli bir sözleşme yapılabilir veya tüketici herhangi bir organizasyonu seçebilir. Örneğin İngiltere sağlık sistemi genel vergilerle ve tamamen devlet tarafından yönetilir. Ve sigortalı birey tümü devlet kontrolu altında olan hekim veya hastanelerden herhangi birisini seçebilir. Amerika HMO sisteminde ise sigortalı yalnızca ödeme yapmakta olduğu HMO'nun sunduğu hizmetten yararlanabilir. Öte yandan yine ABD'deki PPO sisteminde, sigortalı, sistemin kendisine sunduğu hekim listesinden seçtiği bir hekime gitmek zorundadır. (26, s. 244-245) (Burada sunulan bilgilerin tamamlayıcısı olması bakımından, 'Sağlık Hizmetlerinde Ödeme Mekanizmaları' adlı bölüme yeniden bakılması uygun olacaktır.)

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINDAKİ YENİ GELİŞMELER

A-) 2. SAVAŞ SONRASI GELİŞMELER

I. Genişlemenin Ekonomi Politiği

Kapitalizm, 2. savaş sonrası dönemde, daha sonraları sosyal refah devleti gibi tanımlamaların yapılmasına neden olacak bir genişleme olanağını yakaladı. Genişleme; bütün ekonomide ortalama kâr oranlarının artışı biçiminde görüntülendi. Bu süreç, kapitalizmin ekonomik, toplumsal ve siyasal boyutlarıyla stabilizasyonu anlamına geliyordu. Bir yanıyla işçi sınıfının kapitalist sistem içine entegrasyonuydu. Sistemin bu entegrasyonu başarabilmesinin ve kendisini yeni bir genişleme dönemine uyarlayabilmesinin en önemli etkenlerinden birisi, işçi sınıfının gerek savaş öncesi dönemde, gerekse savaş yılları boyunca içine düştüğü örgütsel yetersizlik durumuydu. İşçi sınıfının politik mücadeleceğine ilişkin bu noktanın dışında, ortalama kâr oranının artışını olanaklı kılan bilimsel teknolojik gelişmelerin ve Fordist iş örgütlenmesi biçimlerinin de, genişleme dönemi üzerindeki etkilerini özel olarak anmak gerekir.

Genişleme dönemi, kabaca 1970'li yılların ortalarına kadar sürdü. Bu dönem boyunca, Keynesçi ekonomik politikalar, sermayenin içine gireceği yeni bunalımların tamponlanması ve kapitalizmin hafif sarsıntılarla yoluna devam edebilmesi amacıyla kullanıldı. Bilindiği gibi Keynesçi ekonomi politikalar, sermayenin bunalıma girdiği an ve alanlarda devletin ekonomiye müdahalesini ve sermayenin önünü açıcı bir işlevi üstlenmesini savunur. Buna göre, sermayenin bunalıma girdiği ve ortalama kâr oranlarının düşmeye başladı-

ğı dönemlerde, devlet, sermayenin kârlı görmeyerek yatırım yapmak istemediği, ancak bir yandan da sermaye akışının gerçekleşebilmesi için alt yapı oluşturan alanlara girer. Bunun da ötesinde sermayeyi bunalımdan kurtarmak amacıyla üretimsel karşılığı olmayan bir kredi sistemini 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, hattâ sermayenin değersizleşmesi (bir çok fabrikanın kapanması vb.); kapitalizmin yeni bir krize yönelmesi durumunun söz konusu olduğu anlarda, devlet karşılıksız para basmak yoluyla, kapitalizmi krizden kurtarmaya çalışır. Dolayısıyla 2. savaş sonrası dönemdeki genişlemenin, aynı zamanda Sosyal Refah Devleti olarak tanımlanmasının kendi içinde tutarlı bir yanı da bulunuyor.

Böylece sosyal refah devleti aktiviteleri dört alanda toplanır: Doğrudan para ödemeleri, tıbbi bakım, eğitim ve yiyecek, konut ve diğer refah hizmetleri. Tam istihdam refah devletinin major bileşenidir.

Devletin ekonomiye müdahalesi farklı biçimlerde olabilir: Hizmet, devlet tarafından üretilmese de, finansmanı devlet tarafından yapılabilir. Devlet hizmeti kendisi üretebilir. Kullanıcılara kullandıkları özel sektör hizmetlerinin karşılığını ödeyebilir. Bireylere kendi tercihlerini yapmaları için para verebilir. (Ayrıntılar için bkz. 50, s. 743)

Pratik düzlemde bütün bu söylenenlerin toplumsal boyutlardaki yansıması; devletin emek-gücünün yeniden üretilmesine yönelik hizmet alanlarına derinlemesine girmesi ve kimi toplumsal hizmetleri elinde toplamasıdır. İşte bu olgu, devletin doğasının değiştiği yolundaki iddialara da dayanak oluşturmuştur.

"**Aslında, ünlü refah devletinin sırrı şudur: İşçi sınıfının ve öteki ücretli katmanların (büyük ölçüde küçük burjuvazinin de) bir bölümü, sınıfın bütününün katkıları ile oluşturulan fonlardan yararlanarak yaşamlarını sürdürebilmekte (işsizlik sigortası, emeklilik vb.) ve/veya özgül bazı gereksinimlerini (sağlık bakımı, eğitim vb.) karşılayabilmektedirler. Söz konusu bölüm ya çeşitli nedenlerle (hastalık, sakatlık, yaşlılık) emek-gücünü satamayacak durumda olan bireylerden, ya da emek-gücünü satabilecek durumda olduğu halde ellerindeki bu tek metaya alıcı bulamayan bireylerden (işsizlik) oluşur. Bu bireylerin de çalışmış oldukları süre-**

lerde 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." (51, s. 52)

Sosyal devlet, sermaye adına kimi düzenlemeleri üstlenmiş devlettir. Düzenlemeler artı-değerin bir kısmının emek-gücünün yeniden üretimine ayrılması esasına dayanır. Bu anlamda, refah devleti kapitalizmin ancak genişleme olanağı bulabildiği dönemlerde söz konusu olabilir. Çünkü, sağlık, eğitim 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 daha üretken kılacağını ve böylece de ortalama kâr oranının artacağını tahmin ettiği zaman kabul eder. Sistemin tıkandığı, emek-gücü üretkenliğinin bütün olarak düştüğü kesitlerde ise, sağlık gibi sosyal alanlara pay ayrılmasını kabullenemez. Bir boyutuyla bu süreç, varolan, kullanılagelen üretim tekniklerinin o an için artık geçersizleştiğinin de göstergesidir. Artık, kullanılagelen üretim teknikleri, ortalama kâr olanını eski düzeyinde tutacak bir emek-gücü üretkenliğine izin vermemektedir. Sermayenin değersizleşmesi süreci kendisini dayatmıştır. Böylece, emek-gücünün yeniden üretimine yarayan artı-değer (değişen sermayenin bir kısmı) ayrılmasına da gerek kalmamıştır.

Şüphesiz ki, sosyal refah devleti olgusunun gelişimini yalnızca sermayenin tek taraflı belirleyiciliğiyle açıklamak doğru olmaz. Daha önce de belirtildiği gibi, devletin sosyal alanlara müdahalesinin arka planında kitlelerin artan beklentileri, sosyalist dünya sisteminin ideolojik düzlemdeki baskısı da bulunmaktadır. Bu anlamıyla sosyal refah devleti işçi sınıfı ve tarihsel bağlaşıkları ile burjuvazi arasındaki bir denge durumudur. Ancak bu dengenin 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 izleyebilmek olasıdır: 2. savaş sonrası dönemde İngiltere'de bütün planlar "yeni" İngiltere için yönlendirilmişti. İngiltere kapitalizminin yalnızca ekonomik değil, politik stabilizasyon sorunuyla da yüz yüze olduğu tespiti yapılmıştı. **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 bir etki yarattı. Nitekim rapor birkaç saat içinde 70 bin adet satt ı ve üç hafta sonra her 20 yetişkinden 19'u raporu işitmiş ve düşüncelerini benimsemiş durumdaydı.

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 bir planın parçası olmalıydı. Amaç İngiletere kapitalizminin stabilitesinin sağlanmasıydı.

Bu bağlamı içinde, NHS (İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi), sermaye ile işçi sınıfı arasındaki savaş sonrası güçler dengesinin önemli bileşenlerinden birini oluşturdu. Savaş sonrası dönemde, gereksinimleri karşılayan bir sağlık sisteminin kurumlaştırılması yönünde dikkate değer bir sınıf baskısı vardı. Ancak sınıfın politik ve ideolojik gücü, kendi taleplerini tamamen sürece yansıtmasını sağlamaktan uzaktı.

Sonuç olarak, NHS'nin son yapısı devletle çeşitli çıkar grupları arasındaki tartışmalarla belirlendi. Bu süreçte özellikle hekimlerin etkileyici olduğunu belirlemek gerekir. İngiliz Hekimler Birliği ile devlet arasındaki görüşmelerde Birlik şu taleplerini savundu: a) Klinik hekimlik üzerinde herhangi bir denetim getirilmemesi. b) Hekimlere devlet tarafından ekonomik güvence sağlanması. c) Konsültan düzeyindeki uzman hekimlerin özel hekimlik yapabilme haklarının sınırlanmaması. Görüşmelerle biçimlenen ve 1948'de yaşama geçen NHS yapısı, 1943'de önerilen orijinal biçiminden oldukça farklıydı ve bu süreçte en kazançlı çıkanların uzman hekimler ve hastaneler olduğu belirtilebilir. Sistemin denetimi önemli oranda hekimlerin ve yöneticilerin eline geçti. (NHS konusundaki bu genellemeler için bkz. 52, s. 177-194.)

Devletin sağlık alanına müdahalesi, sağlık sektörünü özellikle tıbbi teknoloji ve ilaç sektörlerini kârlı bir yatırım alanı durumuna getirdi. Sonuç olarak emperyalist ülkelerin tümünde sağlık harcamaları önlenemez biçimde artmaya başladı. Savaş sonrası dönemde Kuzey toplumlarının değişen demografik özellikleri; tıbbi bakımı daha çok tüketmek eğiliminde olan yaşlı nüfusun toplum içindeki oranının artışı; standardize edilmiş ve sosyal sigorta programları ile

güvence altına alınmış sağlık hizmetlerinin yaşlanan ve sürekli tüketmek yönünde motive edilen toplumda ortaya çıkardığı aşırı sağlık hizmeti kullanım yönündeki normlar, harcamalardaki artış eğiliminin kökleşmesine neden oldu.

Bu olgular bundan sonraki alt başlıklarda somut verileriyle incelenecektir.

II. Kuzey'in Durumu

2. savaş sonrası dönemde sağlık sektöründeki gelişmelerde altı çizilmesi gereken nokta, harcamaların neredeyse önlenemez biçimde artışıdır. Genel olarak belirlemek gerekirse bu eğilim, ekonomileri Güney'e göre çok daha iyi olan, dünyayı ekonomik, siyasal anlamda yönlendiren ve nihayet dünyadaki toplam sağlık harcamalarının %80'ini gerçekleştiren Kuzey ülkeleri için geçerlidir.

Sağlık harcamalarındaki artış iki düzlemde incelenebilir: Sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı ve sağlık harcaması bileşenlerinin ağırlıklarındaki değişiklikler. Bu değişikliklerin somut verileriyle seyri şu şekildedir:

Avustralya'da 1988-90 yılları için hükümet harcamalarının %13.6'sı sağlık içindi. Bu oran 1992-93'te %15.4 oldu. Bunun %40'ı hastanelere, %17'si tıbbi hizmetlere yapılmaktadır. (23, s. 592)

Hollanda'da 1977-83 yılları arasında kişi başı GNP'deki gerçek yıllık artış %2.6 olarak gerçekleşti. Aynı dönemde sağlık harcamalarının GNP içindeki payı %3'ten %9'a yükseldi. Büyümenin en yüksek olduğu yıllar 1960 ve 70'lerdi ve yıllık ortalama büyüme hızı %12.2'ydi. (Bkz. T. 14)

Tablo 14: Hollanda Sağlık Sektörünün Yıllık Büyüme Hızları. (%) (42, s. 34)

	1953-58	58-63	63-68	68-73	73-78	78-83	53-83
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

1963-68 yılları arasında kişi başı GNP'nin yıllık artışı %10.2 oldu. Sağlık bakımı harcamaları ise aynı dönemde yıllık % 15.1 artış gösterdi. 1968-73 yılları için aynı oranlar %12.2 ve %19.0 oldu.

Hollanda için yukarıda özetlenen sağlık harcama artışları içinde, hizmet bileşenlerinin ağırlığı da yıllar boyunca önemli oranda değişti. (Bkz. T. 15)

Tablo 15: Sağlık Sigortası Kapsamındaki Sağlık Hizmeti Bileşenlerinin Kişi Başı Maliyetlerinin Büyüme Hızları. (%) (42, s. 36)

	1953 Yılı Maliyet Payı	1953-85 Yıllık Büyüme	1985 Yılı Maliyet Payı
Genel Pratisyenler	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 Hizmetler	1.1	17.0	4.5
Yönetsel Maliyetler	7.5	10.3	4.7
Diğer	10.0	10.1	6.0
Toplam	100.0	11.9	00.0

Görüldüğü gibi aradan geçen 32 yıl içinde hastane hizmetleri maliyette en önemli ve yarıya yakın oranı oluşturmuştur. Hastane harcamalarındaki artış, hizmetin hacimce büyümesinden değildir. Nitekim 1953 ve 1985 yılları için 1000 kişiye düşen hasta yatağı oranı hemen hemen aynı düzeyde kalmıştır: 4.48 ve 4.72. Anılan dönem boyunca sağlık bakımı fiyat indeksindeki yıllık artış (%9.8), yıllık enflasyon hızının da (%5.1) üzerindedir. (42, s. 33-36)

Amerika için de benzeri bir durum söz konusudur. (Bkz. T. 16)

Tablo 16: Amerika'da Sağlık Hizmeti ve Ekonomi. (32, s. 68-69)

Yıllar	Kişi Başı Gerçek GNP 1972'ye Göre $	Kişi Başı Gerçek GNP Büyüme Hızı %	Kişi Başı Sağlık Harcaması $	S. Hizm. Fiyat İndeksi Yıllık Değişimi %	SH/GNP
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 17: Amerika'da Hizmet Bileşenlerinin Harcamalar İçindeki Payı. (%)

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

* Hastane kalışları sırasındaki hekim ücretlerini gösterir. Ayaktan tedavi hizmetleri hakkında fikir vermez.

ABD'de 1000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı da 1950'den 1986'ya 9.6'dan 5.7'ye düşmüştür. Kısaca, hastane harcamalarındaki artış hizmetin hacimce büyümesinden değildir. Hollanda'da da gözlenen bu eğilim, ABD'de daha da güçlüdür. 1950 ile 1986 yılları arasında. 10000 kişiye düşen hekim sayısı 134'ten, 231'e yükselmiştir. Bir başka deyişle sağlık harcamaları içinde hekim payının düşüşü ile hekim sayısındaki dikkate değer artış birlikte seyretmektedir.

İsviçre'de de hekim ve hastane yataklarının nüfusa oranları di-

ğer ülkelerdeki gibidir. Ayaktan bakım hizmetlerine yönelik harcamalar azalır ve hastane harcamaları artarken, 10000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı çok hafif bir artış göstermiş (1960'da 126, 1986'da 131), hekim sayısı ise dramatik biçimde yükselmiştir (1960'da 9.1 ve 1986'da 14.7)

Tablo 18: İsviçre'de Sağlık Harcamaları ve Ekonomi. (53, s. 96)

Yıllar	Gerçek GDP Büyümesi (%)	Sağlık Harcamaları Büyümesi (%)	SH/GDP
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 19: İsviçre'de Sigorta Kapsamındaki Nüfus. (53, s. 97)

Yıllar	Sigortalı Nüfus Oranı
1966	84.2
1970	88.9
1975	94.0
1980	96.8
1985	98.0
1986	98.3

Tablo 20: İsviçre'de Sağlık Harcamalarının Yapısı. (53, s. 98)

Yıllar	Hastane	Ayaktan Bakım	İlaç	Diğer
1977	43.0	27.7	13.9	15.4
1980	44.8	26.4	14.1	14.7
1982	44.5	26.2	14.7	14.6
1984	45.1	26.3	14.2	14.4

Kanada'da 1961 yılında %5.9 olan SH/GNP oranı 1985 yılında %8.6'ya yükselmiştir. Her 1000 kişiye düşen hastane yatağı ka-

pasitesi 1970 yılında 9.89 iken, 1986 yılında 6.97'ye düşmüştür. (43, s. 119) Buna karşılık, diğer ülkelerde olduğu gibi, sağlık harcamaları içinde hastane hizmetlerinin payı artmaktadır. (Bkz. Tablo)

Tablo 21: Sağlık Harcamalarının Hizmet Türlerine Dağılımı. (%) (37, s. 138)

Yıllar	Hastane	Hekimler	İlaç
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

Kanada'da, yukarıdaki gelişmelere ek olarak; her 1000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı 1975'te 11.84 iken 1984'te 11.12'ye düşmüş, her 100000 kişiye düşen hekim sayısı ise 193'ten 256'ya yükselmiştir.

B. Almanya'da durum aşağıdaki gibidir:

Tablo 22: B. Almanya'da Zorunlu Sağlık Sigortası Kapsamındaki Hizmetlerin Harcamalarındaki Yıllık Artış. (%) (45, s. 151)

Hizmet Türü	1971-75	1976-80	1981	1982	1986
Hekim Hizmeti	15.7	6.4	7.3	2.6	3.2
Diş Hizmetleri	19.4	6.0	7.5	2.3	7.6
İlaçlar	16.1	7.2	8.4	1.1	6.2
Hastane Bakımı	23.4	7.8	7.2	8.3	7.0
Toplam Harcamalar	19.4	8.1	7.3	0.9	5.0
GNP Artışı	8.5	7.6	3.8	3.6	5.5

Görüldüğü gibi Almanya'da da teknolojiye bağımlı hizmetler gerek sağlık harcamalarının yıllık büyüme hızının üzerinde bir hızla, gerekse de GNP artışının üzerinde bir hızla artmaktadır.

Japonya da sağlık harcamalarının hızla artışından rahatsız bir konumdadır. Özellikle 1980'li yıllarda hiç olmazsa yıllık artış oranlarının sınırlandırılması yolunda kimi önlemler alınmıştır. Sonuç olarak 1980'de %9.4, 1981'de %7.4, 1982'de %7.8, 1983'te %4.7 olan yıllık artış oranı 1984'te %2.5'a indirilmiştir. (24, s. 177)

Fransa'da 1960'da %4.2 olan SH/GNP oranı 1986 yılında %9.8'e yükselmiştir. (40, s. 184)

Tablo 23: İtalya'da Sağlık Harcamaları ve Ekonomi. (49, s. 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 24: İtalya'da Sağlık Harcamalarının Yapısal Durumu. (%) (49, s. 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

Harcama kalemlerindeki değişikliklere karşın, hekim sayısı ile 1000 kişiye düşen hastane yatağı oranlarındaki değişiklikler T. 25'deki gibidir.

Tablo 25: İtalya'da Hekim ve Hastane Yatağı Oranları. (49, s. 220)

Yıllar	10000 Kişiye Düşen Hekim	1000 Kişiye Düşen Yatak
1960	15.7	7.5
1965	16.8	7.9
1970	18.1	8.8
1975	21.8	9.0
1980	31.5	8.4
1985	41.6	6.9
1986	43.2	6.6

1960-86 arasındaki 26 yıl içinde hekim oranında yaklaşık 3 kat bir artış olurken, hastane yatak oranlarında azalma gözlenmektedir. Her iki eğilim de, sağlık harcama paterniyle tamamen ters yöndedir: Hastane yatak oranındaki azalmaya karşılık, hastane hizmetlerine yapılan harcamalar artmakta; hekim oranlarındaki önemli artışa karşın ise ayaktan bakım masrafları azalmaktadır.

Endüstrileşmiş ülkelerde, 2. savaş sonrası dönemde, zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki nüfus ve bu nüfusun yararlandığı hizmet içeriği dramatik biçimde artmıştır. Nitekim toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı 1960'daki %60'lık düzeyinden, 1965'te %65'e, 1970'te %70'e, 1975'te %80'e yükselmiş durumdadır. Sağlık harcamalarındaki artışın altında yatan nedenlerden birisi de budur. (Ayrıca Bkz. T. 26)

Tablo 26: OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme. (26, s. 252)

	1955-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-83
A; SH/GDP	4.3	4.9	5.7	6.8	7.2	
B; GDP'deki Yıllık Artış	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

Yukarıda endüstrileşmiş ülkeler (ya da dünyanın Kuzey'i için) sıralanan verilerin sonuçları şu şekilde toparlanabilir:

1-) 2. savaş sonrası dönemde tüm Kuzey ülkelerinde sigorta kapsamına giren nüfus ve bu nüfusun sigorta uygulaması ile yararlandığı sağlık hizmetinin içeriği hızla genişlemiştir. Bugün nüfusun hemen tamamı sigortalıdır ve son yıllarda harcamaları azaltmak, en azından sınırlamak amacıyla kimi kısıtlamalar getirilmiş olmakla birlikte, sigorta kapsamına alınan sağlık hizmetinin içeriği de zenginleşmiştir. Sonuç olarak, 1980'ler sonrasındaki tüm sınırlama çabalarına karşın, hemen bütün endüstrileşmiş ülkelerde sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı %10'un üzerinde seyretmektedir. Söz konusu ülkelerin çoğunda sağlık harcamaları eğitim ve savunma harcamalarının da üzerinde gözükmektedir. (Bkz. T. 27)

Tablo 27: Endüstrileşmiş Ülkelerde Sağlık, Eğitim ve Savunma Harcamalarının GSMH içindeki Payı. (%) (18, s. 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 hizmetinin temel bileşenleri olarak hastane hizmetleri, ayaktan bakım hizmetleri ve farmasötik hizmetler alınırsa; harcamalar içinde özellikle hastane hizmetlerinin payının giderek arttığı izlenmektedir. Bugün hastanecilik hizmetlerinin toplam içindeki payı %60'lar düzeyindedir. Hükümetlerin cari harcamaları içinde hastane harcamalarının payı ise %50-80 düzeyindedir. (54, s. 1) Buna karşılık ayaktan tedavi edici hizmetlerin payı hemen aynı oranda

azalmakta, buna karşılık ilaç giderlerininki aynı düzeyini korumakta ya da küçük bir artış eğilimi göstermektedir.

3-) Buna karşılık, her 1000 kişiye düşen yatak sayısı azalmakta, ek olarak da 10000 kişiye düşen hekim sayısı dramatik biçimde artmaktadır. Yüksek gelir grubundaki ülkelerde 1970 yılında hekim başına 710 kişilik bir nüfus düşerken, bu sayı 1990 yılı için 420'ye inmiştir. (38, s. 292) Bu iki veri iki gerçeğe işaret etmektedir:

a) Hastanecilik hizmetlerinin pahalılanmasının nedeni yatak sayılarındaki artıştan ya da hastanecilik hizmetlerinin genişlemesinden değildir. Genelleme yapmak için başka veriler gerekse de (ortalama hastane yatış süreleri, yatak doluluk oranları, hastane hizmetlerinin kapsamı vb.) artışın teknolojik yoğunlaşmadan ve daha karmaşık teknolojilerin kullanılmasından ileri geldiği söylenebilir.

b) Hekim emeği giderek ucuzlamaktadır. Hekim sayılarındaki çok önemli artışlara karşın, harcamalar içinde ayaktan tedavi edici hizmetlerin ağırlığı azalmaktadır. 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 görmemektedir. Çünkü sağlık sektörü yapısı gereği halen yoğun emek kullanmak durumundadır. Bu nedenle maliyet sınırlamasının en başta gelen yolu olarak emek-gücü maliyetlerinin düşürülmesi öne çıkarılmaktadır.

4-) Yukarıdaki verinin, harcama paternleri bakımından işaret ettiği bir diğer gerçek; sağlık hizmetinin emek yoğun karakteri yanında, giderek teknoloji yoğun bir karakter kazanmasıdır. Hizmetin teknoloji yoğun niteliğinin, tekelleşmeyi koşulladığı, buna bağlı olarak da harcamaları ve doğal olarak da hastane harcamalarını önlenemez biçimde artırdığı belirtilebilir. Bunun da ötesinde tekellerin yoğun teknoloji kullanımını uyarıcı politikaları benimsedikleri söylenebilir.

5-) Sağlık harcamalarındaki yıllık artış oranı, çoğu kez, ulusal gelirin yıllık artış oranının üzerinde seyretmektedir. 197089 aralığı için Almanya, Japonya ve ABD'de aradaki fark %30'dan fazladır. Fransa için aynı değer %20, Kanada ve İngiltere içinse %10'dur. Kısaca doğrudan üretken bir sektör olmayan sağlık sektörü, toplam üretimin üzerinde bir hızla gelişmektedir. Kapitalist ekonomileri en fazla düşündüren nihai durum budur. Çünkü kapitalist ekonomi bağlamında bu olgu, toplumun üretmekten çok tüketmesi biçimin-

de yorumlanmakta ve enflasyonist bir etkisi olduğu vurgusu yapılmaktadır.

III. Güney'in Durumu

Kuzey için en önemli sorun sağlık harcamalarındaki artışken Güney'de sağlık için kullanılabilecek temel kaynaklardaki sıkıntı önemlidir.

Afrika ülkelerinde, 1980'lerin başındanberi yoğunlaşan ekonomik kriz sonrasında sağlık harcamaları düşmüş durumdadır. 20 Afrika ülkesinde, kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının kişi başı yıllık ortalaması 1982 yılında 9.5 Dolar iken, 1985 yılında 8.7 Dolar'a düşmüştür. Aynı miktar 1987 yılında 9.9 Dolar'a yükselmiş olmakla birlikte, artış hemen tamamen dış yardımlara bağlıdır. (55, s. 166)

1980'lerin ilk beş yılında Senegal'de %49.5'luk, Mali'de %30.4'lük, Ghana'da %33.7'lik, Cote d'Ivore'de %53.0'lık azalma söz konusudur. Sub-Saharan Afrika'da kişi başı sağlık harcamaları 1975'te 5.16 Dolar'ken, 1980'de 5.17 ve 1985'te de 4.70 Dolar'a inmiştir. (Bkz. T. 28)

Tablo 28: Dört Afrika Ülkesi İçin Kişi Başı Hükümet Sağlık Harcamaları. (1981: 100) (56, s. 23)

	1982	1985
Senegal	83.3	65.7
Mali	87.7	69.6
Cote d' Ivore	87.0	52.1
Ghana	95.1	104.6

Dünyadaki toplam sağlık harcamalarının (1.700 milyar Dolar) %90'ını, dünya nüfusunun 1/6'sının yaşamakta olduğu yüksek gelir grubundaki 22 adet ülke kullanmaktadır. Tek başına ABD, toplam sağlık harcamalarının %41'ini yapıyor. Gelişmekte olan ülkelerdeki kişi başına sağlık harcaması, zengin ülkelerinkinin 1/30'udur.

1980 yılında kişi başı GNP'si 350 Dolar'ın üzerinde olan ülkelerin sağlık harcaması, daha düşük olanların sağlık harcamasının 3 katıydı. Aynı oran 1985 yılında 7 kat oldu.

Afrika ülkelerinde de sağlık harcamaları hastanecilik hizmetlerinde ve kentlerde yoğunlaşmıştır. Yukarıdaki ülkeler nüfusunun %19 ile %44 arasındaki oranı kentli olmasına karşın, kamu sağlık harcamalarının %80-89'u kentsel alanda gerçekleşmektedir. 1988 yılında Uganda'da sağlık çalışanlarının %76'sı hastanelerde ve %72'si kentte toplanmıştı. Buna karşın halkın %90'ı kırsal kesimde yaşamaktaydı.

G. Kore'de, 1963 yılında, hane halkı harcamalarının %2.8'i sağlık içindi. Bu oran 1975 yılında %4.1 oldu. Bunun %57'si ilaç, %33.5'u hekim, %8.4'ü hastane bakımı ve %0.7'si X-Ray içindi. (20, s. 89)

Filipinler'de harcamaların %57'si tedavi edici hizmetlere gitmektedir. (57, s. 2)

Yine bu ülkeler için önemli bir sorun; özel sağlık harcamalarının ağırlıklı oluşudur. Senegal'de toplam sağlık harcamalarının %38.9'u, Mali'de %54'ü özel harcamalardır. Kamu kaynaklarındaki kıtlık, özel harcamaların oranını artırmaktadır. Özel harcamalar hizmeti kullanım sırasında yapılan cepten ödemeler biçimindedir. (58, s. 10-11, 56, s. 1-2, 59, s. 615) (Ayrıca Bkz. T. 29)

Tablo 29: Çeşitli Afrika Ülkelerinde Ulusal Gelir ve Yıllara Göre Sağlık Harcamalarının Ulusal Gelir İçindeki Payı. (%) (58, s. 32)

	Ulusal Gelir	1975	1987
Etyopya	120	4.7	3.5
Burkina Faso	230	6.6	5.2
Burundi	230	7.2	5.8
Mali	230	3.1	2.6
Uganda	280	4.0	2.4
Nijerya	290	2.2	0.8
Zambia	290	5.8	4.7
Kenya	360	8.0	5.1
Kamerun	1010	5.1	3.5

Sub- Saharan Afrika'da 1980 yılında 5.17 Dolar olan kişi başı sağlık harcaması, 1985'te 4.70 Dolar'a düşmüştür. Bunun %50'si özel sağlık harcamasıdır. (60, s. 2)

Gelişen ülkelerde sağlık harcamalarının %40 ile 80'i hastanecilik hizmetlerine olmaktadır. Bu oran, daha fazla toplam sağlık harcamasına ve daha fazla oranda yaşlı nüfusa sahip olan endüstrileşmiş ülkelerden yüksektir. Endüstrileşmiş ülkelerde hastanecilik harcamalarının toplam içindeki payı %35-70 arasındadır. (18, s. 135)

Özellikle Sub-Saharan Afrika ülkeleri için yabancı yardımların sağlık harcamaları içinde önemli bir yeri vardır: Yabancı yardımların toplam harcamalar içindeki oranı Mozambik için %52.9, Tanzania için %48.3, Uganda için %48.4'dür ve verisi bulunabilen Sub-Saharan Afrika ülkelerinin ortalaması %10.4 oranındadır. Aynı oran L. Amerika ülkeleri için %1.3, Orta-Doğu için ise %1.2'dir. (18, s. 210-211)

Güney'de sosyal güvenlik programları kapsamına girebilen nüfus oranı çok azdır. Aşağıdaki tabloda bu durum karşılaştırmalı olarak gösterilmiştir.

Tablo 30: Çeşitli Ülkelerdeki Sosyal Sigorta Durumu. (1990) (18, s. 120)

	Sosyal Sigortalı Nüfus (%)	Sosyal Sigortanın Kamu Sağlık Harcamalarındaki Payı (%)	Sosyal Sigortanın Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı (%)	SH/GNP
Düşük Gelirliler				
Hindistan	5	9	2	6.0
Kenya	10	7	4	4.3
Endonezya	13	17	6	2.0
Orta Gelirliler				
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 Gelirliler				
Almanya	75	76	63	8.0
Japonya	100	64	56	6.5
Fransa	100	95	71	8.9
Hollanda	100	94	73	7.9

Güney ülkelerinde sağlık harcamalarının önemli bir kısmı özel kaynaklardan veya dış yardımlardandır. Buna karşılık endüstrileşmiş ülkelerdeki sağlık harcamalarında kamunun payı ağırlıklıdır. (Ülkelere göre sağlık harcamalarının dağılımı ile ilgili olarak bkz. T. 31)

Tablo 31: Sağlık Harcamaları (SH) İçin Genel Değerlendirme. (1990) (18, s. 52)

Ülkeler	Nüfus (%)	SH (%)	Halk Sağlığı Harcaması (%)	SH/GSMH (%)	Kişi Başı SH (Dolar)	Kişi Başı SH Oranı (SSA: 1)
Yerleşik Pazar Ekonomisi	15	87	60	9.2	1860	78.9
Eski Avrupa Sosyalist Ekonomi	7	3	71	3.6	142	6.0
L. Amerika	8	3	60	4.0	105	4.5
O. Doğu	10	2	58	4.1	77	3.3
Diğer Asya 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
SSA*	10	1	55	4.5	24	1.0
Gelişen	78	10	50	4.7	41	1.7
Toplam (Dünya)	100	100	60	8.0	329	13.7

* SSA : Sub Saharan Afrika

Dünyanın Güney'i için yukarıda sıralananları şu şekilde özetlemek mümkündür:

1-) Harcamalar kentte, nüfus ise kırda yoğunlaşmıştır. Kaynakların kıt oluşu bu eşitsizliği derinleştirmektedir. Kent kır farkı yaklaşık 3 kattır. Sevk sisteminin iyi olduğu ülkelerde bile hastaneler, ancak içinde bulundukları 10 km çaplı bir alana hizmet vermek-

tedir. Kamu sektörü harcamalarından da önemli oranda kentsel kesim yararlanmaktadır. Senegal'de yatak başına düşen nüfus kentte 426, kırda ise 7254'dür. Hekimlerin %70'i, ebelerin %60'ı, hemşirelerin %40'ı toplam nüfusun %30'dan azının yaşadığı kentsel bölgede toplanmıştır. Aynı bölge ilaç harcamalarının %60'ını yapmaktadır. Benzer şekilde Peru'da hekimlerin 2/3'ü nüfusun %30'unun yaşadığı başkent Lima'da toplanmıştır. Gelişen ülkelerde hastanecilik hizmetleri de kenttedir. Kırda ise daha çok misyoner klinikleri bulunur. Bu kliniklere yapılan harcamaların %60-80'i de hastaların cebinden çıkar. (61, s. 21-23)

2-) Harcamalar hastanelerde yoğunlaşmıştır. Çoğu gelişen ülke için bu oran %70 dolayındadır.

3-) Bu eğilimler nedeniyle, nüfusun en fazlasından ücretli kesimlerini hedefleyen hekim tabanlı sosyal güvenlik sistemleri yaygınlaşmış durumdadır. Buna karşılık, bu hizmeti ulusal gelir 510 kat artmadan bütün nüfusa yaygınlaştırmak olanaksızdır.

4-) Hizmetin kullanımı; bekleme zamanlarının uzunluğu, ulaşım harcamalarının fazlalığı nedenleriyle zordur.

5-) Dengesizlik uzman hekimlerin kentte yerleşme eğilimleri nedeniyle daha da derinleşmektedir.

6-) Tıp eğitimi gelişmiş ülkelerin niteliklerine uygundur. Hekimler arasında uzmanlaşma, hastanelerde çalışma, kentte toplanma, hattâ Kuzey ülkelerine göç etme eğilimleri güçlüdür.

7-) Koruyucu sağlık hizmetleri için fon eksiktir.

8-) İlaç giderleri özellikle yüksektir.

9-) Yönetim hiyerarşik yapıdadır. Hiyerarşi diğer sektörlerle entegrasyonu ve toplum katılımını, hizmetin etkinliğini, yerinde karar alma süreçlerinin geliştirilmesini engellemektedir.

10-) Geleneksel hekimlik yaygındır.

B) SAĞLIK FİNANS YÖNTEMLERİNDEKİ YENİ GELİŞMELER

Yukarıdaki tablo nedeniyle, sağlık finansmanındaki yeni gelişmeler, artan harcamaları kısıtlamaya ve yeni kaynaklar yaratmaya yöneliktir. Harcamaların kısıtlanması özellikle Kuzey için, yeni kaynakların yaratılması ise zaten kaynak sıkıntısı çeken Güney için geçerlidir.

Öte yandan sağlık harcamalarındaki artış ile sağlık düzeyinde gerçek bir kazanç sağlanıp sağlanmadığı noktasında dört önemli şüpne bulunmaktadır:

Birincisi; ölüm hızlarıyla ilgilidir. Etkin ilaçların kullanımı son 40, teknoloji kullanımı ise son 20 yıl içinde olmuştur. Ölüm hızlarındaki asıl önemli gelişmeler ise, ilaç ve tıbbi teknoloji alanlarındaki önemli yatırımların öncesine rastlamaktadır. Bu nedenle, ekonomik gelişmenin modern tedavi edici gelişmelerden daha önemli bir etken olduğu belirtilmektedir.

İkincisi; Sağlık için çok harcama yapan ülkeler, sağlık göstergeleri bakımından mutlaka en iyi durumda olan ülkeler değildir. Bunun olumsuz anlamda en bilinen örneği ABD'dir.

Üçüncüsü; Sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, diğer sosyal güvenlik programlarının yaygınlaşması ile birlikte olmuştur. Eskiden beri bu programların sınıfsal eşitsizlikleri gidereceği beklentisi egemen olmuştu. Buna karşılık geçen zaman içinde sınıfsal eşitsizlikler kapanmamış, sonuçta sağlıkta eşitsizliklerin azalacağına ilişkin beklenti boşa çıkmıştır.

Dördüncüsü; kaynakların dağılımı çoğunlukla gereksinimlerle ilgisizdir. Dolayısıyla harcamalardaki artış soruna yönelik olmaktan ve gereksinimleri tatmin etmekten uzaktır. Kısaca sağlık harcamalarındaki artış her zaman sorunun çözümüne yönelik bir gelişmenin göstergesi değildir. (62, s. 23-30)

Yukarıda sıralanan sorunların saptanması, kapitalizmin ekonomik bunalımı bağlamında sağlık harcamalarının azaltılması önerisinin dışında bir tartışmayı daha gündeme soktu. Bu tartışmanın sonuçları da harcamaların azaltılması gerektiği argümanını destekleyen bir veri olarak kullanıldı. O da; harcama artışının her zaman daha iyi sağlık anlamına gelmediği gerçeğinin belirginleşmesiydi. Böylece finansmanda, öncelikle maliyeti sınırlayacak, verimliliği (kaynakların daha etkili kullanımını) artıracak yeni stratejilerin geliştirilmesi süreci başladı.

Gelişmiş ülkelerin, harcamaların artışı karşısındaki yanıtı şöyle oldu: Sağlık hizmetini genel bütçeden finanse edenler, bütçe içindeki sağlık paylarını kısıtladılar. Sigorta sistemini kullananlar hastane yapı maliyetlerini, ilaç ve tedavi masraflarını azalttılar. Maliyet paylaşım programlarını yaygınlaştırdılar. Ödeme sistemlerinde kimi değişikliklere gidildi. Örneğin İtalya'da hizmet başı ödeme yerine,

kişi başı ödeme sistemi getirildi. Daha ucuz olduğu için, uzman bakımı yerine pratisyen bakımının yaygınlaştırılmasına geçildi. Program bütçeleme, maliyet analizi, hizmet araştırması teknikleri geliştirilerek hizmetin etkinliği artırılmaya çalışıldı. Sonuçta, 1980 sonrası dönem için kişi başı sağlık harcamalarında, daha öncesine göre kısmen de olsa bir sınırlama gerçekleştirilebildi. (Bkz. T. 32)

Tablo 32: Çeşitli OECD Ülkelerinde Kişi Başı Sağlık Harcamalarının Artış Hızı. (Nominal Olarak) (%) (63, s. 111)

Yıllar	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 ülke (ABD, Kanada, Fransa, B.Almanya, Avustralya, Japonya, İsveç, Yeni Zelanda, İngiltere, SSCB, Macaristan ve Çin) üzerinde yapılan bir incemelenin sonuçlarına göre; bu ülkelerdeki maliyet sınırlaması stratejileri şunlardır: Talebin denetlenmesi, kaynakların denetlenmesi, ödemelerin denetlenmesi, özelleştirmenin cesaretlendirilmesi. Özelleştirmeyle birlikte, planlama düzeyinde finansal kurumlarda sıkı merkezi denetime yönelim. (64, s. 331-333)

Maliyet artışını sınırlamak için denenen yollardan başlıcaları (daha teknik bir ifadeyle); 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 düşünülmesi sonucunu getirmektedir.

Yine Kuzey'de finansal krizin ve etkinlik sorununun çözümü için gündeme getirilen temel yeniliklerden birisi de Global Bütçeleme programlarının, hizmetin hemen tüm basamaklarında uygulamaya sokuluşudur.

Güney içinse, "yardımsever" bir baskı grubu olarak Dünya Bankası'nın şu önerileri belirleyici olmaktadır: 1-) Özellikle tedavi edici hizmetlerde ve ilaç masraflarının karşılanmasında kullanıcıların sorumluluk yüklenmeleri: Bu hükümete ek kaynak sağlayacak ve hizmetin nitelik ve etkinliğini artıracaktır. 2-) Sigorta uygulaması: Hükümetin pahalı olan tedavi edici sağlık hizmetlerini karşılaya-

bilmesi için gerekli olan kaynakların mobilizasyonunu sağlayacaktır. 3-) Hükümet dışı kaynakların etkin biçimde kullanılması. 4-) Hükümet tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu. (65, s. 2-3) Kuzey ülkelerinde ağırlıklı olarak geçerli olan ödeme sistemi değişikliklerine karşın; Güney ülkelerindeki en önemli stratejik değişiklik, kullanıcılara daha fazla oranda finansal sorumluluk yüklenmesi ile özelleştirme oldu.

Bütün bunlara karşın, Güney için ortaya atılan stratejilerin, aslında Güney'in temel sorunları olduğu gerçeğini unutmamak gerekir. Çünkü gerek kullanıcı ödentileri, gerekse özelleştirme stabil ve gelişen bir ekonomik yapıya gereksinir. Bu koşulların hiçbirisinin bu ülkelerde bulunmadığı ve sorunun temelini de bu noktaların oluşturduğu açıktır.

Bunların tümü aşağıda daha ayrıntılı olarak incelenecektir:

I. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanının Geliştirilmesinde Temel Yaklaşımlar: (Genel çerçeve için bkz. 20, s. 21-31, 8, s. 88-92, 66, 67, s. 3-7, 68, s. 3)

Bu bölümde, konuyla ilgili literatürde, yukarıdaki sorunlara ilişkin olarak geliştirilen stratejiler toparlanmıştır. Bunların bir kısmı değişik adlar taşıyor olmakla birlikte, aynı şeyi tanımlarlar. Örneğin 'maliyetin sınırlanması' başlığı altında sıralananların bir kısmı 'etkinliğin artırılması' için denenen politikalardır. Ya da 'yabancı kaynaklar' aynı zamanda 'kaynakların artırılması' çabası içine de girer. Ancak bunlar bir yandan 'da artık klasikleşmiş tanımlamalardır. Bu nedenle anlam çakışmaları olsa da orijinal biçimleri korunarak incelenmeleri uygun görülmüştür. Daha sonraki alt bölümlerde ise en çok sözü edilenleri ayrıca açılacaktır.

1-) **Kaynakların Artırılması**: Bu başlık altında, daha çok, varolan kaynak türlerinin artırılması anlaşılır. Kaynak artırımı en kolay hükümetin elindeki kaynakların artırılması biçiminde olur. Bu da vergilerin artırılması veya hükümet kaynaklarının daha fazla oranda sağlık için kullanılması ile mümkündür. Ancak kapitalist dünya ekonomisinin içinde bulunduğu koşullarda, özellikle Güney ülkeleri için varolan vergi yükünün ağırlaştırılması pek mümkün değildir. Mümkün olsa bile, toplanan kaynağın sağlık için ayrılabilmesi olanaksızdır. İçinde bulunulan koşullarda sağlık öncelikli tercih alanı durumunda gözükmemektedir.

Zorunlu sağlık sigortasının olduğu ülkelerde, ulusal koruyucu programların finansmanı için işçi ve patrona ek vergi konulabilir. Ancak, bugünkü koşullarda bunun da bir sınırı vardır. Ekonomik anlamda değerlendirildiğinde; sermayeye yönelik ek vergi uygulamasının sermayeyi emek yoğun yatırım alanlarından, kapital yoğun alanlara çekip, işsizliği artırıcı bir etkide bulunacağı belirtilmektedir.

2-) **Yeni kaynakların geliştirilmesi**: Alkollü içkilere, tarım ürünlerine yeni vergilerin konulması gibi.

3-) **Sosyal güvenlik yaklaşımı**: Sağlığa ayrılan payların artırılmasındaki en yaygın strateji zorunlu sigorta uygulamasıdır. Ancak, yine gelişen ülkelerde, istihdamdaki düzenli çalışan emekgücünün azlığı uygulama önündeki en önemli engeldir. Sonuç olarak sigorta kapsamındaki nüfus toplam içinde çok az oranla sınırlı kalır. Sigorta uygulaması ile sağlık insangücü, sigortanın yaygın; bir başka deyişle düzenli istihdamda olan nüfusun çok olduğu kentlerde yoğunlaşır. Dolaylı olarak tedavi edici hizmetler güçlendirilmiş olur. Bunun dışında, gelişen ülkelerin çoğunda sigorta uygulaması, yine kaynak kıtlığı nedeniyle, hükümet tarafından sübvanse edilmek durumundadır. Bu ise, Güney ülkeleri için, genel vergilerin ağırlıklı olarak toplanmakta olduğu kırsal alandan, durumu zaten daha iyi olan kentsel alana (düzenli istihdamdaki toplumsal sınıflara) kaynak aktarımı anlamına gelir. Zorunlu sigorta yönetsel maliyetleri de artırır. Bunun dışında sağlık sigortasının uygulanabilmesi için bir takım başka koşullar da gerekir. Bunlar: a) Sağlık insan gücü açısından eksiklik olmaması, b) Örgütlü ve iyi standardize edilmiş bir sağlık örgütünün bulunmasıdır. Kısaca sosyal sigorta uygulaması, daha öncesinde tanımlanmış bir sağlık hizmet alt yapısı gerektirir. Güney ülkeleri içinse en önemli sorunlardan birisi budur.

Endüstrileşmiş ülkelerde zaten yaygın olan zorunlu sigorta uygulaması, gelişen ülkelerde, özellikle uluslararası kuruluşların desteğiyle, son yıllarda yaygınlaşmaktadır. Bütün gelişen ülkelerde nüfusun ancak %15'i sigorta kapsamındadır. En yaygın biçim hükümet destekli sigorta uygulamasıdır. İkinci biçim patron sigortasıdır. Bu uygulamada patron ya kendisi hizmeti sunar (Honduras, Liberya, Zaire) ya da HMO ile anlaşır (ili). Üçüncü biçim, bireylerin gruplar oluşturdukları önödeme (prepayment) sistemidir. Bu daha nadirdir. Dördüncü form ise özel sigorta uygulamasıdır. (61, s. 33)

Bugün sosyal güvenlik (sosyal sigorta) yaklaşımı öncelikle, top-

lumun sağlık (sağlık hizmeti) güvencesinin çok düşük olduğu Güney ülkeleri için revaçtadır. Çünkü tanım itibariyle topluma sosyal hizmetlerde güvence vermeyi içermektedir. Ancak bizzat sosyal sigortanın yaygınlaştırılması, stabilize olmuş bir alt yapının varlığını zorunlu kıldığı, daha doğrusu böyle bir alt yapının sosyal alanlardaki yansıması olduğu için; aynı grup ülkelerde uygulanabilmesinin önünde çok önemli yapısal engeller vardır. Bu engeller bir bütün olarak düşünülürse, ekonomik ve siyasal destabilizasyon durumu olarak tanımlanabilir. Bir anlamda da sosyal güvenliğin yokluğu, sosyal güvenliğin uygulanamayışının önündeki temel engeldir. Dolayısıyla, emperyalizmin işlerliği içinde, Güney için sosyal güvenliğin savunulması totolojik bir ifade olmaktadır.

Endüstrileşmiş ülkelerde ise, özellikle son 10 yıl içinde kapsamı iyice genişlemiş olmakla birlikte sosyal sigortanın birkaç değişik tipi gelişmektedir: Fransa, İngiltere, Yunanistan ve Avusturya'da sigorta bütün nüfus için zorunludur, dolayısıyla nüfusun %95-100'ü sigortalıdır. Almanya ve İspanya'da geliri belli bir düzeyin üzerinde olanlar için zorunluluk yoktur. İsviçre'de yukarıdaki ölçüt bakımından bölgelesel farklılıklar bulunmaktadır. Hollanda'da ise bazı hastalıklar zorunlu sigorta kapsamındadır. (29, s. 25)

Daha önce de belirtildiği gibi Kuzey'de sosyal sigorta kurumlarının en önemli yönelimlerinden bazıları şunlardır: Güvence paketinin daraltılması (ayrıca Bkz. 68) ya da primlerin artırılması; üretici kurumlara maliyeti azaltıcı denetimler getirilmesi; üretici kurumlar arasında rekabetin yaygınlaştırılmasıdır. Bir başka eğilim ise sigortacı kurumun kendisinin hizmet sunmaya başlamasıdır. ABD'deki HMO'lar bunun tipik örneğidir ve bütün diğer Kuzey ülkelerine yaygınlaşma eğilimindedir.

Eski sosyalist ülkelerin hemen tümünde de, biçimi tam belirlenmemiş olsa da, zorunlu sağlık sigortasına geçiş gözlenmektedir. Sigorta fonlarının işçi, patron kesintileri ile genel vergilerden ayrılacak paydan karşılanması planlanmaktadır. Kimi ülkeler gerekli olan yasaları da çıkarmışlardır. Ancak ekonomik zorluklar, işsizlik gibi nedenler uygulamayı zorlaştırmaktadır.

Rusya'da çıkarılan yasa 1993 yılı başından itibren yürürlüğe girmiştir. Buna göre bütün vatandaşların temel sağlık hizmeti gereksinimi sigorta kapsamına alınmıştır. Bu temel paket dışında hizmetten (yüksek standartta hastane, ayaktan bakım ve rehabilitasyon hiz-

metlerinden) yararlanmak isteyenler için isteğe bağlı sigorta getirilmiştir.

Estonya'da toplanan sigorta primleri yeterli olmamıştır. Gelecekte, Estonya, sağlık harcamalarını genel bütçe ve belediyelerin bütçesinden oluşturacağı bir fon ile karşılamayı planlamaktadır.

Litvanya'da da sigorta fonları yeterli olmamıştır. Bu nedenle genel bütçe ve hasta ödentilerinden geniş ölçüde yararlanılmaya başlanmıştır. Beyaz Rusya ve Ukrayna'da da durum Rusya'dakine benzerdir. Orta Asya Cumhuriyetleri ise halen Sovyet dönemindeki sağlık örgütlenmesi modelini kullanmaktadır ve kapsamlı bir sigortanın kurulabilmesi için çok önemli kaynak sıkıntıları ile yüz yüze bulunmaktadırlar.

Macaristan'da devlet dışında bir sigorta kurumu oluşturulmuştur. Ek olarak bir aile hekimliği ağı örgütlenmiştir. Çekoslovakya ve Slovakya'da da durum Macaristan'dakine benzerdir ve bu ülkelerdeki sigorta sisteminin önemli finansal sorunları bulunmaktadır.

Polonya'da sistem değişikliği sonrasında beliren ve gerekli yasal düzenlemelerin de önemli bir kısmının gerçekleştirilmiş olduğu sigorta sisteminin yaşama geçirilebilmesi yine finansal nedenlerle, en azından kısa dönem için olanaksız görünmektedir. Polonya'da özellikle ilaç sektörünün denetimsiz biçimde özelleştirilmesi sonucunda, bugün, devlet sağlık bütçesinin %34.1'i ilaç harcamalarına gitmektedir.

Kısaca bugün, eski sosyalist ülkelerin tümü, kapitalist ülkelerin sigorta sistemine ilişkin olarak uzun süredir yaşadıkları sorunların hepsini, daha başlangıç aşamasında ve Güney'in sorunlarına benzer sorunlarla çitişmiş biçimde yaşamaktadırlar.

4) **Yerel toplumsal çabalar**: Toplumun kendi sahip olduğu kaynakların sağlık için hareketlendirilmesi anlamına gelir. Gerek parasal, gerekse insan gücü kaynağı ve araç gereçler bu kapsamda değerlendirilmelidir. İnsan gücü açısından; toplum gönüllülerinin Toplum Sağlık Çalışanı (Community Health Worker) olarak yetiştirilmesi ve bu kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerinde kullanılması anılabilir. Bu yaklaşıma genel olarak Sağlığın Toplum Tabanlı Geliştirilmesi (Community-Based Health Promotion) denilmektedir. (2, s. 42)

5-) **Yabancı kaynak desteği**: Sağlık için dış yardım, Kuzey (ileri düzeyde sanayileşmiş kapitalist ülkelerden) ülkelerinden Güney

ülkelerine olmaktadır. Bugün sanayileşmiş ülkelerin dış yardımları, bu ülkelerin GSMH'sının %0.33'ünü oluşturmaktadır. Oysa 1960'lı yılların başlarında bu oranın %0.7 olması öngörülmüştü. Sanayileşmiş ülkeler, kendi vatandaşlarından dış yardım olarak, her yıl kişi başına 75 Dolar toplamaktadırlar. Bu miktar, yardımın gönderildiği Güney ülkeleri için, kişi başına 1 Dolar'lık sağlık yardımı anlamına gelmektedir. Dış yardım konusunda İskandinav ülkeleri ilk sıradadır.

Yardımı alan ülkeler arasında Sub-Saharan Afrika en öndedir. Bu ülkelerdeki toplam asğlık harcamasının %10.4'ü dış yardımlardan gelmektedir.

Sağlık için yapılan dış yardımların toplam miktarı 4,794 milyon Dolar'dır. Bu yardım, yardım yapan ülkelerin kamu (3,925 milyon) veya özel kurumları (869 milyon) eliyle olmaktadır. Çeşitli uluslararası kuruluşlar yardım yapan ülkeler ile alan ülkeler arasında yardımın dağıtımında aracı bir işlev görmektedirler. Birleşmiş Milletler'in çeşitli kuruluşları, çeşitli gelişim bankaları (Dünya Bankası gibi), NGO'lar bu gruptadır. Dünya Bankası'nın rolü giderek büyümektedir. Bu kuruluşun, 1995 yılı için 1 milyar Dolar'lık bir yardımı gerçekleştirmesi beklenmektedir. Bu durumda Dünya Bankası en büyük dış yardım fonu durumuna gelecektir.

Dış yardımlar konusunda Dünya Bankası'nın rolünün artmasının kendi başına özel bir anlamı da vardır. Çünkü Dünya Bankası, yardımını, ilgili ülkenin sağlık sektöründeki yapısal bir yenilenme kaydıyla vermektedir. Bu yapısal dönüşüm ise sektörün kamusal "bağımlılığı"nın azaltılmasını ve özelleştirmeyi öngörmektedir.

Öte yandan, toplam dış yardımların ancak %10'u nüfusun en yoksul kesimlerinin sağlık, ilkokul eğitimi, temiz su, sanitasyon ve aile planlaması gibi alanlardaki en temel gereksinimlerinin karşılanmasına ayrılmaktadır. Bu oran, sanayileşmiş ülkelerde yaşayan insanların her yıl spor ayakkabılara harcadıkları paradan daha azdır. Önerilen ise, bu kalemlerin toplam dış yardım hacmi içindeki oranının en az %20 olmasıdır. (Bu veriler için bkz. 18, s. 365-369 ve 70, s. 3, 44)

6-) **Düşük öncelikli alanlara yapılan harcamaların kısıtlanması**: Özellikle, kentlerdeki tedavi edici hizmetlere ek tüketici ödentilerinin getirilmesi ve böylece elde varolan kaynakların kırsal ve koruyucu hizmetlere ayrılması; gelişen ülkelerdeki kaynak sıkıntısı için önerilenlerin en önemlilerindendir.

7-) **Etkinliğin artırılması**: Personel eğitimi; kullanışsız hastanelerin kapatılması; geleneksel hekimlere giden harcamaların resmi örgütlenmeye çekilmesi; aşırı personel yığılımına son verilmesi; basamaklandırılmış hizmet anlayışının yerleştirilmesi, böylece üst kurumların gereksiz kullanımının engellenmesi; ucuz ev tedavilerinin ve kendi kendine bakımın (özellikle aşırı sağlık hizmeti tüketiminin olduğu endüstrileşmiş ülkelerde) hastane bakımı yerine desteklenmesi; uygun nitelikte personel kullanımı; maliyet ve performans analiz tekniklerinin geliştirilmesi; kurumlar ve personel arasında rekabetin yaratılması gibi.

Sıralananların içinde özellikle ev bakımının yaygınlaştırılması Kuzey ülkeleri için geçerlidir. Bu amaçla, sıklıkla birinci basamaktaki sağlık kurumlarının içinde evde hasta bakımı hizmetlerini verecek hemşire kadrosu yerleştirilmektedir. Bu hizmetler özellikle kronik hastalıkları 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.

8-) **Maliyet paylaşımı (cost-sharing) programlarının geliştirilmesi**: Yukarıda da sözü edildiği gibi, özellikle tedavi edici sağlık hizmetleri için kullanıcıya ek ödeme yükümlülüklerinin getirilmesi bu başlık altında değerlendirilebilir. Örneğin İngiltere'de diş hizmetlerine olan hasta katkısı daha önceden %21.8 iken, aynı oran 1988 yılında %31.0'a yükselmiştir. (71, s. 565) Bu uygulama ile ek kaynak yaratılacağı; bireylerin karşılığını ödedikleri hizmeti daha dikkatli kullanacakları; aşırı kullanımın engelleneceği varsayılmaktadır. Buna karşın, varolan eşitsizliklerin, özellikle toplumun dar gelirli kesimlerinin aleyhine daha da derinleşeceği belirtilmektedir.

9-) **Özelleştirme**: Bugün sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi de bir finansman yöntemi olarak kullanılmaktadır. Özelleştirmeden beklentiler birkaç başlık altında toplanabilir: a) Artan maliyetleri karşılayamayan kamu kesiminin, özellikle hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi ile, içine girdiği finansman sıkıntısından "kurtarılması". b) Sağlık sektöründe ortaya çıkan ve kamu kesimini sıkıntıya sokan kaynak yokluğunun, özel harcamalar yoluyla aşılması. c) Kamunun elinde bulunan kaynakların özelleştirilen tedavi edici sağlık hizmetlerinin dışında kalan koruyucu sağlık hizmetlerine aktarılabilmesi. Özellikle Dünya Bankası'na ait olan bu argümanlar içinde, kıt olan kaynaklarla koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırı-

lacağı, bunun da temel gereksinimleri karşılamak açısından daha uygun bir tercih olduğu düşüncesi bulunmaktadır.

Ancak özelleştirme politikasının içinde anılmayan bir noktayı daha belirlemek gerekir: Özelleştirme ile hedeflenen en önemli noktalardan birisi, sağlık sektörünü sermaye için rahat bir hareket alanı haline getirmektir. Bundan önceki yıllarda sektör içindeki ilaç ve tıbbi teknoloji alanları zaten özelleştirilmişti. Son yıllardaki özelleştirme harekatının hedeflediği ise; doğrudan tıbbi bakım alanını ve özellikle de hastanecilik hizmetlerini sermayenin kâr alanına açmaktır.

Sermayeye tıbbi bakım hizmetlerinde verilen önemli teşvikler, yönelimin bilinçli bir politik tercih olduğunu göstermektedir. Çünkü özellikle sağlık hizmeti talebinin yerleşmemiş olduğu ülkelerde sermayenin bu alana girmesi yavaş olmaktadır. Bu durum Güney için öncelikle geçerlidir.

Sermayenin tıbbi bakım alanına akışının önündeki önemli engellerden birisi üretici kurumların çok parçalı yapısı (sermaye yoğunlaşmasının düşük oluşu) ve hekimlik mesleğinin kendine özgün niteliğidir. Gerçekten de tüm kapitalist pazarlarda her bir hekim kendi başına bir işletme olarak işlev görebilmekte; meslek birliklerinin varlığı hekimler arasındaki rekabeti azaltmakta; bu da piyasanın acımasız kurallarını tamponlayıcı (törpüleyici) olmakta; mesleğin halen çok güçlü olan feodal, "ruhani" yönleri sektörün çok parçalı yapısını güçlendirmektedir. Bunların tümü sermaye birikimini engelleyen noktalardır.

Bu durumda tıbbi bilginin denetimini tekelleştirecek politikaların üretilmesi özellikle gereklidir. Hekimlik bilgisinin kullanımına müdahale olanakları sınırlı olan sermaye; geliştirdiği yeni finans teknikleriyle pazarın çok parçalı yapısını gidermeye, tekelleşmeye elverişli bir konum kazandırmaya yönelmektedir. Sosyal sigorta uygulaması bunun en önemli araçlarından birisidir. Sağlık alanında sermayenin merkezileşmesi süreci ilaç ve tıbbi teknoloji tekellerinin hareket alanını rahatlatacak; tek hekimin kullanması olanağı bulunmayan teknolojilerin kullanımı (büyük işletmelerin yaygınlaşmasıyla) artacaktır.

Sigorta, özelleştirilecek sağlık sektörünün fon güvencesi olacaktır. Bu yolla büyük sermayenin piyasaya sokulması hedeflenmektedir. İşte bu bağlamda, sağlık sektörünün tek başına özelleştirilme-

si Güney ülkeleri için pek olanaklı görünmemektedir. (69, s. 31-46) Tam bu noktada, sosyal sigorta programlarında Güney için söz konusu edilmiş olan yapısal sınır ve engelleri bir kez daha hatırlamak uygun olacaktır.

Özelleştirme sürecindeki zorluklar kimi geçiş politikalarını da gündeme getirmektedir. Şöyle ki:

Özelleştirmenin yaygınlaştırılabilmesi açısından, özel sağlık sektörüne yoğun teşvik verilmekte, özel hizmet için harcama yapanlara vergi indirimi uygulanmaktadır (Meksika). Kamu kurumlarında özel klinikler açılmakta (Mozambik), özellikle kamu hastanelerindeki yataklar özel kullanım için ayrılmaktadır. Benzeri politikaların Türkiye'de için de geçerlidir.

Son yıllarda, kamu sağlık sektörünün en yaygın olduğu İskandinav ülkelerinde bile benzer yönde gelişmeler gözlenmektedir. Özellikle ayaktan tedavi edici hizmetlerde özel sektör yaygınlaşmaktadır. Son birkaç yıldır özel sigortacılık da gelişmektedir. Kimi kamu kurumları da özel hastanelerden hizmet satın almaya başlamış durumdadır. (72, s. 163)

Yukarıdakilerin tümü kamu eliyle özel sektöre kaynak aktarmanın yollarıdır. Dikkat edilmesi gereken nokta, bütün bunların, kamu kaynaklarının kıt olduğunun belirtildiği bir dönemde gündeme getiriliyor oluşudur. Dolayısıyla kamu sağlık harcamalarının azaltılmasına neden olan dinamikler içinde, sağlık alanına yatırım yapan (yapacak olan) sermayenin baskısını özel olarak anmak uygun görünmektedir.

10-) **Maliyetin neden olana yüklenmesi**: Trafik kazasında aracın sahibine, iş kazasında patrona ödetilmesi; sigara içenin sigara içmekten kaynaklanan sağlık sorunlarının güvence altına alınmaması gibi.

11-) **Maliyetin Sınırlanması/Düşürülmesi (Cost-containment)**: Kaynakların kıt olduğu ülkelerde düşük maliyetli (low-cost) hizmet üretilmesi önemlidir. Sağlık hizmetinin maliyetinin düşürülmesi için aşağıdaki yöntemler önerilmektedir:

a) Toplum katılımının geliştirilmesi: Buradaki toplum katılımı, insanlara kendi sağlık sorunlarının çözümünün öğretilmesi anlamında kullanılmaktadır. Böyle bir çözüm tıbbi personelden tasarruf sağlayacaktır.

b) Geleneksel uygulamalardan yararlanılması.

c) Sorumlulukların aktarılması: Hekimin kimi sorumluluklarını diğer sağlık personeline aktarması, ona boş zaman sağlayacaktır. Özellikle hekim sayısının az olduğu ülkelerde önemlidir.

d) Sağlık personelinde maliyet bilinci geliştirilmesi.

e) Bina inşaatlarının uygun biçimde yapılması. Özellikle büyük hastane yatırımlarının merkezi planlaması ve denetimi.

f) İkinci basamağın uygun kullanımı: Özellikle gelişen ülkeler için önemli bir sorundur. Çünkü, bu ülkelerin gelişmiş ülkelerin ikinci basamak anlayış ve kurumlarını aynen aldıkları, büyük kapasiteli hastaneleri kurdukları gözlenmektedir. Ulaşım olanaklarının zor olduğu ve yetişmiş personelin bulunmadığı koşullarda bu politikanın yararından çok zararı olmaktadır.

g) Temel sağlık hizmeti örgütlenmesinin geliştirilmesi.

h) İthalattan tasarruf sağlanması, özellikle ilaç ithalatının sınırlandırılması. (5, s. 100-105)

i) Geri ödeme miktarlarının azaltılması: Örneğin Fransa'da beş tedavi şemasına ait 379 kalem ilacın geri ödeme oranı %70'den %40'a indirilmiştir. (73, s. 72)

12-) **Kaynaklarla gereksinimler arasındaki farkın kapatılması:** Bu şu biçimlerde olanaklı olabilir: a) Uygulama ile hedefe ulaşılması arasındaki sürenin uzatılması ile. b) Hedefin küçültülmesi ile. c) Daha az eğitimli personel kullanılarak. d) Nüfus başına düşen temel sağlık hizmeti çalışan oranını azaltarak. (74, s. 41) Görüldüğü gibi, önerilen yolların tümü aslında kimi hedeflerden vazgeçerek ertelemek, dolayısıyla da daha düşük bir düzeyde gereksinim/kaynak dengesini oluşturmaya çalışmak anlamına gelmektedir.

13-) **Sağlık sektörü içinde rekabetin artırılması:** Rekabetin maliyet kısıcı, dolayısıyla da harcamaları azaltıcı etkileri olduğu belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin de, bir yönüyle bu işlevi göreceği beklenmektedir. Özelleştirme dışında, sağlık sektöründe rekabet yaratmanın bir diğer yolu Yönetimle Yaratılan Rekabet (Managed Competition)'tir. (11, s. 61, 75, s. 214, 76, s. 16-17) Bu kavram ilk kez Amerika'da **Alain Enthoven** isimli bir iş yönetimi profesörü tarafından ortaya atılmış, daha sonradan ise **Clinton** ve **Bush** tarafından son başkanlık seçimlerinde çeşitli küçük değişikliklerle kullanılmıştır. Kavram çoğunlukla finans kaynaklarının tek elde birleştirilmesini de öneren bir paketin ikinci önemli ayağı olarak kullanılmaktadır.

Yönetimle yaratılan rekabet Amerika'da gerek finansmanın 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. Her işletme, en düşük maliyetle sağlık hizmeti sunan sağlık kurumunun birim fiyatının %20'sini (%8'i işçinin ücretinden alınmak üzere) sağlık için ayıracaktır. (Örneğin piyasadaki en düşük fiyat 3000 Dolar ise, bunun %20'si olan 600 Dolar işletme tarafından karşılanacak, kalan 2400 Dolar ise hükümet tarafından sübvanse edilecektir.) Eğer işletme daha pahalı hizmet sunan bir sağlık kurumunun hizmetini kullanmak isterse, örnekteki miktarıyla 3000 Dolar'ın üzerindeki fiyat kısmını doğrudan kendisi ödeyecektir. 3000 Dolar'a kadar olan miktar içinse aynı kural geçerlidir. Bir diğer zorunluluk ise, paketin minimum maliyetle karşılanmasıdır. Küçük ve orta ölçekli işletmeler, işsizler içinse hükümet desteği sağlanacaktır. Medicade de en düşük maliyetle hizmet sunan kurumlarla sözleşme imzalayacaktır.

Görüldüğü gibi bu plan aslında bir sigorta önerisidir. Böylece kaynakların olabildiğince birleştirilmesi; finasmanın tek elden yönlendirilmesi öngörülmektedir. Minimum maliyet hedefi ve bu maliyetin üzerine çıkan işletmelerin cezalandırılması ise, hizmet sunumunda HMO'ları öne çıkaran bir uygulamadır. Çünkü bugün ABD'de en düşük maliyetle hizmet sunan kurumlar HMO'lardır. Öte yandan, hizmet satın alacak olan kurumların minimum maliyet arayışları hizmet sunan kurumlar arasında rekabeti uyaracak, bu da maliyetleri düşürecektir.

Uygulamanın gerek hizmeti sunanları, gerekse kullananları disipline edeceği beklentisi de vardır. Yönetimle yaratılan rekabette maliyetlerin minimize edilmesi kaygısı yanısıra eşitsizliklerin giderilmesi hedefi de bulunmaktadır. (Uygulamanın harcamaları azaltmak konusunda şimdiye kadar başarısız kaldığını; bunun da ötesinde gerek finansmanda gerekse hizmet sunumunda tekelleşmeyi ivmelendirici bir işlevi gördüğünü de eklemek gerekir.)

Sonuçta Yönetimle Yaratılan Rekabet'in temel stratejileri şu şekilde sıralanabilir:

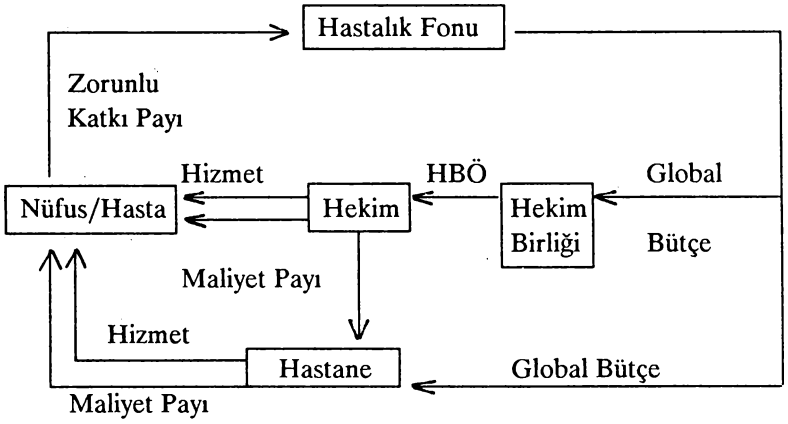
a) Tüketicilerin büyük ölçekli alıcılar olarak örgütlenmesi. Alıcı örgütlenmeleri; büyük sermaye sahipleri ile Sağlık Bakımı Alan Kooperatifler (Health Care Purchasing Cooperative) olarak örgütlenen küçük sermaye sahipleridir.

b) Kullanıcıların daha düşük maliyetli hizmeti kullanma yönünde ekonomik olarak yönlendirilmesi.

c) Sigortacı ve hizmeti sunanların, düşük maliyet yoluyla daha fazla hasta çekmek için HMO'lar biçiminde örgütlenmek üzere yönlendirilmesi.

İngiltere'de ise, genel pratisyenlerin ve bölge sağlık idarelerinin finans yöntemlerinde getirilen değişiklikler yönetsel tekniklerle rekabet yaratmanın tipik örneğidir: İngiltere'de 1989 yılında gerçekleştirilen değişiklik öncesinde genel pratisyenler birinci basamak hizmeti vermekte ve ikinci basamak hizmetin gerektiği durumlarda da hastayı hastaneye sevk etmekteydiler. Tüm harcamalar da Bölge Sağlık idaresi tarafından karşılanmaktaydı. 1989 sonrasında, genel pratisyenlere, hastane seçme yetkisi ile birlikte, hastasının hastane masraflarını kendisine verilen bir bütçeden (global bütçe) finanse etme, bir anlamda finansman yönetimi sorumluluğu da yüklendi. Böylece genel pratisyenlerin daha ucuz hastane seçme yoluna gidecekleri, bunun da harcamaları sınırlayıcı ve hastaneler arası rekabeti artırıcı bir uygulama olacağı düşünüldü. Benzer bir uygulama bölge sağlık idareleri yönetiminde getirildi. Bölge sağlık idarelerine, hastaya yakınlık ve uzaklığına bağlı olmaksızın en ucuz hastane ile sözleşme imzalama yetkisi verildi.

Bugün Almanya'da da benzeri bir uygulama yürürlüktedir. Almanya'da hekim birlikleri aracılığıyla global bütçeleme yöntemi uygulanmakta ve hekimden, İngiltere'de olduğu gibi, bu bütçe ile hastasının birinci ve ikinci basamak hizmet gereksinimlerini yönetmesi beklenmektedir. Burada hekim seçme hakkı ile hizmet başı ödeme sisteminin, rekabeti uyarıcı bir yol olduğu varsayılmaktadır. (29, s. 5) (Bkz. aşağıdaki şema) Bugün bütün gelişmiş ülkelerde rekabeti uyarıcı yönetim teknikleri yaygınlaştırılmaktadır.



14-) **Desantralizasyon**: Tedavi edici hizmetlerde kullanılması uygundur. Buna karşılık koruyucu hizmetlerde önerilmemektedir. Koruyucu hizmetlerin merkezi hükümet tarafından planlanıp, yürütülmesi tercih edilmektedir. Desantralizasyonun finansal açıdan iki önemli yararı beklenir: a) Yerel düzeydeki yöneticilere planlama ve bütçeleme otonomisi vermesi. b) Yine aynı yöneticilere ek ödeme yoluyla gelir elde etme serbestisi getirmesi. (61, s. 44) Desantralizasyonla elde edileceği varsayılan bu kazanımların yerel yöneticileri kaynakları artırma ve daha etkin kullanma yönünde motive edeceği düşünülmektedir.

15-) **(Özellikle) Hekimlerin aktivite profilinin belirlenmesi:** Bu çerçevede bir hekim için beklenen ve gerçekleşen aktiviteler belirlenmekte ve bunlar toptan değerlendirilmektedir. Değerlendirme sonuçları ise hekime geri bildirilmektedir. Böylece hekimin kendisini değerlendirmesine de olanak tanınır. Kendisini diğer hekimlerle karşılaştırması sağlanır. Bu uygulamanın, harcama artışının önemli ara kademelerinden birisi olan hekim davranışlarına dolaylı bir denetim getirmeye yönelik olduğu açıktır. ABD ve Avrupa'da giderek popüler duruma gelmektedir.

II. Maliyet Paylaşımı (Risk Sharing)

Maliyet paylaşımı için kullanılan başlıca programlar şunlardır:

1-) Hizmet kullanımı sırasında yapılan doğrudan ödemeler.

2-) Genel vergiler.

3-) Enflasyonist para politikaları.

4-) Doğrudan sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere getirilen ek vergiler.

5-) Sosyal sigorta uygulaması.

Görüldüğü gibi, sağlık hizmeti maliyetinin kullanıcıya yüklenmesine yarayan programların tümüne genel olarak Maliyet Paylaşımı denilmektedir.

Maliyet paylaşımı programı, eğer hizmetin kalitesinde bir artış yoksa, çoğunlukla hizmetin kullanımında azalmaya neden olur. Hizmet kullanımının, kullanıcıya yüklenen ek ödentilerden etkilenmemesi isteniyorsa, eş zamanlı olarak hizmet kalitesi de yükseltilmelidir.

Maliyet paylaşımı programının aşağıdaki sorunları çözmesi beklenir:

1-) Kaynak yetersizliği.

2-) Cari tüketim harcamalarının yetersiz finansmanı.

3-) Düşük yönetsel etkinlik.

4-) Kentsel hastanecilik hizmetlerine çok kaynak aktarımı.

Maliyet paylaşımı programlarının çoğu, hizmeti alırken yapılan doğrudan ödemeleri kullanır. Bu nedenle de, programın, zaten yoksul durumda olanların hizmet kullanımını azaltıcı etkisi vardır. Programlar, kaynağın toplanış ve kullanılış biçimlerine göre ikiye ayrılırlar: a) İkinci ve üçüncü basamakta yer alan referans hastanelerinin sunduğu hizmetlere ek ödeme getirilmesi ve sağlanan ek kaynağın kırsal kesimlere, dolayısıyla da temel sağlık hizmetlerine aktarılması. b) Yerel düzeydeki hizmetlerin tümüne ek ödeme getirilmesi ve oluşturulan fonun, yine yerel düzeydeki bir inisiyatife bırakılarak, orada kullanımının sağlanması. Bunlardan ilki Dünya Bankası'nın, ikincisi ise UNİCEF'in önerdiği yoldur.

Yukarıdaki iki biçimin çözümlenmesi beklenen sorunlara etkileri ise şu şekildedir:

1-) Gelirin artırılması: Her iki öneri de etkilidir. Ancak, hemen tüm ülkelerde hastanecilik hizmetlerine daha sabit bir talep durumu söz konusu olduğu için, ilk yolun daha etkili olduğu söylenebilir.

2-) Etkinliğin artırılması: İlk model yalnızca hastanecilik hiz-

metlerine ek ödeme getirdiği için, temel sağlık hizmetleri üzerine bir etkisi yoktur. İkinci model ise tam tersi nedenle etkinliğin artırılmasında daha etkilidir. Bunun dışında ikinci model, sağlanan ek kaynağı yerel inisiyatife bıraktığı için de 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 bir ek ödeme, daha çok kentlilerden çıkacaktır. Bu ise kırsal kesimlerin sübvanse edilmesi anlamını taşıyacaktır. 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 bir olgudur. Ancak, ikinci model yerel düzeyde bütün hizmetlere ek ödeme getirdiğinden, bu sorunun çözümü için uygun bir yol değildir. (57, s. 16-19)

III. Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplum Finansmanı (Community Financing)

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 eksiklerini giderecek biçimde organize edilerek kullanılması demektir. Kısaca, toplum finansmanı; hizmetten yararlanan insan veya 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. 74, s. 64, 77, s. 13-30, 78, s. 602, 79, s. 602)

Bugün, sağlık planlamacılarının çoğu, 2000 Yılına Kadar Herkes İçin sağlık hedefine ulaşılabilmesi açısından, kullanıcıların, maliyeti paylaşması gerektiğini belirtmektedirler. Çünkü, özellikle Güney ülkeleri için söz konusu olan kaynak sıkıntısı, DSÖ'nün 2000 yılı için belirlediği hedeflere ulaşılmasını engellemektedir. Bu nokta-

da, 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: a) Uygulamanın Güney ülkelerinde yaygın oluşu. Aynı zamanda da Güney'in kırsal toplumlarının köy/aşiret/-kabile tipi kolektiviteleri temelinde gelişip/işleyen bir ödeme sistemi oluşu. b) Daha ağırlıklı olarak ayni katkılara/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 önerisinin arkasındaki en güçlü somut veri, bireylerin sağlık için kendi ceplerinden zaten özel harcama yapıyor oluşudur. Özellikle gelişen ülkeler için bu harcamalar standartları belirlenmemiş ve tamamen kamunun denetimi dışındaki hizmetler için olmaktadır. Özel harcamaların önemli kısmı doğrudan tıbbi bakıma, ilaç harcamalarına, geleneksel hizmete ve ulaşıma yapılmaktadır.

Toplum finansmanı tekniklerinin şu avantajlarının olduğu belirtilmektedir: a) Kaynakların yerel düzeyde kullanılmasına olanak tanıması. b) Bu durumun, sağlık çalışanlarını, gelir artırıcı faaliyetlere daha fazla oranda yönlendirmesi. c) Hizmetin yerel nüfusun gereksinimlerine göre planlanması olanağı tanıması. d) Finansmana katılan toplumu, maliyeti denetleyici bir eğilime yönlendirmesi.

Toplum finansmanının uygulanıp uygulanmayacağına karar verirken şunlar dikkate alınmalıdır:

1-) Dağılımsal etkenler.

2-) Halkın ödeme güç ve isteği.

3-) Özel sektörle ilişkiler.

Dağılımsal etkenler: Özellikle sağlık hizmetinin ilk kez gireceği bir alanda, toplum finansmanı tek yol olabilir. Ancak bu durum

eşitsizlikleri de artırabilir. Çünkü, toplum finansmanının uygulanacağı bölge dışındaki bölgelerde, herhangi bir maliyet paylaşımı yoluna 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 ağırlıkta yararlanacağına bağlıdır. Talebin elastikliği diğer önemli teknik bir sorundur. Eğer talep elastik değilse; tüketiciler (kullanıcılar), yalnızca fiyatın değişmesi durumunda taleplerini değiştirecekler; talep başka hiçbir değişkenden etkilenmeyecektir. 'Ücretsiz (Free)' hizmetten toplum finansmanına geçişin hizmet kullanımında ne ölçüde etki yaratacağı, talebin esnekliğine bağlıdır.

Özel sektörle ilişkiler: Talebin tahmininindeki önemli etken, rekabetçi bir özel sektörün bulunup, bulunmadığıdır. Tatminkâr 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 Finansmanının Metodları:

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 fizik 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 tarim kooperatiflerinin katkısı ile yürütülen sistem.

4-) Etyopya'da 30 milyon kişiyi kapsayan ve tarım ve köylü birliklerinin katkısı ile yürüyen program.

5-) Tayland'da 18 milyon kişiyi kapsayan ve ilaç kullanımını organize eden sistem.

Toplum finansmanı için, şu iki temel özelliği taşıyan toplumsal bir atmosferin sağlayacağı toplum katılımı gereklidir: a) Toplum duygusu ve insanların birlikte çalışabilmeleri, b) Toplumla sağlık sistemi arasındaki güven ilişkisi.

Toplum finansmanında birkaç teknik vardır. İlk yol ilaç harcamaları için hastalardan alınan doğrudan ödemelerdir. İkinci yol, hizmet başı ödeme sisteminin oluşturulmasıdır. Üçüncü yol sağlık bakımı için önödeme 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 giderlerini, su ve elektrik giderlerini, araç, bina ve malzeme giderlerini kapsar. Ancak bu kapsam, programlar arasında değişiklik gösterebilir. Örneğin kimi topluluklar sağlıkçıların ücretlerini de öderler. Kimileri ilaç masraflarını programa sokmazlar. Hizmet başı ödeme, her konsültasyon için veya hastalık epizoduna göre yapılabilir. Desantralize sağlık sigortası ise, bölge esasına göre olabileceği gibi, aile (özellikle geniş aileler) temelinde de olabilir.

Toplum finansmanı için 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: a) Hizmeti sunanla (hükümet görevlisi veya köy komitesinin görevlendirdiği kişi olabilir) hasta arasındaki görüşme, b) Toplum adına yetkili bir kurulla, sağlıkçılar arasında imzalanan sözleşme, c) Sağlıkçının ve-

ya hükümetin tek taraflı kararı ile fiyat belirlenmesi. En sık kullanılanı ise 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 gözlenmiş olan durum budur. İlaç satışından küçük bir kâr hedeflenir. Elde edilen kaynak diğer alanlarda kullanılmak üzere de ayrılabilir. Fon, en azından kendi kendini döndürebilmelidir.

İlaç satışı dört biçimde olabilir: a) Bireysel sağlık çalışanı ile, b) Toplumca işletilen eczanelerle, c) Sağlık kliniklerinde, d) Varolan ticari işletmelerde.

3-) Üretim temelli ve bireysel olarak yapılan önödemeler: Yukarıdakilerin dışındaki bir seçenek, gereksinim duyulacak hizmet için şimdiden düzenli ödeme yapmak veya bireysel kullanımı dikkate almaksızın, maliyeti tüm toplum üyeleri arasında eşit olarak paylaştırmaktır. Böyle sistemlere Önödeme (Prepayment) veya Sigorta Sistemi denir.

Örneklerinden izlenebildiği kadarıyla, bu programların en önemli amacı; sağlık çalışanlarının ücretlerinin ödenmesi ve ilaç masraflarının karşılanmasıdır.

Bazı uygulamalarda önödeme nakdi (parasal) olarak değil, ayni (ürün) olarak yapılmaktadır. Bangladeş, Nepal, Endonezya'da böyledir. Ürün temelli önödeme sistemi genellikle kırsal alanda geçerlidir. Bunların tümü bireysel temelli yapılan önödemelerdir.

Üretim temelli önödeme sistemleri ise genellikle kırsal kesimde geçerlidir. Bu sistemde öndeme üretim birimlerince; kırsal kesimde köy komünleri ve kentte de fabrika birimlerince yapılır. Çin'de durum böyledir. Japonya'da da, kapitalist ilişki biçimi içerisinde, tüm ekonomik işletmeler bu şekilde hekim istihdam etmektedirler.

4-) Toplum emeği: Özellikle kırsal kesimde, sağlık kurumlarının inşasında, 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 ortamlar olabilir.

Toplum finansmanı desantralize bir karar alma sürecini kapsamalıdır. Bunun birkaç avantajı olacaktır: a) Hizmetin etkinliğini artıracaktır. b) Personeli daha fazla oranda gelir toplanması yönünde motive edecektir. Çünkü gelirin daha üst merkezlere devredilmesi durumunda, bu motivasyon da düşer. c) Toplumun taleplerinin yerine getirilebilmesi, desantralize karar alma süreçleri için daha olası olacaktır.

Tablo 33: Toplum Finansmanı Seçeneklerinin Toplu Değerlendirmesi.

Metod	Güçlü Yanları	Zayıf Yanları	Uygun Kullanımı	Ek İhtiyaç	Sorunları
Hizmet için Ödeme	Kullanıcı yatkınlığı; kamu için özel ek kaynak yaratması	Ödeme gücü olanın tedavi edici hizmet kullanımını destekler; risk paylaşımı yoktu	Sağlıkçının ücretlendirilmesi	Koruyucu ve toplum çamasının güçlendirilmesi	Geleneksel veya özel uygulayıcıların olması durumunda ödeme isteksizliği
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 önödeme	Maliyeti hasta ve sağlıklı arasında yaymaması	İnsanların ödeme isteksizliği	Dondurulmuş maliyetle önödeme	Yedek fon	Çoğu kişi hizmet için ödemeyi tercih edebilir
Üretim Temelli Önedeme	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 harcalar 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	

IV. Kullanıcı Ödentileri (User Charges)

Kullanıcı ödentisi, hizmeti kullanım anında, kullanıcı tarafından yapılan cepten ödemelere verilen addır. Finansman sıkıntısının başlamasıyla birlikte, dünyanın hemen bütün ülkelerinde ve hizmet tipine göre değişen oranlarda kullanılmaya başlanmıştır.

Kullanıcı ödentisi şu biçimlerde olabilir:

a) Özel hastalar için hastane hizmetlerine getirilecek ödenti: 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 programı kapsamında olmayanlan lehine bir işlev görmesi mümkün olabilir. Öte yandan kamu sektörü dışındaki toplum kesimlerine kullanıcı ödentisi getirilmesi; (bu kesimlerin, özellikle Güney ülkelerinde sosyal güvencesiz olmaları nedeniyle) zaten güvencesiz durumda bulunan kamu sektörü dışındaki işsiz, düzensiz karakterli marjinal sektörde çalışan, tarımsal ekonomide istihdam olan toplum kesimleri için aleyhte bir durum yaratacağı da belirtilebilir. Dolayısıyla, bu uygulamanın birbirinin tersine işleyen etkileri vardır.

b) Sigortalı hastalar için sigorta kurumuna, yine hastane hizmetleri için ek ödeme zorunluluğu getirilebilir. Böyle bir uygulama sigortalıların hastane kullanımını engelleyebilir.

c) İlaç ödentileri. En yaygın kullanılanı ek ödeme biçimindedir. Bütün dünyada giderek daha fazla oranlarda olmak üzere, daha fazla sayıda ilacı ve sosyal güvencesi olanları da kapsamına alacak biçimde kullanılmaktadır.

d) Sevk sistemine uymayanlar için getirilen ek ödemeler. Bu uygulamanın sevk sisteminin işlerliğini artıracağı, gereksiz hastane kullanımlarını azaltacağı beklentisi vardır.

Kullanıcı ödentilerinin etkisini bütünleyen uygulamalardan birisi de kullanıcıya yapılan geri ödeme miktarlarının azaltılmasıdır. Bilindiği gibi, geri ödeme, herhangi bir sosyal güvenlik programı kapsamına giren kişilere, yine aynı program kapsamına giren hizmetler için yaptıkları ödemelerin belirlenmiş bir miktarının sonradan, söz konusu sosyal güvenlik programı tarafından geri ödenmesidir. İşte son yıllarda, geri ödenmekte olan bu miktar azaltılmaya

başlanmıştır. Örneğin Fransa'da, 1989 yılında, beş tedavi şemasına ait 379 kalem ilacın geri ödeme oranı %70'den %40'a indirilmiştir.

Kullanıcı ödentilerinin potansiyel avantaj ve dezavantajları şunlardır: (80, s. 13-14, 74, s. 66-67)

Avantajları:

1-) Ek kaynak yaratarak kalite ve hizmete ulaşabilirlikte artış.

2-) Gereksiz talebin engellenmesi.

3-) Hem hizmeti üretenlerde, hem de kullananlarda maliyet bilinci yaratması.

Dezavantajları:

1-) Fakirler için engel çıkararak eşitsizlikleri artırması.

2-) Tedavi edici hizmete yönelik tüketici tercihini artırması.

3-) Yönetsel maliyetleri artırması.

Dezavantajları Ghana ile örneklemek mümkündür:

Ghana'da kullanıcı ödentileri ile hükümet hizmetlerinin fiyatları 1985 yılında artırılmıştır. Sonuçta hizmet kullanımı keskin şekilde düşmüştür. Düşüş ilk altı ay sonunda %50'ye ulaşmıştır. 18 ay sonra kentte eski seviyesine ulaşmış, ancak kırda uygulamadan altı ay sonra düştüğü düzeyi korumuştur. Uygulama sonrasında kırsal kesimde insanlar geleneksel sağlıkçılara yönelmişlerdir.

Kullanıcı ödentisi uzun dönemde maliyet açısından etkili olan programlara fon yaratacaktır. Kısa dönemde ise varolan programların cari harcamalarını karşılaması beklenir. Kolombiya ve Endonezya'da işletme maliyetlerinin %15'i kullanıcı ödentileri ile karşılanmaktadır. Aynı oran Meksika, S. Leone, Zaire'de %20'dir.

Özellikle hastanecilik hizmetlerine ek ödenti getirilmesi, bu hizmeti daha çok kullanmakta olan kentli kesimden, daha olumsuz koşullarda olan kırsal kesime kaynak aktarımı anlamına gelecektir. Dolayısıyla risk paylaşımına yönelik bir etkisi de vardır. Bunun dışında hastane hizmetlerine konacak ek bir ödenti, sevk sisteminin kullanımını da geliştirecektir.

Kullanıcı ödentisi bütün sağlık hizmetleri için uygun değildir. Getirilen ek ödentinin, son ürünün üretim maliyetine (marjinal maliyete) eşit olması gerekir. Dolayısıyla, kullanıcı ödentileri ile bir anlamda işletme (recurrent) giderlerinin karşılanması hedeflenir. Bunun içinde de; sağlıkçıların ücretleri, kimi onarım ve yenileme maliyetleri ile günlük tüketim maddelerine ilişkin harcamalar olacaktır.

Kullanıcı ödentisi öncelikle tedavi edici hizmetlerden ve olabilen en yüksek düzeyde ve ödeme gücü olmayan toplum kesimleri dışındakilerin tümüne konulmalıdır. Böyle bir uygulama tüm sağlık maliyetinin %20'sini karşılayacaktır.

Kullanıcı ödentisi uygulaması en kolay ek finans yaratma yollarından birisi olduğu için çok tercih edilmektedir. En çok da düşük gelir gruplu ülkelerde kullanılmaktadır. Bunun birkaç nedeni vardır: a) Az önce de belirtildiği gibi örgütlenmesinin kolay oluşu. b) Bu ülkelerde vergi tabanlı fon oluşturmanın, istihdamdaki nüfusun azlığı ve düzensizliği nedenleriyle zor oluşu. c) Sağlık örgütlenmesinin zayıf oluşu. (Bu durumda kullanım anında ödeme talep edilmesi daha kabul edilebilir olmaktadır.) (81, s. 3)

Kullanıcı ödentileri sigortanın son derece yaygın olduğu Avrupa ülkelerinde de giderek daha fazla oranda başvurulan bir yöntemdir. Tablo 34 bu durumu özetlemektedir:

Tablo 34: Çeşitli Hizmetler İçin Doğrudan Ödemeler. (1988) (39, s. 310)

Ülke	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 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
B. Almanya	Her bir reçete için 60 Pound	Hayır	Hergün için 2 Sterlin

V. Sağlık Finansmanındaki Yeni Stratejilere Toplu Bakış

Sağlık finansmanındaki düzenleme stratejileri şöyle özetlenebilir (60, s. 4-7):

1-) **Maliyet Paylaşımı ve Sınırlaması (Cost Recovery ve Cost Sharing):** Özellikle Batılı ülkelerde harcamaların artışı bu programları koşulladı. Sonuç olarak şu stratejiler geliştirildi: Hastane inşaatlarının azaltılması; hastane kullanımının azaltılması; sağlıkçıların gelirinin düşürülmesi; ayaktan tıbbi bakımın yaygınlaştırılması; hastane yatış sürelerinin kısaltılması; ilaç fiyatlarının denetimi; kullanıcı ödentileri.

Maliyetin sınırlandırılması ölçütleri arz veya talep yönünde olabilir. Talep yönünde olanlara, yani talebin etkilenmesine yönelik olanlarına Maliyet Paylaşımı adı verilir. Maliyet paylaşımının talebi kıracağı beklenir. Kullanıcı ödentileri maliyet paylaşımının en önemli aracıdır. Bunun dışında, toplumun (yeni tüketim kalıpları oluşturacak yöndeki) yaygın sağlık eğitimi de talebi etkileyecek politikalardandır. Kullanıcı ödentileri sabit veya masrafa orantılı, maksimum düzeyi belirlenmiş veya istisnai ve gelire orantılı olabilir.

Arzı etkilemeye yönelik maliyet sınırlaması ölçütleri ise daha çeşitlidir:

a) Kısa dönemli doğrudan kontrol: Hastaneler için bütçe kısıntıları, personel sayısının denetimi, ödeme sistemlerinin denetimi, fiyatların denetimi, niceliğin denetimi (bir reçeteye yazılacak ilaç miktarının sınırlandırılması gibi).

b) Kısa dönemli dolaylı kontrol: Değişen Göreceli Değerler Skalası'nın uygulanması (Changing Relative Value Scales) böyledir. Bu uygulama sağlığın çeşitli bileşenlerinin, hizmet kullanımının etkilenmesi düşünülen yönüne uygun biçimde fiyatlandırılması anlamına gelir. Dolayısıyla, kimi hizmetler için piyasa değerlerini dikkate almayan (piyasa değerlerinin altında ya da üstünde) bir fiyatlandırma olabilir. Hekimin sunduğu tıbbi bakım hizmetleri içinde en fazla oranda fiyat artışı eğilimi gösteren tanısal hizmetlerin piyasanın daha üzerinde olan bir fiyatla değerlendirilmesi bunun örneğidir. Bu durumda, söz konusu hizmetin kullanımı azalacaktır. İstenen de zaten budur. Ancak, söz konusu fiyatlandırma politikası ile rekabete girecek bir özel sektörün varlığı, istenilen sonucun alınmasını engelleyebilecektir. Kısa dönemli dolaylı kontrol politikalarının diğer örnekleri şunlardır: Aynı değerdeki ilaçların pahalı olanının yazımı-

nın sınırlandırılması; hekimlerin ilaç fiyatları konusunda bilgilendirilmesi.

c) Orta dönemli doğrudan kontrol: Hastane inşasının kontrolu, ağır ve pahalı tıp araçlarının kullanımının kontrolu, geleneksel hastane bakımının yerine yenisinin konulmasının kontrolu ve uyarılması.

d) İnsangücünde yoğunlaşan uzun dönemli doğrudan kontrol: Öğrenci sayısının kontrolu, uzmanlık eğitimine girişin kontrolu. (74, s. 86-89)

Kısaca, sağlık hizmet arzı, hizmet fiyatlarına 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 doğru yönlendirebilecektir. Özellikle sosyal sigortanın finanse ettiği hizmet kapsamlarının daraltılması da, kullanımı azaltıcı ve maliyet artışını sınırlayıcı bir işlev görebilecektir.

2-) **Risk Paylaşımı Programları (Risk Sharing)**: Maliyetin sınırlanması ve paylaştırılması programları, eşitlik sorununu gündeme getirir. Bu da risk paylaşımı anlayışını devreye sokar. Çünkü maliyetin paylaştırılması fakirlerin olumsuz yönde etkilenmeleri sonucunu doğurabilir. Bütün sigorta uygulamaları risk paylaşımı anlamını taşır. Zengin ve sağlıklı olandan fakir ve hasta olana kaynak aktarımını sağlayacağı savlanır. Bunlar da merkezi ve desantralize yönetimli olabilir. Özellikle gelişen ülkelerde ve sınırlı kimi temel sağlık programları için risk paylaşımı başlatılmıştır. Bunlar Batı'daki klasik örneklerinin dışında özellikler taşımaktadır.

Tayland'da başlatılan sağlık kartı uygulaması gibi. Buna göre mavi kart 100 Baht (Tayland para birimi) fiyatındadır. Bu kartı satın almakla gebelik, analık ve çocuk sağlığı hizmetlerinden yararlanmak mümkündür. Yeşil kart 300 Baht fiyatında olup, beş kişilik bir ailenin, çeşitli hastalıklar için altı epizodluk tedavi giderlerini karşılar. Kırmızı kart ise 200 Baht'lıktır. Bir kişinin, yine belirli hastalıklar için dört epizodluk tedavi giderlerini karşılamaktadır. Bu finans sisteminin yönetimi köy idaresinin elindedir. Bu biçimiyle Tayland örneği kolektif tip sosyal sigortanın örneğidir. Fonun oluşturulması ve yönetimi işini köy kolektifi yüklenir.

Hindistan'da bir hastanenin (Kasturba Hastanesi-Sevagnam Bölgesi) yakınındaki bir bölgede başlatılan sağlık sigortası sistemi ilginçtir: Sigorta sistemi ayni ödemelere dayanmaktadır. En düşük gelir grubunda yer alıp, topraksız olan aileler yıllık toplam 10 kg tahıl karşılığı sigortalanırlar. Bu miktar, toprağı olanlar için hektar başına 6 kg'dır. Sigorta karşılığı olan tahıllar sağlık çalışanları tarafından toplanır. Toplanan tahıl, ortak köy fonunun oluşturulmasında kullanılır. Fon ile ilaç, mobil sağlık hizmetlerinin giderleri ile sağlık çalışanlarının ücretleri karşılanır. Köyün fakir nüfusunun en az %75'inin programa katılması durumunda, köy hastaneden yararlanabilmektedir. Hastane gezici olarak, ana çocuk sağlığı hizmetlerini yürütür. Ayrıca ayaktan tedavi edici hizmetler, bazı hastalıkların yatarak tedavi masrafları 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. (82, s. 171-173) Bu programda kolektif sosyal sigorta uygulamasına toplum katılımı modeli de eklenmiştir.

3-) **Kaynak Kullanımının Rasyonalizasyonu**: Pek çok ülke için ve özellikle de gelişen ülkeler için kaynakların kötü kullanımı söz konusudur.

Kaynakların kötü kullanımı denildiğinde şunlar anlaşılır: a) Yanlış amaçlı kullanım. b) Kapasitenin altında kullanım. c) Kaynakların bozulması.

Kaynak kullanımının rasyonalizasyonu ise şu şekilde geliştirilebilir (74, s. 71-80):

a) İnsan kaynağının etkin kullanımı: Personel dağılımının düzenlenmesi, nitelikli personel kullanımı gibi. Burada 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 sağlanması insan gücü kullanımında etkinliği geliştirecektir.

b) Hizmete ulaşımın kolaylaştırılması: Eşit ulaşım etkinliği artırır.

c) Uygun teknoloji kullanımı.

d) Maliyet açısından daha etkili (cost-effective) stratejilerin geliştirilmesi: Özellikle hükümet güvencesine alınacak sağlık hizmeti paketinin belirlenmesinde maliyet analizinin yapılması önemlidir. Maliyet/yarar ve maliyet/etkililik analizlerinin yapılması önem taşır. Bu analizlerle; amaç belirlenmesi, amaçların maliyet açısından karşılaştırılması, belirlenmiş amaç için maliyet açısından en uygun yöntemin belirlenmesi olanağı yaratılır.

Bu anlamda bugün için beş grup hizmet önem kazanır: Doğum öncesi ve doğum sırasındaki tıbbi bakım hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, verem, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik tıbbi bakım hizmetleri ve hasta çocuğun yönetimi (management of the sick childe). 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 ülkelerdeki 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 oluşudur. 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 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; 1 yatak/1000 kişi, 0.1-0.2 hekim/1000 kişi, 2-4 ebe-hemşire/hekim şeklindedir.

Paketin genişletilmesi finansman bulunmasıyla ilgilidir. Maliyet etkililik analizi sonucunda genişleme, şu programların eklenmesi ile mümkün olacaktır: Kronik hastalıklara belli sayıda müdahale (oral hipoglisemik ve insülin kullanımı, şizofreni ve PMD tedavisi, meme ve serviks kanser tarama ve tedavisi gibi), yüksek risk altın-

da bulunanlarda koroner arter hastalılığının önlenmesi (aspirin verilmesi gibi). Bu programın maliyeti en az 200-300 Dolar/DALY olacak ve hastalık yükünü %5-10 oranında azaltacaktır.

Minimum klinik paketin düşük gelirli ülkelerdeki kişi başına maliyeti 8, orta gelirlilerdeki maliyeti ise 15 Dolar'dır. Bunun karşılığında hastalık yükü düşük gelirlilerde %32, orta gelirlilerde ise %15 oranında azaltılacaktır. (18, s. 112-116)

Yukarıda özetlenen yeni yönelimler daha genel bir düzeyde aşağıdaki gibi toparlanabilir:

1-) **Sağlık Hizmeti Mülkiyetindeki Planlı Değişiklikler:** Kaynaklara sahip olan ve karar verme yetkisini 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 görülebilmektedir.

Bu başlık altında sıralanabilecek müdahaleler şunlardır:

a) Sigorta sistemlerinin geliştirilmesi.

b) Hükümetçe sağlanan hizmetlere ödeme yükümlülüğü getirilmesi veya varolanın artırılması.

c) Özel sektöre vergi kolaylıklarının sağlanması ve genel olarak özel sektörün cesaretlendirilmesi. Kamu kurumlarının özel sektöre açılması da bu başlık altında değerlendirilebilir.

d) Kamu kurumlarındaki ve özellikle de hastanelerdeki otelcilik hizmetlerinin özel sektöre devredilmesi.

e) 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 güçleri"nin kamu sektörüne entegre edilmesi esasına dayanır. Bunlar da aşağıda sıralanmıştır:

a) Tüketici tercihlerinin geliştirilmesi: Hükümet tarafından sağlanan sübvansiyonların, kurumu kullanan hasta sayısına bağlan-

ması bu yönde bir müdahaledir. Kullanıcı ödentilerinin bir kısmının, ödentiyi toplayan ve hizmeti sunan kurumda bırakılması da, hizmet kalitesini artırarak, tüketici tercihleri üzerinde belirleyici olabilir.

b) Özellikle hastanelerde yönetim kurullarının oluşturulması. Bu kurullarda toplum temsilcilerinin yer alması, toplum katılımını da sağlayacak ve kurulun hizmeti değerlendirmesi olanağı vererek, etkinlik ve harcama paternleri üzerinde olumlu sonuçlar verebilecektir.

c) Tüketicinin bilgilendirilmesi.

d) Desantralizasyon.

e) Global bütçeleme gibi değişik ve harcamaları azaltıcı etkisi olan ödeme mekanizmalarının kullanılması.

3-) **Planlanmamış Etkenlerle Oluşan Değişiklikler**: Bunlar o ülkenin ya da dünyanın makroekonomik koşullarındaki gelişmeler sonucunda oluşan değişikliklerdir. (Geniş bilgi için bkz. 83, s. 4-9)

VI. Yeni Yönelimlerin Etkileri Üzerine :

Harcamaların sınırlanması ve etkinliğin artırılması bakımından önerilen yeni stratejilerin hedeflenenlere ne derecede yaklaştığı; çözmesi beklenen sorunları ne ölçüde çözebildiği sorusu önemlidir. Buna karşın konunun bu yönü pek gündeme getirilmemektedir. Bunun nedenlerinden birisi; uygulamaların henüz yeni oluşuna bağlı olarak, elde, değerlendirilebilir veri birikiminin olmayışı olabilir. Öte yandan, daha önceden de belirtildiği gibi, özellikle finans sıkıntısının yaşanmakta olduğu; ekonomik, toplumsal ve siyasal destabilizasyonun giderek büyüdüğü Güney için; önerilen programlar, ön koşul anlamında stabilizasyona gerek duyarlar. Dolayısıyla çözüm olarak önerilen yeni stratejiler, bir anlamda, çözülmesi beklenen sorunun ta kendisini oluşturmaktadır. Kısaca Güney'in sorunu Güney'e çözüm olarak önerilmektedir. Hem de aynı çözümlerin Kuzey için bile son derece önemli tıkanıklıklar yaşadığı bir kesitte...

Yeni stratejilerin özel olarak izlenmesi ve sonuçlarının dikkatle değerlendirilmesi bu anlamda da büyük önem taşımaktadır. İşte konuyla ilgili yeterli yayın bulunmayışının nedenlerinden bir diğeri,

yukarıda tanımlanan paradoks durumun çözümsüzlüğünü gözlerden saklamak olabilir.

Aşağıda yeni stratejilerin etkileri üç önemli beklenti açısından ve özelleştirme ile kullanıcı ödentileri düzleminde, kısaca incelenmiştir:

a) **Fon düzeyi açısından**: Özelleştirmenin finans sistemi üzerine etkileri konusunda değişik eğilimler mevcuttur: Halkın talebinin düşük olduğu durumlarda özel sağlık sektörünün yaygınlaşması güçtür. Özel sağlık sektörünün yaygınlaşması, mutlaka yeni kaynak yaratmaz. Toplam sağlık harcamaları artabilir, ancak bu arada fiyatlar da artabilir. Bu durumda kaynaklardaki artış gerçek bir artış anlamına gelmez ve özelleştirmenin çoğu kez fiyatları artırıcı bir etkisi vardır. Özel sektör kamu hizmetinin kalitesini düşürebilir. Kamu ile özel sektör arasında, zaten kıt olan kaynaklar üzerinde gereksiz rekabet doğabilir. Bu rekabet hizmetin standardizasyonunu zorlaştırabilir. Zaten kıt olan kamu kaynaklarının tamamen özel sektöre kaymasına (özellikle insan gücü açısından), kamu kurumlarının verimsizleşmesine neden olabilir.

Kullanıcı ödentilerinin ulusal düzeyde geliri artırıcı etkisi son derece sınırlıdır. Kullanıcı ödentilerinin bu anlamdaki etkisi iki düzeyde tartışılabilir: Ulusal ve bölgesel. Ulasal düzeyde, tüm sağlık sektörüne kullanıcı ödentisi ile ek kaynak yaratılabilmesi olanağı oldukça sınırlı görünmektedir. Genellikle bu düzeyin, tüm sağlık harcamalarının %20'sinin üzerine çıkamayacağı tahmin edilmektedir. Örneğin Sub-Saharan Afrika ülkelerinde bu etki düzeyi %4 olmuştur. Ghana ve Lesotho'da ise %15 düzeyinde kalmıştır. Kullanıcıdan ek ödeme alma özellikle Afrika ülkelerinde ve hizmetin sunulduğu düzeyde, ücret dışı işletme giderlerinin karşılanmasında önemlidir.

Buna karşılık yerel düzeyde, kullanıcı ödentileri ile önemli ölçüde bir kaynak yaratma olanaklı olabilmektedir. Tayland'daki ilaç fonları böyle bir işlev görmüştür. 1988-90 yıllarında altı Afrika ülkesi, kullanıcı ödentileri yoluyla, ücret dışında kalan işletme maliyetlerinde %100'lük katkı gerçekleştirdiklerini bildirmişlerdir.

Kullanıcı ödentilerinin ortaya çıkaracağı fonun boyutları uygulamanın sürekliliğine ve halkın hizmeti kullanım düzeyine bağlı olacaktır.

b) **Etkinlik açısından**: Özel sektörün hizmet etkinliğini (hizmetin teknik etkinliği) ölçmek son derece zordur. Özel sektörde ucuz sağlık hizmeti üretildiğini söyleyebilmek güçtür. Özel sektörün daha ucuz hizmet ürettiğini vurgulayan kimi raporlar bulunsa da (Hindistan'dan böyle veriler bildirilmiştir), kamu şektörü ile özel sektörün ortaya koydukları ürünlerin nitelik ve niceliğinin aynı olduğu kesin değildir. Öte yandan, özel sektör her zaman için kamunun yöneldiği gruptan son derece farklı özelliklere sahip olan gruplara yönelik hizmet üretmektedir. Bu da karşılaştırma yapılabilmesini olanaksız kılmaktadır.

Doğrudan ödemelerin teknik ve kaynak tahsisatına ilişkin etkinlik üzerine olan etkileri gelirin kullanılış biçimine bağlıdır. Yönetsel etkinlik üzerinde tartışmalı sonuçlar vardır. Kullanıcı ödentilerinin üst kurumların gereksiz kullanılışını önleyeceği, sevk sistemine uyumu sağlayacağı yönündeki tezler, uygun hizmetlerin, uygun düzeyde fiyatlandırılması ile çok yakından ilgilidir.

Örneğin Swaziland'da, immünizasyon ve diğer koruyucu hizmetlerin kullanımı kullanıcı ödentileri sonrasında düşmüş, Lesotho'da herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir. Pakistan'da ise uygulama, kullanıcıların özel sağlık sektörüne yönelmelerine neden olmuştur.

Kullanıcı ödentileri yönetsel maliyetleri de artırmıştır. Sudan'da temel sağlık hizmetleri için ödenti toplanması, gelirin %10'u düzeyinde bir yönetsel maliyete neden olmuştur. Aynı oran hastanecilik hizmetleri için %75 olarak saptanmıştır. Zambia'da ise, toplanan gelirin kullanımına merkezi olarak karar verildiğinden, para işe yaramaz duruma gelmiştir.

c) **Eşitlik açısından**: Kullanıcı ödentilerinin sağlık hizmetinden yararlanmanın toplumsal dağılımını daha eşitlikçi bir tarzda yeniden düzenleyeceği beklentisi vardır. Buna karşın ampirik verilerin ortaya çıkardığı tablo bu yönde bir genellemeye olanak tanıyacak derecede net değildir. Araştırmalar yüksek gelirli grupların, ek fiyat artışlarından etkilenmediklerini, tüketimlerini eski düzeylerinde sürdürdüklerini (bir başka deyişle taleplerinin fiyat bakımından inelastik karakterli olduğunu) göstermektedir.

Buna karşılık, ödenti düzeyi arttıkça fakirlerin yararlanımı düşmektedir. Düşmenin önceki talep düzeyinin %50'si oranında gerçekleştiği bile bildirilmektedir.

Özelleştirme ile, eşitsizliklerin, fiyat artışlarına bağlı olarak, fiyat artışlarını karşılayamayacak durumda olan toplumsal gruplar aleyhine derinleşeceği beklentisi vardır. Özel sektörün, kâr elde edemeyeceği alanlara (alım gücü düşük olan ve sosyal güvencesi bulunmayan toplumsal sınıflara, işsizlere, tarımsal ekonomiye yönelik) yatırım yapma durumu söz konusu olmadığından, anılan sınıfların hizmete ulaşabilirliği güçleşecektir. Böyle bir durumda en azından, zenginlere ve yoksullara yönelik olmak üzere iki çeşit sağlık sisteminin gelişmesini beklemek gerekir. Niteliği daha düşük olan kamu sektörü yoksul kesimlere yönelik sağlık hizmetini (zorunlu olarak) yürütmek durumunda kalacaktır. Bugün Güney ülkelerinde gözlenen durum zaten budur. (Bu bölüm için geniş olarak 7, s. 21-26'dan yararlanılmıştır.)

BEŞİNCİ BÖLÜM
KAPİTALİZM SORU(N)LARINI ÇÖZEBİLİYOR MU VE SOSYALİST SEÇENEK

A-) SAĞLIK NEREYE?

Sağlık sektörünün yapısı konusunda birkaç noktanın üzerinde durmak gerekir:

1-) Sağlık kapitalist işlerlik içinde sermaye sahibi sınıf (burjuvazi) ile işçi sınıfı arasındaki bir "denge/ateşkes" alanıdır. Bu olgunun özellikle 2. savaş 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 herşeye 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 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 için 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 için, ancak, sağlık için kullanmak durumunda kalmıştır.

2-) Sosyal refah devleti, sosyal güvenlik ağı ile sağlık durumla-

rı 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 için harcanmak zorunda kalındığı bir kapitalist devlet örgütlenmesidir. Buna karşılık sosyal devletin gerilediği dönemlerde (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 1015 yıl bu sürecin canlı tanığıdır.

3-) Her ne şekilde olursa olsun, sosyal güvenlik sistemlerinin yaygınlaşması, sağlığı tam bir kapitalist pazar alanı durumuna getirmiştir. Bir başka deyişle sağlık hizmeti bir tüketim objesi olarak toplum bilincinde yer etmiştir. Bugün sağlık (hizmeti) talebinin bundan başka bir anlamı yoktur. Bu olgunun birkaç belirleyici bileşenini sıralamakta yarar var: a) Sağlık hizmetine olan talep ve hizmeti kullanım artmıştır. Talep artışı, toplumsal bir davranış modeli olarak yerleşmiş durumdadır. Özellikle gelişmiş ülkelerdeki burjuva demokrasisinin temel argümanlarının da (insan hakları, sağlık hakkı gibi) etkisiyle, yerleşmiş olan bu talebin azaltılabilmesi pek olanaklı görünmemektedir. Çünkü, Kuzey ülkelerinde sağlık hizmeti kullanımını azaltmaya yönelik her söz, bireysel özgürlüklere saldırı olarak yorumlanabilmektedir. 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 kapitalizm, aslında kendi başlattığı bir sürecin sonuçlarından yakınıyor. Sağlık harcamalarındaki artış ve kaynakların yeterince etkin kullanılmayışı en temel sorundur. Kapitalizm bir sistem olarak en derin bunalımlarından birisi içindedir ve sağlık hizmetleri üzerinden yapılan anlaşmanın/uzlaşmanın hiçbir geçerliliği kalmamıştır. Daha doğrusu anlaşmayı olanaklı kılan nesnel koşullar ortadan kalkmıştır. Artık kapitalizm sağlık gibi sosyal alanlara olabildiğince az kaynak aktarmak; elindeki kaynakları artı-değer oranını artıracak yeni yatırımlara, yeni hammadde kaynaklarına ayırmak zorundadır. Şüphesiz ki,

gelişmelerin yönünü belirleyecek olan temel bileşenlerden birisi işçi sınıfının kendi üzerine yöneltilen saldırıya ne derecede karşı koyabileceğiyle ilintilidir. 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 hükümet eliyle yapılan harcamaların sınırlandırılmasıdır. Yatırımların azaltılması, sağlık sektöründeki istihdam hacminin daraltılması bu politikanın sonuçlarıdır. Bundan sonra ise, yine devlet ya da diğer kamu kurumlarınca kaynakların etkin kullanımını (az harcama ile daha fazla sonucu almayı) olanaklı kılacak denetim mekanizmaları geliştirilmektedir. Denetim mekanizmalarının önemli kısmında ödeme yöntemleri kullanılmaktadır: Vaka başı ödeme, hizmet başı ödeme, global bütçeleme gibi.

Yeni geliştirilen ödeme sistemleri ile, gerek üreticiden (tek hekimler ve hastane işletmeleri), gerekse tüketiciden (birey olarak hastadan) kaynaklanan fazla hizmet kullanma yönündeki eğilimlerin azaltılması hedeflenmektedir.

Sağlık hizmetinin klasik finans mekanizmaları içinde, hizmeti üretenin kazancı ya sabit durumdadır (maaşla ücretlendirme ve kişi başı ödemede olduğu gibi) ya da üretilen hizmetin niceliğine bağlanmış durumdadır (hizmet başı ödemede olduğu gibi). İlkinde, üretilen hizmetin kalitesi ve tüketici tatmini önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Çünkü, sabit 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 kullanımı sorunu ortaya çıkmakta, bu ise gereksiz biçimde harcama artışına neden olmaktadır. Kısaca, hizmet kullanımındaki artış her zaman bilimsel olarak kabul edilebilir bir gelişme olmayabilmektedir.

Böylece, klasik finans biçimleri içinde harcamaları belli bir düzeyde tutabilmek nitelikteki düşüşle birlikte olurken; niteliğin artırılabilmesi ancak hizmet kullanımındaki ve harcamalardaki artış ile olanaklı olabilmektedir. İkinci durumda, harcamalardaki artışla seyreden önlemler paketi her zaman nitelik güvencesi de sunamamaktadır.

İşte üreticiye yönelik yeni finans 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 başı ödeme, global bütçeleme sistemlerinin temel amacı budur. Bunun da ötesinde, daha önceden de sözü edilen etkinliği artırıcı idari düzenlemeler de aynı amacı taşımaktadır. Bu uygulamalarda belli bir vaka veya dönem için belli bir bütçe belirlenmekte, bu bütçe üreticinin denetimine bırakılmakta, böylece üreticinin gelir gider hesabı içinde en optimum dengeyi yakalayarak, en düşük harcama düzeyiyle, en etkin sonucu elde edebileceği varsayılmaktadır. Ancak kapitalist ilişkiler içinde, üretici açısından etkin olan sonucun, daha az harcamaya yol açan sonuç olacağı açıktır. Bu nedenle üretici açısından en etkin olan sonucun, tüketici açısından en tatmin edici sonuç olmasını garantileyebilmek amacıyla, tüketiciye üretici kişi ve/veya kurumu seçme özgürlüğü (hakkı) tanınmaktadır.

Ancak, sağlık hizmeti tüketimi için tüketicinin bilinçli tercihinden söz edebilmek de hemen hemen olanaksızdır. Çünkü tıbbi bilgi ileri derecede uzmanlaşmış, uzmanlaşırken belli bir profesyonel grubun, bunun da ötesinde tekelci sermayenin eline geçmiş bir alandır. Bu durumda tüketicin genel eğilimi, daha fazla oranda tüketmek olmaktadır. Sigorta sisteminin yapısı (tüketilecek nesnenin bedelinin daha önceden ödenmiş olması) tüketime yönelik motifleri ileri düzeyde uyarıcı olmaktadır (Moral Tehlike etkisi). Dolayısıyla tüketicinin kaygısı kendisini "korumaya" yöneliktir. Buradaki kısır döngü, giderek daha fazla oranda tüketimi uyarılan nesnenin tüm bilgisinin tekelci sermaye gruplarınca denetleniyor oluşudur. Bu durumda tüketicinin daha fazla sağlık hizmeti tüketimi kendisini korumak kaygısının bir sonucudur. Bu ise yine harcamaları artırıcı bir sonuca neden olmaktadır.

İşte tam bu noktada tüketici taleplerinin etkilenmesi para politikaları aracılığıyla gündeme getirilmektedir. Hizmet fiyatlarının artırılışının; maliyet paylaşımının; toplum finansmanının; geri ödeme miktarlarındaki azaltmaların anlamı budur ve bütün bunların tüketici talebini azaltacağı tahmin edilmektedir.

Böylece stratejiler şöylece özetlenebilir:

a) Üretici kişi ve/veya kurumlara belli bir bütçe verilerek, bu bütçenin kullanımının tamamen üreticiye bırakılması. Eğer üretici bir genel pratisyen ise; hastaları için gerekli gördüğü uzmanlık hizmetlerini diğer kurumlardan veya uzmanlardan satın alması, hastala-

rının birinci basamak tıbbi bakımını sağlayabilmesi için gerekli olan tıbbi malzeme ve diğer yardımcı sağlık personelini istihdam etmesi gibi inisiyatiflerin tamamen kendisine bırakılması. Eğer üretici bir hastane ise, hastanenin, belirlenmiş bütçe ile bütün yatırım ve cari harcamalarını 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.

b) Tüketici yönünden ise, hükümet harcamalarının kısıtlanması ile birlikte, sağlık hizmeti finansmanının tüketicinin doğrudan harcamalarına dayandırılması. Böylece, finansmanın tüketici üzerine kaydırılmasının, tüketiciyi elindeki kaynakları daha "dikkatli" biçimde kullanma yönünde motive edeceği varsayımı. Bu anlamda da, 2. savaş 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 potansiyelize edeceği varsayımı.

c) 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, tüketicinin tıbbi gereksinimlerini dikkate almayan ve kendi gelirini önceleyen, böylece de tıbbi gerekliliklerin dışında, ekonomik kaygıları öne çıkaran davranış kalıpları içine sokabilir. Böylece de, tüketicinin tamamen aleyhine gelişen bir tablo belirebilir. Bunun önlenmesinin yolu olarak da tükeciye üretici seçme hakkının tanınması. Üretici seçme hakkının etkinlik ve eşitliği geliştiren, üreticinin hizmet piyasasındaki belirleyiciliğini/tekelini sınırlayan bir politika olacağı beklentisi.

d) Sonuncu olarak da en kaba yöntemden söz etmek gerekir: O da bütçeden yapılan harcamaların olabildiğince azaltılması; hizmet niteliğinin düşürülmesi; istihdamın ve yatırımların azaltılması; herkesin kendi başının çaresine bakmak durumuna itilmesi. üphesiz ki bu tercih, açık olarak eşitsizlikleri derinleştirecek ve toplumsal bir muhalefetin dengeleyici gücünün geliştiği noktaya kadar işlevsel olabilecektir.

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 hizmetinde maliyet/yarar etkililiğini maksimize ve sağlıkta dar gelirli sınıflardan yana gözlenen eşitsizlikleri minimize edebilir mi?**

Teorik olarak bu soruya olumlu yanıt verebilmek olanaksız görünüyor. Nitekim, önerileri ortaya atanlar da, önerilenlerin yukarıda sıralanan üç hedefi aynı anda yakalamasının olanaklı olmadığını belirliyorlar. Ancak bu olanaksızlığı maddenin kendi doğasında bulunan kültürel bir olanaksızlık olarak görüyorlar.

Buna göre, sağlık hizmetlerinde hem harcamalardaki artışı sınırlamak, hem de sınırlı kaynak kullanımı ile en etkin ve eşitsizlikleri giderecek sonuca ulaşmak olanaksızdır. Ne yapılırsa 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/etkinlik/eşitlik üçlüsü olarak belirlenen sorunsala, yukarıda açımlananın dışında bir yanıt üretebilmek gerçekten olanaksızdır.

Çünkü, kapitalizm; sermayenin hammadde, makinalar, fabrikalar ve ücretli emeğin istihdamı için yatırımına; bu yatırımla sermayedarın artı-değer/kâr elde etme güdüsüne dayanır. Bir başka deyişle kapitalizmin işlerliği kendisini bu biçimde ortaya koyar. Bu nedenle, sağlık hizmeti üretimcisi için 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 gibi kimi kültürel olgular dışarda tutulursa, önemli oranda bu kapitalist dinamik tarafından belirlenir. Dolayısıyla, sağlık harcamalarındaki artışı sınırlamak eğilimi, aslında kapitalizmin kendi kendisine karşı açtığı cepheden başka bir anlam taşımaz. Bu ise kapitalist işlerliğin sınırları içinde tutarlı bir sonuca ulaştırılması olanaksız yalancı bir sorundur.

Öte yandan, yine kapitalist işlerlik içinde tüketici açısından aslolan; yıllar boyunca olası bir riske karşı küçük parçalar halinde ederini ödediği bir metadan olabildiğince maksimum düzeyde yararlanmaktır. Daha fazla tüketmek doğrultusunda koşullandırılmış tüketici bilinci açısından bundan başkasını istemek zaten olanaksızdır. Kısaca kapitalist işlerlik tüketici boyutuyla da, harcamaları artırıcı bir işlev görür. Sağlık piyasasında, sağlık hizmeti üreten ve giderek tekelleşen işletmeler daha fazla sağlık hizmeti satmak; hizmetin fiyatını ve niteliğini kendi kârlarını artıracak biçimde denetlemek/-yönlendirmek isterler. Bu onların suçu değil kapitalizmin kendine özgün yasaları gereğidir. 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 tırmandıran bir işlev görür. Aslında tırmanışın durdurulabilmesinin tek yolu olarak, sağlık harcamalarının giderek daha doğrudan ve daha fazla oranda tüketicilerin üzerine yıkılması görülür. Resmi anlayışa göre; harcama artışı biçiminde görüntülenen finansal sorunun önüne geçilebilmesinin tek yolu, tüketici talebinin kırılabilmesine dayanan bu sömürü mekanizmasıdır.

Üreticinin daha fazla kâr elde etmeye, tüketicinin ise daha fazla tüketerek kendisini "korumaya" çalıştığı bu ortamda, kaynakların en etkin biçimde kullanılabilmesinin de olanağı yoktur. Bütün önerilenlere karşın, harcama artışı/kaynakların kötü kullanımı/eşitsizlik biçiminde görüntülenen finansman sorunsalının özünde bu dinamik yatar.

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 harcamalar/kötü kaynak kullanımı/eşitsizlik biçiminde formüle edilen sorunsalın bilimsel olmadığını da belirlemek gerekir. Çünkü:

Bu formülasyonla klasik burjuva ekonomisi kendisini mikro düzlemde sınırlar. Bir anlamda işletme ve en fazlasından sektörler düzeyindeki sorunlarını ele alır ve tartışır. Eğer bu düzeyle sınırlı kalınırsa, gerçekten de, sağlık alanı için ve daha başka pek çok sek-

tör için 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, gelişmiş ülkelerin Güney'e yönelik sömürüsüdür. Gelişmiş kapitalist ülkelerde bile son 10 yıldır kendisini giderek daha ileri boyutlarda ortaya koyan sağlık finans sorunlarının nedeni, kapitalizmin içine girdiği bunalımla, sosyal alanlara yaptığı harcamaların azaltılması; derinleşen gelir dağılımı eşitsizlikleri; yapısallaşan işsizliktir.

Kapitalist işlerliğin makro düzeyde sorgulanmadığı durumda, geriye, sağlık alanındaki finans 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 birşey kalmaz. Yapılan da budur. Ancak bu girişimlerin sorunu kesinlikle çözmediği bizzat önerenlerin kendileri tarafından da teslim edilmektedir.

Bu anlamda, belirlenen sağlık finans sorunu, maddenin doğasında bulunan 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 etkinliğini azalttığı, dolayısıyla da eşitsizlikleri gidermede hiçbir işlevi olmadığı düşünülen maaşla ücretlendirme sisteminin yerine önerilen hizmet başı ödeme sistemi, abartılı ve tıbbi/bilimsel/kültürel açıdan gerekli olmayan (deyim yerindeyse naylon) hizmet üretimine neden olmakta, bu ise harcamaları gereksiz yere artırmasının ötesinde, tüketicinin sağlığı ile tehlikeli biçimde oynanması anlamına gelmektedir. Ya da, tüm bu sakıncaların çözümü olarak gündeme getirilen vaka başı ödeme sistemi, kapitalist işlerlik içinde, üretici açısından, bütçesi önceden belirlenmiş vaka için yapılan harcamaların minimize edilmesi kaygısını öne çıkarmakta, bu ise yine tıbbi/kültürel ilkelerle bağdaşmayan ve olabildiğince az hizmet üretimi uygulamalarını koşullayabilmektedir.

Bu nedenle kapitalist kurallar çerçevesinde sağlık finansmanında temel sorun olarak belirlenen harcama artışı/kaynakların etkin olmayan kullanımı/kaynakların eşitsiz dağılımı 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 sağlık 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 kaynak bırakılacağına 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 gerekiyor: **Klasik burjuva ekonomisinin geliştirdiği kavramları, yeni stratejileri toptan inkâr etmek/görmezden gelmek/işlevsiz olarak kabul etmek olanaklı ve bilimsel midir?**

Buna da en başından ve kısaca "Hayır" denilmelidir. Öncelikle şunu söylemiştik: Klasik burjuva sağlık ekonomisi disiplininin belirlediği; harcamaların artışı buna karşılık sağlık için kullanılabilecek kaynakların kıt olduğu; bunun için de kıt kaynakların en rasyonel tarzda kullanılması gerektiği yönündeki belirleme kültürel değil, idelojiktir. Çünkü bu söylem mikro ekonomik sınırlar içindedir. Kapitalist/emperyalist sömürü mekanizmalarını görmezden gelmektedir. Devletin, sermayeyi gözeten kaynak aktarımlarını; artı-değer sömürüsünü; dünyanın Kuzey'i ile Güney'i arasındaki eşitsiz bölüşümü gizlemektedir. Bütün bu sis perdesi üzerine özellikle Güney ülkelerinin kaynaklarının kıt olduğu; bunun için de Güney ülkelerinin tutumlu olmaları gerektiği; Güney halklarının azla yetinirken, azın da titiz hesabını yapmaları gerektiği tezlerini inşa etmektedir. Kuzey 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 hizmetler için ayrılan kaynak-

lar bu kadar değildir. Çünkü, toplumun kaynaklarının eşitsiz bölüşümü söz konusudur. Çünkü, sermaye sınıfı çalışanlarca üretilmiş olan toplumsal artı-üründen kendi payını en başından aldıktan sonra, ortada kalan dilimi çeşitli toplumsal amaçlı harcamalarda kullanılmak üzere bırakmaktadır. Çünkü, sermayenin el koyduğu artı-değer toplumsal çıkarların dışında tutulmakta ve toplumsal emeğin ürünü değilmişçesine gösterilmektedir. Kısaca, toplumsal çıkarlar için paylaşılan toplam toplumsal değer paylaştırılan kadar değildir. Sermayenin, en başından el koyduğu değeri de hesaba katmak, onu da paylaşım içine almak gerekir. Bu nedenle kaynakların kıt olduğu, bunun için de "tutumlu" davranmak gerektiği tespiti ideolojik bir aldatmacadır. Bu nedenle, sınıfsız, sömürüsüz bir dünya idealini; ekonomik, toplumsal, siyasal eşitliği savunan sınır tanımaz "ütopikler"in reddetmek durumunda oldukları ilk şey sömürüdür.

İşte yukarıda sorulan soru, böyle bir reddiyenin sonrasına ilişkin oluyor. Ve böyle bir durumda klasik burjuva sağlık ekonomisinin geliştirdiği kavramların işe yaramaz görülmesi olanaksızdır.

Toplumsal kaynakların eşit olarak dağıtıldığı ve ideolojik anlamdaki kaynak kıtlığı olgusunun ortadan kaldırıldığı durumda, insan emeğinin ürünü olan toplumsal değerlerin en verimli ve etkin biçimde kullanılmaları esastır.

Bu anlamda maliyet/yarar analizlerinin özellikle önem kazanacağı varsayılabilir. 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 tarihsel dönemde, kaynakların insani gereksinimleri karşılamak anlamında yetmezliğinden söz edilebilecektir. İşte böyle bir dönemde maliyet sınırlayıcı tekniklerin kullanılması, ekonomik (dikkat ideolojik ve siyasal değil) bir zorunluluk olarak ortaya çıkacaktır. Bunun dışında, en az oranda 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" za-

man yaratarak) en verimli sonucu elde edebilmek kaygısı, insan emeğine/insani değerlere saygının da bir gereği olarak algılanacaktır.

Bunun ötesinde maliyet paylaşımı, toplum finansmanı gibi politikaların bugünkü anlamlarının tamamen dışında bir anlam kazanacakları; hattâ anlamsızlaşacakları da belirtilebilir. Çünkü; toplumsal eşitliğin kurumlaştırıldığı bir toplumsal formasyonda, toplumsal üretim için gerekli olan 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 değerlerinin bir kısmına üretim süreci içinde el konulmuş olan çalışan sınıfların, bir kez de tüketim aşamasında sömürülmesinden başka birşey 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 tespitini yaptığımız şu noktada, bu mantıksal akış içerisinde karşımıza kendiliğinden bir başka sorun 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?** Yanıtlar şu şekilde sıralanabilir:

1-) Sosyalizmin temel dinamiği maliyet/yarar analizi biçiminde kendisini somutlayan 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.

2-) Sosyalizm bütün toplumsal artı ürünün, üretime katkıda bulunan herkes arasında ve akıtılan emek bazında eşit dağılımını öngörür. Bu, toplumsal eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasının ilk adımıdır.

3-) Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin (kamu sektörü ile özel sektörün kendi içinde yaratacağı rekabet ile hizmetin verimliliğini artıracağı beklentisine karşın) ne etkinlik (yönetsel, mali, kaynak tahsisine ilişkin etkinlikler), ne eşitlik, ne de harcamaların sınırlanması anlamında bekleneni vermediği noktası daha önceden saptanmıştı. Hattâ çeşitli araştırmalar, özelleştirmenin beklenenin tam tersine sonuçlar doğurduğunu da ortaya çıkarmış bulunuyor. Bu durumda, ilgili bölümde, özelleştirmenin, sermayeye yeni bir kâr alanı yaratmak amacını taşıdığı tespiti de yapılmıştı. İşte üretim araçlarının özel mülkiyetine ve sağlık alanındaki özel hizmet sunumuna son verecek olan sosyalist bir örgütlenme; kaynakların özel sektör elinde plansız bir biçimde dağıtılmasına ve 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.

4-) Yukarıda kısaca değinildiği gibi, kapitalist sağlık işletmeleri arasındaki anlamsız (insani ve bilimsel boyutlarıyla anlamsız olduğu kadar, kapitalist işlerliğin "motoru" görevini 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 kökten çözümler.

5-) Çalışan sınıflarca üretilen ve sermaye tarafından el konulan toplumsal artı-ürünü (artı-değer) yine bütün toplumun kolektif denetimine bırakarak, önemli boyuttaki toplumsal kaynağın az sayıdaki asalağın bireysel tüketimleri için harcanmasına son verir. Böylece sosyal alanlar için harcanabilecek her türlü kaynakta çaplı bir artış sağlamanın olanakları yaratılmış olur.

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 gereksizleştirerek, 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 ekonomi içinde, piyasa koşullarının belli bir bölgede ortaya çıkardığı kâr olanaklarını değerlendirmek için, o bölgeye yatırım yapan, daha sonradan kâr olanaklarının ortadan kalkması ile birlikte, bu yatırımlarını gözden çıkaran sermaye hareketlenmelerinin gerekçesini en başından ortadan kaldırır.

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 olan/geri kalmış/dolayısıyla da kapitalist işlerlik içinde yatırım yapmanın hiçbir rasyonalitesinin bulunmadığı bölgelere kurulmaz. Kapitalist bir toplumsal örgütlenmede, devlet işletmeleri geri kalmış bölgelere daha düşük standartlarda ulaşır. 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 doğası gereğidir. Planlı bir ekonomi anlayışı ise, eldeki kaynakların, alt bölgelerin gereksinimleri dikkate alınarak kaydırılmasına olanak tanır. Bu da toplumsal, bölgesel, sınıfsal eşitsizlikleri giderici bir işlev görür.

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 pazarla-

yabilmelerinin maddi olanağını yaratır. Diğer yandan da, tüketicileri Moral Tehlike etkisiyle daha fazla oranda tüketmeye yönlendirir. Dolayısıyla, sigorta sistemi tüketimi garantileyen ve kapitalist üretim-tüketim kalıpları içinde de hacmi (bu anlamda da toplam tüketim hacmi) giderek artırılan bir fon durumundadır. Bunun nedeni, üretim-tüketim ilişkisini belirleyen olgunun toplumsal gereksinimler değil, kapitalist işletmenin kâr güdüsü oluşudur. Sigorta ile oluşturulan ve tekellerin denetimine sunulan fon, yalnızca daha fazla tüketimin gerçekleştirilme biçimidir.

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.

12-) Toplumsal hareketlenme, sağlık vb. toplumsal kalkınma alanlarında kullanılabilecek ve bugün farkına bile varılamayan kaynakların ortaya çıkmasına, hareketlenmesine olanak tanır. Bu kaynaklar içinde belki de en önemlisi, kapitalist işlerlik içinde kullanımı konusunda son derece cimri davranılan bireysel yaratıcılık, insanın sınır tanımaz çalışkanlığı ve kolektif dayanışmacı toplumsal psikolojidir. İşte o zaman toplum finansmanı denilen politika kendisini korkunç boyutları, her türlü engeli yıkan vericiliği ile ve bugünkü anlamını geçersizleştirecek biçimde, kendiliğinden ortaya koyacaktır.

13-) Bugün, sağlık alanına yatırım yapan kapitalist bir işletmenin en önemli kâr alanı tedavi edici hizmetlerdir. 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 durumundadır. Kârı değil, insani değerleri önceleyen sosyalizm, en azından teorik düzlemde ve tanımı gereği 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. İşte, sosyalizm bu insanlık dışı nesnel koşul-

lanışı ortadan kaldırır. Ancak sosyalizm insan sağlığının korunmasını ve geliştirilmesini bir hedef olarak benimseyip, yaşama geçirebilir. Çünkü sosyalist sağlık örgütlenmesi, planlarını, satın alma gücünün belirlediği talebe göre yapmaz. Kaynakların elverdiği ölçüde, belirlenmiş gereksinimleri/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 kaynak kullanımına etkinlik kazandırır. Çünkü, özel sektörün varlığının en önemli sakıncalarından birisi, özel sektörün, kendi elindeki olanaklarla, kamu sektörünün insan-gücünü, kentsel metropollere hattâ dünyanın Kuzey'ine çekmesidir. Bu olgu eşitsizlikleri derinleştiren bileşenlerden en önemlilerinden birisidir. Sosyalist bir örgütlenme en başından bu kısır döngüyü kırar. Bütün kaynakları, planlı bir biçimde tek bir organizatör kurumun elinde toplar.

15-) Torpil, adam kayırma, adam yeme, sürgün; ekonomik, politik 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/edilmek zorundadır. Çünkü eşitsizliği yok etmek, ancak eşitliği savunan bir toplumsal ütopyanın hedefi/işlevi olabilir. Yalnızca sosyalizmin bu türden bir hedefi vardır. Kapitalizm ise, eşitlik olgusunun ekonomik etkinliği engelleyeceğini ve insanları tembelleştireceğini kabul eder.

16-) Sosyalizm birden 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/kapitalist işlerlik içinde tamamen değersizleştirilmiş olanların 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 doğru-

dan biçimde kendi çevrelerini, kendi işyerlerini denetleyebilmelerine olanak tanır. Kısaca politikayı amatörleştirir. İnsanların gerçek bireyler olabilmesinin yolunu açar. Böylece sağlıktaki kaynakların daha demokratik biçimde kullanılabilmesi olanaklı olur. Bölgesel meclisler, yapılan sağlık harcamalarını denetleyebilirler, sağlık kurumlarının çalışmaları hakkında söz söyleyebilirler, duygularını, tutumlarını idari düzeyde yansıtabilirler. Bu atmosfer içinde halkın gereksinimlerinin tespit edilebilmesi; hizmetin bu gereksinimler doğrultusunda yeniden organize edilebilmesi; halkın yolsuzlukların, çalışanın hakkının yenmesinin, çalışmayanın oturduğu yerden para almasının hesabını sorması mümkün olur. Kaynakların desantralizasyonu kolaylaşır ve daha da ötesinde gerçek anlamda yaşama geçirilebilir. Bu ise idari, mali etkinliği artırır; sağlık hizmetini toplumsal gereksinimlere yakın kılar. Bürokrasiyi, otoriteyi, hantal hiyerarşiyi ortadan kaldırır.

18-) Kapitalizm emeği sömürür. Sosyalizm (tanımı ve doğası gereği) çalışmanın, emeğin karşılığını verir. Tam demokrasi ve emeğin karşılığını buluşu, sağlık çalışanlarını işlerini daha iyi yapmak yönünde motive eder. Yaptığı işi kendisi düzenleyebilen; düzenleme sürecinde söz ve yaptırım sahibi olabilen; mesleki anlamda gelişebilen; yaptığı işin toplumsal sonuçlarını görebilen; adil bir toplumsal atmosfer içinde bulunduğunu hisseden insan mutludur. Bu motivasyon, bürokratik/otoriter denetim mekanizmasını gereksizleştirir; denetim için ayrılacak kaynakların tamamen insani amaçlar için kullanılması olanağını yaratır. Bu da hizmetin etkinliğini artıran etkenlerden birisidir.

19-) Sağlık hizmeti bilimsel, teknik yönleri olan bir çalışma alanı olmasının 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. Çünkü kapitalizm herkesin kendisini diğerlerinden korumak zorunda hissettiği bir kurtlar sofrasıdır. İnsani bir ütopya olarak sosyalizm güven duygusunun maddi zeminini yaratır. Sağlıkçıya, para için değil insanın sağlığı için çalışacağı bilincini ancak sosyalizm kazandırabilir. Sağlıkçı ile hasta bireyi yakın duygularla birbirine bağlayabilecek sistem sosyalizmdir.

20-) Sosyalizm insanlığa, entelektüel olanakların da eşit kullanımı şansını verir. Entelektüel çalışmanın boş zamanlara yayılması, bireyi çok yönlüleştirir. Onu yaşamının tümünde tek bir işle profes-

yonelce ilgilenme zorunluluğundan kurtararak; sanat, bilim, edebiyat, felsefe ile bütünleştirir. Yaşamı amatörleştirir.

21-) Yaşamın amatörleşmesi; iş ile bilimin bütünleşmesi; işi angarya olmaktan çıkararak, zevkli bir uğraş durumuna getirir. İş ile boş zaman arasındaki ayrım giderek ortadan kalkar. Yaşam üretim faaliyeti ile hobilerin kaynaştığı amatör bir bütün halini alır. Bu anlamda Çalışma ile Hobi kavramları geçerliliklerini yitirirler.

22-) Yaşamın, kapitalist işlerliğin öğütücü dişlilerinden kurtarılması, tüketim kalıplarının yeniden tanımlanabilmesinin olanağını yaratır. Bu olanak da, topluma, çevre ile dengeli biçimde bir arada yaşama yönündeki yeni bir anlayışa yönelmenin fırsatını verir. Sanayileşmenin derecesi; teknoloji kullanımının yoğunluğu; hangi sanayi dallarının geliştirilmesi, hangilerinden vazgeçilmesi gerektiği gibi konular, herhangibir sınıfsal ve ekonomik baskı olmaksızın, tamamen insani gereksinimler zemininde en başından ele alınabilirler. Bu anlamda sosyalizm; bireysel ve toplumsal mutluluğu, daha fazla oranda ve daha kolay üretmek ve tüketmek olarak algılayan güdülenişi geçersizleştirir. Sosyalizmde amaç daha fazla üretip, tüketmek değil; toplumun kendi içinde ve doğayla uyum durumunda yaşayabilmesidir. Teknolojik gelişim bu uyumu maksimize etmek amacına yönelik olmalıdır.

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

MART 1994

KAYNAKLAR

1-) Marx, K. **Kapital Cilt 1,** Sol Yay., Ankara, İkinci Baskı, Mart 1978, Çev: Bilgi, A.

2-) The World Bank, **Health Sector Policy Paper,** 1975.

3-) Schatskin, A. **Health and Labor Power; A Theoretical Investigation,** Int. J. Health Serv., Vol. 8, No: 2, 1978, 213-234.

4-) ILO, **Introduction to Social Security,** Geneva, Second Impression, 1989.

5-) Smith, B.A., Leiserson, A., **Powerty, Development, and Health Policy,** WHO, Geneva, 1978.

6-) Normand, C. **Funding Health Care in The UK,** BMJ, 304, 768-70, 1992.

7-) WHO, **Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services,** Technical Report Series, Geneva, 1993.

8-) Mach, E.P., Smith, B.A. **Planning the Financing of the Health Sector. A Manual for Developing Countries,** WHO, Geneva, 1983.

9-) Manisalı, E. **İktisada Giriş,** Menteş Kitabevi, İstanbul 1987.

10-) Rosa, J.J., Launois, R. **France,** (Advances in Health Economics and Health Services Research. Comparative Health Systems: The Future of National Health Care Systems and Economic Analysis, Ed. By Scheffler, R.M., Rossiter, L.F. JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1, 1990 içinde), 179-195.

11-) Le Grand, J., Propper, C., Robinson, R. **The Economics of**

Social Problems, The Macmillan Press Ltd, Third Edition, London, 1992.

12-) Aren, S. **100 Soruda Ekonomi El Kitabı,** Gerçek Yayınevi, 11. Baskı, 1992.

13-) Feldstein, P.J. **Health Care Economics**, Third Edition, Willey Medical Pub., USA, 1988.

14-) Weir, R.D., Mooney, G.H., Russell, E.M. **Choices for Health Care A Practical Introduction to the Economics of Health Provision,** The MacMillan Press Ltd., Printed in Hon Kong, 1992.

15-) Normand, C. **Economics, Health, and the Economics of Health,** BMJ, 1991; 303; 1572-77.

16-) Mooney, G. **Economics, Medicine and Health Care,** Billing and Sons Ltd, Worcester, Second Edition, 1992.

17-) Creese, A., Parker, D. Ed. By. **Cost Analysis in Primary Health Care. A Training Manual for Programme Managers,** WHO, 1990.

18-) World Bank, **World Development Report 1993. Investing in Health,** Oxford University Press, June 1993.

19-) Stahl, I. **Sweden,** (Advances in Health Economics and Health Services Research. Comparative Health Systems: The Future of National Health Care Systems and Economic Analysis, Ed. By Scheffler, R.M., Rossiter, L.F. JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1, 1990 içinde), 197-210.

20-) WHO, **Financing of Health Services**, Technical Report Series, WHO, Geneva, 1978.

21-) WHO, **Economic Research into Health Service Growth,** Report on a WHO Workshop, Regional Office for Europe, Kopenhagen, 1981.

22-) Griffits, A. **Economics and Health: Developed Countries,** (Economics and Health Policcy 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 Socio Economic Studies, 1980 içinde), 52-178.

23-) Parry, T.G. **Health Expenditure in Australia. The Current Dilemma,** The Medical Journal of Australia, Vol. 156, May 4, 592-594, 1992.

24-) Tanaka, S. **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, R.M., Rossiter, L.F. JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1, 1990 içinde), 169-178,

25-) Maarse, H. **Strategic Choices in Social Health Insurance,** WHO Document (Ministrial Consultation on Health Care Management and Financing in the Central Asian Republics Almaty, 15-17 Dec. 1993), 3 Dec. 1993.

26-) Rosa, J.J. **Health Care Systems in the Industrial Countries,** (Advances in Health Economics and Health Services Research. Comparative Health Systems: The Future of National Health Care Systems and Economic Analysis, Ed. By Scheffler, R.M., Rossiter, L.F. JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1, 1990 içinde), 241-256.

27-) Roemer, M.I. **National Health Systems throughout the World,** Annu. Rev. Pub. Health, 14: 335-53, 1993.

28-) D'Intigname, B.M. **Health Systems in Flux as East Meets West,** World Health Forum, Vol. 13, 38-42, 1992.

29-) WHO, **Organization and Financing of Health Care Reform in Countries of Central and Eastern Europe,** Report of a Meeting, Geneva, 22-26 April 1991.

30-) Roewer, M.I. **Health Service Organization 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 Socio Economic Studies, 1980 içinde).

31-) Monekosco, G.L. **Economics and Health in Developing Countries,** (Economics and Health Policcy 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 Socio Economic Studies, 1980 içinde), 37-52.

32-) Freech, H.E. **The United States,** (Advances in Health Economics and Health Services Research. Comparative Health Systems: The Future of National Health Care Systems and Economic Analysis, Ed. By Scheffler, R.M., Rossiter, L.F. JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1, 1990 içinde), 43 -76.

33-) Dixon, J. **US Health Care I:** The Access Problem, BMJ, Vol. 305, 817-819, 1992.

34-) Dixon, J. **US Health Care II:** The Cost Problem, BMJ, Vol. 305, 878-880, 1992.

35-) Greenberg, D.S. **Health Care Spending-up, up, and away,** The Lancet, Vol. 340, 1086-87, Oct 31, 1992.

36-) Feldstein, P.J. **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, M.M., Frenkel, M. Westview Press, USA, 1992 içinde), 21-36.

37-) Maynard, A. **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, R.M., Rossiter, L.F. JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1, 1990 içinde), 1 -26.

38-) Boerma, W.G.W., Jong, F., Mulder P.H., **Health Care and General Practice Across Europe,** NIVEL, 1993.

39-) Levitt, R., Wall, A., **The Reorganized National Health Service,** Published by Chapman and Hall, London, 1992.

40-) Jefferys, M. **Britain's National Health Service Under Pressure,** (Health Care Systems and Their Patients-An International Perspective, Ed. By Rosenthal, M.M., Frenkel, M., Westview Press, USA, 1992 içinde), 221-236.

41-) Maarse, J. **The Insurer-Provider Relationship in Health Care. From Administration to Strategic Management the Dutch Care,** European J. Public Health, Vol. 3, No. 2, 72-76, 1993.

42-) Gaag, J.V., Rutten, F.F.H. **The Netherlands,** (Advances in Health Economics and Health Services Research. Comparative Health Systems: The Future of National Health Care Systems and Economic Analysis, Ed. By Scheffler, R.M., Rossiter, L.F. JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1, 1990 içinde), 27-41.

43-) Coyte, C. **Canada,** (Advances in Health Economics and Health Services Research. Comparative Health Systems: The Future of National Health Care Systems and Economic Analysis, Ed. By Scheffler, R.M., Rossiter, L.F. JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1, 1990 içinde), 103-143.

44-) Gosselin, R. **The Quebec Health Care System in the Canadian Context: Impact on Medical Practice,** (Health Care Systems and Their Patients-An International Perspective, Ed. By Rosenthal, M.M., Frenkel, M., Westview Press, USA, 1992 içinde), 43-61.

45-) Henke, K.D. **The Federal Republic of Germany,** (Advances in Health Economics and Health Services Research. Comparative Health Systems: The Future of National Health Care Systems and Economic Analysis, Ed. By Scheffler, R.M., Rossiter, L.F. JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1, 1990 içinde), 145-168.

46-) Grof, J.M. **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, M.M., Frenkel, M., Westview Press, USA, 1992 içinde), 83-105.

47-) Halley V., Pissarro, V. **Review of the French Health Care System,** (Health Care Systems and Their Patients-An International Perspective, Edb By Rosenthal, M.M., Frenkel, M., Westview Press, USA, 1992 içinde,) 69-76.

48-) Wennstrom, G. **New Ideological Winds are Blowing in the Swedish Health Care System,** (Health Care Systems and Their Patients-An International Perspective, Ed. By Rosenthal, M.M., Frenkel, M., Westview Press, USA, 1992 içinde), 175 -188.

49-) Fausto, D. **Italy,** (Advances in Health Economics and Health Services Research. Comparative Health Systems: The Future of National Health Care Systems and Economic Analysis, Ed. By Scheffler, R.M., Rossiter, L.F. JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1, 1990 içinde), 211-240.

50-) Barr, N. **Economic Theory and the Welfare State: A Survey and Interpretation,** Journal of Economic Literature, Vol. XXX, 1992, 741-803.

51-) Savran, S. **Bunalım, Sermayenin Yeniden Yapılanması, Yeni Liberalizm,** (Dünya Kapitalizminin Bunalımı, Derleyenler Satlıgan, N., Savran, S., Alan Yayıncılık, İstanbul, Şubat 1988 içinde), s. 19-65.

52-) Doyal, L., Pennell, I. **The Political Economy of Health,** London 1979.

53-) Zweifel, P. **Switzerland,** (Advances in Health Economics and Health Services Research. Comparative Health Systems: The Future of National Health Care Systems and Economic Analysis, Ed. By Scheffler, R.M., Rossiter, L.F. JAI Press Inc., Connecticut, Supplement 1, 1990 içinde), 77-101.

54-) WHO, **Hospital Economics and Financing in Developing Countries,** Geneva, 1992.

55-) Evlo, K., Carrin, G. **Finance for Health Care: Part of a Broad Canvas,** World Health Forum, Vol. 13, 1992.

56-) Vogel, R.J. **Cost Recovery in the Health Care Sector. Selected Country Studies in West Africa,** World Bank Technical Report Paper, Number 82, USA, 1988.

57-) Nugni, W.G. **The Health Sector and Social Policy Reform in the Philippines Since 1985,** Innocenti Occasional Papers, No: 12, 1991.

58-) UNİCEF, **Economic Crisis, Adjustment and the Bamako Initiative. Health Care Financing in the Economic Context of Sub-Saharan Africa,** June 1990.

59-) Ogbu, O., Gallagher, M. **Public Expenditures and Health Care in Africa,** Soc. Sci. Med., Vol. 34. No. 6, 1992, 615-624.

60-) Korte, R. et. all. **Financing Health Services in Sub-Saharan Africa: Opitions for Decision Makers During Adjustment,** Soc. Sci. Med., Vol. 34, No. 1, 1992, 1-9.

61-) The World Bank, **Financial Health Services in Developing Countries.** An Agenda for Reform, USA, 1987.

62-) Smith, B.A. **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 Socio Economic Studies, 1980 içinde), 23-36.

63-) Schieber, G.J., **International Health Spending: Issues and Trends,** Health Affairs, Spring 1991.

64-) Rosenthal, M.M. **Systems, Strategies, and Some Patient Encounters: A Discussion of Twelve Countries,** (Health Care Systems and Their Patients-An International Perspective, Ed. By Rosenthal, M.M., Frenkel, M. Westview Press, USA, 1992 içinde), 329-245.

65-) Jailly, J.B. **Health Financing in the Poor Countries-Cost Recovery or Cost Reduction?** The World Bank Population and Human Resources Department, May 1991.

66-) Rosenthal, M.M. **Systems, Strategies, and Some Patient Encounters: A Discussion of Twelve Countries,** (Health Care Systems and Their Patients-An International Perspective, Ed. By Rosenthal, M.M., Frenkel, M., Westview Press, USA, 1992 içinde), 329-345.

67-) Vienonen, M.A. **Health Care Reforms on the European Scene Evolution, Revolution or a Seesaw,** WHO Document (Ministerial Consultation on Health Care Management and Financing in the Central Asian Republics Almaty, 15-17 December 1993), 3 December 1993.

68-) Roberts, J.L. **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), 3 December 1993.

69-) Ardıç, F., Belek, İ. ve Diğerleri. **Sağlık "Reform Paketi" Ne-**

yin Peşinde? Kriz Nasıl Aşılabilir? VII, İstanbul, Sorun Yayınları, 1992.

70-) UNİCEF, **Ulusların Gelişmesi** 1993, Ankara.

71-) Gooder, P., et. all. **Public Attitudes to Charging for Some National Health Services,** Soc. Sci. Med., Vol. 36, No. 4, 1993, 565-568.

72-) Saltman, R.C., **Recent Health Policy Initiatives in Nordic Countries,** Health Care Financing Review, Vol. 13, No: 4, 1992.

73-) Halley V., Pissarro, V. **Review of the French Health Care System,** (Health Care Systems and Their Patients-An International Perspective, Ed. By Rosenthal, M.M., Frenkel, M., Westview Press, USA, 1992 içinde), s. 69-76

74-) WHO, **Economic Support For National Health For All Strategies,** Fortieth World Health Assembly, Geneva, 1987.

75-) Clancy, C.M., Himmelstein, D.U., Woolhandler, S. **Questions and Answers about Managed Competition,** Int. J. Health Services, Vol. 23, No. 2, 1993, s. 213-218.

76-) Bodenheimer, T. **Health Care Reform in the 1990s and Beyond,** Socialist Review, 1993/1.

77-) American Public Health Association, **Community Financing of Primary Health Care,** Primary Health Care Issues Series 1, No. 4, USA, 1982.

78-) Carrin, G., Vereecke, M. **Strategies for Health Care Finance in Developing Countries,** The MacMillan Press Ltd., London, 1992, s. 40-42.

79-) Carrin, G. **Community Financing of Health Care,** World Health Forum, Vol. 9, 1988, 601-606.

80-) WHO, **Health Economics. A Programme For Action,** Division of Strengtening of Health Services, Geneva, 1988.

81-) Creese, A. **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), 3 December 1993.

82-) Jajoo, U.N. **Risk-Sharing in Rural Health Care,** World Health Forum, Vol. 13, 1992, 171-175.

83-) WHO Document, **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.

□ Sağlık, kapitalist işlerlik içinde sermaye sahibi sınıf (burjuvazi) ile işçi sınıfı arasındaki bir "denge/ateşkes" alanıdır. Bu olgunun özellikle 2. savaş 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 herşeye 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 alanlarında; işçi sınıfını kapitalist sisteme entegre eden reformlarla somutladı. Sağlık, bu anlamda, sınıflar arası "ateşkes"in tüm canlılığı ve versiyonlarıyla yaşandığı bir "anlaşma" alanıdır.

Buna karşılık sosyal devletin geriledığı dönemlerde (bir başka deyişle, işçi sınıfı mücadelesinin, azalan ortalama kâr oranlarını tırmandırmak hedefiyle saldırıya geçen burjuvazi karşısında tutunamadığı; "denge"nin işçi ve emekçi sınıflar aleyhinde bozulduğu dönemlerde), devlet düzenleyici işlevini başka alanlar lehine kullanır. Son 10-15 yıl bu sürecin canlı tanığıdır. □

ISBN 975-431-039-4