DERLEYENLER
Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ
Tuba Agartan, Çağrı Yoltar

Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları

Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar



İLETİŞİM YAYINLARI

İletişim Yayınları 1257 • Araştırma-İnceleme Dizisi 216
İSBN-13: 978-975-05-0530-0
© 2007 İletişim Yayıncılık A. Ş.
1. BASKI 2007, İstanbul (1000 adet)

EDİTÖR Berna Akkıyal
DİZİ KAPAK TASARIMI Ümit Kıvanç
KAPAK RESMİ Ahmet Güler
KAPAK FİLMİ Mat Yapım
UYGULAMA Hüsnü Abbas
DÜZELTİ Barış Sağlam
MONTAJ Hasan Deniz
BASKI ve CİLT Sena Ofset

İletişim Yayınları
Binbirdirek Meydanı Sokak İletişim Han No. 7 Cağaloğlu 34122 İstanbul
Tel: 212.516 22 60-61-62 • Faks: 212.516 12 58
e-mail: iletisim@iletisim.com.tr • web: www.iletisim.com.tr

Derleyenler
ÇAĞLAR KEYDER - NAZAN ÜSTÜNDAĞ
TUBA AĞARTAN - ÇAĞRI YOLTAR

Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları

Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar

iletişim

İÇINDEKİLER

Önsöz *7*

Giriş
ÇAĞLAR KEYDER *15*

Sağlıkta Reform Saigını
TUBA AĞARTAN *37*

Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Bir Devlet Etnografisi
NAZAN ÜSTÜNDAĞ - ÇAĞRI YOLTAR *55*

Piyasa ile Politika Arasında Sağlık Hizmetlerinin Konumu
COLIN LEYS *95*

Türkiye'de Sağlık Reformunun Tarihçesi
AYŞEN BULUT *111*

Doğu Avrupa'da Sağlık Reformu
PETER P. GROENEWEGEN *125*

Güney Avrupa'da Saglık Reformu
ANA MARTA GUILLEN *141*

Yunanistan'da Saglık Reformu
IOANNIS YFANTOPOULOS *163*

Sağlık Reformlarında
Bir Akdeniz Paradigması Oluşturulabilir mi?
GUIDO GIARELLI *185*

Saglık Politikaları Sürecinde Ögrenme
RICHARD FREEMAN *213*

SÖZLÜK *227*

Önsöz

Sağhkta reform girişimleri 1980'lerden beri sosyal politika alanının en çok tartışılan konularından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Küresel ekonomik dinamiklerin ve değişen yerel ihtiyaçların etkisiyle hızla dönüşen refah sistemlerinin önemli bir parçası olan sağlık sektörü, bu süreç içinde köklü reform girişimlerine sahne oldu. Avrupa ülkelerinden Afrika'ya, Latin Amerika'dan Doğu Asya'ya neredeyse tüm dünyaya yayılan bu reformların temel amacı sağlık alamnda hızla artan harcamaları kontrol altına almak ve verimliliği artırmak olarak ifade edildi. Ancak bu amaçlara ulaşırken vatandaşların sağlık hizmetlerine, en azından temel hizmetlere ulaşımından ödün verilmemesi; personel ve hizmetlerin dağılımında bölgesel eşitsizliklerin ortadan kaldırılması elbette büyük önem taşıyor. Bu çerçevede, politika yapıcılara büyük sorumluluklar düşmekte: Pahalı teknolojik yatırımlara ve ilaçlara mı önem verilmeli, yoksa önce temel sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesinin önündeki engeller mi kaldırılmalı? İkinci ve üçüncü basamak hizmetlerine mi, yoksa halk sağlığı programlarına mı öncelik verilmeli? Hizmete ulaşmada eşitlik mi, yoksa harcamaların azaltılması mı daha önemlidir? Devletin sağlık sektöründeki rolü etkin ve aktif hale mi getirilmeli, yoksa yerinden yöneti-

me dayalı bir yapı kurularak yerel yönetimler mi kuvvetlendirilmeli?

Kısmen benzer problemlerle karşı karşıya kahnması sebebiyle, kısmen de ülkeler arasında hızla yaygınlaşan politika öğrenme süreçlerinin etkisiyle, dünyamn farklı yerlerinde uygulanmakta olan reform programları hem biçim hem de içerik olarak birbirine çok benziyor. Oyle ki birçok uzman, sağlık sektöründe bir reform salgınmdan söz ediyor. Bu salgın, hem uygulanan politikalar, hem de bu politikaların sağlık sistemlerini dönüştürme biçimleri açısından büyük tartışmalar yarattı. Özellikle gelişmiş refah devletine sahip ülkelerde, bir yandan genellikle üç grupta incelenen sağlık sistemlerinin (prime dayalı Bismarckçı sistemler, vergiye dayalı Beveridge ya da Ulusal Sağlık Sistemleri ve özel sektörün hem finansmanda hem de hizmet sunumunda önemli rol oynadığı özel sigorta sistemleri) tek bir modele doğru evrildiği tartışılırken, diğer yandan da devletin tüm vatandaşlarının temel sağlık hizmetlerine ulaşımını garanti altına aldığı evrensel sistemlerin sürdürebilirliği hakkında ciddi endişeler dile getiriliyor.

Ancak, bu resme bakarak reformların etkisinin yalnızca mevcut sistemleri tırpanlamak ya da daraltmak şeklinde olduğu sonucuna varılmamahdır. Sağlık reformları, Türkiye, Güney Kore, Tayvan, Brezilya, Meksika gibi, bugüne kadar tum vatandaşlarımn sağlık hizmetlerine ulaşması hedefini gerçekleştirememiş, yerleşik refah devleti olarak nitelenemeyecek birçok ülkede, sağlık sisteminin kapsamını genişletme ve sağlık hizmetlerine erişimi sağlama yönünde ciddi adımlar atılmasım sağlamaktadır. Bu ülkelerde, bir yandan tüm vatandaşların katılımını zorunlu kılan ve bu sayede kapsam problemini çözmeyi amaçlayan sağlık sigorta sistemleri yaratılırken; diğer yandan sağlıkta hizmet sunumunda verim arttırmaya yönelik ve genellikle özel sektörün payının artmasıyla sonuçlanan piyasa reformları yürütülüyor. Bu süreç içinde sağlık sektöründe özel ile kamu arasında kurulacak denge açısmdan çok ciddi sorular gündeme geliyor. Sağlık reformu bağlamındaki tartışmaların önemli bir kısmı da sağlık alamnda etkisini gösteren

özelleştirme ve liberalleşme süreçleri üzerinde yoğunlaşıyor. Fakat sözünü ettiğimiz, refah devleti modeli dışında kalan ülkelerde, Türkiye'deki tecrübeye benzer bir şekilde, kapsamın genişlediğini, hizmete ulaşabilen, sigortalı insanların oranının yükseldiğini göz ardı etmemek gerekiyor.

Türkiye'de 2003 yılında Adalet ve Kalkınma Partisi'nin açıkladığı reform paketi, sağlık sisteminin sorunları ve çözüm önerileri üzerine kapsamlı bir tartışma başlattı. Türk Tabipler Birliği, sağlık emekçilerini örgütleyen sendikalar ve çeşitli sivil toplum kuruluşları, hazırladıkları raporlar, düzenledikleri toplantılar ve benzeri faaliyetlerle, reform programı ve süreci hakkında ciddi eleştiriler ortaya koydular. Bu kitabın ortaya çıkmasına vesile olan çalışma, işte böyle bir ortamda gerçekleştirildi. Reform sürecindeki tartışmaya katkıda bulunmayı amaçlayan Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu, sağlık hizmetlerini dünyadaki refah devleti ve sağlık sistemleri dönüşümleri bağlamında yeniden düşünmeyi; sağlık hizmetleri kullanıcılarının hizmetleri kullanma yollarını, biçimlerini araştırarak yaşanan mevcut sorunları saptamayı ve bunun yanında, sistemde yapılacak değişiklikleri, kullanıcılar perspektifinden değerlendirmeyi amaçlayan bir araştırma projesini 2004 yılında başlattı. Bu projenin sonuçları, 17-18 Haziran 2005 tarihlerinde Türkiye'den ve yurtdışından çeşitli uzmanların katılımıyla Boğaziçi Üniversitesi'nde düzenlenen bir çalıştayda tartışıldı. Elinizdeki kitap, Sosyal Politika Forumu ekibi tarafından yürütülen bu araştırma projesinin sonuçlarına dayanan makaleleri ve söz konusu çalıştayda yapılan sunumları içermektedir.

Kitapta, Çağlar Keyder'in giriş niteliğinde olan makalesinde sosyal yapıda ve buna bağlı olarak refah rejiminde ortaya çıkan dönüşümler anlatılmaktadır. Bu dönüşümler sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı ve sağlık sektöründe değişen beklentileri belirleme açısından büyük önem taşımaktadır. Dünyada ve Türkiye'de değişen koşullar, devletten beklenenler ve reform tasarılarının küresel ortam içinde şekillenmesi yeni politika dönüşümlerini ortaya çıkarmış, eski duruma nazaran da-

lıa kapsamlı bir sağlık güvencesi oluşmasına imkân tanımıştır. Keyder, makalesinin sonunda Genel Sağlık Sigortası yasasım, Türkiye'nin koşullarına uygun olmadığını belirttiği prim sistemini getirmesi sebebiyle eleştirmekte ve evrenselliğin ancak İngiltere'ye benzer, vergilerden karşılanan bir ulusal sistem çerçevesinde elde edilebileceğini savunmaktadır.

Çok yakmda uygulamaya konması beklenen bir reform girişiminin diğer ülkelerde yürütülmekte olan reform programlarıyla benzerliği ve küresel reform salgımndan ne derece etkilendiği önemli bir soru olarak karşımıza çıkmaktadır. Hem reform paketinin içeriği, hem de reform sürecinin Türkiye refalı sistemine etkileri açısından dünyadaki benzer reform girişimlerini incelemek büyük önem taşmaktadır. Bu nedenle Türkiye'deki sağlık sistemini ve bu alandaki dönüşümleri dünyadaki değişim eğilimleri çerçevesinde değerlendirmeye öncelik verdik. Kitapta Tuba Ağartan tarafmdan özetlenen bu eğilimler ışığında, Türkiye'nin reform tecrübesinin diğer orta ve üst gelir grubundaki ülkelerde yürütülmekte olan reform programlarıyla ciddi benzerlikler taşıdığı görülmektedir. Bu çerçevede hem Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü gibi ulusüstü kuruluşların finansal ve bilgi birikimi açısından katkıları, hem de toplantılar, yayınlar, raporlar sayesinde farklı ülkelerin uzmanları arasındaki öğrenme süreçlerinin hızlanması, ortak bir reform programı oluşturulmasında önemli faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Literatür taramasımn ardmdan projenin ikinci ayağmı oluşturan salıa araştırmasının sonuçları Nazan Üstündağ ve Çağrı Yoltar'ın makalesinde ele alınmaktadır. Bu araştırmada ana hatlarıyla, sağlık hizmetleri kullanıcılarımn mevcut sağlık sistemine ilişkin sorunları, şikâyetleri, memnuniyetleri ve sistemi kullanma biçimleri araştırılarak, sağlık sisteminde gerçekleştirilmesi planlanan dönüşümlerin farklı sosyal güvenlik kurumlarına bağlı ve farklı sosyo-ekonomik gruplardan sağlık hizmeti kullanıcılarını nasıl etkileyeceği incelenmiştir. Araştırmada, sosyal eşitsizliklerin en görünür olduğu; vatandaşlık, hak ve adalet gibi kavramların anlamlarının tanımlandığı; hiz-

metlere erişim ve hizmette kalite konularının, vatandaşlar tarafından devletle ilişkilerinin bir özeti olarak algılandığı en önemli alanlardan birinin sağlık olduğu ortaya çıkmıştır. Nazan Üstündağ ve Çağrı Yoltar bu tespitten hareketle, sağlık hizmeti kullanıcılarının sisteme ilişkin deneyim ve beklentilerinin yam sıra; sağlık kurumları ve yerel memurlarla girilen ilişkiler yoluyla, bu alanda devlet vatandaş ilişkilerinin nasıl kurulduğunu da incelemektedirler. Bu bağlamda, reform çahşmalarıyla birlikte, sağlık alanında devlet-vatandaş ilişkilerinin nasıl bir dönüşüm geçirmekte olduğu; reformun beraberinde getireceği yeni vatandaşlık pratikleri ve devlete ilişkin yeni tahayyüller de bu makalede ele alınmaktadır.

Daha önce de belirttiğimiz gibi, bu araştırmanın sonuçları, 2005 yılının Haziran ayında Türkiye sağlık sistemi üzerine çalışan akademisyenler ve Avrupa'da benzer reform girişimleri üzerine çahşan uzmanların da katılımıyla düzenlenen çalıştayda detaylı olarak tartışılmıştır. Bu çalıştayda sağlık sistemlerinin tek bir yöne doğru evrilip evrilmediği ve eğer böyle bir dönüşüm söz konusu ise, bunun hangi modele doğru gerçekleştiği temel sorular arasında yer almıştır. Birçok katılımcı, uzman oldukları bölgelerdeki dönüşümleri göz önünde bulundurarak bu soruya cevap ararken, bir yandan da SPF araştırmasınm sonuçları üzerinde düşünerek reform sürecinin sosyolojisini ve ekonomi politiğini anlamamıza katkıda bulunmuşlardır.

Araştırma sonuçlarına dayalı makalelerin yanı sıra, söz konusu çahştayda sunulan bildirilerden oluşan bu kitapta, Colin Leys, ulusal sağlık sistemi modelini en iyi temsil eden İngiliz örneğini ele almaktadır. Leys, İngiliz sistemindeki dönüşümün farklı boyutlarım incelediği konuşmasında, Türkiye'nin reform sürecinin nereye varabileceğine dair verimli bir tartışma açmaktadır. Colin Leys'in bildirisinin ardından, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Bölümü, Aile Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Ayşen Bulut'un Türkiye'de sağlık reformlarımn tarihçesi üzerine yaptığı kapsamh sunum yer almaktadır. Ayşen Bulut'un sunumu, Türkiye tarihi boyunca

farkh dönemlerde sağlık sisteminde yaşanan dönüşümleri ve bu süreçte karşılaşılan sorunları anlamak açısmdan oldukça aydınlatıcıdır.

Sonraki bölümde, Türkiye'den önce benzer dönüşümler geçirip, sağlık sistemleri farklı yönlere doğru evrilen Güney Avrupa ülkeleri ile Doğu Avrupa ülkelerinin reform tecrübeleri ele alınmaktadır. Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde yürütülen sağlık reformları hakkında konuşan Peter Groenewegen bildirisinde, bu ülkelerin kendi sistemlerine çok daha yakın olan ulusal sağlık hizmetleri modeli yerine, sosyal sigorta sistemleri kurmayı tercih etmelerinin ardındaki dinamikleri anlatmaktadır. Groenewegen, bir yandan Dünya Bankası, Avrupa Birliği, OECD, Dünya Sağlık Örgütü gibi ulusüstü kuruluşların faaliyetlerini anlatırken, diğer yandan tarihsel ve sosyal faktörlere de dikkat çekmektedir. Komünist geçmişe geri dönmek istemeyen halkın vergiye dayalı olan sistemlere karşı duyduğu tepkiyi anlatırken, Avusturya ve Almanya gibi, uzun zamandır sosyal sigorta sistemini benimsemiş ülkelerin olumlu örnek teşkil ettiklerini de vurgulamaktadır. Ulusal sağlık sistemine sahip ülkelerin kendi sistemlerini anlatmaya ve yaygınlaştırmaya çahşmamaları da, bu bildiride yer alan ilginç gözlemlerden birini oluşturmaktadır.

Ana Marta Guillen ve John Yfantopoulos ise Türkiye'nin son zamanlarda sıklıkla kıyaslandığı bir başka bölge olan Güney Avrupa ülkelerindeki reform girişimlerine ışık tutuyorlar. Guillen, Portekiz, İspanya, İtalya ve Yunanistan'ın reform tecrübesini kıyaslamah olarak inceleyerek "Nasıl oldu da , bu ülkeler ulusal sağlık sistemi modeline dayalı, tüm toplumu kapsayan sağlık sistemleri yarattılar?" sorusunu ele alıyor. Ancak Guillen bu ülkeler arasında, özellikle 1990'lı yılların başından itibaren gözlemlenen farkhlaşmaya da dikkat çekerek, İspanya örneğinde Avrupa Birliği'nin Maastricht kriterlerinin çok da olumsuz etkiler yaratmadığını iddia etmektedir. Ayrıca, Guillen verimlilik ve hakkaniyet açısından ciddi kazanımlar sağlayan İspanyol sağlık sisteminin iyi bir örnek teşkil ettiğini de ifade etmektedir. Yunanistan örneğine bakan Yfantapoulos ise

sağlık sisteminin sorunlarının ele alınış biçimini inceleyerek etkinlik, verimlilik gibi unsurların arka plana itilmemesinin önemli olduğunu belirtmektedir. Ayrıca, reform sürecinde Avrupa Sosyal Modeli'nin etkisini anlatan Yfantapoulos ulusüstü kurumların reformlarda oynadığı roller üzerindeki tartışmaya katkıda bulunmaktadır.

Guido Giarelli ve Richard Freeman ise daha genel bir yaklaşımla reform süreçlerini ve tek bir modele doğru evrilme iddialarını ele ahyorlar. Giarelli, küreselleşmenin bu derece etkili olduğu bir dünyada ulus bazlı analizlerin yararını sorgularken, 'makro bölge' kavramına başvurarak, sağlık sistemlerinin dönüşümünü farklı bir şekilde incelemeye çalışmaktadır. Richard Freeman ise, sunumunda tüm diğer bildirileri değerlendirerek gittikçe daha fazla ülke tarafından benimsenen reform programımn yayılmasındaki dinamiklerin altını çizmektedir. Sosyal öğrenme süreçlerine ve farklı ülkelerden gelen uzmanlar arasmda gittikçe artan etkileşime dikkat çeken Freeman, aslında politika yapıcıların karşılaştırmalar yaparak, farklılıkları değerlendirerek 'beraber' öğrendiklerini anlatmaktadır.

Bu kitaba konu olan araştırma ve çalıştay Boğaziçi Üniversitesi Araştırma Fonu, Açık Toplum Enstitüsü ve Friedrich Ebert Vakfı tarafından desteklenmiştir. Ayrıca çahştayın gerçekleştirilmesinde katkıda bulunan Doç. Dr. Kayıhan Pala'ya ve SPF çalışanları Kaan Ağartan, Başak Akkan, Ilgın Erdem, Mert Onur ve Burcu Yakut-Çakar'a teşekkürlerimizi sunarız.

Giriş

ÇAĞLAR KEYDER

I.

Sağlık reformu tartışmaları bütün dünyada sürmekte. Türkiye'deki tartışma şu sıralarda gündemin üst sıralarında, çünkü Genel Sağlık Sigortası (GSS) tasarısı Adalet ve Kalkınma Partisi iktidarının geçen döneminde ortaya atıldı, muhtemelen önümüzdeki yıl içinde de yasalaşacak. Sağlık hizmetleri ülkenin refah rejimi çerçevesinde incelenebilir; zaten (eğitimi saymazsak) sağlık ve emeklilik harcamaları toplam sosyal politika harcamalarının çok büyük bir kısmını oluşturur. Türkiye'deki sosyal politika tercihleri çeşitli etkenler çerçevesinde şekillenmiş, son yıllarda ise Avrupa Birliği ve genelde dünyadaki gelişmelerin de etkisiyle önemli dönüşüm geçirmiştir.

Gerek yapısı gerek de dönüşüm yönü itibariyle, Türkiye'nin "refah rejimi"ni Güney Avrupa'daki örnekler bağlamında görmek lazım. Şimdilerde önemli boyutta değişikliğe uğrayan bu modelin en önemli özelliği Bismarckçı bir korporatizm ile daha geleneksel, aile tabanlı bir vurguyu birleştirmesiydi. Bismarckçı korporatizm tüm yurttaşlara aynı çerçevede emeklilik veya sağlık hizmeti sunmayı öngörmüyor. Böyle bir vatandaşlık temelli evrensellik yerine, nüfusu istihdam koşullarına gö-

re hiyerarşik gruplara ayırıyor ve bu hiyerarşideki yerlerine göre insanlara farklı muamele yapıyor. Öncelik erkeklere veriliyor, yani kadınlar ya çocuk olarak babalarından ya da eş olarak kocalarından dolayı sağlık hizmetini hak ediyorlar. Mesleksel hiyerarşide ise, Almanya'da veya İtalya'da olduğu gibi Türkiye'de de devlet memurları en üstte; onların ardından işçiler geliyor. Sisteme sonradan eklenen kendi-adına çahşan kesim ve yoksul oldukları tescil edilerek sistemin kapsamma ahnanlar, bu grupları takip ediyor. Bahsettiğimiz katmanlar, Emekli Sandığı (ES), Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur ve Yeşil Kart sahiplerine denk düşüyor. Sonuncu grupta yer alanlar, diğer gruplardan farklı olarak, sadece sağlık hizmeti almak üzere oluşturulan bir kategorinin mensupları.

Bu muhafazakâr ve devlet merkezli model, Güney Avrupa'daki ülkelerde, formel istihdamın nispeten az olduğu, ailenin önemini koruduğu, patronaj ilişkilerinin toplumun işleyişinde büyük yer tuttuğu bir ortamda gittikçe dönüşüyor. Türkiye'deki refah rejimi bu bileşenleri içeren, fakat daha gelişmiş İtalya, İspanya örneklerine göre, nüfusun daha küçük bir oranımn kapsandığı bir koruma mekanizması.

Vatandaşhk temelinde oluşturulmayan tüm sosyal programlar kapsayıcılık açısından sorunlu olur, çünkü tanımlanan grupların dışında kalanlar için farklı çözümler aranır, veya bizde olduğu gibi bazıları da görmezden gelinir. Bu nedenle de programların kapsamı dışmdakiler aile, komşu, cemaat veya hayırsever yardımına muhtaç kalırlar. Nüfusunun üçte-biri hâlâ kırsal alanda yaşayan Türkiye'de, nüfusun önemli bir bölümü kentlerde de formel sektörün dışında kalıyor. Bu nedenle öncelikle sağhkta, bunun yanında emeklilik, işsizlik ve özellikle Avrupa ülkelerinde yaygın olan sosyal yardım, konut yardımı gibi programlarda, formel olarak istihdam edilmeyen bu kategorilere ulaşılması zor. Tüm yurttaşların kapsanamadığı bir sosyal politika çerçevesinde diğer sosyal güvenlik mekanizmalarımn devreye girmesi kaçmılmaz; en çok yükün de aileye düştüğünü belirtmeye gerek yok.

Bugünkü haliyle Türkiye'deki sağlık modeli Güney Avrupa

ülkelerinden çok farklı, çünkü bu ülkeler genelde evrensel (tüm yurttaşları kapsayan) modellere doğru evrilmişler. Emeklilik ve sosyal programlar Bismarckçı korporatizm çerçevesinde kalsa dahi, sağlık özel bir çerçeveye oturtulmuş, vatandaşlık temelinde sağlık hizmeti verilmeye başlanmış. Bunun nedeni açık: Artık ABD hariç her gelişmiş ülkede sağlığın bir hak olduğu düşünülüyor ve ülke vatandaşları sağlığa ulaşma hakkını devletlerden talep ediyorlar. Yani mesleği, statüsü veya cinsiyeti ne olursa olsun, tüm yurttaşların aynı sağlık hizmeti kapsamına alınması düşüncesi kabul görmüş. Oysa bizde sağlık hizmetleri son zamana kadar hala eski kategoriler çerçevesinde ele alınıyordu. Bunun da iki sonucu var, birincisi alınan hizmetin hiyerarşik dağılımı, yani ES ile SSK'mn, Bağ-Kur'un ve Yeşil Kart'ın farklı kalitede ve kapsamda hizmet vermesi; ikincisi ise nüfusun önemli bir kısmının, yukarıda belirtildiği gibi, hiçbir fonun parçası olmaması nedeniyle, her türlü hizmetin dışında kalması. Yakın zamana kadar geçerli olan bu hiyerarşik durum, sağlıkta reformun getirdiği ilk değişikliklerle eşitlenmeye başladı; fakat hizmete erişme imkânı olmayan ve önerilen GSS çerçevesinde dahi dışarıda bırakılması muhtemel önemli bir nüfus var.

2003'te Dünya Bankasmm yaptığı hane anketlerine dayanan bir araştırmada Türkiye nüfusunun %30'unun hiçbir sağlık güvencesi olmadığı bulunmuştu. Oysa aynı dönemde resmi rakamlar nüfusun tamamının bir şekilde (esas sigortalı veya bakmaya yükümlü olduğu eş, anne-baba, çocuk olarak) sigorta sahibi olduğunu iddia ediyordu. Buradaki fark SSK rakamlarının abartılı olmasından (iki kere sayılanlar, yıl içinde sadece bir müddet sigortalı kalıp sonra statüsünü kaybedenler, vs.den kaynakh) ve Bağ-Kur'da kâğıt üstündeki üyelerin çoğunluğunun primlerini ödemeyerek sigortalarını kaybetmiş olmalarından kaynaklamyordu. Örneğin, bir dönemde devlete mal satan, yani zorunlu olarak Bağ-Kur kaydı yaptıran bir çiftçi, ürünü yetiştirmeyi bıraktığında primini ödemekten de vazgeçebiliyordu. Zaten, tahmin edileceği gibi, kendi adına çalışanların büyük çoğunluğu sürekli bir gelire sahip olmadıkları

için, her ay belli bir primi yatırabilecek durumda da değildi. Özellikle 2001 ekonomik krizinden sonraki dönemde primler ödenemedi, borçlar birikti ve sigorta ve sağlık hizmetleri kesildi. Tabii, bir de hiçbir zaman Bağ-Kur üyesi olmamış olan nüfus var. Köylerde yaşayanların ve şehirlerdeki enformel sektörün önemli bir kısmı bu kategoride yer alıyor. Yeşil Kart uygulaması ise çoğunlukla yoksul bölgelerde ve kentlerin göçmen mahallelerinde oturan nüfus için düşünülmüştü. Özellikle Güneydoğu, Doğu ve Kuzeydoğu'da yaşayan yoksul nüfusun Bağ-Kur üyelik şansı olmadığı kabul edildikten sonra, 1992'den itibaren Yeşil Kart uygulaması başladı. Hane geliri belli bir düzeyin altında olanlar yoksulluklarını tescil ettirerek Yeşil Kart alma sansını elde ediyorlardı. Yeşil Kartı olanlar sağlık ocağı ve hastanelere gidebiliyorlar, fakat genelde çok temel ilaçların dışında tedavi masraflarını alamıyorlardı. Yeşil Kart sayıları hızla arttı: 2000'li yıllara geldiğimizde Yeşil Kart'tan faydalanarak bir düzeyde sağlık hizmetlerine ulaşabilen toplam nüfus 10 milyonu aşmıştı. Bu 10 milyonluk ek kategoriye rağmen nüfusun üçte-birinin hiçbir sağlık güvencesine sahip olmaması durumun vahametini anlatıyor.

Emeklilik ve sağlık hizmeti kapsamını etkileyen, ülkenin azgelişmişliği ve devletin kaynak azlığı kadar, sosyal politika kurumlarının toplumsal ve siyasi tarih içinde nasıl şekillendiğidir. 1960'lardaki sosyalizasyon projesi başarısız olmuş, ES, SSK ve Bağ-Kur vasıtasıyla yürütülen yamalı sistemin eksiklikleri başka mekanizmalarla tamamlanmamıştı. Zaten devlet bütçeleri 1980'lerden itibaren sürekli bir kriz içindeydi; IMF'nin enflasyonla mücadele programı gereği, harcamaların kısılması ve bütçe açığının kapatılması sürekli gündemdeyken devlet yatırımları da azalıyor, kamu sektörü için de, kapsamlı bir dönüşüm ve büyük bir harcama hamlesine girişme şansı kalmıyordu.

1980'lerin ikinci yarısından itibaren sağlık alamnda devlet teşvikleri başladı, 1990'larda özel sağlık kurumları da giderek artan bir hızla devreye girdiler. Bir yandan üç sigorta kurumu ve Yeşil Kart kapsamı dışında kalanlara yönelik belediye ve vakıf poliklinikleri, bir yandan da sağlık hizmetlerinde kalitenin

düşmesi ve kapasite darlığı nedeniyle resmî kurumların dışında hizmet satın almak isteyen, geliri daha yüksek olan tabakaya yönelik bir özel sağlık sektörü gelişmeye başladı. Eskiden de kendi adına çalışan doktorlar, özel hastane ve klinikler vardı, fakat bu dönemde hacmin dikkat çekici biçimde büyüdüğünü görüyoruz. Nitekim 2000'lerin ortasmda, yatak kapasitesinin onda biri özel sektör hastanelerinde bulunuyordu. Böylece vatandaşların kendi ceplerinden yaptıkları harcamalar tüm sağlık harcamalarının üçte birini geçti. Türkiye'de toplam sağlık harcamaları millî gelirin %6-7'si civarındayken devlet ve sigorta kurumları bu toplamm ancak üçte ikisini karşılıyordu. Yine bu dönemde, gazetelerde sık sık, sigortası olmayan kimselerin hastane kapılarında kaldıklarına ya da rehin ahndıklarma dair haberler yer aldı.

Genelde basit bir doktor muayenesi veya çocuk aşısı için fazla bir sorun yaşanmıyordu; sağlık ocakları, belediye veya kaymakamlıktaki sağlık personeli ufak bir ödeme karşılığı bu tür hizmetleri sağlayabiliyordu. Yeşil Kart sahipleri hastanelere de gidebiliyordu. Fakat kapsam dışı kalanların ceplerinden para ödemeden hastaneye girebilmeleri, hele ameliyat olabilmeleri çok zordu. Aym şekilde, Yeşil Kart sahiplerinin ilaç alma imkânı da çok kısıthydı. Ayrıca sigortası olanlar da hizmet alma sürecindeki bozukluklardan yakınıyorlardı. Esas olarak hastane ve doktor kapasitesinden kaynaklanan bu şikâyetler, organizasyon eksikliği dolayısıyla özellikle İstanbul ve diğer büyük şehirlerde iyice artıyordu. Bir de yolsuzluk, rüşvet ve ihtiyaçları tanıdık ilişkileriyle karşılama biçiminde özetleyebileceğimiz, formel organizasyonun yerleşmemesinden kaynaklanan sorunlar vardı. Bunlarm içinde en çok şikâyete yol açan sorun, devlet ve kurum/hastane doktorlarının normal çalışma saatleri dışmda özel muayenehanelerinde çahştıkları ve ameliyatlar için hastalarm sigorta dışı harcama yapmalarını şart koştukları yolundaki suçlamalardı. Ayrıca, hastanelerde yatabilenler dahi araç, gereç ve ilaç harcamalarının çoğunu ceplerinden yapmak durumunda kahyorlardı. Halk arasında "bıçak parası" adı verilen, operatöre açıktan verildiği iddia edilen rüşvet de gündeme geli-

yordu. Bu arada, kurumların yaptığı harcamalarla ilgili çeşitli yolsuzluk iddiaları da sürekli gündemdeydi.

İngiltere (Birleşik Krallık), Kanada ve İskandinav ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerin çoğunda, sağlık hizmetlerinin çoğu doğrudan devlet tarafından karşılanır, sağlık personelinin çoğu da devletin sağlık teşkilatı tarafından istihdam edilir. Sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin cebinden para çıkmaz; sağlık personeli de verdiği hizmet başına ücret almaz; ödemesi aylık maaş biçiminde yapılır. Bilindiği gibi Türkiye'deki sağlık teşkilatı da böyle bir mantık çerçevesinde kurulmuştu. Sağlık personelinin devlet değil, özel veya özerk kurumlar için (veya devlet için sözleşmeli olarak) çahştığı, bu kurumların da ekonomik (kâr etmek veya ayakta kalmak gibi) amaçlarla hareket ettiği, finansman ile sunumun ya da hizmeti ödeyen ve sunan kurumların birbirinden ayrıldığı sosyal sigorta sistemlerinde, doktora veya hastaneye giden sigorta kapsamında insanların faturaları sigorta kurumu tarafından ödenir. Veya, hizmet alanların ceplerinden ödedikleri para sonradan, sigorta kurumu tarafından geri ödenir.

Ülke bazında sağlık sigorta sistemleri tek ödeyici veya çok ödeyici diye ayrılabilir. Sigorta temelli sistemlerde, sigorta kurumları adına çahşan sağlık personeli ve kurumları hastalara bakar. Devletin hastaneleri de olabilir, ama buradaki mesele kamu ve özel sağlık kuruluşlarımn fonlarla sözleşme imzalayarak hizmet sunması ve sunulan hizmetin ücretini fonlardan almasıdır. Sağlık kurumları veya kendi adına çalışan doktorlar ücretlerini devletin kurduğu veya denetlediği bir veya birkaç sigorta fonundan alırlar. Devlet herkesin ortak bir hizmet paketine ulaşmasını garanti eder. Devletin denetleyici bir rol üstlendiği bu sistemde alınan hizmet hiçbir şekilde ödenen prim miktarıyla orantılı değildir ve bu yönüyle Amerikan sisteminden çok farkhdır. ABD'deki sistemde her yurttaşın sigortalı olmasım sağlayan bir mekanizma olmadığından, nüfusun önemli bir kısmınm (45-50 milyon arası) herhangi bir sağlık güvencesi yoktur. Bunun yanında, bazı sigortalar daha çeşitli ve kaliteli hizmetler sunarken, bazıları ise ucuz, süreksiz ve güveni-

lirliği az bir işleyişe sahiptir. Ayrıca denetim asgari düzeyde olduğundan, kâr amaçlı sigorta kurumları hizmet kapsammı değiştirip, hastalardan daha çok katkı payı talep ederek, genelde insanların aşırı derecede güvensiz hissetmelerine yol açmaktadır. Özel sigorta kurumlarımn politik gücü tek-ödeyicili sisteme geçmeyi veya etkin denetleme opsiyonunu engelleyen en önemli faktördür. Bu olgu, ABD'deki sağlık harcamalarının benzer ülkelere nazaran çok daha fazla olmasının nedenlerinden biridir. Hem sigorta şirketlerinin ek bürokrasisi ve elde ettikleri kâr, hem de bu kadar parçalı bir yapıda özellikle ilaç şirketleri ile tek elden, tek alıcı niteliğiyle (monopsonist olarak) pazarhk edilememesi maliyetleri artırmaktadır.

Türkiye'de ES, SSK ve Bağ-Kur devlet tarafından kurulmuş; fakat birbirlerinden bağımsız ve teorik olarak devletten de özerk kurumlardı. 1980'lerden sonra bu kurumların harcamaları topladıkları primlere oranla arttı; ayrıca kaynaklarım kötü değerlendirdikleri için harcamalarını karşılayamaz hale geldiler ve devlet bütçesinden desteklenmeleri gerekti. Ayrıca, Yeşil Kart harcamaları prim karşıhğı değil, doğrudan devlet tarafından ödeniyordu. Böyle yamalı sigorta sistemlerinde parçalanmış karar mekanizmalarımn etkinlik ve maliyet açısından sorunlu olduğunu söylemek gerek. Benzer dinamikler Türkiye'de de geçerliydi: Sağlık kurumlarınm parçalanmış olması, doktorların, hastanelerin ve diğer hizmet sağlayan birimlerin koordine edilememesi bir yandan hizmette eşitsizlik anlamında bir farklılaşmaya yol açıyor, bir yandan da, mesela bir hastanede sıkışıklık varken diğerinde boş kapasite olması nedeniyle, maliyetleri yükseltiyordu. Yani, bütün kamu harcamalarını topladığımız zaman, sadece toplamın yetersiz olması değil, aynı zamanda etkin olarak harcanamaması da durumu kötüleştiriyordu.

II.

Görüldüğü gibi 2000'lerde Türkiye'nin sağlık sistemi hem devletin ve kurumların sınırlı kaynakları ve örgütsüzlüğü dolayısıyla, hem sigorta kapsamında olmadıkları için sağlık hiz-

metine ulaşamayan insanların yüksek oram açısından, hem de organizasyon ve kullanıcıların algılayış sorunları nedeniyle, içinde bulunduğu krizden sıyrılamadı. Bu bağlamda ilginç olan, 2002'de iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisinin Sağlık Reformu gibi zor ve pahalı bir projeyi üstlenmesi oldu. AKP seçim platformunda, Genel Sağhk Sigortası projesini öne çıkararak, partinin iktidar performansını önemli ölçüde sağhk reformuna bağlamıştı. Seçmen ve halk nezdinde böyle bir vaadin ilgi çektiğine şüphe yoktu, özellikle AKP'nin oy aldığı kesimlerin sağlık güvencesi olmadığını ve sağhk hizmetlerinden büyük şikâyeti olduğunu söyleyebiliriz. Türkiye'de sağhğın bir vatandaşhk hakkı olduğu düşüncesi pek gelişmemiş olsa dahi, birçok şeyi devletten bekleme gibi bir gelenek olduğunu da biliyoruz. Bu nedenle, aktif bir talep olmamasma rağmen, daha kapsamlı ve etkin bir sağhk hizmeti vaadi, devletin, toplumun alt kesimlerini unuttuğuna ilişkin yerleşmiş inancı karşılıyordu. Yani AKP gelecek ve devletin isleyişini alt kesimlerin lehine düzeltecekti. Bunlarla birlikte, AKP'nin öncelikle sağhk sektörüne el atması, küresel konjonktür çerçevesinde de anlaşılmalıdır.

1980'lerin neo-liberalizmi özellikle Latin Amerika'da büyük çalkantılara yol açtı. IMF ile özdeşleştirilen politikalar, rejimlerin ve devletlerin meşruiyetini sarstı; büyük çapta işsizlik ortaya çıktı; gelir dağılımı daha da bozuldu; hayatın idame ettirilmesi iyice zorlaştı. IMF'nin ortodoks ekonomi politikası önerileri de kıyasıya eleştirildi: Artık iktisatçılar dahi gelir dağılımının bozulmasımn, insanların güvensizlik içinde yaşamasının olumsuzluğundan bahsetmeye başladılar. IMF, bu yeni ortamın yarattığı atmosferde, radikal diskurunu yumuşatmaya mecbur kaldı, fakat daha önemlisi Dünya Bankası (DB) IMF tarzında dar kafalı iktisatçılık tavrından uzaklaşarak, yaraları sarma misyonunu üstlendi. DB'nin bu yeni tutumu, küreselleşmenin yerleştiği bir dünyada, insanların piyasa oyununu oynamalarını sağlayacak temel güvenceleri sağlamaya yönelikti. Yoksulluk bu bağlamda gündeme gelmişti: Artık DB politikaları liberal ortodoksiyi savunmaya değil, yoksulluğu azalt-

maya yönelik olacaktı. Bunun uzantısı DB'nin kendisini daha çok sosyal politikalar çerçevesinde tanımlamaya başlaması oldu. 2000'lerin başında DB'nin Türkiye bağlamında da Şarth Nakit Yardımı gibi doğrudan sosyal yardım hedefli politikalara angaje olması bu dönüşümün ürünüdür.

Yine diğer birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de sosyal politika bağlamında en önce gündeme gelen konu sağlık sektörü reformu oldu. Bu kitaptaki makalelerde belirtildiği gibi "sağlık sektöründe reform" bu dönemin anahtar formüllerinden biri olarak ortaya çıkmıştı. Bu küresel bağlamı anlatırken AKP'nin, dünyada bu dönemde oluşan fırsatları doğru bir şekilde değerlendirecek tercihler yaptığını belirtmek istiyoruz. Nitekim, ortaya çıkan reform önerisi Dünya Bankasının bu dönemde çeşitli ülkelere önerdiği projelere çok benziyordu. O ülkelerdeki gibi Harvard ve Johns Hopkins Halk Sağlığı okullarından çeşitli akademisyenlere raporlar yazdırıldı ve GSS reform projesi, DB uzmanlarıyla istişarede bulunularak, T.C. Sağlık Bakanhğı'nda kurulan bir departmanda şekillendi.

Türkiye'dekine benzeyen sağlık reform tasarıları Asya, Latin Amerika, ve Doğu Avrupa'da pek çok ülkede gündeme gelmişti. Bu tasarılar da tam bir küresel iş bölümü çerçevesinde şekillendirildi: Akademisyen uzmanlar ülkeye damşman olarak çağrılıyor, bunların yazdıkları raporlar Dünya Bankası tarafmdan da incelenip onaylamyor, sonra hükümetlerce benimsenip kanunlaşıyordu. Buradaki amaçlar büyüyen talep karşısında bir yandan sağlık hizmetini yaymak (bu yoksulluğu azaltmak ve neo-liberal rejimi daha katlanılabilir kılmak perspektifi çerçevesinde görülebilir), fakat bir yandan da sağlık sektörünün özellikle ilaç ve teknoloji nedeniyle sürekli yükselttiği, ve devlete yük olan maliyet artışını sınırlamaktı. Dünya Bankasının önerdiği reform paketinde sağlık sigortasının fonu ödenen primlerden sağlamyor; harcamaların devletin genel bütçesinden değil, sağlığa özel bir fondan karşılanmasımn maliyeti sınırlandıracağı düşünülüyordu. Ayrıca insanların sağlığa ayrılmış bir fona para yatırmalarımn, onları sağlık harcamaları konusunda daha bilinçli kılacağına, belli bir hizmet karşılığında

para harcadıklarım hissedeceklerine, böylece daha sorumlu "tüketici"ler olacaklarına inamhyordu. Belki, özellikle Türkiye bağlamında beklenen, diğer bir faktör de söz konusuydu: Ödeme gücüne sahip olup da, kapsam dışı kalan bazı kesimler sağlık hizmetini ancak bu yolla alacaklarını düşündükleri takdirde, kendi istekleriyle enformel statüden formel statüye geçecekler, yani prim ödemeye karar vereceklerdi.

Prim ödeme ve sigorta fonu sisteminin nasıl işleyeceğine gelmeden önce, Dünya Bankası türü reform paketlerinin piyasa yanlısı bir tercihi öne çıkardığına değinelim. Beklendiği gibi, sağlık sektöründe devletin doğrudan hizmet vermesinin etkin olmadığı ileri sürülüyor, bu nedenle sektördeki maaşh doktor veya sağlık personeli istihdamını toptan kaldırmak veya iyice daraltmak da projenin bir parçası (Türkiye'de tasarıya muhalefetin esas nedeni de buydu). Bu iki şekilde yapılıyor. Birincisi devlet kendisi sağlık personeli istihdamını daraltıyor. Oluşturulan sigorta fonu, kendi adına çahşan doktorlardan, klinik ve laboratuvarlardan, özel sermayeli veya yönetim ve bütçe itibarıyla özerkleşmiş hastanelerden hizmet satın alıyor. Verilen hizmetin bedelini devletin denetim ve düzenleme mekanizmaları önceden bir tarifeyle belirliyor. Böylece her işlem için fonun ödeyeceği meblağ da biliniyor. Bu fiyat karşılığında çahşmak istemeyen sağlık personeli ve kurumları veya tam ve teşhis birimleri, sigorta fonunun dışında, cebinden para verenlerle veya özel sigorta mensuplarıyla yetinmek zorunda. İkincisi, nasıl olacağı tam bilinmeyen bir yöntemle, devletin elindeki taşınmaz mallarm ve hizmet birimlerinin, teçhizatın elden çıkarılması hedefleniyor. Örneğin hastaneler kendi kendilerini yöneten, özerk işletmeler haline getirilecek. Muhtemelen devletin (sigorta fonunun) onlara vereceği asgari bir işletme ödeneğinin yanında, ihtiyaçlarını, verdikleri hizmet karşılığı aldıkları ücretlerle giderme mecburiyetinde olacaklar. Bu modelde başhekimler aynı zamanda işletme yöneticileri olarak rol alacak veya hastane yöneticilerine gerek duyulacak.

Reform paketinin diğer bir ayağı da, yine maliyetleri düşürmek ve hastanelerdeki kapasiteyi daha iyi kullanabilmek için

"sevk zinciri"ni etkin bir şekilde kullanmak; birinci basamak hizmetini de piyasa öğretileri çerçevesinde örgütlemek. Hasta başvurularının çok yüksek bir oranının (%80 civarında bir oran söz konusu) birinci basamakta halledilmesi, yani bu hastaların daha ileri bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelerinin gerekmemesi amaçlanıyor. Bu elemeyi gerçekleştirmek için her hastanın (acil durumlar hariç) önce birinci basamak kuruluşlara başvurmasını mecburi tutmak, yani doğrudan bir uzmana veya hastaneye gitme seçeneğinin kaldırılması gerekiyor.

Turkiye bağlamında kurum doktorları ve sağlık ocakları, birinci basamak kuruluşları olarak hizmet veriyor, fakat özellikle büyük şehirlerdeki sağlık ocakları ve çalıştırdıkları personel talebin niteliğine göre yetersiz kalıyor. Bu nedenle GSS'de önerilen sağlık reformu paketinde "aile hekimliği" kurumu meydana getiriliyor ve önemli bir rol oynuyor. Bu modele göre, Ingiltere'deki uygulamaya benzer bir şekilde, tum nüfusun bir aile hekimine kayıtlı olması bekleniyor. Aile hekimleri ilk başta bir müddet kurs gören pratisyen hekimler arasından çıkacak, daha sonra ise aile hekimliği alanında uzmanhk yapan doktorlar bu hizmeti verecekler. Aile hekimlerinin ücreti, sorumlu oldukları, yani kendilerine kayıtlı olan nüfus sayısına orantılı olarak belirlenecek ve sigorta fonu tarafından ödenecek. Sigortah insanlar ise, aile hekimlerini kendileri seçecekler ve bir müddet sonra mukavelelerini yenileme veya başka bir hekime kayıt yaptırma seçenekleri olacak. Ikinci basamakta bir kuruluşa sevk durumunda ise yine hasta ve aile hekiminin beraber seçim yapıp karar vermesi söz konusu. Bir aile hekimine kayıtlı hastalar, belli bir sayının altına düşerse sigorta fonu o doktoru kendi listesinden çıkaracak; benzer şekilde, yeterli sayıda hasta sevk edilmeyen sağlık kuruluşları da maliyetlerini karşılayamaz hale geldiklerinde kapılarını kapatacak. Buradaki mantık, tıpkı kapitalist pazar mekanizmasının işleyişinde farz edildiği gibi, insanların seçim yapmasımn rekabet getirip etkinlik yaratacağı, doktorların ve sağlık kurumlarının üzerinde de bir disiplin oluşturacağı ve bu yolla hizmet kalitesini yükselteceği. Oysa hastaların ne kadar eksik bilgilerle ka-

rar vermek mecburiyetinde olduğunu biliyoruz. Ayrıca acil ameliyat veya müdahale gereken bir durumda sokaktan elma alırmış gibi seçim yapılamayacağı da açık. Sağlık söz konusu olduğunda insanların güveni ve sürekliliği tercih etmeye yatkın oldukları gözlemleniyor ve bu alanda piyasa türü bir mekanizmanın işlediğini varsaymak muhtemelen yanlış sonuç verecektir. Piyasanın getirdiği disiplin yerine, iyi kurulmuş ve güvenilir bir denetim mekanizmasının arzulanan sonucu daha etkili biçimde ortaya çıkaracağını söyleyebiliriz.

Aile hekimliği önerisi 2005 yılından başlayarak Düzce kentinde bir pilot proje olarak "test edildi". Sağlık bakanlığı ile sözleşme yapması beklenen doktorlar aile hekimliği statüsünü kabul etmeye yanaşmadılar; çünkü tanımlanan statü içinde kendi yardımcılarını istihdam etmek, kendi muayenehanelerini açmak durumundaydılar. Ayrıca doktorların önemli bir kısmı reform önerisini desteklemiyor ve hükümetin reformunu sağlık sektörünü piyasaya teslim etmenin başlangıcı olarak görüyorlardı. Bunun üzerine, Sağlık Bakanlığı sözleşme yapılacak doktorlara bazı avantajlar sağladı, örneğin sağlık ocaklarında çalışmalarına izin verildi. Pilot projenin sonuçları ve reform paketini nasıl etkileyeceği henüz açıklanmış değil.

GSS fonunun nasıl sağlanacağı konusuna da değinmek gerekiyor, çünkü önerilen sistemin en önemli boyutu, finansman ile hizmet arasında yeni bir ilişki kurmayı öngörmesi. Genel Sağlık Sigortası temel olarak prime dayalı bir sigorta modeli kurmayı hedefliyor. Bu yönüyle, Türkiye'deki mevcut sağlık sigorta sisteminin genişletilmiş hali olarak da düşünülebilir. GSS sisteminde amaçlanan, formel-kayıth olarak çalışıp çahşmadığına bakılmaksızın, belirlenen yoksulluk sınırımn üzerinde gelire sahip kişilerin, zorunlu olarak, gelirleri ölçüsünde belirlenen miktarda prim ödeyerek sigortalı olmaları. Yani amaç, primleri ödeyebilecek durumda olduğu düşünülen (asgari ücretin 1/3'ünün üzerinde kazancı olan) sigortasızlardan da prim toplayarak, sağlık sigortası şemsiyesini genişletmek gibi görünüyor.

Kanunda ödenecek prim miktarı kişinin gelirinin %12,5'i olarak belirlenmekle birlikte alt ve üst sınır da söz konusu.

Prim hesaplanırken baz alınacak taban asgari ücret, tavan ise asgari ücretin 6,5 katı olacak. Yani geliri asgari ücretin altında olan, ama Yeşil Kart'a hak kazanacak kadar yoksul sayılmayan (geliri asgari ücretin üçte-birinin üzerinde olan) kişiler primlerini asgari ücret üzerinden verecekler. Buna karşılık örneğin asgari ücretin on katı veya daha fazlası geliri olan bir kişinin ödeyeceği prim asgari ücretin 6,5 katı üzerinden hesaplanacak. Yeşil Kart alma kriterlerine uyan kişiler ise primleri devlet tarafından ilgili kuruma aktarılmak suretiyle sağlık sigortalı olacaklar. Yani bugünkü Yeşil Kart kriterlerine uygun olarak, yoksulluklarını tescil ettiren yurttaşların sigortası devlet tarafından ödenmiş olacak. Bunların yam sıra sigortahların bakmakla yükümlü oldukları kişiler de, sigortalı olan yakınları prim ödediği müddetçe ve 18 yaşından küçük çocuklar, anne ya da babalarımn prim ödemesi şartı aranmaksızın, sağlık sigortasının kapsadığı hizmetlerden yararlanabilecekler. Ancak, Yeşil Kartı olmayan 18 yaş üstü kişiler (öğrenci değillerse) prim ödememeleri durumunda sağlık sigortasından yararlanamayacaklar.

Önerilen yeni sağlık sigortasının en zayıf noktası da burası. Finansman ile hizmetin birbirinden ayrıldığı bir modelde sigortanın kapsamı ya evrensel olacaktır ya da primin ödenip ödenmediğine bağlı olarak bir hizmet sınırlaması gündeme gelecektir. Şu anda görünen şekliyle GSS hizmet sunumunu prim ödenmesine bağlı bir smırlandırmayı öngörüyor. Bu da Türkiye'deki reform paketini içinde bulunduğumuz konjonktürde dünyada benimsenen modellerden farklı kılıyor. Dünyadaki eğilimin, yoksulluğa karşı tedbirler çerçevesiyle de tutarlı olarak, evrensel bir kapsam amaçladığını, yani reformlarının getirdiği modellerin sağlık hizmetini tüm yurttaşlara sunmayı öngördüğünü söyleyebiliriz. Tüm Avrupa ülkelerinde kapsam evrensel olarak düşünülmektedir. İngiltere'de ve İskandinav ülkelerinde tamamı vergi gelirlerinden karşılanan sağlık harcamaları; Almanya'mn örnek olduğu bazı ülkelerde primlerden kaynaklanan bir finansman; buna karşılık Güney Avrupa'da fonların, vergi oranı giderek yükselen karma bir yapıya

dönüştürülmesi söz konusudur. Fakat bütün bu ülkelerde ana ilke sağlık güvencesi olmayan kimsenin kalmamasıdır.

Türkiye'deki yeni rejim çerçevesinde esas üzerinde durulması gereken konu şu: Sigortanın kapsamı her yurttaşı içerecek şekilde mi düşünülmüş? GSS tasarısında prim vermeyenlerin cezalandırılması öngörülüyor; onlar doktora veya hastaneye başvurduklarında borçlarını ödeyene kadar sağlık hizmetine ulaşamayacaklar. AKP'nin önerdiği kanunda sağlık hizmeti sunanların neredeyse polis gibi çalışıp, prim ödememiş veya yeteri kadar yoksul olup devlet tarafından primi ödenmemiş insanları hizmet dışında tutması öngörülüyor. Türkiye gibi, insanların yarısının formel istihdam kapsamında olmadığı bir yapıda herkesten prim toplamak çok zor olacaktır. Buna karşılık, toplumun gelenekleri ise, prim ödeyemeyenlerin suçlu gibi görülmesini, hizmete ulaşamamasım, hastane kapılarında geri çevrilmesini kolay kolay kabul etmeyecektir. Bu sorunun en kestirme çözümü sağhğın tüm yurttaşların hakkı olduğunu ilan etmek ve finansman yöntemini değiştirmek yoluyla olur. Fonu, primden değil, vergilerden sağlanan bir sağlık bütçesi, finansman ile hizmet arasmda ilişkiyi koparacak, kimsenin sağlık hizmeti talebinin reddedilmemesi anlamına gelecektir. llke olarak her yurttaş veya ülkede yasayan herkes, aynı hizmeti alabilecektir.

Fonu toplanan primlerle karşılanan bir sağlık sigortasının diğer bir sıkıntısı ise işini kaybettiğinde veya geliri azaldığında primini yatıramayan insanların oranından kaynaklanır. 2001'dekine benzer bir krizin ekonomiyi vurduğunu düşünün. Hem işlerini kaybeden insanların sayısı, hem de kendi adma çalışıp geliri azalan grubun prim ödeyemeyecek duruma düşmesi nedeniyle, sağlık sigortası fonu birden kaynaklarım kaybedecek, bütçe sorunları ortaya çıkacaktır. Oysa vergilerin ne kadarının sağlığa ayrılacağı, siyasi bir karardır. Meclisin bütçe kanununu yapması sırasında sağlığa ayrılan fonlar, dönemin eğilimlerine göre tahmin edilir ve de buna bağlı kurallar ve denetim mekanizmaları bütçenin elverdiği hizmet hacmine uygun olarak saptamr. Örneğin İngiltere'de Tony Blair

döneminde sağlık hizmetlerine yönelik yoğun eleştiriler yapılıyordu; sorunlar ise, bütçe yetersizliğinden kaynaklanıyordu. İşçi Partisi siyasi bir kararla sağlık bütçesini yükseltti (sağlık harcamaları milli gelirin %7-8'inden, %9-10'una çıktı) ve birkaç yıl içinde Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Service) çok daha iyi işlemeye başladı; muhtemelen de Blair'in tüm eleştirilere rağmen son seçimi kazanmasında etkili oldu. Böyle bir yaklaşım, herhalde, sigorta fonunun açıklarının sürekli tartışıldığı bir duruma tercih edilecektir.

Şu anda milli gelirin %7'si (devlet, kamu sigorta kurumları ve kişilerin cepten harcamalarıyla beraber) civarında olan sağlık harcamaları, GSS rejimi altında mutlaka yükselecektir, çünkü iyi işleyen bir sağlık sigortası aslında ihtiyacı olup da tedaviye gitmeyen insanların güvencesini artıracak, her türlü harcamayı büyütecektir. Ayrıca, toplam sağlık harcamaları içinde yurttaşların ceplerinden vermeleri gereken oran azalacak ve bu da, sistemin bir başka faydalı yönü olacaktır. Sonunda sağlık harcamalarının Avrupa'daki ortalamaya yakınlaşması beklenebilir. Bu oran milli gelirin %8-9'udur, fakat sürekli artma eğilimindedir. Türkiye'nin milli geliri AB ortalamasının dört veya beşte biri kadar olduğundan, sözünü ettiğimiz oranlar mutlak rakam olarak AB'ye nazaran çok daha düşük bir kişi başına harcamaya tekabül ediyor.

İlaç, araç, gereç ve teknoloji fiyatları ve doktor maaşlarının farkının çok daha az olduğunu düşünürsek, Türkiye'deki sağlık harcamalarının yakın gelecekte, bütün yükselme ihtimaline karşın, bütçeyi zorlayacağına kesin olarak bakabiliriz. Fakat bu, dünyadaki tüm devletleri zorlayan bir durum ve sorunu, primleri toplayan fona bırakarak çözmeye imkân yok. "Sağlık sistemi vergilerden finanse edilemez; çünkü devlet vergi toplayamıyor" türü argümanları öne sürenlerin devletin primleri nasıl toplayacağım da düşünmeleri gerekiyor. Dünyanın her yerinde ekonominin ve de emek piyasasının giderek kayıt dışı alana çekildiğini görüyoruz, gelişmiş ülkelerde dahi formel istihdamdan enformele doğru bir kayış var. Ayrıca, hiçbir zaman doğru dürüst formel istihdama kavuşamayacak nüfusun

oranı dünyanın her yerinde yükseliyor; formel sektörle enformel sektör arasında gidiş geliş ise sıkça gözlenen bir olgu.

Gelir kaynaklarının çeşitlendiği, kayıtlı ücret oranının düştüğü, istihdamın sürekli olamadığı durumlarda devletin vergi toplaması, prim toplamasından daha kolay olmaktadır. Elbette, prim ödemeyenlere hiçbir şekilde sağlık hizmeti verilmeyerek, insanlar prim ödemeye zorlanabilir, ama insanları çaresiz bırakmak ve tamir edilmesi ve iyileştirilmesi gereken gelir dağılımı sorununu daha da kötüleştirmek herhalde siyaseten kabul edilebilir bir alternatif değil. Oysa, reform insanların korku, kaygı ve huzursuzluğunu gideren bir sağhk güvencesiyle yurttaşları daha mutlu ve sağlıklı kılmayı amaçlamalı. Yaşam kalitesini yükseltme çabası içinde, sağlık güvencesinden daha önemli bir unsur olamayacağı biliniyor. Sağlık ihtiyaçlarının karşılanacağına dair güvence verilmesi insanları sadece daha mutlu kılmayacak, aym zamanda yurttaşhk bağlarını pekiştirecek ve tüm vatandaşların aym sistemi paylaştıkları hissini besleyecektir. Bu nedenlerle, tıpkı eğitimde olduğu gibi, sağlık hizmetleri de devletin vatandaşa karşı asli görevi olarak görülmeli, bu hizmetin sunumu bir müşteri-satıcı ilişkisinden, yani ödenen primlerin sağhk satın aldığı bir uygulama biçiminden uzaklaştırılmahdır. Aksi takdirde uygulanacak modeller tüm vatandaşlara sağhk açısından güvenli ve kaliteli bir yaşam sunma idealini gerçekleştiremez. Genelde tüm dünyadaki istihdam ilişkilerinin dönüşümü, özelde de Türkiye'deki işgücünün ağırlıklı olarak enformel sektörde ve kendi adına çalıştığı düşünülürse, prim ödenmesine dayalı bir sistemin nüfusun önemli bir bölümünü sistem dışı bırakacağı, yeni eşitsizlikler doğuracağı tahmin edilebilir.

III.

Alınan hizmete ilişkin bazı konuları bu bağlamda gündeme getirmek gerekiyor. Sorulması gereken soru, Genel Sağhk Sigortası'nın karşılayacağı hizmetlerin ne düzeyde kalacağı, ne kadar yeterli olacağı. Kanun tasarısındaki şekli ile bu paketin di-

ğer ülkelerdeki benzerlerine göre epey kapsamh olduğu görülüyor. Yine de, örneğin Fransa'da olduğu gibi "tamamlayıcı" sigortaların (muhtemelen özel sigorta kurumları vasıtasıyla) devreye gireceğini düşünebiliriz. TÜSİAD'in yaptırdığı bir çalışma orta sınıfa yönelik bu tamamlayıcı sigortanın, sigorta şirketleri tarafından planlandığını gösteriyor; bu doğrultuda bir kanun teklifi de hazırlanmış durumda. Paketin mümkün olduğu kadar geniş tutulması elbette en çok istenilen şey; bu yalnızca, insanların kendilerini güvende hissetmeleri ve sadece acil ihtiyaçları için değil, sağlık konusunda endişesiz yaşayabilmeleri açısından da çok önemli. Örneğin, yoksul, hatta çok da yoksul olmayan kesimlerin diş tedavisi için ne büyük zorluklara katlandıkları düşünülürse, yaşam kalitesini yükseltmenin anlamı anlaşılabilir. Ayrıca, paket ne kadar geniş tutulursa tamamlayıcı özel sigortalara gereksinim de o kadar azalacak. Bu nedenle de, orta sınıf ortak hizmeti daha çok benimseyecek ve savunacak. Nüfusun çoğunluğu sigortayı benimsediği takdirde, hizmetin aksamaması ve iyileştirilmesi için bir baskı bloğu oluşacak. Orta sınıfm kullanmayı tercih etmediği hizmet paketlerinin (sağlıkta, eğitimde, kamu taşımacılığında, vs.) kalitesinin düştüğünü de hatırlamakta fayda var.

Doktorların veya hemşirelerin devletten maaş mı yoksa bir fondan ücret mi aldıkları, hastalar açısından ikincil bir önem taşır. Çalışanlar, yani hizmet veren sağlık personeli açısından ise, iş güvencesi ve işverenin devlet mi, özel veya özerk sektör mü olduğu elbette önemlidir ve büyük fark yaratabilir. Hizmeti alan yurttaşlar açısından, önemli olan ahnan hizmetin kalitesi ve güvenilirliği olacaktır. Burada fark yaratacak unsur, hizmet verenlerin ne ölçüde denetim altında tutulabildiğidir. Sağlığın özel bir konumu vardır; hiçbir hasta aciz durumdayken hizmet seçimi veya fiyat pazarlığı yapmak istemeyecektir; o anda en önemli şey güven duygusudur. Özel veya özerk personel ve kurumlar tarafından hastaya tüketici veya müşteri olarak davramlmasını engellemek en önemli ilke olmalıdır. Hizmet alanlar açısından önemli olan hizmetin kalitesidir, bunu sağlamak da bir organizasyon ve denetim meselesidir. Bunun

hastanın harcama kapasitesine indirgenmemesi önemlidir. Bu yüzden, devletin denetim kapasitesinin yeterli olup olmaması belirleyici bir unsur. Maliyet kaygılarının, verilen hizmetin niteliğini etkilememesini sağlamak gerekiyor. Harcamalar devlet memuru olmayan doktorlar tarafından kararlaştırıldığı zaman, devletin doğru ve etkin çizgiler belirlemesi gerekiyor: Örneğin, 'standart bir vizite şöyle bir test gerektirir', 'şöyle bir teşhis durumunda bu ilacı da önermek gerekir' gibi.

Denetimin diğer yönde de etkili olması gerekiyor. Devletin maliyetleri kısma zorunluluğu var; bu amaca yönelik olarak da 'ancak şu durumda böyle bir test yapılabilir' veya 'şu ilacı kullanmaya gerek yoktur, onun yerine daha ucuz olan şunu kullamn' gibi kurallar koyması zorunlu. Görüldüğü gibi denetim yapanlarla doktorları karşı karşıya getiren bir durum söz konusu, çünkü devletin denetim mekanizmalarının sağlık personelini sıkı bir cenderede tutması gerekiyor. Denetim kurullarının, bir yandan ilaç şirketlerinden ve tanı cihazı satan temsilcilerden gelen baskı ve hediyelere, bir yandan da doktorların mesleki özerklik argümanlarına karşı koyabilecek uzmanlığa ve dirayete sahip olmaları gerekiyor. Bunun için de, yüksek ücret aldığı için yolsuzluğa rağbet etmeyeceğinden emin olduğumuz, bilgisinden şüphe etmediğimiz uzmanların bu kurullarda hizmet etmesi gerekiyor. Bu tür denetim ve düzenleme kurulları günümüz devletlerinin ve yeni yönetişim paradigmasımn en önemli unsurları.

Bu denetimin bir uzantısı da sağlık sigortası kurumunun satın alması gereken mal ve hizmetlere ilişkin. Sigortanın karşılayacağı ilaç ve tanı hizmetleri ve bunun yanında, kapitalist bir ortamda süregelen sağlık hizmetlerinin etkilemeye başlayan metalaştırma dinamiği, maliyeti kontrol etmek isteyen kurumla mal ve hizmet satıcılarını karşı karşıya getiriyor. Bir sağlık sisteminin başarısı, herkese mümkün olduğu kadar iyi hizmet verirken maliyetleri kontrol altına almaktan geçiyorsa, ilaç ve teknoloji fiyatlarını yükselten patent hakları gibi konulara eğilmesi, bu konuda aynı zamanda küresel forumlarda (özellikle de Dünya Ticaret Örgütü çerçevesinde ilaçlarda pa-

tent hakkı konusunda yapılan tartışmalarda) etkinlik göstermesi gerektiği çok açık. Burada amaç ucuz ve kaliteli mal ve hizmet satın almak. İlaç şirketleri ve distribütörleri, tam cihazları satıcıları ile gereken pazarlıkların yapılması fiyat kontrolünde önemli bir faktör. Bu süreçte sigorta kurumunun ülkede tek alıcı olarak (monopsonist) daha iyi sonuçlara ulaşacağını düşünebiliriz. Fakat, maliyetin belki daha büyük bir kısmı, satın alınan sağlık personeli hizmetlerinden kaynaklanacak. Memur olmayan, sözleşmeli olarak hizmet gören, belki işletme karlarından da pay alan, piyasanın küreselleşmesi ile ücret beklentisi yükselmiş doktorlar ve hemşirelerden söz ediyoruz. Yeni sağlık sistemleri, sigorta yönetimi (devlet) ile sağlık personelini de karsı karşıya getiriyor. Bu mücadelenin de ne kadar zor olacağı ve dışardan bakanları hangi tarafı savunmak konusunda ne kadar zorlayacağı ortada.

IV.

Tüm ülkelerde ortak bir kaygı var: Sağlık sektöründe harcamalar gelire nazaran çok daha hızlı bir şekilde yükseliyor. Bu artışm nasıl karşılanması gerektiğini söylemek çok zor. Bu nedenle de her ülkede sağlık hizmetlerinin ve harcamalarının yeniden düzenlenmesi gündemde. AKP iktidarının tasarladığı Sağlık Reformu, Türkiye'deki duruma radikal bir dönüşüm getiriyor. Tasarıya göre farklı kurumlar kalmayacak, tüm çalışanlardan prim ahnacak, prim veremeyecek durumda olanların katkısı devlet tarafından karşılanacak. Doktorlar ve hastaneler ise özelleşecek veya özerkleşecek, verdikleri hizmet karşılığı sigorta fonundan ödeme alacaklar. Ayrıca sağlık hizmeti alacak herkes bir "aile hekimi"ne bağlı olacak, bu basamaktan sevk edilmeden uzman hekimlere ve hastanelere gidemeyecek. Sigorta, ilaç ve diş tedavisinin önemli bir kısmı dahil, her şeyi karşılayacak.

GSS henüz yasalaşmış değil, ama bugüne kadar iki önemli gelişme oldu: Birincisi SSK ile devlet hastaneleri ayrımının kalkmasıydı. Bütün SSK hastaneleri devlete bağlandı. Dolayı-

sıyla, SSK da bu sosyal güvenlik kurumları içinde en büyüğü olduğu için çok kalabalık bir grubun bütün hastanelerden yararlanması mümkün kılındı. Ayrıca yine bu bağlamda özel hastanelerin de SSK, Emekli Sandığı veya Bağ-Kur mensuplarına hizmet vermesi sağlandı. Böylece özel hastaneler de (genelde ek ödeme talep ederek) ES, SSK, Bağ-Kur sigorta kurumu mensuplarına açılmış oldu; yani GSS'nin öngördüğü uygulamaya yönelik, korporatist hiyerarşi anlayışım kırmaya ve sigorta kurumları arasında eşitlik getirmeye doğru bir adım atılmış oldu. İkinci önemli değişiklik ilaç konusunda yapıldı; gerek SSK mensuplarının gerekse de Yeşil Kartlıların ilaç alabilmeleri çok daha kolaylaştı. Eskiden SSK hastanelerinde eczanelerde sıra bekleyen insanlar şimdi herhangi bir eczaneye gidip, devletin ücret konusunda eczanelerle yaptığı sözleşme sayesinde, kolaylıkla ihtiyaçlarını karşılayabiliyorlar. Yeşil Kartlıların da ilaç alabilmesi kolaylaştı. Bu iki gelişmenin AKP'nin seçimlerdeki başarısına katkıda bulunduğunu söylemek yanhş olmaz. Yani GSS'nin az bir kısmını gerçekleştirmiş olması dahi, iktidardaki partinin sosyal politika boyutunda rakipsiz olduğunu kanıtladı. Oysa, sosyal politika konusunun kendisini solda veya merkez solda gören siyasi oluşumlar tarafından daha çok gündemde tutulması beklenirdi.

Sol cenahın GSS projesini soldan eleştirmesi gerekiyor. Sağlık personeli ve Tabipler Birliği, sağlık reformunu şimdiye kadar, daha çok getirdiği piyasa mekanizması ve değiştireceği istihdam ilişkileri bağlamında eleştirdi. Sağlık hizmeti verenlerin daha çok kurumların işleyişi ve iş güvencesi konularına eğilmeleri şaşırtıcı değil. Oysa sağlık hizmeti almak isteyen vatandaş açısından daha önemli olan, karşısındaki personelin maaşlı veya sözleşmeli olmasından çok, hizmete nasıl ulaşacağı ve hakkı olan hizmetin kapsam ve kalitesi. Türkiye'deki tartışmada sokaktaki adamm, yani sağlık hizmeti alacak veya alamayacak sıradan vatandaşın sesi pek duyulmadı. Bu kitapta sunduğumuz çalışmalar bu sesin oluşmasına yönelik tartışmaları gündeme getirmek amacıyla yapıldı. Kammızca soldan gelecek seslerin ağırlık noktası, sağlık reformunun sağlığı, ne dereceye

kadar bir 'yurttaşhk hakkı' olarak kurumsallaştırdığı sorusuna yönelik olmalı. Prim sisteminin kapsam konusunda sorun yaratacağım, prim vermeyen veya veremeyenlerin suçlu durumda kalıp hizmet alamama konumuna düşebileceklerini şimdiden görmek mümkün. Bu olasılıklar karşısında savunmamız gereken, her koşulda her yurttaşın sağhk konusunda eşit haklara sahip olması ve hizmetlerinin, kimseyi dışarıda bırakmayıp tüm nüfusu kapsamasıdır. Elbette sol platformun kaygıları, tüm yurttaşlarm adil olarak faydalanacağı sağlık paketinin içeriğinin genişlemesi; devletin elindeki vergi gelirini savaş gereçlerine değil, sağlık hizmetlerine harcaması; harcanan bütçenin ilaç tekellerine değil, daha çok yarar getirecek ve yaşam kalitesini yükseltecek kalemlere yönlendirilmesi; sağhk harcamalarında halk sağlığına ve koruyucu hizmetlere daha çok kaynak ayrılmasıdır. Ancak, sağlık hizmetlerinin, bir vatandaşlık hakkı olarak herkese eşit bir şekilde sunulması ilkesinin kabul ettirilmesi, gündemin ilk maddesi olmalıdır. Bu amaca yönelik olarak, en başta önerilecek değişiklik, Türkiye'nin koşullarına uymayan prim sisteminden vazgeçilmesi ve dünyada gözlemlenen eğilime de uygun olarak sağlık hizmetlerinin genel bütçeden, yani vergi gelirlerinden karşılanmasıdır.

Sağlıkta Reform Salgını

TUBA AĞARTAN*

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerine yakından baktığımızda, özellikle 1980'lerin sonları ve 1990'ların başlarından itibaren, refah rejimlerinin dönüşümü çerçevesinde önemli reform girişimleri gözlemliyoruz. Birçok ülkede hükümetler bu reform girişimlerinin temel gerekçesi olarak giderek şiddetini artıran 'sağlık krizi'ni göstererek, bu krizle baş etmek için belli başh politika değişiklikleri gerektiğini öne sürüyorlar.

Genel olarak devletlerin küresel ekonomik koşullar ve finansal problemlerle baş etmeye çahştığı bir ortamda sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamakta güçlük çekmeleri şeklinde tanımlanan bu kriz, aslında sağlık alanında hızla yükselen maliyetlerle ilişkilidir. Şu ya da bu nedenle kamu harcamalarının mümkün olduğunca kısıtlanması gerektiği görüşünün yaygınlaştığı neo-liberal dönemde, hükümetler bütçenin giderek daha fazla bir kısmını işgal eden sağlık harcamalarını nasıl azaltabileceklerinin yollarını aramaya başladılar. İşte sağlıkta reform 'salgını' (Klein 1993) bu çerçevede ortaya çıktı: artan harcamaları kontrol altına almaya yönelik bir dizi politika, ge-

(*) SUNY Binghamton Üniversitesi, ABD.

lişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık uzmanları ve politika yapıcıları arasında hızla yayılmaya başladı. Ana hatlarıyla tek bir "sağlık reformu programı" olarak görebileceğimiz bu politikalar, sadece harcamaları azaltıp verimliliği artırmaya çahşmakla kalmamış, devletin sağlık sistemlerinde üstlendiği görev ve sorumlulukları ciddi anlamda yeniden tanımlamıştır. Böylece, her refah sisteminde değişik şekillerde kurulmuş olan devlet-aile-piyasa arasındaki işbölümünde önemli bir dönüşüm gerçekleşmiştir.

Bu yazı, sözü edilen krizle başa çıkmak amacıyla geliştirilen (ortak boyutları olan) reform paketlerinin nasıl ve neden bu şekilde ortaya çıktığını incelemeyi amaçlıyor. Buradaki temel soru şu: 'Nasıl oluyor da farklı ekonomik gelişmişlik seviyesinde olan ve farklı sağlık sistemlerine sahip ülkeler benzer reform paketleriyle ortaya çıkıyorlar?' Ancak bu soruya cevap vermek için öncelikle reform yapma ihtiyacını doğuran unsurları ele almamız gerekiyor. Bu unsurlar, ülkeler arasında çeşitlilik göstermekle birlikte, genel olarak üç ana başlıkta özetlenebilir: makroekonomik unsurlar, ideolojik dönüşümler ve sağlık sistemine özgü faktörler.

İkinci olarak bu unsurların yarattığı iddia edilen sağlık krizinin sonuçlarını tartışmaya çalışacağız: Acaba bazı uzmanların iddia ettiği gibi bu reformlar tüm sağlık sistemlerinin birbirine giderek daha çok benzemelerine mi yol açıyor, yoksa benzerlik sadece önerilen politikalar düzeyinde mi kalıyor? Diğer bir deyişle, farkhhkların giderek azaldığı bir ortamda sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde tek bir modelin ortaya çıktığım söyleyebilir miyiz? Bu noktada önerilen reform programı ve hızla yayılan küresel reform söylemi ile fiilen uygulanan politikalar arasındaki ayrıma dikkat etmek gerekiyor. Sağlık reformları küresel bir salgm gibi tüm dünyayı kasıp kavurmakla birlikte, özellikle gelişmiş refah devletleriyle gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemleri arasındaki farkhhkları henüz yok etmiş değil. Her ne kadar devletin rolünün yeniden tanımlanması ve sağlık sistemlerindeki temel aktörler arasındaki ilişkilerin dönüşümü açısından benzerlikler görülse de, geliş-

mekte olan ülkeler bir yandan zamanın gereklerine uygun sağlık sistemleri geliştirmeye çalışırken, diğer yandan da gelişmiş endüstriyel ülkelerin çok gerilerde bıraktığı sorunlarla baş etmek zorundalar. Bu farklılıklara rağmen benzer reform paketlerinin uygulanmaya çalışılması, bu pakette yer alan politikaları geliştiren ve dünyamn birçok yerinde bunların hayata geçirilmesini destekleyen unsurlara dikkatimizi çekmesi açısından büyük önem taşıyor.

Sağlık sistemlerini etkileyen unsurlar

Makroekonomik unsurlar

Refah sistemleri literatüründe genel olarak kabul gören bir anlayışa göre, 1970'lerdeki ekonomik krizler ve Bretton Woods sisteminin çöküşü, İkinci Dünya Savaşı sonrasında kurulan refah devletlerinin ve onların önemli bir kısmım oluşturan sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin altın devrini sona erdirdi. Sonraki yıllarda küresel ekonomide gerçekleşen dönüşümler bu gidişatı değiştirmedi; aksine refah sistemleri küreselleşme, liberalleşme ve ülkeler arasmda yeni bir işbölümünün ortaya çıkması gibi gelişmeler ışığında yeni bir dönüşüm sürecine girdi. Bir yandan sermaye piyasaları bütünleşirken, öte yandan sermaye hareketliliği ve üretim piyasalarında rekabet hızla arttı (Scharpf ve Schmidt 2000:5). Diğer yandan, genel olarak 'liberalleşme' diye tanımlanan piyasa ilişkileri her alanda yaygınlaşmaya başladı (Streeck ve Thelen 2005:2).

Bu gelişmelerin refah devletlerini nasıl etkilediği halen birçok çalışmaya konu olmakla beraber, ilk yıllarda egemen olan karamsar tutuma göre, küresel ekonomik koşullar altında rekabet güçlerini kaybetmeyi göze alamayan büyük refah devletleri bir çeşit 'dibe doğru yarış' (*race-to-the-bottom*) sürecine girdiler. Bu yarış, devletlerin yabancı sermayeyi kaçırmak korkusuyla ciddi ekonomik tedbirler alarak harcamaları azaltmalarım gerektiriyordu. Bu ortamda sosyal programlar, uluslararası rekabeti azalttıkları ölçüde kısıntıların hedefi oldular. Av-

rupa'da bu genel sorunlara ek olarak, Avrupa Birliği'ne katılım sürecinin beraberinde getirdiği ekonomik koşullar üye ve aday ülke hükümetlerinin mali politikaları üzerine ciddi kısıtlamalar getirdi. Maastricht kriterleri ve Avrupa Para Birliği'ne üyelik şartları çerçevesinde hükümetler, kamu harcamalarında kısıtlamalara gitmek ve sosyal güvenlik sistemlerini gözden geçirmek zorunda kaldılar. Bu durum birçok uzman tarafmdan refah devletlerinin sosyal politika alanında da özerkliklerini kaybetmeye başladıklarınm işareti olarak değerlendirildi (van Kersbergen 2000).

Küresel ekonomideki bir diğer gelişme de yeni bir yönetici sınıfın ortaya çıkmasıyla birlikte hizmet sektörünün hızla önem kazanması oldu. Yeni küresel işbölümünün bir sonucu olarak açıklanan bu durum, önemli bir hizmet sektörü olan sağlık alanı için yapısal değişimlerin habercisiydi. Literatürde 'sanayisizleşme' (*de-industrialization*) ya da 'post-endüstrileşme'(*post-industrialization*) olarak nitelendirilen bu süreçte endüstriyel istihdam azalırken düzensiz ve esnek istihdam biçimleri yaygınlaşmaya başladı (Esping-Andersen, 1999). Tüm bu gelişmeler, temel gelirleri formel sektörde çalışanlar tarafmdan ödenen sosyal sigorta primleri ve vergilerden oluşan sosyal güvenlik sistemleri için ciddi tehlikelerin yaklaştığının habercisiydi (van Kersbergen 2000). Bu koşullara gittikçe yaşlanan Avrupa nüfusunun artan ihtiyaçları ve düşük doğum oranları eklenince, refah sistemlerinin (ve yüksek sağlık harcamalarının) sürdürülebilirliği konusunda ciddi endişeler ortaya çıktı.

Tüm gelişmiş refah devletlerinin bütçelerinde önemli bir yer kaplayan sağlık hizmetleri doğal olarak bu süreçlerden olumsuz anlamda etkilendi (Ranade 1998:194, Moran 1998, Freeman ve Moran 2000). Bu çerçevede genel olarak refah devletinin, özel olarak da sağlık sistemlerinin yüz yüze kaldıkları kriz, çok hızlı artan harcamalar, bunların karşısında yeni kaynak yaratmaktaki yetersizlik ve eldeki kaynakların verimli olarak kullanılamaması şeklinde tanımlandı (Ham 1997; Saltman ve Figueras 1997).

Daha iyimser olan ve refah devleti literatüründe daha fazla kabul gören ikinci bir görüşe göre ise 'dibe-doğru-yarış' iddia edildiği gibi yaygınlaşmamıştı ve birçok Avrupa ülkesi hâlâ refah devletlerini koruyan politikalar uyguluyorlardı. Hatta sağlık sistemleri üzerine çalışan bir grup araştırmacı, yükselen hizmet ekonomisinin bir parçası olarak sağlık hizmetlerinin ayrı bir önem kazandığını iddia etti. Bu görüşe göre, özellikle ilaç ve sağlık teknolojisi alanlarında artan yatırımlar hem hükümetlerin hem de çok-uluslu şirketlerin sağlık sektörünü dinamik ve kârh bir endüstri olarak algılamalarına yol açmıştı. İlginçtir ki, kriz argümanlarının temel etken olarak işaret ettiği, sağlık alanında bir türlü dizginlenemeyen kamu harcamaları, böylece çokuluslu şirketleri ülkelere çeken yeni bir yatırım alanı olarak yeniden tammlandı (Price et.al. 1999:1890). Bu potansiyelin farkında olan hükümetler ise sağhğın 'endüstriyel yüzünün' ülke ekonomisinin büyümesine yapacağı katkıdan bahsetmeye başladılar (Freeman ve Moran 2000:52).

Gelişmekte olan ülkeler de bu ekonomik dönüşümlerden paylarını aldılar. 1980'lerin başından itibaren Latin Amerika, Doğu ve Güneydoğu Asya ve Afrika'da birçok ülke ekonomik krizlerle mücadele etmek zorunda kaldı. Bunların çoğu, gayri safi millî hasılada hafife alınmayacak düşüşlere yol açan ciddi krizlerdi ve bu ülkelerde işsizliğin artması, satın alma gücünün azalması, vergi ve prim toplanmasında zorluklar yaşanması gibi önemli sorunlara neden oldu. Bu koşullar, kaynakların azalması dolayısıyla sağlık sistemlerini elbette olumsuz yönde etkiledi, ancak bir yandan da IMF ve Dünya Bankası gibi uluslararası finans örgütlerinin müdahalesine uygun bir ortam hazırladı. Her iki kurum da, bir yandan varolan borçları yeniden yapılandırırken, diğer yandan finans sektörü, yönetişim ve rekabet politikaları ve sosyal güvenlik alanlarında çeşitli makroekonomik uyum politikalarının uygulanmasını talep ettiler. Dolayısıyla, İMF kredileri ve bunlar çerçevesinde uygulanan Yapısal Uyum Programları sağlık reform girişimlerini etkileyen temel etmenlerden biri olarak ortaya çıktı (Sen 2001).

Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerini inceleyen bir-

çok çahşma bu ekonomik programların ve borç yükünün sağlık sistemlerini ne derece olumsuz etkilediğini gösteriyor. Borç geri ödemeleri hükümetlerin varolan kaynaklarının daha da azalmasına neden olurken, dayatılan şartlar sosyal harcamaların kısılmasını öngörmüş ve böylece sağlık hizmetlerinin üzerindeki baskıyı iki kat artırdı. Tüm bunlara yabancı sermayeyi kaçırmak endişesi ile sağlık ve diğer sosyal güvenlik harcamalarının uluslararası rekabet gücünü azaltma olasılığı da eklenince reformların çoğu harcamaların düzenlenip daha etkin kullanılmasına odaklandı. Özetle, küresel ekonomik koşullar 1980'lerin sonlarından itibaren temel dönüşümler geçirdi ve politika yapıcıları sağlık sistemlerini yeniden gözden geçirmek zorunda bıraktı.

İdeolojik unsurlar

Liberalleşme ve küreselleşme süreçleri, ekonomik gelişmelerin yanı sıra önemli ideolojik dönüşümleri de beraberinde getirdi. Bir yandan müdahaleci devletin, sosyal vatandaşhk anlayışının sağladığı sosyal kazanımları garantilemesini öngören Keynesci anlayış zayıflarken, diğer yandan Reagan ve Thatcher hükümetleriyle özdeşleştirilen yeni-muhafazakârhk tüm dünyaya hızla yayılmaya başladı.

Bu ortamda devletin sosyal refah hizmetlerindeki baskın rolü ciddi eleştirilere maruz kaldı: Kamu hizmetleri verimsiz ve kalitesiz olarak tanımlandı ve kamu sektörüne dayanan çözümler genel anlamda gözden düştü (Pollock 2004:194-195). Ancak gözden düşen sadece kamu hizmetleri değildi, hekimler de bu süreçten paylarını aldılar. 1990'ların başlarından itibaren, özellikle İngiltere ve Amerika'dan başlayarak, hekimler 'ayrımcılığın kalesi' ya da kendi çıkarlarını öncelikli tutan meslek mensupları olarak görüldüler (Keaney 2001:161; Marmor 1998). Ayrıca, hastaların görev ve sorumlulukları da, yayılan bu piyasa anlayışı çerçevesinde yeniden tanımlandı. Bir yandan hastanın hekim karşısında güçlü kılınması ve hatta hekimin mesleki otoritesine başkaldırması gerektiği savunu-

lurken, diğer yandan müşterinin seçme hakkının 'hizmet üreticilerini (yani hekimleri) kesinlikle en iyi şekilde disipline edecek unsur' olduğu ileri sürüldü (Stone 1997:543).

Sağlık alanmdaki temel kurumların ve aktörlerin rollerini bu şekilde yeniden tanımlayan piyasa ideolojisinin etkileri çok geçmeden görülmeye başlandı. Bu ideolojiyi benimseyen sağlık politikası uzmanları ve politika yapıcılar, hekimlerin sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve kaynakların kullanımında önemli bir yere sahip olduğu eski sistem yerine rekabeti artırıcı, müşterinin kendi seçimini yapmasını teşvik eden ve devleti mümkün olduğunca sağlık alanından geri çekerek sorumluluklarının önemli bir bölümünü aileye ve piyasaya bırakmasını öngören bir sistemi tercih eder oldular. Diğer bir değişle, sağlık ve diğer refah hizmetlerinin aslında piyasa tarafından çok daha iyi ve verimli bir şekilde sağlanacağı anlayışı sosyal politika çevrelerinde daha fazla kabul görür hale geldi (Kuhnle and Alestalo 2000). Fakat bu ideoloji, nasıl ve hangi aktörler aracılıyla yayıldı? Diğer bir deyişle sağlık sistemlerindeki bu paradigma değişiminde hangi kurumlar ve kişiler önemli roller üstlendiler?

Bu çok önemli sorulara birkaç paragrafta cevap vermek imkânsız. Fakat piyasa ideolojisinin nasıl yayıldığı ve reform süreçlerini hangi aktörler aracılıyla etkilediği üzerine, gittikçe zenginleşen literatürden bahsetmeden de geçemeyiz. Uluslararası öğrenme süreçlerini açıklamaya çalışan bu literatürün en önemli katkısı, şu ana dek reform çahşmalarında ele alınan Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü, OECD gibi uluslararası örgütlerin yanı sıra, oluşmakta olan 'küresel politika seçkinleri'ne dikkati çekmesidir. Bu çerçevede yakın zamanda yayınlanan birçok araştırma, sağlıkla ilgili bilgilerin toplanması, değerlendirilmesi ve yayılması konularında bu uluslararası örgütlerin oynadığı önemli rolün altını çizerken, aym zamanda Haas'm deyimiyle 'bilgi cemaatleri' (*epistemic communities*) nin oluşturulmasındaki katkılarından bahsetmişlerdir.

Kendi alanlarındaki politikalar hakkında geniş bilgi ve birikimleriyle bilinen uzmanların bir araya gelerek oluşturdukları bu yapılar, 1990'ların başından itibaren sağlık alanındaki re-

form tartışmalarına damgasını vurdu. Özellikle sağlık finansmanı alamnda küresel seçkin bir grubun ortaya çıktığını gözlemliyoruz. Bu grup hem genel olarak kullamlan kavramlar hem de finansal kaynaklar üzerindeki kontrolleri sayesinde, tartışmaların genel çerçevesini belirlemiş, bu sayede birçok kişi ve kurum tarafından hızla benimsenen bir reform dilinin oluşmasında etkili olmuşlardır (Lee ve Goodman 2002:103). Dünya Bankası gibi uluslararası örgütler de bu tür grupları etraflarında toplayıp onlara şekil verebildikleri ve kendi analizleri ile politika önerilerini bilimsel çalışmalara dayandırabildikleri ölçüde çeşitli reform girişimlerini etkileyebilmişlerdir.

Yakın zamanda sosyal alandaki çahşmalara ve uzmanlar arası diyaloğu geliştirmeye önem vermeye başlayan ve daha fazla kaynak ayıran Avrupa Birliği de bu ulusüstü politika yapımı tartışmalarına dahil oldu. Özellikle AB Komisyonun girişimleriyle uzmanlar ve hükümetler arasında AB seviyesinde iletişim olanakları artırılarak bilgi ve birikimlerin paylaşılması sağlanmış ve bu şekilde bilgi cemaatleri teşvik edilerek, sosyal politika alamnda da entegrasyonun gerçekleşebilmesi için önemli adımlar atılmıştır (Lamping ve Steffen 2004). Aym zamanda üye ülkeleri birbirlerinin geliştirdiği politikalardan haberdar edip, uzun vadede ortak bir zeminde buluşturmayı amaçlayan AB'nin yeni esnek politika yapımı süreci, yani Açık Koordinasyon Metodu (Open Method of Coordination), yavaş yavaş sosyal politikamn değişik alanlarına yayılmaya başlamıştır ve bu yeni yöntemin de politika öğrenme süreçlerine katkısı olmuştur.

Bu şekilde, değişik seviyelerde koordine edilen ve paylaşılan ulusal reform tecrübelerinin ışığında, gittikçe daha fazla bütünleşen 'politika camiaları' (*policy communities*) belli politikaları savunur hale gelmişlerdir. Reform yapmaya niyetlenen ve bu topluluklarla yakm ilişki içinde olan yerel uzmanların ve politika yapıcılarının bu fikirlerden etkilenmeleri gayet doğaldır ve belki de hızla yayılan tek tip reform programımn ardında yatan temel etmenlerden biri de budur. Ancak, bu çerçevede gözden kaçırılmaması gereken bir mesele de gelişmekte olan ülkelerin bu camialara nasıl eklemlendikleridir: Acaba

gelişmekte olan ülkelerden gelen uzmanlar ulusüstü politika öğrenme süreçlerinde gelişmiş ülkelerden gelen ya da uluslararası örgütler bünyesinde çalışan uzmanlar kadar belirleyici olabiliyorlar mı, yoksa sadece onlar tarafından geliştirilen politikaları kendi ülkelerine uyarlamakla mı yetiniyorlar? Bu sorunun cevabı çok daha detaylı çahşmaları gerektiriyor.

Sağlık alanına özgü sorunlar

Sağlık sistemini yeniden gözden geçirme ve yeni politikalar geliştirme süreçlerini kapsayan reform girişimlerini yalnızca ideolojik sebeplerle ya da küresel ekonomik dönüşümler gibi dış etmenlerle açıklamak elbette hatalı olur. Her hükümet ya da sağlık sistemini dönüştürmeye niyetlenen uzman ekip, öncelikle sağlık sistemlerinin ya da genel olarak sosyal güvenlik sistemlerinin kendine özgü sorunlarından yola çıkar ve bu sorunlara çözüm getirmeyi amaçlar. Ancak şunu da unutmamak gerekir ki bu sorunların nasıl algılandığını ve hangi sorunların önem taşıdığım ya da öncelikli olarak ele alınması gerektiğini de yine bu genel ideolojik ve ekonomik çerçeve belirler.

Bu sorunlar, gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş endüstriyel ülkeler arasında ciddi farklılıklar gösterse de, genel olarak değişen hastalık profili, demografik dönüşümler ve tıbbi teknolojideki akıl almaz ilerlemeler ışığında incelenmelidir. Gelişmiş endüstriyel ülkelerde 20. yüzyılın ortalarında gerçekleşen epidemiyolojik dönüşüm sonucunda, en önemli hastalık ve ölüm nedeni olan salgın ve akut hastalıkların yerini kanser, kalp hastalığı gibi kronik hastahklar almıştır. Bir yandan halk sağlığı müdahaleleri, diğer yandan da tıp biliminin yeni tıbbi teknolojileri ve yöntemleri kullanarak bulaşıcı hastalıkları kontrol altına almasıyla açıklanan bu durum, sadece sağlık sistemi için değil, ülkenin genel demografik profili açısından da önemli sonuçlar doğurdu. Daha açık bir ifadeyle, erken yaşta salgın hastalıklara yakalanmayan kuşaklar, daha uzun yaşayarak ilerleyen yaşlarda kronik hastalıklara yakalanmaya ve sağlık kurumlarından daha fazla hizmet talep etmeye başladılar.

Fakat aynı zamanda talebin türü de değişti. Kronik hastalıklarla mücadele çok farklı yöntemlerin benimsenmesine ve daha pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin daha fazla önem kazanmasına yol açtı. Üstelik her hasta kendi tedavisinde mümkün olan en son teknolojinin ve ilaçların kullanılmasını istediğinden, sağlık sistemleri üzerinde ciddi baskılar oluştu. Sağlık sistemlerinde 'sınırlandırılması mümkün olmayan sürekli genişleme dinamiği' olarak tanımlanan bu durum, elbette sağlık kurumları açısından daha fazla harcama anlamına gelir (Freeman 2000:27).

Gelişmekte olan ülkelerde ise durum biraz daha farklıydı. Bu ülkeler, epidemiyolojik dönüşümü tam olarak tamamlayamamak şeklinde tanımlayabileceğimiz, kronik hastalıkların bulaşıcı hastalıklara eklenmesi sonucu ortaya çıkan daha farklı ve vahim bir hastalık profiliyle baş etmek zorundaydılar. Üstelik bu sağlık sistemleri aynı zamanda kırsal yoksulluk ve göç sonucu ortaya çıkan çarpık kentleşme olgusu ve bunun yarattığı sağlık problemleriyle de yüz yüze kalmışlardı (İslam ve Tahir 2002:162-3). Ekonomik koşullar ya da iç savaş gibi farklı nedenlerle metropollere göçen yoksul nüfus temel sağlık altyapısı olmayan varoşlarda yaşıyordu ve tabii ki çoğunun sürekli bir işi ve dolayısıyla sosyal güvencesi yoktu. Bu nüfusun artan sağlık problemleri ve genel olarak bu tür çarpık kentleşmenin yarattığı halk sağlığı sorunları, zaten kıt kaynaklara sahip sağlık hizmetlerinin krizini derinleştiriyordu.

Diğer yandan, sağlık teknolojilerinin akıl almaz hızla gelişmesi ve ilaçların yanı sıra birçok tetkik ve tedavi yönteminin daha önce tedavisi olmayan hastalıklarla mücadelede önemli rol oynamaya başlaması (Jost 2004), hastaneler arasında White'ın (1995) deyimiyle bir tür 'tıbbi silahlanma yarışı'nı tetikledi. Ancak yeni teknolojiler eskilerine kıyasla hem daha pahalıydı hem de özellikle yeterli denetimin olmadığı durumlarda (mesela Türkiye'deki MRI cihazlarında olduğu gibi) çok fazla ve gereksiz kullanılıyordu. Üstelik bu makineleri kullanacak ve tamir edecek teknik personel yetiştirmek ve istihdam etmek gerekiyordu. Bu nedenlerle, tıbbi teknolojilerin tüm dün-

ya sağlık sistemleri üzerinde harcamaları arttırmak şeklinde bir etkisi olduğu sonucuna varabiliriz.

Gelişmekte olan ülkelere baktığımızda, onların bu hususta da ek sorunlarla mücadele etmek zorunda kaldıklarını görüyoruz. Evet, tıbbi teknolojiler ve ilaçlar tüm dünya sağlık sistemlerine hızla yayılıyordu ve harcamaların artmasına neden oluyordu, ancak bu ülkelerdeki kaynakların, cihazların ve personelin dağılımına baktığımızda ciddi eşitsizlikler söz konusu olduğunu gözlemliyoruz.[1] Metropollerde hem sağlık kuruluşları hem de yeni tedavi yöntemleri ve cihazları rahathkla ve bolca bulunurken, kırsal kesimde bir doktor ya da ebe bulmak bile imkânsız olabiliyordu. Bazı bölgeler uzun yıllardan beri süregelen yatırım eksikliğinden ya da varolan kaynakların kötü kullanılmasından ötürü ciddi sıkıntılarla karşı karşıyaydı. Afrika'daki birçok ülkede, hatta bazı Eski Sovyet Cumhuriyetlerinde de durum böyleydi.

Özetle, sağlık sistemlerinin karşı karşıya kaldıkları tüm bu eski ve yeni sorunlar göz önüne ahndığında, hükümetlerin ve sağlık sistemi uzmanlarının niçin reform yapmak istediklerini anlamak güç değil. Fakat reformların niye bu şekilde ortaya çıktığı bambaşka bir soru. Son kısımda bu soruyu ele almaya çalışacağız, ama öncelikle kısaca reform paketinin içeriğine değineceğiz.

Küresel reform paketi

Küresel reform paketi genel olarak şu politikaları içerir: sosyal güvenlik sistemlerinin yeniden yapılandırılması; hizmet sunumu ile finansmamnm birbirinden ayrılması; kamu sektörü dışında kalan kurumların ve aktörlerin katılımının teşvik edilmesi; piyasa mekanizmalarının daha çok kullanılmaya başlanması ve yerinden yönetime dayalı bir sistemin kurulması (*decentralization*) (Green 1999; Standing 1999). Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde 1990'ların başından beri sü-

[1] Birçok Latin Amerika ülkesini bu duruma örnek gösterebiliriz (Collins ve diğerleri 1999).

ren reform tartışmalarına baktığımızda, bu politikalardan en az birkaç tanesinin önerilmiş olduğunu gözlemliyoruz. Mesela birçok gelişmekte olan ulke hükümeti ulusal sağlık sistemi modeli yerine, sosyal sigorta sistemini benimsediklerini açıklamış ve bu sistemi kurabilmek için gerekli adımları atmaya başlamıştır. Bu seçimlerine temel gerekçe olarak ek kaynak sağlamaktaki sıkıntıları göstermiş, bu şartlar altında sağlık hizmetleri için toplanan ek primlerin, sistemin finansmamm karşılayacağını iddia etmişlerdir.

Yine birçok ülkede finansman ile sunum birbirinden ayrılarak, genellikle kamu sektöründe faaliyet gösteren finansman kurumunun (ya da kurumlarının) hem kamu hem de özel sektörde yer alan hizmet sunucularından (bireysel ya da grup olarak çahşan doktorlar, hastaneler, dispanserler, tanı merkezleri, vs.) hizmet satm alması yoluna gidilmesi önerilmiştir. Ilk örneklerinden biri Ingiltere'de görülen ve devlet hastanelerinin birbirleriyle rekabet ettiği bir iç pazar kurulmasıyla sonuçlanan bu politika, birçok gelişmekte olan ülkenin reform programında yer almıştır. Birçok çahşma bu politikamn bu derece popüler olmasını, ülkelerin birbirinden öğrenme süreci olarak açıklarken (mesela Marree ve Groenewegen (1997) Eski Sovyet Cumhuriyetlerinin bu yöndeki tercihini Doğu Avrupa ülkelerinin reform sürecini yakından takip etmeleriyle izah ederler), diğer bazı yazarlar Dünya Bankası'nın bu konudaki yadsınamaz etkisine dikkat çekmişlerdir (Ensor ve Thompson 1998). Finansman alanından örnek olarak verebileceğimiz bir diğer yaygm uygulama, yine hükümetlerin ek kaynak yaratmak ve hizmetlerin gereksiz kullanımını önleyebilmek amacıyla benimsedikleri katkı payı alma politikasıdır. Türkiye'de olduğu gibi birçok Avrupa, Afrika ve Latin Amerika ülkesinde, katkı payları değişik seviyelerde uygulanmak istenmiş ve reform programlarının tartışmalı unsurlarından birini oluşturmuştur.

Diğer bir yaklaşım ise, sağlık sistemlerine olan talebi kontrol altma almaya yönelik halk sağlığı ve birinci basamak hizmetlerinin yeniden tanımlanarak hastalığı önleyici mekanizmaların yaygınlaştırılması ve bu şekilde çok daha pahalı olan ikinci ve

üçüncü basamak hizmetlerine olan talebin azaltılmasını amaçlar. Bunun en çok rastlanan örneği, sevk mekanizmalarının kuvvetlendirilmesi ve birinci basamak hizmetlerinin yeniden düzenlenmesidir (mesela Türkiye'deki aile hekimliği ya da Doğu Avrupa ülkelerinde önerilen pratisyen hekimlik modelleri).

Son grup politika hizmet sunumunun gözden geçirilmesiyle ilgilidir. Bunlar genellikle hizmet sunucularıyla finansman kurumu arasındaki ilişkilerin sözleşme usulüne göre yeniden düzenlenmesi ve (özellikle performansa dayalı) yeni ödeme metotları benimsenmesi gibi politikalardır. Fakat daha da önemli bir gelişme, bu çerçevede hizmet sunucularının, yani doktorların, ilaç yazımı, tetkik talebi, sevk etme kararı gibi klinik özerkliklerinin temelini oluşturan yetkilerinin daha yakmdan takip edilmesi ve hatta gerektiğinde kısıtlanmasıdır. Performans kriterleri, kullanım denetimleri (*utilization reviews*), finansman kurumu tarafmdan karşilanacak ilaç listeleri ve kaliteyi garantileyen politikalar (mesela standart tedavi protokolleri ile bazı tıbbi müdahaleler için önceden onay alınması şartı gibi), doktorların gittikçe masrafları artıran ve kaynakları ziyan eden aktörler olarak algilandığı yeni bir dönemin habercisidirler.

Tum bu politikaların uygulanması, kamunun sağhk sisteminde oynadığı rolün yeniden tanımlanmasını ifade eder. Bu süreç bağlammda devletin finansman ve düzenleme alanlarmdaki görev ve sorumlulukları gözetilirken ve hatta artarken, hizmet sunumundaki rolü ciddi anlamda daraltilir. Finansman ile hizmetin birbirinden ayrılması; hastanelerin özerk bir yapıya kavuşturulması ve üst yönetimlerinin profesyonel idarecilere devredilmesi; Sağhk Bakanhğı'nın görevlerinin yeniden tanımlanması; bazı sorumlulukların yerel yönetimlere aktarilması gibi birçok politika bu çerçevede değerlendirilebilir. Diğer bir deyişle, reformlar çerçevesinde devlet, hizmet sunumundan geri çekilir ve yerini özel sektöre ya da sözleşmeli hekimlere bırakır ve bu alandaki sorumluluklarını daha çok düzenleme ve denetleme yapmakla sımrlandırır.

Bu gelişmeleri refah sistemleri açısından nasıl yorumlayacağımız konusunda, uzmanlar arasında henüz bir uzlaşmaya varıl-

mış değil. Birçok sağlık sistemi uzmam bu gelişmeleri endişeyle karşılayıp, özellikle gelişmiş ülkelerdeki refah devletlerinin küçüldüklerini iddia ederken, bir grup uzman özel sektör ile kamu sektörü arasındaki sınırların bu şekilde yeniden tanımlandığı bir sistemin aslında küçülme anlamına gelmediğini, tam tersine özellikle düzenleme (*regulation*) alamnda devletin rolünün genişlediğini savunuyor (Grimmeisen ve Rothgang 2004). Ancak, değişimin yönü hakkında tartışmalar sürerken benzer reform politikalarımn önerilmesi ve devletin rolünün bu şekilde yeniden tammlanması, tüm sağlık sistemlerinin tek bir modele doğru dönüştüğü anlamına mı geliyor? Diğer bir deyişle, sağlık sistemlerindeki reform salgmı benzer sistemler ortaya çıkmasına mı yol açıyor yoksa farklılıkları ortadan kaldırmak imkânsız mı? Son bölümde bu soruları ele almaya çalışacağız.

Saglık krizi ve sağlık sistemlerindeki benzeşme

Yukarda kısaca özetlemeye çahştığımız reform paketinin bu derece yaygın olarak benimsenmesinin temel açıklaması birçoklarına göre, benzer sorunların benzer çözümler gerektirmesidir. Diğer bir deyişle, birinci bölümde sıraladığımız etmenler az ya da çok tüm ülkeleri etkilemiştir: Bir yandan teşhis ve tedavi yöntemlerindeki teknolojik gelişmeler ve bunlar sayesinde daha etkili tıbbi müdahalelerin mümkün olması; toplumların yaşlanması ve giderek daha çok insanın sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyması; internet gibi bilgi kaynaklarım daha etkin kullanabilen, daha bilgili ve eğitimli bir hasta profilinin ortaya çıkması gibi nedenler sağlık hizmetlerine olan talebi artırırken (Martin 1995:73; Ham 1997; Freeman ve Moran 2000), diğer yandan küresel ekonomik koşulların sosyal harcamalar üzerindeki baskısı ve gittikçe azalan sosyal güvenlik gelirleri hükümetlerin bu talebi karşılamalarını zorlaştırmıştır (Twaddle 1996). Tüm bunlara bir de sağlık hizmetlerinin gittikçe artan maliyetleri eklendiğinde hükümetlerin baş etmeleri gereken kriz senaryosu tüm açıkhğıyla ortaya çıkar (Defever 1995; Gonzales Block 1997).

Bu senaryonun ardında yatan birkaç varsayıma dikkati çekmek zorundayız. Öncelikle, krizin bu şekildeki tarifi, devletin katlanarak artan sağlık harcamalarını finanse edebilmek ve yükselen talebe cevap verebilmek için vergileri artırmak, vergi ve prim toplama sistemini gözden geçirmek, ya da doğrudan bütçeden karşılamak gibi yöntemlere başvurma olasılığını hiçbir şekilde göz önüne almamaktadır. Değişen küresel ekonomik ortam ve liberalleşme süreçleri öne sürülerek devletin artan maliyetlere karşı harcamaları kısması dışında tüm seçenekler peşinen elenmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinde devletin rolünün mümkün olduğunca kısıtlanmasını öngören piyasa ideolojisinin ne derece yaygınlaştığını bir işareti olarak yorumlanabilir. İkinci olarak, sağlık sistemlerini sıkıntıya sokan sözü edilen unsurlar ve bunlarla baş etmek için önerilen çözümler arasında kurulan ilişki sorgulanmamakta, bu problemlerin yalnızca bu yöntemlerle çözülebileceği izlenimi yaratılmaktadır. Bu şekilde reform paketlerinin içeriği kendiliğinden belirlenmiş olmaktadır. Bunlara ek olarak iyi işleyen bir sağlık sisteminin ne tür özelliklere sahip olduğu da bu genel çerçeve içerisinde belirlenip sorgulanmamaktadır. Diğer bir deyişle yöntemler ve politikalar kadar reformların ulaşmak istediği hedefler de veri olarak alınmaktadır.

Kriz senaryosunu olduğu gibi kabul ettiğimiz durumda, devletlerin artık her türlü harcamayı karşılamalarının mümkün olmadığını ve sağlık hizmetlerinin organizasyonunda belli tercihlerde bulunmak zorunda kaldıklarını da onaylamış oluyoruz. Dolayısıyla kamu ile özel sektör arasında, belli grupların çıkarları ve sosyal hakları arasında, ve hastanın bireysel sorumlulukları ve refah devletinin vatandaşlarına karşı yükümlülükleri arasında yeni bir denge kurulması zorunlu hale geliyor (Kuhlmann 2006:5-6). Bu yeni denge ise refah rejimlerinde kurulmuş olan devlet, aile ve piyasa arasındaki işbölümünün yeniden gözden geçirilmesi anlamına geliyor.

Bu durumda reform girişimlerinin hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde salgın bir hastahk gibi yayılması doğal bir olgu olarak karşılanabilir. Ancak burada ilginç olan ve in-

celenmesi gereken bir husus bu reform paketlerinin içeriğinin hangi aktörler tarafından nasıl belirlendiğidir. Biraz değinmeye çalıştığımız ulusüstü öğrenme süreçleri, bilgi cemaatlerinin bu alandaki etkileri ve değişik ülkelerin bunlara eklemlenme mekanizmaları detayh olarak araştırılmalıdır.

Tüm bu süreçlerin sonunda değişik sağlık sistemlerinin birbirine benzemesi ise bambaşka bir meseledir. Ancak ortak sorunlara getirilen ortak çözümlerin benzer şekilde uygulandığını varsayarsak, sağlık sistemlerinin tek bir modele doğru evrildiği sonucuna varabiliriz. Oysa birçok sağlık uzmammn ifade ettiği gibi sağlık sistemleri arasında ciddi farklılıklar söz konusu ve özellikle gelişmekte olan ülkelerin olgun refah rejimlerine sahip gelişmiş ülkelerle aynı kaderi paylaşacaklarını iddia etmek oldukça zor. Ayrıca, birçok reform girişiminde gözlemlendiği gibi önerilen politikalar uygulama aşamasında yeniden yorumlanmış (hatta bazıları gelen tepkiler sonucunda uygulanamamış) ve sonuç olarak reform programları çok ciddi değişikliklere uğramıştır (Ham ve Brommels 1994; Ranade 1998). Fakat sadece fikir egzersizi olarak tüm ülkelerin tek bir program uygulayıp, tek bir modelde birleştiklerini düşünecek olursak, bunun hangi seviyede gerçekleşecek olduğu çok önemli bir soru: Acaba gelişmekte olan ülkeler refah devletlerinin tarihi tecrübelerini takip ederek kendi refah devletlerini mi kuracaklar, yoksa bir yandan olgun refah devletleri 'dibe-doğru-yarış' çerçevesinde küçülecekler, diğer yandan da gelişmekte olan ülkeler reformlar gerçekleştirecekler ve böylece tüm sistemler piyasanın daha etkin, devletin denetleyici olduğu farklı bir refah sistemi modelinde mi buluşacaklar? Umarız refah devleti ve sağlık sistemi çalışmaları bu soruya cevap bulabilirler. Bütün bunlara eklenmesi gereken diğer bir perspektif de şu: Sözünü ettiğimiz reform girişimleri ve bunlara ilişkin tartışmalar dünyada belli bir konjonktürde, liberal kapitalizmin tek sistem olduğu farz edilen bir dönemde gerçekleşti. Daha şimdiden dünyanın çeşitli ülkelerinde farklı dengelerin oluştuğunu, farklı çözümler araştırıldığını gözlemek mümkün. Bu çözümlerin egemen söylemi ne derece dönüştüreceğini zaman gösterecek.

KAYNAKÇA

Collins C, D J Hunter ve A. Green. 1999. 'Health sector reform and the interpretation of

policy context', *Health Policy*, vol. 47:69-83.

Defever, M. 1995. 'Health Care Reforms: the unfinished agenda'. *Health Policy*, Vol. 34:1-7.

Ensor, T ve R.Thompson. 1998. "Health insurance as a catalyst to change in former Communist countries?" Health Policy, 43:203-128.

Esping-Andersen, G. 1999. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford ve New York: Oxford University Press.

Freeman, R. ve M. Moran. 2000. 'Reforming Health Care in Europe', M. Ferrera ve M. Rhodes (eds.) *Recasting the European Welfare States*. London and Portland, OR: Frank Cass.

Gonzales-Block, M. A. 1997. "Comparative Research and Analysis Methods for Shared Learning from Health Sector Reforms", *Health Policy*, 42:187-209.

Green, A. 2000. 'Reforming the Health Sector in Thailand: The Role of Policy Actors on the Policy Stage', *International Journal of Health Planning and Management*, 15:39-59.

Ham, C. 1997. 'Series Editor's Introduction', C. Ham (ed.) *Health Care Reform: Learning from International Experience*. Buckingham and Philadelphia: Open University Press.

Ham, C. ve M. Brommels. 1994. 'Health care reform in the Netherlands, Sweden and the United Kingdom', *Health Affairs*, 13 (4):

Islam,A. ve Z Tahir. 2002. 'Health sector reform in South Asia: new challenges and constraints' *Health Policy* 60:151-169

Jost, T. 2004. 'Methodological Introduction', in T. Jost (ed.) *Health Care Coverage Determinations: An International Comparative Study*. Buckingham: Open University Press.

Keaney, M. 2001. 'Proletarizing the Professionals: The Populist Assoult on Discretionary Autonomy', John B. Davis (ed.) *Social Economics of Health Care*, Londra ve New York: Routledge.

Kuhlmann, E. 2006. *Modernising health care: Reinventing professions, the state and the public*. Polity Press

Kuhnle, S. ve M. Alestalo. 2000. 'Introduction: growth, adjustment and survival of European welfare states' S. Kuhnle (ed.) *Survival of the European Welfare State*. Londra ve New York: Routledge.

Lamping, W. ve M. Steffen. 2004. 'European Union and Health Policy, (paper to be presented at the second annual ESPAnet conference, Oxford, 9th-11

Lee, K. ve H. Goodman. 2002. 'Global policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s', K. Lee, K. Buse and S. Fustukian (eds.) *Health Policy in a Globalizing World*. Cambridge ve New York: Cambridge University Press.

Marmor, T.R. 1998. 'The procompetitive movement in American medical politics', W. Ranade (ed.) *Marhets and Health Care: A Comparative Analysis*. Londra New York: Longman.

Marree, J ve P.P Groenewegen (1997) *Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition*. Aldershot: Avebury.

Martin, P. 1995. 'Changed organization in New Zealand' R. Williams (ed.) *International Developments in Health Care: a review of health care systems in the 1990s*. Londra: Royal College of Physicians of London.

Moran, M. 1998. 'Explaining the rise of markets in health care' , W. Ranade (ed.) *Markets and Health Care: A Comparative Analysis*. Londra ve New York: Longman.

Pollock, A. M. ve C. Leys, D. Price, D. Rowland and S. Gnani. 2004. *NHS plc: The Privatization of Our Health Care*, Verso: Londra ve New York.

Price D, Pollock AM ve Shaoul J. How the World Trade Organization is shaping domestic policies in healthcare, *The Lancet*, 354, Nov. 27, 1999, 1889-1892.

Ranade, W. 1998. 'Introduction', W. Ranade (ed.) *Markets and Health Care: A Comparative Analysis*. Londra ve New York: Longman.

Saltman, R. B. ve J. Figueras. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Office for Europe: Kopenhag.

Scharpf, E W. ve V. A. Schmidt. 2000. 'Introduction' F. W. Scharpf ve V. A. Schmidt (eds.) *Welfare and Work in the Open Economy: From Vulnerability to Competitiveness*, Vol 1. Oxford ve New York: Oxford University Press.

Sen, K. 2001. 'Health Reforms and Developing Countries-A Critique', I. Quadeer, K. Sen ve K.N. Nayar (eds.) *Public Health and the Poverty of Reforms: The South Asian Predicament*. New Delhi, Thousand Oaks, Londra: Sage Publications, pp 137-153

Stone, D. 1997. 'The Doctor as Businesman: The Changing Politics of a Cultural Icon'. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 22, No: 2:533-556.

Streeck, W ve K. Thelen. 2005. 'Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies', W Streeck ve K. Thelen (eds.) *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*. Oxford ve New York: Oxford University Press.

Twaddle, A. C. 1996. "Health System Reforms: Toward a Framework for International Comparisons", *Social Science and Medicine*, 43, 5:637-650.

Van Kersbergen, Kees. 2000. "The declining resistance of the welfare states to change?" Stein Kuhnle (ed.) *Survival of the European Welfare State*, London, New York: Routledge.

White, J. 1995. *Competing Solutions: American Health Care Proposals and International Experience*. Washington D.C.: Brookings Institution.

Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Bir Devlet Etnografisi[1]

NAZAN ÜSTÜNDAĞ - ÇAĞRI YOLTAR*

Dünyada gerçekleştirilmiş olan sağlık reformlarının sosyal bilimciler tarafından ele alınışına baktığımızda, bu reformların genellikle kendi belirledikleri ve hedefledikleri terimler ve ölçütler içinde değerlendirildiğini görmekteyiz. Son yirmi yıldır dünyayı kasıp kavuran sağlıkta dönüşüm siyasetlerine baktığımızda, bu siyasetlerin koydukları hedefleri üç ana başlık altında toplayabiliriz: verimlilik[2] *(efficiency)*, erişilebilirlik *(access)* ve nitelik *(quality)* (Roberts, M.J.vd., 2004). Konu sağlık re-

(*) Boğaziçi Üniversitesi.

1 Bu makaleye konu olan araştırmalar sırasındaki yardımları için; Adıyaman Sağlık İl Müdürlüğü, Adıyaman Devlet Hastanesi, Adıyaman 80. Yıl Hastanesi ve Adıyaman 1 No'lu Sağlık Ocağı personellerine; Diyarbakır Büyükşehir Belediye Başkanı Osman Baydemir'e, Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi, Diyarbakır Sağlık il Müdürlüğü ve Diyarbakır ilindeki sağlık ocaklarının personellerine ve muhtarlara; Doğubayazıt TUHAYD-DER çahşanlarına, Doğubayazıt Belediyesi personeline ve Doğubayazıt ilçesi muhtarlarına; Kars İl Sağlık Müdürlüğü personeline; Van Valiliği'ne, Bostaniçi Beldesi Belediye Başkanı Gülcihan Şimşek'e ve Van ilindeki sağlık ocakları personeline teşekkürlerimizi sunarız. Ayrıca bu araştırmaları gerçekleştirmemizde emekleri geçen Hanifi Kayış, Deniz Boyraz ve Hasan Şen'e; yardımlarını bizden esirgemeyen Hasan Çokgüler, Mehmet Yaşar ve Abdullah Göksu'ya; ve evlerinin kapılarını açarak bizleri sohbetlerine ortak eden tüm dostlara teşekkür ederiz

2 Verimlilik derken kastedilen en basit anlamda, amaçlanan hizmetin en ucuz maliyetle verilmesidir.

formu olduğunda sosyal bilimciler arasındaki anlaşmazlıklar, ya bu kriterlerin farklı biçimlerde yorumlanmasından, ya bunlar arasmda kurulan farkh önem hiyerarşilerinden ya da hedeflere ulaşırken izlenmesi gereken yollarla ilgili ideolojik çatışmalardan doğmaktadır. Ancak kammızca, bu şekilde geliştirilen bir tartışma çok önemli noktaları açığa çıkarmasına rağmen, bir yandan da tartışma düzlemini daraltarak radikal eleştirilerin önünü kapatmaktadır.

Bu yazıdaki amacımız, yedi ilde gerçekleştirdiğimiz saha çahşmasına dayanarak kimi ayakları gerçekleştirilmiş, kimi ayakları ise henüz hazırlık aşamasında olan sağlık reformunu, bir yandan yukarıda bahsettiğimiz geleneksel ölçütler çerçevesinde değerlendirirken, bir yandan da radikal eleştiriye açmaktır. Yani bu yazı, hem sağlık reformunun kendi kurduğu evren içerisinde değerlendirilmesinin, hem de bu evren dışmda kalan ve dışarıda kaldığı için de görmekte, seslendirmekte zorlandığımız taleplerin kurgulanabilmesinin önünü açmayı hedeflemektedir.

Sosyal politika alanı ve eğitim hizmetleriyle birlikte en başta gelen sağlık alanı, sadece toplumun uzlaşma yoluyla belirlediği yaşam standartlarının yaygınlaşmasını ve böylece, piyasa ekonomisinin yarattığı eşitsizlikleri gidererek fırsat eşitliği sağlamayı amaçlamakla kalmaz; aynı zamanda vatandaşlık, devlet, hak, adalet, cemaat gibi kavramların gündelik hayatta anlamlandırıldığı, içinin pratikler ve deneyimlerle doldurulduğu bir bağlam sunar. Devletin eşitlikçi mi, yolsuz mu, ayrımcı mı, hami mi olduğunu, sağlık veya eğitim alanından faydalanmak üzere izlememiz gereken yoldan öğreniriz. Gene örneğin, sağlık alanmda hangi kategoriyle değerlendirildiğimiz –yoksul mu, borçlu mu, dili dönmez derdini anlatamaz mı, kuyrukta bekleyen mi, "özelden" yararlanan mı– bize nasıl bir vatandaş olduğumuzu; bizlere kimin benzeyip, kimin benzemediğini öğretir. Genel olarak sosyal politikalar, özelde de sağlık, öznellikler yaratan bir alandır ve bize hangi konumlardan, nasıl ve hangi dille konuşup, talep üreteceğimizi, şikâyet edeceğimizi öğretir.[3]

3 Genelde sosyal politika alanını, özelde ise sağlık alanını bu şekilde kavramsallaştıran örnekler için, bkz. Gupta 1995, Masquieler 2001, Shore ve Wright 1997.

Türkiye'de uygulanan sağlık politikaları, geçmişten bugüne vatandaşhk biçimleri arasında ciddi hiyerarşiler yaratan bir alandır. Türkiye'de sağhğın da içinde olduğu sosyal politikalar alam gelişmeci (developmentalist) ideolojilerden beslenmiş ve ekonomik büyüme ve kalkmma ile erkek işsizliğinin azalacağını varsaymış, bu yüzden de her şeyden önce çalışmaya bağlı bir sosyal güvenlik anlayışı geliştirmiştir. Ancak asıl ilginç olan, devlet-merkezci kalkınma ideolojileriyle biçimlenen sağlık politikalarının, arzulanan ve toplumda, ekonomide, sosyal hayatta başat olması beklenen aktörü yasalarında tanımlaması ve bunlar aracılığıyla da gündelik yaşamı belirlemesidir. Eski sağlık sisteminin Emekli Sandıkhlar, SSK'hlar, Bağ-Kur'lular, Yeşil Karthlar ve hiçbir sosyal güvencesi olmayanlar arasında, erişebilirlik ve hizmet kalitesi açılarından kurduğu hiyerarşiler, Türkiye Cumhuriyetinin en fazla yatırım yaptığı vatandaşın öncelikle memurlar, sonra kalifiye işçiler olduğunu göstermektedir. Ömür boyu Emekli Sandığı ve SSK güvencesinin sağlanacağı ödüllendirilmiş vatandaşlar; yeri yurdu belli, beklentisi sabit, harcaması mazbut, çocuklarını devletin hizmetine hazırlayan aile babalarıdır. Gelirleri belirsiz, yararlandıkları hizmetler değişken Bağ-Kurlular ihtiyaçlarının bir kısmını özel sektörde karşılamaları beklenen üvey evlatlar iken; Yeşil Karthlar sığıntı; sigortasızlar da farkh biçimlerde "sorunlu" vatandaşlardır. Aşağıdaki ahntılar, devletin farklı sosyal güvenlik kurumları vasıtasıyla kurduğu bu hiyerarşilerin, özellikle hiyerarşinin üst kademelerinde bulunan vatandaşlar tarafından ne şekillerde sahiplenildiğini sergiler niteliktedir.

> Görüşülen kişi 1: Bi de bu özel hastanelere mesela bu şirketler özel sigorta yapıyor, gönderiyor.
>
> G2: Evet onlara daha ihtimamh davranıyor. Yani devlet mensubu olarak oraya gittiniz mi sıradan bir kişi oluyosunuz. (Emekli Sandığı - İzmir)
>
> ...

Görüşülen kişi 1: (Sosyal güvenlik primlerini kastederek) Ama herkes varlıktan ödemiyo ki. Bi de, biz memurlar olarak ödemişsek, benim ödediğimden o kesimin çok yararlanmasına da taraftar değilim yani. Onlar da yararlanamasınlar.

G2: Oyle tabi, herkes ödesin.

G3: Zaten ödemeyen kesim daha çok yoksul ve cahil kitle bunlar. Bizim gibi değiller.

...

G1: Zaten onlar Yeşil Kart.

G3: Onlar karşıhğında bi şey düşünmüyo ki. 10 tane çocuğu oluyo. Zaten o geleceğini düşünse böyle bi şeye baştan girişmez. Ama bilinçli bi aile, herhangi bir sosyal güvencesi olmasa bile, gelirinin belli bir bölümünden kesiyor, geleceği için bir güvence sağlıyo. (Memurlar ve memur eşleri - Adıyaman)

Yeni sistem geçmişten beri bilinen ve uygulanan hiyerarşileri alt üst etmekte, yukarıda belirtilen tüm bu grupları eşitleyip, yerine, yine yasalar aracılığı ile kurgulanan yeni bir tür 'model vatandaşlığı üstlenebilme' kapasitesine göre, farkhhklar ve eşitsizlikler yaratmaktadır. Bu makalede iddiamız, kurulan bu yeni vatandaşhk hiyerarşisinin, devlet anlayışımn, cemaat ve hak kavramlarının ne olduğunu anlamadan, sosyal politikayı ve sağlık alanını radikal siyasete ve muhalefete açamayacağımızdır.

Metot

Bu makalede yer alan tartışmalar ve analizler, 2004-2006 yılları arasında toplam yedi şehirde gerçekleştirdiğimiz, birbirine benzer içerikte üç niteliksel saha araştırmasına dayanmaktadır. Bu saha araştırmaları kapsamında, sağlık alanında karar verici, örgütleyici ve hizmet sunucu konumda olan devlet kurumları yöneticileri ve çahşanları ile derinlemesine görüşmeler yapılmış; farklı sosyal güvenlik sistemlerine bağlı (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart) veya hiçbir sosyal güvencesi

olmayan sağlık hizmetleri kullanıcısı kadın ve erkeklerle de ayrı ayrı odak grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Sağlık personeli ve sağlık kurumlarında çalışan memurlarla yaptığımız görüşmelerde hem varolan politikaların yeterliliği ve uygulanışı değerlendirilmiş, hem de olası politika önerileri tartışılmıştır. Sağlık hizmetleri kullanıcıları ile yapılan görülmelerde ise, farklı sosyal güvenlik kurumlarına bağlı ve farklı sosyoekonomik gruplardan kadın ve erkeklerin mevcut sağlık sistemini nasıl deneyimledikleri (sisteme ne derecede erişim sağlayabildikleri, sorunları ve şikâyetleri, memnun oldukları hizmetler, vs.); sağlık hizmetlerini ne şekillerde kullandıkları ve hizmetlerden yararlanabilmek için hangi strateji ve taktikleri uyguladıkları; sağlık hizmetlerine ilişkin beklentilerinin neler olduğu sorularına yamt aranmıştır.

Üç paralel araştırma projesi çerçevesinde yürüttüğümüz saha araştırmaları Adıyaman, Diyarbakır, Doğubayazıt, İstanbul, İzmir, Kars ve Van şehirlerinde gerçekleştirilmiştir. İlk olarak, Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu'nun (SPF) "Dünya Sağlık Sistemleri Dönüşümü Perspektifinden, Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Sorunları, Tercihleri ve Alternatif Sağlık Modelleri" başlıklı araştırma projesi çerçevesinde İstanbul, Adıyaman ve İzmir şehirlerinde saha araştırması yapılmıştır. Bu şehirlerin seçiminde Sağlık Bakanlığı'mn 1996 yılında yaptırmış olduğu Sağlık reformu araştırmasındaki veriler göz önünde bulundurulmuştur. Söz konusu araştırmaya göre, Güneydoğu Anadolu bölgesi ile diğer bölgelerdeki sağlık hizmetleri kullanıcıları arasında büyük bir tatmin düzeyi farkı bulunmaktadır. Güneydoğu Anadolu bölgesi içinden, nüfus açısından orta büyüklükte olan ve yine Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre, bu bölgede sağlık kurumu sayısı ve kişi başına yatak sayısı açısından ortalama düzeyde bulunan Adıyaman ili seçilmiştir. Ege bölgesi, Bakanlık araştırmasına göre sağlık hizmetleri kullanıcılarının tatmin düzeylerinin en yüksek olduğu bölge olması itibariyle tercih edilmiş, bu bölgenin metropolü olarak da İzmir seçilmiştir. İstanbul ise gerek eşitsizliğin çok fazla olması, gerekse ülkenin en büyük kenti olması bakımla-

rından araştırmaya katılmıştır. Yazının dayandığı ikinci araştırma,[4] TESEV (Türkiye Ekonomik ve Sosyal Etütler Vakfı) tarafından yürütülen "Doğu ve Güneydoğu'da Sosyal ve Ekonomik Öncelikler" araştırma raporu kapsamında yer alan "Doğu ve Güneydoğu Anadolu'nun Kalkınmasında Sosyal Politika" bölümünün hazırlanması amacıyla Diyarbakır ve Van şehirlerinde gerçekleştirilmiştir. Sağlığın yanı sıra eğitim ve sosyal yardım gibi diğer sosyal politika alanlarının da incelendiği bu araştırma kapsamında, temel olarak Türkiye'nin Doğu ve Güneydoğu bölgelerinde yer alan ve sosyo-ekonomik gelişmişlik indeksi açısından en aşağı sıralarda bulunan metropoller ele alınmıştır.[5] Son olarak, TESEV için gerçekleştirilen bu projenin devamı olarak düşünülen ve Boğaziçi Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından desteklenen "Sosyal Politika ve Bölgesel Kalkınma" başlıklı araştırma kapsamında ise Kars ve Ağrı-Doğubayazıt şehirlerinde saha araştırması gerçekleştirilmiştir. Bu şehirlerin seçiminde, DPT'nin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması ve kişi başı GSYİH açısından Doğubayazıt ilçesinin bağlı olduğu Ağrı ilinin, Türkiye ve hatta bölge içinde en son sıralarda yer alması; buna karşın Kars ilinin bu göstergeler açısından daha üst sıralarda olması rol oynamıştır. Ayrıca nüfus yoğunluğu, kurumsal yapı ve gelir çeşitliliği açısından bu şehirlerin Diyarbakır ve Van'dan farklılık göstermesine de dikkat edilmiştir.

Bu makalenin bundan sonraki kısımlarında, bu saha araştırmalarının bulgularından yola çıkarak, öncelikle uygulanmakta olan sağlık sisteminin ürettiği eşitsizlikleri, hoşnutsuzlukları, adaletsizlikleri ortaya koyup, bunların reformla ne derece aşılacağını tahlil etmeye çalışacağız. Bunu yaparken, toplumun farklı kesimlerinin reforma yaklaşımlarını ve adaptasyon sü-

4 Burada bahsedilen ikinci ve üçüncü araştırmalarda yapılan görüşmeler sırasında çoğunlukla teyp kaydı yapamadık. Bu sebeple bu yazıda daha çok birinci araştırma sırasında yapılan görüşmelerden alıntılar kullanılmış, diğer araştırmalardaki görüşmeler metin içinde özetlenerek verilmiştir.

5 TESEV'in söz konusu projesi kapsamında, saha araştırması gerçekleştirilen illerin seçimiyle ilgili detaylar için bkz. TESEV (2006). *Doğu ve Güneydoğu'da Sosyal ve Ekonomik Öncelikler*. İstanbul.

reçlerini de inceleyeceğiz. İkinci olarak, alt gelir seviyesinde yer alan vatandaşların varolan sistemi maksimize etmeye yönelik stratejilerini irdeleyip, yeni reformun bu stratejilerle girdiği çatışmayı açıklayacağız. Üçüncü olarak, yeni sistemin varsaydığı vatandaşlık durumu ile toplumsal ilişkiler içersinde ortaya çıkan deneyimlerin (bir anlamda bu vatandaşlık halinin sahiplenilemeyişinin) çatışma alanlarını ortaya koyacağız. Son olarak Türkiye'de şu ana kadar sağlık reformuna karşı çıkan kurumların gündelik deneyimden değil; eski sistemde kurumsallaştırılmış vatandaşlık biçiminin mümkün kıldığı ayrıcalıklardan beslendiğini ve radikal bir eleştirinin, ancak yukarıda sayılan ve önceden belirlenmiş kriterlerin içini (verimlilik, erişebilirlik ve nitelik) son derce somut ve yerel taleplerle doldurarak inşa edilebileceğini iddia edeceğiz. Bu bakış açısı, varolan sağlık sisteminin olduğu kadar, uygulanması planlanan reformun da kurduğu devlet ve vatandaş ilişkilerini sorgulamamızı mümkün kılacaktır.

Reformdan önce

Öncelikle, yapılan mülakatlarda farklı sosyal güvenlik sistemleri içerisinde yer alan grupların, sistemden farklı şikayet ve beklentileri olduğunu belirtmek gerekiyor; bunun yanında, sistemi kullanımının ve sistemle ilgili bilginin eşit paylaşılmadığını, bunun da sisteme yöneltilen eleştirilerin biçimlerini ve reform beklentilerinin içeriğini önemli ölçüde belirlediğini görüyoruz.

Reformdan önceki sisteme ilişkin şikâyetleri üç ana başlıkta toplamak mümkündür. Bunlardan birincisi bürokratik prosedürler; ikincisi sistemin söz verdiği sağlık hizmetini sunamaması; üçüncüsü ise sistemin sürekli olarak cepten harcama yapılmasına sebep olmasıdır.

Bürokrasi

Bürokrasi ya da bürokratik gerekliliklerin yarattığı engeller olarak ifade ettiğimiz şikâyetler, genel olarak kişilerin, verilen

hizmetlere hakları olduğunu ispat etmek üzere geçtikleri kanuni süreçler ve bu kanuni işlemlerin arkasından hizmetlere ulaşıncaya kadar yapmaları gerekenlerle ilgilidir. Bu sürecin tamamı mülakatlarda 'çile' ve 'yük' olarak anlatılmış, hastanelere gitmenin ertelenmesinin ve hastaneye gidildiğinde dahi gerekli tedaviye erişilememesinin birer göstergesi olarak sunulmuştur. Örneğin, evrak eksikliği sonucunda tedavinin gecikmesi; kuyruklarda bekleme; her kurumda geçirilmesi gereken zaman ve bunun yarattığı iş aksamaları; sevk sistemi ve sağlık kurumlarının yaşanan yere uzaklığı hem büyük şehirlerde, hem de Doğubayazıt ya da Diyarbakır-Bağlar gibi ilçelerde yaptığımız mülakatlarda en önemli sorunlar arasmda sayılmaktaydı. Mülakat yaptığımız birçok vatandaş bu süreçler esnasında tacize uğradıklarını, aşağılandıklarını, küçük görüldüklerini anlattılar:

> Gözlükten gün alamıyoz. Geçen gün gittik Okmeydanma gittik. Okmeydanı'na varınca, orda bi tanış buldum, dedim kızım böyle böyle. Beni aldı. Gitti aşağı, gözlükçüyle oturuyo. Ha böyle bişey tutuyolar, gözlük ha oraya bişey yapıyolar. Gözüme şöyle bişey tuttu, bunu görüyon mu, bunu görüyon mu dedi. Ha onu görüyom dedim. Yazdı, çizdi, git ha ordan gözlüğünü al dedi. Iki dakkalık işi on sefer.. Aha şuraya, ne tepe diyolar, Kocatepe..Gittim, randevu.. Burdan sevk ettiler. Oraya gittim, kızım ben bekliyom burda dedim (..). "Bekle amca" dedi "milletin numarası bitsin sora seni alacaaz" dedi, peki dedim. 12 oldu saat. Kızım ben bekliyom dedim, 12'den sonra alacaksınız di mi beni dedim. Bi tane kız çıktı, "Numaran yok senin" dedi. Yok dedim numara. Sabahtan geldim, numara bitmiş dedim. "Sabahın" dedi "saat dördünde geleceen, üçünde geleceen sıraya gireceen." dedi, "Bekleme, git, boşuna". Aha benim sinirler geldi tepeme (..). Sen beni sabahtan beri niye diktin işte? Beni bu sıcakta niye diktin? Bu millet böyle, ben darlamyom (SSK - Beykoz)

> Yararlı olabilecek bi şey aslında zararlı olabilecek bi şey haline gelebilecek. Yani bir randevu sistemi koydular, randevu sistemi yararlı olabilecekken biz saatlerce oturup mesela saba-

hın sekizinde oturup öğlenin on birine, on ikisine kadar randevu almak için uğraşabiliyorum ve alamadığım zaman oluyo. Alamadığım zaman, ben ateşli olan çocuğumu doktora götürdüğüm zaman hastaneye, ne derler? Başhekimle tartışıp geliyorum. Başhekim bana... Çocuğumun fotoğrafı olmadığı için beni yollayabiliyor. Bürokratik bir işlem. Çocuk orada ateşli bir vaziyette karşısında duruyor ve doktor o kendisi. Yani bunu bana yapabiliyor. Ben tartışıp çıkabiliyorum, muayene ettiremiyorum ama. Tartışmanın bir anlamı yok, bireysel olarak onunla tartışmanın bir anlamı yok (SSK - Gazi Mahallesi).

Benim arkadaşım spiralini çıkaracak, bi haftadır şeye girmiş, düşünebiliyo musun? Depresyona girmiş, spiralini gidip çıkaracak diye. Yani onun bunalımına girmiş. Yani biz kadınlar kadın doğum ile, yani zor gidiyoruz o bölge için doktora, bi de doktorun iyi değilse vay haline. Gitmiyosun artık doktora. (Sosyal Güvenliği yok. Gazi Mahallesi - Sağlık Ocağı için)

Son alıntıdan da anlaşılabileceği gibi, kişilerin formel anlamda eğitimsiz ya da kadın olmaları durumunda, bürokratik işlemlerin zorluğuna ilişkin hikâyeler öne çıktı ve eğitimsizlik, deneyimsizlik durumunun, ya da kadın olmanın, dışlanmışhk, "eksiklik" ve "ayrımcılık" duygularını çoğalttığını gözlemledik. Bunun yanı sıra, saha araştırması sonucunda, bu süreçler çerçevesinde uyanan öfke, dışlanma ve geri kalmışhk hissinin, insanları reform söylemlerine eklemlediğini de çıkarsadık. Sistemin değişmesinin son derece gerekli olduğunu düşünen vatandaşlar, yeni sistemde bilgisayar kullanımının artmasını, şikâyet mercilerinin kurulmasım ve özel-devlet işbirliğini samimiyetle desteklediklerini belirttiler.

Bu tür şikâyetler bizim için bir sürpriz sayılmazdı. Tam tersine, Türkiye'deki kamusal alanda, devlet hastanelerinin verimsiz ve hantal olduğuna dair yaygın bir kam bulunduğu için bu tür şikâyetleri bekliyorduk. Asıl ilginç olan, farklı sağlık güvenceleri olan kişilerin şikâyet derecelerinin farkhlık gös-

termesiydi. Emekli sandığı aracılığıyla tedavi gören kimseler, daha az prosedürle uğraştıkları, daha çeşitli hastanelerde tedavi olma imkânı buldukları ve bu sebeple de tedaviye harcadıkları zaman azaldığı için, en az şikayet eden grup oldu. Ayrıca bu grup, sistem konusunda en fazla bilgi sahibi olan ve reformu en yakmdan takip eden gruptu. Emekli Sandığı'na bağlı emekliler, hemen hemen hiçbir prosedürel zorluk olmaksızın ikinci basamak, hatta üniversite hastaneleri gibi üçüncü basamak sağhk kuruluşlarından yararlanabilir ve ilaçlarını herhangi bir eczaneden %10 katkı payı ödeyerek alabilirlerken; çalışan memurların prosedürel zorluk olarak ifade ettikleri tek konu, sağlık kuruluşlarına giderken kurumlarından bir sevk kağıdı götürme ve ilaçlarını kurumlarının anlaşmalı olduğu eczanelerden alma zorunlulukları oldu. Mülakat yaptığımız Emekli Sandıklılardan biri memnuniyetini aşağıda anlatıyor:

> Şimdi ben Emekli Sandığı mensubuyum. Biz tabi onca sene devlete hizmet etmiş olduğumuz için... Yani tum hastanelerden yararlanabiliyoruz. Benim, yıllar önce bir ağrı hissettim. Ben bunu birkaç gün evde çektim. Sonra merak ettim ve hastaneye direk gittim. Dediğiniz gibi ilk olarak Cerrahpaşa –ben her türlü durumda üniversite hastaneleriyle çahşıyorum– Hastanede beni genel cerrahi bölümüne sevk ettiler. Ve ben orada işte kontrole girdim. Benden birçok tahlil istediler, Yani tepeden tırnağa bir çek-ap gibi oluştu bu tahliller. Ve sonra, karaciğerimde büyüme gözüküyor. Bunun da nedeni –çünkü araştırma hastanesi olunca çok araştırıyorlar her şeyi– bunun da kilodan kaynaklandığını vurguladılar. Ve uzun sure ben onların hastası olarak gittim geldim. Kilo vereceksiniz diyolar. Fakat ben kilo veremiyorum. Tabi yani çok sıkı bir diyete girmem lazım. Bu sefer dediler ki bu olmaz, sizi biz diyabete sevk edelim. Niye siz böyle kilo veremiyosunuz. Ama ben aşağı yukarı 1 yıl gittim oraya. Sonuçta diyabete sevk ettirdim kendimi. Diyabette yapılan tahliller sonunda bende şeker başlangıcı çıktı. Ve sonuç olarak ben, bi yerde belki genel cerrahiye gitmem sayesinde, şeker hastahğımı erken yakalamış ol-

dum. Eğer zaman geçseydi, daha ileri safhalara ulaşacaktım. Şimdi ben tamamen kontrol altındayım. Çünkü bilhassa üniversitenin en güzel çalışan bölümü diyabet orda. Çok sistemli çalışıyor. Çok memnunum. (Emekli Sandığı - Acıbadem)

Öte yandan Yeşil Kart sahiplerinin sağlık hizmetlerine ulaşmaları ve bu sağlık hizmetlerini hak ettiklerini kanıtlamaları (Yeşil Kart almaktan, doktora ulaşmaya kadar geçen zaman, çoğunlukla birkaç ayı kapsıyor) en zahmetli de olsa, bu kişiler sistemden fazla şikâyet etmiyor, dertlerini kişiselleştiriyorlardı. Örneğin, bu kimseler hastaneye ulaşım için ödemeleri gereken paradan ya da kronik bir hastalık olduğunda tekrar tekrar Sosyal Dayamşma ve Yardımlaşma Fonu'na ilaç parası için başvurmanın zorluğundan bahsediyorlar; ama sistemin genelini eleştirmiyorlardı. Yeşil Kart, daha önceden sağlık hizmetlerine cepten ödeme yapmadan hiçbir şekilde erişemeyen bu kimseler tarafından devletin bir lütfu olarak algilamyor ve sağlık bir hak olarak görülmüyordu. Yeşil Kart sahiplerinin birçoğunun, hizmet ahmında Sağlık Ocaklarının ötesine geçmemeleri de, şikâyetlerin nispeten az olmasının sebeplerinden biri olarak görülebilir. Bu kişilerin Sağlık Ocaklarının ötesine geçmeleri, ilaç masraflarının da Yeşil Kartın kapsamına alınmasından sonra yaygınlaştı. Ancak bu durumda da ilaç alabilme hakkımn kazamlması, her türlü zahmeti meşrulaştırıyor gibi gözüküyordu. Son olarak, Yeşil Kart kullanıcılarımn çoğunun kadın ya da işsiz olmasının da, sağlık için harcanan zamanın iş gününden çalmaması sebebiyle, fazla büyütülmediği düşünülebilir. Nitekim, Yeşil Kart sahipleriyle farklı dönemlerde yapılan mülakatlar hemen her zaman, "Bu halimize de şükür," gibi cümlelerle son buluyordu.

SSK'ya bağlı kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşıncaya kadar harcamaları gereken zaman ve emek, Yeşil Karthlardan daha az, emekli sandıklılardan ise çoktu ve bu kişiler, aym zamanda sistemden en fazla şikâyet eden grubu oluşturmaktaydı. SSK'hlar sağlık güvenceleri için prim ödemiş olduklarından, sağlık hizmetlerini kazanilmış hakları olarak görüyorlardı. Oy-

sa ilk mülakatların gerçekleştirildiği esnada SSK hastanelerinin azlığı; bu kurumlardaki teçhizat ve donanım eksikliği; ilacm bu kurumlarda yer alan ve genellikle ilaçların bazılarının bulunmadığı eczanelerden alınma zorunluluğu, hem hastanelere ulaşım için, hem de hastane içinde hizmet almak için harcanan zamam uzatıyordu. Ayrıca, kalabahk sebebiyle doktorların muayene sürelerinin çok kısıtlı olması, teçhizat yokluğu ve ilaç kısıtlamaları, SSK'hların aldıkları hizmetin yetersiz olduğuna dair inançlarını güçlendirmişti:

> Babamın sigortasından faydalanıyorum ama gidip de Sames'den muayene olamıyorum. Ya da gidip de Hayat Hastanesi'ne, Ömür Hastanesi'ne muayene olamıyorum. Başkaları niye oluyo? Bu hakkı benim elimden niye alıyosunuz? Ama zamamnda babamı az bi ücretle çalıştırarak onu sigortalı yapıyosunuz, ama şu anda niye ayrımcılık yapıyosunuz? (SSK - Acıbadem)

Diğer bölüme geçmeden önce bu bölümde altını çizmek istediğimiz iki önemli konu var. Bunlardan birincisi, yukarıda da belirttiğimiz gibi süregelen sistemin farkhlaşmış bürokratik işlemlere ve süreçlere dayalı olması ve böylelikle tedavi görmek için hastanede geçirilen zaman ve verilen zahmetin de farkhhk göstermesidir. Başka bir deyişle, sistem sağlığa erişimde *de facto* olarak birtakım eşitsizlikler yaratmakta ve böylelikle hiyerarşik bir vatandaşhk sıralaması yapmaktadır. Sistem, devletin farklı şekillerde kategorileştirilmiş (memur, işçi, kendi hesabına çahşan ve işsiz) vatandaşlarla, farklı ilişkiler kurmasına sebep olmaktadır. Bu kategoriler ise, kişilerin mesleklerine ve bu mesleğin devlete yakınlığına bakılarak kurgulanmaktadır.

Dikkat çeken ikinci konu, bilhassa SSK'lılar ve Bağ-Kurlular arasmda, sistemin değişmesi ve farkhlıkların ortadan kaldırıhp, herkesi hizmet alanında eşitleyecek bir reformun yapılmasına büyük bir destek olduğudur. Ancak bu destek, sistemin herkesi kapsayıp, herkese bedava hizmet vermesi yönünde değildir. Bu gruplar tarafından arzu edilen, daha çok, ödedikleri primler

karşılığında kendilerinin de Emekli Sandığı'na bağlı olan kişilerin yararlandıkları hizmetlere erişebildikleri bir sistemdir.

Hizmet kalitesi

Hizmet kalitesi adı altında inceleyeceğimiz şikayetler, farklı sigorta kurumlarının işleyişleri ve kaynak sıkıntıları sebebiyle, söz verdikleri hizmetleri sunamamaları ve kullanıcıların beklentilerini tatmin edememeleri sonucunda ortaya çıkan memnuniyetsizlikleri kapsamaktadır. Doktorların eğitimi, donammı ya da verdikleri hizmetin kalitesinin düşüklüğü; tetkik, teşhis ve tedavi için hastalara ayrılan zamanın kısıtlılığı ve hastanelerdeki teknolojik donanım eksikliği bu başlık altında ele alacağımız konulardır.

Özellikle batıdaki şehirlerde, her gruptan vatandaşın birinci basamak sağlık hizmetlerinden şikayetçi olduğu ve çok basit işlemler hariç (aşı, iğne, pansuman gibi), buradaki doktorları ve hemşireleri ciddiye almadığını belirtmek gerekiyor. Sosyal Güvenlik kurumlarının kapsamında olan hastaların hemen hepsi, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmayı, sistemin dayattığı ve sevk almak için zorunlu olarak geçilmesi gereken bir prosedür şeklinde görmektedir. Ancak burada, bu durumun Doğu ve Güneydoğu illerinde farkhhk gösterdiğini belirtmekte yarar var.

Doğu ve Güneydoğu illerinde özellikle yoksul vatandaşların sağlık ocaklarına sıkça başvurduklarını gözlemledik. Bölgede yaşayan yoksul vatandaşlar önlerindeki yol parası, muayene parası gibi maddi engeller ve azarlanma, hor görülme korkusu gibi psikolojik engeller sebebiyle ikinci basamağa başvurmakta zorluk çekmektedirler. Bu sebeple sağlık ocakları, vatandaşların karşılaştıkları her türlü sorunda, bilgilenmek ve yönlendirilmek için ziyaret ettikleri yerler haline gelmiştir. Ayrıca stratejiler bölümünde anlatılacağı gibi, sağlık ocakları, hiçbir sağlık güvencesi olmamakla birlikte çeşitli sebeplerden Yeşil Kart alamamış vatandaşlar için de, herhangi bir hastalık durumunda en kolaylıkla başvurabilecekleri kurumlardır.

Öte yandan Doğu ve Güneydoğu bölgelerindeki sağlık ocaklarındaki altyapı sorunları, personel ve teçhizat eksiklikleri ile vatandaşların sağlık ocaklarına yönelik yoğun ilgisi birleşince, bu kurumlarda uzun kuyruklar ve izdiham oluşmaktadır. Bu durum ise, gerek varolan yetersizlikler sonucu zaten ağır koşullar altında çalışan sağhk ocağı personelinin, gerekse hastaların, zaman zaman zor durumlarla karşılaşmasına sebep olmaktadır. Sağlık ocağı personeli, yaşanan yoğunluk sebebiyle bir yandan görev tammı içerisinde olan koruyucu sağlık gibi hizmetleri sağlamakta yetersiz kalmakta, öte yandan da hastalara arzu edilen düzeyde bir hizmet sağlanması tamamen personelin kendi kişisel çabalarına ve fedakârhklarına kalmaktadır. Ayrıca Sağhk Ocağı personeli, halk sağlığı politikalarına ilişkin ihtiyaç ve şikâyetlerinin ciddiye alınmamasından son derece rahatsız olduklarını belirtmiştir.

İkinci basamak sağhk hizmetleri söz konusu olduğunda; burada da farklı sosyal güvenceler kapsamında olan kişilerin, aldıkları hizmeti farklı şekillerde değerlendirdiğini görmek mümkün. Emekli Sandığı kapsamı içinde yer alan kişiler doğrudan üçüncü basamağa geçebildikleri ve üniversite hastanelerinden kapsamlı ve kaliteli hizmet alabildikleri için durumlarından son derece memnundur. Üniversite hastanelerinin bulunmadığı küçük şehirlerde ise, memurlar ve Emekli Sandıklılar, onlara özel hastanelerde tedavi yolu açıldığı ve özel hastanelerde teknolojik teçhizatlardan yararlanabildikleri için, yine durumlarından oldukça memnun olduklarını göstermişlerdir. Ayrıca Emekli Sandığı ile özel eczaneler arasındaki anlaşmalar sayesinde ilaçlarına da kısa zamanda kavuşan bu grubun, hizmet kalitesi açısından en az sorun yaşayan grup olduğu ortaya çıkmıştır. Bu grup, diğer gruplardan farklı muamele görmelerini, devlete hizmet etmiş olmaktan gelen doğal bir ayrıcalık olarak değerlendirmektedir. Mülakat yapılan memurlar ve Emekli Sandıklılar, SSK hastanelerinin devrinden ve üniversite hastanelerinin de tüm gruplara açılmasından sonra, buraları herkesle paylaşmaktan ve hastanelere gelen yük sebebiyle bekleme sürelerinin çoğalmasından son derece rahatsız olduklarını da

belirtmişlerdir. Bu sebeplerden dolayı, kendilerini yeniden ayrıcalıklı olarak hissetmelerini ve kaybettikleri statülerini yeniden kazanmalarını sağlayan özel hastanelerden yararlanma hakkını en fazla kullanan ve bundan en hoşnut olan grubun memurlar ve emekli sandıklılar olduğunu gözlemledik.

> Soru: Peki SSKlıların da artık üniversite hastanelerinden faydalanabiliyor olması hakkında ne düşünüyorsunuz?
>
> Cevap 1: Kalabalık bi kat daha artıcak diye düşünüyorum ben açıkçası.
>
> C 2: Hem iyi hem kötü. İyi, onlar da bu hizmetten faydalanabilecek; kötü, biz daha çok sıra bekliycez. Yani onların seçenekleri artarken, bizim de bekleme süreleri çok daha fazla olacak. (Memur - Van)

Kalite konusuna gelindiğinde, en fazla şikayet ileten grup yine SSK'lılar oldu. Bunun en önemli sebebi olarak, hastanelerdeki yoğunluktan dolayı doktorlarm hastalara en fazla 10 dakika ayırabilmeleri ve genellikle 'baştan savma' şeklinde nitelenebilecek bir tavır sergilemeleri gösterilmiştir. Bundan dolayı ilk görüşmelerin yapıldığı dönemde SSK hastanelerinde tedavi gören hastaların çoğu teşhis ve tedaviden şüphe duyduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca gittikleri doktorların reçetelerinde yazdıkları ilaçlar yerine, kendilerine bu ilaçların SSK tarafından ödenen daha ucuz muadillerinin verilmesi, SSK'lılarda ilaçların etkinliği konusunda soru işaretleri oluşturmaktaydı.

Bilhassa büyük şehirlerde (İzmir, İstanbul) mülakat yaptığımız SSK'hların birçoğu, sağlık hizmetleri alamnda kullanılan son teknolojilerden haberdardı. Bu teknolojilerin (örneğin tomografi ya da emar gibi) bazı SSK hastanelerinde bulunmaması, zaman zaman hastalarda yeterli tetkik yapılmadığına dair inancı kuvvetlendiriyordu. Bazı zamanlarda ise hastalar bundan dolayı başka şehirlerdeki SSK hastanelerine sevk ediliyorlardı ve hem ulaşım bedellerini, hem de tedaviyi bekledikleri sure boyunca yaptıkları harcamaları ceplerinden ödemek zorunda kahyorlardı. Özellikle bazı hastahkların tedavisiyle ilgili

teçhizat söz konusu olduğunda, hastaların hastanelere birkaç kez gidip gelmesi gerekiyor ve bundan dolayı da tedaviler aksıyordu. Kimi durumlarda ise, hastanın sevk edildiği hastanedeki makinenin bozuk olması bekleme sürelerini arttırıyor, yeni sevkleri gerektiriyor ve tedavide büyük gecikmelere ya da kesintilere sebep oluyordu.

> Allaha şükür kemoterapimizi bitirdik; ama radyoterapide daha bi zorluk çekiyoruz. Annemin ilk 10 gün, Kobat diye bi makina var radyoterapide. Kobat diye bir makinede şu anda tedavi görmesi gerekiyodu. Neyse bizim 25 günü bitirmemize, doktor 25 günlük bi radyoterapi önerdi, 3 gün kaldı. Bu Cuma radyoterapisi bitiyo ve kalan 15 gün için başka bir makine istendi. Annemin kobattaki tedavisi bitti; ama hâlâ öbür makine yok, annem hâlâ kobatta devam ediyo. Biz hastaneye gidiyoruz, geliyoruz bu makine yok. Ben bunu en sonunda doktora sordum, dedi ki "Arkadaşım 2 gün çalışsa bi daha çalışmıyo," dedi. "Yok, pahalı bi makine ve biz bunu alamıyoruz." Ben günde 12 milyon yol parası veriyorum. 12 milyon ve benim babam emekli. Bizim şurdan aldığımız 2-3 tane kiramız var ve bunlar bize yetmiyo. Ben günde 12 milyon hem yol parası vericem, benim babam elektrik ödiycek, su ödiycek, bizim masraflarımız var, bizim doğal gazımız var. Biz zor geçinen insanlarız, kimse hayatından memnun değil. Sigortanın iyi yanları da var, ama kötü yanları daha çok. Benim annem, şu anda tedavisine sonuç vermezse benim annemin hesabını kim verecek bana? Benim için önemli olan bu. Makine yok! Benim annemin hesabını bana kim verebilir? Benimle birlikte o doktor acı çekiyo mu? Çekmiyo. Benim annemin göğsü yara oldu ya! Benim Annemin göğsünün teki yok, benim annemin göğsü yara oldu. E diyo, pamuk koyun, peçete koyun.. E ben senin makinen yok diye annemi burada ağlatıyım mı? Bu mantık işi değil yani, bunu karşılayabilirler. (SSK - İzmir)

Bağ-Kur'lu hastalar ise devlet tarafından verilen sağlık hizmetine, yine bilhassa büyük şehirlerde, hiç güven duymuyor ve hemen hemen tüm rahatsızlıklarında bütçeleri el verdiği

oranda özel hastanelerden hizmet satın almayı tercih ediyorlardı. Aşağıda da bahsedeceğimiz gibi, bu sebepten ötürü Bağ-Kur'lu esnafların bir kısmı sistemden ayrılıyor ve prim ödemekten vazgeçiyordu.

Mülakatlar hizmet kalitesinden yakınma konusuna yoğunlaştığında, görüşme yapılan kişiler genellikle güçlü bir reform isteğini de ifade ediyorlardı. Reformun, hastalara istedikleri hastaneyi ve doktoru seçebilme özgürlüğü vereceğini düşünen birçok kişi, kendilerini tatmin edilmesi gereken müşteriler olarak görüyor ve reformun tanıtılmasında kullanılan seçim hakkı retoriğine başvurarak konuşuyorlardı. Birinci basamak sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda, konuştuğumuz birçok kişi, Avrupa'da yaşayan akrabaları aracılığıyla zaten duymuş oldukları aile hekimliği sistemini desteklediklerini belirtti. İflas ettiğini, yetersiz ve işlevsiz olduğunu düşündükleri sağlık ocaklarının yerine aile hekimlerinin geçmesinin, birinci basamakta daha iyi hizmet almalarını sağlayacağını düşünüyorlardı. Aile hekimlerinin onlara vakit ayıracağını, ailelerinin ve kendilerinin sağlıklarıyla ilgili ayrıntıları takip edeceklerini ve hastaları memnun etmek için uğraşacaklarını düşünüyorlardı. Devlet hastaneleriyle özel hastaneler arasında seçim yapabilmek ve aile hekimleri tarafından tedavi edilmek, özellikle büyük kentlerde yaşayanlar ve hemen her bölgedeki memurlar açısından, Türkiye'nin modern bir ülke olduğunu ve onların da modern vatandaşlara dönüştüklerini gösterecek, belki de en güçlü gösterge halini almıştı.

> Ben şunu söylüyorum. Az evvel bunu... Bizim bu kadar kişilerimiz, bu kadar uzmanlarımız, bu kadar ileri gelen kişilerimiz var, devlet adamlarımız dışarıya gidiyolar. Bugün Almanya'da bizim mesela bu kadar Türk'ümüz var, Türkler. Ben diyo doktoruma telefon ediyorum, evime geliyo veya muayenehanesine gidiyom, tedavi ediyo. Eğer onun bilemediği bi şey varsa, alanını geçerse, başka bi doktora gönderiyo benim doktorum diyo. Biz bu sistemi, kuramıyoz, kuramadık ama kursunlar yani. (SSK - Beykoz)

Cepten ödenmesi gereken ek ücretler

Son olarak, hangi sosyal güvenlik sisteminin kapsamında olursa olsun, mülakat yaptığımız herkes, zamanında ve yeterli sağlık hizmet alabilmek için cepten harcama yapılması gerekliliği nedeniyle sağlık sisteminden memnun olmadığını belirtti. Örneğin, Yeşil Kartlılar dahil olmak üzere, birçok kişi devlet hastanelerinde çahşan doktorların hastaları özel muayenehanelerine yönlendirdiklerini ve ancak buralara gittiklerinde ödedikleri ücret karşılığında kapsayıcı bir hizmet alabildiklerini söylediler. Ayrıca gene hastalar, ameliyat olma durumunda doktorlara "bıçak parası" olarak adlandırılan bir ek ücret vermek zorunda bırakıldıklarını da eklediler. Bunların dışında, ameliyatlar sırasında ameliyat malzemelerinin hasta yakınlarına aldırılması; devlet hastanelerinde yataklı tedavinin gerektirdiği bakım hizmetlerinden yararlanabilmek için hastabakıcılara bahşiş verilmesi; muayene sırası için yine hastane görevlilerinin para talep etmesi gibi şikâyetler de dile getirildi.

> Benim eşim ameliyat olduğunda Cerrahpaşa'da... O zaman SSK karar verdi, yapılmayacak, riskli bir hasta diye, Cerrahpaşa'ya sevk etti, Samatya SSK. Sevk edildi, ama bizim doktor arkadaşı vardı orada, üniversitede. Masraf listesi elimizde. Şimdi o şey biliyo, orda öyle bir mekanizmanın döndüğünü, karanlık bir nokta olduğunun orda farkında tabi doktor. Bi masraf listesi elimde, oraya gittik biz, hazırlıklı gittik. Ordan tekrardan bi masraf listesi verildi. Karşılaştırdığımızda, korkunç şeyler. 50 çift ameliyat eldiveni, oysa ki bize 15 çift yazılmış, doktor bizi tedbirli bi şekilde gönderdi ya. Ne desem size, yani beş katı, beş katı malzeme listesi. Yani hiç alakası yok, hasta bezi. Yani bizim hastamız, ameliyattan sonra üç gün sadece sıvı alacak, normal ihtiyacını gidip karşılayacak. Abartmıyorum, bu şekilde. Ve gerçekten kısa bir süre, birkaç ay sonra, doktorların orda hastalardan, gerçekten ipleri pazara çıktı yani. Hasta bakıcılar, doktorlar böyle örgütlenerek, hastalardan... (SSK - Gazi Mahallesi)

Üç kişiylen gidiyom ben sabahleyin hastaneye. Buna ilaç kuyruğuna gir diyom; buna bi kalp (..) çıkacak, bunun sırasına gir diyom. Ben kan sırasına girdim. Bu karı zaten ayakta duramıyo, bunu oturtturuyom oraya bi köşeye. Ben gidiyom kan sırasına. Bunu gönderiyom ilaç sırasına.. Üç kişi böyle zabitiye amiri gibi.. Şimdik millet sinirlenmiş, o ona sataşıyo, o ona. "Önüme geçme, önüme geçme". Aha kavga kopuyo orda. Artık sinirleri boşalmış milletin orda. Kız geldi "Baba, 20 milyon ver." Ne oluyomuş kızım? "Yukarı 20 milyon yatacak." Neymiş bu kızım? Bilmem ne şeyi. Aşağıda yatmışlar o serum verilen ilaç ile ilacı karıştırıyolar. Oraya verilen yere yazmışlar camın üstüne doğru: "10 milyon para yatır". Bi bakıyom, yav 60 milyon para yatırdım. 3 kişi gidiyoz burdan. Dünyanın masrafı.. Varsa harcıycan yoksa neyi harcıycan? Ben her sefer 60 milyon para yatırıyom o hastaneye.(...) (SSK - Esenyurt)

Bu tür yasadışı sayılabilecek uygulamaların yanı sıra, sistemin getirdiği katkı payı uygulamaları da özellikle Yeşil Kartlıların ve güvencesiz yoksul vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını zorlaştırmaktadır. Örneğin, İstanbul, Gazi mahallesinde görüşme yaptığımız bir grup kadın içinden güvencesiz olanlar, çocuklarını aşı yaptırmak için götürdükleri sağlık ocaklarının, muayene hizmeti adı altında kendilerinden 5 YTL civarında bir meblağ talep etmeleri sebebiyle, artık bu hizmetten yararlanmalarının zorlaştığını söylediler.

Dışlanma

Yaptığımız araştırmada yukarıda sözü geçen eşitsizliklerin ötesinde, sistemden tümüyle dışlanan üç gruba rastladık. Bu grupların ilk ikisi sistemin kendi dinamikleri sebebiyle dışarıya itilirken, üçüncüsü kendi arzusuyla sistem dışında kalmayı tercih etmektedir. Ayrıca, daha sonra yapacağımız tartışmada daha ayrıntılı olarak ifade edeceğimiz gibi, Genel Sağlık Sigortası bütünüyle kapsayıcı olma iddiasında bulunsa da, bu grup-

lardan ilk ikisini etkin bir şekilde kapsamı altına alabileceğinden kuşku duymaktayız.

Yeşil Kartsız yoksulluk

Bilindiği üzere Türkiye 'de Yeşil Kart da dahil hiçbir sosyal güvencesi olmayanlar nüfusun %38'ini oluşturmaktadır. Doğu ve Güneydoğu illerinde ise, yoksulluk ve bunun bir uzantısı olarak da Yeşil Kart oranımn yüksekliği sebebiyle, bu rakam %30 civarındadır. Yeşil Kart alımını düzenleyen kanun, yaşadıkları hanede kişi başına düşen gelirin asgari ücretin 1/3'ünden az olduğu hallerde, kişilerin karta hak kazandığını belirtmektedir. Kanun kâğıt üzerinde açık gözükse de, enformel sektörün böylesine yaygın olduğu bir ülkede kesin gelir hesaplarının imkânsız olması, Yeşil Kart ahmlarında uygulanacak birçok kuralın yerel birimlerde belirlenmesine yol açmaktadır. Ancak şimdilik bu konuyu ayrıntılı olarak ele alamıyoruz. Bundan daha önemlisi, bu %38'lik kesimi oluşturanların birçoğunun gelirinin orta düzeyde ve düzensiz olmasıdır. Bu durum göz önüne ahndığında, varolan sistemin öncelikle, herhangi bir sosyal güvence kapsamında yer almamalarına rağmen, (örneğin ev sahibi olmaları ya da düzensiz de olsa bir gelirleri olması nedeniyle) yeterince yoksul olarak görülmeyen ve bu sebeple Yeşil Kart kullanmaya hak kazanamamış kişileri dışarıda bıraktığını iddia ediyoruz..

Bag-Kur borçluları

Ikinci dışlanan grup ise Bağ-Kur kapsamında yer alan vatandaşlardan oluşmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, Bağ-Kur'un şu anda kanunlaştırılmaya çalışılan Genel Sağlık Sigortasıyla olan benzerliğidir. Yaptığımız araştırmada Bağ-Kur'lu birçok kişinin, kuruma aylık primlerini ödeyemediğini gözlemledik. 2006 itibariyle Türkiye genelinde Bağ-Kur'luların %60'ı bu sebeple sağlık hizmetlerinden yararlanamazken, bu oran Doğu ve Güneydoğu bölgelerinde %75'i bulmaktaydı.

Örneğin, Adıyaman gibi ekonomisi tarıma dayalı bir şehirde tüm nüfusun %12'si primlerini ödeyemediği için sistem dışına itilmektedir. Yakın döneme kadar bu kişiler Bağ-Kur'lu oldukları için bir yandan Yeşil Kart alamadıkları için sağlık hizmetlerinden faydalanamamaktaydılar; öte yandan, borçları da her ay katlanmaktaydı. Ancak bilhassa tarım politikalarındaki değişikliklerle birlikte çiftçilerin bu durumdan fazlasıyla etkilenmeleri nedeniyle; bunun yanında, Yeşil Kart ve Bağ-Kur ofislerinin Bakanhğa ülke çapında geri bildirimi sayesinde bu duruma ilişkin iyileştirici adımlar atıldı. Şu anda, esnafhk ya da kendi hesabma çiftçilik yapmaktan vazgeçmiş olanlar, Bağ-Kur'a başvurma ve borçlarını dondurarak kurumdan ayrılma hakkını kazandılar. Böylelikle kurumdaki haklarından vazgeçen bu kişiler yoksul olduklarını kanıtladıkları takdirde Yeşil Kart almaya hak kazanabiliyorlar.

Sisteme güvenmeyenler

Sistemin dışında kalan üçüncü grup ise, prim ödeyebilecek durumda olan ve yasal olarak Bağ-Kur'lu olması gerekenleri kapsıyor. Bu kişiler yukarıdaki bölümde belirtilen sebeplerden ötürü devlet hizmetlerini yetersiz bulan ve bunlara güvenmeyenlerden oluşuyor. Yapılan mülakatlarda, bu grubun devlet hizmetlerinden yaralanmayı bir prestij kaybı olarak gördüğü gözlemlendi:

> Şimdi güven şöyle, siz bir insana bir görev verirken bilin ki o alacağı zaman, bi işler yaptırmazsan ona, bilin ki o insan vereceğiniz görevin getirisiyle geçimini sağlayacaktır. Ha, siz bunun çıkarlarını iyileştirmezseniz, o insan mutlaka nefes alabilmesi için bi yollara başvurması şarttır, kaçınılmazdır. Rüşvet olur, tüccarcılık olur, üçkağıtçılık olur... Bir şekilde birşeyler bulur. Hiç kimse aç yaşamaz. Bir insan, açlık ömrü 70 gündür. 70 günden sonra ölür. Kırkından sonra vücut refleksi kalmaz. Yani bilimin anlattıklarına göre diyorum. Biraz güç bir örnek oldu ama... Arkadaşım şimdi sen bu doktoru aldm, tamam.

500 milyon 1 milyarla bu doktorun geçinemeyeceğini bilmen lazım. Sonuçta doktor, yaşam standardını yakalamalı. Özele koşmamah. Özelin yaratmış olduğu şartları sen de orada sunabilmelisin. O zaman ben bi hekime kafadan giderim, arabamı satarım, evimi satarım, hemen doktorum gelse. En azından güvenle bakarım yarına. Yarın öbür gün ben düştüğüm zaman hastaneye yetiştiysem Bağ-kur'um beni kurtaracak. Budur. Ama şimdi düştüğüm zaman param beni kurtarmalı deyip sürekli hapsediyorum parayı. Anlatabildim mi? Şey yapıyorum, devletten kaçırıyorum, ama burada saklıyorum; ilerde bir sıkıntı, sorun yaşadığım zaman güvencem bana müdahale etsin. Arada özel sektör vardır mesela, özel sigortalar. Bunlara da güvenemiyorum.(Bağ-Kur borçlusu - Sarıyer)

İleride değineceğimiz gibi, sözü geçen ilk iki grubun, yeni sistemde de kendilerine yer bulamayacaklarını ve hatta şimdikinden daha zor bir duruma düşeceklerini; öte yandan, özel hastanelerin de kullanıma açılmasıyla birlikte, üçüncü grubun sisteme dahil olma ihtimalinin ortaya çıkacağını iddia ediyoruz.

Stratejiler

Türkiye'deki Yeşil Kart dışında kalan sağlık güvence sistemleri, emeklilik sağlayan sistemlerle eşgüdümlü olarak tasarlanmıştır. Bir diğer deyişle Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığı'na verilen primlerin bir kısmı sağlık giderlerine harcanırken, bir kısmı ise emeklilik geliri olarak toplanmaktadır. Bunlardan sadece Bağ-Kur, sağlık için prim ödemeyi kişinin seçimine bırakmıştır. Yukarıda da bahsettiğimiz gibi bu, Turkiye'de sosyal politika ve sosyal hak anlayışının, gelişmeci bir ideolojiden beslenmesi ve model (erkek) vatandaş olarak emeklilik hakkını kazanana kadar çahşan, formel sektördeki emek piyasasına katılan ve yeri yurdu belli vatandaşlar kurgulamasmdan kaynaklanmaktadır. Emeklilik sonrasında ise, bu vatandaşların gelirinin, bağlı oldukları devlet kurumları tarafından karşılanacağı vaat edilmektedir. Öte yandan bu tür ideal vatandaşlar

her zaman kısıtlı sayıda olmuş, enformel sektörün gelişmesi ve işsizliğin artması ile birlikte ise, son yıllarda bu şartları yerine getirmeyen nüfus oranı (onlara bağımlı olanlarla birlikte) %52'ye ulaşmıştır.[6] Bir başka deyişle, devletten emeklilik beklentisi olmayan vatandaşlar, Türkiye'deki nüfusun %52'sini oluşturmaktadır.

Sisteme girip çıkma

Emeklilik beklentisi olmaması, kişinin sağlık hizmetlerinden topyekün vazgeçtiği anlamına gelmemektedir. Yaptığımız mülakatlarda birçok kişinin sisteme sıklıkla giriş çıkış yaptığı saptanmıştır. Emek piyasasında sigortalı iş bulmak oldukça zordur. Ayrıca kentsel alanda enformel işlerde çalışmak kimi zaman sigortalı işlerden daha fazla para getirmektedir. Kimi zamansa birçok işyeri çahştırdıkları kişilerin sadece bir kısmını sigortalamakta, diğerlerinin ise primlerini ödememektedir. Böylesine karmaşık bir emek piyasasında kişiler, kendi olanaklarını ve çıkarlarını azamiye çıkartacak kısa dönem stratejiler geliştirmiştir. Bu kişiler anlık ihtiyaçlarına göre sigortalı ya da sigortasız işlere yönelmekte ya da işyerlerinde gene ihtiyaca göre işverenler ve diğer işçilerle dönüşümlü sigortalanma pazarlıkları yapmaktadırlar. Örneğin, eşleri sigortasız olan ya da hane reisi konumunda bulunan kadınlar, hamile kalmadan hemen evvel ya da hemen sonra işe girmekte ve çocuk doğduktan sonra işten ayrılmak suretiyle hamilelik ve doğum için verilen sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. Aym şekilde kırsal bölgelerde ilk doğum esnasmda sosyal güvence olması ve hastanede doğum yapılması için uğraş verilirken; ilk doğumun herhangi bir komplikasyon yaratmaması durumunda diğer doğumların da normal olacağı beklendiği için, sonraki doğumlar evde yapılmakta ve sağlık güvence sisteminden çıkılmaktadır. Ayrıca, evlilik zamanları (örneğin babanın sigortasından faydalamlabiliyorsa resmî nikahı geciktirmek gi-

6 Hanehalkı İşgücü Veritabanı. 2003. www.tuik.gov.tr

bi) doğuma göre ayarlanmakta, Yeşil Kart için gerekli işlemler bu sıraya denk getirilmektedir. Karşılaştığımız bazı kişiler ise, özellikle çocuklarının kronik hastalıkları bulunması durumunda formel sektöre geçtiklerini bildirmişlerdir.

"Başkasının kartına yazdırma"

"Başkasının kartına yazdırmak" olarak ifade edilen ikinci bir strateji, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılmakta ve kişilerin birbirlerinin SSK ya da daha sıklıkla Yeşil Kartlarını kullanması şeklinde yürütülmektedir. Araştırmamızda, bu strateji özellikle yoksul şehirlerde ve mahallelerde yaygın olarak karşımıza çıkmıştır. Örneğin, sağlık karnelerinde çocukların resimlerinin bulunmaması ya da akrabalığın yaygın olmasından dolayı soyadlarının tutması bu durumu kolaylaştıran etkenlerdir.

> Vallahi bir yıl oluyor. O zaman bile on milyarı aşıyordu. Ben gittim sordum. Gittim Bağkur müdürüne sordum, yani nasıl iyi oluyorsa öyle yapalım dedim. Yeşil Kart çıkaramıyorum, bu çocuk hastalandı. Kız kardeşim işte.(.....) çalışıyor. İlaç alamıyorum. Para yok ilaç alayım. Çalışan yok. Kimse yok. Doktora götürüyorum. İlacı gene alamıyorum. Onu Serpil'e söyledim. Serpil oğlunun adına geldi. O ilacı aldı verdi. Ben hangi bir kere söyleyeyim bir başkasına. Yani insan söyleyemiyor. Kardeşin de olsa bile insan söyleyemiyor. (Bağ-Kur borçlu - Adıyaman)

Ayrıca, zaten çoğu bölgede birinci basamakta hizmet veren personel de vatandaşlarla işbirliğine giriyor ve bu girişimi destekliyordu. Mahallerinin hemen hemen tamamımn yoksul olduğunu söyleyen personel, vatandaşların Yeşil Karta hak kazanıp kazanmamasının, kerpiç ya da betonarme eve sahip olmak gibi ölçütlerle değerlendirilmesini anlamsız buluyor ve birilerine hizmet verirken birilerini geri çevirmekten doğan rahatsızlıklarını dile getiriyorlardı. Ayrıca bu personel birçok kişiye de karşılıksız olarak bakıyor, ancak ilaç söz konusu olduğun-

da başka birinin kartını kullanmalarını öğütlüyordu. Öte yandan bu yapılanın sağlık ocağmdaki döner sermayeye girecek miktarı ve kendilerine düşen payı düşüreceğini de bilen personel, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sosyal güvence şartı aranmamasmın resmileşmesini arzuluyordu.

Sahtecilik[7]

Kullanılan bir başka strateji ise Yeşil Kart alımında işlevsel rol oynamaktaydı. Bilindiği gibi Yeşil Kart alırken çok farklı kurumlardan imza alınması gerekmektedir. Bunlar tapu dairesi, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK, belediye, trafik müdürlüğü, tarım il müdürlüğünü kapsamaktadır. Bu ofislerde alınan imzalar ise kişilerin sosyal güvencesi olmadığını; bir kurumdan ayrıldılarsa bu kuruma borçları bulunmadığını; taşıt, ev ya da mal sahibi olmadıklarım kamtlayarak, yoksulluğun belgelenmesini sağlamaktadır. Ancak daha sonra da anlatılacağı gibi kişinin devlet nezdinde Yeşil Kart almaya hak kazanacak kadar yoksul olmaması ya da yoksulluğunu ispatlayamaması, sağlık hizmetlerini cebinden ödeyebileceği anlamına gelmemektedir. Bu sebeple birçok kişi özellikle uzun süren tedavi, hastaneye yatma ya da ameliyat söz konusu olduğunda "sahte imzalar" üretme stratejisine başvurmaktadır. Örneğin, tanıdık bularak tapu dairesinde mal sahibi değilmiş gibi gösterilmek; göbek ismini söylemeyerek, daha "yoksul" başka bir akrabamn kimliğini üstlenmek; ya da başvurulan kurumda dertlerini anlatarak çalışanları imza vermeye ikna etmek devletin imzasını elde etmenin yollarından birkaçıdır. Bu stratejilerin farklı devlet memurları ve akrabaların rızası olmadan gerçekleşemeyeceği çok açık. Bir diğer deyişle kişiler, sağlık hizmetlerine ulaşmaları için gerekli olan "yoksulluk kimliğine" devlet, imzası aracılığı ile tanıklık etmeyi reddettiği ölçüde, kolektif olarak başka tanıklıklar üretilmekte ve bu sürecin kolektif olması nedeniyle de kendilerini devleti kandırıyormuş gibi değil, daha

7 Sahtecilik meselesini strateji üzerinden tartışan bir örnek için bkz. Siegel 1998.

çok, bozuk bir sistemde haklarını elde ediyormuş gibi görmektedirler.[8]

Burada belirtilmesi gereken önemli bir konu, yukarıda bahsi geçen stratejilerin hem kullanım sıklığı ve yaygmlığımn, hem de sistemde yol açtığı zararın gerek üst düzey bürokratlar gerekse medya tarafından abartıldığıdır. Sistemin birtakım kişiler tarafından kötüye kullanıldığına dair ciddi kanı ve şüphe uyandıran bu abartılar da reform isteğini uyandırmakta ve pekiştirmekte önemli bir işlev görmektedir. Mülakat yaptığımız birçok kişi bu tür şüpheleri ifade ettiler. Hatta Yeşil Kart alanların çoğunluğunun aslında hak etmeyen, ama çeşitli tamdık ağları aracılığı ile kartı elde eden kişiler olduğunu belirttiler. Daha sonra tekrar değineceğimiz gibi bürokratlar, hizmet vericiler ve hizmet ahcılar arasında sistematik olarak üretilen bu tür karşılıkh kuşku ve şüphe halleri, tarafların tümünde, sistemin reformu, şeffaflaşması ve en önemlisi, kontrol mekanizmalarımn güçlendirilmesi konusundaki isteği arttırmaktadır. Örneğin, reformun yoksulluk ölçütlerinin standartlaştırılmasına, merkezileştirilmesine ve sanal ortamda, mümkün olan en az yüz yüze irtibatla kontrol edilmesine dair düzenleme vaatleri, tüm tarafların reformu desteklemelerindeki önemli sebepler arasında gösterilmektedir.

Peki, reform sonucunda bu stratejiler ne şekilde dönüşecek? Örneğin sistem standartlaşıp, merkezileşince, şu anda sistem içinde varolan yerel esneklik alanları bundan nasıl etkilenecek? Prime dayalı bir Genel Sağlık Sigortası'nda insanlar sisteme kendi hayat planları doğrultusunda girip çıkabilecekler mi? Reform sonrasında oluşacak yeni sistem, mevcut vatandaşlık hiyerarşilerini bozarken ne tür yeni hiyerarşiler ve

8 Bunlardan farklı tek örneğe Doğubayazıt'ta rastladık. İlçenin bağlı olduğu ve dolayısıyla Yeşil Kart başvurusu için onay alınması gereken kurumların bulunduğu Ağrı'ya gitmek zahmetli olduğu için, bu ilçede Yeşil Kart başvuruları genellikle muhtarlar aracılığı ile yapılmakta. Yaptığımız görüşmeler sırasında bize anlatılan olaylardan bir tanesi de bir muhtarın söz konusu kurumlardan onay almak için Ağrı'ya gitmek yerine, bu kurumların onay ve imzalarını kendisinin taklit ettiğinin ortaya çıkması sonucu yüzlerce kişinin Yeşil Kart'ımn iptal edildiğiydi.

eşitsizlikler getirecek? Bilhassa prim ödeme/ödememe ya da ek sigortalara sahip olma/olmama bağlammda oluşması muhtemel yeni eşitsizliklerle baş etmek için ne tür stratejiler geliştirilecek? Bu sorulara şimdiden net yanıtlar vermek pek mümkün değil. Ancak yine de reform sürecine, bu süreçte öngörülen yeni sisteme ve bu sistemin farklı sosyal güvencelere sahip ve farklı sosyo-ekonomik gruplardaki insanları nasıl etkileyeceğine dair bir analizin yukarıdaki sorularımıza yanıtlar aramak açısmdan anlamlı olacağını düşünüyoruz.

Reformdan sonra

En başta da belirttiğimiz gibi, hizmet kullamcıların dönüşümden önce yaşadıkları deneyimler temel alındığında, sağlık alanında kimi şimdiden uygulanmaya başlamış, kimi ise yasalaşmayı bekleyen dönüşümlerin vaat edilen sonuçlara ne derece ulaşabileceği öncelikle araştırilmalıdır. Bu sebeple aşağıdaki bölümde, yasalaşacak olan reformun, kullamcıların sağlık sistemiyle ilgili şu anki sorunlarım ne ölçüde giderebileceği konusunu tartışacağız. Prime dayalı Genel Sağlık Sigortasınm eşitliksizlikleri ne derece giderebileceğini, nasıl yeni eşitsizlikler yaratacağım ve vatandaşları ne ölçüde kapsayacağını ele alacağız.

Sistemin tek elde toplanması ve özel hastanelerin kullanıma açılması

Kammızca, hükümetin bu reformuyla kısmen gerçekleştirdiği ve halen de bu yolda adımlar atmaya devam ettiği en önemli proje, tüm farklı sağlık sigorta kurumlarını tek çatı altında toplamak ve böylelikle eski sistemin vatandaşlar arasında hizmete ulaşım ve kalite açısından yarattığı eşitsizlikleri ortadan kaldırmaktır. Devlet, reform sayesinde, primlerini ödeyen veya yoksul olduğu için primleri devlet tarafından ödenen tüm vatandaşların aym sevk sistemine tabi olmalarım, aym hastanelerde tedavi haklarım ve aym ayrıcahklardan yararlanmalarını garanti altma almıştır.

Öte yandan, reform özel hastaneleri de bireysel anlaşmalar yoluyla hizmet kullamcılara açmaktadır. Böylelikle oluşan rekabet ortamında verimliliğin artacağı iddia edilmektedir. Ayrıca özel hastanelerin kullamma açılmasıyla beraber şu anda devlet hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde varolan yığılmaların da azalacağı öngörülmektedir. Gerçekten de, özel hastanelerde tedavi görmek, birçok vatandaşa son derece cazip geliyor. Her ne kadar, kimi zaman özel hastanelerde pek çok gereksiz tetkik yapıldığı ve bu kuruluşların bir para tuzağı haline geldiği inancı kuvvetli olsa da, bu hastanelerde daha fazla ilgi görüleceğine ve daha kaliteli hizmet ahnacağına dair bir kam var.

Devlet, özel hastanelerle yapılan anlaşmalarda, tetkik ve tedavilerin ücretlerini Genel Sağhk Sigortası Fonlarından hastanelere aktarmayı kabul etmektedir. Öte yandan şu anda, özel hastanelerin sadece küçük bir kısmında, devletin aktardığı paranın, tedavi ve tetkik ücretlerinin tamamım karşılayabilecek durumda olduğu görülmektedir. Örneğin, Adıyaman'da bulunan tek özel hastane için bu anlaşmayı yapmak ve ek ücret almaksızın hizmet vermek, aksi takdirde hizmet almak isteyenlerin sayısı son derece kısıtlı olacağı için kârlı gözükürken, aynı şeyi İstanbul ya da İzmir için söylemek mümkün değil. Bu gibi yerlerde, birçok özel hastanede hizmet alıcılardan ek ücret ahnması ve bu hastanelerin hizmetlerinden yine seçkin bir grubun yararlanması olasıdır.

Primler ve primsiz ödemeler

Yaptığımız araştırmadan çıkan en önemli sonuç, prime dayah bir sistemle birlikte vatandaşların devlete olan borçlarınm çok kısa zamanda çok yüksek oranlara ulaşacağı gerçeğidir. Genel Sağhk Sigortası Sistemi'ne göre, formel sektörde çahşanlardan toplanacak prim, çahşanların gelirleriyle orantılı olarak, en az asgari ücret, en çok da asgari ücretin altı katı üzerinden yapılacak %12.5 oranında kesintilerden oluşacaktır. Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmayanlar söz

konusu olduğunda ise, daha önceden Yeşil Kart bağlamında belirttiğimiz gibi, hanede kişi başma düşen gelir, asgari ücretin 1/3'ü olduğu takdirde, devlet bu haneleri yoksul kabul ederek, primleri oranında bir miktarı GSS fonuna aktaracaktır. Formel sektörde istihdam edilmemekle beraber, devlet tarafından yoksul da sayılmayan hanelerden ise, asgari ücretin %12'si oranında bir prim alınacaktır. Yani mevcut sistemde herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmayan ve yoksul olduğu kabul edilmeyen haneler, 2007 hesaplarına göre 60 YTL civarında aylık prim ödemek durumunda olacaklardır.

Genel Sağlık Sigortası'nı savunanlar, bu sistemin birincil hedefinin hiçbir sağlık güvencesi olmayanlar olduğunu iddia etmektedirler. Ancak yukarıda yaptığımız tartışmadan da anlaşılacağı gibi geliri düşük ve düzensiz olan hanelerin, aylık düzenli prim ödemeleri şu anda akla yatkın görünmemektedir. Bağ-Kur gibi, yine kişinin prim yatırması esasına göre işleyen ve kendi hesabma çalışan, bu nedenle de, gelirleri düzensiz olan grupları hedefleyen bir sistemde borçlu oranının %60 olduğunu daha önce belirtmiştik. Bu oranların Genel Sağlık Sigortası bağlamında da benzer boyutlarda olacağım düşünüyoruz.

Van, Diyarbakır, Adıyaman, Ağrı ve Kars'ta yaptığımız görüşmelerde Yeşil Kart almaya hak kazanamayan ailelerin birçoğunun ev ya da tarla sahibi olmalarına rağmen düzenli gelirleri olmadığına tanıklık ettik ve bu gözlemlerimiz gerek sağlık çalışanları, gerekse sosyal hizmet uzmanları tarafından da onaylandı. Mevsimlik işçilik yapan, tarım ya da ticaretle uğraşan birçok kişinin, yılın sadece bazı aylarında para kazanabildiğini, bu aylarda topladıkları paranın bir kısmını ev yapmaya ayırırken, bir kısmını ise yıl boyu kullandıklarım, yani bazı aylarda prim ödeyebilecek durumda olsalar da, yıl boyu prim ödeyemediklerini gördük. Gene aym bölgede, üzerine kayıth malı bulunmasına rağmen, zorunlu göç mağduru olduğu için bu mallardan yararlanamayan birçok kişinin hem Yeşil Kart alamadığım, hem de hiçbir gelirinin olmadığını saptadık.

Büyük şehirlerde yaptığımız araştırmalarda, ekonomideki en küçük bir dalgalanmamn en fazla, enformel sektörde çalı-

şan ve alt-orta sınıf diye nitelendirebileceğimiz grupları etkilediğini gözlemledik. Bu gruplar iflas-iş kurma, ya da kalifiye oldukları durumlarda yüksek ücretli iş bulma-işten çıkarılma döngüleri içersinde hayatlarını idame ettirmekteler. Gene bu gruplar için, değil prim ödemek, sağlık ocaklarında alınan ufak denecek ücretlerin bile sorun olduğu durumlarla karşılaştık. Kars'ta kale içinin rehabilite edilmesinin ardından Toplu Konut'lara taşınan ailelerin, mükemmel apartman dairelerinde oturup, öte yandan sağlık hizmetlerinden tamamen vazgeçerek, giderlerine eklenen ulaşım parasının hesabını yaptıklarını dinledik. Doğubayazıt'ta gümrük giriş çıkışları konusunda yapılan değişiklikler nedeniyle gelir kaynakları tamamen kesilmiş ailelerin eskiden yaptıkları ufak yatırımların (kiracı alma, evin betonarme olması, araba sahibi olmak gibi), şimdi Yeşil Kart alamamalarına sebep olduğunu; erkeklerin İstanbul'da işçi pazarlarında beklerken, kadınların ilk doğumları için dahi doğumevlerine gitmediklerini gördük.

Yasada aile ya da hane olarak adlandırılan yapının, sahada karşılığının çok daha çetrefilli olduğunu ve bu sebeple de birçok kişiyi Yeşil Kart kapsamının dışında bıraktığını da gözlemledik. Örneğin, kardeşlerden birinin üstüne kayıtlı bir taksi, tarla ya da dükkanın, bu mal tüm kardeşlerin gelir kaynağı olmasına rağmen, tapuda sahip görünen kardeş ve ailesinin Yeşil Kart alamamasına sebep olduğuna rastladık. İmam nikahlı kadınların babalarına bağlı gözükmeleri sebebiyle Yeşil Kart alamadıklarını, aynı apartmanda ayrı dairelerde eşleriyle oturdukları halde gelirlerini apartmandaki geniş ailesiyle paylaşanların da yoksulluk sınırı üzerinde hesaplanarak Yeşil Kart'tan mahrum bırakıldıklarını saptadık. Aşağıdaki alıntı, çahşmaya teşvik etmek amacıyla 25-45 yaş arasındaki erkeklere hiçbir şartta Yeşil Kart verilmeyen Kuştepe'deki Romanların aile biçimlerinin yasanın öngördükleriyle çelişmesinin çarpıcı bir örneği:

> G: Benim oğlumun ufak bi çocuğu var, kendisinin fıtığı vardı. Çok büyük bi fıtık vardı. Götürdüm bunu doktora, benden 400 milyon para istediler, ameliyat olması için. 400 milyon.

Yaptıramadık. Dedik yeşil kartla uğraşalım, yeşil kartla yaptırırız. İyi. Gittik, annesi uğraştı, aldı ona yeşil kartı, onla beraber yaptırdık. E şimdi aksine de, annesi onu terk etti çocuğunu, bıraktı onu. E şimdi ona ben de yeşil kart çıkaramıyorum.

N: Çocuğa?

G: Çocuğa.

N: Niye? İlla annesi babasının mı çıkarması gerekiyo?

G: Annesi çıkartması gerekiyor.

N: Niye baba çıkartamıyo?

G: Çünkü babasının soyadını kullanamıyo, annesinin soyadını kullanıyor. Annesi baştan onun ameliyat etmesi için kendi üzerine almış oldu. Şimdi de terk edince, şimdi ben o çocuğa yeşil kart alamıyorum. E bazen bi ağrısı oluyo, bi şeyi oluyo, artık onu... Yani yeşil kart çünkü çıkartamıyorum. Geçende gittim işte benimkini çıkartmaya, anlattım aynen böyle. Bana dediler muhakkak sen onun annesini bulman lazım ki buna yeşil kart çıkarman için. E ben bunun annesini nerde bulurum?

Özetlemek gerekirse, Türkiye'nin bugünkü sosyo-ekonomik yapısında, herkesi prim ödemeye mecbur bırakan bir yapının gerçekçi olmadığını düşünmekteyiz. Yukarıda saydığımız Yeşil Kart dışında bırakılan, ancak yoksul da sayılmayan kesimin gelir düzensizliği bunda en büyük etken. Bunun dışında sağlık alanının yaşa ve cinsiyete göre farklı kodlanması ise başka bir etken. Bilhassa alt-orta sınıfta sağlık, kadınların ve yaşlıların çok daha önemli birer aktör olduğu bir alan olarak ortaya çıkmakta. Kadın hastalıklarının son derece yoğun olduğu bu kesimde kadınlar hem yaşlıların, hem de çocukların bakımından sorumlu. Öte yandan gelirin nasıl bölüşüleceği ve harcamalarda önceliklerin saptanması erkeklerin kontrolünde. Erkekler ise, işe gitmemelerine sebep olacak derecede ağır vakalar ve kazalar dışındaki rahatsızlıkları hastalık olarak kabul etmiyorlar. Bu durumda erkeklerin önceliği hiçbir zaman sağlık olmuyor. Bunun da, prim ödemenin harcama önceliklerinin son sıralarına atılmasında önemli bir faktör olacağını düşünüyoruz.

Kadınlarla yaptığımız mülakatlarda bu sorunun çok çeşitli boyutları birçok kez karşımıza çıktı:

> Benim eşim Bağ-Kur'lu; ama işte eşime bağlı olmak beni üzüyor. Cam istemeyince ödemiyor yani. Biraz önce arkadaş Güler'in de değindiği gibi hep bir eşe bağlı oluyorsunuz. Eşten ayrıldığın zaman o hakkın olmuyor, bitiyor. Yani bi kadın kendi ayakları üstünde durabilmeli. Hem sağlık olarak... Gerçekten de bizler çok birikim yapıyoruz. Örneğin ben hastaneye gittim, burada Şişli'ye bağlı hastane var. Çok yanlış şeylere şahit oldum. Nasıl? Hakaret. Hastalara hakaret edilmeler, vesaire. Bizler kadın olarak kendi haklarımızı savunamadığımız gibi bi de hakaretlere maruz kalıyoruz. (Gazi Mahallesi)

Tum bunlara ek olarak, yeni sistemde Yeşil Kart almanın (ya da yasa geçirilebilirse primsiz ödemeler kapsamında olmamn) çok önemli bir ayrıcalık haline geleceğini düşünüyoruz. Bunun, sistemde şu an şikâyet konusu olan yolsuzlukları ya da bürokratlar, devlet görevlileri, sağlık çahşanları ve halk arasmda şimdiden varolan karşılıkh kuşkuları çok daha fazla arttıracağını tahmin etmek zor değil. Ayrıca şu anda dahi, devlet görevlilerinin muhalif nüfusun yoğun olduğu bölgelerde Yeşil Kartı kimi zaman disipline edici bir kontrol mekanizması olarak kullandıkları göz önüne ahnırsa, halkın büyük çoğunluğunun, bir borç ekonomisinin parçası haline getirileceği yeni sistemde, Yeşil Kart dağıtım süreçlerinin devletin siyasi gücünü fazlasıyla arttıracağını öngörmek de yanhş olmayacaktır.[9]

Birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının başlatılması

Yukarıda tartıştığımız konularla bağlantılı bir diğer sorun alanı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği siste-

9 Araştırma yaptığımız bölgelerden birinde görüşme yaptığımız bir sağlık yöneticisinin "Alevilere Yeşil Kart veriyoruz, sonra gidip Hıristiyan oluyorlar, biz ne yapacağımızı şaşırıyoruz. Yeşil Kartlarını iptal etmek zorunda kalıyoruz" sözü Yeşil Kart aracılığıyla uygulanabilecek ayrımcı mekanizmalara iyi bir örnek oluşturmaktadır.

mine geçişle ilgili ortaya çıkacak gibi görünüyor. Yukarıda da belirttiğimiz gibi, her ne kadar kent merkezlerinde aile hekimliği yoğun taraftar bulmuş olsa da, bilhassa yoksul bölgelerde sağlık ocakları halihazırda önemli görevler üstlenmektedir.[10] Tum eksikliklerine rağmen yürütülmeye çahşılan koruyucu sağlık hizmetlerinin, sağlık ocakları kalktığında kim tarafından sunulacağı reformla ilgili önemli bir sorudur. Bu sorun bir yana, araştırmamızda teşhis ve tedavi aşamasında birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan birçok sağhk görevlisinin sosyal güvencesi olmayan hastalara karşılıksız hizmet verdiğini gözlemledik. Aile hekimlerinin sağlık ocaklarımn yerini almasıyla birlikte, prim ödemeyen ve bu sebeple de sistem dışında kalan vatandaşların, bir yandan öde(ye)medikleri primler sebebiyle borçları artarken, bir yandan da birinci basamak da dahil, hiçbir hizmetten yararlanamayacaklarını iddia ediyoruz. Çünkü aile hekimliği yasasma göre 2000'den az sayıda kayıtlı hastası bulunan hekimlerin lisansı iptal edilecektir. Ayrıca fazladan hastası olanlara da kişi başından hesaplanan ek ücretler verilecektir. Bir diğer deyişle, bakılan hasta sayısının aile hekimlerinin gelirine doğrudan yansıması söz konusudur. Böyle bir durumda aile hekimlerinin güvencesi olmayanlara bedelsiz hizmet vermelerini ya da (kayıtlı kişi sayısı hesabı üzerinden ücret alacakları için) kişilerin "başkalarının kartma yazılmalarına" göz yummalarını beklemek anlamlı olmaz. Tersine, aile hekimlerinin gelirlerinin artması, mümkün olduğu kadar formel prosedürleri takip etmelerine ve hastaları yasal alanda hareket etmeye mecbur bırakmalarına bağlı olacaktır.

Son olarak, reformun sağlık alamnda varolan bölgesel eşitsizliklerle ilgili ne gibi önlemler alacağının şimdilik belirlenmediğini eklemek istiyoruz.[11] Reformun, birinci basamakta olduğu kadar, ikinci basamakta da verimliliği sağlayacağma ina-

10 Sağlık ocaklarımn oldukça verimli çalıştığı bilinen İzmir'de Sağlık Ocaklarında yaptığımız görüşmeler genel olarak bu kanıyı doğrular nitelikte olsa da vatandaşlarla ve bazı sağlık ocağı hekimleriyle yaptığımız görüşmelerde bunun tersine bulgulara da rastladık.

11 Sağlık alanında varolan bölgesel eşitsizliklerin detaylı bir incelemesi için bkz. TESEV (2006). *Doğu ve Güneydoğu'da Sosyal ve Ekonomik Öncelikler*. İstanbul.

nılan rekabete dayalı piyasa mantığma dayandırıldığım görmekteyiz. Bu ise hastanelerin kendi bütçelerinden sorumlu özerk birimler haline getirilmesi ve devletin hizmet verme alanından çekilmesi yoluyla gerçekleştirilecektir. Bilindiği üzere, piyasa mantığının olumsuz etkileri genellikle kâr etmenin zor olduğu yoksul alanlarda kendini gösterir. Örneğin, devlet sadece düzenleme ve denetleme rolünü üstlendiğinde, yoksul bölgelerde hastane sayilarınm nasil artacağı, kapasitenin nasıl geliştirileceği ya da teçhizatın neden modernleşeceği sorularına cevap vermek kolay değildir. Nüfusun %30'unun sosyal güvencesi bulunmamasından ve Bağ-Kur borçlularının oranımn %75'e dayanmasından da anlaşilacağı gibi, birçok vatandaşın prim ödeyemeyerek sistem dışında kalacağı Doğu ve Güneydoğu bölgelerinde herhangi bir rekabet ortamının oluşacağını varsaymanın ve sistemin bu şekilde iyileşeceğini düşünmenin ne derece anlamlı olacağı da tartışmalıdır.

Reform tartışması

Türkiye'deki reform tartışmalarının belki de en ilginç özelliği, bu tartışmalara hizmet kullamcıların hemen hemen hiç katılmaması olmuştur. Tartışmalarda baştan beri iki taraf belirlenmiş ve tartışma temel olarak Tabipler Birliği ve sağlık çahşanlarını örgütleyen sendikalar ile hükümet arasında cereyan etmiştir. Yukarıda yaptığımız eleştirilerin birçoğu, özellikle piyasa temelli rekabet mantığı ve prime dayalı ödemeler konusu, Tabipler Birliği'nin birçok raporunda konu edilmiş ve sistemin satıcı ve müşteri modeline dayalı bir öngörü içerdiği belirtilmiştir. Ancak gerek Tabipler Birliği, gerekse diğer sağlık çalışanlarının reform konusundaki muhalefeti, hem topyekün olmuş, hem de sağlık çalışanlarının çıkarlarını (kadrolu memurluktan sözleşmeli çahşmaya geçiş, vb.) one çıkarmıştır. Bu durum, Tabipler Birliği'nin sistem tarafmdan zaten ayrıcahkh bir konumda bulunan memurların haklarına öncelik vermesine sebep olmuştur. Bizim bu araştırmadaki amacımız ise reformu kullanıcılar açısında inceleyerek, onların gündelik deneyimi doğrultusunda

eleştiriler ve öngörüler sunmaktır. Varolan sağlık sistemine ve uygulanması planlanan reforma bilhassa en dezavantajlı gruplar açısından bakılmasının, şimdiye kadar göz ardı edilen grupların da bu tartışma alanına dahil edilmesinin kaçımlmaz olduğu konusunda ufuk açıcı olacağmı umuyoruz.

Daha evvel bahsettiğimiz ettiğimiz gibi, reformda en fazla desteklediğimiz konu tüm sağlık güvence sistemlerinin aynı çatı altında toplanmasıdır. Bunun varolan ve memurları en üste koymak suretiyle işleyen vatandaşlık hiyerarşilerini büyük ölçüde değiştireceğine inanmaktayız. Devletin kendine yakm olanı ayrıcahklı kıldığı bu sistemin dönüşmesinin devlet ve vatandaş algısını önemli ölçüde değiştireceğini ve sadık vatandaşın model vatandaş olarak kurgulandığı ulusal gelişmeci modeli kıracağını düşünmekteyiz. Yaptığımız mülakatlarda ortaya çıkan, bu tür bir anlayışın bu sistem tarafından ayrıcalıkh kılmmışlar dışında artık kimsenin gözünde bir meşruiyet taşımadığı yönündedir. Bir diğer deyişle, SSK hastanelerinin devri Tabipler Odası tarafından son derece eleştirilmiş olsa da, kullamcılar açısından baktığımızda durumun hiç de olumsuz olmadığı görülmektedir.

Öte yandan, kullanıcıların da memurların da birbirleri hakkında taşıdıkları kuşkular, tüm tarafları sistemin merkezileştirilmesi, standartlaştırılması ve kontrolünün bilgisayar ortammda yapılması yönünde ikna etmektedir. Ancak sistem genel hatlarıyla tartışıldığında ortaya çıkan bu eğilim, kişisel deneyimler tarafından desteklenmemektedir. Örneğin, yapılan araştırmalarda sağlık çalışanları, merkezden verilen ve tüm bölgeleri eşitmiş gibi kabul eden anlayışların yarardan çok zarar getirdiğini; sağlık ocaklarına karar mekanizmalarında belli bir sorumluluk ve özerklik verilmesi gerektiğini ve geri bildirim kanallarının işlevselleştirilmesinin zorunluluğunu defalarca ortaya koymuşlardır. Öte yandan yasa içine alma, merkezileştirme, standartlaştırma ve yüz yüze ilişkilere izin vermeyen denetim biçimlerinin, stratejiler bölümünde söz konusu ettiğimiz, alt ve alt-orta sınıfların kendilerine açtıkları hareket alanını kısıtlayacağı açıktır. Ayrıca aile biçimleri çok çeşitli olan

bir coğrafyada standart aile ve hane tanımlarının da ne denli çok insanı dışarıda bırakacağını ve bu grupların genellikle, zaten topluma katılımı zor olan etnik azınlıklardan oluşacağını da yukarıdaki tartışmalarımızda belirtmiştik.[12]

Bugün sistemin adaletsizliklerini alt etmeye yarayan stratejiler, reformun retorik evreninde seçim/tercih ismini almıştır. Burada kastedilen, kişilerin kullanabilecekleri hizmetleri değerlendirip, en iyiye karar verdikleri bir sistemdir. Ancak seçimin stratejiden farkı özgür, tekil ve bilgiye haiz bireyler varsaymasıdır. Oysa yukarıda anlattığımız tüm hikâyelerden de anlaşılacağı gibi uygulanan strateji, sosyal, ekonomik ve kültürel iktidar ilişkilerine tabi kılınan vatandaşların, sistemi çok çeşitli "dalaverelerle" kendi öncelikleri ve hayat planlarına göre eğip bükme sürecidir. Kendisini böylesine yasallık ve dahil etme retoriğiyle tanımlayan bir sistemin, bu tür stratejilere tahammülü azalacak ve kontrol mekanizmaları artacaktır. Bu durumla baş etmenin ve adil olmanın tek yolu ise, reformu dışlananlar lehine yeniden düşünmek olmalıdır. Bizim önerimiz öncelikle vergilerle finanse edilen bir sistemdir. Bunun olmaması durumunda ise önerimiz, giriş çıkışların esnek olduğu; prim ödemelerinin süreklilik dışında başka düzenlemelerle de mümkün kılındığı; cezaya değil teşvike dayalı; sağlık hizmetlerine en çok ihtiyaç duyan kadın, yaşlı ve çocukların karar verici konumundaki hane reisi erkeklerden bağımsız olarak ele alındığı bir sistem olacaktır. Böyle bir sistemin terimleri ise ancak yerel düzeydeki sağlık çalışanlarının ve farklı grupların reformun biçimlenmesinde taraf olarak tanınması halinde belirlenebilecektir.

Sonuç

Dünya Bankası tarafından dayatılan ve Türkiye'de uygulanması, çeşitli kısımlarının yasalaşması beklenen sağlık reformu, Türkiye'de yeni devlet ve vatandaş ilişkilerini kurumlaştırma-

12 Sosyal politikaların hane ve aile kurguları ile ilgili olarak bkz. Stack 1997.

ya adaydır ve hükümetin diğer sosyal politikalarından ayrı ele alınmamalıdır. AKP son beş yıl içinde Türkiye'de sosyal politika ve dolayısıyla da vatandaşhk, devlet, hak ve cemaat anlayışımızı etkin bir şekilde dönüştürmüştür. Özelleştirmeye verdiği önem, devletin artık vatandaşlarını öncelikle memur ya da işçi gibi yeri yurdu belli, beklentisi sabit, harcaması mazbut, çocuklarını gene devletin hizmetine hazırlayan aile babaları haline getirme hayalinden vazgeçtiğinin bir göstergesi. Tam tersine, gerek İŞ-KUR aracılığı ile gerekse Sosyal Riski Azaltma Projeleri (SRAP) kapsammda uygulanan "projecilik" anlayışı ile AKP, bilgi ve becerisini sürekli arttıran, aktif olarak piyasa ekonomisine dahil olmaya çalışan vatandaşlar yaratmayı hedeflediğini ortaya koymuştur. Eski dönemin model vatandaşı, emekli sandığının ayrıcahklarıyla ve iş garantisiyle ödüllendirilmiş, devletine sadık memurlar iken; bugün artık sosyal politikalar, kendi planını yapan, kaderini tayin eden, sermaye ve iş gücü piyasalarının yarattığı fırsatları "okuyabilen," farklı kurumlardan kendi hedefleri çerçevesinde ve farklı kapasitelerde yararlanan, donanımlı, rekabetçi, esnek ve muhtardan zahmetle ahnmış ikametgâh ve nüfus suretiyle değil, vatandaşhk numarasıyla hareket eden vatandaşlara yatırım yapmaktadır.

Sosyal politikalar, her ne kadar devletin toplumsal eşitsizliklere müdahalesi olarak anlaşılsa da, yukarıda da belirttiğimiz gibi ekonominin, siyasetin ve sosyal alanın başat aktörleri olacak belli vatandaşlık modellerini oluşturmaya yönelik tasarlamr ve bu sebeple de bazılarını daha eşit gören; bazı topluma katılım biçimlerini kayıran ve ancak bazı tür kişilerin kullanabilecekleri olanakları arttıran bir anlayışla oluşturulup uygulanırlar. Örneğin bu makalede anlatmaya çahştığımız gibi, eski sağlık sistemi Emekli Sandıkhlar, SSK'hlar, Bağ-Kur'lular, Yeşil Karthlar ve hiçbir sosyal güvencesi olmayanlar arasında ciddi bir hiyerarşi kurmuştur. Yeni sistemle birlikte ise, bilip gördüğümüz hiyerarşiler alt üst olmakta, bu gruplar eşitlenmekte, yerine yukarıda belirttiğimiz model vatandaşhğı sahiplenebilme kapasitesine göre yeni farkhlıklar kurulmaktadır. Örneğin

uygulanması düşünülen Genel Sağlık Sigortası yeni eşitsizliği, prim ödeyenler ve ödeyemeyenler arasmda kurmaktadır. Prim ödeyebilenlerin en seçkinlerinin ise, kapsanan ve kapsanmayan hastahkları iyi bilen, özel hastanelerle devlet hastanelerinde yararlanılan tedavilerin ücret farklılıkları gibi ince hesapları yapabilen ve sistemi bizzat bir sigortacı gibi özel sağlık sigortasıyla da birleştirebilecek ve en yüksek verimde değerlendireceklerden oluşması öngörülmektedir. Bu durumda, haliyle kadmlar, yoksullar, sıkhkla işe girip çıkanlar ve kırsal bölgelerde yaşayanlar eşitlik konusunda geriye düşmektedir.

Ancak AKP bu kesimleri tamamen kendi haline bırakmamıştır. AKP hükümetinin Yeşil Kart dağıtımını yaygınlaştırıp, kartm kapsamına ilaç ahmını da sokarak bir anlamda ihya ettiği yoksul kesimler, günümüzde sosyal politika alanımn yeniden tanımladığı bir başka grup olarak karşımıza çıkmaktadır. AKP hem Yeşil Kart politikasıyla hem de Sosyal Riski Azaltma Projesi'nin Şartlı Nakit Transferi uygulaması yoluyla bu grupla yeni vatandaş-devlet ilişkileri kurmayı başarmıştır. Bu ilişkilerin "toplumsal içerme etkisi" ise yoksul vatandaşlar tarafından (bilhassa Kürt bölgelerinde) artan oylarla ödüllendirilmiştir.

Modern toplumlarda devlet "tanınma"nın bir numarah mercii olarak karşımıza çıkmaktadır. Muhalifler, kadınlar, ezilenler, Türkiye'de son yıllarda bilhassa anayasa ve diğer hukuk düzenlerinde demokratikleşme ve insan hakları isimleri altında devletin kendi farklılıklarım, yaralarını tanıması için çok çeşitli mücadeleler vermişlerdir. Ancak insan hakları ve demokratikleşme hem Türkiye'de uygulanış biçimi sebebiyle, hem de tanımları itibariyle gündelik hayatta arzulanan "tanınmayı" gerçekleştirememiştir. AKP hukuk alanında yapamadığını SRAP ve Yeşil Kart sayesinde, sosyal politika alanında yapmayı başarmıştır.

Öte yandan Yeşil Kart'ın insanları yasal sisteme sokma potansiyelini; devlete bağımh ve tabi kılma halini; yoksulluğu tek kimlik olarak benimsemeyi dayatmasım ve şikâyetleri de siyasi muhalefet ve sistem karşıthğından, kurumlarda yolsuzluk anlatılarına dönüştürme gücünü küçümsememek gerekir. Bir diğer

deyişle Yeşil Kart, yoksulları tanıdığı kadar, onları evcilleştirmeyi de başaran bir sistemdir. Öte yandan, Yeşil Kart kapsamına giren vatandaşların da, Bağ-Kur borçlularının Yeşil Karta hak kazanma düzenlemelerinin yapılması örneğinde görüldüğü gibi, sistemi dönüştürme potansiyeli bulunmaktadır.[13]

Genel Sağlık Sigortası, model vatandaşları esnek ve hareketli kılarken, yoksul vatandaşları yasallaştırma, devletin görünebilirlik alamna alma, sisteme dahil etme projelerinin bir başka ayağı olarak değerlendirilmelidir. Sisteme dahil olmayı seçenlerin gelirleri ve harcamaları primler aracılığıyla düzenlenir, dilleri yasanın diline uyumlu hale getirilir ve garantili iş aramaları desteklenip, AKP'nin diğer projelerine eklemlenmeleri cesaretlendirilirken, prim ödemeyenler ise bilgisayar ortamında denetimin mutlak hale getirildiği bir borç ekonomisine dahil olacaklardır.[14] Sonuç olarak, kammızca Türkiye'deki vatandaş-devlet ilişkilerini böylesi kokten değişime uğratacak bir reformun Dünya Bankası ve Tabipler Birliği dışmda yerel birimlerde belirlenen ve kararlara katılma süreci garanti altına ahnan başka ve çok çeşitli sınıftan, cinsiyetten, yaştan, aile biçiminden, etnik gruptan ve farkh anlayışlara sahip sağlık çahşanlarından oluşan muhatapları olması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Chatterjee, Partha (2004). *The Politics of the Governed.* New York: Colombia University Press.

Goode, Judith, and Jeff Maskovsky (2001). *The New Poverty Studies: Ethnography of Power, Politics, and Impoverished People in the United States.* NewYork ve Londra: New York University Press.

Gupta, Akhil. (1995). Blurred Boundaries: The Discourse of Corruption, the Culture of Politics, and the Imagined State. *American Ethnologist,* Vol. 22(2):375-402.

Masquieler, Adeline (2001) Behind the Dispensary's Prosperous Façade: Imagining the State in Rural Niger *Public Culture* 13(2) 267-291

Roberts, M.J., Hsiao, W, Berman, P Reich, M.R. (2004). *Getting Health Reform Right.* New York: Oxford University Press.

13 Sosyal politika alanında devlet ve vatandaşhk kurgularının alttan gelen baskılarla degişme tartışması için bkz. Chatterjee

14 Neo-liberal rejimde oluşan yoksulluk, vatandaşlık ve devlet ilişkisi için bkz. Godde ve Maskovsky 2001.

Shore, Cris, and Susan Wright. (1997). *Anthropology of Policy: Critical Perspectives on Governance and Power* New York: Routledge.

Siegel, James (1998). *A New Criminal Type in Jakarta: Counter-Revolution Today.* Durham ve Londra: Duke University Press.

Stack , Carol B (1997), Beyond What Are Given As Givens: Ethnography and Critical Policy Studies. *Ethos* 25 (2) 191-207

TESEV (2006). *Doğu ve Güneydoğu'da Sosyal ve Ekonomik Öncelikler.* Istanbul

TUIK (DIE) (2003). *Hanehalkı İşgücü Veritabanı.* www.tuik,gov.tr

Piyasa ile Politika Arasında Sağlık Hizmetlerinin Konumu

COLIN LEYS*

Uzun yıllar, University College London Kamu Sağlığı Araştırma Birimi'ne bağh çahşmış biri olarak, Ingiliz sistemi hakkmda edindiğim bilgiye dayanarak siyaset ve piyasalar arasına sıkışmış sağlık hizmetleri hakkında soyut bazı şeyler söylemektense, Ingiliz sağlık sistemini ve bu sistemin içinden geçmekte olduğu dönüşümleri ele alıp, bunlar çerçevesinde konuşmak ve sağlık sistemlerinin dinamikleri hakkında burada tartışılmasım istediğim konulara değinmek istiyorum.

Ingiliz Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS), her bir hizmet biriminde genel, kapsamlı ve ücretsiz olacak ve vergiler ile finanse edilecek biçimde, iyimser bir ifadeyle "beşikten mezara kadar" sürecek bir sistem olarak şekillendirildi. Ve bu şekilde, 1948'den 1979'a kadar 30 yıl boyunca işlerliğini korudu. Şimdilerde ise, Türkiye ile ilgili olarak Çağlar Keyder'den duyduklarımıza ve dünyanm pek çok ülkesindeki gelişmelere –pek de rastlantısal olmayan bir şekilde– benzer, radikal bir dönüşüm geçirmekte: Devletin sağlık hizmetleri sağlayıcısı olmaktan çıkarak, sadece sağlık hizmetlerini finanse eden bir rol üstlendiği, kurumlarca düzenlenen bir piyasa halini almış bir sistem.

(*) Queen's Üniversitesi, Kanada.

Peki, bu neden böyle? Blair hükümeti kendisini bütünüyle, ABD liderliğindeki, sağlık da dahil olmak üzere, tum kamu hizmetlerini uluslararası hizmet sağlayıcıların rekabetine açmaya yönelik hareketin içine soktu. Bunun iki sebebi var: Birincisi bu hükümet; küresel, kâr amacı güden sağlık hizmeti sağlayıcılarından kaynaklanan rekabetin ülkedeki sağlık hizmetlerinin verimliliğini arttıracağına inanıyor. Ve ikinci olarak da yabancı hizmet sağlayıcılar ile hem ülke içinde hem de uluslararası ortamda rekabet edebilecek kapasiteye sahip bir İngiliz sağhk endüstrisi oluşturmak istiyor. Bu, ekonomi ve ticaret ile ilgili bir politikadır ve ana muhalefet partisi konumundaki Muhafazakâr parti de bu görüşleri paylaşmaktadır. Dolayısıyla bu politikanın, iki tarafın da desteğini aldığım söyleyebiliriz. Tuhaf olan nokta ise, bahsedilen Türkiye örneğinden farklı olarak, bu uygulamanın bir anlamda gizli yürütülmesidir. Pek çoğunuzun halk sağlığı alanından tanıdığı, Birmingham Üniversitesi'nde sağhk politikası uzmam olan Profesör Chris Ham'den bir alıntı yapmak istiyorum. Kendisi, iki yıl boyunca Sağlık Bakanlığı'nda strateji müdürlüğü görevini yürüttü ve geçen yıl görevinden ayrıldı. Ham, geçtiğimiz günlerde *Financial Times* ile yaptığı bir röportajda şunları söyledi: "Temeller, sağhk hizmeti sunumunda tam bir dönüşüm hedefiyle atıldı. Ulusal Sağhk Hizmetleri'nin neredeyse tum sağlık hizmetlerini sağladığı bütünleşik yapıdan uzaklaşıyor ve özel sektörün gittikçe daha önemli roller üstleneceği karma bir sisteme doğru gidiyoruz. Hükümet, Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin zaman içinde daha çok sigortacılık hizmetlerini üstleneceği bir yola adımını atmıştır." Bu ifade, Sn. Ham'in iki yıl boyunca yönettiği politikanın sonucunda varılan noktaya ilişkin yerinde bir açıklamaydı aslında. Ancak bu açıklama, Avam Kamarası Sağhk Bakam tarafından yapılmış olsaydı, muhtemelen büyük tepkiler alırdı. Uygulamaya yönelik adımlar, "Ulusal Sağlık Hizmetlerini iyileştirme plam" gibi zararsız başlıklar altında, uygulanan politikaya ilişkin belgelerde ya da beyaz kitaplarda ortaya konmuştu. Bu kitapların son kısımlarında yer alan sekizinci bölümün altı sayfası, piyasanın gerçekte nasıl işleyeceğini

ortaya koymaktadır. Bu kısımda aniden, "tercih hakkı"ndan, hastaların istek ve ihtiyaçlarına karşı duyarlılık bahsinden, yapılandırmaya çalıştığımız (buradaki "biz", Sağlık Bakanlığı'nda bu bölümü hazırlayan kişiler anlamında) mali teşvikler sistemine geçiliyor. Burada, klinik hizmetler alanında uygulamaya konulacak olan sistemin, tam anlamıyla açık bir piyasa mantığı olduğu ortaya çıkıyor. Kısacası bu süreç çok hızlı ilerlemesinin yam sıra, İngiliz toplumunun büyük çoğunluğu tarafından da yeterince bilinmiyor. Eğer biliniyor olsaydı, çok ciddi siyasi sorunlar yaşanacağını tahmin ediyorum.

Ulusal Sağlık Hizmeti tarihçesi

Hızlı bir şekilde, "asıl Ulusal Sağlık Hizmeti" hakkında birşeyler söylemek istiyorum. Bu sistem, parlamentoya sunulan, son derece detaylı finansal raporlarla değerlendirilmesi nedeniyle mali açıdan; Sağlık Bakanı ve 1974'ten bu yana yerel nüfusu temsil eden Toplum Sağlık Konseyleri aracılığıyla da siyasi açıdan tam anlamda güvenilirdi. Örneğin, bu konseyler sağlık alanında yerel halkın istemediği büyük değişiklikleri en azından reddetme ya da durdurma gibi önemli bir güce sahiplerdi. Dolayısıyla, sorumluluğun taşınması bakımından işlerliğe sahip bir yapı mevcuttu ve günümüze kadar halk tarafından desteklenip başvurulan bir sistem söz konusuydu. Basının devamlı olarak muhalif bir tavır sergilemesine rağmen, yapılan kamuoyu araştırmaları bu durumu açık bir şekilde ortaya koymaktadır.

Sistemin başlıca zayıf noktası, vergi temelli finansmana dayalı olması ve bu nedenle de harcama kesintileri açısından hassasiyet taşımasıydı. Iki yıl öncesine kadar, İngiltere'de GSYİH'den sağlık harcamalarına ayrılan pay, yetersiz finansman nedeniyle, Avrupa ortalamasının neredeyse %3 altına düşmüştü. 2000 yılından itibaren ve özellikle 2002 yılında ise sağlık harcamalarında önemli ölçüde bir genişleme öngörüldü. Bu, yıllık harcamada 5 yıl içerisinde elde edilen %30'luk bir reel artıştı ve o zamana kadar sağlık hizmetlerinde görülme-

miş bir uygulamaydı. Öte yandan, Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin uzun süre yetersiz finanse edilmesi nedeniyle sermaye altyapısı o dönemde ihmal edilmiş ve güncelliğini tamamen kaybetmişti. Ayrıca, nispeten düşük ödeme seviyeleri ve diğer Batı Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında hasta başına düşen klinik personeli oranının düşüklüğü de, özel sektör icin, nüfusun yaklaşık %10'u oranında bir faaliyet alanı oluşturdu. Sonuç olarak, özel sağlık sigorta primleri tamamıyla şirketler tarafından karşılanmasa da, kıdemli personel ve ailelerine yönelik kapsamlı sağlık hizmetleri sunan özel sigorta paketlerinin primlerinin işverenler tarafından ödendiği bir sistem ortaya çıktı. Değişimlerin gerçekleştirildiği bağlam buydu.

Değişimler, hastane sektörünün iş kolları ekseninde dahilî olarak yeniden düzenlendiği 1980'lerde başladı: Yetki, hastane doktorlarmdan genel müdürlere devredildi ve klinik hizmetler dışındaki hizmetler ise dışarıdan satın alınmaya başladı. 1990'larda ise, tüm hastanelerin (politik açıdan olmasa da) mali açıdan bağımsız "vakıflara" dönüştüğü ve hizmetlerin, kullanılan tabirle, "ahcılara" ve bölge düzeyindeki (Sağlık Bakanlığı tarafından atanmış olan) sağlık yetkililerine satıldığı, "iç pazar" olarak tanımlanan uygulamanın getirildiğini görüyoruz. Yine 90'lar boyunca, altyapı özelleştirilmeye başlamış ve bu uygulama 1997'de iktidara gelen lşçi Partisi tarafından da devam ettirilmiştir. Burada, tüm önemli hastane ve birinci basamak sağlık merkezi binalarımn artık özel şirketler tarafından inşa edildiği ve klinik olmayan hizmetlerle donatılmış bu binaların yeniden Ulusal Sağlık Hizmetlerine kiralandığı "Özel Finans lnisiyatifi" adı verilen uygulamadan veya kamu-özel sektör ortaklıklarından bahsediyorum.

Yeni uygulamalar ve olası sonuçlar

Artık bu yüzyılın ilk on yılı içerisinde ve değişimin üçüncü aşamasında bulunuyoruz. Şimdi, özgün ve tam teşekküllü, kâr amacı güden sağlık hizmeti sağlayıcılarına açık, ancak tüm ödemelerin vergi gelirlerinden yapılacağı ve hastaların, hizmet

sağlayıcılarının tümünde, hizmetlerden yine ücretsiz olarak faydalanacakları bir sağlık piyasasını hedefleyen politikalar söz konusu. Peki, ama bu yeni piyasanın nasıl çahşması bekleniyor?

Sağlık bakanhğı ilk olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha ucuz olması nedeniyle ve birinci basamak doktorlarıyla diğer sağlık çalışanlarının, hastane fonlarına verilebilecek sorumluluklar ve yerel düzeyde temin edilebilecek hizmetler konusunda etkin olmalarımn maliyetleri azaltacağı görüşünden yola çıkarak, Ulusal Sağlık Hizmetleri bütçesinin %80'ini birinci basamak sağlık hizmetleri fonlarına aktarır.

Ikinci olarak, hastane vakıfları mali açıdan daha yetkin hale geldiğinden, daha fazla özerklik kazanmak amacıyla 'kuruluş vakfı' niteliğine kavuşmak üzere başvuruda bulunabilirler. Kuruluş vakıfları artık Sağlık Bakanlığı'nın ülke genelindeki kolları konumunda olan 28 Stratejik Sağlık Birimi aracılığıyla değil, demiryolu ve su hizmetleri gibi diğer tüm özelleştirilmiş hizmetlerde olduğu gibi, bağımsız bir düzenleyici olan 'Monitor' (İzleme) tarafından düzenlenir. 'Monitor', 'vakıf fonları' biçimini alarak piyasanın tam anlamıyla bir parçası haline gelmiş olan tüm fonları düzenler.

Birinci Basamak Vakıfları, ikinci basamak sağlık hizmetleri için hastane ve kuruluş vakıflarının yam sıra, giderek daha çok sayıda özel sağlık hizmeti sağlayan şirketi görevlendirir. Diğer bir deyişle ikinci basamak sağlık hizmeti sağlanması konusunda bir pazar oluşturulur ve Ulusal Sağlık Hizmetleri hastaneleri de artık bu pazar içerisinde rekabet etmek durumunda kalır.

Buna ek olarak, ödeme artık genel anlaşmalar ya da tedavi edilecek hasta sayısı temelinde değil, "sonuçlar" temelinde yapılır. Önemli miktarda tedavi uygulamasmın Birinci Basamak Vakıfları tarafından bölgedeki belli hastanelere yaptırılması yerine, hastanelere, verdikleri hizmetlerin karşılığında ödeme yapılacaktır. Bu da tüm tedavilerin fiyatlandırılması gerektiği anlamına gelmektedir. Ayrıca, tedavi çeşitlerinin fiyatlarımn belirli olduğu "ulusal tarife" adı verilen bir uygulama bulun-

maktadır; bu uygulama henüz tüm tedavileri kapsamasa da, tüm tedavileri kapsaması hedeflenmektedir. Fiyatlar, ABD'deki 'teşhise göre gruplama'ya *(diagnostic-related groups)* benzer şekilde 'sağlık durumuna göre gruplama' *(health related groups)* esas alınarak hesaplanacaktır. İkinci olarak ise, hastanın, acil olmayan tedavi hakkmda tercih yapabilmesi söz konusu olacaktır. 2008 yılı itibariyle hastalar, ulusal tarife ile tespit edilmiş olan fiyatlarla tedavi sunmayı kabul eden özel hastaneler de dahıl olmak üzere, ülkede herhangi bir hastaneyi tercih edebileceklerdir.

Şimdi de, burada konuya dahil olacak özel sektöre bakahm. Bunlar, kâr amacı güden ve gütmeyen hastaneler de dahil olmak üzere, genel olarak 'bağımsız' hastaneler olarak bilinirler. Hükümet, Birinci Basamak Vakıflarına, yıllık tedavi taleplerinin belli bir oranını bağımsız sektörden karşılamaları konusunda verdiği talimatları sıklaştırmaktadır. Şu anda asıl tartışma, Bağımsız Sektor Tedavi Merkezleri çevresindedir. Bağımsız Sektor Tedavi Merkezleri öncelikle, rutin ortopedik ameliyatlar, diz transplantı ve katarakt ameliyatı gibi uygulamaları gerçekleştiren uzman tedavi merkezleridir ve çoğunlukla Amerika kökenli kâr amaçlı sağlık kuruluşlarına ait oldukları için, 'bağımsız' ifadesinden anlaşılması gereken aslında, bu merkezlerin kâr amaçlı olduklarıdır. Bunlar özel sektör için temel yeni açılım alanlarıdır ve yaklaşık seksen özel sağlık kuruluşu içerisinde otuz dort bağımsız sektör tedavi merkezi bulunmaktadır. Diğerleri ise Ulusal Sağlık Hizmetleri hastanelerinden ayrılanlardır. Bağımsız Sektör Tedavi Merkezleri, özel sektör için riski düşük olan bir başlangıç noktası niteliğindedir ve işin ilginç yanı, bunlardan ulusal tarifeye göre tedavi sunmaları istenmemektedir. Sundukları hizmet karşıhğında ulusal tarifenin %40 üzerinde ücret almalarının yam sıra, beş yıllık hasta başvurusu ihtiyaçları garantilenmiştir. Dolayısıyla, son derece düşük bir riskle piyasaya dahil olmaktadırlar.

Peki, devletin bu merkezlere sunduğu imtiyazın sebebi nedir? Bu imtiyaz, bu tip şirketlerin 'başlangıç' maliyetlerini karşılayabilmelerine yönelik bir 'piyasa dinamikleri faktörü' olarak

tanımlanmıştır. Ancak uygulama sonradan, kamu kaynağının özel sektöre hediye gibi sunulmasından daha karmaşık bir hal almıştır. Ulusal Sağlık Hizmetlerine sağlanan %30'luk fazladan hükümet fonunun reel anlamda uygulamaya girmesiyle, özel sigortanın cazibesinin azalacağından endişelenilmektedir. Bu durumda özel sektörün iş hacmi de azalma eğilimine girecektir. Hükümetin bunu dikkate almasının sebebi ise Ulusal Sağlık Hizmetleri hastanelerinin, Ulusal Sağlık Hizmetlerinden olmayan hastanelerle 'rekabeti' konusunda büyük endişe duymasıdır. Bunu engellemek için de en azından dort büyük sağlık hizmetleri sağlayıcısı zincirinin bu alanda faaliyet göstermesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Bunu sağlamanın tek yolu da, 5 yıllık dönemde bu tür özel şirketlerin bu alanda faaliyet göstermelerini sağlamak ve bu dönem boyunca söz konusu şirketleri son derece avantajh koşullarla sürece dahil etmek olacaktır. Elbette bu kararlar da kamuya açıklanmış değil. Ancak hükümetin bazı politik uygulamalara yönelik belgelerinden alıntı yapmayı olanakh kılan bilgi edinme kanunu aracılığıyla, bahsi geçen analiz son derece net bir şekilde ortaya çıkmaktadır.

Bu piyasa nasıl işleyeceğini yeniden soruyorum. Teoride, kalite ve maliyet açısından bir rekabet olacak, ancak fiyatlar açısından durum aynı değil. Ulusal tarife sistemi içerisinde herkesin aynı fiyatları uygulaması gerekecektir. Bu yöntemin bu şekilde işlemesi bekleniyor. Düşük maliyetle yüksek kalitede hizmet sunan bir Ulusal Sağlık Hizmetleri hastanesi, daha yüksek maaş, daha fazla personel ya da daha iyi tesis vb. işler için harcayabileceği fazladan bir kazanç elde etmiş olacaktır. Yüksek maliyetle ya da düşük kalitede hizmet sunan ve bu nedenle de hastaların tercih etmedikleri bir Ulusal Sağlık Hizmetleri hastanesinin bütçesinde ise, özellikle de hastalar tarafından tercih edilmeyen hizmetler kısmında bir açık oluşacaktır. Bu hastanenin ayakta kalabilmek için, personeli azaltarak, personel maaşlarını düşürerek ya da zarar getiren hizmet birimlerini kapatarak maliyetlerini kısması gerekecektir. Zaten hükümet de, bazı hizmet birimlerinin kapatılmasına hazır olduğunu açıkça ifade etmiştir.

Hastaneler para kaybettiğinde 'Monitor'un, yani düzenleyicinin müdahale etme ve hastaneyi para kaybettiren hizmet birimlerini kapatmaya zorlama yetkisi vardır. Hükümet, birinci basamak dışındaki hizmet birimlerinin kapatılmasına izin vereceğini dile getirmekte ve birinci basamağa örnek olarak, açık tutulması zorunlu olan kazalarla ilgilenen birimleri ve acil servisleri göstermektedir. Ancak varolan hastane sistemine bakıldığında, buralara gelen kişilerin gonderilebilecekleri bir yer olmadığı takdirde, kaza ya da acil vaka hizmetinin bir işe yaramayacağı tahmin edilebilir. O halde bu durum, aslında hastanelerin kapatılması anlamına gelmektedir. Bu da neticede, hükümetin yapmak istediğini belirttiği şey. Burada temel olarak, hastane yöneticileri hedefleniyor ve bu kişilerin, maliyet kısma konusuna daha ciddi bir şekilde odaklanmaları, böylece daha rekabetçi olmaları ve hesaplar vb. konularında daha profesyonel davranmaları amaçlamyor olabilir. Bu, tartışmaların yoğun olduğu bir konu. Ancak söylenenlere bakılırsa, ileride hastanelerin kapatılması söz konusu olabilir.

Özel sağlık hizmetlerine yönelim, birinci basamak sağlık hizmetleri seviyesinde de görülmektedir. Geleneksel olarak tum birinci basamak sağlık hizmetleri genel pratisyenlerin tekelinde olagelmiştir. Ancak bu durum artı değiştiği görülmektedir. Genel pratisyenler artık 24 saat ya da hafta sonu görev başında olup olmamak konusunda kararlarını kendileri veriyorlar ve çoğu da, "çalışma saatleri dışı" olarak tanımlanan bu zamanlarda hizmet vermemeyi tercih ediyor. Dolayısıyla, Birinci Basamak Vakıfları da bu çalışma saatleri dışında kalan zamanlarda başkalarından hizmet almak durumundalar. Bu talep ise, gittikçe daha fazla oranda, bu işe talip olan genel pratisyenleri ve klinik personeli istihdam eden kurumsal hizmet sağlayıcılar tarafından karşılanıyor.

LIFT (Local Improvement Finance Trust) olarak adlandırılan 'yerel geliştirme finans vakıfları' aracılığıyla da bu hizmetler ahnabilmektedir. Bunlar, devlet ile özel şirketler arasında kurulmuş, hastaneleri inşa eden ve daha sonra da binaları hastane vakıflarına kiralayan özel konsorsiyumlara benzer ortak-

lıklardır. LIFTCo olarak bilinen yerel geliştirme finans şirketleri, genel uygulamalar ve diğer birinci basamak sağlık hizmetleri için yeni binalar inşa eden ve yenileyen kuruluşlardır, ancak artık, sağlık hizmeti sağlamaya teşvik ediliyorlar. Dolayısıyla, çalışma saatleri dışındaki hizmetler ve bazı durumlarda tum genel uygulamalar, giderek artan bir oranda, özel sektor payını genellikle büyük özel sağlık sigortası şirketlerinin karşıladığı bu ortaklık şirketleri tarafmdan verilmektedir. Dolayısıyla artık LIFT şirketleri için çalışan genel pratisyen hekimler bulunmaktadır ve bazı alanlarda, tüm genel uygulamaları gerçekleştirmek ve olağan haftalık-günlük sağlık hizmetlerini sağlamak üzere, yerel birinci basamak sağlık vakıfları tarafmdan tutulan kurumsal sağlayıcılar görev yapmaktadır.

Özel sektörle rekabet neler getirecek?

Görüldüğü kadarıyla amaç, bu yeni sağlık pazarının bütünüyle vergi gelirlerinden finanse edilmesi ve hizmet noktasında genel, eşit, ücretsiz hale getirilmesi olmasına rağmen; hastalara yönelik olarak piyasadaki kâr odaklı hizmet sağlayıcılarla girişilecek rekabet, düşük maliyeti de beraberinde getirecektir. Halihazırda, geçerli olabilecek iki yönde eleştiriden ya da çözümlemeden balısetmek mümkündür. Birincisi maliyetlerle ilgilidir; bu eleştiri, hem bu tür bir pazarda ortaya çıkması muhtemel maddi maliyetlere, hem de sağlık alanında kalite ve eşitliğin kaybından doğan maliyetlere işaret etmektedir. Diğer eleştiri ise, bu piyasanın doğası gereği istikrarsız oluşuna ilişkindir. Bu noktada, kamu tarafmdan sübvanse edilen bu sistemin, yoksullara giderek daha kısıtlı oranda hizmet sunan, buna karşılık, az ya da çok özel hizmet sunumuna dayalı olması itibariyle, varlıkhların sağlık hizmetlerinin kamu tarafmdan finanse edildiği bir sisteme dönüşmesi mecburiyetine işaret edilmektedir.

Maliyetler konusunda sadece iki noktaya değineceğim. İngiltere sağlık sistemi üzerine çahşan başhca tarihçi olan Charles Webster, 1970'lerde NHS'nin idari maliyetlerinin, toplam

bütçesinin %5'i ile 6'sı arasında olacağı tahmininde bulunmuştu. Bu rakamın genel olarak, 1990'ların ortasında iç piyasanın oluşturulduğu sıralarda, toplam harcamanın %12'sine yükseleceği düşünüldü. Bazı kişiler, iç piyasanın gelişmesiyle bu oranın daha da artacağı tahmininde bulundular; örneğin ben, %17 olacağı tahminini işittim. Kamu alımları ile karşılaştırıldığında, hastane inşaatlarının özel sektör tarafından finanse edildiği Özel Finans İnisiyatifinin yılda fazladan 1 milyar sterlinlik, hatta belki toplam bütçenin %1,5'i oranında bir maliyete sebep olacağı tahmin ediliyor. Artık, 'hasta tercihi', tarife ve sonuçlara dayalı ödeme, yani bireysel harcama sonrası faturalama sistemine geçildiği de düşünüldüğünde, idari maliyetlerin ABD sisteminin seviyesine yaklaşması beklenmelidir.

ABD'nin piyasa-temelli sisteminde, idari maliyetlerin maliyetler içerisindeki payı, sistemin hangi kısmına baktığınıza bağlı olarak %25 ile %50 arasında tahmin edilmektedir. Piyasaya açılmış Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin idari maliyetinin, en düşük ABD seviyesinin bile altında olacağını, sözgelimi yaklaşık %20 civarında kalacağını varsayarsak, 1980'den bugüne toplam bütçenin yaklaşık %10'u kadar bir artış gerçekleştiğini görüyoruz ki bu da yılda 80 milyon sterline denk gelmektedir. Bu artışın 1980 sonrası serbest piyasaya doğru gerçekleşen yönelim nedeniyle ortaya çıktığı söylenebilir. Burada sorulacak tek bir soru vardır: "Buna değdi mi?" Eski sistemde bu para ile ahnabilecek hizmetler açısından bir iyileşme, gelişme oldu mu ya da olacak mı?

Yeni sistemin dinamikleri

Bir kamu hizmetini metalaştırabilmenin dort koşulu vardır: İlk olarak, hizmetlerin satılabilir birimler, yani ücretlendirilebilir hizmet paketleri haline getirilmiş olması gerekir. Ikinci olarak ise, insanların daha önceden sunum noktasında ücretsiz edinebildikleri bir şeyi satın almaya ikna edilmeleri gerekir. Üçüncü olarak, işgücünün hizmet etiğiyle hareket eden bir ekip olmaktan çıkıp, kâr üretmeye odaklı bir ekibe dönüştü-

rülmesi gerekir. Ve dördüncü olarak da, özel sermayeyi, hizmeti bir meta gibi üretmeye ikna edebilmek için riskin bütünüyle devlet tarafından üstlenilmesi gerekir. Bu süreç içerisinde Britanya'da ya da en azından İngiltere'de, –burada Birleşik Kralhk'ın kısımları arasında bir farklılık gözetiyorum; çünkü sağlık sistemi her bölgede belli ölçüde farkh şekilde organize edilmiş durumda; bu özellikle, piyasa eğilimini İngiltere merkez bölgesi kadar izlememiş olan İskoçya ve Galler bölgeleri için geçerli– İngiltere merkez bölgesinde bir, üç ve dördüncü noktalar tam anlamıyla uygulanmış durumda. Ulusal tarife yakında her çeşit tedaviyi kapsayacak.

Ulusal Sağlık Hizmetleri kapsamında istihdam edilen ve hizmeti satın alınan, klinik hizmetler dışmda çahşanlar da dahil olmak üzere, tüm çalışanların sözleşmeleri, hastane danışmanları sozleşmelerinin imzalanması yoluyla ve son dönemde, bağımsız vakıflara devredilen yetkiler aracılığıyla, hemşireler de dahil olmak üzere, tüm klinik personelin maaş kadrolarını belirlemek üzere yeniden yazılmıştır. Eski genel pratisyenlerin sözleşmeleri ise hafta boyunca yaptıkları iş için de ödeme almalarını sağlayacak şekilde değiştirilmiştir ve genel pratisyenler gittikçe artan bir oranda maaşh kadroya girmektedirler; halihazırda genel pratisyenlerin %9'u maaşh çahşmaktadır. Genel muayenehaneler, muayenehanenin ortakları ya da özel şirketler bu kişileri maaşlı olarak işe alabilmektedir. Ayrıca, klinik birinci basamak sağlık hizmetleri sunumu da gittikçe daha fazla oranda genel pratisyenler ile, dişçiler gibi diğer birinci basamak sağhk hizmet sağlayıcıları ve şirketleşen özel sektör arasında paylaşılmaktadır.

Eksik olan ise özelleştirmenin ikinci unsurudur: Ücretsiz hizmet alma zorlaştırılarak, hastalar, sağlık hizmetlerini satın almaya zorlanmaktadır. Ulusal tarife en azından uzun vadede devlet açısından maliyeti sınırlandırırken ve özel sektör sağlayıcılarının Ulusal Sağhk Hizmeti sağlayıcıları ile aym tarifeyi uygulayarak rekabet etmeleri beklenirken; hastaların, doktorlarını ve hastanelerini, herhangi bir ödeme yapmadan, ülkenin herhangi bir yerinde, özel sektörden veya kamu sektöründen

seçmelerine izin verilmektedir. Burada benim sorum bunun istikrarlı bir sistem olarak görülüp görülemeyeceğidir.

Bence istikrarlı olmadığı ve daha da dönüştürüleceği açıktır. İnsanlar çeşitli şeylerden dolayı sisteme yabancılaşacaktır. İlk olarak, özellikle ruh hastalığı, kronik hastalıklar gibi mali açıdan karşılığı daha az olan rahatsızlıklar konusunda eşitsizlikler ortaya çıkacaktır. Tüm yapabildikleri, ulusal tarife ile oynamakla sınırlı olan Sağlık Bakanlığı'nın perde arkası yöneticileri, bu konuya yeteri kadar ilgi gösteremeyeceklerdir. Bu tür hastalıkların tedavilerini ücretlendirmek son derece güçtür. Ayrıca, halen ciddi yapısal işsizlik ile baş etmeye çalışan, ülkenin en fakir bölgelerinde, iç bölgelerinde ya da taşra bölgelerindeki halk açısından o meşhur 'tersine bakım' *(reverse care)* kuralı geçerli olacaktır ve sağlık hizmetine en fazla ihtiyaç duyan kişiler bu hizmetlerden en az faydalanabilen grubu oluşturacaklardır. 'Bölgesel kısıtlama' *(post-code rationing)* adı verilen bir sistem geliştirilmiş ve bunun sonucunda, ülkenin bazı bölgelerinde Birinci Basamak Sağlık Vakıfları, ellerindeki fonlar ile o bölgenin fiilî talebi arasındaki ilişkiyi iyi ayarlayamadıkları için, ülkede bazı bölgelerde birtakım pahalı ilaç reçetelerin alınması olasılığı düşmüştür. Bu sistem gittikçe daha yaygın bir hale getirilip ilaçlardan başka konuları da etkileyecektir.

Bir bölgede, yakındaki başka bir bölgeye nazaran daha iyi bir kalp ameliyatı geçirmek mümkün olacaktır. Bir hastanenin tüm hizmet birimlerinin kapatılmasına izin verilen bir sistemde bu tür eşitsizlikler yaygınlaşma eğilimine girecek, böylesi bir durum ise muhtemelen çok büyük tepki çekecek ve insanlar özel sigortaya geri döneceklerdir. Burada Ulusal Sağhk Hizmetleri Fonlarımn 2003 yılı itibariyle %42 oranında açık verdiğini de eklemek isterim. Bu belki çok da büyük bir açık değil, ama birkaç milyon sterline denk gelen, 3 milyon avroluk açığı bulunan bir fon açısından bu yeterince önemli bir sorundur. Açığın kapatılabilmesi için, bir sonraki yıl yapılabileceklerin hesaba katılması gerekiyor. Kısacası, her ne kadar tüm açıkların toplamı 2003 yılında Ulusal Sağhk Hizmetleri'nin toplam bütçesinin %1'inden az olsa da, herhangi bir hastane-

deki işleyişi etkileyebilecek bu açıklar çok ciddi problemlerdir ve bu durum hasta tercihinin uygulamaya sokulmasıyla birlikte gelen mali istikrarsızlık nedeniyle daha da kötüleşecektir.

Hastaların sadece %10'u dahi, aldıkları sağhk hizmetlerinin, son on yıldır ya da daha uzun zamandır Birinci Basamak Sağhk Hizmeti Vakıfları tarafından finanse edildiği en yakın hastaneye gitmeyi tercih etmeyip başka bir sağlık merkezine başvurdukları takdirde, bu tercihe yol açan bilinmeyen bir unsur birdenbire çok önemli bir mali sorun halini alacaktır. Örnek vermek gerekirse, yerel bir gazetede, kalça protezi takılmış fakat ameliyatı iyi sonuç vermemiş olan 75 yaşmdaki bir kişinin, hastaneye geri gelmek zorunda kaldığına ve hastanede yer olmaması nedeniyle, iki gün boyunca sedyede bekletildiğine ya da buna benzer durumlara dair haberlerle karşılaşabiliriz. Bu tür bir haberin etkisiyle okuyucular, bu hastanenin ortopedi bölümünün kötü olduğunu düşünecekler ve bu durumda bazı hastalar, başka hastaneleri tercih etmeye başlayacaktır. Bu da, talepte oluşan bu tür dalgalanmalara ahşkın olmayan ve herhangi bir mali rezervi bulunmayan söz konusu hastanenin gelirinde bir istikrarsızhğa yol açmaya yetecektir.

Kurucu vakıf sisteminin diğer bir özelliği de, geçmişte esasen dönemsel olan finansman sıkıntılarının çözülmesi için kullanılan kaynak havuzu durumundaki Ulusal Sağlık Hizmeti bankasından artık para çekilmesine izin verilmeyecek olmasıdır. Bunlar, kurucu vakıflar olarak piyasada yerlerini aldıktan sonra özel sektöre borçlanabilir, ancak devletten düşük faiz teminatlı kredi kullanamazlar. Dolayısıyla ben, bazı hizmetlerin ve hatta belki de hastanelerin tamamen kapanacağını düşünüyorum. Bu durum da, yerel açıdan sağlık hizmetlerine erişimde sorunlara yol açacaktır. Diğer bir sorun ise, maliyet kısıtlaması ve daha fazla iş üretme yönünde baskı getiren fabrika benzeri koşulların ortaya çıkması olacaktır. Kısa süre önce hükümetin hazırlattığı bir araştırmada, BUPA, BMI, Capio ve Nuffield gibi büyük özel sağhk hizmet sağlayıcılarının "farklı fiyat aralıklarında farklı hizmet düzeyleri geliştirilmesine yönelik bir stratejiye dahil oldukları" belirtilmiştir. Bu, özel has-

talar için uygulanan müşteri odaklı "sipariş sistemi"nden, yeni hastaların belli bir cerraha değil de, bir hastaneye sevk edildikleri yeni bir sisteme geçiş anlamına gelmektedir. NHS hastaneleri ile eşit şartlarda rekabet etmek ve özel hastanelerin ihtiyaçlarını karşılamak için üretilmiş daha az "lüks" olan standart "otelcilik hizmetleri" paketinin bir parçası olan bu tür bir sistemde ameliyat programını ayarlayıp cerrahı seçen hastanedir ve de seçilen cerrahların nitelikli Ulusal Sağlık Hizmeti hekimi vasfına sahip olmaları zorunlu değildir. Doktorlara ödenen ücretlerde kesinti yapilarak, daha fazla hasılat elde etmek mümkün olacaktır. Nereye gidildiğini görüyorsunuz. Diğer bir deyişle, şimdiye kadar Ulusal Sağlık Hizmeti'nin sorunu olarak ortaya çıkan ve maliyetlerin düşürülmesine yönelik bir itkiye yol açan kronik kaynak sıkıntısı artık, ulusal tarife fiyat arahkları ile rekabet etmek isteyen özel hizmet sağlayıcıların sorunu olacaktır.

Dolayısıyla ister özel bir hizmet sağlayıcı, isterse bir Ulusal Sağlık Hizmeti hastane vakfı olsun; hastalar gittikçe daha fazla maliyet güdümlü tedavi yöntemleri ile karşılaşacaklardır. Ve kısa vadede, adil olmayan koşullar altında özel sektör ile rekabet etmek, yeni özel tedavi merkezlerine verilen standart cerrahi tedavi türleri açısından, Ulusal Sağlık Hizmeti için bazı krizlere yol açacaktır. Bana göre, daha düşük ve eşit olmayan bir maaş yelpazesinin oluşması sebebiyle standartlar ve çahşanlarm morali açısından da bir düşüş olacaktır. Ayrıca eğitim açısından da kayıplar yaşanacaktır. Yakın geçmişte İngiltere ve Kuzey İrlanda Cerrahlar Dernekleri de bu özel tedavi merkezlerinin eğitime hiç vakit ayıramayacak duruma gelecekleri tespitinde bulunmuşlardır. Yüksek hasılat ve kâr amacı güden bu merkezlerde kıdemli cerrahların henüz yüksek öğrenim görmekte olan yeni cerrahlar tarafından yapılabilecek daha kolay operasyonları yöneterek bu yeni cerrahları eğitmeleri bir zaman kaybı olarak görüldüğü için, genç bir cerrah buralarda eğitim alamayacaktır. Diğer taraftan zaten artık bu tür düşük risk içeren vakalar, genellikle Ulusal Sağlık Hizmeti hastanelerine başvurmuyor. Dolayısıyla, genç ortopedi cerrahları ve of-

talmoloji cerrahları, bu vakaları görmüyor ve ameliyat etmiyorlar. Görüldüğü üzere, burada ciddi bir eğitim eksikliği sorunu oluşmaya başlıyor.

Ayrıca bana göre, hastanın ülkenin istediği yerinde tedavi olmayı seçebilmesi durumunda yerel hizmetlere duyulan güvende bir azalma söz konusu olacaktır. Sunulan hizmetler konusunda çok daha eleştirel bir bakış yerleşecek, basın ve medya da mevcut koşullar hakkında insanlara güven telkin etmeye yeltenmeyecektir. Dolayısıyla, insanları bir başka hizmeti satın almaya yönlendiren, bunun arzulanmasına yol açan bir sistemin ortaya çıkacağını düşünüyorum. Bu birdenbire olmayacaktır, ama sanıyorum zaman içerisinde, özel sağlık sigortasında beklenen düşüş yerini büyük bir yükselişe bırakacaktır. İnsanlar, tum bu sorunlara karşı korunma satın almak isteyeceklerdir ve bu sırada özel sektörün kapasitesinin de, Ulusal Sağlık Hizmeti piyasasındaki gayet "korunakh" yatırımları yoluyla bir miktar genişletilmesi gerekecektir. Ve tabii, özel sektörün siyasi iktidarı da artacaktır.

Sağhk hizmetlerinin kişiye özgü hale getirilmesi (*individualization of health care*), piyasa sisteminde kârlı olabilecek kendi kendine teşhisin ve markalı ilaç kullanımının artırılmasıyla birlikte, diğer her türlü hizmet, insanların kendilerini alışveriş merkezindeki bir tüketici gibi hissetmelerine yol açacaktır. Dolayısıyla da kamu tarafından sunulan hizmetin gerçekten de yalnızca "temel" bir hizmet olduğunu düşüneceklerdir. Ve Tony Blair'in "zenginleştirilmiş" hizmetler olarak adlandırdığı ekstralara sahip olmak güdüsü yeniden ortaya çıkacaktır. Bence, orta sımf en azından bir tedbir olarak "daha iyi" olduğunu düşündüğü özel sağhk hizmetini yeniden almak isteyecek ve bunu yaparken de maliyetler açısından devlet desteği talep edecektir. Diğer bir deyişle, özel sağlık kurumunda gördüğü tedavi işe yaramaması ya da komplikasyon yaşanması kaygısıyla, devlet hastanesine gitme hakkmı da muhafaza etmek isteyecektir. Ayrıca, Muhafazakâr partinin politika programında halihazırda sunduğu özel sağhk sigorta primlerine yönelik devlet sübvansiyonlarından da faydalanmak isteyecek-

tir. Buradaki argüman, özel sağlık sigortasının "Ulusal Sağlık Hizmeti'nin üzerindeki baskıyı ortadan kaldırdığı"dır. Düzenli olarak verilen hizmet ikinci derecede görülünce, daha iyi bir hizmet almak isteyeceklerdir, ancak vergi sistemi içerisinde herkese daha iyi bir hizmet sunulması için ödeme yapmak istemeyeceklerdir. Dolayısıyla, bana göre nihai sonuç, nispeten daha az personelli, ödemeyi kabul edenler tarafından ödenen vergilerle finanse edilen ve kısmen kamu, kısmen de tüm hizmetleri özel sektör tarafından sağlanan, yani ABD'dekinin türevi olan bir sağlık hizmeti olacaktır.

Türkiye'de Sağlık Reformunun Tarihçesi

AYŞEN BULUT*

Benim ele almaya çahşacağım konu Türkiye'de sağlık alanında gerçekleştirilen reformlar. Konuyu uzak geçmişten, geçtiğimiz yüzyılın başlarından itibaren özetleyerek inceleyeceğim. Hepinizin bildiği üzere, tarih boyunca Anadolu'da pek çok farklı medeniyet varlık göstermiştir. Örneğin Selçuklular döneminde toplumun sağlığma yönelik bazı düzenlemeler bulunmaktaydı. Tahmin edebileceğiniz üzere bunlar bedelini ödeyebilenlerin erişebileceği smırlı sağlık hizmetleriydi. Ayrıca, yoksul halka yönelik sağlık hizmetleri sağlamak amacıyla Vakıf Tıp Okulları ve Hastaneleri kurulmuştu. Savaş zamanı ise gezici hastaneler kurulduğuna ve yaklaşık kırk deveden oluşan kervanlarla taşındığına ilişkin bilgilere rastlanmaktadır.

Selçuklu döneminden sonra, sistemli bir sağlık uygulaması örneği olarak Osmanlı döneminden bahsedebiliriz. Osmanlılar varolan Vakıf hastanelerini muhafaza etmiş, ayrıca yeni bunlara yeni hastaneler eklemişlerdir. Bu dönemde çevre sağlığı, yol ve bayındırhk hizmetleri ile sağhğın geliştirilmesine katkı sağlanmıştır. Fatih Sultan Mehmet 15. yüzyılda Hekimbaşı kurumunu oluşturmuştur. Hekimbaşının sorumluluğu sarayda ya-

(*) İstanbul Üniversitesi.

şayanlarm sağlık durumlarıyla ilgilenmek, hekimlerin bilgilerini değerlendirmek ve bilgilerini yeterli bulmaması halinde, hekimlik hizmeti sunma haklarını ellerinden almak idi. Osmanlı'da Avrupa tarzında ilk tıp okulu ise 19. yüzyılda kurulmuştur. Hekimbaşımn talebi üzerine, Şeyhülislamın Avrupa tarzında eğitim gören bir orduya ve hekimlere gerek olduğuna dair bir fetva çıkartmasının ardından, 14 Mart 1827'de Tıphane kuruldu. Bu kurum daha sonra kurulan Cerrahhane ile birleşti ve 1839'da Mektebi Tıbbiye-i Şahane adını aldı. 1867'de eğitim dili Turkçe oldu. 1846'da ebelik yapanlar sınavla çalışma izni almaya başladı. 1871 Memleket Tabipliği örgütlenmesi kurulmuş ve sağlık konularında devletin sorumluluğu bu dönemde başlamıştır. Genel halk sağlığına yönelik hekimlerin istihdam edilmesi de bu sistem içerisinde görülmüştür. Bu sistemde sivil hekimlere dolgun ücret verilerek, belirli bir nüfusa tam zamanlı kamu hizmeti yapmaları beklenmiştir. Ancak artan enflasyona karşın hekim ücretleri artmamış, bunun sonucunda hekimlerin para karşılığı hasta bakarak gelirlerini artırmalarına izin verilmiştir. Hekimler kalan zamanlarında yoksul halka hizmet vermişlerdir ve bu uygulama ülkede yerleşik bir sistem haline gelmiştir. Dolayısıyla, doktorlar ile hastalar arasındaki özel ilişkiler konusunda uzun bir geçmişten bahsetmek mümkündür. Bu sürecin bir sonraki safhasında yeni Türk devleti bulunmaktadır.

Yeni meclisin, Kurtuluş Savaşı'nı takiben Nisan 1920'de kurulmasının hemen ardmdan, Mayıs ayında Sağlık Bakanhğı oluşturulmuştur. Osmanlı döneminde kayıt tutulmadığı için görevde olan hekimlerin isimleri telgraf ile elde edilmiş, hekim listelerini içeren idari belgelemeler ile sağlık yönetmeliklerine ilişkin düzenlemelere de bu dönemde başlanmıştır. Kanun ve tüzüklerin hazırlanmasına da yine aynı dönemde başlanmış ve Sağlık Bakanhğı içerisinde kişisel belgeleme ve muhasebe işlerini yürütecek bir şube açılmıştır. Ayrıca, merkezde bulunan Hıfzısıhha Enstitüsü, Kuduz Tedavi Merkezi, Aşı Üretim Merkezi ve Bakteriyoloji Bölümleri de bu yıllarda kurulmuştur. Taşradaki Sağlık Müdürlükleri ile hükümet, belediye

ve karantina tabiplikleri ve küçük sıhhiye memurlukları korunmuş, yerel yönetimlerin hastaneleri olduğu gibi devralınmıştır. Bu dönemde temel sağlık hizmetlerini Kurtuluş Savaşı yaralilarımn bakımı oluşturmuş, bakan ve milletvekili görevlerine getirilen doktorlar da dahil olmak üzere, tum hekimler hizmetlerini aralıksız sürdürmüşlerdir.

Cumhuriyet döneminde atılan adımlar

1923 yılında cumhuriyetin kurulmasından sonra ilk Sağlık Planlama girişimi başlamıştır. Bu girişimin amacı, köyler de dahil olmak üzere, tüm ülkenin kapsanması ve doktorlar, ebeler ile diğer yardımcı personelin eğitilmesi idi. Örnek olarak hizmet edecek yeni hastanelerin (Numune Hastaneleri) de kurulması amaçlanmaktaydı. Ayrıca, o dönemde sıtma, tüberküloz ve frengi gibi hastalıklar yaygın olduğundan bulaşıcı hastalıklara karşı sistemli bir mücadele için, Hıfzısıhha Okulu ve Enstitüsü'nün kurulması öncelikli bir ihtiyaçtı. Atatürk dönemi olarak adlandırılabilecek 1923-1938 yılları arasında 13 yasa, 6 tüzük ve yönetmelik yürürlüğe girmiştir. Uzun yıllar Dr. Refik Saydam'ın Bakan olduğu bu dönemde il düzeyinde Valiye bağh Sağlık Müdürleri, ilçe düzeyinde Kaymakama bağlı danışmanlar ve Hükümet Tabibi örgütlenmesi ile hizmet sunulmuştur. Nüfusun sayısma bakılmaksızın her ilçede bir hükümet tabibi bulunması ve bu hekimlerin koruyucu, tedavi edici hekimlik hizmetleri ile adli hekimlik ve yöneticilik başhkları altında toplam 205 görevi sürdürmesi öngörülmüştür. Tedavi edici hizmetler genel olarak yerel yönetimlerin sorumluluğuna bırakılmış, Bakanhk kimi yerlerde örnek hastaneler yapmıştır. Bu dönemde sağlık personeli sayısı düşük olmasına karşın, hızlı sayılabilecek bir artış göstermiştir. 1923 yılında tüm ülkede 344 hekim (1/30 000 nüfus), 60 eczacı, 560 sağlık memuru ve 136 ebe (toplam 1100) olan sağlık personeli, 1935 yılında üç kattan fazla (3766) artmıştır. Bu dönem içerisinde kabul edilen kanunlardan özellikle ikisi sağlık tarihi açısından, belki de diğer ülkeler için de büyük önem taşımaktaydı. Bu kanun-

lardan birisi, son derece kapsamlı bir kanun olan ve çoğu maddesi günümüzde de halen uygulanmakta olan Umumi Hıfzısıhha Kanunu'dur. Söz konusu kanun gıda hijyeni, içilebilir su kaynaklarının denetimi, herhangi bir şekilde istihdam edilmiş işçilerin sağlığı, okul sağlığı, gebelik ve doğum sonrası sağlık hizmetleri ve diğer sağlık konularıyla ilgili maddeler içermektedir. Ayrıca kanun, dönemin nüfus politikası gereği, daha fazla sayıda çocuk sahibi olunmasını teşvik etmekteydi. Göçmenlerin sağlığı ve hastalıkların kontrolü de ele alınan konular arasındaydı. Kanuna göre yürütme konusunda sorumluluk belediye ve yerel hükümet kuruluşlarına verilmişti.

Bu kanunların oluşturulması süreci, 1938 yılından sonra da devam etti. 13 yasa ve 2032 maddeden oluşan 22 tüzük ve yönetmeliğin yürürlüğe girdiği bu dönemde, Hemşirelik, Eczacılık, Türk Tabipleri Birliği, Deontoloji, Hastane Yönetimi, Verem, Zührevi Hastalıklar, Trahom Savaşı yanı sıra, Adli Tıp Hizmetleri de yasa konuları arasındadır. Bu dönemde, Türkiye'de bulaşıcı hastalıklara karşı savaşabilmek amacıyla ilçe hekimlerinin yam sıra merkeze bağlı bir kuruluş tarafından yönetilen, il ve ilçe düzeylerinde dikey olarak örgütlenen bir sistem ile hizmet sağlayan yeni yapısal örgütlenmeler bulunduğunu da görmekteyiz. Sıtma, frengi ve lepraya karşı mücadele bu sistemle başarıya ulaşmıştır. Ayrıca, 1945 yılında işçilerin sağlığı ve güvenliği konularını ele alan yeni sosyal güvenlik kanunu da yürürlüğe girmiştir. Bu sosyal güvenlik yapısı 1952 yılında kendi idaresi altında sigortalanan kişilere yönelik olarak sağlık hizmetleri sunmaya başlamıştır. Bu sigorta sisteminin, sağlık hizmetlerine finansman sağlamanın yam sıra, sağlık hizmeti sunmaya yönelik bir örgütlenmeye de gitmesi ve Sağlık Bakanhğı dışında personel ataması, hizmet dağılımında ve kaynak kullanımında verimsizliğe yol açmıştır. İleri ülkelerdeki gelişim örnek gösterilerek 1946-47 yıllarında 20.000 nüfus için Sağlık Merkezleri kurulmuş, bu merkezlerde 10 hasta yatağı bulunması, 2 hekim ve koruyucu sağlık ile diğer tedavi hizmetleri için 11 sağlık personelinin görev yapması öngörülmüştür. Ancak gerçekleştirilebilir olarak görülmeyen

bu plan yaygınlaşmamıştır. Geçen yirmi yılda 17.310'a ulaşan sağlık personeli sayısı beş kat artmışsa da, hızlı nüfus artışı nedeniyle nüfus başına düşen oranda önemli bir yükselme görülmemiştir.

1960'lara gelindiğinde ise Türkiye, İnsan Hakları Beyannamesi'ni imzalamış ve Dünya Sağlık Örgütü Anayasası doğrultusunda, "sağlıklı doğup sağlıklı yaşamanın insan hakkı olduğu, bunu sağlamanın da bir kamu görevi olduğu" anlayışıyla, sağlığa Anayasal konum kazandırmıştır. 1961 yılında Alma Ata Deklarasyonundan çok önce yürürlüğe giren 224 Sayılı Yasa, dar alanda geniş kapsamlı hizmet ilkesi ile bu gereksinimi karşılamıştır.

Yasada öngörülen sistem şu şekilde özetlenebilir. Bir ebe tarafından izlenebilecek kırsal alanda 2000, kentlerde 2500 nüfus için bir sağlık evi bölgesi nüfusu belirlenmiş, ev ziyaretleri ile belirlenen çocuklar ve kadınların sağlık durumlarının izlenmesi ve bu kişilerin sağlıklarını koruyucu önlemlerin alınması öngörülmüştür. Sayıları, ulaşım ve coğrafi özelliğe göre düzenlenen sağlık evlerinin bağlı bulunduğu, bir pratisyen doktorun yönetiminde, nüfus özelliğine göre değişen sayıda elemandan oluşan ekibin hizmet sunduğu sağlık ocakları, bütünsel temel sağlık hizmetlerinin sunulmasından sorumlu tutulmuştur. Bu nüfus temelli birinci basamak hizmetlerle çözümlenemeyen sorunların, sağlık ocağı hekimi tarafından bir kayıt eşliğinde bölge hastanesine yönlendirilmesi ve hastane uzmanınca değerlendirilerek aynı kayıt sistemi içinde geri bildirim yapılması planlanmış, bu sayede hastadan asıl sorumlu olan birinci basamak sağlık kuruluşları ile uzmanlık sunan ikinci basamak hizmetlerin ortaklaşa çalışmasının sağlanması amaçlanmıştır. Ayrıca sağlık durumunun izlenmesi için bireysel kayıt kartı tutulması, tüm personelin sürekli eğitimlerinin planlanması gibi öncü girişimler de yasada yer almaktadır. Yine yasada, beş ila on sağlık ocağının oluşturduğu yönetim birimi olan sağlık grup başkanlıklarında birer laboratuvar ve 50-100 yataklı, dört temel dal uzmanının görev yaptığı sağlık grubu hastaneleri, her 200.000-400.000 nüfus için de ileri uz-

manlık dışında, sağlık müdürlüklerine bağlı tam teşekküllü hastaneler bulunması öngörülmüştür. Türkiye düzeyinde kurulan tıp fakültesi hastaneleri de bölge hastanelerinin ileri uzmanlık konularında destekleri olarak düşünülmüştür. Herkese belli kurallara uymak koşuluyla ücretsiz eşit hizmet sunmayı öngören yasada, ücret ödeme koşuluyla hekim seçme özgürlüğünün yam sıra, hekimlerin sözleşme ile kamuda çalışma ya da özel hekimlik yapma hakkı korunmuştur. Ancak kamuda çahşan hekimin ücret karşılığı hasta bakma izni bulunmamaktadır. İşyeri gibi özel sağlık hizmeti gerektiren yerlerde ise ayrı sağlık birimleri kurulabilir.

Uygulama aksaklıkları

Peki bu kanun nasıl uygulanmıştır? İl içinde, genel yönetimden bağımsız olacak bir sağlık yöneticisinin himayesinde, yansız ve adil bir personel atama, yer değiştirme ve yükselme yöntemini hedefleyen ve ülkenin farklı bölgelerinde aym anda uygulanması planlanan bu sistem, bütçe tartışmalarında olanakların kısıtlılığı gerekçe gösterilerek, yalnızca Doğu Anadolu bölgesinde bir ilde başlamıştır. Hizmet Yönergesi, çevre illerde de uygulanarak olumlu etkisi hayata geçirilmeye çalışılmıştır, ancak yasamn hazırlık aşamasından başlayarak çeşitli siyasi engellerle karşılaşması nedeniyle, yasa öngörülen şekliyle hiçbir zaman tam olarak uygulanamamıştır. Maliyet etkinliği değerlendirilmeksizin, Türkiye'nin kaynaklarının sisteme yetmeyeceği, hekimlerin tam gün ve sözleşmeyle, yüksek ücretle istihdam edilemeyeceği varsayılarak birkaç yıl sonra bu kural kaldırılmış, yasada öngörülen üst düzey planlama ve değerlendirme kurulu gibi işlevsel birimler hayata geçirilmemiştir. Altyapı yatırımları gerekli şekilde gerçekleştirilememiş, sektörler arası işbirliğinin ve kullanıcıların katılımının sağlanması için öngörülen yapı oluşmamıştır. Yasada öngörülen karma finansman modeli geliştirilmemiştir. Ülkede yaşanan her mali kriz dönemi, sağlık için ayrılan kaynağı olumsuz etkilemiş, hizmet gerektiği gibi yaygınlaştırılamamış, uygulama ya-

pılan yerlerde de ciddi yatırım gerektirmeyen sevk sistemi ve sürekli eğitim gibi temel etkinliklere önem verilmemiştir.

Söz konusu kanunun yaratıcısı ise dünyada toplum hekimliği kavramının öncülerinden birisi olan Prof. Nusret Fişek'tir. Prof. Fişek, Sağlık Bakanlığı Müsteşarhğı görevinden ayrıldıktan sonra, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü'nün Sağlık Bakanlığı ile yaptığı protokollerle Ankara'nın Etimesgut ve Çubuk bölgelerinde, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin tümüyle uygulandığı bir araştırma ve eğitim bölgesi kurmuştur. Bu bölgelerde yaşayan nüfus bu hizmetlerden tam anlamıyla faydalanmıştır. Bu bölgede pek çok halk sağlığı uzmanı yetişmiştir. İnanılması çok zor ama o dönem gerçekten çok iyi işler yapılıyordu. Daha önce de belirttiğim gibi söz konusu kanun hiçbir zaman ulke genelinde bu derece işlevsel olamadı. Buna rağmen, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri 1983 yılında genişletildi. Türkçe'de bir deyim vardır: "Islim arkadan gelsin". Duruma ilişkin ortak görüş buydu. Öngörüldüğü gibi tam olarak neden işletilmediği gerçekçi biçimde değerlendirilmediği halde, şehirlere uygun olmadığı söylentisi yayılan uygulama, gerekli altyapı sağlanmadan tüm ülkeye yaygınlaştırılmış, yapılan değişikliklerle temel kavramlarının yerine getirilmesi olanaksız hale gelmiştir. Türkiye'de artık 6000'den fazla sağhk ocağı ve yaklaşık 12.000 sağhk evi bulunmaktadır. Ama bunların bazıları işler durumdadır, bazıları değildir ve çoğu sağlık ocağında personel sıkıntısı mevcuttur. Bugün pek çok sağhk ocağı büyük bir gayretle çahşan ebeleri sayesinde iyi hizmet vermektedir. Ancak, taşrada ücra bir bölgede çalışan bir ebe, hiçbir atama yapılmaksızın, yirmi yıl boyunca aym yerde kalabiliyor.

1980'lerin sonuna geldiğimizde ise dünyanın her yerinde mevcut olan liberal ekonomik eğilimlerin Türkiye'de de oluşmaya başladığım görüyoruz. Siyasette ortaya çıkan bu değişimlerden sağlık sistemi de etkilenmiştir. 1987'de (No.3359) kabul edilen sağhk Hizmetleri Temel Kanunu, kamu hastanelerinin merkeziyetçi yapısını değiştirmeyi öngören yeni işletme ve personel politikalarım ortaya çıkarmayı kolaylaştıracak

gibi görünüyordu, fakat bu kanunun kritik maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiş, yürürlükte olmakla birlikte uygulamaya girmemiştir. 1989'da ulusal bir sağlık politikası oluşturma konusunda yapılan ön çalışmalar ve 1990'da sağlık sektörünün genel planınm yapılmasını izleyen yıllarda Sağlık Bakanlığı çerçevesinde Dünya Bankası kredilerinin desteğiyle reformlar hazırlanması için bir dizi etkinlik yapıldı. 1992'de geniş katılımla düzenlenen I. Ulusal Sağlık Kongresi'nde başlayan çalışma grupları ile öneriler içeren bir politika dokümanı II. Ulusal Sağlık Kongresinde sunulmuştur. Bu süreçte, Sağlık Bakanlığı'nın merkeziyetçi yapısının ortadan kaldırılması, yerel sağlık yöneticilerinin yetkilerinin artırılması, sağlık hizmetlerinin finansmanı, birinci basamak sağlık sisteminin güçlendirilmesi, insan kaynakları politikaları ve bilgi sistemlerinde iyileştirme önerileri bulunmaktaydı. Ciddi yasal değişiklikler gerektiren bu öneriler için taslaklar hazırlanmış ancak, reformları destekleyen Cumhurbaşkam Turgut Özal'ın ani ölümü ile oluşan politik ortam ve bürokrat değişiklikleri nedeniyle bu reformlar gerçekleştirilememiştir. Bazı sağlık kuruluşları, Sendikalar, Türk Tabipler Birliği ile akademisyenlerin değişiklik önerilerini tümüyle desteklememiş olmaları da reformların gündemde kalmasını güçleştirmiştir. Bu noktadan sonra yapılandırılmaya çalışılan sağlık reformları içinde, Yeşil Kart olarak da bilinen, çok düşük gelir gruplarım kapsayan sağlık güvenlik sisteminin uygulamaya sokulmasını, sağlık çalışanlarının sayısımn artırılmasını ve yeni tıp fakültelerinin kurulmasıyla, tıp alanındaki akademik birimlerin sayısımn 40'ı aşmış olmasını sayabiliriz. Yüksek oranda personel giriş çıkışı, nitelikli olmayan idare ve yönetimdeki eksiklikler de bu döneme damgasını vurmuştur.

Günümüzde ise tedavi hizmetleri, gelişmiş şehirlerde bulunan nitelikli hastanelerde, en yüksek teknolojiyle sunulabilmektedir. Özel sağlık sigortası sahipleri, varlıkh nüfusun yararlandığı tedavi hizmetlerine, gelişmiş ülkelere göre çok daha ucuz olarak yaygın şekilde ulaşabilmektedir. Ancak bu koşullarda bile hastanede sunulan tıbbi bakım dışında, hastanın

çevresiyle birlikte bütünsel olarak değerlendirilmesi ve evde bakım ile ilgili bir yönlendirme yapılması henüz gerçekleştirilememiş hizmetlerdir. Birinci basamak tedavi hizmetlerinin verimliliği ile koruyucu sağlık hizmetlerinden nüfusun yaygın ve sürekli olarak yararlanması, çözüm bekleyen temel hizmet sorunlarıdır. Çoklu hizmet sistemi ve farkh finansman uygulamaları, hizmetlerden adil olarak yararlanmayı engellemektedir. Ancak yakın döneme kadar sıkhkla değişen hükümetler, ekonomik ve siyasi krizler gibi çeşitli sorunların ülke gündemini ağır bir şekilde etkilemesi, sağlık sorunlarının uzun yıllar gündem dışı kalmasına sebep olmuştur.

Yeni girişimler, beklentiler, beklentisizlikler

Yeni hükümetle, sağlık sistemi gündeme taşınmış; Ocak 2003'te Acil Eylem Planı ve Kamusal Yönetim Reformu başlığı ile bir dizi etkinlik gerçekleştirme hedefi açıklanmıştır. Bu hedefler içinde, "Herkese Sağlık" başlığı ile "Sağhkta Dönüşüm Programı" (SDP) da yer almaktadır. Önceki tartışmalar da dikkate alınarak, reform kelimesinin geçmişte başarısızhk yüklü anlamım hatırlatmamak düşüncesiyle bu başlık tercih edilmiştir. Ayrıca varolan yapıyı tümüyle değiştirmek de hedeflenmemektedir. SDP'nin amaçları; sağlık hizmetlerini etkin ve üretken bir yolla, eşitlik içerisinde düzenlemek, finanse etmek ve sunmaktır. Programm temel prensipleri insan merkezli olma; sürdürülebilir, sürekli kalite gelişimi içinde paylaşımcı, gönüllülüğe dayanan, güçlerin dağilımını sağlayan bir işleyiş yaratma; yerinden yönetim ve hizmette rekabet unsurlarına yer verme olarak ifade edilmektedir. Kısaca, ihtiyacımız olan ne varsa, gündeme dahil edilmiştir.

Sağlık bakanlığının planlama ve denetim yapması ve genel sağlık sigortasının herkesi kapsaması öngörülmüştür. Ortaya konan hedeflere göre, insanlar sağlık hizmetlerine, yüksek motivasyon ve yeterliğe sahip sağlık çahşanlarına ülkenin her köşesinde erişebileceklerdir. Program, eğitim ve araştırma kurumlarının, denklik sistemlerinin, akılcı ilaç ve teknoloji kul-

lanımına yönelik bir yapımn oluşturulmasını ve sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesini de kapsamaktadır.

SDP'nin uygulanması aşamasında, her bir adımın temel yapıyla bütünleştirilmesinin önemi vurgulanmaktadır. Sağlık alamnda geliştirilen politikaların geçerli olması için, bu süreçte yer alan tum aktörlerin resmin bütününü birlikte görmeleri gerektiği iddia edilmektedir. Bu bakış açısıyla, program dort aşamada yürütülecektir: 1. Kavramlaştırma, 2. Yasalaştırma, 3. Kontrollü yerel uygulamalar, 4. Tüm ülkeye yayılma. Şu anda ilk iki aşama üzerinde çalışılmakta, diğerleri uygun zamana kadar bekletilmektedir.

Bu plana göre, son altı ay içinde bazı inisiyatiflerin gerçekleştirildiğini söyleyebiliriz. İlk olarak, bürokrasinin azaltılmasıyla özel sektörün yatırım yapması kolaylaştırıldı. Satın alınan ilaç ve ekipmanlar konusunda fiyat kontrolü sağlamak amacıyla bir program geliştirildi. Özel sektörden hizmet satm ahnmaya başlandı. Yeni bir sistem getirildi; halihazırda sınırlı olmakla birlikte bu sisteme göre, sağlık personeline ve özellikle de hekimlere performansa bağlı ek ödeme yapılmaya başladı, ancak bu, son derece tartışmalı bir konu. Bu sistemde de, istismar gibi pek çok sorunla karşılaşıldığı gayet açık. Ama yine de birtakım iyileşmeler olduğu söylenebilir, çünkü hekimlerin maaşları ve hastanelerdeki doluluk oranları kesinlikle arttı. Ek ödeme düzenlemesi kesinlikle doktorların da yaptıkları iş konusundaki memnuniyetlerinin artmasına katkıda bulundu.

Bunların yanında, Sağlık Bakanhğı'nın güncel gereksinimlere göre yeniden organize edilmesi için de bazı adımlar atılıyor. Bu projenin gerçekleştirilmesi, görevin zorluğundan ötürü, bir kesinlik taşımıyor.

Bu dönüşüm sürecinde yönetim ve eğitim faaliyetlerinin denetlenmesi konusunda Dünya Sağlık Örgütü ile bir anlaşmaya varıldığı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün bu çahşmaya hazır olduğu söylendi. İlgili protokol 2005 yılımn Mayıs ayında imzalandı. Akademisyenler ve Türk Tabipleri Birliği'nden yardım almayı bilmeyen yöneticiler için bu gerçekten gerekliydi. Bu aşamada taraflar arasmda pek çok politik görüş farkhhğı var,

ama Dünya Sağlık Örgütü'nün bu ayrıhkların üstesinden gelmesi umut ediliyor. Ayrıca Türkiye açısmdan çok önemli olan, farklı sosyal güvenlik kurumuna bağlı kişilerin aynı hastanelerden yararlanma uygulaması başladı. Bugün tek tip hizmet sunumundan herkes yararlanabiliyor. Bu hastanelerin herkese nitelikli hizmet vermek için yeterli olup olmadığım söylemek çok zor, ama artık en azından sigortah vatandaşların tum devlet hastanelerinden yararlanma hakkı bulunmaktadır.

Türkiye'de sıkça tartışilan konulardan birisi de aile hekimliği temelinde bir birinci basamak sağlık sisteminin oluşturulması konusudur. Bu konu reform paketinin en tartışmalı kısmını oluşturmaktadır. Program, her 2000-4000 kişiye bir aile hekiminin önleyici ve tedavi edici hizmetler sunması şeklinde planlanmıştır. SDP'de hastaların hekimler arasmda seçim yapma özgürlüğü olumlu bir uygulama olarak nitelenmektedir. Ancak buradaki en önemli problem, Türkiye'de bir aile hekimliği kavramının bulunmayışıdır. Hükümet "aile hekimleri" deyişini kullanırken, Türk Tabipleri Birliği, ister genel pratisyen, ister aile hekimi olsun, birinci basamakta çahşan hekimler için "genel pratisyen" ifadesini kullanmaktadır. Sağlık ocağı doktorları da birinci basamakta çahştıkları için, bir kavram kargaşası yaşanmaktadır. Şu anda, genel pratisyenler ile aile hekimleri arasında büyük bir siyasi savaş vardır. Aslında, bunlardan hiçbiri birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik yeterli eğitim almamıştır. Ayrıca, aile hekimlerine gelecekte, tüm nüfus çapında toplanan bir prim ile ödeme yapılacaktır. Ancak bu primin, kim tarafından toplanacağım halen bilmiyoruz. Bu nedenle de hizmetin sürekliliği güvence altına alınmış değildir.

Ayrıca bir de, hakkmda henüz bilgi verilmemiş olan katkı payı ödemesi sistemi var. Bu sistem batı illerinden birinde uygulanmaya başladı. Buna pilot-öncesi program ismi veriliyor. Ayrıca, pilot programların yürütüleceği başka dort il daha aramyor. Geçtiğimiz günlerde, 150'den fazla hekime yönelik bir oryantasyon ve eğitim oturumu düzenlendi. Ancak, ben eğitimin içeriğinin, hedeflenen çalışma için uygun olmadığı duyumunu aldım. Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) şu anda 20'den

fazla ilde devam etmekte olan, genel pratisyenlere yönelik son derece etkin bir eğitim programı bulunduğunu biliyorum. Bu program, aile hekimlerinin eğitimi için kullanilmadı. TTB ve Sağlık Bakanlığı'nın işbirliği yapmaya ihtiyaçları var, ancak bunun nasil yapilacağı bilinmiyor.

Sizinle bu döneme ait bir çahşmayı paylaşmak istiyorum. 2004 yılında beş ilde, birinci basamak hekimleri ile görüşülerek niteliksel bir araştırma yapildı. Bu çahşmaya hepsi birinci basamak sağlık kurumlarında çahşmış olan 350'den fazla hekim katıldı ve gerçekten yararlı bir çalışma gerçekleştirildi. Bu çalışma henüz yayınlanmadı, ancak Sağlık Bakanlığı'nın internet adresinden verilere ulaşmak mümkün. Hekimler, sigortası bulunmayan kişilere sağlık hizmeti sunma konusunda güçlüklerle karşılaştıklarına ilişkin şikayetlerde bulunuyorlar. Hastalardan hizmetlerine karşılık nakit para almak istemiyorlar. Çalışma ortamlarının ve binalarının çok kötü durumda olduğunu dile getiriyorlar. Aynı zamanda, performans puanlama sisteminin şeffaf olmamasından da şikayetçiler. Ve en önemlisi, performans puanlama sisteminin sadece tedavi hizmetlerine yönelik olması ve önleyici hizmetleri yeterince ele almaması sebebiyle başarısız olduğunu düşünüyorlar. Önleyici hizmetleri dikkate alan bazı mekanizmalar mevcut, ancak bunlar da yetersiz. Ve tabii ki herhangi bir sevk sistemi ve sürekli eğitim sistemi mevcut değil. Bilgi iletişim sistemi de son derece zayıf. Doktorların yerel idareciler ve mali yetkililer ile de problemleri var. Şunu da akılda tutmak gerekiyor ki bu çalışmamn yapıldığı beş ilin hepsi de Türkiye'nin batısında bulunan, ülkedeki en iyi sağlık hizmetlerinin sunulduğu iller. Hekimler, kendilerine yeterli maaş getirecek ve aynı zamanda daha iyi performansa karşılık daha yüksek gelir elde etmelerine olanak tanıyan standart bir sağlık sistemine olan özlemlerini dile getirmişler. Ayrıca, iş güvenliğine ihtiyaçları olduğunu da belirtmişler.

Sizlerle bazı genel ihtiyaçlara ilişkin görüşlerimi de paylaşmak istiyorum. Son derece sessiz ve tepkisiz bir toplumumuz olduğu göze çarpıyor. İstanbul'daki üç hastanede anne sağlığı hizmetlerinin kalitesini değerlendirdiğimiz bir araştırmada

hastaların beklentilerinin çok düşük olduğunu gözlemledik. Araştırmada görüşülen hastaların hepsi düşük gelir grubundan kişilerdi ve kamu kurumlarından iyi sağlık hizmeti almayı zaten beklemiyorlardı. Bu nedenle de aldıkları hizmet onları bir şekilde tatmin etmekteydi. Daha iyi bir sağlık sistemi için geliştirilen ve de geliştirilecek olan önlemleri duymak çok güzel ama, insanların sağlık hakkına ilişkin görüşlerini ve ihtiyaçlarını iletmek üzere teşvik edilmeleri çok önemli. Bu açıdan "Hasta Hakları Yönetmeliği"nin yürürlükte olmasının olumlu bir etkisi olsa da, insanlar çoğunlukla sessiz kalıyorlar. Türkiye'de hakları yeterince aramayanlar yalnızca hastalar değil. Sağlık çalışanları da kendilerini ifade etmiyorlar. Çahştıkları kuruluşlarda çözüm üretmeye çahşmak ve yönetim süreçlerine katılmak konusunda da genelde isteksiz ve ümitsizler. Sağlık çahşanlarının, kendi fikir ve çözüm önerilerini ifade edecek şekilde güçlendirilmeleri gerekiyor.

Ayrıca sağlık hizmetlerindeki varolan insan gücüne ilişkin gereksinimlerin belirlenmesi; mezuniyet öncesi eğitimin ülkenin ihtiyacını karşılayacak şekilde geliştirilmesi ve uygulanması; geçmişten alınan derslerle yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi öncelikler arasmda. Türkiye'de gerekli olan hekim sayısı hakkında üzerinde karar birliği olmuş bir görüş bulunmuyor. Bu konu uzun süredir tartışılıyor. Aslında hekimlerden çok, hekim olmayan sağlık elemanlarımn, özellikle hemşire sayısının ve gereksinimlerinin tartışılması önemli, ancak bu da ihmal edilmiş bir konu. Sağlık hizmetlerinin sosyal hizmetlerle desteklenerek geliştirilmesi, üzerinde durulması gereken bir diğer başlık.

Bunlar en önemli problemler. Umarım sağlıkta dönüşüm programı bütün bunları ele alacaktır, ancak mevcut programda bu konularla ilgili gerçekçi bir çözüm görünmüyor. Pek çok paydaş, Sağlık Bakanlığı'nın gelecekteki konumunun ne olacağını merak ediyor. Türkiye'de Sağlık Bakanhğı, 250.000'i aşan sağlık personeli ile devasa bir kurum olma yolunda ilerliyor. SDP içerisindeki her şey Sağlık Bakanlığı'na bağlı, ancak Sağlık Bakanlığı ile ilgili olarak şeffaflık, iş güvenliği ya da iyi

bir değerlendirme sisteminden bahsetmek mümkün değil. Dolayısıyla, bu durumda, pek çok yeni problem de olacaktır. Sağlık hizmetlerinin bütünsel bakış açısıyla verilebilmesinin yalnızca Sağlık Bakanlığı'nın tekelinde olamayacağı düşünülmelidir. Oysa giderek daha fazla sağlık kuruluşu ve çalışanının bağh olduğu Sağlık Bakanlığı'nın, devleşen bir kuruluş olarak, ülkedeki diğer ilgilileri de dışarıda bırakarak, kendi geliştiıdiği stratejiler doğrultusunda ilerleme eğiliminde olduğuna ilişkin inanç artmaktadır. Bu durum gelecek için sorunlu bir alan olabilir.

Doğu Avrupa'da Sağlık Reformu

PETER P. GROENEWEGEN*

Bu çahşma, meslektaşım Sn. Wienke G.W. Boerma ile gerçekleştirdiğimiz, Orta ve Doğu Avrupa'da yürütülmekte olan sağlık reformlarındaki genel süreçleri ve eğilimleri konu alan araştırmamn bir değerlendirmesini sunmayı amaçhyor. Malta ve Kıbrıs'ı dışarıda bırakarak; sırasıyla Avrupa Birliği'ne (AB) yeni üye olan sekiz Orta ve Doğu Avrupa ülkesinin (Polonya, Slovakya, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Slovenya, Estonya, Letonya, Litvanya) yam sıra, iki aday ülkeden (Romanya ve Bulgaristan) bahsedeceğim. Günümüzde Avrupa'daki sağlık sistemlerinin türlerine ilişkin bazı bilgiler vererek başlamak istiyorum. Orta ve Doğu Avrupa'da sağlık reformlarından önceki durum hakkında bilgi verdikten sonra, değişen sağlık sistemlerine geçeceğim ve reformların gerçekleştirilmesi sürecinde karşılaşılan bazı özel sorunlara değineceğim. Daha sonra, birisi Litvanya'dan ve diğeri de Slovenya'dan olmak üzere kısaca iki vakadan bahsedeceğim ve en son olarak da, bazı çıkarsamalara varmaya çahşacağım.

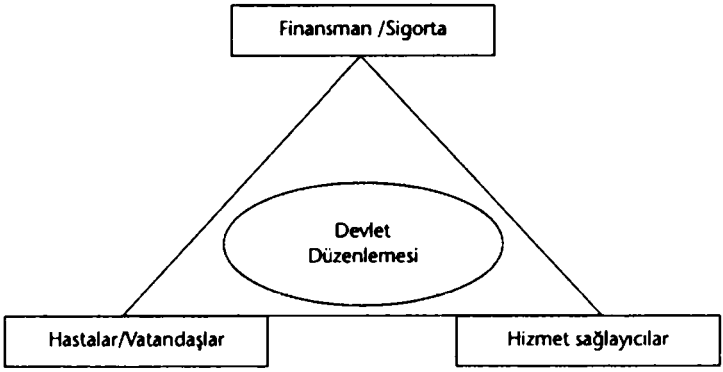
Avrupa'da temel olarak iki tür sağlık sistemin varhğında söz etmek mümkün; Bismarkçı olarak da adlandırılan sosyal sağ-

(*) Utrecht Üniversitesi, Hollanda.

lık sigortası ve Ulusal Sağlık Hizmetleri sistemi (Beveridge modeli). Bu iki sisteme ek olarak geçmişte, Shemashko olarak adlandırılan komünist ulusal sağlık sistemleri de bulunmaktaydı. Sağlık sistemleri üzerine gerçekleştirilen bir çalıştay sırasında görüştüğüm bir sosyal bilimci bana şöyle dedi: 'Bu üç sistemden bahsetmeyen bir sağlık sistemleri araştırma raporu görürsem kaldırıp atıyorum'. İşte bu yüzden ben bu sistemlerden bahsetmeden geçemiyorum.

'Sağlık'ın aktörleri ve fiilleri

Sağlık sistemlerini anlayabilmek için "sağlık aktörleri üçgeni" olarak adlandırdığımız kavramdan başlamamız gerekiyor: Bu üçgenin bir tarafında finansman/sigorta; diğer tarafında hizmet sağlayıcılar; üçüncü tarafında ise kullamcılar, yani sağlık hizmetlerinden faydalanan kişiler veya vatandaşlar bulunuyor. Bu aktörler birbirleriyle çeşitli şekillerde ilişkililer: Vatandaşlar hizmet alıp, bazı durumlarda, ödemeler yaparlar; hizmet sunanlar maaş alırlar ya da onlar için ayrılan bütçelerden yararlanırlar ve vatandaşlar vergi ya da sigorta primi ödemekle yükümlüdürler. Bunu şekil üzerinde göstermek zor, ancak, bunların ortalarında bir yerlerde devlet düzenlemesi bulunur. Devlet düzenlemesinin üçgenin ortasında yer alması bazı üçgenlerde devletin kenara çekilmesi sürecine işaret eden bir metafor olarak da yorumlanabilir.



Ayrıca, sistemin yapısı hakkında bilgi sahibi olmak da önemlidir. Bir sistemin yapısı, aktörler ve alt sistemler arasındaki ilişkilere dayamr. Sağlık sistemlerinin temel yapısım hizmet sağlayıcılar, sigorta/ finansman kurumları ve hastalar arasmda süregelen ve devlet tarafından düzenlenmiş olan ilişkiler oluşturur.

Farklı modeller, farklı uygulamalar

Sosyal sağlık sigortası, 19. yüzyıl sonlarında Almanya'da ortaya çıkmış ve ismini, yaratıcısı olan Kont Bismark'tan almıştır. İşveren ve çalışanlar tarafmdan gelirle orantılı olarak ödenen sigorta primleriyle finanse edilen bu sistem, istihdam temelli olup, hastalık fonları aracılığıyla çalışmaktadır. Vatandaşlar, kendilerine hizmet sağlayan hastalık fonunun üyesi konumundadır. Bağımsız hizmet sağlayıcılar (hastaneler ya da pratisyen hekimler) bu fonlarla sözleşme yaparlar. Bu sistem, merkezî olmayan bir sistemdir, yani devletin rolü sınırhdır. Kısacası Bismarkçı sistemin temel yapısı şöyle özetlenebilir: Hastalar sigorta primlerini, hastaneler ve diğer hizmet sağlayıcılar ile sözleşme yapmış olan sağlık sigortası fonlarına öderler. Hizmet sağlayıcılar ise, aile hekimleri (ya da genel pratisyen hekimler) ile hastaneler arasında az çok resmîleşmiş bir sevk zinciri çerçevesinde hastalara hizmet sunarlar.

Beveridge olarak da bilinen ulusal sağlık hizmetleri modeli ise, 1946 yılında ortaya çıkmıştır. Bu sistem vergi temellidir; söz konusu vergi, ulusal vergi de olabilir, yerel vergi de. Bu sistem genellikle, İsveç'te olduğu gibi bölgesel sağhk yetkilileri ya da diğer bölgesel birimler aracıhyla yürütülmektedir. Hastaneler gibi sağhk kurumları genellikle devlete aittir. Birleşik Krallık'ta "bağımsız yüklenici" *(independent contractor)* sayılan pratisyenlerle sözleşme imzalanması gibi uygulamalara sıkça rastlanmamaktadır. Ulusal Sağlık Hizmeti sistemleri farkh derecelerde merkeziyetçi öğeler barındırmaktadır. Örneğin, İsveç ile Birleşik Krallık'ı karşılaştırdığımızda, sistemlerin merkeziyetçilik seviyelerine ve devletin rolüne ilişkin farkhhklar olduğunu

görüyoruz. Bu sistemin temel yapısını, sosyal sağlık sigorta sistemlerini tanımladığım terimlerle anlatmam gerekirse: Vatandaşlar vergilerini devlete öderler; devlet ise ya kendileri hizmet sunan ya da diğer hizmet sağlayıcılardan hizmet alan yerel otoritelere kaynak aktarırlar. Bu sistemlerin içinde, (değişik boyutlarda olmak üzere) özel sektör de yer almaktadır.

Üçüncü ve son sağhk sistemi ise Sovyetler Birliği dağılmadan önce Orta ve Doğu Avrupa'daki komünist ülkelerde bulunan ve ismini yine bir kişiden alan Semashko sistemidir. İsmini, Sovyetler Birliği'nin ilk sağlık bakam olan Semashko'dan almış olan eski komünist ülkelerin sağlık sistemleri, Rus devriminden sonra ortaya çıkmıştır. Bu ülkelerin sağhk sistemleri devlet bütçesinden finanse ediliyordu ve oldukça merkezı bir yapıya sahipti. Tüm sağhk kurumları devlete aitti ve hizmet sağlayıcılar da devlet çalışanlarıydı. Çeşitli uzmanların çahştığı bir halk poliklinikleri sistemi vardı. Açık bir temel sağlık hizmetleri sistemi bulunmuyordu, tersine, paralel sistemler mevcuttu. Nüfusun belli bir kısmı için, örneğin devlet memurlarına yönelik, ayrı bir sistem uygulanıyordu. Bu konuya daha sonra tekrar döneceğim. Temelde yapı, Ulusal Sağlık Hizmeti sistemlerindekine benziyordu: Sistem, merkezî devlet bütçesi, yerel hükümetlerin bütçesi ile poliklinik ve hastanelerin bütçesinde toplanan vergilerle finanse ediliyordu.

Orta ve Doğu Avrupa'da sağlık reformları gerçekleştirilmeden önceki sistem uzaktan tek tip gibi görünse de, aslında öyle değildi ve bu sistemler arasmda önemli farklar bulunmaktaydı. Öncelikle, sağhk sistemleri kökenleri itibariyle birbirlerinden farkhydı. Macaristan ya da Çek ve Slovak Cumhuriyetleri gibi bazı ülkelerin geçmişlerinde Bismarkçı anlayışın etkisi görülürken, bazılarında durum böyle değildir. Dalıası, sağlık durumu ülkeler arasında farklılık gösterir, bu nedenle de, Batı Avrupa'daki sağhk sistemlerinde çeşitlilik çok yaygındır. Sağlık sistemlerinin temel özellikleri lıakkında ancak genel birşeyler söyleyebiliriz; çünkü bu sistemler birbirlerinden büyük faklılıklar gösterir. Ayrıca bu tür çalışmalarla ilgili bir de uyarıda bulunmak istiyorum: Sağlık sistemlerindeki bütün büyük fark-

hhkların farkında olmamız gerekiyor; ancak yine de, bazı ortak nitelikleri bulunduğunu da göz ardı etmemeliyiz: Orta ve Doğu Avrupa'da, sağlık sistemlerindeki değişimin başlangıç noktası komünist sağlık sistemleri oldu. Daha önce de belirttiğim üzere bu, vergi temelli; paralel sistemlere dayanan; maaşlı çahşanları olan; büyük poliklinikleri bulunan ve polikliniklerde uzmanlaşmaya odaklı; temel sağlık hizmetlerinin az gelişmiş olduğu; hastaya seçim yapma olanağı tanımayan; merkezî planlama ve sistemin idare edilip denetlenmesi konularında devlete önemli görevler yükleyen bir sistemdir. Nüfusun sağlık durumu özel bir ölüm oranı modeli ile tanımlanmıştır: kanser, kardiyovasküler hastalıklar, kazalar ve yaşam tarzı sorunlarından oluşan dış etkenlere bağlı yüksek ölüm oranı. Orta ve Doğu Avrupa'da alkol ve sigara kullanımı ve çevrenin bozulması büyük birer yaşam tarzı problemi oluşturmaktaydı ki bu, halen böyledir. Bu ülkelerden bazılarında sanayi üretimine verilen öncelik nedeniyle, çevre konusu tamamıyla ihmal edilmiştir.

Orta ve Doğu Avrupa'daki yaşam beklentisi oranlarının, 15 AB ülkesindeki oranlara göre nispeten düşük olduğunu görüyoruz. Bunları AB-15 (AB'nin genişlemesinden önceki eski AB ülkeleri) ile karşılaştırabiliriz. 1990 yılında AB-15'te doğumda ortalama yaşam beklentisi 76.3 idi. Buna en yakın durumdaki ülke olan Slovenya, AB-15'in dağılımına uygundur. 2003 yılında AB-15'te doğumda yaşam beklentisi 79 idi; yine Slovenya'nın bu duruma en yakın ülke olduğunu ve söz konusu 15 ülkenin normal dağılımına uyum gösterdiğini söyleyebiliriz. Öte yandan, Türkiye'yi bu on ülke ile karşılaştırdığımızda, en düşük seviyede olduğunu görüyoruz. Kullandığım sağlık veritabanına göre 1990 yılında Türkiye'de yaşam beklentisi 66.2 iken 2003 yılında 70 idi. Kısacası sıralamada Türkiye her iki durumda da Baltık Devletleri'nin hemen altında yer almaktadır.

Topyekûn değişimin sağlık alanına etkileri

Orta ve Doğu Avrupa ülkelerindeki değişimler çerçevesinde artık sağlık sistemlerindeki eğilimler de değişmektedir. En önem-

li gelişmelerden birini vergi temelli sistemlerden sosyal sigortaya geçilmesi oluşturmaktadır. Sekiz yıl kadar önce Doğu Avrupa'da 5 ülkede ortaya çıkan değişimlere ilişkin yazdığım küçük bir kitabın da adı olan "Bismarck'a Dönüş" kavramı, bölgedeki bazı ülkelerin durumunu anlatmak için kullanılabilir. Bu, hizmetlerin devlet tarafından sunulmasından özelleştirmeye geçişi –özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri ve ilaç sektörü özelleştirildi– ve hastaların belirli niteliklere sahip hastanelere yönlendirildiği hizmet modelinden; hastanın daha fazla seçim yapma olanağının bulunduğu modele geçişi kapsamaktadır. Ve sonuçta, devletin merkeziyetçi rolü yeniden tanımlamp, yetki ve sorumlulukların sigorta kurumları, profesyoneller ve devlet arasında paylaştırıldığı bir sisteme geçilmiştir.

Bu süreçte Ulusal Sağlık Hizmeti sistemleri yönünde herhangi bir eğilim olmadığım da vurgulamak çok önemlidir. Ashnda, o dönem için bu, büyük olasılıkla çok daha mantıklı bir seçenek olurdu, çünkü Doğu Avrupa'daki sağlık sistemlerini sosyal sigortaya dönüştürmek oldukça yüksek maliyetli bir tercihti; oysa vergi temelli ulusal sağlık hizmeti seçeneğinin çok sayıda avantajı vardı. Örneğin, Doğu Avrupa'da eskiden nispeten iyi düzenlenmiş olan, koruyucu hekimlik hizmetleri ve halk sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesi, sağlık sistemindeki bu değişikliklerle bozulmuştur. Kısacası, bu ülkelerdeki değişim Akdeniz ülkelerinde olduğu gibi Ulusal Sağlık Hizmeti yönünde olmamıştır. Burada ortaya çıkan tam anlamıyla ters yönde bir eğilimdir. Bu durum, projelerin başlatılma sebepleri ve ilgili ülkelerde değişimin aciliyeti gibi birçok faktörle açıklanabilir ve ilk olarak, bu ülkelerin geçmiş tecrübelerine bakılabilir. Komünizm öncesi dönemde bazı ülkeler, özellikle de Avusturya-Macaristan Imparatorluğu'nun bir parçası olan Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve kısmen Slovenya; II. Dünya Savaşı sonrasında komünizmin gelmesine kadar Bismarkçı bir sigorta sistemine sahipti ve böyle bir tarihsel tecrübe, bu ülkelerin değişim sürecinde sosyal sigorta sistemlerine daha olumlu yaklaşmasına neden oldu. Tecrübelerinin olumsuz bir tarafı olarak da, sağlık hizmetinin komünist devlet tarafından dü-

zenlenmesini gösterebiliriz. Özellikle Baltık Devletlerinde, yeni oluşturulan sistemin son kırk yıl boyunca uygulanan sisteme benzer bir sistem olmaması konusunda güçlü bir istek vardı. Bu duruma ek olarak, yabancı modellerin ve desteğin etkisi söz konusuydu. Almanya ve Avusturya gibi sosyal sigorta sistemlerinin uzun süredir uygulandığı ülkelerden, olumlu telkinler ve iki taraflı destek gelmekteydi. Ayrıca, özellikle sağlık hizmet sağlayıcıları arasında yüksek bir gelir beklentisi bulunmaktaydı. Bu büyük olasılıkla, "sosyal sigorta sistemine geçtiğimiz zaman, tıpkı Almanya'daki doktorlar gibi birkaç yıl içerisinde hepimiz birer BMW kullanıyor olacağız" gibi bir beklentiydi. Bunun temel nedenlerinden biri Doğu Avrupa ülkelerinde genel ekonomik yapı içerisinde sağlık hizmetlerinin öncelikli bir konu olarak görülmemesinden dolayı, doktorların gelirlerinin hep çok düşük olmasıydı. Ayrıca, temelde sağlık reformlarını yürüten bürokratlar Ulusal Sağlık Hizmeti'ne dayalı alternatif modellere çok açık değillerdi ve Ulusal Sağlık Hizmeti sistemlerine sahip ülkeler de, kendi sistemlerinin Orta ve Doğu Avrupa ülkelerine aktarılması konusunda yoğun bir çaba göstermediler.

Dünya Bankası, Doğu Avrupa ülkelerinde, sağlık sisteminin geliştirilmesi; hastanelere ve temel sağlık alanına sermaye yatırımı; hastanelerin ve ilaç sektörünün yeniden yapılandırılması gibi alanlarda ciddi yatırımlar yapmıştır. Ancak, reform sürecinde bu ülkelere uluslararası destek sadece Dünya Bankası'ndan gelmedi, başka bazı kaynaklar da mevcuttu. Başlangıçta sağlık sistemi projeleri ve eğitim konusuna odaklı AB Phare* programı, daha sonra Avrupa Birliği'ne katılım için mevzuatın hazır hale getirilmesi konusunda bir katılım desteği olarak tanımlandı. Ayrıca, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) özellikle kurumların geliştirilmesi ve sağlık harcama hesapların geliştirilmesi gibi alanlarda destek sağladı. Dünya Sağlık Örgütü de, halk sağlığı ve birinci basamak sağlık hiz-

(*) On eski Dogu ve Merkez Avrupa ülkesi için Topluluk dış yardım programı. Mayıs 2004'ten bu yana, Phare Programı'ndan sadece Romanya ve Bulgaristan yararlanabiliyor – e.n.

metlerini desteklemiş; aile hekimliğinin geliştirilmesini savunarak, bilgi ve politika desteği sağlamıştır. Bunlara ek olarak, belirli ülkelerin birlikte çahşmak üzere oluşturduğu ve temel olarak, komünist sistemlerden komünizm sonrası sistemlere geçişin sürdürülebilirliğinin sağlanması ve sigorta kanunlarının yazilması gibi sosyal sigorta sisteminin kurumlarının oluşturulmasını ve sivil toplumun geliştirilmesini amaçlayan çok sayıda "ikili eşleştirme *(twinning)* programı" bulunmaktaydı.

Bu sekiz ülkenin ve muhtemelen yakın gelecekte diğer ülkelerin de Avrupa Birliği'ne katılım süreci ile sağlık sistemlerinin düzenlenmesi arasında önemli bir ilişki vardır. Ancak, Avrupa Birliği mevzuatı, sağlık hizmetlerinin düzenlemesine değil, daha çok sağlığın korunması ve sağlıkla ilgili diğer alanlara odaklanmaktadır. Mesela ilaç, tıbbi cihazlar, sağlık eğitimi, mal ve hizmetlerin serbest dolaşımı gibi konularda bir AB yönetmeliği bulunmaktadır. Ancak söz konusu yönetmelik, özellikle sağlık hizmetleriyle ilgili değil, çeşitli mal ve hizmet türlerine yöneliktir. Diğer bir örnek ise, genel olarak sigortayı düzenleyen yönetmeliğin, özel sağlık sigortası gibi alanları da kapsamasıdır.

AB mevzuatının sağlık hizmetleri üzerindeki dolaylı etkisi, doğrudan düzenlemelerden çok daha fazla öneme sahiptir. Mal ve hizmetlerin ve sermayenin serbest dolaşımının Avrupa ülkeleri üzerinde önemli bir etkisi vardır. Avrupa Birliği sağlık politikaları üretmez, ancak Avrupa Adalet Divanı'na giden ünlü davalardan birinde olduğu gibi, üye devletlerden birinde faaliyet gösteren bir kurum ya da kişi, diğer bir üye ülkede serbest dolaşım çerçevesinde sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkının bulunduğunu iddia ederse, Avrupa Adalet Divanı, verdiği hükümlerle zımnen sağlık politikası oluşturmuş olur. Diğer taraftan rekabet hukuku da, sağlık hizmetleri ve benzeri pek çok alan üzerinde son derece büyük bir etkiye sahiptir. Meslek örgütlerinin faaliyetlerinin düzenlenmesi buna örnektir. Temel olarak meslek örgütleri, şirket birlikleri olarak ya da kartel gibi görülmektedir. Bu örgütler her zaman, bir taraftan, bir tür kartel rolünü üstlenirken, diğer taraftan da, örneğin,

hastalar açısından değerlendirilmesi zor olan mesleki davranış standartlarını belirleyen ve kaliteli hizmet sunumunu düzenleyen etik ve normatif bir topluluk görevini üstlenirler. Bu nedenle meslek örgütlerinin sağlık sistemleri içerisinde belirli bir rolleri bulunmaktadır. Ancak Avrupa Birliği ülkelerindeki rekabet hukuku çerçevesinde, bu örgütlerin, üyelerine rekabeti sınırlandıran kurallar uygulamalarına izin verilmemektedir. Bu duruma örnek olarak, yeni mesleklerin tanınması, uygulanan tarifeler ve reklam yasağma ilişkin politikalar gösterilebilir. Meslek örgütleri, AB yönetmeliğine dayalı ulusal rekabet kanunlarının bir sonucu olarak kendi kurallarını değiştirmek zorundadırlar. Bu örnekler, farkh alanlardaki yönetmeliklerin, sağlık alanındaki gelişmeler üzerinde nasıl dolaylı bir etkiye sahip olabildiklerini göstermektedir.

Özel bazı sorunlar

İlk sorun sosyal sağlık sigortasının getirilmesi ile ilgili. Bazı ülkelerde yaşanan deneyimler, sağlık sigortasına ek olarak, maluliyet sigortası ve emekliliği de dikkate alan bir sosyal sağlık sigortası sisteminin, yönetim açısından çok karmaşık olabileceğini gösterdi. Bu ülkeler bazı unsurları dışarıda bırakabilirlerdi. Örneğin, sadece sosyal sağlık sigortası ile başlamaya ve emeklilik gibi konuları vergi temelli bir ortamda eskiden olduğu gibi bırakmaya karar verebilirlerdi. Primlerin toplanması, Türkiye'de de sorun olarak dile getirilen bir konu. Eğer istihdama dayalı bir sosyal sağlık sigortası sisteminde primlerin toplanması amaçlamyorsa ve işsizliğin yüksek olduğu, sıkıntılı bir ekonomik dönem yaşanıyorsa, tıpkı Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde olduğu gibi sorunla karşılaşıhr. Bu ülkelerde eskiden devlet güvenceli ve neredeyse ülke genelinde bir istihdam söz konusu iken, aniden duvarın yıkılması ile işsizlik bazı ülkelerde %10-15'lere yükselmiştir.

Geçiş süresince, sigorta kurumu ile hastaneler arasında sözleşme yapılmasını kolaylaştıran yeni kurumların oluşturulması ve geliştirilmesi gereklidir. Ancak devlete bağımlıhk devam

etmektedir; çünkü işsizlerin, emekli maaşı alan yaşlıların ve bazen de bu kişilerin bakmakla sorumlu oldukları kişilerin primlerini devlet, vergilerden ödemekteydi. Ancak devletler, bu grupların primlerini karşılamak için yeterli finansmam sağlamaktan kaçındıkları için önemli sorunlar doğmaktadır. Eğer devlet finansman sorumluluğunu üstlenmeyi taahhüt edip, daha sonra bunun sadece bir kısmım karşılarsa, o zaman sigorta fonlarımn açık vermemesi kaçımlmaz hale gelir.

Özelleştirme ve temel sağlık hizmetleri reformunun da kendine has birtakım sorunları bulunmaktadır. Temel sağlık hizmetleri, reform girişimlerinin başlangıç noktasını oluşturmaktadır, çünkü güçlü bir temel sağlık hizmetleri sisteminin, zayıf bir temel hizmet sisteminden daha etkin ve daha ucuz olduğu delillerle ispatlanmıştır. Dolayısıyla, temel sağlık hizmetlerinin, tüm Doğu ve Orta Avrupa ülkelerinde, reform paketinin önemli bir parçası olduğunu görüyoruz. Temel sağlık hizmetleri açısından önemli olan bazı koşullar vardır.

Koşullardan birisi şudur: Temel sağhk hizmetlerinde reformun gerçekleşmesi, büyük polikliniklerin ayrılması ve buralarda çalışan doktorların yeniden eğitilmesiyle mümkündür. Çeşitli ülkelerde çocuk doktorlarımn, jinekologların ve dahiliyecilerin aile hekimleri olarak yeniden eğitilmelerine yönelik büyük eğitim projeleri gerçekleştirilmiştir.

Pratisyen hekimlik ya da aile hekimliğini yürütebilmek için ekipman bulunması şarttır ve temel sağlık hizmetleri reformu, çok katmanlı bir yaklaşımı gerektirir. Sözgelimi, yerel seviyede organize edilen bir uygulama sırasında, eş zamanlı olarak, sigorta kurumları, meslek örgütleri ve belediye yetkilileri ile aracı kurumların ve ilişkilerin düzenlenmesi önemlidir. Üçüncü sırada ise, Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığımn temsilcisi olduğu merkezî devlet ile tabip odaları veya sağlık çalışanlarını temsil eden örgülerin ilişkilerinin düzenlenmesi gelir.

Diğer bir sorun, sağlık çalışanlarının, karar almalarını desteklemeyen bir ast üst ilişkisi ve denetim bürokrasisi içinde çalışan kişiler olarak, özerkliğe sahip olmamalarıdır. Doğu Avrupa ülkelerinde doktorlar ve hemşireler, üst konumdaki bü-

rokratların talimatlarım ihlal etmemek için, kendi kararları ile hareket etmekten kaçınıyorlardı. Oysa, temel sağlık hizmetleri alanında amaçlanan, çalışanların karar almaları, ancak kararlarının sorumluluğunu üstlenmeleri ve söz konusu kararlara meslektaşlarıyla görüş alışverişinde bulunarak varmalarıdır. Ayrıca bütün çahşanlar, temel sağlık hizmetlerini geliştirme projelerine dahil olmalıdırlar. Bir grup doktor ve hemşireyi bir araya getirerek, herhangi bir çekinceleri olmaksızın, işleri hakkında açık bir şekilde konuşmalarım sağlamak temel sağlık hizmetlerini geliştirmeye yönelik projelerde atılması gereken, ancak uygulaması zaman alabilecek ilk adımdır. Bu kültürel değişim çok önemlidir ve gerçekleşmesi on yıldan daha uzun bir zaman alabilir. Doktor ve hemşirelerin eğitilmeleri ve eğitimlerinin yenilenmesi konusuna daha önce değinmiştim.

Çözüme yönelik yorumlar ve örnekler

Temel sağlık hizmetlerinin reformu alanında elverişli koşullar, farklı biçimlerde oluşturulur. Sistem seviyesinde siyasi desteğin alınması, temel sağlık hizmetlerinin kendi içinde ve hastanelerde verilen ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleriyle koordinasyonun ve işbirliğinin sağlanmasına olanak tanıyan bir teşvik sisteminin bulunması gerekir. lyi bir eğitim politikası da önemli koşullar arasındadır. Mesleki seviyede ise, çalışanlara daha fazla özerklik tanınması ve salt poliklinik çalışam kimliğinden çıkarılıp, belki de yeni bir mesleki kimlik tanımına kavuşturulmaları uygun olur. Aile hekimi ya da sağlık ocağındaki hemşireler, düzenli bir bürokrasi içerisindeki küçük bir görev için, çok geniş bir sorumluluk taşımaktadırlar. Yerel uygulama düzeyinde ise gerçekleştirilebilecekler daha çok uygulama alanına yöneliktir; bu düzeyde, örneğin güzel bir şekilde tasarlanmış olan binalara hasta erişimini iyi şekilde sağlamak, ekip çahşmasını teşvik etmek, hizmetin sürekliliğini sağlamak; kısacası güçlü temel sağlık hizmetlerine sahip olan ülkelerde zaten varolan şeyleri gerçekleştirmek söz konusu olur.

Dolayısıyla, değişimdeki strateji, çok katmanlı bir yaklaşım,

örneğin, sağlık merkezi seviyesinde, sigorta kurumları ve mesleki örgütler gibi aracı kuruluşlar içinde ve ulusal düzeyde, kısacası her seviyede uygun değişikliklerin yapılması olmahdır. Bunlardan sadece birisine odaklanıldığı takdirde uygulama verimli olmaz. Sözgelimi, düzenlemenin yerel ölçekle smırlandırılması, sürdürülebilir olmasını engeller, çünkü proje biter bitmez eski duruma dönülür. Öte yandan, değişikliklerin sadece ulusal seviyede uygulanmaya çahşılması –ki bu da sağlık reformlarında oldukça sık denenmiştir– yerel seviyeye ulaşılmasını imkânsız kılar. İşte bu nedenle tüm seviyelerde uygulanan bir yaklaşım benimsenmelidir ve tabii ki, bunun organize edilmesi oldukça güçtür.

Kısaca Slovenya ve Litvanya'dan iki örnek vermek istiyorum. Özellikle bu iki ülkeyi seçtim, çünkü sadece coğrafi açıdan değil, başka açılardan da oldukça uzak noktalarda bulunuyorlar. Orta ve Doğu Avrupa ülkelerini temel olarak üç grupta ele alabiliriz: Eskiden Sovyetler Birliği'nin bir parçası konumunda olanlar, uydular ve farklı bir statüsü olan eski Yugoslavya. Slovenya, eski Yugoslavya'nın bir parçası olmakla beraber, diğer eski Yugoslavya cumhuriyetlerinden farklı bir tarihe sahiptir; kültürel açıdan İtalya ve Avusturya'ya çok yakındır. Eskiden Avusturya-Macaristan İmparatorluğu'nun bir parçası olan Slovenya'nın, son derece gelişmiş bir temel sağlık hizmetleri sistemi vardı, yaşam beklentisi oranı yüksekti ve sağlık göstergeleri olumluydu. Sovyetler Birliği'nin parçası olan Litvanya'ya göre, Slovenya, nispeten güçlü bir temel sağlık hizmetleri sistemiyle, çok bürokratik ve biraz eski moda bir hastane sistemine sahipti. Bunun yanında, değişikliklerin çok yavaş gerçekleştirildiğini görüyoruz ki bu da, reformun aciliyeti ile ilgili bir durum. Slovenya'da ise, işlerin genellikle yolunda gitmesinden dolayı bir aciliyet söz konusu değildi ve bu durum halen geçerli. Kısacası devrim niteliğinde bir süreçten ziyade, evrim olarak tanımlanabilecek bir hareket söz konusu. Bu aynı zamanda, farklı yönetim modellerinin birlikte varolmalarına da yol açıyor.

Geçtiğimiz yıl Lubliana'da birinci basamak sağlık hizmetle-

rinin geleceğinin ele alındığı bir çalıştaya katıldım. Masada Sağlık Bakanlığı, sigorta kuruluşu, halen büyük sağlık merkezlerine sahip olan belediyeler ve özel hastaneler bir aradaydı. Belediyelerin sahip oldukları büyük sağlık merkezleri aslında poliklinik değiller, ancak çok sayıda doktor, hemşire ve diğer personele sahip olduklarından poliklinik boyutundalar. Bu merkezlerin görev alanları, halk sağlığının bir parçası olan ve genellikle birinci basamak hekimleri tarafından değil de, halk sağlığı yetkilileri tarafından uygulanan okul sağlığı hizmetlerini de içeriyor ve özel hastanelerin görevlerinden çok daha geniş bir alanı kapsıyor. Bu sağlık merkezi sistemi dışında, özel çalışan ve sigorta kurumları ile anlaşmalı olan genel pratisyenler ve diş doktorları da bulunuyor. Belediyeler, temel sağlık hizmetlerinin, iki ayrı ama paralel yolla –büyük sağlık merkezleri ve özel hastaneler– sağlanması konusunda büyük problemler yaşıyorlardı. Özel çalışan pratisyen hekimler bir belediyenin sınırları içinde yaşayanların bir kısmına hizmet sağlıyor, ancak okul sağlığı faaliyetlerini üstlenmiyorlardı. Bu iki örgütlenme modeli bazen yerel seviyede çok basit konularda dahi birbiriyle çatışıyordu. Örneğin, özel sektöre geçen pratisyen hekimler zaman zaman belediyeye ait olan sağlık merkezi binasında çalışmak isteseler de, sağlık merkezi, binalarını özel muayenehane olarak kullanıma açmak yerine, örneğin, bir mağazaya kiralamış olabiliyordu. Kısacası bu sistemde yan yana, fakat farklı yönetim mekanizmaları vardı. Bunlardan biri, belediyelerin, eski sistemde olduğu gibi, sınırları içerisinde yaşayan halkın sağlık ihtiyaçlarının karşılanması sorumluluğunu üstlendiği; sağhk hizmetlerinin bir sağlık merkezi çerçevesinde organize olduğu ve devlet tarafından finanse edildiği sistemdi. Diğeri ise, özelleştirilmiş olan sistemdi. Bu sistem oldukça yavaş bir evrim geçiriyor ve temel sorunlar halen önem arz ediyor. Radikal değişikliklere gidilen durumlarda da karşılaşılan başka sorunlar var, bunlar da eşgüdüm açısından ciddi engel oluşturuyor.

Şimdi Slovenya'yı, Litvanya ile karşılaştıralım: Litvanya Sovyetler Birliği'nin bir parçasıydı ve bundan kaynaklanan tüm

sorunları yaşadı. Aslında Litvanya'da bir temel sağlık hizmetleri sistemi ya da pratisyen hekimlik/aile hekimliği sistemi yoktu. Acil hizmetler, farklı uzmanları bulunan büyük poliklinikler tarafından verilmekteydi ve acil reform ihtiyacı hissediliyordu. İnsanlar bu sistemden kurtulmak ve başka bir sisteme geçmek istiyorlardı. Dolayısıyla bu, evrimden ziyade devrime ihtiyaç duyulan bir durumdu. Bu nedenle bürokratlar ve diğer karar odakları köklü değişiklikler yapmak amacıyla, yerel yönetimlerin sağlık sistemindeki rolünün artırılarak yeni bir düzenlemeye gidilmesi ve polikliniklerin bölünüp daha ufak birimlerde hizmet sunulması gibi köklü değişiklikleri uyguladılar. Son birkaç yüzyıllık süreçte, kurumların tarihine bakılacak olursa, daima bir ölçek artışı olduğu görülür, ancak burada söz konusu olan bir ölçek düşüşüdür. Bu durumun gelecekte değişme ihtimali var, ama genellikle, sosyal sağlık sigortası sistemlerindeki sağlık kurumları, Ulusal Sağlık Hizmetleri sistemlerindekilerden çok daha küçük ölçektedirler. Almanya, Belçika, Fransa ve Hollanda gibi ülkelerde –ayrıca, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerindeki gibi temel sağlık hizmetlerinin yeni özelleştirildiği durumlarda– yalnız çalışan birinci basamak hekimlerinin sayısı, sadece %15 oramnda tek başına çahşan hekimin bulunduğu İngiltere örneğine göre çok daha fazladır.

Litvanya'daki değişimler, bir ilk başvuru noktası ve sevk sistemi getirme girişimi; doktorlara yönelik büyük çaplı bir yeniden eğitim planı, hizmet binalarının yenilenmesi ve Dünya Bankası ya da ikili eşleştirme *(twinning)* projeleri ile dışarıdan destek ahnarak yeni ekipman tedariki planıyla birlikte, temel sağlık hizmetlerinin reform edilmesine yönelikti. Bu çerçevede, sözleşmeli özel çahşma, temel sağlık hizmetlerinin düzenlemesinde bir seçenek haline geldi.

Bazı sonuçlar

İlk olarak reformlarla başlamak gerekirse, reformların aciliyet derecesi ülkeler arasındaki faklılıkları açıklayan faktörlerden biridir. Aciliyet güçlü bir şekilde hissedildiğinde, çok daha te-

mel değişimler yapmak kolaylaşır. Genel eğilim, yerel yönetimlere yetki devri; kontrollü özelleştirme; ödeme sistemlerinde finansman ve mali sorumluluk açısından yeni teşvikler getirme ve temel sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi yönündedir. Bence Orta ve Doğu Avrupa'da sosyal sağhk sigortası sistemlerinin sürdürülebilirliği ile ilgili konulardan birisi de ekonomik kalkınmamn, primlerin ödenmesini destekleyip destekleyemeyeceği ve ek bir devlet müdahalesine ihtiyaç olup olmadığıdır. Ben ayrıca değişimlerin hızının da çok önemli olduğunu düşünüyorum. Bazı değişiklikler çok hızlı bir şekilde uygulanabilir. Ancak mesleki rolleri yeniden sımflandırmak, halkın beklentilerini değiştirmek, bir meslekle ilgili yeni uygulamalar getirmek ve düzenlemelere gitmek, bir kanun hazırlayıp "tamam, oldu" demekten çok daha fazla zaman alır.

İkinci olarak ise, temel sağlık hizmetleri reformları ile sivil toplumun geliştirilmesi arasında bir ilişki olmalıdır; size gösterdiğim gibi, farklı seviyelerde, özellikle de sağlık çalışanları, hastalar ve vatandaşlar birlikte hareket ederek, sağlık sistemlerini ortaklaşa şekillendirmek için, ara seviyede çeşitli müdahalelerde bulunmalıdırlar. Bu, istikrarlı demokrasiler oluşturulması için son derece önemlidir. Ayrıca, temel sağhk hizmetlerinin gelişmesi sivil toplumun gelişmesine de katkıda bulunabilir. Hastaların, şikâyet prosedürlerine, hasta haklarına, bilgiye ve hasta örgütlerine erişiminin sağlanması konusuna da gereken ilgi gösterilmelidir. Kısacası bütün bunlar, hem meslek üyeleri ve sağhk kuruluşlarına, hem de toplum içerisinde hizmetlerden faydalanan kişilere bazı sorumluluklar getirmektedir.

Kafalarda birçok soru işareti bırakmak zorunda kalacağım sanırım; çünkü bunun Türkiye için ne anlama geldiği konusunda da bazı şeyler söylemek istiyorum, ama bu gerçekten çok zor. Halen tartışılması gereken pek çok konu var. Bu konulardan birisi, siyasi açıdan ve toplum ve sağlık hizmetleri alanı açısından değişim ihtiyacının ne kadar acil olarak algılandığıdır; ayrıca bir diğer mesele de, hangi eğilimlerin takip edileceğidir. Doğu Avrupa'ya baktığımızda, eğilimin sosyal sağlık sigortası yönünde olduğunu görüyoruz. Buna karşılık,

Güney Avrupa'ya bakarsak, eğilimin ulusal sağlık hizmeti yönünde olduğunu görüyoruz. Dolayısıyla hangi eğilimin takip edilmesi gerektiğini söylemek gerçekten çok zor.

Sağlık reformlarının bazı kısımları açısından güçlü bir temel sağlık hizmetleri oluşturulması gerektiği açıktır. Ancak, bazı şeylerin sadece kopyalayarak yapılamayacağının farkında olunması da önemli. Macaristan'da 'teşhise göre gruplama' (DRG) sisteminin getirilmesi başlangıçta büyük bir başarı sağlayamadı, çünkü tamamen farklı bir sağlık sisteminin bir unsurunu alıp, başka bir sağlık sistemine aktararak bir deneye girişmek, hiç de kolay değil. Sağlık reformu açısından, her şeyin bir ilham kaynağı olabileceğinin, kısacası bunun bağlamla ilişkili olduğunun bilincine varmak gerekiyor. Ekonomik kalkınma ile sağlık hizmetlerinin karşılanabilirliği ve sistemin türü arasındaki bağlar dikkate alınması gereken unsurlardır. Bundan yola çıkarak, ekonomik gelişmişlik düzeyi bakımından daha geride olan ülkelerde Ulusal Sağlık Hizmeti sistemlerinin, daha önce bahsettiğim sosyal sigorta sistemlerine göre belirgin bazı avantajlara sahip olduğunu düşünüyorum. Ve burada önemli olan, değişimin zaman aldığınm bilinmesidir. Direnişle karşilaşılabilir ve bu direnişin üstesinden gelmek uzun süre ve çok çaba gerektirebilir.

Güney Avrupa'da Sağlık Reformu

ANA MARTA GUILLEN*

Güney Avrupa'daki sağlık sektörü reformlarını ele alırken, genel olarak üç nokta üzerinde durmayı planlıyorum. İlk olarak, Güney Avrupa'da, 1970'lerin sonlarında başlayıp 1980'lerin sonlarına dek devam eden, sağlık sistemlerinin genelleştirilmesi sürecinden bahsedeceğim. Bu amaçla, karşılaştırmalı olarak Portekiz, İspanya, İtalya ve Yunanistan'ı ele alacağım. Sanıyorum tarihte ilk kez, 1970-80 döneminde Güney Avrupa'da, köklü bir Bismarkçı yapıya sahip olan sağlık hizmeti veya sağlık sigorta sistemleri, ulusal sağlık hizmetlerine dönüştürülmüştür. İkinci olarak ise, 1990'lardan günümüze kadar olan dönem içerisinde sadece İspanya'nın durumuna değineceğim. Niçin sadece İspanya? Bunun nedeni, ilk reform dalgası adını verdiğimiz genelleştirici nitelikteki reformlardan sonra gelen ve 1990'ların başlarında ortaya çıkan kemer sıkma döneminde Güney Avrupa ülkelerinde uygulanan sistemlerin birbirinden çok farklı olması. Ayrıca, bu incelemenin ilk kısmı olan genelleştirme kısmı, *West European Politics* (Batı Avrupa Politikası) dergisinde 2001 yılında ve ikinci kısım ise –bizim 1990'lar süresince "reformların reformu" olarak adlandırdığımız dönü-

(*) Oviedo Üniversitesi, İspanya.

şüm ile karşılaştırmah olarak– *Social Science and Medicine* (Sosyal Bilim ve Tıp) dergisinde yayınlanmıştır. Dolayısıyla daha fazla bilgi için bu kaynaklara başvurulabilir. İspanya'da gerçekleşen sağlık reformlarına değindikten sonra, gelecekte İspanya'da ortaya çıkabilecek bazı güçlükleri özetlemeye çalışacağım.

Konuya giriş yapmak ve kısaca bazı noktaları hatırlamak amacıyla tüm Avrupa Birliği sağlık sistemlerinin hakkaniyet ve verimlilik konusunda ortak bir takım hedefleri bulunduğunu belirtmek istiyorum. Bu, şu anlama gelmektedir: Tüm Avrupa Birliği sağlık sistemlerinin, hizmetlere erişim açısından yeterlilik ve hakkaniyet; mikro ve makro düzeylerde verimlilik ve 1990'ların sonlarından itibaren ise tüketiciler açısmdan tercih çeşitliliği, hizmet sağlayıcılar açısından da özerklik gibi ortak hedefleri olmuştur. Tüm AB sağlık sistemleri geniş nüfusları ve hizmetleri kapsamaktadır. Nüfusun kapsanma oranı, iki istisna dışında, hemen her yerde %100'e ulaşmaktadır. Bu istisnalardan birisi olan Almanya'da nüfusun %92'si kapsama dahilken, nüfusun geri kalanı sistem dışı kalmayı tercih etmiştir. Diğer istisna ise, kapsam oranımn %62 olduğu ve yine nüfusun geri kalanının sistem dışmda kalmayı tercih ettiği Hollanda'dır. Bu kişiler, gelir tavam nedeniyle sisteme dahil olamıyorlar. Hollanda'da bir gelir eşiği uygulaması mevcut ve bu gelir eşiğinin altındakiler mecburi olarak kamu sistemine dahilken, yüksek gelirli kişiler özel sigorta hizmetlerinden yararlanmaya zorunlu tutuluyorlar. Bu örneklerin dışında, sisteme dahil olmama tercihinin getirilmesi Portekiz'de de teklif edilmiş, ancak diğer pek çok konuda olduğu gibi, bu teklif de uygulamaya geçirilmemiştir. Genelde olduğu üzere diyorum, çünkü Portekiz'de pek çok reform teklif edilmiş, ancak hiçbir zaman uygulanmamıştır. Ancak yine de Portekiz'de, ulusal bir sağlık hizmeti yavaş yavaş yerleşiyor.

Kamu harcaması Avrupa sağlık sistemlerinin çoğunda oldukça yüksek. Avrupa sağlık sistemleri birbirinden çok farklı yollardan, örneğin vergilerden ve sosyal katkılardan finanse ediliyor ve özel sigorta uygulamasımn da bu sistemde küçük

bir rolü bulunuyor. Ayrıca, ilaçlar için katkı payı alınması dışında maliyet paylaşımının bulunmadığı İngiltere ve İspanya istisnaları hariç, Avrupa'daki çoğu sağlık sisteminde hasta ücretlerine ilişkin bir tür maliyet paylaşımı yaklaşımı mevcuttur. Tüm bu sistemler aynı zamanda, bürokratik yapıların baskın olması sebebiyle, katı kurallardan da muzdariptir. Bu durum 1990'larda verimliliğin arttırılmasına yönelik reformların neden maliyet denetiminin yanı sıra, söz konusu kurumsal katı uygulamaların giderilmesini de hedefleri arasında tanımladığını açıklamaktadır. Avrupa'daki sağlık sistemlerinin iki önemli modeli, sizin de bildiğiniz gibi, sosyal sağlık sigortası sistemi ve ulusal sağlık hizmetleridir. Bu konuyu uzun uzun ele almak mümkün, ancak genel olarak özetlenecek olursa, bu modelleri birbirinden ayıran temel özellik, sosyal sağlık sigortasının çalışanları ve bunların bakmakla yükümlü oldukları kişileri kapsamasına karşılık, ulusal sağlık hizmetlerinin genel bir kapsam sunması ve sağlık hizmeti almayı bir vatandaşlık hakkı olarak kabul etmesidir. Dahası, sağlık sigortası sistemleri ağırlıklı olarak sosyal katkılardan finanse edilirken, ulusal sağlık hizmetleri genel vergilendirmeden, çoğunlukla da artan oranlı gelir vergilerinden finanse edilmektedir. Öte yandan sağlık sigortası sistemleri, çeşitli fonlar tarafından sunulan hizmetler açısından az da olsa bazı farklılıklar taşımakta, ulusal sağlık hizmetleri ise tüm kullanıcılara eşit hizmet sunmaktadır; örneğin, herkese aynı paket sunulmaktadır. Diğer bir ilginç nokta da sağlık sigortası sistemlerinde doktorlara hizmet başına ücret ödenmesine karşılık (bu durum da değişmektedir), ulusal sağlık hizmetlerinde doktorlara maaş bazında ödeme yapılmasıdır. Dolayısıyla, sağlık sigortası sistemlerinde kullanıcı açısından genellikle daha fazla memnuniyet gözlemlemekteyiz, çünkü insanlar genellikle daha iyi seçim yapabilmekte; sisteme bağlı olarak, daha geniş doktor ya da hastane seçeneğine sahip olmakta, böylece herhangi bir sevk sisteminin bulunmadığı durumlarda da bekleme listeleri asgariye indirilmektedir. Ulusal sağlık hizmetleri ise artan oranlı vergilendirme ile finanse edildiklerinden genellikle daha hakkani-

yetlidir. Birçok sağlık ekonomistinin yaptığı çahşmalarınm da gösterdiği üzere, yeniden dağıtım *(redistribution)* etkisinin daha yüksek olması nedeniyle, ulusal sağlık hizmetleri daha ucuzdur ve tüm bütçenin devletin elinde bulunuyor olmasından dolayı, daha kolay yönetilebilmektedir. Bu sistemde paranın nasıl harcanacağına karar verecek ara fonlar bulunmamaktadır.

Bismarkçı bir sağlık sigortası sisteminden, ulusal sağlık hizmetine doğru bir değişim içerisindeyiz ki bu da gerçekten ciddi bir mücadele gerektiriyor. Güney ülkelerindeki ilk reform 1978 yılında İtalya'da gerçekleşiyor, hemen arkasından 1979'da Portekiz ve daha sonra 1983'te Yunanistan ve son olarak da 1986'da İspanya reformları gerçekleşiyor. Dolayısıyla görüldüğü üzere, ulusal sağlık hizmetlerinin İngiltere'de başlatılma tarihi ile Güneyde gerçekleşenler arasında büyük bir zaman aralığı bulunmaktadır. İtalya'da, hatta diğer üç ülkede de özellikle diktatörlükler, genellikle en yakın referansları olan Alman modeline büyük ilgi göstermişlerdir. İşte bu, bizim neden Bismarkçı refah devletlerine sahip olduğumuzu kısmen açıklamaktadır.

Reformları belirleyen unsurlar

Şimdi de sizlere araştırma sonuçlarım sunmak istiyorum. Ancak elbette, Güney ülkelerinin tümünde yaşanmış olan politika geliştirme süreçlerinin detaylarına girmem mümkün değil. Peki, Güney Avrupa'da ulusal sağlık hizmetlerinin oluşumunu etkileyen unsurlar neler oldu? İlk olarak, zaten demokratik bir rejimle yönetilen İtalya istisnası dışında, diktatörlüklerin sona ermesi bu reform hareketleri için ortam yaratması açısından son derece önemliydi. Benim tespitime göre, demokrasiye geçiş şekli, reformların zamanlaması üzerinde etkili olmuştur. Reform bu nedenle, örneğin Portekiz'de 1974 Devriminden sonra son derece hızlı gerçekleşmiştir. Diğer bir deyişle, İspanya ve Yunanistan'da demokrasiye geçiş isteğe dayalı süreçler olarak ortaya çıkarken, bu durum Portekiz'de bir hükümet

darbesi ile gerçekleşmiştir. İspanya ve Yunanistan'da nihai kararın alınması, çeşitli konular üzerinde anlaşmaya varılması, pazarlıklar yapılması gerektiğinden, reform zaman içerisinde ertelenmiş, daha sonra gerçekleştirilmiştir ve tum bu süreçler zaman almıştır. Italya'mn durumunda ise Hıristiyan Demokrat Parti DC'nin hükümetteki siyasi tekelini kaybetmesi ve Komünist Parti PC'nin 1970'lerin ortasında veya bundan biraz daha sonra 1976 ya da 1977'de beş partili koalisyona katılması da oldukça önem taşımaktadır. Hükümetin üzerindeki bu solcu etki, hiç şüphesiz reform için gerekli koalisyonu kurmak bakımmdan hayati önem taşıyordu. Tum bu ülkelerde genel olarak paylaşılan değerlerde de net bir değişim gözlemleyebiliriz. Belki bu ülkelerin lıer biri için referans ülke farkhydı, ama İspanya'nın lskandinav ülkelerindeki modelleri baz aldığını söyleyebilirim. İnsanlar sağlık bakımı konusunda gerçekleştirilen ulusal anketlerde de görüldüğü gibi, bir değişim istiyorlardı. Hatta insanların, Francisco Franco'nun 1975'teki ölümünden önce dahi, herkesi kapsayan bir sağlık sistemi istedikleri açıkça görülüyordu. Geniş çaplı eşitsizliklerin var olduğu düşüncesi nedeniyle bu süreç hem destekleniyor hem de güçleniyordu.

Diğer ülkelerdeki durum da aymydı. Sağlık fonları arasında, farklı sosyal sımflar ve farklı yaş grupları arasında, hizmetlere erişim imkanları açısından farklılıklar mevcuttu ve insanlar tum bunlardan bıkmıştı. Herkes daha fazla hakkaniyet istiyordu. Bir diğer genel etken de bütün bu reformların sol kanattaki partiler iktidardayken (sosyalist partiler veya İtalya'da olduğu gibi sol kanattan bir koalisyon) gerçekleşmiş olmasıydı. Bu partilerin sağhk reformu konusundaki ideolojilerinin temeli, kongrelerine, parti konferanslarına, parti bildirilerine, yani 1960'larm sonlarına kadar gidiyordu. Sol kanattaki partilerin sağhk alanmda görmek istediklerine dair net bir fikri vardı. Güney ülkelerin tümünde güçlü bir reform yanlısı koalisyon oluşumu söz konusuydu. Tahmin edebileceğiniz gibi genel olarak tüm nüfus; genç doktorlar, tüketici dernekleri, gençlik dernekleri ve sol kanattaki partiler reformu açık bir şekilde desteklerken, reform yanlısı olmayanlar; sağ kanattaki partiler,

muhafazakâr partiler veya tıbbi dernekler ve sağlık idaresindeki üst düzey yetkililerdi.

İtalya ve İspanya'da, reform açısından oldukça önemli bir etken daha mevcuttu. Her iki ülkede de siyasi yerinden yönetime –bunun siyasi olduğunun altını çizmek istiyorum, çünkü bu yalmzca idari yerinden yönetim değildi– geçilmiş olması nedeniyle, söz konusu etken, 'bölgeler'di. İtalya'da 1978 yılında ani bir atılımla tüm bölgeler siyasi yerel yönetime tabi olurken; İspanya'da bu süreç, Bask ülkesi, Katalonya, Galiçya ve Endülüs'ten oluşan milliyetlere, merkezî hükümetle karşılıkh olarak üzerinde anlaşmaya varılan yetki ve sorumlulukların devriyle yavaş yavaş başlamıştır. Bu bölgeler, sürecin önemli unsurları olmuştur, çünkü sağlık alanındaki rollerinin İtalyan ve İspanyol anayasaları tarafından tanınması halinde, ellerine büyük miktarlarda para geçeceğinden, bu yetkilere sahip olmayı hedeflemişlerdir. İspanya'da "domino etkisi" adını verdiğimiz olay meydana gelmiştir: Bir bölge ne yaptıysa, diğer bölgeler de, seçmenlerine ve vatandaşlarına, komşularının yapabildiğini yaptıklarını kanıtlamak üzere aym şeyi yapmşlardır. Hizmetlerini iyileştirme ve yenilikler getirmede birbirleriyle yarışmışlardır. Bugüne kadar getirilmiş olan yeniliklerin çoğu –ki pek çok yenilikten bahsetmek mümkün– bölgelerde başlatılmıştır. Daha sonra merkezî devlet, yenıliği uygulamak zorunda kalmış ve bölgelerin o zamana kadar gerçekleştirdiği yenilikleri kendi mekanizmalarına dahil etmek için kanunlar çıkarmıştır. Örneğin, İspanya'daki bireysel sağlık kartları uygulaması Bask Ülkesinde başlatılmıştır. Bask Ülkesi bu sistemi uygulamaya başlar başlamaz, her bölge kendi vatandaşları için bu sistemi kullanmaya başladı. Bu yalnızca aile kartı yerine bireysel sağlık kartı bulunması açısından değil, uygulamanın sembolik değeri açısından da önemli bir adımdı. Bu sembolik değer, çahşanların doğrudan, çahşanm bakmakla yükümlü olduğu bireylerinse çahşanın üzerinden sigortalandığı bir sistemden (örneğin kadınlar çahşanların üzerinden sigortalanıyordu), sağlığın bireysel bir hak olduğu bir sisteme geçiş anlamına gelmekteydi. Yani yeni sistemde herkesin, çocukların,

kadınların kendi sağlık kartları mevcuttu ve bu, sembolik açıdan büyük bir fark yaratmaktaydı.

Avrupa Topluluğu'na katılım da ulusal sağlık sistemine doğru atılan bu adımı açıklayan bir başka etkendir. İspanya, sadece Topluluğa katılarak değil, katılıma kadar geçen yıllar boyunca, Topluluğa girmeye hazırlanırken de üyeliği hak ettiğini, ödevini yaptığını ve gerçek bir Avrupa ülkesi olduğunu kanıtlamak zorunda kaldı. Bu da önemli bir adımdı. Avrupa Birliği, herkese olduğu gibi Güney ülkelerine de birşeyler ifade ediyordu. Bu, koruma sistemindeki açıkları kapatmak, başkalarına yetişmek açısından bir hedef demekti. Avrupa Birliği, 1990'larda giderlerin kontrol edilmesinde sorumluluktan kaçma stratejisi olarak kullanılıyordu. "Bunu yapmamızı Brüksel istiyor, bu benim hatam değil, ama bize bunu empoze eden Brüksel," gibi ifadelerin kullanılması da rağbet gören bir stratejiydi. Pek çok sorunda Avrupa Birliği suçlandı ve rekabet açısından bir kördüğüm yaratıldı; meslekler feda edildi, bazen de talihsiz kararlar alındı. Ama genel olarak olumlu bir gelişmelerin yaşandığını ve birçok avantaj sağladığını düşünüyorum.

Bildiğiniz gibi, Avrupa sosyal siyaseti vatandaşlardan çok çahşanlara yöneliktir. Çünkü Avrupa Birliği vatandaşhk haklarından çok işçilerin serbest dolaşımıyla ilgilenmektedir ve Avrupa Sosyal Modeli, ulusal düzeyde çoktan gerçekleşmiş olan gelişmeleri bünyesine katma eğilimindedir, yani Avrupa Sosyal Modeli'nin doğrudan büyük bir etkisi yoktur. Ancak Güney ülkelerinde Avrupa Birliği'nin yayınladığı bu standart bilgiler etkili olmaktadır, çünkü üst düzey yetkililer ve siyasiler yeni politika önerilerinin paylaşıldığı komitelerde yer aldıkları için, başka ülkelerde neler olduğuna ve işlerin nasıl yürüdüğüne dair daha çok bilgi edinmektedirler; böylece sistemin öğrenilmesi teşvik edilmekte ve sistem yavaş yavaş gelişmektedir. Ayrıca yapısal fonlardan ve uyum fonlarından elde edilen finansmamn, hem alt yapı oluşturmak hem de her türlü faaliyet için bazı ülkelerde önem taşıdığı açıktır. İspanya'mn durumu böyle değildi. Bu finansmana ihtiyacı yoktu, ama sanırım, Yunanis-

tan'da bu fonlar temel sağlık merkezlerinin inşası ve bunun gibi faaliyetler için kullamlmıştı.

Ülkelerin uygulamalarındaki farklılıklar

Sadece sağlık sigortası sisteminden ulusal sağlık hizmetine geçiş için reformlara neyin zemin hazırladığını açıklamak yeterli değildir. Aynı zamanda Portekiz ve Yunanistan genel reformları uygulamakta biraz geride kalırken ve daha büyük zorluklarla karşılaşırken İtalya ve İspanya'nın bu reformları nasıl başarıyla uyguladığını da açıklamahyım. Peki uygulamadaki farklılıklar nelerdi? Portekiz ve Yunanistan'da siyasi yerinden yönetim söz konusu değilken, hem İtalya'da hem de İspanya'da mevcuttu. İdari yerinden yönetim Portekiz'de çok yaygındı, kısacası, burada yerel yönetimlere ve yerel idari yetkiye sahip olmak tamamen farklı bir şeydi. Bu nedenle İtalya ve İspanya'da tüm kullanıcılara tek tip hizmet sağlanıyordu. Bu da vatandaşların %100'ünün kapsanması ve herkese aynı paketlerin sunulması anlamına geliyordu. Portekiz ve Yunanistan'da ise her iki ülkede de hızla genelleşen hastaneler istisnası dışında, İtalya ve İspanya'da mevcut olanm tam tersi bir durum mevcuttu. Özellikle uzman bakım ve temel bakım alanlarında açıklar söz konusuydu. Portekiz'de problem, temel sağlık merkezlerine yeterli fon sağlanamamasıydı. Pek çok kırsal bölgede insanların hizmetinde sadece masa başında çalışan bir doktor vardı, oysa İtalya ve İspanya'nın kırsal kesimlerinde insanların hizmetine sunulabilecek röntgen cihazları bile bulunuyordu. Portekiz'deki diğer problem, tamsal testlerin ve pek çok diğer faaliyetin özel kurumların kontrolünde olmasıydı. Testler özel kurumlar tarafından gerçekleştirildiğinden, bunların parasını ödemek zorunluydu. Yunanistan'daki durum ise farklıydı. Eskiden sağlık fonları kısıtlı değildi. En büyük fonlar –şehir nüfusunu kapsayan IKA (Sosyal Sigortalar Kurumu) ve kırsal nüfusu kapsayan OGA (Tarım Sigortası Kurumu)– arasında önemli farkhhklar söz konusuydu ve bu durum hâlâ sürmektedir. IKA kapsamında sigortalı olan şehirdeki nüfus, OGA

kapsamında sigortah olan kırsal kesim nüfusuna oranla daha kaliteli hizmetlerden yararlanıyor ve temel sağhk bakımına daha kolay erişebiliyordu. Bu sağhk sistemleri bugün de uygulamada olduğundan, Yunanistan'da hizmet paketleri ve hizmetlerin kalitesi arasındaki farkların hâlâ mevcut olduğu açıkça görülebilir. Bu nedenle Yunanistan'da sorun olan, hizmet alanların ceplerinden ne kadar para ödeyecekleri değil, temel bakım kapsamıdır.

Ayrıca İtalya ve İspanya'da kamusal olarak finanse edilen hizmetlerde de bir kısıtlama mevcuttu. Kamusal olarak finanse edilen bir dizi hizmet söz konusuydu ve bu hizmetler herkese yönelikti. İspanya'da hangi hizmetlerin kamusal olarak finanse edildiğine, hangilerinin edilmediğine dair bir kapsam dışı hizmetler listesi bile varken, bu durum Portekiz ve Yunanistan için söz konusu değildi. İtalya ve İspanya'nın yıllara bağlı olarak değişen ve toplam harcamaların yaklaşık %70'ini oluşturan, yüksek bir toplam kamu sağhk harcaması olduğu görülmektedir, oysa Portekiz ve Yunanistan'da kamu sağhk harcamalarının toplam sağhk harcamalarına oranı çok daha düşüktür. Özellikle, güvenilir bir veri toplama sistemine sahip olan Portekiz'de bu oranın %58 civarında olduğu görülmektedir. Yunanistan'da da durum benzer olmasına karşın kesin verilere sahip değiliz. Yunanistan'a ait çok farklı istatistikler mevcut ve anladığım kadarıyla oran %60 civarlarında, yine de emin değilim. Neden bilmiyorum, ama OECD Yunanistan hakkındaki verileri sürekli değiştiriyor.

Sonraki dönemde İtalya ve İspanya'da da nihayet tüm sağlık bakım hizmetleri sadece devletin gelirlerinden karşılanmaya başladı. Sağhk bakım hizmetlerinin kaynağı, İspanya'da genel vergiler, İtalya'da ise bölgesel vergiler oldu. Bu yeni uygulamaya İspanya'da 1998 yılında geçildi. İtalya'daki değişim de hemen hemen aynı zamanlarda veya bir yıl sonra meydana geldi. Bugün Avrupa genelinde hiçbir sosyal katkı olmadan sadece bu iki sistemin %100'ü vergilerden karşılanmaktadır. Buna "kraldan çok kralcılık" demek yanlış olmaz, samrım.

Peki uygulamamn başarısında ve/veya başarısızlığında rol

oynayan etmenler nelerdir? Öncelikle, Portekiz ve Yunanistan'da, İtalya ve İspanya'da olduğundan daha çok makroekonomik sıkıntı yaşamyordu. Bu Güney ülkelerinin en azmdan üçü, tarihlerinin belli dönemlerinde büyük mücadeleler vermişlerdi. Bu ülkelerdeki diktatörlükler 1970'lerin ortasında sona erdi. Ancak petrol krizleri etkisini göstermişti. Bu yüzden tum siyasi yapıları yenilerken ekonomik çalkantılarla uğraşmak; artan işsizlik, yükselen enflasyon gibi ekonomik krizlerin neden olduğu pek çok sosyal problemle mücadele etmek zorundaydılar; bir yandan da, büyük oranda petrole bağımh ve rekabetçi olmayan endüstriyel sektörü yeniden yapılandırmaları gerekiyordu. Yani her şey aynı anda yapılmak zorundaydı. Bu makroekonomik sıkıntılar, Portekiz ve Yunanistan'da, İspanya ve İtalya'da olduğundan daha büyük mücadeleleri beraberinde getiriyordu. Ayrıca, Doğu Avrupa ve Turkiye'yle kıyaslandığında, İspanya'daki uygulamalar sırasında IMF ve Dünya Bankası kredilerine ihtiyaç duyulmadığını söyleyebilirim. Bu nokta önemlidir, çünkü İspanya ideolojik olarak bunlardan etkilenmedi. Doğu Avrupa ülkelerine kıyasla, hem Yunanistan'da hem de Portekiz'de IMF ve Dünya Bankası etkileri küçük çapta olmuştur. Dolayısıyla, bu ülkeler belli bir yönde hareket etmek durumunda bırakılmadılar; bu görece serbestliğin yaşadıkları sürece etkilerinin olumlu olduğunu ve ayrıca bunun, Doğu Avrupa'da sağlık reformu alanındaki gelişmeleri anlamak bakımından önem taşıdığını düşünüyorum.

Bu süreçte, hekim sendikalarımn gösterdiği direnç de her ülkede çok farklı olmuştur. İtalya'da bu sendikaların yasal statüleri ellerinden ahndığı için oldukça güçsüzlerdi. İspanya'dakiler de bölünmüştü. Yunanistan'daki ve Portekiz'deki doktorlar ise tersine, çok daha fazla güç sahibiydiler. Vatandaşlar hizmet başına ücretlendirmeye tabiydi ve tıbbi hizmetlerinin ücreti konusunda pazarhk vs. yapabiliyorlardı. Bu fark, iki ülke grubu arasındaki farkhhkları açıklamaktadır.

Daha önce de belirttiğim gibi, önceden varolan fonları kısıtlayabilme düzeyi de reformların başarısı açısından çok önemlidir. İtalya'da köklü bir reform söz konusuydu. Tüm fonlardan

bir çırpıda kurtulmuşlardı. İtalyan siyasi sistemi, aşırı derecede karmaşık ve istikrarsızdı. İtalya'da birşeyler yapıldığında gerçekten somut ürünler ortaya konurdu ve iş burada biterdi. İspanya'da ise 1967 yılından beri sağlık bakımı için ayrı fonlar mevcut değildi. Yani her şey diktatörlüğe bağlı tek bir fonda birleştirilmişti, bu yüzden sorun da yaşanmadı. Reform öncesi nüfusun kapsanma oranımn da önemli olduğu açıktı; bu oran İspanya ve İtalya'da sırasıyla %92 ve %97'ydi. Her iki ülkede de bu oran %100'e çok yakındı. Bu nedenle kapsama oramnı %100'e çıkarmak için harcanması gereken ekonomik çaba, nüfusunun %20'si için finansman sağlaması gereken Portekiz ve nüfusunun neredeyse %30'u için finansman sağlaması gereken Yunanistan'a kıyasla çok fazla değildi. Bu ülkelerdeki durumun, nüfusunun yaklaşık %30'u için finansman sağlaması gereken Türkiye'dekine benzediği söylenebilir.

Öte yandan, Yunanistan ve özellikle de Portekiz'deki özel sektörün büyüklüğü, baskı kapasitesi ve gücü, kamu sisteminin özel tedarikçilere alan bırakmadığı İtalya ve İspanya'ya oranla çok daha yüksekti. Aynı zamanda iktidardaki partinin ideolojisi de önem taşıyordu. İspanya'da 14 yıl boyunca sosyalist bir parti iktidarda kaldı ve bu partinin, reformlarını uygulamak için yeterli vakti oldu. Yunanistan'da sosyal demokrat partiler Portekiz'dekilerden daha uzun süre iktidarda kaldılar, ancak sağ kanattaki partiler iktidara geldiklerinde, solcuların yaptığı pek çok uygulamaya son veriyorlardı. Bu durum özellikle sürekli olarak soldan sağa, sağdan sola geçişlerin yaşandığı Portekiz'de daha da sık yaşanmaktaydı. Bu nedenle reformun sürekliliğinin sağlanması gerçekten çok zordu.

Adım adım reformlar

Bütün bunlar bizi, benim "gelişme süreci" dediğim noktaya getirmektedir. Tarihte bir dönemde, bu kaderle karşı karşıya kahrsınız, aym anda mücadele etmeniz gereken pek çok şey olur. Her şey mücadele etmeniz gereken kaç problem olduğuna bağlıdır. Bu yüzden sanırım Yunanistan ve Portekiz, İtalya

ve İspanya'ya oranla çok daha fazla sorunla mücadele etti. Dediğim gibi İtalya reformu birden gerçekleştirirken İspanya reformu adım adım geliştirip gerçekleştirdi.

Peki İspanya'da gerçekleştirilen temel reformlar nelerdi? Temel reform konuları nelerdi? Franco'nun öldüğü ve diktatörlüğün sona erdiği 1975 yılında sağlık bakımının kapsamı %83'e ulaşmıştı. Bu noktada, ülke tamamıyla kapitalist bir üretim sistemine bel bağlamıştı ve kişi başına düşen gelir, o zaman için Japonya'nın kişi başına düşen gelirinden yüksekti. Ancak pek çok olumsuzluk da yaşanıyordu. Örneğin, halihazırda bir mali sistem yoktu, çünkü Franco, bakanlarının vergi konusundaki tavsiyelerine rağmen bu konuya eğilmemişti. Bu yüzden sosyal güvenliğe yapılan katkılar hep sistemsiz olmuştu. Bu katkılar, maaşları ne kadar olursa olsun, çalışanlar tarafından ödeniyordu. Bu sebeple uygun bir gelir vergisi sistemi oluşturulması ve adapte edilmesi gerekliliği açıkça görülüyordu. Bu da anayasanın onaylanmasından bir yıl sonra 1979 yılında yapıldı. 1978 yılında eski Ulusal Tedarik Enstitüsü de dört enstitüye ayrılmıştı. Bu enstitülerden biri de sağlık alanında uzmanlaşmıştı. Aynı yıl Çalışma Bakanlığı'ndan ayrı bir Sağlık Bakanlığı kuruldu ve Bismarkçı sistemden ayrılmaya zemin hazırlanmış oldu. Sağlık işleri artık Çalışma Bakanlığı'nın yetki alanında değildi ve Sağlık Bakanlığı farklı bir siyaset görüşüne sahip, bağımsız bir bakanlıktı. Sosyalist Parti 1982 yılında iktidara gelmeden bir yıl önce, özerk bölgelere yetki verme süreci, İspanyolca deyimle *"comunidades autónomas"* Katalonya'yla başladı. İspanya'da şu an toplam 17 özerk bölge mevcut. Bunlardan 7'si, özerkliklerini 1994 yılından önce kazandılar; sonrasında ise bu süreç kısa süreli bir kesintiye uğradı. Bu 7 özerk bölge, kültürel farklılıklar, tarihi haklar ve daha pek çok özellik açısından tüm bölgeler içinde en önemlileriydi.

Bir sonraki adım hayati önem taşıyan ve temel bakım alanında gerçekleştirilen 1984 reformuydu. Bu reformla, farklı disiplinlerden elemanların oluşturdukları ekipler temel sağlık merkezleri kurdular. Bu merkezlerde pratisyen hekimler, aile hekimleri, pediyatristler, jinekologlar ve sosyal çalışanlar gö-

rev ahyordu. Buradaki yaklaşım yalnızca tedavi edici değil, aynı zamanda önleyici sağlık hizmetleri de sunmaktı. Bu uygulama yavaş yavaş gerçekleşti, ancak 1990'ların ortasında tamamlanma aşamasına geldi. 1984 reformuyla birinci basamak hekimlerine daha yüksek maaşlar verildi. Bu, halkı reformun mümkün olduğuna ikna etmek için çok önemli bir adımdı. Kırsal nüfusun yataklı sağlık hizmetlerine erişimini sağlayan, kırsal bölgelerdeki hastanelerin yapımı da önemli adımlardan biriydi. Bunlar, genelde üçüncü sınıf hastaneler değil, bulundukları bölgeye bağlı olarak, birinci veya ikinci sınıf hastanelerdi ve kırsal kesimdeki vatandaşların kolayhkla ulaşabilecekleri noktalardaydılar. Sağlık bakımı konusunda gerçekleştirilen ulusal anketler, İspanya'daki bir kişinin, nerede yaşarsa yaşasın, bu hastanelerden herhangi birine ortalama yarım saatte varabileceğini gösteriyor. İşte bu iki adım, 1986'da ulusal sağlık hizmetlerinin kurulmasını sağlayan Genel Sağlık Kanunu'ndan bile daha önemliydi. Ulusal Sağlık Hizmetleri kurulmadan önce, sağlık alanında çalışan çok sayıda farklı kamu kurumu mevcuttu. Askeriye için ayrı kurumlar ağı, İçişleri Bakanlığı için ayrı bir kurumlar ağı ve en fazla kurumu içeren sosyal güvenlik ağı mevcuttu. 1986 yasasının amacı, bütün bunları birleştirmek, sistemi bölgesel ve yerinden yönetilen bir sistem olarak tammlarken, bir yandan, tüm bu yapılanmaları tek bir çatı altında toplamaktı. Böylece, bütün bu kurumlar birleştirildi ve özerk bölgelere devredildi.

Genel Sağlık Kanunu sağlık güvencesi kapsamının genelleştirilmesini sağladı ve 1989'da çıkartılan kanun da bu girişimi resmileştirerek reformların son parçasını oluşturdu. O sırada sayıları 300.000 civarında olan, sağlık hizmetlerinden faydalanamayan yoksul kesim de ulusal sağlık hizmetlerine dahil edilmişti.

Yaklaşık on yıl sonra, sağlık sisteminin sosyal katkılar yoluyla finansmamndan, vergiler yoluyla finansmanına doğru bir geçiş yaşandı ve bu süreç 1999 yılında tamamlandı. Bu gelişmenin arkasında sağlık sistemine yönelik tek başına bir adımdan çok, emeklilik alamndaki reform yatıyordu. Sendikalar, emeklilik sisteminin devam edebilmesi için yeterli kaynak bulunması

gerektiğini iddia ediyordu. Bu nedenle 1995 yilmda çıkarılan (mecliste temsil edilen siyasi partilerin üzerinde uzlaştığı) Toledo yasasıyla, emeklilik ile sağlık sistemlerinin finansman kaynaklarının ayrılmasına, sağlık hizmetlerinin (genel bir hizmet olarak) vergilerden; emeklilik maaşlarının ve gelir destekleme yardımlarımn sosyal katkilardan karşılanmasına karar verildi. Bu nedenle, İspanya'da bugün karma bir sistem geçerli; örneğin, gelir destekleme konusunda Bismarkçı, sağlık ve eğitim alanında ise sosyal demokrat bir tavır sergileniyor.

Kemer sıkma politikalarının etkileri

Yerel yönetimlere yetki aktarım süreci 2001 yılında da devam etti ve on bölgeye yetki aktarımı Ocak 2002'de tamamlandı. Bir yil sonra çıkarilan Sağlık Sistemi Uyum ve Kalite Yasası'nın amacı, 17 bağımsız (bölgesel) sağlık sistemini yönetebilmekti. Bu bölgelerin arasında koordinasyon olmalıydı ve sağlık hizmetlerinin kalitesi ile hizmete erişim güvence altına alınmak zorundaydı. Bunun için bazı devlet düzenlemeleri gerekiyordu ve daha yoksul bölgelere fon sağlamak için bir dayamşma fonu vs. oluşturulmahydı. Bu anlamda 1986 ve 2003 yılında kabul edilen reform yasaları büyük önem taşıyordu ve her ikisi de destek gördü. Reform komisyonu geniş kapsamlıydı ve komisyonda pek çok kişi rol oynadı.

Bunlar reform sonrası temel özelliklerdir. Peki 1990'larda kemer sıkma dönemi başladığında ne oldu? Sağlık alanında çahşan ekonomist Laura Cabiedes ile birlikte, kısa süre öncesine kadar Fransa Bilimsel Araştırma Ulusal Merkezi tarafından finanse edilen bir projeyi yürüttük. Tüm Güney sistemlerinin 1980'lerin sonunda giderek ulusal sağlık hizmetlerine dönüşüyor olması ve ülkelerin Avrupa Para Birliği'ne katılmak istemesi halinde, 1992'de Birliğin Maastricht Anlaşması'nın kamu harcamaları ve kamu açıkları üzerine dayattığı koşullar sonucu, çok kısa bir sure içinde bir kemer sıkma dönemine girmesi nedeniyle, bu konunun ilginç olduğunu düşünüyorum. Bu süreçler sebebiyle, İspanya'da henüz hiçbir reformun

uygulanması tamamlamamış olmasına rağmen, reform uygulamaları birbiri ardına geldi. Bu sebeple Güney Avrupa ülkelerinde kemer sıkmamn etkilerini, 1990'larda kemer sıkma sürecinde neler olup bittiğini değerlendirmek gerektiğini düşünüyorum.

Laura'mn ve benim yönelttiğimiz sorular, bu yakm kontrol önlemlerinin sağlık hizmetlerine erişimde bir etki yaratıp yaratmadığma, yönetim etkinliğinin geliştirilip geliştirilmediğine ve özellikle sağlık alanında çahşanlarla ilgili olarak iktidar ilişkilerinde herhangi bir değişim yaşamp yaşanmadığma yönelikti. Birden çok Avrupa ülkesini ele aldığımız için, yürüttüğümüz bu proje karşilaştırmah bir çalışma oldu. Bu nedenle elimizde, bu kemer sıkma döneminin farklı ülkeleri nasil etkilediğine dair yeterli veri bulunuyor.

İspanya'da sağlık hizmetlerine erişim konusunda önce devletin kamu harcamalarına ayırdığı miktarın gelişimini ele alalım. İspanya'da devletin GSYİH'den kamu harcamalarına ayırdığı pay, 1990'ların başından 2001 yılına kadar değişmedi. Bunlar elimizdeki en güncel bilgilerdi ve ayrılan pay GSYİH'nin yaklaşık %4'ü veya %5'i civarındaydı. Bu rakam da, sistemin ucuz ve bu açıdan etkin olduğunu göstermektedir. Bu süreçte harcamalar konusunda ne bir düşüş ne bir artış yaşandı; tam bir durağanlık söz konusuydu. Eldeki en eski verilere göre, İspanya ekonomik açıdan büyüdüğü için, kişi başına yapılan harcama da 1998 yılımn satın ahm paritelerine göre 850 dolardan 1221 dolara yükselmişti. Bu nedenle kişi başına yapilan harcamalarda ilerleme olduğu doğrudur. Kaygı verici olan, İspanya'da kamu harcamalarının toplam harcamalara oranının düşmekte olmasıdır. Kamu harcamaları 1994 yılında %80'ken şu an %71'e düşmüştür. Kaygılanmamızı gerektiren bir başka nokta da, refaha erişen toplumun daha fazla sağlık bakımı talep etmesi ve devletin bu bakımı sağlayıp sağlayamayacağına bakmaksızın kişilerin bunun bedelini ceplerinden ödemeye hazır olmalarıdır. Harcamalar konusundaki bu eğilimlerin kemer sıkma döneminden ciddi bir şekilde etkilendiğini söylemiyorum, ama bu ekonomik sıkıntı koşulları söz ko-

nusu olmasaydı, eminim, kamu sağlık harcamaları açısından büyüme şansını yakalanıp, Avrupa ortalamasıyla İspanya arasındaki mesafe kapatılabilirdi.

Nüfusun kapsanması açısından herhangi bir olumsuz değişiklik söz konusu değildi; tersine olumlu gelişmeler mevcuttu. Örneğin İspanyol sağlık sistemi İspanyol uyruklu olan herkesi kapsamakla beraber, tum yasal göçmenleri de kapsam altına almıştı. Çünkü sonuçta bu göçmenler yasaldılar ve 1998'de çıkarılan bir kanunla, 18 yaşından küçük tüm yasadışı göçmenler ile yasadışı göçmen olan hamile kadınlar da iyeleşene dek hizmetlerden yararlanabiliyorlardı. Diğer yetişkin yasadışı göçmenlere ise, sadece acil vakalarda hizmet sunuluyordu. Bu oldukça cömert bir yaklaşım. Her yıl İspanya'yı 60 milyon turist ziyaret ettiğinden ve bunların hepsi de plajlara gidip güneşlendiğinden ya da çok fazla alkol tükettiğinden, sağlık hizmetleri açısından sıkıntı oluşturuyorlar. Bilindiği gibi Avrupa'da uygulama şöyledir: Bu hizmetlerin parasını ödeyecek olan, o kişinin sigortasını yapan ülkedir (İspanya'ya AB'den gelen pek çok turist mevcuttur). Bu paranın geri ödemesini 'ne zaman' yaptıklarıysa ayrı bir konudur. Hizmetin sağlanması karşılığında ödenmesi gereken miktar, alacaklı olan devlete, belki de altı ay, bir yıl, bir buçuk yıl sonra ulaştırıhr. Her yıl, uzun süreliğine İspanya'da ikamet eden ne kadar yabancı yaşlı nüfus var bilemem ama bunu da eklemek önemli; çünkü bu hizmetlerin maliyeti oldukça fazla ve bu kişilerin vatandaşı oldukları ülkelerin sistemlerinden geri ödemelerin ahnması gerekmektedir.

Sağlanan bu hizmetlere ilişkin herhangi bir hizmet iptali veya hizmetlerin yürürlükten kalkmasına yönelik bir faaliyet söz konusu değildir; hatta durum bunun tam tersidir. Sağlık hizmetleri paketi 1995'te kabul edilmiştir. Bana göre çok önemli olan iki açığı saymazsak, kapsamdaki hizmetler listesi gayet geniş tutulmuştur. Bu açıklardan biri yalmzca küçüklerin, 18 yaşın altındaki nüfusun ve hamile kadmların yararlanabilmesiyle sınırlanmış diş sağlığı hizmetleridir. Bu noktada Diş Hekimleri Odalarından kaynaklanmakta olan kapsam açığı söz konusudur. İkinci açık da, koordinasyon eksikliğidir. Aslında

sorun hizmetlerin mevcut olmaması değil, psikiyatri, psikiyatrik bakım gibi farklı birimler arasında yeterli koordinasyon olamamasıdır. Bu noktalar mevcut sistemin açıkları ve zayıf noktalarıdır.

Diğer yandan suni inseminasyon (döllenme) da bu kapsamdadır. Kişi bir kaza geçirdiği ve ciddi biçimde yaralandığı takdirde, estetik cerrahi ve diğer tedaviler kapsam dahilinde sunulur. Hatta Özerk Endülüs bölgesi 2004 yılında cinsiyet değişim operasyonlarını da kapsama almıştır. Tüm bölgelerde sağlanan temel hizmetler aymdır, bölgelere yetki aktarım sürecinin tamamlanmasıyla bölgelerin sağlayacağı ek hizmetler tartışılmaya başlanmıştır. Tüm bölgelerin ortak kullanacağı temel hizmet paketi her bölgenin sunması gereken hizmetleri içermektedir, ayrıca özerk bölgeler de istedikleri hizmetleri bu listeye ekleyebilirler. Kapsanan hizmetler listesine yenilerini ekleyebilmek için tartışmalar, müzakereler yapılmalı, ulusça uzlaşmaya varılmahdır.

Bekleme süreleri de oldukça problem yaratmaktadır. İspanya'da ombudsman'a bu konuda iletilen pek çok şikayet olmuştur. 1990'ların sonunda veya 2000'lerin başlarında muhafazakâr hükümet iktidarında, hükümet, bekleme sürelerini azaltabilmek amacıyla kâr amaçlı ve kâr amacı gütmeyen özel hizmet sunucularıyla sözleşmeler yapma yönünde önemli adımlar atmıştır. Şimdi de Uyum ve Kalite Yasası, her bölge için maksimum bekleme süresini belirlemiştir. Eğer buna riayet edilmezse, yurt dışına çıkar, tedavinizi yaptırır ve sonrasında bunun geri ödemesini ahrsınız.

Sağhk hizmetlerine erişim konusunda değinmek istediğim son nokta da hiç şüphesiz İspanya sımrları dahilindeki eşitsizliklerdir. 2001 yılında bölgeler arasında, sağhk hizmetlerinin finansmanına dair son anlaşmaya varılmıştır. Bu kararda, daha önceki dönemde kişi başına düşen maliyetlerin bir etken olduğuna; yaşlı nüfusun oranının, hastahk ve ölüm oranlarının da hiç şüphesiz diğer etkenler olduğuna karar verilmiş ve bir dayanışma fonu oluşturulması yönünde karar ahnmıştır. Buna karşıhk yapılan tek şey, bölgelerin mali konulardaki sorumlu-

luğa ortak edilmesi olmuştur. Bu yüzden sağlık bütçesinin %30'luk bir oranını ödemek durumunda kalan bölgeler vergileri arttırmak zorunda kalmışlardır ve merkezi devlet de onlara merkez hazinesinden para sağlamıştır. Şu durumda en önemlisi, bölgeler arasmdaki hizmetleri belli bir standarda kavuşturan bu yeni hizmet paketidir. Ülke çapındaki eşitsizlikler üzerine yapılan analizlerin, bu eyaletlerin şu ana dek fazla büyümediğine işaret ettiğini, ama büyüme potansiyeli olduğunu hatırlatmalıyım. Çünkü Balear Adaları'nın ya da Bask ülkesinin ve Ekstremadura'nın kişi başına düşen geliri arasmdaki fark muazzamdır. Bu nedenle kişiler kendi vergilerinden ödeme yapmak zorunda kaldıkları takdirde, ülke sınırları içindeki bu eşitsizlikler de artmaya eğilimi gösterir. Yine de bir dayanışma fonu ve tum bölgelerin nüfuslarıyla orantılı bir biçimde temsil edildiği ve söz hakkına sahip olduğu bir yönetim kurumu oluşturulmuştur. Farklı sistemlerin ortaya çıkardığı problemlerin bu yolla çözüleceği umut ediliyor.

Analizin ikinci bölümü ve 90'ların başından beri yönetim ve etkinlik konusundaki gelişmelerin temel meselesi şüphesiz, sermaye kayıplarına müdahale etmeden sağlık sistemlerinde nasıl reform gerçekleştirileceğiydi. Bu belki biraz zordu; ancak hatırlanırsa, Margaret Thatcher'ın Beyaz Kitabı'nın arkasındaki fikir de buydu. Yani İspanya bu fikri alıp uygulamaya girişti. İspanya'da yönetimi iyileştirme çalışmalarının ve etkinlik arayışımn daima tedarik tarafına odaklandığını söylemeliyim. Bu, çalışmaların talep tarafına odaklamaktan daha adil bir yaklaşımdır. Bu nedenle, daha önce de belirttiğim gibi aktif yaşlardaki nüfusa sağlanan ilaçların katkı payları hariç, herhangi bir maliyet paylaşımı yoktur. Emeklilerden ilaçlar için katkı payı ahnması söz konusu değildir. Sistemde, aile hekimleri ve uzman hekimler için hastalara belli bir derecede hekim seçme olanağı de sunulmuştur. Yine de pek çok insan kalite vb. faktörlere göre karar vermektense, kendilerine yakın hekimi tercih etmektedir. Bunu yapmaya hakları olmasına rağmen çok az insan, aile hekimini veya uzman hekimini değiştirme talebinde bulunmaktadır.

Tedarik tarafından ahnan önlemlere örnek olarak global bütçelemeye –yani hastanelere yapilacak geri ödemelerin, hastanelerin daha önceki dönemlerdeki maliyetlerine göre değil, verimlilik oranlarına vs. göre yapildığı bir sisteme– geçilmesi verilebilir. Doktorların ücretlendirmesinde de değişiklikler yapılmış, maaşlarının bir bölümü performansa göre düzenlenmiştir. Ayrıca geçmişte, doktorlar yalnızca kamu sektöründe çahşıp, sürekli bu sektörde kalmaları halinde daha fazla maaş almaktaydı (günümüzde çok sayıda doktor bulunmasından ve özel sektörün bir hayli kalabahk olmasından dolayı, bu uygulama çok gerekli değildir). Ayrıca kamu sisteminin prestiji daha yüksek olduğu için, hizmet alan vatandaşlar uzun bekleme sürelerine rağmen kamu sağhk kuruluşlarım tercih etmektedirler.

Uygulama talimatları, kanıta dayalı tıp, teşhisle ilgili gruplar İspanya'da hastanelerin yanı sıra temel sağhk hizmetleri alanına da girmektedir. Ayrıca hizmetlerin yoğunluğunu, departmanlar arası çapraz sübvansiyonu ve benzeri pek çok şeyi arttırmaya çahşmışlardır. Bölgeye bağlı olarak farklı modeller mevcuttur; ama yenilik büyük ölçüde desteklenmiştir. Çünkü Katalanlar bir uygulamaya başladığı veya Castilla-La Mancha'da ya da başka bir bölgede bir gelişme olduğu anda, diğer bölgeler de yenilikle ilgilenmekte ve yeniliği kopyalamaya çahşmaktadır.

Ispanya'mn en büyük problemlerinden biri ilaç harcamalarını kontrol etmektir. Toplam kamu bütçesinin 1/5'i ilaçlara harcanmaktadır. Bu oran dengelenmemiş olmakla beraber, toplam bütçenin de %20'sine karşilık gelmektedir ki bu da çok yüksek bir orandır. İşte bu sebeple, 1993 yılında sosyalist hükümet ve 1997'de muhafazakâr hükümet iktidarları, kapsama alınmayan ilaç listelerini yenilemişlerdir. Özellikle vitaminler, soğuk algınhğı ilaçları vs. gibi çok gerekli olmayan, ucuz ancak çok sık kullanılan ve dolayısıyla gerçek maliyet artışlarına sebep olan ilaçlar kapsam dışı bırakılmıştır. Bu kapsam dışı ilaç listelerinde kullanımı çok etkin olmayan ilaçlar da mevcuttur.

Çok başarılı olunamazsa da jenerik (muadil) ilaçları da sisteme dahil etmeye çahştık. Jeneriklerin şu andaki payı yalnız-

ca %6'dır. Referans fiyatları daha başarılı bir şekilde uygulamaya soktuk, özellikle iki yıl önce gerçekleştirilen ve kâr marjında düşüşe neden olan son reform, ilaç fiyatlarında bir miktar düşüş yaratmıştır. Ayrıca 90'ların sonunda doktorların reçetelendirme bütçeleri bilgisayar ortamına aktarılarak kontrol altına alındı. Doktorlar ilaçları bilgisayar aracılığıyla reçetelemek zorundaydı. Böylece, doğru hareket edip etmedikleri, ilaç laboratuvarlarının muhteşem tatil teklifleriyle doktorları etkileyip etkilemediği de kontrol edilebiliyordu. Yolsuzluk böylece azaltıldı.

Son olarak, sağlık sektöründeki çahşanlardan bahsedersek; doktorlar büyük mücadeleler vermiş olsalar da iktidar ilişkilerinde çok büyük değişiklikler göremiyoruz. İspanya'daki doktorlar, sosyal güvenlik sistemi kurulduğundan beri maaşlıydı ve diktatörlük döneminde de rejimi desteklemelerinin karşılığında sağlık bakımı sistemini aşağı yukarı istedikleri şekilde yönetme özgürlüğüne sahiptiler. İstihdam fırsatlarının büyüyen kamu sisteminde olduğu açıktı. Bazı doktorlar özel muayenehanelerini muhafaza etti. Demokrasiye geçildikten sonra, yetkilerinin arttırılacağı yerde azaltılması sorun oldu, çünkü Hekimler Odası gücünü kaybetmişti ve doktorlar da birkaç farklı sendikaya ve farklı meslek odasına dahil oldular ve baskı yapamaz hale geldiler. Doktorlar, bir yanda maaşlarının iyileştirilmediği, diğer yanda da yeni kamu pozisyonlarının yaratılmadığı uzun ve zorlu bir dönemden geçtiler. Sistem tıkanmıştı, hastanelerde o zamana dek uzmanlaşmış olan uzman personel için hiç açık pozisyon yoktu. Hem pozisyon eksikliği, hem de İngiltere'de maaşlarm daha yüksek olması, personelin İngiltere'ye gitmesine yol açtı. Doktorlar kamu çahşanı statüsünü ilk olarak 1967 yılında kazandılar, ancak bu statünün getirileri neredeyse 2003'e kadar fiilen uygulamaya geçirilmedi. Ama bu dönemi, özellikle 80'lerin sonlarında ve 90'lardan bu yana gerçekleştirdikleri birkaç grevle, gösteriyle vs. geçirdiler. Son olarak da yeni Uyum Yasası, doktorların maaşlarını belirgin ölçüde arttırdı ve 37.000 doktorun İspanya'daki pozisyonunu sabitlemek için bir kamu teklifi getirildi.

Hükümet, bunu yapmadığı takdirde, kanunun uygulanmasını çok daha zor olacağını iyi biliyordu.

İspanyol sağlık bakımı sisteminin hikâyesi böyle özetlenebilir. Hakkaniyet ve etkinlik çerçevesinde değerlendirecek olursak İspanya sağlık sistemi, Avrupa'nın en iyilerinden biridir. Avrupa'daki, belki de dünyadaki en iyi organ nakli sistemine sahibiz. Dönüşümün kesinlikle çok başarılı olduğunu düşünüyorum. Sistemin kalitesi oldukça yüksek; ne zaman Avrupa Komisyonu'na, Uluslararası Çahşma Örgütü'ne veya OECD'ye İspanya'nın sağlık bakımı sistemindeki gelişmelere ilişkin bir rapor yazsam ve İspanya'nın sağlık sistemini diğer ülkelerin sistemleriyle kıyaslasam göstergelerin ne derece iyi olduğunu görerek hayrete düşüyorum. Sağlık alanındaki göstergelerin mükemmel olduğundan söz etmiyorum bile. Bunun sağlık sistemine bağlı olup olmadığıysa bir başka soru. İş bu noktaya geldiğinde yaşam tarzlarının da önemi büyük olabilir.

Peki gelecekte bizi bekleyen mücadeleler nelerdir? Bölgesel dengesizlikler bugün için dikkat çekici bir seviyede olmasa da, ileride artacak gibi görünüyor. Bu konuda çok dikkatli olmamız lazım. Şu anda İspanya'da eyalet modeli tartışılmakta; özerk bölgelere daha fazla özerklik kazandırabilmek için anayasada değişiklik yapılacak. Bu değişim zor olacak; finansman modelleri konusundaysa tam olarak neler olacağını bilmiyorum. Ortak sorumluluk bilinciyle hareket edildiği takdirde, bu konuda bir problem olmayacaktır. İyi bir ulusal sağlık hizmeti için, diş hekimliği ve psikiyatrik bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi gerekiyor. Diğer sağlık sistemlerinde olduğu gibi İspanya'nın da hızlı gelişen teknolojik yeniliklere ayak uydurması ve bunu finanse etmenin yolunu bulması gerekecek. Avrupa genelinde nüfus yaşlanıyor, bu durum özellikle İspanya'da ciddi boyutta. 40 yıl boyunca İspanya'da yapılan büyük aile kurma çağrılarının ardından, hedefin gerçekleştiğine inanıldığı için, doğurganlık oranları büyük ölçüde düştü. Bu nedenle, İtalya ve İspanya bugün, Avrupa Birliği içinde en düşük doğurganlık oranına sahip iki ülke. İspanya'da %1.1 olan doğurganlık oranı, elbette nüfusun yenilenme oranının gerisinde

kalıyor. Bu, 1970'lerin ortalarından itibaren doğan nesillerin, 2050'de çok kalabahk bir yaşlı nüfus yaratacağı anlamına geliyor. Bilindiği gibi yaşlı nüfusun sağlık bakım maliyetinin yüksek olması, büyük sıkıntı yaratmaktadır.

Her yerde olduğu gibi İspanya'da da yeni hastalıklar ve ölüm sebepleri gözlemleniyor. AİDS söz konusu; bunun yam sıra, kadın nüfusun bir bölümünün daha fazla sigara veya alkol tükettiği göze çarpıyor. Tamamen yok edildiği düşünülen hastalıklar da yeniden görülmeye başladı (bu durum başka ülkeler için de geçerli) ve bu hastalıklarm (hastahkların tedavisinin) finanse edilmesi gerekiyor. Yine başka yerlerde olduğu gibi, İspanya'mn sağlığa yaklaşımında tavır değişikliği görülmektedir. Hastalar giderek bilinçleniyor. Doktorlar bana, İspanya'da hastaların muayenehanelerine gelip "Ben bunu internette araştırdım, bu testi ve şunları istiyorum. Bu ilaçları yazarsmız," dediğini aktarıyor. Eskiden tek hedef sağlıklı olmak iken, insanlar artık giderek daha genç ve güzel olmak istiyorlar. Bu da bir sağlık sistemi için baskı demektir ve İspanyollar bu konuda bir istisna oluşturmuyorlar.

İspanya'mnki gibi bir sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği ancak vergilerin arttırılması veya katkı paylarmm uygulanmaya başlanmasıyla mümkün olacaktır. İspanya'da bunu yapmak bugüne dek imkânsız olmuştur. 1990'ların başlarında Sosyalistler tarafından getirilen sayısız öneriye ve 1990'larm ortalarından sonlarına doğru ise Muhafazakâr Parti'nin planladığı uygulamalara verilen tepkiler her zaman sert oldu. Ya sadece muhalefetteki parti, ya da bu partiyle birlikte dernekler de ertesi gün gösteri yapmaya başladılar ve açıkça, "vergileri arttıramazsınız" dediler. Bu yüzden finansman konusunda neler olacak bilmiyorum; samrım bu konuda bir çöküşe doğru gidiliyor. Yeterli finansman sağlanamaması, orta ve uzun vadede tehlikeli olabilir. Fakat Sağlık Bakanı durumun farkında göründüğü için, iyimserliğimi koruyorum ve işlerin uzun bir süre daha böyle gitmeyeceğini fark etmelerini umuyorum.

Yunanistan'da Sağlık Reformu

IOANNIS YFANTOPOULOS*

Bu çalışmanın amacı, Avrupa Sağlık Modeli'nin oluşturulmasına katkıda bulunan Avrupa sağlık reformları ile son yirmi yıldır Yunanistan'da uygulanan benzer sağlık reformları arasında karşılaştırmalı bir analiz ortaya koymaktır. Birinci bölümde, Avrupa Sağlık Modeli'nin çeşitli yönleri şu üç amaç çerçevesinde tartışılacaktır: hakkaniyet, etkinlik ve hizmet kalitesi. İkinci bölümde, Yunanistan'daki sağlık reformlarının gelişimi ve uygulanması geriye dönük bir analiz yöntemi kullanılarak kısaca özetlenmekte ve Yunanistan'da sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunu sağlayan yapının oluşturulmasına katkıda bulunan başlıca dönüm noktalarına vurgu yapılacaktır. Üçüncü bölümde ise, Yunan sağlık sisteminin organizasyon ve yönetim yapısının sistematik bir sunumu yapılarak sigorta çeşitleri, sağlık haklarının genişliği ve hizmetlerin finansmanıyla ilgili sorunlar tartışılacaktır.

Yukarıdaki yöntemi benimsemek, şu soruları yanıtlamaya yardımcı olabilir: i) Yunan sağlık sistemindeki başlıca kurumsal sorunlar nelerdir? ii) incelenen diğer AB ülkelerinin sağlık

(*) Atina Üniversitesi, Yunanistan.

sistemlerine göre bu sorunların önem derecesi nedir? iii) son dönemde yapılan reformlardan hangileri sağlık sigortası kuruluşlarımn birleştirilmesi ve uyumlulaştırılması getirilmesi için bir temel oluşturmaya yardımcı olacaktır?

Avrupa saglık modeli

Avrupa'da ve dünyanın geri kalanmdaki sağlık sistemleri, organizasyon, finansman ve sağlık hizmetlerinin sunumu konularında belirgin farklılıklar gösterir. Farklı ülkelerde uygulanan politikaların ve sağlık reformlarının çeşitliliğinden çıkarılacak dersler bulunmaktadır. Ayrıca, sağlığı teşvik etmek; hizmetlere ulaşımda ve hizmetlerin sunumunda hakkaniyet ve hizmetlerin finansmanında etkinlik gibi sağlığa ilişkin genel sorunlarla baş etmek için ne gibi ortak çözümler oluşturulabileceği de incelenebilir.

Sağlık alanında bir Avrupa stratejisinin geliştirilmesi, üye ülkelerin ulaşacağı bir stratejik hedefler dizisinin belirlenmesini gerektirir. Sağlık sistemleri arasında varolan farklar düşünüldüğünde, başlangıç olarak uygulanması gereken genel strateji bütün üye ülkelerin sağlık durum tespitine yönelik ihtiyaçlarına yanıt verecek, sımrlı sayıdaki hedef göstergeye odaklanmak olmalıdır.

Maastricht Anlaşması'nın ruhuna uygun olarak, Avrupa Komisyonu, Avrupa'da sağlığın durumunu iyileştirmek için coğrafi hareket kabiliyeti, personel eğitimi, teknolojik altyapı gibi alanlara yönelik teşvikler getirmeyi amaçlamaktadır. Avrupa Komisyonu'na sunulan sağlık durumu üzerine bir raporda, Avrupa Birliği'nde sağlık alanında gerçekleşen ilerlemeler, şu verilere dayanılarak vurgulanmıştır: Avrupa Birliği genelinde yaşam beklentisi 76.5 yıla ulaşmış ve çocuk ölümleri binde 7'nin altına inmiştir. Diğer yandan bu raporda kalp hastahklarına, kalp krizine, kansere ve kazalara bağlı olarak gelişen sorunlar da ortaya konmuştur. Modern hayat tarzımn bir sonucu olarak, 15-34 yaş arası erkek ölümlerinin oranı, kadm ölümlerinin üç katını bulmuş durumdadır. Dünya Sağlık Örgütü, Av-

rupa Komisyonu, Dünya Bankası ve OECD tarafından yayınlanan sağlık durum raporlarının çoğunluğu, hastahklara yönelmiştir ve yaşam tarzı parametrelerine ya da yaşam kalitesine atıf yapmamaktadır.

1990'larda ve 2000'lerin ilk yıllarmda AB üye ülkelerinin çoğunluğu, sağlık hizmetlerinde maliyeti kısıtlama, verimliliği artırma ve hizmetlere daha iyi erişim sağlamayı amaçlayan bir dizi reform tasarladı. Avrupa Komisyonu da, 2000 yılı raporunda üye ülkeleri, sağlık sistemlerini verimli ve etkin hale getirecek iyileştirmelere katkıda bulunmaya çağırdı (Avrupa Komisyonu, 2003).

2003'ten bu yana ise, Avrupa Komisyonu, bir dizi karşılaştırmalı Avrupa Sağlık Raporu'nun yaymlanması görevini üstlenerek, güncel kamu sağlığı sorunlarım gündeme getirmiş ve politika geliştirme alamndaki en iyi uygulamalar ile örneklerin altım çizmiştir. Etkili sağlık reformları ortaya koyabilmek; ortak sorunları inceleyip, kamta dayalı araçlar geliştirebilmek amacıyla, üye ülkeler arasında işbirliği sağlamıştır. Avrupa Komisyonu, AB'ye üye ülkeler tarafından gerçekleştirilmek üzere erişilebilirlik, kalite ve sürdürülebilirlik ilkeleri temelinde üç genel amaç belirlemiştir. Aşağıdaki bölümde, Yunanistan'daki sağlık reformlarına odaklanılacak ve bu kısımda genel hatlarını çizmeye çalıştığım Avrupa sağlık modeli göz önünde tutularak, bu reformların başarılı ve başarısız olduğu noktalar incelenecektir.

Yunanistan'da sağlık hizmeti düzenlemeleri

Bu kısımda, 1960-2005 döneminde sağlık politikalarının geliştirilmesine katkıda bulunmuş çeşitli politikaları ve siyasi olayları incelemeye çalışacağım.

Analizimizi 1960'lardan başlatırsak Yunan sağlık modelinin, sağlık hizmetlerinin finansmam ve sunumunda idari özerkliğe sahip sigorta modeli anlayışına dayalı geleneksel Bismarkçı modelden; bu hizmetlerin finansman ve sunumunda devletin rol almasına dayalı kapsamlı bir sistem düşüncesini teşvik

eden Beveridge modeline geçişini takip edebiliriz. Bu geçiş sağhk harcamalarında kayda değer bir artış olmasını sağlamıştır. Yunanistan'daki kırsal nüfus, 1950'lerin sonlarına kadar herhangi bir sağhk sigortasmın kapsamında değildi. 1961'de kırsal kesimdeki nüfusa, ihtiyaç tespitine dayalı emeklilik, sağlık ve sosyal yardım hizmetleri sunan OGA sigorta kurumu faaliyete sokuldu. Böylece, Yunan nüfusunun yaklaşık yarısı, OGA'nın çalışma kapsamına ahndı. O dönemde, yıllık ekonomik büyüme oranı %5 ilâ %10'a tekabül ediyordu. Sağlık sektöründeki ve sosyal sektörlerdeki genişleme yıllarından sonra gelen kötü kamu idaresi, yetersiz yönetsel altyapı ve siyasi istikrarsızhk dönemindeki rahatsızlıkların ardından, yönetim biçimi diktatörlük rejimi oldu. 1968-1974 dönemi diktatörlerin iktidarda olduğu yıllardır. Yunanistan'ın savaş sonrası tarihinde ilk defa, sağhk sektörü ve sosyal sektörler küçülüyordu. Cunta hükümeti tam anlamıyla askeri önceliklere yönelmişti ve orduyu ve polisi kullanarak ülke içinde siyasi kontrolü amaçhyordu. Kaynaklar sosyal sektörün elinden alımp savunma ve polis kontrolüne yönlendiriliyordu. 1975 ile 1990 arasındaki dönemi belirleyen, demokrasinin yeniden kurulması ve sağlık hizmetlerine yönelik artan toplumsal talebi tatmin etme ihtiyacı oldu. Ancak varolan kaynaklar yeterli değildi ve ekonomik iklim toplumsal talepleri yerine getirmek açısından olumsuzdu. Keynesci iktisadi yönetim, ekonomik durgunluk ve işsizlik döneminde enflasyon artışı yaşanması ve yetersiz kamu yönetimi teknikleri nedeniyle sert eleştirilere maruz kaldı. Siyasi himayecilik ve popülizm de kamu sektörünün genişlemesinde ve bu sektörde verimsizliklerin artmasında başlıca rol oynadı. Ekonomik büyüme oranı %1 ilâ %2 arasmda dalgalamyor, hatta bazen eksi değerlere bile düşebiliyordu (1987 ve 1990).

Yunan sağhk modelinin şekillenmesine muazzam katkılarda bulunan en dikkate değer sosyal reform, Yunanistan'da Ulusal Sağhk Hizmetleri Sistemi'nin kuruluşunu ilan eden 1397 sayılı kanunun 1983 yılında yürürlüğe girmesiydi. Bu kanun pek çok sosyolog ve siyasi analist tarafından savaş sonrası döne-

min temel dönüm noktası olarak değerlendirilmiştir. Sağlık sisteminin, yerel yönetimlerin rolünü arttıracak şekilde yeniden düzenlenmesi, devlet hastanelerinin yeniden yapılandırılması, birinci basamak sağlık kurumlarında gelişme sağlayarak, genel toplumsal denetimi arttırmak, 1397 sayılı kanunda ifade edilen temel amaçlardı. Reformist fikirleri oluşturan asıl konular, 1397 sayılı kanunun 1. Maddesi'nin 1.1 ve 1.2 paragraflarında özetlenmiştir.

Madde 1.1. Devlet yurttaşların tümüne sağlık hizmeti sağlamakla yükümlüdür.

Madde 1.2. Sağlık hizmetleri, mali, toplumsal ya da mesleki statülerine bakılmaksızın, tüm yurttaşlara eşit şekilde sağlanır. Bu hizmetler birleşik ve yerinden yönetilen Ulusal Sağlık Sistemi tarafından sağlanır.

1397 Sayılı Kanun, özellikle aşağıdaki reformlara odaklanmıştır:

• Ulusal Sağlık Sistemi için çalışan ve maaş ödenen tam zamanlı hekim kavramıyla hekimler ile Ulusal Sağlık Sistemi arasında sağlam iş ilişkilerinin kurulması.

• Yunan yurttaşlarına geniş yelpazede birinci basamak sağlık hizmeti sağlamak amacıyla 180 kırsal ve 220 kentsel sağlık merkezi oluşturulması (bkz. Şekil 1). Reformlar kapsamında oluşturulacak kırsal sağlık merkezleri, en büyük iki kent olan Atina ve Selanik'e hasta akınını kontrol etme görevini üstlenecekti. Şekil 1'de, Yunanistan'daki birinci basamak sağlık merkezlerinin mekânsal dağılımı gösterilmektedir.

• Hizmetlerin sunumu ve finansmammn hakkaniyet temelli olması.

• Saghk Bakanhğı'na danışmanlık yapacak Merkezı Sağlık Konseyi aracılığıyla hizmetlerin planlanması ve yönetilmesinde yerinden yönetim.

Şekil 1'de belirtilen hedefleri başarmak amacıyla, Saghk Bakanlığı yetkilileri tarafından, 1983 ilâ 1988 arası dönemde aşağıdaki adımların gerçekleştirilmesi öngörülmüştür:

• Saghk için yapılan kamu harcamalarında kayda değer bir artış. Bu da GSYİH'nin en azmdan %4.5 ile %5'inden daha faz-

ŞEKİL 1
Yunanistan'daki Birinci Basamak Sağlık Merkezlerinin Bölgesel Kalkınması



Kaynak: *Yfantopoulos J.* (1988).

lasımn kamu sağlık harcamalarına ayrılması gerektiği anlamına geliyor.

• Tüm Ulusal Sağlık Sistemi hekimlerinin ücretlerinde kayda değer bir artış (ortalama %112'lik oranlarda).

• Sabit varlık alımı için yapılan kamu harcamalarında kayda değer bir artış.

• Hastane yatak sayısında %43'lük bir artış (örneğin 1982'de 32.250'den yataktan 1988 yılında 46.220'ye yatağa çıkması).

Ancak sağlık ve sosyal hizmetlerdeki bu genişlemenin yanında, gerekli kamu yönetimi müdahaleleri yapılmıyor ve kay-

nakları kullanmak için etkili sosyal politikalar hazırlanmıyordu. Kalifiye kamu görevlilerinin sayısının yetersizliğine ek olarak, kamu yönetim tekniklerindeki eksiklikler, son derece bürokratik ve vaatleri uygulama noktasında yetersiz, aşırı kalabahk bir kamu sektörü oluşmasına yol açtı. Finansman açısından da, prim ödemelerinden kaçınılması, bütçe açığındaki büyümeyi hızlandırmaktaydı.

1990'lar, iktidardaki muhafazakârların kamu borçlarını kontrol etmek amacıyla uygun maliyetli politikalar uygulamaya çahştıkları yıllar oldu. 1990-1997 döneminde GSYlH'nin yüzdesi olarak sosyal harcamalar genel eğilimin altına düştü.

Seçilmiş muhafazakâr hükümet, sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemek ve sistemin finansman kısmım yeniden yapılandırmak için yeni bir formül arayışına girdi. Sağlık sektörünün ideolojik olarak dönüştürülmesini hedefleyen yeni mevzuat yasalaştırıldı. Sağlık hizmetlerinde, hekim ve hastaneyi seçme özgürlüğü ilkeleri sunuldu ve kamu ve özel sektör arasında rekabet başlatıldı. Hekimlerin görev statüleri yarı zamanlı olarak yeniden düzenlendi ve aym zamanda özel hizmette çahşmalarına izin verildi. Muhafazakâr hükümet tarafından getirilen önlemlerin genel olarak sağlık harcamalarının maliyetlerinin kontrolüne yönelik bir etkisi olmadı. Uzayan grevler ve mali yönetim zaafları sonucunda ekonomik durgunluk önlenemez hale geldi.

1994'te sosyalist hükümet bir kez daha secimleri kazandı ve sağlık sektöründe çeşitli reformlar başlattı. 1995'in ortalarında, mevcut sağlık reformlarını değerlendirme yönünde yeni bir dönem başladı ve hükümet, Londra Ekonomi Okulu (London School of Economics) Kamu İdaresi Profesörü Brian Abel-Smith liderliğinde bağımsız, uluslararası bir uzmanlar komitesi kurmaya karar verdi. Bu komitenin görevi, sağlık hizmetlerinin kapsamh bir incelemesini yapmak ve reformlar sunulması için tavsiyelerde bulunmaktı. Komite, aşağıdaki eleştirileri içeren kapsamh bir rapor hazırladı:

- hekimlerin etik olmayan uygulamaları; rüşvet alma yön-

temleri; ilaç şirketleri, diğer özel klinik ve teşhis merkezlerinden aldıkları "komisyon"lar

- koruyucu sağlık hizmetlerinin eksikliği
- kamu sağlığının az gelişmişliği
- tıbbi personelin fazlalığı
- hizmetlerin aşırı merkezileştirilmesi
- hekim ve sağlık hizmet uzmanlarına yönelik teşviklerin azlığı
- kalifiye yönetici eksikliği
- genel anlamda hizmetlere yönelik memnuniyetsizlik ki bu anlamda Yunanistan AB ülkeleri arasındaki en yüksek orana sahip.

Komite aşağıdaki tavsiyelerde bulundu:

- kamu sağlığına ve koruyucu/önleyici sağlık hizmetlerine odaklanan yeni bir sağlık planının başlatılması
- kişi başına ödeme *(capitation)* sistemi ile finanse edilen aile hekimliği yapısının oluşturulması
- finansmanı büyük sigorta kurumları ve hükümet arasında paylaştırma sorumluluğunu üstlenecek birleşik bir sağlık fonu geliştirilmesi
- hastanelerde, hastane yönetimi alanında eğitilmiş yöneticilerin istihdam edilmesi
- hastanelerin finansmanı için genel bütçelerin sunulması.

Profesör Abel Smith, sağlık sektörünün içindeki siyasi hesaplar ve yerleşmiş menfaatler, reformun gerçekleşmesini engellediği için Yunan hükümetini eleştirdi.

Sosyalist hükümet Mart 2001'de, Ulusal Sağlık Sisteminin yeniden düzenlenmesini öngören 2889 Sayılı Kanunu kabul etti. Kanunda ulusal ve bölgesel düzeyde daha büyük bir verimlilik elde etmek amacıyla hizmetler açısından genişletilmiş yerinden yönetim uygulanması gerektiği iddia ediliyordu. 2889 sayılı kanuna dayanarak 17 Bölgesel Sağlık İdaresi (PESY) kuruldu. Bu yasaya göre, hastaneler ve birinci basamak sağlık merkezleri, profesyonel yöneticiler tarafından yerinden yönetilen birimler haline getirildi. Her PESY bir işletme plam geliştirmekle ve kaynakları verimli bir biçimde tahsis etmek

üzere öncelikler belirlemekle sorumluydu. Aynı zamanda, sağlık gereksinimlerini kayıt altına almak ve denetlemek için bütünleşmiş bir coğrafi veri sistemi de önerilmişti.

Buna ek olarak ODIPY adında yeni bir idari kurum önerildi. Bu kurumun, kamu ve özel sigorta kurumlarından gelen tum fonları bir havuzda birleştirmesi ve demografik, epidemiyolojik, sosyal ve ekonomik kriterler temelinde her PESY'ye kaynak tahsisini üstlenmesi planlanmıştı. ODIPY, hizmetlerin sunumu ile finansmanmın ayrilması temeline dayanan yarıpiyasa *(quasi-market)* bir düşünce felsefesine dayanıyordu. Reformcuların iyi niyetlerine karşın ODIPY uygulamaya konmadı.

Mart 2004'te Muhafazakâr Hükümet iktidara geldi ve 4 Nisan 2005'te kabul edilen 3329 Sayıh Yasayı yürürlüğe koydu. Sağlık hizmetlerinin bölgeselleştirilmesi, Yunanistan'ı 17 bölgesel sağhk birimine bölen önceki çerçeveye müteakiben sağlandı. Tüm retoriğe rağmen şimdiye kadar Yunan sağhk sisteminin yeniden düzenlemesine ilişkin olarak büyük bir değişiklik uygulamaya konmadı.

Örgütsel yapı ve sigorta kapsamı

Şu anda, Yunanistan'daki sağhk sektörü, kamu ve özel kurumlardan oluşan karmaşık bir sistem vasıtasıyla işlemektedir. Yunanistan'daki sağhk hizmetlerinin finansmam ve örgütsel yapısı üzerine yapılmış bir değerlendirmeye (Yfantopoulos 2003) göre, Yunanistan'da altı farklı bakanhk tarafından yönetilen 170'in üzerinde sigorta kurumu ve bunların çok çeşitli sağhk ve sosyal hedefleri ve bunun yanında, çakışan hizmetleri bulunmaktadır. Çalışma ve Sosyal Sigortalar Bakanlığı, yine aynı bakanhk tarafından yönetilen 95 sigorta kurumundan oluşan bir ağ tarafından sağlanan sağhk sigortası hizmetlerinin organizasyon ve yönetiminden sorumludur. Sağlık ve Refah Bakanhğı birinci basamak sağhk merkezleri, hastaneler, çocuklar ve yaşhlara hizmet veren sosyal kurumlar ile sağlık ve sosyal yardım hizmetlerinin bölgesel dağılımıyla ilgilenir. Sa-

vunma Bakanlığı, ordu personeline ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık hizmetleri veren ve emekliliklerini düzenleyen 10 sigorta birimini yönetir. Tarım Bakanlığı, kırsal kesime sağlık hizmetlerinin ulaşmasıyla ilgilenir. Deniz Ticaret Bakanlığı denizciler ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan 7 sigorta planını yönetir. Son olarak, Maliye Bakanlığı yukarıda söz edilen hizmetlerin finansmanını üstlenmiştir. Bunlara ek olarak, tamamlayıcı sosyal hizmet sunmak üzerine uzmanlaşmış yaklaşık 56 hastalık ve emeklilik fonu mevcuttur.

Yukarıda sözü edilen kurumların 100 kadarı, sağlık alanında hizmet sağlarken, geri kalanı çeşitli biçimlerde emeklilik planları, işsizlik yardımı ve farklı türde sigorta hizmetleri verir.

Örgütsel ve idari yapılar

Şu anda, çeşitli sigorta yardımları sağlayan en büyük sigorta birimleri şunlardır:

- IKA (Sosyal Sigortalar Enstitüsü): Şehir nüfusuna, mavi ve beyaz yakalı işçilere yönelik sigorta hizmeti verir,
- OGA (Tarım Sigorta Örgütü): Kırsal nüfus, ihtiyaç tespitine dayalı bir sistem kapsammda hizmet alır,
- TEVE TAE (Tüccarlara, Imalatçılara ve Küçük Ölçekli Işadamlarına Yönelik Sigorta Fonu)
- Kamu Görevlileri
- OTE (Telekomünikasyon personeli)
- DEH (Elektrik şirketi çalışanları)
- Banka Sigorta Birimleri (Banka çahşanları)

Tablo 1, yukarıdaki örgütlerin her birinin doğrudan ya da dolaylı olarak kapsammda bulunan birey sayısım göstermektedir. Yunanistan nüfusunun çoğunluğu, IKA (% 50.35), OGA (% 19.6) ve TEVE-TAE (% 14.3) kapsamındadır.

Sigorta kurumlarınca sağlanan hizmetlerin yelpazesini tanımlamak amacıyla Tablo 2'de ayakta tedavi, hastane, ilaç, diş, laboratuvar ve diğer hizmetlerin sigorta kapsamı gösterilmektedir.

TABLO 1
Sigorta Programları Tarafından Sigortalanmış Nüfus

Sigorta fonu	Doğrudan sigortalanmış	Dolaylı olarak sigortalanmış	Toplam	Nüfusa göre %
IKA	2,900,000	2,620,000	5,520,000	% 50.35
OGA	1,543,000	607,000	2,150,000	% 19.6
TEVE	500,390	758,085	1,258,475	% 11.5
TAE	113,000	192,000	305,000	% 2.8
OTE	87,315	114,395	201,710	% 1.8
DEH	59,500	74,015	133,515	% 1.2
Bankalar	8,010	9,445	17,455	% 0.2
Toplam	5,595,244	4,768,615	10,363,859	10,964,020 (Census2001)

Kaynak: *Social Budget*.

TABLO 2
Sigorta Fonlarının Verdiği Hizmetlerin Yelpazesi

Sigorta fonu	Ayakta tedavi	Hastane	İlaç	Diş sağlığı	Laboratuvar	Diğer
IKA	+	+	+	+	+	+
OGA	+	+	+	-	+	+
TEVE	+	+	+	-	+	+
TAE	+	+	+	-	-	+
OTE	+	+	+	+	+	+
DEH	+	+	+	+	+	+
Bankalar	+	+	+	+	+	

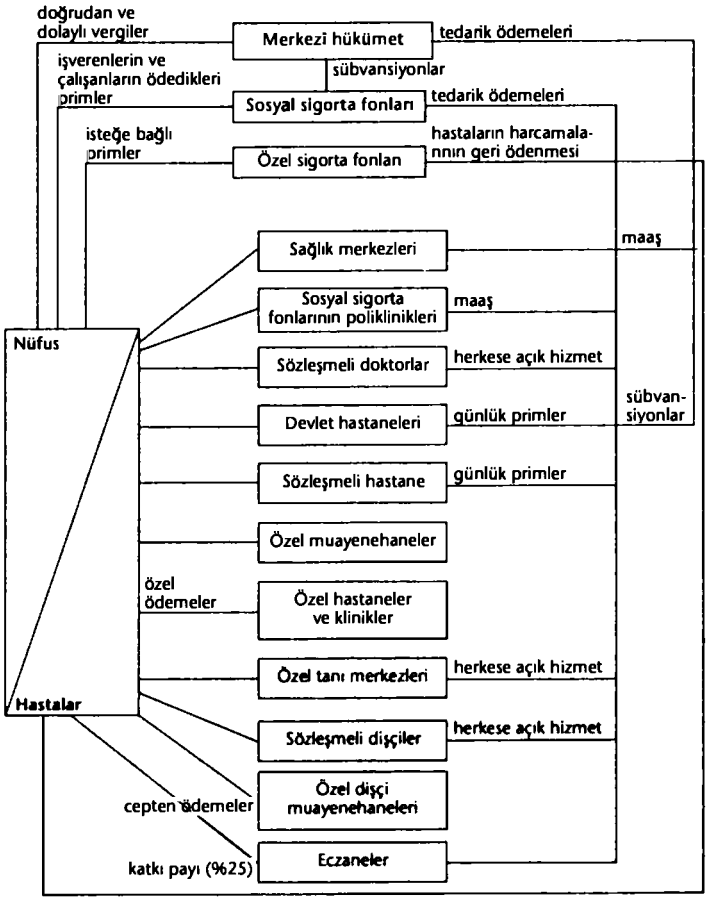
Kaynak: *Social Budget*.

Şekil 2'de, Yunanistan Sağlık Sigorta Hizmetleri'nin örgütsel yapısı verilmektedir. OECD'nin şu etmenler arasındaki etkileşimi göz önüne alan yaklaşımı benimsenmiştir: i) Kapsanan kişi sayısı, ii) Hizmetlerin finansmanmda ve sunumunda merkezî hükümetin rolü, iii) Sosyal sigorta fonları ve iv) özel sektörün rolü.

Şekil 2, Yunan sağlık hizmetlerinin finansman ve sunum bakımmdan ne kadar karmaşık olduğunu ortaya koymaktadır.

Sigorta acenteleri arasında koordinasyon, gerek çeşitli sigorta programlarımn daha iyi yönetimini güvence altına almak için, gerekse kişilere yük getirecek ikili, hatta üçlü sigorta kapsamlarından korumak için gereklidir. Bu koordinasyon sağlanamadığı

ŞEKİL 2
Yunan Sağlık Sistemi'nin Örgütsel Yapısı



takdirde dağılımdaki adaletsizlik ve eşitsizliklere karşı, adım adım ortak hedefler ortaya konmalı ve eş zamanlı politikalar geliştirilmelidir. Aşağıda daha detaylı olarak tartışılacak kısa vadeli bir hedef de OGA, IKA, TEBE ve diğer birimleri bir sigorta sistemi altında adım adım birleştirmeye yönelik uyum politikaları geliştirmektir. Sosyal sigortaların maliyeti, ölçek ekonomileri sa-

yesinde ve hizmetlerin aşırı kullanımım mümkün olduğu kadar önlemek suretiyle düşürülebilir. Büyüyen açığı denetim altına almak ve akılcı maliyet kısıtlaması politikaları oluşturmak amacıyla, sigorta kurumları tarafından yeni yönetim metotları geliştirilmelidir. Farklı sigorta sistemi programları, en iyi maliyet-fayda oranını elde etmeye uygun bir şekilde idare edilmelidir.

Finansman

Yunanistan'da sağlık sigortası alanındaki başlıca finansman kaynakları, çahşanların ve işverenlerin ödediği sigorta primleridir. İşveren katkıları, toplam gelirin üçte birine denk gelirken, çalışan primlerinin toplamı da benzer bir seviyededir. Çahşanların paylarına serbest meslek sahipleri de dahildir. Sosyal güvenlik kurumlarının katılım oranlarına bakıldığında, büyük bir dengesizlik göze çarpmaktadır (Bkz. Tablo 3).

TABLO 3
Sigorta Prim Oranları

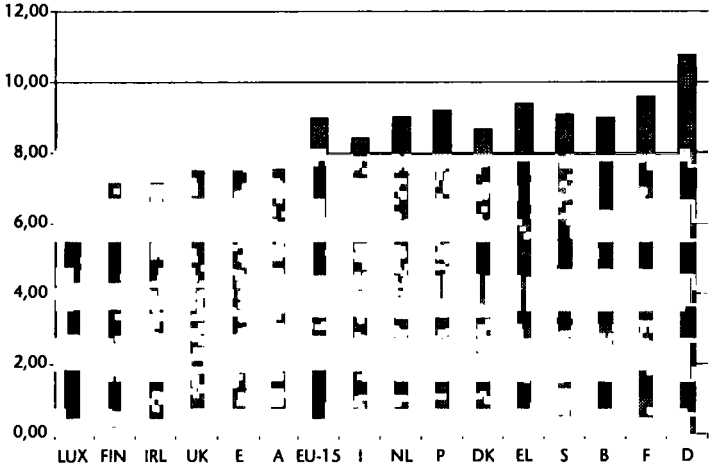
		Çalışanlar	*İşverenler*
IKA	Emekli maaşı	6.67	13.3
	Hastalık	2.55	5.10
Yunanistan Ulusal Bankası	Emekli maaşı	7	8.5
	Sosyal yardım	3	1.5
	Hastalık	2.55	5.10
Tarım Bankası	Emekli maaşı	11	23.2
	Sosyal yardım	3	1.80
Ion Halk Bankası	Emekli maaşı	11	28.7
	Sosyal yardım	3	1.8
	Hastalık	3	5.1
ETBA	Emekli maaşı	11	23.6
	Sosyal yardım	4	5.1
	Hastalık	3	3
Elektrik Şirketi	Emekli maaşı	11	22
	Sosyal yardım	2.5	5
	Hastalık	2.5	1.25
Telekom	Emekli maaşı	11	24.4
	Sosyal yardım	3	3
	Hastalık	2.55	5.10

IKA, TEVE, OTE ve bankacılık-sigortacılık birimlerinin finansmanı, esas olarak çalışanların ve işverenlerin katkılarından oluşmaktadır (Tablo 3). OGA için ise geçerli olan, devletin toplam OGA bütçesini, belirli bir amaca tahsis edilmiş vergiler ve sosyal vergiler yoluyla oluşturmasıdır. Son on yıl içinde, sosyal sigorta hizmetlerinin finansmanı konusunda artan bir baskı oluştu. Hükümet, prim oranlarını artıramıyor, ancak aym dönemlerde sosyal bakımın maliyeti hızla yükseliyordu. Bu durum, büyük sigorta kurumlarında açıkların büyümesiyle ve dolayısıyla verilen hizmetlerin niteliğinin düşmesiyle sonuçlandı.

Sağlık giderleri

Avrupa Standartlarına göre, Yunanistan'da sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar ortalama ile yüksek arasında sınıflandırılmaktadır. Şekil 3, AB üye ülkelerinde (AB-15) sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranını göstermektedir. Ortalama olarak

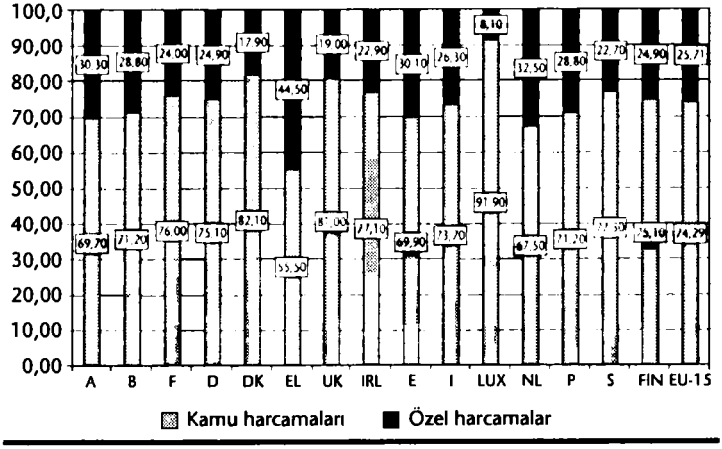
ŞEKİL 3
Avrupa Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Yüzdeleri, 2002



(AB-15), Avrupa GSYİH'sinin yaklaşık %9.1'i sağlık giderlerine harcanmaktadır. Yunanistan'da buna denk gelen oran, GSYİH'nin %9.5'idir. Bu tahmin, kayıt dışı ekonomiyi, özellikle de hastalardan doktorlara masa altından yapılan ödemeleri içermemektedir. Kimi tahminlere (Yfantopoulos 2004) göre, Atina, Selanik ve Yunanistan'm diğer büyük şehirlerindeki büyük hastanelere giden hastaların % 49'u, "Fakelaki" adı verilen kayıt dışı ödemelerden yapmıştır.

Yunanistan'da 1960'tan 2000'e kadar kamu ve özel giderlerin evrimsel gelişimini incelerken, genişleme safhaları ile maliyet kısıtlaması dönemlerini birbirinden ayırmamız gerekir. 1960'ların başında Yunanistan'daki toplam sağlık giderleri, uluslararası standartlara göre oldukça düşüktü. 1970'lerde gözlenen belirgin artışın ardından, 1980'lerin ilk yıllarında daha büyük artışlar yaşandı. Bu artış, kamu hastanelerinin modernizasyonu ve 180 adet birinci basamak sağlık merkezinin kuruluşuna ayrılan geniş fonlara bağlanabilir. 1980'ler ve 1990'ların ilk yarısında, kamu harcamalarında maliyet kısıtlamasını sağlamak ve maliyet denetimini geliştirmek amacıyla, ne Sosyalist ne de Muhafazakâr hükümetler tarafından belirgin politikalar uygulanmadığına da dikkat çekilmelidir. Ulusal Sağlık Sisteminin oluşturulmasının arkasından gelen ilk on yıl boyunca, iki hükümetin de belirgin hedefleri, sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumunda kamu sektörünün payının artırılması oldu. Genel amaç, verimliliğin düşmesi pahasına hakkaniyetin artırılmasıydı. 1990-2000 arasında geçen on yıla damgasını vuran, sağlık sektöründe özel girişimin genişleme süreci ve buna bağh olarak özel sağlık harcamalarının artması oldu. OECD rakamlarına göre, Yunanistan özel harcamaların, sağlık harcamalarının en büyük bölümünü oluşturduğu tek Avrupa ülkesidir. AB-15 seviyesinde, sağlığa yapılan kamu harcaması, toplam harcamaların %75'ini oluşturur. Yunanistan'da ise bu rakam ancak %55'e denk gelmektedir. (Bkz. Şekil 4)

ŞEKİL 4
AB-15 Ülkelerinde Kamu ve Özel Harcamalarının Bileşimi



Genel görünüm ve politikaların etkileri

Bu bölümde, önceki bölümlerde yapilan analizin belli başlı sonuçları bir araya getirildi ve Yunanistan sağlık sektörünün bugün karşı karşıya bulunduğu sorunlar tanımlamp kategorilere ayrildı. Sorunların üzerinden geçildikten sonra, bir çerçeve sunularak araştırma faaliyetinin odaklanması önerilen başlıca alanlar ortaya kondu.

Yunanistan sağlık sistemi incelendiğinde, iki temel sorun kategorisi tanımlanabilir:

- Hizmetlerin hakkaniyeti ve kalitesi ile ilgili sorunlar.
- Sağlık hizmetlerinin verimliliği ve tahsisi ile ilgili sorunlar.

Hizmetlerin hakkaniyeti ve kalitesi ile ilgili sorunlar

Sağlık sektöründe temel bir amaç, bütün yurttaşların daha iyi sağlık hizmetlerine ulaşmalarını olanaklı hale getirecek kapsamh ve genel bir sisteme ulaşmaktır. Sağlık hizmetlerinin sağlanmasında gözlenen büyük eşitsizlikler, yalnızca toplum-

sal bir adaletsizlik sorunu değildir. Emek piyasasının verimli işlemesini engellediği için aynı zamanda ekonomik olarak da telilikelidir. Sağlık hizmetlerinin sağlanmasmdaki eşitsizlikler, kimi araştırmacılar tarafından Gini katsayısı kullanılarak hesaplandı. Bu eşitsizlik ölçme yöntemine göre, sıfır eşitsizlik olmaması, tam eşitsizlik anlamına gelmektedir. Bu aralıkta bulunan her değer, bir toplumda ya da toplumsal grupta eşitsizliğin boyutunu gösterir. Aşağıda, sağlık sigortalarınm kişi başına sağladığı sağlık ve emeklilik hizmetlerine göre hesaplanan Gini katsayıları verilmiştir. Analizimize emekli aylıklarını dahil etmemizin nedeni, yaşlıların karşı karşıya kaldıkları eşitsizliğin derecesini ortaya koymaktır. OECD rakamlarına göre, bu sosyal grup, sağlık hizmetlerinden diğer yaş gruplarına göre altı ila sekiz kat fazla yararlanmaktadır.

Sigorta kurumlarının sunduğu kişi başına sağlık hizmetlerine denk gelen talımini Gini katsayıları şunlardır:

Ayakta tedavi için	G = 0.4658
Hastane bakımı için	G = 0.3507
Tum sağlık hizmetleri	G = 0.4111

Emekli aylıkları için kişi başına düşen harcamalara bakıldığında düşük aylık kategorilerinde eşitsizliğin daha da büyüdüğü görülmektedir. Bu bulgu, asgari aylıkların sağlanmasında kapsamlı bir "toplumsal güvenlik ağı" olmayışına işaret etmektedir. Emekli aylığı kategorileri için Gini katsayıları şöyledir:

1) Çok düşük aylıklar (yılda 300 binin altında) G = 0.256
2) Düşük aylıklar (yılda 550 bine kadar) G = 0.208
3) Ortalama aylıklar (551 bin ıla 1 milyon 400 bin) G = 0.127
4) Yüksek aylıklar (1 milyon 401 bin ila 5 milyon) G = 0.036

Belli sigorta kurumlarının sağladığı sımrlı sağlık ve emekli aylığı hizmetleri arttırılmalı ve bütün sistem daha kapsamlı olacak şekilde yeniden düzenlenmelidir.

Gerek merkezileşmiş, gerekse yerinden yönetilen farklı sağlık sigorta programlarının organizasyonu, kapsamı, hizmet sunumu ve finansmanı üzerine birçok çalışma olmasına karşın, kapsamlı bir sağhk sigortası sisteminin verimlilik yönüne ilişkin en yaşamsal faktörlerinin neler olduğu bu çalışmaların

pek azında göz önüne ahnmıştır. Bu alanda şöyle bir tartışma yaşanmaktadır: Farklı programların uyumlaştırma hedefleri, sigortanın kapsam tercihleri, müşterek sigorta *(co-insurance)* ve sistemin vergiden düşme politikaları ne olursa olsun, sistemin hakkaniyet ve verimlilik boyutlarının analiziyle, bu politikaları değerlendirecek can alıcı bir faktörün ilgisi kurulmalıdır. Bir grup (ya da farklı gruplar) için en uygun sağlık sigortası kapsamı derecesi –çoğunlukla iddia edildiği gibi– yalnızca gelir düzeyine göre değil, insanların sosyal ihtiyaçları da dikkate alınarak belirlenmelidir. Bir sigorta programı tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin bir analiz, eğer sağlık ihtiyaçlarım ve sağlık hizmetlerinin sağlık durumu üzerinde yapacağı etkiyi kayda değer bir değişken olarak ele almıyorsa, politika değerlendirmesi için can alıcı olan faktörlerden birini göz ardı ediyor demektir. Sağlık hizmetlerinin düzeyi, ihtiyaçların düzeyine göre değişiklik gösterebilir.

Örneğin, sağlık hizmetleri açısından ele alırsak, kırsal kesimin (OGA) sağlık durumu azalan maliyet koşullarında ortaya çıkıyorsa, bu kesimin sağlık durumu düzeyindeki potansiyel bir düzelme, üretimdeki ortalama maliyetin düşmesini de sağlayacaktır. Dolayısıyla, bu durumda OGA hizmetlerin niteliğini ve niceliğini düşürmeden net bir ekonomik kazanç sağlayabilir.

Bir grup uzman, Yunan sigorta sisteminin karmaşıkhğım gidermeye yönelik olası bir çözüm olarak, OGA, IKA ve TEBE'nin tek bir sigorta sistemi altında birleştirilmesini önerdiler. Bu birleşmenin nasıl gerçekleştirilebileceğini söylememelerine karşın, böylesi bir önerinin, –bu türden her öneri gibi– bu birleşmenin verimlilikte artış ve birim maliyetlerde azalma açılarından ne derece etkili olacağını gösteren ampirik bir araştırmayla tamamlanması gerekir.

Verimliliğe ve sağlık hizmetlerinin dağılımma ilişkin sorunlar

Önceki analizden Yunanistan'm, GSMH'sinin %9,5 kadarını sağlık hizmetlerine harcadığını ve diğer Avrupa ülkeleriyle

karşılaştırıldığında, özel sağlık harcamalarının yüksekliği açısmdan ılk sırada yer aldığım gördük. Ortalama olarak AB-15'te toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %75'i kamu harcamalarıyken, Yunanistan %55'lik kamu sağlık harcamaları oranıyla bu kurahn tek istisnasını oluşturuyor.

Yunan halkının sağlık hizmetleri bağlamında karşılanmamış ihtiyaçlarını gidermek amacıyla acil olarak verimliliğe ve sağlık harcamalarının dağılımına ilişkin bir değerlendirme yapılması gerektiği sıkça tartışılmıştır. Ancak sağlık sigortası kaynaklarının ya da kamu kuruluşlarınm (devlet hastaneleri, sağlık merkezleri vs.) ne kadar artması gerektiğine dair bir çıkarımda bulunmadan önce, Yunanistan'da faaliyet gösteren sayısız sigorta kurumunun performanslarını değerlendirmek amacıyla bazı yöntemler geliştirmeliyiz. Bu yöntemlerin önemi genel olmalarında yatıyor. Sağlık hizmetlerini finansman biçimi ve sigorta sistemi her ne olursa olsun (merkezî olsun ya da olmasın), bu yöntemlerle sağlanan bilgi, kaynakların verimli dağıtımının değerlendirmesini gerektiren politik kararların alınmasında belirleyici niteliktedir. Sağlık ihtiyaçlarına yönelik kamu harcamalarının etkisine ilişkin araştırmalar politika değerlendirmeleri açısından oldukça önemli araçlardır. Ancak öyle görünüyor ki beyaz kitaplar, kanun önsözleri ve kamu politika raporlarından oluşan geniş literatürde, tum OECD bölgesinde sosyal güvenliğe yapılan kamu harcamaları iki temel kaygıya dayanarak gerekçelendirilmektedir:

(i) sağlık hizmetlerine erişimdeki ve bu hizmetlerin kullanımmdaki eşitsizliği azaltmak.

(ii) Yunan nüfusunun sağlık ve refah statüsü ile yaşam kalitesinde bir artış sağlamak.

Avrupa Birliği üyesi olan Yunanistan, sağlık harcamalarının, giderek çeşitlenen ve artan sağlık ihtiyaçlarına göre nasıl tahsis edileceğinin Sağlık ve Sosyal Dayanışma Bakanhğı tarafından değerlendirilmesinin faydalı olabileceğini kabul edebilir. Ancak sağlık sisteminin verimlilik boyutunun değerlendirilmesinde gerekli olan tek bilgi bu değildir. Farklı bölgeler, farklı sigorta programları ya da kurumları arasında bütçe ya da ka-

mu harcamalarım paylaştırabilmek için çıktılara ilişkin bilgiler yararlı olmakle birlikte, aym zamanda farklı girdilerin üretkenliğe etkisine ve sağlık hizmeti veren farklı kurumlar arasmdaki karşılıklı ilişkiye dair bilgiler de bu anlamda fayda sağlayabilir. Bu bize en uygun hizmet birleşimini ortaya çıkarma ve kamu harcamalarındaki olası artışların Yunan yurttaşlarının sağlık statüsü ve yaşam kalitesini ne düzeyde artıracağını tanımlama noktasında yardımcı olacaktır.

Sonuçlar

Şu ana kadar yaptığımız analizde, Yunanistan'daki Sağlık Reformları'yla ilgili olarak başlıca sorun alanlarını tanımladım. Her ne kadar zaman içerisinde gerçekleştirilmiş farklı sağlık reformlarının yönetimsel, örgütsel yapıları ile kurumlar arası ve kurum içi ilişkileri üzerine çeşitli çahşmalar olsa da, bunlardan pek azı, sağlık sisteminin verimlilik, hakkaniyet ve etkinlik boyutlarım belirleyen etmenleri dikkate almış gibi görünüyor. En yüksek sağlık sigortası kapsamı, müşterek sigorta ve poliçe indirimleri, yalmzca gelir düzeyi ya da risk düzeyiyle değil; buna ilaveten sağlık ihtıyaçlarının düzeyiyle de ilintili olmalı. Sağlık sigortasımn kapsamı farklı mesleklerin ihtiyaç düzeylerine göre değişiklik gösterebilir. Kaynakların etkinliğine ve verimliliğe ilişkin boyutlarının yanı sıra sağlık ödeneklerinin dağıtımına ilişkin konuları dikkate almayan, yalmzca sigorta programı kapsamında sağlanan sağlık hizmetlerinin tüketimine dayalı herhangi bir analiz, politika değerlendirmeleri açısından kimi çok önemli etmenleri göz ardı etmiş olacaktır.

Bildiğimiz kadarıyla halihazırda, farklı sigorta programlarıyla sağlık hizmetleri sağlamak için alternatif uygun maliyetli prosedürleri değerlendirmek üzere yapılan herhangi bir araştırma yok. Aym şekilde, farklı sigorta programlarınm maliyetini kimin karşıladığım ve ödenekleri kimin aldığını belirleyerek, sağlık ödeneklerinin yeniden dağıtım etkisinin ölçülmesi noktasında da araştırma yetersizliği söz konusu. Araştırmaların ilgi alanları ya da sosyal rejimler ne olursa olsun, Yunanis-

tan bakımından asıl önemlisi, sağlık harcamalarını (kamu ya da özel) artırmaktan, sağlık sigorta programlarını genişletmekten ve verimsiz kurum ve hizmetleri finanse etmekten ziyade; yakın gelecekte belirli bir hizmet kalite düzeyinin herkes için, verimli ve etkin bir biçimde ulaşılabilir olmasını garanti altına almaktır.

KAYNAKÇA

Barr, N. (1992) "Economic theory and the welfare state: A survey and interpretation", *Journal of Economic Literature*, 30, 2, 741-803.

Barr, N (1993) "The economics of the welfare state", 3rd edition, Weidenfeld &Nicolson.

Esping Andersen Gosta (1996) Welfare States at the End of the Century. OECD conference on "Beyond 2000: The New Social Policy Agenda" OECD, Paris, Kasım, 1996

Avrupa Komisyonu (2002) "Avrupa'da Sosyal Durum", *Avrupa Komisyonu ve Eurostat*, Brüksel

Avrupa Komisyonu (2003) "Supporting national strategies for the future of health care and care for the elderly", *Komisyon ve Konsey Ortak Raporu*, Çahşma ve Sosyal Işler, Brüksel.

Ferrera M. (1995) The Southern Welfare States in Social Europe. Department of Political and Social Studies University of Pavia, Temmuz, 1995

Ioakimidis P.C. (2000) The Europeanization of Greece: An overall assessment. South European Society & Politics Cilt 5, Sayı 2, Sonbahar, 2000, s. 73-94.

Yfantopoulos Y. (1999) The Welfare State in Greece in Metaxas J About Greece. Ministry of Press and Mass Media, 1999, s. 231-252.

Yfantopoulos Y. (1998) Elderly and the Family in the Southern European Welfare State. In Modernizing and Improving EU Social Protection. Ingiltere'nin AB Başkanlığı esnasmda Avrupa Komisyonu ve Ingiltere Sağlık Dairesi tarafından yayımlanmıştır.

Yfantopoulos Y. (2003) Health Economics Theory and Policy, Dardanos Publication Atina Yunanistan.

Sağlık Reformlarında Bir Akdeniz Paradigması Oluşturulabilir mi?

GUIDO GIARELLI*

Bir soru ile başlamak istiyorum. Bu sorunun da, Avrupa'daki sağlık sistemlerinin ve reformların, Avrupa Birliği'nin siyasi çerçevesi içerisindeki bütünleşmeleri konusunda kapsamlı bir bakış açısı geliştirmek üzere, burada gösterdiğimiz çabalarla tutarlı olduğuna inanıyorum. Sorum şu: Küreselleşmenin sağlık sistemlerini ve vatandaşların sağlığını bu denli etkilediği bir zamanda, sağlık sistemlerine ilişkin karşılaştırmalı çalışmalar halen –doğrudan ya da dolaylı olarak– ulusal bir temele dayandırılabilir mi? Bu alanda ortaya koyulmuş olan çalışmalar arasında muhtemelen en geçerlisi ve bu yaklaşımın kesinlikle en iyi sentezi olan, Los Angeles California Üniversitesi'nden Prof. Milton Roemer'ın 1991'de yazdığı ünlü *National Health Systems of the World* (Dünyada Ulusal Sağlık Sistemleri), küreselleşme çağında sağlık sistemlerini karşılaştırmak için halen yeterli bir yaklaşım olarak kabul edilebilir mi? Başka bir deyişle, sağlık sistemleri ile dünya üzerinde bulunan yaklaşık 200 devletin ulusal sınırları arasındaki belirgin olan ya da olmayan örtüşmeyi çok da fazla sorgulamadan olduğu gibi kabul etmeye devam etmeli miyiz? Sonuç olarak, günü-

(*) Bologna Üniversitesi, İtalya.

müzde tum sağlık sistemlerinin, yönetim işlevinin merkezî rol üstlendiği yarı-piyasa bir modele dayalı, birleştirilmiş teknokrasi temelli tek bir paradigmaya yakınsadığı sonucuna varmak için, sağlık sistemlerini, –çoğu çahşmada olduğu gibi– sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumuna ilişkin yaygın modele göre sımflandırmak halen doğru mudur?

Burada benim önerim, tümüyle coğrafi bir kavram olan kıta ile küreselleşen dünyada geçerliliğini ve egemenliğini giderek yitirdiğini gördüğümüz [Hardt ve Negri 2000] 'ulus-devlet' olarak tanımlanan siyasi varlık arasına konumlandırabileceğimiz orta düzey bir toplumsal gerçekliği betimlemek ve analiz etmek için 'büyük-bölge *(macroregion)*' kavramını kullanmaktır. Büyük-bölge Sistemleri Kuramı Amerikalı antropolog ve sinolog G. William Skinner tarafından son 40 yıl içinde geliştirilmiştir. Eski Çin'le ilgili araştırmalarla başlayan, eski Japonya, Fransa ve bugünkü Çin'e kadar uzanan bu çok yönlü ve karmaşık kuram, ilk başta tarıma dayalı uygarlıklar için geliştirilmiştir. Büyükbölge Sistemleri Kuramının, tabii ki başka amaçlara ve sosyoloji gibi başka bilim dallarına uyarlanması koşuluyla, başka bağlamlar için de yararlı fikirler içerdiğini düşünüyorum. Burada yalmzca bu kuramm dayandığı temel fikri ele alıp geliştireceğim. Bu kurama göre, nüfus verileri yalnızca siyasi-yönetsel hiyerarşiyi oluşturan birimlere (ilçeler, vilayetler, iller, bölgeler, devletler, vb.) dayanarak analiz edilemez. Bunun yerine, toplumsal gerçekliği yansıtan uygun analiz birimleri "tanımlamak" için eldeki verileri kullanmalı ve analizlerimizi ulus-devlet gibi siyasiyönetsel birimler yerine, tanımlanan bu uzamsal yapıya dayandırmalıyız.[1] Ayrıca, bu temel nokta, bizim Avrupa sağlık sektöründeki fiilı bütünleşme sürecine de katkıda bulunmamızı sağlayacak ve bu katkı da çoğunlukla uluslar-üstü ve ulusal siyasiyönetsel sınırlardan bağımsız olduğunu bildiğimiz gerçek farklılıkların ayrıntılı biçimde anlaşılmasma yönelik olacaktır.

1 Örneğin, bu alandaki en kapsamlı çalışma bugünkü Çin konusunda, doğru bir büyük-bölgeselleştirme taslağı hazırlamak için 1990 nüfus sayımı ve başka kaynaklar kullanılarak yakın zamanda gerçekleştirilmiştir: Bu çalışma sonucunda, Çin 30 yönetim bölgesine değil de 10 büyük-bölgeye ayrılmıştır.

Ancak, burada ikinci bir sorunla karşılaşıyoruz: Büyük bölge düzeyinde 'sağlık sistemi' olarak ele ahp karşılaştıracağımız şey nedir? Klasik yaklaşım bize bu anlamda pek yardımcı olmamaktadır. Ulusal karşılaştırmalarda sağlık sistemleri yalnızca "kaynak, örgütlenme, finansman ve yönetimin bir araya getirilerek sağlık hizmetlerinin halka ulaştırılması" (Roemer 1991:31] olarak düşünülmektedir. Sağlık sisteminin bu tanımının en temel eksikliği nedir? Oyle görünüyor ki bu tanım esas olarak sağlık sistemlerinin siyasi-örgütsel ve mali-iktisadi boyutlarına dayanmaktadır ve bu boyutları, içinde bulundukları bağlamı ve bu bağlamla kurdukları ilişkileri hesaba katmadan, yalıtılmış alanlar olarak ele almaktadır, Sistemin bütününü etkileyen bu iki boyutun çok önemli olduğu şüphe götürmese de sağlık siteminin bu tanımının özellikle sosyal aktörlerin eyleyiciliği ve onların kültürel ve ekolojik ortamı açısından yeterince kapsayıcı olduğu söylenemez. Aslında Roemer, ulusal sağlık sistemlerinin yapısının belirlenmesinde siyasi ve iktisadi unsurların yam sıra, örneğin toplumsal-kültürel boyutun önemini de kabul etmektedir [ivi:83-95].[2] Ancak bu boyutu kendi modeline dahil etmeyi çok 'çetin bir iş' olarak değerlendirmiş ve kendi analizinde bu boyutu dikkate almamıştır [ivi:95]. Ben bu 'çetin' işin, sosyologlar olarak bizim tam da uğraşmamız gereken alan olduğunu düşünüyorum. Sağlık sistemlerinin, hem makro hem de mikro düzeyleri inceleyen, çok-boyutlu bir yaklaşıma dayalı, anlamlı bir tipolojisini oluşturabilmek için, sağlık sistemi modellendirmemize sosyal aktörün toplumsal-kültürel boyutunu da katabilmeliyiz.

Bu amaçla, İtalya'da Sağlık Sosyolojisinin kurucusu Prof. Ardigö'nun [1981:14; 1997:92] ileri sürdüğü ve daha sonra Prof. Cipolla [2002:19-25] ile benim [Giarelli 1998:83-90] ayrıntılı olarak geliştirdiğimiz 'dort yönlü' *(quadrilateral)* modelin bu yönde atılan ilk adımı oluşturmasını umuyorum. Ardi-

2 Roemer'a göre bu, bir toplumun çeşitli toplumsal kurumlarını ve geleneklerini içerir: teknolojik gelişim, baskın dil, toplum yapısı, yaygın dil ve aile yaşamıyla ilgili örüntüler [ivi:88-92].

gö'nun taslak olarak hazırladığı ilk model dort kutup ve bunların her birinin kendi bağlantılarını içeriyordu:

• belirli bir nüfusun belirli bir zaman ve mekândaki toplumsal yaşamım oluşturan toplumsal ve kurumsal ilişkilerinin örgüsü olarak *toplumsal sistemler*;

• fiziki çevre, insan topluluklarımn doğal yaşam yeri olarak kabul edilen *dış doğa*;

• *iç doğa*, başka bir deyişle insan topluluklarımn biyo-psişik temeli, insanın beden-akıl birliği;

• *günlük ilişkiler içindeki özne*, bilinçle donatılmış, günlük yaşamındaki ilişkiler örgüsü içinde bilinçli toplumsal eylem doğurabilen sosyal aktör.

Benim modelin gelişimindeki özgün katkım, sağlık sistemini (Ardigò'nun türsel olarak içinde bulunduğunu düşündüğü) toplumsal sistemin içinden çıkararak dort yönlü sistemin merkezine koymak ve dalıa sonra dort adet, anlamlı *analitik bağlantı* ya da *bağıntı* seçerek sağlık sistemiyle dort kutup arasındaki bağlantıları yeniden kurmaktı:

• sağlık sistemiyle dış doğa arasındaki bağıntılar (1) *ekolojik bağlantı* adım verdiğim şeyi oluşturur; örneğin, çevrenin özelliklerine bağlı belirli hastalık riskleri;

• sağlık sistemiyle toplumsal sistem arasındaki bağıntılar, sağlık alt-sistemiyle siyasi, iktisadi ve kültürel alt-sistemler gibi başka toplumsal alt-sistemler arasındaki ilişkilere ait (2) *yapısal bağlantıyı* oluşturur;

• sağlık sistemiyle, günlük yaşam ilişkileri içindeki özne arasındaki bağıntılar öznenin sağlık/hastalık deneyimiyle, sağlık kurumları arasındaki etkileşimle ilgili olan (3) *olgusal bağlantıyı* temsil eder;

• sağlık bakım sistemiyle iç doğa arasındaki bağıntılar sağlık bakım sisteminin etkileriyle ilgili olarak doğurganlık, hastalık oranı ve ölüm oranı örgülerini ele alan (4) *biyo-psişik bağlantıyı* oluşturur.

Çok-boyutlu analitik bağlantılar yapısının oluşturduğu bu karmaşık ağın smırlarını belirlediği sistemin, –alternatif tıp kaynaklarım içeren kurumsal çoğulculuk yaklaşımına göre ta-

nımlansa dahi– "dar" anlamıyla sağlık sisteminden daha geniş olduğu açıktır.[3] Tam da bu sebepten dolayı, dar anlamıyla sağlık sisteminin yam sıra diğer dort kutbu ve her şeyden önce bunların arasındaki karşılıkh dort bağlantıyı da içeren bu daha geniş sistemi "sağlık sistemi" olarak tammlamamn doğru olduğunu düşünüyorum.[4] Görüldüğü gibi, bu modelin dort kutbu, epidemiyologların bile sağlık göstergeleriyle (toplumsal, ekolojik, yaşam biçimleri) ilintili kabul ettikleri bütün boyutları içermektedir, ancak, bu boyutlar sosyolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir.

Benim önerim şudur: Sağlık sistemlerinin "önemli bağlamını" temsil eden, bu çok-boyutlu bağıntıları analiz ederek, belirli bir büyük-bölge içerisinde aym ya da en azından benzer bağıntılar örüntüsünü paylaşan bir sağlık sistemi ailesi olarak tanımlanabilecek, "belirli bir bağıntılar örüntüsü" saptamak mümkün olacaktır. Böylece çeşitli büyük-bölgeler arasındaki fiilî farklılıkları anlamak ve bu farkhhkları söz konusu sosyolojik yaklaşıma göre yorumlayabilmek için farklı sağlık sistemlerini farklı bağıntı örüntüleri olarak ele alıp karşılaştırabiliriz. Sunumumun ikinci bölümü, bütün bunları, başhkta da dile getirdiğim 'bir 'Akdeniz paradigması' var mı?' sorusunu analiz etmeye yönelik ilk, ama bununla birlikte oldukça sınırlı bir çaba olarak düşünülebilir.

---

3 Bizim *sağlık sistemi* kavramımızın kurumsallaşmış biyo-medikal sağlık hizmetleriyle sınırlı olmadığını açıklığa kavuşturmak önemlidir: Bu kavramın hem uzmanhk gerektiren (tam olarak meslek haline gelmemiş olsa da, başka bir deyişle geleneksel ve alternatif tıp), hem de gerektirmeyen (halk kaynaklı tıp, kendi kendini tedavi) türdeki alternatif ve halk tabanlı tedavi kaynakları ağını da içerecek şekilde, birbirinden büyük ölçüde farklı da olsa, belirli bir toplumda bulunan tıbbî geleneklerin tamamını içeren bir sağlık sistemindeki *tıbbi çoğulculuk* kavramına [Leslie 1980] uygun olarak, daha kapsamh ve çoğulcu olmasını amaçladık.

4 Bilgi felsefesi açısından bu, çoğunlukla *nesnelere* değil, onlar arasındaki *ilişkilere* (*bağlantılara*) dayalı bilimsel bilgi fikrini ifade eder; bu nedenle, *bağlantıcı* bir paradigmadır [Cipolla ve Giarelli 2000].

Güney Avrupa büyük-bölgesi: Baglantıların araştırılması

Bu tanım bana ait değil. Söz konusu tanım ilk olarak on yıl önce, 1994'te (o zaman Londra Hijyen ve Tropikal Tıp Fakültesinde bulunan) Josep Figueras, Martin McKee, Franco Sassi ve (o zaman Londra İktisat Fakültesinde bulunan) Elias Mossialos tarafından *International Journal of Health Sciences* dergisinde bu başlıkla yayımlanan bir makalede ortaya atıldı. Belki de yazarların üçünün (Figueras, McKee ve Mossialos) şu anda Richard Saltman'la birlikte Avrupa Sağlık Sistemleri ve Politikaları İzleme Merkezi'nin araştırma müdürleri olduğunu biliyorsunuz.

Yazarlar benim sunumumun başlığında sorduğum soruya olumlu yanıt verdiler: İtalya, İspanya ve Yunanistan'daki sağlık sistemlerinin son dönemdeki evrimini karşılaştırarak önemli benzerliklere dikkat çektiler ve 'Akdeniz paradigması' olarak adlandırdıkları bir ortak özellikler örüntüsünün varlığına ilişkin kanıtlar olduğu sonucuna vardılar. Bu paradigma "ayırt edici bir sağlık ve hastalık örüntüsünü; Ulusal Sağlık Hizmetlerinde ortak tarihsel evrim, ortak ilkeler, sınırlı uygulama, benzer örgütlenme ve hizmet sunum örüntülerini ve son yıllarda deneyimlenen ortak bir bunalım ile buna yönelik tepkileri" içeriyordu [Figueras ve ark. 1994:143].

Ayrıca yazarlar, ulusal sağlık hizmetleri oluşturmak üzere, kısa bir süre önce sosyal sigorta modellerini terk eden Güney Avrupa ülkelerinin bu ortak örüntüsünü, Batı Avrupa'daki iki önemli sağlık sistemi grubu temelinde sınıflandırdılar:

> "Birincisi, II. Dünya Savaşı'ndan sonra sosyal sigortalar programlarını terk ederek yavaş yavaş bütün hizmetleri kapsayan ve örgütlü bir hizmet sunum sistemine sahip, geniş kapsamlı ulusal sağlık hizmeti modellerine geçen İskandinav ülkeleri ve İngiltere. İkincisi, nüfusun tamamını ya da tamamına yakın bir kısmını sigorta kapsamına alarak, sağlık hizmetlerinin finansmanını ortaklaştıran ama hizmet sunum sistemini fazla değiştirmeyen, son derece gelişmiş zorunlu sağlık sigortası

modelleri olan Fransa, Almanya, Belçika ya da Hollanda gibi Batı Avrupa Ülkeleri." [ivi:136]

Bu üç Batı Avrupa grubuna, bu yıl 1 Mayıs'ta AB'ye katılan ve sağlık sistemleri eski sosyalist sağlık bakım sistemlerinden çıkarak karmaşık bir geçiş sürecine giren, eski Doğu Avrupa'nın yedi Orta Avrupa ülkesini (Estonya, Letonya, Litvanya, Polonya, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Slovakya ve Slovenya) eklersek, AB'ye üye devletlerin ve AB sağlık sistemlerinin ayrılabileceği dort ana büyük-bölgenin neredeyse tam bir resmini elde edebiliriz. (Bu arada, söz konusu yapının, atölye çalışmamızın bu ilk oturumundaki dort bildirinin eklemlendiği yapı olduğunu büyük olasılıkla fark etmişsinizdir.)

Benim buradaki varsayımım, dördüncü grubun, belki de yalnızca geçici bir grup olarak düşünülmesi gerektiğini belirten pek çok gösterge olmasına karşın, bu dort grubun geçiş süreçleri tamamlandığında AB *sağlık sistemlerinin* (dar anlamda *sağlık hizmet sistemleri* değil) başlıca büyük-bölgeleri olarak belirlenebileceğidir (artık sorun geçişin hangi varış noktasına doğru olduğudur, ama şu anda bu benim konum değil). Ben temel konuyu ('Bir Akdeniz paradigması var mı?') önceki çerçeveme göre yeniden düzenlemeye çalışacağım. Yukarıda sözünü ettiğim makalenin yazarlarının on yıl önce kullandığı istatistikı verileri, 2004 Ekonomik Işbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) Sağlık Veri Tabanı ve Dünya Sağlık Örgütü ülke verilerine göre güncelleyerek; başka tarihsel malzemeler kullanarak ve Güney Avrupa büyük-bölgesinin temel özelliklerinin çoğunu paylaştığını göreceğimiz, ama yazarların büyük olasılıkla o zamanki gelişmelerinden emin olmadıkları için çalışmaya almadıkları Portekiz'i de dahil ederek bu soruyu yanıtlamak için bazı kanıtlar arayacağım.

Ortaya koyduğum ilk modeli kullanarak Akdeniz büyük-bölgesinin 'sağlık sistemleri ailesinin' nitelikleriyle ilgili en az altı ortak özellik saptayabileceğimizi düşünüyorum:

- tarihi ve siyasi arkaplan;
- sağlık bakım sistemine para sağlama yolu;

- sağlık harcamalarımn düzeyi;
- insan kaynakları örüntüsü;
- sağlık ve hastalık örüntüsü;
- sağlık bakım hizmetlerinin yönetim sorunu.

Bu sistemlerin ortak tarihî ve siyasî arkaplanı için otoriter rejimlerin paralel deneyimlerine bakılabilir. Bunların en uzunu 48 yıl (1926-1974) süren Portekiz'deki Salazar-Caetano'nun diktatörlük rejimidir. Bunu 36 yıl süren (1939-1975) İspanya'daki otoriter Franco rejimiyle, İtalya'da 21 yıl (1922-1943) süren Faşizm izler. Otoriter rejimlerin en kısası Yunanistan'daki 7 yıllık (1967-1974) albaylar cuntasıdır. Avrupa'da böyle bir deneyimi paylaşanlar yalmzca adı geçen ülkeler olmamakla birlikte[5] sağlık sistemi açısından önemli olan, bu dort ülkenin tamamının söz konusu dönemlerde bir tür sosyal sigorta planını başlatmış ya da geliştirmiş olmasıdır. Böyle planların ataerkil ve genellikle eşitliksiz niteliği, daha yakından bakıldığında açıkça ortaya çıkar ve bölgedeki sağlık sistemiyle siyasî sistem arasındaki özgül "yapısal bağlantmın" sonucudur. Bu planların en eskisi İtalya'da yürürlüğe konmuştur. 1927'de verem ve 1929'da meslek hastalıkları için zorunlu sigorta yapılması; 1942'de ENPAS'm (devlet memurları fonu) ve 1943'te INAM'ın (özel kesimde çalışanlar için oluşturulmuş fon) oluşturulması dışında, Faşist rejim ne zorunlu sigorta planları başlatmak, ne de özel fonlarla kamu fonları arasındaki ayrışmayı azaltmak yönünde adım atmıştır. Sistemin bütününü etkileyen ciddi yapısal sorunlara; hizmet düzeyleri arasındaki bölmelenmişlik *(compartmentalization)* durumuna; hizmetlerin gereksiz yere tekrarlanmasına; harcamalara dair idarî prosedürün karmaşıklığına ve masrafların hızlı artışı ile sigorta kapsamının kısmi ve eşitliksiz olmasına karşın, sağlık sigortası fonları, demokrasinin yeniden sağlandığı 1945 yılından, büyük finansal açıklar nedeniyle hükümeti müdahaleye ve sigortanın iptaline zorlayan 1970'li yılların ortasındaki mali bunalıma kadar yürürlükte kaldı.

5 Almanya'daki Nazi rejimini tabii ki unutamayız, ama burada Bismarckçı zorunlu sağlık sigortası modeli daha önceden başlamıştır.

İkinci örnek, Franco hükümetinin, kurulduğu dönemde, yasal hastalık sigortasını yürürlüğe koyan yasaları 1942 ve 1944'te onaylandığı İspanya'dır.[6] Bu, ihtiyaç tespitine dayalı bir kamu sigorta sistemiydi ve bu sistem işçiler ile işçilerin bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir toplumsal güvenlik planı içeren Temel Toplumsal Güvenlik Yasasının yürürlüğe konduğu 1967 yılına kadar kapsam ve hakların yayılımı açısından büyük ölçüde etkisiz kaldı (1942'de nüfusun %20'sini, 1950'de %30'unu, 1960'ta %45'ini ve 1966'da %53,1'ini kapsıyordu).

Üçüncü örnek, 1946 yılında ilk sosyal güvenlik yasasının yürürlüğe konduğu Portekiz'dir. Portekiz'de çalışan nüfusun ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin hastalık fonları (Caixas de Previdencia) yoluyla sigorta kapsamına alındığı Bismarckçı model izlendi. Başlangıçta sanayi çalışanlarıyla sınırlı olan sigorta kapsamı 1959, 1965 ve 1971'deki eklemelerle diğer kesimlerdeki işgücünü de kapsayacak biçimde genişletildi.

Son örnek olan Yunanistan diğerlerinden biraz daha farklıdır. Burada kentlerdeki ve 70'ten fazla işçi çalıştıran sanayi kuruluşlarındaki mavi ve beyaz yakalı işçilere sağlık ve emeklilik sigortası sağlamak üzere 1934 yılında ilk sosyal güvenlik örgütü (IKA) oluşturulmuş ve nüfusun yaklaşık üçte biri sigorta kapsamı altına alınmıştır. 1960'lı yıllarda kamu kesimindeki çalışanlar, serbest meslek mensupları ve çiftçiler (OGA) için de sosyal sağlık sigortası planları oluşturuldu ve bunlar farklı düzeylerde de olsa toplam nüfusun %90'ını kapsam altına aldı. Sistemi yeniden düzenlemeye yönelik ilk girişimler bu dönemde ortaya çıksa da, 1967-1974 arasındaki diktatörlük, yalnızca bu sağlık hizmetleri sistemini pekiştirme eğiliminde oldu.

Tüm bunları dikkate aldığımızda, bu ülkelerdeki ulusal sağlık hizmetlerinin oluşturulmasının otoriter bir yönetimin ardından siyasi alt-sistemde demokratik bir rejimin yeniden kurulmasına ya da güçlendirilmesine neden "yapısal olarak bağlı" olduğunu anlayabiliriz. Özellikle, öğrencilerin ve mavi yakalı işçilerin verdiği yoğun toplumsal mücadelelerin ardından, 1978'de ulusal

6 İç savaş (1936-39) dolayısıyla hiç uygulanmayan cumhuriyet dönemi Sağlık Bakım Eşgüdümü Yasasının içeriğinin bu yasada büyük ölçüde yer alması tuhaftır.

bir sağlık sistemini uygulamaya koyan ilk Akdeniz ülkesi olan İtalya, buna örnek oluşturabilir. 1974'teki 'karanfil devrim' ile bir Avrupa ülkesindeki en uzun otoriter rejime son veren Portekiz ise, beş yıl sonra, 1979'da uygulamaya koyduğu ulusal sağlık sistemi ile ikinci sırada yer alır. Bu ülkeleri, demokratikleşme süreçlerini sağlamlaştıran ve saygın sosyalist partileri iktidara getiren Yunanistan (1983) ve İspanya (1986) izler.

Bu vakaların hepsinde ulusal sağlık sisteminin oluşturulması, sağlık hizmetlerinin genelleştirilerek, sağlığın bütün vatandaşların sağlık hizmetlerine para ödemeden ulaşmasını da içeren toplumsal bir hak olarak görülmesi sürecinin bir sonucuydu. Öteki Batılı ülkelerde (Avrupalı ya da başka) sağlık masraflarının kısılması ve kota uygulaması sorunlarının siyasi mecralarda çok tartışılan konular haline geldiği bir zamanda, Akdeniz büyük-bölgesinde 1970'lerin sonunda ve 1980'lerin başında ortaya çıkan ilk reform dalgasının, tüm vatandaşların tam sağlık hizmetlerinden para ödemeksizin yararlanması üzerinde durması tuhaftır. Bu durum, söz konusu büyük-bölgenin tarihi süreçte geliştirdiği, sağlık sistemiyle siyasi sistem arasındaki "yapısal bağlantı"nın kendine has özellikleriyle sıkı sıkıya ilişkili *farklı* bir gündemden mi kaynaklanmaktadır, yoksa yalnızca bir toplumsal gelişme sorunu mudur? Büyük olasılıkla burada yanıtlanamayacak kadar büyük bir soru, ama sormaya da değer.

Güney Avrupa sağlık sistemlerinin ikinci ortak özelliği sağlık sistemlerinin finansman biçimiyle ilgilidir. Demokratik ve genel nitelikli bu dort ulusal sağlık sistemindeki reform çalışmalarının dördünde de tam olarak vergiye dayalı bir kamu sağlık sistemi ve özel finansmanın rolünün gittikçe önemsizleşmesi öngörülmüştür. Ancak, uygulamada amaçlardan ilkinin kısmen başarılabildiğini ve ikincisinin de büyük ölçüde yadsındığını söyleyebiliriz. Bu da sağlık sistemiyle toplumsal ve iktisadi alt-sistemler arasındaki "yapısal bağlantı"nın bir sonucu olarak yorumlanabilir.

Geçen yıllar boyunca İtalya'da sağlık sisteminin finansmanında önemli değişiklikler gözlenmiştir. 1978'deki reform sırasında sisteme para sağlamak için gerekli kamu kaynaklarını

güvence altına almaktan sorumlu Ulusal Sağlık Fonu kurulmuş, ancak fonun yalnızca bir bölümü (%39) genel vergilendirmeden sağlanabilmiştir. 1997'ye kadar fonun ana kaynakları, azalan oranlı bir yapısı olan *(regressive)* bordro vergileri (%52), Yerel Sağlık Birimlerinin ilaçlar, tanı işlemleri ve uzman ziyaretleriyle ilgili olarak hastalardan aldığı katkı paylarından elde ettiği gelir (%4) ve özel statüdeki bölgelerden gelen katkilardı. Ücretlilerin ödediği vergi oranlarıyla serbest meslek mensuplarınm ödediği oranlar (çoğunlukla vergi kaçırma sonucu) arasındaki farkı düşünürseniz, bütün nüfusun gereksinimlerine cevap veren; ancak para kaynağı esas olarak işçinin sağladığı gelir olan bir ulusal sağhk sisteminin ne kadar adaletsiz ve eşitliksiz olduğunu anlayabilirisiniz. 1990'ların sonunda İtalya'nın yönetsel ve kurumsal ortamı federal devlet yapısma yaklaşmaya başladı. Buna koşut olarak 1997 yılında sağhk finansmanınm yapısını değiştiren, mali federalizm yönündeki ilerici hareket de etkin olmaya başladı. Bölgesel vergilerin, sağhk harcamalarının büyük bir bölümüne finansal kaynak sağlaması amaçlandı ve bordro vergilerinin sağladığı katkının yerini iki bölgesel vergi aldı (şirketlerin katma değerine ve kamu çalışanlarına ödenen maaşlara getirilen IRAP ve ulusal gelir vergisinin küçük bir bölümünü oluşturan bölgesel IRPEF). Ancak 2003 yılına gelindiğinde İtalya'da sağlık harcamalarının finansmanında bölgesel vergilerin oram hâlâ oldukça smırlıdır (%41,7). Öteki kamu ve özel kaynakların payı %10 civarında olmakla beraber, merkezî fon sağhk finansmanında hâlâ en önemli paya sahiptir (%48,3). Bilindiği gibi bölgesel vergilendirme, istihdama dayalı olmadığı için tüm işletmelerin vergi ödemesini gerektirir ve ücretler üzerinden kesilen vergilere nazaran vergi matrahını genişletir. Bu nedenle, sağhk finansmanının bölgesel vergiler yerine merkezî düzeyde alınan dolaylı vergilere (KDV)[7] dayanması genel sağlık finansman sistemini daha eşitsiz hale getirir.

7 İtalya'da sağlık finansmanında en büyük paya sahip olan ve eski Ulusal Sağlık Fonu'nun yerini alan Ulusal Dayanışma Fonu'na dolaylı vergiler yoluyla finansman sağlanmaktadır.

İspanya'da sağlık sisteminin sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olarak görülmesi nedeniyle, 1989'a kadar ulusal sağlık sistemi daha çok sigorta primleriyle finanse edilmiştir. 1989'dan sonra finansman yavaş yavaş genel vergilendirmeye kaymış ve 1999'a gelindiğinde sosyal sigorta primlerinin işlevi tamamıyla ortadan kalkmıştır. Şu anda kamu sağlık harcamalarının %98'inin finansmanı –İspanya'da bölgesel ve yerel yönetimlerin mali özerkliklerinin sınırlı olması nedeniyle– büyük kısmı merkezî olmak üzere, toplanan genel vergilerden sağlanmaktadır. Geri kalan %2'lik bölüm ise başka bir sigorta türü kapsamında sunulan hizmete aittir. Başlangıçta, sağlık finansmanının genel vergilerden karşılanması yönündeki eğilimin amacı, hizmetlere herkesin ulaşımını sağlayacak şekilde yeniden dağıtımın gerçekleştirilmesiydi. Ancak sistem uygulamada farklı işledi ve İspanya'nın Avrupa Birliği'ne girişinden sonra, 1986 yılında gerçekleşen dolaylı vergi sistemi reformu ve KDV uygulaması nedeniyle vergi temelli sağlık finansmanı, hedeflenen amaca ulaşmak yönünde sınırlı bir etki gösterdi. Sonuçta, gelir dağılımını düzenleyici nitelikte, artan oranlı gelir vergisi sistemi, dolaylı vergiler ve başka vergiler eklendikten sonra, İspanya'da sistem bu artan oranlı vergilendirme niteliğini yitirmekte ve neredeyse herkesin eşit oranda vergi verdiği bir sistem haline gelmektedir. Diğer bir deyişle, İspanya'da her vatandaş toplam varlık düzeyinden bağımsız olarak, gelirinin sabit, benzer bir oranı düzeyinde (doğrudan ve dolaylı) vergi vermektedir.

Portekiz'de ulusal sağlık sistemine kaynak sağlanması çoğunlukla genel vergilendirmeyle (%90) gerçekleşmektedir. Sağlık sistemine aktarılan kaynakların %8'ini ise çoğunlukla hastaların ve özel sigorta şirketlerinin ödemeleriyle sağlanan, doğrudan ödemeler oluşturmaktadır. Gördüğümüz gibi sorun, hâlâ büyük ölçüde işveren ve çalışanların katkılarıyla ayakta duran ve nüfusun dörtte birini kapsayarak toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %5'ini oluşturan büyük bir sağlık alt-sistemleri kesiminin devamlılığını sürdürmesidir. Bu da sağlık finansmanının büyük bir bölümünün esas olarak hastalarca ger-

çekleştirilen doğrudan ödemeler biçiminde ve daha az oranda da özel sigortalara (nüfusun yaklaşık %10'u) ve yatırım kurumlarına (%7) ödenen primler biçiminde, özel kaynaklardan sağlanmasına yol açmaktadır. Bu durum, uluslararası çalışmaların (Wagstaff ve ark. 1999) çıkarımlarını da dikkate alarak varılan şu sonucu açıkhyor: "Portekiz'de, teoride artan oranlı gelir dağılımını düzenleyici nitelikte olan gelir vergisi sistemi, aslında azalan oranlı gelir vergisi sistemine kayıyor. Gelir ve kazanç üzerinden alınan vergi, toplam vergi gelirlerinin %28,5'ini oluştururken, vergi gelirlerinin önemli ölçüde dolaylı vergilere dayanması (toplam gelirlerin %42,6'sı) ve sağlık harcamalarında cepten ödemelerin payının büyüklüğü, Portekiz vergi sisteminin azalan oranlı yapısına işaret ediyor. Diğer bir deyişle, sağlık harcamaları düşük gelirli aileler için yüksek gelirlilere göre daha fazla yük oluşturuyor" [Bentes ve ark. 2004:33-34].

Yunanistan'da sağlık sistemi 1983'e kadar büyük ölçüde, devlet sübvansiyonuyla desteklenen sosyal sigorta tarafından karşılandı. Bu yapı 1983'teki reform çahşması sırasında vergilerle karşılanan bir ulusal sağlık sisteminin kurulması yoluyla değiştirilmeye çahşıldı. Ancak 1983 reformu yalmzca sağlık hizmetlerinin sağlanması üzerine yoğunlaştığı ve işin mali yönünü hesaba katmadığı için, sonuçta eldeki sayısız sosyal sigorta fonu (40'ı nüfusun büyük çoğunluğunu kapsayan yaklaşık 300 fon) etkinliğini reform öncesinde olduğu gibi sürdürmüştür. Bu fonlara üyelik zorunludur ve mesleğe dayahdır. Fonların büyük çoğunluğu kamu kuruluşlarıdır ve bunlar resmî olarak özerkse de merkezî hükümetin sıkı denetimi altında etkinlik gösterir. Fon kaynaklarının büyük bir bölümü işçi-işverenlerin gelirleri ile orantılı olarak ödedikleri, düzeyleri Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanhğı'nca belirlenen primlerden oluşmakla birlikte, bu kaynaklar arasında büyük farklılıklar vardır (örneğin, tarım kesimini kapsayan OGA'yı ele alırsak, hastahk finansmanı tamamıyla devlet bütçesinden, çiftçilerin hiçbir katkısı olmaksızın sağlanır). Aym zamanda, farklı fonların sağladığı hizmetler ile bu hizmetlerin nitelikleri arasında

da büyük farklılıklar söz konusudur. Öte yandan devlet bütçesinden sosyal sigorta fonlarına aktarılan pay, fonların sürekli büyüyen açıkları nedeniyle durmadan yükselmektedir. Devlet bütçesinin genel vergilendirmeyle finansmanı yalnızca merkezî düzeydedir. Özetle, Yunanistan'daki sağlık sisteminin finansmanımn vergi tabanlı ve sigorta tabanlı kaynakların bir karışımı olduğu, hem prim yükünde hem de hizmetlere erişimde büyük farklılıklar bulunduğu sonucuna varabiliriz.

Vergi tabanlı ve sigorta tabanlı kaynakların bu birleşimi Yunanistan'da hiçbir yerde olmadığı kadar belirgindir. Sağlığa yapılan sosyal güvenlik harcamalarının hükümetin genel sağlık harcamalarına oranı İspanya'da %9,2, Portekiz'de %6,8, İtalya'da %0,3'ken Yunanistan'da hâlâ %35'tir. Aynı oran Güney Avrupa büyük-bölgesi için %12,8'ken, Kuzey Avrupa büyük-bölgesi için %7,1 ve zorunlu sigorta sistemine sahip Orta Batı Avrupa için ise, çok dikkat çekici bir biçimde %83,2'dir. Orta Avrupa büyük-bölgesindeyse bu oran daha az dikkat çekici bir düzeydedir.

Konuyu bir bütün olarak ele aldığımızda, tüm bu ulusal sağlık finansman sistemlerinin sosyal adalet açısından ciddi sorunlar yaşadığını görüyoruz. Yukarıdaki örneklerde görüldüğü üzere, bu ülkelerde gelir düzeyi yükseldikçe artan oranlarda katkıda bulunulması esasına dayanan bir sağlık finansman sisteminin asıl amacı olan yeniden dağıtım, yalnızca kısmen gerçekleştirilebilmekte ve sağlık finansman sisteminin düşük gelirlilere, yüksek gelirlilere nazaran daha fazla yük getirmediği durumlarda dahi sistem en iyi ihtimalle tüm gelir gruplarının eşit oranlarda katkısına dayanmaktadır. Bu sistemlerde özel finansmamn işlevi göz önünde bulundurulduğunda bu durum daha açık bir biçimde ortaya çıkacaktır. Daha önce belirttiğimiz gibi, ulusal sağlık sistemi reformu çahşmalarının amacı özel finansman miktarım azaltmak olmasına rağmen özel finansman yıllar içinde özellikle İtalya ve İspanya'da önemli ölçüde yükselmiştir.

2002 yılı verilerini (OECD Sağlık Verileri 2004) dikkate alırsak, Akdeniz büyük-bölgesinin %67,6'yla, toplam sağlık

harcamaları içinde kamu sağlık harcamaları yüzdesi en düşük büyük-bölge olduğu ortaya çıkacaktır. Bu oran Kuzey Avrupa büyük-bölgesinde %81,7, Orta Batı Avrupa büyük-bölgesinde %74,8, Orta Doğu Avrupa büyük-bölgesindeyse %80,8'dir. Bölgede bu oranın en düşük olduğu ülke %52,9'la Yunanistan, en yüksek olduğu ülkeyse %75,5'le İtalya'dır; İspanya (%71,4) ve Portekiz'deyse (%70,5) kamu sağlık harcamaları orta düzeydedir.

Akdeniz büyük-bölgesinde toplam sağlık harcamalarındaki oranı ortalama %32,4 olan özel harcamalar bu bölgede yer alan dort ülkede farklılık göstermektedir. Özel kaynakların %47,1'e ulaşarak neredeyse kamu kaynaklarıyla eşit düzeye geldiği Yunanistan'da özel harcamaların %73,9'u aşağıda belirtilen cepten ödemelere dayanır:

- sistem tarafından kapsanan hizmetlere ilişkin katkı paylarının yanı sıra, kapsam dışında olup tamamı cepten ödenen hizmetler;
- resmî özel harcamalar (hekimler, tanı merkezleri ve hastaneler);
- özellikle hastanelerde gerçekleşen resmi olmayan masa altı harcamalar.

Özel harcamaların toplam sağlık harcamalarının %29,5'ini oluşturduğu Portekiz'de, özel harcamaların %58,5'i büyük ölçüde, ilaçlar ve tıbbi hizmetlere/bakım hizmetlerine ilişkin katkı paylarından oluşan cepten ödemelerle karşılanır. Özel harcamaların geri kalan kısmı yatırım kurumlarına ya da özel sigortalara ödenen primlerden oluşur. Özel sağlık harcaması oranının %28,6'ya ulaştığı İspanya'da, özel harcamaların %82,8'i, ilaçlar için ödenen katkı payları ve özel sektörde yapılan cepten ödemelerden oluşur. Özel harcamaların %24,4 oranında olduğu İtalya'da özel kaynakların %82,1'i tamamlayıcı ilaçlar ve uzman ziyaretleri için ulusal sağlık sistemine yapılan cepten ödemeler ve özel hizmetlere yönelik doğrudan ödemeler biçimindedir. Bu verilere baktığımızda, özel sağlık harcamaları oldukça yüksek olmakla beraber, bu ülkelerdeki özel gönüllü, kar amacı güden ya da gütmeyen sigortaların pazarı

İspanya'da (toplam özel harcamaların payınm %7,2'si) ve İtalya'da (%7,9) hayli sınırlıyken, Yunanistan (%21,1) ve özellikle Portekiz'de (%41,5) daha geniş olduğunu görebiliriz.

Akdeniz sağlık sistemlerinin üçüncü ortak özelliği olan sağlık harcamaları düzeyi son yıllarda eskisine göre daha tartışmalı bir konu haline gelmiştir. Geleneksel olarak, 1990'lı yılların başlarına kadar bu ülkeler, özellikle Yunanistan ve Portekiz, Batı Avrupa'da en düşük sağlık harcaması düzeyine sahip ülkelerdi. Bunun nedeni, sağlık sistemiyle iktisadi alt-sistem arasındaki "yapısal bağ" ve özellikle, o zamanlar bu ülkelerin en az üçünde (İspanya, Portekiz ve Yunanistan) gayri safi yurtiçi hasılanın (GSYİH) düşük olmasıydı. Ancak bu ülkelerde, sağlık kesiminde dahi 'masa altından verilen paralar' ya da özel muayenehanesi olan hekimlerin fatura vermeye yanaşmamaları şeklinde kendini gösteren güçlü bir kayıt dışı ekonominin varlığı [Abel Smith 1992] GSYİH hesaplamalarında dikkate alınmamıştır. Her halükarda, son on yılda, en azından GSYİH'nin yüzdesi açısından, Güney Avrupa büyük-bölgesindeki toplam sağlık harcamaları öteki Batı Avrupa ülkelerindeki sağlık harcamalarıyla aynı düzeye gelmiş, hatta bunların üzerine çıkmıştır. Güney Avrupa büyük bölgesinde %8,7 düzeyinde olan toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı Kuzey Avrupa büyük-bölgesinde %8,4, Orta Batı Avrupa büyük-bölgesinde %8,8 ve Orta Doğu Avrupa büyük-bölgesinde %6,8'dir. Bu oran açısından 2002 yılında sırasıyla %9,5 ve %9,3 düzeyinde olan Yunanistan ve Portekiz'in sağlığa İtalya (%8,5) ve İspanya'ya (%7,6) oranla daha fazla para harcadığı görülmektedir. Bu iki ülke, GSYİH'nin yüzdesi olarak sağlık harcamaları düzeyi açısından Avrupa'da sırasıyla altıncı ve yedinci konumda olmakla birlikte, şu anda gittikçe büyüyen bir maliyet sınırlaması sorunuyla karşı karşıyadırlar. Ancak, bilindiği gibi "GSYİH'nin yüzdesi olarak gösterilen harcamalar, iktisadi büyüme nedeniyle oluşan dalgalanmalara karşı hassastır ve nüfus büyüklüklerindeki farklılıklara bir açıklama getirmemektedir. Bu nedenle, doğrudan karşılaştırmalar sırasında dikkatli olunmalıdır" [Bentes ve ark. 2004:41].

Bu yüzden, ABD dolarının kişi başına satın alma gücü paritesini sağlık harcamalarımn bir ölçüsü olarak kullanmanın daha adil olacağı kabul edilebilir ve bu yöntemle alınan sonuçlar GSYİH temelli karşılaştırmalardakilerden önemli ölçüde farklıdır. Ashnda Akdeniz bölgesinin 1.832 dolar olan harcama ortalaması, Kuzey Avrupa bölgesinin 2.494 ve Orta Batı Avrupa bölgesinin 2.666 dolarlık harcama düzeyinin epey gerisinde ve harcama düzeyi yalmzca 887 dolar olan Orta Doğu Avrupa bölgesinin ise üzerindedir. Bu durumda harcama düzeyi 2.166 dolar olan İtalya'yı sırasıyla Yunanistan (1.814 dolar), Portekiz (1.702 dolar) ve İspanya (1.646 dolar) izler.

Dördüncü özellik daha az tartışmahdır. Akdeniz büyük-bölgesine özgü belli bir insan kaynakları örüntüsü var gibi görünmektedir. Bu bölge ülkeleri, hekim sayıları açısından Avrupa'da ilk sıralarda yer alıyor: Bölgede her 1000 kişiye düşen, çalışmakta olan hekim sayısı 3,8.; buna karşılık en az hekim sayısı (3) Kuzey Avrupa bölgesinde bulunuyor; Orta Batı Avrupa (3,3) ve Orta Doğu Avrupa (3,2) bölgeleri hekim sayısı açısından bu iki bölgenin arasında yer ahyor. Güney Avrupa bölgesinin bu özelliği, 1000 kişiye düşen hekim sayısı açısından OECD 2004 listesinin ilk sırasında yer alan ve 2000 yılından bu yana listede İtalya'mn (4,4) önünde yer alan Yunanistan'da (4,5) açıkça görülmektedir. Buna karşılık, aynı listenin sırasıyla 13. ve 18. sıralarında yer alan Portekiz (3,2) ve özellikle İspanya'da (2,9) ise bu özellik daha az belirgindir. Hemşirelik konusunda durum her nasılsa tam tersi yöndedir. Her 1000 kişiye düşen, çahşmakta olan hemşire sayısı Güney Avrupa bölgesinde yalmzca 5'tir. Bu sayı Kuzey Avrupa bölgesindeki sayının (10,9) yarısından azken, Orta Batı Avrupa bölgesindekinin (9,3) yarısmdan biraz fazla ve Orta Doğu Avrupa bölgesindekinin de (7,5) gerisindedir. Hemşire sayısının en düşük olduğu ülkeler Portekiz (3,8), Yunanistan (4) ve İtalya'dır (5,4). İspanya'daki (7,1) sayı ise biraz daha yüksektir. Bütün olarak baktığımızda çahşan hemşirelerin çahşan hekimlere oranı açısından bu ülkeler OECD listesinin –20. sırada olan İspanya (2,5) dışında– en alt sıralarında yer almaktadır-

lar; İtalya (1,2) listenin 27., Portekiz (1,2) 28. ve Yunanistan (0,9) 30. sırasında bulunmaktadır.

Bu noktada şu ilginç saptamayı da yapmak gerekir: Sağlık çalışanları sisteminde hekimliğin bu denli one çıkması, sağlık sisteminde de tedaviye yönelik hizmetlerin one çıkmasını beraberinde getirmektedir. Toplam sağlık harcamalarının yüzdesi olarak koruyucu sağlık hizmetleri ve halk sağlığına yönelik harcama düzeylerinin çok düşük olması da bu yönelimi açıkça göstermektedir: Bu düzey İspanya'da 1,1 ve İtalya'da 0,5'ken (konuyla ilgili olarak elde veri bulunan iki Akdeniz ülkesi); Hollanda ve Macaristan'da 4,8; Almanya'da 4,6; Finlandiya'da 3,6; Fransa'da 2,5 ve Çek Cumhuriyeti'nde 2,4'tür

Öte yandan, Akdeniz büyük-bölgesinde hemşire sayısının az olması bu ülkelerde halk sağlığı hizmetlerinde eksiklik olduğunu göstermektedir. Bu durum da bölgede kadının ailedeki geleneksel rolüne dayalı 'kapsamh hemşirelik' işlevinin yaygın olması sonucu profesyonel hemşire eksiğinin kapandığı şeklinde ve "olgusal bağlantı" temelinde değerlendirilebilir.

Beşinci ortak özellik, sağlık sistemlerinin gerçekte ne kadar etkin olduğuna ilişkin devam eden tartışmayı çağrıştırması itibariyle oldukça ilginçtir. Bu ülkelerde sağlık harcamaları düzeyi düşük olmasına karşın, bunlar, Avrupa'da ortalama ömrün en uzun olduğu ülkeler arasındadırlar: Akdeniz büyük-bölge ortalaması 78,7'yken bu ortalama Kuzey bölgesinde 78,6; Orta Batı bölgesinde 78,9 ve Orta Doğu bölgesinde 72,9'dur. Ortalama ömür İtalya'da 79,7; İspanya'da 79,6; Portekiz'de 77,1 ve Yunanistan'da 78,4'tür. Bunun, sağlık hizmetlerinin nüfusun genel sağlık durumu üzerinde sınırlı bir etkisi olduğunu gösterdiği sonucuna varabilir miyiz? Büyük olasılıkla işler biraz daha karmaşık ve bizim "biyo-psişik bağlantıda" yer alan öteki etmenleri dikkate almamız gerekiyor: Akdeniz mutfağımn etkisi, kalp-damar hastalıkları ve ölümcül hastahkların en düşük düzeylerde olması, daha sağlıkh yaşam biçimleri, vb. gibi. Genel olarak, Akdeniz büyük-bölgesindeki biyo-psişik bağlantımn ayırıcı özelliği olarak belirli bir sağlık ve hastahk örüntüsü bulunduğu varsayımında bulunabiliriz.

Son olarak ele alabileceğimiz altıncı ortak özellik, bu sağlık sistemlerinin başlıca sorunlarından biridir: hizmetlerin yönetimi. Akdeniz büyük-bölgesinin dort ülkesinin de ulusal sağlık sistemleri, kuruldukları tarihten bu yana yapısal bir sorun olarak verimsizlik ve yönetim becerileri düzeyinin düşüklüğünden etkilenmiştir. 1990'lardaki ikinci reform dalgası sırasında daha düşük maliyetli yönetimsel verimlilik sistemleri yoluyla etkinliğin artırılması hedeflenerek bu sorunlarla başa çıkılmaya çahşilmıştır, ancak alınan sonuçlar epey tartışmalı görünmektedir ve bu sonuçların sorunun çözümüne katkıda mı bulunduğu, yoksa sorunu daha mı kötüleştirdiği hâlâ belirsizdir.

Örneğin, İtalya'ya bakarsak, 1978'de ulusal sağlık sisteminin kurulması, beraberinde, İngiltere'deki bölge sağlık merkezlerini örnek alan Yerel Sağlık Birimlerinin (USL) oluşturulmasını getirmiştir, ancak bu birimlerin İngiliz modelinden ayrıldığı önemli bir nokta vardır: İtalya'da oluşturulan USL'lerin yerel belediye meclisleri gibi, demokratik yollarla seçilen yetkililerce yönetilmesi, böylece İskandinav ülkelerine özgü bir özelliği de barındırması öngörülmüştür. Benzer şekilde, hastane planlamasında, yönetiminde ve sistemin finansmanında da bölgesel yönetimlere sorumluluk verilmiştir. Ancak, USL yönetimini demokratikleştirme hedefi, sistemin aşırı siyasileşmesi, yönetim performansının düşmesi ve yolsuzluğun yaygınlaşması gibi istenmeyen sonuçları da beraberinde getirmiştir. İstenmeyen sonuçlardan biri de bölgesel düzeydeki harcama uygulamalarında ortaya çıkmıştır. Merkezî hükümet, 1980'li yıllar boyunca bütçelere katı harcama limitleri koymak suretiyle sürekli maliyetleri sınırlamaya çalışmış, buna karşılık bölgeler de mali sorumluluğun bölgelere dağıtılmamış olması nedeniyle hükümetçe ödenmesi gereken borçlarını yükseltmişlerdir. Bu durum da bölgelerin bütçelerini aşmaları yönünde teşvik edici bir unsur olmuş ve sürekli yükselen kamu açıklarının bir kısır döngüye dönüşmesine yol açmıştır.

Bu sorunlar da İtalya'daki sağlık sistemiyle siyasi sistem arasındaki özgül "yapısal bağlantı"nın ifadesi olarak kabul edilebilir. Söz konusu sorunlar, İngiliz modeline benzer bir iç piya-

sa kurmayı amaçlayan, sağlık kesiminde bir yetki devri süreci başlatan ve bölgelere mali sorumluluk veren 'ikinci reform' çalışmalarının (502/1992 ve 517/1993 sayılı yasalar) ana hedefini oluşturuyordu. Bu ikinci reform çahşmalarıyla birlikte, siyasetçilerden oluşan eski yönetim kurumlarının yerini uzmanlıklarına göre bölgelerce atanan ve ciddi bir özerkliği olan genel müdürler almış, ayrıca hizmet sunum ve finansman sistemleri birbirinden ayrılmıştır. Ancak, İngiltere'deki iç piyasaya yönelik reformda yapılanın aksine, İtalya'da bu özerk yapı üçüncü basamak sağlık kurumları ile sınırlı kalmış; yerel sağlık birimleriyse (kendileri vakıf haline gelerek) birinci basamak sağlık hizmetlerinin yam sıra birçok hastane hizmetini de doğrudan sunmaya devam etmiştir. Ayrıca hastane sektöründe hizmetlerin fiyat, miktar ve maliyetlerinin belirlenmesinde kurumlarla yapılan sözleşmeler yerine teşhise göre gruplamaya dayalı bir vaka başına ödeme sistemi getirilmiştir. İtalya ile İngiltere arasmdaki bir başka belirgin fark da piyasanın etkinlik göstermesi beklenen ortamdır: İtalya'da halk sağlığı hizmetlerinin genişletilmesine yönelik 1978 tarihli planların hayata geçirilememesi sebebiyle, kamu sistemiyle sözleşmesi olan özel hizmet sağlayıcılar zaten birçok hizmet vermekteydi.

Yerel Sağlık birimlerinin ve hastane tröstlerinin etkinliklerini izleyerek kendi sınırları içindeki iç piyasayı denetleme görevi bölgelere verilmiştir. Ayrıca bölgeler, devlet tarafından bakılan hasta sayısıyla orantılı olarak bölgelere paylaştırılan bütçeden halk sağlığı hizmetlerine kaynak sağlama sorumluluğunu da ellerinde tutmuşlardır. Ancak, bölgelerin merkeze karşı olan mali sorumluluğu, bölgesel yönetimlerin kendi bütçe açıklarından sorumlu tutulması suretiyle pekiştirilmiştir. Bölgeler bütçe açıklarını ya ek bölgesel vergiler getirerek ya da hastalar tarafından ödenen katkı paylarını yükselterek kapatmak zorunda bırakılmışlardır. Bununla beraber, genel vergilerle bordro vergilerinin önemli ölçüde merkezileştirilmiş olması ve katkı paylarının halihazırda oldukça yüksek tutulması, bölgelerin kaynaklarını istedikleri ölçüde artırmasına pek olanak vermemiştir.

İtalya'da 1992-1993 yıllarında gerçekleştirilen ikinci reform çalışmaları ülkenin kuzey ve orta bölgelerinin çoğunda uygulandı: 659 Yerel Sağlık Birimi 2000 yılında 200'ün altına indirilmiş ve aynı dönemde 98 hastane vakfı oluşturulmuştur. Bu tröstlere önemli ölçüde idari ve mali özerklik verilmiş ve hazırlanan yeni ödeme planı ile sağlık hizmeti sağlayıcıları daha fazla hastanın tedavi edilmesi ve bekleyen hasta sayısının azaltılması için etkili çalışmalar yapmaları yönünde teşvik edilmişlerdir. İdari ve örgütsel yapılarda da köklü değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Temel örgütsel çerçevenin düzenlenmesinde kamu hukukunun yerini medeni hukuk almış, bu da hem Yerel Sağlık Birimlerindeki hem de hastane vakıflarındaki muhasebe sistemi ve işgücü ilişkilerine önemli değişiklikler getirmiştir. Kamu yönetimi uygulamalarının ve bürokratik kuralların yerini, özel sektöre özgü yönetimsel ilkeler ve araçlar almış; Yerel Sağlık Birimleriyle hastane vakıflarının denetiminde yaygın olarak izlenen ön denetim yönteminin yerine mali göstergelere ve kalite temelli yaklaşıma dayalı sonradan izleme ve değerlendirme geçmiştir.

Ancak, bu iç piyasa modelinde çeşitli eksiklikler söz konusudur ve modelden sapmalar yaşanmıştır. Ülkenin daha az gelişmiş bazı güney bölgelerinde 1990'h yıllarda reformların uygulanması konusunda kısmen siyasi iradenin olmaması, kısmen de yönetim becerilerinin ve mekanizmalarının yetersiz kalması nedeniyle pek ilerleme sağlanamamıştır. Ayrıca, reformlar uygulansa dahi hizmetleri finanse edenler ile hizmet sağlayıcılar arasında kesin bir ayrım konamamış olması nedeniyle iç piyasa gerektiği gibi etkinlik gösterememiştir, çünkü yerel sağlık birimleri vakıfları, hem hastane vakıflarına ve özel sözleşmeli hizmet sağlayıcılara bakım hizmetleri konusunda yetki vermekle, hem de doğrudan yönettiği sağlık hizmetlerini sağlamakla sorumludur. Yerel sağlık birimleri vakıflarının hem hizmet sağlayıcı hem de hizmetleri finanse eden olarak sürdürdüğü bu çifte görev, hizmetleri finanse edenler ve hizmet sağlayıcılar arasında sözleşme imzalanmasını zorunlu kılan merkezî yasaların eksikliğiyle ve hizmet sağlayıcıları değerlendirmek

için açık ve nesnel ölçütlerin olmamasıyla birleşmiş; böylece keyfi seçimler için ortam sağlanmıştır. Bu durum da kaynakların etkili kullanılamamasma sebep olmasının yanı sıra, adil rekabet ve tüketici seçimi ilkelerini de ihlal etmiştir.

Genel olarak, reform hareketinin hastane faaliyetlerini ve harcamalarını arttırıcı yönde bir etki yarattığı; reform sonucunda ulusal sağlık sisteminin çok sayıda ayrı birime ayrıldığı ve reformun hizmet sağlayıcılar arasmda ve hizmet sağlayıcılarla ahcılar arasmda zayıf bir işbirliğiyle sonuçlandığı görüşü hâkimdir. Daha da önemlisi, reform hareketi, klinik uygulamaların etkinliğini artırması amaçlanan teşviklerin hizmet kalitesini etkilememesini sağlayacak net bir stratejiden de yoksun görünmektedir. Ayrıca, özel hastaneler yeni rekabetçi ortama kapasitelerini genişletip teknolojik donanımlarım artırarak tepki verirken kamu hastaneleri katı idari politikalara ve yatırım eksikliklerine maruz kalmıştır. Bu durum da özel hizmet sağlayıcılarının pazar paylarımn kamu hastaneleri pahasına sürekli arttığı biçiminde algılanmıştır. Son olarak, harcamalarla ilgili sorumluluğun bölgelere devri kısmen de olsa işe yaramıştır. Bölgelerin bütçe açıkları reformu, sonraki birkaç yıl boyunca azalmış, ancak daha sonra yeniden artmaya başlamıştır.

Bu sorunların çoğu, 1999'da 229 sayılı yasayla onaylanan, İtalya'daki ulusal sağlık sistemine ilişkin üçüncü reform hareketinin temelini oluşturuyordu. Bu yasa, merkezî devletin ulusal sağlık sistemini *düzenleme* işlevini kuvvetlendirirken, aynı zamanda sistemi doğrudan *yönetme* işlevini özerk bölgeler yararına kısıtlamasını hedefliyordu. Üçüncü reform hareketi, 1998-2000 yıllarını kapsayan II. Ulusal Sağlık Plamyla birlikte bölgelerin yeni özerkliklerini kullanırken, uymak zorunda oldukları ayrmtılı bir temel denetim çerçevesi oluşturmaya yönelik Avrupa'daki, büyük ihtimalle, en iddialı girişimlerden biriydi. Bu çerçeveyi ayakta tutan dort temel ayak, bölgesel sağlık planları yoluyla stratejik planlama; kurumsal akreditasyon ve sözleşme süreciyle kamu kesimi ve özel hizmet sağlayıcıları arasındaki rekabetin denetimi; hizmetin niteliğinin değerlendirilmesi ve farklı bakım ve toplumsal hizmet düzeylerinde

kurumsal, yönetimsel ve mesleki bütünleşmeyi sağlayarak işbirliğini güçlendirmek olarak tanımlanabilir. Ancak son yıllardaki reformlar kısmen uygulanabilmiştir. Bunun nedeni öncelikle, (birçok hekim odasının, Bakan Rosy Bindi'nin getirdiği reformlara karşı çıkması nedeniyle) merkez sol hükümetin bakanının değişmesi ve ikinci olarak da 2001 seçimlerinin ardından hükümetin değişerek merkez sağ koalisyonun kurulmasıdır. Bu süre içerisinde hem devlet kurumlarında, hem de İtal ya Anayasası'nın beşinci bölümünün değiştirilmesiyle birlikte sağlık mevzuatında bir dizi köklü ve yenilikçi değişiklik gerçekleştirilmiştir. Bu değişikliklerle sağlığa ilişkin yetkilerin bölgelere devri hızlandırılmış ve İtalya'mn köklü bir biçimde federal bir devlete dönüşmesi bağlamında mali federalizme doğru bir geçiş süreci başlamıştır. Ancak bölgesel farklılıkları azaltmaya yönelik yeterli bir yönetim süreci olmaksızın gerçekleştirilen bir bölgesel yetki devri ve mali federalizmin, bu ülkenin sağlık sektöründe (ayrıca başka sektörlerde) halihazırda varolan pek çok eşitsizliği azaltmak yerine gittikçe daha da arttıracağı açıkça görülmektedir.

İspanya'da sağlık sisteminin örgütlenme ve yönetim açısından bir yenilenme sürecine girmesi, sağlık hizmetlerinden yararlanan kesimin memnuniyetsizliği zemininde gerçekleşmektedir ve bu yönüyle de olgusal bağlantının bir ifadesi olarak görülebilir. Blendon'm 1991 yılındaki araştırması, İspanya'da sistemden memnuniyet düzeylerinin diğer Avrupa ülkelerine göre daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmada İspanya nüfusunun %55'i, sağlık sisteminin ya temel değişiklikler gerektirdiğini ya da bütünüyle yeniden yapılandırılması gerektiğini belirtmiştir. Araştırma, yönetim ve örgütlenme konularının vatandaşların memnuniyetsizliğinin temel kaynağı olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, 1990'h yıllarda başlatılan reform çahşmaları daha çok eski rejimden miras kalan geniş kamu kesiminde örgütsel ve idari iyileştirmelerinin gerçekleştirilmesi üzerinde yoğunlaşmıştır. Hastanelerin örgütlenmesi ve yönetiminde değişiklikler; sözleşme ve olası ödeme sistemlerine ilişkin yeni modeller ve ulusal sağlık sistemi içinde özel yö-

netim ve özel mülkiyetin işlevinin genişletilmesine yönelik küçük adımlar bu çerçevede atılan adımlar arasında sayılabilir. 1990 yılında çıkarılan Katalan Sağlık Yasası, sağlık merkezlerinin örgütlenme ve yönetiminde yeni, esnek yapılar getirilmesinin önünü açmıştır. Bu yasa kamu sistemi dışına çıkmak isteyen kamu hizmet sağlayıcılarına ilk kez, kamuya ait sağlık merkezlerinin yönetiminin özel kesimce üstlenilmesi için sözleşme imzalama olanağı sağlanmasını da içermektedir. Katalonya'daki bu girişimi izleyen çeşitli bölgeler (Özerk Topluluklar) olmakla beraber, bu bölgelerde özel kesimin işlevi genellikle Katalonya'da olduğundan daha dar bir çerçeveyle sınırlandırılmıştır. Bu değişiklikler merkezî mevzuata ilk kez 1996 yılında bir Kraliyet kararnamesiyle girmiş ve sağlık sistemini gözden geçirerek düzeltmekle görevli meclis kurulunun oluşturulmasından sonra, ulusal sağlık sistemindeki yeni örgütlenme ve yönetim yapılarıyla ilgili 15/1997 sayılı kanunun onayıyla yasalaşmıştır. 1999 yılı itibarıyla, 49 sağlık merkezi bu yeni örgütlenme yapısı altında bulunmaktaydı ve yine bu yılda merkezî hükümet, bağımsız kamu idaresi statüsünde iki yeni hastane açtı. 1998'de onaylanan ilk INSALUD stratejik planı (Ulusal Sağlık Kurumu, 17 Özerk Topluluk arasında, sağlık hizmetlerinde henüz tam siyasi sorumluluk üstlenmemiş 10 Özerk Topluluğun sağlık hizmetlerini yönetecek bir Sağlık Bakanlığı kurumu) rekabeti özendiren çok çeşitli yasa teklifleri içermekteydi.

Son yıllarda 'teşhise göre gruplama' (DRG) ya da 'hasta yönetim kategorileri' (PMC) gibi hasta sımflandırma sistemlerini de içeren yönetim araçları kullanıma sokulmuş, ama bunların uygulanması çoğunlukla düzensiz bir şekilde gerçekleşmiş, gerçek bir örgütsel dönüşüm başlatılamamıştır. Öte yandan, halkın ve siyasilerin daha piyasa odaklı politikalara karşı yürüttükleri muhalefetin, önceki dönemde iktidarda olan Halkçı Parti hükümetinin sunduğu, özel sigorta fonları arasında rekabetin teşvik edilmesi, katkı paylarımn yükseltilmesi ve devletin temel sorumluluklarının özel sektöre devri gibi oldukça radikal önerilerin uygulanmasını önlediği açıkça görülmektedir.

Farklı kurumların gerçekleştirdiği kamuoyu araştırmaları, İspanyol halkının, her türlü sağlık gereksinimi için devlet güvencesini kaybetmeden, hizmet sağlayıcılar arasından seçim yapabilme olanağı tanınmasını isteğini göstermektedir. Ancak hem 1980'lerdeki birinci, hem de 1990'lardaki ikinci reform dalgası çerçevesinde, hizmete erişim düzeyinin iyileştirilmesi; halk sağlığı ağının hakkaniyetli yapısının ve kalitesinin pekiştirilmesi; klinik yönetimde yer alan sağlık çalışanlarını da içerecek şekilde yerinden yönetim sürecinin tamamlanması ve hastanelerle sağlık merkezlerinin özerkliğinin artırılması gibi tamamlanmamış bazı önemli ve stratejik görevler bulunmaktadır. Buna rağmen, sosyal güvenlik sisteminden ulusal sağlık sistemine geçişin, Portekiz ve Yunanistan (ve bir ölçüde İtalya) gibi, refalı devleti modelini sonradan benimseyen ülkelerin tersine, İspanya'da başarılı olduğunu söyleyebiliriz.

Ulusal sağlık sistemi Portekiz'de, 1979 yılında, daha kurulur kurulmaz kaynak yetersizliği sorunu yaşamaya başladı. Demokratikleşme ve sömürgelikten çıkma sürecinin ilk günlerini yaşayan bir ülke için ulusal sağlık sisteminin yönetimsel gereklerini yerine getirmek oldukça güçtü. 1980'lerde ulusal sağlık sistemi tesisleri ve teknolojileri genişlemeyi sürdürdü, ancak birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri arasında eşgüdümün olmaması, kaynakların hastane hizmetleri üzerinde yoğunlaştırılması ve özel kesimin güçlü bir varlık göstermesi nedeniyle sağlık sektörü sağlıkta eşitsizlik gibi pek çok büyük sorunla karşı karşıya kalmaya devam etti.. Ayrıca, hekimleri kamu kesiminde çalışmaya özendirecek fazla neden yoktu (maaşlar hâlâ düşüktü) ve hastane yöneticilerinin hesap verme sorumluluğu bulunmuyordu. Sağlık kesiminin etkililiğini ve etkinliğini iyileştirmek için örgütsel ve yönetimsel değişikliklerin gerekli olduğu ortaya çıktı. Böylece, 1988 hastane yönetimi yasasıyla başlayarak biz dizi yasal önlem uygulamaya sokuldu. 1988 yasası ulusal sağlık sistemine girişimci yönetim, ara sorumluluk merkezleri aracılığıyla karar verme yetkisinin dağıtılması ve yönetim kurullarının hükümetçe atanması gibi yol gösterici ilkeler getirdi. 1990 yılında çıkarılan Temel

Sağlık İlkeleri Yasası, sağlık sistemi için, ulusal sağlık sisteminin işlevinin daha geniş bir sağlık sistemi bağlamında tanımlanmasına dayalı ve özel sektörün kamu sektörünü tamamlayıcı özelliğini kabul eden yeni bir örgütsel ve işlevsel yapı getirdi. Kâr amacı güden ve gütmeyen özel hizmet sağlayıcılarına, ulusal sağlık sistemiyle sözleşme imzalamaları yoluyla belirli görevler verildi. Sistemin hizmet idaresinin sorumluluğu bölgesel düzeyde dağıtıldı ve devlet hastanelerinde belirli koşullar altında özel hizmetler sağlanmasına izin verildi. 1993'te getirilen yeni ulusal sağlık sistemi yapısı daha önce 1990 yasasıyla getirilen değişiklikleri içeriyordu. 1993'te, daha iyi bir hizmet bütünlüğü sağlamak için, 'işlevsel sağlık birimlerinin' yanında, hastaneler ve ilgili sağlık merkezlerinden oluşan beş Bölge Sağlık Yönetiminin kurulması da, ulusal sağlık sisteminin bölgeselleştirme sürecindeki gelişimini destekledi. 1997 yılında ulusal sağlık sistemini finanse edenler ile ve hizmet sağlayıcıların birbirinden ayrılmasına temel oluşturması ve vatandaşların sağlık sistemine ilişkin kararların ahnması sürecine katılımının desteklenmesi amacıyla –her bölgesel yönetimde bir tane olmak üzere– birimler oluşturuldu. 1999 yılında hastaneler, sağlık merkezleri ve öteki sağlık hizmeti sağlayıcıları için bütünleşik çerçeveler oluşturması amacıyla yerel sağlık sistemleri kuruldu. Son olarak 2002 yılında kamuyla özel kesim ortaklığımn uygulamaya geçirilebilmesi için bir çerçeve oluşturuldu. Hastaya seçim özgürlüğü tanınması, bütçe sözleşmesi yapılması ve çalışanlara performans temelli ödeme gerçekleştirilmesi gibi değişikliklerin yam sıra, hastanelerin kamu işletmelerine dönüştürülebilmesi için hastane yönetimine ilişkin yeni bir yasa çıkarıldı.

Bütün bu yasalarla ilgili ana sorun, uygulama biçiminin yanlışlığı nedeniyle yasaların etkisinin sınırlı olmasıdır. Bu uygulama problemi de Portekiz bürokrasisindeki güçlü bir kuralcı geleneğe; politika oluşturma sürecindeki komuta ve kontrol yapısına ve bu sürece vatandaşlarm katılmamasına; aynı hükümet içinde sağlık alanındaki ciddi kopukluklara ve değişime karşı güçlü, yaygm bir dirence bağlanabilir. Bütün bu etmenler kıs-

men, sağlık sistemiyle siyasi sistem arasındaki "yapısal bağlantı"nın, kısmen de sağlık sistemleriyle vatandaşlar arasındaki "olgusal bağlantı"mn bir parçasıdır. Tüm bunların sonucunda Portekiz sağlık sistemi bugün üç kademeli bir sigorta sistemine dayanmaktadır: ulusal sağlık sistemi, kamu sigorta hizmetleri (nüfusun yaklaşık %25'i) ve güçlü bir özel kesim (yaklaşık %17). Hatta bazı gruplar iki ya da üç sigortamn kapsammdadır. Portekiz sağlık sisteminin (büyük olasılıkla tüm Akdeniz büyük-bölgesi sağlık sistemlerinin) bir özelliği de eski politikalar ve modellerin yerine yenilerini getirmektense, eski politika ve modellere yenilerini entegre etmektir, ancak böylesi uygulamalar her zaman olumlu sonuç vermeyebilir.

Son olarak, Yunanistan da, art arda gelen hükümetlerce önerilen çeşitli reform paketlerinin meclisten geçirilemediği ya da uygulamaya konamadığı bir başka örnek olarak ele ahnabilir. Burada başhca üç siyasi muhalefet kaynağı vardır: üyelerinin kazamlmış haklarını temsil eden hekim sendikaları; geleneksel özerkliklerini kaybetmek istemedikleri için değişime direnen sosyal sigorta fonları ve doğrudan kendi çıkar gruplarının gereksinimlerine hizmet eden, aym hükümet içindeki muhalif lobiler. 1983 reform uygulamaları son derece sınırlı olarak uygulanabilmiş, buna bağlı olarak da kayıt dışı sağlık ekonomisi hakkaniyet açısından sağlanan bazı kazammları yavaş yavaş çökertmiş; sağlıkla ilgili özel harcamalar önemli ölçüde yükselmiş; aile hekimliği sistemi kurulamamış ve kent merkezleri gelişmemiş; çeşitli sosyal yardımlar yoluyla hizmet sağlanmasındaki eşitsizlikler giderilememiş ve yerel yönetimlere yetki devri süreçleri başlatılmamıştır. Uygulama sürecini başarısızlığa uğratan öteki etmenler arasında, yönetsel ve kurumsal altyapının genel olarak yetersiz olması; planlama ve yönetim yeteneklerinin gelişmemiş olması ve yönetim konumlarındaki siyasi kadrolaşma sayılabilir. 1996 yılında ulusal sağlık sistemini yeni bir yönetim temelinde yeniden düzenlemeyi, tahsis edilen mali kaynakları makul düzeylere çekmeyi ve sağlık hizmetlerini ve yetkilerini dağıtmayı amaçlayan bir reform paketi onaylandı. Ancak, reform paketinin son yıllarda sınırlı bir bi-

çimde uygulanması eski hakkaniyet sorunlarına, etkinlik ve sağlık hizmetinin kalitesi gibi yeni sorunlar ekledi. Bu durum da yine, "yapısal" ve "olgusal bağlantı"mn bir ifadesi olarak düşünülebilir.

Konuyu bir bütün olarak ele alarak Akdeniz büyük-bölgesinin altıncı özelliğinin mahiyetini anlamak için bir ipucu sağlayabileceğimizi düşünüyorum. 1970'lerdeki ve 1980'lerin başındaki, sigorta kapsamım genele yaymayı ve hizmete erişim açısından eşitliği sağlamayı amaçlayan ilk reform dalgasımn kısmen başarısız olmasının ardından, 1970'lerin sonu ve 1980'lerdeki, iç piyasayı ve rekabet mekanizmalarım devreye sokmayı amaçlayan ikinci reform dalgası da büyük ölçüde başarısız olmuştur. Bunun sebebi, sağlık sistemiyle sağlık sistemlerini içinde barındıran toplumsal sistem arasındaki güçlü bağlantıların (özellikle yapısal, olgusal ve biyo-psişik bağlantıların) yeterince dikkate alınmamasıdır. Dışarıda uygulanan modelleri ve hazır çözümleri ithal etme uygulamaları sırasında kökleri başka bir toplumsal, siyasi, iktisadi ve kültürel çevrede olan bu bağlantıların özgül nitelikleri dikkate alınmamıştır. Şimdi bu ülkelerde hakkaniyet ve etkinlik; genel sigorta kapsamı ve hizmetin niteliği; yerel yönetimlere yetki devri ve merkezî hükümetin denetim işlevi gibi eski konular arasında denge sağlaması gereken üçüncü reform dalgasıyla ilgili uygulamalar çeşitli aşamalara gelmiştir. Ancak ülkelerin bireysel sağlık sistemleriyle Akdeniz büyük-bölgesindeki sağlık sistemi arasmdaki ilişki dikkate ahnmazsa, bu reform çahşmaları da başarıya ulaşamayacak girişimler olarak kalacaktır. Bu ilişkiyi araştırmak için, kapsamlı araçlara başvurulması gerekmektedir.

Sağlık Politikaları Sürecinde Öğrenme

RICHARD FREEMAN*

Bu çalışmada tartışmayı amaçladığım konu, Türkiye bağlamında Güney Avrupa modelinden mi, Kuzey Avrupa modelinden mi yoksa Türk modelinden mi balısetmemiz gerektiğini tespit etmek. Yapacağımız çalışmanın önemli bir kısmım da Avrupalı olmanın ne anlama geldiği veya gelebileceğini, başka bir deyişle, ortak noktalarımızı anlamak oluşturuyor. Bu, aramızdaki farklılıkları tespit etmekten çok daha fazlasını gerektirir. Ele almak istediğim konular da bununla ilgili. Bu gibi tartışmalarda, Avrupalı olmamn ne anlama geldiğini başka bir yerden öğrenmek yerine, keşfediyoruz sanırım.

Avrupa'daki sağlık siyasetini anlatmak hiç de kolay değil. Ancak "Avrupa'da Sağlık Siyaseti" adlı kitabı yazdığımdan beri daha yakından ilgilendiğim bir konu hakkında konuşmak istiyorum. Bu konu, –ki itiraf ediyorum kitabımda eksik kaldı– ülkelerin ne ölçüde ve ne şekillerde birbirlerinden fikir aldıkları ve iddia edeceğim gibi, karşılıklı iletişim içinde, aslında sağlık politikalarının özünü, amacım ve hedefini uydurduklarıdır. Demek istiyorum ki, politika üretenler, "birbirlerinden" öğrenmek yerine "beraber" öğreniyorlar. Politika tartışmasına

(*) Edinburgh Üniversitesi, İskoçya.

yardımcı olması açısından öğrenme kavramını ortaya koymak istiyorum. Öğrenmenin ne olduğunu oturup düşünmemiz gerektiği apaçık ortada. Buradan yola çıkarak, politika süreçlerinde birbirinden öğrenmenin çok yaygın olduğunu düşünüyorum. Nitekim, yapılan sunumlarda dışarıdaki bir sisteme, uluslararası aktörlere, Avrupa'nın farklı farklı yerlerindeki modellere atıfta bulunuldu. Ayrıca unutmamalıyız ki karşılaştırma dediğimiz zaman işin içine büyük ölçüde öğrenmek giriyor. Bununla beraber, son birkaç gündür yaptığımız şey de öğrenmek aslında. Karşılaştırma yapmanın yararlı bir bilim olmadığım iddia eden hiçbir karşılaştırmah makale, karşılaştırmalı proje ya da proje önerisi yoktur. Birbirimizden öğrenebiliriz. İster en iyi uygulamayı öğrenmek için değerlendirme yapma amacıyla olsun; ister neyin, neden, nasıl, ne zaman ve ne şekilde gerçekleştiğini anlamak amacıyla olsun, karşılaştırma yaparak ve farklılıkları değerlendirerek birşeyler öğrenebiliriz. Bütün bunlar genel olarak gizli kalmış ve örtülü, ama açıkça ilgi hak eden bir soruyu aklıma getiriyor. Öğrenme hakkında ne düşünüyoruz?

Bu soruya cevap verebilmek amacıyla, sosyal bilimlerin köklerini oluşturmasa da, bana göre sosyal bilimlerde sıkça kullanılan ve hâkim olan teorik kavramlara döndüm. Öğrenmek, sosyal politika veya siyaset bilimi alanlarını da aşan bir konudur. Felsefe ve eğitimin yam sıra ekonomide, sosyolojide ve antropolojide de başroldedir. Bana göre öğrenme konusunda üç farklı bakıştan söz etmek mümkün: akılcı, kurumsal ve sosyal yapısalcı. Öncelikle güdümlü rekabetin kökeni ve kaderi hakkında bir hikâye anlattıktan sonra ne tür dersler alınabileceğine biraz değineceğim.

Akılcı öğrenme modelinde, bir problem ile politika arasmdaki ilişkinin açık bir neden-sonuç teorisiyle açıklanabileceği ve bu teorinin benzer problemlere uyarlanabileceği varsayılır. Karşılaştırmah politika alanında uzman bilim insanları olarak kullandığımız paradigmanın çerçevesi temel olarak budur. Bu paradigma, 'bilme'nin başka yollarına kıyasla bilimsel yöntemi üstün tutar ve genel muhakemenin varlığını esas alır. Felsefesi

genel olarak Popper'in düşüncelerine dayanır. Ayrıca bilginin politika sürecine aracılık ettiğini, teknokratlar tarafından sağlandığını ve karar vericilerin tercihlerine göre yayıldığını varsayar. Hangimizin aklından şu istek geçmemiştir ki? Bizler hükümetlerimize sahip olduğumuz bir öngörüyü ileteceğiz, onlar da işlerin gerçekten nasıl olduğunu ve neyin işe yaradığını bilecekler ve böylece de işi doğru yapacaklar. Öğrenme, üniversitede ya da diğer kurumlarda çalışan bilim insanlarının üstlerine, objektif ve mevcut bilgiler doğrultusunda, 'gerçeği anlatmaları'yla gerçekleşebilir veya gerçekleşmeyebilir. Bu model, şayet tutarsa, politikalara ilişkin sorun ve hedeflerin belirlenebilmesi, araştırma yapılabilmesi, rapor yazılabilmesi vesaire için yeterli zamanın olduğu, nispeten istikrarlı koşullar altında tutar. Kanıtların temel işlevi, alternatif politikalar arasından seçim yapan politika üreticileri bilgilendirmek olabilir. Öğrenme, gerçekleri tespit etme ve bilgiyi yayma sürecidir. Dolayısıyla, bu modelde öğrenmeme, uygun bilginin eksikliği ve/veya uygulamadaki aksaklıklara bağlanabilir.

* * *

Kurumsalcı *(institutionalist)* öğrenme modeline göre, farklı türdeki kurumlar (devlet dahil) farklı kaynaklardan gelen farklı bilgilerden yararlamr ve bu bilgileri farklı şekilde yorumlar. Bunu elbette, kendilerinin yarattığı farklı sorunlara karşı yaparlar. Birçok karşılaştırmalı analiz, farklı sağlık sistemleri ve bunlara ilişkin farklı maliyet ve faydaların, farklı çözümleri olan farklı sorunlar yarattığı varsayımına dayanır. Böylece, bir sistemin öğrenme eğilimi ilgili aktörlerin yer aldığı kurum veya kurumların belirlediği çeşitli kısıtlamalar ve fırsatlara bağlıdır. Siyaset bilimindeki bu gibi tartışmaların çoğu oldukça 'katı' kurumlarla ilgilidir: anayasalar veya meclis kararlarıyla belirlenen politika sürecinin resmi kuralları gibi.

Kurumsalcılığm fikir oluşturma sisteminde ise, politika üretenlerin öğrendiklerinin, inandıkları şeylerin ve düşünce şekillerinin bir işlevi olduğu varsayılır. Politika üretenlerin kendi zihniyetleri veya 'ilgi alışkanlıkları' vardır ve bunu belirli so-

runları veya olası çözümleri bildik yollarla tanımlamak için kullamrlar. Bu şekilde, akilcilığın kendisi de bir şekilde kurumsallaştırılmıştır olur. Ayrıca, politika yapıcilar, bu düşünce şekliyle, kendilerine benzeyen başka kişilerden, benzer ülkelerden, özellikle de yakmdaki ülkelerden birşeyler öğrenme eğilimindedir. Ve bana göre, Turkiye'deki sosyal politikaları üretenlerin öncelikle yakın komşularının ve kendileriyle benzer bir dili konuşanların deneyimlerini dikkate alacağını söylemek doğru bir tespit olacaktır. Sözünü ettiğim dil ülkenin öz dili olabileceği gibi –Ingilizce'yi ele alırsak, Ingiltere ve Amerika arasındaki politika trafiğini bir düşünün– ilgi duydukları alan veya sektörün dili de olabilir. Burada bulunan çoğu kişi, şu birkaç gündür sağlık politikaları alanında hâkim olan bir terminolojiden bahsetti. Dolayısıyla, öğrenme, 'uygunluk mantığı'na aittir ve istisnasız olarak yeni bilgi ve deneyimlerin yerel duruma uyarlanması sürecini gerektirir. Bu kurumsal anlayışa göre herhangi bir politikamn ya da fikrin hiçbir uyarlama yapılmaksızın doğrudan alınıp uygulanması söz konusu olamaz ve belki de bir fikri ya da uygulamayı sahiplenmeyi mümkün kılan, uyarlamamn kendisidir. O halde öğrenme, yavaş yavaş gerçekleşme ve evrimsel olma eğilimindedir. Aynı şekilde, aşırı derecede katılaşmış kurumlar için öğrenme de imkânsızlaşır.

Gelelim öğrenmede kurmacı *(constrı.ctionist)* modele. Bu modele göre, sorunlarımızın da, çözümlerimizin de tamamı, onları ne şekilde algıladığımız ve kabul ettiğimizle ilgilidir. Dolayısıyla, öğrenme, kolektif ve enteraktif bir süreçtir. Martin Kusch'a göre, bilgi 'anlaşmayla' yerleşir ve öğrenme gerçekleşir. Sorunlar, politikalar, bilme ve öğrenme bağlamlarına göre tanımlanır veya 'yerine oturtulur': Öğrenmenin kökleri kullanımbilimden *(pragmatics)* gelir. Akılcı kurama göre önce öğrenir sonra davranırız. Kurmacı yaklaşıma göreyse, bilme yapmanm sonucu ortaya çıkar. Bu yaklaşım, bilim camiasının politikalar üzerindeki etkisinden ziyade, nasıl öğrendiği ve ne bildiği ile yakından ilgilidir. Kurmacı yaklaşıma göre, politikalarla ilgili problemler daima acildir ve belirsizdir; içinde bulu-

nulan koşullarda istikrarın bütünüyle sağlanamadığını varsayar veya, istikrarın zaten, görüş birliğinin sürekli aynı şekilde yeniden üretiminin işlevlerinden biri olduğunu ileri sürer. Bu düşünme biçiminin diliyle söyleyecek olursak, istikrar, 'gerçekleştirilir'. O halde, politika öğrenimi bir sorun belirleme, çözme ve yenilik yaratma sürecidir. Bu Lipsky'e göre sokaktaki bürokrat* için zorunlu olan öğrenme yöntemidir. Bu yöntem, yukarıda açıkladığım kurallar neticesinde, fikir birliğinin oluşturulamadığı ve eleştiri olmaksızın yeniden üretildiği durumlarda, tıpkı Janis'in 'grup düşüncesi' kavramında olduğu gibi, başarısızlığa uğrar. Böylesi durumlarda, bir politika topluluğundaki üyeler, bir bakıma topluluğun bir üyesi olmalarının sonucunda, belirli şeyleri söyler, belirli şeyler düşünür, belirli şekillerde davranırlar ve daima birbirleriyle aynı fikirdedirler. Grup düşüncesi, belirli bir paradigmanın, eleştirel düşünce yoluyla öğrenme ihtimalini dışlayarak, sonsuz şekilde kopyalanması demektir. Şimdi, bunu irdeleyerek, güdümlü rekabetin hikâyesini anlatacağım.

* * *

Sağlık sistemlerini nasıl düşünmemiz, ne şekilde düzenlememiz ve yönetmemiz gerektiği konularındaki yaklaşımlar 80'li ve 90'lı yıllarda yavaş yavaş değişmeye başlamış ve bu değişim, kendisi de çok yavaş şekilde somutlaşmış olan bu hâkim kavram öncülüğünde meydana gelmiştir. Değişimin başladığı ilk günlerde güdümlü rekabet hakkında konuşulmazken, sonuna doğru bu kavram çok önem kazanmıştır. Benim ele almak istediğim konu da kısmen bununla ilgili. Kökenler her zaman biraz efsanelere dayanır. Ve ben hikayeme Robert McNamara efsanesiyle başlayacağım. Ford şirketinin başkanlığını yapmış olan McNamara, Kennedy'nin daveti üzerine 1960'larda Sa-

(*) Lipsky, 'sokaktaki bürokrat' *(street-level bureaucrat)* terimini, politikaları uygulaması beklenen öğretmen, polis, hemşire, sağlık memuru gibi devlet görevlilerini anlatmak için kullanır. Bu devlet görevlilerinden beklenen temel işlev politikaları uygulamak ve bunu yaparken de kendi görüşlerinden ve değerdirmelerinden faydalanabilmektir – ç.n.

vunma Bakanlığı'na girdi. Amerikan Savunma Bakanlığı herkesin en sevdiği kuruluş olmayabilir, ama bu dönemde ve kısmen McNamara sayesinde, Bakanlık, yönetim uygulamalarını kamu sektörünün bir parçası haline getirdi ve günümüz politika ders kitaplarında yer alan Planlama, Programlama ve Bütçeleme Sistemi'ni (PPBS) geliştirdi. Bu sistem, Vietnam savaşı sırasmdaki savunma amaçh alımlar için tasarlanmıştı. Esasen, farklı savunma programlarının, devlet fonlarından yararlanmak için birbirleriyle rekabet etmeleri fikrine dayalıydı. Bu süreçte pek çok general de hüsrana uğramıştır. 1963'te, *Time* dergisi, bu bakanlıkta çalışan parlak bir genci kapağına koydu ve ona 'en parlak çocuk' adım verdi. Bu genç, daha sonra Stanford'a geçen ve PBSS'nin geliştirilmiş, rafine edilmiş hali olan fikirlerini açıklayan Alain Enthoven'dı. Enthoven önce, sağlık sektöründe rekabeti yönetmenin yollarını anlatmakla yola koyuldu; Clinton hükümeti zamamnda epey etkili olan ve başkanın sağlık reform plamnın arkasmdaki teoriyi büyük ölçüde destekleyen Jackson Hole grubundaki nüfuz sahibi kilit kişilerdendi. Amerika bağlamım düşündüğümüzde, rekabetin normal kabul edildiğini ve asıl konunun bu rekabetin nasıl yönetileceği olduğunu unutmamak gerekir. Bu konunun ele alındığı diğer ulusal bağlamlarda ilginç olan ise, bütünüyle yönetilmese bile büyük ölçüde idare edilen sistemlere rekabetin getirilmeye çahşılmasıydı. Diğer bir deyişle, Amerika'da, 'güdümlü rekabet' fikri, yönetim bakış açısından ilginçtir. İngiltere'de ise, güdümlü rekabet, rekabet fikrinden dolayı ilginçtir.

Enthoven, 1984-1985 yıllarında, Londra'daki Nuffield Trust'ın çok prestijli bir bursu olan Rock Carling bursunu kazandı. Tam da o sırada İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) genel yönetim reformlarım hayata geçiriyordu ve Enthoven'ın bu tarihte burada bulunması kesinlikle bir tesadüf değildi. Davet edilmesinin asıl sebebi buydu. İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin 1989 tarihli 'Hastalar için Çahşıyoruz' başhklı Beyaz Kitap çerçevesinde, yeniden yapılandırılmasına ve sonraki reformlara şeklini veren de, muhtemelen onun fikirleriydi. Bu reformlara, sağlık hizmetlerini finanse eden

kurumun (ya da kurumların) hizmet sağlayıcıların birbirinden ayrılması *(purchaser-provider split)*, kamu sağlık hizmetlerinde piyasa mantığının hayata geçirilmesi *(internal markets)* ve piyasanın ne şekilde yönetilmesi gerektiği hakkındaki çeşitli fikirleri dahildir. Enthoven, İngiltere'deki planın büyük ölçüde kendi fikirlerine dayalı olduğu iddia etmişti ve halen de bu iddiasını sürdürüyor. Ancak dönemin sağlık bakanı Kenneth Clarke, onu 'aynı görüşte olmadığı, sağcı bir aykırı kişilik' şeklinde tanımlamıştı. Sonuç olarak, Sağlık Bakanlığı bu görüşün özünü –doğrudan Enthoven'a atfedilse de atfedilmese de– benimsedi ve bu görüşleri, Enthoven tarafından geliştirilmemiş olan bazı kilit özellikler de ekleyerek geliştirdi. Mesela, Enthoven birinci basamak sağlık hizmetlerine özel bir ilgi göstermemişti. Sağlık fonlarının kontrolünün genel pratisyenlere verilmesi *(GP fundholding)* fikrini sunan kişi Clarke'dı. Ancak 1990'lı yılların başında, yeni sağlık bakanı William Waldegrave, "neyin mecaz neyin gerçek olduğu konusunda karışıklık yaşadıklarını" itiraf etti. Buradan da bu fikrin henüz tam gelişmediği ve hükümetin ne yapmak istediğinden hâlâ emin olmadığını anlıyoruz. Chris Ham'in bu durum karşısındaki yorumu şöyleydi: "Enthoven'ın fikirlerinin Thatcher hükümeti tarafından benimsenmesi planlı bir girişimden ziyade tesadüfi olarak gerçekleşti. Diğer radikal fikirler reddedildikten sonra yola ancak bu şekilde devam edebilirdik."

Enthoven, İngiltere'deki tartışmaların merkezinde yer aldığı için, Avrupa'daki diğer ulusal sağlık hizmetlerinde de rol oynamaya başladı. Biraz sıradan bir benzetme yapmak gerekirse, İngiltere adeta bir uçak gemisi, kıyıdan uzak bir üs görevi gördü ki bu da Amerika açısından klasik İngiliz dış politikası rolüdür. Başka ülkeler de –kısmen Ulusal Sağlık Hizmetlerinin yarattığı umut ışığından dolayı– güdümlü rekabet fikriyle yakından ilgilenmeye başladı. Şimdiye kadar yapılan sunumlardan birçok Güney Avrupa ülkesinin politika oluşturma sürecinde İsveç veya İngiltere'den ilham aldığını öğrenmiş bulunuyoruz. Ve Kuzey Avrupa ülkelerinden birinin sağlık alanında bu denli radikal bir reform gerçekleştiriyor olmasının Avru-

pa'daki politika üreten kesimlerin dikkatini çekmesi kaçımlmazdı. Ancak, politika üretenler, bu fikri ele almakla beraber bu fikirden farklı şekillerde yararlandılar. Sağlık hizmeti sağlayıcılar arasmdaki rekabet İngiltere'de bir kamu kuruluşu, İsveç'te hastalar, Hollanda'da ise maliyetle kalite arasmdaki ilişkiyi oldukça farkh yorumlayan tüketiciler tarafından düzenlenecekti. Jacobs, belli bir ölçüde haklıdır: Terminolojinin birbirine yakınlaşması politikaların da birbirine yakınlaşması gibi bir yanılsama yaratmıştır. "Hastalar için Çahşıyoruz" sloganı İtalyanca'ya çevrildiği zaman İtalya'da benzer tartışmalar olmuştu. Daha sonra, 1990'larda, Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü'nün talimatları ve uluslararası danışmanlar aracılığıyla güdümlü rekabetin Latin Amerika'ya sızmasının arkasında çok daha ayrıntıh bir hikâye var. Bu hikâye, Howard Waitzkin gibi Amerikah sosyologlar tarafından anlatılmıştır. Bu arada, elbette Avrupa'da devam eden bu öğrenmenin kaynağı olan Amerika da dönüştü. Amerika'daki tartışma artık güdümlü rekabetten sağlık hizmetleri koordinasyonuna *(managed care)* ve ötesine taşınmıştır. Bu güdümlü rekabetin ortadan kalktığı anlamına gelmiyor. Sağlık hizmetleri koordinasyonunun gündeme gelmesi ancak, politika üretenlerin, güdümlü rekabeti uzun uzadıya tartışmasıyla mümkün olmuştur. Bir kavramın diğerine şekıl verdiği bu denli açıkken, parçası olduğumuz uluslararası sağlık politikası topluluğunun, güdümlü rekabet üzerine yapılan tartışmalar sonucunda ortaya çıktığı iddiası tartışmaya açıktır.

Bütün bunlar ışığında, öğrenmeyi nasıl ele almahyız? Yukarıda açıkladığım üç paradigmaya geri dönelim. Oyle görünüyor ki, akılcılık, Enthoven hedefine ulaşamadığı için değilse bile, yine de başarılı olamamıştı. Enthoven, hâlâ İngiliz hükümetinin onun fikirlerini yanhş anlamış olmasından şikâyet ediyor. Sağlık hizmetlerinde piyasa mantığının hayata geçirilmesine ilişkin tartışma büyük ölçüde teori ve varsayımlara dayalıydı –ne test edilmişti, ne de pilot uygulama yapılmıştı; lehinde ve aleyhinde çok az kanıt vardı– ve zaten, Amerika'da da tam anlamıyla uygulamaya sokulmamıştı. Ay-

rıca, diğer ülkelerde, politikaların ahnıp doğrudan uygulanması kadar, uyarlanarak uygulanması da çok yaygındı. Kurumsal (fikirsel) eşbiçimlilik *(isomorfizm)* olarak adlandırabileceğimiz olgu, güdümlü rekabetin mantığında büyük ölçüde hâkimdir. Bu da, dünyayı algılama şeklinde bir hâkimiyeti, artan bir hegemonyayı, piyasa güdümlü bir düşünce şeklini beraberinde getirir. Önemli bulduğum bu konu hakkında birkaç şey daha söylemek istiyorum. Diğer kısımlara biraz sonra geri döneceğim.

Strang ile Meyer, fikirlerin yayılımının kuramsallaşmaya nasıl bağlı olduğunu anlatıyor. Toplumsal varlıkların ortak bir kategoriye ait oldukları yönündeki kültürel anlayış onlar arasında bir bağ oluşturuyor. Kategorilerin oluşması, bu kategorilerin üyeleri arasındaki etkileşimi arttırıyor. Kuramsallaştırma ile, soyut kavramların bilinçli bir şekilde geliştirilmesini veya tammlanmasını, –güdümlü rekabet üzerine verdiğim örnekte olduğu gibi– belirli bir düzene bağlı ilişkilerin neden-sonuç ekseninde formüle edilmesini kastediyorlar. Etkin kuramsallaştırmalar, fikirlerin toplumsal ilişkilerden ve farklı bağlamlardaki uygulamaları arasındaki farklılıklardan daha az ölçüde etkilenerek yayılmasını sağlar. Sağlık politikalarını yapanlar, üzerinde konuşmaları gereken alanda bir araya geldiklerinde, genel modeller iletişimi kolaylaştırır. Fikirlerin yayılması yine de doğrudan temas gerektirse de, çok daha küçük ölçüde bir doğrudan iletişim gereğinden söz edilebilir. Bana göre, kuramsallaştırmanın, fikirlerin yayılmasını şekillendiriyor olması, başka bir yer için tasarlanmış herhangi bir politikanın veya uygulamanın doğrudan kopyalanmasını getirmez. Çünkü kuramsallaştırma yakın gözlemin yerine geçer ve doğrudan paylaşılan deneyimleri dışarıda bırakan bir dilde ifade edilir.

Uluslararası sağlık politikaları topluluğunun etkinliklerinin büyük kısmı, 'işbirliğine dayalı üretim' *('commons-based peer production')* modeli ile açıklanabilir. Bu terim, Microsoft ile Linux arasındaki farkla yakından ilgilenen, Yale Üniversitesi hukuk fakültesi öğretim üyesi Yoav Benkler tarafından kullanılmaktadır. Benkler, Linux'un açık kaynak kodlu yazılımının ça-

lışma şeklini dikkate almıştı. Açık kaynak kodlu yazılım fikrinin mantığı, bıliyorsunuz, geniş kitlelerin bir yazılıma ait kaynak kodlarına erişebilmesidir. Bu yazılım kullanılabilir, kırılabilir veya kişilerin bilgi ve becerileri dahilinde tamir edilebilir. Başka bir deyişle, ürün kullanılarak, hakkında konuşularak ve ele alınarak sürekli iyileştirilir. Microsoft modeli ise epey farklıdır; daha ziyade otoriter bir yapıya sahiptir, yani kilise organizasyonunu andırır. Microsoft'un baş rahipleri olduğunu ve bu rahiplerin, bilgisayarlarının başında sıkı bir şekilde çalıştıklarını varsayabiliriz. Bu rahipler, periyodik olarak yazılım yayınlarlar, elbette sıkı telif hakları koruması altında. Ve bu da, yazılım üretmenin ve dağıtmanın oldukça farklı bir yoludur. İşbirliğine dayalı üretim, bana göre –ve kamtlandığı üzere– Avrupa Birliği'nde geçerli olan açık iletişim metodu gibi kamu politikasındaki yeni düşünme şekilleriyle çok yakından ilgilidir.

Toplumsal öğrenme olarak adlandırabileceğimiz bu olgunun başka bir yönü ise ikinci derece veya ikinci sıradan öğrenmedir: Başkalarının öğrenmesini izleyerek biz de öğreniyoruz. Bildik bir imgeye başvurmak gerekirse, sınıfın en arkasına oturup sadece öğretmeni değil, yanınızdaki çocuğun ne yazdığım de takip etmek gibi. İşte yakalamak istediğim süreç bu, çünkü sağlık politikalarını yapanlar aynen bu şekilde çalışırlar.

Bu arada, aslında bu kategorilerin hiçbirine uymadığını düşündüğüm bir kavrama dikkatinizi çekmek istiyorum. Bu kavramın gücü belki de kategoriler arasında bağ kurmasıdır. Bunu, yakın zaman önce halk sağhğı politikalarını yapanlarla ilgili bir çalışmamdan elde ettim. Politika üretenlerin tesadüflere bağlı olarak öğrendiklerini söyleyebiliriz. Onlar mühendis değil, *bricoleur*, yani 'usta'lar. Bu kavram, elbette, Levi-Strauss'tan ödünç alınmıştır. Levi-Strauss, belki de büyük bir talihsizlikle, 'vahşi akıl' olarak adlandırdığı olgunun özelliklerini anlatmaya çalışıyordu. *Bricoleur*, elinden iş gelen ustadır. *Bricoleur*, atalar, dedelerdir. Yıllar boyunca topladığı malzemelerden oluşan kocaman bir alet-edevat kutusuna sahiptir. Ve arada sırada bahçede veya kayığında birşeyler kırıldığında onu ta-

mir edecek olan o şeyi, alet-edevat kutusunda bulur. Akılcı, yapıcı bir şekilde çahşır: Bir malzemenin ne işe yaradığını kullamncaya kadar anlamasak da, her malzeme mutlaka bir işe yarar. Yararlı işlevlerini sorun ortaya çıktığında kazamrlar. Bunu, bir eylem veya proje gerçekleştirmeden önce bir tasarıma ihtiyaç duyan ve daha bilimsel bir kavram olan 'mühendis' ile kıyaslayın.

Şimdi, son olarak, öğrenmenin dayalı olduğu farklı iletişim türleri üzerinde durmak istiyorum. Öğrenme hakkındaki düşüncelerimizin bazıları esasen tek yönlü iletişimi, birine bir şey söylenmesini varsayar. Monologa dayahdır. Bence bu aslında, öğrenmeden ziyade öğretme teorisidir ve öğretme için de pek parlak bir teori değildir. Öğretmenlerin çoğu bu şekilde öğretim yapmaz. Bu aym zamanda, politika transferi olarak adlandırılan olgunun da altında yatan mantıktır. Kamu politikaları söz konusu olduğunda geçerlidir, çünkü bu duruma uyan pek çok hikâye mevcuttur. Latin Amerika örneği, Dünya Bankası'nın bir ülkeye gidip ona ne yapması gerektiğini söyleme anlayışma pekâlâ uyabilir. Bunun böyle olduğunu inkar etmiyorum, ama buna 'öğrenme' demekten çekinirim. Bu, öğrenme olarak tanımlanamayacak, çok daha zorlayıcı bir süreçtir; tek yönlü bir iletişimdir. Ancak iletişim genellikle iki yönlüdür. Bir ülkenin politika üretenlerden oluşan zümresi, bir başka ülkedekinin yaptıklarına ilgi duyar. Her ne kadar çalışmalarında sürekli 'çeviri' yapsalar da (ve bana göre, sağhk politikalarında olup bitenleri tanımlamak için aktarımdan ziyade çeviri kelimesini kullanmak daha doğru bir tammdır) bu benim anladığım manadaki öğrenmeye daha çok benziyor. Ancak bunun ötesinde, iletişim çok nadiren iki yönlü olarak gerçekleşir. Genellikle çok yönlüdür, veya yönü belirsizdir. Bugün Avrupa'da, sağhk politikaları ve siyasetiyle ilgili olarak çok karmaşık bir iletişim gerçekleşiyor. Ve bu karmaşık iletişimden ortak bir söylem ortaya çıkıyor.

Öğrenmeyi çok taraflı bir iletişim olarak görmenin çok taraflı işbirliğini teşvik ettiği söylenebilir. Ne kadar çok kişiyle konuşursak, ne kadar çok şey anlatırsak, o kadar fazla şey öğ-

renebiliriz. Bu süreç işbirliğini içerebilir, ama rekabeti de beraberinde getirebilir. Ve buradaki çalışmada, karşılaştırmalardan konuşurken, kimi zaman birilerini yakalama çabası içine girdiğimizi fark etmek beni üzdü. Elbette hedef daha da ileriye gitmek olmalı. Türkiye'deki sağlık politikası için yeni bir paradigma oluşturma imkânınız olsa, bizden daha iyi olmalısınız, bizi geçmelisiniz. Ancak birini yakalamak ve daha başarılı olmak rekabeti gerektirir. Bu düşünce şeklinden de ileriye gitmeyi öneriyorum. 'X yönlü' iletişimin yeni fikirleri oluşturduğunu ve zaman içinde, bir kavramın kademeli olarak düşünülmesi, kademeli olarak yerleşmesi ve sonuçta inşa edilmesini teşvik ettiğini farz edin.

Öğrenme iki şekilde düşünülebilir: mekanik ve organik olarak. Ve bunlar benim özgün önermem değildir. Bu terimler, kurumlar sosyolojisi konusunda uzman olan ünlü bir İskoç sosyolog Tom Burns'a aittir. Sanırım kendisi de bu terimleri Durkheim'dan ödünç aldı. İlk model olan mekanik veya pozitivist model, bir şeyin zaman ve mekanda var olduğunu ve oradan alınıp başka bir yere taşındığını –aktarıldığını– ve başka bir zaman ve/veya mekanda kullanıldığını var sayar. Önemli olan bunun gerçekleşmesini sağlayan vektörler, manivelalar, bağlantılar ve iletişimlerdir. Aktarım, ister bilgi, ister teknoloji, ister kamu politikası için olsun, bir mühendislik eylemidir. Akılcılığın sınırlandırıldığı, eylemin kurumlar tarafından sınırlamaya tabi olduğu ve bunun sonucunda, başka yerlerden alınıp uygulanan politikaların her zaman uyarlanmış olduğunu kabul ettiği ölçüde buna nitelikli bir mekanizma demek mümkün olabilir. Ancak buradaki amacım ikinci bir modelin varlığını göstermek. Öğrenmeyi yapıcı veya organik modele göre düşünmek, ki bu modele göre politika aniden ortaya çıkan bir şey olarak kabul edilir. Politika, tamamlanmış halde, ona başvurup ondan birşeyler öğrenilebilecek şekilde, bir yerlerde hazır beklemez. Aksine, bakarak ve öğrenerek oluşturulur veya üretilir. Bu masada oturanlar arasında kaçınız sunumlarınızı hazırlarken, ülkenizdeki sağlık sistemini başka birine anlatmak için sağlık sistemini farklı şekilde düşündü, farklı

şekilde tasvir etmeye çalıştı? İşte benim ilgilendiğim öğrenme şekli bu. Öğrenme, bir dizi iletişimin çıktısıdır, girdisi değil. Bu anlamda, dağıtılmaz, filiz verir. İki model arasındaki fark, karmaşıklaştırılan öğrenme ile karmaşık öğrenme anlayışı arasındaki farktır.

KAYNAKÇA

Benkler, Y (2002) 'Coases's penguin, or Linux and the nature of the firm', *Yale Law Journal* 112 (3).

Burns, T and Stalker, G M (1961) *The Management of Innovation*, Londra, Tavistock.

Enthoven, A C (1993) 'The history and principles of managed competition', *Health Affairs*, supplement, 24-48.

Freeman, R (2000) *The Politics of Health in Europe*, Manchester, Manchester University Press.

Freeman, R (forthcoming) 'Learning in public policy', in Rein, M, Moran, M and Goodin, R E (eds) *The Oxford Handbook of Public Policy*, Oxford, Oxford UP.

Ham, C (2000) *The Politics of NHS Reform 1988-97*, Londra, King's Fund.

Jacobs, A (1998) 'Seeing difference: market health reform in Europe', *Journal of Health Politics, Policy and Law* 23 (1) 1-33.

Kusch, M (2002) *Knowledge by Agreement: the programme of communitarian epistemology*, Oxford, Oxford UP.

Lévi-Strauss, C (1966) *The Savage Mind*, Londra, Weidenfeld and Nicholson.

Raymond, E (1998) 'The cathedral and the bazaar', *First Monday* 3 (3); online at http://www.firstmonday.dk/issues/issue3_3/raymond/.

Strang, D and Meyer, J W (1993) 'Institutional conditions for diffusion' *Theory and Society* 22 487-511.

Waitzkin, H (1994) 'The strange career of managed competition: from military failure to medical success?', *American Journal of Public Health* 84 (3) 482-489.

accountability: Mali sorumluluk

autonomy: Özerklik

clinical services: Klinik hizmetleri

co-insurance: Müşterek sigorta. Sağlık sigortası yaptıran kişinin, yaptırdığı sigorta kapsamındaki hizmetlerin belirli bir yüzdesini ödemesinin öngören maliyet paylaşımı yöntemi

commodification: Metalaştırma

commons-based peer production: İşbirliğine dayah üretim. Çok sayıda kişinin geniş kapsamh ve anlamlı projeler için (genellikle internet ortamında) biraraya geldikleri ve ortak üretimde bulundukları, geleneksel hiyerarşik organizasyon ve finans tarzlarımn dışında bir üretim biçimi

community health care: Toplum sağlığı

compartmentalization of care: Hizmet düzeyleri arasındaki kopukluk

co-payment: Katkı payı

cost containment: Maliyet sınırlaması

cost effective policies: Düşük maliyetli politikalar

cost sharing: Maliyet paylaşımı

coverage: Kapsam

cross-coverage: Çapraz ikame

cross-subsidizing: Çapraz sübvansiyon

decentralization: Yerinden yönetim, yerel yönetimlere yetki devri. Sağlık sisteminin yerel yönetimlerin rolünün arttırılacak şekilde yeniden düzenlenmesi

decentralized: Yerinden yönetilen

diagnostic related groups (DRG): Teşhise göre gruplama. Hastaların, tedavi yöntemlerinin ortak noktalarına göre gruplara ayrıldığı sınıflandırma sistemi

doctors' associations: Hekim dernekleri/ odaları

doctors' unions: Hekim sendikaları

equity: Hakkaniyet

family physician: Aile hekimi

gate keeping: Birinci basamağın kuvvetlendirilmesi ve sıkı bir sevk sistemi uygulanması suretiyle, birinci basamak hekiminin bir hasta için gerekli tum sağlık hizmetlerini koordine etmesi

general practitioner: Genel pratisyen

general taxation: Genel vergiler

health benefits: Sağlık ödenekleri

health care provider: Sağlık hizmeti sağlayıcısı. Örn. doktorlar, hemşireler, hastaneler, vs.

Health care purchaser: Sağlık hizmetlerini finanse eden kurum. Örn. sağlık sigortası sağlayan şirketler

Health care services: Sağlık hizmetleri

Health for all: Herkese sağlık

health insurance system: Sağlık sigortası sistemi

health related groups: Sağlık durumuna göre gruplama

health trusts: Sağlık vakfı.

Introducing choice: Seçeneklerin artırılması

individualization of health care: Sağlık hizmetlerinin kişiye özgü hale getirilmesi

inpatient care: Yataklı tedavi hizmetleri

internal markets: Sağlık hizmetlerinde piyasa mantığının hayata geçirilmesi

managed care: Sağlık hizmetleri koordinasyonu. Hizmet sunumu ve finansmanının, hekim ve hastanelerle anlaşma yapılarak ve işlemlerin sigorta kuruluşları yoluyla entegre edilmesi

managed competition: Kontrollü rekabet

market-led / market driven: Piyasanın yönlendirdiği

means test: İhtiyaç tespiti

means tested: İhtiyaç tespitine dayalı

morbidity: Belirli bir nüfus için tanımlı hastalık ya da kaza vakalarının sayısı

mortality rate: Belirli bir nüfus için tanımlı ölüm vakalarının sayısı

national tariff: Sağlık hizmetlerinin fiyatlarının belirlendiği ulusal fiyat tarifesi

NHS (National Health Service): Vatandaşlık temelli, vergiden finanse edilen sağlık sistemi modelinin genel adı, aynı zamanda Büyük Britanya'daki sağlık sisteminin adı.

occupational health: iş sağlığı

old age pension: Emeklilik, yaşlılık sigortası

Opting out: Sistemden çıkmak

out-of pocket payments: Sağlık hizmeti alıcılarının ceplerinden yaptıkları ödemeler

outpatient care: Ayakta tedavi hizmetleri

outsourcing: Dışarıdan hizmet satın alma

Patient Management Categories: Hasta yönetim kategorileri

per-case payment system: Vaka başına ödeme sistemi

personal preventive health services: Kişiye yönelik koruyucu sağhk hizmetleri

policy community: Politika yapıcılar

Preventive health care services: Koruyucu sağlık hizmetleri

primary health care: Temel sağhk hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri

priority setting: Önceliklendirme

progressive income tax: Kademeli gelir vergisi, artan oranh gelir vergisi

Provision of health services: Sağhk hizmetlerinin sunumu

public health services: Halk sağlığı hizmetleri

public procurement: Kamu alımı

purchaser – provider split: Sağlık sistemini finanse eden ve hizmet sağlayanların birbirinden ayrılması

quasi-market: Yarı-piyasa. Devlet denetimindeki geleneksel yönetimin ve finans biçimlerinin hakkaniyete dayalı verimliliğini kaybetmeksizin, serbest piyasadan kazanç sağlamaya yönelik kamu sektörü kurumlarının oluşturduğu yapı

rationing: Kota koyma, kısıtlama

referral system: Sevk sistemi

retrospektive payment system: Geriye dönük ödeme sistemi

reverse care: Tersine bakım. Sağhk hizmetine en çok ihtiyacı olan kişilerin en az hizmet alması

revolving fund: Doner sermaye

secondary care: İkinci basamak sağhk hizmetleri. Hastaların sağhk hizmetlerine ilk erişim noktasında ulaşamadığı, kardiolog, ürolog, dermatolojist, vs. gibi uzmanlar tarafından sağlanan sağhk hizmetleri

self care: Öz bakım

self-diagnosis: Kişinin kendi kendisine teşhis koyması

sickness funds: Hastalık sigorta fonları

single payer system: Tek ödeyici sistemi. Kamusal da özel kurum tarafından yönetilen ve geniş bir yelpazedeki sağhk hizmetlerine finansman sağlayan yegane kaynak olan bir sağhk sigortası sisteminin tum nüfusu kapsam altına alması

single-handed primary care physician: Tek başma çalışan birinci basamak hekimi

social contribution: Prim

social health insurance: Sosyal sağlık sigortası

social security contributions: Sosyal sigorta primi

tax-based financing/funding: Vergi temelli finansman

tertiary care: üçüncü basamak sağlık hizmetleri. Sakatlık ya da ölüm riskiyle karşı karşıya olan hastalara sağlanan, özel uzmanlık ve yüksek teknoloji gerektiren sağlık hizmetleri. Örn. Beyin cerrahi ya da yoğun bakım üniteleri

Third party – payers- insurers: Sigorta kurumları

universal health insurance: Genel sağlık sigortası, nüfusun tümünü kapsayan sağlık sigortası

Universalization: Genelleştirme

waiting list: Bekleme listesi

waiting time: Bekleme süresi