



AVRUPA SAĞLIK REFORMLARI

İlker Belek



AVRUPA SAĞLIK REFORMLARI “kel göründü”

İlker Belek



Ücretsiz PDF Kitap Arşivi - <https://rantey.org>

Avrupa Sağlık Reformları: Kel Göründü...

Yazılama Yayınevi: 90

Dünyaya Pencere: 5

Avrupa Sağlık Reformları: Kel Göründü...

İlker Belek

Kapak Tasarımı

Yener Yentek

Sayfa Tasarımı

Erhan Delioğlu/Yener Yentek

Birinci Baskı

Nisan 2014

© Yazılama Yayınevi

ISBN

978-605-9988-01-8

Baskı

Kayhan Matbaacılık

Güven San. Sitesi C Blok No: 244

Topkapı - İSTANBUL

(0212 576 01 46 / 0212 612 31 85)

Matbaa Sertifika No: 12156

İrtibat

Yazılama Yayınevi Hizmetleri Ltd. Şti.

Serasker cad. Osmancık sokak Betül Han 9/13

Kadıköy – İSTANBUL

0 216 338 52 59

www.yazilama.com

iletisim@yazilama.com

Ücretsiz PPT ve PDF dosyaları için twitter.com/YazilamaYayin

Avrupa Sağlık Reformları: Kel Göründü...

İlker Belek



İlker Belek: 1961 doğumlu. 1984 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu 1990 yılında yine aynı Fakültenin Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'ndan, sağlık antropolojisi alanındaki teziyle, uzmanlık aldı. 1996 yılı Ağustos ayından beri Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda öğretim üyesi. 2000 yılında doçent oldu. 2007 yılında TTB Nusret Fişek Halk Sağlığı Bilim ödülünü aldı. Halk sağlığı alanında sağlık politikaları, sağlık sistemleri, sağlıkta eşitsizlikler konularıyla ilgili çalışmalar yürütüyor. Bunların dışında, yeni emek örgütlenme biçimleri, endüstriyel demokrasi, sosyal sınıflar, sınıf bilinci gibi konular da üretim alanına giriyor. 20'nin üzerinde kitabı ve 200'den fazla makalesi bulunuyor. Kitaplarının bazıları şunlar: Toplumsal Bilinç (1991), Marksist Bakış Açısıyla Bilimsel Teknolojik Devrim ve Endüstriyel Demokrasi (1993), Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik (1998), Türkiye İçin Sağlık Tezi (2.Baskı 1998), Antalya'da Hekimler (2003), Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler: Antalya'da Beş Yıllık Bir Araştırma (2004), Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü (2006), Marksizm ve Sınıf Bilinci (2007), Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası (3.Baskı 2009), Küba'da Sağlık (2.Baskı 2009), Esnek Üretim: Derin Sömürü (2.Baskı 2011), Sağlıkta Dönüşüm: Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı (2012), Kapitalizmde Sınıf (2013).

İçindekiler

Önsöz.....	7
------------	---

Birinci Bölüm

Sağlık Reformlarının Arka Planı	15
1- Reformlar öncesinde mevcut durum.....	15
2- Avrupa'da kamucu sağlık sistemlerinin gelişmesini sağlayan faktörler...18	
2-a) Kamucu sağlık sistemlerinin gelişmesini sağlayan ekonomik faktörler.....	18
2-b) Kamucu sağlık sistemlerinin gelişmesini sağlayan sosyal faktör.....	19
2-c) Kamucu sağlık sistemlerinin gelişmesini sağlayan siyasi faktörler	20
3- Reform sürecine doğru ekonomik, sosyal ve siyasal faktörler nasıl değişti ?.....	22
3-a) Reform sürecine doğru ekonomik faktörler.....	22
3-b) Reform sürecine doğru siyasi faktörler.....	24
4- Sağlıkta reform ne demek ve nasıl gerekçelendiriliyor?.....	27

5- Sağlık reformlarını sınıflayalım.....	33
İkinci Bölüm	
Devletin Küçülmesi	37
1- Sağlık hizmetleri için ek kaynak yaratılması.....	37
2- Maliyet sınırlaması.....	53
3- Teminat paketinin kapsamının daraltılması.....	59
4- Finansmanda kamu sigorta sistemine geçiş - kamu sigorta sistemlerinin yeniden düzenlenmesi.....	60
Üçüncü Bölüm	
Sağlık Sisteminin Özelleştirilmesi	67
1- Sağlık sisteminin üretim boyutunun özelleştirilmesi.....	67
2- Sağlık sisteminin finansman boyutunun özelleştirilmesi:	
Özel sigortacılık.....	73
3- Kamu özel ortaklığı.....	80
Dördüncü Bölüm	
Organizasyondaki Değişiklikler	87
1- Üretim ve satın alma işlevlerinin birbirinden ayrılması.....	87
2- Ödeme yöntemlerindeki değişim.....	98
3- Birinci basamak sağlık sisteminin güçlendirilmesi	106
4- Hastanelerdeki gelişmeler.....	113
5- Desantralizasyon.....	120
Beşinci Bölüm	
Sağlık Reformlarının Sonuçları	129

Önsöz

Bu kitapta Avrupa sağlık reformlarını inceliyoruz. Avrupa kapsamına Avrupa Birliği'nin genişleyen coğrafyası ile birlikte Rusya da dahil eski sosyalist ülkeleri alıyoruz. Reform literatüründe eski sosyalist ülkeler Orta ve Doğu Avrupa başlığında Avrupa'ya dahil ediliyorlar. Bu tanımlama kapitalist Avrupa'nın artık Çin'e kadar uzandığını teyit ediyor. Eski sosyalist ülkeler sosyalizm sonrasında ve Batı'da sosyal devletin çöküşüyle birlikte, halk sağlığının, sağlık hizmetlerinin başına nelerin geldiğini incelemek açısından da çok değerli bir veri tabanı sunuyor. Bu halleriyle Batı, Orta, Doğu Avrupa bölgeleri tam bir entegre tablo sergiliyorlar.

Aslında sağlıkta reform denilen süreç bütün dünyada eş zamanlı olarak, çok benzer bir içerikte işliyor. Ülkeler reform süreci bakımından neredeyse fotokopi kopyası gibiler. Ancak dünya ölçekli bir reform değerlendirmesi fazlasıyla hacimli olacağı için kendimizi Avrupa ile sınırladık. Ayrıca Avrupa'nın şöyle de bir özelliği var: Avrupa sosyal devletçi, kamucu sağlık sistemlerinin en gelişkin düzeyde yaşadığı coğrafyaydı. "Dı" diyoruz, çünkü reform müdahalesiyle birlikte bu dönem kapandı. Avrupa tercihimiz en gelişkin sosyal demokrat ve reel sosyalist ülkelerde kamucu sağlık sisteminin başına gelenleri tam olarak anlamak bakımından da anlamlı.

Sağlık reformları süreci Avrupa'da 1980'lerde başladı. Reform sözcüğü bir yandan Avrupa sosyal devletin çöküşünü ifade ediyor, bir yandan da çöküşün göstergesi oluyordu. Altında iktisadi, siyasal, sosyal gerekçeler vardı. Yalnızca sağlık alanıyla sınırlı değil, aynı zamanda siyasal nitelikli

bir gelişmeydi. En nihayetinde sağlık hakkı halkın elinden alınıyor ve para kazansınlar diye sağlık tekellerine devlet eliyle teslim ediliyordu. Burjuvazi sosyal devlet döneminde el atmadığı sağlık alanını böylece ele geçiriyordu.

Sağlıktaki bu yapısal değişimde sosyalizmin çökmüş olmasının belirleyici önemi vardır. Sosyalizm vahşi kapitalizmi değişik alanlarda sınırlandıran, geri püskürten bir güçtü. Çöküşü piyasacı güçleri serbest bıraktı. Onlar da zamanında talan edemedikleri alanlara büyük bir açgözlülükle saldırdılar. Sağlık bunların başında geliyor.

Sağlık reformu denilen müdahale bu haliyle tam bir sınıf saldırısıdır. Saldırı halkın sağlığıdır. Amaç sermaye birikiminin bakir olduğu bu alanı kapitalize etmek ve buradan para kazanmaktır.

Saldırının içinde uluslararası sağlık kuruluşları, örneğin Dünya Sağlık Örgütü de var. Sağlık sermayesi işini yürütmek için arkasına gayet birikimli teknik bir kadroyu almayı başardı. Bunda, Sovyetler Birliği'nin bu uluslararası kuruluşlardaki dengeleyici işlevinin sosyalizmin çöküşüyle birlikte ortadan kalkması etkili oldu.

Sağlık sistemi sosyal devlet döneminde devletin elindeydi. Hizmet bütün Avrupa'da önemli derecede, sosyalist coğrafyada ise tamamen parasızdı. Vatandaşlar bunun garantisiyle sağlık hizmetini gereksindikleri ölçüde ve önemli bir finansal, ulaşım engelyle karşılaşmaksızın rahatlıkla kullandılar.

Bu rahatlık, sağlık sistemini geliştirdi. Gelişkinlik, sosyalizm sonrası dönem için kapitalistlerin ele geçirebilecekleri hacimde iştah açıcı bir sektör yaratmış oldu.

Reform denilen süreç bu sektörün parçalanmasını, içine rekabet dinamiklerinin sokulmasını, parasalcı araçlarla dönüştürülmesini tanımlıyor. Reform demek özelleştirme, işletmeleştirme, halkın sağlığından para kazanmak demektir. Bu ortamda artık her şey parayla ölçülüyor.

Tam da bu nokta sağlık reformlarının çıkmazını oluşturuyor.

Para, halk sağlığından çalmak, sağlığı para ile satmak anlamlarına geliyor. Buradan sağlık hizmeti kullanımı ve değişik halk sağlığı göstergeleri bakımından eşitsizlikler ortaya çıkıyor. Burjuva iktisatçılar ve sağlık yönetimi kuramcıları iyi niyetli görünmeye çalışarak, sürekli öfleyip, pöf-

luyorlar, eşitsizliklerin nereden çıktığı konusunda dertleniyorlar. Oysa çok şeyler yapmışlar, çok çalışmışlardı. Ortalık verimlilik analizlerinden geçilmiyordu. Maliyet etkinlik, maliyet verimlilik, maliyet kullanım, vb hesaplamalarının sonu gelmiyordu. Ama olmuyor, eşitsizlikler artmaya devam ediyor. Nedeni piyasanın kendisidir. Bu aynı zamanda etik bir sorundur ve ne yapılsa üzerinin örtülmesi, unutturulması da olanaklı değildir.

Yalnızca bu kadar da değil, bütün teknik birikime, modellemelere rağmen sağlık sisteminin yönetiminde de çok önemli sorunlar var. Sağlık hizmetini üreten aktörler (sağlık çalışanları, sağlık kurumları, birinci basamak, hastaneler, finansör kurumlar) arasındaki harmoniyi sağlayamıyorlar. Bunların her birisi kendi çıkarı için davranıyor, diğerlerini rakip olarak görüyor. Bu ortamda verimliliğin sağlanması zaten mümkün olamıyor.

Sağlık reformu öncelikle, sosyal ve/veya sosyalist devlet döneminde devletin elinde entegre edilmiş sistem bileşenlerinin birbirinden koparılması, her birisinin maliyeti minimize, kazancı maksimize etmeyi hedefleyen işletmeler haline getirilmesidir. Para işte bu parçalanmış, rekabetçi ortamda hakimiyetini kurar. Sistem parçalanmış olduğu için harmoni olanaksızdır.

Bir kaos yaşanıyor. Sağlık reformcuları kaosu önlemek için kapitalist sağlık ortamının devlet müdahaleleriyle denetlenmesi gerektiğini belirtirler ve buna da denetlenen iç piyasa gibi isimler verirler. Ancak bu akıl yürütmenin daha başlangıçta ortaya çıkardığı soru şudur: Sistemin devletçe denetlenmesine ihtiyaç varsa, neden devletçi entegre modeli ortadan kaldırdınız ?

Bu sorunun teknik bir yanıtı yoktur. Yanıt, halkın sağlığından çalarak para kazanma hırsıdır.

Reform sistemi çok aktörlüdür, aktörlerin tümü rakiptir dedik. Para için birbirleriyle yarışır, birbirlerini kazıklarlar. Hastaneler ucuza hizmet üretmek isterler, bu arada hizmetin niteliği unutulur. Sosyal güvenlik kurumuna şişirilmiş faturalar gönderirler, halkın ödediği primleri, vergileri çalmak temel hedefleridir. Sosyal güvenlik kurumunun derdi gelir gider dengesini tutturabilmektir. Cılız muhasebe hesapları içinde

hastanecilik hizmetlerinin gerçek maliyetlerini görmezden gelir, hizmet paket fiyatlarını olabildiğince düşürür. Bu cimri tutum hastaneleri hizmetten, halkın sağlığından çalmaya iter. Sosyal güvenlik kurumunun belirlediği ödeme mekanizmalarının tümünün amacı maliyetleri kontrol etmektir. Bu motivasyon, sağlık çalışanlarını emeklerini ve enerjilerini hizmetten sakınmaya yönlendirir. Ödeme hizmet başına yapıldığında uyduruk tanılarla gereksiz hizmeti bile üretirler, kişi başına ödemede ise gelirlerini garanti görerek hastalarını ancak göz ucuyla süzerler.

Bu tam bir kısır döngüdür. Piyasacı sağlık reformu sisteminin bu sorunu aşması olanağı bulunmuyor. Önümüzdeki dönemde bir yandan eşitsizlikler artacak, bir yandan da sözünü ettiğimiz bu yönetsel sorunlar daha da belirginleşecek.

Eşitsizliklerin çözümü için parasal araçların geriye çekilmesi, sağlık hizmetlerinin tam olarak, hiçbir istisna tanımlanmadan kamusallaştırılması gerekiyor. Yalnızca bu kadar da değil. Aynı zamanda halkın sağlığını etkileyen diğer faktörlere de müdahale edecek bir siyasi rejimin kurulması zorunluluğu bulunuyor. Konut sorunu, beslenme sorunu, çevre sorunu, işsizlik, yoksulluk, açlık sorunları bu çerçevede mutlaka çözümlenmeli. Çünkü sağlık için yalnızca sağlık hizmetini engelsiz kullanabilmek yetmiyor.

Öte yandan sağlık reformu sisteminin yönetsel sorunlarının çözümü için de para ve parayla ilişkili hedeflerin değil, etik ve mesleki değerlerin belirleyici, yol gösterici olduğu bir sağlık ortamının inşası şart. Sağlık hizmeti maliyetlerini artırıyor diye toplumun yaşlanmasından korkan, sosyal güvenlik fonlarının açıklarını kapatmanın çaresini emekçileri ölene kadar çalıştırmakta arayan, bütçe açığı yaratıyor diye sağlık harcamalarından yakınan, bir yandan da pahalı sağlık hizmetlerine kilitlenmiş özel hastanecilik sektörüne kaynak aktaran siyasi rejimlerle bu yönde yol almak olanaklı görünmüyor.

Tam bu noktada liberal sağlık iktisatçıları, burjuvazinin değişik alanlardaki temsilcileri, hep, o meşhur “kaynakların kıtlığı” retoriğini devreye sokarlar: “Nüfus yaşılanıyor, sağlık hizmeti yoğun teknoloji ve ilaçlı, kompleks ve pahalı bir içerik kazanıyor. Sağlık harcamasının artış hızı ulusal gelirin artış hızını geride bırakıyor. Artan gereksinime kaynak bul-

ma olanağı yok. Bu önlemlerin gerekçesi tümüyle bundan.” Derler.

Oysa bu retorikte çok bariz sınıfsal bir yalan mevcuttur. Bu retorik kapitalist üretim ilişkilerine bağlı olarak ortaya çıkan gelir eşitsizliğini ve israfını hiç dikkate almaz. Bunları olağanlaştırır.

Toplumsal en zengin ve en yoksul yüzde 20’lik dilimlerinin gelirleri arasında, en “demokratik” kapitalist ülkelerde bile yaklaşık 10 katlık fark varsa, dünyanın en zengin 100 patronunun serveti milyonlarca insanınkinden fazlaysa, toplumun ürettiği toplumsal değer çok küçük bir azınlığın cebinde özelleşiyorsa, bunun hem bir nedeni vardır hem de tabi ki sonuçları olacaktır. Nedeninin kapitalizm olduğunu söyledik. Sonuçları ise sosyal sektörlerde kaynak kıtlığı ve yoksulluk, vb noktasında belirir. Halkın sağlığına sıra geldiğinde kaynak kıtlığı olarak saptanan sorun kapitalist eşitsizliktir.

Sorun böyle olduğu için çözümü de basit aslında: Azınlığın banka hesaplarında özelleştirdiği toplumsal zenginliğin, siyasal bir iradeyle yeniden kamulaştırılması. Sağlık ve diğer sosyal alanlarda kaynakların kıt olduğu tartışması ancak bu kamulaştırıcı toplumsal müdahalenin sonuçları görüldükten sonra yapılabilir.

Üstelik, kamulaştırıcı ve parasalcı araçları devreden çıkaracak bu müdahale, sağlık ortamında etik ve mesleki değerleri geçerli kılacak gerekli koşuldur. Aktörler, ancak, toplumsal zenginliğin ortak çıkarlar için kullanıldığını, siyasi iradenin niyetinin gerçekten bu olduğunu somut olarak yaşadıklarında, kendileri de ortak çıkarlar için gönüllü olarak enerjilerini vermeye başlarlar. Kapitalizmin ortak amaçlar yaratamamasının nedeni kendisidir. Sorunu böyle göremediği için kendi yarattığı finansal ve yönetsel sorunların çözümü adına entegrasyonu daha da parçalayacak parasalcı araçları devreye sokar.

Kapitalizm kaos ve çaresizliktir.

Sosyalizm aynı noktada çözüm olarak devreye girer: Toplumsal emeğin ürünü olan toplumsal değerlerin eşit ve gereksinimlere göre dağıtımı ve kullanımı. Bu zeminde toplumsal enerjinin ortak amaç ve hedefler için hareketlendirilmesi. Katılımcı bir siyasal yapı. Herkes, bütün sağlık kurumları, hekimler, bütün sağlık çalışanları yalnızca kendi kurumsal ve mesleki sorumluluk ve formasyonlarının gerektirdiği işlerini yapacaklar

ve sosyalist rejim bunun için gereken kaynakları kendilerine sağlayacak. Yaygınlaştırılmış ve bilimsel bir sağlık eğitimiyle halk sağlık hizmetinin doğru kullanımını öğrenecek. Herkes, parasalci araçlarla davranmanın aslında kendisinin ve çocuklarının geleceğinden çalmak olduğunu bilecek. Sistemi halk kurup, yönetip, denetleyecek.

Bu kitapta sağlık reformlarının alt başlıklarının saptanması ve bu başlıkların genellenmesi açısından, tarihselci perspektifle belirlediğimiz bir metodolojiyi kullanıyoruz. Birinci bölümde reform öncesi dönemi ve reformları ortaya çıkaran dinamikleri inceliyoruz. İkinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci bölümlerde reform politikalarını tek tek ele alıyoruz. Her bir reform stratejisi içinde, bu stratejiyle bağlantılı olarak ortaya çıkan yönetimsel, finansal sorunlardan söz ediyoruz. Sonuncu olan altıncı bölümde ise sağlık reformlarının sonuçlarını sağlıktaki eşitsizlikler kriteri üzerinden ortaya koyuyoruz.

Elinizdeki sıkıcı bir kitap olduğunu itiraf etmem gerekir. Çünkü sonuçların saptanması, incelenmesi ve izlenmesi kaçınılmaz olarak binlerce verinin kullanılmasını gerektiriyor. Oranlar, yüzdeler, hızlar, böyle gidiyor. Ama başka da çare bulunmuyor. Uzun dönemdir Türkiye’de ve dünyada sağlık reformlarını izliyoruz, hakkında yazıyoruz. 1980’lerden beri geçen zaman Avrupa ölçeğinde daha kapsamlı bir değerlendirme yapabilmek açısından çok zengin bir veri setinin ortaya çıkmasını da sağladı. Şimdi bu veri setini, olabildiğince özet biçimde işliyoruz. Aslında bir görevi yerine getiriyoruz. Okur için de yazar için de sıkıcı olsa bile. Hep birlikte katlanacağız. Hırsızlıklarını, sahtekarlıklarını, yönetsel basiretsizliklerini, beceriksizliklerini, entelektüel kapasitesizliklerini, ukalalıklarını yüzlerine vurmak ve insani bir sağlık sisteminin, insani-eşitlikçi-özgürlükçü-aydınlık bir siyasi rejimin, sosyalizmin ideolojik ve bilimsel alt yapısını inşa etmek için.

Benim bu alandaki çalışmalarım artık bir bütünsellik de oluşturuyor: Bu amaçlarla en azından şunları okumak gerekir: Sağlık sistemlerinin teorik alt yapısını anlamak için Sağlıkın Politik Ekonomisi’ni ve Sınıf, Sağlık Eşitsizlik’i, alternatifin ne olduğunu tartışmak için Küba’da Sağlık ve Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi’ni, Türkiye’deki rezalet için Sağıkta Dönüşüm: Halkın Sağığına Emperyalist Saldırı’ı. Bu kitap-

ta ya hiç değinmediğimiz ya da çok kısaca geçiştirdiğimiz kavramların tamamı Sağlığın Politik Ekonomisi'nde ayrıntılı biçimde mevcut.

İyi okumalar dilerim.

şimdi Küba'da Sağlık kitabımın yeni baskısını hazırlamaya başlıyorum.

řubat 2014 Antalya

Birinci Bölüm

Sağlık Reformlarının Arka Planı

1- Reformlar öncesinde mevcut durum

Avrupa'da, sağlık hizmetlerinin organizasyonundaki, yani sağlık sistemindeki yapısal değişiklik, merkezi politik bir müdahalenin sonucu olarak 1980'lerde başladı.

İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde geçerli olan düzenleme sosyal devletçi sağlık sistemiydi. Bunun ulusal sağlık sistemi ve kamu sigorta sistemi olmak üzere iki biçimi vardır.

Ulusal sağlık sistemi Beveridge, kamu sigorta sistemi ise Bismark tipi sağlık sistemi olarak bilinir.

Bunlardan tarihsel olarak daha önce geleni Bismarkçı sistemdir. 1883 yılında Almanya'da uygulamaya konulmuştur. Almanya'nın kapitalist üretim ilişkileri zemininde ulusal birliğini sağlamada belirleyici olan faktörlerden, kurumsal yapılardan birisidir. Bismarkçı sisteme zorunlu sağlık sigortası sistemi de denilir. Bunun nedeni sistemin bütün vatandaşların üyeliğini zorunlu kılması, yani herkese sağlık hizmetlerini finanse edecek fona prim ödeme zorunluluğu getirmesidir.

Bismarkçı sistem, sağlık sisteminin finansman ve hizmet üretimi bileşenlerinin ayrı olduğu bir yapıya sahiptir. Primlerle oluşan sağlık fonu, hizmet üreticisi kurumlardan hizmeti sözleşmelerle satın alır. Bu yapısı nedeniyle sisteme üçüncü el ödeme sistemi, dolaylı sistem gibi isimler de verilir. Türkiye'nin Bismarkçı sistemi olan SSK, 2000'li yıllara kadar

finansör kurum olmanın ötesinde, aynı zamanda hizmet üreticisi konumundaydı. Yani finansör kurumun üretimle ilişkilenebilmesi doğrudan nitelikteydi. Türkiye dışında kimi Latin Amerika ülkelerinin sigorta sistemleri de, yine aynı yıllara kadar hizmet üretiyordu. Ancak Bismarkçı sistemin doğrudan biçimde yapılanması daha az rastlanan bir durumdur. Avrupa ülkelerinin Bismarkçı sistemleri ise eskiden beri dolaylı yapıya sahiptir.

Beveridge sistemi ise İngiltere kökenlidir. Adını bir iktisatçı olan William Beveridge'ten alır. İngiliz sağlık sisteminin felsefesi ve ana hatları Beveridge Raporu'nda belirlenmiştir. Rapor (1942 yılında yazılmıştır) Beveridge'in başkanlığını yürüttüğü ve İşçi Partisi ile Muhafazakar Parti'den oluşan koalisyon hükümeti tarafından görevlendirilen bir Komite tarafından yazılmıştır. Raporun yazıldığı tarihte Beveridge Kraliyet İstatistik Birliği'nin başkanıdır. Raporun tam adı Sosyal Sigorta ve Yardım Hizmetleri'dir (Social Insurance and Allied Services). Rapor, yazılımdan dört yıl sonra, savaşın bitimini takiben 1946 yılında yayımlanmıştır. 1945 yılında yapılan genel seçimleri İşçi Partisi kazanmıştır. İngiltere'de Raporun yayımlanmasından sonra, raporun temelini oluşturduğu bir dizi yasa çıkarılmıştır: Ulusal Sigorta Yasası (1946), Ulusal Sağlık Hizmetleri Yasası (1946), Emeklilik Yasası (1947) gibi. Bunlardan kısaca NHS olarak isimlendirilen Ulusal Sağlık Sistemi Yasası, Beveridge tipi sağlık sistemi olarak bilinen sistemi oluşturmuştur. Ulusal Sağlık Sistemi Yasası'nın uygulamaya konulduğu tarih 1848'dir.

Beveridge sisteminde sağlık hizmeti vergilerle finanse edilir. Vergilerin toplandığı fonun adı genel bütçedir. Fon ve sağlık hizmeti üreten kurum ve personel tek elde, sağlık bakanlığı çatısı altında entegre edilmiştir. Bu nedenle bu sisteme de doğrudan sistem adı verilir.

Ulusal sağlık sistemleri sağlık hizmetlerinin vergiyle, kamu sigorta sistemleri primle finanse edilmesine dayanır. İlki çok amaçlı, ikincisi ise tek amaçlı bir sistemdir. Yani vergiyle oluşturulan bütçe yalnızca sağlık hizmetlerini değil, kamunun sorumluluğunda görülen bütün diğer hizmet ve meta üretimlerini (eğitim, sosyal güvenlik, ulaşım, konut, sanayi yatırımları, yedek fonlar, vb) de finanse eder. Buna karşılık primle oluşturulan sigorta fonu yalnızca sağlık hizmetinin, bazı örneklerde ise sosyal

güvenlik hizmetlerinin finansmanını sağlar.

Bismarkçı sistem, Birinci Dünya Savaşı'na kadar olan süre içinde, Avrupa'nın diğer ülkelerine ve Kuzey Amerika kıtasına, yani o dönemin yüksek gelirli ülkelerine yayıldı. 1948 yılına kadar, sosyalist sistem dışında, egemen olan sistem buydu. İkinci Dünya Savaşı sonrasında ise durum tersine döndü. Beveridge sistemi 1948'den itibaren, İngiltere'ye ek olarak İskandinav ve güney Avrupa ülkeleri tarafından da benimsendi. 1980'lerde gündeme sokulan reform dönemine kadar Beveridge ve Bismark tipi sağlık ve sosyal güvenlik modelleri kapitalist Avrupa coğrafyasında egemendi.

Bismarkçı sistem, başlangıçta yalnızca düzenli iş ve geliri olan toplumsal sınıflardan prim toplayabiliyor ve yalnızca onların sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini finanse edebiliyordu. Başlangıç döneminde teminat paketinin kapsamı da tedavi edici sağlık hizmetleri ve iş kazaları ve meslek hastalıkları ile sınırlıydı. Bismarkçı sistemin daha geniş nüfus kesimlerini kapsaması ve teminat paketi kapsamının evrenselleşmesi İkinci Dünya Savaşı sonrasında ve hatta kimi ülkelerde 2000'lere kadar uzayan bir dönemde olanaklı olabildi.

Buna karşılık Beveridge sistemi daha en başından bütün nüfusu ve bütün sağlık hizmetlerini kapsayarak kurumsallaştı. Bunun nedeni genel bütçeden finanse ediliyor olmasıydı.

Bu iki sistemin karakterize ettiği siyasi rejime sonraları sosyal devlet, refah devleti, sosyal refah devleti gibi isimler verildi. Sosyal devlet, sağlık, eğitim, sosyal güvenlik gibi hizmetlere ek olarak, bireysel haklar arasında sayılan iş, barınma, ulaşım, beslenme gibi gereksinimlerin de kamusal sorumluluk alanı içine dahil edildiği siyasi rejimin, kapitalist devlet biçiminin adıdır. Böyle bakıldığında sosyal devletin vergi finansmanı (Beveridge tipi modelle) daha fazla derecede uyumlu olduğu görülür. Çünkü ancak vergilerle finanse edilen bir fon, devletin bu kadar geniş bir alandaki sorumluluklarını yerine getirmesini sağlayabilir.

2- Avrupa'da kamucu sağlık sistemlerinin gelişmesini sağlayan faktörler

Genel olarak sosyal devletçi dönüşümün, özel olarak da kamucu sağlık sistemlerinin, 1883'ten başlayarak gelişmesinde belirleyici olan kimi ekonomik, toplumsal ve siyasi faktörler vardır. Bu faktörlerin tümü kapitalist üretim ilişkileri zemininde ortaya çıkarak gelişmiştir.

2-a) Kamucu sağlık sistemlerinin gelişmesini sağlayan ekonomik faktörler

Kapitalizm hem 1880'lerde, hem de İkinci Dünya Savaşı sonrasında uzun genişleme moduna girdi. Bunu üretici güçlerin gelişmişlik düzeyi ve bu gelişmişlik düzeyinin olanaklı kıldığı birikim rejimleri sağladı.

Kapitalizm 19. yüzyılın ortalarında manifaktür türü üretimden fabrika türü üretime geçmekteydi. Bu gelişme üretim ortamının koordinasyonu sağlıyor, işçilerin ortak ritim tutturmalarına yarıyor, verimliliği artırıyordu. Üretimdeki makineleşme fabrika tarzı üretimin teknik zemini oluşturuyordu. İşte böyle bir ortamda Taylor'un Bilimsel Yönetimin İlkeleri isimli kitabı, kapitalist fabrika üretiminin yönetilmesinde yeni bir çığır açtı. Taylor, üretkenliğin ve/yani kâr oranlarının yükseltilmesi bakımından işin basitleştirilmesini, bunun için tek bir işçi tarafından gerçekleştirilebilecek olabildiğince çok sayıdaki parçalara bölünmesini öneriyordu. Taylorist üretim modeli, sonradan işin rutinizasyonu, işe yabancılaşma, iş kazalarında artış ve bunlarla bağlantılı olarak verimliliğin düşmesi gibi sorunlara yol açacak olsa da, kendisinden beklenen işlevleri uzun dönem yerine getirdi, verimlilik yükseldi. Gerçekten de kapitalist fabrika üretiminin bilimsel yönetimini sağladı.

Bismarkçı sistem tam da bu döneme denk geldi. Bu çakışma hiç de tesadüf değildi. Taylorizm işi parçalarken, işin her bir parçası bir makineye verilmiş ve her makinenin başına da bir işçi dikilmişti. Taylorizm'in bant tipi üretim olarak isimlendirilmesinin nedeni budur. Bant tipi üretim sağlıklı emek gücünün üretimini, kapitalistler açısından zorunluluk haline getirdi. Bir işçinin hastalanması, sakatlanması gibi nedenlerle makinesinin başında bulunamaması, yalnızca o işçinin sorumlu olduğu makinenin değil, bütün üretim bandının durmasına yol açıyordu. Bismarkçı sistem, daha doğrusu kapitalist devlet, kapitalistler adına, sağlıklı emek gücü üretimini üstlendi.

Aynı faktörün bu kez Fordizm adı altında İkinci Dünya Savaşı sonrasında devreye girdiği görülür. Fordizm teknik olarak Taylorist bant tipi üretilimdir. Ancak üretim organizasyonuna, Taylorizm'in yarattığı yabancılaşma sorununu dikkate alarak, sosyal bir boyut da eklemiştir. Fordizm'de, işçiler ile yöneticilerin ve patronların arasındaki nesnel sınıfsal çelişkileri üretim birimi ölçeğinde yumuşatacak kimi yüzeysel müdahalelerde bulunulmuştur. İşçiler ile yönetici ve patronların aynı yerlerde yemek yemeleri, hafta sonları birlikte pikniğe gitmeleri gibi.

Ancak İkinci Savaş sonrasında kamu sağlık sistemlerinin olgunlaşarak yayılmasında esas etkili faktör kapitalizmin 1980'lere kadar süren son genişleme modudur. Öyle ki bu döneme kapitalist iktisatçılar Altın Çağ adını bile verdiler ve kapitalizmin bundan sonra herhangi bir kriz ve/veya daralma yaşamayacağını, üretimde elde edilen zenginliklerin toplumsal sınıflar arasındaki dengeli dağılımının sosyal ilişkileri de yumuşatacağını ileri sürdüler.

İşte Beveridge modeli böyle bir ekonomik zeminde ortaya çıktı. Savaşın yıktığı dünyada inşaat sektöründen başlayarak ekonomi hızla genişledi. Fordist birikim rejimi genişlemenin teknik ve sosyal altyapısını sağladı. Artan kâr oranları, kapitalistlerin işçi sınıfına verecekleri ücret ve sosyal ücreti de artırmalarına olanak tanıyordu. Bir yandan da sınıf mücadelesi ücret ve sosyal ücretin artırılması açısından yeterince talepkardı.

İşte burası sözünü edeceğimiz bir başka faktörü devreye sokuyor.

2-b) Kamucu sağlık sistemlerinin gelişmesini sağlayan sosyal faktör

Bu faktörün en tipik biçimde ortaya çıktığı dönem Beveridge dönemidir. İkinci Dünya Savaşı Amerika kıtası dışında neredeyse bütün dünyanın yerle bir olmasına neden olmuştu.

Böyle bir ortamda, savaşın sona ermesiyle birlikte Avrupa halklarının en temel insani gereksinimlerini kuvvetle dile getirmelerinden daha doğal bir şey olamazdı.

İngiltere'de 1945 yılında yapılan genel seçimleri İşçi Partisi'nin tek başına kazanabilmesinde Beveridge Raporu'na dolaysız biçimde sahiplelenen tutumunun belirleyici olduğunu kabul etmek gerekir.

Nitekim son derece teknik bir üslup ve içeriğe sahip olan bu Rapor yayımlandıktan sonra gazete bayilerine kadar ulaştırıldı, birkaç saat içinde 70 binlik ilk baskısı tükendi. Üç hafta içinde ise her 20 yetişkinden 19'u Rapor'u işitmiş ve düşüncelerini benimsemişti. Rapor bütün sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik hizmetlerinin tüm vatandaşlar için sağlanması görevini hükümete veriyor, özel sağlık sistemini yasaklamasa da zaman içinde ortadan kalkacağı varsayımında bulunuyordu (Musgrove P 2000: 845-846; Doyal L, Pennell I 1979).

Artan toplumsal beklentiler Beveridge sisteminin ortaya çıkmasını sağlayan sosyal faktördür.

2-c) Kamucu sağlık sistemlerinin gelişmesini sağlayan siyasi faktörler

Kapitalizm sınıflı toplum yapısına sahiptir. Bu nedenle kapitalist toplumsal ilişkiler sınıfsal niteliklidir. Toplumsal, siyasal ilişkileri belirleyen sınıf mücadelesidir.

Kapitalizmde işçi sınıfının verdiği mücadele yaşamın her alanını kapsar. Sağlık hakkı da bu kapsama dahildir.

19. yüzyılın başından itibaren yükselerek, yaygınlaşan işçi sınıfı hareketlerinin ve özel olarak da 1871 Paris Komünü deneyiminin Bismarkçı sistemin ortaya çıkışında etkili siyasi faktörler olduklarını kabul etmek gerekir. 19. yüzyıl boyunca işçi sınıfı hareketi sömürü derecesinin azaltılmasına, sosyal hakların elde edilmesine ve genel oy hakkı gibi siyasi taleplere odaklanmıştı. En nihayetinde 1871 yılında Paris proletaryası yaklaşık üç ay boyunca Paris'i ele geçirmiş ve tarihin ilk sosyalist yönetim biçimini kurmuştu. Bu ortamda işçi sınıfı radikalliğini önlemenin yolu olarak kimi reformların gerçekleştirilmesi gerektiğini hisseden ilk yönetici Bismark oldu. Nitekim bir arkadaşına yazdığı mektupta durumu ve düşüncelerini şöyle ifade ediyordu: "Sosyal demokrat hareketin kontrol edilmesi, basit bir biçimde sosyal demokrat aşırılıkların baskılanmasıyla gerçekleştirilemez. Bu, işçilerin pozitif olarak geliştirilmesi ile başarmak zorundadır." (Aktaran Navarro V, 1999: 33).

Ancak kamucu sağlık sistemlerinin ortaya çıkışını uyaran esas siyasi gelişmeler yine İkinci Dünya Savaşı sonrasında yaşandı. Bu noktadaki belirleyici faktör, savaşı Sovyetler Birliği'nin sona erdirmiş olmasıydı.

Neredeyse savaşın sonuna kadar, Stalin'in bütün ısrarlı çabalarına rağmen İngiltere ve ABD, Alman ordularına karşı batıda ikinci bir cepheyi açmayı kabul etmemişler, Sovyet ordularını Almanya karşısında yalnız bırakmışlardı. Almanya ile yalnız savaşmak zorunda bırakılması Sovyetler Birliği'nin büyük kayıplar vermesine neden oldu. Yalnızca Sovyetler değil, Alman işgali altındaki diğer ülkeler de önemli kayıplara uğradılar. Savaş çok daha önce sonlandırılabilcekken beş yıla uzadı. Ancak Almanya'nın yenilgiye uğratılmasındaki başarı da çok önemli ölçüde tek başına Sovyetler'in hanesine yazılmış oldu. Faşizmin yenilgiye uğratılmasında başarı kesin olarak sosyalizmindi. Batı halkları işte bu ortamda sosyalizmden ve onun ifade ettiği bütün somutluklardan ileri derecede etkilendiler. Sovyetler'de daha 1917'den beri vatandaşlar her tür sağlık hizmetinden parasız olarak yararlanabiliyorlardı, sağlık hizmeti kırsal kesimde gezici olarak sunuluyordu, işyerlerinde sağlığı koruma ve geliştirmeye odaklanmış özel sağlık birimleri mevcuttu. SSCB'de sosyalist sağlık sistemini ilk sağlık bakanı Semeshko kurduğu için model Semeshko modeli olarak da isimlendiriliyordu. Semeshko modelinin tanımladığı haklar batılı halklar açısından ulaşılabilir ve ertelenemez örnekler oluşturuyordu. Savaş sonrasında batılı ülkelerde siyasi yelpazenin solunda yer alan sosyal demokrat, işçi, sosyalist, komünist partilerin iktidara gelmesinde sosyalizmin prestijinin tavanda bulunduğu bu siyasi ortamın belirleyici etkisi vardır. Beveridge raporunda, primlerle finanse edilen Bismark modelinin değil de, vergi fonlamasına dayanan sosyalist-Sovyet Semeshko modelinin örnek alınmış olması da bununla ilişkilendirilebilir.

Kısaca, kamucu sağlık sistemlerinin gelişmesini sağlayan faktörler şöyle etkili oldular:

19. yüzyılın sonunda üretim araçlarının gelişkinlik düzeyi (yani makine fabrika üretimi ve bu üretimi gerçekleştirebilecek nitelikteki emek gücü), üretimin Taylorist organizasyon biçimi, yeni bir ekonomik genişleme evresini ortaya çıkardı. Bismark bu ortamda yükselen ve giderek siyasallaşan işçi sınıfı hareketini ("sosyal demokrat hareket" dediği olgu) bir yandan dikkate almak zorunluluğuyla, bir yandan da ehliileştirmek niyetiyle ilk kamu sağlık sigorta sistemini kurdu.

İkinci Dünya Savaşı sonrasında ise ekonomik genişlemeyi yaratan faktörler, Fordist üretim organizasyon biçimi, emek gücünün çok daha gelişkin niteliği, savaşın yarattığı yıkım üzerine oturan hızlı sanayileşme dalgası idi. Ancak, sosyalizmin damgasını vurduğu siyasi ortam kapitalist sınıfı sömürü derecesini düşürmek zorunda bıraktı. Sosyal devlet böyle ortaya çıktı. Şüphesiz bu gelişmede de işçi sınıfı radikalizmini düşürmeye yönelik (aksi taktirde Avrupa işçi sınıflarının da sosyalizme yönelmesi engellenemeyebilirdi ve nitekim sosyalizm doğu Avrupa ülkelerini de içine katarak genişlemiştir) siyasi bir hedef vardı.

Bu anlamda sağlık, eğitim, sosyal güvenlik sektörlerini kamulaştıran, burjuvazi adına emek gücünün yeniden üretimini üstlenen kapitalist devlet formu olarak sosyal devlet, proletarya ile burjuvazi arasındaki bir uzlaş alanı biçiminde şekillendi.

Bu sınıfsal uzlaşının daha somut yansıması olarak, devlet, sendika ve patron örgütleri arasında korporatist bir ilişki yapısı oluşturuldu. Toplu sözleşme sistemi bu yapının önemli bileşeni olarak gelişti.

3- Reform sürecine doğru ekonomik, sosyal ve siyasal faktörler nasıl değişti ?

3-a) Reform sürecine doğru ekonomik faktörler

Hiç ayrıntılarına, nedenlerine girmeden saptayalım: Altın Çağ olarak nitelenen son kapitalist genişlemenin nefesi 1970'lerin ortalarında tükendi. O zamandan beri kâr oranları düşüyor ya da eski ivmesini yakalayamadan dalgalanıyor. Kapitalist sınıf kâr oranlarının düşüşünün önüne geçebilmek için bir yandan üretim dışı alanlardan para kazanmaya çalışıyor, bu amaçla da spekülasyon işleri peşinde koşuyor. Mali sermaye hareketlerinin artışı bununla ilişkilidir. Öte yandan ise üretimin organizasyonunu değiştirmeye yöneliyor. Ancak bunların sorunu temelden çözmediğini, mali spekülasyonların daha sık yineleyen ve daha derinden sarsan krizlere yol açtığını gözlüyoruz. Yeni üretim organizasyon biçimleri (esnek üretim denilen) ise şu ana kadar beklenen etkiyi yaratabilmiştir değil.

Daralma dönemleri, kâr oranları düştüğü için, kapitalist sınıfın hırsını artırır. Genişleme döneminde kârının bir kısmından, devleti sosyalleştirmeye yarayacak şekilde vazgeçebilen burjuvazi, daralma döneminde

bunu beceremeyecek ölçüde halsiz ve çaresizdir. Yapamaz, yapamadıkları toplumsal ve siyasal çelişkilerin derinleşmesine neden olur, ancak sonuç değişmez. Burjuvazi halsiz ve çaresizliğiyle bu kez acımasızca saldırganlaşır. Saldırganlığıyla bir yandan üretimde kullandığı hammaddeyi ucuzlatmak için ülkeleri, bölgeleri işgal eder, sömürge siyasetini yalın biçimde yaşama geçirir, bir yandan da emek maliyetini düşürmek için işçi sınıfına saldırır. Son 30 yıldır neredeyse kesintisiz biçimde yaşanan savaşların, halk sınıflarının haklarına saldırılmasının, sosyal devletin çökertilmesinin nedeni budur. Sosyal devleti ayakta tutacak finansman kaynağı artık yoktur.

Burjuvazi emperyal güçler aracılığıyla üretim maliyetlerini düşürecek arayışlar içindedir. Bu amaçla emek gücü maliyeti düşürülmekte, hammaddeyi ucuzlatılması için hammadde kaynaklarının bulunduğu coğrafyalara savaşlar düzenlenmektedir. Ancak bu stratejilerin sosyal barış anlamına gelmediği, sosyal, ekonomik, siyasal gerilimleri artırdığı, kapitalist üretim tarzının dengelerini tümüyle alt üst ettiği, emperyalist sistem içinde hegemonya krizlerine neden olduğu, hegemonya krizlerinin ve savaş güdüsünün askeri harcamaları kamçılacağı, bu gelişmenin de ekonomik dengeleri bozarak sosyal devletin çöküşünü uyaran bir başka dinamik olarak devreye girdiği ortadadır.

Fordist üretim organizasyon biçiminin yerine konulmaya çalışılan yeni sistem esnek üretim sistemi olarak bilinmektedir. Bu sistem üretimdeki bilgisayarlaşmanın ortaya çıkardığı teknik olanaklarla yaygınlaştırılmaya çalışılmaktadır. Ancak bilgisayarlaşma, üretimin bilgisayar sistemleriyle kontrol edilen bilgisayarlarca gerçekleştirilmesi, istihdamı daraltan bir etki yaratmakta, eskiden yalnızca daralma ve kriz dönemlerinin karakteristiği olan işsizlik olgusu artık yenilenen üretim organizasyon biçimi içinde yapısal bir nitelik kazanmaktadır.

Kısacası, kâr oranlarının artırılması hedefini benimsemiş esnek üretim sistemi, Fordist üretim sisteminin aksine sınıfsal çelişkileri derinleştiren bir etkiye sahiptir.

3-b) Reform sürecine doğru siyasi faktörler

Yine hiç nedenlerine girmeden saptayalım: Batıda sosyal devletin ortaya çıkmasını uyaran en önemli siyasi faktör, yani, sosyalizm gerçekliği bugün artık yok. 1990 yılında Sovyetler Birliği kendi kendisini feshetti. Bu gelişme emperyalist kapitalizmin karşısında tek dengeleyici gücün yok olması demektir. Dünyada bütün siyasi yapı ve ilişkilerdeki denge burjuvazinin ve kapitalizmin tarafına doğru kaydı. Bu gelişme sağlık alanında da etkilerini gösterdi. Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası sağlık kuruluşları içindeki güç dengeleri tümüyle değişti. Örneğin sağlığın korunması ve geliştirilmesi bakımından en önemli belge niteliğindeki Temel Sağlık Hizmetleri Deklarasyonu, 1978 yılında SSCB'nin öncülüğünde Kazakistan'ın başkenti olan Alma-Ata'daki bir toplantı sonrasında bütün dünya ülkeleri tarafından kabul edilmişti. Sağlık hizmetinin parasız ve devletçe sunulması gerektiği ilkesi, sağlık için toplum katılımı ve kalkınması gibi temel paradigmatic referanslar bu metinde yer alıyordu. Bu gelişmeyi sağlayan sosyalizm artık günümüzde yok.

Sosyalist sistemin çöküşü yalnızca Avrupa ülkelerinin sağlık sistemlerinin piyasacı yönde dönüştürülmesiyle sonuçlanmadı. Aynı zamanda sosyalist ülkelerin sağlık sistemleri kaotik bir ortam içinde piyasalaştırıldılar. Maliyet sınırlaması, finansman ve hizmet yönetiminin merkezden bölgelere desantralize edilmesi, kurumların işletmeleştirilmesi, katkı payı, özel sağlık kurumlarına izin verilmesi, hastane yataklarının azaltılması, hastanelerin kapatılması, performans ödeme sistemine geçiş, kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesi, özel sağlık sigortacılığı gibi tüm reform bileşenleri bu ülkelerde de (ama paldır küldür ve arsız bir siyasi saldırganlıkla) uygulamaya konuldu (Cristopher D 2001).

Öte yandan kapitalist ülkelerin kendi içindeki siyasi dengeler de sosyal devlet döneminde değişti. İronik biçimde, sosyal devlet döneminde işçi sınıfı sosyal devletin nimetlerinden yararlanırken, sınıf karakterini, kimliğini, kapasitesini yitirmişti. Burjuvazi sosyal devletçi ödünlerle işçi sınıfını teslim almayı, onu gerçek hedefi olan sosyalizmden koparmayı, hatta sosyalizme düşman kılmayı başarmıştı. Bu gelişmede, Sovyetler Birliği'nin değişik alanlardaki hatalarının, yetersizliklerinin, başarısızlıklarının ve Avrupa sosyalist ve komünist partilerinin yanlış politikalarının

etkisi vardı. Bunları tartışmak buranın konusu değil. Bizim açımızdan sonuç önemli: Sosyal devlet döneminde Avrupa işçi sınıfları için sol-sosyalist seçenek doğruluğunu, gerçekçiliğini yitirdi. Halk sınıfları seçeneksiz kaldılar. Referans noktaları kırıldı.

Benzer şekilde Avrupa ülkelerindeki sosyal devletçi yapı da yıllar içinde deforme oldu. Kamu sağlık sistemlerine ayrılan kaynakların yetersizliği, özellikle 1970'li yıllarda, halkın kamucu sisteme yönelik rahatsızlıklarında artışa neden oldu. Örneğin, dünyanın en gelişkin kamucu sağlık sistemi olarak bilinen İngiltere NHS'si, 1979 yılında Thatcher iktidara geldiğinde zaten bu türden önemli eleştirilerin muhatabı durumundaydı. Thatcher açısından, bu rahatsızlıkları kamucu sağlık sistemini tümüyle çökertmek amacıyla kullanmak hiç de zor olmadı. Halkın önemli kesimi açısından NHS'nin kaybedilecek herhangi bir avantajı zaten kalmamıştı.

Böylece, ekonomik daralma burjuvazinin sosyal sektörlerde kullanılmak üzere kamu fonlarına verme rızası gösterdiği alçakgönüllülüğünü yok etti. Daralmaya çözüm olarak üretilen esnek üretim organizasyonu istihdam alanını daralttı, işsizliği artırdı, emek gücünün yeniden üretimi zorunluluğunu zayıflattı. Solun ve sosyalizmin güçsüz düşmesi, sosyalist sistemin yıkılması burjuvaziye ve kapitalist-emperyalizmi tek taraflı politikalarını yaşama geçirmek konusunda serbest bıraktı. Artık kapitalist devletin sosyalleşme olanakları tükenmiş ve/fakat buna gerek de kalmamıştı.

Bu çerçeveye ekonomik nitelikli son bir faktörü daha ekleyebiliriz. O da, sosyal devlet döneminde sağlık hizmeti üretiminin, üzerinden para kazanılabilecek derecede olgunlaşmış olmasıdır.

Bunu iki faktör sağladı:

1- 1950'lerden itibaren Avrupa'da vatandaşların sağlık hizmeti kullanımı geometrik bir hızla arttı. Örneğin İngiltere'de kişi başına yıllık hekime muayene sayısı 1950'lerin başında ortalama iki idi. 1970'lerin sonunda ortalama sekiz düzeyine ulaştı.

2- Sağlık hizmetinin içeriği değişti ve ilaç tüketimi arttı. Pek çok değişik ağır ve pahalı teknoloji ve ilaç sağlık hizmeti üretiminin zorunlu bileşeni olarak bu dönemde kullanılmaya başlandı. Bütün bunlar sağlık hizmeti üretimini para kazanılabilir bir sektör olarak olgunlaştırdı. Bu ne-

denle eskiden sağlıklı emek gücü üretimini devletin sorumluluğu olarak gören burjuvazi, sağlık ortamına yatırım yapma kararı geliştirdi. Sağlık hizmetlerinden devletin püskürtülmesinin önemli nedenlerinden birisi budur.

Ancak bu faktör ikili bir etkiye sahiptir. Bir yandan bu sınıfsal talep devletin sağlıktaki sorumluluklarının küçültülmesi, yani sağlık hakkının gasp edilmesi yönündeki değişimi koşullarken, bir yandan da ortaya çıkardığı sonuçlar itibariyle kendisi reform arayışlarının nedeni oldu. Çünkü artan teknoloji ve ilaç tüketimi, sağlık ortamını bir sektör, sağlık hizmeti üreten kurumları bir şirket haline getirirken, sağlık harcamalarında da ekonominin geneli bakımından katlanılamaz boyutta bir artışa yol açtı. İşte bu harcama artışı bir yandan kamu maliyesi üzerinde basınç yaratırken, bir yandan da farklı amaç ve beklentileri olan burjuvazinin diğer sektörlerini rahatsız eder hale geldi. Sağlıktan para kazanan burjuvazi karşısında, kamu ve özel mali kaynaklardan daha çok ve ucuza yararlanmak isteyen diğer burjuva kesimler sağlık harcamalarının ve buna neden olan teknoloji ve ilaç kullanımının kontrol altına alınmasını, sağlık hizmetinin daha rasyonel biçimde sunulmasını talep etmeye, hastanecilik hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasına gerek bulunduğunu açıklamaya başladılar.

Görüldüğü gibi pek çok faktörün etkisiyle sağlık hizmeti üretimindeki sorumluluklar ve bunun üzerinden de sağlık sistemlerinin yapısı artık yeniden belirleniyor. Bu yenileyici operasyon, uluslararası literatürde çok kısaca reform olarak isimlendiriliyor.

Sağlıkta reform denilen süreç en fazla 1980'lere kadar söz konusu edebileceğimiz sosyal devletçi, kamucu-sosyalist sağlık sistemi ortamının piyasalaştırılması, özelleştirilmesidir. Ağırlıklı olarak sosyalizm sonrası döneme denk gelir. Devletin sosyal devlet döneminde üstlendiği sorumluluklarını küçültmesi, oluşan boşluğa özel aktörlerin, piyasa dinamiklerinin dolmasıyla sonuçlanır. Devletin küçültülmesi kararı esasen burjuvazinin saldırısını, sosyal devletçi dönemde işçi sınıfıyla vardığı mutabakatı bozmasını ifade eder. Sağlıkta reform en başından itibaren, halk sınıflarına karşı bilinçli bir sınıf saldırısıdır. Sonrasında da, piyasalaştırma ve özelleştirme süreci yine gayet planlı olarak, uluslararası mali kuruluşla-

rın ve sağlık kuruluşlarının birlikte yürüttükleri bir operasyon halinde seyreder. Bu operasyona “bilim” çevrelerinden de yoğun destek sunulur.

4- Sağlıkta reform ne demek ve nasıl gerekçelendiriliyor?

Sağlık sektöründe gerçekleştirilmeye çalışılan ve çeşitli biçimlerde dünyadaki bütün ülkelerde geçerli olan piyasacı değişiklikler “reform” olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü bu süreçte uluslararası düzeydeki teknik planlama ve koordinasyon çalışmalarını yürütmektedir. Sağlık sektörü reformu, sağlık sektörünün performansını ve işlevselliğini, nihai anlamda ise toplumun sağlık durumunu geliştirmek üzere planlanmış ve hükümetçe rehberlik edilen, politika ve kurumsal düzenlemelerdeki yapısal değişim süreci olarak tanımlanır (Sikosana PLN, Dlamini QQD, Issakov A 1997: 3). Bu süreçte sağlık sisteminin organizasyonu, finansman ve hizmet üretimi yapıları değiştirilebilir. Reform denilen değişiklik küçük çaplı ya da evrimsel değil, yapısal niteliklidir. Politika hedeflerindeki değişimi ifade eder. Rastgele değil, planlıdır. Bir kerelik değil, uzun süreli ve sürdürülebilir niteliklidir.

Değişim sürecinde değerleri, politikaları ve stratejileri ayırt etmek gerekir. Değerler genellikle herkesçe paylaşılmaktadır. Bunlar sağlık sistemindeki her şeyin, çevresinde odaklanması, onlarla uyumlu olması gereken, en genel amaçlardır. Politikalar değerlerle uyumlu olacak üst düzey kararlardır. Stratejiler ise sonuç olarak değerleri destekleyip, güçlendirecek bu üst düzey kararların yaşama geçirilmesini hedefleyen somut uygulamalardır. Günümüz koşullarında politika ve stratejilerin hemen tamamen sağ-piyasa yönelimli olduklarını belirtmek gerekir.

Dünya Sağlık Örgütü sağlık reformlarının eşitlik (equity), dayanışma (solidarity) ve verimlilik (efficiency) değerleri çerçevesinde gerçekleştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu üçü değişimde yol gösterici olacak değerlerdir. Sağlık sistemindeki değişim eşitsizliği ve verimsizliği artırıyorsa toplum sağlığı hedeflerinden uzaklaşmış demektir. Reform sürecinde sağlığın korunması ve geliştirilmesi öncelikle önem verilmesi gereken konular olmalıdır. Reformlar sağlık hizmetlerinin niteliğini geliştirmelidir. Bütün bireyler sağlık hizmetlerine eşit şekilde ulaşabilmeli, sağlık sistemi bütün vatandaşları kapsamalıdır. Dayanışmanın sağlanma-

sı açısından, sağlık sistemlerinin finansmanında hükümetler belirleyici rol üstlenmelidir. (WHO 1996)

Yukarıdaki kavramlar içinde eşitlik, herkesin sağlık hizmetini gereksinimi kadar kullanabilmesidir. Bu durumda sağlık hizmeti kullanımındaki eşitlik, riskli grupların farklı nitelik ve nicelikte sağlık hizmeti kullanmasının sağlanması anlamına gelir. Örneğin bebeklere, çocuklara, gebele- re, doğurgan kadınlara, kronik hastalığı olanlara, yaşlılara, vb yönelik, doğrudan evlerine kadar ulaştırılan sağlık programlarının parasız orga- nize edilmesi gibi.

Verimlilik, en az kaynakla, maliyetle, en yüksek sağlık düzeyinin-çık- tısının elde edilmesi anlamına gelir. Ya da belli bir sağlık düzeyine-çık- tısına en az kaynak kullanılarak ulaşılmasıdır. Burada söz konusu edi- len sağlık çıktısı, topluma ilişkin bir sağlık göstergesidir. Örneğin en az sağlık harcamasıyla doğumda beklenen yaşam süresinin en üst düzeye ulaştırılması gibi.

Dayanışma ise, toplumdaki farklı gelir gruplarının ortak bir sağlık fonuna artan oranda katkı yapmaları demektir. Dayanışmacı nitelikteki sağlık fonlarında geliri yüksek olanlar, fona daha yüksek oranda vergi ve/veya prim ödeyeceklerdir. Böylece sağlık ve/veya sosyal güvenlik fonu aracılığıyla, yüksek gelirli olup, sağlıkları zaten daha iyi olan ve bu nedenle de sağlık hizmetini daha az kullanacak toplumsal sınıflardan, düşük gelirli olup, sağlıkları daha kötü olan ve bu nedenle de sağlık hiz- metini daha fazla kullanmaları gereken sınıflara doğru gelir transferi de sağlanmış olacaktır. Dayanışmacı fonlarda daha sağlıklı yüksek gelirliiler, daha sağlıksız düşük gelirliilerin sağlık masraflarını karşılamış olurlar. Fonun dayanışmacı niteliği onun sürdürülebilirliğinin de garantisini oluş- turacaktır. Görüldüğü gibi fonun dayanışmacılığı, toplumsal sınıfların ve bu sınıflar arasındaki eşitsizliklerin varlığını kabul ederek, bu eşitsizlik- leri kısmen de olsa düzeltmeye yönelir. Bu haliyle esasen kapitalist sis- tem içindeki bir müdahaledir. Bununla birlikte, sosyal devletin çıktığı 1980'ler sonrasındaki dünyada bu sistem içi seçeneği hayata geçirebil- mek neredeyse olanaksız hale gelmiştir.

Reform sürecinin amaçları şu şekilde belirlenmektedir:

1) Sağlık düzeyini, kullanıcıların memnuniyetini ve hizmetin kalitesini artırmak.

2) Dezavantajlı grupları gözeterek sağlıkta eşitliği sağlamak.

3) Kaynakları öncelikli etkinliklere yönlendirerek tahsisat verimliliğini, tahsis edilen kaynakları daha iyi kullanarak da teknik verimliliği artırmak, sonuçta sağlık harcamalarını daha maliyet-etkin biçimde gerçekleştirmek. (Kutzin J 1997: 1) Özellikle ekonomik baskılar hükümetleri hükümet dışı ekonomik destek bulmaya zorlamaktadır. Bu zorunluluğa maliyet etkinliğin artırılması gereği de eklenince sağlık sistemlerinin yönetimi sorunu öne çıkmaktadır. Kaynak sorunuyla ilgili olarak tahsisat (allocation), yönetim (management) ve mobilizasyon (mobilization) boyutları özellikle önem kazanmaktadır. Verimliliğin artırılmasının, daha iyi sağlık hizmeti talebiyle, maliyetlerin düşürülmesi zorunluluğu arasındaki gerilimi çözmeye yarayacağı belirtilmektedir. (Hurst J 2000: 755)

Sürece teknik ölçekli birkaç tartışmanın yön verdiği söylenebilir. Bunlardan ilki sağlık harcamalarındaki artıştır. Yukarıda da değindiğimiz gibi bu konu tümüyle sınıfsal içeriklidir ve burjuvazinin alt sektörleri arasındaki çatışmaları da tetiklemektedir. Sağlık harcamalarındaki artış, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasını bile risk altına sokar. Bu ise global ölçekli sağlık sorunlarına, örneğin bulaşıcı hastalık salgınlarına neden olarak, yalnızca yoksul sınıfları değil, aslında bu tür sorunları dert edinmeyecek zengin sınıfları da tehdit eder. İşte sağlık harcamaları üzerinden şekillenen bu gerilim, kaynakların verimli kullanımı amaçlı pek çok tartışmayı da gündeme getirir. Bütün maliyet-yarar, maliyet-etkinlik, maliyet-fayda analizlerinin dayandığı temel esasen burasıdır.

Ancak kaynakların verimli kullanımı tartışmaları, yalnızca kaynak kullanımı üzerindeki ekonometrik çözümlemelerle sınırlı kalmaz. Kaynakları kullanan kurumların yapısı ve birbirleriyle ilişkisi üzerine de odaklanır. Devletin sağlıktaki sorumluluklarının yeniden yapılandırılması tartışması teknik olarak bu gerekçeye bağlanır. Devletin genetik olarak hizmet sunumunda verimliliği sağlayamayacak kadar hantal bir yapıya sahip olduğu tezi de buradan türetilir. Buradan da desantralizasyon, özelleştirme ve sağlık bakanlığı yapılarının küçültülmesi gibi öneriler geliştirilir.

Teknik ölçekli ikinci boyut eşitsizlik konusudur. Kapitalist üretim tarzında eşitsizlik kuraldır. Eşitsizlik temelde ekonomik eşitsizliktir. Ancak toplumsal yaşamın her alanında sınıflar, tabakalar, cinsler, bölgeler arasında eşitsizlik vardır. Sağlık reformları üzerine tartışanlar teknik olarak reform gereksinimini eşitsizliklerle de ilişkilendirirler. Ancak, bu tür sorunların çözümü için kamunun sağlıktaki sorumluluklarının azaltılması ekseninde gelişen reform sürecinin tam tersi etkiler yaratacağı da ortadadır.

Görüldüğü gibi Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık reformunu tanımlarken kullandığı argümanlar önemli derece itiraz götürmeyecek karakterdedir. Ancak bu sorunların çözümü için ortaya atılan öneriler, daha sonraki bölümlerde net olarak göreceğimiz gibi, sorunları daha da ağırlaştıracak niteliktedir.

Yeni stratejilerin sağlık sistemi içinde arz ve talep yönlerini etkilemek üzere planlandığı söylenebilir. Talebi etkileyen stratejiler güvence paketinin daraltılması, kullanıcı ödentileri, katkı payları ve sağlık harcamalarına bir üst sınır getirilmesidir. Arz yönlü stratejiler ise hizmet büyüklüğünü ve maliyetini kontrol etmeyi hedefler. Ödemelerin global bütçeleme ile yapılması bunların içinde en önemlisidir. Bazı uygulamalar hem arzı, hem de talebi etkiler. Reformlar genellikle şu ana alanlar üzerinde yoğunlaşmaktadır: Güdüleme, enformasyon, yönetim, düzenleme ve hizmetleri karma sunmak. (Hurst J 2000: 755) Bütün stratejiler bu alanları etkilemeye yöneliktir.

Güdüleme denildiğinde hizmetin üretimi ile finansmanının birbirinden ayrılması, üreticiler ve bazen de sigortacılar arasında rekabet yaratılması, özelleştirme anlaşılmaktadır. Enformasyonun geliştirilmesi, yeni tıbbi teknolojilerin değerlendirilmesi için sağlık teknolojisi kullanımı, hizmetlerin maliyet analizinin yapılması demektir. Yönetimin geliştirilmesi, kamu sistemlerine özel sektör yöneticilerinin atanması ve yönetimde profesyonelleşmedir. Düzenlemenin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerine performans yönetiminin adaptasyonudur. Hizmetlerin karma sunumu, yataklı hastanecilik hizmetlerinden, ayaktan ve evde tedavi edici hizmetlere yönelimdir. Bir kez daha görüldüğü gibi reform politikaları önemli oranda özel sağlık sektörü ve piyasa vurgusuna sahiptir.

Reformlar şu organizasyonel değişiklikleri amaçlamaktadır: 1- Tedavi edici/sosyal hizmetler entegrasyonunu artırmak. 2- Kamu kurumlarını yeniden yapılandırmak. Aktif yönetime geçmek. Kamu personeline yönetsel ve finansal işlevlerde sorumluluk vermek. 3- Sağlık bakımının kalitesini yükseltmek. 4- Sağlık teknolojilerini maliyet etkinlik açısından düzenli değerlendirmek. 5- Halk sağlığı, koruma ve sağlığı geliştirme programlarını güçlendirmek. Birinci basamağa bunları entegre etmek (Saltman RB 2012: 209-246).

Hizmet entegrasyonu denildiğinde birinci basamağın diğer basamakları yönlendireceği sistemler kastediliyor. Hastane bütçeleri üzerinde birinci basamağa rol veriliyor. Örneğin İsveç'te bölge sağlık kurulları, İngiltere'de birinci basamak sağlık işletmeleri (primary care trusts) böyle. İsveç, Finlandiya, İngiltere, Hollanda'da birinci basamak kurumları büyük merkezler halinde birleştiriliyor. Entegrasyon kapsamında psikiyatrik bakım toplum içine yönlendiriliyor. Bunlar hastane yatak kapasitesini azaltma olanağı veriyor. Aynı hizmet maliyeti daha düşük bu organizasyonel zemine kaydırılmış oluyor. AB ülkelerinde hastane yatak sayısındaki azalma böylece %16'yı buluyor (1996-2005).

Kamu kurumlarının yeniden yapılandırılması kapsamında hastanelerin işletme haline getirilmesi söz konusudur. Estonya, Norveç, İngiltere, Portekiz, İspanya, İtalya'da böyledir. Finlandiya'da ise birinci basamak kamu kurumları kâr amaçsız ve kâr amaçlı özel kurumlara devrediliyor. Hasta tercihi güçlendiriliyor. Hastalar artık istedikleri özel ya da kamu kurumunu seçebiliyor. Norveç ve İngiltere için böyle. Almanya ve İsviçre'de ise hastalar sigorta fonu seçiminde serbest bırakılıyor. Artık hastalar kullanıcı olarak değil, tüketici, müşteri gibi kavramlarla tanımlanıyor. Müşterilerin, bütün aktörlerin birbirleriyle rekabet etmekte olduğu serbest piyasa ortamında, kendi gereksinimlerine en uygun hizmeti ve bu hizmeti üreten kurumu bilinçli olarak seçecekleri varsayılıyor. Bu varsayım bilinçli tüketici tercihi üzerinden paranın hastayı (money follows the patient) izlemesi gerektiği argümanında politik bir seçenek olarak somutlanıyor. Tüketiciyi izleyen paranın, hizmeti üreten kurumlar arasında rekabet yaratacağı, bu rekabetin de sigorta fonlarının tercihlerini akılcı biçimde gerçekleştirmelerini sağlayacak bir zemin oluşturacağı düşünülüyor.

Oysa bu tez açık biçimde burjuva sağlık iktisadının bile temel bilgisini çığner. Burjuva iktisadının temel bilgisine göre sağlık hizmetleri üretiminde, diğer hizmet ve meta üretim alanlarının tersine, hizmeti üreten ile kullanan arasında, üretilen hizmete ilişkin bilgi asimetrisi mevcuttur. Bilginin üreten ile kullanan arasındaki bu asimetrik dağılımı, hizmeti kullanmak durumunda olanın, tercihlerinde üreten kuruma bağımlı olmasını yaratırken, sağlık piyasasındaki rekabeti de geçersizleştirir. Bilginin asimetrik dağılımı avantajıyla hareket eden hizmet üreticisi kurumlar, kullanıcılarda, bizzat kendileri talep yaratabilirler: Arzın yarattığı talep (demand induced by supply). Burjuva sağlık iktisadı buradan hareketle, sağlık hizmetleri üretiminin piyasaya bırakılamayacağını, en azından, üzerinde mutlaka sıkı bir kamu denetiminin bulunması gerektiğini belirtir. Şimdi paranın hastayı izlemesi gerektiğini, bunun sağlık piyasasında verimliliği artıracak rekabet ortamının yaratıcısı olacağını ileri süren sağlıkta reform yanlıları kendi doktrinlerinin temel kurallarını çığnemiş oluyorlar.

Sağlık hizmetinin kalitesinin yükseltilmesi açısından teknoloji ve ilaçların lisanslandırılması, kalite eğitim programları söz konusu edilebilir.

Sağlık hizmeti artık yoğun teknoloji kullanılan bir üretim alanı durumunda. Bu gelişme tıbbi teknoloji kullanımında maliyet etkinlik yaklaşımını önemli kılıyor. Pek çok ülkede bunun için özel kurullar oluşturuluyor. Bu kurullar, sosyal güvenlik kurumlarının hangi teknolojilerin kullanımının geri ödemesini yapacağına, maliyet etkinlik yaklaşımıyla karar veriyorlar. Maliyet etkin olmadığı düşünülen girişimler için artık finansör kurumlar geri ödeme yapmıyor ya da geri ödeme oranını düşürüyorlar.

Halk sağlığı programları olarak kronik hasta ve kanser tarama programları uygulanıyor ve bunlar birinci basamağa entegre edilmeye çalışılıyor. Tarama programlarının, bir kez ortaya çıktıktan sonra tedavi, rehabilite edilmeleri ve yönetilmeleri çok maliyetli olan bu tür hastalıklara yapılan toplam harcama miktarını orta ve uzun vadede azaltacağı tahmin ediliyor. Ancak kısa vadede bu tarama programları kendileri ek kaynak gereksinimi yaratıyorlar ve bu nedenle kimi kez uygulanamaz oldukları bile düşünülebilir. Nitekim tarama programlarının toplam sağlık har-

camaları içindeki payı Avusturya'da %1.6'dan %2'ye, Hollanda'da %3.5'den %4.7'ye yükseldi.

Ve en son olarak, sağlık insan gücü performansının geliştirilmesi amacıyla performansa göre ücretlendirmeye geçiliyor. Bunun amacı da insan gücü boyutunda rekabetin yerleştirilmesidir.

5- Sağlık reformlarını sınıflayalım

Yukarıda özetlediğimiz tarihsel sürecin mantığına uygun biçimde sağlık reformlarını sınıflayalım ve bundan sonraki bölümlerdeki incelememizi bu sınıflama üzerinden sürdürelim.

Sağlık reformu başlığı altına pek çok politik strateji sokuluyor. Bunlardan bir kısmı hizmetin finansmanıyla, bir kısmı birinci basamak ve hastaneler olmak üzere hizmetin üretimiyle, bir kısmı finansman ve üretimin ilişkilendirilmesiyle, bir kısmı sosyal devlet döneminde sağlık hizmetleri üretiminde esas sorumluluğu üstlenmiş olan sağlık bakanlığının yapısıyla ilişkili. Bu politik stratejiler içerikleri, hedefleri ve ortaya çıkardıkları sonuçlar itibarıyla çoğu kez birbirlerinin alanlarına müdahalede de bulunuyorlar. Örneğin hastanecilik hizmetlerine yönelik bir müdahale aynı zamanda birinci basamağın görev ve yetkilerinin yeniden tanımlanması ve/veya farklı finansman mekanizmalarının yaratılması anlamına da gelebiliyor. Benzer şekilde hizmetin üretimi ve finansmanından sorumlu yapıların yeniden ilişkilendirilmesi, kurumlarda ve hastalarda maliyet bilinci yaratılması yaklaşımıyla, sağlık hizmetleri için ek kaynak yaratma stratejisini gündeme getirebiliyor. Personelin ücretlendirme yöntemlerindeki değişim, personelde maliyet bilinci yaratarak verimliliği artırma ve yeni bir kurumsal kültür oluşturmaya odaklanabiliyor.

O nedenle, sağlık reformlarını (hangi yöntemle olursa olsun) sınıflandırmak bir noktadan sonra, yalnızca incelemeyi kolaylaştıran bir soyutlama faaliyetidir.

Bizim burada tercih edeceğimiz tarihsel süreçle uyumlu sınıflandırmanın da, şüphesiz böyle bir özelliği var.

Ne demiştik: Sosyalizmin çöküşü, batıda sosyal devletin çöküşünü tetikledi. Burjuvazi sosyal devletçi mutabakattan imzasını çekti ve sosyal fonlara ödeme yapmayacağını açıkladı. Bu yeni konjonktür sağlık için

kullanılan fonlarda ciddi bir açığın ortaya çıkmasına neden oldu. Oysa, 1950'lerden itibaren geçen 30-40 yıl boyunca sağlık hizmeti üretimi daha maliyetli hale gelmiş ve bu maliyetli hizmetin kullanım miktarı da geometrik miktarda artmıştı. Yani devletin çekilmesiyle oluşan açık ciddi bir açıktı. Bu açığın artık yeni kaynaklarla finanse edilmesi gerekiyor. Bu noktada hükümetler gözlerini vatandaşın cebine diyorlar. Dolayısıyla sınıflamamızın ilk başlığı devletin küçültülmesidir ve bunun içine sağlık için ek kaynak yaratılması, maliyet sınırlama, maliyet paylaşımı, teminat paketinin daraltılması, sağlıkta (kamu) sigorta sistemine geçiş gibi politik stratejileri alıyoruz.

Fakat, devletin küçültülmesiyle ilişkili gelişmeler yalnızca boşluğu dolduracak yeni finansman araçlarının tanımlanmasıyla sınırlı kalmıyor. Küçülen devlet, arkada bıraktığı boşluğu doldurmak üzere aktif bir faaliyet içine giriyor ve hem hizmet üretim hem de finansman bileşenlerinde özelleştirme politikalarını gündeme getiriyor. Dolayısıyla ikinci başlığımız sağlık sisteminin özelleştirilmesidir. Bu başlık altında finansman ve üretim bileşenlerini ayrı ayrı ele alacağız. Ayrıca, kamu özel ortaklığı denilen politik stratejiyi de bu başlıkta inceleyeceğiz.

Sağlıkta reformun en önemli bileşenlerinden birisi olarak, sistemin entegre yapısının parçalanması operasyonu karşımıza çıkıyor. Bu operasyon, kurumların işletmeleştirilmesi ve rekabet kültürünün yaratılması için gerekiyor. Bu amaçla önce üretim ve finansman bileşenleri birbirinden ayrılıyor. İkinci aşamada bu iki temel bileşen kendi içinde parçalanıyor. Finansman bileşeninde onlarca hatta yüzlerce kamu ve/veya özel sigorta şirketi, üretim bileşeninde de binlerce özel ve/veya kamu nitelikli birinci basamak ve hastane yapıları karşımıza çıkıyor. Sonra finansör kurumlarla hizmet üreticileri birbirleriyle "rekabetçi" bir ilişkiye sokuluyorlar. Bu ilişki sigorta fonlarıyla hizmeti üretenler arasındaki sözleşmelerle tesis ediliyor. Kimi kez birinci basamak kurumlarına hastaneler karşısında hizmet satın alıcısı rolü de veriliyor ve bu gelişme birinci basamak işlevlerinin yeniden tanımlanması olarak sunuluyor. Sözleşme zemininde kurumlara ve sağlık emekçilerine ödemelerin hangi yöntemle yapılacağı konusu önem kazanıyor. Çünkü her ödeme yönteminin kurumsal ve bireysel davranışlar üzerinde ayrı etkileri var. Sözleşmelerle düzenlen-

meye çalışılan bu piyasa ortamına iç piyasa (internal market), yönetilen piyasa (managed market), yönetilen rekabet (managed competition) gibi isimler veriliyor. Sözleşme düzenlemeleri özellikle hastaneler üzerinde yatak kapasitesini azaltma, kimi hizmetleri üretmekten vazgeçme gibi basınçlar yaratıyor. İşte bu çok kapsamlı müdahaleleri organizasyonel değişiklikler başlığında toplayacağız. Organizasyonel değişiklikler kapsamına üreten ve finanse eden yapıların birbirinden ayrılması, birinci basamağın güçlendirilmesi, hastanelerin yeniden yapılandırılması, ödeme mekanizmalarının değiştirilmesi, desantralizasyon başlıklarını alacağız ve bunları ayrı ayrı inceleyeceğiz.

Bundan sonraki ilerleyiş tarzımızı belirledikten sonra şimdi sırayla devam edebiliriz.

İkinci Bölüm

Devletin Küçülmesi

1-Sağlık hizmetleri için ek kaynak yaratılması

Sağlık hizmetleri için ek kaynak yaratılması gereği, kamu sağlık finansmanının düşürüldüğü zeminde ortaya çıkıyor. Yani devletin sağlık hizmetlerindeki sorumluluğu geri plana çekildiğinde ek kaynak yaratma gereği doğuyor. Hizmet kullanım anında hastalardan para almak bunun en kolay yolu olarak devreye sokuluyor. Bu durumda koruyucu sağlık hizmetleri çoğunlukla bu uygulamanın dışında tutuluyor. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise değişen oran ve/veya miktarlarda paranın muhatabı oluyor.

Oysa, daha Bismark döneminde, hastalık anında, tedavi hizmetinin kullanıldığı anda hizmetin maliyetine parasal katkı yapmanın herkes için olanaklı olamayabileceği öngörüsüyle, ön ödeme sistemleri ve sağlık fonları oluşturulmuştu. Dolayısıyla bu tercih Bismark öncesine geri dönüştür.

Hastanın sağlık hizmetini kullandığı anda alınan para ya da para alma yöntemi, Türkiye’de kabaca katkı payı ya da fark olarak isimlendirilirken, yabancı literatürde kullanıcı ödentisi (user fee) olarak biliniyor. Bu kavram daha sonra, para alma yöntemine göre kendi içinde ayrıtıldı-rılıyor.

Kullanıcı ödentisi batı ülkelerinde nakdi bir ödeme yöntemidir ve üçe ayrılır:

Co-payment (ödemeye katılım), hastanın kullandığı sağlık hizmeti için, hizmet türüne göre değişen miktarlarda sabit bir ödeme yapmasıdır. Örneğin Türkiye’de aile hekimliği merkezlerinde üçe kadar ilaç içeren her reçete için ödenen üç TL’lik para böyledir.

Co-insurance (sigortaya katılım), hastanın kullandığı hizmetin maliyetinin belli bir yüzdesini kendisinin ödemesidir. Örneğin Türkiye’de çalışanların reçete edilen ilaçlar için ödedikleri %20’lik fark ya da özel hastanelerden yararlanılan hizmetler için SGK’nun belirlediği fiyatın %200’üne kadar ulaşan fark böyledir.

Deductible (ödeme sınırı), sosyal güvenlik kurumunun belirlediği bir maliyet sınırına kadar, bütün maliyetin hasta tarafından karşılanmasıdır. Bu durumda, sosyal güvenlik kurumunun ödemesi, bu sınır aşıldığında devreye girer.

Yukarıdaki tanımların Türkçe’de tam karşılığı olmadığı için, bu kitapta, özel olarak belirtmediğimiz sürece, daha popüler bir terim olduğu için kullanıcı ödentisi yerine katkı payını kullanmayı tercih ediyoruz.

Kullanılan sağlık hizmeti maliyetinin kullanan hasta tarafından paylaşıldığı bütün bu yöntemler maliyet paylaşımı (cost sharing) olarak da bilinir.

Bugün Avrupa’da bunların her birisi için yaygın bir örnek kümesi ortaya çıkmıştır ve böylece bu uygulamaların ortaya çıkardığı etkilerin izlenmesi bakımından da yeterli deneyim birikmiştir.

Hükümetler katkı payı stratejisini sağlık hizmetinin gereksiz kullanımını engellemek adına kullanıyorlar. Ancak işe, gereksiz hizmet kullanımının ne demek olduğunu net olarak tanımlamadan başlıyorlar. Sonuç genellikle düşük gelirlielerin hizmet kullanımında azalma biçiminde ortaya çıkıyor. Oysa bu gruplar sağlıkları daha kötü ve dolayısıyla hizmete daha çok gereksinimi olanlar.

Aşağıdaki tablo, AB bölgesinde maliyet paylaşımına ilişkin durumu olabildiğince yeni bir tarih için özetliyor.

Tablo: AB coğrafyasında maliyet paylaşımının hizmetlere göre durumu

Ülkeler	Genel pratisyen /uzman	Yatan hasta	İlaç	Diş hizmetleri
Avusturya	+	+	+	+
Belçika	+	+	+	+
Bulgaristan	+	+	+	+
Kıbrıs	+	+	+	+
Çek Cum.			+	+
Danimarka			+	+
Estonya	+	+	+	+
Finlandiya	+	+	+	+
Fransa	+	+	+	+
Almanya	+	+	+	+
Yunanistan			+	+
Macaristan	+	+	+	+
İrlanda	+	+	+	+
İtalya			+	+
Litvanya	+	+	+	+
Letonya			+	+
Lüksemburg	+	+	+	+
Hollanda			+	+
Malta	+	+	+	+
Polonya			+	+
Portekiz	+	+	+	+
Romanya			+	
Hırvatistan			+	+
Slovak Cum.	+	+	+	+
Estonya			+	+
İsveç	+	+	+	+
İngiltere			+	+

Kaynak: Thompson S ve diğ 2009: 46

Avrupa ülkeleri birinci basamak başvurusu için katkı payı uyguluyor. Avusturya'da miktar yıllık 10 Euro. Çocuklar, asgari ücretli emekliler, özel sağlık sorunları olanlar hariç olmak üzere. Birinci basamak hekimleri sigorta fonlarıyla kapı tutuculuk işlevini yerine getirmek üzere sözleşme yapıyor. Belçika'da genel pratisyenler için katkı payı %25 ve uzman hekimler için %40. Sosyoekonomik durumu düşük olanlar için oranlar %10 ve 15. Belçika'da genel pratisyenler özel çalışanlar ve kapı tutucu işlevleri yoktur. Çek Cumhuriyeti'nde birinci basamakta katkı payı yok. Hekimlerin kapı tutucu işlevi de bulunmuyor. Danimarka'da katkı payı var. Ancak sevk edilen hastalar uzman için katkı payı vermez. Genel pratisyenler ve uzmanlar özel çalışan statüsündedir. Birinci basamak kapı tutucudur. Fransa'da katkı payı %30 oranındadır. Uzun süreli bakım gerektiren hastalıklar hariç. Ayaktan bakım kendi hesabına özel çalışan hekimlerce sunulur. Genel pratisyenlerin kapı tutuculuğu isteğe bağlıdır. Almanya'da her dört ayda bir ilk hekim başvurusu için 10 Euro katkı payı var. Kronik hastalığı olanlar muafır. Yunanistan'da ayaktan genel pratisyen ve uzman hekim muayenesinde katkı payı yoktur. Birinci basamak kapı tutucu değildir. Ancak özel sektör yaygındır. İtalya'da genel pratisyenlik hizmetlerinde katkı payı yok, ancak informal ödemeler var. Uzman hekim muayenesi için her muayeneye 35 Euro ödeme yapılır. Bu miktar bölgeler arasında değişir. Genel pratisyenlerin kapı tutuculuğu vardır, ancak hastalar bazı uzmanlık hizmetleri için doğrudan başvuru yapabilir. Hollanda'da birinci basamakta katkı payı yok. Genel pratisyen kapı tutucu ve kamuyla sözleşmeli. Ayaktan bakım hizmeti veren uzman hekimler de hastanelerle sözleşmeli çalışır. Polonya'da katkı payı var. Informal ödeme de mevcut. Genel pratisyen kapı tutucu. İspanya'da katkı payı yok. Genel pratisyenler kapı tutucu. Ancak bazı hizmetler için sevk zorunluluğu yok. İsveç'te her genel pratisyen muayenesi için 15 Euro ve uzman hekim muayenesi için de 30 Euro ödenir. Genel pratisyen için kapı tutuculuk getirilmeye çalışılıyor. İsviçre'de ayaktan bakım hizmetleri ve genel pratisyenler için %10'luk katkı payı var. Ayrıca yıllık 1100 Euro'ya kadar deductible ödenmek zorunda kalınır. Hastalar istedikleri hekimi seçebilir. Avrupa'da kamu genel pratisyen hizmetlerine katkı payı uygulanması 50 yaş üzerindeki nüfusta genel pratisyen kullanımını %6

düşürüyor. Eş zamanlı olarak özel genel pratisyen kullanımı %1 artıyor. Yine aynı zamanda hem kamu hem de özel uzman hekim kullanımı artıyor. Muhtemelen bu durumda hastalar katkı payı ödemektense daha kaliteli hizmet verdiğini düşündükleri uzman hekime başvurmayı tercih ediyorlar. Genel pratisyenin kapı tutucu işlevi varsa kamuda uzman hekim kullanımı %8, özelde ise %4 azalıyor. Uyumlu biçimde kronik hastalık durumunda özel sağlık hizmeti kullanımı artıyor. Ancak özellikle sağlıklı olanların koruyucu hizmet kullanımı da düşüyor. Kronik hastalığı olmayanlarda katkı payı uygulaması genel pratisyen kullanımını %13 azaltıyor. Eğer genel pratisyenin kapı tutuculuğu varsa düşüş oranı %11 olarak gerçekleşiyor. Bu sonuçlar gereksiz sağlık hizmeti kullanımını azaltmak için birinci basamağa uygulanan katkı payının koruyucu sağlık hizmeti kullanımını da engelleyebileceğini gösteriyor (Biro A 2013).

27 AB ülkesinde ayaktan ve yataklı tedavi hizmetlerinden alınan katkı paylarının etkisi şöyle: En sık kullanılan katkı payı yöntemi co-payment, sonra co-insurance. Bunların ikisi birlikte karma bir yapıda da kullanılabiliyor. Genel pratisyenden sevk olmadan uzman hekime gidenler katkı payına daha çok maruz kalıyor. 27 ülkeden yalnızca 5'inde bu tip bir düzenleme yok. Yıl içinde genel pratisyene ilk başvuru için alınan co-payment miktarı ülkelerde 1-40 Euro arasında değişiyor ve hastane-deki ilk yatış günü için ödenen co-payment miktarı da 75 Euro'ya kadar ulaşabiliyor. Koruyucu sağlık hizmetleri genellikle katkı payından muaf tutuluyor. Ayrıca çocuklar, yaşlılar, emekliler, düşük gelirli, kronik ve ciddi hastalığı olanlar katkı payından ya muaflar ya da indirimli ödüyorlar. Maliyet paylaşımına maruz kalan nüfusun oranı %92 (Fransa) ile %50 (Portekiz) arasında değişiyor. Slovenya, Fransa ve Almanya gibi giderek artan sayıdaki ülkede maliyet paylaşımı için tamamlayıcı sigorta devreye sokuluyor. Analizler informal ödemelerin olduğu ülkelerde maliyet paylaşımının daha az olduğunu gösteriyor. Vergiyle finanse edilen ülkelerde maliyet paylaşımı hizmetin maliyetiyle ilişkisiz olarak belirleniyor. Ayrıca genel pratisyenin kapı tutuculuk yapmadığı sistemlerde de durum böyle. Sigorta sistemleri ile kapı tutucu sistemlerde paylaşılabilecek maliyeti maliyetin miktarı belirliyor. Co-payment sisteminin en çok kullanılmasının nedeni toplanmasının kolay ve daha düşük maliyetli olması. Buna

karşılık hizmet kullanımını azaltıcı etkisi daha belirgin. Kimi riskli grupların maliyet paylaşımından tamamen ya da değişik derecelerde muaf tutulmasının nedeni eşitlik amacıdır. Ancak bu tür muafiyet tercihleri eşitlik bakımından her zaman etkili olamıyor. Yüksek gelirli batı Avrupa ülkelerinde bile (Belçika, Finlandiya, İsveç gibi) hastalar ödeme güçlüğü çekebiliyor ve hizmete başvurularını geciktirebiliyor ya da tümüyle iptal edebiliyor. Avrupa ülkelerinde, buna karşılık, hem katkı payı uygulayan ülke sayısı hem de katkı payı miktarı artıyor (Tambor M ve diğ 2010).

2000-2010 arasında cepten harcamalarda Almanya'da %87'lik artış oldu. İngiltere'de cepten harcamaların oranı azaldı. Fransa'da arttı. Cepten harcamaların toplam sağlık harcamalarına oranındaki artış Almanya'ya %62.4 oranında gerçekleşti. Ülkeler jenerik ilaç kullanımını artıracak ödüllendirme mekanizmaları kullanıyorlar. Tezgah üstü ilaç kullanımını teşvik ediyorlar. Geri ödeme listesindeki ilaç sayısını azaltıyorlar. İlaçları maliyet yarar analizine tabi tutuyorlar. Bu politikalar genellikle maliyet paylaşımıyla birlikte gündeme getiriliyor. Fransa 2008 başından itibaren her reçete edilen ilaç için 0.50 Euro co-payment alıyor. Bunun yıllık maksimum miktarı 50 Euro ile sınırlanıyor. Ayrıca ilaçtaki maliyet paylaşımını %15-35 arasında artırdı. İlaçtaki geri ödeme oranı ciddi olarak değerlendirilmeyen hastalıklar için %35'e kadar düşürüldü. Ancak 16 yaşından küçükler ve tamamlayıcı (complementary) sağlık sigortası olanlar için tam geri ödeme yapılıyor. Ayrıca 30 kronik hastalıktan herhangi birisine sahip olanlar, beş aylıktan büyük gebeliği olanlar, iş kazasına uğrayanlar da maliyet paylaşımından muaf. Almanya ilaç için maliyet paylaşımı miktarını 3 Euro'dan 2010 yılında 5'e çıkardı. 2004 yılında maliyet paylaşımı oranı, referans fiyatın %5-10'u oranında artırıldı. 50-100 Euro arasında fiyatı olan ilaçlar için maliyet paylaşımı oranı %10 olarak sabitlendi. Ancak her reçete için miktar olarak 5-10 Euro arasında bir sınır aralığı belirlendi. Referans fiyatın %30 altında fiyatı olan ilaçlar maliyet paylaşımının dışında tutuldu. 18 yaş altındakiler, düşük gelirli, kronik hastalığı olanlar paylaşımdan muaflar. 2000 yılında İngiltere'de reçetelerin yalnızca %14'ü maliyet paylaşımının konusuydu ve bu ilaçlar için her reçeteden sabit olarak 9 Dolar maliyet paylaşımı alınıyordu. Bu miktar 2010 yılında 11.3 Dolar'a yükseltildi. Aslında İngiltere'de ilaç için

maliyet paylaşımı sınırlıdır. 16 yaşından küçükler, tam süreli öğrenciler, gebeler, bir yaşından küçük çocuğu olanlar, 60 yaşından büyükler, kronik hastalığı ve kanseri olanlar da maliyet paylaşımının dışındadır. Fransa'da yataklı hastane hizmetleri için co-insurance oranı %20'dir. Ayrıca co-payment miktarı da 2000 yılında 10.7 Euro iken 2010'da 20 Euro yükseltilmiştir. Ancak kronik hastalar, 31. günün üzerindeki hastane yatışları, gebeliklerinin son dört ayında hastaneye yatırılan gebeler, düşük gelirli bunlardan muafır. 2006'dan beri magnetik rezonans, ve apendektomiden daha ağır cerrahi müdahaleler için 18 Euro'luk bir katkı payı ödenir. Almanya'da yatılan gün başına ödenen maliyet paylaşımı miktarı 3 Euro'dan, 2010 yılında 10 Euro'ya yükseltildi. Ancak 28 günden sonraki hastane yatışları, gebeler, 18 yaşından küçükler, yılda ödedikleri maliyet paylaşımı yıllık gelirlerinin %2'sinden fazla tutanlar (ciddi kronik hastalığı olanlar için bu oran %1'dir), çalışma kapasitesinin %60'ını yitirmiş olanlar paylaşımdan muafır. İngiltere'de yataklı hizmetler için maliyet paylaşımı yoktur. Fransa'da genel pratisyen ve uzman hekim muayenesi için co-insurance oranı halen %30'dur ve son 10 yıldır değişmemiştir. Ancak bunun üzerine 2006'da 18 Euro'luk bir co-payment eklendi. 2005'ten beri her hekim muayenesi, biyolojik test, radyolojik tetkik için 1 Euro'luk bir ödeme yapılır. Bunun günlük üst sınırı 4, yıllık üst sınırı da 50 Euro'dur. Gebeler, 65 yaşın üzerindeki kilerin aşı için başvuruları, 13 aylıktan küçük çocukların Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak aşısı maliyet paylaşımının dışındadır. Eğer ayaktan bakım masrafı 91 Euro'nun üzerindeyse maliyet paylaşımı yoktur. Bu tür maliyet paylaşımından kurtulmak için nüfusun %88'i özel sigorta yaptırmıştır. İngiltere'de göz hizmetleri NHS kurumlarında verilmez. Sonuçta cepten harcamaların oranında azalma vardır. Bunun nedeni kimi grupların korunmaya alınmış olmasıdır (Zare H, Anderson G 2013).

Tablo: Maliyet paylaşımından muaf tutulan gruplar

	İlaç	Ayaktan bakım	Yataklı bakım
Fransa	a)Yıllık 50 Euro'nun üzerinde cepten harcama b)16 yaşından küçükler c)Tamamlayıcı evrensel sağlık sigortası olanlar d)İş kazaları e)5 aylıktan büyük gebeler	a)Gebelik muayeneleri b)65 yaş üzerinde grip aşıları c)13 yaşından küçüklerin kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşıları d)Bazı kanser taramaları e)91 Euro'nun üzerindeki faturalar f)Özel sigortası olanların %88'i	a)31. günden sonraki hastane yatışları b)Gebeliğinin son 4 ayındaki gebeler c)Düşük gelirliiler d)Yetiyitlimli çocuklar ve tutuklular e)91 Euro'nun üzerindeki hizmetler f)Co-payment için özel sigortalılar
Almanya	a)Kronik hastalığı olanlar için hane halkı gelirinin %1'i, olmayanlar için %2'si kadar maksimum ödeme b)18 yaşından küçükler c)Düşük gelirliiler d)Kronik hastalığı olanlar	a) Gebeler b)18 yaşından küçükler c)Bazı koruyucu hizmetler	a)28. günden uzun hastane yatışları b)Gebeler c)Kronik hastalığı olanlar için hane halkı gelirinin %1'i, diğerleri veya çalışma gücünün %60'ını yitirmişler için %2'si kadar maksimum ödeme d)Bazı kronik hastalar

İngiltere	İlaçların %86'sı parasızdır. Diğer ilaçlar için muaf gruplar şunlar: a) 16 yaşından küçükler b) 16-19 yaş arasındaki tam süreli öğrenciler c) Gebeler d) Son 12 ayda doğurmuş kadınlar e) 60 yaş ve üzerindeki f) Bazı özel tıbbi durumlar g) Düşük gelirli h) Çok ilaç yazılmış hastalar	Çoğu hizmet parasız. NHS'nin kapsamadığı görme testi, gözlük, kontakt lens için şu gruplar muaf: 16 yaşından küçükler, 16-19 yaş arasındaki tam süreli öğrenciler, 60 yaş ve üzerindeki, düşük gelirli, diyabetli, glokom riski olanlar	NHS kurumlarında hizmet parasız
------------------	--	--	--

Kaynak: Zare H, Anderson G 2013: 42

Tablo: 2000-2010 arasında sağlık harcamalarının değişimi

	Fransa	Almanya	İngiltere
Kişi başı toplam sağlık harcaması Dolar			
2000	2484	2573	1751
2010	3835	4187	3253
Değişim %	54.4	62.7	85.8
Kişi başı cepten sağlık harcaması Dolar			
2000	181	306	209
2010	290	571	306
Değişim	60.2	86.6	46.4
Toplam sağlık harcaması içinde cepten sağlık harcamasının payı %			
2000	7.3	11.9	11.9
2010	7.6	13.6	9.4
Toplam hane halkı geliri içinde cepten sağlık harcamasının payı %			
2000	0.9	1.5	1.0
2010	1.2	2.4	1.3
Değişim %	34.2	62.4	29.3

Kaynak: Zare H, Anderson G 2013: 37

Tablo: Hastane ödemeleri içindeki cepten harcamaların değişimi

	Fransa	Almanya	İngiltere
Kişi başı hastane harcaması Dolar			
2000	898	800	?
2010	1357	1245	?
Değişim %	51.1	55.6	?
Kişi başı cepten harcama Dolar			
2000	24	20	?
2010	37	37	?
Değişim %	54.2	85.0	?

Kaynak: Zare H, Anderson G 2013: 40

Tablo: Ayaktan bakım ödemeleri içinde cepten harcamaların değişimi

	Fransa	Almanya	İngiltere
Kişi başı ayaktan bakım harcaması Dolar			
2000	677	756	?
2010	1082	1278	?
Değişim %	59.8	69.0	?
Kişi başı cepten harcama Dolar			
2000	71	73	?
2010	110	167	?
Değişim %	54.9	128.8	?

Kaynak: Zare H, Anderson G 2013: 41

Almanya 2004 yılında gündeme soktuğu bir planla kamu sağlık harcamalarını azaltmayı ve sağlık hizmetleri için ek kaynak yaratmayı hedefledi. Bu plan ortamında altı aylık gebe olan Schneider şu sıkıntısını kamuoyuyla paylaşıyordu: “Faturamdaki testlerin çoğunu yaptırmamıştım. Üstelik bir kontrol randevumu iptal ettirmek için jinekologumu telefonla aradığım için de 10 Euro'luk ek bir fatura daha ödemek zorunda kaldım.” Planın getirdiği en önemli değişiklik yılın her üç ayı içindeki ilk hekime başvuru ve sonraki bütün sevsiz başvurular için 10 Euro'luk bir ek ödeme alınması oldu. Sözde, buradaki amaç gereksiz hekim kullanımının ve sağlık harcamasının önlenmesiydi. 300 bin kişi bu ek ödemeyi vermeyi reddetti. Ancak bu arada reform amacına ulaştı ve Almanların hekim kullanma ortalaması düştü. Bu katkı payının esas olarak dar gelirli olanları etkilediği de ortaya çıktı. Örneğin Berlin'in kenar mahallesi olan Neukolln'de hekime başvurudaki azalma %17 iken, Berlin merkezinde %9 olarak gerçekleşti. Kamu harcamalarını azaltmak için ilaç geri ödemeleri de düşürüldü (Aris B 2005).

Almanya'da ilaç ve diş sağlığı hizmetleri için katkı payı zaten vardı. 2004'de buna yenileri eklendi. Her ayaktan reçeteye, yazılan ilacın fiyatı referans fiyattan %30 ucuz olmadığı takdirde 5-10 Euro katkı payı konuldu. Her yataklı gün için 28 güne kadar olan yatışlarda gün başına 10 Euro, reçete edilen tıbbi cihazlar için 5-10 Euro katkı payı alınır. Maliyet paylaşımı aile yıllık gelirinin %2'siyle sınırlıdır. Kronik hastalığı olanlarda sınır %1'dir. Ancak meme, serviks, kolon kanserlerinde bu %1 sınırının geçerli olabilmesi için tanı öncesinde düzenli tarama testlerinin yaptırılmış olma-

sı gerekir. Cepten harcamalar toplamda %13'tür (2007). Kendi hesabına çalışanlar ve geliri yüksek olup kendi istekleriyle zorunlu sigortanın dışında kalanlar özel sigortayı tercih eder. 2007 için özel sigortanın toplam harcamalar içindeki payı %9.3 idi. Maliyet sınırlaması için ilaç harcamalarının üst sınırı hükümetçe belirlenir (The Commonwealth Fund 2010).

İngiltere'de ilaç harcamaları toplam sağlık harcamaları içinde üçte birin üzerinde bir pay tutuyor. Bu nedenle burada da hükümet ilaç fiyatlarını merkezi olarak belirliyor. Ayrıca tedavisi pahalı olan sağlık sorunları için standart tanı ve tedavi şemaları kullanılıyor (Meadowcroft J 2008). Bunlar ilaç tüketimini sınırlamak amacıyla yapılıyor. Her reçeteden 11.5 Dolar katkı payı alınıyor. Ancak reçetelerin yaklaşık %89'u bundan muaf'tır. Çünkü 16 yaşından küçüklerden, tam süreli eğitim alan 17-18 yaşındakilerden, 60 yaş üzerindekiilerden, düşük gelirliilerden, gebelerden, 12 aylıktan küçük bebeği olanlardan, yetiyitlimlilerden ve kronik hastalığı olanlardan bu katkı payı alınmaz. Toplam sağlık harcamasının %11'i cep-tendir (2007) (The Commonwealth Fund 2010).

Fransa'da co-insurance bütün sağlık hizmetlerine ve ilaca uygulanır. Hastane hizmetlerinde %20, hekim muayenesinde %30, diş hizmetlerinde %30'dur. Kronik hastalığı olanlar ile yaşlılar muaf'tır. Tedavi değeri sınırlı olduğu düşünülen ilaçlarda katılım oranı %35, 65 ve 100 değerlerindedir. Kendi genel pratisyenine giden hastalara %30, diğer genel pratisyenlere gidenlere %50 co-insurance uygulanır. Aradaki fark herhangi bir tamamlayıcı sigorta tarafından da geri ödenmez. Ayrıca yıllık 74 Dolar'a kadar olan faturalar, 1.49 Dolar'lık hekim muayenesi, 0.74 Dolar'lık reçete, 2.98 Dolar'lık ambulans hizmeti, 27 Dolar'lık hastane hizmeti katılımı da tamamlayıcı sigorta tarafından geri ödenmez. İlk 31 günün üzerindeki hastane yatışları da katılım payından muaf'tır. Cepten ödemeler ile özel sigorta harcamalarının toplamdaki payı %13.6'dır (2007). Tütün ve alkole konulan vergilerin sağladığı pay ise %8'dir. Nüfusun %90'ının tamamlayıcı özel sigortası vardır. Ancak bu sigortanın kapsamına giren hizmetlerin kalitesi sigorta şirketinin mali gücüne göre farklılaşır. Örneğin 5 milyon düşük gelirli insanın tamamlayıcı sigortası ancak kamu kurumlarındaki hizmeti ödeyebilir (The Commonwealth Fund 2010).

Danimarka'da özel harcamaların toplamdaki oranı 1980'de %16 iken,

2001'de %19'a, dış sağlığı hizmetlerinde katkı payının payı %50'den 80'e yükseltildi. İlaç katkı paylarında da artış oldu. 1980'de tamamlayıcı sigortaya (katkı paylarını karşılayacak özel sigorta) üye olanların sayısı 385 bin iken, 2001'de 1.7 milyona yükseldi. 1990'larda ilk kar amaçlı özel hastaneler açıldı. 2000'lerin ortasında 500 bin kişinin özel hastanelerde cerrahi girişimler için (%85 geri ödeme yapan) özel sağlık sigortası vardı (Pedersen KMI ve diğ 2005).

21 eski sosyalist ülke çöküş sonrasında sağlık hizmetlerini finanse etmek için kamu kaynaklarında düzenleme gerçekleştirdi. Bunun anlamı ek vergidir. Ek vergiler ücret vergisi ile tütün ve alkol ürünlerine konulan özel sağlık vergileri biçimindedir. Örneğin Letonya'da sigara vergisinin üçte biri sağlık hizmetleri için harcanıyor. Bulgaristan'da sağlık hizmetleri için %6, eski Yugoslavya ülkelerinde ise %17 ücret vergisi alınıyor (Sheiman I ve diğ 2010: 85-118).

Slovak Cumhuriyeti'nde 2003 yılında hizmetlerden katkı payı alınmaya başlandı. Sonuçta genel pratisyenlere başvuru %30, hastaneye sevk hızı ile hastanede kalış süresi %25 azaldı. Sağlık bakanlığı düşüşün gereksiz hizmet kullanımının ortadan kalkmasıyla ilişkili olduğunu söylese de buna ilişkin doğru veriler bulunmuyor (Esmail N 2004).

Macaristan'da ise 2007'de önemli katkı payları getirildi. Sonuçları da yukarıdakine benzer oldu. Çek Cumhuriyeti'nde 2008'de gündeme sokulan katkı payı sonrasındaki dönemde acil hizmetlerin kullanımı %44, uzman hekim kullanımı %24, hastane yatış oranı %14, reçete sayısı da %45 azaldı (Pazitny P 2008).

Macaristan'da sosyal güvenlik fonunun açıkları kurulduğu yıl olan 1994'den 2005'e kadar önemli ölçüde arttı: Açığın gelire oranı %3.4'den %31.2'ye çıktı. Fonun toplam açığı yıllık toplam gelire eşit. Sonuçta hem kamu sağlık harcamalarının hem de toplam kamu borçlarının oranını azaltmak için 2006 yılında reform paketi açıklandı. Katkı payı getirildi. Ancak 2008 referandumu sonucunda katkı paylarının bir kısmı kaldırılmak zorunda kalındı. Aradaki sürede hedeflenen sonuçlarla uyumlu gelişmeler olmuştu. Cepten harcama oranı 2005-2008 arasında toplam hane gelirinin %3.7'sinden %4.4'üne çıktı. Oranlar yüksek gelir grubunda %2.1-2.5 iken düşük gelir grubunda %6.1-7.3 olarak değişti. Oranlardaki

değişimin esas sorumluları ilaç ve tıbbi cihaz harcamalarıydı. İnfomal ödemeler toplamın %9'unu oluşturuyordu. Gelir gruplarına göre değerdendirildiğinde infomal ödemeler de regressif nitelikteydi (Baji P ve diğ 2012).

Macaristan'da 2007 yılında hazırlanan hükümet programının önemli bileşenlerinden birisi sağlık hizmetlerine katkı payı konulmasıydı. Katkı payının bir amacı da hükümetin yüksek borç oranının düşürülmesi idi. Ayrıca gereksiz hizmet kullanımının engellenmesi ve infomal ödemelerin formal bir sistemde birleştirilmesi de hedefleniyordu. 2007'de genel pratisyen muayenesi (1.1 Euro), ayaktan uzman muayenesi (2.2 Euro), hastaneye yatırılan her gün için (1.1 Euro) katkı payı vardı. Acil servislerin gereksiz kullanımı için de her başvuruya 3.7 Euro ödemesi gerekiyordu. 18 yaş altındaki çocuklar, kronik hastalığı olanlar, koruyucu sağlık hizmetleri bunun dışındadır. Diğ muayenesi için katkı payı zaten vardır. 20 günün üzerindeki hastane yatışlarının masraflarını tümüyle devlet öder. Ancak katkı payının uygulandığı bir yıl içinde genel pratisyen ve hastane hizmetlerinin kullanımı %15-20 azalmıştı. Aynı dönemde reçeteleme sisteminde değişiklik yapılmış ve hastane yatak kapasitesi de %25 azaltılmıştı. Dolayısıyla hizmet kullanımındaki azalma bunlara da bağılı olabilir. Katkı payından elde edilen toplam yıllık gelir ise kamu toplam sağlık harcamasının %5'i kadardı. Macaristan'da sağlık yöneticileri katkı payı uygulamasının hastalarda maliyet bilinci geliştirdiğini söylerken, hastalar ve hizmet üretenler katkı payını hükümetin ek gelir sağlama politikasının gereğı olarak düşünüyor. Bu gruplar katkı payının, yalnızca, elde edilen gelirin yatırımlar için ya da hekimlerin ücretlerini artırmak amacıyla kullanılması durumunda desteklenebileceğini belirtiyorlar. Ve elde edilen gelirin bu amaçlarla kullanılmadığı endişesini dile getiriyorlar. Bazı hekimler bazı hastalarının katkı payını ödeyemedikleri için hizmet kullanmadığını düşünüyor. Yine bazı hekimler katkı payı toplamının yönetsel maliyetlerinin, sağlayacağı geliri aştığını belirtiyor. Ayrıca hekimin muayene sırasında katkı payı alması hekim hasta ilişkisini bozuyor. Hastalar, katkı payından elde edilecek gelir hastanecilik hizmetlerinin kalitesini artıracaksa olumlu bakabiliyorlar (Baji P ve diğ 2011).

Rusya'da sağlık harcamalarının %22'si ilaç içindir. Buna rağmen nüfu-

sun ancak %10'u ayaktan tedavide yazılan ilaçların geri ödemesini zorunlu sigorta fonundan geri alabilir. İlaç geri ödemesinden yararlanabilen iki liste bulunmakla birlikte bu gruplarda kapsayıcılık çok sınırlıdır. Birinci liste emekliler, askerler, yeti yitimliler, çocuklar ve gebelerden oluşan sosyal destek gereksinimi bulunanları kapsamakta olup, bunların yalnızca %3.3'ü ilaç geri ödemesi alabilir. İkinci grup ise bazı kronik hastalıklara sahip olanlardan oluşur ve bu grupta geri ödeme alabilenlerin sayısı 60 bindir. Bu iki grubun dışında kalanlar ilaç harcamalarının %90'ını cepten karşılarlar. Bu sıkıntıların çözümü için hükümet ilaç geri ödemesini finanse etmek üzere benzin ve alkole ek vergi koymayı planlıyor ve bütün bunlar etkin yönetim sistemi olarak isimlendiriyor (Antoun J ve diğ 2011).

Çek Cumhuriyeti'nde 2007 seçimleri sonrasında ek katkı payları getirildi. Böylece sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımının önleneceği varsayılıyor. Sonuçta cepten ödemelerin toplamdaki payı 2005'teki %12.5 düzeyinden 2010 yılında %16.2'ye yükselirken, kamu harcamalarının oranı ters yönde düştü. Oysa bütün nüfus zaten zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır. Kozmetik ve plastik cerrahi işlemlerin, düşüklerin masrafı tümüyle hastalar tarafından ödenir. Diğer cepten ödemeler ilaç ve hastanelerdeki standart dışı odalar içindir. Bazı sağlık hizmetlerinin geri ödemesi de kısmidir. Dış hizmetlerinde katkı payı vardır. Genel pratisyen ve uzmanlara her muayenede 1.18 Euro ödenir. Acil hizmetler için ödeme 3.53 Euro'dur. Reçete başına yapılan ödeme 1.18 Euro'dur. Korumacı sağlık hizmetleri için yılın ilk başvurusunda para ödenir. Kronik hastaların ödeyeceği yıllık maksimum katkı payı 196 Euro'dur. Bunun üzeri sigorta tarafından karşılanır. Gelirinin %5'inden fazlasını sağlık için cepten harcayan hanelerin oranında artış var: 2007'de %8, 2008'de %13, 2009'da %12. Gelirinin %25'inden çoğunu sağlık için cepten harcayanların oranı ise 2007'de %0.03 iken 2009'da (reform uygulaması sonrası) %0.16 oldu. Cepten sağlık harcamasının gelirdeki oranının en yüksek olduğu grup emekliler ve kendi hesabına çalışanlar. Gelir gruplarına göre bakıldığında: Cepten sağlık harcamasını en çok yapan grup en zengin %10'luk dilim iken, en yoksul dilim en az harcama yapıyor. Ancak gelir içinde cepten sağlık harcamasının oranı bakımından bu grupların durumu tam

tersine dönüyor. Gelirlerinin %5'inden çoğunu (ki bu sınır aşırı olarak tanımlanıyor) cepten sağlık için harcayan haneler daha çok emekliler ve en yoksul %10'luk gelir dilimindekiler. Aşırı harcama genellikle ilaç, ortopedik cihazlar ve dış hizmetleri için yapılıyor (Krutilova V, Yaya S 2012).

Arnavutluk'ta sağlık harcamalarının yalnızca %42'si kamu bütçesinden karşılanıyor. Sigorta sistemi olmasına rağmen cepten harcamaların oranı yüksek. Nüfusun ancak %45'inin sigortası var. Ülkede hem formal hem de informal yöntemlerle her tür hizmet için cepten ödeme alınıyor. Nüfusun %25'i ayaktan tedavi sırasında sağlık personeline informal ödeme yapıyor. Hastanelerde oran %78'e kadar çıkıyor. Formal cepten ödemeler Arnavutluk para birimiyle 2002'de 767 iken 2008'de 1269'a yükseldi. Özel sektördeki harcamalar ise 298'den 473'e çıktı. Esas önemli artış en yoksul %25'lik nüfus diliminde oldu. Bunun da ana nedeni informal ödemeler ile ulaşım masraflarıydı. Gelirinin %10'undan fazlasını sağlık için harcamak zorunda kalan hanelerin (katastrofik etki sınırı) oranı en yoksul %25'lik dilimde halen %20 oranında, en zengin grupta %2.9 iken. Bunlar sosyalizm sonrası dönemin sağlık politikalarının ve reformlarının sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkilerini gösteriyor (Tomini SM ve diğ 2013).

Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde (eski sosyalist ülkeler) informal ödemelerin yaygın olduğu biliniyor. Ermenistan'da sıklığı %91 oranına kadar çıkıyor. Çek Cumhuriyeti, Polonya, Macaristan ve Romanya'da toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yarısını, Rusya'da yarıdan fazlasını oluşturuyor. Bu durum düşük gelirlielerin hizmetten yararlanmasının önüne engel çıkarıyor. Sağlık çalışanlarının ücretlerinin düşüklüğü informal ödeme gerçekliğinin en önemli nedeni. Değişik ülkelerin literatüründe informal ödeme yerine zarf ödemesi, kırmızı paket, masa altı ödemesi, resmi olmayan ödeme, rüşvet gibi isimler verilebiliyor. Informal ödeme nakdi ya da aynı biçimde yapılabilir. Ödeme hizmet kullanımından önce ya da sonra olabilir. Sağlık sistemi hiyerarşisinin yukarısında yer alanlar, informal ödemelerden yararlandıkları için, sağlık reformlarına karşı çıkıyorlar (Cherecheş RM ve diğ 2013).

Informal ödemeler eski sosyalist ülkelerde önemli bir finansman kalemi olarak devreye giriyor. Çek Cumhuriyeti ve Slovenya'da yok ya da

çok sınırlı. Bunun nedeni bu ülkelerde sağlık çalışanlarının ücretlerinin yeterliliği. Çünkü informal ödeme en çok sağlık çalışanlarına yapılıyor. Polonya, Rusya, Ukrayna, Tacikistan, Ermenistan, Kırgızistan ve Gürcistan'da daha çok malzeme alımı şeklinde. Kırgızistan'da yapılan bir araştırma informal ödemelerin regresif niteliğini ortaya koyuyor. Bu tip ödemelerin gelirdeki oranı yüksek gelirlielerde %3.5 iken, düşük gelirlielerde %11.9. Bu ülkeler informal ödemeyi azaltmak için hastanecilik sisteminin alt yapısını geliştirmeye ve sağlık çalışanlarının ücretlerini artırmaya çalışıyorlar. Gereken kaynağı ise hastane yatak kapasitesinin düşürülmesiyle ve hastane poliklinik hizmetleri için alacakları sabit miktartlı bir katkı payıyla sağlamaya çalışıyorlar. Sonuçta informal ödemenin yerini katkı payı almış oluyor (Gaal P ve diğ 2010: 326-360).

2- Maliyet sınırlaması

Maliyet sınırlaması sağlık harcamalarındaki artış hızını yavaşlatacak ve/veya azaltacak politik stratejilerdir. Yani maliyet sınırlaması her zaman harcamaların azaltılması anlamına gelmez, daha düşük bir ivmeyle artışı da, dönemine göre, kabul edilebilir.

Maliyet sınırlaması tanımı gereği toplam sağlık harcamasının artışının sınırlanmasıdır. Ancak genellikle kamu sağlık harcama artışının sınırlanması üzerine odaklanır.

Kavramın tanımından da anlaşılabilceği gibi, bu politik strateji kapsamına bir dizi mali önlem girer. Bu önlemlerin bir kısmı sağlık reformlarının başka başlıkları altında da değerlendirebilecek bir kapsama sahiptir. Örneğin maliyet sınırlayıcı stratejilerin bir kısmı hekimlere ve hastanelere yapılan ödeme sistemlerinin değiştirilmesine, bir kısmı toplam sağlık harcamasına bir tavan belirlenmesine, bir kısmı ilaç ödeme mekanizmasının değiştirilmesine, ilaçta referans fiyata geçişe ilişkindir. Reform bileşenleri arasında bu türden bir geçişkenliğin olabileceğini daha önce belirlemiştik.

1980'lerle birlikte gündeme gelen maliyet sınırlaması stratejisinin esas nedeni sağlık harcama hızının yüksekliği idi. Yapılan istatistiksel bir analiz sağlık harcamalarının azalmasındaki ya da artış hızının düşürülmesindeki en önemli faktörün (diğer faktörler kontrol edildikten sonra) he-

kimlerin profesyonel otonomisinin denetlenmesi, buna karşılık finansör kurumların etkisinin artması olduğunu gösteriyor. Dolayısıyla üreten ve finanse eden kurumların ayrılması, ödeme mekanizmalarının değiştirilmesi, harcama tavanının belirlenmesi gibi önlemler bu zeminde devreye sokuluyor. Avrupa ülkelerinde 1980-2000 dönemindeki harcama kontrolünün bunlarla ilişkili olduğu belirtiliyor (Hacker JS 2004).

Toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payının yüksekliği bu noktadaki maliyet sınırlayıcı stratejileri özellikle önemli kılıyor. İlaç harcamaların toplamdaki payı Avrupa bölgesinde %20 kadar. Oranın en yüksek olduğu ülke Estonya'dır: %27. İlaçta maliyet sınırlaması konusunda tercih edilen yollar, fiyat kontrolü, kar kontrolü, uluslar arası fiyat karşılaştırmaları ve referans fiyat uygulamasıdır. Referans fiyatlama sigorta ya da sosyal güvenlik kurumunun ilgili ilaca ödeyeceği maksimum fiyatı belirlemesidir. Bu da birkaç yolla saptanır: Piyasadaki jenerik ilaçlar içinde en düşük fiyatlıyı belirlemek (Danimarka, İtalya, Portekiz). Aynı farmasötik etkiye sahip ilaçların ortalama fiyatını referans fiyat olarak kabul etmek (Almanya, Hollanda). Orijinal ilacın fiyatının ortalama bir oranda altını belirlemek (örneğin Belçika'da fiyatın ortalama %26 daha düşük miktarı ödeniyor). Doğu ülkelerinde de referans fiyatlama sık kullanılıyor. Referans fiyatlama genellikle bir geri ödeme miktarıyla da birleştiriliyor. Bu geri ödeme miktarının üzerinde kalan kısmı hasta kendisi ödüyor. Kanıtlar referans fiyatlamasının ancak kısa erimde maliyet kontrolü sağlayabildiğini gösteriyor. Sonuçta ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı yükselmeye devam ediyor. Kâr kontrolü yalnızca İngiltere'de kullanılıyor. Maksimum kâr oranı %21 olarak belirlenmiş durumda. Kâr kontrolünün maliyet sınırlamaya yaramadığı ancak yatırımları cesaretlendirdiği düşünülüyor (Saltman RB 2012: 209-246).

Fransa'da sağlık harcamaları ulusal gelirin %11.8'i ve kişi başı sağlık harcaması OECD ortalamasının üzerinde. Bu durum hükümetleri maliyet sınırlamaya yönlendirdi. Bu amaçla hastaneler için harcama tavanı belirlendi. Ancak bu sınıra hiçbir zaman uyulamıyor. Ayrıca bu tür sınırlamalara hekim örgütleri de karşı çıkıyor. Aynı kapsamda ilaçların ve özellikle de antibiyotiklerin yazımına sınırlama getirildi. Hekimler buna

da mesleki otonomilerini sınırladığı gerekçesiyle karşı çıkıyor. İlaç sınırlaması kapsamında hükümetin belirlediği algoritmalar çerçevesinde ilaç yazan birinci basamak hekimleri ücretlerinin %5'i kadar performans geliri elde edebiliyorlar. 2003-2005 arasında klinik etkinliği kanıtlanmamış ilaçlar geri ödeme listesinden çıkarıldı. Bütün bu önlemlere rağmen sigorta kurumunun birikmiş borçları 160 milyar Euro'ya yükseldi (2011 için) ve yıllık açık 10 milyar Euro olarak gerçekleşti (bir önceki yılın tam iki katı) (Cheyreul K, Zaleski ID 2012).

Hollanda'da maliyet sınırlayıcı politikalar 1980'lerin başında yürürlüğe sokuldu. 1981'de Sağlık Hizmetleri Fiyatları Yasası ile fiyatlara üst sınır getirildi. Üretici tarafın buna yanıtı hizmet hacmini artırmak biçiminde oldu. 1983 yılında hastanelerde açık uçlu geriye yönelik ödemededen global bütçelemeye geçildi. Bu uygulamada mevcut yatak sayısı ile ortalama yatış süresi kriter olarak kullanıldı. Hastanelerdeki uzman hekimlere yapılan ödeme sistemi değiştirildi. Hizmet başına ödeme yapılıyordu. Değişikliklerle, hizmet miktarının belli bir sınırı aşması durumunda hizmet başı ödeme azaltıldı. Hekimlerin yaptıkları işi gerçek olarak bildirmemesi bu sistemin uygulanmasını olanaksızlaştırıyor. İlaçlarda geri ödeme miktarı azaltıldı, referans fiyat uygulamasına geçildi. 1996'da ise, bu önlemler ilaç harcamalarının artışı frenleyemeyince hükümet fiyatları tek taraflı olarak kontrol etmesini sağlayacak özel bir yasa çıkardı. Ayrıca geri ödeme listesindeki ilaç sayısı azaltıldı. Gelen tepkiler üzerine 1999'da liste yeniden genişletildi. 1990'larda erişkinlerin dış sağlığı hizmetleri ve uzamış psikiyatrik bakım teminat paketinin dışına çıkarıldı (Schut F ve diğ 2005).

Hollanda'da hizmet başı ödeme yerine harcama tavanını belirleyen sistem hekim gelirlerini azaltınca, hekimler işten kaçmaya başladılar. Bekleme listeleri uzadı. 1991'den 2000'e kadar bekleme süreleri acil olmayan hastalar için 3.7 haftadan 5.2 haftaya çıktı. 2001 yılında hastanelerde açık uçlu ödemeye geçilince bekleme süreleri hastane kabullerinde %40, ayaktan bakımda ise %20 azaldı. Ancak aynı anda hastane harcamaları 2000-2001 arasında %4.8 yükseldi. Oysa aynı oran bir yıl önce %1.7 idi. Yeni bulunan ilaçlar geri ödeme listesine alınmadı. Bunun hak sağlığı üzerindeki etkileri bilinmiyor. Uzayan bekleme listeleri hastaların özel

sektöre yönelmesine neden oldu. Bu da finansal ve ulaşım sal eşitlik üzerinde tehdit oluşturdu (Schut F ve diğ 2005: 59-74).

Yine Hollanda'da açık uçlu hastane geri ödeme sistemi yerine global bütçelemeye geçildi. Pahalı teknoloji kullanımı ve ücretler sınırlandı. 1990'larda uzman hekim ödemesi hastane ödemesine entegre edildi. 2000'li yıllarda uzmanlar ücretleri için hastane yönetimleriyle görüşmeye başladılar. 1996'da sigortanın ilaç ödemelerine sınır getirildi. 1985'te birinci basamak hekim ödemeleri hizmet başına yapılmaya devam ediliyordu. Ancak belli bir hizmet hacmi üzerinde ödeme yapılmamaya başlandı. 1992'de hastane harcamalarındaki artışın sürmesi nedeniyle, global bütçelemeye geçildi. Hekim aktivite ve sayısı sınırlandı. Devlet sigorta fonlarıyla sendikalar arasındaki görüşmelere müdahil olmaya başladı (Hassenteufel P, Palier B 2007).

Danimarka'da ilaç harcama artışının denetlenmesi açısından referans fiyatlamaya geçilirken, hükümet ilaç fiyatlarının belirlenmesine doğrudan katılmaya başladı. Jenerik reçeteleme (1991) piyasadaki rekabeti artırdı (Pedersen KMI 2005). Danimarka'da hükümet harcama tavanını belirliyor. Reçete yazma alışkanlığı sistematik olarak denetleniyor (The Commonwealth Fund 2010).

Maliyet sınırlayıcı politikaların gerçekten de sağlık harcama artış hızını düşürdüğüne, kimi örneklerde eksiye geçirdiğine ilişkin veriler bulunuyor. Nitekim pek çok ülkede 1998-2008 arasında kamu sağlık harcaması payı azaldı: Andora, Beyaz Rusya, Bulgaristan, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Almanya, Fransa, Macaristan, Litvanya, Lüksemburg, Moldova, Slovakya, Slovenya, İsveç ve Makedonya'da. Bulgaristan, Kırgızistan, Yunanistan ve eski Sovyet ülkelerinde cepten ödemeler artık önemli bir finansman kaynağı. Pek çok ülkede harcamalar kullanıcıya yıkılmaya çalışılıyor. Bunun iki yolu var. 1- Özel sigortacılık: Fransa, Hırvatistan ve eski sosyalist ülkelerde. 2- Doğrudan katkı payı: Eski sosyalist ülkeler, Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Fransa, Almanya, Macaristan, Hollanda, Portekiz, Romanya'da. Eski sosyalist ülkelerde vergi sisteminden prim sistemine ve katkı payına geçildi: Macaristan (1990), Estonya (1992), Çek Cumhuriyeti (1993), Slovak Cumhuriyeti (1994), Litvanya (1997), Bulgaristan, Romanya ve Polonya (1999) (Saltman RB

J 2012: 209-246).

Aşağıdaki üç tablo Avrupa ülkelerinde ve ülke gruplarında, sağlık harcamasının ulusal gelir içindeki ve kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki paylarının dönemsel olarak nasıl değiştiğini gösteriyor. İzlendiği gibi 1960-2000 dönemi için sağlık harcamasının ulusal gelirdeki oranının değişim hızı 1980-2000 arasında, bir önceki 20 yıllık döneme göre belirgin derecede azalıyor. Aynı şekilde, 1980-2000 döneminde, toplam sağlık harcaması içinde kamunun payında da önemli düşüş var. Aynı gelişme, 2000'li yıllar için de kabaca geçerli. Eski sosyalist ülkelerde, 1998-2008 arasındaki 10 yıllık dönemde ulusal gelirden sağlık harcaması payında %17'lik bir azalma dikkati çekiyor.

Tablo: Seçilmiş OECD ülkelerinde sağlık harcamaları, 1960-2000

	Ulusal gelirde sağlığın payı %	Ulusal gelir içinde sağlığın payının değişimi % 1960- 1980	Ulusal gelirde sağlığın payının değişimi % 1980- 2000	Toplam sağlık harcaması kamu payı % 1980
Avusturya	7.7	86.7	1.3	68.8
Belçika	8.6		34.4	
Danimarka	8.3		8.8	87.8
Finlandiya	6.7	68.4	4.7	79.0
Fransa	9.3			
Almanya	10.6		21.8	78.7
İzlanda	9.3	106.7	50.0	88.2
İtalya	8.2			
Hollanda	8.6		14.7	69.4
Norveç	7.6	137.9	10.1	85.1
İspanya	7.5	260.0	38.9	79.9
İsveç	8.4		- 4.5	92.5
İsviçre	10.7	55.1	40.8	
İngiltere	7.3	43.6	30.4	89.4
OECD	8.7	94.4	23.3	77.2

	Toplam sağlık harcamasında kamu payı 2000	Kamu payındaki fark 2000-1980
Avusturya	69.4	+ 0.6
Belçika	72.1	
Danimarka	82.5	- 5.3
Finlandiya	75.1	- 3.9
Fransa	75.8	
Almanya	75.0	- 3.7
İzlanda	83.7	- 4.5
İtalya	73.4	
Hollanda	63.4	- 6.0
Norveç	85.2	+ 0.1
İspanya	71.7	- 8.2
İsveç	85.0	- 7.5
İsviçre	55.6	
İngiltere	80.9	- 8.5
OECD	73.1	- 4.1

Kaynak: Hacker JS 2004: 700

Tablo: Toplam sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki oranının değişim oranı %, ülkelere göre ve dönemsel olarak

	1970-1980	1980-1990	1990-2000	2000-2004
Avusturya	44.2	- 6.7	34.3	2.1
Belçika	61.5	14.3	19.4	17.4
Danimarka		- 6.7	0.0	7.2
Finlandiya	12.5	23.8	- 14.1	11.9
Fransa	32.1	20.0	9.5	14.1
Almanya	40.3	- 2.3	21.2	2.9
Yunanistan	8.2	12.1	33.8	1.0
İzlanda	31.9	27.4	16.5	10.9
İrlanda	62.7	- 26.5	3.3	12.7
İtalya			5.2	7.4
Lüksemburg	67.7	3.8	7.4	37.9
Hollanda		6.9	2.6	16.5
Norveç	59.1	10.0	10.4	14.1
Portekiz	115.4	10.7	51.6	7.4
İspanya	51.4	22.6	10.8	12.5
İsveç	32.4	- 7.8	1.2	8.3
İsviçre	34.5	12.2	25.3	11.5
İngiltere	24.4	7.1	21.7	11.0
ABD	25.7	35.2	11.8	15.0

Kaynak: Thompson S ve diğ 2009: 18

Tablo: 2000'li yıllar için ulusal gelir içinde sağlık harcamalarının oranı ve oranın değişimi

	1998	2000	2002	2004	2006	2008	Yüzde değişim 1998- 2008 %	Yüzde nokta değişim 1998- 2008 %
Avrupa	7.2	7.0	7.5	7.5	7.5	7.6	5.6	0.4
AB	7.9	8.1	8.5	8.8	8.9	9.0	13.9	1.1
AB15	8.6	8.7	9.1	9.4	9.5	9.7	12.8	1.1
AB25/27	5.8	5.9	6.5	6.4	6.3	6.4	10.8	0.6
Eski sosyalist	6.5	5.5	5.8	5.4	5.5	5.4	- 16.9	- 1.1

Kaynak: Saltman RB 2012: 224

Tablo: 2000'li yıllar için toplam sağlık harcaması içinde kamunun payı ve payın değişimi

	1998	2000	2002	2004	2006	2008	Yüzde değişim 1998- 2008 %	Yüzde nokta değişim 1998- 2008 %
Avrupa	68.4	66.6	67.5	68.1	69.0	70.0	2.3	1.6
AB	74.5	74.9	75.1	75.0	76.1	76.6	2.8	2.1
AB15	75.7	75.9	76.0	76.1	77.2	77.5	2.4	1.8
AB25/27	70.2	71.2	71.6	70.9	72.1	73.0	4.0	2.8
Eski sosyalist	57.4	53.4	53.9	55.4	57.2	58.8	2.4	1.4

Kaynak: Saltman RB 2012: 225

3- Teminat paketinin kapsamının daraltılması

Teminat paketinin daraltılması üç yolla sağlanabilir:

1- Paketten yararlanan nüfusun daraltıldığı durum: Breath daraltma (genişlik daraltması).

2- Paketin kapsadığı hizmetlerin daraltıldığı durum: Scope daraltma

(kapsam daraltması). Bu maliyet paylaşımı yoluyla da gerçekleştirilebilir.

3- Her hizmetin ne kadarının kapsanacağını belirlediği ya da her hizmetin maliyet paylaşımının belirlendiği durum: Depth daraltma (derinlik daraltması). Eski sosyalist ülkelerden Çek Cumhuriyeti, Estonya ve Letonya'da tıbben gerekli olmayan hastalıkların ve tedavi yöntemlerinin listesi hazırlanarak paket daraltıldı. Bulgaristan ise kapsama alınacak hastalıkların listesini hazırladı. Bu ülkelerin çoğunda esas olarak paket kapsadığı hizmetler bakımından daraltılmıştır (scope daraltma). Estonya ve Moldova'da anayasal olarak kapsanan nüfus daraltılmıştır (breadth daraltma), yani prim öde(ye)meyenler sistem dışındadırlar (Godsadze G, Gaal P 2010: 187-217).

Dış sağlığı hizmetleri AB ülkelerinde çok önemli oranda teminat paketinin dışındadır. Teminat paketine hangi hizmetlerin dahil edileceği ise son yıllarda giderek fazla oranda maliyet etkinlik analizlerinin konusu haline geliyor (Anell A 2005; Thompson S ve diğ 2009: 78-80). Yani hükümetler maliyet etkin bulmadıkları hizmetleri paket dışına atarak (scope daraltma) teminat paketini yeniden düzenliyorlar.

4- Finansmanda kamu sigorta sistemine geçiş - kamu sigorta sistemlerinin yeniden düzenlenmesi

Bu gelişme açısından özellikle eski sosyalist ülkeleri ele almak gerekir. Sosyalizm döneminde finansman vergilerle sağlanıyordu. Sonraki dönemde ise sigorta sistemine geçildi. Sağlık harcamaları yükseldi. Ancak bu artışın önemli oranda özel sağlık harcamalarındaki artışla ilişkili olduğu belirtiliyor. Sistemin şimdi vergi sistemine göre daha az derecede eşitlikçi olduğu da açık. Çünkü sigorta sistemi, verginin tersine, artan oranlı uygulanamaz ve bütün gelir grupları için sabit oranlı bir kesintiye dayanır. Öte yandan, bu ülkeler için sürdürülebilirliği de şüphelidir. Bunun nedeni de sosyalizmin yıkılması sonrasında ulusal gelirin önemli derecede azalması, işsizlikteki artış, ekonomilerin halen devam eden çalkantılı yapısı ve prim gelirlerine esas oluşturan ücretlerin düşüklüğüdür. Zaten bu nedenlerle özel sağlık harcamaları ve informal ödemeler bu ülkelerde finansmanda önemli yer tutmakta ve sistem her yönüyle merkezi bütçenin desteğine gerek duymaktadır. DSÖ sigorta sisteminden vergi sistemine geçişin eşitlikçi etki yaratabileceğini, ancak bunun için sabit

oranlı ya da dolaylı vergi sisteminin değil, artan oranlı ve servete dayalı bir vergi sisteminin gerektiğini belirtiyor. Oysa ki 2000'lerde Estonya, Letonya, Litvanya ve Slovakya'da sabit bir vergi sistemi uygulamaya konuldu. Bunların sonucunda toplam vergi gelirleri içinde ücretlilerin payında artış gerçekleşti. OECD ülkelerinde de ücretten alınan verginin toplamdaki payı 1980'de %15.4 iken 2005'te 18.9'a yükseldi. Buna karşılık kurumlar ve şirketlerden alınan vergi payı azaldı. Yükseliş özellikle Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, Macaristan, İrlanda, Lüksemburg, Portekiz, Slovakya, İspanya, İsveç ve İngiltere'de fazladır (Thompson S ve diğ 2009: 51-53).

Eski sosyalist ülkelerde finansmanda sağlık sigortacılığına geçişle birlikte, aynı anda, üreten ile finanse eden kurumlar da ayrılıyor. Sigorta, üreten kurumlardan hizmet satın almaya başlıyor. Ödemeler değişik yollarla yapılıyorsa da hizmet başı ödmeden ileriye dönük ödeme sistemlerine yönelim var (Kornai J 2001).

Bosna Hersek'te savaş sonrası dönemde sabit oranlı ücret vergileriyle finanse edilen sigorta sistemine geçildi ve sistem kantonlar ölçeğinde organize edildi. Fonlar sağlık hizmeti üreten kurumlarla sözleşme yapıyor. Nüfusun tümünün ücret vergisi ödeme gücü bulunmuyor. Sistem kantonlar ölçeğinde organize edildiği için farklı kantonlarda yaşayanlar farklı nitelikte hizmetten yararlanmak zorunda kalıyorlar (Deets S 2006).

Hollanda'da 2006 yılına kadar ikili bir sigorta sistemi vardı. Belli bir gelirin altında gelir elde edenler ile 65 yaş üzerindeki gelirle orantılı prim ödeyerek zorunlu kamu sigortası kapsamına alınıyordu. Diğerleri ise özel sigortalı oluyordu. Bu durum özel sigortaların sunduğu hizmette standardizasyon sorunlarına yol açıyordu. 2006 yılında kamu ve özel sigortalar arasındaki fark kaldırıldı ve herkese herhangi bir kuruma prim yatırma zorunluluğu getirildi. Halihazırda 18 yaşına kadar olanların primini devlet öder. Ana amaç sigorta kurumları arasında rekabet yaratmaktır. Asgari teminat paketi devletçe tanımlanarak, sigorta kurumlarının risk seçmesi yasaklandı. 2006 öncesinde ortalama prim kamu sigortası için yıllık 350, özel için 2000 Euro iken, sonrasında bütün fonlar için 1050 Euro oldu. Bu durum yoksulların aleyhine bir ortam yarattı. Nüfusun %20'si satın alma gücünü değişik ölçülerde kaybetti. Üstelik primler 2007-2008 arasında

kurumuna göre değişmek üzere %5-10 arttı. Sigortacılar ile hastaneler arasındaki rekabet de maliyetleri azaltmadı. 2006-2007’de kişi başı sağlık harcaması %4 yükseldi. Piyasa rekabeti için gerekli koşullar sigorta sektöründe yoktu. Bunun nedeni pratikte dört büyük şirketin piyasanın %89’unu elinde tutmasıydı. Bu şirketler kurumlarla standart bir sözleşme üzerinde anlaşıyorlardı (Turquet P 2012).

Almanya’da ise Hollanda’dakinin tersi oldu. Belli bir düzeyin üzerinde geliri olanlara özel sigortaya geçme hakkı tanındı. 2005 yılında ücretli işçilere ek %0.9 oranında prim ödeme zorunluluğu getirildi. Maliyet sınırlaması için kapalı bütçeyle finansman, ilaç fiyat düzenlemeleri, pahalı cihaz kullanımının yasaklanması, personel sayısının sınırlandırılması, katkı payı gibi uygulamalara geçildi. 1996’da hastalara sigorta kurumu seçme hakkı verildi. 2003’te hastanelerde ileriye dönük ödemeye geçildi. 2002’de tıbbi ücretler ve hastane bütçeleri donduruldu. Ayaktan ve yataklı bakım katkı payları artırıldı. 2007’de herkese (uzun dönemdir işsiz ve kendi hesabına çalışanlardan oluşan ve sigortasız olan 200 bin kişi de dahil) sigorta primi yatırma zorunluluğu getirildi. Özel sigorta şirketleri herkese temel paketi sunmak zorunda tutuldu. Bütün şirketlerin primleri eşitlendi ve sabitlendi. Bunun anlamı bundan sonra sağlık harcamasındaki artışın katkılar ve tamamlayıcı sigorta ile karşılanacak olmasıdır. 2009’da yeni kurulan bir fonla bütün prim ve vergi gelirleri (sağlık için kullanılan) merkezileştirildi. Bu fonun kamu sigorta kurumlarına dağıtımını, bağlı nüfusların risk durumlarına göre devlet gerçekleştiriyor. Yine de finansal bakımdan zorda olan fonlar üyelerinden gelirlerinin %1’i kadar katkı payı alabiliyorlar (Turquet P 2012).

Almanya’da bugün 180 tane birbirleriyle rekabet etmesi beklenen sigorta fonu vardır. Aylık geliri 5408 Dolar’ın üzerindeki zorunlu sigorta sistemine girmeyebilirler. Maksimum aylık prim miktarı 806 Dolar’dır. İşsizlerin primini işsizlik sigorta fonu, uzun dönemli işsizlerinkini ise devlet öder. Merkezden gelen fon yetersiz kaldığında, sigorta fon yönetimi sigortalılara ek maliyet yansıtabilir. Bu finansal eşitsizliğe yol açabilecek bir belirsizliktir (The Commonwealth Fund 2010).

Fransız sigorta sisteminde 2004 yılında cepten ödemeleri artırıcı yasa çıkarıldı. Genel pratisyen başvurusu için 1 Euro katkı payı getirilirken,

hastane katkı payları artırıldı. Doğrudan uzman hekime başvurulara ek ödeme zorunluluğu getirildi. 91 Euro'yu aşan hastane tedavi masrafı için sabit miktarlı ödeme zorunluluğu da söz konusudur. 2006 ve 2008'de tıbbi ulaştırma hizmeti ve paramedik uygulamalar için katkı payı yasalaştı. Bu süreçte tamamlayıcı sigortaların alanı genişledi. Nüfusun %85'inin bu tip bir sigortası var. Bunların toplam sağlık harcaması içindeki payı %13.8'dir (2009). Tamamlayıcı sigorta özellikle diş ve göz tedavilerinde tercih edilir (Turquet P 2012).

Sigorta sisteminin hizmet kalitesini vergiyle beslenen sağlık sistemine göre artıracağına ilişkin beklentiler gerçek değildir. Örneğin kanserden ölüm hızı sigorta sistemine sahip Fransa, Almanya ve Hollanda'ya göre İngiltere'de hafif yüksek iken, İrlanda ve İsveç'te düşüktür. Ki bu son üç ülke vergi sistemine sahip. Latin Amerika ülkelerinde hem vergi hem de sigorta sistemi var. Her ikisinde de hizmet kalitesi kötü. Sigorta kurumları yüksek teknolojiye ve tedaviye yöneliyor ve koruyucu hizmetleri görmezden geliyorlar. Filipinler'de sigorta kurumunda politik kayırmalar mevcut. Politikacılar seçim dönemlerinde yakınlarını kurumda işe alıyor ve yeşil kart dağıtıyorlar. Arjantin'de ise ilişkiler tıbbi personel lehine kullanılıyor, bu da sağlık maliyetlerinin artmasına ve verimsizliğe yol açıyor. Avusturya'da sigorta kurumunun satın alma kapasitesi düşük. O nedenle bu yetki fonlardan alınarak merkezi yönetime transfer edildi. Oysa satın alma ile üretim işlevlerinin ayrılmasının verimliliği artıracığı iddia ediliyordu. Sigorta sisteminin sağlık hizmetine ek kaynak yaratacağı iddiası da gerçekçi değil. Pek çok ülkede geniş bir tabanı bulunan informal sektörden prim toplamak olanaksız. O nedenle ek kaynak yaratabilmek ancak formal sektör çalışanlarının prim oranlarının yükseltilmesiyle mümkün olabiliyor. Örneğin Çin'de özel sektör çalışanlarının yalnızca %24'ü ve kamu çalışanlarının da %50'si yeni oluşturulan sigorta sistemine kayıt yaptırabildi (2004). Eski sosyalist ülkelerde sigorta sistemine geçiş ek kaynak yaratmadı. Kırgızistan'da beklenen gelirin ancak %40'ına ulaşılabilirdi. Ayrıca sigorta sisteminde primlerin toplanması ayrı bir yönetim mekanizmasının oluşturulmasını gerektirdiği için ek yönetimsel maliyet gereksinimi de doğar. Vietnam'da informal sektör çalışanlarının %20'si, Filipinler'de uygulamanın 10. yılında %14'ü sigortalı olabilmiş-

tir. Kırgızistan'da uygulamanın beşinci yılında sisteme katılım yalnızca %3'tü. Sigorta fon gelirinin artırılması için prim oranlarının yükseltilmesinin tercih edilmesi olumsuz etkiler yaratır. Kolombiya'da 1990'larda prim oranının %5 artırılması ücretleri %1.1, istihdamı da %2 azalttı. Primlerin arttırmayıp, vergilerin yükseltilmesinin etkileri de benzer oluyor. OECD ülkelerinde istihdam üzerindeki etki bakımından prim ve vergi yükünün toplam etkisi önemlidir (2005) (Wagstaff A 2007).

1990-2003 arasındaki dönemde 28 farklı OECD ülkesini içeren bir araştırmanın sonuçlarına göre (Wagstaff A 2009): Sigorta sistemi vergi sistemine göre daha maliyetlidir. OECD ülkelerinde kişi başı sağlık harcamasında %3.5'lik bir artışın sebebidir. Bunun nedenleri hizmeti üretenlerle sözleşmeye dayalı ilişki içine girilmesi, bu kurumlara genellikle hizmet başına ödeme yapılması ve ayrı bir yönetim yapısının gerekmesidir. Vergi sistemi ise daha çok kişi başı ödeme yapar ve ayrı bir yönetim yapısı yoktur. Sigortada birinci basamağın kapı tutucu işlevinin olmaması da maliyetleri artırır. Kişi başı sağlık harcaması sigortada daha yüksektir. Teminat paketinin kapsamı vergi sistemine göre dardır. Sistem bütün nüfusu kapsamayabilir. Kapsanmayanlar genellikle yoksullar, dezavantajlı gruplardır. Oysa asıl bunların hizmete gereksinimi vardır. Sigorta fonları arasında farklılıklar olabilir, bu da eşitliği azaltır. Avusturya'da en yüksek harcama yapan fon en düşük harcama yapana göre %63 daha fazla harcama yapıyor. Fonlar riskli grupları kapsamamak eğilimindedir ve bu durum risk düzeltme programlarına rağmen böyledir. Sözleşme sistemi hizmet hacmini artırabilir, ama bu her zaman daha iyi sağlık demek değildir. Sözleşme sistemi aynı zamanda kaliteyi olumsuz etkileyebilir. İngiltere'de böyle olmuştur. Sigorta bir sabit oranlı ücret vergisi (payroll tax) olduğu için istihdam üzerine etkisinin olacağı düşünülür. Ancak en azından OECD ülkeleri için bu bakımdan vergi sisteminden farklı bir etkiye sahip olmadığı biliniyor. Sigorta sistemine sahip ülkelere göre daha yüksek. Buna karşılık diğer kanserler, iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler ölümler, influenza, pnömöni, gebelik ölümleri bakımından böyle bir farklılık bulunmuyor. Yani sigorta sisteminin çok geniş bir hastalık yelpazesi açısından vergi sistemine göre herhangi bir avantajı bulunmu-

yor. Bu sonuçlar önemli. Çünkü sigorta sisteminin sağlık sonuçlarını geliştireceği varsayılıyordu.

Sigorta kurumunun hangi hastanelerle sözleşme yapacağı, dolayısıyla satın alma işlevindeki verimliliğin yükseltilmesi önemli sorunlardan birisi. Bu bakımdan İngiltere’de kullanılan ayrıntılı kriterler mevcut. Örneğin cerrahi sonrası ilk 30 gün içinde gerçekleşen hastane ölümleri, 65 yaş ve üstü hastalarda kalça kırığı nedeniyle acil servise başvuran ve tedavi olan hastalarda izleyen ilk 30 gün içinde ölenlerin oranı, hastaneden taburcu edildikten sonra ilk 28 gün içinde yeniden acile başvuranların oranı gibi. Ancak bu kriterlerin ölçülmesi için veri toplamada sorunlar mevcut. Bunun da ötesinde, bu tür veriler yayımlandıktan sonra hastanelerin ve hastane uzmanlarının kendilerini öz değerlendirmeye mi tabi tutacakları yoksa sözleşme iptallerinden korunma amacıyla kimi sahte önlemler mi alacakları konusu da tartışmalı (McKee M, Healy J 2002).

Sigorta sistemi eğer çok parçalı ise, farklı fonların üyelik yapısı bilinmediğinden fonlar arasında kaynak dağıtımının sağlanmasında ve merkezden yapılacak sübvansiyonun gerçekçi bir zeminde belirlenmesinde sorunlar yaşanıyor. Yeniden dağıtımın Almanya için orta derecede, Belçika için orta/düşük derecede, Hollanda için kötü derecede nitelikli olduğu biliniyor. Çek Cumhuriyeti ve Slovak Cumhuriyeti’nde zayıf derecede etkili bir yeniden dağıtım süreci söz konusu. İsveç’teki yeniden dağıtım mekanizması merkez ve yerel hükümetler arasında gerilimlere neden oluyor, bu gerilimler dağıtım mekanizmasını olumsuz etkiliyor (Thompson S ve diğ 2009: 82).

Üçüncü Bölüm

Sağlık Sisteminin Özelleştirilmesi

1- Sağlık sisteminin üretim boyutunun özelleştirilmesi

Gelir dağılımının bozulmasını da belirleyen politik ortam, kamunun sağlıktan çekilmesinin ve özel finansman mekanizmalarının gelişerek özel harcamaların oranının artmasının nedenidir. Eğer, gelir dağılımı bozuksa ve kamusal sağlık sisteminin geliri yeniden dağıtıcı etkisi gelir dağılımını düzeltmeye yarıyorsa, bu mekanizmadan olumlu etkilenecek toplumsal sınıfların politik talepleri sağlık sisteminin kamucu yönünün korunmasını sağlayabilir. Ancak halkın politik kültürü de önemlidir ve sosyalizasyonu tüketim hakkının sınırlanması olarak değerlendiren bir politik kültürlerde, gelir eşitsizliğine rağmen kamucu politikalara karşı bir siyasal tercih gelişebilir. 13 OECD ülkesinin 1981-2007 verilerine göre gelir dağılımı eşitsizliğinin artışı ile sağlık harcamalarında kamunun payının azalması birlikte seyrediyor. Buna karşılık solun güçlü olduğu ülkelerde kamu payı artıyor. Yaşlı nüfusun fazlalığı ile kamu payı arasında bir ilişki bulunmuyor (Mou H 2013).

Üretim denildiğinde hastaneleri ve birinci basamak sağlık kurumlarını anlamamız gerekir. Ancak sistemin bu boyutundaki özelleştirme hastanecilik sektörü için çarpıcıdır. Özelleştirme mülkiyet devridir.

Hastanelerin özelleştirilmesi (privatization) ya da işletmeleştirilmesi (corporatization) hastane yönetimine işletme ve olanaklıysa yatırım konularında daha çok otonomi verilmesi anlamına da gelir. Özelleştirme

doğrudan kamu mülkiyetinin devredilmesi iken, işletmeleştirme kamu mülkiyetinin korunması koşuluyla yönetimde piyasa mantığının hakim kılınmasıdır. Bunun dışında kamu mülkiyetinin geçerli olduğu durumlarda da doğrudan özel mülkiyet ilişkileri organizasyona dahil edilebilir. Örneğin kamu mülkiyetindeki hastanenin bir bölümünün, kısmının mülkiyeti ya da işletmesi ya da hastane işletmesi içindeki kimi hizmetler (yemekhane, temizlik gibi) özel aktörlere devredilebilir. Bu çeşit özelleştirme kamu özel ortaklığı olarak bilinir ve biz bunu biraz sonra ele alacağız.

Özelleştirme ve işletmeleştirmenin verimliliği artıracığı söylenece de deneyimler hastane hizmetlerinde bu bakımdan çok az değişim olduğunu gösteriyor. Nitekim sağlık çalışanları eskisi gibi çalışmaya devam ediyorlar. Üstelik maliyetleri ve eşitsizlikleri artırıyor (Braithwaite J ve diğ 2011).

İsveç'te 1991'de iş başına gelen sosyal demokrat olmayan hükümet özelleştirme ve piyasacı reformlara ağırlık verdi. 1995 yılında sosyal demokratlar yeniden iktidar oldularsa da özelleştirme eğilimi devam etti. Özel sağlık çalışanlarının oranı 1993'te %14.9 iken, 1999'da %17.5'e yükseldi. Ev hemşirelik hizmetlerindeki özel sektör payı da aynı yıllarda %5'ten %8'e çıktı (Anell A 2005).

Danimarka'da 2004 yılında başlatılan son sağlık reformu sürecinde, özel hastaneler toplam hastanecilik üretiminin %2.2'sini üretecek şekilde genişledi. Bunun önemli nedeni özel hastanecilik hizmetlerini karşılayan ve kamu hastanelerindeki bekleme listelerine tabi olmama hakkı veren özel tamamlayıcı sigorta sisteminin gelişmesiydi. Ayrıca kamu hastanelerindeki bekleme süresinin iki ayı (sonradan, 2007'de, bu süre bir aya indirildi) geçmesi durumunda kamu finansman fonları özel hastanelerden kullanılan hizmetleri de finanse etmeye başladı (Christiansen T 2013).

İngiltere'de kronik ve bağımlı hastaların bakımı ulusal sağlık sistemi kapsamı dışına çıkarılarak yerel hükümetlere devredildi. İlgili yasa aynı zamanda bu hizmetlerin %80 oranında özel kurumlara devrini de zorunlu tutuyor. Böylece yerel yönetimlerin bakım evleri kapatılıyor ve özel hemşire bakım merkezleri bunların yerini alıyor. Öte yandan, özel bakım merkezleri bakımı zor hastaları kabul etmiyorlar, durumu ağırlaşan hastaları da akut hasta sınıfına sokup kamu hastanelerine yönlendiriyorlar.

Özel sektör, bakım hizmeti kendileri açısından kârlı gelmediğinde ise kurumu kapatıyor, satıyor ya da başka işler için kiraya veriyor. Şu anda İngiliz özel sağlık sektöründen nüfusun zengin %5'lik kesimi yararlanıyor. Bu sınıf NHS'yi yalnızca özel sektörde elde edemeyeceği özelleşmiş bakım hizmetleri için kullanıyor. Özelleştirme sürecinde 1970'lerde 100 bin olan temizlik personeli sayısı 2002'de 55 bine indi. 1982-1995 arasında 38 milyon hastada yapılan bir araştırmaya göre özel hastanelerdeki ölüm hızı kamuya göre %2 daha yüksekti. Özelleştirme ve iç piyasacı değişim yönetsel maliyetleri artırdı. Bu kalemin toplamdaki oranı NHS'nin ilk 20 yılı boyunca %2 iken, ilk yönetim reformunun uygulamaya sokulduğu 1974'te %6'ya, Muhafazakar Parti reformlarının gerçekleştirildiği 1983'te %12'ye çıktı. ABD'de aynı oran %20'dir. Yine ABD'de kâr amaçlı özel hastanelerde kâr amacı gütmeyen özel hastanelerden %23, kamu hastanelerinden ise %34 daha yüksektir. Piyasacı reformlar hekimlerin iş yükünü artırdı. Ortalama hasta muayene süresi yalnızca sekiz dakika. Hekimler hastalarını dinlemekten ve onlara bir şey anlatmaktan kaçınıyorlar. Şimdi İngiltere'de hekim örgütleri NHS'deki piyasalaşmaya karşı çıkıyorlar. Oysa 1948 yılında hekimlerin otonomisini sınırlıyor diye NHS'ye karşı çıkmışlardı (Hart JT 2006).

İngiltere'de piyasacı ve özelleştirmeci reformlar en kapsamlı biçimde 1990 yılında yayımlanan Toplum Bakımı Yasası (Community Care Act) ile gündeme geldi. İlk kez o tarihlerde rekabet, iç piyasa, sağlıkta satın alma ile üretimin ayrılması gibi kavramlar konuşulur oldu. Hasta tercihi kavramı da aynı dönemde duyuldu. Bu yasanın kabul edildiği tarih İngiltere'de ekonomik düşüşün pik yaptığı dönemdi. 2008 krizi sonrasında ise (ki bu sırada yine Muhafazakar Parti iktidardaydı) bürokrasinin azaltılması ve verimlilik tartışmaları üzerinden artan oranda piyasa vurgusu ve hasta tercihi kavramları ortama hakim oldu (Doetter LF, Götzel R 2011).

İngiltere'de, çoğunun yatak sayısı 50'nin altında olan, 200'den fazla özel hastane var. Bunlar komplike olmayan cerrahi hizmetleri ve doğum hizmetlerini sunuyor. Acil servisleri de var. Ancak yüksek teknolojileri yok. Ayrıca hem NHS kapsamındaki hastalara hem de özel hastalara bakan hastaneler açılıyor. Özelleştirmenin devam edeceği tahmin ediliyor. Bunun nedeni nüfusun %12'sinin özel sigortasının olmasıdır. Bu sigorta

hastalara özel kurum ve yatakları kullanma olanağı veriyor. Ayrıca hükümet bütün NHS hastanelerini üç yıl içinde işletme haline dönüştürmeyi hedefliyor. Genel pratisyenlere hastalarını istedikleri hastaneye yönlendirme hakkı veriliyor. Bu, küçük ölçekli özel hastanelere avantaj yaratacaktır. Bu rekabet ortamında kimi hastanelerin kapanabileceği olasılığı herkesi endişelendiriyor. Metropolitan bölgelerdeki kimi özel hastaneler, üst toplumsal sınıflar için, standart üstü otelcilik hizmetlerine yöneliyor (Weil TP 2011).

İngiltere’de 1979-1997 arasındaki Muhafazakar hükümetler ve 1997-2010 arasındaki İşçi Partisi hükümetleri özel sektöre daha geniş rol vermeyi düşündüler. 2012 yılındaki Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası ile bu tercih daha üst düzeyde somut bir görünüm kazandı. Bu ortamda İşçi Partisi doğrudan özelleştirme değil ama, düzenlenen piyasa, hizmet sunumuna özel sektör katılımının artırılması ve NHS hastanelerinin özel kazançlarına üst limit belirlenmesi gibi kavramların ekseninde konuyu tartıştı. Buna karşılık özel sektörün daha fazla derecede sisteme katılımının hastaların çıkarları yerine kâr ilgisini öne çıkaracağı eleştirisi getirildi. Muhafazakar Parti ise özelleştirme sürecinin İşçi Partisi döneminde başladığını, özel sektöre daha geniş alan tanımanın devletin devreden çıkarılması anlamına gelmeyeceğini, sonuçta özel ve kamu arasında tercih hakkının hastalarda olacağını belirterek bu eleştirilere karşı çıktı. Bu tartışmalardan anlaşıldığı gibi, taraflar arasında, sözleşme sistemi, özel sigortacılık, katkı payı gibi reform politikaları bakımından mutabakat vardı. 2012 yılında 1000 kişi üzerinde yapılan bir araştırmaya katılanların %70’i NHS’deki dönüşüme karşıydılar. 2001’de 2200 kişide yapılan bir araştırmada ise, katılanların %71’inin NHS’nin tam özelleştirilmesine karşı olduğu saptandı. Buna karşılık hastaların istedikleri kuruma başvurabilmelerini sağlayan düzenlemeye karşı olanların oranı %38, destekleyenlerin oranı ise %31 idi. 2011 yılındaki bir başka araştırmaya katılanların beşte ikisi hizmet parasız olduktan sonra sunanın önemli olmadığını düşünüyordu. Bu veriler halkın özelleştirmenin farklı boyutlarına farklı yaklaşım sergilediğini gösteriyor. Hemşirelerin ve hekimlerin mesleki ve sendikal örgütleri de özelleştirmeye karşılar ve hizmetin parasız ve kamu tarafından sunulmasını istiyorlar (Powell M, Miller R 2013).

Almanya'da DRG sistemi 1999 yılında başlatıldı ve piyasacı özel sektör mantığının gelişmesinde etkili oldu. Öncelikle eğitim hastanelerinde ve küçük özel hastanelerde uygulamaya konuldu. Ortalama yatış süresi 2000'de 10.1 gün iken 2006'da 8.5 güne indi. Eskiden hükümetin desteğiyle yönetilen eğitim kurumları maliyet konularına daha duyarlı hale geldiler. Özel hastane şirketlerinin bazıları kimi kurumlarını kapatarak ekonomik açıdan daha verimli bir stratejiye yöneldiler. Bütün hastanelerde, hemşireler hariç, bütün sağlık personeli sayısında azalma gerçekleşti. Alman sağlık sisteminin özelleştirilmesinin kıt kaynakların daha verimli kullanımına ve hizmet kalitesinde artışa olanak tanıdığı düşünülüyor. Bunun özellikle kamu statüsündeki büyük eğitim hastanelerinde gerçekleştiği belirtiliyor. Çünkü bu kurumlar dönüşüm sonrasında sermaye sağlayabiliyorlar, yönetim sistemleri uygulayarak ücretleri düşürebiliyorlar (Weil TP 2011).

Fransa'da hekimler kamu hastanelerinde artık özel hasta muayene ve tedavisi de yapabiliyorlar (The Commonwealth Fund 2010).

Eski sosyalist ülkelerde 1990'larda özel çalışma yasallaştı. Özel çalışma oranı esas olarak dış hizmetlerinde ve eczacılık alanında yüksek. 1997 yılında özel çalışan hekimlerin oranı Çek Cumhuriyeti'nde %95, Macaristan'da %76, Slovak Cumhuriyeti'nde %98 ve Slovenya'da %14'tü. Çek Cumhuriyeti, Polonya, Romanya ve Slovak Cumhuriyeti'nde dış hekimlerinin tamamı özel çalışıyordu. Eczacılar arasında özel çalışanların oranı ise %68 (Slovenya) ile %100 (Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Slovak Cumhuriyeti) arasındaydı. Yine aynı yıl Macaristan'da hastane yataklarının %9.4'ü özeldi. Ayrıca böbrek diyaliz harcamalarının %80'i, tomografi harcamalarının da %75'i özel kurumlarda gerçekleşmişti (Kornai J 2001).

Macaristan ve Polonya'da sağlık finansmanında kamunun payı yıllar içinde azaldı. 1992'de Macaristan'da %88 ve Polonya'da %76.4 iken, 2007 yılında sırasıyla %70.6 ve %70.8'e indi. Her iki ülkede de 1980'lerin sonlarından itibaren özelleştirmeci politikalar izlendi. Pek çok hekim özel sektöre geçti. Aynı anda kamuda da yarı süreli çalışmayı sürdürdü. Kamu sektöründe cepten ödemelerin, bir kısmı informal yollardan olmak üzere, artması, özel sektörün beklenen şekilde gelişmesini engelledi. Aynı

gelişmeler hastanecilik sektöründe de ortaya çıktı. Çek Cumhuriyeti'nde hastaneler işletme haline getirildi. Özel hastane yataklarının payı arttı. 1992'de Çek Cumhuriyeti'nde %0.3 iken %28.7'ye, Polonya'da %0.1 iken %4.7'ye çıktı. Hastanelerin yatak kapasitesi azaltıldı. 1992'de Çek Cumhuriyeti'nde 100 bin kişi için 1035, Macaristan'da 950, Polonya'da 639 yatak varken, 2007'de sırasıyla 810, 713 ve 516 yatağa düştü. Hastanelerde performansla dayalı ödeme gelişti (Sitek M 2010).

Polonya'da sağlık hizmetleri, sosyalizm sonrasında piyasaya açıldı, desantralize edildi ve özelleştirildi. Aynı şey ana çocuk sağlığı hizmetlerinin ve özel olarak da kürtaj hizmetlerinin başına geldi. 1965 yılında çıkarılmış bir yasaya göre Polonya'da kürtaj eskiden yasaldı. 1989 (sosyalizm) sonrasında ise, 1993 tarihli bir yasayla yasaklandı ve bu işi tümüyle özel sektör el altından ve para karşılığı yapmaya başladı. Kürtaj ayrıca ahlaki olarak da damgalandı. Kamu kurullarında yapılan kürtaj sayısı 1965 yılında 169 bin, 1980'de 146 bin iken 1992'de 44042'ye, 2008'de ise 499'a indi. 1990'ların başı, kadın örgütlerinin öncülük ettiği kürtaj taraftarı cephe ile başını kilisenin çektiği kürtaj karşıtları arasındaki mücadeleyle tanımlıdır. Kürtaj lehine bir milyondan fazla imza toplanmış olmasına rağmen bu dönemde hükümetler bu hareketleri dikkate almadı. Bu arada devreye beklendiği gibi özel sektör girdi. Burada cerrahi kürtajın fiyatı 380 ile 1000 Euro, tıbbi kürtajın fiyatıysa 100-250 Euro arasında değişiyordu (2006 için). Oysa aynı dönemde ortalama hane halkı geliri yalnızca 250 Euro kadardı. Kırsal kesim, adolesanlar, işsizler dikkate alındığında fiyat ile kazanç arasındaki makasın daha büyük olduğu açıktır. Polonya'da bu yasaklar döneminde ortalama 150 bin kürtajın özel sektörde yaptırıldığı düşünülürse kaçak ve vergilendirilmemiş kazancın yıllık 75 milyon Euro olduğu görülür. Durum böyleyken hükümet özel sektördeki bu yasa dışı kürtaj olgusuna karşı herhangi bir önlem almadı. Yasadışı kürtaj yaptıran hekim için üç yıllık hapis cezası öngörülüyor ise de denetim olmadığı için bu yasak kağıt üzerinde geçerlidir (Chelstowska A 2011).

Slovenya'da sosyalizmin çöküşü sonrasında hekimlere özel çalışma hakkı verildi. Sevk sisteminin işlememesi özel çalışmayı kolaylaştırıyor. 2001 yılı itibariyle hekimler arasında kendi hesabına özel olarak çalışanların oranı %10 idi ve artış hızı belirgindi. Özel olarak çalışan hekimlerin

hemen tamamı haftada 40 saatlik kamu çalışma süresi sınırının üzerinde çalışıyor (Svab I ve diğ 2001).

2- Sağlık sisteminin finansman boyutunun özelleştirilmesi: Özel sigortacılık

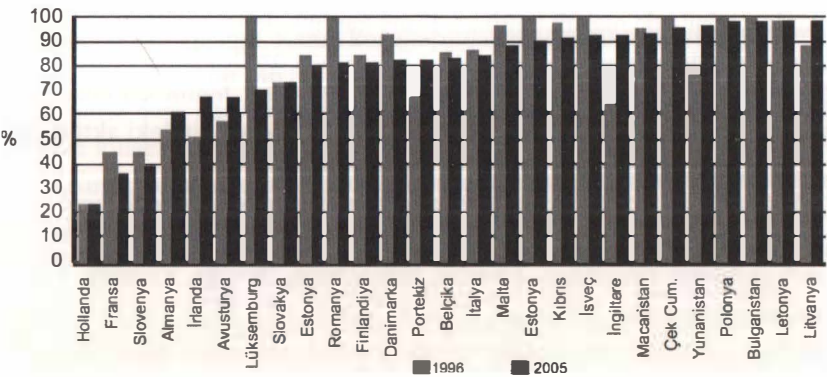
Finansmanda özelleştirme sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının artması anlamına gelir. Özel sağlık harcamaları ise temel olarak iki bileşenden oluşur: Cepten harcamalar ve özel sigortacılık. Aslında cepten harcamalar pasif bir özelleştirme modeli olarak da kabul edilebilir. Kamu sağlık harcamalarının azalmasıyla birlikte, eğer devreye herhangi bir planlı, aktif özelleştirme stratejisi sokulmazsa, vatandaşlar sağlık hizmetinin maliyetini ceplerinden karşılamak zorunda kalırlar. Cepten harcamalar herhangi bir fon anlamına gelmediği için, hizmetin planlanmasına da olanak tanımaz. Buna karşılık ikinci seçenek olan özel sağlık sigortacılığı planlı ve aktif bir finansman özelleştirme yöntemidir. Burada kurumsal bir yapı, bir fon vardır. Böylece, fonun sahipleri açısından, bu fon üzerinden sağlık piyasasını, bu piyasa içindeki aktörlerin davranışlarını belirleme olanağı da yakalanmış olur.

Aşağıdaki iki grafik, AB'de sağlık harcamalarındaki özelleştirmeyi gösteriyor. Özel harcamaların toplamdaki oranı üçte birin altında. 1996'dan beri 15 ülkede yükseliyor. Yükseliş Bulgaristan, Belçika, Estonya, Yunanistan, Macaristan, Letonya, Litvanya, Slovakya'da %5'in üzerinde. Özel sigortacılığın 2000 sonrasında belirgin biçimde büyüdüğü gözleniyor. 18 AB ülkesinde cepten harcamalar ikinci önemli finansman kaynağı durumunda ve bu ülkelerde sağlık harcamalarının neredeyse üçte biri cepten karşılanıyor. Letonya, Yunanistan, Kıbrıs ve Bulgaristan'da oran daha yüksek. 1996'dan beri cepten harcamanın oranı 15 üye ülkede yükseliyor.

Grafiklerin kabaca birbirinin ters kopyası olduğu söylenebilir. Özeline içinde cepten harcamalarının payının artması, özel sigortacılığın payının azalması anlamına geliyor. Bunun tersi de geçerli. Yine görüldüğü gibi eski sosyalist ülkelerde özel harcamalar hemen tamamen cepten harcamalardan oluşurken, Avrupa'nın merkez kapitalist ülkelerinde tersi durum geçerli. Özel sigortacılık 1996 yılında Slovenya, İtalya, Malta, Portekiz ve İsveç dışındaki ülkelerde ihmal edilebilir düzeydeydi. 2000'lerde ise Fransa, Almanya, İrlanda, Hollanda ve Slovenya'da iyi organize olmuş

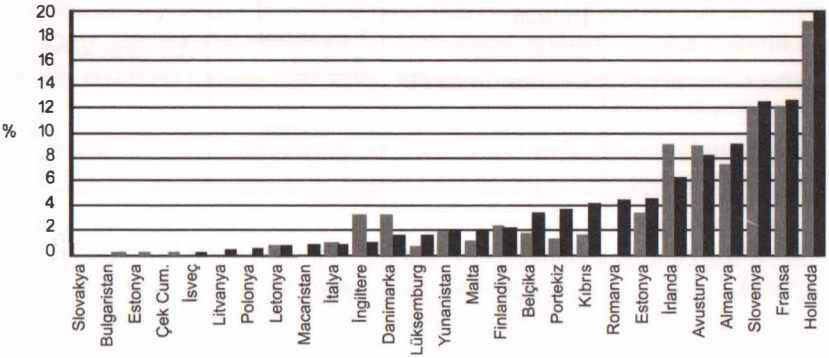
bir sektör halini aldı. Özel sigortacılığın toplam sağlık harcaması içindeki payı Hollanda'da %20 düzeyinde, Fransa'da %12'nin üzerinde. Bu durum bir yandan, sağlık piyasası gelişkin olmadıkça özel sigortacılığın ortaya çıkamayacağı gerçeğiyle, öte yandan da özel sağlık sigortacılığının yine gelişkin bir yönetim kapasitesi gerektiriyor olmasıyla ilişkili. Nitekim eski sosyalist ülkelerin önemli kısmında 1996 ile 2005 arasındaki 10 yıllık dönemde özel sigorta harcamalarının toplamdaki payında gözlenen belirgin artış da bununla, yani bu ülkelerde kapitalizmin dinamiklerinin yerleşiklik kazanmasıyla açıklanabilir.

Grafik: AB coğrafyasında özel sağlık harcamalarının yüzdesi olarak cepten sağlık harcamasının oranı



Kaynak: Thompson S ve diğ 2009: 32

Grafik: AB Coğrafyasında toplam sağlık harcamalarının içinde özel sigortacılığın yüzdesi



Kaynak: Thompson S ve diğ 2009: 32

Özel sigortacılığın tiplerini aşağıdaki tabloda özetliyoruz. Dört tip özel sağlık sigortacılığı bulunuyor. Bunlardan ilki kamu sağlık sisteminin kapsamadığı ya da kapsamayabildiği nüfus gruplarını ilgilendiren substitutive (vekil) tip. İkincisi kamu sisteminin kapsamadığı hizmetleri sigortalamak için devreye giren complementary (tamamlayıcı) tip. Üçüncüsü kamu sağlık sisteminin tam olarak kapsamadığı yararlanımlar için devreye giren ve tamamlayıcı tipin mali çeşidi olan maliyet paylaşımı programları. Sonuncusu ise hızlı ve daha “kaliteli” hizmet olanağı sunan supplementary (ek) tip.

Tablo: Özel sağlık sigortasının piyasa rolleri

	Piyasa gelişimini uyaran dinamik	Kapsamın doğası	AB örnekleri
Substitutive (vekil)	Kamu sisteminin kapsadığı nüfusun oranı	Kamu sisteminin kapsamadığı ya da dışarıda kalmasına izin verdiği nüfus gruplarını kapsar	Almanya'da 1970'den beri, Hollanda'da 2006 öncesinde
Complementary (tamamlayıcı) (Hizmetler açısından)	Kamu sisteminin kapsadığı hizmetler paketi	Kamu sisteminin dışarıda bıraktığı hizmetleri kapsar	AB ülkelerinin çoğunda dış sağlık hizmetleri ve tamamlayıcı-alternatif tıp uygulamaları
Complementary (tamamlayıcı) (maliyet paylaşımı olarak)	Kamu sisteminin, hizmetlerin maliyetini karşılama oranı	Zorunlu maliyet paylaşımı	Fransa, Belçika, Danimarka, Hırvatistan, İrlanda, Letonya, Portekiz, İtalya, Lüksemburg
Supplementary (ek)	Tüketici tatmini	Hizmete hızlı ulaşım ve yüksek tüketici tatmini sağlar	İngiltere, İrlanda ve diğer pek çok AB üyesi

Kaynak: Thompson S ve diğ 2009: 58

Danimarka'da nüfusun %30'unun, İrlanda'da %50'sinin, Slovenya'da 70'inin, Fransa'da 90'ının herhangi bir tipte özel sağlık sigortası var. Ek denilen ise nüfusun %10'unu kapsar. Vekil sistemde zaman içinde zorunlu kamu sigorta sistemi yüksek riskli grupları, özel sigorta sistemi ise düşük risklileri kapsar hale gelir. Bu da ikili bir sigorta yapısının ortaya çıkmasına yol açar. Sunulan hizmetin nitelikleri de farklılaşır. Fiyat ve prim artışları özel sektörde daha hızlı olur. Şu anda Almanya'nın durumu böyledir ve bu nedenle ikili sisteme bir an önce son verilmesi gerektiği konusu tartışılmaktadır. Tamamlayıcı özel sigorta özellikle dış sağlığı ve alternatif tıp hizmetleri için giderek yaygınlaşıyor ve bununla birlikte önemli sağlık eşitsizlikleri ortaya çıkıyor. Tamamlayıcı tipin en yaygın olduğu ülkeler Fransa ve Slovenya'dır. Fransız nüfusunun %85'inin, Slovenlerin ise %74'ünün bu tip sigortası var. Ancak yaşlıların, adolesanların, becerisiz işçilerin, işsizlerin ve etnik azınlıkların bu tip sigortaya ulaşması zor. Zengin nüfus dilimlerinin zorunlu kamu sigortası sistemi dışına çıkarılması sistemin sürdürülebilirliğini zora sokuyor. Bunun nedeni kamusal-ortak sağlık fonları için vergi ve/veya prim gelirlerinin toplumsal tabanını esas olarak zengin grupların oluşturuyor olmasıdır. Ek tipteki özel sigorta da eşitsizlik yaratıyor. Bu durum İngiltere ve İrlanda için özellikle belirgin (Thompson S ve diğ 2009).

Almanya örneği özel sigortacılığın ortaya çıkaracağı riskler açısından iyi bir örnektir. Aşağıdaki tablo bunu gösteriyor. Özel sigortalı grup daha genç, kronik hastalıklar ve algılanan sağlığa göre değerlendirildiğinde daha sağlıklı, daha az genel pratisyene muayene olan ve ödeme güclüğü çekmeyen bir karaktere sahip.

Tablo: Almanya’da kamu ve özel sağlık sigortalı bireylerin sağlık durumları ve sağlık hizmetine ulaşım durumları, 2001-2005

	Kamu sigortalı	Özel sigortalı
65 yaş üzerindeki nüfus %	22.0	11.0
Kronik hastaların oranı %	23.0	11.5
İyiden kötü sağlık bildirenler %	21.5	9.0
Genel pratisyen muayenesi %	81.0	55.0
Ayaktan uzman muayenesi %	47.0	45.0
Ayaktan yazılan ilaçları ödeme güçlüğü %	26.0	7.0

Kaynak: Thompson S ve diğ 2009: 60

Başka yazarlar da Almanya’da yüksek eğitilmiş ve modern tedavi yöntemlerini kullananların özel sağlık sigortalarını tercih ettiklerini bulmuşlardır (Krobot KJ ve diğ 2004).

Fransa’da teminat paketindeki daralmanın ortaya çıkardığı risklere karşı hizmet tipinde tamamlayıcı tipte özel sağlık sigortacılığı, artan katkı paylarına karşı da mali tipte tamamlayıcı sağlık sigortası genişliyor. Toplam sağlık harcamasının %13.4’ü özel sigortadan geliyor. Ayaktan bakım hizmeti sunan hizmet üreticilerinin çoğu artık özel statüde (Cheyreul K, Zaleski ID 2012).

Danimarka’da hastane ve birinci basamak hizmetleri için maliyet paylaşımı yoktur. 18 yaş üzerindeki diş sağlığı hizmetleri, ilaç ve kontakt lens için vardır. Yıllık ilaç harcaması 90 Dolar’ın altındaysa geri ödeme hiç yok, çocuksa %50 geri ödenir. Geri ödeme oranı ilaç harcaması arttıkça artar. Örneğin 511 Dolar’ın üzerindeki yıllık ilaç harcamasının %85’i geri alınır. Kronik hastalıklarda yıllık ilaç harcaması 658 Dolar’ın üzerindeyse tam geri ödeme alınır. 2005 için cepten harcamaların toplamdaki oranı %14 idi. Tamamlayıcı özel sigorta, özellikle diş hizmetleri ve ilaç için yaygındır. Nüfusun %36’sı bu şekilde sigortalıdır. İngiltere’de nüfusun %12’sinin özel sigortası vardır (2006). Toplam sağlık harcamalarının %1’i

buradan gelir. Toplam özel harcamaların %90'ı halen cepten ödeme biçimindedir. (The Commonwealth Fund 2010).

İrlanda'da özel sigortanın sistemin finansmanına katkısı %14 iken (ki %15 oranında da cepten ödemelerden gelir), nüfusun neredeyse yarısının özel sağlık sigortası var. Bir süredir özel sigorta primleri enflasyon oranının üzerinde bir oranda artıyor. Bu da son kriz döneminde kayıtlı sigortalı sayısında 200 bin azalmaya (toplamın %8'i) yol açtı. Ek tipteki özel sigorta özellikle hastane hizmetlerine daha kolay ulaşımı sağlar ve ayrıcalıklı hizmet kullanımını olanaklı kılar. Özel sigortalıların %60'ı kamu hastanelerindeki özel yataklardan yararlanıyor. Son 10 yıldır özel sigorta primlerinin yıllık artış oranı %11.4 ve toplam artışı da %194. Yani neredeyse ikiye katlandı. Son üç yıldaki artış oranı %18. 2011'de ise %23. Aynı dönemdeki ortalama enflasyon oranı yalnızca %1.1. Oysa 2011'de sağlık hizmetlerinin enflasyon oranı %2.6. Bu artış sigortalı hastaların hastane bakımlarının aynı dönemde daha fazla oranda günübirlik bakım birimlerinde yapılmış olmasına rağmen böyle. Prim oranlarındaki artış (vatandaşlar açısından) özel sigorta sisteminden çıkışın nedeni. Çıkış dışında sigorta şirketleri arasında kayış da söz konusu. Aynı dönemde 170 bin kişi bireysel sigorta programlarından şirket zeminli-kurumsal sigorta programlarına kayd. Özel sigorta piyasasındaki esas küçülme genç yaş gruplarında (18-39 yaş arası). 60 yaş üzerindeki özel sigortalıların sayısında 2009-2011 arasında artış oldu. İnsanlar bu seçeneği bir lüks değil, gereksinim olarak değerlendiriyor. Sigorta sistemi içindeki bu demografik değişim şirketler açısından maliyeti artıran ek bir etken oluyor. Örneğin 17 yaş altındaki bireyin şirkete yıllık maliyeti 164 Euro iken, 80 yaş ve üzerindekilerde maliyet 3333 Euro'ya yükseliyor. 55 yaş altındakilerin yarısı işlerini kaybettiklerinde, 55 yaş üzerindekilerin yarısı ise hizmetin kendisi ya da kapsamı bozulursa sistemden ayrılacağını belirtiyor. Özel sigortalı olup hastaneye yatanlar için hastaneye ve uzman hekimlere hizmet başına ödeme yapıldığı için (kamu hastalarına yapılan ödeme ücret ve sabit ödeme biçiminde iken), özel hastaların ortalama yatış süresi daha kısa, ancak daha karmaşık tedavi alıyorlar. Özel sigortadan kaçışın devam etmesi hükümetin üzerindeki finansal yükü artırıcı bir etki yaratacaktır (Turner B 2013).

Eski sosyalist ülkelerde özel sigorta kapsamındaki nüfus %1 civarındadır. İstisnası Gürcistan (%10), Hırvatistan (%16) ve Slovenya'dır (%74). Vekil tipte özel sigorta uygulayan Çek Cumhuriyeti'nde özel sigorta kronik hastalıkları kapsamaz. Gürcistan'da da her şey kapsamda değildir. Slovenya'da tamamlayıcı tarz özel sigorta var. Kullanıcı ödentilerinde devreye girer. Ancak gelir grupları arasında sigorta yaptırma ve hizmet kullanma bakımından eşitsizlikler ortaya çıktı. Hekimler özel sigortası olmayan hastaları tedavi etmek konusunda isteksizler. Bunun nedeni hastalarının zorunlu katkı payını ödeyemeyecek olmalarından korkmaları. Hırvatistan'daki tamamlayıcı özel sigorta da hizmet kullanımında eşitsizlikler yarattı. Emeklilerin özel sigorta primi düşük tutuldu. Ancak bu kez özel sigorta şirketleri emeklileri dışlama eğilimi (yanlı seçim) geliştirdi. Gürcistan'da cepten harcamaların %80'e ulaşması sonucunda hükümet vekil tipte bir özel sigorta sistemi getirdi. Burada prim miktarı yıllık 115 Dolar'ı geçemez ve devlet de 25 Dolarlık bir sübvansiyon sağlar. Ancak paket genellikle ayaklı tedavide yazılan ilaçları kapsamaz, ki bu kalem cepten harcamaların ana kısmını oluşturur. Bugün nüfusun %26'sı bu tür özel sigorta kapsamındadır (Thompson S 2010: 299-325).

Slovenya'da 1980'lerde özel sağlık sektörüne izin verildi. Finansman zorunlu vergiler ile isteğe bağlı (özel) sigortaya dayanır. Vatandaşlar isteğe bağlı tamamlayıcı sigorta primi yatırmadıkları taktirde bazı hizmetlerden yararlanamazlar ve ilaç masraflarını ceplerinden öderler. Bu nedenle nüfusun %95'inin tamamlayıcı sigortası vardır. Tamamlayıcı sigortada prim miktarı herkes için eşittir. O nedenle yoksullar için pahalı, zenginler için ucuz anlamı taşır. İsteğe bağlı sigorta priminin yıllık toplamı yoksulların iki aylık gelirine denk geliyor. Buna karşılık orta gelir grubu için prim toplamı gelirin %8'i kadar. Sistem bu haliyle ileri derecede regresif karakter taşıyor (Aris B 2004).

3- Kamu özel ortaklığı

Kamu özel ortaklığı (KÖÖ) (public private partnership-PPP) modeli ekonominin herhangi bir sektöründe, kamu ile özel aktörlerin, kamu işletmesi çatısı altında işbirliği anlamına gelir. Sağlıkta KÖÖ kapsamında kamu hastanesi özel aktörlerden hizmet satın alabilir. Bu durum daha

çok sağlık hizmeti üretimi için stratejik olarak değerlendirilmeyen temizlik, yemekhane gibi hizmetler için söz konusudur. Bu bir taşeronlaştırma ilişkisidir. Bu hizmetleri üreten personel bir taşeron şirketinindir ve işlerini kamu hastanesi içinde yerine getirirler. Kimi kez de aynı taşeron ilişki çerçevesinde stratejik tıbbi hizmetler de (örneğin bilgisayarlı tomografi, laboratuvar hizmetleri gibi) özel aktörlerden satın alınabilir. Bu durumda da söz konusu özel aktör kamu hastanesi çatısı altında, kendi personeliyle ve kendi teknolojiyle istenen hizmeti verir.

Bunların dışında KÖO modelinin bir de yatırımlarla ilgili olan çeşidi vardır. Burada da kamu, hastanenin bütün yatırım maliyetlerini gerçekleştirme sorumluluğunu, bir ihale bedeli karşılığında özel aktöre devreder. Üstelik 25-50 yıl gibi uzun bir dönem boyunca da yatırımı gerçekleştiren özel aktörden hastane binalarını kiralama ve kimi stratejik tıbbi hizmetleri satın alma garantisi de verir.

Hizmetlerin taşeron ilişki içinde satın alınmasındaki gerekçe duruma göre iki türdür: Stratejik olmayan hizmetlerin satın alınma gerekçesi bu hizmetlerin üretiminin herhangi bir özel üretim-yönetim kapasitesi gerektirmemesi ve kamunun bu hizmetleri üreten personelin yönetimi sorumluluğunu üstlenmek istememesidir.

Stratejik tıbbi hizmetlerin taşeronlaştırılmasının nedeni ise kamunun bu hizmetler için gerekli olan yatırım, yönetim kapasitesinden ve teknoloji ve insan gücü olanaklarından yoksun görülmesidir.

Hastane yatırımlarının KÖO modeliyle devredilmesinin nedeni ise kamunun elinde yeterli finansal kaynağın bulunmamasıdır. Bu durumda, bu modeli savunanlar sağlık sistemine finansman girişinin sağlanacağını belirtirler. Oysa bu durumda, orta ve uzun vadede kamu aracılığıyla özel aktörlere aktarılabilecek kaynakların hesabı hiç yapılmaz. Kamu ilk elde belki yatırım maliyetlerinden kurtulmuş, bu yolla sektöre kaynak girişi sağlamış olur. Ancak bunun karşısında, yıllarca ödeyeceği kira ve hizmet satın alma bedelleri yer alacaktır.

Üstelik KÖO statüsündeki işletmelerde hizmet üretenler kamu güvencesinden yoksun bir istihdam ilişkisinin içine sokulmuş olacaklardır. Bu haliyle bakıldığında KÖO kamu kaynaklarının özel aktörlere aktarıldığı bir rant mekanizması olarak karşımıza çıkar.

Kamu özel ortaklığının hizmet üretiminde özel sektörden kaynaklı kazanımları içereceği, kamunun ise kolektif kazanımlarını koruyacağı yönünde bir beklenti vardır. Ancak burada bu hibrit yapının içindeki farklı kurumların çatışma potansiyeline sahip misyonları, amaçları, kurumsal kültürleri ve yasallıkları nedeniyle ortaya çıkan uygulama zorlukları bulunur.

KÖO'nı dünyanın globalleşmesi ve ulus devlet sınırlarının silikleşmesiyle ilişkilendiren görüşler de (Balcus J, Novotny TE 2011) var. Bunlara göre sağlık söz konusu olduğunda sınırlardaki silikleşme ile birlikte, değişik aktörlerin sınır tanımadan birlikte çalışma zorunlulukları da ortaya çıkıyor. Üstelik bugün özel sektör sağlıkta giderek daha geniş yer kaplıyor. O nedenle, bu görüşlere göre, özel aktörlerin değişik uluslararası kuruluşlarla işbirliği halinde ortak hedefler için birlikte çalışmasından daha doğal bir şey olamaz.

Denildiğine göre kamu özel ortaklığı kamunun üzerindeki finansal yükü azaltacak, özel kurumların sosyal hizmetlere ilgisini çekecek ve kamu ile özel arasında tamamlayıcı bir ilişkiyi geliştirecektir. Ancak KÖO'na karşı görüş belirtenler, gücün kamudan özele transferi nedeniyle özelde monopol bir yapının oluştuğunu, bunun da rekabet ortamını tamamen yok ettiğini belirtiyorlar. Şirketlerin daha kaliteli hizmet üretmesi ancak sektörde başka aktörler de varsa olanaklı olabilir. Başka bir risk politiktir. İktidardaki partinin değişmesi KÖO sözleşmelerinin yenilenmesi açısından risk oluşturabilir. Devir için seçilecek özel şirketin seçiminde sorunlar olabilir.

İki tip KÖO vardır: 1- Sözleşmeye dayalı tip: Sözleşme ilişkileri zemininde gerçekleştirilir. 2- Kurumsal KÖO: Kamu ve özel partnerler karma bir sermaye yapısı oluşturarak projeye birlikte katılırlar.

Yukarıdaki kavramsal çerçevede, bugün özel sigortacılığın da sağlık sistemi içinde yer edinmesi KÖO olarak değerlendiriliyor. Özel sigortacılığın devreye girmesiyle boşta kalacak kamu kaynaklarının sağlığı geliştirecek alanlara yönlendirilmesiyle sağlık hizmetlerinin verimliliğinin artacağı varsayılıyor. Sağlıkta kamu özel ortaklığının can alıcı noktasının teknik süreçlerin yayılma hızının artacak olması ve bunun da nihai olarak "tüketicilerin" yararına olacağı varsayımdır. Bu durumda kamunun

hiçbir şekilde elinden bırakmayıp sunmaya devam edeceği bir hizmet paketinin tanımlanması gerekir. Bu paket hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetleri içermek zorundadır. Ancak tedavi edici hizmet alanına doğru gidildikçe değişik türdeki katkı paylarının uygulanması zorunlu olacaktır (Constantinescu D 2012).

İtalya'da 1992'de gündeme getirilen yarı piyasacı yapılanma zemininde KÖO modeli de gelişti. Burada taşeronlaştırma ilişkisinin dışında gözlenen yapılar anonim şirketler, limited şirketler, vakıflar ve birlikler biçimindedir. Özel yapıların KÖO'na dahil finansal kazanç, maliyet yapısının optimizasyonu ve yapılan işin farklı bir coğrafyaya yaygınlaştırılması hedefleriyle gerçekleşti. Taşeronlaştırma çıktısı standart olarak ölçülebilen, laboratuvar, tanı ve yardımcı hizmetler için söz konusu olur. Yüksek düzeyli karmaşık işlemler için (hastaneler ve rehabilitasyon hizmetleri gibi) niteliksel ve niceliksel hizmet standartlarını belirlemede sorunlar ortaya çıkar. Bu da kamunun, hizmet sunumunu gerekli kılar. İtalya için KÖO tercihinin altındaki neden, bu modelin maliyet sınırlaması için politik olarak kabul edilebilir bir yol olarak sunulabilmesidir. Kamusal hizmetlere bir alternatif değil, belirlenmiş amaç ve hedefler için tamamlayıcıdır. Özel partnerlerin sınırlı yerel yönetim bütçelerine dışarıdan kaynak sağlayacağı varsayılır. Ancak özel aktörün sağladığı kaynağın karşılığını en kısa sürede alma güdüsü finansal ve tıbbi hedefler ile özel ve kamusal çıkarlar arasında gerilim yaratacaktır (Cappellaro G, Longo F 2011).

Kamu özel ortaklığı modeli İngiltere'de sağlık sistemindeki kapsamlı bir değişim sürecinin önemli ayaklarından birisidir. Bu kapsamlı değişimde bölgelerin sağlık yönetimi artık işletme mantığına sahiptir. Güneydoğu Londra bölgesi sağlık işletmesi yönetiminin kamu özel ortaklığı deneyimi bu bakımdan öğretici dersler içeriyor. Londra Üniversitesi Birinci Basamak ve Halk Sağlığı Merkezi'nin raporunda bu durum ayrıntılı olarak saptanıyor: Güney Londra Sağlık Hizmetleri İşletmesi ile ilgili karar 2006 tarihinde yürürlüğe konulmuş olmasına rağmen 2012 yılı itibarıyla işletme ciddi finansal zorluklar yaşamaya başladı. Bunun önemli nedenlerinden birisi olarak yatırım ve hizmetlerin kamu özel ortaklığı sistemi ile gerçekleştiriliyor olması görülüyor. Aslında pek çok işletme yıllık sabit ödeme temelinde KÖO sözleşmesi yapmakta ve bu nedenle

finansal güçlük içine düşmektedir. Ancak yasal olarak mevcut açıkları kapatma sorumluluğu sağlık bakanlığının ve bu durumdaki yedi işletme için bakanlığın aktarmak zorunda olduğu toplam kaynak yıllık 60 milyon Sterlin'dir. Bu nedenle merkezi otorite hastane klinik hizmetlerinin maliyet azaltacak şekilde planlanmasını önermektedir. 2013-2016 dönemi için kamu sağlık işletmesinin bütçesinde 74.9 milyon Sterlin kısıntı öneriliyor. Bu kısıntının %6.18'i ücretlerden yapılacaktır. Diğer kısıntılar ise şöyle planlanmaktadır: Kamu hastane işletmesinin içindeki Sidcup ve Orpington hastanelerindeki üç alan elden çıkarılacaktır. Beş yıl içinde 579 yatak kapatılacaktır. İşletme bünyesindeki tıbbi personel ve hemşire sayısı sırasıyla %16.4 ve %17.2 azaltılacaktır. Lewisham hastanesindeki kaza ve acil, haftanın yedi günü hizmet veren ameliyat, kadın doğum, kritik bakım birimleri kapatılacaktır. Güney Londra Sağlık İşletmesi'ni küçültülecek, borçları tasfiye edilecek, imzalanmış KÖO sözleşmelerinin özel taraflarına bakanlık doğrudan mali destek sağlayacaktır (Pollock A ve diğ 2013).

İngiltere'de hem İşçi Partisi hem de Muhafazakarlar KÖO'nı kamu yatırımları için ek kaynak sağlayacak ve hizmet verimliliğini artıracak olması nedenleriyle savunuyorlar. Model İngiltere'de 1992 yılında John Major'un başbakanlığı dönemindeki yasal düzenlemelerle başlatıldı. NHS içinde hastanecilik yatırımları açısından KÖO 1990'larda en önemli strateji halini aldı. 1997-2008 arasında 97 hastane KÖO modeliyle hizmete sokuldu. Toplam hastane yatırım sayısı ise aynı dönemde 127 idi. KÖO modeliyle tamamlanan projelerin toplam tutarı 10.5 milyar Sterlin'den fazlaydı. 2010 yılı için 21 tane daha planlanan proje vardı ve bunların toplam proje değeri 3.4 milyar Sterlin'di. Muhafazakarlar açısından kamu yatırımlarının azaltıldığı (yatırımların ulusal gelire oranı 1970'lerde %7 iken 1992'de %1.6'ya düşmüştü), bu dönem için KÖO finansal açıdan çekici bir stratejiydi. İşçi Partisi açısından ise toplam kamu borç yükünün ulusal gelirdeki oranının %40'ın altına indirilmesi hedefi çerçevesinde anlam kazanıyordu. Kamu borçlanması yerine özel sektör finansmanı ile yatırım gerçekleştirme olanağı veren bir araç olarak görülüyordu. Ayrıca mikro ekonomik ölçekte, aynı proje için kamu ve özel sektör maliyetlerinin aynı olduğu ve özel sektörün bu aynı riski daha iyi yönettiği varsayımı üzerinden KÖO lehi-

ne bir tartışma yürütülüyordu. Buna karşılık PricewaterhouseCoopers'ın 1995-2001 arasında tamamlanan 64 KÖO projesi için yaptığı bir analize göre (ki bu projeler değişik sektörlerde gerçekleştirilmişti) KÖO projelerinin finansal maliyeti %2.4 daha yüksekti ve bu, şu nedenlere bağlıydı: Proje maliyetlerinin başlangıçta yüksek hesaplanması, yüksek banka ücretleri ve piyasadaki sınırlı rekabet. İngiltere'de KÖO sözleşmesiyle hizmet sunan hastanelerde maliyet azaltma adına hizmet kalitesinden ödün verildiği, hizmet sunucularının monopol karakteri nedeniyle rekabet ortamının gerçekleşmediği belirtiliyor. NHS özel sektörden 30-60 yıllığına hizmet satın alabiliyor. Binalar ve ekipman için sözleşme yapılabilir. Ya da hizmet sözleşmesi yapılabilir (temizlik ve mutfak gibi yardımcı hizmetler ya da kurumların yönetimi için). 2005-2006 için NHS içinde KÖO modeliyle çalışan 40 tane bölge sağlık işletmesinin sabit sermaye maliyeti toplam gelirlerinin %8.3 iken beklenen oran %2.5 idi. Ayrıca sabit sermaye harcamalarının gelirdeki oranı KÖO sözleşmesi büyüdükçe artıyor ve gelirin %10'unu geçiyordu (beklenen %5.8 iken). KÖO modeliyle çalışan işletmelerde belirgin fon yetersizliği vardı. 2005-2006 için toplam sermayesi 50 milyon Sterlin'in üzerindeki KÖO modeliyle çalışan işletmelerin %50'si açık verirken, bu oran diğer NHS işletmelerinde %23 oranındaydı. Worcestershire Akut bakım hastanesi yataklarının %30'unu mali nedenlerle kapatmak zorunda kaldı. Bu hastane işletmesi kimi hizmetlerini KÖO modeliyle yerine getiriyordu. 2005-2006 için toplam açığı 20 milyon Sterlin'di. Bunun 7 milyonu KÖO modelinin bindirdiği ek maliyetten kaynaklanıyordu. Üstelik aynı yıl içinde, bu işletmeye, bölge sağlık idaresi tarafından 1.5 milyonluk kaynak aktarılmıştı. Yine mali sıkıntılar nedeniyle 675 personelinin işten çıkarmayı düşünüyordu. Buna rağmen açığın kapatılmasının daha radikal önlemler gerektirdiği ileri sürülüyordu (Hellowell M, Pollock AM 2010).

Hastane yatırımlarının finansmanı için öne çıkan kamu özel ortaklığı modelinin sağlık hizmetinin niteliği bakımından sonuçları belirsiz. Avustralya'da iyi sonuçlara ilişkin veri yok. Bazı örneklerde sonuçların kötü olduğuna ilişkin bulgular mevcut. İngiltere'de KÖO modelinin hizmet niteliğinde, hastaların hizmete evrensel ulaşımında ve maliyet sınırlamada sorunlar yarattığı biliniyor. İnşaatlar genellikle zamanında

tamamlansa da hizmet genellikle daha pahalı sunuluyor ve kalite konusu çelişkili (Haazen DS, Hayer A 2010: 219-246).

DSÖ'ne göre KÖO modeli sıkıntılıdır. Kurumlar arasındaki koordinasyonu yok etmekte, duplikasyonlara yol açmakta, sağlık hizmetleri için ek kaynak yaratmamakta, yalnızca borç finansmanını yükseltmekte ve borç riskini gelecek kuşakların üzerine yıkmaktadır (Mladovsky P ve diğ 2012).

Dördüncü Bölüm

Organizasyondaki Değişiklikler

1- Üretim ve satın alma işlevlerinin birbirinden ayrılması

Bu bölümdeki reform stratejilerine böyle başlıyoruz. Bunun nedeni sistemin üretim ve finansman bileşenlerinin ayrı yapılar olarak birbirinden koparılmasının diğer organizasyonel değişikliklerin üzerine yerleşmesi ve tümünü belirleyen bir kapsama sahip olması.

Bilindiği gibi sağlık sistemi iki temel bileşenden oluşur: Hizmet üretimi ve hizmetin finansmanı. Eski sosyal devletçi ve sosyalist sağlık sistemlerinde bu iki işlev bir devlet kurumunda, yani sağlık bakanlığı çatısı altında entegre edilmiş durumdaydı. Sağlık bakanlığı, genel bütçeden kendisine aktarılan kaynakla, yani bütçe payıyla, kendi mülkiyet ve işletmesindeki sağlık kurumlarında, kendi sağlık personeliyle sağlık hizmeti üretti. Bu yapı entegre sağlık sistemi olarak tanımlanıyordu.

Sağlık reformları sürecinde, piyasa hakimiyeti kurabilmek açısından öncelikle eleştirilen bu entegre sistem yapısı oldu. Devletin genetik olarak verimli iş yapamayacağı argümanı, parçalama, daha doğrusu devleti küçültme operasyonunun haklılaştırılması için kullanıldı. Sistem önce üretim ve finansman olarak ikiye parçalandı. Sonra da bu iki ana bölme kendi içlerinde özel sağlık hizmeti üreticileri ve finansörleri de dahil edilerek daha çok sayıda parçaya ayrıldı. Her finansör kurum hizmet üreticileriyle sözleşme esas temeline ilişkiye geçti. Satın alınacak hizmetin kalitesini ve fiyatını belirlemek bakımından finansör kurumlara büyük

yetki ve sorumluluklar verildi. Finansör bölmedeki esas işi yapan kamu sosyal güvenlik kurumunun, elindeki büyük mali kaynakların sağladığı olanakla, hizmet üreticisi kurumları kaliteli ve düşük fiyatla üretmeye zorlayacağı ileri sürüldü. Bu da verimliliği artıracaktı. Hizmet üretenler ana finansör kurumun belirleyeceği nitelikteki hizmeti, yine aynı kurumun belirleyeceği fiyatlarla üretmek zorunda kalacaklardı. Böylece saptanan nitelik ve fiyatta hizmet üretemeyen üreticiler, finansör kurumların bir sonraki sefere kendileriyle sözleşme yenilememesi nedeniyle sağlık piyasasından eleneceklerdi.

Sağlık piyasasında, finansör kurumun belirleyeceği, yöneteceği bir rekabet, yani düzenlenen bir rekabet ortamı yaratılacaktı. Finansör kurumun bu denetleyici işlevi, kapitalist sağlık piyasalarında ve özelleştirme süreçlerinde gözlenen türden eşitsizliklerin ortaya çıkmasını engelleyecekti. Yani bu rekabet vahşi kapitalist piyasa için söz konusu edilen türden risklerden muaf olacaktı.

Bu sistemin iki türü vardır. Bunlardan yönetilen rekabet (managed competition) denilende rekabet, hem finansörlerin hem de üretenlerin kendi aralarındadır. Düzenlenen rekabet (regulated competition) denilende ise rekabet, yalnızca hizmeti üreten kurumlar arasındadır. Ancak ne olursa olsun rekabeti asıl yaratan ve yönlendiren mali kaynakların esas önemli kısmını elinde tutup, kullanan, kamu sağlık fonudur. Kimi yazarlar ise yukarıdaki gibi bir ayrım gözetmezler. Buna göre hizmetin finansmanında kamu sorumluluğunun devam ettiği ancak sistemin içine rekabet unsurunun sokulduğu bu piyasacı düzenleme iç piyasa (internal market) (Muschell J 1995: 15), planlanan piyasa (planned market) (WHO 1991: 15) ya da yarı piyasa (quasi market) (Le Grand J 1992: 61) ve sözleşme sistemi aracılığıyla işleyen kamucu düzenleme inisiyatifi, yani rekabetin düzenlemesi de yönetilen rekabet (managed competition) (Clancy CM ve diğ 1993: 214) ya da yönetilen piyasa (managed market) (Ham C, Maynard A 1994: 845) olarak bilinir. Düzenleme özellikle rekabet ile zor duruma düşen hastaneler için, insangücü politikalarının belirlenmesi için, enformasyon akışının sağlanması için, kâr getirmeyen hizmet alanlarının düzenlenmesi için ve sağlık sisteminin evrensel ilkelerinin piyasa karşısında korunması için gerekli görülür (Clancy CM ve diğ 1993: 214;

Bodenheimer T 1993: 16-17; Ham C, Maynard A 1994: 846-847).

Kamu sektörünün bürokratik yapısından hareketle kamu hizmetlerinin piyasaya açılması, kamu sektörünün küçültülmesi ve özel sektör sorumluluğunun artırılması gerekliliklerinden söz edilmektedir. Neoklasik teori, rekabetin kaynak kullanımında verimliliği artıracığını varsaymaktadır. (Preker AS ve diğ 2000: 779-780) Piyasanın avantajları şunlardır: Üreticiler arasında rekabet yaratması ve tahsisat verimliliğini artırması. Yönetmel sorumluluğun desantralize edilmesi yoluyla yönetimde şeffaflık sağlanması, bunun da verimliliği yükseltmesi. Ancak bu beklentilerin gelişmekte olan ülkeler için pek de geçerli olmadığı bilinmektedir. Bunun nedeni bu ülkelerdeki kurumsal kapasitenin düşüklüğü ve geri kalmış piyasa yapısıdır (Palmer N 2000: 822-823).

Çoğu insan için kamu yönetimi değişikliği teknik bir süreç gibi gözükse de, esasen güçlü ideolojik ve politik belirlemeleri vardır. Temelinde yeni sağ ideoloji bulunur. Yeni sağ kamu yönetimi seçeneği geçtiğimiz birkaç 10 yıl boyunca ABD ve İngiltere'deki bir takım düşünce grupları (think tanks) içinde geliştirilmiştir. Kamu yönetimindeki değişim İngiltere için doğrudan doğruya İşçi Partisi'ni zayıflatmak anlamına da geliyordu. Çünkü İşçi Partisi'nin güçlü olduğu yer kamu sektörü ve kamudaki sendikalardı. Yeni kamu yönetimi de denilen bu değişim gelişmekte olan ülkelerde ise birkaç şeyi hedefledi. Bunlar kamunun küçültülmesi, ücret farklılıklarının artırılmasıydı. Değişimin arkasındaki varsayımlar kamu sektörünün verimsizliği, personel açısından aşırı şişkin olduğu, ücretlerin kamu harcamalarının önemli kısmını yuttuğu, buna karşın personeli motive etmek için düşük olduğu, ücret farklılıklarının eridiği ve bu farklılığın becerili ve eğitimli personelin motivasyonunu sağlamada yetersiz kaldığı, iş disiplininin azaldığı idi. Yeni kamu yönetimi modeli de bu sapmalar üzerine şekillendi. Kamu sektöründeki personel sayısını azaltmayı, ücret farklılıklarını yeniden tesis etmeyi hedefledi.

Bu parçalama işlevi aslında sağlık bakanlığı yapısının sosyal devletçi anlamıyla yok edilmesini de ifade ediyordu. Çünkü artık, halen kamu kurumunu statüsündeki hastaneler bile sağlık bakanlığına bağlı değildir. Bunların her birisi, finansör kurumla yaptıkları sözleşme esasına göre hizmet üreten otonom kurumlar, işletmelerdir. Halen kamu kurumu olsalar bile

sağlık piyasasını yönlendiren rekabet ortamının kurallarına göre davranmak zorundadırlar. Bu halleriyle çalışma motivasyonlarının özel hastanelerinkinden herhangi bir farkı bulunmamaktadır.

Bu modelde işletmeleştirilmiş sağlık kurumları açısından personel yönetiminin ayrı bir önemi olacaktır. Çalışanların denetimi, motivasyonu, ödüllendirilmesi, cezalandırılması gibi kavramlar ayrıca belirleyicidir.

Düzenlenen piyasada, hizmet üretenlerin kazancı finansörler açısından maliyettir. Bu nedenle hizmeti üretenler kazançlarını artırma yollarını aradıkça, finansörler de bu maliyeti baskılayacak, bunun için üretenler arasında rekabeti derinleştirecek stratejileri uygularlar. Hizmeti üretenlerin maliyeti düşürmesi, her zaman verimlilik artışı anlamına gelmez. Değişik ödeme mekanizmaları içinde, hizmeti üretenler, kazançlarını artırmak için gereksiz işlemleri yapabilirler, aynı işlemleri maliyeti minimize edecek, ama kaçınılmaz olarak niteliğin düşmesine neden olacak biçimlerde gerçekleştirebilirler. Üretilen hizmetin kalitesinin denetlenmesindeki güçlükler, bu tip istismarların saptanmasını neredeyse olanaksız kılar. Ancak ne olursa olsun, hizmet üreticileri açısından maliyeti düşürmenin en kolay yolu emek maliyetlerinin baskılanmasıdır. Bu da çalışma sürelerinin uzatılması, gerçek ücretlerin düşürülmesi, çalışanlarla kişi bazında sözleşme yapılması, sendikal hakların tırpanlanması gibi yollarla gerçekleştirilir.

Sözleşme modelinde satın alıcının maliyet kontrolündeki etkinliği yeterli enformasyonu elde edebilmesine bağlıdır. Oysa, genellikle hizmeti üretenler hangi hizmetin maliyet etkinliğinin yüksek olduğu konusunda ve hizmeti satın alanlar da üreticinin performansı konusunda yeterli bilgiye sahip değildirler.

Sözleşme sisteminde rekabetin ikinci bileşeni sigorta kurumları arasındadır. Bu da iki yolla verimliliği artıracaktır:

1- Sigortacıların yönetsel maliyetleri minimize etmeleri ve sigorta hizmetlerini geliştirmeleriyle. Ki bu durumda bile tek sigorta kurumunun bulunduğu sistemlerin maliyeti, birden çok sigorta kurumunun bulunduğu sistemlere göre daha düşük olur.

2- Sigorta kurumlarının hizmet üreticilerini seçme olanağı sağlık hizmeti verimliliğini ve niteliğini artırabilir. Ancak burada da bütün nüfusun

sigorta yaptırmak zorunluluğunun bulunduğu durumlarda bu beklentinin gerçekleşmesi zordur (Docteur E, Oxley H 2003: 40-50).

Sağlık hizmetleri piyasasının oluşmadığı ülkelerde sözleşme sistemi tekelleşmeyi uyarmakta, bu da verimliliği düşürmektedir. Birbirleriyle rekabet edebilir durumda sağlık kurumları içeren piyasa koşullarında ise bu kurumlar monopol yapılar oluşturmaya yönelmektedir. Öte yandan sözleşme sisteminin uygulanabilmesi için, sözleşmeyi yapacak kamu finansör kurumunda, sözleşme yapma, sözleşme yapılan sağlık kurumlarının performansını ve hizmetin verimliliğini ve kalitesini izleyip değerlendirme becerilerine sahip bir teknokrat-yönetici kadronun olması gerekir. Bütün bunlar özellikle çevre ülkelerde olmayan şeylerdir. Yukarıda sıralanan yönetim becerileri yönetsel maliyetlerin artmasına da neden olmaktadır.

Sözleşme modeli AB bölgesinde Kıbrıs, Danimarka, Finlandiya dışında yaygındır. İtalya, İsveç, İspanya'da bazı bölgelerde mevcuttur (Thompson S ve diğ 2009: 81).

İngiltere'de sağlık reformunun en önemli bileşenlerinden birisi, hizmeti üretenle finanse edenin birbirinden ayrılmasıdır. Bu reform stratejisi kamudaki bürokrasiyi azaltmanın, gücü sağlık hizmetini kullanana kaydırmanın, rekabeti artırmanın (özellikle hizmeti üretenler arasında), performansı yükseltmenin, bekleme sürelerini kısaltmanın, kapasite kullanımını maksimize etmenin yolu olarak görülmekte ve modernizasyon olarak nitelenmektedir. Bu sistemde hastalar en iyi hizmeti sunan kurumları tercih edecek, böylece para hastayı izleyecek, sistem hasta gereksinimlerine göre düzenlenmiş olacaktır (Wallace A, Taylor P 2009).

Üretenle satın alanın ayrılması ve merkezi yetkilerin yerel birimlere devolusyonu yetkinin devolve edildiği kurumların hangi önceliklerle hizmet satın alacağı sorununu öne çıkarıyor. Bu nedenle öncelik belirleme bakımından teknik çalışmalar gündeme geliyor ve ülkeler bu çalışmalarını gerçekleştirecek merkezi yapılar oluşturuyor. Ancak yıllar içinde bu kurumların karar alma süreçlerinin şeffaflığı konusu özel bir sorun olarak ortaya çıktı. İngiltere'de yerel karar verici otorite olarak birinci basamak işletmelerinin konumu bu açıdan önemli. İşletmelerin hemen hepsinde bu tür değerlendirme grupları var. Ancak değerlendirmeler harcama-

lar üzerinde odaklanıyor. Öte yandan harcamaların önceliklendirilmesi noktasında merkezi yapıların müdahalesi bulunuyor. Önceliklerin belirlenmesindeki karar alma süreçlerine kamu sağlık yöneticilerinin ve ilgili komitelerin üyelerinin katılımı üst derecede iken, hizmeti kullananların, toplumun ve hizmeti üreten kurumların katılımı düşük düzeyde gerçekleşebiliyor. Bu durum, karar alma süreçlerinin objektifliği açısından sorun olduğunu gösteriyor (Robinson S ve diğ 2012).

Hasta tercihi ve paranın hastayı izlemesi gibi argümanlar sorgulanmaya muhtaçtır. Nitekim İngiltere’de hastaların aile hekimi tercihinde bir değişiklik olmadı. İsveç’teki benzer politikalar, hekim yoğunluğunun fazla olduğu büyük illerde hastaların hekim tercihlerini değiştirmesine yaradı. Özellikle karmaşık cerrahi prosedürler söz konusu olduğunda hasta tercihi stratejisi işlemiyordu. İç piyasa ortamında hastaya kurum tercih hakkının verilmesi, eğer üretici kurumlar hizmet sunumunu değiştirme konusunda isteksiz ve/veya yetersiz iseler, hastanın kendi çıkarlarını maksimize etmesiyle sonuçlanıyor. Bu da toplam verimliliği düşürüyor. İngiltere’de iç piyasa deneyiminin sonucu bu yöndedir. İngiliz hastanelerin eğilimi, fon kullanan genel pratisyenlere kayıtlı olmayan hastaların tercih edilmemesi yönünde oldu. Yani hasta tercihi beklenirken, hastanelerin yanlış seçimi gibi bir sorun gelişti. Sonuçta hastaya tercih hakkı tanınmasının hizmet kalitesini ve eşitliği geliştirmediği saptandı (Fotaki M 2007).

İngiltere’de hizmeti üreten ve finanse eden yapılar 1997 yılında ayrıldı. O tarihten beri satın alma işlevini genel pratisyenler ve yerel sağlık otoriteleri gerçekleştiriyor. Bunlar birinci basamak işletmesi (primary care trust) olarak isimlendiriliyor. Sistem artık tümüyle piyasa vurgusuna odaklanmış durumda. Bu bağlamda yeni stratejiler şöyle beliriyor: Hasta tercihine vurgu, paranın hasta tercihinin izlemesi ve verimli üreticilere daha yüksek motivasyon sağlayacak yaklaşımlar, üreticilere yatırım ve hizmetleri geliştirecekleri yönde daha çok otonomi verilmesi. Böylece hastalar artık istedikleri hastaneyi seçebiliyorlar. Hastaların, performansı ve hizmet kalitesi yüksek hastaneleri seçecekleri varsayılıyor. NHS hastaneleri, yönetimlerinde yerel yöneticilerin, kamu personelinin, yerel halkın, birinci basamak işletmesi üyelerinin de yer aldığı NHS vakıf

işletmeleri (foundation trust) şekline dönüştürülüyor. Yönetimlerinde üç tane de hükümet temsilcisi yer alıyor. Bu işletmeler artık doğrudan bakanlığa karşı sorumlu değiller. Özel hastaneler şimdi NHS'nin gerçekleştirdiği rutin cerrahi işlemleri de yapıyorlar. Hükümet bu kurumlardan hizmet satın alıyor. Elektif cerrahi hizmetlerin %15'inin özel hastanelerden satın alınması hedefleniyor. Özel hastanelerin bir kısmı zincir oluşturuyor. NHS özel merkezlere aynı işlem için %11 daha yüksek ödeme yapıyor (Allen P ve diğ 2011).

Buna karşılık, İngiltere'de hizmeti üretenle satın alanın ayrılmasına dayalı (yarı piyasa olarak nitelenen) reform sürecinde, hastalar NHS'nin artık hizmeti sunmakla daha az ilgilendiğini, daha çok bütçe sorunlarına odaklandığını, hasta ile sağlık çalışanları arasındaki sosyal ilişkileri anlamayan yöneticilerin atandığını düşünmeye başladılar. Hastalar piyasa reformlarından türeyen herhangi bir yarar görmüyorlar ve sıkı performans yönetimini onaylamıyorlar, piyasanın NHS'nin sorunlarını çözebileceğini düşünmüyorlar (Wallace A, Taylor P 2009).

Satın alma ile üretim işlevlerinin birbirinden ayrılması açısından satın alma kapasitesindeki yetersizlik önemli sorun. 15 yıldır fon kullanan genel pratisyen ve son yıllarda da birinci basamak işletme modelini uygulayan İngiltere için bile böyle ve finansal kaygılar hizmet kalitesinin üzerine çıkıyor. Ayrıca model yönetim maliyetlerini artırıyor. İngiliz modeli uzman sevklerinin, hizmet hacminin ve maliyetlerin kontrolünde de zayıf kaldı. Satın alan ile üretenin ayrılmasının satın alanlar arasında rekabet yaratacağı, bunun da makroekonomik verimliliği yükselteceği beklentisi karşılıksız kaldı. Bunun nedeni satın alan konumundaki finansör kurumların risk seçmeye (yanlı seçim) yönelmeleri. Hollanda ve Almanya'da gençlerin, sağlıklıların, eğitimlilerin daha fazla sayıda sigorta kurumu değiştirmeleri de buna bağlı. Risk seçme sorunu karşısında hizmet niteliğinde artış yok (Thompson S ve diğ 2009: 81-82).

İngiltere'de bu reformun profesyonellerle kurumlar arasındaki ilişkiyi bozduğunu, güveni yok ettiğini belirten yayınlar var. Ayrıca, hızla değişen ve kendi içinde çatışmalı mesajlar içeren merkezi politikalar karşısında NHS'nin yerel yöneticileri çoğunlukla başa çıkma mekanizmalarını benimsiyorlar. Bu stratejinin piyasa yönelimli reformların etkisini sulan-

dırdığı iddia ediliyor. Profesyonellerle kurumlar arasındaki “danışıklı” ilişki rekabetin yerini alıyor. Yöneticiler pek çok alanda rekabet etmek yerine kooperasyonu tercih ediyor. Piyasa yönelimi üzerinde ısrar edilmesi beklenen türdeki sosyal ilişkileri de parçalayabiliyor. Bütün bunlar piyasa yönelimli reformların ve rekabet üzerinden verimliliği artıracığı beklenen üreten ile satın alan kurumların birbirinden ayrılması politikasının istenilen sonuçlara ulaşmadığını gösteriyor. Örneğin paranın hastayı izlemesi felsefesiyle hastalara istedikleri hastaneyi seçme hakkının verilmiş olması olumlu sonuç yaratmıyor. Hastalar genellikle tercih etme haklarını kullanmayı değil, en yakın kurumda tedavi olmayı tercih ediyorlar. Yapılanlar çoğu kez yalnızca bir yeniden adlandırmanın ötesine geçmiyor. Örneğin bir hastane işletmesi uzun erimli bir yeniden yapılanma planının parçası olarak akut bakım hizmetlerini yeniden şekillendirecek ve bu kapsamda bir ana sağlığı birimini kapatacaktı. Bu tercih hasta tercihi başlığı altında kodlandı. Çünkü ana sağlığı biriminin kapatılması karşısında kadınlara evde doğurma tercihi sunuldu. Aslında bölgede, bu hizmetle ilgili yatak sayısının azaltılması nedeniyle arz azaltılmış, yani hasta tercihi azaltılmış oluyordu (Jones L ve diğ 2013).

Eski sosyalist ülkeler satın alan ile üretenin ayrılması bakımından üçe ayrılıyor: 1- Satın alma işlevi bakımından ayrı bir yapının oluşturulmadığı, bu işin sağlık bakanlığı tarafından yürütüldüğü ülkeler: Azerbaycan, Beyaz Rusya, Kazakistan, Tacikistan, Ukrayna ve Özbekistan. 2- Sağlık bakanlığının yine satın almayı sürdürdüğü ancak sağlık için yeni bir verginin konulduğu ülkeler: Ermenistan, Letonya ve Gürcistan. 3- Satın alma için ayrı bir kurumun oluşturulduğu ve sigorta sistemine geçilmiş bulunan ülkeler: Arnavutluk, Bosna Hersek, Bulgaristan, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan, Kırgızistan, Litvanya, Makedonya, Moldova, Polonya, Romanya, Rusya, Sırbistan, Slovakya, Slovenya (Fuenzalida-Puelma HL ve diğ 2010: 155-186).

Rusya’da 1994 yılında zorunlu sağlık sigortası sisteminin kurulmasıyla sağlık hizmetini üretenle satın alan yapılar zamanla birbirinden ayrıldı. Varsayım, kalite ve verimliliğin artacağıydı. Sigorta fonu işveren ve hükümetin yaptığı prim katkılarından oluşur, politik nedenlerle vatandaşın prim kesilmez. Sigorta fonu sağlık giderlerini karşılamada yetersizdir ve

Rusya Federasyonu kapsamındaki bölgelerin ancak %77'sinde sigorta fonu vardır. En önemli sorun fon yönetim maliyetinin yüksekliğidir. Ayrıca sigorta fonları arasındaki rekabet de yetersizdir. Patronlar istihdam ettikleri çalışanlar adına fon seçerek, primlerini oraya yatırırlar. Bireysel fon seçme hakkı yoktur. Genellikle güçlü fonlar işverenlerle sözleşme yapabilirler. Sözleşmeler standarttır ve hizmet kalitesi herhangi bir biçimde sözleşmeye giremez. Hastaneler de bölge ölçeğinde monopol bir güce sahiptir. Sigortaların bu nedenle kalite ve fiyat konularında rekabet gücü olamaz (Xu W ve diğ 2011).

Arnavutluk'ta etkin yönetimin gereği olduğu düşüncesiyle satın alan ve üreten kurumların ayrılmasına çalışılıyor. Bunun için Dünya Bankası'ndan 15 milyon Dolarlık bir kredi alındı. Bu iş için gereken yönetim kapasitesi mevcut olmadığı için hastane yöneticileri yurt dışına eğitime gönderildi (Antoun J ve diğ 2011).

İsveç'te 2010'dan beri hasta tercihi ile birinci basamak hizmetlerinde rekabet yaratılması konusunda yasal düzenlemeler var. Uzun yıllardır halk sağlık hizmetlerinde kendi inisiyatifinin yetersizliğinden yakınıyordu. Sistemde hastanın gücünün artırılması ona satın alma yetkisinin verilmesiyle sağlanıyor. Bu gelişmeler aslında daha siyasi bir bağlama da oturuyor ve temsili demokrasi ile tüketicilerin refah hizmetlerini kontrolü arasındaki gerilim olarak da değerlendiriliyor. 2010 reformu hastalara kamu ya da özel birinci basamak sağlık kurumlarını tercih hakkı verdi. Birinci basamaktaki kamu ve özel kurumlar ve hatta çok uluslu şirketler kamu fonları için birbirleriyle yarışıyorlar. Buradaki tez hizmet üreten kurumların hastaların beklentilerini daha iyi bildikleri ve beklentileri karşılayabilmek için kaliteyi yükseltecekleri. Bu model vatandaşlara ekonomik güçlerini artırma olanağı verebilir, ancak aynı şey acaba politik güç konusunda da geçerli midir ? İsveç'te sağlık hizmetlerinin sunum ve finansman yetkisi yerel konsüllerdedir ve bunlar da dört yılda bir genel oyla seçilir. Her konsülün içinde yine seçimle belirlenmiş bir sağlık hizmeti komisyonu vardır. Açık ki paranın hastayı izleyeceği yeni model bu politik organların yetkisini azaltıyor. Öte yandan, temsili demokrasinin dejenere olduğu savları gerçek olsa bile, hasta tercihinin bu dejenereyonu giderici bir kanal oluşturması olanağı bulunmuyor. Bunun nedeni

hastaların birer tüketici gibi davranmaları ve herhangi bir kolektif organizasyon içine girmemeleri. Bunu sağlamak yine konsüllere düşüyor. Örneğin şimdiye kadar olmayan hasta kurullarının oluşturulması bu kapsamda değerlendirilebilir (Fredriksson M 2013).

Finlandiya'da 1993 reformlarıyla belediyeler hastane hizmetlerinin satın alıcısı konumuna geldi. Daha önceden hastane bütçeleri merkezi bütçeden aktarılırdı. Aynı reform döneminde rehabilitasyon hizmetlerini üreten kurumlar arasında sosyal güvenlik kurumu rekabet yaratmayı hedefledi. Birinci basamak hizmetleri için de belediyeler satın alıcı konum edindiler. 1990'lardaki kriz ortamında iç piyasa düzenlemesi ve sözleşmeler ertelendi. Modelin uygulanması 2000'lere kaldı. 2009'daki bir araştırmada belediyelerin üçte birinin (125 kadar belediye) bir şekilde modeli uygulamaya çalıştığı saptanıyordu. Aynı süreçte ortama özel aktörler de dahil oldu. Aslında, kamu, yaşlı bakımı hizmetlerini 1980'lerden beri özel sektörden satın alıyordu. Ancak 2000'lerde özel sektörle ilişkinin kapsamı genişledi. Bazı tahminlere göre sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin dörtte biri özel sektörden satın alınıyor. Belediyeler özel sektörün kalite ve verimliliği artırma yönünde daha istekli olduğunu düşünüyor. Belediyelerin birinci basamak sağlık hizmetlerini satın alması daha çok özel sektörle ilişki üzerinden geliyor. Aslında bu Beveridge ya da Bismarckçı tipteki sağlık sistemlerinde nadir rastlanılan bir durumdur. Finlandiya'da bunu uyaran gelişme belediyelerin hekim iş gücünü azaltmaya dönük politikası oldu. Böylece özellikle kırsal kesimde hekim açığı ortaya çıktı. Sonuçta ikinci adımda belediyeler ayaktan bakım hizmetlerini özel çalışan hekimlerden satın almaya başladılar. 2009 yılında 37 tane özel birinci basamak sağlık kurumuyla sözleşme yapılmıştı. Sözleşme modeli işletme maliyetlerini artırdı ve sözleşmelere ilişkin pek çok davaya neden oldu. Özel sektörde hizmet sunanlar kısa süre içinde monopol bir yapı edindiler. Oysa belediyeler geniş bir hizmet sunanlar yelpazesi içinden hizmet satın almayı hedefliyordu. Giderek sözleşmelere konu olan hizmetler hacmi büyüdü. Bu gelişme küçük ölçekli hizmet sunucularının piyasaya girmesini engellemeye başladı (Tynkkyinen LK ve diğ 2013).

Enthoven'ın teorisine göre sağlık piyasasında rekabet için gereken koşullar şunlardır: Sigorta fonunun serbet seçim hakkı, satın alanların ve

satanların risk farkındalığı, temel hizmete ulaşım garantisi, etkin kalite denetimi, tüketicilerin bilgilendirilmesi ve şeffaflık, sözleşme özgürlüğü, etkin rekabet düzenlemesi, risk seçme olmaksızın çapraz sübvansiyon. Bu koşulların tamamının Belçika, Almanya Hollanda, İsviçre’de tam olarak sağlanamadığı bir araştırmayla ortaya konuldu. Özellikle şeffaflık ve kalite bilgilendirilmesi bakımından önemli eksiklikler var. İngiltere’de 1990’lardan beri gündemde olan yarı piyasa sistemi bekleme sürelerini kısalttı ama, fiyatlarla birlikte klinik hizmet kalitesini de düşürdü. Satın alanlar arasında rekabet işlemiyordu. Hastaların yönlendirdiği rekabet ve hizmet başı ödeme sistemi, hasta çekebilmek adına hastaneleri pahalı tıbbi teknoloji yatırımlarına, modern bina inşaatlarına yönlendirdi. Bu da toplam hizmet maliyetlerini artırdı. Buna karşılık özellikle üretici kurumların konsantrasyonunun az olduğu bölgelerde fiyatlar düştü. Ancak bu etki de 1990’ların sonunda ortadan kalktı. 2006’da Hollanda’da DRG sistemine geçildi. Sigorta fonlarına hastanelerle tek başlarına ve ayrı ayrı sözleşme yapma hakkı verildi. Bu, fiyat rekabetini uyardı. Özellikle katarakt ameliyatı gibi elektif cerrahi hizmetler için. 2006-2008 arasındaki dönemde, rekabete bağlı olarak katarakt cerrahisi fiyatlarının en düşük olduğu hastaneler küçük özel kliniklerdi. Genel kamu hastanelerinde ve akademik hastanelerde daha yüksekti. Bunun bir nedeni piyasada genişlemek amacıyla fiyatların düşürülmesidir. Bir diğer olası neden ise küçük kliniklerin karmaşık ve eşlik eden başka hastalıkları olan katarakt hastalarını diğer hastanelere yönlendirmeleri, yani yanlı seçimdir. İngiltere’deki araştırmalar da belli hastalıkların tedavisinde uzmanlaşmış küçük tedavi merkezlerinin daha az derecede ciddi olan hastaları seçtiklerini gösteriyor. Eşlik eden bir diğer gelişme katarakt cerrahi hizmet hacminin bütün hastanelerde artmış olmasıdır. Bunun nedeni de elektif cerrahide aktivite temelli ödeme sisteminin, denetim olmadığı taktirde, üretimde artışa yol açmasıdır. Ancak hizmet hacmindeki artışın gereksiz hizmete bağlı olup olmadığı net değildir. Ayrıca hizmet hacmindeki artış arzın uyardığı talebe de bağlı olabilir. Çünkü hekim sayısının fazla olduğu bölgelerde, diğer bütün değişkenlerin kontrol edilmesinden sonra, hizmet hacminin arttığı saptanıyor. Üstelik artış, hekimlere hizmet başına ödeme yapılan bölgelerde, ücretle ödeme sisteminin geçerli olduğu

bölgelere göre, daha da belirgin. Kaliteyle ilgili olarak ise ortaya çıkan gerçek şu: Hizmetin pahalı olduğu hastanelerde kalitenin arttığına ilişkin bulgu yok. Kalite kriterleri bütün hastanelerde benzer düzeyde (Heijink R ve diğ 2013).

2- Ödeme yöntemlerindeki değişim

Satın alma ile üretim işlevlerinin birbirinden ayrılması, üreten kurum ve/veya kişilere yapılacak ödeme biçiminin önem kazanmasına yol açtı. Eski entegre sağlık sistemi modelinde (üreten ile finanse edenin sağlık bakanlığı çatısı altında birleştiği sistem) personel ödemeleri genellikle ücret, hastane ödemeleri ise yıllık toplam bütçe biçimindeydi.

Ayrılmanın da etkisiyle bir yandan geriye dönük (iş bittikten sonra, hizmeti üreten kurumun, hizmeti finanse eden kuruma gönderdiği fatura üzerinden üreten kuruma yapılan ödeme) ödeme sisteminden, ileriye dönük (öngörülen, planlanan, yapılacak iş için dönem başında bir üst sınır hesabıyla gerçekleştirilen peşin-toplam ödeme) ödeme sistemlerine geçildi. Bir yandan da hem bireysel hem kurumsal ölçekte performansa göre-dayalı ödeme sistemi uygulamaya konuldu.

Performansa dayalı ödeme pozitif ve negatif olmak üzere ikiye ayrılır. Pozitif performans sisteminde, çalışanlara ve/veya kurumlara, merkezi olarak belirlenmiş kriterlere ulaşmaları durumunda performans ödemesi yapılır. Yani ödeme başarıya bağlanmıştır. Negatif performans sisteminde ise, çalışanlar ve/veya kurumlar merkezi olarak belirlenmiş kriterlere ulaşamadıklarında gelirlerinden kesinti yapılır. Burada, başarısızlık gelir kaybına neden olmuş olur.

Birinci basamakta genellikle hizmet başına ödeme yapılır ve bu alanda reform çabası sınırlıdır.

Almanya, birinci basamakta hizmet başı ödemeye ek olarak, 1980'lerden itibaren performansa dayalı ödeme yapmaya başladı. Ancak bu yönelim tanısal test kullanımını artırdı ve maliyet kontrolünü zorlaştırdı. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hizmet başı ödmeden kişi başı ödemeye geçiş söz konusu. Amaç koruyucu sağlık hizmet sunumunu uyarmak ve performansı geliştirmek. İngiltere'de hükümet genel pratisyenlere sonuç göstergelerini dikkate alan bir pozitif performans uy-

guluyor (Thompson S ve diğ 2009: 85-87).

İngiltere'nin birinci basamaktaki performansa göre ödeme sistemi dünyanın en kapsamlı ve en çok yatırım yapılmış sistemidir. Aynı zamanda da dünyada üzerinde en çok araştırma yapılmış ödeme sistemidir: İngiltere Kalite ve Sonuçlar Çerçevesi-2004 (UK Quality and Outcomes Framework). Bu sistem birinci basamağa yönelik bir pozitif performans uygulamasıdır. Aslında sisteme hekimlerin katılması isteğe bağlıdır. Ancak vaat ettiği gelir yıllık toplam gelirin en az %25'lik kısmını sağladığı için bütün hekimler neredeyse sistemin içindedir. Belirlenen hedeflere ulaşmak kolaydır. İngiltere deneyimi, yüksek ödüllerin performansın kötüleşmesine yol açabileceğini göstermiştir (Siriwardena AN 2012).

İngiltere'de birinci basamakta performansa göre ücretlendirmenin yıllık maliyeti 1.14 milyar Euro'dur ve birinci basamak harcamalarının %15'ini oluşturur. Esas amacı kalitenin geliştirilmesidir. 2004 için 76 klinik indikatöre bağlanmış 550 finansal sonuç noktası vardı. 2006'da klinik indikatör sayısı 86'ya ve finansal sonuç noktası sayısı da 655'e yükseltilmiştir. Her finansal noktanın ortalama maliyeti 2004'te 85 Euro iken, 2005'te 125 Euro'ya çıktı. Finansal noktalar sağlık indikatörü için belirlenmiş bir skalada hekimin ulaştığı başarı noktasına göre belirlenir. Sistem uygulamaya konulduğunda genel pratisyenlerin gelirini %25 artırdı. Bu da maliyet etkinlik analizlerinin yeterince yapılmadığı eleştirilerine yol açtı. Bunun üzerine seçilen indikatörlerin sağlık sonuçlarıyla ve sağlığın geliştirilmesiyle ilişkilendirilmesi gerektiği düşüncesi ön plana çıktı. İngiltere ölçeğinde bu sistemin sağlık sonuçlarıyla ilişkisini ortaya koyan bir araştırmanın sonuçları şöyledir: Üç genel pratisyenin hizmet ettiği ortalama 6411 kişilik bir nüfus için 28 tıbbi indikatöre bağlanmış performans ödeme sisteminin sağladığı bir yıllık yaşam yılı kazancı 0.1-4.1 arasında değişiyor. Oysa başlangıçta beklenen ortalama 137 yaşam yılı idi. Hekimin performansının %1'lik artışı ile bu artışın sağladığı yaşam yılı kazancı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsızdı. Bu anlamsızlık hem 2004 hem de 2006 sistemi için geçerliydi. Ayrıca yapılan performans ödemesinin miktarı ile sağlanan yaşam kazancı arasında da herhangi bir ilişki yoktu (Fleetcroft R ve diğ 2012). Bu veriler İngiltere'de birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin pozitif performans kriterlerine hem

çok kolay ulaşarak gelirlerini anlamlı derecede artırdıklarını hem de performans sisteminin getirdiği mali yükün anlamlı bir yaşam yılı kazancı sağlamaya yaramadığını gösteriyor.

Performansa dayalı ödemenin değişik sağlık hizmeti türleri üzerindeki etkileri farklılaşıyor. Örneğin kapsamlı bir literatür taramasının sonuçlarına göre (Eijkenaar F ve diğ 2013): Performansa göre ödemeye geçildikten 18 ay sonra mamografi hızında değişiklik olmamış, ancak küçük miktardaki ödemeler bile bağışıklama oranını %4 artırmıştı. Performansa göre ödemenin diyabet ve astımda hizmet kalitesini geliştirdiğine, ancak kalp hastalıklarında kaliteyi değiştirmedine ilişkin bulgular mevcut. Sonuçta güçlü şekilde dizayn edilmiş araştırmaların sonuçlarından performans göre ödemenin koruyucu hizmetler ve kronik hastalık bakımı üzerinde etkili olduğuna ilişkin sonuç çıkarmak olanaklı değil. Daha zayıf biçimde dizayn edilmiş kontrollü olmayan araştırmaların sonuçlarında ise performansa göre ödeme sistemi lehine bulgular mevcut. Maliyet etkinlik kriteri açısından da performans ödemesinin olumlu sonuçlarına işaret eden ve maliyetleri düşürdüğüne ilişkin bulgular sunan araştırmalar var. Performans sisteminin istenmeyen sonuçları da var. Bunların başında hekimlerin risk seçmeye yönelmesi geliyor. Ayrıca hekimler yüksek riskli hastalarını, bu ödeme sistemi altında, daha maliyetli kurumlara sevk etme eğilimi geliştiriyorlar. Hekimler yaşlı ve birlikte eşlik eden hastalığı olan diyabetli hastalarını izlemekten kaçınıyorlar. İngiltere’de performansa dayalı ödemenin sosyoekonomik eşitsizlikleri az derecede de olsa azalttığına ilişkin bulgular var. Araştırmalar performans ödemesinin şu durumlarda daha etkili olduğunu da gösteriyor: Ödeme hekime ya da küçük gruplara yönlendirildiğinde, ödüller hizmeti üretenin somut performansına bağlandığında, program hizmeti üretenlerle işbirliği halinde hazırlandığında, büyük ödemeler yapıldığında.

Hastane ödemesindeki alternatif modeller ise şöyle özetlenebilir: 1- Hizmet başına ödeme bunlardan birisidir. Miktarı ödeyen kurumla hizmet üreten arasındaki görüşmelerle belirlenir. Maliyet ödemeyi aştığında motivasyon düşer, tersi durumda artar. 2- Gün başına ödeme: Bu model yatış sürelerini uzatma eğilimi yaratır. Nedeni, tedavinin ilk günlerinde maliyetin gün başına yapılan ödemeyi aşması, ilerleyen günlerinde

ise azalmasıdır. 3- Vaka başına ödeme: İki şekli var. Vaka başına ve taburcu başına. Vaka başına ödemede ödemeler maliyeti aşarsa yatışlar artar ve nitelik azalabilir. Taburcu başı ödeme aslında DRG'dir ve ödemeler taburcu olan vakaların tipleri dikkate alınarak yapılır. Yönetim ve işletim olarak karmaşıktır. Ödeme, sunulan hizmetin bileşik bir ölçütüne göre yapıldığından geri ödemeler daha eşitlikçidir. Maliyetler ödeme sınırları nedeniyle sınırlanmıştır. 4- Global bütçeleme: Maliyetleri ve niteliği belirli sınırlar içinde tutar. Ancak bütçenin, değişik üretim alanları arasında hastane yönetimi tarafından kaydırılmasına olanak verir. Artan ödeme yine hastanede kalır. Yönetim bütçeyi yetirebilmek için hizmet miktarı ve fiyatlarla oynama eğilimindedir. Uygulama ve bütçe belirleme süreci karmaşıktır. 5- Kişi başına ödeme: Burada belirlenmiş bir hizmet paketinin, belirlenmiş bir nüfus için, kişi başına belirlenmiş bir fiyatla, belirlenmiş bir zaman içinde sunulması mantığı vardır. Niteliğin düşmesi sorunu yaratabilir (Langenbrunner JC, Wiley MM 2002). 6- DRG (diagnosis related groups – tanı temelli gruplar) tipi ödeme artık en yaygın kullanılıyor. Her yatış epizodu DRG denilen tanı grupları temelinde tanımlanır. Amaç kalite ve kullanımı izlemektir. Hastaneler hastaları gereksiz ve uzun süreli yatırmaktan kaçınırlar. Bu sistem hastane performansını izlemeye de olanak verecektir (Cylus J, Irwin R 2010).

Sağlık reformları çerçevesinde hastane ödemelerinde DRG tarzı giderek yaygınlaşıyor.

Belçika'da 1994'den beri DRG uygulaması var. Hastanedeki ortalama yatış gün sayısı ulusal ortalama yatış gün sayısını %10 ve daha fazla aştığında, bu ortalamanın üzerindeki her yatış günü için %50, ortalamayı %2-10 aştığında ise %25 daha az ödeme yapılıyor. Fransa'da 1997'den beri DRG söz konusu. Şu anda DRG hesaplamaları özel ve kamu hastaneleri için ayrı yapılırsa da ileride tek bir ödeme sistemine geçilecek. İrlanda ve Portekiz, akut hastane global bütçelemesi içinde vakaya göre düzeltilmiş ödeme sistemi uyguluyorlar. Vakaya göre düzeltme DRG sistemine benziyor. İrlanda'da ödemelerin %15'i, Portekiz'de %30'u vaka temelli ödeme sisteminden geliyor. İtalya'da ve İskandinav ülkelerinde DRG ödemesi var. Norveç'te (1997 için) hastane ödemelerinin %30'u DRG'den geliyor ve bunun %45'e çıkarılması planlanıyordu (Langenbrunner JC, Wiley

MM (2002).

Fransa'da DRG 2008'de bütün hastane ve kliniklere yaygınlaştırıldı. Eğitim ve araştırma hizmetleri bunun dışında. Hastaneler toplam bütçelerinin %13'ü, acil ve organ nakli hizmetlerinin de %11'i kadar DRG dışında ek ödeme alırlar (The Commonwealth Fund 2010).

Hollanda'da hastane ödemeleri için DRG benzeri bir sistem uygulanıyor. Ancak hastaneler ve sigorta şirketleri fiyatlar ve hizmet hacmi üzerinde pazarlık yapıyorlar. Böylece farklı sigorta şirketlerinde aynı işlem çok farklı fiyatlarla sigortalanabiliyor. Örneğin diz replasmanının fiyatı 2007 için 7603 ile 11370 Euro arasında değişiyordu. Bu da hizmetin kalitesi hakkında şüpheler uyandırıyor. Sigorta fonları da kaliteden daha çok hizmete ulaşım, hastanelerin hangi hizmetleri sunduğu ve fiyatlar ile katkı payı gibi başlıkları dikkate alarak sözleşmeye yöneliyorlar (Tan SS ve diğ 2010).

Finlandiya'da 2000'lerin başında DRG tipi ödemeye geçildi. Ancak pek çok yerel yönetimin yönetsel kapasitesi bu sistemi uygulamak bakımından yetersiz. DRG'nin hastane hizmet kalitesini artırdığına ilişkin bir bulgu yok. Üretkenlik artışını işaret eden veriler ise belirsiz. Üretkenliğin belediyelerin ekonomik olanaklarıyla ilişkili olduğunu, buna karşılık ödeme teknikleriyle ilişkisinin olmadığını düşünmek daha akla yakın görünüyor (KKinen UH 2005).

İtalya'nın desantralize sağlık sistemi içinde bölge ve yerel sağlık yönetimleri kendilerine bağlı hastanelere DRG temelli ödeme yapıyorlar. Ancak kimi bölgelerde bu ödeme yöntemi klasik geriye dönük ödeme sistemiyle de desteklenebiliyor. Hastanelerde DRG'nin yaygınlaşmasının, hizmet kalitesini (hastane tedavisi sonrasında 30 gün içinde akut kalp krizinden, kalp yetmezliğinden, felçten ölümler ile tedavi edilen felçli ve akciğer yetmezliği olan hastalarda 30 gün içinde yeniden hastaneye yatanların oranı gibi göstergeler üzerinden ölçülen) geliştirdiği belirtiliyor. Buna karşılık başka ülkelerde yapılan çok sayıdaki değişik araştırmada DRG ile hizmet kalitesi arasında belirgin bir ilişki saptanamıyor (Cavaliere M ve diğ 2013).

Almanya'da DRG sistemi 10 yıldır uygulanıyor. Eski sistem yatılan gün başına yapılan ödemeye dayanıyordu. Şu anda hastanelerin %80'i, geri

ödemelerin ise %97'si DRG temelinde. Belli bir üst sınırın üstünde süreyle yatan hastalar için hastaneye DRG ödemesi dışında ek ödeme yapılır. Belli sürenin altında yatan hastalar içinse kesinti gerçekleştirilir (Quentin W ve diğ 2010). Ancak DRG sistemi tek başına maliyetleri kontrol altına almaya yetmeyince buna bir de ödeme üst sınırının belirlenmesi yöntemi eklendi. Yani artık DRG ödemeleri, belirlenmiş bir tavan ödeme sınırı içinde gerçekleştiriliyor. DRG, hizmet hacmini artırıyor, ancak aynı anda yanlış ve taraflı hastalık tanı kodlamalarıyla harcama ve hizmet yapılarını değiştiriyor. Hastaneler daha yüksek gelir sağlayacak işlemlere yöneliyorlar ve/veya sahte biçimde bu tür hastalıkları kodluyorlar. Bazı durumlarda erken taburcu etmeye bağlı olarak hastane geri yatışları artıyor. Bu da kalite sorununu akla getiriyor (Thompson S ve diğ 2009: 85-87).

Danimarka'da 2004 sağlık reformları sürecinde hastane ödemeleri için DRG sistemine geçildi. Ayrıca hastaneler üretkenlik artışı yönünde maddi olarak güdülenmeye çalışıldı. Buna göre bir önceki yıla göre %2'lik bir üretkenlik artışı sağlayan hastanelere verilen bütçe %3-5 oranında artırılır (Christiansen T 2013).

DRG uygulamasının sonuçlarına ilişkin araştırmalar daha çok ABD'den geliyor. Burada 1990'larda ortalama hasta yatış süresi ve vaka başına kullanılan kaynak miktarı azaldı. Ancak hastanenin kullandığı günlük toplam kaynak miktarı ve toplam vaka sayısı arttı. Hastane kârlılık oranı düştü. Merkez ve Doğu Avrupa ülkelerinde 1990-2004 arasında toplam sağlık harcamasında, hizmet başı ödeme sistemine göre herhangi bir değişiklik gerçekleşmedi. DRG'nin sağlık sonuçları ve hizmet kalitesi üzerindeki etkisine ilişkin araştırmalar ise daha az. ABD'de ölüm hızını ve yeniden yatış oranını artırmadı (Kreinsen DS ve diğ 2009). DRG ödeme sistemi hastaneye yeniden yatışı artırabilir. Hastaneler fazla ödeme alabilmek için aynı vakaya birden fazla tanı koyabilir. Yönetimi karmaşıktır ve yönetim maliyetleri yüksektir. Veri toplaması zordur (Cylus J, Irwin R 2010).

Macaristan'da hükümetçe belirlenmiş bir ayaktan bakım hizmet paketi için bir uzman hekim grubu fon kullanıcı konumundadır. Bu grup kendilerine aktarılan fonla genel pratisyenlerle kişi başına ödeme usulü üzerinden sözleşme yapar. Ayrıca yataklı tedavi hizmetleri için de has-

tanelerle DRG temelinde sözleşme imzalarlar. Bu uygulamanın yataklı tedavi hizmeti kullanımını azaltacağı, birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasında dikine entegrasyonu sağlayacağı düşünülüyor (Fuenzalida-Puelma HL ve diğ 2010: 155-186).

Çek Cumhuriyeti'nde 27 ayrı sigorta şirketi 500 ayrı hizmet için hizmet başı ödemeye geçtiler. Harcamalar süratle arttı. Kişi başı sağlık harcaması birkaç yıl içinde neredeyse iki katına ulaştı. Sonuçta şirketlerin bir kısmı uygulamadan vazgeçti. Bütçe tavanını belirleyen bir ödemeye geçildi. Bunun sonucu da hastane borçlarının artışı oldu. Hırvatistan hastanelerde ikili bir ödeme sistemine geçti. Hastalar için yatılan gün sayısına göre ödeme başlatıldı. Uzman hekimlere ise 90 bin işlem üzerinden belirlenen kriterlerle performans ödemesi belirlendi. Performans sistemi maliyetlerin artmasına yol açtı. 1994-1998 arasında yatan hasta maliyeti %70 yükseldi. Yalnızca 1997-1998 arasındaki artış %26 idi. Litvanya'da vaka başına ödeme mevcut. İkinci basamak hastanelerde yetişkinler için 14, çocuklar için ise dokuz hastalık grubu belirlendi. Bu sayılar üçüncü basamakta 17 ve 10'du. Hastaneye bu vakaların her birisi için sabit ödeme yapılır. Sonuç olarak ortalama yatış süresi ve kişi başı ortalama yatak sayısı azaldı. Ancak hastaneler gelir elde etmek için çok hasta yatırmaya başladılar. Aynı ödeme yöntemini kullanan Polonya'da da aynı sonuç ortaya çıktı. Hasta yatışları %30 arttı. Ayrıca zor vakaların yatırılmayarak başka kurumlara yönlendirildiği yönünde anekdotlar mevcut. Çek Cumhuriyeti, Arnavutluk ve Rusya'da global bütçe gündemde. Rusya'nın Kaluga bölgesinde bu uygulamanın hasta birim maliyetlerini, hastane ve uzman hekim sevkleri, bölge hastanelerindeki yatak ve personel sayılarını azalttığına ilişkin veriler var. Tver oblastında yatış sayısındaki azalma %5000'den fazla. Ortalama yatış günü de %10 kadar azaldı. Ancak azalmanın tıbbi sonuçları nasıl etkilediği belirsiz (Langenbrunner JC, Wiley MM 2002).

Hollanda'da 2006 yılında yürürlüğe konulan ve rekabeti güçlendiren reform paketi sonrasında hastane bekleme süreleri kısaldı. Ancak bu arada sağlık harcamalarının aşırı artışı sorunu ortaya çıktı ve bu gelişme şimdilerde üretkenlik artışı sağlama adına hastanelere ve uzman hekimlere verilen maddi ödüllerle açıklanıyor. 1980'lerde hastaneler global bütçeleme ile finanse ediliyordu. Buna karşılık hastanelerin yanıtı maliyet azaltıcı

önlemlerin geliştirilmesi ve bu bakımdan da ilk tercih çalışan sayısının azaltılması oldu. 1983-1987 arasındaki dönemde hastane çalışanlarının sayısı yıllık %0.5 oranında azaltıldı. Bu gelişme hasta bekleme sürelerinin uzamasına neden oldu. Bu kez hükümet 1997 yılında bekleme süresi fazla olan hastanelere ekstra bir bütçe verme sözü verdi. Ancak 1999 yılında bekleme listelerindeki hasta sayısı %2.1 oranında ve bir aydan uzun süredir bekleyen hastaların sayısı da %4.7 oranında artmıştı. Bunun nedeni hastanelerin ve uzman hekimlerin bu ekstra ödemeyi alabilmek için üretkenlik artışına yönelmiş olmalarıydı. 2000 yılında ise hükümet yıllık belirlenmiş maksimum üretim seviyesini aşan hastanelere bu aşırı üretimi karşılayacak geri ödeme yapılmasına olanak tanıyan bir karar aldı. Ayrıca hastanelerin çalıştırabilecekleri uzman hekim sayısının üst sınırı da kaldırıldı. Bunların sonucunda bekleme süreleri dramatik olarak azaldı. Örneğin 2000 yılında katarakt ameliyatı için bekleme süresi 16 hafta iken 2011 yılında 5 haftaya indi. Kolesistektomi için ise 10 haftadan 5 haftaya. Ancak hastane yıllık harcama artışı (sabit fiyatlarla) 1999 yılında binde 2 iken, 2002-2005 arasında yıllık %5'e yükseldi. 2005 yılında hastane ödemelerinde DRG sistemine geçildi ve hastaneler ile sigorta fonlarının hizmet miktarı, kalitesi ve fiyatı konularında, bazı hastalıklar için, pazarlık yapmalarına izin verildi. Geçen zaman gösteriyor ki bu tür pazarlıklara izin verilen hastalıklar için tedavi maliyetleri diğer hastalıklara göre daha düşük oranda arttı. Bunun nedeni sigorta fonlarının maliyeti düşürme yönündeki baskıları. 2008 yılında kamu hastanelerinde çalışan uzman hekimlere hizmet başına ödemeye geçildi. Bunun etkisi hekimlerin üretim miktarını artırma yönündeki eğilimleri oldu. 2005 ve 2008'deki bu finansal uygulamalar da bekleme sürelerinin azaltılmasını sağladı. Ancak aynı dönemde sağlık harcamalarının artış ivmesi yükseldi. Şimdi 2015 yılına kadar hastane harcamalarının %50 düşürülmesini hedefleyen reform çalışmaları üzerinde çalışılıyor. Bunun için sigorta fonlarının hastanelerle anlaşma sürecindeki rekabet güçlerini artırmaya dönük politikalar öneriliyor. Bu kapsamda sigorta fonlarıyla hastaneler arasındaki pazarlık konusu edilebilen hizmetlerin alanı %34'ten %70'e çıkarılacak. Ayrıca hükümet bölge ölçeğinde hastane harcamalarına üst sınır getiriyor. Bu üst sınırın aşılması durumunda, hastaneler gelir fazlalarını, piyasa içindeki

ağırlıkları oranında geri ödeyecekler. Böylece hastanelerin geliri yalnızca kendi aktivitelerine değil, bölgedeki diğer hastanelerin performansına da bağlanmış oluyor. Hastaneler bunu bir hapishane dilemması olarak isimlendiriyorlar. Eğer bir hastane, diğer hastaneler gelirlerini yükseltirken gelirini artırmazsa, diğer hastanelerle aynı miktarda kesintiye maruz kalmış olacak. Sonuçta bütün hastaneler gelirlerini artırmak için hizmet fiyatlarını yükseltmek yönünde eğilim içine girecekler. Bu ise sigorta fonlarının hastane harcamalarını sınırlama yönündeki tutumuyla çatışmalı bir ortam yaratacak. Bütün bu mali politikaların, fiyat pazarlıklarının söz konusu olduğu hastalık listeleri için bekleme süresini uzatacağı kesin. Pazarlığın söz konusu olduğu bu hastalıklar için hastaneler gelirlerini artırmak adına fiyat yükseltecekler. Böylece kompleks hizmetlerin gereksindiği yatırımlar için hastaneler harcama yapmayacaklar ve hatta kesintiye gidecekler. Bütün bunlar da bekleme sürelerinin uzamasına yol açacak (Schut FT, Carkevisser M 2013).

3- Birinci basamak sağlık sisteminin güçlendirilmesi

Bütün dünyada birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmeye çalışılıyor. Bunun nedeni hastaların en az %80'inin sağlık sorununun birinci basamak kurumlarında çözülebileceği gerçeğidir. Buna karşılık Batı Avrupa da dahil ülkelerin pek çoğunda nüfusun çok azının birinci basamak hekimi vardır ve birinci basamaktaki hekimlerin de çok önemli kısmının kapı tutucu işlevi bulunmamaktadır. Daha da önemlisi sağlık sorunlarının pek çoğu sosyoekonomik ve çevresel nedenlerle ilişkilidir. Bu nedenle birinci basamak bakımı sağlığın sosyoekonomik belirleyicileri üzerine odaklanmalıdır (Sturmberg JP 2011).

Birinci basamağın güçlendirilmesi aslında 1978 yılında imzalanmış olan Alma-Ata Bildirgesi'nden beri DSÖ tarafından bütün dünyaya önerilmektedir. Birinci basamağın güçlendirilmesi hastalıkların onları yaratan toplumsal sorunlarla birlikte ele alınabilmesini sağlayacak, sağlığın korunması ve geliştirilmesi de ancak böyle olanaklı olabilecektir.

Birinci basamağın güçlendirilmesi denildiğinde esas olarak iki strateji anlaşılır: Bunlardan ilki birinci basamağa, birinci basamakta çalışan hekime kapı tutuculuk işlevinin verilmesi, yani sevk sisteminin işletilmesi-

dir. Buna göre, her vatandaş kendi birinci basamak hekimini seçecek, bu hekime muayene olmadan ve bu hekim gerekli görmedikçe uzman hekime ya da hastaneye tedavi amacıyla başvuramayacaktır. Bu zorunluluğun altındaki gerekçe, yukarıda da saptadığımız gibi, hastalıkların çok önemli kısmının birinci basamakta çalışan hekim tarafından tanısının konulup, tedavi edilip, yönetilebileceği gerçeğidir. Hekim seçme zorunluluğu, yani sevk sistemine tabi olmayı kabul etme durumu ise iki şekilde yaşama geçirilebilir. Vatandaşlar yaşadıkları il sınırları içinde istedikleri birinci basamak hekimini seçebilirler ya da ancak yaşadıkları mahalle/ilçe sınırları içindeki birinci basamak hekimini seçebilirler. Birinci basamak hekimi genel pratisyen olabileceği gibi, uzman bir hekim de olabilir. Kimi ülkelerde sevk sistemi zorunludur, kimi ülkelerde hekimlerin ve hastaların isteğine bırakılmıştır, kimi ülkelerde ise hiç işletilmemektedir.

Birinci basamağın güçlendirilmesi denildiğinde söz konusu olan ikinci strateji ise birinci basamak kurum ya da kurumlarına, hastanecilik hizmetlerini satın alma hak ve sorumluluğunun verilmesidir. Bu durum satın alma ve üretim işlevlerinin birbirinden ayrıldığı süreçle paralel olarak gelişir. Bu sorumluluğu kabul eden birinci basamak kurumları merkezi finansör kurumdan yıllık bir fon alırlar ve kaydettikleri nüfus adına hastanecilik hizmetlerini satın alan bir pozisyona yerleşmiş olurlar. Böylece ana finansör kurum hastanecilik hizmetlerinin finansmanı sorumluluğundan sıyrılmış olur. İngiltere’de yaygın olan bu tür yapılara birinci basamak işletmesi (primary care trust) denildiğini biliyoruz.

Ancak bu iki stratejinin birinci basamağın güçlendirilmesi denilirken kastedilen şeyi (toplumun, sağlığı bozan sosyoekonomik ve çevresel koşullarla birlikte değerlendirilmesi, bu risk faktörlerine bütüncül bir yaklaşımla müdahale edilmesi) karşılamaktan uzak kaldığı da açık.

Sağlık sisteminin verimliliğinin artırılması ve maliyetlerin sınırlandırılması gerçekten de birinci basamağın güçlendirilmesini gerektiriyor. Birinci basamağın konumu Batı Avrupa’da Bismarkçı sisteme sahip ülkelerde daha zayıftır ve kapı tutucu işlevi ya yoktur ya da kısmidir. Beveridge sistemlerinde ise birinci basamak daha güçlüdür. Ancak artık, Bismarkçı sisteme sahip olan Almanya, Belçika ve Fransa’da, bireylere genel pratisyene kayıt olmaları yönünde teşvikler getiriliyor. Bu sistemi tercih eden

ve sevk mekanizması (kapı tutuculuk) içinde uzman hekime başvurmayı kabul eden hastalar, uzman hekim muayenesinde daha az katkı payı ödüyorlar ve/veya birinci basamak için yaptıkları ödemenin daha yüksek bir kısmını sigortadan geri alıyorlar. Buna karşılık kapı tutucu işlevi kabul eden hekimlere kaydettikleri her hasta için yıllık sabit bir ödeme yapılarak, gelirleri garanti altına alınıyor. Hekimler de bu şekilde güçlü bir birinci basamak sistemine girmeye özendiriliyorlar. Buna karşın genel pratisyen sisteminin nüfus bakımından kapsayıcılığı Almanya'da henüz %20, Belçika'da %50, Fransa'da %80. Merkez ve Doğu Avrupa ülkelerinde ise durum AB'ye üye olmuş ve olmamış ülkeler arasında farklılık gösteriyor. Üye olan Estonya, Litvanya aynen batı Avrupa ülkeleri gibi değişik teşvik mekanizmalarının da desteğiyle birinci basamak sistemini güçlendirmeye çalışıyorlar. Bu ülkelerde eski Sovyet sisteminin birinci basamak işlevini yerine getiren poliklinik mekanizması kentlerde varlığını sürdürse de kapı tutuculuk işlevini yerine getiren genel pratisyenlerin işlevi ve hizmet verdikleri nüfus giderek genişliyor. Beyaz Rusya ise AB'ye üye değil ve halen ağırlıklı olarak Sovyet tarzı poliklinik sistemini sürdürüyor (Groenewegen PP ve diğ 2013).

Fransa'da maliyet sınırlaması önlemleri çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmeye çalışılıyor. 1998'de gönüllülük esasında sevk sistemi (kapı tutuculuk) getirildi. 2004 yılında ise hastalara kendi birinci basamak hekimlerini seçmeleri söylendi. Bazı uzmanlık dalları için (kadın doğum, nöroloji, göz, psikiyatri), birinci basamak hekimi olarak doğrudan uzman hekimi seçme hakkı da tanındı. Bunun karşılığında hastalara teşvikler sağlandı. Örneğin birinci basamak hekimini seçmeyen ya da seçtiği halde doğrudan hastaneye gidenlere yapılan geri ödeme %30-70 arasında daha az. Kapı tutuculuk sorumluluğunu üstlenen hekimlere ise %20 daha fazla ödeme yapılıyor. 2010 yılında nüfusun %80'i birinci basamak hekimini seçmişti ve bunların %99'dan fazlası genel pratisyendi. Bu uygulama hizmet kalitesini artırdı. Buna karşılık hastalara ve hekimlere sağlanan maddi avantajlar nedeniyle toplam maliyeti düşürmedi. Üstelik uzman hekimlerin kullanımında sosyoekonomik eşitsizlikler de yarattı. Bunun nedeni de uzman hekim kullanımının pahalılaştırılmasıydı (Cheyreul K, Zaleski ID 2012).

Almanya'da 2004'ten beri kapı tutucu işlevi üstlenen genel pratisyenlere ek ödeme yapılıyor (The Commonwealth Fund 2010).

Almanya'da liberal-muhafazakar koalisyon hükümeti yakın zaman önce üçüncü bir sağlık reform paketi açıkladı. Daha önceki iki paket tıbbi ürünler üretimi ve sosyal sigorta sistemi yasasıyla ilgiliydi. Bu sonuncusu ise hizmet piyasasına odaklandı. Son birkaç yılın en önemli tartışma konusu ayaktan bakım hizmeti sunan genel pratisyen ve uzman hekim sayısının gereksinimleri karşılamaya yetip yetmediği konusuydu. Özellikle kırsal kesimde ve bazı bölgelerde hekim yetersizliği açıktı. İlgili yasa ayaktan bakım veren hekimlere yapılacak kişi başı ödeme yetkisini desantralize etti, özellikle büyük ve ciddi seyirli nadir görülen hastalıklar konusunda hastanelerle ayaktan bakım arasındaki işbirliğini geliştirmeyi hedefledi. Bu hastaların ayaktan tedavisi artık hastaneler ve ayaktan bakım sunan hekimlerce birlikte yürütülecek. Gereken ek masraflar merkezi sosyal güvenlik fonundan ek olarak karşılanacak. Bu yönelimin harcama tavanları sınırlanmış olan sosyal güvenlik kurumuyla anlaşmalı çalışan hekimler açısından çekici olacağı tahmin ediliyor. Hekimleri az gelişmiş bölgelere çekebilmek için bu bölgelere giden hekimlere bütçe kısıtlaması uygulanmayacak. Ayrıca hekimler iş yüklerini azaltacak şekilde sorumluluklarının bir kısmını diğer sağlık çalışanlarına devredebilecekler. Hemşire bakım evlerinde ve rehabilitasyon merkezlerinde de ayaktan bakım hizmeti verebilecekler. Bu düzenlemelerin ek kaynak gerektirdiği açık. Sağlık bakanlığı bunun sigorta primlerinin artırılmasıyla karşılanacağını açıkladı. Sigorta fonları ise harcama artışının buna karşılık elde edilecek sağlık kazançlarına değip değmeyeceği konusunda kuşkulular ve ayrıca alınan önlemlerin hekimlerin kırsal kesime gidişini sağlamakta yine de yetersiz kalacağı görüşündeler (Ozegowski S, Sundmacher L 2013).

Birinci basamağa kapı tutucu işlevin verilmesinin ayaktan bakım harcamalarını azalttığı, uzmanlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediği belirtiliyor. Buna karşılık kapı tutuculuğun hastaların yaşam kalitesi üzerinde etkisi bulunmuyor. Sağlık hizmetinden memnuniyet çoğunlukla artıyor. Kapı tutucu sistemin uygulanmasının değişik hastalıklara ilişkin hastalanma ve ölüm hızları üzerinde herhangi bir anlamlı etkisi bulunmuyor. Bir çalışmada, fizik tedavi hastaları kapı tutuculuk nedeniy-

le gerekli hizmeti kullanamadıklarını belirtiyorlar. Ancak genellikle, kapı tutuculuk herhangi bir hasta grubunun gerekli uzman tedavisine ulaşmasında herhangi bir gecikmeye neden olmuyor. Kapı tutuculuk hastaların hastanede yatış sürelerinde farklılık yaratmıyor. Kapı tutucu sistem hastaneye yatış sayısını ve yatış gün sayısını azaltıyor. Uzman hekim kullanımını, acil departmanlara başvuruyu azaltıyor. Her tür sağlık harcamasını azaltıyor, ancak bu farklılığın çoğunlukla istatistiksel bir anlamı bulunmuyor. Bütün bu veriler değişik ülkelerde yapılmış 26 araştırmayı ele alan kapsamlı bir gözden geçirme çalışmasının sonuçları. Kısaca kapı tutuculuğun sağlık sonuçları üzerinde olumsuz etkisi yok. Sağlık hizmeti kullanımını %78'e, sağlık harcamalarını %80'e kadar azaltabiliyor. Araştırmacılar ilgilenilen sonuçları etkileyebilecek, kapı tutuculuk sistemi dışındaki, başka değişkenlerin pek çok araştırmada kontrol edilmiş olmasını gözden geçirme çalışmaları açısından önemli bir yetersizlik noktası olarak saptıyorlar. Örneğin sağlık sisteminin değişik aşamalarında hastalardan alınan katkı payları, birinci basamak sisteminin ve hastanelerin kullanımını etkileyen önemli bir başka değişken (Garrido MV ve diğ 2011).

Norveç'te birinci basamak sağlık hizmetleri 430 belediyenin sorumluluğunda. Bunların yarısının nüfusu 5000'in altında. Genel pratisyenler belediyelerle sözleşmeli çalışan özel statülü hekimlerdir. Nüfusun %99'u bir genel pratisyene kayıtlıdır. Genel pratisyenin kapı tutuculuk işlevi vardır. Hastalar kendi belediye sınırlarının dışından da genel pratisyen seçebilirler. 2002 yılına kadar hastaneler belediyelere bağlıydı. 2002'de merkezi yönetime aktarıldılar ve aynı zamanda da işletme haline getirildiler. Bu süreçte hastane birleşmeleri de oldu. 55 olan hastane sayısı 21 hastane işletmesine indi. Birinci basamak ile hastaneleri koordine edecek bir plan hazırlanıyor. Buna Koordinasyon Reformu denildi. Bunun iki stratejisi vardır: Hastaların daha çok birinci basamakta ele alınması ve hastaneden erken taburcu edilmesi. Bu stratejileri teşvik etmek için, birinci basamakta hastane öncesi bakımevlerinin belediyelerce kurulması ve hastalarını geç taburcu eden hastanelere ceza verilmesi gibi önlemler tartışılıyor (Romoren TI ve diğ 2011).

Norveç ve Çek Cumhuriyeti'nde genel pratisyenler yıllar içinde, kamu

çalışanı konumundan kendi hesabına çalışan konumuna evrildiler. İngiltere’de ise birinci basamak işletmesi (primary care trust) konumuna geldiler. Bu işletmeler 5-10 kadar aile hekiminden oluşur ve sorumlu oldukları yaklaşık 30 bin kişilik nüfus için hastanelerle de sözleşme yaparlar. Genel pratisyenler için hizmet başı ödemeden kişi başı ödemeye geçiliyor. Amaç maliyetlerin sınırlanması. Çek Cumhuriyeti’nde kişi başı ödeme yaş ve cinse göre ağırlıklandırılır. Norveç’te ise kırsal kesimde çalışan hekimler kişi başı ödemeye ek olarak bonus alırlar. İngiltere’de genel pratisyenlere pozitif performans uygulanır. Norveç’te hastalar genel pratisyene katkı payı öder. Bunun miktarı her yıl artıyor. Çek Cumhuriyeti’nde ise informal olarak katkı payı alınır (Lian OS 2008).

İngiltere’de birinci basamak sağlık işletmelerinin sağlığı geliştirip, eşitsizlikleri azaltacağı varsayılıyor. Buna karşılık analizler durumun iyiye gitmediğini, yaşam beklentisindeki eşitsizliklerin zamanla artmaya devam ettiğini gösteriyor. Oysa Blair hükümeti 1998 yılında politik bir kararlılık ortaya koymuş, 2001 yılına kadar eşitsizlikleri azaltmak için somut hedefler belirlenmiş, 2001 yılında merkezi ve yerel organların işbirliğini sağlayacak bir stratejik plan geliştirilmiş, bu planda sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılması için çok sektörlü işbirliğine gerek olduğu belirtilmişti. Bu planın içine 2001’den beri işleyen birinci basamak işletmeleri de dahil edilmişti. Bütün bunlara rağmen eşitsizliklerin azaltılamamasının nedeni şu adımların atılamamasıdır: Sürecin sosyal ve ekonomik bileşenlerine gereken önem verilmedi, kaynaklar ikinci ve üçüncü basamaktan yüksek nitelikli koruyucu sağlık hizmetlerine ve birinci basamağa yönlendirilemedi, performans yönetimi gerçekleştirilemedi. Genel pratisyenler için belirlenen performans indikatörlerinden çoğunun sağlıktaki eşitsizliklerle ilişkisi yoktu ve korumaya az derecede odaklanmışlardı. Eşitsizlikleri azaltmak için kurumlara paylaştırılan sorumlulukların değerlendirilme olanağı yoktu. Pek çok kurum finansal sorunlara odaklandı. Birinci basamak işletmelerinin, eşitsizliklerin azaltılmasındaki rollerini, hizmetin değişik yönlerinin işletmenin farklı bileşenleri arasında tartışıldığı ortamlarda (commissioning) yerine getireceği bekleniyordu. Ancak, bu görüşmeler (commissioning) sürecinde yer alan değişik sorumluluklara sahip yöneticilerle yapılan derinlemesine görüşmeler, yöneticilerin, bi-

rinci basamak işletmelerinin eşitsizliklerin azaltılmasında herhangi bir etkilerinin olmadığını düşündüklerini gösterdi (Turner D ve diğ 2013).

İngiltere’de birinci basamak sistemine özel şirketler dahil oluyor. NHS ile çoklu sözleşme imzalamış ve 227 genel pratisyeni istihdam eden 23 ticari şirket bulunuyor (2009) (Allen P 2011).

Kosova’da Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü yönlendirmesiyle başlatılan sağlık reform programının merkezinde de birinci basamağın güçlendirilmesi yer alıyor. Birinci basamağa kapı tutucu işlev veriliyor. Bu uygulama sağlık bakanlığının küçültülmesi ve desantralizasyon ile birlikte gündeme geliyor ve birinci basamak sağlık kurumlarını belediyelere devretme hazırlıkları sürüyor. Ancak hastane uzman hekimleri birinci basamağı reçete yazan bir kurum olarak görüyorlar ve birinci basamak hekimleri de burayı başka kuramlara atlanacak bir ara basamak olarak değerlendiriyorlar. Birinci basamakta halen çalışmakta olan uzman hekimlerse birinci basamağın işlevleri konusunda bilgisizler (Buwa D, Vuori H 2007).

Polonya’da sigorta sistemiyle birlikte birinci basamakta aile hekimliğine geçildi. Aile hekimleri sigorta kurumuyla sözleşme imzalıyorlar. Kendi ofislerini açıyorlar. Hekimlerin gelirleri eskisine göre daha fazla, ancak aynı dönemde iş yükleri de arttı. Stres ve tükenmişlik içindeler. Gereksinim duydukları sosyal ve profesyonel destekler verilmiyor. Hastalar hekimlerinin eve gelerek kendilerini muayene etmesini talep ediyorlar. Bu nedenlerle hekimler sağlık sisteminin kendilerini öldürdüğünü düşünüyorlar (Czachowskia S, Pawlikowskab T 2011).

Bosna Hersek’de savaş sonrasında birinci basamakta aile hekimliği sistemine geçildi. Bu sistem bir hekim ve hemşireden oluşmak üzere 1970’lerden beri zaten vardı. Ancak birinci basamak ekibi sağlık eğitimcisi ve başka personelin de eklenmesiyle genişletildi. Bunların çevresinde hekim ve toplum temsilcilerini içeren sağlık komiteleri oluşturuldu. Aile hekimine kişi başına ödeme gerçekleştirilir. Ancak yanlı seçimi önlemek amacıyla riskli gruplar için yüksek katsayıyla ödeme yapılır. Ayrıca bağışıklama hizmetleri için pozitif performans kriterleri de vardır. Aile hekimleri, ücret sistemiyle çalışan hastane uzmanlarından daha çok kazanabilirler (Deets S 2006).

Arnavutluk'ta birinci basamakta aile hekimliği sistemine geçildi ve sevk sistemi kuruldu (Antoun J ve diğ 2011).

4-Hastanelerdeki gelişmeler

Hastanecilik hizmetleri öteden beri sağlık harcamalarının esas gerçekleştirdiği alandır. Toplam sağlık harcamalarının ortalama %70'i hastanecilik hizmetleri için yapılır. Ayrıca teknolojik gelişmeler sağlık harcamalarının artışına neden olan faktör olarak hastaneleri daha da öne çıkarmaktadır. Bütün bunlar hastane hizmet maliyetlerinin kontrol altına alınmasını, sınırlandırmasını, azaltılmasını zorunlu hale getiren nedenlerdir. Toplam sağlık harcamalarındaki artışın sınırlandırılabilmesinin yolu hastanecilik harcamalarına yönelmekten geçer.

Hastanecilik hizmetlerinin sağlık sistemi içindeki konumunu değiştiren talep ve arz yönlü faktörlerden söz edilebilir. Doğurganlığın azalması, yaşlanma hastanecilik hizmetlerine gereksinimi artırır. Ancak yetiyitiminden musdarip yaşlıların bakımında sağlanacak gelişmeler bu hastaların hastanelere bağımlılığını azaltır. Değişen hastalık örüntüsü hastanelere gereksinimi değişik yönlerde etkiler. Teknoloji ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler hastane hizmetine olan bağımlılığı azaltır. Teknolojik gelişmeler hastanede yatış süresini kısaltabilir. Ancak bu gelişmeler, teknoloji pahalılığı nedeniyle hastane harcamalarının azalması anlamına gelmeyebilir. Ayrıca yeni kullanıma giren ilaçlar yan etkileri nedeniyle ek hastane hizmeti gereksinimine ve ek harcamaya yol açabilir (McKee ve diğ 2002).

Hastanelerde çalışanlar arasında kadınların oranı, diğer sektörlerle karşılaştırıldığında zaten yüksektir. Ancak yıllar içinde daha da arttı. İtalya'da 1980'de %32 iken 1997'de %37, Almanya'da 35 iken 50 oldu. Bu gelişme, aynen diğer sektörlerde olduğu gibi, iş aile ilişkilerinin dengelenmesi tartışmalarını uyardı. Bu da istihdamdaki esnekleşmeyle birlikte gelişti. Bugün hastanelerde her tür esnek uygulama mevcuttur: Zaman esnekliği, iş temelli esneklik, beceri temelli esneklik, kurumsal esneklik (dışarıdan hizmet satın alımı), ücret esnekliği, performans ücretlendirmesi gibi (Buchan J, O'May F 2002).

Hastanecilik hizmetlerindeki reform değişimleri iki şekilde karşımıza

çıkar. Bunlardan ilki geleneksel olarak hastanelerde sunulmakta olan hizmetlerin, teknolojiadaki gelişmelerden de yararlanılarak hastane dışı kurumlara devredilmesi ya da ev bakımı biçiminde yeniden düzenlenmesidir. Böylece hastaneler küçültülebilmekte, yatak kapasiteleri azaltılabilmektedir. Özellikle uzun süreli bakım gerektiren ve hemşirelik hizmetleriyle sürdürülmekte olan hasta bakımı hizmetlerinin hastane dışına çıkarılması akla uygundur. Fakat bu noktada kabul edilemeyecek gelişme hastane dışı hasta bakımı maliyetlerinin sosyal güvenlik sistemi tarafından tam olarak karşılanmasının reddedilmesidir. Yani, hizmetlerin hastane dışına devredilmesi her zaman, teknolojik gelişmelerin olanaklı hale getirdiği bilimsel ve akılcı bir tercih değildir. Çoğu kez salt maliyet azaltmak amacıyla da hastanelerde sunulması gereken hizmetler dışarıya devredilebilmektedir. Örneğin DRG tarzı ve genel olarak ileriye dönük ödeme sistemleri bu değişimi neredeyse bir kural haline getirmektedir. Hastaneleri ilgilendiren ikinci reform stratejisi ise, daha önceden sistemin üretim ve finansman bileşenlerinin parçalanmasının sonucu olarak ortaya çıkan işletmeleştirme ve bununla bağlantılı olarak hastane yönetim sisteminin profesyonelleştirilmesidir.

Hastanelerdeki otonomlaşıma ve şirketleşmeyi iç piyasa yönelimi ve üreten ve finanse eden yapıların ayrılması uyardı. Hastaneler halen kamu mülkiyetinde olsalar da işleyişleri piyasa dinamiklerine göre şekilleniyor. Sonra da yönetimlerini yönetim kurulları devralmaya başlıyor. Zamanla değişik ülkelerde değişik işletme ve mülkiyet biçimleri ortaya çıktı. Şöyle ki: İngiltere’de özyönetim işletmeleri (self-governing trusts) ve vakıf işletmeleri (foundation trusts). Estonya’da anonim şirketler (joint-stock companies) ve vakıflar (foundations). Çek Cumhuriyeti’nde anonim şirketler. İsveç’te kamu sermaye ortaklığı (public-stock corporations). Norveç’te devlet işletmeleri (state enterprises). Portekiz’de kamu işletme hastaneleri (public enterprise entity hospitals). İspanya’da kamu sağlık bakımı şirketleri (public healthcare companies).

Sonuçta dört tip hastane yapısı gelişti:

1- Doğrudan politik yönetim tarafından yönetilen kamu hastaneleri: Bunlar vergi sistemine sahip olan Finlandiya, İrlanda ve İspanya’da mevcut. Ayrıca sosyal sigorta sistemine sahip olan ülkelerin üniversite hasta-

neleri de bu yapıda.

2- Yarı otonom kamu hastaneleri. Değişik derecelerde bağımsız karar verebilen ve vergiyle finanse edilen hastaneler. Norveç, Estonya, İngiltere, Portekiz, İtalya ve bazı bölgeler için İspanya'da mevcut.

3- Kâr amaçsız özel hastaneler: Dini ya da misyoner örgütlerinin mülkiyetindeler. Hollanda, Almanya ve İsviçre örnek.

4- Kâr amaçlı özel hastaneler: Fransa, Almanya, İsviçre, Norveç örnek olarak verilebilir (Duran A ve diğ 2011a).

Profesyonel yönetim sürecinde hastane yönetimleri major kararları alır. Klinik servislerin bileşimi, yatak sayısı, ayaktan tedavi hizmetleri gibi konularda. Ancak bölgesel (Norveç, İspanya ve İngiltere) ve yerel hükümetler değişik derecelerde bu sürece girer. Ayrıca klinik hizmetleri finanse eden fonlar da sürece dahil olur (Çek Cumhuriyeti ve İsrail'de). Bu yarı otonom yapıda uzman hekimler sözleşmelidir. Her hekimle ayrı sözleşme yapılır (Çek Cumhuriyeti ve Hollanda gibi). Artık bu süreçlerde sendikaların rolü sınırlıdır. Hastanenin yıl sonundaki gelir fazlası Çek Cumhuriyeti ve İspanya'da merkezi ya da yerel hükümete aktarılırken, İsrail'de hastaneye, Çek Cumhuriyeti'nde anonim şirket (joint stock) durumundaki hastanelerde hastaneye kalır. Hollanda'da kâr amaçsız hastaneler, Norveç ve İspanya'da otonom hastaneler kârın tümünü kendileri kullanır. Yönetim ve denetim kurullarında vatandaş katılımı yoktur. Bu kurullara atamalar politik otorite tarafından yapılır. Bu otoriteler merkezi (Norveç, İngiltere, Portekiz) ya da yerel (Estonya, İspanya, Çek Cumhuriyeti) olabilir. İngiltere'de 2004'te kurulmaya başlayan vakıf işletmelerinde (foundation trusts) denetim kurulu hastalar ve hastane personelinin seçimiyle gerçekleştirilir. Denetim kurullarının, sunulan hizmet, bütçe ve personel yönetimiyle ilgili geniş yetkileri vardır. Ancak bütün Avrupa ülkelerinde politik organların da denetimde önemli etkisi söz konusudur. Bunun nedeni finansmanın halen önemli derecede kamu kaynaklarından sağlanıyor olmasıdır. Bu yönetim ve denetim yapısının maliyetlerin azaltılması ve verimliliğin artırılması bakımından olumlu etkilerinin bulunduğu (Portekiz) söyleniyor. Ancak yeni sistemin sürdürülebilirlik bakımından daha fazla merkezi düzenlemeye ihtiyaç gösterdiği de (Norveç) belirtiliyor. Örneğin Hollanda'da kâr amaçsız bir hastane kapatılma riski

yaşadığında, devreye merkezi yönetim girmek zorunda kaldı ve gereken fon bakanlıkça sağlandı. Bu durumda bakanlık denetim kuruluna kendi temsilcisini soktu. İspanya'da bölge hükümetlerinin denetim kurullarında temsilcileri var ve bu temsilciler veto yetkisine sahipler. Benzer politik sınırlama ve müdahaleler İngiltere, Estonya ve Portekiz'de de mevcut (Saltman RB ve diğ 2011).

Almanya'da 2004 yılında uygulamaya konulan yeni sağlık planıyla reket gücü bulunmayan %10-15 oranındaki hastanenin 10 yıl içinde kapanacağı belirtiliyordu (Aris B 2005).

Hastalar hastanelerde artık çok daha kısa süreli yatırılıyor. Özellikle az yataklı ve çok büyük hastaneler kapatılıyor. İngiltere daha 1960'larda uzun süreli bakım gerektiren hastalara yönelik hizmetleri hastane dışına transfer etmeye başlamıştı. Kazakistan'da 1990-1997 arasında hastane yatak kapasitesi %40 azaldı. Psikiyatrik hizmetler bu kapsamdadır. ABD'de psikiyatrik yatak sayısı 1000 kişi için 2.1 iken (1970), 1990'da 0.4'e indi. Uzun süreli bakım ya hastaların kendi evlerinde ya da hemşire evlerinde gerçekleştiriliyor. Bu noktada da bu hizmetlerinin finansmanının nasıl ve hangi kurumca sağlanacağı/üstlenileceği gerilimi ortaya çıkıyor (Healy J, McKee M 2002).

100 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı 1997 ve 2007 için Hollanda'da 522/446, Almanya'da 958/829, Fransa'da 877/718 olarak değişti (Turquet P 2012).

Danimarka'da hastane hizmetini ayaktan bakıma çevirmeye yönelik çabalar sürüyor. Bağlantılı olarak yatak ve hastane sayıları azaltılıyor. Özellikle küçük hastaneler kapatılıyor. Bölge hastane sayısı 14'ten 5'e, belediye hastane sayısı da 275'ten 98'e indirildi (The Commonwealth Fund 2010).

Hastane sayısı Ermenistan'da 1993-2001 arasında 115'ten 67'ye indirildi. Kırgızistan'da 1996-2005 arasında %45 azaltıldı. Romanya'da hastane yataklarının %10'u hastanelerden sosyal bakım ve yaşlı bakımevlerine nakledildi. Bu ülkelerin tümünde hastane kapatma ve yatak sayılarının azaltılmasına ortalama yatış süresindeki azalma da eşlik etti (Haazen DS, Hayer A 2010: 219-246).

Yeni kamu yönetimi retoriği çerçevesinde hastaneler performansla da

yöneliyor. Bu amaçla yönetim yapıları yenileniyor, bağımsız yönetim kurulları oluşturuluyor, yöneticiler profesyonelleşiyor. Gelecekte hastanelerin daha da küçüleceği bekleniyor, pek çok hizmeti (otelcilik, ev bakımı, patoloji, laboratuvar hizmetleri, mutfak, temizlik, arşiv hizmetleri gibi) dışardan satın alması planlanıyor (Duran A ve diğ 2011: 15-33).

İngiltere’de 1990’lar öncesinde hastane ücretleri merkezi hükümetçe belirlenirdi. Büyük yatırım harcamalarının merkezi yönetimce onaylanma zorunluluğu vardı. Hastaneler kendi personel sayısını (uzman hekimler, yöneticiler hariç) kendisi belirleyebilirdi. Bölge yönetimlerinin verdiği global bütçeyi alırlardı. Mülkiyet merkezi hükümetindi. Büyük ölçekli hizmet sözleşmelerinin bölge sağlık yönetimi tarafından onaylanması gerekirdi. 1990 sonrasında Thatcher döneminde, hizmet fiyatlarını kendileri belirlemeye başladılar. NHS’den ayrı olarak performans yönetimine geçtiler. Mülkiyet işletmelere devredildi. Sözleşme yapma yetkisi elde ettiler. Sermaye yatırımları için sınırlı da olsa yetki aldılar. Bütçe konusunda tam yetkili yönetim kurulları oluşturuldu. Yönetici kadro bölge sağlık otoritesi tarafından değil bizzat işletme tarafından atanmaya başlandı. Kârını kendisi kullanabilir oldu. Satın alma ve üretim işlevleri tümüyle ayrıldı. Bu özellikler genel olarak 2000’li yıllarda iktidar olan İşçi Partisi tarafından da sürdürüldü. İşçi Partisi 2001-2010 iktidar döneminin başında şunu saptadı: Merkezi olarak denetlenen performans uygulaması inisiyatifi yok ediyor ve klinik personelin motivasyonunu kıırıyordu. O nedenle belli performans kriterlerini yakalayan hastanelere NHS vakıf işletmesi (foundaditon trust) durumuna gelme hakkı tanındı. Aslında bu Thatcher tarafından da hedefleniyordu. Bu işletmeler gelirlerini kendileri kullanacaklar. Ticaret yapıp, mal alıp satabilecekler. Ortak girişim (joint venture) oluşturabilecekler, arazi ve binalarını satabilecekler. Sağlık bakanlığının ve bölge sağlık otoritelerinin doğrudan denetiminden kurtulacaklar. Örneğin Londra Üniversitesi NHS Vakıf İşletmesi Hastane Kompleksi altı hastaneden oluşur. 770 milyon Euro’luk bir cari işlemi vardır. 150 tane birinci basamak işletmesiyle sözleşmelidir. 500 bin ayaktan ve 100 bin de yataklı tedavi hizmeti sunar. İşletme konumu hastaneden geri alınabilir. Bunun için hizmet kalitesi, finansal durum, yönetim şekli kriterlerdir. Bu konumunu yitiren hastane sağlık bakanlığı

kontrolüne geçer. Bütün hastane işletmeleri tam finansal özerkliğe sahiptir. Aldıkları borçlar merkezi olarak denetlenir ve bunun bir üst sınırı vardır. Kendi yönetim organlarını kendisi belirler. Personeli işe alma ve atmada tam yetkilidir. Yönetim kurulunun üzerinde yöneticiler vardır ve bunların ortalama sayısı 33'tür. Bunların en az bir tanesi NHS birinci basamak işletmesi, en az bir tanesi hükümet, en az bir tanesi personel, en az bir tanesi de yerel üniversite temsilcisidir. Pratikte bu yöneticilerin yönetim kurulu üzerinde denetleyici etkilerinin olmadığı bildiriliyor. Bunun nedeni gerekli enformasyonu elde edememeleridir. CEO'nun üzerlerinde önemli etkisi vardır. Yöneticilik konumları için büyük rekabet vardır. Yöneticilerin değişim hızı yıllık %19-70 arasındadır. 2010 seçimleri sonrasında şekillenen koalisyon hükümeti işletmeleri daha çok piyasaya yöneltiyor ve rekabete açıyor. Devletin getirmeye çalıştığı merkezi mali denetim mekanizmaları ortadan kaldırılıyor. Ayrıca merkezi performans kriterlerinin çoğunun kaldırılması düşünülüyor. Bu süreç tamamlandığında işletmeler her şeyden kendileri sorumlu olacaklar ve tam rekabetçi ticari bir ortamın içine girecekler (Edwards N 2011: 113-140).

Hollanda'da 1990'larda bütün hastaneler kâr amaçsız özel hastane şekline dönüştürüldü. Hastane birleşmeleri var. Toplam hastane yatak sayısı azalıyor. Bunların hastanelerin piyasadaki rekabet güçlerini artıracağı varsayılıyor. Hastaneler yönetim ve denetim kurullarını kendileri seçerler. Bu süreçlere merkezi ve yerel hükümetlerin müdahalesi olmaz. Sınırlı özel şirketler kurabilirler. Denetim kurulu yönetim kurulunu atar, denetler, özel karar ve dokümanlarını onaylar. Ancak denetim kurullarının iyi çalışmadığına ilişkin bulgular var. Bunun nedeni gerekli enformasyona sahip olmamaları ve zaman sıkıntısı. Yönetim kurulu üyeleri yıllık bonuslar hariç 158 bin ile 266 bin Euro arasında kazanırlar. Akademik hastanelerde bu 280 bin Euro'ya kadar ulaşır. Bu önemli bir sıkıntı kaynağıdır. Çünkü başbakanın geliri bile 180 bin Euro'dur. Tıbbi personel ile yöneticiler arasında mali konular üzerinden önemli gerilimler mevcut. Önümüzdeki dönemde sağlık bakanlığı denetim işlevini azaltacak ve hastaneler daha çok piyasaya açılacak. Şimdiye kadar yatırım kaynakları merkezden geliyordu. Bundan sonra DRG ödemeleri içine eklenecek. Eskiden yatak sayısı, uzmanlık birimlerinin açılışı, yeni binaların inşa

edilmesi için de merkezi hükümetin onayı gerekirdi. Artık bu kararlara ilişkin yetki de hastanenin kendisinde olacak. Ancak ileri uzmanlık konularında (kök hücre nakli gibi) sağlık bakanlığı planlamaya dahil olmaya devam edecek. Hastaneler son dönemlerde başka şirketlerle ortaklıklar kuruyorlar. Statüleri kâr amaçsız özel olsa da diğer ortakların kâr beklentisi bu statüleriyle çatışma yaratıyor. Bu amaçlarına ulaşabilmek için diğer ortaklar denetim kurullarına girmeye çalışıyorlar. Bu gelişmenin başka gerilimleri tetikleyebileceği tahmin ediliyor (Maarse H, Lodewick L 2011: 179-199).

Danimarka'da 1980'lerde hastane yönetiminde, yönetim direktörü, başhekim ve başhemşireden oluşan troyka modeline geçildi. Departman düzeyinde klinik bütçe uygulaması başlatıldı. Hastane bütçesi departmanlara bölünerek, bütçe sorumluluğu departman yönetim ekibine verildi. Uygulama sonrasında harcamalar kontrol altına alındı. Ancak, hizmet hacmindeki artışa rağmen bekleme listeleri uzadı (Pedersen KMI ve diğ 2005).

Eski sosyalist ülkelerde personelle ilgili kimi kararlar hastane yönetimlerinin yetkisine aktarıldı. Hastaneler çalışanlarla doğrudan sözleşme yapar oldular. İşe alma, işten çıkarma, çalışan sayısının belirlenmesi gibi kararlar desantralize edildi. Hatta Estonya, Letonya ve Litvanya'da ücretlerin belirlenmesi bile merkezin yetkisinden çıkarıldı. İlaç ve diğer cari harcamalar konusunda da hastaneler tam yetkili. Hırvatistan'da hastane otelcilik masraflarının %15'i katkı payı olarak alınır. Macaristan'da sevk-siz gelen hastalardan katkı payı alınır. Ayrıca bu ülkelerde informal ödemeler hekimlerin önemli gelir kaynağıdır (Jakab M ve diğ 2002).

Çek Cumhuriyeti'nde sosyalizm sonrasında hastaneler, oluşturulan 14 tane bölge yönetimine devredildi. Bölgelerdeki küçük hastaneler ya kapatıldı ya da birleştirildi. Bir kısmı da uzun süreli bakım kurumu haline getirildi. Bazıları ise özelleştirildi. Uzmanlık gerektiren ve ileri teknoloji kullanan hastaneler halen devletin elindedir. Sigorta fonları ise daha çok bu hastanelerle anlaşma eğilimindedir. Dolayısıyla küçük hastanelerdeki hizmet sigorta kapsamı dışında kalır. Hastanelerin çoğunun mülkiyeti anonim şirket (joint stock) şeklindedir. Hastanelerin başında yönetici bulunur, herhangi bir yönetim kurulu yoktur. Hastaneyi fonlayan kurum

yöneticiyi atar ve işten çıkarır (Roubal T, Hrobon P 2011: 99-111).

5- Desantralizasyon

Desantralizasyon kanı planlamasında, yönetiminde ve karar almada otoritenin ve yönetim yetkisinin ulusal düzeyden daha alt düzeylere ya da daha genel bir deyişle yüksek düzey hükümet organlarından daha aşağıdaki hükümet organlarına aktarılması demektir. Desantralizasyon karar alma sorumluluğunun organizasyon içerisinde mümkün olan en alt seviyeye devredilmesidir. (Kutzin J 1997: 26)

Desantralizasyon pek çok kişi tarafından temel sağlık hizmetlerini geliştirmenin yolu olarak görülmektedir. Buna göre desantralizasyon yerel toplulukları güçlendirmenin, yerel düzeyde sektörler arası işbirliğini geliştirmenin, toplum katılımını artırmanın ve yerel gereksinimlere yönelik planlama yapmanın yoludur. Öte yandan desantralizasyon özelleştirmenin, piyasayı güçlendirmenin, hizmet üretimi ile finansmanını birbirinden ayırmanın yolu olarak da ele alınmaktadır. Desantralizasyon özellikle kullanıcı ödentilerinin, hizmetin üretim ve finansman boyutlarının ayrılmasıyla uygulamaya konan sözleşme sistemlerinin gerçekleştirilmesi için önemlidir.

Desantralizasyonun dört çeşidi vardır. Bunlar devolüsyon, delegasyon, dekonsantrasyon ve özelleştirmedir. Görüldüğü gibi özelleştirme bir desantralizasyon çeşidi olarak ele alınmaktadır.

Dekonsantrasyon (idari desantralizasyon) idari sorumlulukların mevcut merkezi hükümet yapısı içinde yeniden düzenlenmesi ve politik olmayan salt idari yetkinin aşağı düzeylere devredilmesidir. İdari sorumluluklar merkezi hükümet bakanlıklarının yerel idarelerine devredilir. Desantralizasyonun dar kapsamlı ve en sık kullanılan biçimidir. Dekonsantrasyon altında kurulacak yerel idare iki tip olabilir. Dikey biçimde yerel personel kendi bakanlığına karşı sorumludur. Entegre biçimde, bakanlıklardan birisine karşı sorumlu olan (örneğin iç işlerine) merkezi hükümetin yerel temsilcisi (vali) yöredeki tüm hükümet işlevlerinden sorumlu olur.

Devolüsyon (politik desantralizasyon) uygulamasında merkezi hükümetler kimi işlevlerini doğrudan kontrolleri dışındaki birimlere aktarır-

lar. Devolüsyon, tanımlanmış bir takım işlevler açısından ulusal düzeyden büyük ölçüde bağımsız olan yerel hükümet düzeylerinin güçlendirilmesi veya oluşturulmasıdır. Yerel yönetimler tipik örneğidir. Buradaki sorun birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki işbirliğinin zayıflaması ve yerel birimlerin gelirleri ile giderleri arasındaki dengenin bozulmasıdır. İsveç'te vergi toplama yetkisine de sahip olan bölge idareleri devolüsyonun iyi bir örneğidir.

Delegasyon kararların uygulanmasındaki ve planlamadaki yetkinin daha üst bir otoritenin denetimi olmadan devredilmesidir. Bu tip desantralizasyon tanımlanmış görevler için söz konusudur. Ulusal sağlık hizmetlerinin yönetiminin özerk bir kamu kuruluşuna verilmesi bunun örneğidir. Bu durumda sağlık bakanlığının en büyük işlevi strateji ve politika belirlemeye indirgenecektir. Macaristan'da 1991 yılında sağlık hizmetlerinin finansmanı, bağımsız bir sigorta fonuna verilmiştir. Delegasyon için bir diğer örnek İtalya'dır. 1992'de İtalya'da sağlık birimlerinin yapıları değiştirilerek kamu işletmelerine dönüştürülmüşlerdir. Bunlara özerklik tanınmıştır.

Özelleştirme ise genel hükümet işlevlerinin kâr amaçlı bir firma ya da kamu yararına çalışan bir hükümet dışı kuruluşa aktarılmasıdır. Değişiklik hizmetin finansmanına ve/veya sunumuna yönelik olabilir. Özelleştirme desantralizasyonun son aşaması olarak kabul edilmektedir.

Bugün AB coğrafyasında desantralizasyon derken söz konusu edilen tür daha çok devolusyondur. Çünkü dekonsantrasyon ve delegasyon zaten geleneksel olarak mevcut idari yapılanmalardır. Merkezi yönetimin yerel ölçekteki temsilcileri (valiler) dekonsantrasyonun, sağlık sigortası sistemi ise delegasyonun karşılığıdır. Sağlık sigortacılığı sisteminde, desantralizasyon bağlamında, zaten herhangi bir tartışma söz konusu değildir. Bugün aynı şey desantralizasyonun en ileri noktası olarak görülen özelleştirme için de geçerlidir. Buna karşılık idari yapıdaki reform devolüsyon üzerinden gelişmektedir. Yani idari, finansal, yasamayla ilgili yetki ve sorumlulukların merkezi yapılardan alınarak yerel idarelere verilmesi. Ya da merkezi ve yerel yönetimlerin bu konulardaki yetki ve sorumlulukları aralarında (yeniden) paylaşmaları.

Dünya Sağlık Örgütü 1993 yılında yayımladığı bir raporda desantrali-

zasyon uygulamalarının ortaya çıkardığı sonuçların, başlangıçtaki beklentilerle uyumsuz olduğunu bildirmiştir (WHO 1993: 60). Macaristan'da yerel hükümetlerin bütçesi tam olarak merkezden ayrılmış, bu gelişme yerel yönetimlerin finansman krizine girmelerine ve ellerindeki her şeyi yok pahasına satmalarına neden olmuştur (Dillinger W 1994: 8).

Alt düzey yönetsel kapasiteler geliştirilmeden gerçekleştirilen desantralizasyon merkezi hizmetlerin de tamamen çökmesine neden olabilmektedir (World Bank 1993: 128).

Kazakistan'da sosyalizmin yıkıldığı 1991'den sonra sağlık sisteminin finansmanı üzerindeki kontrol desantralize edilerek bölgelere (oblast) verilmiş, ancak kısa süre sonra ülkenin varlıklı ve yoksul yöreleri arasında eşitsizlikler belirmiştir. Bu yüzden 1995'te sağlık finansmanı kontrolünün yeniden merkezi yönetime aktarılmasına karar verilmiştir.

Finlandiya, 1990'lardaki ekonomik kriz nedeniyle pek çok diğer ülke gibi sağlık sistemini reforma tabi tuttu. Sağlık sistemi yapısı Beveridge sistemiyle uyumluydu. Reformla pek çok hizmette sözleşme sistemine geçildi ve merkezi kimi sorumluluklar yerel düzeye desantralize edildi. Bu gelişmeleri 1990'ların başında ulusal gelirin %10'dan fazla düşmesi uyardı. Bugün en küçük belediyeler bile bütün sağlık hizmetlerinin finansmanından sorumludur. Sonuçta merkezi yönetim finansman sorununun yarattığı sıkıntıların sorumluluğundan kurtulmuştur. Belediyelerin toplam sağlık bütçesinde merkezi hükümetten gelen kaynağın oranı 1991-1998 arasında %41'den %25'e inmiştir. Bu ortamda özellikle küçük belediyelerin güçlü hizmet üreticileri karşısındaki konumu son derece zayıftır. Artık belediyeler istedikleri kurumdan hizmet satın alabilmektedir. Merkezi kontrol ortadan kaldırılmıştır. Aynı dönemin bir başka politikası maliyet paylaşım programları oldu. Belediyelerin kendi topladıkları vergilerin toplam kaynaklar içindeki oranı yükseldi. 1990-1996 arasında cepten harcamaların toplamdaki oranı %13'ten %20'ye çıktı (Hakkinen U 2005).

Finlandiya bu durumuyla dünyada sağlık hizmetlerinin en fazla derecede desantralize olduğu ülkedir. Merkezi fonlardan desteklenmek koşuluyla bütün hizmetler yerel yönetimlerce sunulur. Ancak ekonomik durgunluk ve kriz dönemlerinde, belediyeler üzerlerindeki bu sorumluluğu

finanse etmek bakımından önemli zorluklarla karşı karşıya kalırlar. Bu desantralize yapı içinde hastane hizmetlerinin fiyatları bölgeden bölgeye değişir. Her bölgedeki sınırlı sayıdaki hastane monopol güçte olduğu için hastaneler arasında beklenen rekabet de işlemez. Yerel yönetimler kendi bölgelerindeki hastane zor durumda kalmasın diye başka yerel yönetim bölgelerindeki hastanelerle hizmet sözleşmesi yapmaktan kaçınırlar (KKinen UH 2005).

İspanya'da, ülkenin siyasi yapısıyla da ilişkili olarak 1978 yılında bir anayasal düzenlemeyle desantralizasyona gidildi. Bu genel ve siyasi ölçekli bir yeniden yapılanmaydı. Sonuçta sağlık hizmetlerini de kapsamış oldu. 17 bölge oluşturularak, her birisine geniş otonomi verildi. Sağlık hizmetleri açısından, merkezi hükümet eşitlik ve hizmet niteliği için temel çerçeveyi belirler. Uygulama bölgelere bırakılır. Bu da %90 oranında kamu fonlarıyla finanse edilir. Her bölgenin sağlık bakanlığı ve sağlık bakanı vardır ve bölge bütçesinin yaklaşık üçte biri sağlık bakanlığına ayrılır. Hizmetler vergilerle finanse edilir. 2008'e kadar sağlık yatırımlarının ve halkın hizmetten memnuniyetinin arttığı, sağlık göstergelerinin iyileştiği belirtilmekte ise de bunların doğrudan desantralizasyona bağlanamayacağı düşünülmektedir (Duran A 2011).

İspanya'da bölgeler kendilerine yönlendirilen kaynakları aşırı harcamaya eğilimindeler ve bunu merkezi hükümet denetleyemiyor. O nedenle bazı yorumcular sistemin sürdürülebilir olmadığını düşünüyor. Ulusal ve yerel hükümetler arasındaki partizan gerilimler, ulusal politikaların yerel ölçekle koordinasyonunu zorlaştırıyor. O nedenle desantralizasyon uygulaması finansmandaki bölgesel eşitsizlikleri azaltamadı. Sağlık harcamaları açısından önemli bölgesel farklılıklar var. Kişi başı sağlık harcaması miktarı Balearic Adaları'nda 557 Euro iken (ki ortalamanın yalnızca %41'i kadar), Basque bölgesinde 1343 Euro (ki ortalamanın %121'i kadar). Benzer şekilde sağlık sonuçlarında da bölgesel farklılıklar önemli boyutlarda. Örneğin koroner anjioplasti uygulamasındaki fark beş kata ve bu girişim sonrasındaki ölüm hızı da iki kata kadar çıkıyor. Merkezi bir kayıt sistemi olmadığından sağlık çalışanlarının sayısı bile tam olarak bilinmiyor. Bölgesel desantralizasyon desantralize bölgelerdeki bürokratik ve merkezi yapıyla birlikte varlığını sürdürüyor (Duran A ve diğ

2011).

Katılım desantralizasyondan önemli bir beklenti olsa da, toplum katılımı ile desantralizasyon arasında doğrudan ilişki yoktur. Toplum katılımı özel çabalar gerektirir. Bunların olmadığı durumlarda yerel baskı grupları, yerel düzeydeki gücü tamamen ellerine geçirmektedir. Finansman sağlamanın yerel düzeye desantralize edilmesi eşitsizlikleri artırmaktadır. Desantralizasyon gelişmekte olan ülkelerin çoğunda merkeze bağlı yerel birimlerin kurulması biçiminde gerçekleştirilmiştir. Bu da merkezi hükümetin yerelliklerdeki varlığının güçlendirilmesi yoluyla daha fazla oranda merkezileşmeye yol açabilmektedir.

Desantralizasyonun sonuçlarını, içinde gerçekleştirildiği ortamdaki politik tarafların eğilimleri önemli derecede etkiler. Yerel güç odakları genellikle sonuçlar üzerinde önemli derecede belirleyicidir.

Desantralizasyon hizmetin aşırı parçalanmasına, merkezi sağlık birimlerinin güçsüzleşmesine, eşitsizliğe, politikacıların ve çıkar gruplarının istekleri doğrultusunda baskılara ve kamu kesiminin statüsünde azalmaya neden olabilir.

Desantralizasyon sonrasında bölgeler arasındaki eşitsizlik artabilir. Bu durum özellikle kaynak toplama yetkisinin de desantralize edildiği durumlarda geçerlidir ve yoksul bölgelerde kaynak bulma sıkıntısı baş gösterir. Bunu önlemek için merkezi denetimin ve kaynak transferinin olması gerekir. Bu ise çevre ülkelerde olanaklı olamamakta ve bölgeler arasında yeni çatışmalar ortaya çıkmaktadır. Kamu kaynaklarının yetersiz görüldüğü ülkelerde, desantralizasyon merkezi hükümetin kendi üzerindeki sorumlulukları yerel birimlerin üzerine atması anlamına gelmektedir.

Desantralizasyondaki bir başka sorun ulusal ve yerel öncelikler arasında çatışmaya neden olabilmesidir. Örneğin Kanada'da 1983 yılında Alberta eyaleti kullanıcı ödentisi uygulamasına geçmiş, bu ise merkezi hükümetçe ulusal sağlık sisteminin dayanışmacı özelliğini tehdit eden bir politika olarak algılanmıştır. Bunun üzerine merkezi hükümet eyaletlere yaptığı merkezi para yardımını, eyaletin topladığı kullanıcı ödentisi miktarı kadar azaltma kararı almıştır.

Desantralizasyon yerel birimlerde gelişkin bir yönetsel kapasite gerek-

tirir, yönetim maliyetlerini azaltmak yerine artırır, karar oluşturma süreçlerinde bir dizi yeni bürokratik engel yaratabilir, merkezi hükümet yerel birimleri denetleyecek, yönlendirecek güçten yoksun olabilir.

Desantralizasyonun önemli gerekçelerinden birisi yerel yöneticilerin yerel gereksinimlere yanıt vermeye daha istekli oldukları savıdır. Gerçekte ise yerel yöneticiler popüler olmayan konulara müdahale etmek istemezler. Üstelik yerel yönetimlerin yönetim ve üretim kapasiteleri de yetersizdir. Daha da ötesinde iş yapmak için gereken kaynaklardan da yoksun olabilirler (Thompson S ve diğ 2009: 55).

Bütün bu nedenlerle, bir dönem çok revaçta olan desantralizasyon stratejisi, şimdilerde yerine resantralizasyon yönelimine bırakıyor.

Desantralize birimlerin eşitlik konusunda daha duyarlı olup olmayacağı belirsizdir. Bazı ülkeler bir de bu nedenle önemli sağlık sistemi işlevlerini yeniden merkezileştiriyor. Örneğin Norveç operasyonel yetkileri 19 bölge konsülünden yeniden devletin elinde topladı. Sonra da altı tane yeni bölgesel kurul oluşturarak bu kurullara sorumluluk verdi. Buna karşılık sağlık hizmetlerinin finansmanı yetkisi tümüyle devletin elinde kaldı. Danimarka benzer şekilde 2006'da 14 tane seçilmiş bölge konsülünün elindeki operasyonel ve finansal sorumluluğu beş tane bölge yönetiminin elinde topladı. Finansman yetki ve sorumluluğunu ise merkezi yönetimin elinde bıraktı. Yeniden merkezileştirme İrlanda, Polonya, Almanya ve İtalya'da da söz konusu. Desantralizasyon büyüklüğü bir anahtar değildir. Tek bir modeli, kalıcı bir çözümü yoktur (Magnussen J 2011; Saltman RB 2012: 209-246).

Desantralizasyondaki sorunlar nedeniyle, bugün desantralizasyon ile resantralizasyonun iç içe uygulanabildiği de görülüyor. Bu bakımdan İtalya iyi bir örnektir. İtalya sağlık sistemi 1993-1994 yılında bölgeselleştirildi (devolusyon). Merkezi güç sıkı denetim ile birlikte 20 bölgeye desantralize edildi. Yasama gücü merkez ve yerel yönetimler arasında paylaştırıldı. Buna karşılık yerel birimlerin sağlık politikalarıyla ilgili karar gücü orta ölçekli hükümet organlarına merkezileştirildi. Bölgeler temel sağlık paketinin sunumundan sorumlu tutuldu. Bunun için kendilerine merkezden bütçe aktarıldı. Bütçeyle yerel ölçekli harcama tavanı da belirlenmiş oldu. Bu temel paketin ötesinde hizmet sunmak isteyen bölge-

lere ek finansman sağlama olanakları tanındı. Gelirin %1.5'i kadar ek vergi alma, benzinden %20 oranında dolaylı vergi toplama, ilaçtan katkı payı alma gibi. Bölgelerdeki 700 kadar sağlık kurumu işletme haline getirildi. Bu işletmelerde performans sistemine geçildi ve işletmeler profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmeye başlandılar. 1999'da hastane işletmelerine daha yüksek derecede operasyonel otonomi (dekonsantrasyon) sağlandı. 2008 krizi ise yerel hükümetler üzerindeki merkezi kontrolün öne çıkarılmasına ve kamu harcamalarının kısılmasına neden oldu (Maino F, Neri S 2011: 445-464).

İtalya'da yerel yönetimlere gelir yaratma konusunda sağlanan olanaklara rağmen, bölgelerin sağlık finansmanında ciddi açıklar vermeleri engellenemedi. Bunun çözümü olarak bu kez yeniden merkezileştirme önerildi. Aynı dönemde Kuzey Ligi denilen partinin kurulması ve Kuzey İtalya için ayrılıkçı öneriler geliştirmesi de, desantralizasyon modelinin geçersiz kalmasına neden oldu. Bu gelişme sağlık hizmetlerindeki desantralizasyonun politik bağlamdan ne derecede etkilendiğinin iyi bir örneğidir. 2009 yılında radikal bir mali federalizm gerçekleştirildi. Bugün bölgeler bütçelerinin %70'ini sağlık hizmeti için kullanıyorlar ve kamu sağlık harcamalarının %90'ı bölgesel bütçelerden karşılanıyor. Federalizmin verimliliği artıracığı bekleniyor. İtalya örneği, desantralizasyon ile iç piyasacı ve piyasacı politikaların nasıl iç içe geçebileceğini de iyi bir şekilde gösteriyor (Doetter LF, Götzl R 2011).

Romanya'da sosyalizm sonrası dönemde piyasa yönelimli bir reform sürecine geçildi. 1990'larda informal ödemeler bir finansman mekanizması olarak kullanılır oldu. Kullanıcıların yarısı hizmet alırken bu tür ödeme yapıyorlar ve bunu bir gelenek olarak görüyorlar. 2006 yılında kabul edilen sağlık reformu kanunu altı yıl içinde tam 58 kez değiştirildi. 1990 sonrasındaki 22 yıl içinde 21 kez sağlık bakanı değişti. Bu veriler sosyalizmin dağılmasının yarattığı kaotik ortamın göstergeleridir. Reform sürecinde en çok desantralizasyona vurgu yapılmasına rağmen yönetim kapasitesinin düşüklüğü yerel ölçekte önemli sorunlar yaratıyor. Çalışanlar kendilerini yönetim ve kontrol süreçlerinden dışlanmış hissediyorlar. 2010 yılında hükümet bütün kamu personelinin ücretlerini %25 oranında düşürdü. Bu, sağlık çalışanları arasında büyük tepkilere neden oldu.

Bütçe yetersizliği nedeniyle pek çok tıbbi malzeme hastalar tarafından piyasadan satın alınıyor. İş yükü ağır. Sağlık personeli aynı zamanda sekreterlik, yönetsel işleri de yapmak zorunda kalıyor (Spanu F ve diğ 2012).

Beşinci Bölüm

Sağlık Reformlarının Sonuçları

Sağlık reformları esas olarak maliyetleri sınırlamayı, paylaştırmayı planlamıştı. Bu amaçla da finansmanda katkı payları, sigorta primleri ve özel finansman mekanizmaları gündeme getirildi. Maliyet sınırlama anlamında teminat paketi daraltıldı. Kamunun üzerindeki sağlık “yükünden” kurtulmak için özel sağlık kurumlarına destek verildi ve kamu özel ortaklığı modeliyle özel sektör kaynaklarının yatırımlara çekilmesi hedeflendi. Organizasyonel anlamda ise sistemin satın alma ve üretim bileşenleri ayrıldı, sağlık ortamına rekabet dinamikleri sokuldu, hizmeti üreten kurumlar işletmeleştirildi, hastaneler küçültüldü, yatak kapasiteleri azaltıldı ve yönetimleri profesyonellere devredildi, birinci basamağa hizmet satın alma ve hastaneler arasında rekabet düzenleme sorumluluğu verilerek birinci basamak kurumları da işletmeleştirildi, devolusyonla önce yerel yönetimler güçlendirildi, sonra bunun çözüm olmadığı anlaşılınca desantralize sistemin resantralizasyonu gündeme getirildi.

Reform sürecinde, başlangıçtaki amaçlardan farklı olarak, kabaca şöyle bir tablonun ortaya çıktığını görmüş olduk:

Finansman sorununa çözüm olarak üretilen devletin küçültülmesi ve yerine geçirilen özel seçenekler, aşağı sınıfların ödeme güçlüklerine yol açıyor. Bu sonuç hiç tereddütsüz biçimde eşitsizliklerin artması, bu sınıfların koruyucu sağlık hizmetlerinden yetersiz yararlanabilmeleri ve bağımlı olarak sağlık sisteminin makro ekonomik verimliliğinde azalma

anlamına geliyor. Organizasyonel değişiklik bağlamındaki satın alan ve üreten kurumların birbirlerinden ayrılması ise, bu yapıların, maliyetlerini azaltmaya ve gelirlerini artırmaya yönelik istismarcı tutumlara yönelmelerine yol açıyor. Sosyal güvenlik fonları maliyet azaltmak adına, sağlık gereksinimlerinin karşılanmasını engelleyebiliyorlar. Buna karşılık üretici kurumlar sosyal güvenlik fonlarının maliyet azaltıcı, ödemeleri güçleştirici politikalarına hizmet hacmini artırarak, gereksiz hizmet üreterek, yaptıkları müdahale ve işlemleri çok para kazandıracak yönde yanlış kodlayarak, personel ücretlerini düşürerek, personel sayısını azaltarak, riskli hastaları kabul etmeyerek yanıt veriyorlar. Kamu özel ortaklığı modeli ise sağlık sektörüne özel kaynakların girişini teşvik ediyor belki, ama yatırım alanını tümüyle özel sektöre bıraktığı için rant aktarma mekanizması anlamına da geliyor. Kamunun finansal açıdan doğrudan beslediği özel girişimciler, kamu özel ortaklığı modeliyle fiyat belirleme yetkisini önemli derecede ele geçirmiş oluyorlar. Bu durum kısa süre içinde finansal açıklara, bu da daha çok kamu desteği gereksinimine neden oluyor. Bir yönetim reformu olarak desantralizasyon ise bölgeler arasındaki mali farklılıklar nedeniyle sağlık hizmeti alt yapısında ve sağlık hizmeti kullanımında eşitsizliklere yol açıyor. Kısa süre içinde yeniden merkezileştirme önerisinin ortaya atılmasının nedeni budur. Hastanelere yatak başına ödeme yapılıncı hastaneler iş yapmaktan kaçıyor, DRG tipi ödemede ise gereksiz işlemlere yöneliyorlar. Hekimlere ödeme hizmet başına yapıldığında hekimler bu kez iş hacmini abartıyorlar, ücret tipi ödemede çalışmaktan kaçıyorlar.

Öte yandan reform politikalarından doğrudan ve olumsuz etkilenen bir diğer taraf sağlık emekçileri oluyor. Hekimler de dahil bütün katmanların iş yükü arttı, ücretler reel ve hatta 2008 krizi döneminde kimi ülkelerde nominal anlamda düştü, yönetici olan ve olmayan hekimler arasına büyük gelir, statü farklılıkları girdi. Hastanelerin işletme haline getirilmesiyle bağlantılı olarak kimi hizmetlerin (kamu özel ortaklığı modeliyle) dışarıdan satın alınması, taşeronlaştırma ilişkileri, sağlık sektörü içine farklı kategoride bir emek gücünün dahil olmasıyla sonuçlandı. Bunlar taşeron şirketlerin çalışanlarıdır. Çoğu kez sosyal hakları sektörün esas çalışanlarından daha kötüdür. Artık hekimlerin taşeron biçimde istihda-

mı söz konusu.

Bu kaba gözlem bile büyük çabalar gerektiren reform politikalarının beklentilerden uzak sonuçlar yarattığını saptamamızı sağlıyor. Geçen dönem içinde, para sıkıntısına çözüm aranarak sürecin başlatıldığı Avrupa sağlık ortamı paranın daha çok egemen olduğu, bütün politikalar açısından paranın belirleyici kriter halini aldığı büyük bir şirkete dönüştü. Hastaneler işletme statüsü kazanmanın ötesinde kendileri ticari şirketler, ortaklıklar kurmaya başladılar. Ortaya çıkan ve daha ayrıntısını az sonra göreceğimiz sorunlar aslında bu işletme yapısının sorunlarıdır. Devleti küçültmeye, özel sektörün yani paranın hakimiyetini artırmaya yönelik politikaların böyle sonuçlara yol açması kaçınılmazdı. Bu haliyle sağlıkta reform politikaları ateşi söndürmek amacıyla üzerine benzin dökmeye benzetilebilir. Ticarileşen sağlık ortamında her strateji sistemin bir başka bileşeninde sorunlar yaratıyor. Motivasyon artırmak amacıyla yapılanlar çok para kazanma amaçlı istismarlara, maliyetleri kontrol etmek amaçlı olanlar ise eşitsizliklerin artmasına, yoksulların hizmete ulaşamamalarına yol açıyor. Bu acımasız ticaret ortamında herkes birbirinin rakibi: Hastaneler birbirlerinin, sigorta fonları hastanelerin, hastaneler sigorta fonlarının, hastalar sağlık kurumlarının... Herkesin kazancını artırmaya, maliyetini düşürmeye çalıştığı bir yarış, sağlık borsası söz konusu. Bu rekabet ortamında verimlilik kurumların tekil olarak maliyetlerini minimize etmeleri anlamına geliyor. Sağlık borsasında, hasta ve sağlık hakkı, halk sağlığı gibi gerçek hedef ve değerlerin anlamlarını bulması söz konusu olamaz.

Öte yandan, sağlık sisteminde gerçekleştirilen değişikliklerin etkilerinin izleneceği esas kriterler, bu değişikliklerin halk sağlığı (göstergeleri) üzerindeki etkileridir. Bu bakımdan da halk sağlığı düzeyindeki ve sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizlikler özel bir önem taşır. Dolayısıyla bu bölümde bunu yapacağız ve reform sürecinde sağlıktaki eşitsizliklerin nasıl seyrettiğini saptayacağız.

Sağlıktaki eşitsizlikler söz konusu olduğunda neredeyse sayısız sayıda araştırmaya ulaşılabilir. Biz eşitsizlikler konusunu sağlık reformlarıyla özel olarak ilişkilendiren yayınlara odaklanacağız. Burada da kendimize bir sınırlama getirerek bunların içinden özellikle birden fazla sayıda ülke-

yi, özellikle de AB coğrafyasını genel olarak ele alan son birkaç yıl içinde yapılmış araştırmaları seçeceğiz.

Başlayalım:

Avusturya, Belçika, İngiltere, Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya, Polonya, Macaristan ve Hollanda'da yapılan bir araştırma halen altı önemli faktörün hizmet kullanımını engellediğini ortaya koyuyor (Wörz M, Foubister T, Buse R 2006):

1- Sağlık hizmetinin kapsadığı nüfusun oranı: Avrupa'da halen korunmaya muhtaçlar, yasadışı yollardan göç edenler sigorta sisteminin kapsamı dışındadır. İşsizler için bile kısmen de olsa aynı sorun geçerli olabilir. Çünkü istihdam durumundaki geçici değişiklikler sırasında bile sigortasız kalınması söz konusudur. Avusturya ve Polonya'da bu tür sorunlar vardır. İrlanda ve Almanya için sistem halen evrensel olarak tanımlanabilmiş değildir. Bu ülkelerde özel sigortacılığın kapsamı geniştir. İrlanda'da kamu sigortasına dahil olabilmek için konut tipi, gelir, konut harcaması, kronik hastalık varlığı gibi kriterler konusundaki katı koşulları karşılamak gerekir. Bunları karşılayamayanlar ancak çekirdek hizmetlerden yararlanabilirler.

2- Teminat paketinin kapsamı: İngiltere'de hastanelerde hizmetin bir kısmı kapsam dışındadır. Hollanda'da yalnızca maliyet etkinliği kanıtlanmış hizmetler paket içindedir. Göz ve diş hizmetleri neredeyse tamamen ve bütün Avrupa ülkelerinde kapsam dışındadır. Uzun dönemli bakım hizmetleri de böyledir.

3- Maliyet paylaşımı düzenlemeleri: Bu ülkelerin tümünde ilaç ve hizmetlerin pek çoğu için katkı payı kuraldır. Bazı ülkeler birinci basamaktan yararlanım için bile katkı payı koymuştur. Çocuklar, yaşlılar, belli gelir düzeyinin altında geliri olanlar ve kronik hastalığı olanlar bundan muaf olsalar da maliyet paylaşımı yine de hizmete ulaşımı engelleyen önemli bir faktördür.

4- Coğrafi engeller: AB-25 bölgesinde sağlık kurumuna 20 dakikadan daha az sürede ulaşanların oranı yalnızca %48'dir. Yeni üye olan 10 ülkede ise %35'tir. Genel pratisyene 20 dakikadan az zamanda ulaşanların oranı AB ülkelerinde %82, yeni üye 10 ülkede %68'dir. Avusturya ve Macaristan'da hastane yataklarının bölgesel dağılımında belirgin eşitsiz-

likler vardır.

5- Hizmete ulaşımında kurumsal engeller: En önemlisi bekleme listelerinin uzunluğudur. İngiltere, İrlanda, Polonya ve Almanya için bu önemli bir sorundur. Fransa, Almanya ve İrlanda için özel sigorta sistemlerinin yaygınlığının bu bakımdan yarattığı ek sorunlar mevcuttur. Bunun nedeni özel sağlık kurumlarının kamu sigortası olanları bekleme listesinin sonuna atması ve özel sigortalıları öncelemesidir.

6- Ulaşılabilir hizmetlerin kullanımı: Buna karşılık, hizmetin ulaşılabilir olması, kullanılabilirliğinin garantisi de değildir. Gelir düzeyi bunun önemli nedenidir. Genel pratisyen kullanımında gelirin etkisi minimumdur. Ancak uzman hekim kullanımında, özellikle özel sigorta sistemlerinin bulunduğu ülkelerde gelir dağılımıyla ilişkili önemli eşitsizlikler vardır.

7- Reform politikaları yapısal olarak cinsiyet temelli sağlık eşitsizlikleri yaratabilmektedir. Boşananların sigorta sistemi kapsamı dışına çıkarılması kadınların sigortasız kalmasına neden olan bir risk faktörüdür. Emek piyasasının cinse dayalı yapısı, kadınlar için sigortasızlık yaratabilir. Cinsle bağlantılı gelir farklılıkları nedeniyle özel tamamlayıcı sigortaya üyelik açısından kadınlar aleyhine eşitsizlikler ortaya çıkar. Özellikle ev işlerinin kadınlar üzerinde oluşu kadınların hastane yatış süresini kısaltır, rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmalarını engeller (Babitsch B, Dennert G 2006).

Devam edelim:

26 Avrupa ülkesinde gerçekleştirilen (ve verileri European Union Statistics on Income and Living Conditions araştırmasından alınan) eşitsizlik araştırmasının sonuçlarına göre bütün ülkelerde gelir ve eğitim grupları arasında algılanan sağlık açısından önemli farklılıklar var. Sağlıkla gelir ve eğitim arasındaki bu ters ilişki değişen derecelerde olsa da bütün Avrupa ülkeleri için geçerli (Asgeirsdottir TL, Ragnarsdottir DO 2013).

Avrupa coğrafyasında gerçekleştirilmiş 29 eşitsizlik araştırmasını birlikte değerlendiren bir makaleye göre: İspanya'da özel sektörün gücünün arttığı desantralizasyon modeli eşitsizlikleri artırıyor. Finlandiya'da (ki dünyanın en desantralize sağlık sistemidir) belediyelerin topladıkları değişik tipteki vergiler hane halkı harcamaları içinde sağlığın payını

%13'ten %20'ye çıkardı ve Finlandiya sağlık sistemini oldukça regresif (eşitsizlikçi) bir hale getirdi. Ayrıca katkı payları da düşük gelirli aleyhine bir hizmet kullanım tablosu yarattı. Finlandiya'da 1980'lerde yüksek gelirli daha çok cerrahi hizmet kullanıyor. Oysa düşük gelirli sağlık durumu daha kötü ve hizmete gereksinimleri daha fazlaydı. Bunun nedeni Finlandiya sağlık sistemi içinde özel sektörün uzman ayaktan bakım ve bazı elektif cerrahi girişimleri fazla derecede sunmasıydı. Uzman hekimleri, özel sektörü ve hatta kamu ayaktan bakım hizmetlerini daha çok yüksek gelirli kullanıyor. Hollanda'da düşük gelirli ve kronik hastalıklı bireyler, cepten ödemeler nedeniyle, finansal açıdan dezavantajlı konumdalar. Avrupa ülkelerinde doğrudan vergiler progresif nitelikli iken, yerel ölçekte toplanan vergiler (İskandinav ülkelerinde olduğu gibi) regresif nitelikli. Benzer etki dolaylı vergiler ve yüksek gelirli üye olmak zorunda olmadıkları sigorta sistemlerinde de var. Özel sigorta sistemleri ise zaten regresif. Cepten ödemelerin regresif etkisi daha da belirgin. Kamu finansman mekanizmaları düşük gelirli hizmetten yararlanmasını kolaylaştırıp, bekleme sürelerini kısaltıyor (ABD, Avusturya, Kanada, İngiltere, Yeni Zelanda için yapılan bir araştırma). Ama, Fransa'da 1980'den 2003'e kadar kamu harcamalarının toplamdaki payı %79.4'den %75.5'e inerken özel sigortaların ve cepten harcamaların payı yükseldi. Özel harcamalar açısından Fransa Avrupa ülkeleri içinde ön sırada yer alıyor. Paralel olarak koruyucu sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizlikler, ayrıca HIV enfeksiyonu ve perinatal sağlıkla ilgili eşitsizlikler de arttı. İspanya'da toplam finansmanın dörtte biri dolaylı vergilerle sağlanıyor ve bu durum sistemi daha az progresif hale getirdi. Portekiz sağlık sistemindeki politikalar (1979-2002 arasında) sağlık durumunu düzeltirken, eşitlik ve hizmete ulaşımında gelişme sağlayamadı ve sağlık harcamaları yükseldi. Halen kır/kent nüfusları ve yüksek/düşük gelirli sistem tarafından kapsanması açısından eşitsizlikler var. Özel ve kamu sigorta sistemlerinin birlikte uygulanması hizmete ulaşımında ve sağlık göstergelerinde eşitsizlikler yarattı. Yunanistan'da 1983 reformları sonrasında özel harcamaların payı arttı. En çok da cepten harcamalar yükseldi. Düşük gelirli gelirlerinin daha yüksek oranını sağlık hizmeti için kullanmak zorunda kalıyorlar. Norveç'te satın alma ve üretim işlevlerinin

ayrılarak, kamu fonunun özel sektörün de dahil olduğu bir dizi aktörden hizmet satın almaya başlaması özel hizmet kullanımını üniversite mezunlarında %11 artırdı. Ayrıca yüksek gelirli özel çalışan uzman hekimleri daha çok kullanmaya başladılar. Hırvatistan'da cepten harcamaların artması işsizlerin sağlık harcamalarını azalttı ve bu gelişme bu grubun sağlık hizmetlerini daha az kullanmasıyla ilişkiliydi. Cepten harcamaların dağılımı yüksek derecede regresif idi. Düşük gelirli ilaç, diş sağlığı, geleneksel ilaçlar ve özel tıbbi bakım için daha çok cepten ödeme yapıyor. Ayrıca bu grup hastalık kesintileri nedeniyle ücret kaybına da uğruyor. Macaristan'da informal ödemeler finansman sistemini regresif duruma getirdi. Düşük gelirli insanların informal ödemesi gelirlerinin içinde yüksek oran kaplıyordu. Bulgaristan, Estonya, Bosna-Hersek'te de informal ve cepten ödemeler sistemi regresif hale getiriyor. İsveç'te kullanıcı ödentilerinin arttığı dönemde (1990'ların ikinci yarısı) düşük gelirli insanların acil servislere daha çok başvurdukları ortaya çıktı (Gelormino E ve diğ 2011).

2008 krizi sonrasında alınan önlemler özellikle maliyet sınırlamaya odaklandı. DSÖ'nün bu amaçla 53 üye ülkede yaptığı bir araştırma ilginç sonuçlar ortaya çıkardı. Bazı ülkeler hükümet sağlık bütçesinde kısıtlama yaptı. Ek katkı payı getiren ülkeler oldu. Bu uygulama düşük gelirli insanların hizmet kullanımını azalttı, halk sağlığı sonuçlarını kötüleştirdi ve acil hizmet kullanım ve harcamalarını artırdı. İlaç fiyatlarını kontrol etmeye yönelik stratejiler uygulandı, ancak bu pahalı ilaçların daha çok reçete edilmesine neden olabildi. Sağlık çalışanlarının ücretleri bazı ülkelerde düşürüldü ya da donduruldu, en azından artış hızı azaltıldı. Bu da sağlık çalışanları arasındaki ücret eşitsizliklerini artırdı. Sonuçta Avrupa bölgesi içinde sağlık emek göçü oluştu. Emek göçü kimi ülke/bölgelerde hizmet kalitesinde düşmeye ve eşitsizliklere neden oldu. Hastane yatak kapasitesini azaltan, hastaneleri kapatan ülkeler oldu (Mladovsky P ve diğ 2012).

Hiyerarşinin altında yer alan sınıfların sağlığının daha kötü olduğunu biliyoruz. Bunun nedeni bu durumdakilerin yaşam koşullarının, gelir ve eğitimlerinin kötülüğü ve düşüklüğüdür. Bu toplumsal grupları gözetken müdahaleler eşitsizlikleri de azaltır. AB15 ülkelerinde ölüm hızı düşük eğitimli grupta %36 daha yüksek (2004). Üstelik bu ülke grubunun içinde

eski sosyalist ülkeler yer almıyor. Sağlığını iyiden kötü olarak değerlendirilenlerin oranı düşük eğitimlilerde 1.5 kat daha yüksek (2000'ler ve İsveç, Norveç, Danimarka, İngiltere, İrlanda, Belçika, Fransa, İtalya, İspanya, Portekiz, Macaristan ve Çek Cumhuriyeti için). AB 25 coğrafyasında, hane halkı araştırmaları verilerine göre sağlıktaki eşitsizliklere bağlı yıllık ölüm sayısının 707 bin ve bunlara bağlı olarak yitirilen yaşam yılının 11.3 milyon yıl olduğu tahmin ediliyor. Eşitsizliklerin neden olduğu ekonomik kayıp ise yıllık 113 milyar Euro ve bu ulusal gelir toplamının %1'ine denk geliyor. Bu miktar ücret kayıplarının karşılığı. Hastalık, sağlıksızlık nedeniyle ortaya çıkan üretkenlik kaybı ilave edildiğinde, toplam kayıp 145 milyar Euro'ya ulaşıyor. Eşitsizlikler nedeniyle ortaya çıkan erken ölümlere bağlı ekonomik kayıp bu hesaba dahil edildiğinde toplam kayıp tam 778 milyar Euro'yu buluyor. Ulusal gelirin %6.7'si. Sağlığı kötü olanların sağlıklarının düzeltilmesi genel pratisyen muayenelerini %16, hastaneye yatılan gün sayısını %22 azaltacak. Böylece toplam olarak 85 milyar Euro sağlık hizmeti tasarrufu sağlanmış olacak. Hekim muayenesi ve hastane yatışı toplam sağlık harcamasının yarısını oluşturduğu için, sağlık hizmetleri başlığında toplam tasarruf bunun iki katı olmuş olacak ki bu da toplam sağlık harcamasının %20'sine denk gelir (Mackenbach JP ve diğ 2011).

Avrupa'da çalışan nüfusta sağlıktaki eşitsizliklerin değişimi için 1983-2004 verileri kullanıldı ve AB 25 coğrafyası için şu tablo elde edildi: 2004 yılı için hem erkek hem de kadın çalışanlarda yoksulların sağlığının yüksek gelirliilerden daha kötü olduğu anlaşıyor. Bu araştırma için seçilen sağlık göstergeleri, geçici olarak çalışmama, çalışma gücünde geçici azalma, çalışma gücünde devam eden azalma, çalışma gücünde kalıcı azalma, toplam sağlık sınırlaması indeksiydi. Erkeklerde eşitsizlik durumu Doğu Avrupa ülkelerinde en yüksek. Ancak Almanya, İrlanda, İzlanda gibi Batı Avrupa ülkelerinde de yüksek. Kadınlarda durum farklı. Lüksemburg'da eşitsizlik çok az. Avusturya'da çok yüksek bir eşitsizlik var. Toplam sağlıktaki sınırlanma indeksine göre eşitsizlikler dönem boyunca izlendiğinde Finlandiya, Hollanda, Portekiz, Letonya, Polonya ve İspanya'da arttı. Buna karşılık Litvanya, Fransa, İrlanda, Lüksemburg, İtalya, Slovenya ve İsveç'te azaldı. Sonuçta eşitsizliklerin en yüksek oldu-

ğu ülkeler Doğu ve Güney Avrupa ülkeleri, İspanya hariç olmak üzere. Ortalama olarak eşitsizliklerin en düşük olduğu ülkeler ise Avusturya, Belçika ve Hollanda gibi merkez bölgesi (Mazzuco S, Suhrcke M 2011).

Sağlık reformlarının çalışanlar üzerinde olumsuz etkileri oldu. Bulgaristan'da reform süreci 1990'larda başladı. 1991-2003 arasında yürütülen ve 1000 hizmet çalışanını kapsayan bir araştırmaya göre en çok tükenmişlik durumu sağlık çalışanlarındaydı. Sağlık çalışanlarının %33'ü çalışmalarının takdir edilmediğini, %47'si düşüncelerinin dikkate alınmadığını, %38'i kendilerine adaletsiz davranıldığını düşünüyordu. Sağlık çalışanlarına göre hastanelerde geleneksel hiyerarşik yapı yoğunlaşmıştı. Hastaların sağlık sistemi içindeki konumlarının güçlendirilmesi bunun nedenlerinden birisiydi. Sağlık çalışanları yeni yapı içinde konum yitirmişti. Hekimler reform sürecinin tepeden ve kapalı biçimde yürütüldüğü kanısındaydı (Todorova ILG ve diğ 2012).

İsveç'te maliyet sınırlamaya yönelik politikalara bağlı olarak hekim ve hemşire dışındaki sağlık çalışanı sayısı önemli derecede azaldı (%45). Hastanede yatış süresi 11 günden 6.3'e indi. Artık belediyeler yaşlı hastaların hastanelerden erken taburcu edildiğinden ve sonrasında bu hastaların bakımının kendi üzerlerine yıkıldığından yakınıyorlar. Benzer şikayetler birinci basamaktan da geliyor. Hem belediyeler hem de birinci basamak kurumları artan iş yükü altındalar ve bunun için yeterli kaynaktan yoksunlar. Evde bakıma alınan yaşlı hastaların hekime ulaşmasında büyük sıkıntı var. Sağlıktaki eşitsizlik devam ediyor. Zengin gruplar uzman hekim, alt gelir grupları ise birinci basamağı daha çok kullanıyor. Düşük gelirli hastanede daha uzun süre yatıyor ve bu durum onların sağlık durumlarının kötülüğüne bağlıyor. Katkı payının yüksek olduğu dış sağlığı hizmetlerinde gruplar arasındaki eşitsizlik iyice belirgin (Anell A 2005).

Finlandiya'da yüksek gelirli daha çok ameliyat oluyor ve daha çok özel hekime başvurabiliyor. Kamudaki çalışma koşullarının kötüleşmesi hekimlerin özel sektöre kaçışına neden oluyor. Özel sektörde saat başına ödeme yapılıyor ve bu hekimlere daha cazip geliyor (KKinen UH 2005).

Finlandiya'da 1980-2007 arasında yaşam umuduna ilişkin gelir eşitsizliği arttı. 35 yaşında beklenen yaşam umudu açısından erkeklerde 5.1,

kadınlarda 2.9 yıl olan fark, dönemin sonunda 12.5 ve 6.8 yıla uzadı. Eşitsizliğin en önemli nedenleri alkolle ilişkili hastalıklar, bazı kanserler ve iskemik kalp hastalıklarıdır. Batı ülkelerinde sağlık politikaları nedeniyle ortaya çıkan ölümlerin toplamdaki oranı %20. Finlandiya'da 1996-97 ile 2006-2007 arasındaki dönemde yaşam umudunu gelir gruplarına göre değerlendiren bir araştırmaya göre ise: 35 yaş üzerindeki yaşam umudu en yüksek gelir grubunda en düşük gelir grubuna göre erkeklerde 11.6, kadınlarda 4.2 yıl daha uzun. Önceki dönemde erkeklerde 8.2, kadınlarda 2.5 yıl idi. Sağlık politikaları nedeniyle alkole bağlı hastalıklar ve akciğer kanseri için ortaya çıkan ölümler toplamın %35'ini oluşturuyor. İncelenen dönem boyunca en düşük gelirli %10'luk dilimin 35 yaşındaki yaşam beklentisi 0.6 yıl azalırken, en yüksek gelirli diliminki 2.8 yıl uzadı. Düşük gelirli grupta bunun en önemli nedeni 1.2 yıl kayba neden olan alkolle ilişkili hastalıklar. Bu hastalık grubunun neden olduğu yaşam umudu kaybı düşük gelirli grupta arttı, yüksek gelirli grupta ise azaldı. Kadınlarda da 35 yaştaki yaşam umudu yüksek gelirli grupta 2.4 yıl, düşük gelirli grupta ise sadece 0.7 yıl uzadı. Alkolle ilişkili hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan yaşam umudu kaybı düşük gelirli kadınlarda da 0.7 yıl yükseldi. Gelir grupları arasındaki alkol kullanımı farklılığı yaşam tarzına bağlıdır. Ancak alt gelir grubundaki başka faktörleri de yaşam umudundaki olumsuz durumun belirleyicisi olarak dikkate almak gerekir. Örneğin bu grup işsizlikten en çok etkilenen gruptur. Ayrıca zaman içinde bütün gelir gruplarının geliri yükselirken, en düşük ve yüksek gelirli grupların gelirleri arasındaki fark büyüdü. Birinci basamak hizmetlerine bağlı olarak ortaya çıkan ölümler düşük gelirli grupta artarken, yüksek gelirli grupta azaldı. Böylece sağlık hizmetine bağlı ölümlerdeki eşitsizlik büyümüş oldu. Bu araştırmada sağlık politikalarına bağlı olarak ortaya çıkan ölümler alkolle ilişkili hastalıklar, akciğer kanseri ve iskemik kalp hastalığı olarak belirlendi. Bunlardan sonucusunun doğrudan sağlık hizmeti ile ilişkili olarak da ortaya çıkabileceği düşünüldü. Sağlık hizmetindeki aksaklık nedeniyle ortaya çıkan ölümler ise ayrıca gruplandı. Aşağıdaki tablo sağlık politikalarına ve sağlık hizmetlerine bağlı olarak gelir grupları arasında yaşam beklentisi açısından ortaya çıkan farklılıkları cinslere göre gösteriyor (Manderbacka K ve diğ 2013).

Tablo: Finlandiya'da en yüksek ve düşük gelirli %10'luk nüfus dilimlerinin 35 yaşındaki yaşam umudu arasındaki farklılık (yıl olarak)

		Yaşam umudundaki toplam fark	Sağlık politikalarına ve bakım müdahalelerine bağlanabilir yaşam umudu farkı									
			Toplam	Sağlık politikalarına bağlı yaşam umudu farkı			Sağlık bakım müdahalelerine bağlı yaşam umudu farkı			Diğer nedenler		
				Toplam	Alkol	AC kanseri	Toplam	Birinci basamak	Uzman bakım			
Erkek		Yıl	11.56	7.29	4.00	3.40	0.60	1.04	0.72	0.32	2.25	4.26
		%	100.00	63.13	34.68	29.45	5.23	9.01	6.21	2.80	19.44	36.87
Kadın		Yıl	4.18	2.83	1.22	1.05	0.17	0.71	0.62	0.08	0.90	1.34
		%	100.00	67.88	29.33	25.15	4.18	16.94	14.93	2.01	21.61	32.10

İspanya'da 50 yaş üzerindeki yaşlı nüfusta düşük gelirli olanlar, yüksek gelirli olanlara göre daha yüksek oranda genel pratisyen kullanıyor. Bu eşitsizliğin bir nedeni yoksul yaşlıların daha çok kronik hastalığa sahip olmaları, yani sağlık hizmetine olan gereksinimlerinin fazlalığı. Ancak buna rağmen farkın %48.1'i gereksinim dışındaki ekonomik faktörlerle ilişkili. Bunların içinde de en önemlisi emeklilik durumu. Ayrıca yoksulların daha çok evde bakılıyor olmaları da bir diğer önemli etken. Eğitimsiz yaşlılar da genel pratisyeni daha çok kullanıyor. Eğitimsizliğin genel pratisyen kullanımına katkısı %16.2 oranında (Cebada EC, Garri-do RMU 2012).

İspanya'da kamu sağlık hizmetlerinde bekleme süreleri uzun olduğu için (ayaktan bakım için 20-23 gün arasında) özel sigortacılık yaygın. Nüfusun %10'u bekleme listesine girmemek için özel sağlık sigortası yaptırmış durumda. Böylece uzman hekim muayenelerinin %30'u özel uzmanlarda gerçekleşiyor. Bu durumun sosyal sınıflar arasında hizmet kullanımı eşitsizliği yaratması beklenir. İspanya'da 1993-2006 arasında yapılan beş ulusal araştırmanın sonuçlarına

göre kadınlar ve el işçileri genel pratisyenleri daha çok kullanıyor. El işçisi olmayan kadınlar jinekoloğa daha çok muayene oluyorlar. Yine aynı sınıftaki hem kadınlar hem de erkekler diş hekimine daha çok muayene oluyorlar. Jinekoloğa muayene olmadaki sınıfsal eşitsizlik zaman içinde azalırken, diş hekimi muayenesindeki eşitsizlik aynı düzeyde devam ediyor. El işçileri daha çok acil hizmetleri kullanıyor. Ancak bu durum bu sınıfın acil hizmetlere daha çok gereksinimi olmasından kaynaklanıyor. Üstelik acil başvurularına neden olan sağlık sorunlarının önemli kısmının birinci basamakta çözülebileceği belirtiliyor. El işçileri hastaneye de daha çok yatıyor. Ancak bu durum da hizmet gereksinimleriyle ilişkili olarak ortaya çıkıyor. Sonuçta el işçileri acilleri ve kamu ayaktan bakım hizmetlerini, el işçisi olmayanlar ise ayaktan uzman hekim muayenesini daha çok kullanıyor. El işçisi olmayanların özel sigortalara üyeliğinin yüksek olması bu sonuçta belirleyici olabilir. Ulusal sağlık sisteminin kapsamadığı diş sağlığı hizmetleri eşitsizliklerin en çok görüldüğü alanlardır (Palencia L ve diğ 2013).

2008 ekonomik krizi sırasında, 2008 ve 2009'da İtalya ulusal geliri %1.2 ve 5.1 oranlarında düştü. 2011 yılındaki artış ise %0.7 düzeyinde kaldı. Aynı dönemde kamu borçlarının ulusal gelire oranı %100'ün üzerindeydi. Sonuçta kamu sağlık harcamaları azaltıldı. Böylece 1995 sonrasında dördüncü kez kamu sağlık harcamalarının artışı ulusal gelirdeki artışın gerisinde kaldı. Kriz döneminde hastanelerdeki aşırı kapasitenin azaltılması ve verimliliğin artırılması için de yasal müdahalede bulunuldu. Hastanelere bin kişiye düşen yatak sayısını 4.5'tan 4.0'e indirme zorunluluğu getirildi. Ayrıca hastane yatış hızının ve ortalama yatış süresinin azaltılması için de yasal düzenlemeler mevcut. 2011'den beri kamu ya da özelden çalışan uzman hekim muayeneleri için 10 Euro ve 14 yaş üzerinde hastane acil servislerine gereksiz başvuranlar için 25 Euro katkı payı getirildi. Bu önlemlerin ekonomik krizin gerektirdiğinden daha sert olduğunu düşünenler var. Oysa merkezi istatistik kurumunun raporuna göre İtalyanlar'ın %18.2'si yoksulluk riski altında yaşıyorlar. Bu oran Fransa ve Almanya'dan yüksek. Eşitsizlik göstergesi olan Gini katsayısı 0.31 ve Avrupa ortalamasının (0.30) üzerinde. 2011'de nüfusun %21'i sağlıkla ilgili harcamalarını azaltmıştı. %33'ü İtalyan sağlık sisteminin herkes için eşit

ulaşılabilir nitelikte olmadığını düşünüyordu. Ekonomik nedenlerle sağlık hizmeti kullanmayan ya da kullanmayı geciktirenlerin oranı 2010'da %1 iken 2011'de %19'a yükselmişti. Aynı oranın Fransa'da %36 olduğu düşünülürse Avrupa halklarının durumu daha iyi anlaşılabilir. Hekimlerle yapılan görüşmeler mental hastalıkların arttığını, diş sağlığı hizmetlerine ulaşımın azaldığını, yoksullukla ilişkili hastalıkların arttığını gösteriyor. Katkı payları özellikle düşük ve orta gelirliilerin gelirlerinde yüksek pay tutuyor. 2012 yılında katkı paylarının kişi başına 140 Euro daha artacağı tahmin ediliyor.

Değişik araştırmalar maliyet paylaşımının hem gerekli hem de gereksiz hizmet kullanımını azalttığını, eşitsizlikleri artırdığını bulguluyor. Maliyet paylaşımının sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisini anlamak bakımından İsviçre ile Almanya'yı ayaktan bakım hizmetleri için karşılaştırmak akılcı olabilir. Bunun nedeni, İsviçre'de tamamlayıcı öze sigortanın ve maliyet paylaşımının çok daha yaygın olmasıdır. Nitekim İsviçreliiler Almanlara göre 1.72 kat daha az oranda hekim kullanıyorlar. Bu durum hem erkek hem de kadın nüfus için geçerli. Ancak kadınlarda maliyet paylaşımının etkisi daha kuvvetli. Ek olarak eğitimi daha düşük olanlarda da etki daha belirgin. Maliyet paylaşımı durumunda eğitimsizler eğitimlilere göre 1.95, düşük gelirliiler yüksek gelirliilere göre 2.14 ve çalışmayanlar diğerlerine göre 2.53 kat daha az hizmet kullanıyor. Maliyet paylaşımının hizmet kullanımını azaltıcı etkisi sağlığını kötü olarak algılayanlarda (4.61 kat daha az hizmet kullanımı) daha güçlü. İsviçre'de Almanya'ya göre en az sayıda ayaktan bakım hizmeti kullanan gruplar sağlığını kötü algılayan düşük sosyoekonomik statülü gruplar. Düşük eğitilmiş, kötü sağlıklı İsviçreliiler aynı durumdaki Almanlara göre 5.66, düşük gelirli kötü sağlıklı İsviçreliiler (ki maliyeti paylaşıyorlar) aynı durumdaki Almanlara (ki maliyet paylaşımına katılmıyorlar) göre 6.13 kat daha az hizmet kullanıyor. Bu veriler durumun ne kadar vahim olduğu hakkında açıkça fikir veriyor ve maliyet paylaşımının gerekli sağlık hizmeti kullanımını belirgin derecede engellediğini gösteriyor (Huber CA ve diğ 2012).

İsviçre 1996 yılında uygulamaya koyduğu yeni sağlık sigortası yasasıyla sağlık reformlarını başlatmıştı. Reformları zorunlu kılan faktörler

olarak sağlık harcamalarındaki artış ve ekonomik daralma belirlenmişti. Bu ikisi arasında uzlaşmaz bir çelişki bulunuyordu. Yeni sigorta yasası harcamalar üzerinde sıkı denetim ve sigorta şirketleri arasında rekabet hedefliyordu. Yeni sistemin çalışma ortamını kötüleştirdiği, hemşirelerin iş yükünü ve çalışma stresini artırdığı, piyasacı yönelimle iş otonomisi arasında gerilimlere yol açtığı saptandı (Spitzer A ve diğ 2002).

Almanya'da ayaktan muayene için mevcut katkı payı 2013 yılında kaldırıldı. Ancak hastane bakımındaki katkı payları artarak sürüyor. Alt gelir grupları daha çok genel pratisyen, daha az uzman hekim kullanıyor. 1994-2007 arasında sürdürülen ulusal bir araştırmanın sonuçlarına göre en düşük gelirli erkekler yüksek gelirlilerden 1.28 ve kadınlar da 1.08 kat daha fazla ayaktan bakım hizmetine başvuruyor. Ayrıca en düşük gelir grubundakilerin hastane yatışı erkeklerde 2.22, kadınlarda 1.33 kat daha yüksek. Düşük gelirli olanların ayaktan bakım hizmetlerini daha çok kullanmaları ve daha çok hastaneye yatmaları sağlıklarının kötülüğüyle ilişkili. Benzer eşitsizlikler çocuk ve gençler için de mevcut. Almanya'da sağlık düzeyindeki ve sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizliklerin yıllık maliyetinin 19-25 milyar Euro olduğu tahmin ediliyor. Başka bütün değişkenlerin sabitlendiği bir ortamda kişi başı yıllık gelirdeki 5000 Euroluk bir artışın, yıllık sağlık harcamasını 175 Euro azaltacağı tahmin ediliyor. (Kroll LE, Lampert T 2013).

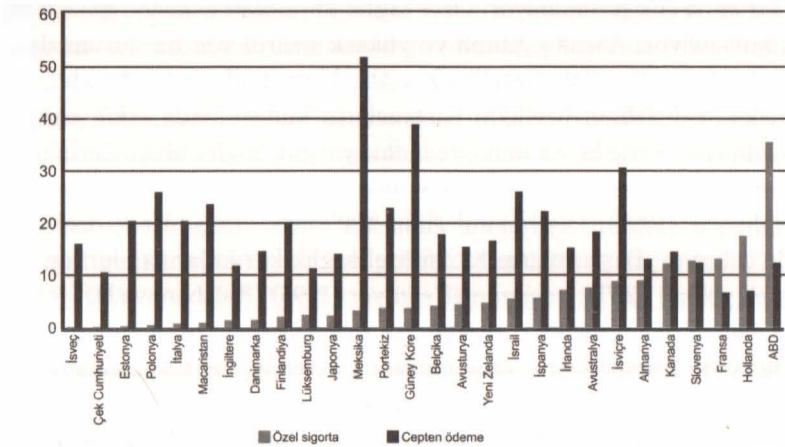
Yunanistan'da eşitsizlik açısından durum şöyle: Thessaly'de yapılan bir araştırmaya göre yaşlıların, eğitimsizlerin, yoksulların fiziksel ve mental sağlığı daha kötü. Kırsal nüfus sigortaya kayıtlı hekimleri, kentsel nüfus ise hastane acillerini daha çok kullanıyor ve kentliler daha çok hastaneye yatıyor. Yüksek eğitimliler özel hekimleri tercih ediyor. Kentlerde yüksek gelirli olanlar hastaneye iki kat daha sık yatıyor. Kentli yüksek eğitimliler acil servisleri daha sık kullanıyor. Kırsal kesimde ise yüksek eğitimliler sigorta sistemine kayıtlı hekimleri beş kat daha sık kullanıyor. Kırsal yüksek gelirli olanlar özel hekimlere gidiyor. Bu sonuçlar hizmet kullanmada fark yaratabilecek sosyoekonomik değişkenlerin etkisinin kontrol edildiği analizlere ilişkindir (Lahana E ve diğ 2011).

Bulgaristan'da sosyalizmin yıkılması bütün sistemde dağılmaya neden oldu. Sağlık bakanlığı bütçesi 1997 yılında 1990'ın ancak yarısı kadardı.

Sosyalizm sonrası hükümetler çözüm olarak katkı paylarına abandılar. Bir yandan da informal ödemeler devreye girdi. Bu ortamda sağlıktaki eşitsizlikler belirginleşti. En yoksul %25'lik nüfus dilimi en zengine göre 1.6 kat daha çok hastalanıyor. Özel sağlık kurumları eskisine göre daha çok kullanılıyor. Ancak eğitilmiş ve yüksek gelirlielerde bu durum daha belirgin. Yoksullar daha niteliksiz sağlık hizmetinden yararlanabiliyor. Gelirdeki eşitsizliğin özellikle hastanelerin kullanımında etkili olduğu düşünülüyor. Evde kendi kendine tedavi yaygın. Sağlık hizmetlerinin niteliksizliği buna neden oluyor. Kamudaki hekimlerin %30'u özel sektörde de çalışıyor (1997). Dış hekimlerinin %80'i tam süreli olarak özel sektörde çalışıyor. Başvuruların %22'si özel sağlık kurumlarına olurken, bu oran en yoksul %25'lik kesimde %5'e iniyor (1995) (Balabanova D, McKee M 2002).

Sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılmasında evrensel bir kamu finansman sisteminin ve kapsayıcı bir kamu sağlık sisteminin etkisi olacağı kabul ediliyor. Nitekim Tayland ve Kanada'da bu yöndeki gelişmeler bu tür sonuçlar yarattı. Ancak sağlıktaki eşitsizlikler için bu önlemlerin yeterli olmayacağı İngiltere deneyiminden biliniyor. Çünkü İngiltere'de 1930-1980 arasında mortalitedeki sınıfsal farklılıklar arttı. Oysa bu dönemde İngiltere'de kamucu bir sağlık sistemi vardı. Bugün ise kamu sağlık sistemindeki kimi tıkanıklıkları aşmak için özel sigorta yaptıran bireyler hem sağlık hizmetine daha kolay ulaşıyor hem de sağlıkları daha iyi oluyor. Bu somut veri zaten eşitsizlik anlamına geliyor (Vallee AQ ve diğ 2012).

Grafik: OECD ülkelerinde ulusal gelir içinde özel sigortacılığın ve cepten ödemelerin payı, 2005 %



Kaynak: Vallee AQ 2012

Avrupa ülkelerinde yüksek gelirliilerin meme ve kalın bağırsak tarama hizmetlerini daha çok kullandığına ilişkin araştırmalar var. 13 Avrupa ülkesinin (Avusturya, Belçika, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Fransa, Almanya, Yunanistan, İtalya, Hollanda, Polonya, İspanya, İsviçre ve İsveç) 2009 yılındaki ortak verilerini içeren bir araştırmanın sonuçlarına göre (Carrieri V, Wuebker A 2013): Yüksek gelirliiler, bütün ülkelerde, mamografi taramasını daha çok yaptırıyor. Bu eşitsizlik durumu, vatandaşların sağlık durumlarına göre gereksinim duydukları hizmet dikkate alınarak gerekli düzeltme yapıldıktan sonra da (Fransa, Yunanistan, İsviçre ve Danimarka dışında) kalıcı. Düzeltme sonrasında eşitsizliğin özellikle belirgin olduğu ülkeler İtalya, Polonya, Avusturya, Çek Cumhuriyeti, İsveç, Belçika, Almanya ve İspanya. İtalya, Polonya, İspanya, Fransa, İsviçre ve Avusturya’da kan basıncını ölçtürme de zenginler arasında daha fazla. Hizmete olan gereksinim dikkate alınarak yapılan düzeltme sonrasında da bu tablo geçerli. Gelir meme kanseri taramasındaki eşitsizlik bakımın-

dan Hollanda'da %15, Avusturya'da %77 oranında belirleyici. Bir başka belirleyici faktör eğitim. Eğitimin mamografi kullanımındaki eşitsizliği belirleme oranı Yunanistan'da %50, İspanya'da %12 ve Almanya'da %14.

Diğer Avrupa ülkeleri örnekleri de son dönemlerde sosyal politikaların eşitsizlikleri azaltmak bakımından yetersiz kaldığını gösteriyor. Araştırmalar eşitsizliklerin son 30-40 yıldır genişlediğini bulguluyor. Bu artış 1990'larda ortaya çıkan refah politikalarındaki değişimin öncesinde başladı. Yani refah politikalarının uygulandığı dönemlerde başlayan bir olumsuzluk. Bu bir paradokstur. Bugün görece kapsayıcı ve evrensel nitelikli refah sistemlerine sahip Avrupa ülkelerinde de morbidite ve mortaliteye ilişkin eşitsizlikler artıyor. İskandinav ülkeleri bu bakımdan iyi bir örnek. Bu eğilim ilk kez 1980'lerdeki araştırmalarda saptandı ve sonrasında, 1990'lar ve 2000'lerde yapılan araştırmalarla da teyid edildi. Bu gelişmeyi açıklamaya çalışan kimi teoriler var. Bunlardan birisi matematiksel artefakt teorisi. Buna göre Avrupa ülkelerinde ölüm ve hastalık hızlarının düşmesi, sosyoekonomik gruplar arasındaki görece eşitsizliklerin eskisine göre daha büyük olarak saptanmasına yol açıyor. Ancak bu durum sağlıktaki gelişmenin görece eşitsizliğin nedeni olduğunu göstermez. Üstelik bazı ülkelerde sağlık düzeyindeki gelişmeye rağmen mutlak eşitsizlik de artıyor. Bir diğer teori temel nedenler teorisi. Buna göre sağlığı ve eşitsizlikleri belirleyen esas faktör bireyin sosyal konumudur. Birey bu konumda sağlığını etkileyen kimi faktörlerin sahibi olabilir ya da olmayabilir. Bu bir açıklama olabilir, ancak refah politikalarına rağmen neden halen eşitsizliklerin arttığını özel olarak açıklayamaz. Bir diğer tez yaşam boyu perspektifi olarak isimlendirilenidir. Burada erişkinlikteki sağlığın genetik olarak belirlendiği ve ayrıca çocuklukta içinde yaşanılan sosyoekonomik ortam tarafından şekillendirildiği düşünülür. Bu da bir açıklamadır. Ancak, aynı sosyal refah döneminde doğan bugünkü erişkinler arasındaki eşitsizlikleri açıklamakta yetersiz kalır. Oysa refah politikalarının uygulandığı dönemlerde bile Avrupa ülkelerinde toplumsal sınıflar arasındaki kaynak dağılımı dengesizliği artarak devam etti. Refah devletinin bu sorunu çözmek için devrimci bir müdahalesi olmadı. Bu nedenle refah devletinin yeniden dağıtımcı politikalarının bu sınıfsal çelişkileri ve bağlantılı olarak gelişen sağlık eşitsizliklerini çöz-

mesi zaten beklenemez. Öte yandan refah politikaları döneminde gelişen eşitsizlikler sosyal tabakaların kültürel davranış farklılıklarıyla da ilişkili olarak gelişiyor olabilir. Bugün Avrupa’da maddi kaynakların sosyal sınıflar, tabakalar arasında eşit dağılımına ve kültürel faktörlere müdahale etmeye yönelik politikaların olduğu söylenemez (Mackenbach JP 2012).

Eşitsizliklerle ilişkili bu tablonun Avrupa coğrafyasında ortaya çıktığını özellikle aklımızda tutalım. Çünkü burası, dünyanın en yüksek gelirli ülkelerinden oluşuyor. O nedenle, “Burada eşitsizlik tablosu böyleyse, sağlık eşitsizlikleri bu coğrafyada reform sürecinde bu şekilde ortaya çıkmıyorsa, emperyalizmin çevresindeki ülkelerde durum kim bilir nasıldır ?” diye de düşünmeliyiz.

Avrupa’da durumun böyle olmasının, bütün yapılanlara rağmen eşitsizliklerin artmasının nedeni kapitalizmin kendisidir. Kapitalizm emek sömürüsüne dayanıyor. Uzlaşmaz sınıfsal çelişkiler bu ilişkide yaşıyor. 1970’lerde başlayan durgunluk (ki içinde pek çok kriz var) ve son olarak 2008’den beri etkileri ve hatta kendisi devam eden son kriz, burjuvazinin ezilen sınıfların sağlık, eğitim, sosyal güvenlik haklarını hiç tanımamak yönündeki sınıfsal tercihini yarattı. Devletin, kamunun küçültülmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanında özel seçeneklerin gündeme getirilmesi, sağlık ortamının işletmeleştirilmesi, hastanelerin ticarethaneye dönüştürülmesi hep bundandı. Durgunluk ve kriz dinamikleri, işsizliği, yoksulluğu artırarak, gelir dağılımını daha da bozarak zaten halk sağlığını olumsuz etkileyecek bir yapıya sahiptiler. Sağlık reformlarıyla, bu nesnelliğin üzerine halk sağlığını daha da olumsuz etkileyecek özelleştirmeci politikalarını eklemiş oldular. Yaşadıklarımız tamamen bunların, sınıfsal politikaların sonucudur.

Burjuvazi, patronlar, sağlık şirketleri arsızdır. Yalnızca kârlarını düşündürler.

Burjuva sağlık iktisatçıları ve yöneticileri de halk sağlığı gereksinimlerine, halkın sağlık düzeyini yükseltmeye değil de, sağlık harcamalarına, bu harcamaların ekonomi üzerinde ne denli büyük bir “yük” oluşturduğuna odaklanan yaklaşımlarıyla tam bir yetersizlik ve taraflılık içindeler. Onlar işletme ölçekli mikro verimlilik analizlerine takılmış durumdadır. Oysa sağlık sistemi için kaynak sıkıntısı yaratan makro bir yapı var: Ka-

pitalizm. Kapitalizmin burjuvaları durgunluk ve kriz dönemlerinde sosyal hakları bir yük olarak görürler ve ancak genişleme dönemlerinde emekçi sınıflara sadakalarını atarlar. Kapitalizmde gelir dağılımı bozuk, yoksulluk kuraldır. Gelir dağılımının bozukluğu sosyal sektörlerin kaynak sıkıntısı yaşamasının tek nedenidir. Bu da verimlilik sorunlarına yol açar. Yeterli kaynağı bulamayan kamu sağlık sistemi verimli hizmet üretemez. Toplumsal kaynağın sosyal alanlara değil de borç ve faiz ödemeye, silahlanmaya, rant alanlarına aktarılması, sınıfsal boyutta ise burjuvazinin elinde toplanması verimsizliğin kendisidir.

Burjuva iktisadının akli ters işliyor. Bu akıl halkın sağlık hak ve gereksinimlerini görmüyor, görmek istemiyor. Kamuyu güçlendireceğine, küçültüp, işletmeleştiriyor. Ateşe benzin döküyor. Sağlık sistemi içindeki bütün ilişkileri parasallaştırıyor. Paranın hakimiyeti her şeyin daha da parasallaşmasına yol açıyor. Kurumlar, hekimler, sağlık çalışanları paranın yol göstericiliğinde, para için, maliyet azaltmak ve kâr artırmak amacıyla hareket ediyorlar. Halk sağlığına ters olan bu aklın burjuvazinin sınıfsal çıkarlarıyla uyumlu olduğu açık.

Adına ne derlerse desinler (ister sağlık reformu ister başka bir şey) yaptıkları, halkın hiçbir sağlık sorununu çözemeyecek, sağlık sisteminin verimliliğini artıramayacak. Parasal manipulasyonlarla ne çalışanların ve kurumların performansını yükseltebilecekler ne de halkın sağlık gereksinimlerini karşılayabilecekler.

Kamu sağlık kaynaklarını azaltmaları eşitsizlikleri artıracak. Kurumları ve hekimleri performansla güdülemeye çalışmaları sistemi etik değerlerden koparacak. Tam tersine bütün aktörleri daha tembelleştirecek. Aktörler, birbirlerini yalnızca rakip olarak belleyecekler, ucunda para gördükleri hedeflere yönelecekler ve para kazandıkları sürece çalışacaklar. Bu dinamikler sistemin verimliliğini daha da azaltacak. Hastaneler için geliştirdikleri DRG tipi ödeme sistemi hastane yönetimlerini sahte kodlamalara, bildirimlere yönlendirecek. Sistemin somut enformasyon anlamında bile güvenilirliği kalmayacak. Sistemin bir yerini “düzeltmeye” kalktıklarında kalan bölmeleri bozulacak. Ayar tutturamayacaklar, dolanacaklar.

Bu, kapitalist sağlık sisteminin çözümsüzlüğüdür.

Yapabildikleri tek şey sağlık şirketlerine, özel hastanelere para aktarmak olacak.

İnanmayanlar sistemin son 20-30 yıllık hikâyesine baksınlar. O hikayede yalnızca bu sıradan gerçekler var.

KAYNAKLAR

- Allen P ve diğ (2011) New forms of providers in the English National Health Service, *Annals of Public and Cooperative Economics*, 82 (1): 77-94.
- Anell A (2005) Swedish health care under pressure, *Health Economics*, 14: 237-254.
- Antoun J ve diğ (2011) Post-Soviet transition: Improving health services delivery and management, *Mount Sinai Journal of Medicine*, 78: 436-448.
- Aris B (2004) Slovenia health systemn oft-performs EU neighbours, *The Lancet*, 363 (26): 2142-2146.
- Aris B (2005) Germany's reforms have yet to deliver insurance, *Lancet*, 365(30): 1529-1530.
- Asgeirsdottir TL, Ragnarsdottir DO (2013) Determinants of relative and absolute concentration indices: Evidence from 26 European countries, *International Jour for Equity in Health*, 12 (53).
- Babitsch B, Dennert G (2006) Access to health care: Contributions the gender perspective, *Euro Observer*, 8(2): 4-6.
- Baji P ve diğ (2011) User fees for public health care services in Hungary: Expectations, experience, and acceptability from the perspectives of different stakeholders, *Health Policy*, 102: 255-262.
- Baji P ve diğ (2012) Changes in equity in out-of-pocket payments during the period of health care reformsB Evidence from Hungary, *International Journal of Equity in Health*, 11: 2-11.
- Balabanova D, McKee M (2002) Access to health care in a system transition: The case of Bulgaria, *International Journal of Health Planning and Management*, 17: 377-395.
- Balcius J, Novotny TE (2011) New approaches to global health governance: The evolution to public-private partnerships, *Journal df Commercial Biotechnology*, 17: 233-240.
- Biro A (2013) Copayments, gatekeeping, and the utilization of outpatient public and private care at age 50 and above in Europe, *Health Policy*,

111: 24-33.

- Bodenheimer T (1993) Health care reform in the 1990s and beyond, *Socialist Review*.

Braithwaite J ve diğ (2011) Can questions of the privatization and corporatization, and the autonomy and accountability of public hospitals, ever be resolved? *Health Care Annals*, 19: 133-153.

- Buchan J, O'May F (2002) The changing hospital workforce in Europe, (içinde: *Hospitals in a Changing World*, ed. McKee M, Healy J), s: 26-239, USA.

Buwa D, Vuori H (2007) Rebuilding a health care system: War, reconstruction and health care reforms in Kosovo, *European Journal of Public Health*, 17(2): 226-230.

- Cappellaro G, Longo F (2011) Institutional public private partnership for core health services: Evidence from Italy, *Health Services Research*, 11.

- Carrieri V, Wuebker A (2013) Assessing inequalities in preventive care use in Europe, *Health Policy*, 113: 247-257.

Cavalieri M (2013) Reimbursement systems and quality of hospital care: An empirical analysis for Italy, *Health Policy*, 111: 273-289.

- Cebada EC, Garrido RMU (2012) Equity and equality in the use of GP services for elderly people: The Spanish case, *Health Policy*, 104: 193-199.

- Chelstowska A (2011) Stigmatisation and commercialisation of abortion services in Poland: Turning sin into gold, *Reproductive Health Matters*, 19: 98-106.

- Cherecheş RM ve diğ (2013) Defining informal payments in health care: A systematic review, *Health Policy*, 110: 105-114.

- Christiansen T (2013) Ten years of structural reforms in Danish healthcare, *Health Policy*, 106: 114-119.

- Clancy CM, Himmelstein DU, Woolhandler S (1993) Questions and answers about managed competition, *International Journal of Health Services*, 23(2): 213-218.

- Constantinescu D (2012) Public-private partnership role in increasing the quality of the health insurance services, *Theoretical and Applied Eco-*

nomics, XIX (10): 31-54.

- Christopher D (2001) Reforms and performance of the medical systems in the transition states of the former Soviet Union and Eastern Europe, *International Social Security Review*, 54(2-3).

- Cylus J, Irwin R (2010) The challenges of hospital payment systems, *Euroobserver*, 12(3): 1-4.

- Czachowska S, Pawlikowska T (2011) These reforms killed me: Doctors' perceptions of family medicine during transition from communism to capitalism, *Family Practice*, 28: 437-443.

- Deets S (2006) Public policy in the passive-aggressive state: Health care reform in Bosnia-Herzegovina 1995-2001, *Europe-Asia Studies*, 58(1): 57-80.

- Dillinger W (1994) Decentralization and its implications for urban service delivery, *The World Bank*, Washington.

- Docteur E ve diğ (2003) The US health system: An assessment and prospective directions for reform, *Economic Department Working Paper No 350*, OECD, Paris.

- Doetter L, Götzl R (2011) Health care policy for better or for worse? Examining NHS reforms during times of economic crisis versus relative stability, *Social Policy and Administration*, 45(4): 488-505.

- Dolay L, Pennell I (1979) *The Political Economy of Health*, London.

- Duran A (2011) Health system decentralization in Spain: A complex balance, *Euroobserver*, 13(1): 7-9.

- Duran A ve diğ (2011) The evolving role of hospitals and recent concepts of public sector governance, (içinde: *Governing Public Hospitals: Reform Strategies and the movement towards Institutional Autonomy*, editörler: Saltman RB ve diğ), 15-33, WHO, Denmark.

- Duran A ve diğ (2011a) A framework for assessing hospital governance, (içinde: *Governing Public Hospitals: Reform Strategies and the movement towards Institutional Autonomy*, editörler: Saltman RB ve diğ), 35-53, WHO, Denmark.

- Edwards N (2011) England, (içinde: *Governing Public Hospitals: Reform Strategies and the movement towards Institutional Autonomy*, editörler: Saltman RB ve diğ), s: 113-140, WHO, Denmark.

- Eijkenaar F ve diğ (2013) Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews, *Health Policy*, 110: 115-130.

- Esmail N (2004) New health reform in Slovakia reminds Canada of a lesson it has yet to learn, *Health Care*, February: 27-29.

- Fleetcroft R (2012) Incentive payments are not related to expected health gain in the pay for performance scheme for UK primary care: Cross-sectional analysis, *Health Services Research*, 12(94).

- Fotaki M (2007) Patient choice in health care in England and Sweden: From quasi market and back to market ? A comparative analysis of failure in unlearning, *Public Administration*, 85(4): 1059-1075.

- Fredriksson M (2013) Is patient choice democratizing Swedish primary care ? *Health Policy*, 95-98.

- Fuenzalida-Puelma HL ve diğ (2010) Purchasing of health care services, (içinde: *Implementing Health Care Financing Reform: Lessons From Countries in Transition*, editörler: Kutzin J ve diğ), s: 155-186, WHO, Denmark.

- Gaal P ve diğ (2010) Strategies to address informal payments for health care, (içinde *Implementing Health Financing Reform: Lessons From Countries in Transition*, editörler: Kutzin J ve diğ), s: 326-360, WHO, Denmark.

- Garrido MV ve diğ (2011) The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29: 28-38.

- Gelormino E ve diğ (2011) The effects of health care reforms on health inequalities: A review and analysis of the European evidence base, *International Journal of Health Services*, 41(2): 209-230.

- Godsadze G (2010) Coverage decisions: Benefit entitlements and patient cost sharing, (içinde *Implementing Health Financing Reform Lessons From Countries in Transition*, editörler: Kutzin J ve diğ), s: 187-217, WHO, Denmark.

- Groenewegen PP ve diğ (2013) Strengthening weak primary care systems: Steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries, *Health Policy*, 113: 170-179.

- Haazen DS, Hayer A (2010) Financing capital costs and reducing the fixed costs of health systems, (içinde Implementing Health Financing Reform: Lessons From Countries in Transition, editörler: Kutzin J ve diğ), s: 219-246, WHO, Denmark.

- Hacker JS (2004) Dismantling the health care state ? Political institutions, public policies and the comparative politics of health reform, British Journal of Political Science, 34(4): 693-724.

- Hakkinen U (2005) Reform, change, and continuity in Finnish health care, Journal of Health Politics, Policy and Law, 30(1-2): 79-97.

- Ham C, Maynard A (1994) Managing the NHS market, British Medical Journal, 308: 845-847.

- Hart JT (2006) The Political Economy of Health Care, A Clinical Perspective, The Policy Pres.

- Hassenteufel P, Palier B (2007) Towards neo-Bismarckian health care states ? Comparing health insurance reforms in Bismarckian welfare systems, Social Policy and Administration, 41(6): 574-596.

- Heijink R ve diğ (2013) Effects of regulated competition on key outcomes of care: Cataract surgeries in the Netherlands, Health Policy, 113: 142-150.

- Hellowel M, Pollock AM (2010) Do PPPs in social infrastructure enhance the public interest ? Evidence from England's National Health Service, The Australian Journal of Public Administration, 69(S1): S23-S34.

- Healy J, McKee M (2002) The evolution of hospital systems, (içinde: Hospitals in a Changing World, ed. McKee M, Healy J), s: 14-35, USA.

- Huber CA ve diğ (2012) Effects of cost-sharing on seeking outpatient care: A propensity-matched study in Germany and Switzerland, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 18: 781-787.

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

- Jakab M ve diğ (2002) Linking organizational structure to the external environment: Experience from hospital reform in transition economies, (içinde: Hospitals in a Changing World, ed. McKee M, Healy J), s: 177-201, USA.

- Jones L ve diğ (2013) Implementing market-based reforms in the

English NHS: Bureaucratic coping strategies and social embeddedness, *Health Policy*, 111: 52-59.

- KKininen UH (2005) The impact of changes in Finland's health care system, *Health Economics*, 14: 101-118.

- Kornai J (2001) Choice and solidarity: The health sector in eastern Europe and proposals for reform, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 1: 59-84.

- Krobot KJ ve diğ (2004) Disparity in Access to new medication by type of health insurance: Lessons from Germany, *Medical Care*, 42(5): 487-491.

- Kroll LE, Lampert T (2013) Direct costs of inequalities in health care utilization in Germany 1994-2009: A top-down projection, *Health Services Research*, 13: 271-280.

- Krreinsen DS ve diğ (2009) The ABC of DRGs, *Euroobserver*, 11(4): 1-5.

- Kurutilova V, Yaya S (2012) Unexpected impact of changes in out-of-pocket payments for health care of Czech household budgets, *Health Policy*, 107: 276-288.

- Kutzin J (1997) Experience With Organisational and Financing Reform of the Health Sector, WHO.

- Lahana E ve diğ (2011) Do place of residence and ethnicity affect health services utilization ? Evidence from Greece, *International Journal for Equity in Health*, 10 (16).

- Langenbrunner JC, Wiley MM (2002) (içinde: *Hospitals in a Changing World*, ed. McKee M, Healy J), s: 150-176, USA.

- Le Grand J, Propper C, Robinson R (1992) The economics of social problems, The MacMillan Press.

- Lian OS (2008) Global changes, global solutions ? A cross-national comparison of primary health care in Britain, Norway and the Czech Republic, *Health Sociology Review*, 17: 27-40.

- Maarse H, Lodewick L (2011) Netherlands, (içinde: *Governing Public Hospitals: Reform Strategies and the movement towards Institutional Autonomy*, editörler: Saltman RB ve diğ), 179-199, WHO, Denmark.

- Mackenbach JP (2011) Economic costs of health inequalities in the

EU, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65: 412-419.

- Mackenbach JP (2012) The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox, *Social Science and Medicine*, 75: 761-769.

- Magnussen J (2011) Recentralization 10 years later-success or failure in Norway ? *Euroobserver*, 13(1): 10-12.

- Maino F, Neri S (2011) Explaining welfare reforms in Italy between economy and politics: External constraints and endogenous Dynamics, *Social Policy and Administration*, 45(4): 445-464.

- Manderbacka K ve diğ (2013) The contribution of health policy and care to income differences in life expectancy – a register based cohort study, *Public Health*, 13.

- Mazzucco S, Suhrcke M (2011) Health inequalities in Europe: New insights from European labour force surveys, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65: 757-763.

- McKee M, Healy J (2002) Investing in hospitals, (içinde: *Hospitals in a Changing World*, ed. McKee M, Healy J), s: 119-148, USA.

- McKee ve diğ (2002) Pressures for changes, (içinde: *Hospitals in a Changing World*, ed. McKee M, Healy J), s: 36-58, USA.

- Meadowcroft J (2008) Patients, politics, and power: Government failure and the politicization of UK health care, *Journal of Medicine and Philosophy*, 33: 427-444.

- Mladovsky P ve diğ (2012) Health policy in the economic crisis, *Eurohealth*, 18(1): 3-7.

- Mou H (2013) The political economy of the public-private mix in health expenditure: An empirical review of thirteen OECD countries, *Health Policy*, 113: 270-283.

- Muschell J (1995) Privatisation in health, WHO.

- Musgrove P (2000) Health insurance: The influence of the Beveridge Report, *Bulletin of WHO*, 78(6): 845-846.

- Navarro V (1999) The political economy of welfare state in developed countries, *International Journal of Health Services*, 29(1): 1-50.

- Ozegowski S, Sundmacher L (2013) Ensuring access to health care-Germany reforms supply structures to tackle inequalities, *Health Policy*,

106: 105-109.

- Palencia L ve diğ (2013) Trends in social class inequalities in the use of health care services within the Spanish National Health System, 1993-2006, *European Journal of Health Economics*, 14: 211-219.

- Palmer N (2000) The use of private-sector contracts for primary health care: Theory, evidence and lessons for low-income and middle-income countries, *Bulletin of WHO*, 78(6): 821-829.

- Pazitny P (2008) Health care reforms in Slovakia, *The New Presence*.

- Quentin W ve diğ (2010) DRG-type hospital payment in Germany, *Euroobserver*, 12(3): 4-7.

- Pedersen KMI ve diğ (2005) The Danish health care system: Evolution not revolution in a decentralized system, *Health Economics*, 14: 41-57.

Pollock A ve diğ (2013) Blaming the Victims: The Trust Special Administrator's Plans for South East London, Centre for Primary Care and Public Health Queen Mary, University of London.

- Powel M, Miller R (2013) Privatizing the English National Health Services: An irregular verb? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 38(5): 1053-1061.

- Preker A, Harding A, Travis P (2000) "Make or buy" decisions in the production of health care goods and services: New insights from institutional economics and organisational theory, *Bulletin of WHO*, 78(6): 779-790.

- Robinson S ve diğ (2012) Structures and processes for priority-setting by health care funders: A national survey of primary care trusts in England, *Health Services Management Research*, 25: 113-120.

- Romoren TI ve diğ (2011) Promoting coordination in Norwegian health care, *International Journal of Integrated Care*, 11.

- Rouboal T, Hrobon P (2011) Czech Republic, (içinde: *Governing Public Hospitals: Reform Strategies and the movement towards Institutional Autonomy*, editörler: Saltman RB ve diğ), 99-111, WHO, Denmark.

- Saltman RB ve diğ (2011) Mapping new governance models for public hospitals, (içinde: *Governing Public Hospitals: Reform Strategies and the movement towards Institutional Autonomy*, editörler: Saltman RB ve diğ), 55-74, WHO, Denmark.

- Saltman RB ve diğ (2012) Assessing health reform trends in Europe, (içinde: Health systems, health, wealth and societal well-being: Assessing the case for investing in health systems, editörler: Figueras J, McKee M), s: 209-246, WHO, USA.

- Schut F ve diğ (2005) Rationing and competition in the Dutch health-care system, Health Economics, 14: 59-74.

- Schut FT, Carkevisser M (2013) Tackling hospital waiting times: The impact of past and current policies in the Netherlands, Health Policy, 113: 127-133.

- Sheiman I ve diğ (2010) Sources of funds and revenue collection: Reforms and challenges, (içinde: Implementing Health Financing Reform: Lessons From Countries in Transition, Editörler: Kutzin J ve diğ), s: 85-118, WHO, Denmark.

- Sikosana PLN, Dlamini QQD, Issakov A (1997) Health Sector Reform in Sub-Saharan Africa, WHO.

- Siriwardena AN (2012) Research on the UK Quality and Outcomes Framework (QOF) and answering wider questions on the effectiveness of pay-for-performance (P4P) in health care, Quality in Primary Care, 20: 81-82.

- Sitek M (2010) The new institutionalist approach to health care reform: Lessons from reform experiences in Central Europe, Journal of Health Politics, Policy and Law, 35(4).

- Spanu F ve diğ (2012) What happens to health professionals when the ill patient is the health care system? Understanding the experience of practising medicine in the Romanian socio-cultural context, British Journal of Health Psychology, 18(3): 663-679.

Spitzer A ve diğ (2002) Swiss nurses' knowledge related to health care reforms. Journal of Advanced Nursing, 38(4): 329-340.

- Sturmberg JP (2011) Primary health care organization through a conceptual and a political lens, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17: 525-529.

- Svab I ve diğ (2001) Private practice in Slovenia after the health care reform, European Journal of Public Health, 11: 407-411.

- Tambor M (2010) Diversity and Dynamics of patient cost-sharing for

physicians' and hospital services in the 27 European Union countries, *European Journal of Public Health*, 21: 585-590.

- Tan SS ve diğ (2010) Struktural reforms and hospital payment in the Netherland. *Euroobserver*, 12(3): 7-10.

- The Commonwealth Fund (2010) International Profiles of Health Profiles Care System.

- Thompson S ve diğ (2010) What role for voluntary health insurance ? (içinde *Implementing Health Financing Reform: Lessons From Countries in Transition*, editörler: Kutzin J ve diğ), s: 299-325, WHO, Denmark.

- Thompson S ve diğ (2009) Financing Health Care in The European Union, Challenges and Policy Responses, *European Observatory on Health Systems and Policies*, WHO, Denmark.

- Todorova ILG ve diğ (2012) Organizational hierrrarchies in Bulgarian hospitals and perceptions of justice, *British Journal of Health Psychology*, December 7.

- Tomini SM ve diğ (2013) Catastrophic and impoverishing effects of out-of-pocket payments for health care in Albania, *Health Policy and Planning*, 28(4): 419-428.

- Turner B (2013) Premium inflation in the Irish private insurance market: Drivers and consequences, *Irish Journal of Medical Sciences*, 182: 545-550.

- Turner D ve diğ (2013) Prospects for progress on health inequalities in England in the pot-primary care trust era: Professional views on challenges, risks and opportunities, *Public Health*, 13.

- Turquet P (2012) Health insurance system financing reforms in the Netherlands, Germany and France, *International Social Security Review*, 65 (1).

- Tynkkynen LK ve diğ (2013) Purchaser-provider splits in health care-The case of Finland, *Health Policy*, 111: 221-225.

- Vallee AQ ve diğ (2012) Assessing barriers to health insurance and threats to equity in comparative perspective: The Health Insurance Access Database, *Health Services Research*, 12.

- Wallace A, Taylor P (2009) New Labour and reform the English NHS: User views and attitudes, *Health Expectations*, 13: 208-217.

- Wagstaff A (2007) Social Health Insurance Reexamined, The World Bank, USA.

- Wagstaff A (2009) Social Health Insurance vs Tax-Financed Health Systems-Evidence From the OECD, The World Bank, WPS4821.

- Weil TP (2011) Privatization of hospitals: Meeting divergent interests, Journal of Health Care Finance, 38(2): 1-11.

- WHO (1996) The Ljubliana Charter on Reforming Health Care, Slovenia.

World Bank (1993) World development report: Investing in health, Oxford University Press.

- Wörz M, Foubister T, Buse R (2006) Access to health care in the EU member states, Euro Observer, 8(2): 1-4.

- Xu W ve diğ (2011) Prospects for regulated competition in the health care system: What can China learn from Russia's experience ? Health Policy and Planning, 26: 199-209.

- Zare H, Anderson G (2013) Trends in cost sharing among selected high income countries-2000-2010. Health Policy, 112: 35-44.

AVRUPA SAĞLIK REFORMLARI “kel göründü”

İlker Belek

Burjuva iktisadının akli ters işliyor. Bu akıl halkın sağlık hak ve gereksinimlerini görmüyor, görmek istemiyor. Sağlık sistemi içindeki bütün ilişkileri parasallaştırıyor. Paranın hâkimiyeti her şeyin daha da parasallaşmasına yol açıyor. Adına ne derlerse desinler (ister sağlık reformu, ister başka bir şey), yaptıkları, halkın sağlık sorunlarını çözemediği gibi, sağlık sisteminin verimsizliğine de çare olamıyor.

Kamu sağlık kaynaklarını azaltmaları eşitsizlikleri artırıyor. Kurumları ve hekimleri performansla güdülemeye çalışmaları sistemi etik değerlerden koparıyor, bütün aktörleri daha da tembelleştiriyor. Sistemin bir yerini “düzeltmeye” kalktıklarında kalan bölmeleri bozuluyor. Ayar tutturamıyorlar, dolanıyorlar.

Bu, kapitalist sağlık sisteminin çözümsüzlüğüdür. Sağlık reformu dedikleri budur.

Yapabildikleri-yaptıkları tek şey tıp şirketlerine, özel hastanelere para aktarmaktır.

İnanmayanlar sistemin son 20-30 yıllık hikâyesine baksınlar. O hikâyede yalnızca bu sıradan gerçekler var.

Bu kitap O hikâyeyi anlatıyor.



15 TL

