

**DOSYA/DERLEME****SOVYETLER BİRLİĞİ ÖZELİNDE  
SOSYALİST ÜLKELERDE "SAĞLIK REFORMU"***Gazanfer AKSAKOĞLU\**

Sosyalist ülkelerde sağlık örgütlenme modeli insanlığın yüzyıllar boyunca kazandığı temel yaşam hakları doğrultusunda geliştirildi. Sosyalizmin ve toplumsal savaşımın kazanımlarının ürünü olarak ortaya çıkartılan sağlık kavramının temelinde yer alan ilkeler genel örgütlenme ve hizmet anlayışı ile koşutluk gösteriyordu. Sosyalist ülkelerde sağlık yaklaşımı, örgütlenmenin üç ana amaca yönelik düzenlemesini ilke edindi: 1) Toplumda yaşayan bireylerin tümüne, 2) Gereksindikleri ölçüde ve yerde, 3) Sağlanabilen en üst düzeyde, sağlık hizmeti sunulması sistemin temel kaygısıydı (Aksakoğlu G, 1978a).

Sağlık örgütlenme modelinin dayanağı, yaşam hakkı ve onun göstergesi olan sağlıklılığın "gereksinme" olarak kabul edilmesiydi. Sermaye egemen toplumlarda yaşama ilişkin değerlerin farklılaşmasıyla, toplumsal eşitlik kaygısı olmaksızın parasal kazancı temel amaç edinen uluslararası kapitalizmin egemenliği sosyalizmin dönemsel olarak duraksamasına yol açınca, başta Sovyetler Birliği olmak üzere sosyalist ülkelerde de örgütlenme yaklaşımında değişiklikler olmaya başladı. Değişimin nedeni toplumsal gereksinmeler ve taleplerden çok, ABD başta olmak üzere uluslararası sermaye merkezlerinin açık ya da örtülü dayatmalarıydı. Sosyalizmin teknolojik kazanımlarının toplumun günlük yaşamına yeterince yansıtılmaması, sermayenin baskısının egemen olmasını ve sosyalist yaşam biçiminin değişimini kolaylaştırdı.

Sağlık modelindeki yeni yapılanmayı, oluşan değişim sürecinin salt kara yönelik ortaya çıktığını söylemek ve oluşan yeni ekonomik-politik sistemin toplumun yaşam ve sağlık haklarını tümüyle göz ardı ettiğini savlamak

hatasına düşmeksizin, gözden geçirmek yerinde olacaktır. Değişimin temel özelliklerini ve ortaya çıkan sonuçların genel görüntüsünü tanımlayabilmek için sosyalist sistemin ve onun oluşturduğu sağlık örgütlenme modelinin belirgin uygulayıcısı ülke olarak Sovyetler Birliği ve onun şimdiki uzantısı Rusya Federasyonu ele alınacaktır. Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) ve Dünya Bankası (DB)'nin başını çektiği ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) uygulayıcı olduğu, sağlıkta yeniden yapılanma konusundaki uluslararası baskı sonucu oluşturulan yeni modelin erken sonuçları ve çıktıları aynı kurumlar tarafından yaşamsal verilerle yaygın olarak duyurulmasına karşın, modelin örgütlenme yapısı konusundaki kaynak sıkıntısı, incelemenin temel güçlüğünü oluşturmaktadır. Yazının amacı Sosyalist Blok'un farklılaşan Doğu Avrupa temsilcisi ülkelerine kısaca değindikten sonra, "Sovyetler Birliği"nden "Rusya Federasyonu"na geçişte oluşan yeni sağlık modelini ana hatlarıyla tanıtmaktır.

**Sosyalist Blok'ta Değişim**

Avrupa'nın doğusunda yer alan ve ikinci paylaşım savaşından sonra Sovyetler Birliği ile siyasal birlik kuran ülkelerden Çekoslovakya ve Demokratik Almanya dışındakilerin sağlık hizmet modelinin ekonomik ve politik yapılanmaları ile koşul gelişim gösterdiğini savlamak yerinde olmayabilir. Polonya, Macaristan ve bir ölçüde Bulgaristan'ın tek merkezli ve tümüyle devlet yönetiminde bir örgütlenme ve hizmet sunumu anlayışında olmadıkları, özel hekimlik uygulamalarına olanak tanıyan, yer yer hekim egemenliğine ve serbest piyasa koşullarına ödün veren sağlık hizmeti anlayışına sahip oldukları bilinir. Doğu Avrupa ülkelerinde insan yaşamı ve sağlığının devlet koruması altında sürdürülmesi yanında, sağlıkta yüksek teknolojiye dayalı hizmet kullanılması, sosyalist sistemde bu ülkelerdeki sağlık modelinin olağanüstü başarı düzeylerine yükselmesine yol açtı (Belli P, 2001; Aksakoğlu

\* Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

G, 1978b). Sağlıkta bakım hizmetlerine ve yaşlı sağlığına verilen önemin büyüklüğü hastane harcamalarının sağlık giderlerinin %65-70'ine ulaşmasına neden oluyor, elde edilen sonuçlar Kuzey Avrupa temsilcilerini bile geride bırakıyordu.

**Çek Cumhuriyeti** dağılmadan sonra oluşan "reform"u toplumun sağlığı açısından fazla sarsıntı geçirmeksizin atlattı. Çekoslovakya'nın kuruluşunun hemen ardından uygulamaya konan zorunlu ve primleri işverenlerce ödenen sağlık sigortası modeli 1952'de Sovyetler Birliği'ndekine uyar biçimde devlet eliyle sağlık hizmeti sunumuna dönüştürülmüştü. 1990'dan başlayarak, "demokratikleşme" süreci içinde sağlık hizmetleri de "liberalleştirilmeye" başlandı. Önceki yapılanma yok edildi, hizmet seçiminde serbestliğe geçildi, zorunlu sigorta modeli uygulamaya kondu. Hizmet sunumu kaynakları hemen tümüyle devlet elinde tutuldu. Hekimlerin tümüne yakını özel çalışmaya başladı, hekimler diğer çalışanların iki katı kazanmakta iken, özel hekimler dört katı kazanır oldular. Hizmet "sunumu özel, ödemesi kamusal" nitelik kazandı. Devletin sağlık güvencesi altında dokuz sigorta şirketi kuruldu, şirketlerin kar etmesi yasaklandı, şirket seçme özgürlüğü getirildi, başvuru başına ödeme yapılarak kamusal ya da özel kurumlardan hizmet alımı uygulandı. Sigorta primleri gelir vergisi anlayışıyla, işveren ve çalışan tarafından 2:1 oranında olmak üzere çalışanın gelirinin %13.5'i olarak ödendi. Nüfusun %53'ü devlet tarafından sigortalandı. Temel ilaç listesine girmeyen ilaçların, dış sağlığı hizmetlerinin ve bazı protezlerin alımında katkı sağlandı. Sağlık harcamalarının %80'i primler, %10-15'i devlet, %10'u cepten ödemeler tarafından karşılanır oldu (Central and Eastern European Health Network, 2002). Değişimden sonra bebek ölümündeki azalma ve beklenen yaşam süresindeki artma sürdü; Tüberküloz ve özellikle Sifilis'te artışlar görüldü (WHO, 2000). "Reform" Çek Cumhuriyeti'nde hem devlet hem özel sektör eliyle, toplumsal örgütlenmede önemli yaralar açarak, ancak sağlığın devlet denetiminde olması nedeniyle bireylerin sağlık kazanımlarından önemli kayıplar verilmeksizin sürdürüldü.

**Bulgaristan**'da 1948'den sonra devlet eliyle ve ücretsiz sunulan sağlık hizmeti 1990'dan başlayarak özelleştirilmeye ve yerelleştirilmeye başlandı. Hizmet örgütlenmesi ve finans üzerine çok kez ve çok sayıda model önerildi ve tartışıldı; bugün de öneri ve tartışmalar sürüyor. 1998'de oluşturulan ve gelir vergisi temeline dayanan tek tip, Bismark modeli sağlık sigortası geliştirilmeye başlandı. Birincil hizmet kamusal olarak sürdürülürken, uzmanlık ve ilaç ile tıbbi malzeme satışına dayalı sağaltım hizmetleri özel sağlık sigortaları aracılığıyla yürütülür oldu. Modelin devlet ağırlıklı olarak sürdürüldüğü, yararlanılacak sağlık hizmeti birimlerinin nicel ve nitel yönden çok kısıtlı olduğu, yurttaşların yarıdan fazlasının yasal olmayan ödemeler yapmadan sağlık hizmeti alamadığı, yaşamsal göstergelerin giderek daha olumsuz geliştiği, resmi açıklamalarla doğrulanıyordu (WHO, 1999). "Reform" Bulgaristan'da gerek örgütlenmede, gerek toplumun

sağlık hizmetlerinden yararlanma olanaklarında önemli yaralar açtı.

Diğer eski Doğu Bloku üyeleri de özelleştirme sürecine girdi. Gelir vergisi anlayışıyla toplanan primler **Macaristan**'da ve **Romanya**'da gelirin %14'ü, **Polonya**'da %7.75'ine ulaştı. Bu ülkelerde bazı kişi ve hastalıkların bakımında devlet sorumluluk üstlendi. Sözgelimi Polonya'da sigorta primlerine devlet tarafından katkıda bulunulanlar arasında çok yoksul çiftçiler, işsizlik yardımı alanlar, askerler ve gaziler yer aldı. Devlet 7 yaş altındakilere, gebelere, akıl hastalarına, kaza kurbanlarına ve düzenli kan verenlere ücretsiz tıbbi bakım sağladı. Alkolizm, ilaç bağımlılığı, psikiyatrik hastalıklar ve Tüberküloz, AIDS gibi bulaşıcı hastalıkların sağaltımı da ücretsiz sürdürüldü. Yine de Polonya'da nüfusun %11'i ve emeklilerin %14'ü reçete edilen ilaçları almaya güçlerinin yetmediğini belirtiyordu (Shahriari H ve ark, 2001).

Günümüzde değişimlere sahne olan eski Sosyalist Blok ülkelerinde özellikle ilaca yapılan ödemelerin başta ABD olmak üzere merkez kapitalist ekonomilerin işahlarını kabarttığı anlaşılıyor. Bu ülkelerde sağlık hizmeti ile ilaç alımına cepten yapılan ödemeler ve hekimler başta olmak üzere sağlık çalışanlarına verilen hizmeti alanlarca verilen hediyeler, kapitalist gözüyle, hizmetin kalitesini olumlu etkiledi (Lewis M ve ark, 2000). Merck Vakfı tarafından Harvard Üniversitesi'ne dört ülkede yaptırılan bir araştırmanın sonuçlarına göre ücretsiz ilaç almak için ayda ne kadar prim ödemeyi uygun buldukları sorulan kişiler, ortalama Macaristan'da 7.50, Polonya'da 6.50, Çek Cumhuriyeti'nde 4.15 ve Romanya'da 1.50 ABD doları ödemeye hazır olduklarını belirttiler. Uluslararası sermaye bu ülkelerde sağlık hizmetinden henüz doğrudan pay almayı başaramasa da, ilaçta doğrudan ödeme yapılması yoluyla kazanç sağlama konusunda umutlu görünüyor (Central and Eastern European Health Network, 2002).

Doğu Avrupa ülkelerinde sosyalist yapılanma, işçi sınıfı öncülüğünde bir devrim olmaksızın, Sovyetler Birliği'nin katkısı ve desteği ile başlatılmış ve sürdürülmüştü. Sigorta modeline dayalı finans anlayışına yabancı olmadıkları gibi, son kırk yılda yaşadıkları süreçte de özel sağlık anlayışı yaşamlarının tümüyle dışında kalmamıştı. Finans anlayışı ağırlıklı ve hizmet kaygısı taşımayan örgütlenme yaklaşımı bu ülkelerde fazla yadırganmadı. Ancak doymak bilmeyen uluslararası sermayenin asıl hedefi, sınıfsal hesaplaşmanın önceliği yanında, geniş pazar birikimi ile de ağız sulandıran Sovyetler Birliği idi.

## Sovyetler Birliği'nden Rusya Federasyonu'na

### a) Sovyet modeli

Sovyetler Birliği'nin sağlık örgütlenme modeli 1917 Ekim Devrimi'ni izleyen dönemde ve işçi sınıfı örgütlenmesi gelişimi ile birlikte oluşmaya başladı ve işçi sınıfı savaşımların Çarlık yönetiminden sağladığı kazanımlar örgütlü olarak geliştirilmeye yönelindi. Devrimin ilk uygulamalarından biri sözleşmeyle çalışan tüm işçilere ücretsiz bakım ve ilaç sağlayan -bu nedenle

köylüleri dışarıda bırakan- bir örgütlenmeye gitmekti. Sovyetler Birliği'nin kurulması ve 1930'larda sosyalizmin tüm toplum kesimlerine ve Birlik'e üye tüm ülkelere yayılması ile, sağlıkta da dünyanın en yaygın ve gelişmiş modeli ortaya çıkmaya başladı (**Kaser M, 1976**). Sosyalizmin ikinci paylaşım savaşından sonra hızla yayılmasıyla benzer sağlık modeli -başta daha önce modelin ilk uygulamalarının kıvılcımlarını vermiş olan Çekoslovakya olmak üzere- Doğu Avrupa ülkelerinden başlayarak emekçilerin egemen olduğu tüm sistemler içinde yerini aldı.

Sovyetler Birliği sağlık modelinin temel özellikleri şöyle özetlenebilir:

Herkese ve gereksindiği ölçüde hizmet sunulması ayrıcalıklıydı. Model içinde işçi sınıfına bile ayrıcalık tanınmadı ve çalışma yaşamına dayalı bir örgütlenme yapısı oluşturulmadı; ancak toplum içinde farklı risk gruplarını oluşturan yaşlılar, çocuklar, kronik hastalar, işçiler gibi kesimlere özgü örgütlenme birimleri temel örgüt modeline monte edildi.

Ücretsiz hizmet temel alındı, maliyet genel bütçe gelirlerinden karşılandı. Ayaktan hastanın ücret ödeyerek ilaç alımı, protez vb. harcamalara katkı, modelde yer almasına karşın, sağlık giderlerinde önemli bir pay oluşturmadı.

Tek elden, devlet tarafından hizmet sunumu örgütlenmenin ana yaklaşımı oldu. Hizmet, en küçük toplum yapılanmasından (uçastok) başlayarak planlandı, Birlik düzeyindeki merkezsel plana (GOSPLAN) ulaşana dek diğer etkinliklerle uyumu sağlandı.

Bütüncül yaklaşım, sağlık kavramının koruma/geliştirme/sağaltma/esenlendirme anlayışına uygun olarak ilk basamaktan başlayarak kuruldu, dikey olarak tüm örgütte egemen oldu.

Ekip çalışması anlayışı uçastoktan başlayarak her aşamada uygulandı.

Halkın sağlık hizmetini denetimi ve eleştirel katılımı yaygın olarak sürdürüldü.

Sayılan özellikler yerel düzeyde gereksinmelere yönelik belirlendi, merkez planla uyum ve geçerliliği düzenlendi, Sovyet modelinin temelini oluşturdu (**Fry J, 1969; Fry J, 1972**).

#### b) Geçiş Dönemi

Uluslararası sermayenin yoğun saldırıları sonucu Sovyetler Birliği'nin dağılması, başta Rusya Federasyonu olmak üzere Birlik'in bir çok ülkesinde, siyasal yapının değişimine karşın yaşam haklarındaki kazanımların sürdürülmesini engelleyemedi. Sağlık örgütlenme modeli ve uygulanma biçimi, çok derin yapısal değişikliklere uğramaksızın ve kesintisiz olarak sürdürüldü. Sağlık hizmetindeki yaklaşımın ve örgütlenme modelinin önemli bir değişikliğe uğramamasının nedeni, toplumun elde edilmiş kazanımlarının korunması yanında, Sovyet

modelinin hiçbir toplumsal grup ya da oluşuma ayrıcalık tanımadan her kesimi gereksinmelerine yönelik olarak hizmetten yararlandırmaya özen göstermiş olmasında aranmalıdır. Karşıtlarının gözünde Sovyetler Birliği bütüncül sağlık hizmetine evrensel erişim öngörmesi ve toplumsal eşitlikçi ilkelere adanmışlığı ile övgüye değer bulunurken; planlamada komuta ve kontrol yetersizliği, kaynakların uygun olmayan dağılımı ve hizmetin eşitlikçi olmayan paylaşımı ile eleştiriliyordu (**Telyukov A, Makinen M, 1996**). "Uygulamada sosyalist modelin mi, kapitalist modelin mi daha başarılı olduğunu söylemek olanaksız" (**Przeworski A, 1991**) diye düşünenler olsa da, sosyalist ülkelerde sosyalist kimliğin oluşmadığı ileri sürenler (**Tabb WT, 1990**) bulunsa da, sosyalizmin toplumda sağladığı ayrımcılıksız eşitlik, modelin siyasal olarak duraklamasına karşın, toplum tarafından sağlık modelinin kesintisiz sürdürülmesine yol açtı.

Uluslararası kapitalizmin yoğun uğraşları sonucu sosyalizmin kesintiye uğraması süreci, sağlık modelinde tüm çabalara karşın önemli yapısal değişikliğe yol açmadı, ancak başta finans anlayışı olmak üzere bazı kavramları beklenmedik ölçüde sarstı. 1980'lerde politik yönetimde yaşanan güçlük ve ağırlık, eğitim ve sağlık gibi toplumun temel değerlerinin üretiminde sıkıntılara yol açmıştı. Gerek bu sürede, gerekse dağılım sürecinde, sağlık modelinde yönetim anlayışı ve biçimi değişikliğe uğramamasına karşın, maliyetlerin karşılanmasına ilişkin ciddi boşluklar ortaya çıktı. Çözüme başlangıç olarak, tıpkı yiyecek ve giyecek sağlanmasında olduğu gibi, sağlıkta da kamu harcamalarının kısıtlanması yoluna gidilerek kapitalist yaklaşıma başvuruldu. Ardından "kurgulanmış rekabetin tuzakları" (**Curtis S ve ark, 1997**) devreye girmeye başladı, başta kronik hastalıkların ilaçları olmak üzere, serbest piyasa ekonomisinin karaborsa koşulları oluştu. Sağlık hakkını görmezden gelmeye cesaret edemeyen merkezsel yönetim, parasal boşluğu genel bütçe dışındaki olanaklarla, "sigorta ve prim" yanışı ile doldurmaktan başka çare bulamadı.

Sovyet modeli genel toplum sağlığı kavramına, sağlık olaylarının epidemiyolojik değerlendirilmesine, hijyen ilkelerine, çocuk ve işçilerin düzenli kontrolüne, esenlendirme çalışmalarına dayalıydı. Kapitalizmin eleştirel yaklaşımıyla; planlı ekonomide sağlık hizmetleri, yetersiz finans, kaynakların etkin olmayan dağıtımını, devlet düzenlemelerinin aşırı merkezselliliği, kalitenin yavaş gelişimi ve tüketicinin beklentilerinin yanıtlanmaması anlamına geliyordu (**Rowland D, Telyukov AV, 1991; Sheiman I, 1991; Barr N, 1996**). Koruma öncelikli işleyiş nedeniyle infeksiyon hastalıklarının kontrolünün kazandığı ağırlıklı önem ve yaşlıların sosyal gereksinmelerinin karşılanması kaygısı, yatak kapasitesinin çok artmasına yol açmıştı. Brejnev döneminde buluşucu olmayan hastalıkların düzenli kontrolü da yaygınlaştırılınca yataklı kurum gereksinmesi daha arttı. Finans kaynağı bulma gücünün doğması yanında, birincil sağlık hizmeti de zorlanmaya başladı. Batı standartlarına ve anlayışına göre, sahip olunan 10 000 kişi başına 45 hekim ve 138 yatak çok fazla, etkinlik çok düşüktü (**Shishkin S, 1998**).

Perestroyka (yeniden yapılanma) ve Glasnost (açıklık), Sovyet döneminin küreselleşme etkisindeki kapitalistleşme sürecini oluşturdu. Sağlık modeli de ekonomik ve politik yeniden yapılanmadan payını almaya başladı. Sağlık "reform"cularının "uygulamaya cesaret edemedikleri düz" leri olan ABD modeli ile, bazı ABD uzmanlarınca önerilen Kanada modeli arasında gidilip gelindikten sonra bu görüşlerin kendine özgü bir modelde birleştirmesi sonucu uygulamaya geçildi. Gerekçe, artık alışlagelmiş olan yöntemle belirlendi: Önce ülkenin ekonomik sorunlarıyla koşut olarak sağlık hizmetlerinin sunumunda sorun yaratıldı, ardından bozulan sağlık istatistikleri ve halkın yakınmaları gündeme taşındı, sonra da soruna çözüm aranarak modelin değiştirilmesi yoluna gidildi. Yeni model, zorunlu/herkesi kapsayan sağlık sigortasına dayanıyordu. Kapitalist ekonominin mantığı gereği hizmeti değil, finansı ön plana çıkarıyordu. Sağlık modeli bütçeden bağımsız olacak, sigorta kazancıyla ayakta durabilecek, ayrıca sağlık yatırımlarına yönelecekti. Rekabet mekanizması işleyecek, zarar eden sigorta şirketi çekip gidecekti. Sigorta genel bütçeden sübvansiyon edilmeyecek, kendi ayakları üzerinde duracaktı. Sağlık modelini desteklemek amacıyla, sağlık harcamalarında artışa gidilecekti. Sağlık örgütlenmesinde merkezsellik kaldırılacak, yerel birimler özerkleştirilecekti. Sovyet tıp fakültelerinde yetişmiş olan pratisyen hekimlerin "beceri ve düşünce yapılarının piyasa koşullarında çalışmak için yetersiz olduğu" açıkta. Poliklinik hekimlerinin grup uygulamalarına özendirilmeleri sağlanacak, hastaneler özelleştirilerek yürütme kurullarınca (mütevelli heyet) yönetilecekti. Uygulamaya "özelleştirme" denmeyecekti, bu bir tür "karşı-kamulaştırma"ydı ve mülkiyetin adının konmasına gerek yoktu. Piyasa mekanizmasında oluşan sorunlar ABD'de var olan yaklaşımlarla çözülecekti. Tüm bunları uygulamaya geçirmek güç olacaktı, çünkü toplum yapısı buna uygun değildi. Sovyet işletmelerinin yüzde ondördü "zarar etmek üzere" planlanmıştı. Kolektif çiftliklerin %60'ı verimli değildi. Yiyecek, çocuk giysisi, ilaç, konut, gibi konularda "toplumsal uygunluk" gerekçesiyle devlet yılda genel bütçenin %20'si olan toplam 90 milyar ruble harcıyordu. Pazar gerçekleştirip sübvansiyon kalkınca her yedi kuruluştan biri kapanacak, sigorta primleri yük oluşturacaktı. İşsizliği azaltmak gündeme gelecek, işsizlik sigortaları sağlık fonuna kaydırılacak, en önemlisi insanların sigorta primlerini ödeyebilecek konumda kendi işlerinin sahibi olmaları sağlanacaktı. Sigorta uygulamasına geçişte pilot uygulamalarla başlanmalı, ekonomik destekler yönünden de aşamalı davranılmalıydı. Tüm bu değerlendirme ve çözüm yaklaşımları, Sovyetler'de edindiği ekonomi doktorasını Harvard Üniversitesi'nde 1994'te onaylatan ve 1994-98 arasında USAID tarafından desteklenen ZdravReform'da görev alan Alexander Telyukov tarafından American Public Health Association'da sözlü, International Journal of Health Services'de de basılı olarak, "ağabeylere" sunuldu (Telyukov AVSağlık "reformu" modelinin pilot uygulamalarla denenmesi ve geliştirilmesi gerekiyordu. Daha Perestroyka döneminde, 1988'de batı Sibiry'a'da Kemorovo'da ve St Petersburg'u da içeren Leningrad oblastında sağlık sigortacılığı sisteminin ilk denemeleri

gerçekleştirildi. Kemorovo'da hasta listeleri oluşturuldu, hekimlerin başvuran hasta başına para almaları yöntemine geçildi. Bir tür döner sermaye kuruldu, hastaneler özerkleştirildi. Hekim ve hastalara karşılıklı pazarlıkla hizmeti satma/satın alma hakkı verildi. "Mediko-ekonomik" standartlarla kalite ölçülmeye başlandı, maliyet düşürücü önlemler alındı. 1992'de bir tür hastalık fonu niteliğinde kurulan Kuzbass modeli ile zorunlu sağlık sigortası için öncü girişim oluşturuldu. İlk dört yılda yatak sayısı 1 500 azaltıldı. St Petersburg'da üç pratisyen, iki çocukçu ve bir jinekologdan oluşan ve 8 000 nüfusa bakan (yani bir kent tipi uçastok'un tıpatıp aynı olan) grup uygulaması başlatıldı. Gruplar arasındaki iletişim kişilerin doğrudan kliniklerle ya da Bölgesel Yönetim Birlikleri ile yaptığı sözleşmelerle oluşturuldu. Modelin "insan"a değil, "hasta"ya yönelik işletilmesi deneniyordu. Başvuru başına hizmet satın alma yöntemi başlatıldı. Bölgesel Yönetim Birliği hizmet sunumunun düzenlenmesinden sorumluydu ve hizmet verimi ve kalitesinin ölçümü ile ilgileniyordu. Grup uygulaması işgöremezlik, gecikmiş tanı, aşılama düzeyi (bağışıklama değil!), komplikasyon, yakınma gibi ölçütlere dayalı bir verimlilik rekabet sistemi ile değerlendiriliyordu. Hekimlere medikal çıktılara dayalı bir prim sistemi uygulanmaya başlandı. Hasta başvurusunun %5 azalması, yatış süresinin kısaltılması sağlandı (WHO, 1998). Denemeler ilerlerken, 1991 sonunda Sovyetler Birliği dağıldı.

### c) Rusya Federasyonu

Sovyetler Birliği'nin siyasal olarak dağılması sonrası oluşan Rusya Federasyonu'nda, ayrılan ülkeler nedeniyle, nüfus da azaldı. Buna ek olarak toplumsal kaygıların geri plana düşmesi ve ekonomik yetersizlikler sonucu ölümlülük, özellikle bebek ölümleri, çok büyük bir hızla arttı (WHO, 1998). 1991 yılındaki yaşa ve cinse özel ölüm hızlarına oranla fazladan 1 milyon ölüm oldu. Erkeklerde, özellikle genç ve orta yaş gruplarında ölüm hızları korkunç boyutlara yükseldi, 1994'de Pakistan'inkiyle aynı düzeye, binde 57.3'e yükseldi (Leon D ve ark, 1997; Conradi P, 1994a; Wise J, 1997; Walberg P ve ark, 1998). 1994'de Rusya Federasyonu'nda 100 kadına karşılık yalnızca 89 erkek bulunduğu, "kayıp" erkeklerin sayısının 5.9 milyona ulaştığı hesaplandı (UNDP, 1999). Ölüm nedenlerinin tümünde yükselmeler olmuştu, ancak en fazla artan % 191 ile dış nedenler, yani travmalar ve kazalar (adını tam koymak gerekirse intiharlar ve öldürmeler) oldu (WHO, 1998). Nüfus 1995'te 148 milyona dek düşmüştü. Sisteme ve geleceğe olan güvensizlik nedeniyle doğumlar da hızla azalıyor, 1992'de oluşan 7.7 kaba doğum ve 13.7 kaba ölüm hızı devamlılık kazanıyor, nüfus giderek azalıyordu (Ingram M, 1996a). Morbidite hızları güvenilir olarak saptanamıyordu, çünkü prevalans yerine insidans kaydına geçilmişti. Yine de en çok çocuk yaş gruplarında olmak üzere bulaşıcı hastalıkların patlamalar yaptığı görülüyor; Difteri, Tüberküloz, Boğmaca, Kızamık, Kolera, Brusella ve başta Sifilis olmak üzere cinsel hastalıklarda korkunç düzeyde artışlar kaydediliyordu (WHO, 1998; Aksakoğlu G, Elçi ÖÇ, 1996; Conradi P, 1994b; Conradi P, 1995; Ingram M, 1995a; Ingram M, 1995b). 1990 yılındaki verilere göre Tüberküloz insidansı yüzbinde

34.2'den 1999'da 85.4'e; Sifilis yüzbinde 5.3'ten 1997'de 277.3'e, Skabies yüzbinde 28.6'dan 1995'te 395.0'a çıkıyordu (Davis C, 2001). Çevre koşullarındaki yoğun bozulma başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere bir çok önemli ölüm nedenini artırıyordu (Feshbach M, 1995). Gençler arasında uyuşturucu kullanımı ve kısmen buna bağlı olarak gelişen HIV riski hızla artmaya başladı (Veeken H, 1998). Alkol alımının erkeklerde %136, kadınlarda %71 arttığı belirlendi (University of North Carolina, 1995). Kaliteli gıda ürünlerinin bulunamayışı ve alım güçlüğü nedeniyle beslenme daha fazla alkol ve yağa dayalı olmaya başladı, şişmanlık hızla arttı. Malnütriyonlu bebek hızı 1992'de %6.9'a, 1994'de %12.8'e çıktı. İlkokul çocuklarının %53'ünün sağlığı -resmi deyimle- tükendi (WHO, 1998). 2000 yılında okul çocuklarının %60'nın en az bir kronik hastalığı olacağı, aynı yıl doğanların yalnızca %15'inin sağlığını yerinde olacağı hesaplandı. 1993'de anne ölümü yüzbinde 51.6'ya ulaştı. Bunların üçte ikisi önlenemez, çoğu da devletin anne sağlığına desteğini kesmesi sonucu abortus nedeniyleydi (Tchernjvsky VE, 1996). Tüm bu olumsuz gelişmeler, kapitalist bakışla "hastalık yükü" nü artırmış oluyor, yani üretimde azalma ve ulusal gelirden düşmeye yol açıyor, sanayi üretiminde azalma sonucu karlılık azalıyordu. Enflasyon ve işsizlik de eklenince yoksunluk, yoksulluk ve belirsizlik ortaya çıktı. Üretkenliğin düşmesi nedeniyle toplumun gelirinin %60'ını emeklilik ve işgöremezlik aylıkları oluşturur oldu. Alım gücü çok düşmüş olmasına karşın Sovyet döneminden kalan emeklilik aylıkları toplumun en önemli gelir ve geçim kaynağına dönüşmüştü (UNDP, 1999). Devletin süregelen gücü ve ekonomik varlığı, toplumun tek güvenilir gelir kaynağını oluşturmaya başlamıştı. Yalnız yaşayanlar, sahip oldukları emeklilik gelirleri nedeniyle, evlerinde 60 yaş altı insanlar ve çocuklar bulunan geniş ailelere göre daha az risk altındaydı. Okul ve okul öncesi çağıdaki çocukların "yoksul" ve "riskli" konumu, yaşlılardan iki kat fazlaydı (Mroz T, Popkin B, 1994). Çökertilmeye çalışılan Sovyet modelinin kazanımları, çatırdayan toplumun cankurtaran simidi konumunu almıştı!

Sovyetler Birliği'nin dağılmaya yönelmesinden başlayarak kapitalist ekonomik sistemin uygulandığı süreçte artarak gelişen yukarıda özetlenen tablonun giderek derinleşen olumsuzlukları karşısında uluslararası sermaye hızlı davranma gereksinimi duydu. Ülkede ivedikle rekabete dayalı bir sağlık sigortası modeli oluşturulmalı, yıllardır sosyalist sistemde inim inim inilen ve sonunda hızla toplumsal çöküntüye uğrayan halkın kapitalist düzenleme ile yeniden nasıl yaşama döndürülebileceği gösterilmeli, bu arada DTÖ, DB ve DSÖ'nün verimlilik ilkesine dayalı sağlık anlayışının geçerliliği de kanıtlanmalıydı.

#### Sağlık Modeli "Reform" u

Bugünkü yönetimin uluslararası raporlarında bile kabul edildiği gibi, Sovyet sağlık modeli eksikliklerine karşın çok somut ve gerçek bir kazanımı temsil ediyor, zorunlu bağıışıklama ve düzenli sağlık kontrolleri ile toplum sağlığı etkinliğinin temelini oluşturarak gereksinmeyi karşılamaya

yönelik sağlık hizmeti sunumunda dayanışmaya adanmış bir nesil yetişmesini sağlıyordu. Yönetime göre yine de sağlık modelinin değişmesi gerekiyordu ve değişime gerekçe olarak "artan etkinliğe duyulan gereksinme, kullanıcının doyumunu geliştirmek için gerçek istek" gösterildi! Bu kaygı "finans mekanizması merkezli bir temel sağlık 'reform'u yapılması gerçeğini" kavratıyor, vergi kaynaklı modelden kısmen sosyal sigortaya dayalı modele geçilmesi için gerekçe oluyordu (WHO, 1998).

Geçiş süreci içerisinde, Kasım 1991'de, Rusya Federasyonu Sağlık ve Tıbbi Sanayi Bakanlığı kuruldu. Hijyen ve epidemiyoloji birimleri (SanEpid) yarı özerk olarak yerel yönetim sorumluluğuna verildi. Rusya Tıbbi Bilimler Akademisi oluşturuldu. 1993'te -Sovyet döneminde sağlık giderlerinin %5-6'sını oluşturan katkıları düzenleyen- zorunlu sigorta sistemi Sağlık Bakanlığı'ndan ayrıldı, Federal Zorunlu Sağlık Sigortası Fonu oluşturuldu. Fon, hizmetin satın alınmasında aracı birimi oluşturacak özel sigorta şirketleri ile sözleşmeleri yapmakla görevlendirilmişti. 1996'da Hijyen ve Epidemiyoloji Merkezi tıbbi sanayi alanındaki işlere yöneldi ve yarı özel konumda sektöre girdi. Sosyal Koruma Bakanlığı sağlık modeli dışına çıkarıldı ve -Sanayi ve Ticaret Bakanlığı ile işbirliğinde çalışmak üzere- Çalışma Bakanlığı'na bağlandı. (İşlemin Turgut Özal yönetimi döneminde "TC Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı" ndan "Sosyal Yardım"ın koparılıp "TC Sağlık Bakanlığı"na dönüştürülmesi ile benzerliği dikkate değer). 1996'da geleneksel ve alternatif sağaltım yöntemleri Tamamlayıcı Tıp uygulamaları adıyla Sağlık Bakanlığı'nca resmen onaylandı (TC Sağlık Bakanlığı'nın hastanelere sosyal hizmet görevlisi olarak imam atama çabasını akla getiriyor).

Sağlık hizmeti "reform"larının iki temel amacı vardı: Birincisi Rusya'da bağımsız sağlık sigortası da içeren özerk ve temel bir sağlık örgütünü kurmak ve düzenlemek; ikincisi devletçe yönetilen sağlık hizmetlerinin maliyet, etkinlik ve kalitesinde gerekli artışı sağlamak. Hizmet örgütlenmesi -kapitalist yaklaşımla- temelde finans olarak kavranmaya çalışılıyordu ve finansın yasal düzenlenmesinde üç ayrı işlev dikkate alınmıştı:

1. Fon toplanması
2. Hizmet işletmesi
3. Hizmet sunumu

İşlevlerin her biri ayrı örgütler tarafından, birbirine koşut olarak yürütülecekti. Özel ve kamu sektörleri işbirliği içinde çalışacak, hem satın alan hem de satan rekabet içinde olacaktı (Curtis S ve ark, 1997).

Sağlık örgütlenme modelinin incelenmesinde finansla yer verilmesi, özellikle söz konusu olan Sovyetler Birliği olunca kulağa hoş gelmeyebilir. Sovyet modeli, sağlığın insan hakkı olduğu temelinden yola çıkarak sağlık hizmetlerini olabildiğince ücretsiz sunan ilk yönetim olma onurunu taşır. Sovyet modelinde sağlık giderlerinin hemen tümü devlet tarafından genel vergi içinden karşılanarak ödenir, işveren de devlet -ötesi halk- olduğu için sisteme

ödeme yapılmıyor görüntüsü oluşurdu. Sovyetler Birliği'nin dağılmasından önce de sonra da yayılmacı kapitalizmin baş hedefi olan ekonomik model, dağılmadan sonra öncelikle sağlık açısından serbest piyasa anlayışı saldırılarına uğradı. Kapitalizm'in yayılmacı politikasının -geçici de olsa- egemen olması, bu ülke yaşayanlarının bedenlerinin de kar amaçlı kullanımına olanak verdi. 1993 yılında çıkarılan sigorta yasası ile sağlık hizmet sunumu, ilaç ve protez vb. sağlanması, ücret karşılığı oluşturuldu. Yasanın amacı sağlık hizmetinin serbest piyasa-pazar ekonomisi içinde biçimlenmesiydi. Yine de -sosyalizmi kuran ve savunan bir toplumda dayatmaların kabul edilmesinin güçlüğü sonucu- gerek yasal düzenlemenin oluşturulmasında, gerek uygulamada aşırı gidilemediği, temel insan haklarının korunabildiği kabul edilmelidir.

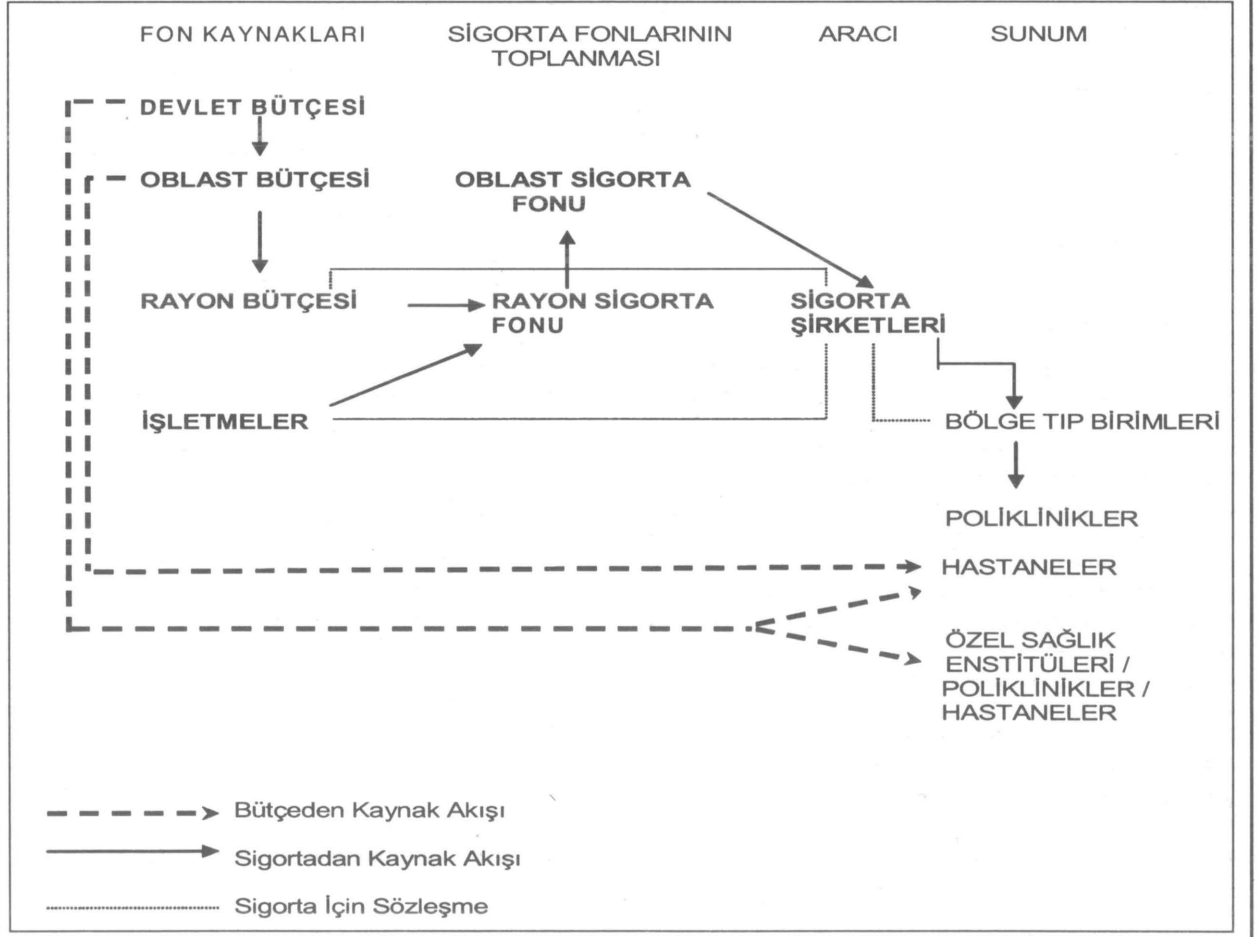
#### Fon toplanması

Prim toplanması işlevini yeni kurulan bir kamu kuruluşu olan Sağlık Sigortası Fonu (SSF) üstlenecekti. Yapılanma federal düzeyden alt uçtaki yerel yönetime dek uzanıyordu. Sovyet sisteminin temel yönetim birimi olan oblast burada en işlevsel birim olacaktı. Fon gelir vergisi kavramına uygun biçimde toplanacaktı. Çalışanların gelirleri oranında hesaplanan primler işverenlerce gelir vergisi anlayışıyla

hesaplanarak ödenecek, çalışanlar ayrıca bir katkıda bulunmayacaklardı. Çalışmayanlar ve fon ödeyemeyenlerin primleri yerel yönetimlerce karşılanacaktı. Böylece fonun kaynaklarını merkez ve yerel yönetim bütçeleri, çalışanlar adına kurumların ödediği primler, çalışanlar adına yine yerel yönetim ödentileri oluşturacaktı. Fona katılmak zorunluydu, dışında kalınamazdı.

Fon toplanması işlevi yerel yönetimlerce yapılacaktı. Federal yapıyı oluşturan devletlerin alt birimleri olan Oblastlar, Otonom Birimler ve daha küçük yapılanmalar olan Kray'larda hizmetin yerel olarak planlanması yanında, finans kaynaklarının düzenlenmesi de bekleniyordu. Oblast Sovyet modelinde olduğu gibi sağlık finansmanının tümünü değil, yalnızca %60'ını kendi bütçesinden sağlayacaktı. Sağlık bütçesinin %30'unun gelir vergisi bağlamında işyerlerinden elde edilen primlerle oluşması tasarlanıyordu. %10'un ise sigorta "temel paket"inde yer almayan hizmetlere yapılan katkılardan sağlanması bekleniyordu. Rayonlar özelliklerine göre yerel farklılıklar gösteriyordu; kentsel olanlarda sağlık hizmeti denetimini yerel yönetim üstlenirken, kırsal olanların çoğunda bölge hastanesi başhekimleri yönetimi üstlenmiş durumdaydı.

Şekil 1. Sağlık hizmeti finans akışı (Curtis S, 1997 'den yalınlaştırılarak)



SSF, federal, bölgesel ve yerel düzeyde, sağlık hizmetinin finans denetimini üstlenmek üzere kuruldu. İşverenler, çalışanların gelirinin %3.6 sı karşılığı aylık prim ödeyecekti. Ödenen primin %0.2'lik bölümü Federal Fon tarafından alınacak, yeterli prim toplayamayan ya da daha fazla gereksinmesi olan yörelere, bölgesel dengesizlikleri önlemek üzere kaydıracaktı. Finans denetiminde temel işlevi gören ve ülke düzeyinde 82 adet olan bölgesel fonlar, Bölge Sağlık Müdürlüğü yerine bütçeyi düzenliyor ve yerel toplum adına hizmeti satın alacak olan sigorta şirketini görevlendiriyordu. SSF şirketlerin etkinliğini düzenlemek, hizmet kalitesini ölçmek ve rekabeti özendirmeyle görevli kılınmıştı. Hizmetin herkese ulaşmasını sağlamak ve prim ödeyemeyenlere destek olmakla da yükümlüydü.

Kurulan prim toplama modeli başlangıçta nüfus başıydı, ancak bazı karışıklıklar da içeriyordu. Zaman içinde hastane başvuruları, giderek poliklinik başvuruları, ayrıca çalışmayanların her tür hizmetten yararlanması, başvuru başına ödeme niteliğine dönüşmeye başladı. Bölgesel uygulamalardaki farklılıklar arttıkça, sigorta primi ödeme biçimi içinde çikılmaz, anlaşılabilir bir biçim almaya başlayacaktı.

Tablo 1. Finans kaynakları (%)

Kaynak	1980	1990	1994	1995	1996
Kamu					
Vergi	100	100	70	60	60
Kamusal sigorta payı			20	30	30
Özel					
Cepten ödeme	*	*	4**	4**	5**
Özel sigorta			1	2	2
İşveren			-	-	-
Yardım fonu			1	1	

WHO, 1998

\*reçete ödemeleri dışında

\*\* yatan hasta ilaçları içinde

### Hizmet İşletmesi

SSF oluşturduğu fonun hizmette kullanılmasını sağlamak üzere, hizmeti alacaklar adına sigorta şirketleriyle sözleşme imzalayacaktı. Fon, kaynaklarını özel sektörün ya da yerel yönetimin kurduğu hizmet işletmeleri olan sigorta şirketlerine, nüfus bazında aktaracaktı. Hizmet işletmesi genelde özel sigorta şirketleri tarafından üstlenilecek, bunun sağlanamadığı yerlerde yerel yönetimler de sigorta şirketi kurabilecekti. Adına tek tip prim ödenen herkes aynı hizmeti alacak, ek ve özellikli hizmetler almak isteyenler ceplerinden başvuru başına ek prim ödeyebileceklerdi. Ayrıca, serbest pazar ekonomisi gereği, özel hizmet satın alınabilen tümüyle özel ve bağımsız hizmet sigortalıları da kurulabilecek ve başvuru başına ücret temelinde çalışacaktı. Yeni modelde çalışmalarına olanak tanınan anlaşmalı sigorta şirketleri, 1993'ten başlayarak, Hizmet Tüketimi Örgütlenme ve Yönetimi kuruluşu altında, yerel düzeyde hizmet satın alınmasında kamu kurumlarıyla hizmeti alanlar arasında sermayenin toplanması, oluşturulması, yapılanması anlamında aracılık etmeye koyuldu (Chernichovsky D.)

Şirketlerin kendilerine bağlı yerel toplumda yaşayanların tümünü kapsamaları zorunlu oldu. Fonda toplanan primler yeterli olmazsa şirketler finans risklerini üstlenmiyor, riski üstlenen yerel SSF oluyordu. Sigorta şirketleri serbest piyasa koşullarında rekabet ederek sözleşme koşullarını oluşturacak, ancak zarar ettiklerinde zararları kamu kaynaklarınca karşılanacaktı. Sağlık hizmetleri içinde birincil hizmeti ve koruyuculuğu da üstlenmeleri planlanmıştı (Chernichovsky D, Potapchik E, 1995). Sigortalıların ücretsiz yararlanma hakkı olan hizmetler, 1992'de hükümet genelgesi olarak yayımlanan ve 1993 de çalışanlar için yasalaşarak "temel paket" olarak adlandırılan "Sağlık Hizmetleri Temel Programı" içinde belirlendi (WHO, 1998):

- Acil bakım,
- Ev hizmetlerinde ve hekim dışında uygulanan hizmetlerde temel tıbbi ve sosyal bakım,
- Polikliniklerde koruyucu, tanı koyucu ve sağaltıcı hizmet,
- Çocuklar, gençler, engelliler ve gazilerin esenlendirilmesi,
- Sevki hastane bakımı.

Yatan hastanın ilacı ücretsiz karşılanırken, ayakta hasta, çocuk, gazi, diyabetik gibi özel gruplardan birine girmiyorsa- reçete bedelini cebinden karşılamak zorundaydı. Temel hizmetler dışında yer alan gereksinmelerin karşılanmasında yöresel farklılıklar beklenebilecekti.

"Temel paket" içinde kesinlikle yer almayan ve sigortalının cebinden ödeme yaparak karşılamakla yükümlü olduğu hizmetler de şaptandı:

- Kozmetik cerrahi
- Homeopati ve benzeri bilimsel olmayan etkinlikler
- Diş sağlığı (çocuk ve gaziler dışında)
- Gözün kırma kusuru incelemeleri
- Tıbbi protezler (çocuk ve gaziler dışında)
- Bazı esenlendirme etkinlikleri
- Bazı sağlığı geliştirme ve eğitim projeleri
- Ayaktan hasta reçeteleri

"Temel paket"te yer alan ve almayan etkinlikler irdelendiğinde, Sovyet döneminde var olan haklarla önemli ölçüde örtüştüğü anlaşılmaktaydı. Ayaktan hastanın reçete bedelini ödemesi konusundaki yaklaşım Sovyet modelinin hemen aynıydı, ancak Sovyet döneminde ilaç üretim ve dağıtımını devlet tarafından üstlenildiğinden, cepten harcamalar sözü edilemeyecek denli düşük olurdu. Temel paket dışındaki kalemler de Sovyet modeline büyük ölçüde uyuyordu.

### Hizmet sunumu

Şirketler yerel yönetimlerle yapacakları pazarlıklar sonucu hizmet sunumunu kamu ya da -varsa- özel sağlık kuruluşlarından alacaktı (Sheiman I, 1994; Curtis S ve ark, 1997; WHO, 1998). Sovyet döneminden temelde

ayrılan yaklaşım, sağlık etkinliğinin "hizmet sunma" anlayışından, "finans yönetme" biçimine dönüştürülmesiydi (Shishkin S, 1998). Böylece devletin sağlık planlaması ve düzenlemesine ağırlığını koymayacağı, hizmeti satanlar safında yer alacağı ve karlılığı denetleyeceği varsayılmıştı.

Hizmet sunumu tümüyle Sovyet sistemindeki örgütlenme modeliyle yürütülecekti. Bu bağlamda zaman içinde geliştirilmek üzere özel sektöre de olanak tanındı. Sigorta yasası çıkartılırken özel hastaneler ve vakıf şirketleri kurulması da planlanmış, ancak bunlara yönelik yasal düzenlemeler yeterince düşünülmemişti.

Birincil sağlık hizmetinin en iyi Sovyetler Birliği'nde örgütlediği ve işletildiği tüm dünya tarafından bilinir ve kabul edilir. "Reform" sonrasında birincil sağlık hizmetinin bu görkemli modelinde önemli bir değişiklik yapılmadı, dünyada birincil örgütlenme modelinde ilk akla gelen "sağlık ocağı" (Türkiye), "health centre" (Birleşik Krallık ve Commonwealth), "vårdcentral" (İsveç) "terveyskeskus" (Finlandiya) örneklerinde olduğu gibi Sovyetler Birliği'nin efsaneleşen uçastok birimi, sevk zinciriyle birlikte korundu. Birimlerin yönetsel açıdan yalnızca üst yerel yönetim birimleri ile iletişimde olması ilkesi sürdürüldü, sigortalıların yerel yönetimlerle anlaşma imzalamaları sağlanarak, sigorta şirketleriyle doğrudan ilişkileri engellendi. Birincil hizmet nüfusun yerleşim dağılımına yönelik oluşturuldu. Başka kaynaklarda (Aksakoğlu G, 1978a; Kaser M, 1976; WHO, 1998) ayrıntılı olarak açıklanan birincil modelin tanıtımını kısaca yapmak yeterli olacaktır:

Uçastok sağlık hizmetinin bütüncül olarak sunulduğu birincil, aynı zamanda ilk başvuru yeri olduğu için birinci basamak sağlık birimidir. Genelde kırsal alanda 4,000, geniş kırsal ve kentsel alanda 7,000 kişiye bir olmak üzere kurulur. Personeli çoğunlukla feldşer ve hemşireden, 7,000 in üzerinde olanlarda ek olarak -Sovyet döneminden beri uygulanan hekim eğitimi ilkeleriyle farklı fakültelerden yetişen- erişkin ve çocuk pratisyen hekimlerinden oluşur.

**Kent polikliniği** kentsel alanda, yine tümelci yaklaşım ile oluşturulur. Feldşer ve hemşireler yanında, erişkin pratisyen hekimine 1700, çocuk pratisyen hekimine 800 kişi düşecek dağılım planlanır. Bireyler hekimlere liste halinde kaydolur. İstek üzerine ve özel bir onama işlemi yapılarak hekim seçimi de yapılabilir. Pratisyen hekimlere 1992'den bu yana sürdürülen ve Genel Pratisyenlik uzmanlığına dönüştürülmesi planlanan eğitim programı uygulanmaktadır. Yerleşim yerinin ve toplumun özelliğine göre kadın-doğum, kardiyojoloji, romatoloji, onkoloji uzmanları da eklenebilir. Yataklı olabildikleri gibi, cerrahi işlem de uygulayabilirler. **Özel Dal Polikliniği** 15 yaş altındaki çocuk ve ender kurulan bir birimdir. **İşyeri Poliklinikleri** bazı ağır sanayi birimlerinde rastlanan, özel amaçlı küçük işyeri merkezleridir. İş Sağlığı uzmanları ve ender olarak yatak da bulundurulabilirler.

"Reform" sürecinde birincil sağlık hizmeti Sovyet modelindeki tüm özellikleri ile korunmuş durumdaydı.

Polikliniklerden bazılarında pilot proje niteliğinde grup uygulamasına geçildi. Bunların çok azı yerel yönetimleri aracılığıyla sigorta bağlantısı kurduğundan, hemen tümü vergi kökenli kamusal bütçe ile finanse edildi. Sovyetler Birliği döneminde, 1978'de Alma Ata'da belgelenen birincil sağlık hizmeti (primary health care), ülkenin hizmet modelinin temelini oluşturmasına karşın, terim olarak daha önce ülkede kabul görmemişti (Kavram için (Aksakoğlu G, 2002) ye bakılabilir). Resmi olarak ilk kez 1992'de, Sağlık Bakanlığı aile hekimliğine geçiş için bir genelge yayınladığında kullanıldı.

**SanEpid**, "sanitasyon" ve "epidemioloji" sözcüklerinden türetilmiş, bağımsız bir modeldir. Konuya yönelik üçüncü tip tıp fakültesinden yetişmiş hekim ve çok sayıda farklı disiplinlerden elemanla kurulur. Örgütlenmesi dikey, yerel yönetimlerle bağlantılıdır. Sovyet dönemindeki yapısal özellikleri ve çalışma yöntemi korunmaktadır. Bulaşıcı hastalık kontrolü, toplum bağışıklaması, sağlık verilerinin toplanması, sağlığın korunması, sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme, konularında hizmet verir. Perestroyka döneminde diğer tüm hizmetler gibi veri toplama ve bulaşıcı hastalık savaşı da bozuldu. "Reform" dan sonraki ender kazanımlardan biri, bağışıklama hizmetlerinin yeniden düzeltilmesi, 1994'de ülke çapında kızamık bağışıklama oranının %88.2'ye yükseltilmesiydi.

**Hastane Hizmetleri:** de birincil sağlık hizmetinde olduğu gibi nüfusun yerleşim dağılımına yönelik oluşturulmuş durumdaydı, "reform" sürecinde aynı biçimde korundu. **Uçastok** düzeyinde 30-50 yataklı birimler oluşturulabilir. Genellikle sosyal hizmet amacıyla, ender olarak küçük cerrahi girişimler nedeniyle kullanılırlar. Hekim, çocukçu, cerrah yer alabilir. **Rayonların** mutlaka (bölge) hastaneleri bulunur. 40-150 bin kişiye, 100-700 yataklı hizmet verirler. Her tür tıbbi ve cerrahi olanağa sahiptirler. Ayrıca yatarak hizmet alması gerekmeyen hastaya bakmakla yükümlü, uzman düzeyinde işlev gören poliklinikleri de vardır. Oblast hastaneleri 10-50 rayona hizmet verir. Daha fazla çeşitlilik içerir ve tıbbi anlamda gelişkindirler. Her tür uzmanlık ve olanağa sahiptirler. Aynı zamanda tıp fakültelerine eğitim hastanesi işlevi de görürler. Kendilerine bağlı poliklinikler de bulunur. Özel dal hastaneleri kadın ve özellikle çocuk sağlığı konularında çok ileri işlevler üstlenirler. Diğer tüm yataklı birimler gibi sevk zinciri içinde görev yaparlar. İşyeri hastane ve poliklinikleri uzmanlaşmış, bazen yatak da bulundurabilen birimlerdir. Savunma Bakanlığı ve diğer bazı bakanlıkların, daha çok hastane niteliğinde, kendi örgütlenmeleri bulunur. Federal hastane ve poliklinikler genellikle federal başkentte bulunur, çok ileri amaçlı tanı ve sağaltım işlevleri üstlenirler.

#### "Reform" un sonuçları

##### a) Örgütlenme ve finans anlayışı

Planlama Sovyet döneminde sağlık gereksinmelerine yönelik, en küçük birimlerde yukarı doğru yürütülmekteydi. Bölgesel planlar yapılır, yukarıya doğru uygulanan akış şeması içinde GOSPLAN'a uyumu



sağlanırdı. Sovyet modelinde -şimdiki yönetimin tek ilgi alanını oluşturan- hastane hizmetlerinde de önce gerekli yatak sayısı belirlenir, sonra parasal ve insansal kaynaklar buna yönelik aktarılırdı. Yeni yönetim burada da yaya kalmış görünürdü, çünkü verimlilik ve karlılık anlayışı, önceki modelin yürütülme amaçlarına, yani gereksinmeye aykırı düştüğü gibi, halkın beklentileriyle de örtüşmedi. Her oblast kendi sağlık gereksinmelerini belirledi ve planlamasını yaptı. Bu yeni bir uygulama değildi, çünkü Sovyet dönemindeki halkın demokrasisi de zaten böyle olmasını gerektiriyor ve böyle uyguluyordu. Ancak Sovyet döneminde var olan bu özerk karar verme anlayışı tüm ülke dikkate alınarak merkezde bir uyum modeliyle uyumlu kılınıyorken, şimdi başına buyruk bir görünüme bürünmüştü. Rusya Federasyonu'nu oluşturan devletler ve bölgelerin birbirleriyle derin toplumsal ve ekonomik farklılıklar içermesi, sağlık modelinin uygulanma sonuçlarında önemli farklılıklar olduğunu ortaya koyuyor, veri ve yaşamsal göstergeler sağlığın ya giderek bozulduğunu ya da olumsuz koşullarını sürdürdüğünü gösteriyordu. En olumsuz örnekleri oluşturanlardan Azerbeycan'da kişilerin cepten harcamaları tüm sağlık harcamalarının %80'ini ve ulusal gelirin %6'sını oluştururken, Gürcistan'da sağlık harcamalarının %90'ının cepten yapıldığına dikkat çekiliyordu. 1997'de tüm RF'da yaşayanların %41'i, en alt gelir grubunun %50'si ilaç ücretlerini karşılayamadığını, yine tümünün %13'ü tıbbi bakım ücretlerini karşılayamadığını belirtiyordu. En düşük gelir düzeyindekilerin %36'sı ayaktan bakım hizmetleri için başvurmayı kestiklerini açıklıyordu (Central and Eastern European Health Network, 2002).

Sovyet döneminden farklı olmayan bir yaklaşımla yeni dönemde de bütçeyi merkez yönetim belirledi. Ancak yeni modelde gereksinmeler gözetilmediği ve merkezsiz planlama yapılmadığı için planlama uygulanamaması karmaşaya neden oluyor, karmaşa yönetimi kaygılandırıyor. Gerçekte bu kaygıyı anlamak da kolay değildi, çünkü sağlıkta oluşturulmaya çalışılan kapitalist yapılanma ya da serbest pazar anlayışının plana değil, karlılığı artıracak bir düzensizliğe, dahası kaosa daha yatkın olması beklenmekte ve istenmekteydi. Modelin tüm aşamalarında olduğu gibi, planlamada da kendi içindeki çelişki ortaya çıktı. Kursk oblastında 63 bölge hastanesinden 14'ünün kapatılması özel sektörü çökertti. Yaroslav'da yatan hastaların en çok %40'ına yiyecek bütçesi ayrılabilirdi. Saratov hastanelerinde sargı satın alma olanağı bulunamadı (WHO, 1998). Sermaye oluşumunun ve dağıtımının sigorta şirketlerinin bakılan hasta başına alınacak ücrete göre sağlanması düşüncesi uygulanmaya başlanıp da tutmayınca, hasta bakımı hizmetlerine para ayrılamaz oldu. Yerel yönetimin sağlamakla yükümlü olduğu payın sürdürülmeye çalışılması yeterli olmadı, çünkü Sovyet dönemindeki kararlılık ve düzenlilik sağlanamıyordu.

**Düzenleme** yönünden yeni yönetimin ciddi yakınmaları vardı. SanEpid'in sağlıklı yaşam koşullarının oluşturulması ve iyilik/hastalık verisi toplanması sonucu oluşturduğu düzenlemeler sürüyordu. Ancak şimdi hizmeti

sunarlarda "rekabet ruhu" oluşmadığı için hizmet iyi yürümüyordu! Hasta fiyatlarının kesin olarak belirlenmemiş olması da sıkıntılar yaratıyordu. Burada da bir çelişki yaşanıyor, çünkü gerçekte serbest pazara geçilmesiyle fiyatların rekabete bırakılması beklenmeliydi, oysa yeni yapılanmada fiyatların düzenlenmemiş olmasının getirdiği sıkıntıdan yakınılıyordu. İlaç dağıtım ve satışı başıboştu. Sovyetler'in her hekim için beş yılda bir düzenlediği hizmet içi eğitim çökmüştü. Sağlık Bakanlığı özel tıp fakülteleri açılmasına izin vermiyordu, bu da özelleştirilmiş sağlık hizmeti anlayışı oluşmasına ters düşüyordu.

**Sosyal Hizmetler** Sovyet döneminde bir sağlık hizmetinin uygulanma biçimi olarak değil, toplumsal gereksinme olarak ve toplumun genel yapılanması içinde değerlendiriliyordu. Sosyalist sistemin duraksamaya girmesiyle ayrı bir hizmet sektörü olarak algılanmaya başlandı. Kar eden bir niteliği olmadığı için "reform" sürecinde işlevsiz kaldı. Ülkede -Sovyet döneminden beri- az sayıda var olan huzurevinde yaşlı bakımı yapılmaya çalışıldı. Süregen hastalıkların bakımı düzenli ve sürekli değil, genellikle akut ataklarda ilgi ve bakım görür oldu.

**Yerelleştirme** yeni yönetim anlayışının temel ilkelerinden. Sovyet döneminde var olan merkezsiz yapılanma -sağlık örgütlenme modelinde değiştirilmesene bile- finansal olarak yöreseleştirilmiş durumdaydı. 1992'de çıkarılan temel yasaya göre kuramsal olarak yerel kararları almakla yükümlü olan birimler sivil toplum kuruluşları olmasına karşın, böyle bir kavramın toplumsal olarak var olmaması ve yönetim anlayışında kabul görmemesi nedeniyle kararlar genellikle bölge merkezli olarak alınıyordu. **Özelleştirme** yerelleştirmenin ana unsurlarından olmasına karşın gerçekleştirilebilmiş değildi. Sağlık çalışanları özel çalışma hakkına kavuşmalarına karşın bunu yapmıyorlardı. Kamu kurumları, sözgelimi hastaneler satılmıyordu. Yabancılar özelleştirmenin önünü tıkayan engelin yasal düzenleme eksikliği olduğunu ileri sürmesine karşın, temel eksikliğin toplumdaki isteksizlik olduğu ortaya çıkıyordu. Özelleştirme, çok öne çıkmamasına karşın, yalnızca Sovyet döneminde de modelden oldukça kopuk olan ilaç ve diş hizmetleri sektörlerinde ortaya çıkabiliyordu.

**Özel sağlık hizmetleri**, yani sigorta dışında gönüllü ödemelerle hizmet satın alınması, "reform"un önemli bir ögesi olması planlanırken, kurumsal olarak yerleştirilebilmiş duruma hiçbir zaman gelmedi. Sağlık hizmeti değerlendirilmesinde geçer ölçüt olan finans bazında ele alındığında, hizmetin %5'ine bile ulaşamadığı görüldü. Yeni yönetimin anlayışıyla, Sovyet döneminin nomenklaturasına hizmet etmiş enstitülerde işlev görmekte, "halk" ın erişimine uzak kalmaktaydı. Sektörün oluşması için devletten sağlanan leasingin güvenliğinin yasal olarak netleşmemesi nedeniyle özel sektöre kaymanın beklenen ölçüde olmadığı, hastanelerin tümüyle kamu sektörü mülkiyetinde ve kullanımında kaldığı görüldü (Malginov G, 1996). Kar amaçlı olmadığı ileri sürülen vakıfların vergilendirilmesindeki belirsizlikler de

devlet kuruluşlarının sivil toplum örgütlerine bakışındaki geleneksel soğukluk ve güvensizlik, vakıfların da sektöre girmesine engel oluşturdu (Shishkin S, 1996). Sivil toplum örgütleri özel hizmet modelinde etkin olacakları düşünülmüş olmasına karşın, ne halktan ne de devletten kabul gördükleri için işlevsiz kaldı. Temel pakette yer almayan ve hastanın satın alması gereken ayaktan sağaltım ilaçları özel sektörün tek başarılı kazanımı oldu. Aynı kapsamda olan diş bakımı ve her anlamdaki protezin sağlanmasında da özel sektörün geri kaldığı belli oldu.

**Yönetim,** Sovyet döneminden farklı olarak, liberalleştirilmişti. Perestroyka döneminde Kemorovo'da gerçekleştirilen uygulama, hastane yönetiminin özerkleştirilmesi anlamında iyi bir deneyim olarak görüldü. Finansal özerklik oluşturulmuş, karlılık sağlanmıştı. Personel alma ve atma işlemleri özgürleştirilmişti ve yolunda gidiyordu. Model diğer oblastlara ve devletlere yaygınlaştıkça bu özgürlüklerde kısıtlılıklar yaşanmaya başlandı. Yalnızca poliklinikler ve hastaneler arasında değil, oblast ve rayonlar arasındaki ilişkiler de kurulamamıştı. Hastanenin yöneticisi hala başhekimdi ve aslında temel görevi hastaların sigorta sözleşmelerini düzenlemek ve bütçeyi hazırlayıp uygulamak olarak düşünülmeye karşın, hastanenin iç yönetimiyle ve personelle de ilgileniyor, personel çıkarmada sorunlar yaşıyordu. Bu işlemleri yürütecek bir yönetim ya da yürütme kurulu (mütevelli heyet) oluşturulmasına olanak tanınmıyordu. Sigorta şirketleri yerel yönetimler ve hizmeti alanlar dışında üçüncü taraf olmaları gerekirken, pazarlık ve sözleşmeleri birebir yapmak zorunda kalıyorlardı. SSF yerel düzeyde şirketlerin satın alma önceliklerini ve sağlanabilen finans kaynağı çerçevesinde uygun hizmet dağıtımını yapmakla yükümlüken bunu başaramıyor, planlama ve uygulamalar Sovyet dönemindeki deneyim ve geleneklerle sürdürülüyordu. Sağlık hizmeti gereksinmesinin ölçümü ve uygulanmasını müşterinin yapması gerekirken bunu SanEpid üstleniyor, o da işlemi yürüten sigorta şirketleriyle görüşme gereği duymuyordu. Müşterinin kendisi sağlık hizmeti elemanının performansını ölçmüyor, tüketici davranışı ve kimliği oluşturmuyor, o zaman da hizmetin satın alınma ölçütü merkezsel olarak, en az düzeyde olacak biçimde, eski alışkanlıklarla yapılıyordu. Tüm bunlar sağlıkta pazar ekonomisi işletilmesini sekteye uğratıyordu!

#### b) Sağlık Harcamaları

Ülke düzeyinde sağlık harcamalarının yıllar içinde giderek azaldığı tüm kurumların ve araştırmacıların ortak kanısı oldu. Sağlık harcamalarının Net Olmayan Ulusal Gelir içindeki payının 1996 için %4.8 olduğu OECD tarafından ileri sürülmekteydi. Bu payın 1970'de %12.3 ve 1987'de %9.1 olduğu hesaplandı. Azalmanın temel nedeni Sovyet sisteminin çözülme dönemindeki ekonomik küçülme, ardından "reform" un uygulanmasıyla ortaya çıkan hizmet kullanımındaki daralma olarak görüldü. İlaç üretimi giderek özel sektöre devredildi ve ilaç fiyatları arttı, Batı'da üretilen ilaçlar yüksek fiyatlarıyla pazarda yerini almaya başladı. Ayaktan hizmet alan hastanın geleneksel olarak cebinden karşıladığı, eskiden çok düşük maliyetli

olan ilaçların giderek pahalılaştığı da düşünüldüğünde, hizmet maliyetindeki artışın ve hizmet kullanımındaki azalmanın nedenleri açıklanabilir. Tüm nedenler dikkate alındığında, sağlığın da toplumsal gerilemeden, umutsuzluk ve geleceğe yönelik beklentilerin azalmasından payını aldığı yorumu yapılabilir.

Sağlıkta koruyucu hizmetlerin önemini yitirmesi, toplumun yaşam kaygısı içinde koruyucu hizmetten yararlanmayı daha az düşünmesi, sağlık hizmeti harcamalarını azaltan etmenler arasında görülmektedir. Özellikle geçiş döneminde aşların sağlanamaması ya da bağışıklama hizmetinin ücretle karşılanması sağlık hizmetinin kullanımını ve harcamaların düşmesini açıklayan nedenler arasında sayılabilir. Perestroyka döneminde salt bağışıklama ile korunabilen hastalıkların korkunç boyutlarda görülmesi, koruyucu hizmetten yararlanılamadığının açık göstergesidir (Aksakoğlu G, Elçi ÖÇ, 1996).

Yerel yönetimlerin özel sigorta şirketlerinin açığını kapatması bekleniyordu. Bunun ne ölçüde gerçekleştiği yönünde kesin bir veriye ulaşılamamasına karşın, kısıtlı kaldığı anlaşıldı. Yerel yönetimlerin karşılamakla yükümlü olduğu %60'ın ise %5'lik bölümünün ilk yıllarda Federal bütçeden karşılandığı anlaşıldı (World Bank, 1994).

Modelin yaratıcılarının artık hastaların sağlık hizmetini özel sağlık hizmetleri aracılığıyla "satın alma hakkı" na sahip olduklarını ileri sürmeleri, uygulamanın özünün ve amacının cepten ödemeler olduğunu açıklar nitelikte olmasına karşın, bireysel ödemelerin kayıtlara geçen toplam maliyetin %5'ini aşmadığı anlaşıldı. Oranın bu denli düşük olmasının temel nedeninin, toplumun risk altındaki çocuk, gazi, kronik hasta gibi gruplarının finansal koruma altına alınmış olması olduğu belirlendi. Hizmet alımında yöresel olarak yasadışı ek ödemeler de istenebildiği ve sigortalıların küçük bir kısmının özel nitelikte hizmetler de satın alabildiği dikkate alındığında, cepten ödemelerin tüm sağlık harcamalarının %10'una dek çıkabildiği varsayılabilir. Kayıtlara göre, sigortanın temel hizmet kapsamı dışında gönüllü olarak satın alınan sigorta hizmetlerinin ise tüm nüfusun %1'ini, Moskova'da %3-5'i, St Petersburg'da %2-4'ü kapsadığı, sağlık harcamalarını %2'sini oluşturduğu görüldü (Chernichovsky D, Potapchik E, 1995; WHO, 1998). Perestroyka sonrası, özellikle 1991'deki darbe girişimini izleyen gelişmeler, sağlık sistemindeki özelleştirme anlayışını da törpüleyerek geliştirdi.

Personel politikası ve ücretlendirme planlandığı gibi yürütülememesi yanında, çalışanları olumsuz koşullara itti. Sovyetler Birliği'ndeki sağlık personeli sayısının çok fazla olduğu tüm dünyaca bilinir, hatta bazılarıncı gereğinden bile fazla bulunur. Personel üretiminde Sovyetler'in son döneminde ve "reform" un başlangıcında görece daraltmaya gidilmiş olmasına karşın, bu "fazla"lık yeni süreçte de görülüyordu. Hekim dışındaki sağlık emekçileri -özellikle feldşer, hemşire ve fizyoterapistler- model içinde nitel ve nicel olarak anlamlı bir yer tutuyordu.

Sağlıkçılar Sovyet döneminde üretici sayılmadıkları için diğer çalışanlara, sözgelimi fabrika işçilerine göre daha az kazanıyorlardı. 1991 yılında sağlıkçıların ücreti genel ücret ortalamasının %75.4'ü kadardı. 1990'lardaki hiperenflasyonla Mart 1992'deki yaşam maliyeti 13 kat artarken sağlık çalışanlarının ücret artışı 3.5 kat oldu. Sağlık çalışanlarının ücreti Mayıs 1992'de sanayideki ücretin %49'u kadardı. 1990'ların sonlarında hekim aylığı feldşer ve hemşire ücretlerinin biraz üzerinde ve ilköğretim öğretmeni düzeyindeydi (WHO, 1998). Sovyetler Birliği döneminde toplumsal örgütlenmenin devletle özdeşleşmesi nedeniyle düşünülmemen sendikalaşma, yeni süreçte de söz konusu olmadı. Meslek örgütlenmesi de aynı nedenle güçlenmedi. Meslek kuruluşları yeni modelde etkin olarak görüş bildirecek ve görev alacak sayılmışken, daha önce böyle bir görev yapmaya gerek duymadıkları ve Sovyet döneminde özlük hakkı arama kaygı ve alışkanlıklarına sahip olmadıkları için etkin görünmedi. Ücretlerdeki düşmeye tepkileri yumuşatmak -ve elbette özelleştirme modeline uygun düşmek- için konan prim uygulamaları benimsenmediği ve verimli olmadığı için geçerli kılınmadı.

### c) "Reform"culardan Özeleştirisi

"Reform" sürecinde modelin etkinliği uygulayıcılar, eleştirmenler ve özellikle de ABD'li ekonomist-akademisyenlerce incelendi ve değerlendirildi. Bunların bir kısmı eleştirilerini kuramsal ve ekonomik açıdan, sözgelimi kapitalist ekonomide sigortacılık ya da "toplum kalite"ye uygunluk yönünden yaptı (Campbell M, 1999; Cholewka PA, 2001). Bazıları örgütlenme modelini somut verilerle ve yerel ve resmi kaynaklardan yararlanarak eleştirdi (Shishkin S, 1998; Shishkin S, 1999). Pek azı yerel araştırma verilerini toplayarak elde ettiği sonuçları sundu (Mersin E, 1996; Curtis S ve ark, 1997). Kestirilebileceği gibi, Batı literatüründe yayımlanan araştırma ve görüşlerin ortak yanı, "reform"un istenen ölçüde yerleştirilemediği ve sonuçlarının beklendiği gibi olmadığı görüşünde birleşmeleri ve doğal olarak bundan yakınmalarıydı.

Bazı yazarlar modelin işlemeşini basit ve yüzeysel yaklaşımlarla açıkladılar. Rusya Federasyonu'nda uygulanan yapı sosyalist sisteme karşı bir "anti-model"di ve varolmayan pazar ekonomisi içinde yer almak üzere kurulduğu, satın alacakların sayısı çok kısıtlı olduğu için başarısızlığı, başarısızlığı ise ürkütücü bir siyasal uyarı oldu (Field MG, 1999).

Sarah Curtis ve arkadaşları British Council ve Nuffield Foundation tarafından desteklenen araştırmalarında (Curtis S ve ark, 1997), "reform" konusunda en uzun deneyime sahip olan Leningrad oblastını ve St Petersburg kentini karşılaştırmalı olarak incelediler. Araştırmaları sağlık yöneticileri/uygulayıcılarıyla ve hizmetten yararlananlarla görüşme temelli, iki aşamalı bir veri toplamaya dayanıyordu. İki yerleşimde sağlık örgütlenmeleri farklıydı. Oblastta federal yöntem uygulanıyor ve oldukça esnek davranılıyordu. Kentte, uyarlanmış bir yöntemle daha merkezsiz ve otoriter bir yapılanma görülüyordu. Her iki

bölgede katılımcılar kamu hizmetine ulaşmanın güç olduğunu kabul ediyor, özel-paralı hizmete ulaşmanın kolay olduğunu kabul edenlerin çoğunluğunu yüksek gelir grupları oluşturuyor, bu bulgu aynı konudaki ulusal veriye (Mersin E, 1996) uyuyordu. Bulgulara göre çoğunluk reçete edilen ilaçlara ulaşmakta güçlük çekiyor, ilaç fiyatlarının yüksekliği başlıca sağlık yakınmasını oluşturuyordu. Yeni modelde "müşteri memnuniyeti" araştırıldığında, çoğunluk olumsuzluklar nedeniyle yönetime yakınmada bulunmayacağını, çünkü bunun işe yaramayacağını belirtiyordu. Modelden hoşnut olanlar yüksek gelir grupları ve hastalığı bulunmayanlardı. Araştırmacıların yorumlarına göre, ABD ve AB'de özel sektör kuruluşlarının gelirlerine dayandırılan sağlık finansmanı, Rusya'da onlarla kıyaslanamayacak denli düşük parasal olanaklara sahip kamu kuruluşlarında oluşturulmaya çalışılmıştı. Toplanması amaçlanan primler, ulusal sağlık giderlerini karşılamakta yetersiz kalacaktı. Pazar ekonomisi oluşmuyor, sigorta şirketleri arasında rekabet olmuyordu. Sigorta şirketleri sağlık sektöründe özelleşmiş ve uzmanlaşmış değildi. Koruyucu hizmetler ihmal ediliyordu. ABD ve Britanya'da olduğu gibi, Rusya'da da "kurgulanmış rekabetin tuzakları" geçerliydi.

Sergey Shishkin reform uygulamalarının içinden geliyor, sıklıkla yorumlarını yayımlıyordu. Hırvatistan'da yayımlanan bir değerlendirmesinde yeni modelin gelişiminden hiç de umutlu olmadığı anlaşıyordu (Shishkin S, 1998). Bir başka yazısında özellikle devletin üstlendiği koruyucu rolün azaltılması gerektiğini vurguladı. Shishkin'e göre yeni modelin üç temel kusuru vardı: i. hükümetin var olan kaynaklarla karşılanması olanaksız, gerçekçi olmayan kapsamda sağlık hizmeti sözü vermesi, ii. sağlık hizmet sunumu yönetimindeki yetersizlik, iii. zorunlu sigorta yüklenicilerinin ve fonların katkısıyla oluşacak olumlu değişikliklerin kanıtının olmaması (Shishkin S, 1999). Sunduğu, büyük ölçüde modelin kurulma hatalarını açıklama yaklaşımıydı.

Batılı araştırmacılar modelin Sovyetler'deki gibi merkezsiz yapılandığından yakınırken, temel sorunun sağlık modelinin siyasal yapılanmayla eşzamanlı olarak "desantralize" olmasından kaynaklandığını belirtiyordu. Böylece kararlar yerel yöneticilerin keyfine kalıyor, uyumsuz ve tutarsız uygulamalar ortaya çıkıyordu. Zorunlu sigorta katkısı beklendiği ölçüde olmuyor, primler sağlık bütçesinin ancak %19'unu karşılıyor, kamu harcamaları sağlık hizmetinde giderek daha fazla yer alıyordu. Sağlık yetkililerinin kafalarında yeniden Sovyet modeline dönme düşüncesi olduğunu ileri sürüyorlardı. Yöneticiler 1995 ve 96'da sigorta modelini iptal etmeye kalkmışlar, bazı cumhuriyet ve devletlerde özel sigortacılık yasaklanmış, girişimler ancak 1996'da sağlık bakanının görevden alınmasıyla durdurulabilmişti. Durum hala tehlikeliydi (Shishkin S, 1998). Sigortanın hizmet işletmeciliği 89 bölgeden yalnızca 11'inde gerçekten aracı konumuna geçebilmişti. Çalışmayan nüfusun artışı modeli tıkıyordu, çalışmayanların çalışanlara oranı %123 olmuştu! Rekabet yalnızca ek primlerini cepten ödeyebilenler için oluşabiliyor, onun işlem hacmi de belirtmeye değmez

düzeyde kalıyordu. Sağlık yöneticileri ve sağlık çalışanlarının çoğu sigorta fonlarını ve şirketlerini sağlık hizmetinin finansmanında gereksiz unsurlar olarak görüyorlardı. Sağlıkçı ve hasta yatağı sayısı hala çok yüksekti. Sağlık "reform"u bir türlü oturtulamıyordu.

McKeehan Campbell, bir akademisyen ve ekonomist olarak hazırladığı konferans dizisinde modeli yargıladı ve mahkum etti: Bu model Rusya'da işletilemezdi. Hekimler sağlık giderlerini azaltmak yerine sağlık gereksinmelerini -hem de kaliteli düzeyde- karşılamaya yönelik olarak güçlendirilmişlerdi. Zaten 1993 Sağlık Sigortası Yasası sağlık hizmetinin gelir ve refahın işlevi değil, insan hakkı olduğunu güvenceye alıyordu. 1997 ile 1998 arasında sağlık hizmeti fon kaynakları yarı yarıya azalmıştı; bunun nedenleri arasında enflasyon, işsizlik, çalışma yaşındaki erkeklerin erken ölümü, vergi tabanındaki küçülme ve özellikle kadınlarda çok görülen emeklilik vardı. 1993'ten beri uygulanmaya çalışılan sağlık sigortası sistemi 1990'ların sonlarında büyük ölçüde başarısızlıkla sonuçlanmıştı. Rusya, yaşama geçirildikten on yıl sonra rekabete dayalı ve etkin bir sağlık sigorta sisteminden yoksun olmakla kalmamış, varolan evrensel sağlık hizmetinden de olmuştu. 1999'da DSÖ, AB ve DB, sağlık hizmeti örgütlenmesinde ve finansmanında bu denli ani bir değişiklik önerilmiş olmasının yanlışlığını kabul ederek Rusya'nın sigorta hekimliğinden devlet sağlık hizmetine dönmesini önermişlerdi (Campbell M, 1999).

### Sonuç

"Reform" terimi, sağlık sektöründe tutarlı ve evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımı olmamasına karşın 90'lı yıllarda sık kullanılmaya başlanmış, Sovyetler Birliği'nin dağılmasından sonra Avrupa'ya yeni katılan ülkelerde bu yönde toplumsal, demografik ve ekonomik gereksinimler oluşmuştu (WHO, 1998; WHO, 1997). Andrew Cassels'a göre sağlık sektöründe reform, sağlık politikalarının ve bunların uygulayıcısı olan kurumların değiştirilmesi etkinlikleri olarak tanımlanıyordu (Cassels A, 1995). DSÖ, DB'nin ve DTÖ'nün desteğiyle, bu yapısal değişikliklerin başlatılması için erken ve hızlı girişimlerde bulundu.

"Reform" yönelimi öncelikle sağlık kavramını ve hizmet anlayışını değiştirmeye çalıştı. Sağlık deyince hasta, hizmet deyince hasta sağaltımı, hizmet modeli deyince finans, finans deyince sigorta primi düşünülür oldu. Yaklaşım DSÖ'nün yeni sağlık anlayışı (Aksakoğlu G, 2001) ile de örtüşüyordu, zaten DSÖ artık tüm Avrupa ülkelerinin sağlık örgütlenme modeli tanıtımını "sağlık bakım hizmetlerinde değişim" (health care systems in transition) başlığıyla sunmuyor muydu (WHO, 2003)? Oysa Sovyet insanı bu yaklaşıma alışkın değildi, onlar "sağlık" kavramını "yaşam" ile özdeş tutuyorlardı. Üstelik bu anlayış onlara yukarıdan öğretilen bir kavram değildi, kendi oluşturdukları bir biçimdi. "Reform"un gerçekte en büyük yanılgısı, Sovyet insanının kendi gereksinmelerini karşılama amacıyla oluşturduğu ve kendi kavramlarıyla yarattığı bir ekonomik sistemin sağlık modelini değiştirmeyi düşünmesindeki yetersizlikti. Toplumun yeni bir sağlık modeline gereksinme duyduğu varsayılmış, aynı

toplumun ne gereksindiği ne de alışkın olduğu bir yaklaşım uygulanmaya koyulmuştu. Gerçekte yapılan toplumun elinde olan olanakların baskılarla yok edilmesi, yerine boşluğu dolduracağı ileri sürülen ve gereksinmeleri karşılamaya yönelik olmayan yapay bir model monte edilmeye çalışılmasıydı. Kendi kurduğu ekonomik sistemi sonucu olarak gereksinmesinin karşılanmasına yönelik bakışa sahip olan toplum kendisine dayatılmış olan yeni anlayışı geri çevirmekte geç kalmamıştı. Rusya Federasyonu'nda özel sektör aracılığıyla yeni bir sağlık hizmeti modeli dayatanlar, temel ekonomik sistemi gereği benzer bir modeli kabul etmeye çok daha yatkın olması gereken Birleşik Krallık'ta ve İsveç'te gönüllü özel sağlık harcamalarının sırasıyla %8 ve %5'te tıkanıp kaldığını, siyasal intikam hırsı nedeniyle göz ardı etmişlerdi.

DSÖ ve Birleşmiş Milletler Kalkınma Fonu (UNDP) Rusya Federasyonu'nda uygulanmaya çalışılan modelin hatalı olduğunu 1999 yılında kabul etti. "...sosyal ve fiziksel altyapının eğitim, sağlık, üreme sağlığı, beslenme, su ve hijyen alanlarındaki kazanımlarının devlet tarafından ücretsiz sağlandığı..herkese insanca ve gelir güvenliği sağlayan evrensel bir sistem kurulmalı..", ve "..1990'larda 'terk edilen devlet' geri döndürülmeli" düşüncesiyle "reform" çalışmalarının durdurulmasının yerinde olacağını açıkladı (UNDP, 1999; Campbell M, 1999).

"Reform" sürecinde sağlık örgütlenmesinde karmaşa oluştu, eşitsizlikler arttı, sağlık göstergelerinde -özellikle ölümlülükte- bozulma gözlemlendi. Belirtilen sonuçların olumlu gelişmesi, toplumun gereksinmeye yönelik sağlık hizmetini eşit olarak alma hakkının ortadan kalkması ve evrensel değerlerin yok edilmesi anlamına gelecekti. Uygulayıcılarının bile modelden hoşnut kalmayışı nedeniyle "reform"un durdurulması, Rusya Federasyonu yaşayanlarının yaşam hakları kazanımlarının yitimini engelledi. Rusya Federasyonu'nda "reform" sürecinin başarısızlığı ve Sovyetler Birliği deneyiminin kazanımlarının görece korunması, yeni sosyalist toplumun oluşturulmasına yönelik olumlu ipuçları oluşturdu.

*Teşekkür: Ulaşamayacağım kaynaklara ulaşmamı titiz çalışması ve teknik becerisi ile sağlayan araştırma görevlisi Recı Meseri'ye teşekkür ederim.*

### KAYNAKLAR

(Yararlanılan kaynaklar içinde bazı yayınların Vancouver ilkeleri ile gösterilmemiş olması ve başka yöntemlerle bulunamamaları sonucu kaynak gösteriminde oluşan eksikler nedeniyle özür dilerim.)

Aksakoğlu G. (1978a) "Sosyalist Ülkelerde Sağlık Örgütlenmesi", Toplum ve Hekim, 7:17-30.

Aksakoğlu G. (1978b) "Sosyalist Ülkelerde Sağlık Hizmetleri", Toplum ve Hekim, 8:28-37.

Aksakoğlu G. (2002) "Herkes İçin Sağlık'tan Hedef21'e: Dünya Sağlık Örgütü Değişiyor" Toplum ve Hekim. 17:91-100.

Aksakoğlu G, Elçi ÖÇ. (1996) "Sağlıkta Özelleştirme ve Sonuçları", Toplum ve Hekim, 11:67-74.

- Barr N.** (1996) People in transition: reforming education and health care. *Finance & Development*. 9:24.
- Belli P.** (2001) Ten years of health reforms in the ECA region: lessons learned and options for the future. WP, Center for population and development studies, V:11 No:6. Cambridge MA.
- Campbell M.** (1999) Health policy in Russia, [www.pitt.edu/~super1/lecture/lec3761/](http://www.pitt.edu/~super1/lecture/lec3761/), Erişim tarihi: 28 Aralık 2002.
- Cassels A.** (1995) Health sector reform: key issues in less developed countries. Geneva, WHO. (document WHO/SHS/NHP/95.4).
- Central and Eastern European Health Network.** (2002) Formal and informal household spending on health: a multicountry study in central and eastern Europe. (Basılı olmayan rapor).
- Cholewka PA.** (2001). Challenges to institutionalizing sustainable total quality management programs in healthcare systems of post-Soviet countries. *International Journal of Economic Development*. 3(3).
- Chernichovsky D, Potapchik E.** (1995) Needed financial mechanisms under the Russian health insurance legislation and health system reform.
- Conradi P.** (1994a) Life expectancy in Russia falls. *BMJ*, 308:553.
- Conradi P.** (1994b) Cholera attacks former Soviet Union. *BMJ*, 309:827-8.
- Conradi P.** (1995) Russia hit by infectious diseases. *BMJ*, 310:821.
- Curtis S, Petukhova N, Sezonova G, Netsenko N.** (1997) Caught in the "traps of managed competition"? Examples of Russian health care reforms from St. Petersburg and the Leningrad region. *Int J Health Ser*, 27:661-86.
- Davis C.** (2001) Initial conditions and the transition economy in Russia: the weight of the past in comparative perspective. (Taslak). 18.4.2001.
- Feshbach M.** (1995) Environmental and health atlas of Russia. PAIMS Publishing House. USA.
- Field MG.** (1999) Reflections on a Painful Transition: From Socialized to Insurance Medicine in Russia. *Croatian Medical Journal*, March, Volume 40, Number 2.
- Fry J.** (1969) *Medicine in three societies*, Aylesbury.
- Fry J.** (1972) Structure of medical care services in the Soviet Union, *Int J Health Ser*, 2:2; 239-42. Ingram M. (1995a) Syphilis soars in Russia. *BMJ*; 311:78.
- Ingram M.** (1995b) Cholera epidemic hits former Soviet states. *BMJ*, 311:897.
- Ingram M.** (1996a) Russia faces demographic crisis. *BMJ*; 313:385.
- Ingram M.** (1996b) Russia. *BMJ*; 313:133.
- Kaser M.** (1976) *Health care in the Soviet Union and eastern Europe*. London:Croom Helm.
- Leon D, Chenet L, Shkolnikov V, Zakharov S, Shapiro J, Rachmanova G, Vasin S, McKee M.** (1997) Huge variations in Russian mortality rates. 1984-94, Artefact, Alcohol or what? *Lancet Vol 350*:383-88.
- Lewis M, Chawla M, Shahriari H, Belli P.** (2000) The theory and practise of informal payments in health: evidence from Poland. World Bank. Washington DC.
- Malginov G.** (1996) Small scale privatization in 1995; Russian economy: trends and perspectives, February.
- Mersin E.** (1996) Russians concerned about increasing private payment for health care. *Isvestyia*, Feb 14, p.97.
- Mroz T, Popkin B.** (1994) Poverty and the economic transition in the Russian Federation. *Econ Devel Cult Change*, 44:1-31.
- Przeworski A.** (1991) Could we feed everyone? The irrationality of capitalism and the unfeasibility of socialism. *Politics and Society*, March, p.14.
- Rowland D, Telyukov AV.** (1991) Soviet health care from two perspectives. *Health Affairs*, 10: 71-86.
- Shahriari H, Belli P, Lewis M.** (2001) Institutional issues in informal health payments in Poland. The World Bank. Washington DC.
- Shishkin S.** (1996) Non-commercial sector of economy legal area formation: Russian economy: Trends and Perspectives, January.
- Shishkin S.** (1998) The priorities of Russian health care reform. *Croatian Medical Journal*, 39(3):298-307.
- Shishkin S.** (1999) Problems of transition from tax-based system of health care finance to mandatory health insurance model in Russia. *Croatian Medical Journal*. 40; No.2.
- Sheiman I.** (1991) Health care reform in the Russian Federation. *Health Policy*. 19: 45-54.
- Sheiman I.** (1994) Forming the system of health insurance in the Russian Federation. *Soc Sci Med*, 39:1425-32.
- Tabb WT.** (1990) *The future of socialism: Perspective from the left*. New York:Monthly Review Press.
- Tchernjavsky VE** (1996) *Country Reports: Russia in International Handbook of Public Health*, ed Hurrelmann K, Laaser U. Greenwood Pres. Westport, Connecticut, USA.
- Telyukov AV.** (1991) A concept of health-financing reform in the Soviet Union. In *J Health Ser*, 1991; 21:493-504.
- Telyukov A, Makinen M.** (1996) Health insurance reform in the NIS. *CommonHealth*, Spring: 4(2). [www.aiha.com/english/pubs/spr96/insuranc.cfm](http://www.aiha.com/english/pubs/spr96/insuranc.cfm) Erişim tarihi: 26 Aralık 2002.
- UNDP** (1999) *Human development report for central and eastern Europe and the CIS, 1999*. New York.
- University of North Carolina.** Monitoring health conditions in the Russian Federation – The Russia longitudinal monitoring survey 1992 – 4 March 1995. University of North Carolina at Chapel Hill.
- Veeken H.** (1998) Russia: sex, drugs, and AIDS and MSF. *BMJ*, 316:138-9.
- Walberg P, McKee M, Shkolnikov V, Chenet L, Leon DA.** (1998) Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis. *BMJ*, 317:312-8.
- WHO.** (1997) *European health care reform*. WHO Regional Publications, European Series, No. 72. Copenhagen.
- WHO.** (1998) *Health care systems in transition, Russian Federation*. [www.euro.who.int/document/e72969.pdf](http://www.euro.who.int/document/e72969.pdf) Erişim tarihi: 15 Aralık 2002.
- WHO.** (1999) *Health care systems in transition, Bulgaria*. [www.euro.who.int/document/e67499.pdf](http://www.euro.who.int/document/e67499.pdf) Erişim tarihi: 04 Ocak 2003.
- WHO.** (2000) *Health care systems in transition, Czech Republic*. [www.euro.who.int/document/e70931.pdf](http://www.euro.who.int/document/e70931.pdf) Erişim tarihi: 04 Ocak 2003.
- WHO.** (2003) *HiT country profiles*. [www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/Obs/hits/TopPage](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/Obs/hits/TopPage)
- Wise J.** (1997) Death rates in Russia rise dramatically. 315:383-8.
- World Bank.** (1994) *Russia: Reform of the health system*, World Bank Report, October.