

DOSYA/DERLEME**GÜNEY KORE SAĞLIK SİSTEMİ**

Canan KAYNAK*

Sosyodemografik ve ekonomik yapı

Ulusal İstatistik Ofisi'nin Mayıs 2006'da yaptığı açıklamada 1 Kasım 2005 nüfus sayımı sonuçlarına göre Güney Kore'nin nüfusu 47,278,952'dir. Nüfus büyüklüğü açısından 2005'te dünyada 25. sırada, nüfus yoğunluğu açısından ise 19. sırada yer almaktadır (474 kişi/km²). Nüfusun %81.5'i kentlerde; %48.2'si başkent Seul'de yaşamaktadır. Nüfusun %9.3'ü 65 yaş üzeri bireylerden oluşmaktadır. Yaşlanan nüfusta 1970'de 18.6 olan ortanca yaş 2006'da 35.4 yıl olmuştur (**KNSO, 2006**). 1950'lerde Asya'nın en yoksul ülkelerinden birisi olan Kore 60'lardan başlayarak dünyanın en hızlı sanayileşen ülkelerinden birisi konumuna gelmiştir. 1996 yılında OECD üyesi olan ve 1997 Asya finansal krizinde ciddi gerilemeler yaşayan Kore 2005'te bir önceki yıla göre %15.7 artarak 787.5 milyar \$ düzeyine erişen Gayri Safi Milli Hasılası ile tüm ülkeler arasında 12. sırada yer almaktadır. 2006'da GSMH %5 artışla son 4 yılın en yüksek büyümesine işaret etmiştir. Kişi Başına Düşen Ulusal Gelir ise 2005'te bir önceki yıla göre %14.8 artmış olup (16,291\$) 29. sırada konumlanmaktadır. Ekonomik büyüme hızı açısından (%4) OECD ülkeleri içinde 7. sıradadır. Yıllık işsizlik oranı (%3.4) yönünden OECD ülkeleri içinde en iyi ikinci ülkedir. İnsani Gelişme İndeksi'ne göre 2003'te 28. sırada yer almaktadır (**KNSO, 2006**).

Tarihsel gelişim ve siyasi yapılanma

Kökeni M.Ö. 2333 yılına dayanan Kore etnik açıdan dünyanın en tektürel ülkelerinden birisidir. Büyük komşuları tarafından pek çok kez işgal edilen Kore, Çin'in güç kaybı ile birlikte Batı ve Japon saldırılarına açık hale gelmiş ve 1910'dan itibaren 35 yıl Japon sömürgesi olarak

varlığını sürdürmüştür. 1945'te İkinci Paylaşım Savaşı'nın sonlarında Japonya'nın Birleşik Güçler karşısındaki yenilgisi Kore'de daha fazla karışıklığa yol açmıştır. 38. paralel'den bölünme Güney ve Kuzey Kore üzerindeki A.B.D. ve Rusya garantörlüğünün de başlangıcı olmuş ve 1948'te Kore Cumhuriyeti ve Demokratik Kore Cumhuriyeti kurulmuştur. 1950 yılında Kuzey Kore'nin Güney Kore saldırısına sonradan A.B.D liderliğinde Birleşmiş Milletler Güçleri ve Kuzey Kore adına Çin'in müdahaleleri ile ortaya çıkan çıkmaz sonucu 1953'te üç kuvvet arasında Güney Kore'nin imza atmayı reddettiği bir Ateşkes Antlaşması imzalanmıştır. İzleyen yıllarda egemen dikta yönetim öğrenci ayaklanmaları ile 1960'ta sonlanmıştır. Kurulan İkinci Cumhuriyet'in bir yılın sonunda askeri bir ayaklanma ile sonlanması ile egemen olan yönetim sırasında kısıtlanan politik özgürlükler pahasına çok büyük bir ekonomik gelişme sağlanmıştır. Dikta yönetime karşı protestoların giderek yükseldiği sivil toplum hareketleri 1979 askeri darbesi ve yönetimi ile zirveye ulaşmış ve 1987'de doğrudan cumhurbaşkanlığı seçimleri yeniden oluşturulmuştur. 1992'de son 32 yılın ilk sivil cumhurbaşkanı görevine başlamıştır. 1997 seçimleri ile süren açık demokratik sistem yapılandırma süreci 2002'deki seçimler ile daha da güçlenmiştir. Bugün Kore güçlerin nominal olarak cumhurbaşkanı, yasama ve yargı arasında paylaşıldığı fakat geleneksel olarak cumhurbaşkanı'nın baskın olduğu liberal demokratik bir cumhuriyettir. Ülke dokuz il ve yönetsel olarak ayrı yedi kentten oluşmaktadır (**USDS, 2007; Matles, 1990**).

Sağlık sisteminin gelişimi

Kore sağlık sistemi temelde pazar yönelimli, geleneksel olarak özel sektör ağırlıklı, Ulusal sağlık sigortası ve Tıbbi Yardım Programı ile finanse edilen ve Doğu ve Batı Tıbbının birlikte hizmet verdiği bir sistemdir (**OECD,2003; Yang, 1995; Kim, 2005; UOHSC, 1992; Kwon, 2007**).

*Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sağlık sistemi ve Ulusal Sağlık Sigortasının gelişimi ülkenin ekonomik ve sosyopolitik yapısındaki değişim tarafından şekillendirilmiştir. 1948'de Kore devletinin kurulmasını takiben sağlık politikası bulaşıcı hastalıkların kontrolü, yeterli hizmet alamayan bazı bölgelerde birincil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve aile planlamasına odaklanmıştır. Sigortaya ilişkin yasama çalışmaları 1960'larda başlamasına karşın zorunlu sağlık sigortasının gündeme gelmesi 1977'ye değin gecikmiştir. Kapitalist ekonomiye sahip pek çok gelişmekte olan ülke gibi Kore'nin de birincil kaygısı sağlıklı bir ekonomik gelişmedir. Diğer tüm konular bu gelişime koşullanmıştır. Ekonomik gelişmenin bireylerin gelirini arttırarak yaşam standartlarını ve refah düzeyini arttıracacağı; sosyal hizmetlere yapılacak harcamaların ulusal kaynakların verimsiz kullanımına yol açacağı görüşü egemendir. Ancak büyüyen Kore ekonomisi 1970'lere gelindiğinde refah düzeyinde artış yerine varlık ve ayrıcalıkların belirli sınıflar üzerinde yoğunlaşması ile sonuçlanarak sınıf eşitsizliğinin en ciddi sosyal politik dengesizlik olarak devletin gündemine gelmesine yol açmıştır. Sağlık ve sosyal hizmetlerin sağlanmasına yönelik kamusal politikaların yaygınlaştırılması 1970'lerin başında artan toplumsal beklentiler ve sınıf çatışmalarının yatıştırılması için bir sosyal denetim ve rejimin meşruiyetini koruma aracı olarak kullanılmıştır. Yine Kuzey Kore ile 1970'lerde başlayan diyaloglar Kuzey Kore sosyal yardımları ile boy ölçüşebilecek bir sosyal refah girişimini gerektirmektedir. Sağlık sigortasının oluşturulmasında ki bir diğer önemli etken savunma (silahlı kuvvetler) ve üretim (sanayi işçileri) alanlarındaki önemli grupların sağlığını geliştirmektir. 1960'larda yeterli sayıda ve ucuz işgücü bulunması işçi hastalandığında bir maliyet yaratmaksızın yerinin doldurulmasını olanaklı kılmıştır. 1970'lerde endüstride niteliksiz emek yoğun işlerden nitelikli emek gerektiren üretime geçiş biçimine gerçekleşen yapısal değişim işçilerin değiştirilemezliğini ve beceri edinmiş işçilerin iş başında tutulmasının zorunluluğunu beraberinde getirmiştir. Bu dinamiklerin sonucu olarak 1970'lerin sonuna doğru devlet öncelikleri asgari düzeyde sağaltım hizmetine erişimi sağlamak biçiminde değişim göstermiştir. Ulusal sağlık sigortasının (USS) kurulması Kore Sağlık Sisteminde bir mihenk taşıdır ve 1989'da evrensel bir sigorta kapsayıcılığı sağlanana değin talep tarafına yönelik girişimlerin temel odağı olmuştur (OECD, 2003; Cho, 1989; Anderson, 1989).

Ulusal Sağlık Sigortasının üç temel özelliği zorunlu kapsam, primlerin ödeme gücü temelinde olması ve yardımların gereksinime göre verilmesidir. Temel prensip ve hedefler korunurken kapsayıcılığı genişletmek için, USS 1977'de ilk kez 500'den fazla işçi çalıştıran işyerlerinde uygulanmaya başladığından bu yana düşük prim ve kısıtlı yardım politikası uygulanmaktadır. Hızlı ekonomik büyüme ve kararlı bir hükümet önderliği ile birlikte sürdürülen bu politika işveren ve işçilerden prim toplanmasını desteklemiştir. 1977'den sonra, 12 yıl gibi kısa bir sürede yüksek hasta ek-ödentileri ve dar hizmet kapsayıcılığı pahasına evrensel toplumsal kapsayıcılık sağlanmıştır. Kapsam aşamalı olarak büyük işyerlerinden

küçük ölçekli işyerlerine ve işçilerden kendi hesabına çalışanlara doğru genişletilmiştir. Yeni grupların sistem içine alınması bu gruplara yönelik farklı ve finansal olarak bağımsız sigorta şirketleri aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. Üç temel sigorta şirketi vardır: işletme temelli sağlık sigortacıları (1997'de 145, nüfusun %35'ini kapsamakta); kamu ve özel okul öğretmenlerine için tek bir sağlık sigortacısı (nüfusun %11'ini kapsamakta); ve kendi hesabına çalışanlar için bölgesel sağlık sigortacıları (1997'de 227, nüfusun %51'ini kapsamakta). Temmuz 1989'da güvencesiz tek grup olan kentsel kendi hesabına çalışan grubun da içerilmesi ile evrensel kapsayıcılık sağlanmıştır. Kendi hesabına çalışanların katılımını arttırmak için, hükümet bu grupta yer alan bireylerin yardımlarının ödenmesinde yarı yarıya destek sözü vermiştir (OECD, 2003; UOHSC, 1992; NHIC, 2007; Jo, 2002; Shin, 2006; Lee, 2003; Yang, 2002; Kwon, 2005; Kwon, 2002; AHK, 2002).

Yakın zamanda gerçekleştirilen iki reform sağlık sisteminde önemli değişikliklere yol açmıştır: Birleştirme reformu ve Ayırma reformu. Ulusal Sağlık Sigortası Birliği Temmuz 2000'deki Birleştirme Reformu'ndan önce varolan çok sayıda iş-tabanlı ve bölgesel sigorta topluluklarının tek bir çatıda toplandığı yarı özerk bir sivil toplum yapısıdır (OECD, 2003; Kwon, 2005).

1977'de USS'ye koşut olarak devlet tarafından finanse edilen Sağlık Yardım Programı kurulmuştur. Program seçilmiş yoksul bireylere USS'deki içeriğin aynısı için ücretsiz tıbbi sigorta sağlamak ve hem merkezi hem yerel yönetimler tarafından finanse edilmektedir. TYP Kore refah sisteminde Yaşamı Koruma Programının bir parçası olduğu için USS'den ayrıdır. Geliri en düşük yaşam standardının altında olan ve diğer bazı belirli toplumsal gruplar bu kapsam içindedir. Tıbbi yardım kapsamındaki bireyler iki sınıfa ayrılmaktadır. Birinci sınıf engellilik, yaşlılık (>65 yaş), gebelik nedeniyle hiçbir birey çalışmayan evhalkını ve bakım evlerinde yaşayanları içerir. İkinci sınıf çalışabilir durumda olup kendi geçimini sağlayabilen bireyleri içerir ve tüm TYP dahilindeki bireylerin %55'ini oluşturur. USS ve TYP kapsamı arasında fark olmamasına karşın, yalnızca birinci sınıftaki bireyler sağlık hizmetleri için ek ödentiden muafır (OECD, 2003; NHIC, 2007).

2005'te toplam nüfusun %96.4'ü (%55.4 işçi, %41.0 kendi hesabına çalışan; toplam 47392 kişi) USS şemsiyesi altında bulunmaktadır. Kalan %3.6 ise Tıbbi Yardım Programı'na dahildir (NHIC, 2007).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı

Sağlığa yönelik fon dört kaynaktan oluşturulmaktadır: zorunlu sağlık sigortası katkıları, hastalarca cepten ödeme, vergi ve özel sağlık sigortası primleri (OECD, 2003).

Ulusal sağlık sigortasının finansmanı işveren, işçi, kendi hesabına çalışanların zorunlu katkıları (bağımlılar ve seçilmiş yoksullar dışında) ve devlet desteği ile sağlanmaktadır. Prim oranı işçilerin brüt ücretinin %4.77'si olup işçi ve işverenlerce eşit olarak paylaşılmaktadır. Kendi

hesabına çalışanların primleri gelir, varlık, yaşam düzeyi ve ekonomik etkinliklere katılım durumuna göre belirlenmektedir. Primler 1999'da toplam sağlık finansmanının %33'ünü oluşturmuştur. Sigortalıların bakmakla yükümlü olduğu kişiler de USS planı tarafından kapsamaktadır (OECD, 2003; NHIC,2007).

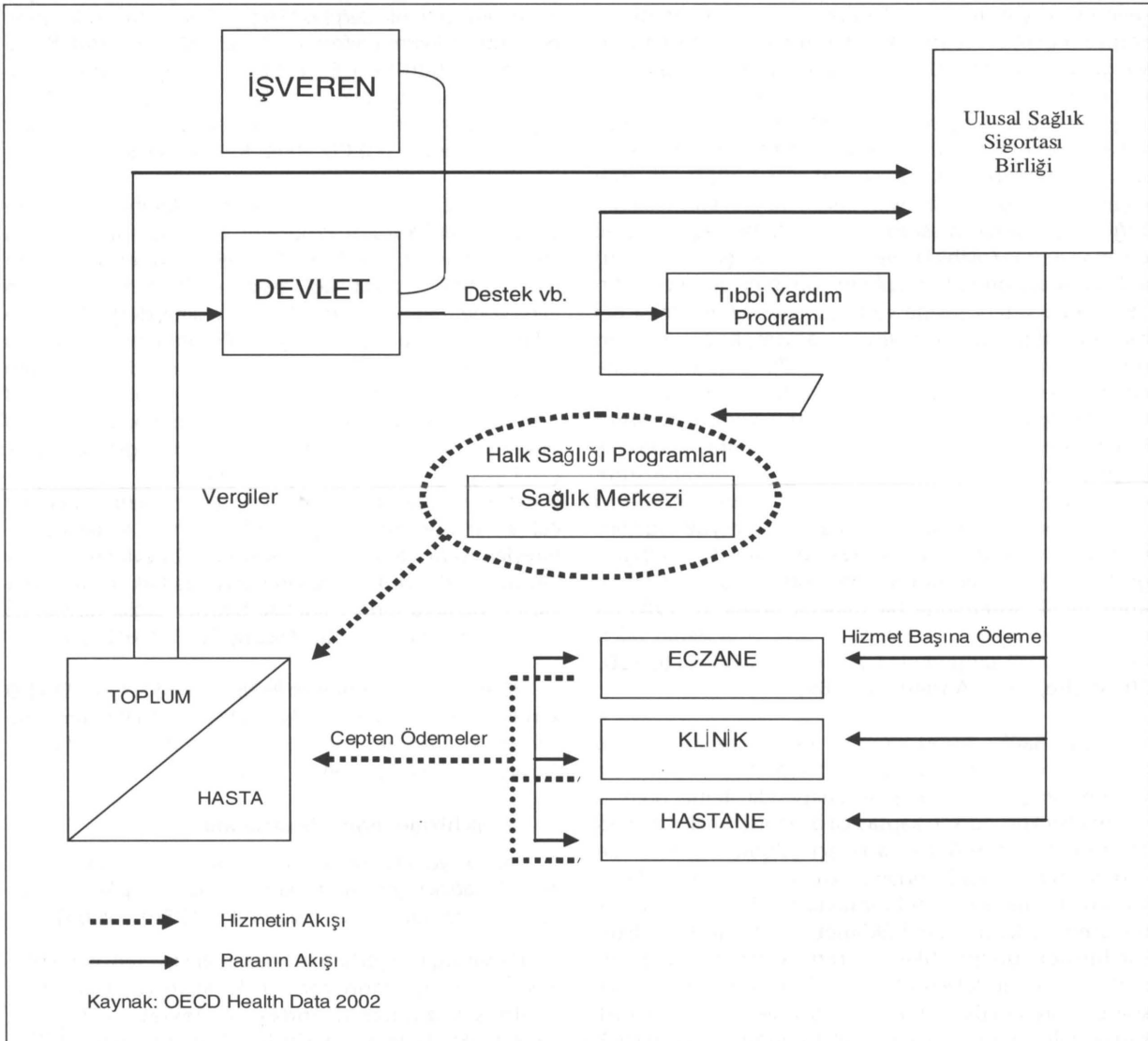
Ancak, bireylerin sigorta kapsamındaki hizmetler için yüksek katkı-payı ödemeleri gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ve ülke çapında tüm hizmetler ve tüm sağlık kurumları için geçerli olan katkı payı şeması hizmet ve kurum türüne göre değişmekte olup yatarak bakım için %20, hekim muayenehanesinde ayaktan hizmetler için %30, hastane ayaktan bakımları için %50 ve genel hastane ayaktan bakımı için %55'tir. Hastalar her hekim başvurusu için ayrıca 4\$ ödemek durumundadır. Ek olarak, sigorta kapsamı dışındaki hizmetlerin pazar-temelli fiyatlarla rekabet ortamında

sunulduğu oldukça geniş bir özel pazar bulunmaktadır. Cepten ödemeler 1999'da toplam sağlık finansmanının %44'ünü oluşturmaktadır (OECD,2003; NHIC,2007; Yang, 1995; Kim, 2005).

Vergiler, 1999 yılında toplam sağlık finansmanının yaklaşık %11'ini oluşturmaktadır ve temel olarak Tıbbi Yardım Programı ve Ulusal Sağlık Sigortası'nın desteklenmesinde kullanılmaktadır. Vergilerin çoğu genel ilerleyici gelir vergisi biçimindedir. Ayrıca yerel yönetimlere ait vergiler ve tütün vergisi bulunmaktadır (OECD, 2003).

Son olarak, özel sağlık sigortası primleri toplam sağlık finansmanının %7.4'ünü oluşturmaktadır. Bunun yarısını trafik kazası durumundaki sağaltımları kapsayan zorunlu sağlık sigortası, diğer yarısını ise sigortalıya, kanser gibi süregelen hastalık ortaya çıkması durumunda finansal destek sağlayan gönüllü para-yardımları sigorta poliçesi oluşturmaktadır (OECD, 2003).

Şekil 1. Kore Sağlık Sistem



Kaynak: NHIC, 2007

Sigorta kapsamındaki hizmetlerin ödemesi USS ve sağlık hizmeti sunanlar arasında hizmet başına ödeme şeklinde doğrudan gerçekleşir. Kore'nin sağlık sistemi "kamu sözleşmesi modeli" ve hastaların hizmet sunanlara doğrudan ödeme yaptığı bir özel pazarın karışımı olarak görülebilir (OECD, 2003; NHIC, 2007).

2004'te Kore'nin toplam sağlık harcaması Gayri Safi Milli Hasılanın %5.6'sıdır ve OECD ülkeleri içinde en alt sırada yer almaktadır. Kişi başına düşen sağlık harcaması 1150 (PPP) Amerikan Dolandır (OECD Ortalaması 2550\$). USS ile birlikte 1980'lerin ikinci yarısında kişi başı reel sağlık harcaması hızla yükselmiştir. 1999-2004 arası sağlık harcamalarındaki reel ortalama büyüme %8.9 olup OECD ortalamasının (%5.2) üzerinde seyir göstermiştir. Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı artmasına karşın (1990'da %38, 2004'te %52.6 [%10.3 devlet, %79.2 sosyal sigorta, %0.0 dış kaynaklar]) OECD ortalamasının (2004'te %73) halen çok gerisindedir. Bu artış büyük oranda USS'nin parasal açığını kapatmak amaçlı yapılan desteğe bağlıdır. Toplam sağlık harcamaları içinde özel harcamaların payı %47.4 olup büyük oranda cepten (%80.4) harcamalardan oluşmaktadır. İlaç harcamaları ise toplam sağlık harcamalarının %27.4'ünü oluşturmaktadır (OECD, 2006; OECD(b), 2006; WHO, 2007; WHO, (b), 2007).

Sigorta kapsamı:

Sigorta paketinin kapsamı devlet tarafından belirlenmektedir. USS tarafından kapsanan yardımlar şunlardır: akut sağaltım ve hastanelerin ayakta bakım hizmetleri, gebelik ve doğum, hastanelerde süregelen hastalıkların sağaltım maliyeti (sosyal bakım maliyetini kapsamamaktadır), hekim ve uzman hekim hizmetleri, göz bakıları, bazı dış sağaltımları, evde bakımın tıbbi maliyeti ve çoğu reçetelenmiş ilaç. Hizmet kapsamı yıllar içinde genişletilmiştir, örneğin çeşitli yüksek teknolojili hizmetler (Bilgisayarlı Tomografi gibi) kapsam içine alınmış ve yardım günleri 1994'te 180 sınırından 2000'de 365 güne çıkartılmıştır. Hasta taşınması, gözlük ve kontakt lensler, günlük yaşam için zorunlu olmayan hizmetler (örneğin, plastik cerrahi), pozitron emisyon tomografisi ve ultrasonografik tanı gibi bazı yüksek-ederli hizmetler kapsam dışında yer almaktadır. Bilgisayarlı tomografi 1996'da, Manyetik Rezonans Görünteleme ise daha sonra kapsam içine alınmıştır. 2006'da hastane yemekleri de paket içine eklenmiştir. Acil başvuru harcamalarının geri ödenmesi, annelik yardımı, cenaze giderleri, engellilerin cihaz harcamaları gibi bazı kısıtlı para yardımları da bulunmaktadır (OECD, 2003; Yang, 1995; Anderson, 1989; NHIC, 2007; Lee, 2003; OECD, 2006).

Hizmet sunanlara ödeme:

Egemen ödeme yöntemi hizmet başına ödemedir. USS kapsamındaki hizmetler için ödemeler yasal olarak belirlenmiştir ve hizmet sunanların tahakkukları kontrol edilmektedir. Sigorta kapsamı dışındaki hizmetler için ücretler ve hizmet sunanların etkinlikleri çoğunlukla düzenlenmemiştir. Bu hizmetleri denetimsiz pazar fiyatları

ile belirlenmekte ve kurumlara göre büyük miktarda değişkenlik göstermektedir. Kamu hastaneleri ve sağlık ocakları sigorta dışı hizmetleri özel kuruluşlara göre daha düşük fiyatla sunmaktadır (OECD, 2003; NHIC, 2007).

Kapsam içindeki hizmetler için ücret şeması her yıl Ulusal Sağlık Sigortası Birliği, hizmet sunanlar ve diğer paydaşlardan oluşan bir USS komitesince yapılan görüşmelerle belirlenmektedir. Ancak bu görüşmeler çok yakın zamana ait bir gelişmedir. 2001'den önce ücretler, Sağlık Bakanlığı'nın Maliye ve Ekonomi Bakanlığı ile yaptığı görüşme sonrasında tek taraflı olarak belirlenmekteydi (OECD, 2003; Yang, 1995; NHIC, 2007).

Ücret görüşmeleri Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmuş ulusal bir "puan" ölçeğinin "değer"ini göz önüne almaktadır. 2001'den bu yana, tüm sağaltımlar için bir ulusal kaynak-tabanlı ölçek belirlenmiştir (Kaynak-tabanlı Görelili Değer Ölçeği). Ölçek sağaltım için gerekli zaman ya da diğer kaynaklar gibi girdileri yansıtan puanları içermekte ancak sermaye yatırım maliyetleri için destek içermemektedir. Ücretler her bir tedavinin Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş görelili puanının, puanın değeri ile çarpılması ile hesaplanmaktadır. Puanın değeri USS ve meslek örgütlerinin temsilcileri arasındaki görüşmelerle belirlenmektedir. Ücret şeması pozitif bir ilaç listesi de içermektedir. Liste eczacılar tarafından dağıtım yapılan ilaçlar için fiyatları belirler (üretici tarafından kararlaştırılan toptan fiyattan farklı olabilir). Ek olarak, eczacıya hastalara ilaç sağlama hizmetine karşılık olarak sabit bir dağıtım ücreti verilmektedir. Eşdeğer bir grup ilaç arasında en düşük fiyatlı olanın geri ödeme fiyatını belirlemek için kullanıldığı "referans fiyatlandırma sistemi"nin oluşturulması tartışılmaktadır fakat henüz uygulamaya konmamıştır.

Tüm hizmet sunanlar tahakkuklarını aylık olarak Ulusal Sağlık Sigortası Birliği'ne göndermektedir. Birlikten bağımsız bir Sağlık Sigortası İnceleme Ajansı Birlik adına faturaları denetlemektedir. Hizmet sunanlar sağaltımın sıklığı, süresi ve şiddetine ilişkin yasal bir kısıtlama olmaksızın fatura ibraz edebilmektedir. Ancak, inceleme süreci dürüst olmayan tahakkukları cezalandırmaktadır. İnceleme süreci sonrasında Birlik hizmet sunanlara hizmetleri için ödeme yapmaktadır.

Gelirlerine yönelik çok az bilgi bulunduğu için hizmet sunanlara yapılan ödeme düzeyi konusunda söylenebilecek çok az şey bulunmaktadır. Bağımsız hekim ve hastanelerin gelirlerinin kaynağı farklıdır. Hastanede çalışan hekimler maaşlı işçilerdir. Gelirleri tüm çalışanların ortalama gelirinden daha yüksek ancak kliniklerde bağımsız olarak çalışan hekimlerin ortalama gelirinden daha düşüktür. Bağımsız hizmet sunanlara sigorta kapsamındaki hizmetler için USS'den ödeme yapılmaktadır. İkinci olarak, hizmet sunanlara hastalarca doğrudan cepten ödeme yapılmaktadır. Üçüncü olarak, bazı kurumların resmi olmayan veya özel sağaltım ücretleri aldığına ilişkin raporlar olmakla birlikte bunların sıklığı ve miktarı hakkında kestirim bulunmamaktadır (OECD, 2003; NHIC, 2007).

Hizmet Sunumu:

Kore'de kişi başına yıllık başvuru 1999'da 8.8'dir (1999 OECD ortalaması 6.9). Sağlık hizmet sunumunun 3 belirgin özelliği vardır: özel sektör egemenliği, hekim seçme özgürlüğü, hizmet sunanlar arasında kısıtlı işlevsel farklılık.

Geçmişte düşük kişi başı gelir ve sigorta olmaması nedeniyle özellikle kırsalda en yakın eczaneler sağlık hizmeti için kullanılırken gelir artışı ve sigorta ile birlikte özellikle kentlerde klinik ve hastanelerin sayısı ve kullanımı hızla artmıştır.

Sağlık hizmetlerinin %90'ından fazlası özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Kamusal USS sigorta kapsamındaki sağlık bakım hizmetlerini tüm nüfus için satın almakta ve bu hizmetlerin sunumu için (çoğu) özel hizmet sunucuları ile sözleşme yapmaktadır. Aralık 2002'de 72921 sağlık kurumu USS için hizmet sağlamaktadır (Tablo 1) (Kim, 2005; Anderson, 1989; NHIC, 2007; Shin, 2006).

Tablo 1. Yıllara göre sağlık kuruluşlarının sayısı

Sağlık kuruluşu sayısı	2001	2005
Genel hastane	278	291
Hastane	706	1112
Klinik	21340	25166
Diş hastanesi	71	124
Diş kliniği	10790	12548
Doğu tıbbi hastanesi	139	149
Doğu tıbbi kliniği	7558	9761
Ebelik kurumları	87	52
Halk sağlığı merkezleri	3403	3422
Eczaneler	18372	20296
Toplam	52744	72921

Devletin kamu sağlığı hizmetlerine yönelik yükümlülükleri olmasına karşın hastalık önleme ve sağlığın geliştirilmesinde mütevazı bir rol oynamaktadır. Hastane, klinik ve eczane kurulumu özel sektör girişimlerine bırakılmış olup yer seçimi, etkinlik ve reçetelemeye ilişkin bir kısıtlama bulunmamaktadır.

Geleneksel doğu tıbbi

Kore halkı uzun süredir ve severek doğu tıbbını kullanmaktadır. Birçok hasta birbirini tamamladığı düşüncesi ile aynı hastalık sırasında hem doğu hem batı tıbbi türünde hizmet veren hekimlere gitmektedir. Doğu tıbbi hasta merkezli hizmete ve bireyin gereksinimlerine odaklanan hizmet felsefesi nedeni ile özellikle beğenilmektedir. 1999'da doğu tıbbi doktorları ve batı tıbbi doktorlarının oranı 1:6, doğu ve batı hastane yataklarının oranı 1:20'dir. Doğu ve Batı tıbbi arasında genel olarak çok az koordinasyon olmasına karşın, her iki tıbbin entegre edildiği iki hastane ve bir üniversite bulunmaktadır. USS, akapunktur, kupa çekme gibi iyi-tanımlanmış şaşırtıcılar dışında doğu tıbbi için ödeme yapmamaktadır. Sağlık Bakanlığı doğu tıbbinin standardizasyonu ve modernleştirilmesi gibi konularla

Tablo 2. Sağlık insangücü

İnsangücü	Yoğunluk/1000 kişi
Hekim	1.56 (2004)
Hemşire	1.80 (2004)
Ebe	0.19 (2000)
Diş hekimi	0.34 (2003)
Eczacı	1.08 (2000)

ilgilenecek üzere 1996'da bir Doğu tıbbi bürosu kurmuştur (OECD, 2003; Jo, 2002; AHK, 2002).

Sağlık insangücü

Kore'de 2004'te nüfus başına düşen toplam hekim sayısı 1.6 (1999'da 1000 nüfus başına düşen Doğu tıbbi hekimi 0.2, Batı tıbbi hekimi ise 1.3) olup OECD ülkeleri içinde Türkiye'den sonra en düşük ikinci orandır. Hekim sayısındaki artış OECD ortalamasından daha fazladır. Hekim gereksiniminin saptanması için belirgin bir politika ve resmi bir kestirim bulunmamaktadır. Sayısı artan tıp fakülteleri nedeni ile hekim sayısı artmakta ve mezunların hemen tümü çalışma yaşamına katılmaktadır.

Hemşire sayısı OECD ülkeleri ortalamasına göre daha hızla artmasına karşın Kore OECD ülkeleri içinde yine Türkiye'den sonra en düşük hemşire/1000 kişi oranına sahiptir. 1994'te 1.1 olan oran 2004'te 1.8'e ulaşmış olup OECD ülkeleri ortalamasının (2004'te 8.3) halen çok gerisindedir.

Eczacı sayısı OECD standartlarından yüksek olup en yüksek eczacı/hekim oranına sahip ülkedir. Temmuz 2000'deki Ayırma Reformu'na değin, hem doktorlar hem eczacılar ilaç reçete edebiliyor ve dağıtabiliyordu. Reformdan önce birçok kişi basit hastalıklar ve birincil sağlık bakımı için en yakınındaki eczaneye başvurduğu için bu şaşırtıcı bir durum değildir. Nitekim eczacı sayısındaki artış hızı reformdan sonra azalmıştır (OECD, 2003; Yang, 1995; OECD, 2006; WHO(c), 2007).

Ayaktan bakım

Ayaktan bakım hizmetleri temel olarak özel klinik (muayenehaneler), özel hastaneler ve az miktarda kamu sağlık merkezleri ve kamu hastanelerince sunulmaktadır. Teorik olarak bir sevk sistemi bulunmasına karşın pratikte hastalar hizmet verenleri seçmekte hemen bütünüyle özgürdürler ve batı ve doğu tıbbi arasında da seçim yapabilmektedir. Birinci basamak hekimlerince kapı-tutuculuk yapılmamakta; bireyler kliniklerde uzman ya da genel pratisyenleri seçebilmektedir. Aralarında kesin bir işlevsel farklılık olmadığı için klinik ve hastaneler arasında eşgüdümünden çok rekabet bulunmaktadır. Kliniklerin hasta yatakları, hastanelerin büyük ayaktan bakım bölümleri bulunmaktadır (OECD, 2003; 1995; NHIC, 2007; Jo, 2002).

Özel sektörün eğilimi nedeni ile sağlık kuruluşları kentlerde yoğunlaşmıştır. Devlet yetersiz hizmet sunulan kırsal ve balıkçılık bölgelerinde özel sektörün açıklarını kapatmak amacı ile 1981'den sonra sağlık merkezleri

(Bogeuonso adı verilen), sağlık evleri ve sağlık kabinlerinden oluşan kamusal bir birinci basamak sağlık kuruluşları ağı kurmuştur. Her bir yönetsel bölgede bir sağlık merkezi ve nüfusu 500'den fazla olan yerleşimlerde bir sağlık kabini bulunmaktadır. 2000'de sağlık merkezi sayısı 242'dir. Sağlık Merkezlerinin temel etkinlikleri hastalıktan koruma ve sağlığın geliştirilmesi, bulaşıcı hastalıkların yönetimi, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri ve diğer temel sağaltım hizmetleridir. Bazı kırsal bölgelerde, sağlık merkezleri gelişmiş tıbbi gereçlerle donatılmıştır ve normalde özel klinik veya hastanelerin sunduğu hizmetleri de sunmaktadır. Birinci basamak sağlık kurumlarında maaşlı hekimler çalışmaktadır. Hekimlerin çoğu kırsal bölgeler gibi çok az ya da hiç hekimi olmayan bölgelere gönderilen zorunlu hizmet yükümlülüğü altındaki hekimlerdir (OECD, 2003; Yang, 1995; Lee, 2003).

Ebelik hizmeti prenatal bakım ve doğum yardımı ile kısıtlı olup ebelerin çoğu özel sektördedir. Uzun-süreli bakım hizmeti sunumu halen gelişmektedir. "Yaşlı Refahı Yasası" uyarınca engellilik türüne göre üç tür uzun-süreli bakım kuruluşu vardır: Genel uzun-süreli kurumlar, özel uzun-süreli bakım kurumları ve özel hastaneler. 2000'de toplam 707 yataklı 7 özelleşmiş hastane bulunmaktadır. Bu kurumlar hem ödeme yapan hem de ödeme yapmayan hastalara hizmet sunmaktadır (NHIC, 2007).

Yatarak bakım

Yatarak bakım hizmeti özel ve az miktarda kamu hastanesi tarafından sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2004 istatistik yılına göre kamu/özel hastane sayısı 95/954, kamu/özel hastane yatağı oranı ise 34770/16719'dir (Kwon, 2007).

"Genel hastaneler" "hastaneler"den daha büyüktür. 100'den fazla hasta yatırabilirler ve az sayıda özelleşmiş departmanları vardır. Hastaneler en az 30 yatağa sahip olmak zorundadır. Çoğu doğrudan, yatan ve ayakta bakım yapan şirketleşmiş/girişimci hekimlerin muayenehanelerinden gelişmiştir ve bütünüyle hastalardan aldıkları ücrete bağımlı olup devlet desteği ya da diğer işlevleri için başka finansal destek almamaktadır. Hastaneler sıklıkla doğrudan hekimler tarafından yönetilmektedir (OECD, 2003).

Kore sağlık sisteminde devletin rolü, USS parasal krizi, reformlar ve sonuçları

Kore Devletinin sağlık sistemine ilişkin rolü çok kısıtlı olup temel sorumluluğu düzenleme ve politika belirleme, sağlık sigortası ve bir miktar hizmet sunumudur (OECD, 2003; Yang, 1995; Kim, 2005; UOHSC, 1992; Jo, 2002).

Sağlık Bakanlığı Kore Sağlık Sisteminin yasal çerçevesini oluşturma sorumluluğunu taşımaktadır. Sistemin temel yasal dayanakları Ulusal Sağlık Sigortası Yasası, Sağlık Sigortası Finans Stabilizasyonu Özel Yasası, Tıbbi Hizmet Yasası ve İlaç İşlemleri Yasasıdır (OECD, 2003).

USS uygulamasının başlamasından bu yana hizmet sunumu modelinde ve hizmeti sunanların yapısında belirgin değişiklikler olmuştur. Sigorta planların öncesinde de var olan özel sektör artan kişi başına gelir ve genişleyen sigorta kapsayıcılığı ile hızla baskın duruma gelmiştir. Kore Devleti arz tarafına yönelik kamu politikalarında ve düzenleyici rolünde tarihsel olarak "bırakınız yapsınlar" biçiminde bir tutum sergilemektedir. Özel sektörde hizmet sunanlara müdahale ve denetimi en aza indirmenin yollarını aramakta ve sağlık hizmeti pazarında müdahaleci olmayan bir rol benimsemektedir (OECD, 2003; Lee, 2003). Artan kişi başı gelir, değişen yaş yapısı (yaşlanma), sağlık sigortasının yaygınlaşması, daha yüksek eğitim düzeyi ve insanların sağlık bilincinin gelişmesi ile artan hızlı sağlık hizmeti talebi karşısında devlet sağlığa doğrudan yatırım yerine hızlı ekonomik büyüme güdüsü ile pazar düzeneğine dayanan özel kaynakların harekete geçirilmesini yeğlemiştir. Sağlık hizmeti pazarında karın diğer herhangi bir pazara göre çok daha yüksek olması nedeni ile özel sektör arz ve talep arasındaki boşluğu hızla doldurmuştur. 1975'te hastanelerin %34.5'i kamuya ait iken 1994'te oran %4.9'a düşmüştür. 1982 ile 1984 arasında 34 kamu hastanesi otonom kar amacı gütmeyen(!) hastanelere dönüştürülmüştür (Yang, 1995, Kim, 2005).

USS özel yatakların sayısında hızlı bir artışa yol açarak toplam yatakların %90'ı sıklığına ulaştırmıştır. 1977'de USS ilk gündeme geldiğinde yatakların %53.2'si kamu ya da kar amacı gütmeyen kuruluşlarda iken 1994'te bu oran %23.2'ye, 2000'de %8.1'e inmiştir. Sağlık merkezleri dışında sağlık kurumlarının coğrafi dağılımına yönelik bir planlama olmayıp özel sektörün girişimlerine bırakılmıştır. Özellikle, 1997 krizinden sonra kamu hastaneleri özel sektörle yapılan sözleşmelerle özelleştirilmiş ya da kapatılmıştır. Özel girişimcilere kredi sağlanmakta olup hastanelerin açılmasında tek düzenleme belirli bir sayıda yatak ve bölüme sahip olma gerekliliğidir. Bu en az gerekliliklerin dışında, hastane yatağı sayısına bütünüyle tıbbi kuruluşların kendisi karar vermektedir (Yang, 1995; Kim, 2005; Jo, 2002; Kwon, 2002; Shin, 1998).

İnsan kaynaklarının planlaması dolaylıdır. Sağlık Bakanlığı tıp fakültelerine girecek öğrenci sayısı konusunda Eğitim ve İnsan Kaynaklarını Geliştirme Bakanlığı'na danışmakta ancak tıp fakülteleri özel olduğu için sayılar üzerinde çok sıkı denetim yapamamaktadır. 1980'de 19 tane olan tıp fakültelerinin sayısı 2000'de iki kattan daha fazla artarak 41 olmuştur. Yeni mezun hekimlerin hemen tümü çalışma hayatına katıldığı için hekim sayısındaki artışın sağlık harcamalarını arttıracığı düşünülmektedir. 1997 krizinde sağlık sektörü de özelleştirme, devletin rolünün küçültülmesi, rekabetin desteklenmesi ve bireysel sorumluluğa vurgu gibi neoliberal eğilimle uyumlu bir yanıt oluşmuştur. Kamuda çalışan hekim, hemşire ve diğer kamu görevlilerinin sayısı azaltılmış ve kamu hastanelerinde yemek, çamaşır, temizlik gibi destek hizmetlerin dışarıdan satın alınması ile ömür boyu istihdam yerini düzensiz istihdama bırakmıştır (OECD, 2003; Kim, 2005).

Kore Devleti 1970'lerde doğrudan sağlık sektörüne yatırım yerine sağlık hizmetine ulaşımdaki engelleri azaltma amaçlı bir kamu sağlık sigorta sistemi kurmayı yeğlemiştir ve 12 yıl gibi kısa bir sürede gönüllü özel sigortadan devlet-zorunlu evrensel kapsama geçmiştir. Sağlık sigortası politikaları ve düzenlenmeleri tıbbi ücret şeması ve USS yardım kapsamı listesine odaklanmıştır. Yakın zamana kadar devlet ücret belirleme konusunda tek taraflı bir yetkiye sahip ve yıllık yenilemelerle ücret belirlerken, artık ücretler tarafların katıldığı görüşmelerle belirlenmektedir. Ancak sigorta kapsamındaki hizmet ve ilaçların belirlenmesinde hangi hizmet ve ilaçların önceleneceğine dair maliyet-etkinlik, gereksinim veya hastalık yükü gibi açık ölçütler bulunmamaktadır (OECD, 2003).

Devlet primleri düşük tutup yeni sigortalanan bireylerin prim ödemelerine karşı direncini en aza indirgeyerek sigortalı nüfusu hızla arttırma yoluna gitmiştir. Sistemin en önemli kısıtlılıkları eder denetimi kaygısı ile uygulamaya konmuş yüksek katılım payları ve dar sigorta kapsamıdır. Hastalar yatarak bakım için %20, ayaktan bakım için %30 ile %55 arasında resmi katılım payı ödemek zorunda kalmaktadırlar. Ancak hastalar sigorta kapsamı dışındaki hizmetler içinde cepten ödeme yaptıkları için bu oranlar gerçekte yatan hastalar için %40, ayaktan bakım alan hastalar için %67 düzeyine ulaşmaktadır. 2000'de özel sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının %55.9'unu oluşturmaktadır. 2000'de bir evhalkının sağlık harcaması toplam evhalkı harcamalarının %7.2'si olup bir çok Avrupa ülkesinden daha yüksektir (Almanya %4.1, Fransa %3.6, İngiltere %1.5) (Kim, 2005). Bireylerin hizmete erişimi, ne kadar ve hangi basamakta hizmet alacağı büyük oranda gelirine bağlı olduğundan USS'nin sigortalı bireyler için bile özellikle işsizlik gibi artmış ekonomik duyarlılık koşullarında tam bir koruma sağlayamadığını göstermektedir. Nitekim 1997 Kore ekonomik krizi sırasında ekonomideki hızlı daralma kitlesel iş kayıpları, reel gelirden azalma ve evhalkının satın alma gücünde keskin düşüşler ile sonuçlanmış; 1980'lerde sorun olmaktan çıkan malnutrisyon tekrar gündeme gelmiş; işten çıkarmalar ve yeni üretim yöntemleri nedeni ile uzun süreli ve emek yoğun çalışma hızla artmış, kuralsızlaştırma ile iş sağlığının koruyucu pek çok ögesi ortadan kaldırılmış, ailenin sağlığı koruyucu işlevi yaralanmıştır. Artan gereksinimlere karşın sağlık hizmeti kullanımı kriz sırasında azalmıştır. Hastaneye yatış 1998'de 1997'ye göre %0.4, yatış süresi %4.7 ve ayaktan başvurular %8.5 düşmüştür. (Kim, 2005; Yang, 2001; Kim, 2005; Kwon, 2007).

Yüksek katılım payının etkilerini azaltmak için 2004'te bir tür nakit yardım olan Katkı payı Tavan Sistemi uygulamaya konmuştur. Bu sistemde hastanın ardışık 6 ay içinde ödediği katkı payı belli bir sınırı aştığında artık katkı payı alınmamaktadır. Tavan sistemi ayaktan, yatarak ve ilaç hizmetlerinin her üçü içinde geçerlidir (NHIC, 2007).

1990'ların ilk yarısında yönetsel ve finansal olarak düzgün işleyen USS, 1997 Güneydoğu Asya ekonomik

krizi ile açık vermeye başlamıştır. 1997 yılında IMF'nin Kore'nin finansal süreçlerine müdahalesi ile USS'nin açığında dramatik bir artış olmuş ve açık 2002'ye değin artmayı sürdürmüştür (Kim, 2005; Lee, 2003).

Kore sağlık sistemi, hem USS sonrası sağlık talebi yükseldiği için, hem de yapısı gereği sağlık hizmeti sunumunu – özellikle pahalı hizmetler - ve tüketimini(!) uyardığı için seçim olarak enflasyona yatkın bir sistemdir. Parasal kriz sağlık harcamalarındaki hızlı artıştan kaynaklanmaktadır. Sağlık harcamalarındaki artışın ise hekim-hasta bilgi eşitsizliği ve yüksek cepten ödemeler göz önüne alındığında başvuru artışından çok hizmeti sunanlardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Aşırı hizmet sunumu hastalar tarafından yüksek nitelik olarak algılandığında ve hizmet başına geri ödeme yapıldığında, hizmet sunanlar arasındaki rekabet artmış sağlık harcaması ile sonuçlanmaktadır. Sistemin özel sektör baskın yapısı, bu bağlamda hizmet sunanların hizmet hacmi (olgu başına başvuru) ve yoğunluğunu (aşırı ve gereksiz işlem) arttırma eğilimleri ve hizmet düzenlemesinin etkilerinden kaçınmak için bir düzenlemeye bağlı olmayıp yüksek kar sağlayan sigorta kapsamı dışındaki hizmetleri kapsam içindakilere yeğleyen tutumları nedeni ile olgu başına eder hızla yükselmiştir. Bu dönemde sağlık hizmeti harcamaları bir önceki yıla göre %46.3 artmıştır. Buna karşılık, kamu hastaneleri kapsam dışı hizmetleri daha az sunmakta ve sunduğunda ise özel hastanelere göre daha az ücret almaktadır. Son 13 yılda olgu başına sağaltım ederi yatan hastalar için %470, ayaktan hastalar için %240 artmıştır. Tüketici fiyat indeksi ise aynı dönemde yalnızca %125 artmıştır (Yang, 1995; Kwon, 2007).

Sağlık hizmetinin tecimselleşmesi sonucu tıp etiği yerini sağlık işletmeciliğine bırakmıştır. Örneğin, sezaryen daha fazla kar sağladığı için özel sektörde kamu kurumlarına göre daha fazla uygulanmaktadır ve sıklığı 1984'te %6 iken 1999'da %40'a ulaşmıştır. Bir ya da iki günlük reçeteler ile hastaların bir hastalık atağı sırasında birçok kez hekime başvurularını sağlanmaktadır. Yüksek teknolojinin kötüye kullanımı ile ailelerin 4. çocuklarında erkek/kız doğum oranı 232.4 erkeğe karşılık 100 kıza yükselmiştir. Tıbbi teknoloji satın alınması ve yaygınlığı konusunda da kamusal planlama bulunmamaktadır. Hizmet sunanlar sigorta dışı hizmetlerin sunumunu arttırmaya çalıştıkları için pahalı teknolojilere daha çok yatırım yapmaktadır. Kore'de milyon nüfus başına düşen MRG sayısı (1990'da 1.4 iken 2004'te 11.0) Avrupa ülkelerinden, litotripsi makinesi ise A.B.D.'den daha yüksektir. Milyon nüfus başına düşen Bilgisayarlı tomografi sayısı 1990'da 12.2 iken 2004'te 31.5'e yükselmiştir. Bu tür teknoloji yatırımları sistemde eder artışına yol açmaktadır (Yang, 1995, Kim, 2005; OECD(b), 2006).

Sağlık harcamalarındaki artışın bir diğer nedeni ise ilaç harcamalarıdır. Kore sağlık sisteminde Temmuz 2000'de yapılan Ayırma Reformuna değin Kore'de geleneksel olarak hekimler ve eczacılar arasında mesleki bir rol ayrımı bulunmamakta; hem hekimler hem de eczacılar reçete yazabilmekte ve ilaç dağıtımı yapabilmekteydi. İlaç

dağıtmak hekimler için tıbbi hizmet sunmaktan daha karlı idi. Tıbbi hizmet ücretleri sıkı denetlendiğinden ve hekimler ilaçları sigortanın geri ödemesinden çok daha düşük fiyata satın alabildiklerinden karlarını arttırmak için daha çok reçete yazmaktaydı. İç hastalıkları, aile hekimliği, pediatri, dermatoloji ve üroloji alanında çalışan hekimlerin toplam gelirlerinin %40'ını ilaç gelirleri oluşturmaktaydı. Özellikle yüksek kar payı olan ilaçları yeğleyen eczacı ve hekimlerin bu uygulamaları ve bireylerin ilaca ulaşmasındaki kolaylık nedeni ile Kore'nin ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 2001'de 23.2 iken 2005'te %29.2 olmuştur (OECD 2005 ortalaması %17.5) (Kwon, 2002; Kwon, 2007; Kwon, 2003).

Hekimler ilaçtan elde ettikleri karları engelleyen ayırma reformuna reform süreci üzerinde büyük etki yaratan ulusal çapta katılımlı bir dizi ayaklanma ile tepki vermiştir. Sağlık hizmeti sunumunun baskın olarak özel sektör tarafından sağlanması Kore sağlık sistemini hekim ayaklanmalarına daha duyarlı hale getirmiş ve hekim ücretleri bir yılda %44 arttırılmıştır. Buna karşın, hekimlerin reçete yazma sıklığında çok az değişiklik olmuştur. Reformdan sonra 2001'e değin hekime reçete için ayrı bir ödeme yapıldığından hemen tüm başvurular reçete ile sonuçlanmıştır (reform öncesi %98.4, reform sonrası %94). Reçete edilen ilaç sayısı (reform öncesi 5.2, reform sonrası 5.1, DSÖ önerisi 1-2) ve antibiyotik içeren reçete sayısı (reform öncesi %55.7, reform sonrası %56.0) değişmemiştir. 2000 ve 2001 yılında ilaç maliyeti ortalama %300 artmıştır (Kwon, 2007; Watts, 2001).

Ayaklanmalar hükümetin orijinal reform paketini uygulamasını da engellemiştir. Jenerik reçete uygulamasının geri çekilmesi ve hekimlerin reçete edilebilen ilaçların yazımını reçete edilemeyenlere kıyasla arttırmaları ilaç harcamaları üzerinde kaçınılmaz olarak bir baskı yaratmıştır. Ucuz ilaç yazımını motive edecek bir koşul kalmadığı için çokuluslu ilaç şirketlerine ait pahalı ticari markalı ilaçların pazar payı artmıştır. Enjekte edilen ilaçları reform paketi dışına çıkarttıran hekimlerin bu ilaçları ağızdan alınan biçimlerine yeğlemeleri sonucu süregelen enjekte edilen ilaç aşırı kullanımı sorununu daha da derinleştirmiştir. Eski nesil antibiyotikler yerine sefalosporinler gibi yeni nesil antibiyotiklerin yazımı artmıştır (Kwon, 2002; Kwon, 2007; Kwon, 2003).

Yatan hasta ödemeleri için uygulamaya konmak istenen ve pilot uygulamada eder kontrolünde başarılı olduğu gösterilen olgu tabanlı ödeme sistemi Tanı Tabanlı Grup (DRG)'un yaygınlaştırılması yine hekimlerce engellenmiştir. Ayaktan bakım için uygulamada olan Kaynak Tabanlı Göreli Değer (RBRW) sistemi ise hizmet başına ödeme biçiminde olduğu için DRC'ye göre daha az tepki almakla birlikte hükümet göreli olarak düşük ücretli hizmetlerin fiyatını arttırmak zorunda kalmıştır. Hizmet başına ödeme biçiminde zaten yapısal olarak bulunan aşırı hizmet sunumu eğilimi de eklendiğinde RBWR hekimlerin bazı hizmetlere olan eğilimlerini gidermekte başarılı olamayacaktır. Ayırma reformundan önce olgu başına başvuru azalma eğiliminde iken

sonrasında yaşanan ücret artışına karşın ayaktan hasta başvuruları büyük oranda artmıştır. Bunun nedeni yeni ilaç politikası nedeniyle hastaların ilaç almadan önce hekime gitmek zorunda olmaları ve hekimlerin ilaçtan sağladıkları gelirin yerini doldurmak için hastaları daha fazla başvuruya yönlendirmeleridir. Bu gelişmeler ayırma reformunun hekim davranışları ve ilaç harcamalarındaki artış eğilimi üzerinde anlamlı bir etki sağlayamadığını düşündürmektedir. Nitekim, ilaç harcamalarındaki artış diğer sağlık harcamalarından çok daha hızlı artış göstermiştir. İlaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 2001'den 2005'e yılda ortalama %17.4 artarken, toplam sağlık sigortası harcamaları aynı dönemde yalnızca %8.6 artmıştır (Kwon, 2002; Kwon, 2005; Kwon, 2007).

Devlet 2006 sonunda "Pozitif liste" adı verilen yeni bir ilaç geri ödeme düzenlemesini uygulamaya koymuştur. Bu düzenlemeye göre USS ilaç paketine yalnızca eder-aktif ve makul fiyatlı ilaçlar alınmaktadır. Aynı zamanda ilaç fiyatlandırma yönteminde de değişiklik yapılmıştır. Değişiklik öncesinde yeni ilaçların fiyatları 7 sanayileşmiş ülkedeki (ABD, İngiltere, Almanya, Fransa, İtalya, İsviçre ve Japonya) fiyatlar ölçüt alınarak devlet tarafından belirlenirken artık yerli ve yabancı pazarlardaki olası tüm fiyat bilgileri göz önüne alınarak devlet USS ve İlaç endüstrisi arasındaki pazarlıklarla belirlenmektedir (NHIC, 2007).

Kore Devleti ayırma reformu ile daha da bozulan parasal dengeyi 2006 yılına değin düzeltmek için 2001'de bir dizi eylem planlamış, 2002'de konuya özel bir yasa çıkartmıştır. Önlemler devletin para desteğinin artırılması, katkı paylarının arttırılması, hizmet sunanların sahtekarlıklarının daha sıkı denetimi, kendi hesabına çalışanların gelirlerinin saptanma yöntemlerinin geliştirilmesi ve primlerin 2006'ya değin her yıl %9 arttırılmasını içermektedir. 2004'ün sonunda USS'nin açıkları önlemlerle kapanmıştır ancak USS'nin gelirine yönelik girişimler yetersiz olduğu için uzun erimde dengenin sürdürülmesi garanti altına alınamamaktadır. Katılım payları toplumun hizmete erişimini bozmadan arttırılmayacak düzeyde olduğundan hizmet sunanlara ödeme yöntemine yönelik girişimler gerekmektedir (NHIC, 2007).

Farklı çalışan gruplarının aşamalı olarak ayrı sigorta toplulukları içine dahil edilmesi yolu ile bir USS kurma kararı devletin sağlık sistemi içinde kısıtlı bir rol oynama yönündeki tercihinin bir göstergesidir. Bu toplulukların sağladıkları sigorta kapsamı ve hizmet sunanlara ödeme yöntemleri aynı olmasına karşın prim hesaplama yöntemleri çok farklıdır. Benzer gelire sahip kişilerin aynı hizmetler için farklı şirketlere farklı prim ödemesi yatay eşitsizliğe neden olmuştur. Prim farklılıklarının iki nedeni bulunmaktadır. Birincisi o dönemde primlerin nasıl belirleneceğine dair bir devlet düzenlemesi bulunmamasıdır. İkinci neden ise yoksul ya da yaşlı bireyler gibi sağlık gereksinimleri yüksek bireylerin yoğun olduğu şirketlerin gelir-harcama dengesini korumak için

ortalamanın üzerinde prim toplamalarıdır. Gereksinimler ve prim oranı arasındaki bu ilişki USS'nin kurulmasındaki temel prensiplerden olan dayanışma olgusu ile de çelişmektedir (OECD, 2003).

Çok başlı yapı 3 nedenle finansman güçlüğüne yol açmıştır: Küçük şirketler riski çok sayıda sigortalıya dağıtamadığı için yeterli para havuzu ve gelir-gider dengesi sağlayamamıştır; ölçek ekonomisinden yararlanılamadığı için yönetim giderleri yüksektir; tek bir alıcı olmadığı için hizmet satın almada pazarlık gücü yoktur (OECD, 2003; Yang, 1995; Kwon, 2002).

Birleştirme reformu (2000) ile çoklu yapı USS çatısı altında toplanarak eşitlik ve etkinlik arttırılmaya çalışılmıştır. Ancak kendi hesabına çalışanların gelirlerinin saptanmasındaki güçlük nedeniyle bu dönemde bile kendi hesabına çalışanları ve ücretlileri USS içindeki hesapları ayrı tutulmuştur. Bu nedenle primlerin belirlenmesinde tüm ulus düzeyinde bir yatay eşitlik yerine her iki grubun kendi içinde tek tip prim hesaplama yöntemi kullanıldığı için grup içi yatay eşitlik sağlanabilmiştir. Gelirin yeniden dağıtımında da gelişme olmuştur. Reform ile geliri yüksek grupların primlerinde artış, düşük olanların primlerinde azalma olmuştur. Risk tüm topluma yayıldığı için USS kaynaklarının daha etkin olarak birikimi sağlanmıştır. 389 tane sigorta topluluğunun yerini 235 sigorta birimi ve 6 bölge ofisi almış, insangücü ise %28.7 (4320 kişi) azaltılmıştır. 1999'da yönetsel maliyet'in toplam USS harcamaları içindeki payı %8.8 iken 2000'de %7.3, 2001'de %4.5, 2002'de %4.0 düzeyine inmiştir. Temmuz 2003'te kendi hesabına çalışan ve ücretlilerin hesaplarının birleştirilmesi ile reform tamamlanmıştır (OECD, 2003, Yang, 1995; Kwon, 2002; NHIC, 2007; Kwon, 2005).

Özel sektörün baskınlığı nedeni ile hizmete erişimde eşitsizlikler bulunmaktadır. Varsıl bireyler özel hastanelerde pahalı hizmetleri kullanabilirken özel tedavi giderleri, katılım payları ve sigorta kapsamı dışındaki hizmetleri ödeme gücü olmayan yoksullar nitelikli hizmete ulaşamamaktadır. En düşük gelir grubundaki bireylerin hizmet kullanımı en yüksek gelir grubundan 4 kat daha azdır. Özel sektör parası olmayanlara hizmeti reddetmekte, tatmin edici bir parasal dönüş getiren hizmetleri desteklemekte, pazarın kaldırabileceği noktaya değin fiyatları arttırmakta, gelirini arttırmak için kullanımı arttırmakta, hastaların gerçek gereksinimi olmayan ancak karı arttıran aşırı ve ilişkisiz hizmetlerin kullanımını şiddetle desteklemektedir (Yang, 1995; Anderson, 1989).

Kapıtutucu ve sevk zinciri olmadığından hastalar farklı basamaklarda değişik hekimler arasında seçme özgürlüğüne sahiptir ve hem hizmet sunanlar hem de hizmeti kullananlar sağaltım hizmetlerini koruyucu hizmetlere, uzman bakımı birincil sağlık hizmetlerine yönlendirmektedir. Özellikle hastaneler tercih edildiği için ayaktan ve yatarak bakım klinikleri aşırı kalabalıktır. 1989'da genel hastane bakışı için (doğum, acil başvuru, dış sağlığı hizmetleri, esenlendirme hizmetleri, aile hekimliği hizmetleri ve hemofili hastalarına sunulan

hizmetler hariç) ilk başvuru doktorundan sevk kağıdı alma zorunluluğu getirilmişse de hastanelerin gelir kaybetme korkusu ile kuralları bastırmamaları nedeni ile bu düzenleme etkisiz olmuştur. Sonuç olarak, birincil sağlık hizmetleri kavramı neredeyse hiç bulunmamakta, hatta çoğu Koreli ve bazı sağlık bürokratlarınca halk sağlığı ve yoksullar için düşük nitelikli hizmet olarak algılanmaktadır. Sevk zinciri ve kapıtutucu olmaması nedeni ile basit hastalıklar daha yüksek eder karşılığı sağaltılmaktadır. Hastaların aynı hastalık döneminde hem batı hem geleneksel hekim hem de eczacıya başvurarak bunların gelirini arttırması doğru hizmeti aldığı göstermemektedir (Yang, 1995; NHIC, 2007).

Son olarak, devlet kamu hastanelerinde sağaltım hizmeti sunmak ve birinci basamak sağlık kuruluşlarına sermaye sağlamak gibi çok kısıtlı işlevlere sahiptir ve toplum sağlığı hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasından sorumludur. Merkezi yönetim yasal düzenlemelerin yapılması, öncelik ve hedeflerin belirlenmesi, personel eğitimi ve toplum sağlığı programlarının uygulanması için teknik destek sunmaktan sorumludur. Yerel yönetimler ise yerel hedefleri belirler ve toplum sağlığı programlarının kendi bölgelerinde uygulanmasından sorumludur.

Neoliberalizm bireysel sağlık bakımının diğer tüketim mallarından farklı olmadığı görüşünde olduğu için sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin tüm taraflara yararlı olacağını savlamaktadır. Ancak, iyelik sağlık sisteminin işleyişini belirleyen güçlü bir etkendir. Nitekim, Kore deneyimi özelleştirme yandaşlarının savlarını desteklemekte ve sağlık alanında kar amaçlı kuruluşların büyümesinin beklenen etkinlik ve eşitliği sağlayamadığı gibi hizmete ulaşımı ve sağlık harcamalarını olumsuz etkilediğini göstermektedir (Yang, 1995).

KAYNAKLAR

Anderson GF. (1989). "Universal health care coverage in Korea.", *Health Affairs (Millwood)*, 8(2);24-34.

Cho S. (1989). "The emergence of a health insurance system in a developing country: The case of South Korea.", *Journal of Health and Social Behaviour*, 30:467-471.

Yang B. (1995) "The role of health insurance in the growth of the private health sector in Korea." *Harvard School of Public Health (HSPH)*. <http://www.hsph.harvard.edu/takemi/RP121.pdf> (Erişim: 21.12.2006)

Kwon S. (2002) "Changing health policy process: Politics of health care Reform in Korea.", *Harvard School of Public Health (HSPH)*. <http://www.hsph.harvard.edu/takemi/RP206.pdf> (Erişim:21.12.2006).

Jo J, Choi K. (2002). "Health Policy in Korea." , <http://www.ier.hit-u.ac.jp/pie/Japanese/discussionpaper/dp2002/dp127/text.pdf> (Erişim:02.02.2007).

Kim C. (2005). "The Korean economic crisis and coping strategies in the health sector: Pro-welfarism or neoliberalism.", *International Journal of health services*, 35 (3):561-678.

Kim JY, Koh SK, Yang BM. (2005). "The Effect of Patient Cost-sharing on Ambulatory Utilization in South Korea.", *Health Policy*, 72(3):293-300.

Korea National Statistical Office (KNSO). (2006). Anasayfa. <http://www.nso.go.kr/eng2006/> (Erişim 07.01.2007).

Kwon S. (2002). "Globalization and health policy in Korea.", *Global Social Policy*, 2(3):279-294.

Kwon S. (2003). "Pharmaceutical reform and physician strikes in Korea: Separation of drug prescribing and dispensing.", *Social Science & Medicine*, 57:529-538.

Kwon S, Reich MR. (2005). "The changing process and politics of health policy in Korea.", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(6):1003-1025.

Kwon S. (2007). "The fiscal crisis of National Health Insurance in Republic of Korea: In search of a new paradigm.", *Social Policy & Administration*, 41(2):162-178.

Lee JC. (2003). "Health care reform in South Korea: Success or Failure?" *American Journal of Public Health*, 93(1):48-51.

Matles A, Shaw W. editors. (1990). "South Korea: A Country Study." Washington: GPO for the Library of Congress. <http://countrystudies.us/south-korea/> (Erişim:11.11.2006).

National Health Insurance Corporation (NHIC). (2007). Anasayfa, <http://www.nhic.or.kr/english/index.html> (Erişim 11.05.2007).

OECD. (2003). "OECD reviews of health care systems. Korea." Fransa:OECD.

OECD. (2006). "OECD Health Data 2006. How does Korea compare.", <http://www.oecd.org/dataoecd/30/40/36959256.pdf> (Erişim 15.02.2007).

OECD(b). (2006). "OECD Health Data 2006- Frequently requested Data." <http://www.oecd.org/dataoecd/20/51/37622205.xls> (Erişim 15.02.2007).

Shin Y. (1998). "Health care systems in transition. II. Korea, Part I. An overview of health care systems in Korea", *Journal of Public Health Online*, 1:41-46.

Shin J. (2006). "How good is Korean Health Care? An international comparison of health care systems.", <http://ssrn.com/abstract=950193> (Erişim:02.02.2007).

Son AHK. (2002). "Social Policy and Health Insurance in South Korea and Taiwan – A Comparative Historical Approach.", *Acta Universitatis Upsaliensis. Uppsala Studies in Economic History* 62., Uppsala:2002.

The University of Oklahoma Health Sciences Center (UOHSC), College of Public Health. (1992). "Lessons learned from...The South Korean health care system" www.coph.uohsc.edu/coph/HealthPolicyCenter/Pubs/1992/chpr9202k.pdf (Erişim:24.02.2007)

US Department of State (USDS), Bureau of East Asian & Public Affairs. (2007). "Background Note:South Korea." <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/2800.htm> (Erişim:21.05.2007).

Watts J. (2001). "Korea's pharmacists protest against drug law reforms", *The Lancet*, 357:697.

WHO. (2007). "Republic of Korea: National expenditure on health.", <http://www.who.int/nha/country/KOR.pdf> (Erişim 12.04.2007).

WHO (b). (2007). "World health statistics 2007.", <http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf> (Erişim 12.04.2007).

WHO (c). (2007). "WHOSIS Core Health Indicators.", <http://www.who.int/whosis/en/> (Erişim: 02.02.2007).

Yang BM, Prescott N, Bae EY. (2001). "The impact of economic crisis on health care consumption in Korea." *Health Policy and Planning*, 16(4):372-385.