

ÇEVİRİ

AVRUPA ÜLKELERİNDEKİ SAĞLIK REFORM STRATEJİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ*, **

R.B. Saltman, J. Figueras

ÖZET

Dünyadaki ülkelerin hemen hemen tümünde günlük politik terminolojinin içinde yer alan bir kavram haline gelen sağlık reformları tüm ülkelerde ya başlamış, ya önerilmiş ya da tartışılmaktadır. Bu bağlamda; dünyada (özellikle de Avrupa'da) çeşitli sağlık reform konuları (sağlık hizmetlerinde devletin ve piyasanın değişen rolü, tüketicilerin güçlendirilmeleri, kamu sağlığının rolü ve desantralizasyon konuları gibi) ortaya çıkmaktadır. Bu konularla ilgili olarak da çeşitli sağlık politikası stratejileri (kaynak kıtlığına karşı koyma, kaynakların etkili bir biçimde tahsis edilmesi, sistemleri hakkaniyetli bir şekilde finanse etme ve hizmetlerin verimli bir tarzda sunulması stratejileri gibi) benimsenmekte ve uygulanmaya konulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık reformları, sağlık politikası, sağlık reform konuları, sağlık politikası stratejileri.

SUMMARY

The concept of health reforms starting taking part in daily political terminology either has been purposed or has been discussed in almost all countries all over the world. In this respect, various topics of health reforms (the changing roles of state and market in health care, reorganizing the system: desantralization, consumer empowerment, rights and choice, the evolving role of public health) are appearing all over the world (especially Europe). As in line with these topics different health politics strategies (confronting resource scarcity, funding systems equitably, allocating resources effectively and delivery services efficiently) have been accepted or implemented.

Key Words: Health reforms, health policy, the topics of health reform, health policy strategies.

GİRİŞ

Dünyadaki ülkelerin hemen hemen tümünde günlük politik terminolojinin içinde yer alan bir kavram haline gelen sağlık reformları tüm ülkelerde ya başlamış, ya önerilmiş ya da tartışılmaktadır. Son 20 yıldır dünyadaki sağlık politikası tartışmaları gittikçe artan bir şekilde sağlık bakım maliyetlerinin artışı konusu etrafında yoğunlaşmaktadır. Sağlık bakım maliyetlerindeki artış; nüfusun yaşlanması, hastalık biçimlerindeki değişme (kronik hastalıkların ve rahatsızlıkların artması), yeni teknolojilerin ve tedavi yöntemlerinin ortaya çıkması ve toplumun beklentilerinde meydana gelen değişimlere bağlanmaktadır.

Çoğu Avrupa ülkeleri bu maliyet baskılarını kontrol altına almak için çeşitli önlemler almaya başlamışlardır. 1980'lerin başlarındaki makro düzeydeki maliyet sınırlama

* Saltman R.B., Figueras J. (ed.by)(1997), *European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies*, WHO. Regional Office for Europe, European Series; No. 72, Copenhagen'in özetlenmiş çevirisidir.

** Çeviren: H.Hüseyin YILDIRIM; Uzm., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

stratejilerine 1990'lardaki mikro düzeydeki (örgütsel bazda) maliyet sınırlama stratejileri eklenmiştir.

Bu bağlamda dünyadaki sağlık sektörü reformları 1980'lerin ortasında başlamış olup daha fazla verimlilik, etkililik, kalite ve hasta tercihi (patient choice) istekleri doğrultusunda oluşan demografik, teknolojik ve finansal baskılar ile eşzamanlı olarak ortaya çıkmış ve mevcut sağlık hizmetleri sunum sistemlerini de oldukça etkilemiştir. Orta Avrupa'da 1989'da, Sovyet Cumhuriyetleri'nde de 1991'de Soğuk Savaş sona erdiğinde çoğu ülkeler sağlık sektöründe girişimciliğin (özelleştirme) ve yönetsel esnekliğin (özerkleşme) artırılması konuları üzerinde yoğunlaşan kamu politikalarına ağırlık verdiler. Böylece yukarıda da belirtildiği gibi Avrupa'da 1980'lerden önce kamu politikasının temel argümanlarından olan sistem-düzeyinde makro verimliliği sağlama politikalarına, kurumsal bağlamda verimliliğin artırılması politikası da eklenmiş oldu. Başka bir ifadeyle çoğu Avrupa ülkesi sağlık hizmetlerinin daha da verimli ve eşitlikçi bir tarzda sunumunu ve finansmanını gerçekleştirecek alternatif finansman ve sunum stratejileri için sağlık bakım sistemlerini gözden geçirmişler ve arayışlara girmişlerdir. Örneğin Almanya ve İngiltere gibi ülkeler formal olarak kapsamlı reformlara girişmişlerdir. Kimi ülkeler de sağlık sistemindeki belirli problemlerle başa çıkmak için sınırlı reform stratejilerini benimseyip uygulama yoluna gitmişlerdir. Bunlara ek olarak kimi reform fikirleri ve modelleri ülkeler arasında transfer edilerek uygulamaya konulmuştur. Örneğin İngiltere NHS'sindeki 1991'de gerçekleşen reformlar ABD'den rekabete dayalı sözleşmelerin mantığına dayalıdır (dahili piyasa mantığı). Bu nosyon aynı zamanda çok çeşitli ülkelerin (örneğin Türkiye gibi) giriştikleri sağlıkta reform stratejilerine de temel teşkil etmektedir.

SAĞLIK REFORMUNUN TANIMLANMASI

Reform kavramı oldukça yaygın bir kullanıma sahip olmasına rağmen sağlık sektörü reformunu nelerin meydana getirdiğinin evrensel ve tutarlı bir tanımı yoktur. Söz konusu kavramın tanımı farklı kişilerce farklı şekillerde yapılabilmektedir. Ülkeler arasındaki sosyal değerlerde, kültürel oluşumlarda, gelişmişliğin sosyo-ekonomik düzeylerinde ve reformların dizayn edilmesinde ve uygulanmasındaki komplekslik farklılıkları dikkate alındığında reform kavramının tanımlanmasında da farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Örneğin bazı durumlarda sağlık politikacıları sağlık sistemi örgütlenmesindeki küçük değişiklikleri reform diye niteleyebilmektedir.

Ancak yapısal reformları küçük sistem değişikliklerinden ayrı tutanlar da vardır. Yapısal sağlık reformu genellikle siyasi bir gücün himayesinde yukarıdan aşağıya doğru gerçekleşen planlanmış bir değişimi içerir. Buna karşın evrimsel değişiklikler diye nitelendirilen örgütsel değişimler siyasi yönetimin amaçlı müdahaleleri olmadan meydana gelebilmektedir. Sağlık sektörü reformunu, sağlık örgütlerini ve politikalarını değiştirmeye yönelik

yürürlüğe giren faaliyetler bütünü olarak tanımlamaktadır. Başka bir ifadeyle sağlık reformu; "önceliklerin belirlenmesi, politikaların geliştirilmesi ve bu politikaların uygulanması sürecini" kapsamaktadır.

Reformu; sürdürülebilir, uzun vadeli değişimi içeren bir kavram olarak tanımlamaktadır. Kısacası reform; siyasal yönetimin öncülüğünde yürütülen, sürdürülebilir, kurumsal ve yapısal değişim süreci olarak tanımlanmaktadır.

Görüldüğü gibi sağlık reformunun ne olduğu konusunda standart bir tanım olmamakla birlikte burada verilen tanımlar makalenin bundan sonraki bölümlerinin daha iyi anlaşılabilmesi noktasında okuyucuya bir fikir verebilir.

SAĞLIK REFORMLARININ GERÇEKLEŞTİRİLMESİNE YÖNELİK BASKI UNSURLARI

Sağlıkta reformları başlatma ve gerçekleştirme girişimlerinde temelde iki geniş konu baskı unsuru olarak ortaya çıkmaktadır. Bunlardan birincisi; sağlık sektörünün dışındaki alanlardan gelen ve sağlıkla ilişkili politikaların şekillenmesinde ve formüle edilmesinde oldukça etkili olan baskı unsurlarıdır. Çoğu durumlarda sağlık reformları diğer sosyal ve ekonomik alanlardan izole olarak ele alınamaz. Sağlık multisektörel bir konumda olduğundan sağlıkta reform süreci; politik, ideolojik, sosyal, tarihsel, kültürel ve ekonomik faktörlerden oldukça etkilenmektedir.

Sağlık reformlarının yapılmasında ikinci grup baskı unsurları; mevcut sağlık ve sağlık sektörü problemleri ile ilgilidir. Bunlar her bir ülkeye özgü olan sağlık problemleri olabileceği gibi, her bir sağlık bakım sisteminin kendine has örgütsel ve yapısal problemleri de olabilir.

Dışsal Baskı Unsurları

Bir sağlık sisteminin mevcut yapısı ve kapasitesi çok çeşitli faktörlerin bir yansımasıdır. Sosyal normlar ve değerler sağlık sisteminin merkezi prensipleri niteliğinde ve reformların gerçekleştirilmesi noktasında büyük etkiye sahiptir. Bir ulusun ekonomik gelişme düzeyi sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynakların temel belirleyicisi durumundadır. Örneğin barınma, sosyal sigorta, beslenme ve çevresel kirlilik gibi sektörler arası faktörler de sağlık sektörü ve sağlık reformları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Eğitimin sağlık ve sağlık reformlarındaki rolü de önemli faktörler arasındadır. Bu çevresel şartlar veya genel yapıya bağlı bu faktörler aşağıda üç temel başlıkta incelenecektir. Değerlerin rolü, makro ekonomik gerçekler ve demografik ve sosyal baskılar.

Değerlerin Belirleyici Rolü

Diğer sosyal alanlarda olduğu gibi sağlık bakım alanında ve sağlık reformlarında da toplumun sahip olduğu değerler ve normlar önemli ölçüde etkili olmaktadır. Sosyal

dayanışmayı bir sosyal norm ve değerler silsilesi içerisinde benimseyen devletler sağlık hizmetlerinin herkes tarafından ihtiyacı ile ilintili olarak kullanılmasını, sosyal normların ve değerlerin bir fonksiyonu olarak görürler. Buna karşılık 1980'lerde piyasa-oryantasyonlu fikirlerden etkilenip sağlık hizmetlerinin kullanımını ve tüketimini piyasanın argümanlarına bırakan toplumlarda ise bireysellik ön plana çıkmış ve sağlık bakımına da piyasada alınıp satılan bir mal gözüyle bakılmıştır.

Önemli normlardan birisi de devletin sağlıktaki rolü konusu ile ilgilidir. Özellikle Avrupa ülkelerinde devletin sağlıkta önemli ölçüde söz sahibi olduğu bilinmesine rağmen son yıllarda göze çarpan bir değişiklik sağlık bakımında devletin ve piyasanın rollerinin dengelenmesi yönünde bir oluşum söz konusudur.

Makro Ekonomik Gerçekler

Ulusal ekonominin yapısı ve durumu bir ülkenin sağlık reformlarını etkileyen önemli faktörlerden biridir. Çoğu ülkelerdeki ulusal, bölgesel ve belediye yönetimleri çok ciddi finansal baskılarla karşı karşıya kalmışlardır. Son dönemlerde hemen hemen tüm ülkelerde (örneğin Türkiye) bütçe açıklarının kapatılması için kamu harcamalarının azaltılması yoluna gidilmiştir. Artan işsizlik ve sosyal yardım harcamaları, yönetim bütçelerini önemli ölçüde zorlamaktadır. Daha genel olarak dünyada görülen global özelleştirme ve piyasa argümanlarının ön plana çıkarılması yönündeki baskılar devletlerin kamusal harcama düzeylerini düşürmesine neden olmuştur. Bu makro ekonomik baskılar kamusal olarak finanse edilen ve/veya işletilen sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırılmaları olgularını da beraberinde getirmiştir.

Demografik ve Sosyal Baskılar

Nüfusun Yaşlanması

Sağlık bakımını önemli ölçüde etkileyen konulardan birisi de nüfusun yaşlanmasıdır. 65 yaş üzerindeki insanların toplam nüfusa olan oranı (özellikle de daha yaşlı nüfusun oranı) gittikçe artmaktadır. Yaşlı nüfusun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin hacminin daha fazla olduğu ve dolayısıyla bunun da sağlık harcamalarını arttırdığı yönünde genel bir kanı söz konusudur.

Teknolojik Gelişmeler

Geçmiş yıllara nazaran hem klinik teknolojide hem de teşhis ve tedavi yöntemlerinde çok hızlı bir şekilde gelişmeler ve buluşlar olmaktadır. Daha fazla güvenlik, verimlilik, bakım kalitesi, prestij ve hasta tatmini gibi nedenlerden dolayı sağlık bakım sunucuları kendilerini, mevcut olan en son tıbbi teknikleri ve teknolojileri kullanma noktasında baskı altında hissetmektedirler. Yeni yöntemler daha ucuz olsa bile (laparoskopik ameliyat veya kardiyak görüntü-

leme gibi) yeni donanımlar ve yenilenmiş tesisler gibi büyük sermaye maliyetleri, bazı durumlarda ek personel ihtiyacından ötürü daha yüksek işletme maliyetleri gerektirmektedir. Özellikle enformasyon teknolojisindeki gelişmeler ağırlıklı olarak pazara dönük rekabetin olduğu durumlarda daha fazladır.

Vatandaşların ve Hastaların Beklentileri

Dünyada görülen küreselleşme akımı çerçevesinde; kişilerin daha da bilinçlenmeleri, eğitim seviyelerinin yükselmesi, emeğin organizasyonu ve yükselen değeri, daha kaliteli ve ödenebilir sağlık hizmetleri talebi sonucunda artık vatandaşlar ve hastalar sağlık hizmetlerinin sunumunda daha fazla hasta oryantasyonlu olunmasını talep etmektedir. Batı Avrupa'da hasta hakları hareketi gittikçe artmış ve taraftar bulmuştur. Vergi yoluyla finanse edilen sağlık bakım sistemlerinde bile bekleme sürelerinin azaltılması ve sistemin diğer zaafalarının giderilmesi yönünde baskılara maruz kalınmaktadır. Hastalar ve vatandaşlar kanadında daha da kaliteli sağlık bakımı talebi de gittikçe artmaktadır.

Politik Gereklere

Politikacılar, politik çıkarlarına hizmet edecek şekilde problemlere öncelikli olarak daha kısa sürede ve hızlı bir biçimde cevap verebilecek çözümlere yönelirler. Bundan dolayı özellikle seçim dönemlerinde popülist söylemler (örneğin reform gibi) ön plana çıkartılmakta ve politika veya ülke gündemini işgal edebilmektedir.

İçsel Baskı Unsurları: Sağlıkta ve Sağlık Sektöründeki Baskı Unsurları

Sağlık reformlarının başlamasını sağlayan ikinci grup baskı unsuru; sağlıkta ve sağlık sektöründeki baskı unsurlarıdır. Yukarıda belirtilen geniş kapsamlı baskı unsurları ile sağlık sektörüne özgü çıkmaz ve çözümsüzlükler politika belirleyicilerinin yapısal reformları gerçekleştirme noktasında itici güç olmuştur.

Sağlıktaki Zorlamalar

Toplumlardaki hastalık örüntülerinin değişimi, sağlık hizmetlerinin mikro ve makro düzeyde düzenlenmesinde değişiklikler yapılmasını gerektiren unsurlardan biridir. Örneğin HIV enfeksiyonu ve AIDS'in tırmanışı sonucunda cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili hizmet ağının genişletilmesi gibi. Başka bir husus, daha önce de belirtildiği gibi yaşlanan nüfus ve kronik hastalıklardaki artışa paralel olarak bu gruplara yönelik olarak sağlık hizmetleri olanaklarının iyileştirilmesi yönünde düzenlemelere gidilmektedir.

Avrupa'da sağlık trendlerine bakıldığında zaman çarpıcı farklılıklar olduğu görülür. Örneğin 1990-1994 arasında

Avrupa Topluluğu dahilinde erkeklerin doğumda beklenen yaşam süresi 3,1 yılla 70,7'den 73,8'e, kadınlardaki ise, 3,2 yılla 66,7'den 67,3 yıla yükselmiştir. Buna karşın Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde erkeklerde bu rakam sadece 0,6 yılla 66,7'den 67,3'e, kadınlarda ise 1,8 yılla 73,5'den 75,3 yıla yükselmiştir. Bağımsızlığını yeni kazanan devletlerde (bu devletler önceleri Sovyetler Birliği dahilinde idiler) yaşam süresi erkeklerde 1,6 yılla 62,2'den 60,6'ya, kadınlarda ise 0,6 yılla 72,5'den 71,9 yıla düşmüştür. Bu yeni bağımsızlığını kazanmış devletlerden Rusya Federasyonu 1986-1994 arasında erkeklerde doğumda beklenen yaşam süresi alanında 7 yıl kaybedilerek çok ciddi bir kötüye gidış olduğu söylenebilir.

Avrupa'da sağlığı tehdit eden hastalıkların başında kardiyovasküler hastalıklar gelmektedir. Bölgedeki ölümlerin yarısına, kalıcı hastalıkların da üçte birine bu hastalıklar neden olmakta ve bu nedenle toplam sağlık harcamalarının önemli bir oranını teşkil etmektedir. Kanseri tüm ölümlerde %20'lik bir payla bölgedeki ölüm nedenlerinde ikinci sırada yer almaktadır. Kanserin bir çok nedeni olmasına rağmen, yine de araştırmalar kanserin öncelikli olarak önlenabilir nedeni tütün ve tütün mamullerinin tüketimine bağlıdır. Örneğin 1990'ların başında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde tahmini sigara kullanımı prevalansı, bölgedeki ülkeler arasında en yüksek sırayı Danimarka'dan sonra Türkiye almaktadır ki nüfusun yaklaşık olarak %45'i tütün ve tütün mamullerini tüketmektedir. Toplumlardaki hastalık örüntülerinin bilinmesi sağlık sektörü reformları açısından planların gerçekçi bir şekilde yapılabilmesi bağlamında önem arz eder.

Özet olarak hastalık ve sağlık örüntülerinde sürekli olarak değişimler meydana gelmekte, nüfusun demografik özellikleri değişmekte, yeni enfeksiyonlar ortaya çıkmaktadır. Bütün bu değişen çevre ve ortam sağlık reformu açısından önemli bir anlam ifade etmektedir. Bir çok ülkede bu değişikliklere paralel ve ortaya çıkan ihtiyaçlarla ilintili olarak hizmet sunum biçimlerinde farklılaşma yoluna gidilmektedir.

Sağlık sistemlerinde reformların gerçekleştirilmesine yönelik bu gibi baskı unsurları karşısında uluslar sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında çeşitli reform girişimlerinde bulunmuşlardır. Aşağıda reform konuları ve stratejileri bölümünde bunlar üzerinde durulacaktır. Ancak bu konulara geçmeden sağlıkta reformların nedenlerini ve amaçlarını kısaca belirtmekte fayda vardır.

Yukarıdaki açıklamalar paralelinde reformların nedenleri; maliyetlerin artışı, hakkaniyetsizlikler, toplumun sağlık bakım sistemine ilişkin memnuniyetsizlikleri, medyanın etkisi, uluslar arası kuruluşların etkisi (DB, DSÖ, IMF vb.), sağlık sisteminin düşük performansı, nüfusun belli bir kesiminin sağlık sigortasından yoksun olması şeklinde belirtilebilir.

Yukarıdaki nedenlere dayalı olarak yapılmaya çalışılan

sağlık reformlarının amaçları da; daha fazla verimlilik, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve kullanımında hakkaniyet, mevcut kaynakların daha etkili bir şekilde kullanılması, nüfusun büyük çoğunluğunu sağlık güvencesi kapsamına alma, sağlık hizmetlerini daha ulaşılabilir kılma ve sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak olarak belirtilebilir.

DÖRT TEMEL REFORM KONUSU

Aşağıda bahsedilecek dört temel (geniş anlamda) reform konusu (sağlıkta devletin ve piyasanın değişen rolü, sistemin yeniden organizasyonu, tüketicilerin güçlendirilmesi ve halk sağlığının rolü) şüphesiz sağlıkta reform konularının hepsini kapsamına alıyor değildir. Ancak politika belirleyicilerinin ve reformlarla uğraşan tüm kesimlerin karşılaştıkları dört temel konuyu oluşturması açısından önem arz etmektedir.

Sağlıkta Devletin ve Piyasanın Değişen Rollerini

Sağlık reformlarında ele alınan konuların başında sağlıkta devletin ve piyasanın değişen rolleri konusu gelmektedir. Geleneksel olarak devletin gerek finansmanda ve gerekse de sunumda merkezi olarak rol üstlendiği sağlık sistemlerinde, 1980'lerin sonunda ülkelerin yönetimleri sağlık bakım sistemlerinde devletin yapısını yeniden gözden geçirmeye başladılar. Hatta çoğu ülkelerde kamunun önceliği faraziyesi bile yeniden değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu değişim sağlık sektörlerinde devletin daha az merkezi rol üstlendiği (temel olarak kuralların belirlenmesi, izleme ve performansı değerlendirme vb.) ülkelerde bile olmuştur.

Bu değişim için en büyük baskı şüphesiz kimi ülkelerde özel sektörün gerek hizmetlerin sunumu ve hatta gerekse hizmetlerin finansmanındaki rolünün göreceli de olsa artmasından ve maliyetlerin yükselmesinden ileri gelmektedir. Ancak bazen bu konu etrafındaki tartışmalar basit bir şekilde "devlet ile piyasa karşılaştırması" olarak yapılmakta ve bu da yetersiz kalmaktadır. Çünkü uygulamada ne tek başına "piyasa" ne de "kamu" oryantasyonlu sistemler vardır. Uygulamada bu konular daha karmaşıktır.

Reform uygulamalarında görülen olgu devlet ve piyasanın bir karışımıdır. Çoğu ülkeler bu iki modelin unsurlarını karma olarak kullanmaktadırlar. Daha açık bir ifadeyle piyasa mekanizmasının motivatörlerinin (market-style incentives) kamusal mülkiyetli sağlık bakım olanakları içinde kullanılması söz konusudur. Bu melez yaklaşım; dahili piyasa (internal market), kamu rekabeti (public competition) ve yarı-piyasa (quasi-market) gibi çok çeşitli isimlerle adlandırılmaktadır. Bu çeşit bir planlanan piyasanın (planned market) dizaynı ve uygulanması, başta İngiltere olmak üzere Finlandiya, İtalya, İspanya gibi ülkelerde sağlık sektörü reformlarında oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Türk sağlık sisteminde reform çalışmalarında da dahili piyasanın mantığı (hizmetin sunumu ile hizmetin finansmanının birbirinden ayrılması ve hizmet alışverişlerinin

de sözleşmelere bağlanması) ön plandadır.

Sistemin Yeniden Organize Edilmesi: Desantralizasyon

Çoğu Avrupa ülkelerinde desantralizasyon sağlık sektörü reformlarının temel ilkelerinden biri haline gelmiştir. Desantralizasyon; kamu planlamasındaki, yönetimindeki ve karar alma sürecindeki yetkinin ve gücün ulusal düzeyden alt ulusal düzeylere veya daha genel olarak yönetimin üst düzeyinden daha alt düzeylere transferi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifadeyle yönetsel ve bazen de politik yetkinin kamu sektörünün ya kendi içinde daha alt birimlere ve/veya özel sektöre devredilmesidir.

Desantralizasyon;

- Merkezileşmiş kamu kurum ve kuruluşların sebep olduğu verimsizlik, düşük yenilik (slow innovation), çevresel değişimlere ayak uyduramama ve hastaların tercihlerine ve isteklerine karşı duysuz ve yetersiz kalmak gibi problemlerin üstesinden gelmek,

- Hizmet sunumunu istendik kalitede gerçekleştirmeyi teşvik etmek,

- İhtiyaç temelli olarak kaynakların tahsisatını sağlamak,

- Öncelikler konusunda karar alma sürecine toplumun katılımını sağlamak ve

- Sağlıkta eşitsizlikleri en aza indirebilmek için, ideal bir politika unsuru olarak görülmektedir.

Desantralizasyon genelde dört grupta ele alınmaktadır. Dekonsantrasyon (deconcentration), devolüsyon (devolution), delegasyon (delegation) ve özelleştirme (privatization).

Dekonsantrasyon (idari desantralizasyon): İdari sorumlulukların mevcut merkezi hükümet yapısı içerisinde yeniden tahsisi anlamına gelen dekonsantrasyon politik olmayan salt idari yetkinin bir veya daha fazla derece aşağıya devredilmesi olarak da tanımlanmaktadır. Bu "bakanlık" modeli olarak adlandırılmıştır. Burada idari sorumluluklar merkezi hükümet bakanlıklarının yerel dairelerine devredilmiştir. Fazla radikal olmaması nedeniyle desantralizasyonun en fazla kullanılan biçimi olan dekonsantrasyon politik yetkiden ziyade idari yetkinin devrini içeren bir biçimdir.

Dekonsantrasyonda iki tip yerel örgütlenme olabilir. Birincisi dikey biçimli yerel idare (yerel personel kendi bakanlığına karşı sorumludur), ikinci tip yerel idare entegre biçim olarak (en uç şekilde bakanlıklardan birine karşı sorumlu -örneğin iç işleri bakanlığı gibi- merkezi hüküme-

tin yerel bir temsilcisi yöredeki tüm hükümet işlemlerinin performansından sorumludur) adlandırılır.

Devolüsyon (politik desantralizasyon): Devolüsyon uygulamasında merkezi hükümetler kimi işlevlerini doğrudan kontrolleri dışındaki yeni veya ayrı birimlere devreder. Devolüsyona en bariz örnek bölgesel veya yerel yönetimlerdir (örneğin belediyeler).

Sağlık hizmetlerinin devolüsyon yoluyla desantralizasyonunu sağlamada bir takım sakıncalar dile getirilmektedir. Bu sakıncalardan birincisi, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin çok yüksek olması ve giderlerinin yüksekliği, buna karşılık yerel yönetimlerin gelirlerinin azlığı ve bütçelerinin yetersizliğidir. Bu sakınca ile bağlantılı olarak sağlık hizmetlerinin finansmanının yerel yönetimlerin kontrolü dışında tutulması gerektiği genel kabul gören bir önermedir. İkinci olarak ise devolüsyon birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonu çabalarını karmaşık hale getirebileceği yönünde endişeler dile getirilmektedir.

Delegasyon: Delegasyonda ise karar verme yetkisinin daha üst bir merciin doğrudan denetimi olmadan devredilmesidir. Bu tip bir desantralizasyon bütün faaliyetlere değil tanımlanmış görevlerle ilişkilidir. Delegasyonun çekici olan tarafı hükümet düzenlemelerinin "by-pass" edilmesi ve yönetimin daha esnek olmasıdır. Ulusallaştırılmış tüm sağlık hizmetlerinin yönetiminin özerk bir kamu kuruluşuna devredilmesi durumunda Sağlık Bakanlığı'nın en büyük rolü strateji ve politika sorunlarına indirgenmiş olunacaktır.

Özelleştirme: Özelleştirmede ise genel kamu işlevlerinin kar amacı güden bir firma ya da kamu yararına çalışan sivil bir kuruluşa aktarımını içerir. Özelleştirme hizmetin sunumu veya finansmanı veya her ikisine birden yönelik olabilir. Uygulamada bu iki öğenin çeşitli bileşenleri görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde özelleştirme ağırlıklı olarak tamir ve bakım, temizlik, ulaştırma, yemek ve yiyecek gibi destek işlevlerine yönelik olarak uygulanmaktadır. Kısacası özelleştirme desantralizasyonun nihai biçimidir ve karar alma yetkisinin kamudan özel sektöre devredilmesini amaçlar. Sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin temel faydası; daha fazla verimliliğe ve kaliteye yol açacağı noktasında ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kamusal kaynakları arttırıcı bir araç olarak da görülmektedir.

Diğer taraftan özelleştirmenin göz ardı edilemeyecek sakıncaları da vardır. Özel sermaye veya özel sektör sağlığı mali getirinin, yatırım yapılabilecek diğer özel sektör alanlarından elde edilebilecek getirinin altında kalmaması gerektiği beklentisini taşır. Bu getirinin elde edilmesine yönelik baskılar sağlık hizmetlerinin toplumsal içeriğinin ihmal edilmesi ve hizmete ihtiyaç duyan ve yeterli ekonomik olanakları bulunmayan hastalara karşı ayırıcılık yapılması sonucunu doğurabilir. Üretim tarafına bakıldığında ise özelleştirmeye kötü bir örnek İsveç'te özel bir laboratuvarın yüksek gelir elde edebilmek için doktorlara

seri olarak üretilmiş gerçek dışı kan analiz raporları göndermesi gösterilebilir.

Özelleştirmenin sağlık politikalarına zarar vermemesi için başka bir ifadeyle özelleştirmenin zararlarının minimizasyonu için konuya ilişkin sağlam merkezi düzenleyici tedbirler getirilmesi gerekir. Özel sektörün en yoğun olduğu ABD'nde son derece yaygın ve sağlam bir kamu denetimi mekanizması vardır. Örneğin ABD'nde doktorlar yaptıkları her bir tıbbi işlem için denetime tabi olup ve gerektiğinde de yargı denetimi altındadırlar. Eğer kamunun düzenleme ve denetim fonksiyonu yeteri kadar işletilmezse o ölçüde tüketiciler sistemden zarar görür.

Uygulamada yukarıda bahsedilen desantralizasyon yaklaşımlarının hiç biri tek başına görülmemekte, bunların bir karışımı uygulama imkanı bulmaktadır.

Başarılı bir desantralizasyon sosyal ve kültürel çevrenin desteğini gerektirmektedir. Bu çevresel destek, yeterli yerel yönetsel kapasiteyi, görevlerin yerine getirilmesi için kesin bir ideolojik inanç gibi bir çok çeşitli faktörleri kapsamaktadır. Çoğu ülkelerde örneğin Avrupa'nın postkomünist (postcommunist Europe) ülkelerinde deneyimler, bu gibi ön koşulların yerine getirilmemesi halinde desantralizasyon girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlandığını ve beraberinde de; hizmetlerin gereksiz parçalanmasını, eşitsizliklerde artış, güçlü çıkar çevreleri tarafından politik manüplasyon ve devletin regülasyon fonksiyonunun giderek zayıflaması gibi çok çeşitli problemleri de getirdiğini ortaya koymaktadır. Deneyimler bazı alanlardaki karar verme gücünün desantralize edilemediğini ortaya koymaktadır. Bunlar sağlık politikasının temel çerçevesi, sağlık kaynaklarının gelişimi konusundaki stratejik kararlar, kamu güvenliği ile ilgili regülasyon, izleme, değerlendirme, hizmetlerin kalitesi vb. olarak ifade edilmektedir.

Hizmetten Yararlananların Güçlendirilmeleri: Hasta Hakları, Katılımı ve Seçme Özgürlükleri

Son dönem sağlık bakım politikalarında eşitlik, verimlilik, sağlık kazanımları, bakım kalitesi ve etkililik gibi amaçların yanında sağlık alanında hastaların güçlendirilmesi amacı da ön plana çıkan konulardan biridir. Bu amaç çerçevesinde sağlık reformlarında görülen önemli ve geniş konuların üçüncüsü ise tüketicilerin güçlendirilmesi, bilgilendirilmesi ve hastaların hakları konusudur. Son yıllarda hizmeti kullananlar kanadında görülen daha fazla bilinçlenme, eğitim seviyesinin yükselmesi, daha kaliteli sağlık hizmetleri talebi gibi çeşitli gelişmeler hastaların hekimini ve hastanesini seçme, klinik ortamlarda kendisini ilgilendiren tıbbi kararların verilmesine ve yerel politika oluşturmaya katılmak için istekte bulunmalarına neden olmuştur.

Halk Sağlığının Rolü

Sağlık hizmetleri reformu tartışmaları büyük ölçüde

tedavi edici hizmetlerin sunumu, örgütlenmeye yönelik yöntemler ve en maliyet etkin biçimde sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanı ile ilgili konular üzerinde odaklanmıştır. Özellikle toplumun sağlığının daha geniş belirleyicilerinin (ekonomik, kültür, yaşam tarzı, genetik faktörler, eğitim, beslenme, barınma vb.) iyileştirilmesi yoluyla sağlık hizmetleri ihtiyacının nasıl azaltılabileceği konusu üzerinde fazla durulmamıştır. Ancak son 10-15 yıldır görülen sağlıkta reform faaliyetlerinde sağlık politikası oluşturmada halk sağlığının rolünün artırılması çabaları oldukça ön plana çıkmaktadır. Aşağıda bu konu etrafındaki tartışmalara yer verilecektir.

Halk Sağlığı Nedir?

Halk sağlığı kavramının ne olduğu konusunda çok çeşitli tanımlar vardır. Bunlardan ilki 1952 yılında Dünya Sağlık Örgütü Halk Sağlığı İdaresi Uzman Komitesi tarafından yapılmıştır. Bu komiteye göre halk sağlığı; "hastalıkları önlemenin bilimi ve sanatı, daha uzun yaşam süresi, çevrenin korunması için örgütlü toplum çabaları yoluyla ruhsal ve fiziksel sağlığın ve verimliliğin iyileştirilmesi, bulaşıcı enfeksiyonların kontrolü, bireylerin kişisel hijyenleri hakkında eğitilmesi, erken tanı ve hastalıkların koruyucu tedavisi için tıp ve hemşirelik hizmetlerinin örgütlenmesi, sağlık kazancı için her bireye uygun yaşam standardını sağlayacak sosyal mekanizmaların gelişimi, böylece bu faydaların her vatandaşın kendisinin doğuştan hakkı olan sağlık ve uzun yaşama hakkının farkına varmasını sağlayacak şekilde organize edilmesidir".

Daha sonraları bu tanıma dayalı olarak yapılan iki tanım ön plana çıkmaktadır. Bunlardan birincisi, Amerika Tıp Enstitüsü tarafından yapılmıştır. Buna göre halk sağlığı; "hastalıkların önlenmesi ve sağlığın iyileştirilmesini amaçlayan örgütlü toplum çabaları", ikincisi ise İngiltere'de yayınlanan ve halk sağlığının geleceği ile ilgili olan Acheson Komitesi Raporu'na göre halk sağlığı; "örgütlü toplum çabaları yoluyla hastalıkların önlenmesinin bilim ve sanatı, uzun süreli yaşam ve sağlığın iyileştirilmesi" olarak tanımlanmaktadır.

Son yıllarda halk sağlığının temel mekanizmalarından olan koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetlerinin entegrasyonu yoluna gidilmiştir. Bu yeni halk sağlığı kavramı; "toplum ihtiyaçlarını belirlemek ve iyi tanımlanmış nüfusa dayalı kapsamlı sağlık hizmetlerini örgütlemek için sistematik çabaların üzerinde durmaktadır. Böylece nüfusun şartlarını belirlemek için gerekli bilgi sürecini ve bu şartlara cevap verebilmek amacıyla gerekli kaynakların yeniden dağıtılmasını içerir. Bu bağlamda halk sağlığının esası halkın sağlığıdır. Bu nedenle sağlığın iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, tanı ve hastalıkların tedavisi, fiziksel, sosyal ve mesleki rehabilitasyon için bütün gerekli sağlık hizmetlerini sağlamak amacıyla personel ve tesislerin örgütlenmesini içerir.

Halk Sağlığı: Sektörler Arası Bir Yaklaşım

Zamanla sağlığın temel belirleyicileri karmaşıklaşmaktadır. Buna dayalı olarak çok bileşenli sağlık kavramı esasına dayanan yeni yaklaşımlar ortaya çıkmıştır. Bu husustaki ilk somut adım 1974 yılında Kanada hükümeti tarafından yayınlanan ve çalışmayı yürüten ekibin başkanı Lalonde'nin ismiyle de anılan "Kanadalıların Sağlığı Üzerine Yeni Bir Perspektif" adlı raporda açıkça belirtilmiştir. Bu raporda sağlık; yaşam tarzının, çevrenin, insan biyolojisinin ve sağlık hizmetinin bir ürünü olarak görülmüştür. Bu yaklaşım 1984 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından benimsenmiş Avrupa Herkes İçin Sağlık Stratejisinin ve 1986 yılı sağlığın iyileştirilmesi için Ottawa Şartı'nın temeli olmuştur. Bu iki stratejide benimsenen ilkeler; bireylerin ve toplumların sağlık belirleyicileri üzerindeki kontrolünü arttıracak biçimde halk sağlığının rolünü güçlendirmektedir.

Sektörler arası yaklaşımın en iyi bilinen örneği Avrupa'da 650 şehirde, dünya çapında ise 1000'i aşkın yerde Dünya Sağlık Örgütü'nün "Sağlıklı Kentler Projesi'dir". Yerel yönetimler ve gönüllü kuruluşlar ve örgütler bir araya gelip, sağlığın iyileştirilmesi, ekolojik yönetim, hakkaniyet, sosyal destek, toplum katılımı, sağlık için sektörler arası işbirliği konularında çalışarak sağlık düzeyini yükseltmeye çalışmaktadırlar.

Halk sağlığı hizmetlerinde reforma konu olan temelde beş alanın söz konusu olduğu belirtilebilir. Bunlar; bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve çevre sağlığı, spesifik gruplara götürülecek hizmetler, sağlık gelişimi, sağlık hizmetlerinin oluşturulması, planlanması ve değerlendirilmesi ve halk sağlığı araştırmaları konularını kapsamaktadır.

TEMEL REFORM STRATEJİLERİ

Reformlarla ilgili temel politika stratejileri dört ana grupta toplanabilir. Birinci grup kaynak kıtlığına karşı koyma stratejilerini, ikinci grup sağlık sistemlerinin eşitlikçi bir şekilde finansmanı stratejilerini, üçüncü grup kaynakların etkili bir tarzda tahsisat stratejilerini ve dördüncü grup ise hizmetlerin verimli bir tarzda sunulması stratejilerini kapsamaktadır. Bu stratejiler aşağıda ayrı ayrı ele alınacaktır.

Kaynak Kıtlığına Karşı Koyma Stratejileri

Reform stratejileri genellikle kıt kaynakların en etkin ve verimli bir tarzda kullanımının toplam harcamaların sınırlanması konusuna bağlı olduğu yönündedir. Ancak sınırlı olan kaynaklardan sağlık hizmetlerine ayrılan payın artırılması için temelde iki görüş söz konusudur. Birincisi, kamu sektörü içinde kaynak tahsisi yapılırken diğer kamusal sektör harcamalarından kısım bunları sağlık sektörüne aktarmak veya sosyal sigorta ve vergi katkılarının artırılmasıdır. Bu konu politik tercihlerle manipüle edildi-

ğinden ikinci görüş olarak ülkeler sağlık bakım harcamalarını kontrol etmeyi reform stratejileriyle çözmeye çalışmaktadırlar. Sağlık reformlarında öngörülen stratejiler daha ziyade arz-oryantasyonlu ya da talep-oryantasyonlu stratejiler olarak ortaya çıkmaktadır.

Maliyet sınırlama stratejileri ya da yöntemleri ülkelerin sağlık sistemlerini finanse etme ve organize etme biçimlerine göre farklılıklar gösterir. Ancak burada uygulamada en çok görülen stratejiler üzerinde durulacaktır.

Talep-Oryantasyonlu Maliyet Sınırlama Stratejileri

Talep oryantasyonlu maliyet sınırlama stratejileri temelde tartışmalı iki alana yoğunlaşmaktadır. Bunlar; maliyet paylaşım düzenlemeleri ve kamusal olarak finanse edilen hizmetler için önceliklerin belirlenmesi konularıdır. Talep oryantasyonlu maliyet sınırlama stratejilerinin temel özelliği, sağlık sektöründeki maliyetlerin belli bir oranının bireye yüklenmesi suretiyle kamusal olarak finanse edilen hizmetlere olan talebi düşürmeyi amaçlamasıdır.

Maliyet Paylaşımı Düzenlemeleri

Maliyet paylaşımı, sağlık hizmeti kullanıcılarının hizmet sunuculara doğrudan yaptıkları herhangi bir ödemeyi ifade eder. Sağlık hizmetlerinde hastanın maliyet paylaşımının üç ana mekanizması vardır. Birincisi ön ödeme (sigorta programının teminatları aktif hale gelmeden önce cepten ödenmesi gereken miktar. Örneğin hasta hastaneye yatma maliyetinin ilk 100\$'lık bölümünü öder), ikincisi katkı payı (yararlanılan her hizmet için sigortalının ödemek zorunda olduğu kesin miktar. Örneğin hasta reçetede verilen ilaçların %10'luk bedelini veya muayene ücretinin belli bir oranını kendi cebinden öder) ve üçüncüsü de sigortalı payıdır (sigortalı tarafından bir hizmet için ödenmek zorunda olan toplam bedelin oranı. Örneğin hasta toplam yatarak tedavi bedelinin %20'sini öder).

Ağırlıklı olmamakla beraber çoğu Avrupa ülkeleri (Türkiye de dahil) hastane ve doktor hizmetlerinde maliyetleri sınırlamak, gelirleri arttırmak ve sigortanın olduğu durumlarda talebin sınırlandırılması için maliyet paylaşımı yaklaşımını bir araç olarak kullanmaktadır. Yuvarlak olarak söylemek gerekirse Avrupa ülkelerinin yarısı ilk başvuru (first contact) noktasında maliyet paylaşım stratejilerini kullanırken diğer yarısı da uzmanlık gerektiren ayaktan bakım ve klinik hizmetler için maliyet paylaşımı stratejilerini kullanmaktadır. Maliyet paylaşımı yaklaşımı çok az ülkede sağlık sektörünün gelir kaynaklarının artırılması için önemli bir kaynak olarak görülmektedir ve bu ülkelerde ki çoğu hastalarda ek olarak özel sigorta olmaktadır.

Maliyet paylaşımının verimlilik ve maliyet sınırlanması hususları bağlamında etkin bir araç olup olmadığı konusunda tartışmalar vardır. Maliyet paylaşımının özellikle

düşük gelirli için ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini ve kullanımını olumsuz yönde etkileyeceği, sağlıkta hakkaniyet ilkesinin zedelenebileceği endişesi herkes tarafından paylaşılan bir görüştür.

Maliyet paylaşımı, tüketicilerin sağlık hizmetleri kullanımını noktasında azaltıcı bir etkiye sahip olmasına rağmen, gerek verimliliği arttırmak ve gerekse de sağlık sektörü maliyetlerini sınırlamak için çok güçlü bir politika aracı değildir. Çünkü hizmet sunucuların sağlık sektörü maliyetlerini etkilemedeki önemi (sağlık hizmetleri maliyetlerindeki temel belirleyici hizmet sunucuları tarafından yönlendirilen hizmetlerin bir karması ve teknolojidir) nedeniyle pazarın arz tarafına yönelik politikalar talep tarafına yönelik olanlara nazaran daha etkin bir rol oynamaktadır.

Önceliklerin Belirlenmesi

Kaynaklar kıt olduğundan bu kaynaklar arasında ve bu kaynakların tahsisinde seçim yapma ya da önceliklerin belirlenmesi daima gündemde olan bir konudur. Peki bugün kamu politikaları çerçevesinde apaçık olarak kaynaklar arasında seçim yapma konusunun gündeme gelmesinde ne tür faktörler etkili olmuştur? Artan sağlık harcamaları ve maliyetleri. Son yıllarda aralarında Finlandiya, Hollanda, Norveç, İspanya, İsrail ve İsveç'in de bulunduğu ülkeler önceliklerin belirlenmesinin daha sistematik bir şekilde yapılabilmesi için resmi olarak araştırma birimleri kurmuşlardır. Bazı uluslar yaptıkları çalışmalar sonucu önceliklerin belirlenmesi konusunda birçok konuyu ön plana çıkarmaktadırlar. İhtiyaçların belirlenmesi, uygulanan yöntemlerin maliyetlerinin ve etkililiğinin belirlenmesi konuları üzerinde özellikle durmuşlardır.

Sağlık hizmetlerinde öncelik belirlemenin farklı düzeyleri söz konusudur. Makro düzeyde, kaynaklar üzerinde hak iddia eden taraflarla bağlantılı olarak sağlık hizmetlerine tanınacak öncelikler bulunmaktadır. Daha sonra sağlık hizmetleri bütçesinin farklı coğrafik alanlara ve hizmetlere tahsis edilmesini içeren seçenekler bulunmaktadır. Diğer bir düzey ise kaynakların hizmet alanları içindeki belirli tedavi şekillerine tahsis edilmesiyle ilgili olarak kararlar alınmak zorundadır. Örneğin kalp nakline karşılık açık kalp ameliyatına verilen öncelik gibi. Son olarak her bir hasta için özellikle yenilikçi ve pahalı yöntemler söz konusu olduğunda bir tedavinin sağlanıp sağlanamayacağı ve sağlanacaksa da ne kadar süre için verileceği hakkında önceliklerin belirlenmesi gerekmektedir.

Heginbotham ve Ham'dan aktardığına göre öncelik belirleme süreci; maliyet-etkililik ve maliyet fayda çalışmaları, hizmet sağlayıcıları, halk ve hastalar ve hükümet tarafından çok ciddi bir şekilde etkilenmektedir.

Önceliklerin saptanmasında politika belirleyicilerinin benimsediği bir konu temel hizmetler (basic packages) paketidir. Örneğin Hollanda ve İsrail gibi ülkeler bu temel

hizmetler paketini benimseyen ülkelerin başında gelmektedir. Temel hizmetler paketini benimseyen ülkelerde hizmetlerin %95-100'ü bu kapsama dahil olduğundan hükümetler bu hizmetlere ulaşılabilirlikte kısıtlamaya pek gitmemektedirler.

Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde politika belirleyicilerin, karar vericilerin ve ilgili diğer tüm kesimlerin, ulusal kaynakları, hakkaniyeti, verimliliği, maliyet sınırlamaya katkıyı göz önünde bulundurmaları gerekmektedir.

Arz-Oryantasyonlu Stratejiler

Maliyet sınırlama stratejilerinin büyük çoğunluğu arz-oryantasyonlu (supply-side) olarak ortaya çıkmaktadır. Bunlar aşağıda başlıklar halinde sıralanmıştır. Hekim ve hastane yatağı üretiminin sınırlandırılması ve/veya düşürülmesi,

- İşgücünün maliyetlerini kontrol etme (örneğin maaşlar),
- Toplam harcamanın üst sınırlarını (tavanlarını) belirleme,
- Hizmet sunucuları için toplam bütçe belirleme,
- Profesyonele ödeme yöntemlerinde değişme,
- Teknolojinin kullanımının optimizasyonu,
- Daha etkili olan hizmet sunum biçimlerini benimseme (örneğin pahalı olan yatarak tedavi hizmetleri yerine temel sağlık hizmetlerinin ve ayaktan bakım hizmetlerinin kullanılması gibi),
- Hekimlerin kullandığı kaynakların değerlendirilmesi ve
- Kamu hizmet sağlayıcıları arasında rekabeti sağlama.

Bu stratejilerin uygulamaları farklı derecelerde başarılı olmuşlardır. Şimdiye kadar ki deneyimler amaçlara yönelik olarak sağlık bakım sistemi için veya her bir temel alt sektörler için oluşturulan bütçeler ve personelde sınırlamalara gitme gibi maliyet sınırlama stratejileri arasında en etkili olanları olmuştur.

Sistemleri Hakkaniyetli Bir Şekilde Finanse Etme Stratejileri

Kıt olan kaynaklarla sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli bir şekilde finanse edilmesi çabaları politika belirleyicilerinin ve ilgililerin enerjilerini önemli ölçüde tüketen konuların başında gelmektedir.

Dünyada dört temel sağlık hizmetleri finansman yön-

temi söz konusudur. Bunlar; Beveridge modeli (temel kaynak vergiler; örneğin İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri sistemi), Bismarck modeli (temel kaynak sosyal sigorta sistemlerine olan katkılar; örneğin Almanya sağlık sistemi), isteğe bağlı özel sigortalar ve cepten ödemelerdir. Sağlık sistemlerinde uygulamada bu kaynakların hiçbirisi tek başına bulunmamakta bunların bir karması söz konusu olmaktadır. Aşağıda ağırlıklı olarak Beveridge modeli ve Bismarck modeli üzerinde durulacaktır.

Beveridge Modeli (Vergiye Dayalı Finansman)

Sağlık hizmetlerinin finansmanında Beveridge modeli (vergiye dayalı finansman) benimseyen ülkeler (örneğin İrlanda, İngiltere, İtalya, Yunanistan, Portekiz ve İspanya gibi ülkeler) ağırlıklı olarak vergiye dayalı kaynakların çeşitli versiyonlarını kullanmaktadırlar. Bu ülkelerin en önemli özelliği nüfusun hemen hemen tamamının sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi amacı söz konusudur. Bu sistemde finansmanın sağlanması, hizmete ulaşılabilirliği sağlama ve coğrafik olarak kaynakların eşitlikçi bir biçimde sağlanması görevleri ağırlıklı olarak vatandaşlar tarafından kamu sektörüne tevdi (emanet) edilmiştir.

Sigortaya dayalı sistemlerin aksine, vergiye dayalı sağlık hizmet finansmanı uygulayan ülkelerin vatandaşları kamu sistemi kapsamındadırlar ve sağlanan hizmetlerin dağılımı geniş kapsamlıdır. Ayrıca sosyal sigorta sistemi uygulamalarından farklı olarak tüm vatandaşlar için hizmet dağılımı hemen hemen aynı olmaktadır ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik daha fazladır. Vergilendirme yoluyla finanse edilen ulusal sağlık hizmetleri sistemlerinin (örneğin İngiltere) temel belirleyici özelliklerinden birisi de tüm vatandaşların eşit şartlarda ulusal kapsama alınmasıdır.

Bismarck Modeli (Sosyal Sigortaya Dayalı Finansman)

Sosyal sigorta; risklerin, ihtiyaç durumunda finansal güvence elde etmek için paralarıyla bir birikim yapmış birey gruplarına dağıtılması amacıyla ortaya çıkmıştır. İlk gönüllü dernekler, üyelerine işsiz kaldıklarında ve belirli bir gelir elde edemedikleri koşullarda, gelir kayıplarını ve sağlık ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlamıştır. Sosyal sigorta da bu hareketlerden ortaya çıkmıştır. İlk zorunlu hastalık sigortası yasası 1883 yılında Almanya tarafından kabul edilmiş ve işçilerin önceleri isteğe bağlı olan fonlara üyeliği zorunlu kılınmıştır. Kaza, yaşlılık, sakatlık ve işsizlik sigortası yasaları 1927 yılına kadar yürürlüğe girmiştir. Bu konuda diğer Avrupa ülkeleri Almanya'nın izinden gitmiş ve 1930'lara kadar sosyal sigorta Avrupa çapında yaygınlaştırılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında Bismarck modelini benimseyen ülkeler (Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, Hollanda, Lüksemburg, İsviçre) kanuni olarak sigorta temelli sistemleri kurmuşlardır. Bu ülkelerdeki bireysel

sosyal sigorta sistemleri aynı ilkelerden esinlenmesine rağmen uygulamada ülkeden ülkeye farklı düzenlemeler ve uygulama farklılıkları gözlenmektedir. Ancak bu tür bir finansman biçimi de ağırlıklı olarak devlet tarafından regüle edilmektedir. Tüm ülkelerde sosyal sigorta fonları devlet tarafından sübvansiyonlanmaktadır. Ancak bu sübvansiyonların oranları ülkeden ülkeye farklılıklar gösterebilmektedir.

Sağlık Finansman Sistemlerinin Reformu

Çoğu Avrupa ülkelerinde görülen eğilim devlet bütçesinden sağlık hizmetlerinin finansmanı yönteminden zorunlu sağlık sigortası uygulamalarına doğru olmaktadır. Kısacası Beveridge finansman sisteminden Bismarck finansman sistemine doğru bir kayış söz konudur. Ancak özellikle Akdeniz ülkelerinde bunun tersi de olabilmektedir.

Bir çok Avrupa ülkesi de sağlık finansman sistemlerini özel sigorta şirketleri arasında rekabeti sağlamak yoluyla reforme etmeye çalışmaktadırlar. Örneğin İsviçre, İsrail gibi ülkeler gerek kar amaçsız ve gerekse de kar amaçlı sigorta şirketleri arasında rekabet ortamını oluşturacak yönde çabalara girmişlerdir. Sağlık sistemlerinin gerek makro bazdaki ve gerekse de her bir alt sektöründeki unsurlarda reform çalışmalarında ülkelerin çoğu sigortaya dayalı finansman sistemlerine geçmek isteklerini dile getirmişler ve sistem değişikliği için de önemli adımlar atmışlardır. Sigortaya dayalı finansman sisteminin tercih edilmesinin altında; sağlık hizmeti için kullanılacak toplam fonların artırılması beklentisi, hastalar için daha çok seçim olanağının sunulması, doktorların yüksek ücretlendirilmesi, sağlık hizmetleri katkıları veya kullanıcı katkıları yoluyla kişisel sorumluluğun artırılması, doktor örgütleri tarafından desteklenen değişim arzusu, uluslararası finans (Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu) çevrelerinin teşvikleri ve yönlendirmeleri, dünya ekonomik konjonktürünün geldiği nokta (yeni dünya düzeni, küreselleşme ve özelleştirme akımları) gibi nedenler yatmaktadır.

Sigortaya dayalı finansmana geçişteki zorluklar olarak; harcama kontrolünün eksikliği, yapısal açıkların ortaya çıkması, risk ayarlaması sırasında karşılaşılan problemler, artan işçi maliyetleri, katkı paylarının artan yükü, uyum problemleri, yeterli bilgi teknolojisinin eksikliği, bilgi sistemlerinin uygun ve yeterli bir şekilde kurulmaması, sigorta ve sözleşme idaresi ile ilgili alanlarda teknik tecrübe eksikliği, yasal mevzuat eksikliği gibi konular belirtilebilir.

Bir toplum sağlık finansman sistemini, piyasa ekonomisi kuralları (piyasa rekabetini hakim kılsa) üzerine oturtursa; o toplumda sosyal dayanışma ilkesi, hakkaniyet ilkesi, sosyal devlet anlayışı ilkesi, sağlığın herkesin doğuştan bir hakkı olduğunun anayasa tarafından koruma altına alınması ilkesi zedelenmiş olunacaktır.

Kaynakların Etkili Bir Biçimde Tahsis Edilmesi Stratejileri

Sağlık bakım sistemlerinde mevcut finansman kaynaklarının daha verimli ve etkili bir tarzda kullanılması yönündeki baskılar ülkelerin, kaynakların tahsis edilmesi mekanizmalarını da yeniden gözden geçirmelerine neden olmuştur. Bu konudaki temel reform stratejileri, sözleşmeler, hizmet sunucularına (kişilere, kurum ve/veya kuruluşlara) ödeme biçimleri, ilaçların maliyet etkin sunum mekanizmaları, sağlık alanında yatırım yapmak için sermayenin dağılımı konularındaki stratejileri kapsamaktadır. Aşağıda ağırlıklı olarak bu konular üzerinde durulacaktır.

Sözleşmeler

Son dönem sağlık bakım politikalarında bir koordinasyon mekanizması olarak görülen sözleşmeler sağlık hizmetlerinin geleneksel emir ve komuta modellerine alternatif önermekte olup ağırlıklı olarak hizmet sunucu ile hizmet finansmanının birbirinden ayrılması ilkesi çerçevesinde çalışmaktadır. Hizmet sunucu ile hizmeti finanse eden arasındaki hizmet alışverişinin sözleşmelere dayandırılması her iki taraf için de taahhütler konusunda bağlayıcı olup bu taahhütlerin yerine getirilmesi için ekonomik motivasyon sağlar.

Sözleşmeler; yönetimde desantralizasyonun teşvik edilmesi, bir dizi performans göstergelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesini de içerdiğinden hizmet sunucularının performanslarının iyileştirilmesi, planlama ve kaynak tahsisatı arasında doğrudan bir bağ sağlaması bağlamında sağlık hizmetleri gelişim planlamasının iyileştirilmesi, daha maliyet etkin hizmet sunum biçimlerinin ve tıbbi müdahalelerin yapılmasını teşvik edici olması bağlamında sağlık hizmetleri yönetiminin iyileştirilmesi, hakkaniyeti ve toplum katılımını olumlu yönde etkilemesi gibi bir çok yararı sağlayabileceği yönünde güçlü bir kanı vardır.

Sağlık bakım sistemlerinde vergiye dayalı finansmanı benimseyen bir çok ülke direkt olarak hizmet sunumu fonksiyonundan vazgeçerek bu fonksiyonlarını üçüncü taraflara sözleşme karşılığı devretme eğilimindedirler. Bu ülkelerde sözleşmeler kamusal olarak finanse edilen sistemlerdeki sağlık bakım yönetiminde klasik komuta-kontrol modellerine karşı bir alternatif olarak görülmektedir. Başka bir ifadeyle hizmet sunucu ile hizmet finansmanının bir birinden ayrıldığı ve bu iki kesim arasında hizmet alışverişlerinin de sözleşmelere dayandırıldığı böyle bir modelde kamu yetkilileri, çeşitli düzeylerde vatan-daşları adına bir vekil (agent) olarak hareket ederek hizmet sunucularından hizmet satın alırlar.

Sözleşmeler aynı zamanda sağlık hizmetlerini Bismarckçı yöntemle finanse eden (sosyal sigorta temelli) sistemlerde de uygulanmaktadır. Ancak buradaki sözleşme düzenlemeleri genellikle sigortacı ile hizmet sunucu

arasındaki ilişkilerde belli bir istikrarı garanti etmeye yönelik olarak dizayn edilmişlerdir. Şimdiye kadar buradaki sözleşmeler fiyat ve verimlilik olguları üzerine odaklanmamıştır. Ancak son zamanlarda örneğin Almanya ve Hollanda da özellikle maliyet ve fiyata dayalı sözleşmelerin yapılması ve uygulanması yönünde çalışmalar vardır.

Sözleşmeler hem rekabete dayanan hem de dayanmayan ortamlarda uygulanabilmekte ve her iki sistemde de bir planlama ve yönetim aracı olarak düşünülmektedir. Özet olarak belirtmek gerekirse reforme edilmeye çalışılan sağlık sistemlerinde sözleşmelerde; blok sözleşmeden fiyat ve miktar ve/veya vaka başı maliyet sözleşmelerine, ulusal düzeydeki sözleşmelerden kişisel sözleşmelere, tüm hizmet sunucularla yapılan sözleşmelerden seçici sözleşmelere, şartlı sözleşmelerden daha detaylı sözleşmelere doğru bir eğilim söz konusudur.

Ödeme Biçimlerinde Değişme

Politika belirleyiciler, profesyoneller ve diğer ilgili tüm kişi ve kurumlar, hastalara etkili ve yüksek kalitede hizmet verebilecek, verimliliği arttıracak ve maliyet sınırlaması amaçlarını gerçekleştirebilecek ödeme sistemlerinin gerekli olduğunun altını önemle çizmektedirler. Bu bağlamda kaynakların tahsisatı konusundaki ikinci strateji ödeme sistemlerinde (kişilere, kurum ve kuruluşlara) ağırlıklı olarak performans-ilişkili yaklaşımlara doğru kayışla nitelendirebilecek değişimler söz konusudur.

Hekim Ödemeleri

Hekimlerin ödeme sistemlerinin düzenlenmesi, hekimlerin davranışlarını motive edecek amaçları ve kısıtlamaları göz önünde bulundurmaya içermektedir. Başka bir ifadeyle hekimler için optimum bir ödeme sistemi; kaynakların etkili ve verimli bir biçimde kullanımı, ulaşılabilirlik, kaliteli, hasta için doktorunu seçebilme ve doktor için profesyonel anlamda özgürlük gibi yaklaşım tarzlarını da kapsamına alan çok çeşitli amaçlara ulaşmayı hedeflemektedir. Hekimler için üç ana ödeme yöntemi söz konusudur. Bunlar; verilen hizmetler karşılığında hekimlere yapılan ödemeler yani hizmet karşılığı ödeme, maaş ve kişi başına ödeme. Bunlara ek olarak iyi uygulamalar için ödüllendirme sistemi de bu üç ödeme şekliyle birlikte görülebilmektedir.

Burada belirtilmesi gereken bir husus özellikle genel pratisyenlere olan ödeme biçimlerinde düzenlemelere gidilmektedir. Sigorta temelli sağlık sistemlerinde genel pratisyenler genellikle bağımsız olarak hizmet başına ve pazarlığa dayalı sözleşme imzalarlar. Fransa ve Almanya gibi ülkelerde bu konuda bir çok önlem alınmaya başlanmıştır. Örneğin hizmet başı ödemelerde fiyat düzenlemeleri, hizmetlerin karmasını ve miktarını belirleyerek, aşırı kullanımın önüne geçme, aşırı kullanımları cezalandırma, hedef harcama düzeyleri belirleme gibi. Bu mekanizmaların makro düzeyde maliyetlerin kontrolünde görevleri

olarak etkili olduğu bilinmektedir. Ancak bu mekanizmaların mikro bağlamda eşitliğe ve kaliteye etkisi konusunda araştırmaya dayalı çok az bir bilgi vardır.

Vergiler yoluyla finanse edilen sağlık bakım sistemlerinde ise, genel pratisyenler kamusal yollarla direkt olarak istihdam edilir ve bunlara bir maaş ödenir. Ancak Danimarka, Norveç, İtalya ve İngiltere'deki genel pratisyenler özel olarak çalışırlar (self-employed) ve kişi başına ödeme yöntemini veya maaş, kişi başına (capitation) ve hizmet başına (fee-for service) ödeme yöntemlerinin bir karışımını kullanırlar. Genelde hizmet başı ödeme yönteminde ortaya çıkan maliyet-sınırlama ve maaşa dayalı ödeme yönteminde ortaya çıkan düşük personel motivasyon problemleri karşısında ülkeler karma bir sistemi benimseyip uygulamayı tercih etmektedirler. Bazı sistemler (ağırlıklı olarak hizmet başına ödeme yöntemiyle çalışan) mikro ve makro bazda verimliliği sağlama açısından ön plana çıkmaktadır.

Hekimlere Ödeme Sistemlerinin Değerlendirilmesi

Hekimlere yapılan ödeme yöntemlerinin faydalarının değerlendirilmesi bu sistemleri geriye dönük (hizmet karşılığı ödeme) ve ileriye dönük (kişi başına ödeme ve maaşa dayalı ödeme) olmak üzere iki grupta toplayarak yapılmaktadır. Geriye dönük ödeme sistemlerinde hizmet sunucuları hizmet karşılığı ödeme sistemlerinin özgürlüğü güçlendirmesine ve hizmetin sürekliliğinin artmasına yönelik avantajlarından bahsetmektedirler. Buna karşılık hizmet karşılığı ödeme sistemlerinin dezavantajı olarak, bu sistemler açık uçlu olduğu için, hizmet sunuculara eğer isterlerse talebi arttırabilmeleri yönünde açık çek vermesidir. Bu literatürde arzın yarattığı talep olarak tanımlanmaktadır. ABD'de ve Kanada'da yaygın olarak görülen ameliyatlardaki yüksek cerrahi oranlar, İngiltere'dekilerle kıyaslanmış ve bu farklılıkların, hastalığın yaygınlığı ve sıklığı ile çok ilişkili olmadığı, bunun altında yatan temel nedenler arasında Kanada ve ABD'deki hizmet karşılığı ödeme sistemleri gibi unsurlarla daha yüksek oranda ilişkili olduğu ortaya konulmuştur.

İleriye dönük ödeme sistemleri ise (kişi başına ödeme ve maaşa dayalı ödeme) hekimlere, harcamaları kontrol etmeye ve maliyet-etkin uygulamalar geliştirmeye yönelik teşvikler sunmaktadır. ABD'nde yapılan araştırmalarda, ileriye dönük ödeme sistemlerinde hizmet karşılığı ödeme sistemleriyle kıyaslandığında hasta başına daha düşük harcama yapıldığı öne sürülmektedir. Ayrıca ileriye dönük ödeme sistemleri uzmanların coğrafik olarak daha iyi dağılımını sağladılar. Bunlara karşılık ileriye dönük ödeme sistemi hizmet sunucularının konsültasyon süresini azaltarak, fazla reçeteleme yaparak veya aşırı sevk yaparak sistem içerisinde yığılmalara, kuyruklara ve çalışanlar için düşük motivasyona neden olabilir.

Yukarıda da görülebildiği gibi her iki sistemin de zayıf yönleri vardır. Ancak son dönem sağlıkta reform çabala-

rında; bu iki yöntemin avantajlarını, maliyet kontrolünü ve performans teşviklerini bir araya getiren karma ödeme sistemlerine (performansa dayalı ödeme sistemleri) yönelme söz konusudur. Sağlık politikası hedeflerini yakalamak için karma ödeme sistemleri ön plana çıkmaktadır. Ancak bir sağlık sisteminde bir hekimin ahlaki ve sosyal inancı çok önemli olduğundan eğer bu inançlar düşük ise, mali bakımdan olumlu gelişmeler bile hekimlerin konumunu değiştiremeyebilir ve sistemi olumlu yönde etkilemeyebilir. Dolayısıyla hekimler için ideal bir ödeme sisteminden bahsetmek mümkün değildir.

Hastanelere Ödeme Yöntemleri

Hastanelere ödeme yöntemlerinde de benzer bir şekilde reform çalışmaları görülmektedir. Burada iki geniş konu ön plana çıkmaktadır. Birincisi olası bütçeleme (prospective budgeting) yoluyla ödeme yöntemi, ikincisi ise hizmete-dayalı ödeme (service-based payment) yöntemidir.

Olası bütçeleme sisteminin en yaygın özelliği ileriye yönelik olarak tanımlanan bir zaman diliminde harcama limitlerinin belirlenmesi, hizmet sunumu için harcama düzeylerinin önceden belirlenmiş olması, belirlenen zamanda ödemelerin yapılması ve zaman ve bütçe ayarlamalarının hizmeti yürütenler tarafından ileriye dönük olarak yapılmasıdır. Vergiye dayalı olarak finanse edilen sistemlerde olası bütçeleme tarihsel olarak incremental normlara dayanır. Bu gruptaki çoğu ülkeler sorumlu oldukları hizmet düzeylerini sağlamak için olası bütçeleme sisteminden faaliyet-ayarlı-olası bütçeleme (activity-adjusted prospective budgeting) sistemine doğru bir kayış söz konusudur.

Retrospektif-temelli sistemde ise çoğu Batı Avrupa ülkeleri (Almanya, Avusturya, Hollanda) 1980 ve 1990'larda (bu ülkeler sosyal sigorta temelli finansman modellerini benimsemişlerdir) prospektif global bütçe sistemini benimseme eğiliminde olmuşlardır. Bu karma ödeme sistemlerinde maliyet kontrol stratejilerinde öncelikler verimlilikle ilintili olarak ortaya çıkmıştır. Ülkelerin çoğu (örneğin Fransa ve İrlanda) belirli bir bütçe çerçevesinde (örneğin vaka karması ve kalite gibi) çok sofistike uyum biçimlerini kullanmaktadırlar. Çoğu Avrupa ülkeleri hastaneleri, sunulan hizmetlerin hacmine dayalı olarak finanse etmektedirler.

Bazı ülkeler, verilen hizmetlerin hacmine dayalı olan ödeme sisteminin dezavantajlarını minimize etmek için sözleşmelerle destekli prospektif fiyatlama stratejilerini benimsemektedirler. Bu stratejinin kaynakları etkili kullanma ve maliyet kontrol gibi amaçları gerçekleştirme konularında avantajlı olduğu görülmektedir.

Görüldüğü gibi hastane ödeme biçimlerinde de ideal olan bir yöntem yoktur. İdeale en yakın olanı ise bir sağlık sisteminde hakkaniyeti, verimliliği, etkinliği, etkin maliyet

sınırlamayı ve kurumsal gelişimi en üst düzeyde sağlayabilecek yöntemdir.

İlaçların Maliyet-Etkin Sunumu

Sağlık sektöründe maliyetlerin artışındaki temel faktörlerden birisi de ilaçlara harcanan paralardır. Mevcut ilaçların kullanımındaki artış, yeni üretilen ilaçların maliyetleri ve doktorların reçete yazma alışkanlıkları buna etki eden üç önemli unsurdur. İlaç piyasası üç ayaklı talep tarafı ve bir de arz tarafı olan bir piyasadır. Talep tarafının bir ayağında reçeteyi yazan hekim, bir ayağında bu reçeteyi tüketen hasta ve diğer ayağında da bu alışverişin bedelini karşılayan üçüncü şahıs ödeyiciler (sigortacılar, kurumlar ve/veya şahıslar). Diğer taraftan sunuculardan oluşan arz tarafı. Ancak bu üç ayaklı piyasanın tipik özelliği tüketici adına hekimin ilacı talep etmesi konusudur. Hastanın rolü bu piyasada sadece pasiftir ve verilen ilacı kullanmaktan ibarettir. Dolayısıyla hekim ile ilaç firmaları arasında güçlü çıkar ilişkileri gelişebilmektedir. Örneğin hekimin gereksiz ve/veya aşırı ilaç reçete etmesi gibi veya aynı etken maddeye sahip iki ilacın pahalı olanını reçete etmesi gibi. Bu endüstrinin arz yönünün tipik özelliği her geçen gün yeni bir ürün ortaya çıkarması ve piyasada tekel denebilecek bir konumda olmasıdır.

Tüm ülkeler ilaçların maliyet etkili sunumunu temin etmek için devlet düzenlemelerine gitmektedirler ve talebi azaltmak amacı ile maliyet paylaşım mekanizmaları (örneğin ilaç katkı payları gibi), fiyat kontrolü, ilaç tanıtım fiyatlarına ilişkin tavan fiyatlar ve vergilendirmeler, harcama tavanları, doktor reçetelerinin denetlenmesi, yatırım teşvikleri veya piyasadaki ürün sayılarının kontrol altına alınması yoluna gidilmektedir veya piyasada ilaçların markası yerine etken madde ile işlem yapılmaktadır.

Sağlıkta Yatırım İçin Sermaye Tahsisi

Sağlık sektöründe değişimi ve genel anlamda gelişmeyi sağlayacak önemli konulardan birisi de hastane, klinik ve diğer tesislerde sermaye birikimini sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinde teknoloji düzeyi; hastalıklara tanı koyma, iyileştirme ve koruma yeterliliğine göre belirlenmektedir.

Sağlık sektöründeki tanı-teşhis ve tedavi yöntemleri hızlı gelişmelere tanık olmaktadır. Sağlık reformları ile arzulanan husus bu durumun sermayenin optimum tahsisıyla birleştirilmesi gerektiğidir. Bu nedenle sağlık sektörü reformları hizmeti satın alanlara ve hizmet sunuculara optimum kararların alınmasını ve yeni teknolojilere maliyet etkin yatırımların yapılmasını teşvik edici şekilde dizayn edilmelidir.

Hizmetlerin Verimli Bir Tarzda Sunulması Stratejileri

Politika belirleyiciler, sağlık bakım kuruluşlarının ve

sunucularının performanslarının daha da iyileştirilmesi için çeşitli önlemler almaktadırlar. Bu önlemler, bakım programlarının çıktılarının ve kalitesinin geliştirilmesi, desantralize hizmet sunucularının yönetimi, hastanelerin içsel ve dışsal değişkenlerinin yeniden dizayn edilmesi, insan kaynaklarının geliştirilmesi, temel bakımın kapasitesinin artırılması çalışmaları ve daha az yoğun bakım gerektiren bakım biçimlerini kullanma gibi stratejileri kapsamaktadır.

Hizmetlerin verimli bir tarzda sunulmasına ilişkin reform stratejilerinin geniş bir yelpazesi "çıktılar hareketi (outcomes movement)" konusu etrafında ortaya çıkmaktadır. Bunlar kalite güvencesi, sağlık teknolojisi değerlendirme, sürekli kalite iyileştirme, kullanımın gözden geçirilmesi gibi konuları kapsamaktadır.

Hizmet sunumu ile ilgili son reformlar aynı zamanda hizmet sunucu olan kurum ve kuruluşların yönetim fonksiyonlarının desantralizasyonu konusu ile de yakından ilgili olmuşturlar (buradaki amaç, söz konusu kurum ve kuruluşlarda daha etkili yönetimin geliştirilmesidir). Çoğu ülkelerde örneğin Finlandiya, İsveç, İngiltere'de sağlık otoriteleri ile hastaneler (hizmet sunucuları) arasındaki geleneksel hiyerarşi, yerini daha desantralize yönetim düzenlemelerine bırakmıştır. Çoğu ülkelerde bağımsız olarak yönetilen hastane yönetim oluşumları (örneğin kamu firmaları, bağımsız kamu hastaneleri, self-governing trusts gibi) göze çarpmaktadır.

Özellikle teknolojik gelişmeler, hastaların beklentileri, maliyet sınırlama ihtiyacından kaynaklanan baskılar, demografik değişkenlerle ilişkili epidemiyolojik değişimler hizmet sunum reform stratejilerini önemli ölçüde etkilemiştir. Bu değişimlerin etkisiyle özellikle temel sağlık hizmetlerinin ve hastane hizmetlerinin yeniden yapılmasında önemli gelişmeler olmuştur. Başka bir ifadeyle çoğu ülkelerde hizmet sunum reformlarında temel sağlık hizmetleri ve kamu sağlığı hizmetleri ön plana çıkmıştır. Bundan ötürü hastane hizmetlerinde özellikle yataklı hizmetlerde azaltılmaya gidilmiştir. Hemen hemen tüm Avrupa ülkelerinde alternatif hizmet sunum modellerinin ortaya çıkması neticesinde özellikle 1980 ile 1995 yılları arasında hastane yataklarının toplamında kayda değer düşüşler olmuştur.

REFORMLARIN BAŞARISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Çoğu politika oluşturucular sağlık reformlarının oluşturulması ve uygulanmasında başarının elde edilebilmesinin bir bilim olduğu kadar bir sanat işi olduğunu da ileri sürmektedirler. Teknik olarak, sağlık hizmetleri reformu karmaşık bir yapıdadır. Yeni örgütsel düzenlemeleri gerçekleştirebilmek için gerekli olan ek kaynaklarla birlikte iyi bilgi sistemleri ve yönetim becerilerini de kapsayan sağlıklı bir alt yapı gerekli olmaktadır. Aynı zamanda reform kavramı tanım gereği statükoyla mücadele etmeyi gerektirir. Reformun başarılı olması için hem kamu hem de özel sektörde rol oynayanlar arasında bir fikir birliği ve

işbirliği gerekmektedir.

Sağlık reformları ile ilgili uygulamaların başarısı konusuna geçmeden önce bir ülkede sağlık reformunun gelişmesinin ülkenin makro ekonomik durumu, politik ortamı, toplumsal değerler ve dış etkiler gibi çok geniş dört temel faktörün etkisinde olduğunu belirtmekte yarar vardır. Bu konular daha önceki kısımlarda çeşitli vesilelerle dile getirildiği için burada tekrar sorgulanmayacaktır. Reform sürecindeki bu faktörlere ek olarak sistemdeki politika değişikliklerinde kilit rol üstlenebilecek; vatandaşlar, sağlık meslek mensupları, sağlık politikalarını belirleyenler ve çıkar grupları gibi aktörler de söz konusudur. Reformların başarısı değerlendirilirken bunların her birisinin sistemdeki rollerinin ve ağırlıklarının da çok iyi analiz edilmesi gerekir.

Sağlık bakım reformları ile ilgili başarı kavramı iki açıdan tanımlanmaktadır. Birincisi normatif olarak ikincisi ise operasyonel olarak yapılan tanımlamadır. Normatif olarak reformların başarısı; önerilen reformların belirli bir nüfus için yaratacağı sağlık kazanımlarını (health gains) sağlayabilme yeteneği ve sağlık bakım sisteminde genel olarak dayanışmayı ve eşitliği sağlayabilme, sürdürülebilir veya geliştirebilme yeteneği olarak tanımlanabilir. Operasyonel olarak reform başarısı ise dizayn edenleri tarafından amaçlanan teknik amaçları başarabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Bu amaçlar ağırlıklı olarak mali, sosyal, politik ve örgütsel hedefleri kapsar.

Arz-oryantasyonlu olarak gerçekleştirilebilen reformlar (örneğin üretim ve tahsisat unsurları) göreceli olarak başarılı olarak nitelendirilebilmektedir. Tahsisat alanında hastaneler için kamu sözleşmelerini de kapsayan üretici davranışını değiştirme çabaları kayda değerdir. Üretim alanında göreceli bakış açısıyla başarılı olarak değerlendirilebilecek reform stratejileri hizmet sunucu oryantasyonlu girişimleri (örneğin sürekli kalite iyileştirme, teknolojik değerlendirme vb.) kapsamaktadır.

Aksine talep-oryantasyonlu olarak yapılmaya kalkışılan reformların daha az başarılı olduğu yönünde bulgular vardır. Özellikle bireysel hasta temelli talep üzerine yoğunlaşan piyasa motivasyon unsurları kullanıldığı takdirde bu daha bariz bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Reformların etkisini değerlendirmek için talep kavramının kendi başına iki boyuta ayrılıp incelenmesi gerekir. Birinci boyut talebin makro boyutuyla ilgili olan toplumun talebi diğeri ise mikro düzey boyutu ile ilgili olup bireysel talebin değeri-

dirilmesidir. Organize olarak görülen çabalar çeşitli stratejilerin benimsenmesi yoluyla (örneğin kamu sağlığı önlemlerinin arttırılması, sanitasyon ve bağışıklama programlarının arttırılması gibi) toplam nüfusun sağlık hizmetleri talebi azaltılmaya çalışılmaktadır. 1970'lerden beri politika belirleyiciler, temel sağlık hizmetleri ve halk sağlığı konularını daima ön plana çıkartmışlardır. Örneğin sigara, alkol gibi zararlı alışkanlıkların azaltılması için çalışmalar başlatılmıştır. Aynı zamanda bireysel talebin azaltılması yönünde stratejilerde 1990'larda ön plana çıkmıştır. Bunlar daha önce de bahsedildiği gibi maliyet paylaşım ve önceliklerin belirlenmesi stratejileridir.

Sağlık reformlarının başarılı veya başarısız olması; zamanlama, mali istikrar, siyasi irade ve liderlik, stratejik ittifaklar, kamu desteği, sürecin yönetilmesi becerileri gibi bir çok değişkenin fonksiyonu olacaktır.

Devlet ve Piyasayı Dengeleme

1980'lerde sağlık bakımında ya tek başına devlet ya da tek başına piyasa karşılaştırması yapılırken 1990'lara gelindiğinde ise sağlık bakımında devlet mi piyasa mı tartışmaları farklı boyutlara çekilmiştir. Bu konu etrafındaki politik tartışmalar bu ilişkideki devletin veya piyasanın göreceli rollerinin arttırılması veya azaltılması noktasında düğümlenmiştir. Örneğin İsveç gibi ülkeler piyasa argümanlarında ifade edilen sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu konusunu ön plana çıkartıp buna karşılık standartların belirlenmesi, performansın izlenmesi ve değerlendirilmesi gibi konuları da merkezi olarak devlete tevdi etmişlerdir. Dolayısıyla reformların başarısı sağlık hizmetlerinde devletin ve piyasanın rollerinin yerli yerine oturtulmasına da büyük ölçüde bağlıdır.

Sağlık reformları başarılı olabileceği gibi başarısız da olabilir, radikal olabileceği gibi ılımlı da olabilir, hakkaniyeti güçlendirebileceği gibi zararlı da olabilir, sosyal devletin ahlaki dayanağını güçlendirebileceği gibi çürütebilir de. Sağlık reformlarının hedeflerine ulaşabilmesi, özellikle politika belirleyicilerinin karşılaştıkları politik durumlara esnek ve yaratıcı olarak cevap verebilmelerine bağlıdır. Yaratıcılık ise bilginin ve hayal gücünün bir fonksiyonudur. Diğer ülkelerden edinilen reform tecrübeleri bu süreçte temel girdilerden olmasına rağmen sağlık reformunun temel ilkeleri ulusal düzeyde geçerlidir. Dolayısıyla bunların başarılı bir şekilde uygulanması büyük ölçüde her bir ülkenin ihtiyaçları ve beklentilerine bağlıdır.