

DOSYA/DERLEME

İSPANYA SAĞLIK SİSTEMİ: YERİNDEN YÖNETMEK MERKEZDEN YÖNETİME GÖRE DAHA MI İYİ?

Alpay AZAP*

İspanya Sağlık Sistemi, bugünkü haliyle, 1986 yılında temel sağlık hizmetlerini önceleyen bir anlayışla oluşturulduktan sonra aynı yıllarda başlayan ve 2002 yılında sona eren bir desantralizasyon (yetkilerin yerel yönetimlere devri) sürecinin sonucudur.

Genel Bilgi

İspanya, Batı Avrupa'da, İberya Yarımadası'nda yer alan bir ülkedir. Anakara dışında Akdeniz'de yer alan Balerik Adaları, Atlantik'te yer alan Kanarya Adaları ve Kuzey Afrika'da yer alan Fas'a komşu iki otonom şehir İspanya Krallığı'nı oluşturur. Yüzölçümü 504.030 km² olup 2007 yılındaki nüfusu 45 milyonun biraz üzerinde olarak bildirilmektedir. Avrupa Birliği'ne (AB) 1986 yılında üye olan İspanya, dünyanın dokuzuncu, AB'nin beşinci büyük ekonomisidir (OECD verileri, 2007).

İspanya, İngiltere'ye benzer şekilde konservatif bir monarşiye sahiptir. İspanya Kralı oldukça sınırlandırılmış, temsili yetkilere sahiptir. İkinci Dünya Savaşı'nın sonundan 1977 yılına kadar diktatörlükle yönetilen ülke parlamenter demokrasiye 1978 yılında geçmiştir. 1978-1982 ve 1996-2004 yıllarında sağcı partiler, 1982-1996 yıllarında ve 2004'ten günümüze sol eğilimli-sosyalist partiler iktidardadır. Sol partilerin iktidarda olduğu yıllarda sağlık alanında eşitsizlikleri gidermeye yönelik önemli gelişmeler yaşanmıştır (Rodriguez-Sanz, 2003). İspanya, 1981 yılında başlayan desantralizasyon sürecinin bir sonucu

olarak, bugün 17 otonom bölge ve iki otonom şehirden oluşmaktadır. Her otonom bölgenin farklı yasama ve idari yetkilere sahip kendi politik örgütlenmesi vardır. Kendi kültürel, sosyoekonomik, tarihi kimlikleri ve bazılarının (Katalanya, Galiçya) ayrı dilleri vardır. Birbirine bağlı olmakla birlikte ayrı eğitim ve sağlık organizasyonları, bazılarının ayrı ekonomik yönetimleri ve hatta kolluk kuvvetleri bulunmaktadır (Ülkeler rehberi, 2007).

Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Kamu kaynakları ile finanse edilen ve tüm toplumu kapsayan sağlık hizmetlerinin yerleştirilmesi yaklaşımı, 1986 yılında yürürlüğe konan ve İspanya Ulusal Sağlık Sistemi'nin temelini oluşturan Genel Sağlık Yasası ile başlamıştır. Genel Sağlık Yasası (1986), tüm toplumun kapsanması, finansmanın vergilerle sağlanan genel bütçeden karşılanması, mevcut sağlık hizmetlerinin entegrasyonu, otonom bölgelerdeki sağlık otoritelerine yetki devri ve yeni bir temel sağlık hizmeti oluşturulmasını öngörmekteydi. Ancak sağlık hizmetlerinin finansmanında genel bütçenin, ücretlerden yapılan kesintilerin yerini alması 1999 yılını bulmuştur (Lopez-Cassanovas, 2005). Temel Sağlık Hizmeti modeli ise Alma-Ata Bildirgesi'nin Avrupa ülkeleri üzerindeki etkisinin bir yansımasıdır. Bu modelle, oluşturulacak olan "temel sağlık merkezleri"nde çalışan ekipler aracılığıyla, sürekli, ulaşılabilir ve nitelikli sağlık hizmeti verilmesi hedeflenmiştir (Rodriguez-Sanz, 2003). İspanya'da, 2005 yılı rakamları ile, 2702 temel sağlık merkezi bulunmaktadır. Bu merkezler, en yakın yerleşim birimine en fazla 15 dakika mesafede olacak şekilde kurulmuştur. Merkezlerde genel pratisyen, çocuk sağlığı ve hastalıkları

*Doç. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları AD.

uzmanı, hemşire ve idari personel çalışmaktadır. Gerekli görülen merkezlerde ebe, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanları bulunmaktadır (İspanya Sağlık Bakanlığı Verileri, 2007).

Bu girişimlerin sonucunda İspanya'da sağlık hizmetlerine ulaşabilen nüfusun oranı 1960'taki %50 düzeyinden, 2002'de %100'e ulaşmıştır. Sağlık hizmetinin tüm toplumu kapsamı desantralizasyon sürecinin tamamlanması ile eş zamanlı olmuştur. Merkezi hükümet sağlık hizmeti sorumluluğunu otonom bölge yönetimlerine devretmeye 1981 yılında Katalanya ile başlamış ve 2002 yılında tüm bölgelerde süreç tamamlanmıştır. Bugün bazı istisnalar (hapishaneler, askeri birlikler) dışında tüm sağlık hizmetlerinin verilmesinden otonom bölge yönetimleri sorumlu olup, kendi öz kaynaklarının %60-70'ini eğitimle birlikte sağlık için harcamaktadırlar (Lopez-Cassanovas, 2005). Kuzey Afrika'da yer alan iki otonom şehirde sağlık hizmetleri, halen Ulusal Sağlık Yönetim Enstitüsü (INGESA) aracılığıyla merkezden yönetilmektedir.

Otonom bölgelere yetki ve sorumluluk devrinin ardından İspanya Sağlık Bakanlığı'nın görevi, koordinasyon sağlamak ve bölgelerin kendi özelliklerinden kaynaklanabilecek hizmet farklılıklarını asgaride tutmak için çeşitli müdahalelerde bulunmak olarak tanımlanmaktadır. Merkezi karar alma yetkisi Sağlık Bakanlığı'nda olmakla birlikte sağlık alanında tüm bölgeleri ilgilendiren kararlar, merkezi ve yerel hükümetlerden temsilcilerin oluşturduğu Bölgeler Arası Konsey adı verilen

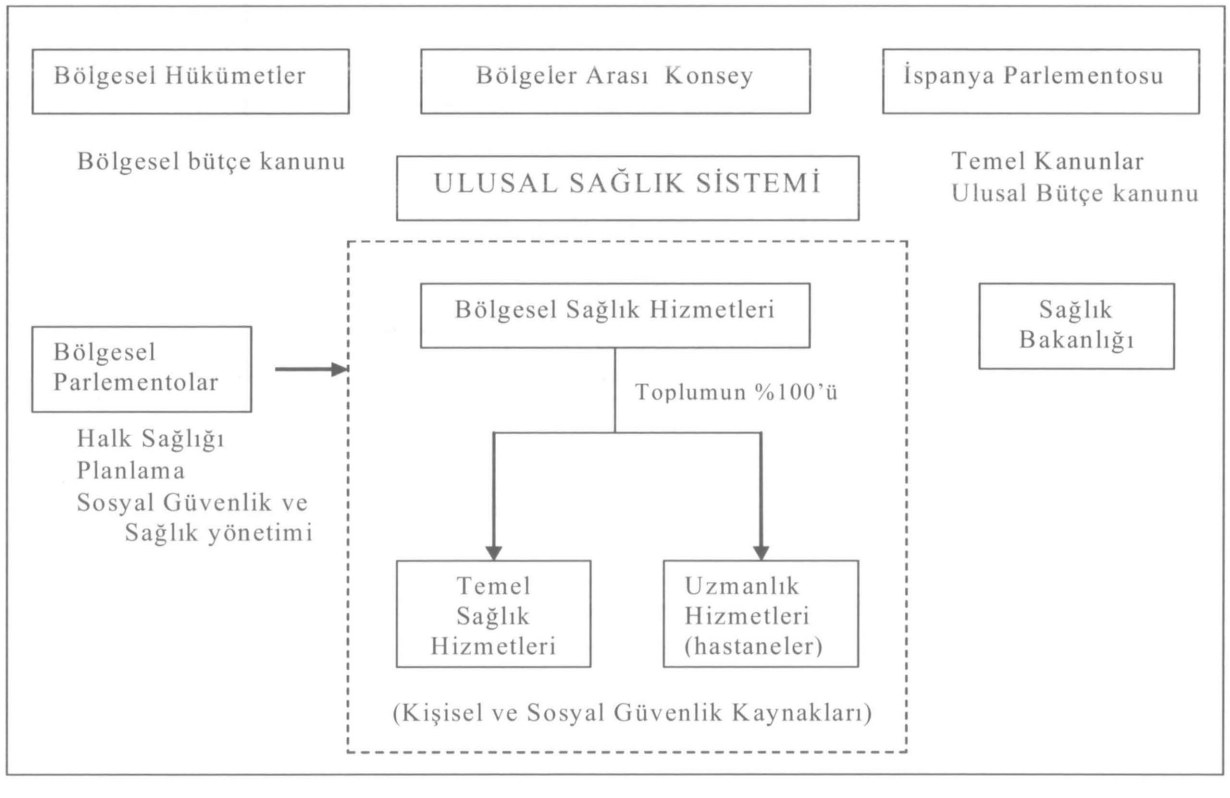
bir danışma organı tarafından alınmaktadır. İspanya Ulusal Sağlık Sistemi'nin örgütlenme şeması Şekil 1'de yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin otonom bölgelere devri ile birlikte bu hizmetlerin finansmanı da bölgesel finansman sisteminin kapsamına alınmıştır (Lopez-Cassanovas, 2005).

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

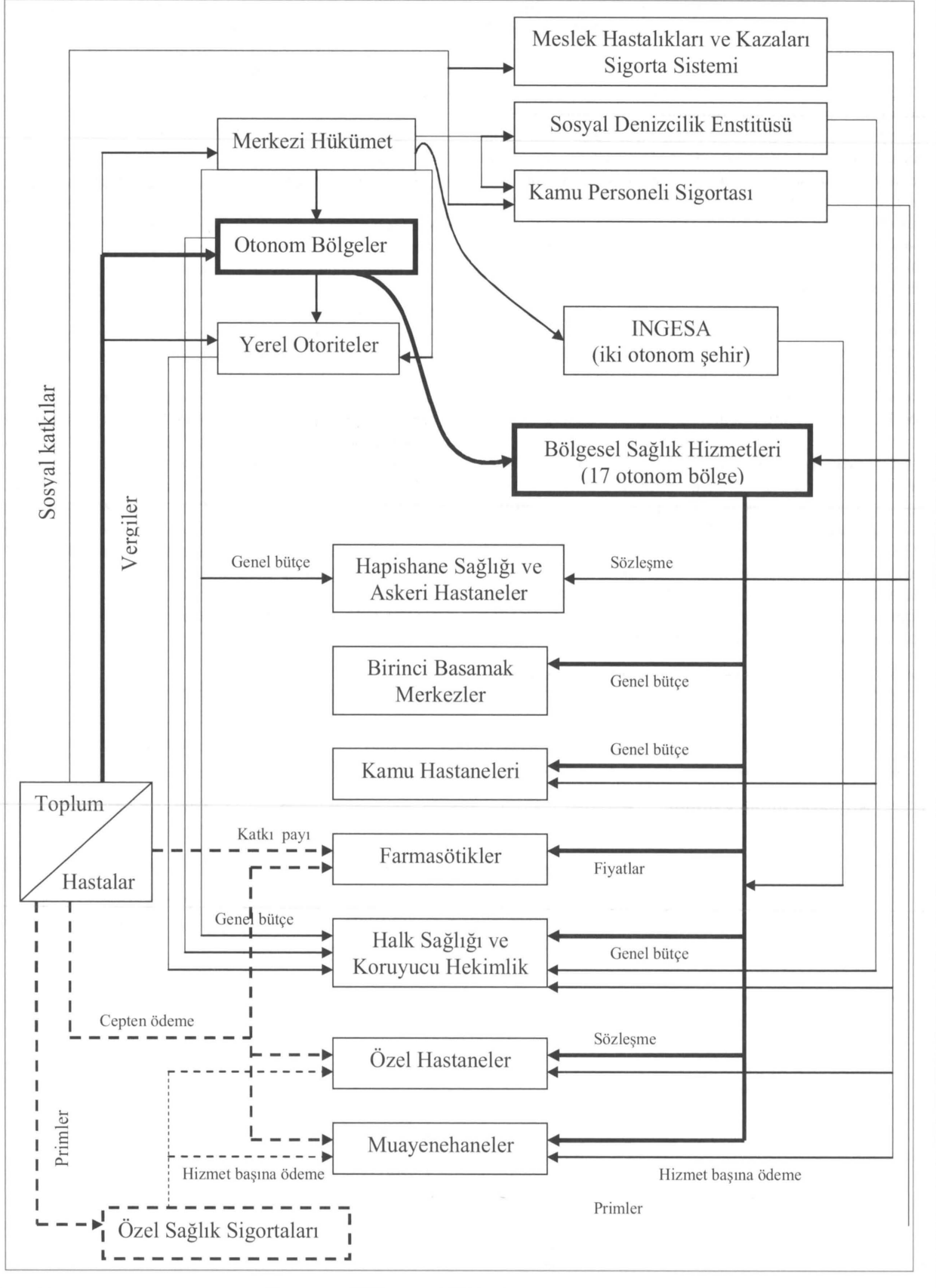
Genel olarak bakıldığında İspanya'da sağlık hizmetlerinin finansmanı karma bir sistem olarak nitelendirilebilir. Finansmanın bir kısmı, kazanılan gelir üzerinden artan oranlarda alınan vergilerden (gelir arttıkça alınan vergi de artıyor. Sabit oranlı gelir vergisine göre daha adaletli bir sistem) karşılanmaktadır. Bir kısmı ise tüketim üzerinden, azalan oranlarda alınan (tüketim arttıkça vergi azalıyor) vergilerden karşılanır. Bu, her İspanyol vatandaşının sağlık hizmetlerinin finansmanına kendi kazancı oranında katılmasını ifade etmektedir.

İspanya, GSYİH'nin %7.5'ine denk gelen miktarda sağlık harcamasında bulunmaktadır. Bunun %75'ini genel bütçeden yapılan harcamalar, %25'ini ise cepten ödemeler oluşturur. Sağlık harcamaları otonom bölgelerin GSYİH'lerinin %3.6-7.5'ini oluşturmaktadır. Öte yandan, bölgesel harcamaların %40'tan fazlası sağlık için yapılmaktadır. Bireyler, özel sağlık sigortası yaptırmaktadırlar. Bu sigortalar çoğunlukla temel sağlık hizmetlerini ve bazı özellikli hastane hizmetlerini kapsamaktadır. İspanya nüfusunun altıda birinin (zengin bölgelerde bu oran daha yüksek olmak üzere) özel sağlık sigortası bulunmaktadır.

Şekil 1. İspanya ulusal sağlık sisteminin organizasyon şeması



Şekil 2. İspanya sağlık sisteminde 2002 sonrasında finansman



Sağlık harcamalarının önemli bir kısmı (yaklaşık %75'i) hastane hizmetleri ve ilaç harcamalarıdır. İlaç harcamaları 1990'ların ortasında %18 iken 2002'de %23'e ulaşmıştır. Buna karşılık araştırma ve halk sağlığı yatırımlarının harcamalardaki payı %5'in altındadır (Lopez-Cassanovas, 2005).

İspanya'da, 2002'den önce, Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği merkezi sağlık bütçesi, nüfusa göre bir hesaplama yapılmaksızın otonom bölgelere dağıtılmaktaydı. Dağıtımda bölgeye düşen payı, merkezi hükümet ile yerel hükümet arasındaki siyasi pazarlıklar belirlemekteydi. Bu yöntemle sağlık harcamalarının artışını belli oranda (örn GSYİH'deki artış oranında) tutamayacağını anlayan merkezi hükümet, 2002 yılında tüm bölgelere yetki devrinin tamamlanmasının ardından, sağlık için ayrılan parayı bölgelere gönderilen tüm kaynaklara ekledi ve bunun yönetimini tamamen otonom bölgelere bıraktı. Artık aktarılan kaynağın miktarını, merkezi hükümetin maliye bakanı ile yerel hükümetin maliye bakanı arasındaki pazarlık belirlemektedir. Yerel hükümet içinde de harcamaları yönlendirmek üzere pazarlıklar yaşanmaktadır. Şekil 2 İspanya Sağlık Sistemi finansmanının bugünkü durumunu göstermektedir.

Hükümetin bu kararı almasında etkili olan bir faktör, 1986'dan itibaren uygulanmaya başlanan ulusal sağlık sisteminin sağlık harcamalarını çok artırmış olmasıdır. 1986-1990 yılları arasında sağlık harcamalarında yaşanan yıllık %8.3'lük artış İspanya'yı, Avrupa Birliği ülkeleri içinde harcama hızı yönünden birinci sıraya taşımıştır (Cabiedes, 2001).

Kaynakların bölgelere dağıtımında desantralizasyonla birlikte, %75 oranında nüfus, %25 oranında nüfus özelliği (65 yaş üstü nüfusun oranı vb) temel alınmaya başladı. Kaynak aktarımında o bölgenin sağlık verileri, sağlık öncelikleri hesaba alınmadı. Bu durum bölgesel yönetimleri, halkla karşı karşıya bıraktı. Otonom bölgeler, halkın artan sağlık isteklerini karşılamak için daha fazla oranda öz kaynaklarını kullanmak durumunda kaldı. Öz kaynakları artırmak için yeni vergi oranları, yeni vergilendirme yöntemleri gündeme geldi ve bu da halkın aleyhine bir gelişme olarak tepkilerle karşılandı. Bunun ötesinde ve daha önemli olarak zaten kaynakları sınırlı olan otonom bölgelerin aleyhine bir eşitsizliğin, giderek boyutu daha da artmak üzere, ortaya çıkmasına neden oldu (Mosca, 2006).

Desantralizasyonun Etkisi

İspanya sağlık sisteminde, otonom bölgelere yetki devri ile yaşanan desantralizasyonun etkilerini açık bir şekilde görmek için bir süre daha geçmesini beklemek gerekecektir. Yine de 2002 yılında tamamlanan desantralizasyonun şimdiden bir takım olumsuz sonuçları ortaya çıkmaktadır. Desantralizasyon, otonom bölgeler arasındaki eşitsizlikleri artırmaya başlamıştır. Bu eşitsizlikler temel sağlık hizmetlerinin sunumundan çok, ileri sağlık hizmetleri alanında yaşanmaktadır. Kendi kaynaklarını

üretme açısından güçlü ve zengin bölgelerde sağlık teknolojisi ve uzman hekim gücü açısından bir yoğunlaşma yaşanmaktadır. Bölge ne kadar zenginse küçük branş hastanelerinin (örn. kalp merkezleri, göz hastaneleri vb) sayısı o kadar artmaktadır. Aynı durum uzman hekim ve hemşire sayısı için geçerlidir. Navarre ve Madrid'de nüfus başına düşen hekim sayısı, daha fakir otonom bölgelere kıyasla belirgin olarak daha fazladır. Teknoloji de zengin bölgelere yoğunlaşmaktadır. Dört otonom bölge (Katalanya, Madrid, Valensiya ve Endülüsya), tüm İspanya'daki teknolojik tıbbi cihazların %50'sine sahiptir. Doğal olarak bu bölgelerde teknoloji kullanımı, cerrahi girişim sayıları ve buna yönelik harcamalar fazladır. Sağlık hizmeti sunumundaki bu eşitsizlik, beklenen yaşam sürelerine yansımaktadır. Castilla-Leon bölgesinde beklenen yaşam süresi erkeklerde 76.3, kadınlarda 83 iken Balerik Adaları'nda bu süreler, sırasıyla, 73.2 ve 81.1 yıldır (Lopez-Cassanovas, 2005).

Bu rakamlara karşın, 1992-2005 yılları arasında düzeltilmiş ölüm hızları ve kişisel sağlık algısı temel alınarak bölgeler arası eşitsizliklerin ortaya konduğu bir çalışmada, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Ancak genel olarak 2000 yılından itibaren tüm bölgelerde eşitsizlik katsayısında bir artış dikkat çekmektedir. Aynı çalışmada bazı otonom bölgelerin sağlık harcamalarının belirgin olarak yüksek olduğu izlenmektedir. Bu harcama eşitsizliğinin, sağlık alanındaki sonuçları önümüzdeki yıllarda belirginleşecektir. Şimdiden ortaya çıkan gerçek, bölgesel eşitsizliklerle kişi başına düşen sağlık harcamaları arasında istatistiksel anlamlı bir pozitif korelasyon olmasıdır (Lopez-Cassanovas, 2005).

Bölgeler arasındaki eşitsizliklerden daha dikkat çekici olan, aynı otonom bölge içinde yaşanan eşitsizliklerdir. Bölge içi eşitsizlikleri ortaya koymaya yönelik olarak iyi planlanmış yeterli çalışma yoktur. Bununla birlikte mortalite hızları esas alındığında bölge içi eşitsizliklerin en belirgin olduğu otonom bölgeler, İspanya'nın güneyinde yer almaktadır. Bu durum klasik bir kuzey/güney eşitsizliğine işaret etmektedir. Bölge içi eşitsizlikler, otonom bölgenin zenginliğiyle ilişkili olduğu kadar (zengin bölgelerde eşitsizlik daha fazla), o bölgenin temel sağlık hizmetlerinin gelişmişliğiyle de orantılıdır. Örneğin Bask Bölgesi zengin olmasına karşın bölge içi eşitsizlikler diğer bir zengin bölge olan Katalanya'dan belirgin olarak daha azdır (Lopez-Cassanovas, 2005).

Sağlık alanında yaşanan bölgeler arası ve bölge-içi eşitsizlikleri belirleyen bir önemli faktör o bölgenin siyasi otoritesinin hangi dünya görüşüne sahip olduğudur. Rodriguez-Sanz ve arkadaşları İspanya'daki otonom bölgelerde, erkeklerde erken ölüm, kadın ve erkeklerde serebrovasküler hastalığa bağlı ölüm, erkeklerde akciğer kanserine, kadın ve erkeklerde siroza bağlı ölüm oranlarını karşılaştırmışlardır. Temel sağlık hizmetlerinin iyi sunulduğu tüm bölgelerde erkeklerde erken ölüm, kadın ve erkeklerde serebrovasküler hastalığa bağlı ölüm, erkeklerde akciğer kanserine, kadın ve erkeklerde siroza bağlı ölüm oranlarının düştüğü, ancak sosyal demokrat

veya sosyalist yönetimlere sahip bölgelerde bu düşüşün, muhafazakar yönetimlere sahip bölgelere kıyasla daha belirgin olduğu görülmüştür (**Rodriguez-Sanz, 2003**). Bu veriler sağlık göstergelerinin, sosyal güç dengeleri ve siyasetle olan ilişkisini ortaya koymaktadır.

Örgütlü emek güçlerinin genel yaşam üzerine etkisine dair bir örnek 1996 yılında yaşanmıştır. O zamanki sağcı hükümet yayımladığı bir kanunla kamu hastanelerinin özel işletmelere dönüştürüleceğini duyurmuştur. Ancak, işçi sendikaları, sosyalist partiler ve tüketici örgütleri o kadar güçlü bir tepki vermişlerdir ki, hükümet hemen ertesi gün geri adım atmak ve kamu hastanelerinin halkın malı olduğunu ilan etmek zorunda kalmıştır (**Cabiedes, 2001**).

Sonuç Yerine

İspanya'da yaşanan desantralizasyon süreci aynı zamanda, 1990'lı yıllarda Avrupa'da pazarlanan "yönetilen rekabet" politikasının bir parçasıdır. Desantralizasyon, rekabeti artırmanın bir aracı olarak işlev görmektedir. İspanya uzun yıllardır otonom bölgeler halinde işleyen bir yönetsel sisteme sahip olduğundan ve aynı zamanda güçlü bir temel sağlık hizmetleri organizasyonu oluşturmuş bulunduğu için, desantralizasyonun olumsuz etkileri henüz belirginleşmemiştir. Yine de mevcut veriler, sistemin önemli sakıncalara gebe olduğuna işaret etmektedir. Nitekim Avrupa'da benzer yaklaşımların uygulanmaya çalışıldığı İtalya ve Norveç gibi ülkelerde sağlık alanında gerilemeler gözlenmektedir (**Cabiedes, 2001**).

Desantralizasyon, her derde deva bir reçete olmadığı gibi, ulusal bir sağlık hizmeti yaklaşımını ortadan kaldıran,

toplumun tamamını ilgilendiren önceliklerin geri plana düşmesine, her bölgenin kendi önceliklerinin peşinden koşmasına neden olan bir yaklaşımdır. Bu açıdan, İspanya sağlık sistemi bundan sonra da yakından takibi hak etmektedir.

KAYNAKLAR

Cabiedes L. (2001) Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe. *Social Science and Medicine*, 52:1205-1217.

İspanya Sağlık Bakanlığı Verileri. (2007) <http://www.msc.es/en/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm> erişim 28.05.2007.

Lopez-Cassanovas. (2005) Diversity and regional inequalities in the Spanish system of health care services. *Health Economics*, 14:S221-235.

Mosca I. (2006) Is decentralisation the real solution? A three country study. *Health Policy* 77:113-120.

OECD verileri. (2007). <http://stats.oecd.org/wbos/viewhtml.aspx?queryname=331&querytype=view&lang=en>, erişim 12.05.2007.

Rodriguez-Sanz M. (2003) Power relations and premature mortality in Spain's autonomous communities. *International Journal of Health Services*, 33(4):687-722.

Ülkeler Rehberi. (2007) <http://www.ulkeler.net/ispanya.htm>, erişim 12.05.2007.