

DERLEME**SAĞLIKTA İÇ PİYASA ve YÖNETİLEN
REKABET: ÖZELLEŞTİRMENİN
GENİŞLEYEN ETKİ ALANI***Dr. İlker BELEK****I. GİRİŞ**

Sağlık sistemlerine ilişkin reform çalışmaları hiç de yeni bir gelişme değildir. Konu 1970'lerin sonlarından beri bütün Dünya'da gündemdedir. Nedenleri konusunda oldukça değişik tezler ileri sürülse, biçimlerinde kimi farklılıklar olabilese de, altındaki etkenler son derece benzerdir, uygulamadaki çeşitliliğin ise bir kaç başlıkta toparlanması olanaklı görünmektedir. (Creese A. 1994: 317).

Aynı konu 1990'lı yılların başından beri Türkiye'de de kamuoyunu meşgul etmektedir. Özellikle özelleştirme, aile hekimliği, sigorta sistemi gibi boyutları üzerinde çokça durulmuştur. Ancak, bundan sonra da gündemde kalacakları kesin olan bu konuların gerek Türkiye'deki gerekse Dünya'daki uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi daha bir süre için yine gerekli olacaktır.

Reform çalışmalarının yukarıda sıralanan boyutları dışında bir konu daha vardır ki Türkiye'de şimdiye dek pek tartışılmamıştır. Bu, Sağlık Bakanlığı'nın Özerkleştirme olarak tanımladığı, özellikle hastaneler düzleminde sağlık sisteminin demokratikleştirilmesinin önemli ve vazgeçilmez araçlarından birisi olarak bulunduğu konudur. Türkiye'de Özerkleştirme olarak sunulan bu proje de aslında bütün Dünya'da sağlık sistemlerinin reformasyonu çalışmaları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Tabii ki değişik adlarla. Hatta İngiltere'de 1991 sonrasında İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi (NHS)'ndeki en önemli Thatcherist reformasyon projesi olarak uygulama alanına bile sokulmuştur.

Yine Türkiye'de, Özerkleştirme projesinin demokratik-

leşme bağlamında, Sağlık Bakanlığı'nın temel projelerine karşı çıkan, özellikle de özelleştirme karşısında kesin karşıt bir tutum takınan kimi kurum ve kuruluşlarca da benimsemediği ya da en azından demokratikleşme söyleminin bu anti özelleştirmeci kişi ve kurumları resmi Bakanlık projeleri karşısında savunmasız kıldığı da görülmektedir. Bir başka deyişle özelleştirme alanında resmi ve hükümet dışı kurumlar arasında tam bir zıtlığın söz konusu olduğu Türkiye'de Özerkleştirme, bir toplumsal konsensüs alanı olarak belirmektedir.

İşte konu bu noktada önem kazanmaktadır. Gerçekten de Özerkleştirme bir tür demokratikleştirme projesi midir? Ya da hep öne sürüldüğü gibi hantallaştığı belirlenen kamu yönetim yapısının yeniden dinamikleştirilmesini sağlayacak, deyim yerindeyse kamu sistemini ateşlemeye yarayacak, onun verimliliğini artıracak bir yeniden organizasyon anlamına mı gelmektedir?

Şüphesiz bu sorulara yanıt vermek konuya iki düzeyli bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır. Bunlardan ilki kanımca asıl önemlisidir ve konunun teorik düzlemde çözümlenmesini gerektirir. Bu amaçla sağlık sistemlerine ilişkin bugünkü reform çalışmalarını gerekli kılan koşul ve olanaklar tanımlanmalı, sağlık sektöründeki yeniden yapılanma çalışmaları bir bütün olarak ekonomik ve sosyal yaşantıdaki değişim paradigması içinde çözümlenmelidir. Ancak konunun bu yönü daha önceki çalışmalarda oldukça temelli bir tarzda işlendiği için (Belek, İ. 1994) burada ancak çok kısaca ve en genel hatlarıyla ele alınacaktır. İkinci yön ise Özerkleştirme projesinin uygulama alanında ortaya çıkan görüntünün değerlendirilmesini gerektirir. Bunun için de ülke örneklerinin ele alınması gerekir. Örneğin İngiltere'de 1991 yılından beri ortaya çıkan sonuçlar nelerdir ve bu sonuçlar bu deneyimin yaygınlaştırılması yönündeki gö-

* Yrd. Doç., Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

rüşleri mi, yoksa kısıtlanması yönündekileri mi desteklemektedir? Hemen belirlemek gerekir, bu tip uygulamalar için 5-6 senelik bir zaman dilimi çok kısa sayılabilir, bu nedenle de deneyime ilişkin sonuçların oldukça tereddütlü biçimde değerlendirilmesi gerekebilir. Öte yandan teorik çözümlenimin bize sunacağı temel çıkarımlarla, pratik deneyimlerin ortaya koyduğu ve zaman kısalığı nedeniyle tereddütlü yaklaşmamız gereken sonuçların tümü birlikte sentezlenebilirse, sonuçta daha bütünlüklü ve doğruya yakın bir tablo elde edilebilir.

İşte bu yazıda böyle bir yaklaşım denenmeye çalışılacak. Yazı Türkiye'de şimdiye dek hakkında pek fazla yazılmamış olan ve Özerkleştirme olarak bilinen (Dünya literatüründe ise İç Piyasa adı verilen) proje üzerinde yoğunlaşacak. Konuyla ilgili somut veri alanı olarak, projeyi 1990'ların başından beri bir sistem bütünlüğü içinde ve tam bir sistem değişikliği boyutunda uygulayan İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi seçilecek. Somut verilerin analizine geçmeden önce ise teorik zeminin doldurulması gerekecek. Bu dolgu işlemi şu başlıkların irdelenmesi ile gerçekleştirilecek: Dünya'da sağlık sistemleri reform çalışmalarının üzerinde geliştiği zemin. Sağlık sistemi reformundan anlaşılması gerekenler. Sağlık sistemi reformunun temel biçim ve boyutları ve bunların içinde Türkiye'de Özerkleştirme olarak bilinen İç Piyasa düzenlemesi.

II. SAĞLIK SİSTEMLERİNDE REFORM GEREKSİNİMİ NEREDEN ÇIKTI?

Bundan bir kaç yıl önce Sachs "Güney bir fazlalık haline gelmiştir. Kendi aralarında yarışan Kuzey ülkeleri ve iflasa karşı mücadele etmeye çalışan Güney ülkeleriyle Dünya hızla iki kulvarlı bir ekonomiye doğru gitmektedir" diye yazmıştı (Sachs, W. 1991). Bu cümleler Dünya'daki sosyal ve ekonomik eşitsizlikleri çarpıcı biçimde vurgulayabilmek için buraya alınmışlardır. Sağlıktaki eşitsizlik olgusu ve yoksullukla eşitsizlik arasındaki ilişki ise en net biçimde Dünya Sağlık Örgütü'nün 1995 yılı yıllık raporuna yansımış ve DSÖ yoksulluğu Dünya'daki en büyük katil ve hastalıklara neden olan en büyük suçlu olarak niteleyerek, hastalıklar listesi içinde ayrı bir başlık altında kodlamak gereksinimini duymuştur (WHO 1995 ve WHO 1995a).

Eşitsizlik olgusu, sağlık sistemlerinin reformu çalışmalarını zorunlu kılan ilk etken olarak kabul edilebilir. Nitekim 1977'de benimsenen Herkes İçin Sağlık hedeflerinden başlayıp, 1978'deki Alma-Ata Bildirgesi'nden geçerek gelişen ve en ayrıntılı biçimine 1984'de 2000 yılı Avrupa hedeflerinde ulaşan DSÖ Herkes İçin Sağlık ve Temel Sağlık Hizmetleri paradigması içinde de eşitlik ilk hedef olarak öne çıkmakta ve sağlık sistemlerine yönelik yenilenme önerilerinin üzerinde geliştiği eksen işlevini görmektedir (WHO 1985).

Uluslararası ve ulusal düzeyde çeşitli toplumsal grupların sağlık düzeylerinde ve sağlık hizmetinden yararlanmalarında ortaya çıkan eşitsizlik durumu, sağlık sistemlerinin

işlevselliğini ölçmede kullanılan en önemli araçlardandır. Bu nedenle eşitsizlik sağlık sistemlerinin başarısı bakımından da en önemli ölçütlerden birisi olarak kabul edilmektedir (WHO 1993: 8).

Öte yandan ekonomik baskıların ve özellikle de 1970'lerin ortalarından itibaren bütün ülkelerde ortaya çıkan ekonomik bunalımın sağlık sistemlerinde reform girişimlerini zorladığı anlaşılmaktadır. Bilindiği gibi ekonomik ortam, sağlık sistemleri ve toplumsal sağlık düzeyi birbirleriyle karşılıklı ilişki içindedirler. Örneğin tek başına toplumsal sağlık düzeyinin bozukluğu ulusal gelirden % 5'lik bir azalmaya neden olabilmekte (WHO 1995b), toplumsal sağlık düzeyi üzerinde ise en fazla oranda, temel ekonomik göstergeler olarak kabul edilen ulusal gelir belirleyici olmaktadır. Ek olarak ulusal gelir arttıkça sağlık sektörü için ayrılan kamu kaynaklarında da artış gözlenmektedir (Carrin G., Politi C. 1996). Yani ulusal gelir sağlık sektörünü ve düzeyini hem doğrudan, hem de başka dolaşım üzerinden etkilemektedir.

İşte bu ciddi etkileşim nedeniyle ulusal ekonomilerde son 20 yıldır hep kendisini hissettiren ve halen çözüme kavuşturulamamış olan Dünya ölçekli ekonomik bunalım hem sağlık sektörlerinin, hem de toplumsal sağlık düzeyinin ciddi biçimde ve olumsuz yönde etkilenmesine neden olmuştur. Ekonomik bunalımın toplumsal sağlık üzerinde en fazla oranda etkili olduğu ülkeler gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdir. Ancak bunlara 1990'ların başından beri yıkılan sosyalist sistem ülkeleri de katılmıştır. Buna karşın, bu yazının ilerleyen bölümlerinden izleneceği gibi sağlık sistemi reformu bugün değişik gerekçelerle de olsa, sonuç olarak ekonomik bunalıma bağlanan nedenlerle Dünya'daki istisnasız bütün ülkeler için gündemdedir (Kutzin J. 1995c: 1).

Bir diğer deyişle bugün sağlık sistemlerindeki sorunlar ve bunlardan türevlenen reform süreci, ekonomik bunalıma kilitlenmiştir. Bu bağlamda esas olarak sorunun ortaya çıkışının, en azından Batılı ülkelerde, bundan yaklaşık 50 yıl önce kendisini çözüm olarak ortaya koyan sosyal devletçi düzenlemelere kadar uzandığı da görülmektedir. Çünkü İkinci Dünya Savaşı sonrasında çeşitli ekonomik, sosyal, siyasal unsurların dayatması sonucunda orijinal olarak Batı Avrupa ülkelerinde ortaya çıkan sosyal devlet formasyonu, sınıflar arasında ekonomik ve siyasal boyutlu bir denge unsuru olarak belirmiş ve sözünü ettiğimiz denge kendisini sosyal güvenlik sistemleri, ulusal sağlık ve sigorta sistemleri biçiminde ortaya koymuştur. İşte bizim sonun (aslında) başlangıcı olarak tanımladıklarımız da bunlardır. Çünkü Batılı sosyal devlet formasyonu 1950'lerden başlayarak sağlık ve diğer sosyal harcamaların önü alınmaz biçimde artmasına neden olmuştur. İşte 1970'lerin ortalarından itibaren kendisini hissettiren ekonomik bunalımla birlikte, dayanılmaz ve kabul edilemez tanıları alan da bu harcama artışıdır. Çünkü hızla bunalıma sürüklenen kapitalist Batı ekonomileri sağlık gibi "tüketici" olarak değerlendirilmeye başlanan bir sektöre bu denli (bütün Batı ekonomileri için ulusal gelirin ortalama %10'u) pay ayrılmasını onayla-

yamaz olmuşlardır. Sağlık sektöründeki kaynak sorununun ekonomik krize bağlandığı nokta da burasıdır. Öte yandan yine İkinci Dünya Savaşı sonrası süreç uluslararası hem ekonomik hem de sağlıkla ilgili eşitsizliklerin de belirginleştiği bir döneme işaret etmektedir. Bu nedenle Batı için sağlık harcamalarının durdurulamaz biçimde artışı temel sorunken, geri kalmış ve gelişmekte olan ülkeler için sağlık gibi sosyal sektörler için yeterli kaynak ayıramayışı asıl sorundur (**Ülkelerin sağlık için ayırdıkları bütçeler için UNICEF 1997 yaylığı ile bu genel değerlendirmeler için Belek İ. 1994'e bakılabilir**).

Böylece sağlıktaki eşitsizlik olgusu ile sağlık sektörünün de (ayrılacak kaynaklar dolayısıyla) içine alan ekonomik bunalımı sağlık sistemlerindeki reform yönelimlerinin iki temel belirleyeni olarak tespit etmiş bulunuyoruz. En klasik sosyal devletçi politikaların son 50 yıla damgasını vurduğu ülkelerde bile eşitsizlikler gündemden düşmemiş (İngiltere'de 1970'lerde sağlık sektörü için yayınlanan Black Report'u hatırlayınız), hatta çoğu kez ciddi boyutlar kazanmıştır. Öte yandan sosyal devletin çeşitli etkenlerle sıkıntıya girdiği son iki dekad boyunca sağlık sistemi bir finans krizine sürüklenmiştir. İşte bu nokta sağlık sisteminde yeni bir paradigma arayışının da başlangıcıdır. Bu arayış sağlık hizmetini devletin sorumluluğunda gören eski sosyal devletçi sağlık paradigmasının, öncelikle entelektüel bir görüntüyle reddedilmesini gerektirmiştir. Bundan sonra ise yeni sağlık sistemi paradigmasının temel noktaları popüler argümanlarla gündeme sürülmüştür. İleride göreceğimiz gibi piyasa güçlerinin "kıvraklığı" gibi angümanlar en sık kullanılanlardır ve sosyalist sistemin 1990 kavşağında yıkılışı ile genel olarak sol ideolojinin teorik bunalımı bunların popülerize olmasında oldukça etkili olmuştur.

Yeni sağlık sistemi paradigması sorunları tespit etmekte ve önerdiği çözümlerde sosyal devletçi ve sosyalist sağlık sistemi paradigmalarına tam zıt argümanlar kullanmaktadır. Ancak buraya geçmeden önce reform denildiğinde ne kapsamda ve ne nitelikte bir bütünlüğün anlaşıldığını belirlemek uygun olacaktır. Çünkü sağlık sektöründe sürekli irili ufaklı değişiklikler olmaktadır. Ancak bunların tümünün reform olarak ele alınması olanaksızdır. Reform denilen süreç nitelik ve kapsam bakımından farklılıklar sergilemektedir. Bu nedenle şimdi izleyecek olan kısa bölümde böyle bir tanımlama yapılacaktır. Bu tanımlama reform sürecinin ana hatlarını belirginleştirmek bakımından gereklidir.

III. SAĞLIK SİSTEMİNDE REFORMUN ANLAMI

Bilindiği gibi bir toplumun sağlık düzeyini belirleyen bir dizi etken vardır ve sağlık sisteminin yapısı bunların içinde ancak bir tanesidir. Yaşam tarzı, fizik, sosyoekonomik, siyasal ve kültürel çevre ise diğer pek çok etkenin gruplanabileceği ana başlıklar olarak önerilebilir (**Frank JN, Mustard JF 1995**).

Bu nedenle bir sağlık sistemi reformu sağlığı etkileyen

bütün bu alanlardan etkilenecek ve ancak diğer alanlarla uyumlu bir ilişki içinde olabildiğinde yani; a) kendisi bu alanlara olumlu girdiler gönderebildiğinde ve b) kendisi diğer alanlardan toplumsal sağlığın geliştirilmesi adına olumlu girdiler alabildiğinde başarıya ulaşabilecektir.

Bu nedenle kapsayıcı tipteki ulusal sağlık sistemleri basit olarak yalnızca sağlık sektörü ve sağlık hizmeti sunumuyla ilgilenmezler, bunun ötesinde ulusal sosyoekonomik gelişmenin bütün yönlerini de kapsamak zorundadırlar (**Kleczkowski, Roemer, van der Werf 1984: 8**). Nitekim gerek 1977-2000 yılı hedefleri, gerek de 1978 Temel Sağlık Hizmeti formülasyonu böyle bir anlayışın ürünü olarak ortaya çıkmıştır.

Sağlık reformu sağlık sektörünün yaşadığı sorunlar bağlamında eşitlik, verimlilik ve etkinliğin geliştirilmesine yönelik müdahaleler olarak tanımlanmaktadır. Böylece reform girişiminin en temel ilkeleri sağlığın herkes için hak olması (herkesin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi), evrensellik (universality: bütün nüfusun kapsanması), birlik (solidarity: herkesin sisteme gücü ölçüsünde katkıda bulunması, ancak gereksinimleri ölçüsünde yararlanması) olacaktır (**Antezana FS., Velasquez G. 1996: 5**).

Bir sağlık sistemi reformu ülkenin sağlık sisteminde ya da onun önemli parçalarında temel (radikal) değişiklikleri öngören hükümet programı olarak anlaşılabilir (**Maarse H. 1994: 29**). Değişiklikleri uygulamak bilinçli, programatik teorik ve pratik çalışmaların ürünüdür. Bu anlamda örneğin teknolojiye gelişmeler gibi yine sağlık sektörü içindeki daha otonom değişikliklerden ayrılır. Burada hükümet önemli bir rol oynar. Ancak başarısı hükümet dışındaki ortamın değişik unsurlarının tutumuna bağlı olacaktır.

Sağlık sistemi reformu, sistemi oluşturan finansman, kaynak tahsisi ve hizmet üretimi boyutlarındaki değişimle ifade edilip, ölçülebilir (**Kleczkowski, Roemer, Van der Werf 1994**). Dolayısıyla bu üç bileşen bir önceki bölümde belirlediğimiz temel sorunların teknik anlamda kendilerini ortaya koyduğu ve çözüm önerilerinin geliştirildiği alanlardır. Oldukça kapsamlı olması beklenen bu tür yeniden düzenlemeler ancak hükümet müdahalesiyle olanaklı olabilmektedir. İzleyen bölümde reform çalışmalarının ana hatları tanımlanacak ve o noktada bu yazının asıl konusu olan sorun ve öneri belirlenecektir.

IV. SAĞLIK SİSTEMİ REFORMLARI NE ÖNERİYOR?

Daha önce de belirtildiği gibi sağlık sektörü İkinci Dünya Savaşı sonrasında beri ilk kez bu denli çaplı ve etkileyici bir ekonomik kriz ortamı tarafından çevreleniyor. Doğal olarak da bu ortamın temel özellikleri sağlık sisteminin sorunlarını ve bu sorunlara önerilecek çözüm önerilerini etkileyecektir. Nitekim sağlık sistemi reformu çalışmaları bu nedenle daha çok ekonomik bir bağlamda ele alınmaktadır. Hatta sağlık sisteminin organizasyonuna yö-

nelik yenilenmeler bile daha çok finansman ağırlıklı bir nitelik sergilemektedir. Varolan eşitsizliklerin ve memnuniyetsizliklerin giderilmesi gibi hedefler genel bir düzeyde ifade edilseler de, yapılanlar daha çok ekonomik nitelikli olmakta ve sağlık finansman yapısındaki reformlarla eşitsizlik ve memnuniyetsizliklerin giderilmesi amaçlanmaktadır. Bu anlamda amaçlar harcanan paraya karşılık daha büyük bir değer elde edilmesi (malîyet yararlılık); kaynakların daha öncelikli aktivitelere yönlendirilmesi (tahsisat verimliliği) ve tahsis edilen kaynakların daha verimli kullanımı ve yönetimi (teknik verimlilik) dir (Kutzin J. 1995: 1).

Bütün bu amaçlar varolan kaynakların daha iyi kullanılması ve hükümet dışı ekonomik bir kaynak mekanizmasının yaratılması hedeflerini de içermektedir (Kutzin J. 1995: 1). Kısaca sorun yalnızca eldeki kaynakların daha iyi kullanımı değil, ek kaynak mekanizmalarının yaratılmasıdır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, reform önerilerinin, kaynakların daha amacına uygun kullanımı ve iyi yönetimi gibi kabul edilebilir önerilerin yanısıra, mevcut hükümet kaynaklarının dışında ek kaynak yaratma mekanizmalarını da içermesi ve bu anlamda da kullanıcı ödentilerinden başlayarak özelleştirmeye kadar uzanabilen ve toplumsal sağlık için yol açtıkları olumsuz etkiler şimdiki kadarki deneyimler sonucunda açıkça ortaya çıkmış bulunan (WHO 1993) bir dizi organizasyonel-finansal uygulama unsurunu da en başından içinde barındırmasıdır. Kısaca vurgulamak istediğimiz şey şudur: Genel düzeydeki amaçlar bakımından reform söyleminin ifade ettiklerinde reddedilecek nokta bulunmasa da, operasyonel düzeyde oldukça sorunlu stratejiler benimsenebilmektedir. Bu nedenle resmi reform söyleminin daha geniş bağlamı bağıntılarının çözümlenmesi ayrı bir önem taşımaktadır.

Reform paketi içinde ekonomik nitelikli olanların yanısıra, daha organizasyonel/yönetimsel öneriler de bulunmaktadır. Daha önce belirlediğimiz gibi kullanıcı ödentileri (user-charges/fees), toplum finansmanı (community financing) tekniklerinin geliştirilmesi, sigorta programları, maliyet analizlerinin sağlık hizmeti içine sokulması gibi uygulamalar paketin finansal bağlamı kısmını oluşturmaktadır. Buna karşılık bunlar hemen her koşulda sağlık sektöründeki kurumsal yapılanmanın reorganizasyonu, kamu ve özel sektör ilişkilerinin, kamu sağlık sektörünün kendi içindeki ilişkilerinin yeniden yapılandırılması faaliyetleri ile birlikte yürütülmektedir ki, bizim bu yazıda organizasyonel bağlamı yenilenme dediğimiz noktalar paketin işte bu kısmıdır.

Bugünkü sağlık sistemi yeniden yapılanması içinde, daha çok finansal bağlamı bir değişimi ifade eden aktif ve pasif özelleştirme (Muschell J. 1995: 7-17) uygulamalarının yanısıra, İkinci Dünya Savaşı sonrasında bütün Batılı ülkelere yaygınlaşmış olan kamu nitelikli Beveridgeci ve Bismarkçı sağlık sistemi yapılarında (Hunter DJ., Guntert B. 1994) bir iç organizasyonel değişim de söz konusudur. Bu değişim kamu nitelikli Beveridgeci ve Bismarkçı sağlık sisteminin iç ilişkilerinde ve iç yapısında bir değişimi öngörmektedir. Bu anlamda Beveridgeci ve Bismarkçı sağlık

sistemleri yine kamucu niteliklerini korumakta, ancak bir yandan da piyasa kurallarını girdi olarak kabullenmeye yönelmektedirler. İç Piyasa olarak da nitelenen bu dönüşümün ayrıntılarını az sonra inceleyeceğiz. Ancak tam bu noktada yine bir ara vermemiz gerekiyor. Bu arayış uluslararası bir ekonomik kuruluş olan Dünya Bankası'nın tezlerine yönelmek için vermek durumundayız. Çünkü Dünya Bankası 1980'li yılların sonlarından itibaren daha çok özelleştirmeci programları ile sağlık sektörüne de ciddi biçimde el atmış bulunuyor (Bkz. Griffin CC. 1987). Bunun da ötesinde 1990'ların başından beri de kamu sisteminin yeniden yapılandırılması bağlamında bugün sağlık sektöründe İç Piyasa olarak bilinen sürecin savunucusu konumundadır. İzleyen bölümde bu nedenle Dünya Bankası'nın bu politikasını özetlemeye çalışacağız, daha sonra ise analizimizi sürdürerek İç Piyasa denilen düzenlemenin ayrıntılarını inceleyeceğiz.

V. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YENİ SÖYLEM: KAMU VE PİYASANIN SORUMLULUKLARI

Sağlık hizmetlerinde hükümet ve piyasa taraflarının konum ve işlevlerine ilişkin görüşlerde, İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemin sağlık sistemi paradigmasında önemli denilebilecek bir değişim söz konusudur. Bu değişimin sürükleyicisi ise 1980'li yıllara kadar yalnızca uluslararası bir ekonomik kuruluş olarak işlev gören, o yıllardan beri ise ülkelere yapacağı ekonomik yardımları kendi formüle ettiği yapısal uyum programlarının uygulanması koşuluna bağlayan Dünya Bankası'dır (Peker A. 1996: 53). İşte ekonomik programların bu koşullu ele alınışı, Dünya Bankası'nın ilk kez sosyal politikalara doğrudan müdahalesi olarak yorumlanmakta ve bu yaklaşımın teorik zemininin 1990'daki yıllık raporda (Report on Poverty) atıldığı belirtilmektedir (Laurell AC., Arellano OL: 1996: 2).

Banka 1980'lerden başlayarak ekonominin hemen bütün sektörlerine doğrudan üretici ve düzenleyici olarak giren devlet ve diğer kamu kurumlarının, daha kapsayıcı bir ifade ile sosyal devlet formunun etkinlik alanının sınırlandırılmasını önermektedir. Buna göre devletin temel işlevi özel teşebbüs için güçlendirici bir ortam ve iyi yönetim paradigmasıyla uyumlu tarzda standart belirlemektir.

Bankanın kamu, özel sektör ilişkileri bağlamında, kamunun sosyal devletçi konumunu geri çekip, buna karşılık özel sektörünü öne çıkararak seçici bir tutumu söz konusudur. Ancak bu tutumu, nesnel kimi sınırlara da dayanmaktadır. Yani devletin sosyal işlevlerinin daraltılabileceği, geri çekilebileceği belli bir sınır vardır. Bu sınır sağlık ve eğitim gibi sosyal sektörlerin özelleştirilmesinin bütün burjuva ekonomistlerinin de kabul ettiği gibi iktisaden olanaksızlığı gerçeği ile özel sektör ağırlıklı sağlık sisteminin ortaya koydukları olumsuz sonuçlar tarafından çizilmektedir. Gerçekten de bugün sağlık hizmetinin, piyasanın klasik denge ilişkilerine terkedilemeyeceği yaygın olarak kabul görmektedir. Bu sonucu doğurursa talepteki belirsizlik, tüketici bilgisizliği, tekelleşmenin toplum sağlığı açısından yaratacağı olumsuz sonuçlar ve sağlık hizmet-

lerindeki dışsal faktörünün özel girişimcileri koruyucu sağlık hizmetlerine yatırım yapmaktan alıkoymasındır (Grand J. et al 1992: 43-50; Mooney H. 1992: 28-31). Sağlık hizmeti, özellikle de koruyucu sağlık hizmetleri kamu malı niteliğindedir ve bu özellik bu hizmetlerin piyasa kurallarına bırakılmasını olanaksızlaştırmaktadır.

İşte Banka, iktisat yazınında artık klasikleşmiş bu bilgilerin etkisiyle, bir yandan, hükümetlerin sağlıktaki işlevlerini tam olarak kamu malı sayılan alanlara sınırlamaya, öte yandan da iktisat kuralları gereği piyasaya sürülebilir nitelikte olan tedavi edici hizmetlerde özel sektörü öne çıkarıcı bir stratejiyi geliştirmeye yönelmiştir. Bunu yaparken de tarafsız bir söylem kullanmaya özel bir gayret sarfederek piyasaların ve hükümetlerin yetersiz kaldıkları noktaları belirginleştirmeye (WB 1991: 128-138) ve bu iki unsuru birbirini tamamlayabilecek parçalar olarak sunmaya çalışan entelektüel bir çaba içerisine girmiştir. Laurell ve Arellano Banka'nın böyle bir çabaya zorunlu olarak ve özelleştirme karşıtı güçlerin ortaya koydukları güçlü argümanlar karşısında düşükleri güç konumu düzeltmek için girdiğini belirtirler (1996: 3). Bu anlamda Griffin'in Banka için 1987'de hazırladığı raporu bir kez daha özel olarak hatırlamak yerinde olacaktır (Griffin CC. 1987). Griffin'in 1987'deki raporu ile Banka, sağlık sektöründe hiç tereddütsüz özelleştirmeci bir konumdadır. Banka'nın 1993 raporu ise (Investing in Health) en azından daha çekinik bir tutum içindedir ve kamu ile özel sektörü dengeleyici bir stratejiyi ve buna uygun bir söylemi benimsemiş konumdadır.

Rapora göre hükümetler mutlaka devrede olmalıdır. Bunun üç önemli nedeni vardır: 1) Yoksulluğun azaltılması, 2) Sağlık hizmetinin eşitlikçi dağıtımı ve 3) Piyasaların sağlık hizmeti sunumunda sağlık hizmetinin güçlü dışsalılık (yani sağlık hizmetinin yalnızca hizmeti kullananın değil, çevresindekilerin de işine yaraması) ve kamu malı (yani sağlık hizmetinin bir kişi tarafından diğerlerinin tüketim ve yararlanımını hiç bir biçimde sınırlamadan kullanılabilmesi) niteliklerine bağlı yetmezlikleri. Böylece yoksulluğun ortadan kaldırılması, eşitsizliklerin giderilmesi ve sağlık hizmetinin piyasa yetmezlikleri mutlaka hükümetlerin müdahalesini gerektirmektedir. Öte yandan hükümetlerin (kamu) esas olarak verimsizlik bağlamında öne çıkarılan yetmezlikleri ise piyasayı bir çözüm mekanizması olarak gündeme getirmektedir (WB 1993: 55-58).

Böylece piyasanın yetersiz kaldığı, daha doğru deyişle piyasa güçlerinin zaten girmek istemedikleri sağlık hizmeti sektörleri (ağırlıklı olarak vektörlerle mücadele gibi kamu malı niteliğindeki hizmet türleri ile bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini içeren temel bir hizmet paketi) hükümetin sorumluluk alanında olacak ve hükümet netice itibarıyla bu sorumluluğunu sağlıklı bir toplum için gerekli asgari koşulların sağlanması için kullanacaktır. Kalan alanlarda ise piyasa kendi iç dinamikleri ile verimliliği artıracı bir etki yaratacaktır. Bu noktada hükümet yapılarının verimsiz hantallığına çözüm getirecek rekabet ortamının yaratılması ve bu ortamın hükümet tarafından standardize

edilerek düzenlenmesi yeni paradigmanın en önemli bileşenlerindedir (WB 1993: 131). Farkedilebileceği gibi Banka aslında bir tür hibrit oluşumu önermektedir. Teze göre bu hibrit, kendisini oluşturan ana soyların olumsuz yönlerinden arınmış yeni bir türdür. Piyasanın rekabetin getirdiği verimliliği ile hükümetlerin yoksullara yönelik eşitlikçi politikaları birbirini tamamlayacaktır. Ek olarak devletin piyasaya yönelik düzenleyici işlevi piyasaların eşitsizlikçi, tekelleşmeci risklerinden kaçınmanın da aracı olacaktır. Buna karşılık piyasanın da kamu sektörü içine girecek kendi rekabetçi verimlilik tohumlarını kamuya serpmesi olanağı yaratılacaktır. Devletin piyasadaki düzenleyici etkinliği standartların belirlenerek denetlenmesiyle, buna karşılık da piyasanın devlet içindeki verimlilik operasyonu kamu sektöründe rekabete dayalı İç piyasa koşullarının ve sözleşme sistemlerinin yaratılması sonucunda gerçekleşecektir (Muschell J. 1995; Tatar F. 1994).

Piyasaların ve rekabetin düzenlenmesi, sağlık sektöründe İç Piyasa yapısının yaratılması gibi kavramlar önemli oranda Dünya Bankası'nın teknokratları tarafından geliştirilmiş ve bütün Dünya'da bu denli popülerize olup, neredeyse tam bir ideolojik hegemonya yaratmış olmalarında da yine Banka'nın önemli katkıları olmuştur. Bundan sonraki bölümde piyasa ile kamunun hibridi anlamına gelen bu yeni yapılanmadan söz edilecektir. Ancak buraya kadar bütün özetlenenlerden şu kadarını şimdiden söyleyebiliriz: Bütün bunlar sağlık sektörünün piyasa koşullarına açılması, bu arada da piyasanın geçmişte ve diğer sektörlerde gözlenen olumsuz etkilerinin tamponlanması çabalarıdır.

Dolayısıyla bir anlamda geçmişe, Adam Smithçi kapitalist iktisat söylemine dönüş söz konusudur. Ancak bu kez 20. yy kapitalizminin tekeli olumsuzluklarını dikkate almak zorunda kalarak. Burada sonuç, devletin sosyal alanlarda küçültülmesi noktasına varmaktadır ve açıkçası sınıfsal bir nitelik sergiler. Nitekim örneğin İngiltere'de Thatcherist sağlık politikalarına karşı ciddi toplumsal muhalefetin yükselmesinin nedeni de budur. Burada sorulması gereken şudur: Acaba devletin salt denetleyici (eski den kalma sosyal devletçi) işlevi ile rekabeti düzenleyici (yeni) işlevi, piyasanın olumsuz etkilerini tamponlayabilecek ve piyasa gerçekten de maliyetleri azaltmak yönünde verimli bir etki yaratacak mıdır? Dikkat edilirse burada söz konusu edilen özelleştirmeci, salt piyasa müdahaleleri değildir. Çünkü bu konudaki ortak kanı artık hemen hemen kesindir ve özelleştirmenin sağlıktaki eşitsizlikleri, verimsizliği (gerek tahsisat, gerekse teknik bakımdan) artırdığı yönündedir. İç Piyasa denilen bu hibrid yapı bu nedenle önerilmektedir.

VI. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PİYASA MEKANİZMALARI VE YENİ KAMU YÖNETİMİ PARADİGMASI

Kamu sektörü reform girişimlerinin 1980'ler boyunca hız kazandığını belirten Moore, yönetimde Yeni Kamu Yönetimi diye nitelediği bir değişimi vurgular (Moore M. 1996: 1). Bizim bu yazının bundan sonraki bölümlerinde inceleyeceğimiz organizasyonel değişim bu model içinde

yer almaktadır. Aslında bu yeni yönetim paradigması Moore'un da belirttiği gibi başlı başına ve öncelikle kamunun küçültülmesi (kamu istihdam hacminin daraltılmasıyla) anlamına gelmektedir.

Moore'un belirttiğine göre Yeni Kamu Yönetimi, Geleneksel Bürokrasi diye tanımladığı yönetim modelinin yerini almaktadır. Geleneksel Bürokrasi denilen yapı hiyerarşi, otorite, çalışanların kesin sınırlarla belirlenmiş sorumluluk ve sınırlı inisiyatifleriyle karakterizedir. Bu özellikleriyle Geleneksel Bürokrasi Hage, Powers, Gorz gibi pek çok postkapitalist ve Tourain, Braverman gibi Marksist yazarlarca Fordist olarak adlandırılan organizasyon yapısına denk düşmektedir (Ayrıntısı için bkz. Belek İ. 1997). Yeni Kamu Yönetimi ise, bireyler ve kurumlar arasında rekabet sokmayı hedefleyen yapıyla, sonuç ürünlerinin kalitesini artırmayı hedefleyen izlem ve ölçüm sistemleriyle, "geleneksel kamu yönetimi"ne atfedilen ataletin "aşılmasına" yönelmektedir.

Moore Yeni Kamu Yönetimi'nin merkezi bileşenleri içinde en önemlisi hükümetin politik ve finansal işlevlerinin, daha operasyonel olanlarından (özellikle de hizmet sunumundan) ayrılmasıdır (Moore M. 1996: 9-12). Merkezi hükümetler politika yapma işlevlerini sürdürürken, operasyonel işlevlerini, sözleşmeye dayalı bir sistemle rekabet eden kurumlara devrederler. Bunlar kamu ya da özel kurumlar olabilir. Böylece bu sistem içinde sözleşme sistemi kurumlar arası rekabeti düzenlemenin aracı olarak kullanılır. Rekabete giren ve eski geleneksel kamu hiyerarşisi düzeninin sınırlayıcı kurallarına bağlı kalmak zorunda olmayan bu yapılar verimliliğin alabildiğine geliştiği ekonomik kuruluşlar olarak davranırlar. Bu anlamda böyle bir işlev ayrımının, önceden hiyerarşik kamu üretici kurumlarının elinde toplanmış olan gücü, satın alıcılara ya da doğrudan tüketicilere kaydırmak gibi olumlu bir sonuca da yol açtığı belirtilmektedir (Meurs P., Berman P. 1994: 50).

Moore Yeni Kamu Yönetimi modelinin hem ekonomi eğitimlerini ABD'de yapmış olan gelişmekte olan ülkelerin politik liderlerine ideolojik olarak, hem de özelleştirmeden ve sözleşme sisteminden maddi olarak beklentileri olanlar için çok çekici geldiğini belirtir. Model bir Anglo Amerikan ürünüdür. Gelişmekte olan ülkelere de mutlaka bütünüyle uygulanması gereken bir paket olarak değil, "beğendiğini seç ve uygula" mantığıyla sunulmaktadır. Çekiciliğini artıran noktalardan birisi de budur.

Aslında sözleşmelere dayalı olarak kamu sektörünün kamu veya özel kuruluşlardan hizmet satın alması hiç de yeni bir olay değildir. Yeni olan nokta bu düzenlemenin bir sistem bütünlüğü içinde ve sektörü yeniden yapılandırarak bir kapsamda uygulamaya sokulmasıdır.

Kutzin sözleşme sisteminin temel stratejisinin, hizmetin kalite ve/veya kantitesinde artış sağlamak (aynı miktar harcamaya göre) olduğunu belirtmiştir (Kutzin J. 1995: 35). Bir alıcı kurumca yönetilecek sözleşmeler için girilecek

rekabet, arz tarafında (üretici kurumlarda) verimliliği artıracaktır. Bu anlamda esasen teknik verimliliği geliştirmeyi hedefleyen bir stratejidir. Ayrıca hizmetin kalite ve kantitesindeki artışa bağlı olarak toplumun dezavantajlı kesimlerinin hizmete ulaşımını da artırabilecektir. Bu yolla eşitlik üzerinde de olumlu etkileri beklenmektedir. Ödemeleri global bütçeleme yöntemiyle yapacak bir sözleşme sisteminin standartlarında, ödemelerin hizmet başına ya da vaka başına yapılmasının ise tüketici tatmininde daha olumlu sonuçlar doğuracağı varsayılmaktadır.

Hizmetin finansmanındaki ve temel sorumluluklardaki kamu ağırlığının değişmediği, ancak kamu sisteminin içine piyasanın rekabet unsurunun sokulduğu bu sözleşmeli sistem İç Piyasa (Internal Market) (Muschell J. 1995: 15), Planlanan Piyasa (Planned Market) (WHO 1991: 15) ya da Yarı Piyasa (Quasi Market) (Le Grand J. 1992: 61) ve sözleşme sistemi aracılığıyla işleyen kamucu düzenleme inisiyatifi de Yönetilen Rekabet (Managed Competition) (Clancy CM. et all 1993: 214) ya da Yönetilen Piyasa (Ham C., Maynard A. 1994: 845) olarak bilinmektedir. Sonuç olarak bu stratejiye yönelik beklentiler iki başlıkta toplanabilir: a) kaynakların verimli kullanımı ve b) üreticileri daha kaliteli hizmet sunmak yönünde motive etmek.

Ham ve Maynard Yönetilen Piyasa düzenlemesindeki amacın, kamu sistemi ve özel olarak İngiltere NHS'si içinde serbest piyasanın uyarılması olduğunu belirtirler. Ancak bu hiç bir zaman sağlık sektörünün piyasa kurallarının tam egemenliğine bırakılması demek olmayıp, piyasanın kamu tarafından düzenlenmesi anlamını taşımaktadır. Düzenleme özellikle rekabet ile zor duruma düşen hastaneler için, insangücü politikalarının belirlenmesi için, enformasyon akışının sağlanması için, kar getirme olanağı olmayan hizmet alanlarının düzenlenmesi için ve sağlık sisteminin evrensel ilkelerinin piyasa karşısında korunması için gerekecektir (Ham C., Maynard A. 1995: 846-847).

Yönetilen Rekabet kavramı, esasen, aşırı derecede hekimlerin ve hastanelerin denetiminde bulunan ve üzerinde hemen hiçbir yönlendirici mekanizmanın bulunmadığı Amerikan özel sağlık sektörü üzerinde dışsal bir denetim mekanizması kurabilmek amacıyla ortaya atılmıştır. Kavramı ortaya atan Enthowen'in kendisi, Amerikan sağlık sektörü içine, büyük toplum grupları için hastanelerle ve çeşitli sağlık bakım sistemleriyle rasyonel kriterlere göre sözleşme yapan ve "sponsor" adını verdiği kurumlar yerleştirmeyi düşünmüştür. Sponsor kurumlar federal ya da yerel hükümetler, işçileri için sağlık hizmeti alan patronlar olabilir. Sağlık kurumları arasındaki rekabeti düzenleyen yapı sponsordur. Enthowen böyle bir sistemin başı boş ve ağırlıklı olarak hizmet başı ödeme sistemine göre ödeme yapan geleneksel yapıya çeşitli üstünlüklerinin bulunduğunu belirtmiştir. Bunların içinde en önemlileri yönetsel kapasitedeki artışın getirdiği teknik ve tahsisat verimliliklerinin artışıdır. Enthowen'e göre Amerikan sağlık sisteminde sokulacak böylesi bir yönetim sistemi maliyetlerin düşürülmesini de sağlayacaktır (Enthowen AC. 1993: 29,

38). Görüldüğü gibi Amerikan özel sağlık sistemine yönetim unsurunu sokmayı hedefleyen Yönetilen Rekabet modeli, kamucu İngiliz sağlık sistemine rekabeti sokmanın, yani merkezi yönetsel mekanizmayı esnekleştirmenin yolu olarak önerilmiştir. Böylece daha sonradan da görüleceği gibi Yönetilen Rekabet uygulaması ile Amerikan ve İngiliz sağlık sistemlerinin tam zıt yönlerdeki konumlarından orta bir noktaya doğru yönlendirilmeye çalışıldıkları anlaşılabilir.

Avrupa'nın zorunlu sağlık sigorta sistemleri Kamu Sözleşmesi Modeli (Public Contract Model) adıyla sözleşme sistemini eskiden beri kullanmaktadır (OECD 1992: 24). Ancak Kamu Sözleşmesi Modeli, sözleşme uygulamasına karşın, her zaman bağımsız üretici kurumlara dayanmadığı için Yönetilen Rekabet ilkesini içermeyebilmektedir (WHO 1991: 5). Son yıllarda özellikle İngiltere, Almanya ve Hollanda sağlık sistemlerindeki değişim İç Piyasa türü bir organizasyon yönündedir.

Kamu Sözleşmesi modelinde bir yanda aralarında rekabet olmayan hastalık fonları veya fon kuruluşları bulunur. Sigortalılar (tüketiciler) bu fona zorunlu olarak ve gelirleriyle orantılı bir prim düzeyiyle ya da genel vergiler aracılığıyla katkıda bulunurlar. Üretici kurumlara ise ödemeler, fon kuruluşu tarafından hizmet ya da kişi başı ödeme ilkelere yapılır. Hastalık fonlarının yerinde merkezi ya da yerel hükümet organı da olabilir. Böylece hizmeti finanse eden ve üreten kurumlar ayrılmış olur. Rekabet ilkesinin işletildiği ve üretici kurumların bağımsız/özzerk olduğu ve işletme ilkelerine göre çalıştığı Kamu Sözleşmesi Modellerinde üreticiler sözleşme hakkı kazanmak için hastalık fonları karşısında rekabete girerler. Bu rekabet ortamının tüketicinin kurum ya da hekim seçme hakkıyla birleştirilmesi durumunda, rekabetin tüketici tarafından yönlendirilerek mikro düzeyde verimliliğin sağlanabileceği belirtilir. Makro düzeydeki verimliliği ise rekabeti düzenleyen hükümet sağlayacaktır. Bu model bugün Almanya, İrlanda, İngiltere, İsveç ve Hollanda'da ilk basamak hekimler için; İngiltere, Belçika, Hollanda, Almanya'da hastaneler için uygulanmaktadır. Hollanda'da Dekker Planıyla düzenlenmeye çalışılan rekabet yalnızca üretici kurumlar arasına değil, her birisi bağımsız organizasyonlar olan sigorta kuruluşları arasına da sokulmuştur (OECD 1992: 24; Schut FT 1992: 1448).

İç Piyasa uygulaması 1990'ların başından beri gerek birinci basamakta gerekse hastanecilik hizmetlerinde Avrupa'nın çeşitli ülkelerinde giderek popüler bir seçenek duruma gelmektedir. Bunun da ötesinde İç Piyasa söyleminin "geleneksel" sol ve Marksist iktisada karşı ideolojik açıdan da üstünlük kurabildiği izlenmektedir. Hatta Avrupa'nın "yeni" solu içinde kamu sektörüne piyasa kurallarının ve rekabet unsurunun sokulması gerektiği yönündeki görüş eski sosyalist sistemin yarattığı atıl ekonomik yapıya verimlilik aşılamanın da başlıca stratejisi olarak kabul edilmektedir.

İşte İngiltere'de 1991'de uygulamaya giren ve kamucu

sağlık sistemine piyasa ilişkilerini, rekabet unsurunu sokmayı hedefleyen yeniden yapılanma bu ortamda ve bu tür argümanların desteğinde gündeme gelmiştir. Aradan geçen 5-6 yıllık dönemin böyle bir deneyimin ilk sonuçlarını ampirik olarak değerlendirmek bakımından elverişli olduğunu düşünüyoruz. Somut verileri toparlamaya yarayacak olan bu ampirik yaklaşımımız son noktayı koymaya yarayabilir, ancak bu yaklaşımın yukarıda sunduğumuz teorik çerçeve ile bütünleştirilmesi, sürecin rengini tanımlamamıza ve olası sonuçlarını netleştirmeye yönelik bir kurguya ulaşmamıza yardımcı olabilir. Bundan sonraki bölümde İngiltere Ulusal Sağlık Sistemine (NHS) neler olduğuna, olanların umulanlara ne derecede denk düştüğüne ilişkin bir taşırmayı bulacaksınız. Sağlık sektöründe İç Piyasa deneyimi başka Avrupa ülkelerinde de gündeme gelmiştir. Ancak hiçbirisi İngiltere'deki kadar kapsamlı değildir. Öte yandan İngiltere NHS'si sosyal devletçi ulusal sağlık sistemleri için de en tipik örnektir. Bu nedenle bu tipik modelde, kapsamlı bir piyasa yöneliminin ortaya çıkacağı sonuçlar da merak uyandırmaktadır. Yalnızca somut sonuçlarının ne olacağı bakımından değil, sol ve sağ değerler arasında gidip gelen pek çok kişi için, devletçi/kamucu ideoloji karşısında, olumsuz yönleri törpülenmiş bir piyasanın gerçekten daha üstün bir konuma sahip olup olmadığı yönündeki teorik tartışmayı geliştirebilmek açısından da.

VII. İNGİLTERE ULUSAL SAĞLIK SİSTEMİNDE (NHS) NELER OLUYOR?

VII.1. Reform Öncesi İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi

(Bu bölüm şu iki kaynaktan geniş olarak yararlanılarak hazırlanmıştır: (Spinosa AV. 1991:1566-1568 ve OECD 1992: 113-121).

İngiltere NHS'si 1948'de şu üç temel ilkeyi benimseyerek kurulmuştur: Herkese sağlık hizmeti sunmak, finansmanın genel vergilerden sağlanması ve kullanıcı için bunun dışında hiç bir finansal yükün olmaması. Zaman içinde ise bu ilkeler şu şekilde değişiklikler göstermiştir: a) Ödeme gücüne bakmaksızın, sağlık hizmetinin herkese götürülmesi, b) hastanelerin ulusallaştırılması, c) hastane hekimlerinin ücretle istihdam edilmesi, ancak kendilerine NHS hastaneleri dışında özel çalışma olanaklarının da tanınması, d) GP (Genel Pratisyen)'lere bağımsız sözleşmeliler statüsünün verilmesi, e) vatandaşlara istemeleri durumunda özel sigortalara kaydolma hakkının verilmesi.

1991'e kadar hastane ve toplum sağlığı hizmetleri (hospitals and community health services) (ki ikincisi ev hemşireliği ve ambulans hizmetlerinden oluşur) kamu hastanelerinden sağlanmaktaydı. Bu şekilde hizmetin bu dilimi entegre modellerle uyumluydu. Hastane dışı hizmetlerin (aile sağlığı hizmetleri: family health services) çoğu ise NHS ile sözleşmeli bağımsız GP'lerce verilmekteydi. Yıllar içinde giderek büyüyen ve desteklenen özel sektör ise finansman yöntemi olarak geri ödeme sistemini kullanmaktaydı.

Sistemin hizmet üreten bileşenleri ise şöyle ortaya çıkmıştı: Bağımsız çalışan eczacılar, yine bağımsız çalışan GP'ler, toplum sağlığı hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri, kamu hastaneleri, kamu hastanelerindeki özel kısımlar, özel hastaneler ve özel hemşire bakım evleri.

1991'e kadar kamu hastaneleri ve toplum sağlığı hizmetleri entegre bir model içinde, ortalama 300 bin kişilik bir nüfusu kapsayan Alt Bölge Sağlık İdareleri (DHA) tarafından finanse edilip, yönetilmekteydi. Asıl finansör kurumlar ise hastaneler ve toplum sağlığı hizmetleri için Bölge Sağlık İdareleri (RHA); GP'lik hizmetleri için Aile Hekimliği Komiteleri (FPC) idi. Sonradan özel sigorta kuruluşları da bunlara eklendi. Pratikte RHA'lar bazı bölgesel hizmetlerin doğrudan sunumundan, sabit sermaye yatırımlarından, kıdemli hastane hekimlerinin istihdamından ve DHA'lara fon aktarılmasından sorumluydu. DHA'lar ise hastanelerin ve diğer birimlerin fonlandırılması işlevlerini yerine getirmekteydi ve hastane ve toplum sağlığı hizmetlerinin yönetiminden sorumluydu.

GP'lerin hastane ve uzman hizmetleri bakımından kapı tutucu (gate keeper) işlevi vardı. Nüfusun hemen tamamı GP'lere kayıtlıydı. GP'lerin geniş klinik otonomileri bulunmaktaydı. Üzerlerinde reçete yazma, hastaları, patoloji spesmenlerini tanısal inceleme bakımından hastanelere gönderme, hastaları uzman konsültasyonu için hastaneye sevk etme konusunda hiç bir sınırlama söz konusu değildi. Tipik bir DHA hastanesinde tanı ve tedavi olanağı olmayan hastaların RHA hastanelerine (sıklıkla bir eğitim hastanesi olan) sevkleri olanaklıydı.

NHS içinde profesyonel otonomi olmakla birlikte, NHS hep güçlü bir yönetim yapısına sahip olmuştur. Genel politikaların belirlenmesi Sağlık Bakanlığı'nın elinde olmuş, hizmetlerin yönetimi kısmen desantralize edilmiştir. Aile hekimlerinin ve eczacıların sözleşmeleri yerel olarak FPC'ler tarafından düzenlenmiş, ancak genel finans ve politik kararlar merkezi olarak (Sağlık Bakanlığı'nca) alınmıştır.

1991'e kadar hastane ve toplum sağlığı hizmetleri 14 RHA ve 192 DHA yönetimi tarafından düzenlenmekteydi. Bu otoritelerin başkanları Sağlık Bakanlığınca atanıyordu.

İngiltere NHS'si 1990'lara gelinceye kadar, bütün eleştirilere karşın Batılı ülkeler içinde, maliyetler ile temel toplumsal sağlık çıktılarının karşılaştırılması durumunda (makroekonomik verimlilik bağlamında) en verimli sağlık sistemlerinden birisi konumundaydı. Hekim otonomisi üst düzeydeydi. Sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı diğer gelişmiş ülkelere göre daha düşüktü. Ancak toplam sağlık harcamaları içinde kamu payı daha fazlaydı. Halk hizmet için (genel vergiler dışında) ek bir ödeme yapmak durumunda kalmıyordu. Buna karşılık, İngiltere (bebek ölüm hızı, doğuştan beklenen yaşam süresi gibi) önemli sağlık göstergeleri bakımından bütün gelişmiş kapitalist ülkelere göre daha iyi durumdaydı. İngiltere sağlık sisteminin makroekonomik açıdan daha verimli sayılmasının

nedeni de bunlardı (Ayrıntısı için bkz. Belek İ. 1995:146-165). İngiltere NHS'si yine de Muhafazakar hükümetin ağır eleştirilerinden kurtulamamıştır.

Reformlar, özetlenen bu yapı içinde GP hizmetleri ile hastanecilik ve toplum sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesi noktasında hem finansman, hem de organizasyon boyutlarında gerçekleştirilmiştir.

Reformları en kapsamlı biçimde gündeme getiren White Paper (1989)'ın öncesinde de NHS'de kimi kısmi düzenlemelere gidilmiştir. 1982'de RHA ve DHA'ların yıllık performansını değerlendirmeye (özellikle maliyetleri dikkate alan) yönelik bir uygulama başlatılmıştır. 1983'de kurulan bir komisyona başkanlık eden Sir Griffiths (ki kendisi bir süpermarketler zincirinin sahibidir), NHS'de bir "kurumsal durgunluk" bulunduğu tespitini yapmış ve genel bir yönetim değişimine gereksinim olduğunu belirtmiştir. 1983'de DHA düzeyinde hastane ve toplum sağlığı hizmetleri içindeki (temizlik, aşçılık gibi) otelcilik hizmetleri özel sektöre devredilmiştir. 1987'de GP hizmetlerini hastalara karşı daha sorumlu kılmak amacıyla GP'ler arasına rekabet sokulması gerekliliğinden söz edilmiştir. Bunun için de hastanın hekim değiştirme hakkının kolaylaştırılması ve GP ücretleri içindeki kişi başı ödeme diliminin artırılması, kimi koruyucu hizmetlerdeki başarı durumuna göre ek ödemeler yapılması gibi stratejiler önerilmiştir. Böylece hastanın hekim seçme hakkının GP üzerinde mali bir baskı unsuru olarak kullanılması hedeflenmiştir. Bunlar 1990 sonrası değişimin habercisi niteliğindeki uygulamalardır ve bir anlamda NHS reformlarının gerek düşünsel, gerekse pratik alt yapısının hazırlayıcıları olmuşlardır.

VII.2. NHS Reformları

Özelleştirme Thatcherist muhafazakar politikaların NHS'yle ilgili en önemli hedeflerinden birisiydi. Bu politika örtük ve daha açık pek çok strateji ile gerçekleştirilmeye çalışılmış ve NHS içindeki özel sektör payı 1980'lerin başından itibaren eskisine göre belirgin biçimde artmıştır. Üstelik bu genişleme, muhafazakar hükümetlerin alternatif finans sistemlerinin incelenmesi için ABD'ye gönderdiği teknik ekiplerin, bu programları pahalı ve zor yönetilir olarak değerlendiren raporlarına rağmen gerçekleşmiştir. 1980'lerin sonuna gelindiğinde özel sektör boyut olarak ikiye katlanmış, bir İngiliz vatandaşı 1948'e göre beş kez daha sık özel tıbbi bakım kullanır olmuştur. Aynı süre içinde özel sigortalar kapsamındaki insan sayısı beş milyona ulaşmıştır (Rayner G. 1987:198; Pollack AM 1995: 684). Kamu nitelikli NHS'nin özel sektörden satın aldığı hizmetlerin tutarı 1991 yılında 12.2 milyon sterlinken, 1992'de 44.5 milyon sterline yükselmiştir. Bütün bunlara rağmen İngiltere'de özel sektörün payı halen son derece sınırlıdır. NHS'nin 19 milyar sterlin olan gelirine karşın, özel sağlık sektörünün geliri 1 milyar sterlindir. Bugün İngiltere'de ulusal gelirin %5.9'u sağlık hizmetleri için harcanmakta, bu harcamanın %1'ini özel sektör, kalanını ise kamu sektörü gerçekleştirmektedir. Kısacası finansman olarak sektör halen % 85 oranında kamu niteliğindedir (Fierbeck

K. 1996: 537; Editorial 1997: 1185).

NHS'deki asıl değişimi belirleyen doğrudan ve aktif özelleştirme düzenlemeleri değil, kamu mülkiyeti ve yönetimi içine sokulan piyasa unsurları olmuştur. ABD'deki HMO (Health Maintenance Organisations) modelinin İngiltere tarafından benimsendiği görülmektedir. Bireysel sorumluluk (tüketici tercihinin öne çıkarılması nedeniyle), piyasa kuralları ve rekabet, verimlilik gibi ekonomik kavramlar İngiltere'deki yeni eğilimleri tanımlamaktadır. Bu nedenle Fierlbeck İngiltere'nin geleneksel kavramları olan evrensellik, eşitliğin son 10 yıl içinde daha geri plana çekildiğini ve NHS'nin ticarileştirildiğini belirtmektedir (Fierlbeck K. 1996: 530). İngiliz reformları Amerikan ekonomik teorilerinden önemli oranda etkilenmiştir. ABD'nin neoliberal politikalarından etkilenen İngiliz neoliberal düşünce tankları (Institute of Economic Affairs, Adam Smith Institute ve Center for Policy Studies gibi) İngiliz kamu politikalarında önemli değişiklikler önermişlerdir. Aslında bunların içinde en önemlisi özelleştirme olmuştur. Özellikle Muhafazakar parti içindeki radikal sağ kanat NHS'yi hep bir sosyalizm projesi olarak değerlendirmiş ve sürekli olarak özelleştirmeyi savunmuştur. Ancak NHS çalışanlarından ve İngiltere toplumundan gelen büyük tepki sonucunda özelleştirme aktif bir program olarak yürütülmemiş, bunun üzerine kamu sektörüne piyasa kurallarının sokulması türünden ara bir modele (İç Piyasa) yönelinmiştir. Amerikalı yönetim uzmanı ve sağlık ekonomisti Alan Enthowen NHS'nin iç yapısını incelemek üzere davet edilmiştir (Glennester H., Maksaganis M. 1994: 233). Konu seçim dönemlerinde İşçi Partisi ile Muhafazakar parti arasındaki en gerilimli noktalardan birisini oluşturmuştur. Ancak İşçi Partisinin özünde sağa ait olan ve ilk kez de Muhafazakar parti tarafından gündeme getirilen İç Piyasa modeline onay vermesi, 1990'ların başındaki genel seçimleri yine Muhafazakarların kazanmasında önemli etki yapmıştır (Fierlbeck K. 1996: 531-534).

Öte yandan, her ne kadar Yönetilen Rekabet ya da İç Piyasa gibi kavramlar özelleştirme kapsamı dışında değerlendirilse de; reformların piyasayla ilişkilendirilmesi ölçüsünde özelleştirme ile bağlantılı olduklarını da söylemek gerekir. Nitekim Navarro İç Piyasacı NHS reformlarını doğrudan doğruya özelleştirme olarak yorumlamaktadır. Navarro'ya göre bütün bunların temel hedefi özel sektörün işlevinin ve piyasa güçlerinin etkinlik alanının genişletilmesidir (Navarro V. 1991: 381).

Muhafazakar hükümetler NHS'deki reform arayışlarını şu etkenler üzerine temellendirmişlerdir: a) Halkın sisteme yönelik memnuniyetsizliği (belirtmek gerekir ki İngilizlerin NHS'ye yönelik memnuniyetleri, Amerikalılar'ın İngiltere'nin muhafazakar hükümetlerinin kendilerine hep model olarak almaya yöneldikleri- Amerikan HMO sağlık sistemi-ne yönelik memnuniyetlerinden hep daha yüksek olmuştur), b) halen çözümlenemeyen ve 1980 yılında İşçi Partisi'nce hazırlanan ünlü raporda da (Black Report) saptanan ciddi sınıfsal sağlık eşitsizlikleri ve c) finansal güçlükler ile parayı daha verimli kullanmak kaygıları.

Kısaca 1970 ve 80'lerin finansal krizinin ve refah devletini bu krizden sorumlu tutan yeni sağ ideolojilerin, bu ideolojilerin temel tezi olan sosyal harcamaların kısılması hedeflerinin İç Piyasa yöneliminde belirleyici etkileri olduğu konusunda yaygın görüş birliği bulunmaktadır (Maynard A. 1994: 1434; Glennester H., Le Grand J. 1995: 207). Bütün bu etkenler Muhafazakarlarca NHS'nin kamucu yapısından kaynaklanan olumsuzluklar olarak sunulmuşlar ve bu kamucu nitelik yukarıda sıralanan sorunlarla birlikte yeni sağın sağlık tezlerinin ana yönelimlerinin de kolaylıkla propagande edilmesini sağlamıştır. Bu tezlere göre ancak üreticiler arasında yaratılacak sert rekabet ortamı maliyetlerin azalmasını, verimlilik artışını ve tüketici memnuniyetini sağlayabilecektir.

Öte yandan NHS reformlarında belirleyici olarak başka sosyal ve siyasal etkenlerden de söz edilmektedir. Örneğin Glennester ve Le Grand İngiliz NHS'indeki reform girişimlerinde NHS'yi ortaya çıkaran sınıf ilişkilerindeki değişimin de etkisi olduğunu belirtirler. Buna göre 1980'lerin reform dalgası, İngiltere'de sağlık sistemi anlamında 1948'de tesis edilmiş olan sosyal devlet formunun gereksindiği vergileri artık ödemek istemeyen ve kendi vergileriyle düşük gelirli sınıfların beslendiğini düşünen orta sınıfların (düzenli geliri, işi olan ve ekonomik bakımdan da görece rahat olan toplumun bu en geniş kesiminin) devlete yönelik yeni siyasal ve ekonomik beklentileri ile şekillenmiş ve sosyal devletin temel yapısında önemli değişimleri zorunlu kılmıştır (Glennester ve Le Grand 1995: 216). Yani değişimi zorlayan orta sınıfların inisiyatifi olmuştur. Bu anlamda sınıfsal denge ve tercihlerde bir değişim söz konusudur. Böylece, 1980'lerde yoksul toplumsal kesimlerin siyasal ve toplumsal bakımdan güç yitirmelerine bağlı olarak, orta sınıf tercihlerinin hükümet politikalarında daha belirleyici olduğu belirtilmektedir.

Dent ise NHS'deki reform değişimlerinin, aslında toplumdaki daha büyük çaplı ve bugün postmodernist olarak nitelenen değişimlerin bir uzantısı olduğunu vurgular. Dent'e göre son 100 yılın hiyerarşik nitelikteki işletme yapısında, üreten kurumların egemenliğiyle karakterize üretim-tüketim ilişkilerinde varolan kalıpları kıran önemli değişimler olmaktadır. Hiyerarşi ve üretimin profesyonel egemenliği kırılmakta, ilişkiler esnekleşmekte, tüketici tercihi öne çıkmaktadır. Dent NHS'yi esasen aydınlanmacı bir proje olarak tanımlar. Bu projede kaynak tahsis tek elden yapılıyor, ayrılan kaynakların ne şekilde kullanılacağına bilginin profesyonel sahipleri olan hekimler karar veriyor, böylece ilişkiler profesyonellerin belirleyici gücü ile şekilleniyordu. Dent'e göre NHS reformları maliyet sınırlama ve hekimlerin baskın rolünün kontrol altına alınarak, tüketicinin hizmet üretimindeki belirleyiciliğinin öne çıkarılması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı işlevlerinin standardizasyonla sınırlanması, üretici kurumların özertleştirilerek aralarına rekabet sokulması ve hasta ve kendilerine hastanecilik hizmetlerini hastaları adına satın alma yetkisi tanınmış genel pratisyenlerin tercihinin bu rekabeti sürekli uyarıp yönlendirecek en temel mekanizma olarak düşünülmesi, NHS'nin klasik aydınlanmacı yapı-

sındaki postmodern, hatta postendüstriyalist değişimler olmuştur. NHS'nin merkezi yapısı bu şekilde gevşetilmekte ve desantralize edilmekte, hekimlerin bilgi kullanımındaki egemen konumu rekabet ile zayıflatılmakta, tüketici tercihlerinin belirleyiciliği ön plana çıkarılmaktadır. Değişim merkeziyetçilikten ademi merkeziyetçiliğe, bürokrasiden esnekliğe, profesyonel belirleyicilikten, tüketici tercihlerine doğrudur (**Dent M. 1995: 877-887**).

Reformları uyaran etkenlere ilişkin bir diğer görüş Moore'a aittir. Moore NHS reformlarının arkasındaki temel gücün Thatcher'ın, İşçi Partisinin toplumsal oy tabanını eritmeye yönelik partizan tercihleri olduğunu belirtir. Bu teze göre özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasında bizzat İşçi Partisi tarafından oluşturulan sosyal devlet kurumlarının (sendikaların, kamu kurumlarının) personeli Thatcher tarafından İşçi Partisi'ni güçlendiren ve yaşatan toplumsal zemin olarak görülmüş ve bu zemini parçalamak için de bütün kamu sektörünü birbirleriyle rekabet eden küçük birimlere parçalayacak bir kamu yönetimi stratejisi geliştirilmiştir. Böyle bir stratejinin Thatcher gibi geleceğe yönelik tam anlamıyla açık vizyonu olan bir lider tarafından ve bütün Dünya'da yeni sağ ideolojilerin güçlendiği bir ortamda gerçekleştirilmesi de hiç zor olmamıştır (**Moore M. 1996: 6**).

Maliyet unsuru diğer ülkelerde olduğu gibi İngiltere'de de reform arayışlarını gündemde tutmuştur. Sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payına göre değerlendirildiğinde İngiltere sağlık sistemi gelişmiş ülkeler içinde en ucuz olanıdır. Bu durum makroekonomik verimlilik bakımından olumlu bir sonuç olarak değerlendirilirken, yatırımların azaltılması pahasına gerçekleştirilmiş, bu da halkın kamu sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizliğine katkıda bulunmuştur. İlk kez NHS'ye ayrılan ulusal bütçeyi son derece sıkı biçimde hükümet denetimine alan ve ciddi bütçe kısıtlamalarına yönelik (1976 yılında) İşçi Partisi olmuş, onu 1980'lerden itibaren Muhafazakar Parti izlemiştir. NHS'ye ayrılan bütçenin 1978-79 ile 1991-92 dönemi arasındaki artışının yalnızca %22 olduğu belirtilmektedir. ABD sağlık harcamalarının yılda neredeyse %10 düzeyinde arttığı düşünülürse buradaki artışın ihmal edilebilir bir düzey olduğunu kabul etmek yanlış olmayacaktır (**Maynard A. 1994: 1434**). Öte yandan yine maliyet kısıtlaması amacıyla kaynakların bölge ve alt bölgelere tahsisatı nüfus, yaş dağılımları ve standardize ölüm hızlarına göre ağırlıklandırılmış kişi başı ya da doğrudan kişi başı (capitation) sistemine göre yapılmaktadır (**Judge K., Mays N. 1994: 1363**). Bu ise Muhafazakar hükümetlerce çoğu kez yalnızca harcamaları sınırlamanın bir yöntemi olarak kullanılmıştır. Nitekim 1980'ler sonrasında izlenen ve gerçek gereksinimleri dikkate almayan finans yöntemlerinin, sağlık sektörü içine sokulan ticari değerlerin ve piyasacı düzenlemelerin 1990'lara gelene kadar sağlıktaki eşitsizlikleri daha da derinleştirdiği belirtilmektedir (**Whitehead M. 1994: 1284**). Yukarıda da belirtildiği gibi eşitsizlik olgusu, daha sonradan yine Muhafazakarlarca NHS'nin kamucu niteliğinden kaynaklanan bir sorun olarak pazarlanmıştır.

İngiltere'de sağlık hizmeti maliyetlerinin bütün Dünya'da olduğu gibi artışı ile NHS'ye ayrılacak kamu kaynaklarının miktarının sınırlanması ve sıkı kontrolü arasındaki gerilim sistemin yönetimine, hekimlere, sistemin kamucu niteliğine yönelik eleştirilerin giderek artışına neden olmuştur. Muhafazakar hükümet böyle bir ortamda şu beş temel felsefi değişikliği önermiştir: 1) Daha fazla esneklik uygulamak ve hasta gereksinimleriyle sağlık bakımı arasında daha etkin bir eşleştirme yapılması. Bunun zorunlu sonucu olarak da karar almanın yerel düzeylere delege edilmesi. 2) Daha iyi hizmet sunulması için hastanelerin kendi kendini yöneten (özerk) yapılar; hastane işletmeleri haline (self governing trusts) dönüştürülmesi. 3) Paranın hastayı (ya da işi) izlemesi, yani ödemelerin sonradan yapılması. 4) Sisteme hız ve kalite kazandırmak bakımından genel pratisyenlerin (GP) kendi hastaları adına hastane hizmetlerini satın alabilmeleri için fon kullanabilmeleri, ki bu sisteme Fon Tutucu (Kullanan) Genel Pratisyen(lik) (GPFH) denilmektedir (**Maynard A. 1994: 1437**).

Biraz daha somut düzeyde reform önerileri şu şekilde özetlenebilir: a) Finansmanın kaynağı genel vergiler olarak değişmeden kalacaktır, b) şimdi asıl üretici kurumlar GPFH ile hastane işletmeleri olacaktır, c) GP'ler ve eskisi gibi yönetilen kamu hastaneleri arasında da rekabet sokulacaktır, d) DHA'lar artık üçüncü el ödeme yapan finansör kurum niteliği de kazanmaktadır, e) FMC'ler artık RHA'lara karşı mali açıdan sorumludurlar (eskiden doğrudan Sağlık Bakanlığı'na bağlıydılar), f) GPFH'ler fonlarını doğrudan RHA'lardan alacaktır.

Öncelikle iyi yönetilen NHS hastaneleri işletme haline getirilecektir. Hastane işletmeleri kendi kadrolarını, ücretlerini, birikim yapma, ödünç kaynak bulma, yan kurumlarını satma, bölgesel otoritelerle, GPFH'lerle, özel sektörle anlaşma yapma hakkına sahiptir. DHA'lar kendi hastanelerinden, hastane işletmelerinden, özel hastanelerden hizmet alabilirler. Hastanelerle yapılacak sözleşmeler öncelikle blok sözleşme şeklinde olacak, sonradan vaka maliyeti dikkate alınarak sözleşme yenilecektir. Bu uygulamanın hastaneleri maliyet muhasebesi yapmaya yönelteceği düşünülmektedir.

Reform sürecinde 1989 yılında, White Paper (Working for Patients)'ın yayınlanmasından hemen sonra ilk olarak hangi hastanelerin işletme haline getirileceği saptanmış, DHA'lar GPFH uygulamasına yönelik ilk çalışmalarını başlatmışlardır. GPFH'ların iş tanımları yine aynı yıl içinde yapılmıştır. 1990'da NHS and Community Care isimli yasanın kabulünden hemen sonra değişimler hız kazanmış ve RHA ve DHA'lar yeniden organize edilmiştir. 1991'de ilk hastane işletmeleri ve GPFH'lar kurulmuştur.

Sistemdeki temel değişikliklerin hastanecilik hizmetlerine yönelik olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetinin bütün olarak kamu niteliğini koruduğu, finansmanın yine genel vergilere dayandığı, ancak NHS'nin yönetsel ve organizasyonel yapısının değiştirilerek eski yapıdan hizmeti satın alan ve üreten yeni yapılar türetildiği izlenmektedir.

Satın alıcılar; a) yine merkezi olarak kendilerine aktarılan bütçe ile özerkleştirilmiş ve rekabet eden hastanelerden hizmet satın alan ve hastanelerden hizmet satın alsın diye GPFH'lere fon aktaran Alt Bölge Sağlık İdareleri (District Health Authorities) ile b) GPFH'lerdir. Hizmeti üretenler ise GP'ler, GPFH'ler ve özel ya da kamu (özerkleştirilmiş) hastaneler ile eski statülerini halen koruyan kamu hastaneleridir. Muhafazakar hükümet sisteme yönelik hiç bir eleştiriyi dikkate almaksızın hızla modelin uygulamasına yönelmiştir (Maynard A. 1994: 1437).

Yeni sistemde üreten ve finanse eden kurumlar birbirinden ayrılmış (separation of purchaser and provider roles) ve üreticiler arasında rekabet (competition among providers) sokulmuştur. İsveç ve Hollanda reformlarının aksine İngiltere'de satın alan kurumların kendi arasında rekabet yoktur. Her DHA kendi 300 bin nüfuslu bölgesi için hizmet satın alır (Ham C., Brommels M. 1994: 111). Her DHA kendi nüfusunun sağlık gereksinimlerini değerlendirir ve uygun hizmet konusunda kamu ve/veya özel hastanelerden tercih yapar. (Maynard A. Bloor K. 1996: 605) Reformlar konunun burada ele alınan boyutuyla daha çok DHA düzeyinde gerçekleşmektedir. Hastanelerin ve klinisyenlerin yönetimle ilgili konularda daha çok işlev görmesi istenmekte, ayrıntı düzeydeki yönetsel işlevler periferde aktarılırken, stratejik konular merkezi NHS yönetiminde tutulmaktadır (Culyer AJ., Meads A. 1992: 676).

Özellikle rekabetin düzenlenmesi sağlık hizmetleri içinde bir dizi prosedürün maliyet analizinin yapılmasını, bunların üretici ve alıcı kurumlara iletilmesini, üretici kurumların bu prosedürler üzerinden izlenmesini, bunun için düzenli, gerektiğince ayrıntılı ve hızlı işleyen bir enformasyon sisteminin oluşturulmasını ve bütün bunların da ötesinde gelişkin bir yönetim kapasitesini gerektirmektedir. Maliyet analizleri özellikle konunun teknik bilgisine de sahip olan GPFH'lerin hangi hastaneyi tercih edecekleri noktasında oldukça yararlı olacaktır (Henshall C., Drummond M. 1994: 1619).

Gürüldüğü gibi üretici kurum olarak önemli iki tür yeni yapı ortaya çıkmaktadır. Bunlar GPFH ve özerk hastanelerdir. 1991-95 arasında NHS hastaneleri hızla kamu mülkiyetindeki, kendi kendini yöneten (özerk) işletmeler haline getirilmişlerdir. Hastaneler ikinci basamak sağlık hizmeti ile toplum sağlığı hizmetleri (ev hemşireliği ve ambulans hizmetleri) sağlayan, bağımsız, hükümet dışı kuruluşlardır. İşletmeler satın alıcılarla (DHA) sözleşme yaparlar ve bunun için de kendi aralarında rekabet ederler. Bu rekabetin maliyetleri düşürüp, kaliteyi artıracığı, böylece de tüketiciyi memnun edeceği beklenir. İlkel olarak kendi kadrolarının çalışma koşullarını, sayı ve ücretini belirleme hakları vardır. GPFH ise 11 binden çok nüfusu olan GP'lere verilen bir haktır (Maynard A., Bloor K. 1996: 605).

GPFH statüsü kendisine bağlı olan nüfus için hem birinci basamak hizmet üreten (bu anlamda eski GP'lik işlevlerini sürdüren), hem de yine kendisine bağlı nüfus için ikinci basamak hizmetlerini satın alan (yani finansör nitelikte)

hibrid bir yapıdır. Burada Griffith'in teziyle, böyle tıbbi nitelikteki bir kurumun kendisine bağlı nüfusun gereksinimlerini en iyi biçimde saptayarak, kendisine ayrılan kaynakları en verimli biçimde kullanacağı beklentisi bulunmaktadır. Aynı zamanda bu tıbbi yapı hastaneler arasındaki rekabetin de en rasyonel tarzda gelişmesini sağlayacaktır.

GPFH statüsünde çalışabilmek için bağlı nüfusun en az 7000 (sonradan bu sayı 5000'e indirilmiştir) olması istenmektedir. Bu nedenle bu şekilde çalışmak isteyen 4-5 GP bir araya gelerek bir fona sahip olabilmektedir. 1995 yılı sonu itibarıyla fon sayısı 2007'ye yükselmiştir. Bu durumda bütün GP'lerin % 39'u (10410 adet) sistem içindedir. Bunların kapsadıkları nüfus ise toplamın % 41'ini oluşturmaktadır. GPFH sistemi bütün NHS harcamalarının % 9'unu gerçekleştirmektedir (Petchey R. 1995: 1139).

GPFH uygulamasının temel amaçları, bu kurumu hem hastaneler arasındaki rekabeti düzenleyen ve uyaran bir unsur olarak değerlendirmek, hem de bütünüyle birinci basamakta uygulanacak sözleşme sisteminin içine performansı uyarıcı ve GP'ler arasında ortaya çıkan geniş performans farklılıklarını ortadan kaldırıcı bir ortam hazırlamaktır (Culyer AJ., Meads A., 1992).

GPFH kurumu DHA'den kendi kapsamındaki nüfusun belirlenmiş sağlık gereksinimlerini karşılaması öngörülen bir bütçe almaktadır. Bu bütçe kapsamına GP hizmetlerinin, hastane ve konsültan hizmetlerinin (acil hizmetler dışındaki), GP'ler ya da konsültanlarca gerçekleştirilen araştırma ve tanı işlemlerinin, ilaçların, hastane tarafından sunulan ayaktan tedavi edici hizmetlerin ve yönetsel işlevlerin maliyetleri girmektedir (Navarro V. 1991: 381). Sonradan bütçe bütün elektif cerrahi işlemleri ve eskiden hastanelerde sağlanan uzman hemşirelik hizmetlerini de kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Bir hastaya yapılan yıllık harcamanın 5000 sterlini geçmesi durumunda aradaki fark DHA tarafından ödenmektedir (Maynard A. Bloor K. 1996: 605).

Böylece her bir GPFH, aynen ABD'deki HMO'lar gibi, belli bir sorumluluk alanı üzerinde işlevsel olacak bir tür işletme olarak tasarlanmaktadır. 1993'ten beri bütün toplum sağlığı hizmetleri de yerel düzeydeki sosyal hizmet birimlerinde özel ve kamu kurumlarından satın alınmaktadır.

Böylece GP'lere birinci basamakta 1948'den beri benimsenmiş olan ulaşılabilirlik, aileye ve bireye uzun dönemli ve sürekli bakım sunmak, sık görülen hastalıklara yönelik hizmet sunmak, kapı tutucu (gate keeper) işlevi görmek, tedavi edici hizmetlerle birlikte bireye yönelik koruyucu hizmetleri sürdürmek gibi temel işlevlerin (Fry J., Stephen J. 1986: 487) oldukça ötesinde, işletmecilik işlevlerinin de yüklendiği anlaşılmaktadır. Böylece birinci basamaktaki hizmetin kalitesi gelişecek, kaynaklar daha etkin yönetilecek, hizmet hasta gereksinimlerine yönelecek, gereksiz hospitalizasyon ve reçete yazma azalacaktır (Meurs PL. 1994: 53).

VIII. İNGİLTERE YENİ KAMU YÖNETİMİ MODELİNİN SONUÇLARI BAŞARILI MI ?

İngiltere NHS'sindeki piyasa yönelimli değişimlerin sonuçlarını incelemeye başlamadan önce, genel düzeyde Yeni Kamu Yönetimi olarak nitelenen ve rekabet, sözleşme gibi temel yeni yönetim ilkeleri üzerinde geliştirilen modelin sonuçlarının değerlendirilmesi yararlı olacaktır. Böyle bir kamu yönetimi modelinin beklenen yararları daha önceki bölümlerde sunulmuştur. Sonuçların değerlendirilmesi, yeni sağ ideolojinin temel tezlerinin pratik karşısında sınanması anlamına gelecek ve daha üst düzeyde de sağlıkta piyasa mekanizmasının kullanılabilirliği konusunda bir kez daha fikir verecektir.

Gelişmekte olan ülkelerde sözleşme sistemi özellikle kentsel kamu hastanelerinin otelcilik hizmetleri için uygulanmaktadır. Bangladeş, Hindistan, Meksika, Sri Lanka, Tayland, Zimbabve ve bu arada Türkiye bu ülkeler arasında sayılabilir. Bu ülkelerin en azından bir kısmındaki deneyimler otelcilik hizmetlerinin kalitesinde bir artış ve fiyatlarında bir azalma sağlandığını göstermektedir. Ancak, sözleşmeyle bu tür hizmetlerin devredildiği kurumların çalıştırdığı insangücünün çalışma koşulları, ücretleri gibi sendikal ve toplumsal konulardaki sorunlar söz konusu edilebilecek bu kazancı hep gölgeleyen diğer sonuçlar olmuştur. Bir diğer deyişle sözleşme sisteminin getirdiği maliyet azalması ve kalitedeki artış, çalışanların çalışma koşullarının kötüleştirilmesi ve ücretlerinin düşürülmesiyle ve çalışanlar üzerinde baskı uygulamak koşuluyla sağlanmıştır. Öte yandan sözleşme sistemi için iyi gelişmiş ve rekabetçi özelliklere sahip bir piyasanın gerekliliğinden hep söz edilir. Ek olarak özellikle hastane hizmetlerinin doğası gereği hep monopol bir yapıya dönüşme eğilimi taşıdığı belirtilir. Dolayısıyla yeni sağ ideolojilerin pek önem verdikleri rekabet ortamının sağlık hizmetlerinde oluşturulmasının gerçekçi bir beklenti olmadığı vurgulanır. Yani rekabet ortamının yaratılması ve bundan olumlu sonuçlar elde edilmesi bakımlarından tıbbi bakım hizmetleri sağlık sektöründeki otelcilik hizmetlerine göre oldukça farklı bir ortam oluşturmaktadır. Sözleşme sisteminin eşitlik bakımından da önemli açmazları bulunmaktadır. Çünkü kurumların özellikle hizmetten yoksun geri kalmış bölgelere götürülebilmesi mutlaka hükümet eliyle hizmet sunumunu gerektirmektedir. Sağlık hizmetinin özel ya da özerk kurumlara bırakılması, genellikle zaten varolan eşitsizlik (ulaşım eşitsizliği) sorununun çözümüne hiçbir katkı getirmektedir. Tüketici tatmini ve toplumsal sağlık düzeyinin geliştirilmesi bakımından da sözleşme sisteminin taşıdığı koşullar eşitlik olgusuyla aynıdır. Sistemin kaliteyi artırması, maliyetleri düşürmesi ve hizmete ulaşımı kolaylaştırması koşullarında ancak tüketici tatmin olmakta ve toplumsal sağlık düzeyi yükselmektedir. Bütün bunların sorununu özellikle varolduğu geri kalmış bölgelerde, sözleşme sistemiyle gerçekleştirilmesi neredeyse olanaksız olarak görülmektedir. Öte yandan tüketiciyi tatmin eden hizmet, önemli oranda tüketici tercihlerine göre yönlendirilen hizmettir. Fakat bu durumun ne derece toplumsal sağlığı geliştireceği ve istendik bir strateji olabileceği konusu son

derece tartışmalıdır: Özellikle ilaç gibi tekelleşmiş piyasa güçlerinin tüketici ve hekim tercihlerini belirlemede son derece etkin oldukları piyasa ortamlarında tüketici tercihi ve tatminini karşılayan ortamların, hiç de toplumsal sağlıkla uyum içinde olmadığı belirtilmektedir (Kutzin J. 1995: 37-39; benzer sonuçların OECD 1995: 9-10'da da bulunması olanaklıdır). Görüldüğü gibi bütün bunlar esasen, sağlık hizmetinin (tüketiciyi sağlık konusunda tercih yapacak kadar bilgilendirmenin olanaksız olduğu, sağlıkta monopolizasyon eğilimlerinin güçlü olduğu gibi objektif gerçekleri dikkate alarak) piyasa kurallarına bırakılamayacağını söyleyen klasik ekonomi disiplininin ortaya koyduğu gerçeklerdir ve ülke deneyimleri bir kez daha bu sonuçları ortaya koymaktadır. Nitekim kendileriyle sözleşme yapılan özerk hastaneler daha karlı alanlara kayma eğilimi göstermekte (İngiltere'de böyle bir kayma olmuştur) bu da toplum gereksinimlerinden uzaklaşan bir sağlık sistemi yaratmaktadır. Öte yandan klinik hizmetlerin kalitesinde kentsel bölgelerde bir artış gerçekleşebilse bile, bunun kırsal ve geri kalmış bölgelerde hizmet alt yapısındaki temel yetersizlikler nedeniyle hiç olanaklı olmadığı da belirtilmektedir (Muschell J. 1995: 15).

Sözleşme sistemine yönelik genel bir değerlendirme şu tür sonuçlar ortaya koymaktadır:

1) Satın alan ve üreten kurumların birbirinden ayrılması öncelikle bu sistemi yürütecek teknik becerilere sahip bir insangücü ve gelişkin bir enformasyon sistemi gerektirmektedir. Bu gerekliliğin özellikle yoksul ve gelişmekte olan ülkelerde yerine getirilebilmesi pek olanaklı olamamaktadır (Moore M. 1996: 11; Kutzin J. 1995: 38). Bu sorunla ilgili aynı durumun İngiltere'de bile bulunduğu bildirilmektedir (Henshall C., Drummond M. 1994: 1622).

2) Sözleşme sistemi sağlık sektörü içindeki çıkar gruplarının (özellikle de ilaç şirketleri gibi tekeli çıkarları olanların) kamuyu etkilemek için istenmeyen yolları zorlamalarına ve enformasyon saklamalarına neden olacak nesnel bir ortam da yaratmaktadır (Moore M. 1996: 11).

3) Performansı değerlendirmeye yarayacak çıktıların ölçülmesi sağlık sektörü için genellikle zordur. Bu sorun çıktıların maliyet yarar analizi gibi ekonomik analizlere konu edildiği durumlarda kendisini daha net biçimde ortaya koymaktadır. Öte yandan hükümetlerin tamamen ekonomik bir mantıkla, fayda-maliyet mantığıyla hareket etmesini beklemek de doğru değildir. Çünkü hükümetlerin sağlık alanındaki hareketlerini belirleyen başka standartlar vardır/olmalıdır. Dürüstlük, erdem, güçlülük (yani deprem, sel gibi beklenmedik olaylarla başedebilme) bu standartların en önemlileridir ve bunlar pek de maliyet yarar analizleri mantığıyla bağdaşır standartlar değildir (Moore M. 1996: 11). Öte yandan sağlık hizmetinin her koşul ve zamanda maliyet-yarar ilişkisine göre düzenlenmesini beklemek de doğru değildir. Bu özellikle olağanüstü sağlık sorunlarının söz konusu olduğu durumlarda ya da geri kalmış bölgelere götürülecek sağlık hizmetleri için geçerlidir. Sağ-

lık hizmetlerinde kullanılacak değerlendirme ölçütleri sıklıkla mali ve ekonomik olanların dışına çıkmak zorundadır. Aksi takdirde toplum olarak yaşamının asgari koşulları daha teorik düzlemde yıklımsız olacaktır.

4) OECD 1995 yılında ulusal sağlık sistemlerini (USS) karşılaştırdığı bir rapor yayınlamıştır. Raporu sağlık sistemleri Kamu Sözleşmesi Modeli ve Kamu Entegre Modeli olarak ikiye ayrılmaktadır. Kamu Sözleşmesi modeli finansör ve üretici kurumların ayrı olduğu Avrupa sigorta sistemlerini; Kamu Entegre Modeli ise üretim ve finansmanda entegrasyonun olduğu ve genel bütçeden finanse edilen sistemleri tanımlamaktadır. Almanya ilk grubun, reformlar öncesi İngiltere ise ikinci grubun örneğidir. Raporu bu iki sistem makro ve mikro ekonomik verimlilik ve eşitlik parametrelerine göre değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucuna göre makroekonomik verimlilik ile eşitlik bakımından Entegre sistem daha üstün durumdayken, mikroekonomik verimlilik bakımından iki sistem arasında herhangi bir üstünlük durumu saptanamamıştır (OECD 1995). Bu da göstermektedir ki finansör ve üretici kurumların birbirinden ayrılması karşısında entegre sistem daha üstün konumdadır.

İngiltere'ye gelince... Artık bu ülkedeki İç Piyasa deneyiminin üzerinden 5-6 yıllık bir süre geçmiştir ve değerlendirmeye yarayacak bir veri birikimi de yavaş yavaş ortaya çıkmaya başlamıştır. İngiltere yalnızca kamu sistemi içine sözleşme uygulamasını sokmakla kalmamış, sözleşme sistemini özel ve kamu üretici kurumları arasında rekabet yaratacak biçimde kurmuştur.

Bu yazının bundan sonraki kısmında İngiltere reformları değerlendirilirken hasta memnuniyeti, maliyetler, eşitlik gibi temel eksenler yine referans noktası olarak alınacaktır. Hatırlanacağı gibi reformları gerekçelendiren resmi söylem hasta memnuniyetini artırmak, maliyetleri düşürmek, buna karşılık verimliliği artırmak ve eşitsizlikleri gidermek varsayımları üzerine kurulmuştur.

İngiltere'de İç Piyasa ya da Yönetilen Rekabet modelinin üzerinde en çok durulan sonucu, uygulama sonrasında yönetici sayısındaki dikkate değer artış ve buna bağlı olarak yönetsel maliyetlerin fırlamasıdır. Maliyet yarar analizleri, sürekli veri toplama ve değerlendirme zorunluluğu, bütün bunların ötesinde eskiden tek elden yönetilen sistemin hastaneler ve GPFH'ler üzerinden sayısı binlerle ifade edilen çok başlı bir işletmeler sistemine dönüştürülmüş olması hep yönetsel maliyetleri kabartan uygulamalar olmuştur. Çünkü her özerk hastanenin, her GPFH kurumunun özelliikle mali hesapları düzenleyen ayrı ve oldukça kabank bir yönetim aygıtı vardır (Light DW. 1994: 1198).

Reformlar Muhafazakar hükümetçe hiçbir ön deneme yapılmaksızın ve hiçbir formal izleme ve değerlendirmeye gerek görülmeksizin hızla uygulamaya sokulmuştur. 1989'da dönemin Sağlık Bakanı reformların olası maliyetinin ne olacağı şeklindeki bir soruya hiçbir fikrinin olmadığı şeklinde yanıt verebilmiştir. Oysa toplam NHS harca-

maları bir kaç yıl içinde ciddi artış göstermiştir. 1990-91'de 33.1 milyar sterlin olan NHS harcamaları, 1992-93'te 41.0 milyar sterline çıkmıştır. Bakanın bu denli ciddi bir konu hakkında verdiği ciddiyetsiz yanıt, reform uygulama nedeni konusunda, NHS'deki varolan sorunları çözmek yerine daha başka gerekçeleri akla getirmektedir (Maynard A., Bloor K. 1996: 606).

Aslında sağlık sisteminin finansör ve üretici bileşenlerinin ayrılması sonucunda bir maliyet artışını beklemek hiç de yanlıtıcı bir öngörü değildir. Amerikan deneyimine ilişkin olarak aktarılanlar böyle bir öngörüye desteklemektedir. Nitekim Glennerster ve Le Grand bu veriden hareketle finansman ve üretimde entegrasyon önererek her iki işlevin de esasen devletçe yerine getirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Çünkü piyasa koşullarında ilgi ve eğilimleri çok farklılık gösteren üretici kurumların parçalı yapısı maliyet sınırlamayı son derece güçleştirmektedir. Güç yapısı parçalanıp, çok başlılıkça denetim işlevi daha zorlaşmaktadır. Öte yandan sözleşme, fiyatlandırma ve satın alma işlevlerinin tümü son derece karmaşık ve yönetilmeleri de güç olan işlevlerdir. Bu nedenle, parçalanmış yapı eski sisteme göre daha kalabalık bir yönetsel kadro gerektirmektedir. Nitekim NHS'de yönetim kadrosu, uygulamaları izleyen iki yıl içinde 4800'den 13000'e yükselmiştir. Maliyet kısımaya yönelik teorik tezlere karşın 1989 ile 1994 arasında yıllık fiyat artışları önceki döneme göre belirgin şekilde daha fazla gerçekleşmiştir (Glennertser H., Le Grand J. 1995: 208) (Bkz. T 1).

Tablo 1: İngiltere Ulusal Sağlık Sisteminde Yıllık Harcama Değişimleri

Yıl	Bir Önceki Yıla Göre Yıllık Artış (Sabit Fiyatlarla ve %)
1989-90 (Reform önerilerinin yayınlandığı yıl)	0.8
1990-91 (Hazırlık yılı)	4.1
1991-92 (İlk iç piyasa yılı)	6.8
1992-93 (İkinci iç piyasa yılı)	6.2
1993-94 (Üçüncü iç piyasa yılı)	1.3

İngiliz reformlarının ABD sağlık sisteminin temel özelliklerini aktarmaya çalışan bir girişim olduğunu belirleyen Navarro, ABD sağlık sistemindeki özel sektör ağırlığına ve İngiltere'deki GPFH yapısının orijinali olarak nitelenen HMO'lara yönelik şu tür değerlendirmeler yapmaktadır. Öncelikle tüketici memnuniyeti bakımından ABD sistemi İngiltere NHS'sine göre daha avantajlı konumdadır. Araştırmaların gösterdiğine göre ABD'de insanların % 29'u sağlık sisteminin tamamen yeniden yapılandırılmasını istemektedir. İngiltere'de ise aynı oran % 17'dir. İngilizler % 12 oranında ABD sağlık sistemini tercih ederken, ABD'lilerin İngiltere sağlık sistemini tercih ediş oranı % 29'dur. İngiliz halkı %80 oranında NHS'den memnundur. Ameri-

kalıların HMO organizasyonundan memnuniyeti İngilizler'in kendi NHS'lerinden memnuniyetinden daha düşüktür. ABD'de HMO'lardan ayrılma oranı binde 281, İngilizler'in GP'lerden ayrılma oranı ise yalnızca binde 50'dir, İngilizler'in % 75'i GP'lerinden memnundur ve halkın çoğu hükümetin reform çalışmalarına karşıdır. Amerikan deneyiminin gösterdiğine göre sağlık sistemi içindeki birinci ve ikinci basamak kurumlarının işletmeleştirilmesi malpraktisi artırmakta ve hekim hasta ilişkileri içine ticari unsurlar sokmaktadır. Hekimlerin böyle bir sistem içinde kendilerini korumak için tercih ettikleri en yaygın yollardan birisi fazla ilaç yazma eğilimidir. Hekim hastanın isteği üzerine her tür ilacı yazabilmekte ve sağlık piyasası içinde bu yolla hasta (müşteri) tutmaya çalışmaktadır. Amerikan HMO'larının kişi başına yaptıkları sağlık harcaması, NHS'dekinden daha çoktur ve bu farklılıkta Amerikan sistemindeki yönetim maliyetlerinin fazlalığının etkisi vardır. Yönetimsel maliyetlerin toplam HMO harcamaları içindeki oranı % 11.7 iken; bürokratik olarak nitelenen eski NHS'deki toplam yönetimsel maliyetlerin oranı % 8 civarındadır. 1980'li yıllar boyunca ABD'de yönetimsel maliyetler diğer masrafların artışının iki katı bir artış göstermiştir. Hekim ofislerindeki idari personel sayısı tıbbi personele göre daha çoktur. Bütün bu verilerden hareket eden Navarro İngiliz reformlarının temel propaganda malzemesi olan HMO türü organizasyonun gereksinimlere daha iyi yanıt vereceği ve memnuniyeti artıracığı; tıpta işletme türü bir yapıya dönüşmenin verimliliği artıracağı şeklindeki tezlerin geçersiz olduğunu ve bunu bizzat modelin orijinalini uygulayan ABD sağlık sisteminin kanıtlandığını belirtir (Navarro V. 1991: 382-383). Görüldüğü gibi Navarro İngiltere reformlarına kaynaklık eden Amerikan HMO sisteminin verilerini, klasik NHS verileriyle karşılaştırarak, NHS reform gerekçelerini çözümlenmeye çalışmaktadır. NHS'nin reformlar sonrasındaki verileri Navarro'nun başlangıçtaki bu uyarılarını doğrular niteliktedir.

1990-95 arasında 165 milyon sterlin GPFH kurumlara yönetim desteği olarak harcanmıştır. 1989 yılında hükümet GPFH uygulamasının yıllık masrafını 15.6 milyon sterlin olarak (yönetim için 14, bilgisayar donanımı için 1.6 milyon sterlin olmak üzere) tahmin etmişti. Oysa 1993-94 yılında yönetim için 38 milyon sterlin bütçe ayrılmak zorunda kalmıştır (Petchey R. 1995: 1141).

GPFH kurumları fon kullanmayan GP'lere verilen her 1500 sterlinlik kaynak için 30500 sterlinlik yönetimsel harcama yapmaktadır. Yönetimsel harcamalar 1987-88'de 1.44 milyar Dolar iken 1992-93'te 3.02 milyar Dolara yükselmiş ve toplam NHS bütçesi içindeki oranı da % 8.7'den % 10.8'e çıkmıştır. Fierlbeck yönetimsel maliyetlerdeki bu son derece hızlı artışın hemşire ücretlerinin dondurulması ile karşılandığını belirtmektedir. NHS'nin yeni özerk hastanelerinin yüksek derecedeki yöneticilerinin ücretleri yıllık 100 bin sterline ulaşırken, hemşirelerinki 13 bin sterlinde kalmaktadır ve aradaki fark yıllar içinde artış da göstermektedir. Bugün İngiltere'deki 482 özerk hastanelenin yöneticilerinin ücretlerinin toplamı 11 bin hemşirenin toplam ücretine denk gelmektedir. İşletmeleştirilen NHS hastaneler-

inin yönetim kurul üyelerinin 1/3'ü özel şirket yöneticilerince, kalanı da mali müşavirler ve muhasebecilerce doldurulmuştur. Yönetim kadrolarının % 66'sı Muhafazakar Partililerce ya da partiye yakın kişilerce tutulmuştur (Fierlbeck K. 1996: 537-541). Bütün bunlar hastane işletmelerinin aynı zamanda ekonomik çelişkilerle dolu ve politik ilgi odağı kurumlar halinde bulunduğunu göstermektedir ve demokratikleşme beklentilerine de yanıt niteliğindedir. NHS'nin çok başlılaştırılmasına bağlı olarak gelişen karmaşık yönetsel yapıyı ve hastane işletmelerinin yönetim kurullarını dikkate alan İngiltere Hekimler Birliği Başkanı Macara reformların verimliliği artırmak yerine bürokrasiye, hasta haklarının kısıtlanmasına neden olduğunu belirtmektedir (Macara AW 1994: 848).

Tüketici talebinin, hastaneleri ve GPFH'leri daha verimli ve rekabetçi çalışmaya yönelteceği beklentisiyle öne çıkarılması da teorik olarak pek tutarlı bir tez değildir. Salter'in İngiltere'den aktardıklarının kanıtlandığı gibi, 1991'den beri (yani uygulamanın ilk yılından itibaren) satın alıcı kurumların (DHA'lar) belirlediği talep hacmi ile (DHA'larca özerk hastanelere aktarılan global bütçe miktarı, böyle bir yıllık talep tahmini üzerinden hesaplanmaktadır) tüketicilerin ortaya koydukları gerçek talep arasındaki farklılık hep bir gerilim olarak hissedilmiştir. Çünkü piyasa mekanizması tarafından uyarılan gerçek talep hep tahmini talebin üzerinde olmuştur. Bu nedenle Salter, teorik olarak tüketici tercihi tezinin teorik açıdan bir illüzyon olduğunu belirtmektedir (Salter B. 1994: 63). Nitekim bu tespit bir başka veriyle de desteklenmektedir. Maynard'ın aktardığına göre hastaneler karşısında rekabet üstünlüğü sağlamak isteyen GPFH kurumları, kendi aralarında 200 binden çok nüfusu içerecek tarzda yeni satın alıcı ağırları oluşturmakta, böylece DHA'ların karşısına ekonomik bakımdan daha güçlü şekilde çıkmaktadırlar. Bunun sonucunda ise DHA ve GPFH'lar konsorsiyum ilişkileri geliştirmektedir. Bu şekilde güçlenen GPFH'lar, hastaneler karşısında tekeli bir güç oluşturmaktadır. Öte yandan ise hastaneler arasında gerçekleşeceği varsayılan rekabet ortamını ortadan kaldırarak, salt maliyetleri azaltmayı hedefleyen bir süreç gelişmektedir. Bu ise bir yandan tüketicilerin seçme hakkını tamamen yok eden bir sonuç yaratmaktadır (Maynard A. 1994: 1438). Tüketici talebinin bir rekabet unsuru olarak kullanılması GPFH kurumları daha çok hasta tutabilmek için fizyoterapi gibi (pek de uzmanı olmadıkları) değişik alanlarda pratik yapmaya yönelmektedir. Bu tür uygulamaların birinci basamaktaki maliyet etkinliğine ve tıbbi başarısına ilişkin ise hiç bir değerlendirme bulunmamaktadır. Çünkü bunlar İç Piyasa koşullarında önceden öngörülemeyen ve kendiliğinden ortaya çıkan gelişmelerdir (Maynard A., Bloor K. 1996: 606). Bu tür malpraktis örnekleriyle ilgili bir diğer veri GPFH'ların risksiz hasta seçmeye yönelmeleri ve riskli hastaların tedavilerini üstlenmekten kaçınmalarıdır. Çünkü artık hastane hizmetlerinin hiçbirisi parasız değildir ve riskli hasta tedavisi hiç de karlı olmamaktadır (OECD 1992: 121).

Rekabeti amaçlayan sözleşme sistemi kendi içinde rekabeti engelleyen bir yapı sergilemektedir. İngiliz Hekim-

ler Birliği Başkanı Dr. Macara büyük harcamalar yapmak gereken kimi hizmet alanlarında (örneğin büyük sabit sermaye gerektiren görüntüleme merkezleri) yatırım sonrasında kendileriyle sözleşme yapılmayabileceği gerçeğini dikkate alan hastanelerin bu kararlarından vazgeçtiklerini, bunun da kalite artışı beklentisini boşa çıkardığını belirtmektedir. Öte yandan aynı bölgedeki hastanelerin, birbirlerine karşı rekabet üstünlüğü kazanabilmek için ileri derecede uzmanlık gerektiren aynı hizmet alanında (onkoloji merkezleri açmak gibi) yatırım yapabildikleri, bunun da ileri derecede kaynak israfına neden olduğu görülmektedir. Oysa Macara aynı alana yatırılan kaynaklarla, farklı alanlarda uzmanlaşan değişik merkezlerin pekala açılabilirliğini, bunun ise ancak merkezi bir planlama ile olanaklı olabileceğini belirtmektedir (Macara AW. 1997: 36). Rekabet ortamı ise belli bölgelerde hastane (dolayısıyla teknoloji, para ve insan gücü olarak kaynak) yoğunlaşmasına neden olmakta, izleyen yıl içinde o bölgedeki kimi hastanelerle sözleşme yapılmaması sonucunda hastane kapanmaları gerçekleşebilmektedir. Bu sorun uygulamanın özellikle ilk iki yılı içinde yaşanmıştır. Hatta Londra'da eğitim hastanelerinin bu nedenle zor duruma düştüğü belirtilmektedir. Daha sonra ise sorunun yinelenmemesi için sözleşme sisteminde kimi değişiklikler yapılmıştır (Ham C., Brommel M. 1994: 111). Kısaca sistemin yüzlerce işletmeye bölünmesi yönetsel maliyetleri artırmanın yanı sıra, pek çok kaynağın boşa ve plansız biçimde harcanması anlamına da gelebilmektedir. Bir başka deyişle aslında piyasa kendi kurallarını işletmekte ve ne kadar düzenlenirse düzenlensin kaynak israfına neden olmaktadır.

Bütün bunlara ek olarak pek çok yerleşim yerinde ege-men konumda tek bir üretici kurum bulunmaktadır ve finansör kurumla olan sözleşmeleri bu kurum gerçekleştirilmektedir. Bu durum rekabet unsurunun beklendiğinin tersine hiç işlemediğini göstermektedir. Böyle bir durum, piyasa koşulları içinde, üretici kurumdaki hizmet kalitesinin denetlenmesini de olanaksızlaştırmaktadır. Bu nedenle, tamamen mali kaygılara bağlı olarak, seröz otit durumunda yapılan timpanostomi, diletasyon ve küretaj gibi uygulamaların gereksiz yere ve aşırı miktarda gerçekleştirilmesi, bunun yanı sıra gerekli olan kimi müdahalelerin (sezeryanda koruyucu antibiyotik kullanımı ve akut myokard enfarktüsünde trombolisis gibi) az kullanımı durumları sıklıkla söz konusu olabilmektedir. Bu tür istenmeyen eğilimlerin hastanelerin işletmeleştirilmesiyle yakından ilişkisinin bulunduğu düşünülmektedir (Maynard A., Bloor K. 1996: 606).

Hasta tercihi denilen olayın beklenenin tersi sonuçlara da neden olduğu anlaşılmaktadır. Özellikle GPFH uygulaması hekimler hakkında gereksiz şikayetlerin sayısında önemli artışa neden olmuştur (Macara AW. 1997: 36). Öte yandan GPFH uygulamasının birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyeti ve hizmet kullanımını artıracak yönündeki beklentiler de pek gerçekçi çıkmamıştır. Yapılan araştırmalar ikinci basamaktan birinci basamak sağlık hizmetine doğru bir kaymanın olmadığını, dolayısıyla hospitalizasyonda da bir azalmanın gerçekleşmedi-

ğini göstermektedir. Buna karşılık hasta memnuniyetinde de düşme olduğunu gösteren araştırma sonuçları bulunmaktadır (Petchey R. 1995: 1141).

Reformların gerekliliği konusunda kamuoyu yaratmak için kullanılan hastane bekleme sürelerinin uzunluğu konusunda ise, reformların etkilerinin değerlendirilmesinin zor olduğu bildirilmektedir. 1994'ten beri hastane işletmelerine GP'lerce sevk edilen hastaların % 90'ının 13 hafta içinde konsültanlarca muayene edilme zorunluluğu getirilmiştir. Hastalarını 12 aydan daha uzun süre bekleten hastanelerin gelirlerinden kesinti yapılmaktadır. Bütün bunlara rağmen halen elektif müdahaleler için bekleme listelerinde bulunan hasta sayısı 1 milyonu geçmektedir (Maynard A., Bloor K. 1996: 606).

Bütün bunlar NHS reformlarına ilişkin sonuçların, başlangıçtaki yeni sağ varsayımların epeyce uzağına düştüğünü göstermektedir. Anlaşılan odur ki "piyasanın görünmez eli" kendisinden çok şeyler bekleyenleri bir kez daha hayal kırıklığına uğratmaktadır.

IX. SONUÇ

İngiltere'de başlangıç noktası olarak 1990'a dek uzanan ve hızla uygulanan bir reform süreci yaşanmaktadır. Reformların temel amacı "sosyalist" olarak nitelenen kamucu ve entegre nitelikli NHS yapısı içine piyasa kurallarını ve rekabet unsurunu sokmak olmuştur. Bu amaçla NHS'nin entegre yapısı önce finansman ve üretim olmak üzere parçalanmış, sonra da sektörün üretim bileşeni yüzlerce sağlık işletmesine (hastane işletmeleri ve GPFH'lar olarak) bölünmüştür. Üreten kurumlar arasında düzenlenecek rekabetin kurumları daha ucuz ve kaliteli üretmeye zorlayacağı, ucuz ve kaliteli üretmeyenlerin sağlık iç piyasasından elimine olacağı, dolayısıyla toplumun memnuniyetinin artacağı varsayılmıştır. Görüldüğü gibi temel amaç sistemin içine maliyet bilincinin enjekte edilmesidir. Böylece kamu kesimine ilişkin olduğu düşünülen temel eksiklik giderilmiş olacaktır.

Gerçekten de NHS reformlarının en önemli getirisi olarak saptanan gelişme bütün kurumlarda ortaya çıkan maliyet bilinci olmuştur. Ancak bu bilincin toplam maliyetlerde beklendiği gibi bir azalma sağlayamadığı, tam tersi bir sonuca neden olduğu da kısa sürede ortaya çıkmıştır.

Bu bölümde NHS reformlarının sonuçlarını çok kısaca özetlemek yararlı olacaktır: 1) İşletmeleştirilen NHS'nin maliyetlerinde ciddi bir artış olmuştur. Bu artış önemli oranda yönetsel maliyet artışından kaynaklanmıştır. Tek tek işletmelerin maliyet bilinciyle davranmalarına karşın, sistemin toplam maliyetinde artış olması ilk bakışta çelişkili bir sonuç gibi görünebilir. Ancak durum hiç de öyle değildir ve tamamen piyasa mekanizmasının kendi içsel özellikleri gereği ortaya çıkan ve bu tür reformlara en başından beri karşı çıkanların hep belirtegeldikleri bir sonuçtur. Çünkü sistem çok başlaşıp, koordinasyon bozuldukça, çok

başlı yapının her bir bileşeni yalnızca kendisini düşünen ayrı bir yönetsel yapı olarak gelişmekte, bu da kaynak israfına ve yönetim maliyetlerinde artışa neden olmaktadır. Bu gelişmenin öğrettiği en önemli şey, kaynak kullanımında etkinlik arayışlarının nasıl bir ortam içinde gerçekleştirildiğinin belirleyici öneme sahip olduğudur. Piyasa koşullarında ticari işletme mantığıyla içine girilen etkinlik arayışı İngiltere’de tam tersi bir sonuç vermiştir. 2) Piyasanın rekabet yaratan değil, tekelci yapılar/ilişkiler ortaya çıkaran bir iç dinamiğe sahip olduğu bir kez daha kanıtlanmıştır. İngiltere NHS’inde gerek GPFH’ler, gerekse GPFH’ler ile DHA’lar arasında oluşturulan monopol yapılar ve konsorsiyumlar bu gerçeğin örneğidir. 3) piyasa koşullarında hastaya daha çok hekim seçme hakkının tanınmasının ve hasta tercihinin hekimler arasında rekabet ortamı yaratacak bir unsur olarak kullanılmasının, hekimleri, daha çok ilaç yazma, bilmedikleri tıbbi uygulamaları “müşteri” yitirmemek kaygısıyla uygulamaya yönelme, tedavileri pahalıya çıkan riskli hastaların tedavisinden kaçınma, karlı görünen ancak tıbbi bakımdan gereksiz olan müdahaleleri gerçekleştirme gibi istenmedik yollara sistematik biçimde yönelttiği İngiltere uygulaması ile ortaya çıkmıştır. İngiltere eskiden bu açıdan Dünya’nın en sorunsuz ülkelerinden birisi olarak gösterilirken, reformlar için kendisine örnek seçtiği ABD’den bu ticari tıp sistemi hastalığını da kapmıştır. Dolayısıyla piyasa koşullarında, “tüketici tercihi” denilen olayın bilinçli ve kendi sağlığını gözeten bir tercih olamayacağı bir kez daha kanıtlanmıştır.

Bu yazıda şimdiye dek Türkiye’ye ilişkin hiçbir şey söylenmemiştir. Bu tercih yazının amacına ilişkindir. Ancak bu noktada yukarıda saptanan sonuçların Türkiye ile ilişkilendirilmesi bakımından, Türkiye sağlık sektöründeki arayışlarla ilgili bir kaç tespit yapmanın sırası gelmiştir: 1) Türkiye sağlık sektöründeki reform arayışları içinde dördü yapısal niteliktedir ve öne çıkmaktadır: Aile hekimliği, özelleştirme, sigorta ve hastanelerin işletmeleştirilmesi. Bu konuların ilk üçü şimdiye dek pek çok yazıda ayrıntılı olarak incelenmiştir. İşletmeleştirme (özerkleştirme) projesi konusu ise bu bakımdan oldukça bakir bir görüntü sergilemektedir. 2) Hastanelerin işletmeleştirilmesi konusunda, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı İngiltere’deki resmi söylemin benimsediği argümanların aynısını kullanmaktadır. 3) İşletmeleştirme modelinde benimsenen uygulamaya yönelik pratik unsurlar da İngiltere’deki ile aynıdır: Oluşturulacak bir sigorta kurumu hizmeti satın alacak ve bu kurum sözleşmelerle özel ve işletmeleştirilmiş kamu hastaneleri arasındaki rekabeti düzenleyecektir. Tek fark Türkiye’de GPFH benzeri bir birinci basamak kurumun düşünülmemiş olması ve finans yöntemi olarak İngiltere’deki genel vergi sistemine karşılık, sigortanın ele alınmış olmasıdır. (Bkz. Sağlık Bakanlığı döküman ve yasa tasarıları.)

Dolayısıyla İngiltere reformlarının ortaya çıkardığı sonuçların Türkiye resmi makamlarınca ve akademik kurumlarınca izlenmesi ve bu sonuçlara göre önerilenlerin gözden geçirilmesi asgari düzeydeki gerekliliktir. Bunun ötesinde İngiltere açısından ortaya çıkan olumsuzluklara Türkiye koşullarında bir kaç tanesini daha eklemek olanaklı

görülmektedir: Türkiye’de varsayılan rekabetin üzerinde gelişeceği sağlık sistemi alt yapısı bile neredeyse yoktur. Sorunun bu yönü özellikle geri kalmış bölgeler için geçerlidir. Bu durumun daha baştan teknik düzeyi son derece düşük bir monopolizasyona yol açacağı beklenmelidir. Türkiye’de rekabeti düzenlemek açısından gerekli olan teknik kadro, enformasyon ağı da yoktur. Esasen bütün bunlar projeyi öz olarak eleştirmeye ilişkin sorunlar olmasalar da; Türkiye’de böyle bir uygulamanın başlatılması durumunda ortaya çıkacak çarpıklığın boyutlarının İngiltere ile karşılaştırılmayacak denli büyük olacağını tespit etmek bakımından saptanmaları mutlaka gerekmektedir.

İngiltere NHS deneyimi daha bu yüzyılın başında Adam Smith’in eskimiş serbest piyasadaki tezlerinin neoliberal versiyonunun hiç bir işe yaramadığını bir kez daha göstermektedir. Türkiye’de resmi kurumların bundan olumlu bir ders çıkaracakları beklenmemelidir. Çürkü İngiltere için tespit edildiği gibi, neoliberalizmin kamu sağlık sistemlerini zayıflatmaya, parçalamaya ve hatta tahrip etmeye yönelik tavrı, teknik-tıbbi gerekliliklerden değil, ideolojik-siyasal tercihlerden ve genel olarak “sol” diye nitelenen eğilimlerin gözden düşürülmesi çabasıyla kaynaklanmaktadır. Bu durumda İngiltere deneyiminin sonuçlarından yararlanacak asıl kesim “özerkleştirme” söyleminin cazibesine kapılan, ancak Türkiye sağlık sektörü için birşeyler yapılmasını da samimiyetle isteyen, bu çabaların bir parçası olmaya çalışan ve resmi otoriteyle arasındaki mesafeyi de bu nedenle hep koruyagelmış kesimler olacaktır.

KAYNAKLAR

Antezana FS., Velasquez G. (1996), Health Economics-Drugs and Health Sector Reform, WHO.

Belek, İ. (1994), Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası, Sorun Yayınları, İstanbul.

Belek İ. (1995), Özelleştirme Tartışmalarının Açığa Çıkardığı Sorunlar: Tarz, Verimlilik, Devletçilik, (Belek İ. Soyler A. Sağlıkta Özelleştirme, Sorun Yayınları, İstanbul içinde): 146-165.

Belek İ. (1997), “Postkapitalist” Paradigmalar, Sorun Yayınları, İstanbul.

Carrin G., Politi C. (1996), Exploring the Health Impact of Economic Growth, Poverty Reduction and Public Health Expenditure, WHO, Geneva.

Clancy CM. et al (1993), Questions and Answers About Managed Competition, Int. J. Health Serv., 23(2): 213-218.

Creese A. (1994), Global Trends in Health Care Reform, World Health Forum, Vol 15: 317-322.

Culyer AJ, Meads A, (1992), The United Kingdom: Effective, Efficient, Equitable? J Health Politics, Policy and Law: 667-687.

Dent M. (1995), The New National Health Service: A Case of Postmodernism?, *Organization Studies*, 16(5):875-899.

Editorial (1997), Health Inequalities: the UK's Biggest Issue, *The Lancet*, 349 (26): 1185.

Enthowen AC. (1992), The History and Principles of Managed Competition, *Health Affairs*, Supp. : 24-48.

Fierlbeck K. (1992), Policy and Ideology: The Politics of Post Reform Health Policy in the United Kingdom, *Int. J. Health Serv.*, 26(3), 529-546.

Frank JN, Mustard JF (1995), The Determinants of Health, *Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, 123(4). (Bu makaleye internet aracılığıyla ulaşılmıştır.)

Fry J., Stephen J. (1986), Primary Health Care in the United Kingdom, *Int. J. Health Services*, 16(4): 485-495.

Glennerster H., Matsaganis M. (1994), The English and Swedish Health Care Reforms, *Int. J. Health Serv.*, 24(2): 231-251.

Glennerster H. Le Grand J. (1995), The Development of Quasi Markets in Welfare Provision in the United Kingdom, *Int. J. Health Serv.*, 25(2): 203-218.

Grand J. et al (1992), The Economics of Social Problems, The MacMillan Press.

Griffin CC. (1987), Strengthening Health Services in Developing Countries Through the Private Sector, The World Bank, Washington.

Ham C., Brommels M. (1994), Health Care Reform in the Netherlands, Sweden, and the UK, *Health Affairs*, No: 1, 106-119.

Ham C., Maynard A. (1994), Managing the NHS Market, *BMJ*, 308: 845-847.

Henshall C., Drummond M. (1994), Economic Appraisal in the British NHS: Implications of Recent Developments, *Soc. Sci. Med.*, 38(12): 1615-1623.

Hunter DJ., Guntert B. (1994), The Financing of Health Care, *European Health Policy Conference Vol. IV*: 15-27.

Judge K., Mays N. (1994), Allocating Resources for Health and Social Care in England, *BMJ*, 308: 1363-1368.

Kleczkowski BM, Roemer MI, van der Werf A (1984), National Health Systems and Their Reorientation Towards Health for All, WHO, Geneva.

Kutzin J. (1995), Experience With Organizational and Financing Reform of the Health Sector, WHO, Geneva.

Laurell AC., Arellano OL (1996), Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health, *Int. J. Health Serv.*, 26(1): 1-18.

Light DW. (1994), Managed Care: False and Real Solutions, *The Lancet*, Vol 344 (29): 1197-1199.

Maarse H. (1994), Health Care Reform for Health Gain, *European Health Policy Conference Vol. IV*: 28-38.

Macara AW. (1997), İngiliz Sağlık Sistemi ve İngiltere'de Genel Pratisyen Hekimlik, *Toplum ve Hekim*, 12(78): 35-39.

Macara AW (1994), Reforming the NHS Reforms, *BMJ*, 308: 848-849.

Maynard A. (1994), Can Competition Enhance Efficiency in Health Care? Lessons From Reform of the UK NHS, *Soc. Sci. Med.*, 19(10): 1433-1445.

Maynard A., Bloor K. (1996), Introducing a Market to the UK's NHS, *The New England J Medicine*, 334(9): 604-608.

Meurs P., Berman P. (1994), Innovative Managerial Approaches in Health Care, *European Health Policy Conference: Opportunities for the Future*, WHO: 42-56.

Mooney G. (1992), Economics, Medicine and Health Care, *Billing and Sons Ltd.*, Worcester.

Moore M. (1996), Public Sector Reform: Downsizing, Restructuring, Improving Performance, WHO.

Muschell J. (1995), Privatization in Health, WHO.

Navarro V. (1991), The Relevance of the US Experience to the Reforms in the British NHS: The Case of GPFH, *Int. J. Health Serv.*, 21(3): 381-387.

OECD (1992), The Reform of Health Care, Paris.

OECD (1995), The Future of Health Care Systems, Paris.

Peker A. (1996), Dünya Bankası: Kakinmacılıktan İyi Yönetim Söylemine, *Toplum ve Bilim Dergisi*, 69: 6-61.

Petchey R. (1995), General Practitioner Fundholding: Weighing the Evidence, *The Lancet*, Vol 346 (28): 1139-1141.

Pollock AM (1995), The NHS Goes Private, *The Lancet*, Vol 346 (9): 683-684.

Rayner G. (1987), Lessons From America: Commercialization and Growth of Private Medicine in Britain, *Int. J. Health Serv.*, 17(2): 197-216.

Sachs, W. (1991), Artık Kalkınma Yarışı Olmayacak, *NPQ Dergisi*, Sayı 2.

Sağlık Bakanlığı (1992), Sağlıkta Mega Proje, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (Nisan 1997), Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (Nisan 1997), Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri, An-

kara.

Salter B. (1994), Change in the British NHS: Policy Paradox and the Rationing Issue, *Int. J. Health Serv.*, 24 (1): 45-72.

Schut FT (1992), Workable Competition in Health Care: Prospects for the Dutch Design, *Soc. Sci. Med.*, Vol. 35: 12, 1445-1455.

Spinosa AV. (1991), Lessons From London: The British Are Reforming Their National Health Service, *AJPH*, 81(12): 1566-1570.

Tatar M. (1994), Sağlık, Özelleştirme ve Dahili Piyasaların Kuramsal Analizi ve Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler, 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı, 423-453.

Whitehead M. (1994), Who Cares About Equity in the NHS? *BMJ*, 308: 1284-1287.

WHO (1985), Targets for Health for All: Targets in

Support of the European Regional Strategy for Health for All, Denmark.

WHO (1991), Organization and Financing of Health Care Reform in Countries of Central and Eastern Europe, Geneva.

WHO (1993), Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services, Geneva.

WHO (1995), The World Health Report-Bridging the Gaps, Geneva.

WHO (1995a), The State of World Health, World Health Forum, Vol. 16: 377-385.

WHO (1995b), Health Economics, A WHO Perspective.

World Bank (1991), World Development Report: The Challenge of Development, Oxford.

World Bank (1993), World Development Report: Investing in Health, Oxford.