

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZEL SEKTÖR/KAMU SEKTÖRÜ TARTIŞMASININ İDEOLOJİK BOYUTLARI

Fahrettin TATAR*, Mehtap TATAR*

I. GİRİŞ

Ülke ekonomilerinde devlet ve özel sektörün rolü hakkında felsefi, ideolojik, politik ve ekonomik bağlamda tartışmaların tarihi oldukça eskiye dayanır. 20. yüzyılda özellikle batı dünyasındaki gelişmiş ülkeler 1920'lerin sonları ile 1930'ların başlarına kadar temelde liberal ekonomik ilkelere dayalı bir sosyo-ekonomik yapıya sahip olmuşlar, ancak büyük bunalımın hem öncesinde hem de sonrasındaki bazı gelişmeler yeni oluşumlara ve yeni bir ekonomik modelin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Büyük bunalımın yarattığı sosyal ve ekonomik problemler, eşitlikçi (egalitarian) ilkelere dayalı olarak radikal ve tutarlı fikirler öne süren sosyalizmin yüzyılın başından beri giderek artan taraftar toplaması ve İkinci Dünya Savaşı sonunda yüzyüze kalınan sorunlar daha eşitlikçi bir toplum yönünde hareket etmek için gerekli motivasyonu sağlamıştır (Bennet, 1991:6). Savaşı izleyen dönemde Keynez-yan makro-ekonomik politikaların sağladığı başarı liberal ekonomik felsefenin hayal kırıklığı yarattığı konusundaki yaygın inancı güçlendirmiş ve piyasa mekanizmasının işlemlerini sağlamak için devletin piyasaya müdahale etmesi gerektiği görüşü ağırlık kazanmıştır. Bu görüş doğrultusunda devletin ekonomideki (hem üretim hem de finansman) rolü giderek artmış ve 1970'li yılların sonuna gelindiğinde batı dünyasının gelişmiş ülkelerinin ekonomileri göreceli olarak daha büyük bir kamu sektörünün varolduğu karma (mixed) ekonomi özelliğine sahip olmuştur.

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonraki bu gelişmeler ve varılan bu konsensus İngiltere'de Margaret Thatcher'ın, Amerika'da ise Ronald Reagan'ın yönetime gelmesinden sonra sarsılmaya başlamış ve Dünya Bankası ile IMF gibi

bazı uluslararası örgütlerin de katılımıyla yeni bir akademik, politik, ideolojik ve ekonomik tartışmalar dönemi başlamıştır. 1970'li yılların sonlarından itibaren çok sayıda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede serbest piyasa ilkelerini devlet mekanizmasının bütün olumsuz yönlerine karşı tek çözüm olarak gören yeni bir konsensusa ulaşılmıştır. Son onbeş yıldır ekonominin her sektöründe vurgulanan özelleştirme bu ideolojinin pratiğe yansımaları olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dünyada yaşanan bu gelişmelere paralel olarak sağlık sektöründe de sağlık hizmetlerinin sunum şekli ve finansmanı, bu süreç içinde kamu ve özel sektörün rolü, çeşitli finansman ve örgütlenme modellerinin eşitlik ve verimlilik ilkeleri üzerindeki etkisi ve sağlık bakım sektöründe rekabetin nasıl sağlanabileceği konusu 1980'li yılların başından itibaren hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde başlayan sağlık reformu çalışmalarında gündemin ilk konularını oluşturmuştur. Bu reform çalışmalarında temelde hizmetlerin sunumu ve finansmanında özel sektörün rolünü artıran piyasa oryantasyonlu sağlık politikaları geliştirilmiş ve bunlar hemen her platformda tartışılmıştır. Bu türde tartışmaların gerek akademik platformda gerekse sağlık sektörü içinde sıklıkla yapılmasının altında yatan temel faktörlerden birinin 1980'li yılların başlarında petrol fiyatlarındaki artışla başlayan ve tüm ülkeleri olumsuz bir biçimde etkileyen "ekonomik kriz" olduğu söylenebilir. Ekonomik krizin sağlık hizmetleri üzerindeki olumsuz etkileri yoğun bir şekilde tartışılmış ve bunun verimliliği artırmak, sağlık hizmetleri için ilave kaynak kullanmak ve her ülkede hızla artan sağlık bakım maliyetlerini kontrol altında tutma çabalarının temel nedeni olduğu kabul edilmiştir (Abel-Smith, 1994; 162; Hoare, Mills, 1986:1).

Amerikalı bilim adamı Enthoven (1988) tarafından ortaya atılan "sağlık hizmetlerinde kontrollü rekabet" (managed competition) kavramı ve bunun "Refah Dev-

* Yrd. Doç. Dr. H.Ü. Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Ankara-06100

leti" olarak tanımlanan İngiltere ve İskandinavya ülkelerinde geniş kullanım alanı bulması ile birlikte Refah Devleti'nin önemli bir bileşeni olan sağlık bakım sektöründe kamu-özel karması (dengesi) konusu gündemin ön sıralarını işgal etmiştir. Sağlık bakım sektöründe özel sektörün rolünün artmasını savunan ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde Dünya Bankası kaynaklı krediler aracılığıyla bu felsefi empoze etmeye çalışan görüşe karşı Refah Devleti'ni savunmaya yönelik çalışmalarda (Bean ve diğerleri, 1985; Glenenster, 1992) da bir artış gözlenmiştir.

Sağlık bakım sektöründe devletin müdahalesi ya da özel sektörün rolü konusunda literatürde yoğun tartışmalar yapılmaktadır. Özelleştirmeyi savunanlar tıbbi bakımın sunumuna devlet ne kadar az müdahale ederse sistemin o kadar verimli hale geleceğini savunurken diğer grup yazarlar devletin rolünün artırılması gerektiğini savunmaktadır. Her iki grup da kendi görüşlerinin geçerliliğini kanıtlayan deliller sunmakta ancak Judge ve Knapp'ın da (1985:131) özellikle vurguladığı gibi bu deliller objektif ve bilimsel kriterlere dayalı olmaktan çok benimsenen ideolojilerin bir yansıması olmaktadır.

Bu makalenin temel amacı, Türk sağlık reformları sürecindeki tartışmaların da odak noktası olan sağlık hizmetlerinde özel sektörün rolünün artırılması konusuna ışık tutmaya yönelik olarak sağlıkta özel ve kamu sektörlerinin rolleri etrafındaki tartışmaları gündeme getirmektir. Kamu ve özel sektörün göreceli ağırlıkları ve bu konunun önemi konusundaki temel belirleyicinin toplumda egemen ideolojik görüşü yansıtan toplum teorileri olması nedeniyle önce bu teoriler üzerinde durulacaktır. Makalenin ikinci bölümünde ise sağlık bakım sektöründe serbest rekabet koşullarının işlememe nedenleri ile konunun verimlilik, maliyet kontrolü, tüketicici tercihi, eşitlik gibi farklı boyutlar açısından incelenmesi yer alacaktır.

II. TOPLUM TEORİLERİ VE SAĞLIK

Toplumların sosyal, politik ve diğer alanlarda bakış açılarını yansıtan üç grup teoriden söz etmek mümkündür: Libertaryan (libertarian), liberal ve kolektivist teoriler (Barr, 1987: 44-58; Gilson, 1988: 4-7). Sağlık sektörü açısından bakıldığında, sağlıktan kim sorumludur? Sağlık hizmetlerini kim finanse etmelidir? Sağlık bir hak mıdır? gibi sorulara verilen yanıtların ideolojik boyutları bu teorilerin temeli oluşturur.

Libertaryanlar piyasaya herhangi bir şekilde müdahaleyi kabul etmezler ve bunun nedeni "doğal haklar" libertaryanları ile "ampirik" libertaryanlar arasında farklılık gösterir (Barr, 1987: 45-46; Gilson, 1988:4-5). Doğal haklar libertaryanları temsilcilerinden Nozick'e göre herkesin kendi işgücü ile sağladığı ödülleri istediği gibi dağıtma hakkı vardır. Bu görüşe göre devlet sadece bireylerin ve malların savunması hizmetini sağlayabilir ancak dağıtımaya yönelik herhangi bir müdahalesi sözkonusu olamaz. Tüm kazançlar ve mallar piyasa mekanizması tarafından dağıtılmalıdır. Çünkü piyasa işlemlerinin kendisi adil (verimli

ve bireysel özgürlüğü koruyucudur). Bu görüş toplumda mal ve hizmetlerin dağıtımına ilişkin her türlü devlet müdahalesine karşı çıkmakta ve örneğin vergilendirme hırsızlık (insanların yasal yollarla kazandıkları ve istedikleri şekilde kullanabilecekleri parayı aldığı için) ve kölelik (insanlar zamanlarının bir bölümünü devlet için çalışmaya ayırdığı için) olarak nitelenmektedir.

Ampirik libertaryanların önemli temsilcilerinden Hayek'in görüşlerinin üç temel dayanağı vardır: Bireysel özgürlüğün üstünlüğü; piyasa mekanizmasının değeri ve sosyal adaleti sağlama inancının geçersizliği. Hayek'e göre sosyal adaleti sağlamaya yönelik tartışmalar anlamsızdır. Çünkü böyle bir şey yoktur ve bu tartışmalar bireysel özgürlüğü kısıtladığı için gerçekte zararlıdır.

Libertaryanlara göre özgürlük en dar anlamıyla zorlama ve sınırlılığın olmaması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanım içine politik özgürlük, ekonomik özgürlük ve konuşma (ifade) özgürlüğü de girmekte ve belirlenen tüm politikalarda bireysel özgürlüğün korunması esas alınmaktadır (Gilson, 1988:4). Hayek'e göre piyasa mekanizması verimli olduğu ve bireysel özgürlüğü koruduğu için yararlıdır. Bu görüşün bir başka önemli temsilcilerinden Friedman da bireysel özgürlüğün önemine işaret etmekte ve devletin temel rolünün yasama ve toplum düzenini sağlama ile sınırlı olması gerektiğini ve bu tür sınırlı sayıdaki kamu hizmeti dışında devletin dağıtım rolünü üstlenmemesi gerektiğini savunmaktadır.

Toplum teorilerinin ikinci grubu olan Liberal teori de toplumu bireysel teoriler bazında ele almakta ve bireysel özgürlüğü vurgulamaktadır. Ancak burada özgürlüğün tanımı ekonomik güvenlik veya ihtiyacı içine almakta bu nedenle libertaryanların tanımından farklılaşmaktadır. Bu görüşü savunanlara göre piyasa malların teorik olarak verimli dağılımını sağlasa bile tüm toplum üyelerinin güvenliğini sağlama konusunda başarısız olduğunda devletin müdahalesi kaçınılmaz ve gereklidir. Piyasa, bireylerin ihtiyaçlarını karşılamada başarısız olabilir. Çünkü toplumda refah ve güce sahip olanlar, olmayanlara göre daha avantajlı bir konumda olabilir. Vergi ve gelirin yeniden dağıtılması uygun politika araçları olabilir ancak bunlar verimlilik ve eşitlik arasındaki tercih üzerindeki etkileri gözönüne alınarak kullanılmalıdır.

Bu tercih, özellikle malları (hak, özgürlük ve politik güç dahil) toplum üyelerinin toplam refahını (utility) maksimize edecek şekilde dağıtmayı amaçlayan utilitarianlarda açıktır. Bu maksimizasyon hem malların verimli üretimi ve tahsisini hem de bunun eşitlik esaslarına göre dağıtılmasını içerir. Ancak burada önem verimliliğe verilmektedir ve utilitarianizm bazılarının adaletsizlik olarak tanımladığını uygun görebilir. Çünkü bu eğer toplam refahı maksimize ediyorsa toplumda en kötü durumda olan bireye verilen zararı açıklayabilir.

Rawls tarafından geliştirilen alternatif bir liberal görüşe göre ise eşitlik ve adalet politikanın temel amaçları

olmalıdır. Bu görüş 'maksimin', yani toplumda en kötü durumda olan bireyin pozisyonunu maksimize etme, ilkesine dayanır (Rawls, 1973: 152-154). Politika belirleme için iki temel rehber hazırlanmıştır. Bunlardan birincisine göre her birey temel özgürlükler açısından aynı haklara sahiptir ve ikincisi sosyal ve ekonomik özgürlükler öyle bir biçimde düzenlenmelidir ki bunlar en az avantajlı durumda olana en çok faydayı sağlamalıdır. Birinci prensibin ikinci ilke üzerinde kesin önceliği vardır. Yani en dezavantajlı durumda bulunanın özgürlüğünde bir azalma, bu onun açısından ekonomik olarak avantajlı olsa dahi, kabul edilemez (Gilson, 1988:6). Rawls'ın görüşleri ile utilitarianların görüşleri birbirleriyle çelişmektedir. Rawls'a göre utilitarianların görüşleri mantıksız ve adaletsizdir. Barr'ın da ifade ettiği gibi (1987:50) iki teorinin de farklı sonuçlar doğurması sözkonusu olabilir. Örneğin bir politika değişikliğinin toplumda en azından bir kişiyi daha iyi konuma getirdiğini ve bunu yaparken de hiç kimseyi olduğundan daha kötü konuma getirmediği varsayıldığında bu Pareto verimliliğinde bir artış olarak nitelendirilip utilitarianlar tarafından faydayı sağladığı birey zengin dahi olsa istendik bir durum olarak yorumlanır. Ancak Rawls bu politika en kötü durumda olana bir avantaj sağlamadığı sürece bu politikaya karşı çıkacaktır. Yani Pareto verimliliğini sağlayan bir düzenleme Rawls'ın görüşüne göre adil olmayabilir.

Toplum teorilerinden üçüncü grup teyriyi kolektivist teoriler oluşturmaktadır ve bu grupta çok farklı teoriler olmasına karşın üç temel amaçtan sözedilebilir; eşitlik (equality), özgürlük ve kardeşlik (fraternity). Toplumların analizinde bireyler değil gruplar baz alınır ve kardeşlik amacı, işbirliği, ödevler ve toplumun iyiliği vurgulanır.

Kolektivistlerin özgürlük kavramı çok genişir ve hem eşitlik hem de ekonomik güvenliği içerir. Bu teorilerin özgürlük kavramı, sosyal adalete nasıl baktıklarını ve piyasa aracılığıyla tahsisi reddetmelerini açıklayıcı niteliktedir. Bu görüşe göre serbest piyasanın güç ve refah eşitsizliği ile sonuçlanması kaçınılmazdır ve eğer eşitlikçi amaçların karşılanması isteniyorsa hakların ve refahın yeniden dağıtılması gereklidir.

Bu nedenle devlet müdahalesi (vergi, kamu üretimi) kabul edilebilir. Çünkü ancak bu şekilde herkesin özgür olabileceği koşullar sağlanabilir. Ancak kolektivistler bu tür önlemlerin piyasa mekanizmasını düzeltmeye yönelik olarak kullanılması gerektiği veya piyasa mekanizmasının yerine geçmesi gerektiği konusunda anlaşamamaktadır. Sosyalistlere göre piyasa mekanizması kendi amaçları doğrultusunda kontrol edilebilir, Marksistlere göre ise sistem bu amaçlarla çatışma içindedir ve bu nedenle üretim ve dağıtımda devlete temel rol verilmelidir (Gilson, 1988:6).

Genelde Refah Devleti'ne bakış açısı özeldir ise sağlık sektöründe piyasanın rolüne ilişkin tartışmalar yukarıdaki teorilerin ideolojik bakış açısından etkilenmektedir. Bu nedenle bu teorilerin Refah Devleti kavramına bakış açısı

önem kazanmakta ve bu sağlığa bakış açılarını yansıtmakta da önemli bir gösterge olmaktadır. Aşağıda kısaca bu konu üzerinde durulacaktır.

Nozick gibi doğal hak libertarianlarına göre hangi şekilde olursa olsun Refah Devleti kavramı bireysel özgürlüklere müdahale anlamına geldiği için hiçbir şekilde kabul edilemez. Ampirik libertarianların temsilcileri Hayek ve Friedman'a göre ise özel mülkiyet esasına dayalı özgür bir toplumda ve rekabetçi piyasalarda gelirin eşit olmayan dağılımı olasıdır ve bu nedenle yoksullukla savaş ve bazı kamu mallarını sağlamak için sınırlı devlet faaliyeti uygun olabilir. Ampirik libertarianlar bu çok sınırlı refah devletini kendi medeni toplum kavramları için bir zorunluluk olarak görürler.

Liberaller ve sosyalistler Refah Devleti'ni açık bir şekilde desteklerler. Bazı sosyalistlere göre Refah Devleti toplumun sorunlarına kesin bir çözüm olmamakla birlikte en azından bu yönde atılan önemli bir adımdır. Kolektivist teoriler grubu içindeki Marksist görüşe göre ise Refah Devleti ancak kapitalist sistemin bir bastırma aracı olmaması halinde kabul edilebilir.

Her toplumda sağlık hizmetlerinin işleyişinde devletin rolü, sağlık hizmetlerini kimin nasıl ödeyeceği, sağlıktan kimin sorumlu olduğu, eşitlik ve verimlilik amaçlarından hangisinin öncelik kazanacağı soruları da bu teoriler çerçevesinde yanıt bulmaktadır. 1980'lerin sonlarında Sovyetler Birliği'nin çökmesi ve Yeni Dünya Düzeni içinde kamu sektörünün büyüklük ve boyutlarını ekonomik sorunların altında yatan temel neden olarak kabul eden Yeni Sağın (The New Right) (Wiltshire, 1987: 6-7) ideolojik olarak baskın hale gelmesi ile birlikte bu durum bir kısım yazarlar tarafından "tarihin sonu" olarak nitelendirilmiş (Fukuyama, 1989, 1992) ve liberal görüşün zaferi ilan edilmiştir. İşte sağlık hizmetlerinde özel sektörün rolünü artırmaya yönelik Dünya Bankası politikaları ve sağlık sektöründe rekabeti yaratmaya yönelik öneriler bu gelişmeler çerçevesinde gerçekleşmiştir. Bu konu bizi sağlık sektöründe piyasa mekanizmasının işleyip işlemediği ve işlemediği konularına getirmektedir.

III. SAĞLIK BAKIM PİYASASININ ÖZELLİKLERİ

Daha önceki bölümlerde belirtildiği gibi "Yeni Sağın" ideolojik olarak üstünlük kazanmasından sonra sağlık sektöründe de diğer sektörlerde olduğu gibi özel sektörün rolünün arttırılmasına yönelik politikalar sık sık dile getirilmeye başlanmış ve sağlık reformlarında daha rekabetçi ortamlarda çalışan hastaneler ya da artan kullanıcı payları (user charges) ve bazı hizmetlerin ihale ile özel sektöre yaptırılması gibi politikalara yer verilmiştir. Bu politikalar son yıllarda sağlık sektörü için sağladığı kredilerle özellikle gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikalarında önemli ölçüde etkileme gücüne sahip Dünya Bankası tarafından da desteklenmiş (Akin ve diğerleri, 1987) ve Banka geliştirmekte olan ülkelere piyasa oryantasyonlu sosyal politika ve girişimlerin gelişmesinde anahtar rol oynamıştır (Meas-

ham, 1986; Bennett, 1991).

Serbest piyasa ekonomisini savunanların temel tezi piyasa ya da özel sektörün rolünün artmasının hem kaynak tahsisinde verimliliği (allocative efficiency) hem de teknik verimliliği (technical efficiency) artıracığıdır ve bu bazı durumlarda hem hizmetin sunumu hem de finansmanında geçerlidir (Akin, ve diğerleri, 1987; Griffin, 1989; Bennett, 1991). Tüketici tercihinin artırılması ve tüketici taleplerine duyarlı olma konularının gelişmiş ülkelerde sağlık sektöründe özel sektörün rolünü artırma çabalarının temel nedeni olduğu söylenebilir. Buna karşılık gelişmekte olan ülkelerde karşı karşıya bulunulan sağlık problemleri gelişmiş ülkelere çok farklı olduğu için özel sektörün katılımı yoluyla sermaye birikimini sağlamak ve bu yolla serbest kalan devlet fonlarını nüfusun yoksul kesimlerine aktarmak temel etken olmuş gibi görünmektedir (Gesler, 1984; Bennett, 1991). Bu noktada genel ideolojik bakış açısı ve analizlerden soyutlanıp piyasa mekanizmasının sağlık sektörü açısından irdelenmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır ki aşağıdaki bölüm buna ayrılmıştır.

Bu noktada sorulması gereken soru sağlık sektöründe serbest piyasa koşullarının işleyip işlemeyeceği, işlemiyorsa neden işlemeyeceği sorusudur. Bu da tartışmayı sağlık bakım piyasasının kendine özgü özelliklerine yöneltmektedir. Ancak buna geçmeden önce bu piyasa ve işleyişi konusunda birbirinden çok farklı iki yaklaşımdan söz etmek gereklidir. Birinci yaklaşıma göre sağlık bakımı diğer mal ve hizmetlerden farklı olmadığı için piyasa mekanizması yoluyla dağıtılabilir. İkinci görüşe göre sağlık bakımı diğer mal ve hizmetlerden farklıdır ve bu özelliğinden dolayı piyasaya müdahaleyi gerektirir (Mills, Gilson, 1988: 32-35).

Bu tartışmanın ayrıntısına girmeden önce sağlık bakımının tahsisinde piyasanın nasıl işlediğine bakmakta fayda vardır (Le Grand, Robinson, 1980: 29-30). Böyle bir sistemde hastaneler kar amacı güden örgütlerdir ve hastalarından tedavilerinin türüne ve süresine göre değişen ücretler alırlar. Doktorlar da buna benzer şekilde çalışırlar. Ödemeleri istenen ücreti ödeyebildikleri sürece bireyler istedikleri doktor ya da hastaneye gidebilirler. Böyle bir sistemi savunanların temel argümanı bu sistemin verimli olması esasına dayanmaktadır. İnsanlar hekim ve hastane seçiminde serbest olduğu için, yüksek fiyat düzeyinde kötü kalitede hizmet sunan doktor ve hastaneler hastalarını daha iyi ve/veya ucuz hizmet sunanlara kaptıracaktır. Bu durumda tıbbi uygulamalarda bulunan herkes için hizmet standardını yükseltmek ve/veya maliyetleri düşürmek konusunda motive edici faktörler vardır.

Bundan başka piyasa mekanizmasının işleyişi içinde hastanın doktor ve hastane seçebilme imkanından dolayı hem doktorun hem de hastanenin hastanın arzu ve tercihlerine cevap vermek konusunda duyarlı davranması önem kazanmaktadır. Bu tür varsayım dayalı (hipotetik) bir piyasa mekanizmasında bile rekabet koşullarını tehdit edebilecek güç ve oluşumları (monopolistik eğilimler gibi)

frenleyecek bir devlet aygıtına ihtiyaç olduğu gözönünde bulundurulmalıdır.

Piyasa sistemini eleştirenler ise eleştirilerini iki noktada odaklandırmaktadır. Birincisi, piyasa aracılığıyla tahsisin her zaman verimli olacağı görüşüne karşı çıkmaktadırlar. Temelde aşağıda özet olarak açıklanacak özelliklerinden dolayı sağlık hizmetleri piyasası kendi başına bırakıldığında verimsizlik yaratabilir görüşü bunu savunanların üzerinde odaklaştığı noktadır. Eleştirilerin ikincisi, bir toplumun tek amacının verimlilik olmadığı, eşitliğin de toplumların gerçekleştirmek istedikleri amaçları arasında olduğudur. Bu iki amaç ya da tercih konusunda tartışmalara girmeden önce sağlık hizmetleri piyasasının kendine özgü özelliklerinden söz etmekte yarar görülmektedir. Aşağıda sağlık sektöründe piyasa mekanizmasının sınırlılıkları özetlenmektedir (Mills, Gilson, 1988: 32-35; Akin ve diğerleri, 1987:27-28; Arrow, 1963; Cullis, West, 1979: 33-42; Mooney, 1986: 26-31; Le Grand Robinson, 1980: 30-35; Glennerster, 1992: 19-20).

Sağlık Hizmetlerinin Dışsallık Yaratabilme Özelliği

Herhangi bir malın tüketimi (ya da üretimi), bu malın tüketimi (ya da üretimi) kararında hiçbir şekilde rol almayan üçüncü bir tarafı etkiliyorsa 'dışsallıklar' (externalities) ortaya çıkar. Bu etki olumsuzsa 'dışsal maliyet' (negatif dışsallık), olumluysa 'dışsal fayda' (pozitif dışsallık) olarak nitelendirilir. Örneğin bir fabrikanın bacasından çıkan dumanın bireyin sağlığını etkilemesi, sigara, alkollü araç kullanımı, olumsuz dışsallığa örnek olarak gösterilebilir. Bunun tersine herhangi bir bireyin bulaşıcı bir hastalığa karşı aşılınması o bireyin bulaşıcı hastalığa yakalanma riskini azaltmasının yanı sıra ilişkide bulunduğu kişilerin de yakalanma riskini azaltacağı için olumlu dışsallık yarattığı söylenebilir.

Sağlık sektörünün bu özelliği piyasa koşullarının verimliliği sağlamayacak şekilde işlemesine ve piyasaya müdahale edilmesine neden olmaktadır. Sağlık alanından bu konuya örnek olarak genellikle bağışıklama programları gösterilmektedir. Örneğin, polio aşısına herhangi bir düzeyde fiyat konduktan sonra aşı yaptıracak bireyin aşığı yaptırmayı yaptırmama kararını etkileyen bir çok faktör vardır. Bu durumda birey aşığı yaptırmamanın faydalarını (hastalığa yakalanma olasılığındaki azalma) ve aşılamanın getirdiği özel maliyetleri (fiyat, harcanan zaman vs.) gözönüne alacaktır. Bu karşılaştırma sonucunda bireyin karşılaştığı maliyetler elde ettiği faydalardan yüksekse bu durumda aşığı yaptırmamayı tercih edecektir. Bunun sonucunda, sadece aşığı yaptırmayan kişinin değil ancak onun ilişkide bulunduğu kişilerin de polioya yakalanma riski artacaktır. Yani eğer bu hesaplama içine bireyin sağladığı faydalara başkalarının sağladığı faydalar da eklenebilseydi toplam faydaların özel maliyetlerin üstüne çıkabilmesi mümkün olabilir ve bu durumda bireyin aşılınması sosyal verimliliği sağlama açısından önemli hale gelebilirdi. Bu özellik kaçınılmaz olarak piyasanın işleyişine müdahaleyi gerektirmektedir, çünkü piyasa mekanizması-

nın işleyişine bırakıldığında sosyal fayda bakış açısıyla verimsizliklerin oluşması kaçınılmaz olacaktır.

Sağlık Hizmetlerinin Kamu Malı Olma Özelliği

Kamu malı (public good) aslında dışsallığa bir örnek olarak da gösterilebilir. Burada mal ve hizmetlerin iki temel özelliğinden söz etmek gereklidir: Rakiplik (rivalness) ve dışlanabilirlik (excludability). Birincisi en genel anlamıyla bir mal ya da hizmetin birisi tarafından tüketilmesinin diğerlerinin tüketmesini etkilemesi olarak ifade edilebilir. Dışlanabilirlik ise bir mal veya hizmetin faydalarından diğerlerinin yararlanmasının önlenemesinin teknik olarak mümkün olması anlamına gelmektedir. Mal ve hizmetlerin bu özellikleri piyasa mekanizmasının işleyişinin temelini oluşturur ve bu özelliklere sahip mallar özel mallar olarak adlandırılır. Kamu malları ise doğaları gereği rakipsizlik (non-rivalness) ve/veya dışlanamazlık (non-excludability) özelliklerine sahiptir. Bu durumda mal ya da hizmet bir kere üretildikten sonra bunun başka bireylerin tüketimini kısımadan tüketilmesi mümkündür ve/veya diğerlerinin tüketimden çıkarılması mümkün değildir. Bu tür mallar kamu malları olarak adlandırılır ve sağlık sektöründe özellikle topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri tamamıyla kamu malı olma özelliğine sahiptir. Örneğin herhangi bir sıtma eradikasyonu programı ödeyip ödemediğine bakılmaksızın herkese fayda sağlamaktadır. Yani bu tür hizmetler sadece ödemeye istekli olanlara verilip diğerlerine verilmemesi edilemez. Bu tür hizmetlerin kamu malı olması özelliği nedeniyle serbest piyasa koşullarında üretilmesi ve tüketilmesi mümkün olmamakta ve piyasaya müdahale edilmesi gerekmektedir.

Ancak burada önemle vurgulanması gereken bir nokta dışsallıklar ve kamu malı tartışmasında da iki kampın birbirinden bir ölçüde farklı görüşlere sahip olduğudur. Bunun temel nedeni de her sağlık hizmetinin ve hatta her koruyucu sağlık hizmetinin sadece 'kamu malı' ya da 'özel mal' çerçevesinde tanımlanmasının her zaman mümkün olmamasıdır. Sağlık hizmetlerinin kimi tamamen "kamu malı" olma özelliğini taşıırken bazıları bu özellikleri taşımamaktadır. Bazı serbest piyasa yanlısı yazarlara, örneğin Birdsall (1989), göre sadece tamamıyla kamu malı olma özelliğine sahip olan hizmetler kamu tarafından karşılanmalıdır. Bu tür hizmetlere örnek olarak sıtma savaş programı içinde bataklıkların kurutulması ve ilaçlama çalışmaları gösterilebilir. Bu görüşü savunanlara göre, örneğin bağışıklama, ne tam anlamıyla özel, ne de kamu malıdır. Dolayısıyla sağlanan hizmet tam anlamıyla kamu malı olma özelliğine sahip olmadıkça hizmetin finansmanı devletin sorumluluğunda olmamalıdır. Bu durumda, devlet hizmeti sadece kendi olanakları ile finanse etme imkanı olmayanlara (yoksullara) sunar. Tedavi edici hizmetler ya da kişisel sağlık bakım hizmetleri düşünüldüğünde devletin rolü sadece yoksulların bu hizmetleri kullanması önünde duran finansal bariyerleri kaldırmakla sınırlı kalmalıdır. Bunun anlamı devletin sınırlı bir finansman fonksiyonu ile birlikte piyasaya üretici olarak müdahale etmesinin mutlaka gerekli olmayacağıdır (Griffin, 1989).

Sağlık Hizmetlerinde Tüketicilerin Mal ve Hizmetler Hakkındaki Bilgisinin Sınırlılığı

Sağlık bakımını diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli bir özellik, hizmeti sunanla (doktor) tüketici (hasta) arasında bir bilgi asimetrisinin olmasıdır (Maynard, 1986a: 19; Mills, Gilson, 1988:33). Bir çok mal ve hizmet için tüketicinin kalite ve uygunluk konusunda bir fikri vardır. Ancak, sağlık hizmetlerinde tüketicilerin uygulanan tedavi yönteminin kendileri için uygunluğu ve etkililiği konusunda çok az fikri olup bu konuda doktora neredeyse tam bir bağımlılığı söz konusudur. Bunun yanısıra hizmeti sunanların hastalarını bilgilendirme konusunda bir motivasyonları yoktur. Bu enformasyon asimetrisi sağlık hizmetini üretenlerle tüketenler arasında nadir görülen bir ilişkinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu durum arzın talep yaratabilmesi özelliği olarak adlandırılır (supplier induced demand). Tüketici bilgi sınırlılıkları nedeniyle tüketim hakkındaki kararları verme yetkisini doktora devreder. Bu nedenle sağlık bakımına olan talep (ilk başvuru hariç) gerçekte hastalar değil hizmeti sunanlar tarafından gerçekleştirilir. Bunun iki önemli sonucu sözkonusudur. Birincisi sağlık hizmetlerinin fiyatı ve doktora hizmetinin karşılığını ödeme yöntemine göre hizmeti sunanların tüketicileri yanlış şekilde yönlendirebilmesidir. (Mills, Gilson, 1988; Bennett, 1991: 11, 12) İkincisi ise tıbbi bakımı sunanların monopoli olabileceği özelliğidir. Hastaların enformasyon eksikliği nedeniyle, başka mal ya da hizmetleri alırken yaptıkları piyasa araştırmasını yapamamaları doktorların ve hastanelerin birbirleriyle rekabet edebilme olasılığını azaltmaktadır. Bunun tersine, hizmet sunanlar talepte önemli bir düşüş tehlikesiyle karşı karşıya kalmadan fiyatları arttırma ya da kaliteyi düşürme yoluna gidebilirler. Bir çok durumda sağlık hizmetlerinde monopol olma özelliği coğrafi özelliklerden de kaynaklanabilmektedir. Örneğin belli bir alanda tek bir hastanenin monopolisinden sözedilebilir ancak bunun temel nedeni de ölçek ekonomisi (economies of scale) olabilir.

Risk ve Belirsizlik

Sağlığı diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli bir özellik talebin ne zaman ortaya çıkacağına belli olmamasıdır. Buna ilave olarak hastalığın maliyeti de belirsiz ve büyük boyuttadır. Sağlık hizmetleri talebinin ne zaman ortaya çıkacağına bilinmemesi ve buna bağlı olarak bireylerin bu harcamalar konusunda bütçelerinde plan yapamaması, buna ilave olarak, sağlık bakım maliyetlerinin bir kerede ödenemeyecek kadar yüksek olabilmesi nedeniyle sağlık sigortaları geliştirilmiştir. Özetle, sağlıkta belirsizlik ve risk sorunları kolektif çözümü, yani sigortayı doğurmuştur. Sağlık sigortası kamu sektörü tarafından örgütlenebileceği gibi özel sektör tarafından da verilebilir.

Sağlık hizmetlerinin özel sigortalar aracılığıyla finansmanında üç temel sorun söz konusudur (Arrow, 1963; McGuire ve diğerleri, 1986; 182-193; Maynard, 1979; Culyer; 1980; Rapoport, 1982). Bunlardan birincisi sigortanın, sigortalının ihtiyacından daha çok hizmet talep

etmesi (doktor veya hastaneye başvurması) önünde duran finansal bariyerler neredeyse tamamen ortadan kalkmıştır (1). Sigorta aynı zamanda kişinin daha sağlıklı bir yaşam stili sürdürmesi konusundaki duyarlılığını azaltabilir. Üçüncü olarak, sigorta hekimin kararı üzerinde etkili olarak bireyin kendi cebinden para çıkması durumunda yaptırmayacağı işlemleri yaptırmaması ile sonuçlanabilir. Doktora ve hastaneye ödeme sistemi tercihine bağlı olarak eğer doktor ve hastane geliri ile hizmetin türü ve miktarı arasında bire-bir bir ilişki söz konusuysa bu durumda ahlaki tehlike olgusunun aşırı görünümü gözlenebilir. Sigortanın bu üç olası sonucuna literatürde 'ahlaki tehlike' (moral hazard) denilmektedir. Ancak burada belirtilmesi gereken önemli bir nokta ahlaki tehlikenin sadece özel sağlık sigortaları için değil kamu için de önemli bir sorun olduğudur. Bu nedenle bu problemle başa çıkabilmek için kamu sektöründe kullanıcı katkıları, özel sektörde ise ek ödeme (co-payment) gibi mekanizmalar geliştirilmiştir (Maynard 1986b). ABD'de bu grup hastaları güvenlik şemsiyesi altına almak için kurulan Medicaid ve Medicare buna örnek olarak gösterilebilir.

Arrow ve diğerlerinin tartıştığı ikinci temel sorun "ters seçimdir" (adverse selection). Kar amacı güden özel sigorta şirketleri bireylerin sağlık statüsü ve sağlık risklerine göre değişen düzeylerde prim toplamak zorundadır. Bu da daha fazla tıbbi bakımı gerektiren hastaların, örneğin yaşlıların daha fazla prim ödemesi anlamına gelecektir. Bunun yanı sıra sağlık risklerinin yüksekliği nedeniyle sigortalanması reddedilen kronik hastalar da olabilir. Bu durumda bu tür grupları korumak için devlet müdahale etmek zorunda kalacaktır.

Sağlık sektörünün yukarıda sayılan özellikleri libertarianların (özellikle doğal haklar libertarianlarının) savunduğu türde bir piyasanın oluşamayacağını göstermekte ve sonuç olarak sağlık hizmetleri piyasasına bir şekilde müdahale edilmesinin gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu durumda özelleştirmeyi bir reçete olarak sunanların ve sağlık hizmetlerinin tam rekabet koşullarında sunulabileceğini savunanların tartışmaları gücünü yitirmekte ve sosyal faydanın sağlanması açısından devletin bir şekilde müdahalesi zorunlu olmaktadır. Ancak bu noktada belirtilmesi gereken önemli bir konu serbest piyasa taraftarlarının bu konuyu kabul edip tartışmalarını gündemden çekmedikleridir. Örneğin Birdsall'a göre piyasanın işlememesine neden olan koşulların hiçbiri sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulmasını gerektirmez.

Yoksullar bir güvenlik ağı (safety net) yaklaşımı ile korundukları sürece özel sektör sağlık hizmetlerini sunabilir.

1- Gerek sigorta (sosyal ve özel) gerekse genel vergi gelirlerine dayalı finansman sistemlerinde bu duruma karşı geliştirilen ve burada 'malîyet paylaşımı' kavramı ile ifade edilebilecek teknikler, bunların uygulaması ve sonuçları hakkındaki ayrıntılı tartışmalara bu makalenin sınır ve amacını aştığı için girilmeyecektir.

Sağlık Hizmetlerinde Devlet Müdahalesi: Ne ve Nasıl?

Bugün aralarında Dünya Bankası'nın (1993) da bulunduğu her kesim sağlık hizmetlerinin üretimi ve tahsisinde tam bir piyasa yaklaşımının hem eşitlik hem de ekonomi açısından olumsuz sonuçlar doğurduğu noktasında bir görüş birliği içindedir. Temelde sağlık hizmet ve sektörünün temel ayırıcı özelliklerinin yol açtığı "piyasa başarısızlıkları" olarak bilinen olgular ileride de değinileceği gibi bu konsensusun temel nedenlerindedir. Bu nedenle hem eşitlik (adalet) hem de ekonomi için devletin regülasyon ve finansman yoluyla müdahalesi zorunlu olmaktadır (Creese, 1994). Genellikle yanlış yorumun da etkisiyle görüş ayrılığına düşülen konu bu müdahalenin niteliği ile derecesidir. Bu makalede defalarca üzerinde durulduğu gibi bu noktada temel belirleyici, objektif olarak "doğru/yanlış" veya "iyi/kötü" olarak tanımlanamayacak olan değer yargıları seti, yani ideolojilerdir.

Devletin piyasalara müdahalesi başlıca üç şekilde gerçekleşebilir; üretim (provision), finansman ve regülasyon. Önemli olan "toplumsal sağlık statüsü" hedefi ile birlikte "sağlıkta eşitlik" (bireyler ve toplumsal gruplar arasında) esas alındığında devletin bu tür müdahalelerden hangilerine ne oranda başvurması gerektiğine karar vermektir. Bu iki açıdan gereklidir. Birincisi, devlet herşeyi yapamaz. O halde belirlenen amacı maksimize edecek müdahale alan ve oranı ne olmalıdır? İkincisi, devletin müdahalesi her zaman adalet (eşitlik) ve verimliliğin garantisidir (Creese, 1994) (Kamu Tercih Okulu ile hükümet başarısızlıkları hakkında ayrıntılı bilgi için Mueller'e (1989) bakılabilir). Kamu yönlendirmesi ile piyasa mekanizması arasında doğru dengeyi kurmak her zaman kolay değildir ve Creese'in (1994) de belirttiği gibi teoriden çok (ideolojinin doğrudan etkisinde) ampirik bir sorun niteliğindedir. Devlet müdahalesi bir zorunluluk olduğuna göre üzerinde anlaşılan bir minimum müdahale paketi tanımlamasına ulaşılabilir mi?

Devletin genel politika belirleme, regülasyon ve izlemeye (monitoring) yönelik müdahaleleri ile yoksulların sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik hizmetlerin tamamının veya bir bölümünün kamusal kaynaklardan finansmanını sağlaması, üzerinde genellikle anlaşılan bir asgari müdahale paketi niteliğindedir. Üretimde (provision) neyin (özel, kamu) en verimli olduğu hakkındaki tartışmalar (görüş ayrılığı), ileride de üzerinde durulacağı gibi daha çok farklı ampirik araştırma sonuçları nedeniyle, devam etmektedir (Creese, 1994).

Sonuç olarak, "kamu sağlığı" ve "eşitlik ilkesi" çerçevesinde düşünüldüğünde devletin sağlık hizmetleri piyasasına doğrudan üretici olarak müdahalesi mutlaka gerekemeyebilir. Ancak hem toplumun ihtiyaç duyduğu ve kabul edilebilir bulunduğu hizmetler yelpazesinin bulunabilirliğini, hem bu hizmetlerin kalitesini temin etmek üzere devlet her zamankinden daha güçlü bir politika belirleme ve regülasyon gücüne sahip olmalıdır. Bu hizmetlere ulaşabi-

lirliği ve bunların kullanımını "ihtiyaç" temeline dayalı olarak sağlamak için de başta özellikle yoksullar için finansman sağlamak üzere bir dizi diğer önleme de başvurulmalıdır.

Devletin amaçlarından biri de yukarıda belirtilen özelliklere sahip sağlık hizmetlerinin mümkün olan en düşük toplumsal maliyetle (verimlilik) gerçekleşmesini sağlamaktır. Verimlilik ile eşitlik bazı koşullarda bir çatışma içinde gibi görünebilirler. Ancak uzun vadede verimlilik amacının eşitliği destekler bir niteliğe büründüğü gözönünde bulundurulmalıdır. Toplum sağlığı esas alınarak eşitlik ve verimlilik amaçları politikalara açık bir biçimde rehberlik ettiği ortaya çıkacak üretim ve finansman modeli tercihleri daha çok ampirik sonuçların değerlendirilmesine bağlı olacaktır. Politika tercihi etkileyebilecek bu ampirik tartışmaların bir özeti aşağıda sunulmaktadır.

Serbest Piyasa mı, Devlet Müdahalesi mi? Farklı Boyutlar, Farklı Sonuçlar

Bu bölüme kadar önce yukarıdaki soruya verilecek yanıtın temel belirleyicisi olan ideolojik tartışmalar ele alınmış daha sonra da sağlık hizmetlerinde serbest piyasa ve devlet müdahalesi etrafındaki teorik tartışmalar üzerinde durulmuştur. Bu bölümde ise yukarıdaki soru verimlilik, maliyet kontrolü, tüketici tercihi ve eşitlik konuları çerçevesinde incelenecektir.

1. Verimlilik ve Maliyet Kontrolü

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektörlerinde kamu ve özel sektöre ait örgütlerin göreceli verimliliği üzerinde ayrıntılı bir araştırma Bennett (1991) tarafından yapılmıştır. Ancak gelişmekte olan ülkelerde yapılan araştırmalar hem sayıca az hem de yetersiz olduğu için bu konudaki deliller daha çok gelişmiş ülkelerden gelmektedir.

Örneğin, Japonya'da yapılan bir araştırmada elde edilen sonuca göre özel hastanelerin kamu sektöründe kendileriyle karşılaştırılabilir hastanelerden daha az personel istihdam ettiği bununda temel nedeninin maliyetleri düşük tutmak olduğu bulunmuştur. Bennett'e göre (1991:16) bu, özel sektörde bakım kalitesine olumsuz yönde etki edebilecek bir konudur. Bundan başka ABD'de yapılan araştırmalara göre özel hastanelerin hem fiyatları hem de maliyetleri daha yüksektir ve bunun temel nedeni de maliyete dayalı olarak geri ödemenin yapıldığı sigorta sistemidir. Sistemdeki bu maliyet artışı ile mücadele etmek için HMO'lar, Preferred Provider Organization'lar ve DRG'ler geliştirilmiştir (Fuchs: 1988). Ancak yapılan son araştırmalarda HMO'ların da maliyet artışlarıyla karşı karşıya kaldıkları sonucu ortaya çıkmaktadır (Bennett, 1991: 120; Hollingsworth ve diğerleri, 1990:192).

Makro düzeyde, özel sektör finansmanının oransal payı arttıkça maliyetlerin kontrolü o kadar zorlaşıyor

görülmektedir (Bennett, 1991:18). Ancak ulusal sağlık sistemleri arasındaki maliyet ve verimlilik farklılıklarını örneğin kalite ve içinde faaliyet gösterilen ekonomik, yönetsel ve politik çevre gibi diğer faktörleri de gözönüne almadan açıklamak çok güçtür. Bu durum somut sonuçlara ulaşılmasını güçleştirmekte ancak deneyime dayalı bazı deliller de sunulabilmektedir. Örneğin, Schaffer ve Nauenberg'e göre (1991:24), "mevcut inanışın aksine kamu sektöründeki sağlık bakım programları iyi yönetildikleri takdirde özel sektördeki kadar verimli olabilirler". Bunun yanı sıra Hollingsworth ve diğerleri tarafından (1990) dört gelişmiş ülke sistemi (Fransa, ABD, İngiltere, İsveç) arasında yapılan kapsamlı bir çalışmada makro düzeyde maliyet kontrolünün sağlık bakımına direkt devlet müdahalesini gerektirdiği bulunmuştur. Hollingsworth ve diğerlerinin vardığı sonuç şu şekilde özetlenebilir: Özelleşmiş sistemin mantığı sağlık bakım hizmetlerinin duplikasyonuna ve maliyetlerin hızla yükselmesine neden olmaktadır, oysa devlet duplikasyonları önleyip maliyetleri kontrol altında tutma kapasitesine sahiptir.

Devlet, sağlık sektörüne değişik şekillerde müdahale edebilir ve her müdahale yönteminin maliyetlerin kontrolü üzerinde değişik etkisi vardır. Hollingsworth ve diğerlerine göre (1990:180) devletin sadece finanse ederek değil ancak fiyatları kontrol ederek ve personeli atayarak direkt olarak etki ettiği sistemlerde maliyetleri kontrol etkisi daha yüksektir. Bu belki de İngiliz Sağlık sisteminin (NHS) sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasında en başarılı batı sistemlerinden biri olmasını açıklamaktadır (Culyer, 1990).

2. Tüketici Tercihi

Sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak kamu sektörü tarafından verildiği NHS gibi sistemlere yöneltilen temel eleştiri tüketici tercihi konusu üzerinde yoğunlaşmaktadır (Green, 1988) ve genellikle maliyetleri kontrol altında tutabilmesine karşın NHS'in tüketici tercihi kısıtladığı öne sürülmektedir.

Hollingsworth ve diğerleri tarafından da belirtildiği gibi (1990:191-192) politika tercihi yaparken bazı tercihlerin de yapılması kaçınılmazdır ve politikanın başarısı ya da başarısızlığı yapılan bu tercihe ve amaca göre değerlendirilir. Yazarlara göre, "verimliliği yüksek bir sistemin yaratıcı olma olasılığı çok yüksek değilken, standartlaşmış genel hizmetlerin eşitlikçi dağılımını sağlayan bir sistemin de esnek olması ve yüksek maliyetli yeni teknolojiye ayak uydurabilmesi olası değildir".

Özetle, bir toplumun en çok önem verdiği şey gerçekleştirilmesi gereken amacı temsil eder. Bu durumda aşağıdaki sorular akla gelebilir: Tüketici tercihi sağlık bakım sisteminin amacı mıdır? Ya da amacı olmalı mıdır? Özelleştirme daha çok tüketici tercihi sağlar mı? Gerçekte tüketici tercihi konusu altında artırılmaya çalışılan hizmet sunanların tercihi midir?

Sağlık sektöründe tüketici tercihini savunanların temel varsayımı karar verme sorumluluğuna sahip tüketicilerin bunu gerçekleştirme yeterliliğine sahip olduğudur. Ancak daha önce belirtilen enformasyon asimetrisi ve arzın talep yaratabilmesi gibi özellikler nedeniyle tüketicilerin iyi bilgilendirilmiş seçimler yapmaları mümkün değildir (Culyer, 1982: 131, 141; Robinson, 1990: 36). Ayrıca tüketici tercihinin artırılması sağlık bakım politikasına rehberlik eden tek amaç değildir. Robinson'un da belirttiği gibi (1990:37) tek tek tüketicilerin çıkarları her zaman tüm toplumun çıkarları gözönüne alınarak dengelenmelidir.

Tüketici tercihi konusu bulunabilirlik (availability), ulaşılabilirlik (accessibility) ve eşitlik gibi konulardan soyutlanarak tartışılmaz. Bundan başka, tercih kapasitesinin artırılması da zorunlu olarak özel sağlık sektörünü gerektirmez. Hatta bazı tıbbi açıdan zorunlu olarak yapılması gereken tercihler tamamıyla serbest sağlık bakım piyasasında ortadan kaybolabilir. Özel sektörün kamu sektörüyle karşılaştırıldığında daha kibar ve saygılı (courteous) sağlık hizmeti sunduğunu gösteren araştırmalar vardır (Bennett, 1991:18). Ancak tüketici tercihlerinin her zaman hem hastanın hem de bir bütün olarak toplumun yararına olduğu konusunda ciddi şüpheler mevcuttur.

3. Eşitlik (equality)

Eşitliğin herkes tarafından kabul edilmiş tek bir tanımı yoktur. (Mooney, 1986:19) ve Hollingsworth ve diğerleri tarafından da belirtildiği gibi (1990:15) kavramın somut bir tanımından çok farklı şekillerde kavramsallaştırılması söz konusudur. Bir çok sağlık bakım sisteminin sık sık vurgulanan amaçlarından biri eşitlik olmasına karşın bu tek amaç değildir ve zaman zaman da diğer amaçlarla, örneğin verimlilikle çatışma halindedir (Mooney, 1986; Hollingsworth, ve diğerleri, 1990).

Hollingsworth ve diğerleri (1990) dört eşitlik kategorisinde karşılaştırılabilir ampirik veriler sunmuştu: Haklarda eşitlik, ulaşılabilirlikte eşitlik, coğrafi dağılımda eşitlik ve sonuçlarda ya da sağlıkta eşitlik. Bunlar aşağıda tek tek ele alınmaktadır.

Sağlık hizmetleri "hakkında" eşitlik konusu ele alındığında dünyada sağlık bakım hakkını inkar eden herhangi bir toplum ya da ülkeyi göstermek mümkün değildir. Türkiye gibi bir çok ülkede bu hak Anayasa ile güvence altına alınmıştır. Ancak bu hak uygulamaya dönüştürülmediği takdirde hiçbir pratik değeri yoktur. Bu nedenle diğer eşitlik kavramları ele alınmalıdır.

Ulaşılabilirlikte eşitlik kavramı sağlıkta en çok kullanılan kavramlardan biri olmuştur. Bu konuda karşılaştırmalar genellikle İngiliz ve Amerikan sağlık sistemlerine yoğunlaşmaktadır. Ulaşılabilirlikte eşitlik açısından ele alındığında NHS'in Amerikan sisteminden çok üstün olduğu bugün genel olarak kabul görmüş bir yargıdır. Amerika'da finansal güvenliğe sahip olmayan kişilerin 1985 itibarıyla yüzde 13.3 olduğu ve bunun belki de daha yüksek

olabileceği (Rakich, 1991) ifade edilmektedir. 1992 yılı itibarıyla bu oranın yüzde 14.7'ye yükseldiği anlaşılmaktadır (Toplum ve Hekim, 1994:93). Bu ülkede sigortalı olanlardan da önemli bir bölümünün 'eksik sigortalı' (underinsured) olduğu gözönünde bulundurulmalıdır. Oysa İngiltere'de NHS yoluyla tüm nüfus sağlık hizmetleri güvencesine sahiptir.

Kaynak dağılımında eşitlik açısından düşünüldüğünde Amerikan sistemi ile NHS arasında NHS lehine bir çok farklılık söz konusudur (Hollingsworth ve diğerleri, 1990: 159-161). Mevcut araştırma sonuçları devlet müdahalesinin İngiliz yoksullarına, ABD'dekilerden daha çok sağlık bakım hizmeti sunduğunu göstermektedir.

Sosyo-ekonomik gruplar arasında kullanımda ve sağlık bakım kaynaklarının dağılımı ile ulaşılabilirlikte daha fazla eşitlik sağlanmasına karşın hem ABD hem de İngiltere'de ve diğer tüm toplumlarda sosyo-ekonomik gruplar arasında sağlık göstergeleri açısından eşitsizlikler söz konusudur. Bu durum hem ulusal hem de uluslararası düzeyde yoğun bir şekilde tartışılan bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin İngiltere'de özellikle 1980'de yayınlanan Black Report'dan sonra (Townsend, Dawison, 1988) sağlıkta eşitsizlik en çok tartışılan konulardan biri haline gelmiştir (Carr-Hill, 1987; Illseley, Barker, 1991). Bu durum özellikle uluslararası alanda NHS'i kötülemek isteyenlere önemli bir fırsat vermiştir. Ancak iyi ya da kötü sağlığa katkıda bulunan bir çok faktör olduğu gibi sağlıkta eşitsizliğe de katkıda bulunan bir çok faktör vardır. Sağlık hizmetleri bunlardan sadece biri ve birçokları tarafından da yoğun bir biçimde eleştirilenidir (Illich, 1975; McKeown, 1976). Bu nedenle sağlık bakım sistemlerini ülkelerin sağlık statülerine göre değerlendirmek ya da karşılaştırmak yanlış olabilir. Bu önemli noktayı gözönüne alarak Hollingsworth ve diğerlerinin de belirttiği gibi (1990:173) sağlık hizmetlerinin sağlıkta eşitlik yaratmak için tek başına yeterli olmadığı ancak eşit bir sağlık sisteminin buna katkısının eşit olmayana göre daha fazla olduğunu söylemek mümkündür. Bu nedenle İngiltere'de sosyo-ekonomik sınıflar arasındaki sağlık eşitsizliklerinin sebebi olarak NHS'in sorumlu tutulması bir kasıt içermiyorsa sağlıklı belirleyen faktörler hakkında eksik bilgiyi ortaya serme riski taşıyabilir.

Daha önce belirtildiği gibi eşitlik ve verimlilik kavramları çoğunlukla birbiri ile çatışma halindedir ve hangi amaç için diğerine tercih edileceği daha önce sunulan toplum teorilerinin bakış açısına göre değişecektir. Örneğin libertarianlara göre bireysel karar verme tamamıyla kişisel çıkar ve verimlilik bazına oturmuştur (Gilson, 1988). Serbest piyasa koşullarına göre işleyen bir piyasada arz ve talebin karşılaştığı noktada sosyal olarak verimli çıktı düzeyi sağlanır ve bu noktada kaynakların en verimli şekilde dağılımı sağlanır. Buna karşılık liberaller ve kolektivistler değişen derecelerde de olsa eşitlik prensibi üzerinde durmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde eşitlik prensibinden yana görüş

bildirenlerin temel tartışması tam rekabet koşullarının işlediği bir piyasada en iyi sağlık bakımının bunu ödeme gücüne sahip olanlara dolayısıyla yüksek gelir grubundakilere gideceğidir. Bu hizmetleri karşılama gücüne sahip olmayan alt gelir grupları dolayısıyla ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerini alamayacaktır. Bu nedenle piyasa mekanizmasının işleyişi sonucu ortaya çıkan kaynak dağılımı mekanizması eşit ve adil değildir (Le Grand, 1984;36).

IV. SONUÇ

Bu makalenin temel amacının sağlıkta özel sektörün ve kamunun rolü etrafındaki tartışmaları gündeme getirmek olduğu belirtilmişti. Bu amaçla ilk olarak sağlık sektöründe özel sektör ve kamu sektörünün rolü tartışmalarının temel taşı olan toplum teorileri incelenmiş ve daha sonra sağlıkta serbest piyasa koşullarının işlememe nedenleri üzerinde durularak bu tartışma verimlilik, maliyet, tüketici tercihi ve eşitlik gibi farklı boyutlarıyla ele alınmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında özel sektörün rolü nedir? Bu soruya verilecek yanıt tartışmasız olarak savunulan ideolojiye göre değişecektir. Maynard'ın da belirttiği gibi (1985:159), minimum devlet müdahalesini savunan liberaller piyasa mekanizmasının işleyişini savunurken eşitlik ilkesinin temel savunucuları olan kolektivistler maksimum düzeyde devlet müdahalesini savunacaktır. Bu konuda yapılan araştırmalar, özel sektörün kamudan daha iyi olduğu ya da bunun tersi konusunda kesin karar vermeyi sağlayacak sonuçlar sunmamaktadır. Bunun temel belirleyicisi konuyu ele alırken benimsenen ideolojik bakış açısıdır. Günümüzde liberal görüşün ağırlık kazanması tartışmaların odağını özel sektöre yönlendirmiş ve 1980'lerden beri geliştirilen politikalar ve sosyal devlete bakış açısı bu çerçevede gelişmiştir.

Özetle, son yıllarda sık sık dile getirilen monetarist politikalar ve özellikle İngiltere'de Thatcher döneminde başlayan özelleştirme politikaları yükselen liberal değerleri ve daha önce de belirtildiği gibi "tarihin sonunu" getirirse dahi bu makalede tartışılan konular çerçevesinde sağlık hizmetlerinde kamunun rolünün özellikle eşitlik ilkesi prensibi çerçevesinde gözardı edilmesinin mümkün olmadığı görülmektedir. Dünya Bankası'nın son yıllardaki sağlık politikaları da bu çerçevede değerlendirilmelidir. Sorun hem verimlilik hem de eşitlik prensibi açısından en iyi karışımı bulmak ve bunu uygulamada yatmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Abel-Smith, B. (1994) **An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing**. New York. Longman Group Ltd.
2. Akin, J. ve diğerleri (1987) **Financing Health Services in Developing Countries**. Washington. The World Bank.
3. Barr, N. (1987) **The Economics of the Welfare State**. London Weidenfeld and Nicholson.
4. Bean, P. ve diğerleri (1985) **In Defense of Welfare**. London. Tavistock Publications.
5. Bennett, S. (1991) **The Mystique of Markets: Public and Private Health Care in Developing Countries**. London. London School of Hygiene and Tropical Medicine. PHP Departmental Publication No.4.
6. Birdsall, N. (1989) "Thoughts on Good Health and Good Government" **Journal of the American Academy of Arts and Sciences**. Winter.
7. Carr-Hill, R. (1987) "The Inequalities in Health Debate: A Critical Review of the Issues" **Journal of Social Policy**. 16(4) ss. 509-542.
8. Creese, A. (1994) "Global Trends in Health Care Reform" **World Health Forum**. 15 (4) ss.317-322.
9. Cullis, P.; West, A. (1979) **The Economics of Health. An Introduction**. Oxford. Martin Robertson.
10. Culyer, A. J. (1980) **The Political Economy of Social Policy**. Oxford. Martin Robertson.
11. Culyer, A. J. (1982) "Health Services in the Mixed Economy" Lord Roll (ed.), **The Mixed Economy**. London. The MacMillan Press Ltd.
12. Culyer, A. J. (1990) "Cost Containment in Europe" içinde **OECD, Health Care Systems in Transition**. Social Policy Studies No.7.
13. Enthoven, A. (1988) **Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance**. Amsterdam. Elsevier Science Publishers B.V.
14. Fuchs, V.R. (1988) "The Competition Revolution in Health Care" **Health Affairs**. 7(3) ss.5-24.
15. Fukuyama, F. (1989) "The End of History?" **The National Interest**. Summer. ss.3-18.
16. Fukuyama, F. (1992) **The End of History and the Last Man**. London. Hamish Hamilton Ltd.
17. Gesler, W. M. (1984) **Health Care in Developing Countries**. Pennsylvania. Resource Publications.
18. Gilson, L. (1988) **Government Health Care Charges: Is Equity Being Abandoned**. London. London School of Hygiene and Tropical Medicine. EPC Publication No.15.
19. Glennester, H. (1992) **Paying for Welfare, The 1990s**. London. Harvester Wheatsheaf.

- 20.Griffin, C.C. (1989) **Strengthening Health Services in Developing Countries Through the Private Sector**. Washington. The World Bank and International Finance Corporation.
- 21.Hoare, G.; Mills, A. (1986) **Paying for the Health Sector**. London. London School of Hygiene and Tropical Medicine. EPC Publication No.12.
- 22.Hollingsworth, R. J. ve diğerleri (1990) **State Intervention in Medical Care**. Ithaca. Cornell University Press.
- 23.Illich, I. (1975) **Medical Nemesis**. London. Calder and Boyars Ltd.
- 24.Illsley, R.; Barker, D. (1991) "On Textual Variations in the Meaning of Health Inequality" **Social Science and Medicine**. 32 (4) ss. 359-365.
- 25.Judge, K.; Knapp, M. (1985) "Efficiency in the Production of Welfare: The Public and Private Sectors Compared" içinde Klein, R.; O'Higgins, M., (eds.), **The Future of Welfare**. Oxford. Basil Blackwell Ltd.
- 26.LeGrand, J.; Robinson, R. (1980) **The Economics of Social Problems**. New York. Harcourt Brace, Jovanovich Inc.
- 27.LeGrand, J.; Robinson, R. (1984) **The Economics of Social Problems**. Second Edition, London. The MacMillan Education Ltd.
- 28.Maynard, A. (1979) "Pricing, Insurance and the National Health Service" **Journal of Social Policy**. 8 (2). ss. 157-166.
- 29.Maynard, A. (1985) "Welfare: Who Pays?" içinde Bean, P.; ve diğerleri (eds.), **In Defense of Welfare**. London. Tavistock Publications.
- 30.Maynard, A. (1986a) "The Production of Health and Health Care" **Health Care Management**. 1(1). ss. 17-25.
- 31.Maynard, A. (1986b) "Public and Private Sector Interactions: An Economic Perspective". **Social Science and Medicine**. 22(11) ss. 1161-1166.
- 32.McGuire, A. ve diğerleri (1986) **The Economics of Health Care**. London. Routledge ve Kegan Paul.
- 33.McKeown, T. (1976) **The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis**. London. Nuffield Provincial Hospital Trust.
- 34.Measham, A.R. (1986) "Health and Development: The Bank's Experience" **Finance and Development**. December. ss. 26-28.
- 35.Mills, A.; Gilson, L. (1988) **Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit**, London. London School of Hygiene and Tropical Medicine. EPC Publications No.17
- 36.Mooney, G. (1986) **Economics, Medicine and Health Care**, Brighton. Wheatsheaf Books, Ltd.
- 37.Mueller, D.C. (1989) **Public Choice II**. Cambridge. Cambridge University Press.
- 38.Rakich, J.S. (1991) "The Canadian and U.S. Health Care Systems: Profiles and Policies" **Hospital & Health Services Administration**. 36(1). ss.25-42.
- 39.Rapoport, J. ve diğerleri (1982) **Understanding Health Economics**. Rockville. Aspen Publications.
- 40.Rawls, (1973) **A Theory of Justice**. Oxford. Oxford University Press.
- 41.Robinson, R., (1990), **Competition and Health Care**, King's Fund Institute, London.
- 42.Scheffer, R.M.; Nauenberg, E. (1991) "Health Care Financing Reform in the United States During the 1980s: Lessons for Great Britain" içinde McGuire, A. ve diğerleri (eds.), **Providing Health Care: The Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery**. Oxford. Oxford University Press.
- 43.Toplum ve Hekim (1994) "Sayıların Dili" **Toplum ve Hekim**. 9(63).
- 44.Townsend, P.; Davison, N. (1980) **Inequalities in Health**. London. Penguin Books.
- 45.Wiltshire, K. (1987) **Privatisation: The British Experience. An Australian Perspective**. Melbourne. Longman Cheshire Limited.
- 46.World Bank (1993) **World Development Report. Investing in Health**.