

ÇEVİRİ

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZELLEŞTİRME VE TİCARET: KANITA DAYALI BİR DERLEME*

Chris HOLDEN*

Çeviri: Özlem ÖZKAN**

Sosyal alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetleri, özelleştirmelere bağlı olarak kar getirici özel şirketlerin ortaya çıkması ya da bu şirketlerin artışı sorunu ile karşı karşıyadır. Sağlık hizmetleri dahil tüm kamu hizmetlerinde devam eden özelleştirme, uluslararası düzeyde ticarete 'büyümeye' yol açtığı sanılan liberalizasyon ile şekillenmektedir. Aslında sağlık sektöründeki özelleştirme ve kar getirici şirketlerin artması, tümüyle bir piyasalaşma sürecidir. Bu süreçte genel olarak sağlık hizmetleri ulusal sınırlarla çevrili devlet içinde, sağlık ile ilgili malların (örneğin, farmasötikler) üretilmesi ve dağıtılması ise küresel bir pazar içinde gerçekleşmektedir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi arttıkça ve yaygınlaştıkça konu ile ilgili bilgi her geçen gün artmasına rağmen, bir ülkedeki sağlık sektörünün uluslararası piyasaya nasıl entegre edildiği ve sağlık piyasalarının nasıl bir değişim gösterdiği ile ilgili genel bir bilgi edinebilmek oldukça çok zordur. Bunların yanında, sağlık hizmetlerinin uluslararası ticareti ile ilgili bilgiye ulaşmak da çok zordur. Mevcut veriler daha çok bir ülkenin sağlık sisteminin ticaret yapmasına izin verdiği ya da kolaylaştırdığı özel şirketlerin tipi ve diğer özellikleri ile ilgilidir (Holden, C;2003).

Bu makale mevcut verilerden yararlanarak, kapsamlı olarak farklı ülkelerde sağlık hizmetlerini etkileyen değişimin sürecini incelemeyi planlamaktadır. Makalede, genelde sağlık reformlarının eğilimini açıklamaktan ziyade, çok sayıda yazarın yaptığı gibi, özel sağlık hizmetlerinin oluşma düzeylerini ve sağlık hizmetlerinde piyasanın gelişmesini kolaylaştıran ve değişimini arttıran koşulları tanımlamak amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda ülkeler, sağlık sistemlerini önemli oranda etkileyen ve 'çağdaş' dünya ekonomisini yansıtan üç gruba (gelişmiş kapitalist ülkeler, geçiş aşamasında olan eski Sovyet ülkeleri ve gelişmekte olan ülkeler) ayrılmıştır (Holden, C;2005). Daha sonra, bu üç grup ülkenin sağlık sektöründeki mevcut eğilimleri değerlendirilmiştir. Analizler, özelleştirme sürecini göstermeye çalışan bireysel hesaplamalar yoluyla yapılmıştır. Tartışma bölümünde ise bu ülkelerin sağlık ticaretini arttırmasında etkili olan uluslararası bazı süreçler alınmıştır.

Gelişmiş Kapitalist Ülkeler

Gelişmiş kapitalist ülkeler, sağlık sistemlerini sürdürebilme konusunda ciddi sorunlarla karşı karşıyadır. Sorun, bu ülkelerde orta derece ekonomik büyüme olmasına karşın, sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve bu talebin maliyet kaygıları nedeniyle karşılanamamasıdır. OECD, sağlık hizmetleri ile ilgili karşılaştırmalı istatistikleri bulunan en geniş veri kaynağıdır (Amderson, G.F., Hussey, P.S;2001). 2000 yılında tüm OECD ülkelerindeki sağlık harcamalarının yaklaşık %72.2'si kamuya, %27.8'i özel sektöre aittir (Docteur, E., Oxley, H;2003). Daha özel olarak, toplam sağlık harcamalarının %6.4'ü özel sağlık sigorta şirketlerine,

*Chris Holden (2005) Privatization and Trade in Health Services: A Review of the Evidence. International Journal of Health Services. 35(4):675-689.

**Dr., Yüksek Hemşire

%18.7'si cepten harcamalara, %2.6'sı da diğer özel harcamalara aittir. Bu veriler 21 OECD ülkenin verileri ile karşılaştırıldığında, toplam sağlık harcamaları içindeki kamu payının 1970'li yıllardan bu yana %5.1 arttığı ve 1980'lerde bu artışın %0.4 olup, 1990'lı yıllarda %1.2'ye düştüğü görülmektedir. Veriler ülkelere göre önemli oranda farklılıklar içerirse de, 1970'li yıllarda sağlık harcamalarında kamunun payının genişlediğini, 1990'lı yıllardan itibaren ise azaldığını göstermektedir (Docteur, E., Oxley, H.;2003). 2000 yılındaki toplam sağlık harcamalarındaki kamunun payı, Norveç'te %85.2, ABD'de %44.2'dir.

Kamu ve özel finansman arasındaki bu dengeye rağmen, veriler kamu ve özel sektörün bir arada sunulduğu sağlık hizmeti konusunda bizlere çok az şey göstermektedir. 1990'lı yıllarda özel sektör; pek çok ülkede çoğunlukla hastanelerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve sosyal hizmetlerde, aynı tarihlerde Doğu Avrupa'daki özel sektör ise ağız diş sağlığı ve farmasötik ürünlerde yoğunluk kazanmıştır (WHO.; 2002a). Yine 1990'lı yıllarda ulusal sağlık sistemi(NHS) olan Kuzey Avrupa ülkelerinde hastanelerin hemen hemen hepsi kamuya ait olup, bu hastanelerdeki özel yatak oranı %10'dan daha az iken, İtalya, Portekiz ve İspanya gibi NHS sistemi olan Güney Avrupa ülkelerinde özel yatak oranı %20-30 gibi yüksek bir orana sahiptir. Güney Avrupa ülkelerindeki mevcut özel yataklar, hastane gelirlerinin yaklaşık yarısını oluşturmuştur. Sosyal sağlık sigorta sistemine dayalı Batı Avrupa ülkelerinde ise hastaneler tümüyle kamuya ait olup, kar getirici bir özelliğe sahip olmayan özel yataklar, toplam yatakların sadece üçte biridir. Fransa'da kar getirici özel yatakların oranı kamu yatakları oranından (%65) sonra ikinci sıradadır (%20) (WHO.; 2002a). Bu ülkelerde sosyal bakım ve evde bakımda, özel ya da kamu hizmetlerinin farklı fon sistemini kullanan kişilere devlet ya da sigortalar ödeme yapmaktadır. Bu konuda Avrupa ülkeleri sayısız deneyime sahiptir.

Fransa, Almanya gibi sosyal sağlık sigorta sistemine dayalı Batı Avrupa ülkelerinde, özel sektör sağlık hizmetlerinde önemli bir yere sahiptir ve sistem büyük oranda sorunsuzdur. Bu ülkelerdeki aşırı kapasite hastanelerde, İngiltere gibi arz içerikli ülkelere cazip iş alma stratejilerini geliştirmelerine neden olmuştur (Birch, I., Boxberg, M.V.;2004). NHS'ye sahip Kuzey ve Güney Avrupa ülkelerinde (örneğin, İngiltere) özel sektör giderek marjinalleşmektedir. Bu marjinalleşmede kamu hastaneleri yönetimlerinin "komuta ve kontrol" açısından başarısız olduğu, bu yüzden reformlara gereksinim olduğunun altı çizilmektedir (WHO.; 2002a). Oysa, reformlar kamu sektöründe özel girişimciliği arttırmayı ve müşteri kanalıyla hizmetlerin özel sektörden satın alınmasına yol açmakta ve kamuda özel sektörün rolünü arttırmaktadır. Nitekim bu uygulamalar, devletin doğrudan kamusal hizmetleri sunmak yerine, bu hizmetleri "düzenleme" görevine indirgenmesine yol açmış; toplumda "devlet bu işlere ne kadar az müdahale ederse, o kadar az kargaşa çıkar" kanısı oluşturulmuştur (Saltman R.B., Busse, R.;2002, Majone, G.;1994). Makalede konunun bu yönü ele alınmamasına

karşın, böyle bir "düzenleyici devlet" uygulaması ile sağlık hizmetlerinin daha etkin olacağı konusunda fazla sayıda araştırmaya gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Hem İngiliz hem de İsveç, yukarıda ifade edilen eğilime iyi bir örnektir. İngiltere'de NHS'den yararlanan kişiler, bu "düzenleyici devlet" uygulamaları ile özel sektörden (Avrupa ve ABD'nin çok uluslu şirketlerinden) hizmet satın almak durumunda kalmıştır (Holdmen, C.;2003). İsveç'teki özelleştirme, 1969 reformu ile ortadan kaldırıldığı için özel sektördeki hekim istihdam oranı 1970'li yıllarda %25 iken, 1980'li yılların ortalarında %5'e düşmüştür (Blomqvist, P.;1990). Ancak İsveç'te 1990'lı yıllarda il desantralizasyon konseyleri kısmi piyasa uygulamalarına geçtiğinden, bu tarihten itibaren özelleştirme hız kazanmaya başlamıştır. Bu durumda 2000 yılında İsveç'teki il sağlık kurumlarının %85'i özel sektörün mülkiyetine geçmiştir. Böylece özel sektörde istihdam olan sağlık çalışanı sayısı 1993 yılında %4.8 iken, 2000 yılında %7.2'ye yükselmiştir. Reformlar ile özel sektörün hasta yatakları daha yüksek oranda büyük şehirlerde yoğunlaşmıştır. Ülkede sağlık finansmanda kamunun payı, 1990 yılında %90'dan %80'e düşmüştür. 1993 yılındaki başka bir reform ile kamu hekimlerine kamusal fonlarla özel birinci basamak hekimliği hakkı tanınmıştır (Blomqvist, P.;1990, Holden, C.;2002). Kısmi piyasacı politikalarla yaşlı bakımı, kar getirici özel sağlık kurumları tarafından sunulmaya başlanmıştır. Çoğu sosyalist-geçiş ülkeleri- ve gelişmiş kapitalist ülkelerde değişim, daha çok özelleştirmenin içeriği ile ilgili iken, diğer ülkelere benzer olarak İsveç'teki özelleştirmeler, Dünya Bankası(DB) önerileri çerçevesinde devam etmektedir. Bugün İsveç'te özel sektör özellikle sağlık hizmetlerinin sunumu üzerine etkili olmaya başlamıştır. Örneğin, İsveç'teki sağlık reformları sonucunda, hastanelerde bakım ve tedavinin başarı ölçütü, maliyet analizleri olmuştur. İsveç'te St. George hastanesi bu uygulamaya başlayan ilk hastanedir. Bu hastaneyi 1999 yılında mülkiyeti il konseyinde olmak üzere işletmesi Capio isimli bir şirkete satılmıştır. Böylesi bir uygulama bir çok kişi tarafından aktif bir özelleştirme olarak nitelendirilmese de aslında uygulama tümüyle aktif özelleştirmenin habercisidir (Lofgren R.;2002). Sonuç olarak İsveç'teki reformlarla özel sektör, sağlık sistemini olumsuz etkilemesine rağmen, diğer ülkelerle karşılaştırıldığında, yine de bugün İsveç'te halen kamu ağırlıklı bir sağlık sistemi mevcuttur.

Sağlık finansman modeli ülkelere göre farklılık göstermektedir (Holdmen, C.;2003, Stewart, A.;1999). Örneğin, Kanada'da görece kamunun payı yüksek olmasına rağmen (2000 yılında tüm sağlık harcamalarının %70.9'u kamuya aittir), sağlık kurumları tümüyle bağımsızdır. ABD'de hastanelerin yaklaşık %70'i kar amacı gütmeyen topluma dayalı kurumların mülkiyetindedir (Sekhri, N.;2001). Bu durum, ABD sağlık sisteminin sağlık hizmetleri finansmanında eşit ya da etkin olmadığının çok açık bir kanıtıdır (Harding, A.;2003). Bununla birlikte, diğer gelişmiş ülkelerde daha kolektif bir geleneksellik hakim iken, ABD dünyanın en gelişmiş sağlık piyasasına

sahip olması nedeniyle, ülkede piyasacı reformlar sonucunda özel sağlık şirketleri oldukça yaygınlık kazanmıştır (WHO.; 2002a). Çoğu ABD sağlık sistemi kurumu, iç piyasaya hizmet ederken, ABD özel sağlık şirketlerinin ülke dışında genişlemesinin yolunu açan GATS (General the Agreement on Trade in Services) ve buna bağlı taahhütlerle, ABD sağlık sunumu ve finansmanı önemli oranda etkilenecektir.

Hacker (2004) piyasacı reformların, bakımı ve tedaviyi sınırlayan basit maliyet-kontrol tedbirlerden farklı olarak, sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinde herhangi bir azalma yaratmadan, maliyeti önceleyen etkili, etkin ve taleplere karşı cevapkar vb. kavramlarla açıklanmasının sağlık sistemindeki yapısal reformları yaşama geçirmek isteyen politikacılar tarafından çok cazip edici görüldüğünü ileri sürmektedir. Ham (1997) ise genelde özel sağlık kurumlarının birleşmelerinden oluşan "bakımın rekabetleşmesi" (managed competition) ile sistemin başarılı olacağını ileri sürmektedir. Bu yüzden ABD, geleneksel özel sağlık bakımından managed care şirketleri tarafından sunulan "managed care" ya da Sağlık Bakım Organizasyonları (Health Maintenance Organizations – HMOs-) sistemine geçmiştir. Buna karşın İngiltere ise geleneksel planlı sağlık hizmetlerinden müşteri temelli sağlık hizmetlerine geçmiştir (Busse, R., Vandergrinton, T., Svenson, P.;2002, Preker, A.S., Harding, A.;2003). Bu eğilime paralel olarak İngiltere’de kamusal mülkiyetli sağlık sistemi içindeki özerk hastaneler, tröstlerle tanışmıştır. İngiltere’deki uzun süreli bakım piyasası, ödeyici temelli uygulamaya iyi bir örnektir. Aslında İngiltere’deki sağlık reformları tümüyle bir özelleştirmeyi içermese de, özelleştirmenin daha kolay olmasına bir ortam hazırlamaktadır.

Özelleştirme ya da özel sektörün yaygınlaşmasını sağlayan diğer stratejiler; küresel bütçeleme, prospektif ödeme sistemi ve tanı temelli grupların kullanımı, kullanıcı ödentileri, katılım payları, doğrudan tüketici maliyet paylaşımı, gönüllü özel sigorta şirketleri özel sektörü fonksiyonlaştırmak ya da özel sektör ile anlaşmalar yapmak, İngiliz özel finans teşebbüsünde olduğu gibi, kamu kurumlarında özel yatırımların yapılması vb. uygulamalardan oluşmaktadır. Tekrarlamak gerekirse, bu politikalar nerede olursa olsun doğrudan özelleştirmeye yol açmasa bile aslında, kamunun özel sınırlarının "kaybolmasına" neden olmaktadır (WHO.; 2002a). Bu yüzden uygulanan reformlar, liberalleşmenin önünü açan GATS’ın, yaşama geçirilmesi ile de etkileşim halindedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi’nin belirttiğine göre: "özelleştirme ve özel sektör uygulamalarının amacı ve içeriği hatırı sayılır derecede önemlidir; fakat özelleştirmenin sağlık hizmetleri üzerine etkisi ile ilgili çok az kanıt vardır. Ancak yeni kamu ve özel ortaklığının biçimi ile ilgili suçlamalar ya da olumsuzlar hakkında daha da az kanıt bulunduğu hususu da gözden kaçmamalıdır. Tartışmaların sadece sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile ilgili değil, aynı zamanda özel mülkiyetin kamusal mülkiyeti nasıl etkilediği ile de ilgili olması gerekmektedir" (WHO.; 2002a).

Geçiş Aşamasındaki Ülkeler

Geçiş aşamasında olan ülkeler ise hızlı bir yeniden yapılanma süreci içerisinde olduklarından, bambaşka önemli sorunlarla karşılaşmaktadır. Geçiş aşamasındaki ülkelerde sağlık hizmetine olan gereksinim artarken, sağlık kaynakları azaltılmaktadır. Ülkeler arasında önemli farklılıklar olmasına karşın, genel olarak 1980’li yıllardan itibaren tüm Sovyet tipi ülkeler "Semaşko sağlık modelini" terk etmeye başlamıştır (Healy, J., McKee, M.;2001, Ho, T, Ali-Zade, N.;2001). Eski Sovyet ülkelerinde uygulanan özelleştirmeci ve ticarete dayalı politikalarından ilk etkilenen sağlık kurumu hastaneler olmuştur. Bu ülkelerde hastane yatak sayıları Avrupa Birliği ülkelerine göre düşmeye başlamıştır (WHO.;2002b). Uluslararası Para Fonu(IMF) ve DB programlarına göre uyarlanan batı tipi sağlık sistemi ile ilgili reformların bu ülkeler için iyi olduğuna dair hiç bir kanıt bulunmamaktadır. Healy ve McKee (2001) konu ile ilgili görüşünü şu şekilde ifade etmektedir: "piyasa modeli politikalar, düzenleyici piyasa ekonomileri ve güçlü sivil kurumları olan yüksek gelirli ülkelerde uygulanabilir; ancak bu koşullar Doğu Avrupa için uygun olmayabilir. ...DB, IMF vb. uluslararası kurumlar her bir ülkenin kurumsal yapıları, kapasiteleri ve örgütlenmeleri vb. konularda çok az bilgiye sahip olmasına karşın; çok şey önermektedir. Bu ne kadar doğrudur".

Eski Sovyet ülkelerinde uygulanan sağlık reformları ile ilgili dört eğilim mevcuttur (ILO., PSI.; 2001). İlki, özellikle hastanelerde sistemin merkezileşmekten yerel yönetimlere devrini ifade eden desantralizasyondur. Desantralizasyon, eski hiyerarşik yapıyı parçalayıp, daha işlevsel hale gelmesini amaçlarken, McMenamin ve Timonen’in (2002) de ifade ettiği gibi, gücün merkezden alınıp yerel yönetimlere devredilmesi için komünist sistemden parçalı sisteme geçilmiştir. İkincisi hemen hemen tüm eski Sovyet ülkelerinde mevcut olan merkezi kaynak tahsisatından, sosyal sigortaya ya da "Bismarckçı sağlık sistemine" geçiştir. Yeni oluşturulan sosyal sigorta şirketleri geri ödeme çıktılarını arttırmakta, özel sağlık kurumları ile anlaşmalar yapılmasının önünü açmaktadır (Harding, A.;2003). Üçüncüsü, formel kullanıcı ödentileri, özellikle cepten ödemelerin artmasıdır. Bütçeleme içerikleri, sağlık çalışanlarının düşük ücretlendirilmesi diğer olumsuz sonuçlardır. Bu ülkelerde reformların öngördüğü sağlık sistemi, informal ödemeleri ortadan kaldırmada başarısız girişimlerle karşı karşıya kalmıştır. Dördüncüsü farmasötikler, dış hizmetleri vb. bazı hizmetlerin doğrudan özelleştirilmesidir. Polonya vb. ülkelerde birinci basamak sağlık çalışanları devletin çalışanı iken, yeni sağlık fon sistemleri ile kendi kendisinin patronu olmuştur (Harding, A.;2003, McMenamin, I, Timomen, V.;2002). Hastaneler genel olarak kamu mülkiyeti altında iken, sağlık hizmetinin sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması ile özelleştirme uygulamaları daha kolay gerçekleşmektedir. McMenamin ve Timonen (2002) Polonya’da sıklıkla kamu olanakları ya da informal uygulamalar kullanılarak, yeni hastanelerin, kliniklerin kurulması ile özel hastane sayısının, özel sağlık kurumları arttığını belirtmektedir. Ayrıca temizlik, yemek gibi bazı destek hizmetleri özel sektöre

devredilmektedir (ILO, PSI; 2001). Reforme edilmiş sistemlerdeki sorunlar ve finans yetersizliği, özel sektörün boyutunun genişlemesine yol açmaktadır. Bu durum karşısında insanlar kamunun yararsızlığı ve özel sektörün gerekliliği konusunda bir yanlısıma içine girmektedir (ILO., PSI.; 2001, McMenamin, I, Timomen, V.;2002). Bunların dışında, kamu hastanelerinde özel sağlık hizmeti sunmak isteyenlere kredi olanakların tanınmasıyla, pek çok kamu hastanesi boş durmaktansa, özel sektöre satılabilmek için sıraya girmektedir. Bunun için hastanelerin ilk başvurduğu şey, görünümüleri ile ilgili biçimsel (boya, gösterişli ışıklı levhalar vb.) onarımlar yapmaktadır (Ho, T, Ali-Zade, N.;2001). Oysa bu biçimsel yenilenme ve teknoloji, sıklıkla kullanışsız ve kısa ömürlüdür.

Gelişmekte Olan Ülkeler

Gelişmekte olan ülkeler sağlık sistemlerini inşa etme sorunu ile karşı karşıyadır. Özel sektör bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin tüm alanında yaygındır. Ancak birinci basamak hizmetleri ve tedavi edici hizmetler, görece daha düşük sermayeye ihtiyaç duyması, bu hizmetlerin fazla oranda talep edilmesi, sağlık çalışanlarının daha niteliksiz ve geleneksel uygulayıcılar olması ve hastaların aldığı hizmet karşısında bir bedel ödememe konusundaki gönülsüzlüğü nedeniyle sermaye sınıfı için özelleştirmede öncelikli hizmetlerdir (Harding, A.;2003, Hanson, K., Berman, P.;1998). Hastanelerin kamusal finansmanı doğrudan devlet tarafından desteklenmesi nedeniyle, hastaneler özel sermayenin daha az talep ettiği kurumlar olmuştur. Eğitimli sağlık çalışanı sayısının az olması, sermayeye ulaşım gücünün gibi nedenler de özel sektörün hastanelerden uzak durmasını sağlayan diğer faktörlerdir. Bu ülkelerde özel sağlık sigortacılığı gelişmediği için, özel sağlık harcamaları temel olarak cepten ödemelerle yapılmaktadır. Maliyetler sigorta planları ile birikmezse, hastane hizmetlerini karşılamak pahalı olması nedeniyle, özel sektör için küçük ölçekli ayaktan tedavi edici sağlık kurumları daha cazip olmuştur (Chakraborty, S., and Harding, A. ;2004).

Özel hastaneler için etkili talep; özel sigorta mekanizmaları, DB desteği ve özel sektörün kamu ile yaptığı anlaşmalar ile yaratılırsa, arz içerikli zorluklar aşılabilecek, yabancı yatırımcılar için talep edilebilir olacaktır. Bu engellerin mevcut düzenlemelerle-reformlarla da GATS ile aşılabileceği önemli bir tartışma konudur. Bununla birlikte, Wieners (2001) kitabında konu ile ilgili düşüncesini şu şekilde belirtmektedir: "sağlık hizmetlerinin temel amacı, uluslararası sağlık piyasasında profesyonelleşmeye temel bir bilgi sağlamaktır".

Afrika bu özelliklere sahip olmayan tek kıtadır. Kamaranayake ve Lake'nin (2002) de ileri sürdüğü gibi, Afrika'da sağlık piyasasında özel sektör formal ve informal aktiviteleri elinde topladığı için formal özel şirketler genişlerken, informal uygulamalar terk edilmektedir.

1980'li yılların sonu ve son uygulamalar ile ilgili güncel verilerin sınırlılığı olmasına rağmen, Hanson ve Berman'ın çalışması (1998), gelişmekte olan ülkelerdeki özel sektörün

geniş ölçüde değerlendirilmesini sağlamıştır. Onların çalışmasında bir milyon nüfusa düşen kar getiren ve kar getirmeyen sektörde çalışan hekim sayısı Burundi'de 2 iken, Şili'de 657-213 arasında değişmektedir. Tüm hekimlerin içinde özel hekim oranı ise %55'tir. Bir milyon nüfusa kar getirici özel yatak sayısı 305'tir ve bu sayı toplam yatakların %21'ini oluşturmaktadır. Bu çalışmada ayrıca özel sağlık kurumları içinde ayaktan tedavi edici sağlık sektörünün yoğunlaştığı saptanmıştır (Hanson, K., Berman, P.;1998).

Hanson ve Berman'ın (1998) kanıtı, özel hekim arzının, hekim ücretinin esnekleşmesine yol açtığını göstermektedir. Yine aynı çalışmada buna karşın, kar getirici yatakların payı ile hekimlerin ücreti arasında pozitif bir ilişki, kamu ve özel karışımı kurumlar ile hekimlerin ücreti arasında ise zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur. Hanson ve Berman'ın kanıtı çok tartışmalı olmasına rağmen, özel sektör geliri arttırmaya dahi, kesin olan bir şey vardır; o da özel sektörün artmasıdır. Bu yüzden bizler, ülke ekonomileri geliştikçe, özel sektörün ölçeğinin de artacağını düşünürüz. Hanson ve Berman (1998) aynı zamanda uzun yaşam beklentisinin ve yaşlı nüfusun artması ile özel hekim ve özel yatak sayılarının artışı ile de bir ilişki olduğunu saptamıştır. Her iki faktörün bulunması, özel sektörün büyük sağlık şirketleri tarafından sağlık hizmetleri ve sağlık ile ilgili mal piyasası genişleyeceği için Çin'de hedeflenen faktörlerdir. Hanson ve Berman (1998) gelişmekte olan ülkelerde gelir özel sektörün artışını açıkladığı için, özel sigorta genişlerken, sağlık finansmanı ve hizmet sunumunda kamu ve özel karışımı kurumlar bulunması arasında tanımlanamayan bir ilişki olduğunu da belirlemiştir.

Hindistan tipik bir gelişmekte olan ülkedir ve kamu sağlık sistemi topluma parasız sağlık hizmeti sunmaktadır. Ancak, artık kamusal sağlık sistemi toplumun gereksinimlerini karşılayamamaktadır. Buna karşın, Hindistan özel hastane sektörünün ülkede uygulanması için harcadığı çaba nedeniyle tipik bir ülkedir (Kahn, H.A., and Ware, M.;2001). Bu ülkede uluslararası kurumların önerileri çerçevesinde kamusal harcamaların kısıtlanması, özel sektöre teşviklerin artırılması ve orta sınıfın büyümesi, özel hastane sektörünün dramatik bir biçimde genişlemesine yol açmıştır. Hindistan hastanelerindeki özel yatak oranı, 1973 yılında %28 iken, 1996 yılında %61 olmuştur (Baru, R.V.;2002). Özel sektördeki bu gelişme, daha çok kentsel bölgelerde yaygındır. Ancak son zamanlarda bu özel hastaneler kent dışındaki bölgelerde seyrekte olsa görülmeye başlamıştır. Bu yüzden Hindistan hem pratisyenlerin yurt dışına göç etmesi, hem de yabancı şirketler tarafından hizmetlerin tüketilmesi açısından tamamen bir ihracatçı ülkeye en iyi örnektir (Chanda, R.;2001). Bu eğilimler sonucunda, özel hastaneler genellikle yurt dışına giden pratisyenler tarafından kurulmuş ya da bu kişiler hastanelerin patronları olmuştur (Baru, R.V.;2002). Böyle olunca Hindistan'dan yurt dışına giden pratisyen hekimler, özel hastane kurma vb. umutlarla hızlı bir biçimde ülkelerine geri dönmeye başlamıştır. Ayrıca Hindistan'da büyük şehirlerde gerekenden daha

büyük kapasiteli özel sağlık kurumları kurulduğu için hükümet, yabancılar için ucuz ve daha nitelikli sağlık insan gücünden hizmet alınabilmesi açısından cazip olan "sağlık turizmini desteklemektedir. Hindistan, yeni hastaneler kuran çokuluslu şirketler sayesinde, yabancı yatırımcılar açısından ilgi gösterilen bir ülke haline gelmiştir. Bazı Hindistan hastaneleri, dış yabancı yatırımlar sayesinde yurt dışında bile çoğalmaktadır. En büyük ve ilk Hindistan hastane grubu Apollo'dur. Bu şirket Sri Lanka, Nepal ve Malezya'da dahi 15 yeni hastane açmayı planlamaktadır (Chanda, R.;2001).

Hindistan'daki mevcut değişim, sağlık hizmetlerini piyasaya yönlendiren gelişmekte olan ülkeler için özel bir soruna işaret etmektedir. Bu sorun, gelişmekte olan ülkelerdeki ekonominin istikrarsız olmasıdır. Ekonominin diğer sektörleri ile sağlık hizmetlerinde uluslararası ticareti olmayan ülkelere, uluslararası ekonomi ulusal ekonomilerden daha önemli ve etkilidir. Azgelişmişlik ya da bağımlılık teorileri ekonominin kilit sektörleri ile ilgili bazı detaylarda bu eğilimi açıklamaktadır ve benzer durum sağlık hizmetleri için de geçerlidir (Cardosa, F.H.;1972). Örneğin, Hindistan gibi sağlık turizminin aktif olarak geliştiği ülkelerde varlıklı yabancı şirketler, ayrıcalıklı ve önceliklidir ve kamudan özel sektöre doğru "iç beyin göçü" zinciri kurmaktadır (Chanda, R.;2001). Bu yüzden hükümetler sağlık hizmetlerinde ticaretin yararlarından faydalanmayı amaçlamaktadır.

IMF, DB gibi uluslararası kurumlar, tipik olarak gelişmekte olan ülkeleri etkilemektedir ve bu kurumlar hükümetleri etkileme mekanizmaları olarak kullanılmaktadır. Böylece bu kurumlar özelleştirmeye katkıda bulunmuş olmaktadır (Hall, D., and de la Motte, R.;2004). Uluslararası kurumlar yoluyla gelişmiş kapitalist ülkelere gelişmekte olan ülkelere önemli oranda özelleştirmeci politikalar transfer edilmektedir. Bu uygulamalar dar anlamda uluslararası kurumlar tarafından gelişmekte olan ülkelere dayatılan politika reçeteleri, geniş anlamda ise 1980'li yıllardan bu yana neoliberalizmin ve yapısal uyum programlarının sağlık hizmetlerine olan yansımalarıdır (Brugha, R., and Zwi A.;2002). Bu politikalar, hem kullanıcı ödentilerini ve kamu mülkiyetli hastanelerin yerleştirilmesini hem de hizmetin finansmanı ile ilgili uygulamaları içermektedir. Buna karşın McPake (2002) gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre hastanelerin daha fazla oranda yerleştiğini ileri sürmektedir.

Latin Amerika'da piyasa yönelimli Amerikan managed care kurumları ve küresel sigorta şirketleri yoluyla özel sigortanın rolünün artması ile özelleştirme desteklenmektedir (Cruz-Saco, M.A, and Anil, C.G.;2002, Barrientos, A. And Lloyd- Sherlock, P.;2002;). Gelişmekte olan ülkelerde özel sektör, gelişmiş ülkelerin ve uluslararası kurumlar tarafından desteklenmesine rağmen, özel sektörü düzenleme konusunda gelişmiş ülkeler daha etkin olmaktadır (Kamaranayake, L., Lake, S.; 2002, Buse, K.;2002).

TARTIŞMA: Özel Sektöre Dayalı Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Ticaret

Bu makalede karşılaştırmalı olarak ülkelerin sağlık hizmeti piyasaları ve özel sağlık hizmetlerinin boyutu kanıtı dayalı bir biçimde incelenmiştir. Bulgular, sağlık hizmetlerinin tipine göre özel sektörün yer alma şeklinin farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Örneğin, bazı ülkelerde ayaktan tedavi edici sağlık hizmetleri, dış hizmetleri, ilaç-eczacılık hizmetlerinde özel sektörün hakimiyeti söz konusudur. Son yirmi yıldan daha uzun bir süreden beri hükümetlerin ve uluslararası kuruluşların ekonomik politikalarının ısrarcı tutumlarına rağmen, özel sektörün sağlık hizmetlerindeki ağırlığı beklenenden daha yavaş olmaktadır. Buna karşın, ülkelerde sağlık piyasasının mevcut olması, sağlık hizmetlerinin uluslararası düzeyde ticarileşmesine olanak tanımaktadır ve bu durum ile ilgili veri oldukça zengindir (Timmermans, K.;2004). Konu ile ilgili ülkelerin verileri incelendiğinde, bu durumun orta vadede gerçekleşen bir değişim olduğu görülmektedir (Shaffer, E.R., and Brenner J.E.;2004). Sağlık sektöründe uluslararası ticaret düzeyi diğer sektörlerden daha düşük olmasına rağmen, yakın gelecekte sağlık sektöründe de ticaret hızlanacaktır.

GATS uzun vadede sağlık hizmetlerinin ticarileşmesini kolaylaştıracaktır. Çünkü GATS ticari taahhütleri ile ülkelerin belirli sektörlerinde liberalleşmeyi kolaylaştıracaktır. Bu makalenin boyutunu da aşan bir çerçeve olmasına karşın, GATS'ın sağlık hizmetleri üzerine olası etkisi oldukça tartışmalı bir konudur (Timmermans, K.;2004, Shaffer, E.R., and Brenner J.E.;2004, Price, D., Pollock, A.M., and Shaoul, J.;1999, Sexton, S.;2001). Adlung ve Carzaniga (2002) GATS'ın sağlık sektörü ile ilgili taahhütlerin ülkeden ülkeye farklılık gösterdiğini; fakat, GATS'ın eğitim sektörü dışındaki tüm sektörlerde daha az bağlayıcı olduğunu ifade etmektedir. Daha fazla hizmet sektörlerinde belirleyici olacak olan GATS taahhütlerinin, görüşmelere bağlı olacağı unutulmamalıdır. Mevcut Doha Raundu toplantılarında sağlık hizmetlerinin liberalleşmesi için bir endüstrisi olması konusunda herhangi bir açıklık bulunmamaktadır (Adlung, R., and Carzaniga, A.;2002). Fakat ABD Sanayi Hizmetleri Koalisyonu, ABD şirketlerinin sağlık hizmetlerinin hakim olduğu yerlerde sağlık piyasasını genişletebilmesi için GATS anlaşmalarını kullanma niyetinde olduğunu açıklamaktadır (Sexton, S.;2001).

GATS'ın su hizmetleri ile ilgili taahhütleri, özel sektörün neyi ne zaman hedeflediği konusunda bizlere iyi bir örnekler sunmaktadır. Doha Raundu görüşmelerine dayalı olarak gelişmiş ülkeler özellikle AB ülkeleri, gelişmekte olan ülkelerde uygulanan IMF ve DB reçetelerinden güç alarak, su hizmetlerinin özelleştirmesini talep etmektedir (Hall, D., and de la Motte, R.;2004, WDM.;2003a, WDM.;2003b). Su hizmetlerinin hem toplumsal sağlıkta önemli bir rol oynaması nedeniyle bundan sonraki aşamalarda neler olacağını yakından izlemek hepimiz için oldukça önemlidir. Benzer süreç sağlık hizmetleri için de söz konusu olabilir. GATS, sağlık hizmetlerinin finansında

özel sigortacılık sistemine geçilmesinde etkili olacaktır (Lipson, D.J.;2001, Sbarbaro, J.A.;2000). GATS'ın taahhütleri yakın gelecekte sağlık hizmetlerinin ticarileşmesinin boyutunu genişleteceği için, konu ile ilgili gelişmeleri yakından izlemek oldukça önemlidir (Chanda, R.;2001).

Ayrıca, Batı refah ülkelerinde olduğu gibi, sağlık hizmetlerindeki özelleştirmenin büyüme üzerine görece küçük değişikliklere yol açacağı ileri sürülse de, gerçekte, politik ortam tümüyle değişecektir. Biz bu konuda daha fazla ampirik veri (vaka çalışmaları, geniş boyutlu istatistikler) elde edersek, uluslararası sağlık piyasasının gelişimi konusundaki eğilimleri fark ederek, hem ulusal hem de uluslararası düzeyde seyreden sürecin politik yönelimini daha kolay anlayabiliriz. Aslında biz uzun süreden beri IMF, DB gibi uluslararası kuruluşların sağlık sektörü üzerine etkisini yakından gördük. DB geçiş ülkelerindeki değişimlerde önemli bir rol oynamıştır ve eğilim, gelecekte de bu kuruluşların ekonomik ve politik etkisinin benzer düzeyde olacağını göstermektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde uluslararası kuruluşların etkisi, özel sektörün sürekli geliştirilmesi yönündedir. DB, IMF gibi uluslararası kuruluşlara göre, gelişmekte olan ülkelerde refah devleti henüz kurulmadığı için özel sağlık sektörünün yaygınlaşması kolaylaştırılmalıdır (Deacon, B.;2000). Geçiş aşamasında olan ülkeler, sosyal sigorta sistemi olan batı Avrupa ülkelerini takip etmektedir. Fakat bu ülkelerde reformlar, kaynak bulma güçlüğüne yol açtığından, sağlık hizmetleri kullanımı açısından diğer ülkelere göre daha büyük oranda eşitsizlikler görülmeye başlanmıştır.

Blomqvist (2004) özel sektör ile ilgili düşüncesi özetle şu şekilde belirtmektedir: "bir ülkede özel sektör bir kez başlayınca, ne yazık ki giderek artmaktadır". Adlung ve Carzaniga (2002) ise GATS'ın tek başına önemli olmadığını ve liberalleşme ile birlikte ele alınması gerektiğini belirtmektedir. Bu yazarlar, ayrıca GATS'ın yerel olarak başardığı şeyin taahhütlerin bağlayıcı yasalara dönüşmesi olduğunu ve bunun pek çok ülkeyi ilerleyen zamanlarda etkileyeceğini belirtmektedir. Sağlık sistemindeki mevcut reformlar, uluslararası düzeyde ticari serbestleşme sağladığında ise sağlık hizmetleri uzun vadede daha da etkilenecektir. Bu eğilimler göz önüne alındığında, politika analizcileri sağlık sektöründe sosyal politikaları sürdürmenin bir aracı olan kamusal sağlığı savunmalıdır. Sağlıkta özelleştirme ve uluslararası ticaret nerede olursa olsun, eşitliği ve kaliteyi gerçekleştirmek ve buna ilişkin etkili düzenlemeler yapmak temel amaç olmalıdır.

KAYNAKLAR

Adlung, R., Carzaniga, A. (2002) Health services under the General Agreement on Trade in Services. I Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspectives, N. Drager and C. Viera, pp. 13-33. Pan

American Health Organization/World Health Organization, Washington D.C.

Amderson, G.F.,(2001) Hussey, P.S. Trends in expenditures, access and outcomes among industrialized countries. In Global Health Care Markets: A Comprehensive Guide to Regions, Trends and Opportunities Shaping the International Health Arena, ed. W.W. Wiens pp. 24-40. Jossey-Bass, San Francisco.

Barrientos, A., (2002) and Lloyd-Sherlock, P. Health insurance reforms in Latin America: Cream skimming, equity and cost-containment. In Social Policy Reform and Market Governance in Latin America, ed. L Haagh and C. Helgo, pp. 183-199. Palgrave MacMillian, Basingstoke, U.K.

Baru, R.V. (2002) Privatisation of health services in South Asia. Paper presented at the Globalism and Social Policy Program Seminar No:5, Emerging Global Markets in Social Policy Protection and Health, Dubrovnik, September 26-28.

Birch, I Boxberg M.V. (2004) The international market for medical services: The UK-Germany Experience. Anglo-German Foundation for the Study of Industrial Society, London.

Blomqvist, P. (2004) The choices revolution: Privatization of Swedish welfare services in the 1990s. Soc. Policy. Adm. 38(2):139-155.

Brugha, R., Zwi, A. (2002) Global approaches to private sector provision: Where is the evidence? In Health Policy in Globalizing World, ed. K Lee, K. Buse, and S. Fustikian, pp. 63-77. Cambridge University Press, Cambridge.

Buse, K., et al. (2002) Globalization and health policy: Trends and opportunities. In Health Policy in a Globalizing World, ed. K. Lee, K. Buse, and S. Fustikian, pp. 251-280. Cambridge University Press, Cambridge, 2002.

Busse, R., (2002) van der Grinton, T., and Svensson, P. Regulating entrepreneurial behavior in hospitals: Theory and practice. I Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems, ed. R.B. Saltman, R Busse, and E. Mossialos, pp. 126-145. Open University Press, Buckingham, UK.

Cardoso, F.H. (1972) Dependency and development in Latin America. New Left Rev. July/August, p.74.

Chakraborty, S., Harding, A. (2003) Conducting a private health sector assessment. In Private Participation in Health Services, ed. A. Harding and A.S. Preker, pp. 75-156. World Bank, Washington D.C.,.

Chanda, R. (2001) Trade in health services. Working Paper WG 4:5 of the Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization, Geneva.

Cruz-Saco, M.A., Anil, G.C. (2002) Global insurance companies and privatisation of pensions and health care in Latin America: The case of Peru. Paper presented at the Globalism and Social Policy Program Seminar No.5, The Emerging Global Markets in Social Protection and Health Dubrovnik, September 26-28.

Deacon B. (2000) Globalization and social policy: The threat to equitable development. Occasional paper No. 5 United Nations Research Institute for Social Development, Geneva.

Docteur, E., (2003) Oxley, H. Health-care systems: Lessons from the reform experience. OECD Health Working Papers 9. OECD, Paris.

Hacker, J. (2004) Review article: Dismantling the health care state? Political institutions, public policies and the comparative politics of health reform. *British Journal of Politics Science.* 34:693-724.

Hall, D., de la Motte, R. (2004) Dogmatic development: Privatisation and Conditionalities in Six Countries. Public Services International Research Unit/War on Want, Greenwich, U.K.

Ham, C. (1997) Management and Competition in the NHS. Ratcliffe Medical Press, Abingdon, UK., 1997.

Hanson, K., Berman, P. (1998) Private health care provision in developing countries: A preliminary analysis of levels and compositions. *Health Policy Plan* 13(3):195-211, 1998.

Harding, A. (2003) Introduction to private participation in health services. In *Private Participation In Health Services*, ed. A. Harding and A.S. Preker, pp. 7-14. World Bank, Washington, D.C.

Healy, J., McKee, M. (2001) Reforming hospital systems in turbulent times. *EurHealth* 7(3):2-7.

Ho, T., Ali-Zade, N. (2001) Eastern European hospitals in transition. *EurHealth* 7(3):8-14.

Holdan, C. (2003) Actors motives in the internationalization of health business. *Business and Politics* 5(3):287-302.

Holden, C. (2002) British government policy and the concretion of ownership in long term care provision. *Ageing and Society* 22:79-94.

Holden, C. (2005) Investigating international health markets: Methodological problems and challenges. *Social Policy Society* 4(4), (in pres).

Holden, C. E (2005) The internationalization of corporate healthcare: Extent and emerging trends. *Competition and Change* 9(29):201-219,.

International Labor Organization (2001) /Public

Services International. Health Care Privatization: Worker's Insecurities in Eastern Europe. Report of workshop held in Geneva, December 6-7, 2001. Geneva.

Kahn, H.A., Ware, M. (2001) Critical issues in evaluating global markets. In *Global Health Care Markets: a Comprehensive Guide to Regions, Trends, and Opportunities Shaping the International Health Arena*, ed. W.W. Wieners, pp. 43-51. Jossey-Bass, San Francisco.

Kumaranayake, L., Lake, S. (2002) Regulating in context of global health markets. In *Health Policy in a Globalizing World*, ed. K. Lee, K. Buse, and S. Fustukşan, pp.78-96. Cambridge University Press, Cambridge.

Lipson, D.J. (2001) GATS and trade in health insurance services. Working Paper WG 4:7 of the Commission on Macroeconomics and Health. World Development Movement Briefing. London, 2003., Geneva.

Lofreng, R. (2002) The Swedish Healthcare System: Recent Reforms, Problems and Opportunities. Public Policy Sources No.59. Fraser Institute, Vancouver.

MacPake, B. (2002) The globalization of health sector reform policies: Is "lesson drawing part of the process? In *Health Policy in a Globalizing World*, ed. K Lee, K. Buse, and S. Fustikian, pp. 120-139. Cambridge University Press, Cambridge.

Majone, G. (1994) The rise of the regulatory state in Europe. *Wst. Eur. Pol.* 17:77-101.

McMenamin, I., Berman, P. (2002) Poland's health reform: Politics, markets and informal payments. *J. Social Policy* 31(1):103-118.

Organization for Economic Cooperation and Development. A system of health accounts. Paris, 2000.

Preker, A.S., Harding, A. (2003) (eds). *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals.* World Bank, Washington D.C.,.

Price, D., Pollock, A.M., Shaoul, J. (1999) How to World Trade Organization is shaping domestic policies in health care. *Lancet* 354:1889-189.

Saltman, R.B., Busse, R. (2002) Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: Theory and practice. In *Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems*, ed. R.B. Saltman, R. Busse, and E. Mossialos, pp. 3-52. Open University Press, Buckingham, UK,.

Sbarbaro, J.A. (2000) Trade liberalization in health insurance: Opportunities and challenges- The Potential Impact of Introducing or Expanding the Availability of Private of the Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization, Geneva.

Sekhri, N. (2001) United States of America. In global health care markets: A Comprehensive Guide to Regions, Trends and Opportunities Shaping the International Health Arena, ed. W.W. Wieners, pp.38-399. Jossey-Bass, San Francisco, 2001.

Sexton, S. (2001) Trading health care away? GATS Public Services and Privatisation. Corner House Briefing 23. Corner House, Sturminster Newton, UK.

Shaffer, E.R., Brenner, J.E. (2004) International trade agreements. Hazards to health. Int. J. Health Services. 34(3):467-481.

Steward, A. (1999) Cost-containment and privatization: An international analysis. In Market Limits in Health Reform: Public Success, Private Failure, ed. D. Drache and T. Sullivan. Routledge, London,.

Timmermans, K. (2004) Developing countries and trade in health services. Which way is forward? Int. J. Health Services. 34(3):453-466, 2004.

Wieners, WW. (2001) (ed.). Global Health Care

Markets: A Comprehensive Guide to Regions, Trends, and Opportunities Shaping the International Health Area. Jossey-Bass, San Francisco.

World Development Movementa. (2003) Requesting the Earth: Revealed- The EU's Plans to Secure the Services Sale of the Century. World Development Movement Briefing. London.

World Development Movementb. (2003) GATS: From Doha to Cancun. World Development Movement Briefing. London, 2003.

World Health Organizationa. (2002) The role of the private sector and privatization European health systems. Document for the WHO Regional Committee for Europe, fifty-second sessions, September 16-19, 2002. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.

World Health OrganizationB. (2002) Health Status Health Status Overview for Countries of Central and Eastern Europe That Are Candidates for Accession to the Europe, Copenhagen.