



A: Tümüyle Kapitalist Ülkeler

AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ SAĞLIK SİSTEMİ

Dr. Bülent KILIÇ*

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) sağlık sisteminin, sahip olduğu temel özelliklerden birisi, hizmet alanlara bir çok seçeneği sunabilmesidir. ABD'de hastalar, özel sigortalardan, özel sağlık organizasyonlarına kadar çok geniş bir yelpazede, kendilerine uygun olan hizmeti, hekimi ya da hastaneyi seçebilirler. Burada dikkat edilmesi gereken nokta sistemin çoğunlukla "özel" (kâr amaçlı ya da değil) nitelikteki yapılanmalarla yürütüldüğüdür. Bu durumda da hizmet onu alabilecek güçte olanlara ulaştırılabilmektedir. Gelir düzeyi bu tip organizasyonlara ulaşmakta yetersiz kalanlara yönelik düzenlenen "devlet desteği" ise istenen düzeyde değildir. ABD sağlık sisteminin en çok eleştiri alan yönü budur. Eleştiri alan diğer bir yönü ise sağlık harcamalarının akıl almaz boyutlardaki yüksekliğidir. Tüm ülkeler içinde sağlığa en çok para harcayan ülke olan ABD, bu durumdan kurtulmanın çarelerini aramaktadır.

I — ABD'de SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ:

1. Birinci Basamak Tedavi Edici Hizmetler:

ABD için birinci basamak sağlık hizmetleri tanımlaması bazı yanlış anlamalara yol açabilir. Çünkü ABD sağlık sisteminin kendisine özgü karmaşık yapısı içinde ve hastalara tanıdığı özgürlükler nedeniyle düzenli bir basamaklanma ve sevk zinciri yoktur. Tedavi edici hizmetler dışındaki birincil sağlık hizmetleri, ayrı örgütler aracılığıyla ve "Halk Sağlığı Hizmetleri" adı altında verilmektedir (çevre sağlığı, okul sağlığı, aşılar vb koruyucu sağlık hizmetleri). Dolayısıyla ABD için birinci basamak diye adlandırabileceğimiz yapı, insanların hastalandıklarında gidebilecekleri özel hekim muayenehaneleri ya da hastanelerden oluşmaktadır.

ABD'de 615.421 hekim vardır ve 1990 yılı rakamlarına göre bir hekime düşen nüfus 404'dür. Hekimler haftada ortalama 48 saat çalışmakta (bu saat asistanlarda 70-80 saate kadar çıkmaktadır) ve haftada ortalama 121 hasta bakmaktadır.

Hekimlerin yaklaşık %40'ı birinci basamak tedavi edici hizmetlerde çalışırlar. Bu hekimler çoğunlukla dahiliye, pediatri, kadın doğum, genel pratisyen ya da aile hekimi dallarındadır. Hekimler tek başlarına çalışabilecekleri gibi, birden fazla uzman hekim biraraya gelip grup şeklinde de hizmet verebilir. Son zamanlarda grup uygulaması daha çok artmıştır ve bu uygulama genç hekimler arasında daha yaygındır.

* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Arş. Gör.

Hastalar muayene oldukları hekimler tarafından bir üst basamağa sevk edilebilecekleri gibi, kendileri de bir başka doktora, ya da bir üst basamağa başvurabilirler. Ancak doğaldır ki bu uygulama hastanın sahip olduğu sigorta poliçesi ve anlaşmalı hekimler listesi ile sınırlıdır.

2. Sağlık Organizasyonları:

Bu deyim son zamanlarda yaygın olarak kullanılmaya başlayan ve yeniden düzenlenmiş bazı özel nitelikli sağlık organizasyonlarını tanımlamaktadır. Bu organizasyonlar kâr amaçlı değildir ya da böyle bir iddiaları vardır. Sağlık harcamalarındaki aşırı artış nedeniyle geliştirilen yeni düzenlemelerdir. Bir çok çeşidi olmasına rağmen günümüzde en yaygın olanları iki tiptir; Sağlığa Destek ve Tercihli Hizmet Organizasyonları:

a) Sağlığa Destek Organizasyonları (Health Maintenance Organizations, HMO):

En önemli özelliği, bireysel sağlık sigortalarında kullanılan hizmet başına ödeme yerine, çoğunlukla kişi başına ödeme sistemine dayanmasıdır. Böylece bakılan hasta sayısı, ya da yapılan girişimlerden bağımsız olarak, kayıtlı olan nüfus başına belli ödeme planları içermektedir. 1970'li yıllardan başlayarak giderek değer kazanmaktadır. 1981 yılında 243 HMO'ya kayıtlı 10.3 milyon nüfus, 1991 yılında 550 HMO ve 38.6 milyon nüfusa erişmiştir ve bu miktar ABD nüfusunun %15'inden fazlasıdır. Eyaletlere göre değişen oranlarda etkinliği vardır. En fazla yaygın olduğu California'da nüfusun yaklaşık üçte birini kapsamaktadır.

HMO hizmetini alıp almamak kişinin kendisine bağlıdır ve eğer bir HMO'ya girmek istiyorsa belli bir, aylık prim ödemek zorundadır. HMO'lar kendilerine bağlı nüfusun dışında, anlaşmalı oldukları özel sigortalardan hastalarına da sağlık hizmeti sunabilirler. Bir çok özel sigorta hastalarına verecekleri hizmeti HMO veya benzeri organizasyonlardan satın almaktadırlar. HMO'lar da primlerini özel sigortalar aracılığıyla toplamaktadırlar.

HMO'ların değişik tipleri olabilmekle beraber, en sık görülen beş tipi vardır:

i) *Kadrolu Hekim Modeli* : HMO'nun merkezi bir ofisinde çalışan kadrolu hekimleri vardır. Hasta buraya başvurduğu zaman hizmet verirler. HMO'nun kadrolu hekimleri HMO'dan belli bir aylık alırlar.

ii) *Grup Modeli* : HMO, birden çok uzmanın birarada çalıştığı, özel bir hekim grubuyla anlaşır. Bu gruba ödemeler, grubun bakmakla yükümlü olduğu nüfusa göre yapılır. Grup aldığı parayı kendi hekimlerine istediği gibi paylaşabilir.

iii) *Ağ Modeli* : Grup modelinden tek farkı birden fazla özel grupla anlaşma yapılmış olmasıdır.

iv) *Bireysel Hizmet Modeli* : HMO'lar tek tek çalışan özel hekimlerle ya da özel gruplarla anlaşma yapar. En çok kullanılan modeldir ve HMO'ların %60'ı bu şekilde çalışır. Bu hekimler kendi muayenehanelerinde çalışırlar ve HMO dışından hasta da bakabilirler. Ödeme planları hizmet başından, kişi başına kadar değişik tipleri içerebilir.

v) *Açık Uçlu Model* : En son geliştirilen modeldir. Hastalar HMO'nun anlaşmalı olmadığı hekimlere de gidebilirler. Fakat bu durumda masrafların bir kısmına katılmak zorundadırlar.

HMO'ların modelleri de her modelin içeriği de gün geçtikçe değişmektedir. Bu nedenle HMO modelleri içiçe geçmiş ve sürekli gelişen modeller olarak düşünülmelidir.

HMO'ların en başarılı olduğu konu, sağlık harcamalarının azaltmış olmalarıdır. Bu durum hastalar için de son derece uygundur. Örneğin HMO primlerine 1991 yılı içinde sadece %10 zam yapılmıştır. Oysa aynı artış diğer sigorta poliçeleri için %25 dolayında olmuştur.

HMO'ların harcamaları azaltmasının asıl nedeni, hastane kullanımını azaltmasıdır. 65 yaş altı her 1000 kişi için yıllık ortalama hastanede yatış günü 692 gün iken, bu sayı HMO'larda 372 gündür.

Bununla birlikte HMO'ların eleştirilen yönleri de vardır ve bunların başında hekimlerin hastaya yeterli süre ayırmaması gelmektedir. Bunun dışında HMO doktorlarının kırsal alandan gelenlere ve yoksul hastalara iyi bakmadıkları da iddia edilmektedir. Diğer eleştiriler, HMO'ların tüm toplumu temsil etmediği yönündedir. HMO katılımcılarının daha genç ve sağlıklı oldukları, bu nedenle harcamaların ve ameliyatların düşük olduğu ileri sürülmektedir.

b) Tercihli Hizmet Organizasyonları (Preferred Provider Organizations, PPO):

1980'li yıllardan beri çoğalmaya başlamıştır. HMO'larla rekabet halinde çalışırlar. PPO hastalarının iki seçeneği vardır: Eğer PPO'ya dahil, yani tercihli hekimlere giderlerse hiç ücret ödemezler. Bu muayenelerin ücreti sabittir ve PPO tarafından karşılanır. Eğer hasta PPO dışından bir hekime giderse, ücretin %10-20'sini karşılamak zorundadır.

PPO'ların anlaşmalı olduğu hekimler de sistem dışından hasta bakmakta serbesttirler. Ayrıca, PPO'lar da HMO'lar gibi, diğer sigorta şirketleri tarafından anlaşmalı olarak kullanılabilirler ve bu şirketlerin hastalarına hizmet sunarlar.

PPO'ların HMO'lardan farkı ise hastaları hekim seçmekte biraz daha özgür bırakmasıdır. Gelecekte PPO'ların ve HMO'ların olumlu yanlarının kombine edileceği yeni düzenlemelerin oluşacağı tahmin edilmektedir.

3. Halk Sağlığı Uygulamaları :

ABD'deki toplum sağlığı ile ilgili uygulamaları üç ayrı düzeyde inceleyebiliriz. Bunlar federal hükümet düzeyi (ulusal düzey), eyalet düzeyi ve yerel düzeydir (kentler).

a) Ulusal Düzeydeki Uygulamalar :

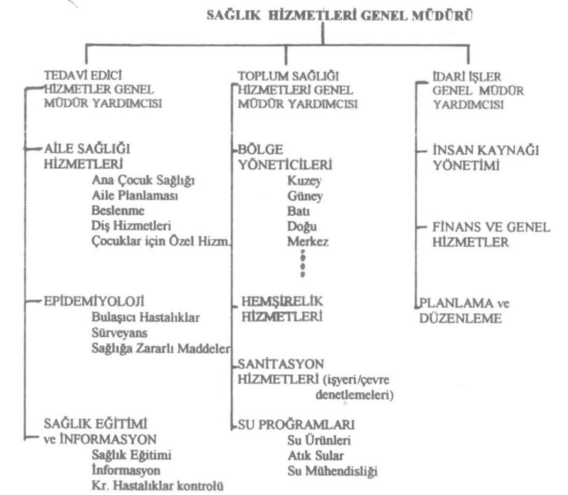
Federal hükümet tarafından tüm ülke için geliştirilen özel politikaları ve ulusal düzeydeki örgütleri içerir. Sağlık Bakanı aracılığıyla, ABD başkanına ve kabineye bağlıdır. Ulusal düzeydeki örgütlenme, eyaletler arasında eşitliği sağlamayı amaçlar. Çünkü eyaletler çoğunlukla sadece ken-

dilerine yönelik programlar hazırlarlar. Kabineye bağlı olarak çalışan Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü, yoksul, yaşlı ve sakatlar için tedavi edici hizmetleri finanse eden bir Finansman Yönetimi bölümü ve 8 ayrı ulusal kuruluş içeren Halk Sağlığı Hizmetleri bölümünü içerir. Bu kuruluşlar: CDC (Centers for Disease Control), NIH (National Institutes of Health), FDA (Food and Drug Administration), HRSA (Health Resources and Services Administration), ADAMHA (Alcohol, Drug, Abuse, Mental Health Ad), AHCPH (Agency for Health Care Policy & Research), ATSDR (Agency Toxic Substances & Disease Registry), IHA (Indian Health Service)dir. Bu örgütler ulusal düzeyde önemler alır ve standartları belirler. Örneğin; CDC (Hastalık Kontrol Merkezi), hastalıklardan korunmak için gerekli önlemleri almaya çalışır; epidemiyoloji, çevre sağlığı, bağışıklama, iş sağlığı vb. birçok alanda programlar geliştirir; FDA (Gıda ve İlaç Yönetimi), ilaçlar, kozmetikler ve gıdalar için standartları belirler; NIH (Ulusal Sağlık Enstitüsü), biomedikal araştırmaları destekler vb.

b) Eyalet Düzeyindeki Uygulamalar:

Yaklaşık 250 milyon nüfus sahip olan ABD'de 50 eyalet vardır. Eyaletlerin sağlık bölümleri kendi bütçelerini yapar, insangücü sağlanması ve sağlık planlarının hazırlanmasını da gene kendileri sağlarlar. Eyalet valisine bağlı olarak çalışan sağlık departmanlarının tipik bir şeması Şekil 1'de görülmektedir.

Şekil 1 : Eyalet Sağlık Departmanı



Kaynak : Buttery (1992) s:1118

Eyalet Sağlık Departmanının başında bir Genel Müdür bulunmaktadır ve bu bölüm eyalet valiliği içindeki Sağlık ve İnsan Kaynakları Sekreterliğinin iki yardımcısından birine bağlıdır.

Eyaletlerin Toplum Sağlığı Hizmetleri Bölümleri kendi içlerinde bölgelere ve alt bölgelere ayrılırlar. Örneğin Virginia eyaletinin 5 Bölgesi ve herbiri en az 100.000 nüfus içeren 36 alt bölgesi vardır.

c) Yerel Düzeydeki Uygulamalar :

Yerel Sağlık Departmanları, kent merkezlerindeki sağlık yönetimleri olup ulusal düzeydeki ve eyalet düzeyindeki halk sağlığı kurumlarının bir kolu gibi işlev görürler ve başlıca üç hizmet verirler:

i) Tedavi Edici Hizmetler : Ana Çocuk Sağlığı, Aile

Planlaması, Okul Sağlığı, Bağımsızlık, Bulaşıcı Hastalıklar, Kronik Hastalıklar, Diş Sağlığı, İş Sağlığı, Hemşirelik Hizmetleri vb...,

ii) **Çevre Sağlığı Hizmetleri** : Atıklar, Su ve havadaki toksik kimyasal maddeler, İşyeri denetimleri, Konut sağlığı, Gıda sağlığı Vektörler, Hayvan Sağlığı vb..

iii) **Destek Hizmetler** : Yönetim, İstatistik, Laboratuvar, Eğitim vb.

Yerel Sağlık Departmanlarında çalışan personel oldukça geniş bir yelpazede olup, halk sağlığı uzmanları, hemşireler, sağlık memurları, diş hekimleri, mühendisler, veterinerler, eğitimciler, laboratuvar teknisyenleri, diyetisyenler ve benzeri sağlık elemanlarını içermektedir.

II - SAĞLIK FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan dört temel grup vardır. Bunlar şöyle sıralanabilir:

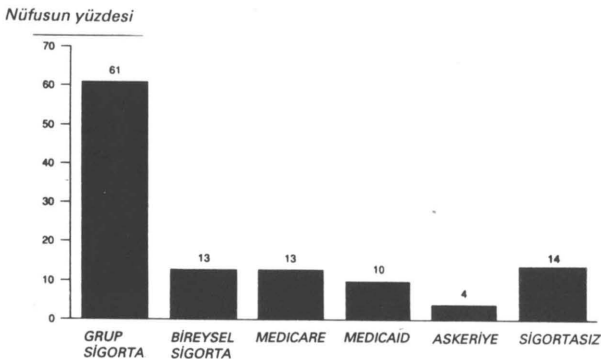
1. Kâr Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri;
2. Blue Cross (Mavi Haç) ve Blue Shield (Mavi Kalkan);
3. Bağımsız Sigorta Planları (Sağlık Organizasyonları için);
4. Kamu Sigortaları (Medicare/Medicaid).

Finansmanı sağlayan sigorta şirketleri, toplumun ancak %86'sını kapsayabilmektedir. Geri kalan %14'lük kesimin ise hiç bir sigortası yoktur. ABD toplumundaki özel sigortalı yüzdesi 1980'li yıllardan başlayarak giderek düşmektedir. 1990'lı yıllarda özel sağlık sigortalı yüzdesi 1960'lı yıllarla eşdeğer düzeye gelmiştir.

Özel sigorta şirketlerinin içinde yer alan, Maviler (Blue Cross-Blue Shield) ve Sağlık Organizasyonları'nın finansmanını sağlayan Bağımsız Sigorta Planları kâr amaçlı değildirler (fakat bu tanım ABD'de oldukça şüphe ile karşılanmaktadır). Özel sigorta şirketleri grubunun %50'sinden fazlasını ise kâr amaçlı özel sigorta şirketleri oluşturmaktadır. Kamu sigortaları içinde ise Medicare ve Medicaid sigortaları vardır. Bunun dışında askeri personel ve bakmakla yükümlü oldukları %4'lük bir kesim vardır.

ABD toplumunun sosyal güvence durumu Grafik 1'de görülmektedir.

GRAFİK 1 : ABD'de Sosyal Güvence Durumu (1991 Yılı)



* Kişiler birden fazla sigortaya kayıtlı olabilirler.

Kaynak : De Lew (1992) s:153

Sigortasız grubun büyük çoğunluğunu yoksullar ve 19 yaş üzeri yeni mezun gençler oluşturmaktadır. Mezun olur olmaz anne babalarının poliçelerinden ayrılmak zorunda kalan genç grup, çoğunlukla part time işlerde ya da sağlık

sigortası olmayan küçük şirketlerde çalışmaktadırlar.

1) Kâr Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri:

Özel sigorta şirketlerinin yarısından fazlasını oluşturlar. ABD'deki en gelişkin şirketler, **Prudential ve Cigna** sigorta şirketleridir. Çoğunlukla işyerlerine yönelik grup sigortalar yaparlar. Daha küçük diğer sigorta şirketleri ise genellikle bireysel sigortalar yaparlar. Bireysel sigortalar daha az tercih edilmektedir ve hastaya masrafları için daha az ödeme yaparlar, yani daha pahalıya gelirler. Grup sigortaların avantajı ise gruptaki üyeleri eşit olarak ele almasıdır. Yani bir şirketin 500 işçisinin grup olarak sigortalandığını düşünelim. Bu işçilerin arasında bazıları yüksek tansiyon, kalp hastalığı nedeniyle sağlık açısından diğerlerinden daha riskli kişiler olacaktır. Bu kişiler bireysel sigorta yaptırdığında daha yüksek prim ödeyecekken, grup sigortada diğer işçiler kadar prim öderler. Fakat son zamanlarda bazı şirketlerin bu kuralın dışına çıktığı da görülmektedir. Bu da kâr amaçlı çalışan sigorta şirketlerinin aslında hastayı değil öncelikle kendi kârını düşündüğünü gösteren örneklerden biridir.

Özel sigorta şirketlerinin ödemelerle ilgili çeşitli uygulamaları vardır. Bunlardan birisi "kesinti" (**deductible**) uygulamasıdır. Birçok poliçede olan bu uygulamaya göre hasta o yıl içindeki harcamaların bir kısmını kendisi yapmak zorundadır. Örneğin ilk 200\$ harcama hastaya aittir. Sigorta ancak ilk 200\$'dan sonra devreye girer.

Özel sigorta şirketlerinin 1986 yılında topladıkları primler ve yaptıkları harcamalar Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1 : Özel Sigorta Şirketlerinin Topladıkları Primler ve Yaptıkları Harcamaların Durumu (1986)

Sigorta Adı	TOPLAM PRİM (milyar \$) yüzde	Hastaya yapılan ödemeler içindeki prim yüzdesi	İdari harcamalara gelen prim yüzdesi	Yıllık kâr/zarar yüzdesi
BLUE CROSS ve BLUE SHIELD	(44.6) 31.7	92.0	9.8	-1.8
BLUE CROSS	(30.3) 21.5	92.3	8.5	-0.8
BLUE SHIELD	(14.4) 10.2	91.3	12.5	-3.9
KÂR AMAÇLI SİGORTALAR	(55.5) 39.4	81.1	19.4	-0.5
GRUP POLİÇELERİ	(28.2) 20.0	79.2	23.4	-2.6
BİREYSEL POLİÇELER	(6.3) 4.4	66.7	53.9	-20.6
MİNİMUM PRİM POLİÇELERİ	(21.0) 15.0	87.9	3.8	8.2
SAĞLIK ORGANİZASYONLARI	(10.3) 7.4	88.3	11.7	0
DİĞER ÖZEL SİGORTA PLANLARI	(30.3) 21.5	91.4	4.9	3.5

Kaynak : Raffel & Raffel (1994); s:218

Tablo 1'de görüldüğü üzere özel sigorta şirketleri 1986 yılında toplam 140.7 milyar \$ prim toplamışlardır. Toplanan primlerin %39.4'ü kâr amaçlı özel sigorta şirketlerine, %31.7'si Blue Cross ve Blue Shield'e, %7.4'ü sağlık organizasyonlarına (HMO, PPO finansmanını sağlayan sigortalar) aittir. Diğer özel sigorta planları içindeyse tamamen yönetimle ilgili sigortalar vardır.

Yapılan harcamalar içinde, prim yüzdesi en düşük olan grup %66.7 ile bireysel poliçe yapan şirketlerdir. Bu şirketler aynı zamanda, idari harcamalar payı da en yüksek olan gruptur.

2) Maviler : Mavi Haç ve Mavi Kalkan (Blue Cross ve Blue Shield)

Kâr amacıyla çalışmayan özel sigorta şirketleridir ve

diğer özel sigorta şirketlerinden farkları, birbirleriyle rekabet etmeden çalışmalarındadır. Her ikisi de 1930'lu yıllarda hastane sahipleri ya da hekimlerin biraraya gelmesiyle kurulmuştur. Blue Cross hastane masraflarını, Blue Shield ise hekim masraflarını sigorta etmektedir. Fakat Blue Shield hekim ücretlerini tam olarak karşılayamadığı için mali açıdan daha kötü durumdadır.

Maviler tüm ABD'de her eyalette hizmet verirler ve 73 ayrı sigorta planları vardır. 65 yaş altı nüfusun yaklaşık üstü biri maviler tarafından sigortalıdır. Her grup poliçe, hem de bireysel poliçe yapabilirler. Eyalet değiştiren kişilerin hakları kolaylıkla devredilir ve sigortası devam eder. Mavilerin en büyük avantajı tedavileri kendi hastanelerinde yapmaları ve daha ucuza getirmeleridir. Çünkü şirketlerin kuruluşu hastane sahipleri ve hekimler tarafından yapılmıştır ve bu avantajdan yararlanılarak tüm maliyetler daha ucuza getirilmektedir. Maviler aynı zamanda başka hastanelere de anlaşılabilirler ve bu hastaneler de anlaşılabilir için tedaviyi Mavilerin istediği fiyata yapmayı kabul ederler.

3) Bağımsız Sigorta Planları :

HMO ve PPO benzeri sağlık organizasyonlarının sigorta planlarıdır. Pazar içinde payları giderek artmaktadır. Örneğin New York kentinin HMO finansmanını New York Sağlık Sigortası Plan'ı, HIP (Health Insurance Plan of Greater New York) yapmaktadır. New York kentinde her yerde (metroda, caddelerde, billboardlarda, gazetelerde) HIP'in ilanlarını görebilirsiniz. Bu gruba örnek bir diğer sigorta şirketi Kaiser-Permanente'dir. Bu sigortalar da kâr amacı gütmeyen özel sağlık sigortaları kapsamındadır. Fakat HMO ve PPO'ların tek finansman şekli bağımsız sigorta şirketleri değildir. Maviler veya diğer kâr amaçlı özel sigortalar da eğer sağlık organizasyonları isterse finansmanı sağlayabilirler.

4) Kamu Sigortaları :

Medicare (Tıbbi Bakım Sigortası) :

ABD'de, 65 yaş ve üzerindeki herkes (toplumun %13'ü) gelir seviyesine veya zenginlik durumuna bakılmaksızın otomatikman Medicare kapsamına alınır.

Medicare A ve B olarak iki ayrı ödeme planı içerir. Medicare-A, hastane masraflarını karşılarken; Medicare-B, hekim ve hemşirelik bakımlarını, ayaktan tedavileri ve laboratuvar giderlerini karşılar. Medicare hizmetlerinin en büyük eksikliği masrafların tamamını karşılamamasıdır. Örneğin hastane ücretlerinin ilk 652\$'ını, hekim ücretlerinin ilk 100\$'ını hasta ödemek zorundadır (her sene için). Hastanede yatış süresi 61-90 gün arasında ise günde 163\$'ını hasta öder, üzerini medicare tamamlar. 150 günün üzerindeki yatışlarda medicare hiç bir ödeme yapmaz. Çoğu ilaçlar, gözlük, ısıtma cihazları, diş tedavileri gibi pek çok pahalı hizmet medicare tarafından verilmez. Bu aşırı kısıtlamalar nedeniyle medicareli kişilerin büyük çoğunlukla ikinci bir sigortası vardır.

Medicaid (Tıbbi Yardım, Sigortası) :

Yıllık gelir düzeyi belli bir rakamın altında olan kişiler ya da aileler medicaid kapsamına alır. Medicaid yaklaşık olarak toplumun %10'unu kapsar (%14'lük sigortasızlar hariç). Finansmanı federal hükümet ve eyalet hükümetlerinin genel vergileriyle yapılır. Bu nedenle medicare gibi medicaid de her eyalette geçerlidir. Fakat sınır olarak kabul edilen yıllık gelir düzeyi saptamaları ve medicaid harcamalarının kapsamı eyaletten eyalete değişmektedir. Oregon eyaletinde 1992 yılı için kabul edilen sınır yıllık 14000 \$'ın

altıdır (dört kişilik bir aile için). Bir çok eyalette ise sınır değer bunun da altındadır. .

1992 yılı medicaid harcamaları ulusal sağlık harcamalarının %12'sidir ve bu miktar hükümet tarafından fazla bulunmaktadır. Medicaid ödemeleri de aynı medicare de olduğu gibi kısıtlamalarla ve kesintilerle doludur. Hekimler ve hastaneler de bu nedenle medicaid hastalarına bakmak istememektedirler.

III - TIP EĞİTİMİ :

ABD tıp eğitimi dört basamaktan oluşur :

a) **Tıp Öncesi Eğitim** : Tıp fakültesine girmeden önce, öğrencilerin kendilerini tıp fakültesine hazırladıkları kolej eğitimi dönemidir. İki yıl sürer ve biyoloji ağırlıklı dersler vardır. Öğrenci buradan alacağı yüksek puanlarla ve referanslarla tıp fakültesine başvurabilir. Ayrıca genel bir sınavı geçmek zorundadırlar.

b) **Mezuniyet Öncesi Eğitim** : Dört yıl süren bir tıp eğitimidir. İlk iki yılı temel tıp dersleri, son iki yılı klinik tıp dersleri ve pratiklerle geçer. Ayrıca belli dönemlerle girilmek ve geçilmek zorunda olan ulusal sınavlar vardır. Bu dönemi bitiren öğrenci tıp doktoru ünvanı alır, ancak hekimlik yapma hakkı yoktur. Hekimlik yapabilmesi için eyaletlerin lisans sınavlarını geçmek zorundadır. Ancak bu sınavı geçen doktorlara da eyaletlerin çoğu izin vermez. Doktorluk yapabilmeleri için mezuniyet eğitimine (asistanlık) başlamalarını isterler.

c) **Mezuniyet Eğitimi** : ABD'de tüm hekimlerin bu düzeyi yapması gerektiğine inanılır. İlk bir yılı internlik, sonraki yıllar asistanlıktır. Asistanlık dönemi uzmanlık dalına göre değişir ve en az üç yıl sürer.

d) **Mezuniyet Sonrası Eğitim (Sürekli Eğitim)** : Tüm hekimler belli dönemlerle ulusal sınavlara girmek ve belli sayıda kursa katılmak zorundadır. Bu sınavlardan geçemeyen hekimler çalışma hakkını kaybederler.

IV - SAĞLIK HARCAMALARININ BOYUTLARI

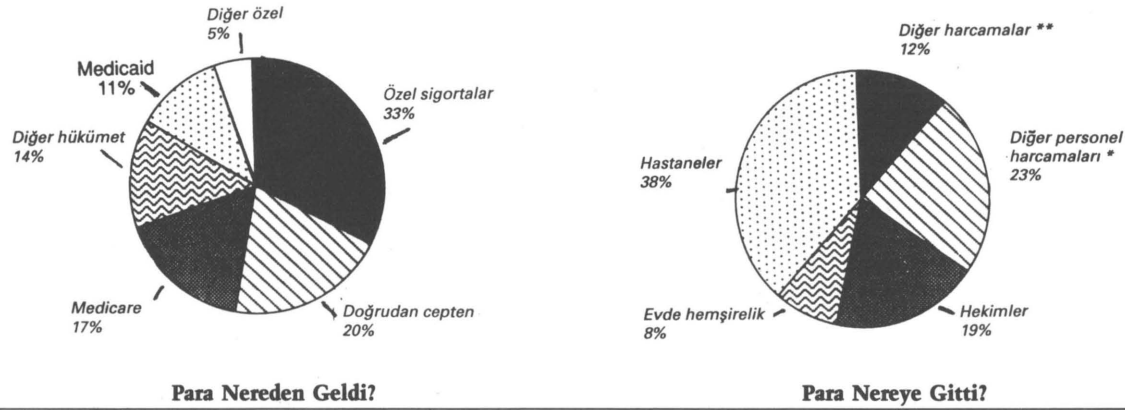
ABD ulusal sağlık harcamaları her yıl bir önceki yıla göre ortalama %10 artış göstermektedir. GSMH içindeki sağlık harcamaları payı 1960 yılında %5.3; 1980 yılında %9.2; 1990 yılında %12.2 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık Hizmeti Finansman Yönetimi Bölümü bu rakamın 1995'de %15'e, 2000 yılında ise %17-18'e çıkacağını hesaplamaktadır. Harcamalar aynı hızda devam ederse yapılan hesaplamalara göre 2030 yılında GSMH'nin %32'si sağlığa harcanacaktır.

1990 yılında ABD'de yapılan sağlık harcamalarının (666.2 milyar \$) %57.6'sını özel sektör, %29.3'ünü federal hükümet ve %13.1'ini ise eyalet hükümetleri karşılamıştır. Federal ve eyalet düzeyi harcamaları daha çok koruyucu sağlık hizmetlerini içeren halk sağlığı harcamalarıdır.

Grafik 2'de 1990 yılında sağlık harcamalarında paranın kaynakları ve nereye harcandığı görülmektedir:

Sağlık harcamalarında kurumların yaptığı ödeme miktarlarındaki değişiklikler hastaların ceplerinde doğrudan para çıkmasına yol açmaktadır. Yapılan hesaplamalara göre sigortalılar, hastane bakım ücretlerinde her bir doların 10 centini, hekim ücretlerinde her bir doların 26 centini doğrudan ceplerinden ödemektedirler (1\$ = 100 cent). Bunun en iyi örneği Tablo 2'de görülmektedir. Hastaların aradaki farkı kapatmada ceplerinden çıkan para özellikle ilaç ve protezlerde olağanüstü rakamlara ulaşmaktadır.

Grafik 2 : Sağlık Harcamalarının 1990 Yılında Kaynakları ve Dağılımı



Not: * Diğer personel harcamaları; dış tedavileri, evde bakım ve ilaçları içermektedir.

** Diğer harcamalar; halk sağlığı harcamaları, özel sigorta yönetim harcamaları ve araştırma giderlerini kapsamaktadır.

Kaynak : De Lew (1992) S: 155

Tablo 2 : Çeşitli Sağlık Harcamalarının Sigortalar ve Hastalar Tarafından Ödenen Miktarları

Harcama Kalemi	Özel Sigortaların kapsadığı yüzde	Kamu Sigortalarının kapsadığı yüzde	Hastaların ödediği yüzde	Diğer * finanslar %	Toplam Harcama milyar \$
Hastane Ücretleri	34.9	54.7	5.0	5.4	256.0
Hekim Ücretleri	46.3	34.9	18.7	—	125.7
Dış Tedavileri	44.4	2.6	52.9	—	34.0
Diğer Tedaviler	40.5	20.3	27.8	11.4	31.6
İlaç	15.2	11.2	73.6	—	54.6
Gözlük vb protezler	10.7	22.3	67.8	—	12.1
Evde hemşirelik ücreti	1.1	52.2	45.0	1.9	53.1
Evde bakım masrafları	7.2	73.9	11.6	7.2	6.9
Diğer sağlık hizmetleri**	—	80.5	—	19.5	11.3
Toplam Sağlık Harcamaları	31.8	41.3	23.3	3.6	585.3

* Hayır kurumları, dernekler vb.

** Çoğunlukla koruyucu sağlık hizmetleri

Kaynak : Raffet & Raffel (1994) s:210.

V - SONUÇ :

ABD, kişi başına yaptığı 2763\$'lık sağlık harcamasıyla, tüm ülkeler içinde birinci sırada gelmektedir. Fakat harcadığı parayla kıyasladığında ABD'nin sağlık düzeyi göstergeleri diğer Batılı ülkelerden (İngiltere, Japonya, İsveç ve Kanada gibi ülkeler) daha kötüdür. Bu durum hem ABD toplumunda, hem de ABD'li politikacılar arasında sürekli bir şekilde tartışılmaktadır. Hatta ABD'lilerin en çok sağlık sistemleri nedeniyle yabancılara mahcup olduklarını söylemek abartma sayılmamalıdır.

Şimdiki ABD başkanı Clinton'ın son seçimleri kazanmasında sağlık reformu önerileri son derece etkin olmuştur. Clinton seçim kampanyaları sırasında sürekli olarak sağlık hizmetinin bir hükümet sorumluluğu olduğunu ve hizmetten yararlanamayan, sosyal güvencesi olmayan Ame-

rikan vatandaşlarının azaltılacağını söylemiştir. Clinton özel sektör harcamaları ve sigortacılık sistemleri üzerinde devletin kontrolünün artırılacağını, böylelikle sağlık harcamalarını azaltacağını vaat etmiştir. Aynı şey parti seçmenleri arasında yapılan anketlerde de çok açık olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetinin hükümet tarafından sunulmasını savunan Başkan Clinton'ın partisi Demokrat'ların oranı %57 iken, eski Başkan Bush'un Cumhuriyetçilerinin oranı sadece %23'dür. Sonuçta; toplum seçimini yapmış ve eski başkan Bush ikinci kez seçilemeyen ender başkanlar arasında yerini almıştır. Tabii, sağlık sorununu çözemediği takdirde aynı son Clinton'ı da beklemektedir.

Samimiyet derecesini bilememekle beraber, Clinton'ın işinin çok zor olduğu rahatlıkla söylenebilir. Çünkü karşısında milyarlarca dolarlık bir kâr endüstrisi vardır.

9.1 milyon çalışanıyla sağlık sektörü Amerikan ekonomisinin en dinamik ve güçlü sektörüdür. Bu yapının kazançları üzerinde oynamak kolay değildir. Bunun en basit örneği aşılarda görülmüştür. ABD'de çocuk aşıları düzensiz bir sistemle uygulanmaktadır. Bunun en büyük nedeni ise özel hekimlerdir. Aşı yapma görevi esas olarak yerel halk sağlığı bölümlerinin üzerindedir. Fakat bir çok ailenin özel sigortası olduğundan aşısını özel doktoruna yaptırmaktadır. Bu durumda ortaya büyük bir karmaşa çıkmaktadır. Yerel halk sağlığı bölümleri sadece yoksullara, sigortasızlara, bazı okul çocuklarına ya da kendisine başvuranlara aşı yapabilmekte, bir çok çocuğun aşısını özel doktoruna yaptırmaktadır. Sonuçta aşı kayıtlarının düzenli olarak bir merkezde toplanması ve değerlendirilebilmesi zor olmaktadır. Bu durum bir çok çocuğun aşısının da yapılamamasına ve gözden kaçmasına yol açmaktadır. ABD'de 1992 yılı aşı oranları DBT için %83, oral polio için %72, MMR için %83'dür. Bu düşük oranları artırmak isteyen hükümet yıllık aşı satın alımlarını artırmış ve özellikle düşük gelirli aileler için bir anlamda kampanya açmıştır. Aşı işini hükümetin ele almak istemesine en büyük tepki ise aşı üreticisi özel ilaç firmalarından gelmiştir. Gösterdikleri gerekçe ise hükümetin gereksiz bir çılgınlık ve reklam uğruna gereğinden çok aşı aldığı ve bunları zıyan edeceğidir. Oysa çok iyi bilinmektedir ki esas sıkıntı satılan aşıların fiyatında yatmaktadır. İlaç firmaları aşığı, özel hekimlere ve sigortalara sattığında daha pahalıya satmakta ama hükümete sattığında yapılan anlaşmaya göre indirim yapmak zorunda kalmaktadır. Bu durumda aşıların özel sektöre yerine devlet eliyle yapılması ilaç firmalarının zararına olmaktadır. Buna rağmen bildiğini yapan hükümet 1993 yılında aşı oranlarını DBT ve oral polio için %90, MMR için %86'ya getirmeyi başarmıştır.

Yapılan araştırmalara göre, ABD sağlık sisteminin düzelebileceği hakkında ABD'lilerin umutları çok fazla değildir. 1993 yılında yapılan bir araştırmaya göre ABD'lilerin sadece %12'si reform iddialarının başarılı olacağına inanmakta, %56'sı ise başarılı olunamayacağını düşünmektedir.

ABD'lilerin sağlık sistemleriyle ilgili görüşleri, gelir düzeyleri ve ırka göre de çok çarpıcı şekilde değişmektedir. Örneğin 1993 yılında yapılan bir araştırmada, hükümetin sigortası olmayan tüm insanların tıbbi bakımını karşılaması gerektiği konusunda siyahlar %83, beyazlar %62 oranında olumlu düşünülmektedir. Aynı oran yıllık geliri 15.000 \$'ın altında olanlarda %78, 75000\$'ın üstünde olanlarda %55'dir. Ailesinin aldığı sağlık hizmetinin maliyetinden memnun olma oranı ise gelir düzeyi düşük ailelerde %25, yüksek ailelerde %51 olarak gerçekleşmiştir.

1993 yılında yapılan başka bir araştırmada ise, halkın %70'i hükümet harcamalarını son derece az olarak nitelendirmektedir. Gene 1993 yılında farklı kaynaklarca yapılan araştırmalarda halkın %41'i sağlık hizmetlerinin özel sigortalar değil, hükümet tarafından verilmesini istemektedir. Sağlık harcamaları hükümetin sorumluluğu mudur? sorusuna halkın %28'i "kesinlikle evet", %54'ü "evet" derken, ancak %15'i "hayır" demektedir.

Tüm bu sonuçlar sağlıkta özelleştirmenin bir çare olmayacağını büyük kanıtlardır. Dünyanın en büyük kapitalist ülkelerinden birisi, özelleştirme çıkmazından kurtulmaya çalışmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kendine özgü insancılığı, vahşi kapitalist düzende para etmemektedir. Bu nedenle ilaç firmaları, özel sigorta şirketleri, özel hastaneler, özel tanı merkezleri hastayı veya insancılığı değil, parayı düşünmektedirler. Bir anlamda bu zorunludur, çünkü kâr amacıyla çalışan bir yapının parayı düşünmemesi doğasına aykırıdır. Fakat sağlık hizmetlerinde kâr amacıyla çalışmak da sağlığın doğasına aykırıdır ve toplumun sağlığını tehdit eden en büyük tehlikedir.

Sağlık hizmeti alan kişiler, böyle bir yapı içinde, hekim, hastane ve sigortalar karşısında savunmasız durumdadırlar.

Gece çocuğu ateşlenen bir ailenin parayı düşünerek hareket etmesi olanaklı mıdır? Veya geceyarısı karnı ağrıyan bir insanın "bu ağrı apandisit ağrısı değildir" demesi kolay mıdır? Trafik kazası geçiren gencecik bir insanın "benim param yok, fazla film çekmeyin, ameliyat yapmayın" demesi olanaklı mıdır? Bunlar denemeyeceğine göre, sağlık hizmeti ayrıcalıklı ve belli özellikleri olan bir hizmet olarak kabul edilmelidir. Sağlık hizmeti bireysel bir sorun değil, toplumsal bir sorumluluktur. Bu sorumluluğu devletler, bireye karşı sosyal bir güvence sağlayarak yerine getirirler. Böyle bir sorumluluk özel sektörün ellerine bırakılmaz. Eğer bırakılırsa ABD benzeri bir sağlık sistemi oluşur. Bırakın sosyalist ülkeleri, bugün ABD'nin kendisine örnek almaya çalıştığı diğer Batılı ülkelerin tamamında, hizmet sosyal güvenlik kurumları üzerine oluşturulmuştur. Toplam sağlık harcamalarından kamunun payı %70'lerle %90'lar arasında değişmektedir.

Toplam Sağlık harcamalarında kamunun payı Norveç'te %97,6, İsveç'te %90,6, Birleşik Krallık'ta %86,6, Y. Zeland'a'da %82,5; İtalya'da %78; Hollanda'da %77,8; Almanya'da %77,0; Fransa'da %76,3; Japonya'da %73,2; İsviçre'de %68,2 dir. ABD'de ise bu oran %41,4 dür ve Türkiye hariç kamu payı en düşük OECD ülkesidir.

Bugün dünyada uluslararası finans çevrelerinin tam bir egemenliği vardır. Yeni dünya düzeni ve küreselleşme, uluslararası sermaye hareketlerinin tam bir serbestliğini amaçlamaktadır. Bu nedenle hem ABD'nin sistemini düzelterebilmesi, hem de İngiltere'de, İsveç ve benzeri Avrupa ülkelerinin sistemlerini koruyabilmeleri çok zordur. Gelişmekte olan küçük kapitalist ülkelerin ve dağılmakta olan sosyalist ülkelerin de özelleştirme çarkından kurtulabilmeleri şu aşamada çok zordur ancak olanaksız değildir. Bunun yolu toplum örgütlerinden ve örgütler arası dayanışmadan geçmektedir. Daha çok para kazanmak amacıyla sağlığı bir araç olarak kullanmak isteyenlere, toplumsal muhalefet yapılabildiği ölçüde başarılı olunacaktır.

Bu nedenle ABD örneğini dikkatle incelemek ve Türkiye'de "sağlıkta özelleştirmeye" toplumun örgütlü tüm kesimleriyle birlikte, bıkmadan usanmadan ve sabırla karşı çıkmak zorundayız.

KAYNAKÇA

- Blendon, R.J., Marttila, J., Benson, J., Shelter, M., Connolly, F.J., Kiley, T. (1994) "The beliefs and values shaping today's health reform debate" *Health Affairs*, Spring, 13(1):275-80.
- Burner, S.T., Waldo, D.R., Mc Kusick, D.R. (1992) "National Health Expenditures Projections through 2030" *Health care Financing Review*, Fall 1992, 14(1):20
- Buttery, C.M.G. (1992) "Provision of Public Health Services" in "Public Health & Preventive Medicine" ed by Maxcy-Rosenau-Last, Appleton & Lange, Connecticut, USA, pp:1113-28
- Clinton, B. (1992) "The Clinton Health Care Plan" *The New England J of Medicine*, 327(11):804-6
- De Lew, N., Greenberg, G., Kinchen, K. (1992) "A layman's guide to the US health care system" *Health Care Financing Review*, Fall 1992, 14(1):151-169
- Iglehart, J.K. (1992)a "The American Health Care System-Introduction" *The New England J of Medicine*, 326(14):962-7
- Iglehart, J.K. (1992)b "The American Health Care System-Managed Care" *The New England J of Medicine*, 327(10):742-7.
- Jacobs, L., Shapiro, R.Y. (1994) "Public opinions tilt against private enterprise" *Health Affairs*, Spring, 13(1):289-96
- Kovner, A.R. & contributors (1990) "Health Care Delivery in the United States" 4th ed., Springer Publishing Com., New York, USA
- Mc Kenna, B., Bartolomeo, C. (1993) "The Health Care Crisis" *On Campus*, American Federation of Teachers, September 1993, pp:8-12
- Moore, S.R. (1992) "Public Health in the United States" *J. Roy. Soc. Health*, February, 1992, pp:51-2.
- Pear, R. (1994) "Clinton Criticized as too Ambitious with Vaccine Plan" *The New York Times*, May 30, 1994
- Raffel, M.W., Raffel, N.K. (1994) "The U.S. Health System: Origins and Functions" th. ed. Delmar Publishers, New York, USA
- Sliwinsky, R. (1994) "Özel Görüşme" *The New York Hospital Cornell Medical Center, Administrator Department of Pediatrics*, New York, June 01, 1994
- Sullivan, K., Sehnert, K. (1994) "Unhealthy Maintenance Organizations" *The New York Times*, May 30, 1994