

Toplum ve Hekim Yayın Kurulu'ndan

Kamu sağlık hizmetleri, kapitalist dünyada II. Dünya Savaşı sonrası merkezi kapitalist ülkelerde oluşmuş sosyal devletin bir parçasıydı. Fordist birikim rejimine geçilmesi, "daha iyi bir dünya beklentisi"nin yükselmesi ve emek gücünün ulaşılmış olduğu düzey, bir refah devletini gündeme getirmiş ve sosyal güvenlik, sağlık, eğitim vb gibi alanların sermaye tarafından üstlenilen bir finansman modeli ile kamu sistemi ile verilmesi sağlanmıştı.

Daha sonra 1970'lere gelindi. Aradan yıllar geçmiş ve bir mücadele ile sosyal devleti zorlayan işçi sınıfı, sisteme önemli ölçüde entegre olmuştu. 1980'lerin sonunda, sosyal devleti zorlayan bir başka dinamik çökmüştü: sosyalist sistem. Sosyal devleti yapan faktörlerden biri daha ortadan kalkmıştı: Canlı sermaye birikimi ve büyüme dönemi bitmişti ve kar oranları düşmeye başlamıştı. Bu yeni dönem, sağlık açısından kamucu yaklaşımın da bitişi anlamına geldi. Yerine yeni bir sağlık yaklaşımı ikame edilmeye başlandı. Neoliberal sağlık yaklaşımı, 1980'ler boyunca, dünyada yaygınlaştırılmaya başlandı, sonra 1990'lar ve 2000'ler bir saldırıya dönüştü. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve piyasalaştırılması, kamucu sağlık sistemine seçenek olarak, adım adım yerleştirilmeye başlandı. 2010 dünyasına bakıldığında, sağlık hizmetlerine piyasanın oldukça yerleştirildiği bir tablo görüyoruz. Kastettiğimiz şudur: 1990'lara kadar hızla sürdürülüp, daha sonra yavaşlatılan özelleştirmeler yerine, kamu sağlık kurumlarının piyasalaştırılması, yani sağlık kurumlarının işletme haline getirilmesi, bu işletmelerin piyasa mekanizmalarına uyumlu kılınması, bu işletmeler arasında bir dayanışma değil rekabet oluşturulması, hem işletmeler arası, hem işletmeler içi ve hem de sağlık çalışanları arası rekabetin başat kılınması, bu amaçla sağlık çalışanlarının performans temelli ücretlendirilmesi, kalıcı ve güvenceli kadrolu istihdamın yerine performans kriterlerine göre sağlık insangücünün denetlenmesi temelinde bir geçici istihdam modelinin yaygınlaştırılması, sağlık finansman kurumları ile sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında satış ilişkisinin oluşturulması ve bu amaçla yeni ödeme biçimlerinin tesis edilmesi, vatandaş yerine tüketici bilinci ile güçlendirilmiş müşterilerin getirilmesi...Yeni tablo, üç aşığı, beş yukarı böyle.

Sağlık sistemleri sınıflandırılırken, bir sınıflandırma da (DSÖ ve OECD), finansman ve ödeme mekanizmaları temel alınarak yapılmaktadır. Bu sınıflandırmada, finansman ve sağlık hizmeti üreten kurumların kamu ya da özel olması ve bu kurumların kendi aralarındaki tahsisat ve ödeme ilişkisinin temel alınması söz konusudur. Sonuçta ortaya iki ana grup sağlık sistemi çıkmaktadır. Birinci grup, özel sistemdir. Bu grup, şimdilik konumuz dışındadır. Ancak, kısaca birkaç noktayı belirtmekte yarar var. Bu gruptaki en ilkel sağlık tipi, "İsteğe bağlı-özel cepten ödeme modeli"nden , "isteğe bağlı-özel geri ödeme modeli", "isteğe bağlı-özel sözleşme modeli" ve "isteğe bağlı-özel entegre model"e kadar sistem tipleri mevcuttur. Özellikle maliyet ve verimlilik kaygıları, giderek özel entegre modeline doğru bir eğilimi (daha çok ABD'de) güçlendirmektedir.

Bizim açımızdan önemli olan, ikinci grup, yani kamu finansman modelleridir. Bu modeller kamu geri ödeme, kamu sözleşme ve kamu entegre modelleridir. Kamu geri ödeme modeli, daha sınırlıdır. Biz daha çok kamu sözleşme ve kamu entegre modellerini görüyoruz. Kamu sözleşme modeli, birden fazla fonun olduğu, sisteme katılımın genellikle zorunlu olduğu, fonlarla hizmet sunan kurumlar arasında sözleşme

ilişkisinin olduğu bir modeldir. İşte bu sözleşme, ödemenin hizmet ya da kişi başına olacağını belirler. Sözleşmede, verimliliğin gözetilmesi temel problem olarak yaşanmaktadır. Avrupa'da bu model daha fazla yaşanmaktadır. Diğer model ise, kamu entegre modelidir. Bu model, refah devletinin klasik modelidir. Finansman da, hizmet sunumu da, kamuya aittir. Ancak, giderek bu modelden sözleşme modeline geçiş veya sözleşme modelinin araçlarının bu model içine sokulması görülmektedir.

Şimdi, tüm gelişmeleri, bu çerçevede, yani piyasalaştırılmış kamu sağlık hizmetleri bağlamında değerlendirmek gerekir. Piyasalaştırılan kamu sağlık hizmetleri, öncelikle sağlık hizmetleri finansmanı ile sağlık hizmetleri sunumunun birbirinden ayrılması ve birbirleri ile satan/satın alan ilişkisinin kurulması ile karakterizedir. Sağlık kurumlarını işletme haline getirdikten sonra, onlara yapılan ödemelerin biçimleri yine piyasa kuralları çerçevesinde geliştirildi. Yani, finansman kurumları ile sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında bir sözleşme ilişkisi kurulur. Bu kurumlara yapılan ödemeler, özü itibarıyla iki şekilde ele alınabilir: İleriye yönelik olanlar; Hem vergi ile yapılan sağlık finansmanında, hem de sosyal sigorta ile yapılan sağlık finansmanında uygulanabilen bu ödeme sistemleri, sağlık kurumlarına, genellikle hastanelere, belirli kriterlere göre (örneğin yatak gün sayısı) yıllık bir fon/ bütçe verilmesi şeklinde hayata geçirilir. Bütçeleme, global bütçe, vaka başı ödeme adları altında çeşitleri söz konusudur. Hizmet başına ödeme biçimleri, ödemelerin tek tek hizmetlere göre yapılmasıdır. Bu formların birleşik yeni uygulamaları, ara formlar vb tartışılmakta ve oluşturulmaktadır. Ancak, biz, bu uygulamaların sağlık çalışanları, emek ve toplum açısından ne anlam ifade ettiğini değerlendirmeliyiz. Hangi formun, teknik olarak işletmeye ne kazandıracığı, ne kaybettireceği, bizim ilgi alanımız dışındadır.

Bizler açısından, sözleşme temelli yeni ödeme biçimleri, özellikle performansa dayalı ödeme biçimleri, bütünüyle piyasalaştırılmış sağlık hizmetleri içinde, piyasa aktörlerinin para ile yönlendirildiği bir oyundan öte bir şey değildir. Hastanelerin, sağlık kurumlarının, bu kurumlarda çalışan emekçilerinin davranışlarının paraya göre kurgulanması demektir. Paraya göre ayarlanan davranış, sağlık çalışanını sağlık çalışanı olmaktan çıkararak en temel faktör olmaktadır. Dolayısı ile bizzat sözleşme ilişkisi ile birbirine bağlanan bir sistemde, hangi ödeme sisteminin işletme için daha iyi olduğunu tartışmak, emeğin görevi değildir. Bizim asıl görevimiz, sağlık hizmetlerinin insanileştirilmesidir. Bu da, paranın devreden çıkarılması ile mümkün bir adımdır.

Sorun salt ödeme biçimleri ile sınırlı değildir. Bizzat sağlık finansmanının kendisi, sorun olarak önümüzde dikilmektedir. Kapitalist sistemin, özellikle de son dönem krizin yarattığı sorunların görülmeden, sadece sağlık finansmanını tartışmak, zaten en büyük yanılgıdır. Sonuçta, sağlık hizmetlerinin finansmanı, kapitalist işleyişin/ krizin bir türevidir. Bu bilindiği halde, insanları içinden çıkamayacakları bir sağlık finansmanı tartışmasına zorlamak, hatta ödeme biçimleri ile ilgili tartışmaya boğmak, bir ideolojik yanılsama yaratmak amaçlıdır. Gerek ödeme biçimleri tartışması, giderek sağlık finansmanı tartışması doğru yerine oturtularak, kapitalist sistem içinde tartışılmalıdır. Ve sorunun, teknik bir konudan ziyade, ideolojik bir tercih olduğu net bir şekilde ortaya konulmalıdır. O zaman, yaşadığımız gerçeklik daha net ortaya sergilenenecektir.

Bu sayımızda, "tarım, gıda, beslenme ve sağlık" dosyamızı sürdürüyoruz. Ek olarak Binali Çatak, Murat Civaner ve Raşit Tükel arkadaşlarımızın katkıları yer alıyor. Bu dosyamızı elinize ulaştırmada emeği geçen dosya editörlerimize ve sevgili Yeter'e teşekkür ederiz. Bir sonraki sayımızda, "göç" dosyamızla buluşmak üzere. Sevgiyle kalın...