

DOSYA/GÖZLEM VE GÖRÜŞLER

HEKİM EMEKGÜCÜ VE HEKİM ÖDEME BİÇİMLERİNE ULUSLARARASI BAKIŞ

Hakan TÜZÜN*

1. Hasta Hekim İlişkisinden Sağlık Endüstrisi İlişkilerine

Ekonomik gelişmelerin getirdiği noktada, bir sektörel alan olarak sağlık, piyasa ekonomisinin başat aktörleri tarafından tek başına sağlıkçıların yönlendirmesine terk edilemeyecek kadar önemli hale gelmiştir. Burada "sağlıkçılar" hekimlerden; ebe-hemşireler-teknisyenler gibi profesyonel meslek sahibi olarak çalışan hekim dışı sağlık çalışanlarına, hastabakıcı-temizlik görevlisi vb. gibi doğrudan sağlıkla ilgili profesyonel meslek sahibi olmayan sağlık çalışanlarına kadar genişletilmiş bir çerçeveyi adlandırmak için uygun görülen bir isim olarak okunabilir. Sağlık bir sektör olarak kazandığı ekonomik içerik, sağlığın yalnızca hizmet kullanıcılarla (vatandaşlarla), hizmet sunucuların (sağlıkçıların) doğrudan ilişkisi üzerinden oluşturulacak bir hukuğa bırakılmayacağını kanıtı olarak gösterilmektedir. En azından bu hukuk piyasasının başat aktörlerinin piyasanın geneli için öngördükleri hukuktan başışık olamayacaktır. Dolayısıyla özelde hekimlerin genelde tüm sağlık çalışanlarının sağlık alanı ile olan ilişkisi, artık sağlığın kendi özgül tanımından kaynaklanan özgül ilişki biçimleri (hasta hekim ilişkisi gibi) olmaktan çıkıp "endüstriyel ilişkiler" alanının bir parçası haline gelecektir. "Hasta hekim" ilişkisinin de "buharlaştıran her şey" gibi artık katı halde kalmasına izin verilmeyecektir. Hekim emekgücü de bu endüstrinin öğelerinden birisi olarak anlam kazanabilecek, hekim emeğinin ücretlendirilmesi de endüstri ilişkilerinin bir bileşeni olarak söz konusu edilebilecektir.

Sağlık alanının, sağlık endüstrisine dönüşme süreciyle ilgili özellikleri sağlık ekonomistleri tarafından şöyle sıralanmaktadır (Zweifel, 1997):

1. Sağlık alanının ekonomik büyüklüğü: Sağlık harcamalarının GSMH'ye (Gayri Safi Milli Hasıla) oranı zamanla artmaktadır ve gelişmiş ekonomilerde %10'lar civarına ulaşmış ya da aşmıştır. Şekil 1' de bazı merkez

kapitalist ülkelerin sağlık harcamalarının GSMH'ye oranının yıllar içinde değişimi görülmektedir. Bu büyüklük birçok kişinin gelirini kazandığı bir endüstri anlamına gelmekte ve tarım, enerji, ulaşım, turizm vb gibi herhangi bir başka endüstri gibi ekonomistlerin ilgi alanına girmektedir.

2. Sağlık hizmetlerinin kamusal düzenlenmesi: Sağlık sektörünün birçok ülkede halen kamunun müdahil olduğu düzenleme süreçlerine tabi olmasıdır. Değişik ülke örneklerinde zorunlu sağlık sigortası bulunmakta, sağlık hizmetlerinin bedelleri kamu tarafından belirlenmekte ya da sağlık hizmetleri doğrudan kamu tarafından sunulabilmektedir.

3. Etik önem: Sağlık ve sağlıkla ilişkili şeylerin etik bakımdan değerlerinin olması ekonomistlerin sağlık sektörüyle ilgili yapmak istedikleri üzerinde yönlendirici olmaktadır.

2. Sağlık Emekgücünün Sağlık Reformları Sürecinde Değişimi

Sağlık alanının endüstrileştirilmesi, hizmet sektörlerinin kapitalizasyonunun bir parçası olarak ve sağlık reformları aracılığıyla gerçekleştirildi. Sağlık reformlarının sağlık emekgücü üzerinde yol açtığı değişimleri genel olarak şu başlıklar altında toplayarak özetlemeye çalışabiliriz.

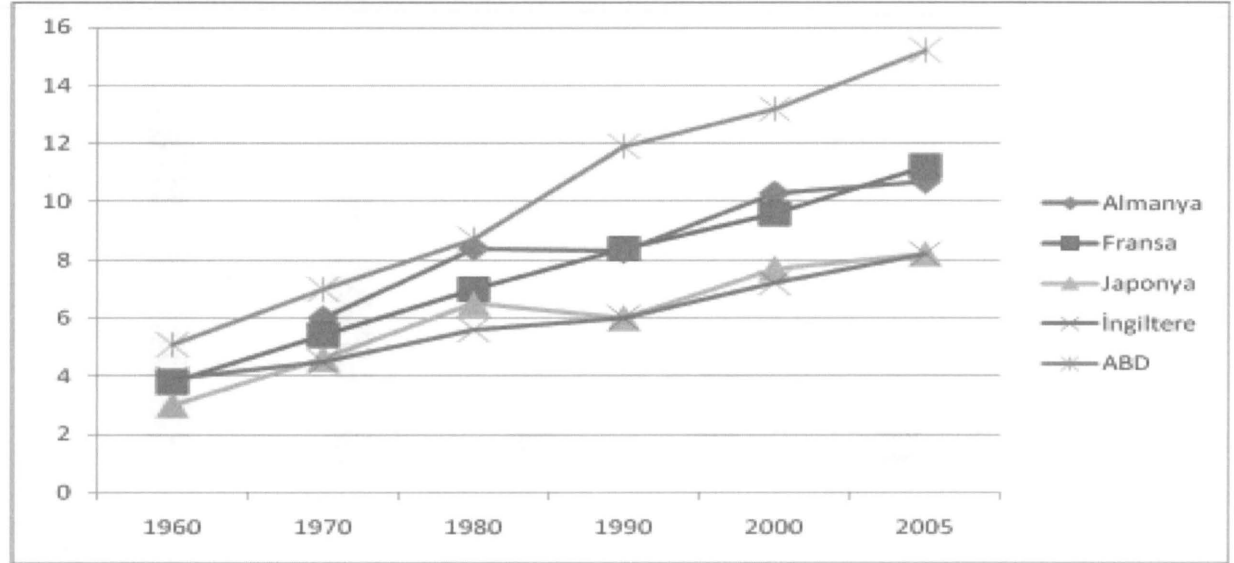
İstihdam biçimlerinin esnekleştirilmesi: İstihdam biçimlerinin esnekleştirilmesi sürekli çalışmadan geçici süreli çalışmaya geçilmesi ve iş güvenceli çalışmadan sözleşmeli çalışmaya geçilmesiyle sağlanmaktadır.

Çalışma ilişkilerinin parçalanması: İstihdam biçimlerinin çeşitlendirilmesiyle, aynı meslek grubundan olan aynı işi yapan çalışanlar farklı biçimlerde istihdam edilebilmektedir. Söz gelimi bir sağlık kuruluşunda memur statüsünde çalışan, sözleşmeli çalışan, taşeron şirketlerin işçisi olarak çalışan aynı meslek grubundan sağlık çalışanları olabilmektedir.

Esnek zamanlı çalışma: Çalışanların tam zamanlı çalışmadan yarı zamanlı çalışmaya geçirilmesi, bir yandan

*Dr., Halk Sağlığı Uzmanı

Şekil 1. Sağlık harcamalarının GSMH'ye oranı (%)(Zweifel, 1997)



iş süreçlerinin yarı zamanlı çalışmalar üzerinden sürdürülebilir şekilde yapılandırılmasını diğer yandan bir çalışanın tam zamanlı bir işte çalışmak yerine yarı zamanlı olarak birden fazla işte çalışmasını beraberinde getirmektedir.

Uzun çalışma saatleri: Esnek çalışma saatleriyle çalışma süresinin belirsizleştirilmesi ve ek çalışma ve nöbet vb çalışma şekillerinin yaygınlaştırılmasıyla yeni istihdam ihtiyacı doğması önlenmektedir.

Taşeron çalışmanın yaygınlaştırılması: Çalışma ilişkisinin doğrudan hizmet sunucusu kurumla kurulması yerine, asıl hizmet sunucusu tarafından parçalanarak her biri farklı taşeronlara havale edilen (bazen taşeronların taşeronlarına havale edilen) işler için taşeron şirketler üzerinden çalışma ilişkisinin kurulması. Söz gelimi hastanelerin önce temizlik gibi sağlık hizmetiyle dolaylı ilgili hizmetlerin giderek laboratuvar hizmetleri gibi sağlık hizmetlerinin doğrudan parçası olan hizmetlerin taşeron şirketler eliyle gördürülmesi.

Ödeme yöntemlerinde değişiklik: Ödeme yöntemlerinin maaşa dayalı olmaktan çıkarılıp performansa dayalı ödemeye geçilmesi. Hekimler için hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme, performansa dayalı ödeme biçimlerinden birisiyle ya da bunların çeşitli bileşenlerini içeren karma bir ödeme yöntemiyle ücretlendirme yapılabilmektedir.

Düşük ücretlerle çalışma: Sağlık çalışanlarının ücretlerinin zaman içinde azalması. Ödeme yöntemlerinde yapılan değişiklikler üzerinden sağlık çalışanlarının daha çok çalışarak mevcut gelirlerini idame ettirebilmeleri ya da daha çok çalıştıkları halde daha az kazanmaları söz konusu olmaktadır.

Örgütsüz çalışma: Yasal ya da fiili engellerle çalışanların sendikalaşmasının engellenmesi, çalışanların ücretleri belirlenirken toplu görüşme hakkına sahip olmamaları.

Sağlık çalışanları sağlığının yetersizliği: Çalışma koşullarında çalışanların iş sağlığını sağlayacak önlemlerin yeterince alınmaması.

Sağlık emegücü yetersizliği: Yapılan tahminlere göre 57 ülkede kritik sağlık emek gücü eksikliği yaşanmaktadır ve bu dünya genelinde 2,4 milyon hekim, hemşire ya da ebe anlamına gelmektedir. Emek gücü açığı oransal olarak en çok sahra altı Afrikası'nda görülürken miktar olarak güney doğu Asya'da görülmektedir. Diğer yandan paradoksal olarak yersizliğin olduğu ülkelerin bir kısmında sağlık çalışanı işsizliği görüldüğü belirtilmektedir (WHO, 2006).

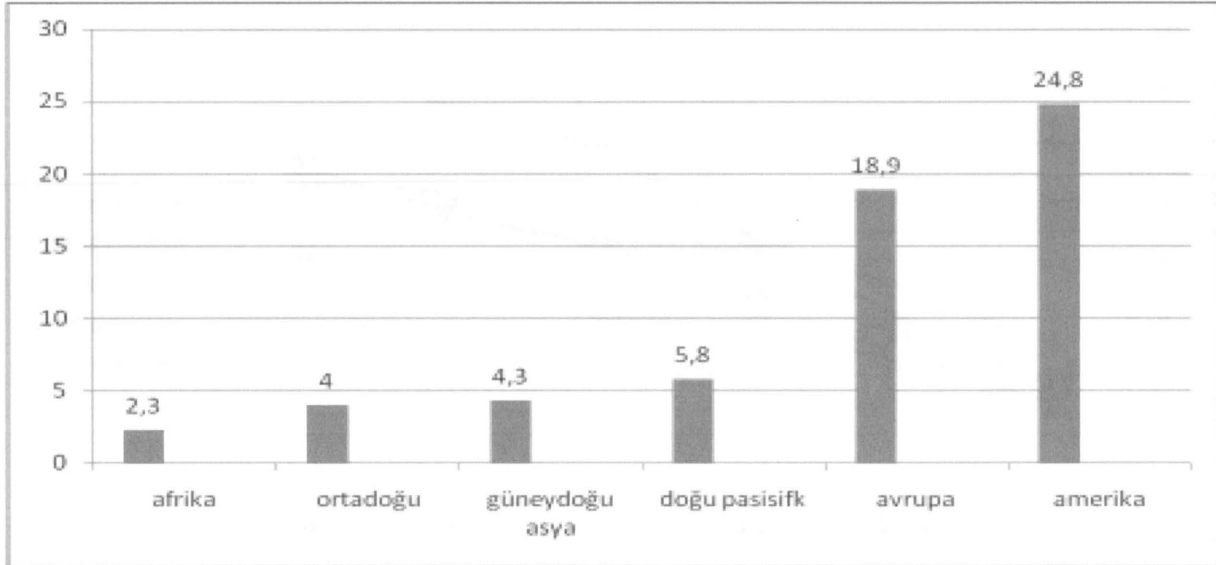
Sağlık emegücünün eşitsiz dağılımı: DSÖ Amerika bölgesi küresel hastalık yükünün %10'una sahip iken, dünya genelindeki sağlık çalışanlarının %37'sini barındırmaktadır ve tüm dünyada yapılan sağlık harcamalarının %50'sini gerçekleştirmektedir. Öte yandan küresel hastalık yükünün %24'üne sahip olan Afrika bölgesi ise sağlık çalışanlarının yalnızca %3'üne sahiptir ve dünya genelinde sağlığın finansmanı için ayrılan kaynakların %1'inden daha azını kullanmaktadır (WHO, 2006).

3. Sağlık Emegücünün Belirleyici Etmenlere Göre Değişimi

Sağlık emegücünün belirleyici etmenleri üzerinden değişimini şematize ederek özetlemek gerekirse şu başlıklardan bahsedilebilir (WHO, 2006).

Sağlık emegücü belirleyicileri: Sağlık işyükünü ortaya çıkaran ülkenin sağlık ihtiyaçları (hastalık yükü, bulaşıcı hastalıklarla mücadele vb), sağlık sisteminin kurgulanma biçimi (sağlığın finanse edilme biçimi, sağlık hizmeti sunucusu kuruluşların örgütleniş biçimi vb), küreselleşmenin ülke düzeyindeki sonuçlarından birisi olarak sağlık politikalarının değişimi, eğitim gibi diğer

Şekil 2. Bin kişi başına düşen toplam sağlık çalışanı sayısının dünya genelindeki değişimi (WHO, 2006).



hizmet alanlarıyla birlikte sağlık hizmetlerinin kamu hizmetlerinde yapılan reformlardan etkilenme biçimi.

Sağlık emekgücü değişkenleri: Sağlık çalışanlarının niceliği, sağlık çalışanlarının mesleksi nitelikleri, sağlık çalışanlarının bölgelere ya da sağlık kuruluşlarına göre dağılımı, sağlık çalışanlarının istihdam biçimleri, ücretlendirme biçimleri, çalışma koşulları.

4. Hekim Ödeme Yöntemlerinin Sınıflandırılması

Hekim ödeme sistemlerinin yapısı ne için ödeme yapıldığı, ödeme miktarının nasıl belirlendiği ve ödemenin kimin yaptığını soran sorulara verilecek yanıtlar üzerinden şekillenir. Verilecek yanıtlar politik tercihler üzerinden belirlenir ve sorulara verilecek yanıtların farklı kombinasyonları hekim ödeme sistemlerini listeler. Ödeme yöntemleri maaş ile, hizmet başına ödeme ile (geriye dönük ücretlendirme), kişi başına ödeme ile (ileriye dönük ücretlendirme) olabilmektedir. Ödenecek miktar hekimler tarafından, merkezi olarak hükümet ya da ulusal sigorta tarafından ya da hekimlerle birlikte sağlık finansmanını sağlayan kuruluşun müzakeresi sonucu belirlenebilmektedir. Ödemeyi hekimin istihdam eden sağlık kuruluşu yapabilmekte, sağlık finansmanı kuruluşu yapabilmekte ya da doğrudan ödeme ile hizmet kullanıcısı yapmakta ve bunun bir kısmını veya tamamını finansman kuruluşundan geri alabilmektedir (Saltman, 2004).

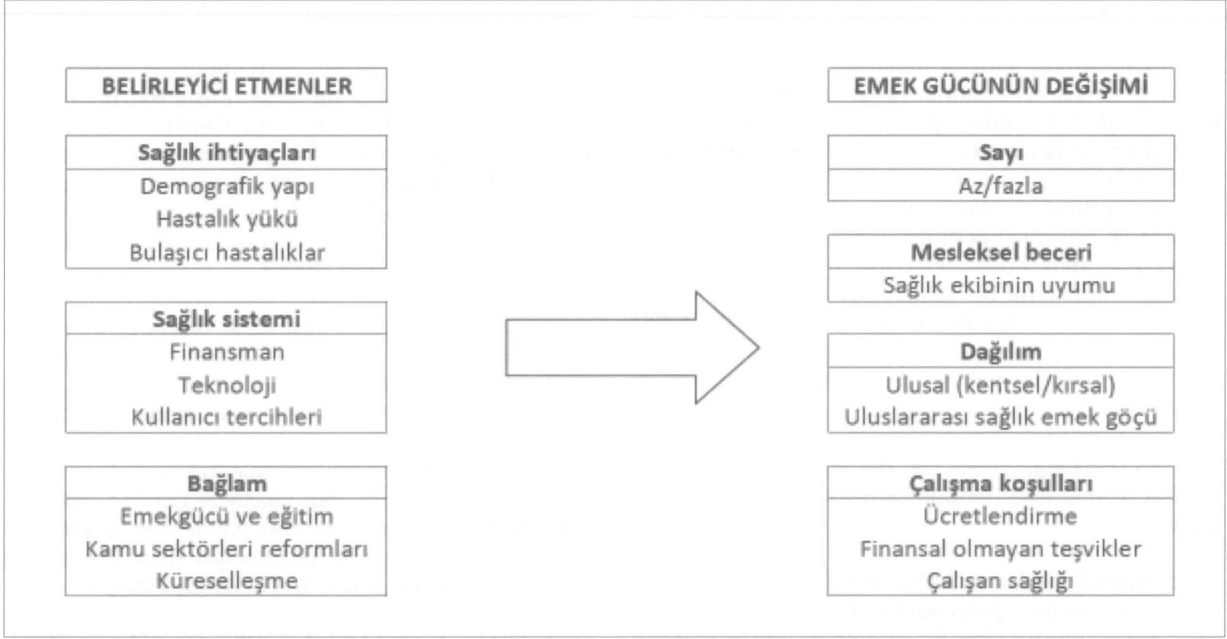
5. Hekim Ödeme Yöntemleri İçin Farklı Ülkelere Toplu Bakış

OECD ülkeleri arasında hekim ödeme yöntemleri bakımından önemli farklılıklar olduğu gibi, ülkelerin kendi içlerinde de kamu ve özel sektörler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bazı ülkeler sağlığı vergiler üzerinden finanse edip, birinci basamak çalışanı hekimleri maaş ile ücretlendirirken (Yunanistan, Portekiz, İspanya, İsveç gibi); bazı ülkeler birinci basamak hekimleri serbest hekimlik yapmakta ve kişi başı ödeme, maaş, hizmet başı ödeme

yöntemlerinin karışımını içeren yöntemlerle ücretlendirilmektedir (Avustralya, Danimarka, Yeni Zelanda, Norveç, Birleşik Krallık gibi). Sigortaya bağlı sağlık hizmet sunumu sistemi içinde çalışan muayenehane hekimleri, hizmet başı ücretlendirmeye dayanan sözleşmeler üzerinden ücretlendirilmektedir (Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, Japonya, Kore, İsviçre, ABD (medicare)). Hastanelerde çalışan uzman hekimler genellikle kamuda maaşla, özel sektörde hizmet başına ücretlendirilmektedirler (OECD, 2006).

Farklı hekim ödeme yöntemlerinin etkilerini birbirlerine değerlendiren bir literatür bulunmaktadır. Hekim ödeme sistemlerinin hekimlerin davranışlarını nasıl etkilediğini araştıran çalışmalar için yapılan bir sistematik derlemede 19 çalışmanın (9 ABD, 4 Norveç, 1 Almanya, 4 Kanada, 1 Güney Afrika) sonuçları incelenmiştir. Bu çalışmalardan yalnızca bir tanesinde değerlendirme ölçütü olarak sağlık çıktısı kullanılmaktadır. Çalışmaların çoğunluğunda değerlendirme ölçütü olarak muayene sayısı, test istemi sayısı, konsültasyon istemi sayısı, hastanede geçirilen süre gibi değişkenler kullanılmıştır. Çalışmaların dokuzunda ücretli çalışan hekimlerde hizmet başına ücretlendirilen hekimlere göre muayene sayısı daha azdır, beş çalışmada test istemi ve x-ray istemi daha azdır. ABD, Kanada, Güney Afrika'dan sonuçlar getiren dört çalışmaya göre ücretli çalışma hizmet başı çalışmaya göre daha az tedavi edici hastane hizmeti kullanımıyla ilişkilidir. İki çalışmada ücretli çalışan cerrahların daha az operasyon yaptıkları bulunmuştur. Norveç'te yapılan çalışmada ücretli çalışanlarla hizmet başına çalışan arasında muayene sayısı bakımından fark yoktur, fakat mesai dışı (acil) sağlık hizmeti ücretli çalışanlarda daha yüksektir. ABD ve Norveç'te yapılan çalışmalara göre ücretli çalışanlarda daha uzun muayene süresi söz konusudur. Norveç'teki bir çalışmada ücretli çalışanların yönetsel işlemlere daha çok zaman ayırdıkları bulunmuştur. Dört farklı çalışmada ise ücretli çalışan hekimlerin hizmet başı çalışanlara göre koruyucu sağlık hizmetlerini daha çok sundukları

Şekil 3. Sağlık emekgücünün belirleyici etmenlere göre değişimi (WHO, 2006)



bulunmuştur. Ücretli çalışmayla kişi başı çalışmayı karşılaştıran iki çalışmada ücretli hekimlerde daha az muayene sayısı, daha az test istemi olduğu bulunmuştur. (Gosden, 1999).

Kanada'da yapılan bir çalışmada hizmet başına ücretlendirilen hekimlerin maaşlı çalışan hekimlere göre daha çok antibiyotik reçete ettikleri, her iki grupta da bakılan hasta sayısı arttıkça reçetelenen antibiyotik sayısının da arttığı fakat bu ikisi arasındaki ilişkinin hizmet başına ödeme ile çalışan hekim grubunda diğerine göre daha güçlü olduğu saptanmıştır. Hizmet başına ücretlendirilenler daha çok hasta bakmakta, baktıkları hasta başına daha çok antibiyotik reçete etmektedirler. (James, 1999)

Bazı çalışma sonuçları ise ödeme yönteminin etkisinin hastanın klinik durumunun belirleyiciliğine göre ikincil olduğunu vurgulamaktadır. Kristansen'ın çalışmasına göre (1993), hizmet başı ödeme maaşla karşılaştırıldığında ev ziyaretlerini artırmaktadır, fakat ödeme biçiminin etkisi hastanın tıbbi özelliklerinin etkisinden daha azdır. Klinik durumun finansal durumu öncelediğini araştırmasıyla doğrulayan Grytten'e göre (2001) maaşla çalışan hekimlerle hizmet başı çalışan hekimler arasında muayene sayısı bakımından fark yoktur (OECD, 2006).

Kesin kanıtları olmamakla birlikte, kişi başı ödeme sisteminin olduğu ülkelerde hekimlerin sağlık hizmeti ihtiyacı az olacak kişileri seçmeye çalıştıkları ya da yüksek sağlık riskli kişileri seçmek istemedikleri ve bu durumun literatürde "kaymağını alma" (cream-skimming) olarak ifade edildiği belirtilmektedir. Birleşik Krallık'ta fon sahibi birinci basamak hekimleri tarafından (fon sahibi-fon tutucu: (fundholders) kendisine kayıtlı kişiler adına hastanelerden hizmet satın alan pratisyen hekimlerin

kullandıkları finansal yapı) reddedilen hastaların oranının arttığı rapor edilmektedir (OECD, 2006).

ABD'de yapılan bir çalışmada hastaların hizmet başı ödemeye çalışan hekimlere maaşla çalışan ve kişi başı ödemeye çalışan hekimlere göre daha fazla güvendikleri belirtilmektedir Aynı çalışma hekim davranışlarının modele etkisi dikkate alındığında (hekiminiz sizin sorularınızı yanıtlamak için yeterli kadar zaman ayırıyor mu vb gibi soruların yanıtları üzerinden) istatistiksel olarak anlamlılığını korumakla birlikte, ödeme yönteminin hekime olan güvene olan etkisinin azaldığı sonucunu da ulaşılmıştır (Audiey, 1998).

Dünya genelinde tek bir yöntem dayalı ödeme sistemi artık daha nadir görülmekte çoğu ülke kendi kombinasyonlarını uygulamaya çalışmaktadır. Sözelimi İngiltere için gelirin %65'inin hizmet sunumundan bağımsız olduğu, %25' inin hizmete bağlı olduğu, %10'unun performansa bağlı olduğu örneklenmektedir (Grignon, 2009). ABD'deki hekimlerin dörtte biri hizmet başına ücretlendirme ile, dörtte biri kişi başı ödeme ile ya da maaşla çalışmakta iken, yarısı kişi başı ödeme-maaş yöntemlerinin birleşimiyle çalışmaktadır. (WHO, 2006).

Karışık ödeme sistemleri, kişi başı ödeme ya da maaşın hizmet başı ödemenin çeşitli varyantlarıyla birleşimini içermektedir. Kişi başı ödeme ve maaş, bağımsızlık ve kanserin erken tanısı gibi maliyet etkin sağlık hizmetlerini geliştirmek üzere birinci basamak hekimleri için performansa dayalı ödemeyle birleştirilebilmektedir. Birinci basamak hekimleri için koruyucu sağlık hizmetlerine dayalı performansa bağlı ödemenin kullanıldığı ülkeler arasında Avustralya, Portekiz ve Birleşik Krallık yer almaktadır. Fakat öngörülen hedefler ulaşılabılır nitelikte değilse hekimlerin performansı artırma

konusunda işe yaramamaktadır. Diğer yandan belirlenen yüksek hedefe bir kez erişilince henüz ulaşılmamış populasyon için ek bir finansal ödüllendirme bulunmamaktadır. Birleşik Krallık'ta 2004'ten bu yana birinci basamak hekimlerinin yaklaşık beşte birinin geliri kalite ile ilgili 146 belirleyiciye dayandırılmaktadır, bunlar arasında hipertansiyonu olan kayıtlı hasta sayısı, bazı hastaların sigara içme durumları, bazı hastaların en az bir kez sigarayı bırakmış olmaları gibi parametreler yer almaktadır. Hekimleri performansına göre ücretlendiren ya da ödüllendiren ödeme yöntemlerinin sağlık hizmetinin kalitesiyle ilgili nasıl bir sonuca yol açtığını net olarak gösteren sonuçlar bulunmamaktadır. (OECD, 2006) İngiltere örneğinde bu yöntemin bağışıklama ve izlemler için olumlu sonuçlar doğurduğu belirtilmektedir. İngiltere örneğinin karşıtı sonuçlar ortaya koyan ülke örneklerinden ABD'de ise "medicaid" hastalarında kanser erken tanısında etkisinin olmadığı, "medicare" hastalarında bağışıklama üzerine olumlu etkisi olduğu aktarılmaktadır (Grignon, 2009).

Bazı OECD ülkeleri sağlık harcamalarını kontrol etmek için hizmet başına yapılan ödeme miktarını düşürmüştür ya da dondurmuştur. Örneğin Japonya'da tüm hizmetlerin ücretleri için bir kısıtlama söz konusu olmamış fakat seçilmiş bazı prosedürlerin ücretlerinde yapılan indirim hizmet miktarındaki uygunsuz büyümeyi ortaya çıkarmıştır. Bazı cerrahi işlemler ve ileri teknoloji gerektiren işlemler için kısıtlamaya gidilmiştir. Maliyetleri kontrol etmek için Almanya'da hizmetlerin düzenlenmesi ya da yapılacak toplam ödemenin belli noktada sınırlandırılması uygulanmıştır. Birinci basamak hekimleriyle hastalık sigortaları arasındaki ilişki uyarınca, hekimlere hizmetlerin belli bir noktaya kadar ödeme yapılmaktadır. Geri ödeme dönemi periyodu sonunda verilen hizmetlerin ne kadar oranında ödeme yapılacağı belirlenmektedir. Bölgesel hekim birlikleri birinci basamak hekimleri tarafından sunulan hizmetlerin niceliğini takip etmekte ve ortalamanın üzerinde hizmet sunumu yapmış olan hekimler finansal olarak cezalandırılmaktadır. Kanada, Kore ve ABD'de hizmetler için yapılan ödemelerdeki düzenlemelerle bazı cerrahi işlemler ve tanısal testler için yapılan ödemelerde azaltılmaya gidilmiştir (OECD, 2006).

Hizmet ücretleri için yapılan toplu görüşmelerde masanın bir tarafında hükümet ve sağlık sigortası kuruluşların temsilcileri diğer tarafında ise hekim örgütleri yer almaktadır. Belçika, Kanada, Fransa, Almanya, Japonya, Kore, Hollanda ve İsviçre'de hükümetler genellikle görüşme sürecinde anahtar rol oynarlar. Hükümetler, görüşmenin çerçevesini belirlerler, ikili anlaşmanın sağlanması için çalışırlar. Hekim örgütleri hekimleri temsilen toplu sözleşme görüşmelerine katılırlar (OECD, 2006).

Hekim emeğinin karşılık bulduğu ödeme miktarı bakımından ülkeler arasında ve ülke içinde farklılıklar göze çarpmaktadır. Yoksul ülkelerde yaşayan hekimler ve hemşireler varsıl ülkelerde yaşayan meslektaşlarına göre satın alma paritesine göre yapılan düzeltmelerden sonra da daha az kazanmaktadırlar ve bu sonuç sağlık

çalışanlarını göçe iten bir etmen olarak belirlemektedir. Sağlık çalışanlarının ücretleri ülke içinde diğer profesyonel meslek gruplarına göre de değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin ülkelerin çoğunda öğretmenlerin hemşirelerin 1-15 katı ücret almalarına karşın Kostarika, Estonya ve ABD'de hemşireler öğretmenlerden daha çok kazanmaktadır. Ülkelerin çoğunda mühendisler hekimlerden daha çok kazanmaktadırlar. Kişi başı gelirin yüksek olduğu bazı ülkelerde ise Avustralya ve ABD'de olduğu gibi hekimler mühendislerden daha çok kazanmaktadırlar (WHO, 2006).

Bazı ülkelerde gelir dışındaki teşvikler de sağlık çalışanları için kullanılmaktadır. Üniforma, eğitim, lojman, ulaşım imkanı, çocuk bakımı imkanı gibi faydaların sağlanması uygulanan yöntemler arasındadır. Örneğin Tayland'da kırsal alanlarda hekim çalışmasını güdülemek için ek ödemelerin yanısıra, eğitimle ilgili teşvikler ve sosyal stratejiler kullanılmıştır. Bazı ülkelerde görülen enformel ödemeler sağlık çalışanlarının gelirlerinin önemli bir kısmını oluşturmakta ve hastalarıyla olan ilişkilerinde belirleyici rol oynayabilmektedir (WHO, 2006).

6. Hekim Emeği İçin Bazı Ülke Örneklerine Yakın Bakış

Hekim emeğine ülke düzeyinde daha yakın bakış için seçilen ülkeler sağlık sistemleri sınıflandırmasında terminolojiyi oluşturan ülkelerdir. Semaskho modeli (Sovyetler Birliği/Rusya), Bismarck modeli (Almanya), Beveridge modeli (İngiltere), Beveridge ve Bismarck modellerinin birleşimi (Fransa).

6.1 Rusya

20. yüzyıl siyasi tarihinin bir izdüşümü olarak beliren sağlık politikalarının tarihine göz atmak bugün gelinen noktanın daha anlaşılır olmasına yardımcı olabilir. 19. yüzyıl sonunda Fransa ve Almanya'da yaşam beklentisi 47 yılken, Rusya'da yaşam beklentisi 32 yıldır. 1938'de fark daha açılmıştır. Fransa'da 59 yıl ve ABD'de 63 yılken Rusya'da yaşam beklentisi 43 yıldır. Fakat daha sonraki süreçte yaşam beklentisi yılında önemli ilerlemeler kaydedildi ve aradaki fark kapandı. 1965'e geldiğinde Rusya, Fransa ve ABD'de yaşam beklentisi erkeklerde 64,3, 67,5 ve 66,8 yıl, kadınlarda 73,4, 74,7 ve 73,7 yıldır. Devrim sonrasında 1918 yılında oluşturulan "Semaskho" modeliyle birlikte dramatik gelişmeler sağlanmıştır. Özellikle tüberküloz, tifo, tifus, sıtma ve kolera için olmak üzere bulaşıcı hastalıklar kontrol altına alındı. Bu gelişme koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, sağlam kişi izlemleri, kırsal alanlarda sanitasyon ve hijyenin geliştirilmesiyle elde edildi. Bulaşıcı hastalıkların kontrolünde sağlanan başarı ileriki yıllarda da sürdürüldü. Bulaşıcı hastalıklara bağlı kaba ölüm hızı 1960'ta yüz binde 87'den 1980'de yüz binde 21'e ve 1991'de yüz binde 12'ye indirildi. 1971'de bebek ölüm hızı binde 22,9'a inmişti; bu devrim öncesinin onda biri ve 1950'lerin dörtte biri düzeyinde bir orana karşılık geliyordu. 1991'de Sovyetler Birliği'nin dağılmasıyla birlikte Rusya'da toplumun sağlık düzeyinde ciddi bir gerileme yaşandı. Doğum

Tablo 1. Hekim ödeme yöntemleri için farklı ülkelere toplu bakış (OECD, 2006)

Ülkeler	Birinci basamak çalışanı hekimler	Ayaktan bakım hizmeti veren uzman hekimler	Kamu hastanelerinde çalışan hekimler	Özel hastanelerde çalışan hekimler
Avustralya	% 75-80 karışık ödeme (temelde hizmet başına ödeme, % 10 kişi başına ve % 10 bağışıklama hedefine göre ödeme)	Hizmet kullanımında ve yıllık harcamalarda kısıtlama olmaksızın hizmet başına ödeme	Karışık ödeme (kamu hastalarını tedavi etmek için maaş ve özel hastaları kamu hastanelerinde tedavi etmek için hizmet başına ödeme.)	Hizmet başına ödeme ve maaş
Avusturya	% 60 hizmet başına ödeme, % 40 hizmet başına ve kişi başına ödeme.	% 90 hizmet başına ödeme, % 10 kişi başına ve hizmet başına ödeme	% 90 maaş ve % 10 hizmet başına ödeme	% 90 hizmet başına ödeme ve % 10 maaş
Belçika	hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme
Kanada	Temel olarak hizmet başına ödeme	Temel olarak hizmet başına ödeme		Temel olarak hizmet başına ödeme
Danimarka	Karışık ödeme (% 63 hizmet başına ödeme, % 28 kişi başı ödeme)		Maaş	
Almanya	% 100 hizmet başına ödeme	% 100 hizmet başına ödeme	Maaş. Özel hastalar için hizmet başına ödeme	% 100 maaş
Yunanistan	Kamuda maaş, özel sektörde hizmet başına ödeme	Kamuda maaş, özel sektörde hizmet başına ödeme	Temel olarak maaş	Karışık ödeme (hizmet başına ödeme ve maaş)
İrlanda	Hasta yüksek gelirli ise hizmet başı ödeme, düşük gelirli ise kişi başı ödeme		Maaş. Özel hastalar için hizmet başına ödeme	
Japonya	hizmet başına ödeme	Hastaneler için maaş, bağımsız klinikler için hizmet başına ödeme	Maaş.	
Kore	% 100 hizmet başına ödeme	% 100 hizmet başına ödeme	% 100 maaş	% 100 maaş
Meksika	Kamuda maaş, özel sektörde hizmet başına ödeme	Kamuda maaş, özel sektörde hizmet başına ödeme	Maaş.	Hizmet başına ödeme
Hollanda	Hasta yüksek gelirli ise hizmet başı ödeme, düşük gelirli ise kişi başı ödeme			Karışık ödeme(hizmet başına ödeme ve maaş)
Yeni Zelanda	% 78 hizmet başına ödeme % 22 kişi başı ödeme	Temel olarak maaş	Temel olarak maaş	Çoğunlukla hizmet başına ödeme kısmen maaş
Portekiz	Kamuda maaş, özel sektörde hizmet başı ödeme		Maaş	Hizmet başına ödeme
Slovakya Cumhuriyeti	Karışık ödeme (kişi başı ödeme ve koruyucu sağlık hizmetlerine göre performans dayalı ödeme)	% 100 hizmet başına ödeme	% 100 maaş	Hizmet başına ödeme
İspanya	Karışık ödeme(%85 maaş ve % 15 kişi başı ödeme)	% 100 maaş	% 100 maaş	Temel olarak hizmet başına ödeme
İsveç	Maaş	Maaş	% 100 maaş	% 100 maaş
İsviçre	% 96 hizmet başına ödeme ve % 4 maaş.	% 90 hizmet başına ödeme ve % 10 maaş.	Hizmet başına ödeme ve maaş	Hizmet başına ödeme ve maaş
ABD	Karışık ödeme	Karışık ödeme	Karışık ödeme	Karışık ödeme

oranlarındaki azalmanın mortalite oranlarındaki artışla birlikte seyretmesi 1992-2000 yılları arasında nüfusta 3,5 milyonluk bir azalmaya yol açtı. 1990'larda Rus kökenlilerin diğer Sovyet Cumhuriyetlerinden Rusya'ya göçü olmasa bu azalma daha büyük olarak gerçekleşebilirdi. Sovyetler Birliği'nin son döneminde 2,2 olan toplam doğurganlık hızı (nüfusun kendisini ancak idame edebilmesine olanak sağlayan oran 2,1'dir) 1991'de 1,7 ye 2000'de ise 1,2'ye düşmüştü (Tragakes, 2003).

Sovyetler Birliği'nden Rusya Federasyonu'na geçişle birlikte sağlık yönetiminde devolusyon gerçekleştirildi. Rusya popülasyonunun %90'ını kapsayan zorunlu sağlık sigortası devam ederken güç bölgesel ve yerel idarelere aktarıldı. Rusya'da yurttaşların çoğu bölge idaresi tarafından yönetilen birimlerden hizmet almaktadır. Bu yapı (rayon) 15- 50 bin kişiyi kapsayan yapıdır ve bütçesi yerel bütçeden ve genel vergilerden karşılanmaktadır. Genelde bir bölge hastanesi bölgedeki işlerin yürütülmesinden sorumludur. Sağlık kuruluşları bütçeleri bölgesel sağlık sigortası tarafından finanse edilir, bunlar bölgesel yönetimlere ve federal sağlık sigortasına karşı sorumludurlar. Sağlık hizmeti sunumunun temelini sağlık bakanlığı oluşturmasına karşın, başka resmi kuruluşların da (en büyükleri demiryolları, askere ve polislere ait olanlar) sağlık hizmet sunumu mevcuttur. Bununla birlikte ana yapı dışında büyük şehirlerde ayaktan ya da yatılı hizmet veren yerlerde ayrı olarak çalışan kadın doğum, pediatri, dahiliye gibi uzmanlar da bulunmaktadır (Danishevski, 2006).

Sağlık emek gücüyle ilgili nicelik sorunları, ihtisas hastanelerindeki hekimlerle birinci basamakta çalışan genel pratisyenler arasındaki sayısal dengesizliktir; diğeriye hemşire hekim oranındaki düşüklüktür. Hemşire ve birinci basamakta hekim sayısındaki yetersizlik kritik düzeydedir. Hekimlerin çalışmak için batı ülkelerine gidişleri, hemşirelerin temizlik gibi kalifikasyon gerektirmeyen diğer işlere yönelmeleri bu sonuca neden olan etmenlerdendir (Danishevski, 2006).

Kamu çalışanlarıyla ilgili sağlık emekgücü düzenlemeleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmektedir, diğer bakanlık ve kurumlar da etkili olmaktadır (Söz gelimi çalışma bakanlığı, demir yolu ya da madencilik endüstrisi gibi gruplar). Sağlık Bakanlığı'na göre hekimlerin %95'i Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışmaktadır, geri kalan %5'i de diğer kamu kurumlarına bağlı sağlık kuruluşlarında çalışmaktadır. 2003'ten bu yana ücretler kamuda çalışan herkesi içeren birleşik bir ücret skalası üzerinden belirlenmektedir. Öte yandan hekimleri temsilen tek bir profesyonel birlik yoktur ve üzerinde uzlaşmış bir hekim ödeme sistemi yoktur. Meslek birliklerinin yönetim süreçlerine belirleyici olmaları yönünde çabalar olmuşa da meslek birlikleri oluşumun erken aşamalarında başarısızlığa uğramıştır. Aralarında demokratik mekanizmalar geliştirilemeyen birlikler nedeniyle örgütlenme zayıftır ve kendini finanse edecek kaynaklardan yoksundur (Danishevski, 2006).

Kamuda çalışan hekimlerin hepsi maaşla ücretlendirilmektedir ve çalıştıkları kurum tarafından istihdam edilirler. Düzenlemeler mezuniyet sonrası kalifikasyonu, kıdemi, sorumlulukları yansıtır. Ücretler sağlık ve ekonomi bakanlıkları tarafından yıllık olarak sağlık bütçesine göre güncellenirler. Presteroyka ile performans dayalı ödemenin basit biçimleri uygulamaya girmeye başlamıştır. 1980'lerde poliklinik yöneticileri performans göre ek ödeme yapma yetkisine sahip olmaya başladılar. Daha sonra performansla bağlı ek ödeme olağan hale geldi. Çalışanların yaklaşık %20'den fazlası her ay ek ödemelerden kaynaklanan ücret almaktadır. (Tragakes, 2003). Hekimlerin gelirlerini yasal olarak artırabilecekleri yollardan birisi, 24 saatlik şifftte çalışmadır, şift sayısı ayda 6'ya kadar çıkabilmektedir. Ulusal yoksulluk sınırının ayda 1200 ruble olarak belirlendiği 2000 yılında (yaklaşık 40 dolar) cerrahlar ve ayaktan bakım hizmetlerinde çalışan hekimler yaklaşık 2400 ruble almakta, diğer hekimler 1200-2400 ruble arası almakta, bütün hemşireler ise yoksulluk sınırının altında ücret almaktaydılar. (Danishevski, 2006). Diğer yandan özellikle hekimler için informal ödemeler, resmi ücretleri tamamlamaktadır ve Moskova'daki popüler cerrahların işlem başına 1000-15000 dolar para aldıkları rapor edilmiştir. Yönetici pozisyonundaki hekimler daha yüksek ücret almaktadırlar, hastane yöneticileri sorumlu oldukları yatak sayısına göre ek ücret almaktadırlar (Danishevski, 2006).

Çalışanları ücretleri ile yönlendirmek, el altından yapılan ödemelerin yaygınlığı nedeniyle etkisiz olmaktadır. Hem doktorlar hem hemşireler bu ödemeleri kabul etmektedirler. Hekimler ilaçlara erişim sağlama, tıbbi testler, hastane başvurusu ile ilgili kontrole sahip oldukları için bu kaynaktan daha çok pay almakta ve yasal gelirlerine eklemektedirler. Hekimler hemşireler ve yardımcı sağlık çalışanlarına göre daha fazla, hastanede çalışan doktorlar ve uzman doktorlar ise pratisyen hekimlere ve birinci basamakta çalışan hekimlere göre bu yoldan daha fazla para kazanmaktadırlar (Tragakes, 2003).

Moskova ve St Petersburg gibi büyük şehirler dışında özel sağlık sigortası ya da özel sağlık hizmeti sunucusundan faydalanan küçük bir grup vardır. Özel kliniklerde çalışan hekimlerin yanı sıra seçime bağlı sağlık sigortalılarıyla ilişkili hastanelerde çalışma koşulları farklıdır. Moskova'da özel sektörde çalışan hekimlerin maaşları 15 ile 40 bin ruble arasında değişmektedir (500-1200 dolar). Kıdemli uzman hekimler daha yüksek maaş almaktadır. Klinikler arasında farklılık olmakla birlikte çalışma saatleri genelde daha uzundur (Danishevski, 2006).

6.2 Almanya

Sağlığın sigorta ile finansmanı modelini kuran ve geliştiren ilk ülke olan Almanya'da, sistem başlangıç aldığı dönemlerden bu yana mücadelelere alan olmuştur. Hekim örgütleri YHS (yasal hastalık sigortası) hizmetlerini sunacak doktorları ve hizmet ücretlerini belirleme yetkisinin kendilerinde olması için mücadele vermiş ve grevler sonrasında 1913'te YHS doktorlarının seçiminde çalışma

koşullarının belirlenmesinde hekimler sandıklarla eşit söz hakkına sahip olmuşlardır. YHS hizmetlerini sunan doktorların üye olmak zorunda oldukları YHS doktorlar birliği, YHS doktorlarının haklarını savunmakta, hizmetlerin türü ve fiyatları konusunda sandıklarla sözleşme yapmaktadır. Ayaktan sağlık hizmeti sunumunda çalışan doktorların büyük kısmı tek kişilik muayenehanelerde çalışmakta, muayenehanenin masrafını doktorlar finanse etmekte, hizmetlerin karşılığı YHS, özel sigortalar veya hastalar tarafından ödenmektedir. Kamuya ait hastanelerde çalışanlarda memur ya da işçi statüsünde maaş karşılığı ortak bir ücret tarifesi üzerinden çalışmaktayken, özel sektörde çalışanlar için kamuya göre daha düşük ücret düzeyleri söz konusu olabilmektedir. Serbest çalışan hekim, diş hekimi, psikolog, eczacı gibi meslek gruplarının ücretleri belirlenmiş bir ücret tarifesine göre ödenmektedir (Öcek, 2007). Sağlık işgücünün dörtte birinden fazlası (2003'te %29) yarı zamanlı olarak çalışmaktadır, bu oran ulusal ortalamasının (%15) belirgin olarak üzerindedir. Cinsiyetler arasında önemli fark bulunmaktadır, tam zamanlı çalışma oranı erkeklerde %89,2 iken, kadınlarda %57.1'dir (Weinbrenner, 2006).

2003 yılında çıkarılan "yasal hastalık sigortasını modernleştirme yasası" ile sağlık sistemi reforme edilmiştir. Yeni düzenlemeler arasında sigortalıların sandıklar aracılığı ile tamamlayıcı özel sigortalar yapmasının kolaylaştırılması, kar amaçlı sağlık bakım merkezleri kurulması, sandıkların hekimler ile doğrudan sözleşme yapabilmesi, YHS doktorlarına yapılan ödemenin bir üst sınıra kadar sabit puan değerleriyle hesaplanması, finanse edilen sağlık hizmetleri kapsamının daraltılması, katılım paylarının geliştirilmesi, bazı yardımlarda kesintiye gidilmesi, bazı ilaçların ödeme kapsamı dışına çıkarılması yer almaktadır (Öcek, 2007).

Ayaktan bakım hizmetlerinde aşırı işyükü giderek problem haline gelmiştir. Bazı ayaktan bakım servislerinde personel yetersizliği ortaya çıkmış ve hizmetler aksamıştır. Özellikle bazı bölgeler ve yaşlı bakımı hizmetleri için daha belirgin olmak üzere sağlık personeli yetersizliği söz konusudur. Bu nedenlerle ihmal ya da istismar edilmiş yaşlıları içeren rapor edilmiştir (Weinbrenner, 2006).

6.3 İngiltere

1946'da yasalaştırılan ulusal sağlık sistemi (NHS), 1948 de yürürlüğe girdi. Uygulama öncesinde Britanya Hekimler Birliği ve Kraliyet Hekimler Birliği modele entegre olmayacaklarını açıklamış, uzlaşmazlıklar hekimlerle sözleşme yapılan bir düzenleme getirilmesi, uzman hekimlere işe alınmaları ve ücretlerine yönelik kontrol hakkı verilmesi ve özel hekimlik yapma olanağı verilmesi ile sonlandırılmıştır (Aksakoğlu, 2006) NHS'ye yönelik reform girişimleri 1991-1997 arası muhafazakar hükümet, 1997'den sonra da İşçi Partisi hükümeti tarafından gerçekleştirilmiştir. İnsan kaynakları her iki reform paketinde farklı biçimde belirdi. 1990'lardaki Thatcher reformları yerelleştirme ve iç pazar oluşturulmasını

öngörüyordu. Fakat iş gücü planlaması programda belirgin olarak yer almıyordu. 1997'de İşçi Partisi hükümetleriyle emek gücü sağlık hizmetleri sunumuyla ilgili anahtar bileşen olarak öne çıktı. 2000'de başlatılan, başlangıçta beş yıllık bir süreyi kapsaması öngörülürken daha sonra 2008'e kadar uzatılan başka bir reform planı performansa dayalı yönetim kültürünü yerleştirmeyi amaçlıyordu. 2002'ye gelindiğine yapılan değerlendirmeler arasında reform çalışmalarının amacına ulaşmasındaki temel engelin çalışan yetersizliği olduğu, yeterli hekim ve hemşirenin bulunmadığı yer alıyordu. (Buchan, 2006).

NHS başladığından beri hekimlere ödeme sistemi büyük değişiklik göstermeden devam edegeldi. NHS ücretlendirme sistemi üzerine müzakereler 1999'da başlamıştır (agenda for change). 2003'te yeni ödeme ve değerlendirme sistemi pilot uygulaması başlatılmıştır. 2003'ten sonra performansa dayalı ödemenin basit bir şekli olarak temel ücretlerle birlikte hastane hekimlerine ek ödemeler yapılmaya başlandı. Bu değişim aynı zamanda NHS dışında kısmi çalışma sözleşmeleri yapmayı ve özel çalışma ile ek para kazanmayı içeriyordu. 2003'den sonra hekimler NHS'de haftada 40 saat çalışmalarına elveren yeni sözleşmeler yaptılar. Bu sözleşme tartışmalarına da neden oldu çünkü ücretlerde artışı içeriyordu. (yaklaşık 78 bin avrodan 93 bin avroya). Genel pratisyenler için de 2004'ten sonra yeni sözleşmeler düzenlendi. Bu düzenleme genel pratisyenlerle bireysel sözleşme yapma yerine çalıştıkları yerle sözleşme yapmayı içeriyordu. Çalıştıkları yer de genel pratisyenlere maaş (değişiklik öncesi gelirin %40'ı kadar), bunun dışında sözleşmeye göre kişi başı ödeme, hizmet başı ödeme ya da diğer ödeme yöntemleriyle yapılan ödemeleri yapacaktı (Buchan, 2006).

6.4 Fransa

Kamu hastanelerinde çalışan hekimler maaşla ücretlendirilmektedir. Kamuda ücretler özele göre daha yüksektir. Diğer yandan kamu hastaneleri ciddi bütçe kısıtlamaları ile karşı karşıya kalmaktadırlar. 2007'de öngörülen bir plan uyarınca (Le plan hôpital 2007) performansa dayalı ödemeye geçilmesi kararlaştırılmıştır. Özel sektörde ayaktan bakım hizmetlerinde çalışan doktorlar Ulusal Standart üzerinden hizmet başına ödeme ile ücretlendirilmektedir. Ortalama hekim ücreti yaklaşık 55 bin dolardır ve bu para ABD'deki miktarın (194 bin dolar) üçte birinden daha azına karşılık gelmektedir. Sağlık çalışanlarının çoğunluğu aynı anda hem bir kuruma bağlı olarak hem de serbest olarak çalıştıkları için ücretlendirme farklı yöntemlerin karması olarak şekillenmektedir. Serbest çalışan sağlık çalışanları (genel pratisyenler, uzmanlar, diş hekimleri, hemşireler, psikoterapistler, ebeler, ambulans çalışanları, laboratuvar teknisyenleri, optisyenler) çoğunlukla yatan bakım hizmetlerinde çalışmaktadırlar ve bu hizmetlerin çoğunluğu özel hastane hastalarına yönelik olarak sunulmaktadır. Serbest çalışanların çoğu sundukları hizmet karşılığı doğrudan ücretlendirilmektedir. Serbest çalışan hekimler baktıkları hastaların sağlık

güvenceleri üzerinden ücretlerini almaktadır. Bakılan hastanın sigortalı olmaması durumunda belirlenmiş olan minimum tarife üzerinden ücret belirlenmektedir. Çoğunlukla da serbest çalışan hekim direk hastadan ücretini almakta, kişiye sigortası daha sonra bu ücreti (toplam ücretin bir bölümü) geri ödemektedir. Kapı tutuculuk yapan genel pratisyenler kaydettikleri hasta başına yıllık tamamlayıcı bir ücret almaktadırlar (2001 yılı için kişi başı yılda 46 avro). Eğer hekim tüm hastalarını kayıt altına almışsa (kendine kayıtlı olan hastalara yönelik hizmet veriyorsa) sağlık sigortasının sağladığı ücret hekimin aldığı paranın tümünü oluşturmaktadır. Kamu hastanelerinde çalışan hekimlerse eğer üniversitede çalışıyorlarsa eğitimle ilgili sorumluluklarına, kamu hastanelerinde çalışıyorlarsa tam zamanlı ya da yarı zamanlı çalışmalarına bağlı olarak değişen ücretler almaktadırlar (Wait, 2006).

Hekimlerin haftalık çalışma saatleri 1990'da 48 saatten 2001'de 51 saate yükselmiştir. 35 saatlik çalışma haftası uygulaması 2000'de özel sektörde 2002'de kamu sektöründe yerini almış ama uygulama opsiyonel olarak kalmıştır. Hastaneler 35 saat çalışan personeli sosyal güvenceye zorunlu işveren katkısını azaltmak için kabul etmekte idiler (Wait, 2006).

Reform öncesi Fransız sağlık sistemi karma bir yapıdan meydana geliyordu. Hem sağlık sigortalarını hem kamu katkısını içeren Beveridge ve Bismarck modellerini aynı anda yansıtıyor, sağlık sigortaları hem kamu hem de özel sektör tarafından oluşturuluyor, sağlık hizmeti sunumunu da hem kamu hem özel yapıyordu. Ekonomik büyümedeki yavaşlamanın ve işsizlik oranlarındaki artışın sağlığın finansmanının sürdürülmesini engellediği gerekçesiyle geliştirilen reformun temel amacı maliyetleri kontrol etmek olarak belirlendi. Mevcut yapı ile harcamaların kontrol edilememesi, hastaların ve hizmet sunucuların davranışlarının kısıtlanamaması, sağlığın büyük oranda kamu tarafından finanse edilmesi, yüksek oranlarda geri ödemeler yapılması, harcamaları azaltmaya yönelik girişimlerin işlevsel olamaması reform girişiminin diğer gerekçeleri olarak sıralanmaktaydı. Maliyetleri kontrol altına almaya yönelik yeni araçların geliştirilmesi üzerinde çalışılmasına karşın, bir yandan doktorların onayını almaya yönelik çabalar sonuçsuz kalmış, diğer yandan parlamento tarafından belirlenen toplam sağlık harcamaları aşılmıştır. Sağlık harcamalarının artışı ile ekonomik büyüme arasındaki farkın 1970'lerdeki 3 puan değerinden 1990'larda 1 puan değerine gerilemiş, fakat diğer yandan 1990'ların sonlarında iki oran birbirine eşitlendikten sonra aradaki fark tekrar açılmaya başlamıştır. Hekimler sağlık politikalarının uygulanması sürecinde önemli rol oynamışlardır. Özellikle hekim örgütleri olmak üzere sağlık çalışanları meslek birlikleri aracılığıyla şiddetle karşı çıkmışlardır. 1996'dan beri hekimlerle sağlık harcamalarını kısıtlamayı amaçlayan sağlık reformları arasında önemli anlaşmazlıklar mevcuttur. 2001 ve 2002 de bu anlaşmazlık doktorların grevi ile daha da artmıştır (Wait, 2006).

Reform ilk kez genel pratisyenlerle ve uzmanlarla ayrı ayrı sözleşme yapılmasını öngörüyordu. Bu fikir pratisyen

hekimlerin statüsünde gelişme sağladığı için genel pratisyenler tarafından destek gördü. Fakat hekim örgütlerinin desteği hekim birliğindeki seçimlerden sonra devam etmedi. Hekimlerin karşı çıkışları reformu bir ölçüde yetersizliğe uğrattı. 2001'de hükümet sevk süreciyle ilgili düzenlemeler aracılığıyla özel sektör sağlık çalışanlarıyla yeni bir diyalog geliştirmeye çalıştı. Düzenlemeler sağlık sigorta kurumlarıyla hekimler arasında anlaşmalarda yeni değişiklikler öneriyordu. Yeni düzenlemeler tüm hekimler için bazı ortak düzenlemeleri, farklı uzmanlık alanları için özgül düzenlemeleri içeren anlaşmaların sigorta kurumlarıyla hekim arasında yapılmasını, sigorta kurumlarıyla anlaşma yapmayan hekimler için bazı sağlık hizmetleri için kısmi anlaşma yapılmasını öngörüyordu. Düzenleme 2002'de muhafazakar hükümetin gelişiyile sonlanmıştır. Fransa'da geleneksel olarak hekim örgütlenmesi parçalı yapıdadır, serbest çalışan hekimlerin birliklerini içeren bir örgütle, özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimleri içeren iki örgüt yakın zamanda birleşmiştir. Kamuda çalışan hekimler dışındaki hekimlerin biraraya gelişi hekimlerin taleplerinin gerçekleşmesi bakımından olumlu değişime yol açtığı gözlenmiştir (Wait, 2006).

Fransa'da sağlık çalışanlarının giderek artan mesleksel memnuniyetsizliklerinin sebepleri arasında aşırı iş yükü, özellikle hemşireler için sağlık çalışanlarının statüsünün düşük olması, sağlığın ticarileştirilmesi, uygulamayla ilgili yasal ve yönetsel zorluklar, geleceğe ilişkin güvencesizlik duygusu yer almaktadır. Bu sonuca katkı yapan faktörler sağlık çalışanlarının yaş ortalamasının artışı, sağlık iş gücünün feminizasyonu, toplumun yaşlanmasıyla birlikte hastalık yükünün artması, sosyal güvenlik sistemindeki değişiklikler olarak sıralanmaktadır (Wait, 2006).

7. Hekimin "Homo Economicus" İle İmtihani

DSÖ raporunda, sağlık çalışanlarının performansının neden birbirinden farklı olduğunu anlamak için, onların çalışmalarını belirleyen etmenlerin dikkate alınmasının gerektiği, geçmişte kötü performansın temelinde yeterli bilgi ve becerinin eksikliğinin görüldüğü ama son yıllarda yeni etmenler üzerinde durulmaya başlandığı ve bu etmenlerin üç başlıkta toplanabileceği belirtilmektedir (WHO, 2006) :

1. Hizmet verilen toplumun özellikleri: Bağışıklama oranlarının artırılması, tüberküloz tedavisinin devamlılığı gibi sağlık ölçütlerini içermektedir.

2. Sağlık çalışanların özellikleri: Sağlık çalışanların sosyokültürel özellikleri; bilgi, beceri ve motivasyonlarını içermektedir.

3. Sağlık sisteminin özellikleri: Sağlık sisteminin ve onun da içinde yer aldığı daha geniş çerçevenin özelliklerinin sağlık çalışanlarını koşullandırma biçimi. Bu etmenler sağlık sisteminin işleyişi, çalışanlara ödeme biçimleri, çalışanların yönetilme biçimi, mesleki ilerleyiş biçimini içermektedir.

Hekim emek gücünün niceliğinin ve hekim emeğinin mesleki niteliklerinin tartışılması yukarıda belirtilen etmenleri içeren bir çerçeve içinde yapıldığında analizin eksik noktalar içermesi riski azalacaktır. Burada söz konusu edilen maddelerden ilki toplumun sağlık düzeyine dair olduğu için "halk sağlığı" başlığı altında tartışılabilir. İkincisinde belirtilen sağlık çalışanlarının özellikleri; bir bölümüyle mesleki nitelikleri bakımından "tıp eğitimi"nin konusu içinde değerlendirilebilir ama değerlendirilmesi gereken daha geniş bir bölümü sağlık çalışanlarının da için de yer aldığı "çalışanların" sosyal-kültürel-ekonomik-siyasal özellikleri ile bağlantılı olduğu için "çalışma ilişkileri" başlığı altında tartışılabilir. Üçüncü madde olarak dile getirilen sağlık sisteminin özellikleri maddenin tanımı gereği "sağlık politikaları" başlığı altında tartışılabilir. Çalışma ilişkileri ve sağlık politikaları başlıkları altında tartışma yürütmek için ise bu başlıkların içinde yer alabilecekleri kavramsal çerçevelere ihtiyaç duyulacaktır. Söz konusu kavramsal çerçevelerin kendilerinin tartışılması, verilecek yanıtların oluşturulması sürecinin kaderini tayin edecektir.

"Homo economicus" klasik ve neo-klasik iktisadın temel varsayımını oluşturmaktadır ve "tüketici olarak fayda maksimizasyonu; üretici olarak kar maksimizasyonu peşinde koşan rasyonel insanı" tanımlamaktadır. Temelini "laissez faire, laissez passer" anlayışının oluşturduğu liberalizmden almaktadır (Akyıldız, 2008). Hekim ödeme yöntemleri ve farklı ödeme yöntemlerinin sağlık çıktılarıyla olan ilişkilerini değerlendiren çerçeve, "homo economicus" referanslı bir paradigma tarafından tanımlanmışsa, her durumda hastaların/ hekimlerin/sağlık finansmanı sağlayan kuruluşların/sağlık hizmet sunucusu kuruluşların birbirinden farklı kendi "rasyonelleri" devreye girecektir. Böylelikle ne sağlık ekonomisinin öngördüğü verimlilik ne sağlık çıktılarının değerlendirildiği daha iyi sağlık amaçlarına nihai olarak bir türlü ulaşamayacak, sağlık endüstrisinin farklı aktörlerinin "köşe kapmaca"sı sürecektir. Bu oyunun kurallarının başarı ölçütü sağlığı finanse eden ve sağlık hizmeti üreten kuruluşlar için daha çok kar olacaktır, bu başarının anlamı ise hekimler için "daha çok çalışma ve daha az kazanma", hastalar için "daha az sağlık" olacaktır.

Hasta hekim ilişkisinin özgüllükleri ve hekimin mesleki bağımsızlığının koşulları ile homo economicus olarak hekimin göstermesi gereken davranış özellikleri, hekim hangi ödeme yöntemi ile ücretlendirilecek olursa olsun, -bu yöntem bahsedilen liberal kavramsal çerçeveye uyarlıysa- birbiriyle çelişecektir. Piyasa ekonomisi tarafından, toplumun diğer bireylerine de olduğu gibi, homo economicus olmaya zorlanan hekim; kendini hekim olmak ile homo economicus olmak arasındaki açığın içinde bulacaktır. Hekimler için, homo economicus "olmak ya da olmamak" sadece hekim ödeme yöntemlerine ilişkin bir tartışmanın sonlandırılması için gereken bir başlık olarak değil, mesleki bağımsızlıkları ile ilgili bir etik meselesi olarak da değil, meslekleri ile ilgili ontolojik bir sorun olarak karşılarında durmaktadır.

KAYNAKLAR

- Aksakoğlu G., Giray H.** (2006). Birlik kralıkta ulusal sağlık hizmetini öyküsü Toplum ve Hekim cilt 21 sayı: 5-6 s: 335-343.
- Akyıldız H.** (2008) Tartışılan Boyutlarıyla "Homo Economicus" Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Y., C.13, S.2 s.29-40.
- Buchan J., Maynard A.** (2006) United Kingdom s: 129-143 içinde B. Rechel, C:A Dubois, M. McKee (2006) The Health Care Workforce in Europe Learning from Experience. European Observatory on Health System and Policies. WHO Regional Office for Europe
- Danishovski K.** (2006) Russian Federations. S:101-115 içinde B. Rechel, C:A Dubois, M. McKee (2006) The Health Care Workforce in Europe Learning from Experience. European Observatory on Health System and Policies. WHO Regional Office for Europe
- Gosden T, Pedersen L, Torgerson** (1999) How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. D Q J Med. 92: 47-55
- Grignon M., Paris V., Polton D., Couffinal A., Pierrard B.** (2009) Influence of Physician Payment Methods on the Efficiency of the Health Care System. Commission on the future of health care in Canada.
- Hutchinson J.M, Foley R.N.** (1999) Method of physician remuneration and rates of antibiotic prescription CMAJ o APR. 6; 160 (7)
- Kao A.C., Green D.C., Zaslavsky A.M., Koplan J.P., Cleary P.D.** (1998) The Relationship Between Method of Physician Payment and Patient Trust JAMA, November 18,-Vol 280, No. 19
- Saltman R. B, Figueras J.** (2004) Hekim ödeme sistemleri Toplum ve Hekim Cilt 19 Sayı 3 DSÖ'nün 1997 yılında yayımladığı European Health Care Reform adlı kitabın ilgili bölümünün özet çevirisi çeviri. Doç. Dr. İlker Belek.
- OECD** (2006) Steven Simoons and Jeremy Hurst The Supply of Physician Services in OECD Countries OECD HEALTH WORKING PAPERS
- Öcek Z.** (2007) Almanya Sağlık Sistemi Toplum ve Hekim cilt:22 sayı: 1-2 s: 83-95
- Tragakes E., Lessof S.** (2003) Health Care Systems in Transition Russian Federation European Observatory on Health System and Policies. WHO Regional Office for Europe
- World Health Organization.** 2006 :The world health report working together for health
- Wait S** (2006) France s. 19-33 içinde B. Rechel, C:A Dubois,
- M. McKee** (2006) The Health Care Workforce in Europe Learning from Experience. European Observatory on Health System and Policies. WHO Regional Office for Europe
- Weinbrenner S., Busse R.** (2006) Germany s: 33-47 içinde B. Rechel, C:A Dubois, M. McKee (2006) The Health Care Workforce in Europe Learning from Experience. European Observatory on Health System and Policies. WHO Regional Office for Europe
- Zweifel P., Breyer F., Kifmann M.** (1997) Health Economics Oxford University Press.