

İtalya'da sağlık reformu: Türkiye'de sağlık reformu tartışmalarına bir örnek

Dr. Ata SOYER*

Türkiye'de sağlık hizmetlerinden hoşnutsuzluk, bu hizmetleri alanlar kadar, biz sunanlar için de geçerlidir. Ve bu, giderek artmaktadır. Bu hoşnutsuzluk artışı, hükümetleri sorunu görmezden gelemecekleri noktaya getirmiş olmasına karşın, çözümü için gerekli girişimler henüz ortada görünmemektedir. Çözüm konusunda genelde yapılan, gelişmiş batı ülkelerinin -koşulları, tarihsel/yönetimsel yapısı, kültürü dikkate alınmaksızın- örneklerinin kalıp olarak aktarılmasıdır. "Liberal" görünümlüler daha çok ABD, Almanya örneğinden yola çıkarak sigortacılığın nimetlerini önümüze sererken, "daha demokrat olanlar" İngiltere/İsveç modeli savunuculuğunu yapmaktadır. Muhakkak ki, değişik ülke deneyimlerin, çözüm açısından anlamı inkar edilemez. Ancak, ilgili deneyimlerinin, koşulları yeterince değerlendirilmeden çözüm olarak sunulması yarar getirmedigi gibi, boş tartışmalarla gündemi tika-yabilmektedir de!

Bir de, toplumun tüm kesimlerinin üzerinde uzlaştığı bir "ulusal sağlık sistemi" konusu var. Öyle abartılı bir şekilde sunuluyor ki; bu kavram toplumdaki tarafların statik olarak bir masa etrafında tartışması ile her şeyin çözülebildiği sihirli bir sonuç anlamına gelmiş durumda. Gerçi, toplumda birçok kavram, benzer şekilde deformasyondan kurtulmamış. Toplumdaki tüm güçlerin hangi süreçlerde, ne düzeyde potansiyel taşıdıklarına bakmaksızın, bu güçlerin gelişim yönelimleri, etkileyebildikleri yapılar değerlendirilmeksizin, kerameti kendinden menkul bazı "çağrıcılar"ın daveti ile temsiliyet kriterleri de kendilerince belirlenerek bir araya gelen insan grupları, Anayasa, Kürt sorunu, terör vb. konuları bile çözebilmeyi umuyorlar!

Oysa, söz konusu konuların doğrudan tarafları

ya ortada yok, ya da yeterince yokken, soruna bir yarı ile bakanların, sadece "mütevazi" katkıları olabilir. Bu katkıları küçümsememekle birlikte, bazı noktaları vurgulamakta yarar var. Birincisi, toplumun önemli bir bölümünü ilgilendiren/rahatsız eden bir sorun, her şeyden önce bu sorunun asli sahiplerinin desteği olmaksızın çözülemez! İkincisi, adaletsizlik ve eşitsizliğin oldukça derin olduğu toplumlarda, bu sorunların giderilmesi anlamında adımlar atmadan, üstelik masa başında, tüm kesimlerin ortak anlayabileceği çözümler üretmeyi düşünmek bir oyalama /ard niyet taşıyorsa, en iyi ihtimalle safdilliktir. Bununla bağlı olarak bir diğer önemli sorun, bir konuda ulusal uzlaşma denilen bir durum, ancak tarihsel olarak belirli mücadelelerin / hareketliliklerin ışığında, bir konjonktürde oluşmuş geçici bir durumdur.

Dolayısı ile, ülkemiz için toplumun tüm kesimlerinin çıkarına, tüm zamanlar için bir ulusal sağlık sistemi kavramının doğru olmadığına inanıyorum. Bu olsa olsa geniş bir toplum kesiminin çıkarlarına, bir tarihsel dönemde denk düşen bir sağlık sistemi olabilir. Bunun ilkeleri olabilir. Ancak, yasal ya da pratik olarak böyle bir sistem yaşama geçirilebilse bile, toplumsal çıkarları farklı kesimlerin bu durumu kendi yönlerinde değiştirme yönündeki çabaları bitmeyecektir.

Örneğin; ülkemizde resmi halk sağlığı anlayışının, yıllardır örnek gösterdiği İngiltere'deki Ulusal Sağlık Sistemi, özünde İngiltere'deki toplumsal güçlerin yıllar süren mücadelesinin, II. Savaş sonrası konjonktürün de elverişliliği ile toplumun çalışan çoğunluğunun desteği ile -ama tam da istediği gibi şekillenmeyen- bir kazanımdır. 1940'ların ikinci yarısında, büyük bir toplumsal destekle uygulanan bu sistem, 1970'lerin başlarına kadar büyük ölçüde varlığını korumuş, ancak bu yıllarda tüm dünyayı etkileyen krizin İngiltere'deki yansımaları ile aşındırılmaya başlamış, nihayet "yeni sağ"ın Thatcher'le yaptığı saldırı ile dayanakları büyük ölçüde sarsılmıştır. Ancak gerek topluma mal olmuş bir kazanım olması, gerekse sağlık çalışanlarının sistemi sahiplenmesi, bu saldırıya direnebilmeyi getirmiştir. Ulusal Sağlık Sistemi konusundaki mücadele halen sürmektedir. Oysa, İngiliz Sağlık Sistemi denilince, yıllardır bize aktarılan, oradaki sağlık modelidir!. Sistemi yaratan toplumsal dinamikleri, siyasi-ekonomik özü "gizleyerek" kapitalist ülkede nasıl olduğu bilinmeyen bir şekilde yaratılmış "sosyalist" bir model olarak bile sunulagelmıştır. Halen de, ülkelerin sağlık modelleri tartışılırken, aynı mantıkla tartışılmaktadır. Ve tartışma salt devletin sağlık konusundaki yetkilileri ile büyük ölçüde ve geleneksel olarak resmi halk sağlığı görüşünden etkilenmiş sağlık personeli -özelde tabip odaları- örgütlenmeleri arasında sıkıştırılmaktadır. Hizmeti alan kesim, bu tartışmalarda sadece izleyicidir. Öyle değil, sonuçlarla ilgili bu kesimin tartışmaya kendi çıkarları

* T.T.B. M.K. üyesi.

doğrultusunda katılması için hemen hiçbir çaba yoktur, ortada.

Bu bağlamda, sadece sağlık personelinin örgütleri ve devletin sağlıkla ilgili kurumları arasına sıkıştırılmış tartışmaların, işbirliklerinin, toplumun önemli bölümünün sorunlarına çözüm getirmesini beklememek gerek. Bundan böyle tartışmaları, sağlığa/sağlık hizmetlerine en fazla gereksinimi olan kesimlerle birlikte yürütmek anlamlı olacaktır. Ve bu tartışmalarda, sadece -toplumsal özünden koparılmış- kaba modellerin değil, tüm toplumsal boyutları ile sağlık konusunun ele alınmaya çalışılması anlamlıdır.

Dolayısı ile, büyük reform iddiaları ile hükümet olan koalisyonun, reformdan ne anladığı sorgulanmalı, kendilerine gerçek reform örneklerini aktarılmalıdır. Bugüne kadar, Batı'daki sigorta örnekleri bize çözüm diye sunanlarla, İtalya örneğini tartışmanın bu çerçevede önemi var. Ancak, hiç gözden kaçırılmaması gereken nokta, İtalya'daki çözüm diye gündeme gelen sağlık reformunun, farklı toplumsal koşullarda olduğu ve bunun bizim koşullarımıza kaba biçimde aktarılamayacağı gerçeğidir. Sadece, kapitalist bir ülkede, toplumsal bir destekle, nasıl bir sağlık reformunun dayatıldığına örnek olarak aktarıyoruz. Sigortadan ulusal sağlık sistemine geçen bir ülke, İtalya; bize aktarılan örneklerin tam tersi.

İTALYA'DA SAĞLIK REFORMUNUN TARİHSEL GELİŞİMİ:

İtalya Parlamentosu, 1978'de sağlıkla ilgili iki yasa kabul etti: *13.5.1978 tarih ve 180 sayılı yasa; 28.12.1978 tarih ve 833 sayılı yasa(Sağlık Reformu yasası).*

İtalya Parlamentosu, bu reformu hangi koşullarda yapmıştır? Hangi tarihsel-sosyal koşullarda? Bunları yanıtlayabilmek, "iş" in salt "sigortadan ulusal sağlık sistemine geçiş" olmadığını gösterecektir.

1860'lardaki birleşme sürecinden itibaren İtalya, yoğun bir merkezileşme yaşadı. 20 yıllık faşist yönetim sırasında da, bu merkezi yapı iyice pekiştirildi. Bu merkezi yapılanma, aslında ülkenin birleşmeden önceki aşırı parçalanmış yapısına reaksiyon olarak yorumlanmakta. 1947'de Cumhuriyet'in ilanı ile, bu kez Anayasa'da, "desantralizasyon" ilkesi benimsendi. Ancak, 1973'e kadar bölgesel hükümet sistemi İtalya'da tam olarak yaşama geçiril(e)medi. Halen yerel yönetim uygulamasına karşın merkezileşme döneminden kalan yapıların baskın olduğu görünüm söz konusu. Benzer durum, sağlık kurumları için de pek farklı değil.

Reformun olduğu ekonomik koşullara baktığımızda; İtalya'nın Kuzeybatı Avrupa ülkelerine kıyasla daha yavaş endüstrileşmiş ve AT ülkeleri arasında ekonomik indikatörleri açısından biraz geri konumda bir ülke olduğu görülür. Diğer AT ülke-

lerine göre işsizlik oranı yüksek, eğitim düzeyi düşüktür. Dolayısı ile sağlık ve sosyal hizmetleri daha çok etkileyen, ekonomik ve insangücü sınırlılıkları vardır. Bir diğer vurgulanması gereken olgu da, reform politikalarının salt sağlık alanına özgü olmadığıdır. Savaş sonrası süreçte, politik durumun uygun olmaması, reformları engelledi. Hristiyan Demokratların savaşın hemen ardından kısa süreli iktidarları dışında, hiçbir parti seçimlerde çoğunluk sağlayamadı. İki en büyük parti olan Hristiyan Demokratlar ve Komünistler, yakın zamana kadar genellikle 5-6 parti ile parlamentoyu oluşturdular.

Sürekli koalisyon hükümetlerinin uzun süreli, kalıcı bir politikanın uygulanmasını engellediği, bu nedenle daha çok günlük, oportünist politikaların politik bir eğilim olarak belirdiği söylenebilir. Ancak, diğer yandan bu durumun İtalya'nın toplumsal yapısının bir özelliği olarak kabul edilmesi gerektiği de ileri sürülmektedir.

Bir başka konu daha vardır ki, İtalya'da; politik, ekonomik ve tüm diğer sorunların üzerine çıkmıştır, yönlendirmiştir: "Güney Sorunu" (Bir çağrışım mı yapı? Yok canım!) Güney İtalya ve Sicilya yıllarca feodal yabancı yönetimlerce, ülkenin geri kalanından ayrılmışlardır. Daha sonra da, düşük gelişme düzeyi, aşırı nüfus, doğal kaynakların fakirliği, feodal yapının sıkıştırdığı köylülük ve tabii ki Mafya ve Camorra gibi gizli örgütlerden kaynaklanan yerel politikaların etkileri nedeni ile "Güney" (II Mezzogiorno) İtalya'nın birleşmesinden hemen yazarı sağlayamamıştır. Birleşmeden sonra da, genellikle Kuzey'in hakim olduğu yönetimler, "Bourbon" monarşisinin oluşturduğu yarı-feodal sömürüyü sürdürdü. II. Savaş sonrasında ise, Güney İtalya'nın ülkenin diğer bölgeleri ile eşitsizliğini giderme amaçlı girişimlerde bulunuldu, ancak sorunların çok derin, kökleşmiş ve hemen hemen başa çıkılmaz bir noktada olduğu görüldü. Bununla ilişkili olarak "Güney", kuzeye işçi ve ucuz besin göndermekle yükümlü, bağımlı ekonomik yapısı olan, bir "perifer" olarak kalmaya ve Kuzey-kökenli partilere oy vermeye "mahkum" edildi! "Güney"le ilgili bir nokta da, yerel feodal güçler, Mafya gibi iktidarı elde tutanların yarı-feodal ilişki yapısı veya "clientelismo" adı verilen himaye sistemidir. Bu yapılanma, yerel yönetimlerin yerel iktidar odaklarıncaya yönlendirilmesine olanak verilmesi açısından önemlidir.

İtalya'da tarihsel açıdan gözönünde bulundurulması gereken bir önemli konu da, eğitimidir. Özelde üniversite eğitimidir. Avrupa eğitim sisteminin kurumlaşması ve büyümesinde önemli bir yeri olduğu belirtilen İtalya eğitim sistemi, son yıllarda büyük güçlükler içindedir. Özellikle faşizm döneminde, rejimin ideoloji eğitiminin ana merkezleri olarak kabul edilen üniversiteler, merkezileşme sürecinden olumsuz etkilenmişlerdir. İtalya savaş sonrası sürece, 24 devlet, 6 özel üniversite ile girmiştir. Eğitim sistemi, liseden üniversitelere girişi kısıtlayıcı,

aşırı seçkinciydi. 1969'dan sonra, lise düzeyinde herhangi bir kursu tamamlayan herkesin üniversiteye kabul edilebilir hale gelmesi, üniversite eğitiminde yaygın bir genişlemeye yol açtı. Bunun doğal sonucu, 1960-1975 arasında üniversite eğitimi görenlerin yaklaşık dört misli artmasıydı. Ancak, aynı süre içinde eğitici personel, bina ve kütüphane olanakları çok az bir artış gösterdi. Halen çok kalabalık olan İtalya üniversitelerinde, özellikle tıp gibi pratik yanı önemli dallarda, pratik deneyimin, devamin düzensiz ve yetersiz olduğu belirtilmektedir.

SAĞLIK ALANINDA DURUM NE?

Bu denli sorunların olduğu bir ortamda, birikmiş sorunların değişik alanlarda yapılacak değişiklikler/dönüşümlerle mümkün olabileceği düşüncesi bazı düzenlemeleri gündeme getirdi. Sağlık alanı da, diğer alanlar gibi, geleneksel olarak merkezi güçlerin etkisindeydi. Liberal kapitalizme özgü organizasyonlar, bu merkezi güçleri sağlık alanında bir ölçüde dengeledi, etkisini azalttı. Bununla ilgili olarak, bireysel özel tıp uygulaması ile karmaşık bir sağlık sigortası sistemi gelişti. İkinci Dünya Savaşından sonra, hem ulusal hem de yerel düzeyde sigorta organizasyonları yaygınlaştı.

Ancak gerek yönetsel başarısızlıkla, gerekse finansal sıkıntılar nedeniyle, sağlık sigortası sistemi 1970'lerde çıkmaza girdi. 1976'da İtalya nüfusunun yaklaşık %95'i, sayıları üçyüzü bulan sağlık sigortaları kapsamında bulunuyordu. En büyüğü INAM olan, sigorta örgütleri, giderek hastane faturalarını ödeyemez hale geldiğinden, borçları kamu bütçesinden ödenmeye başlamıştı. Borçların çok büyük bir miktara ulaşması, dönemin hükümetini, hastane tedavilerini tüm yurttaşlar için ücretsiz hale getirmesini zorunlu kıldı.

İkinci dünya savaşı sonrası, işçi sınıfının, sendikalarının, sol partilerin en duyarlı olduğu konuların başında gelen sağlık için başlatılan mücadeleler, 1947 tarihli Anayasa'da sağlık hakkı olarak, 1960'larda da artık toplumun geniş kesimlerince bir sağlık reformunun gerekliliği olarak yansıdı. "Sağlığın, halk kitlelerinin savaşımında bir ana tema haline geldiği İtalya'da", 1978 sağlık reformu, orta ve sağ partilerin sağlık sektörünü piyasa ekonomisine uydurma amacıyla yürüttükleri sigorta sisteminin fiyaskosuna karşı, çalışan sınıfların ve onların örgütlerinin geniş toplum kesimlerine malederek kazandığı bir başarıdır. Kritik nokta, budur!

SAĞLIK REFORMU

1978 yılının 23 Aralıkta çıkarılan 833 sayılı Sağlık Reformu Yasası'nın temel ilkesi şöyleydi: "Cumhuriyet, bireyin temel hakkı ve toplumun temel çıkarı olan sağlığı, Ulusal Sağlık Hizmeti aracılığıyla korur". Bu ilke, hemen hemen İtalya Anayasası'nın 32. maddesinin doğrudan aktarılmasıdır.

Yasa ile, sağlık hizmetleri merkezi ve yerel yönetimlerin birleşik sorumluluğuna verilmiş ve hizmetlerin ülkenin tüm bölgelerine ve tüm yurttaşlara eşit dağıtımı ilkesi benimsenmiştir.

Yasada merkezi ve yerel yönetimlerin sorumlulukları, oldukça ayrıntılı belirtilmiştir. Oldukça sınırlanan merkezi yönetimin işlevi, belirli standartları oluşturmak ve yerine getirmek, sunulan/sunulması gereken hizmet tiplerini belirlemek ve bu hizmetlerin finansmanını sağlamak olarak belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin tesis edilmesi, yönetilmesi ve sürdürülmesi ile yetkilendirilen yerel yönetimlerin, merkezi hükümetçe sağlanan ekonomik kaynakların sağlık hizmetlerinin de dahil olduğu çeşitli sektörler arasında etkin bir şekilde dağıtılmasını sağlamak gibi bir sorumluluğu da söz konusudur.

Merkezi yapıda iki temel kurum vardır: Ulusal Sağlık Konseyi (Consiglio Sanitario Nazionale) ve Ulusal Sağlık Enstitüsü (Istituto Superiore di Sanità). Yerel yönetimlerin ve Sağlık Bakanlığı'nın temsilcilerinden oluşan Konsey, ulusal düzeyde oluşturulan politika temelinde yıllık bir sağlık planının yapılması, oluşturulan sağlık politikasının yürütülmesinin izlenmesi ve Bakanlığa bu konularda tavsiyelerde bulunulması ile yükümlüdür. Enstitü ise, eğitim ve araştırma ile görevli bilimsel-teknik bir danışma kuruluudur.

Reform Yasası'nın 13. maddesi, sağlık ve hastane hizmetleriyle ilgili tüm yönetsel işlevlerin, yerel hükümetin sorumluluğunda olduğunu belirtir. Yerel yönetim yapıları, yasanın temelidir. İtalya yerel yönetim sisteminde en önemli organ, seçilmiş bir konseyce yönetilen "komün"dür. Çeşitli büyüklüklerde olabilen komünler, nüfusun daha az yoğun olduğu bölgelerde özel bir statüye sahiptir (Comunità montane). Yerel yönetimin temel organı olan komünün, yerleşim bölgeleri ve nüfusa göre çok fazla çeşitlilik göstermesi nedeniyle, sağlık hizmetlerinin organizasyonu açısından baz alınmıştır. Bu amaçla, yasada yerel sağlık birimi (Unita Sanitaria Locale-USL) kullanılmıştır. Bir USL, 50.000-200.000 nüfusluk bir alandır, bir komünün içinde birkaç USL olabileceği gibi, bir USL iki veya daha fazla komünü kapsayabilir. USL, ilgili bölgedeki Komün Konsey(ler)ince seçilen Genel Meclis'in (Assemble Generale) sorumluluğundadır. Genel Meclis'in üyeleri, genellikle Komünal Konsey (ler)deki politik partilerin temsilcileridir. Genel Meclis, bir Yönetim Komitesi (Comitato di Gestione) ve tam-gün ücretli memur statüsünde bir başkan seçer. Yönetim Komitesi'nde Genel Meclis'teki idurumun aksine, politik parti temsilcileri -belirli bir oranda temsil edilse de- daha azdır. Ancak, Başkan genellikle büyük partilerden birinin üyesidir. Genel Meclis'ler USL'nin kapsadığı nüfusa bağlı olarak değişen yaklaşık 30-60 üyeli yapılırken, Yönetim Komite'leri 8-16 üyelidir. Önemli ve tartışmalı konularda daha geniş katılımlı toplantılar yapılabilir. Yö-

netim Komitesi üyeliği için ücretlilik söz konusu değildir. Genellikle acil ve pratik yönetim sorunları ile ilgili haftada bir kez toplanırlar.

Her USL, yaklaşık 10.000 nüfuslu bölgelere ayrılır. Her bölgede, temel sağlık hizmetleri sağlanır. Daha uzmanlaşmış hizmetler ise, USL'nin tümü için sağlanır. Her bölgenin özelliğine göre, ayrı düzenleme yapılabilir de, örnek bir USL'deki örgütlenme üç temel alandadır: Sağlık, Sosyal Hizmetler, Yönetim. Sağlık sektörü içinde 6 program vardır:

- 1- Hastaneler,
- 2- Genel pratik ve eczacılık,
- 3- Ana-çocuk sağlığı,
- 4- Halk sağlığı,
- 5- İş sağlığı,
- 6- Psikiyatri ve ruh sağlığı.

Yönetim sektörü ise 5 bölümden oluşur:

- 1- Personel ve ücretler,
- 2- Muhasebe ve finansman,
- 3- Genel yönetim,
- 4- Bütçe,
- 5- Levazım ve ekipman.

Diğer sektörler gibi alt bölümlere sahip olmayan Sosyal Hizmetler Sektörü'nün, bazı sağlık bölümleri için, her sağlık bölgesinde yerel merkezleri veya klinikleri vardır.

Reform Yasası, açık biçimde koruyucu sağlık hizmetlerinin önceliği ve önemini vurgulamıştır. Genelde, koruyucu hizmetler yasanın bütününde teşhis ve tedavi hizmetlerinin önünde yer almış ve daha ayrıntılı ele alınmıştır. Koruyucu hizmetlerle ilgili maddelerin yasada, tedavi hizmetlerinden 8 kat fazla yer aldığı belirtilmiştir. Bu, yıllardır hastane ve tedavi temelli bir sağlık sisteminin egemen olduğu bir ülkede, doğal ki, yavaş ve zor bir süreci öngörmektedir. Ancak yönetici/yürütücü personelin yönlendirilmesi açısından hedefi net belirli bir tavra sahiptir.

Yasanın çalışan personelle ilgili kısmına gelince, çeşitli seçenekler söz konusudur. Bir USL, sağlık personelinin ücretli ve tam-gün istihdam edebildiği gibi, bir personel kişi başına prim alabildiği tam-gün özel çalışma talebinde bulunabilir. Ya da, bu tercihlerin çeşitli birleşimleri de uygulanabilir. Tıpdışı personel, genel olarak ücretli statüdedir. Yasa gereği, sağlık personeli ile tüm anlaşmalar, her mesleki kategorinin sendikaları veya mesleki birlikleri (organizzazione sindacali) ile merkezi ve genel hükümet temsilcileri arasında üç senede bir yapılan sözleşmelerden sonra, ulusal düzeyde geçerli hale gelir (Madde:48). Ancak, uygulamada özel çalışan hekimlerden daha az kazandıkları için, hastane belirgin bir doyumsuzluğu ve tepkisi gözlenmiştir. Bu durum, 1982 yılında hastane hekimlerin yaygın grevleri ile kendini göstermiştir. Halen de bu sorunların çözüldüğü söylenemez. Bugün ücretli çalış-

şan hekimlerle, özel çalışan meslektaşları arasında oldukça belirgin bir ayrım olduğu belirtiliyor. Hekimlerin İtalyan nüfusunu gereksinimine kıyasla sayısal bir fazlalık göstermesi nedeniyle, genç hekimlerin çoğunluğu işsizlikle karşı karşıyadır.

Sigorta sisteminden sonra, Reformun uygulanmaya başlaması ile, tüm İtalyan yurttaşlarının, kendilerine verilen listedeki bir aile hekimini (medico di fiducia) seçme hakkı olmuştur. 12 yaşın altındaki çocuklar için de bir çocuk hekimi seçilebilmektedir. Bu durumun çocuklara verilen önem kadar, tıp eğitiminde çocuk hastalıkları ile ilgili kısmın yetersizliğinin de etkisi olduğu ileri sürülmektedir. Hekimler, kendilerine bağlanan -bu sayı 1500 ile sınırlanmıştır- kişi başına belli bir para alırlar. Uzman hekime, ancak bu hekimlerin sevki ile gidilebilir. Acil durumlar hariç. Özel bir klinikte tedavi görmek isteyen hastanın, ilgili masraflarının bir bölümü kendisinin tahsil edilir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, Ulusal Sağlık Fonu (Fonda sanitario nazionale) tarafından finanse edilir. Fonun en önemli kısmı devlet bütçesinden oluşurken, sağlıkla ilgili çeşitli organizasyonların katkıları, işçi ve işveren primleri de önemli bir miktar teşkil eder. Finansman konusunda, sağlık sigortası uygulamasının olumsuz etkileri henüz tamamen giderilememiştir. Sağlık fonu, her bölgenin özel nitelikleri, nüfus yapısına göre hesap edilerek -bölgeler arasında, bölgelere dağıtılan miktarda USL'lere dağıtılır. Bu dağıtım olayı, oldukça sıkıntılı ve çeşitli anlaşmazlıklara yol açan bir süreçtir. Bunda, yasanın yeni uygulanıyor olması, karşıt güçlerin direnişi ve para darlığının büyük etkisi olduğu belirtilmektedir.

Sağlık Reformu Yasası, yine aynı yılda yasalaşan 180 sayılı ruh sağlığı yasa ile ilgili bazı maddeleri de kapsar. Ruh sağlığı yasa, kısa ve amaçları açısından oldukça basitti. Daha önce ruhsal rahatsızlıkları olanların hastanelere kapatılmasına ve büyük ölçüde kısıtlanmalarına karşın, bu yasa ruhsal hastalığı/rahatsızlığı olanların fiziksel rahatsızlığı olanlardan farklı olmadığını kabul etme temelinde bir yasaydı. 1980 sonrası, yeni psikiyatri hastaneleri inşa edilmedi. İtalya toplumunda büyük tepkilere yol açan bu yasanın, gerek ülke içindeki diğer sağlık hizmetlerini, gerekse psikiyatri alanında diğer ülkeleri önemli ölçüde etkilediği söylenebilir.

1978 yılındaki reform amaçlı sağlık yasaları, bir dizi politik girişim sonucu yasalaştı. Bu reformun gerçekleştirilmesinde sol partilerin önemli bir rolü oldu. Bu arada, yine sol partilerin, geleneksel İtalyan anlayışını karşılarına alma pahasına, boşanma ve kürtaj konusunda katolik geleneklerden ileri gelen sınırlamaların kaldırılması mücadelesinde, ülke düzeyindeki referandumu yitiren Hristiyan Demokratların ve ittifaklarının bu yenilginin mahcubiyeti nedeniyle geri durmaları, sağlık reformunun gerçekleşmesinde etkili oldu. Büyük ölçüde İtalyan

Komünist Partisi üyeleri tarafından dayatılan ve oldukça radikal olan yasalar, Parlamento'dan geçiş sırasında de pek değişikliğe uğramadı. Sonuç olarak, birkaç aylık bir sürede çıkarılan reform yasaları, aslında en az 20 yıllık bir toplumsal mücadelenin ürünüydü. Reformlar, uzun süre sendikalar ve sol partilerin yaygın biçimde tartıştığı, gündeme getirdiği konular olmuştu. Bu anlamda temel ilke, 1947 Anayasası'nın 32. maddesi kapsıyordu. Yaklaşık 30 yıl önce ki Anayasa'da yer almasına karşın, gerekli yasal düzenlemelerin bu kadar gecikmesi, çeşitli toplumsal nedenlerle ilgiliydi. İngiliz NHS sistemi ve benzeri sistemlerin gündeme getirilme öngörüsüne sahip olunmaması da bunda etkiliydi. Büyük ölçüde sol partilerin dayattığı ve sahiplendiği yasa öz olarak sağlık finansmanının temelinde ulusal bütçeden karşılanmasına dayanmaktadır. Üstelik bu radikal yasa, Avrupa'daki genel sağa kayışla paralel olan sağlık hizmetlerinde özel sigorta ve diğer hükümet-dışı fon kaynaklarının önemli rol oynama eğiliminin olduğu dönemde gündeme geldi. Oysa, İtalya zaten önceki dönemde oldukça karmaşık ve devletin karşılaması neredeyse imkansız yükümlülüklerle dolu bir özel sigorta sistemi yaşamıştı. Başka bir deyişle, bugün Batı Avrupa'nın genel özelleşme rüzgarları ile yöneldiği sistem, İtalya'da iflas etmişti.

YASANIN UYGULANMASI VE KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Yasanın çıkarılmasında en temel rolü üstlenen İtalya Komünist Partisi ve diğer sol partiler, yasayı başından itibaren kendi yasaları olarak gördüler. Bu nedenle de, yasa en iyi ve en sorunsuz olarak, yasayı en gayretli ve hızlı bir şekilde uygulayan bu sol partilerin yönetiminde olduğu bölgelerde yürütüldü. Bir önemli nokta, yasanın uygulanmasından, sağlık personelinin yasaya olan tavrından daha çok USL yönetimin politik renginin etkili olmasıdır. Bu noktada, şevk/motivasyonun daima verimlilik ile ilişkili olması gerekmez yorumu yapılmaktadır. Güneyde ise, politik etkilere ek olarak, bölgeye özgü baskı ve çıkarların engellenmesi söz konusu oldu. Sicilya'da 1982'de uygulanmaya başlayan yasa yavaş bir süreç yaşıyor. Etkinleşmesinin de oldukça uzun süre olacağı belirtilmektedir.

Yasanın iyi uygulanmasında sadece yerel yönetimlerin gayreti yeterli olmamaktadır. Yerel yönetimlerin bütçelerinde merkezi hükümetin önemli ölçüde söz sahibi olması ve bütçe sınırlamaları, yerel yönetimlerin ellerini bağlamaktadır. Yerel yönetimler USL'ler için genellikle fonların ayrıntılı düzenlenmesini yapmasına karşın, merkezi hükümet giderek bu alana ayırdığı fonları kısmıştır. Bugün İtalya'da yerel yöneticiler ve yerel sağlık yöneticileri, gelirlerinin artmamasına karşın(hatta azalmasına karşın) yerel sağlık sorunlarını çözme ile karşı karşıyadırlar. Üstelik, yıllardır tedavi hizmetleri lehine

sürmüş dengeyi koruyucu sağlık hizmetleri yönünde değiştirme gibi bir hedefleri varken.

USL'lerin en önemli sıkıntılarında/kısıtlılıklarından biri, nitelikli sağlık personeli açığıdır. İtalya tıp fakültelerinde ve sağlıkla ilgili diğer üniversitelerinde mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimin yetersizliği, bu konuda etkilidir. Tıp fakülteleri, mezuniyet sonrası eğitim için çeşitli konularda çok sayıda kurs açmışlar, ancak yeterince başarılı olmamışlardır. Reformun yöneliminin sosyal ve koruyucu tıp olmasına karşın, tıp eğitiminde bu alanlar halen oldukça yetersizdir. Dolayısı ile uygulanan hizmet modeli ile verilen eğitim açıkça birbirine aykırıdır. İtalyan yönetimi özellikle mezuniyet öncesi düzeyde, tıp eğitiminin niteliğinin artırılması yönünde, AT'nun diğer ülkeleri ile kıyaslanabilir hale getirilebilmesi için gözle görülür bir baskı altındadır. Bu baskının en net olduğu alan, diş hekimliğidir.

İtalya'da sağlık insangücü sorunlarının, üniversitelere giriş ve tıbbi kurslara girişte her hangi bir kısıtlama olmamasından, bir seçme mekanizması olmamasından kaynaklandığı ileri sürülmektedir. 1980'de üniversitelere kaydolun tüm öğrencilerin %9'u tıpla ilgili eğitime yönelmiştir. İtalya'da tıpla ilgili kurslara kaydolunların, ABD'de tıp fakültesine kayıt olanların iki katı kadar olduğu hesaplanmıştır. 1980'de tıbbi kurslara kayıt olan öğrenci sayısı Napoli'de 18 bin, Roma'da 17 bin, Bologna'da 1200 olmuştur. Bu durum, birçok kentte yaklaşık 1/300'lük bir doktor/hasta oranı yaratmıştır. Bu oran, Bologna'da 1/179'dur. Yetersiz eğitim sorunu, bu sayısal "avantaj"ı anlamsız kılmıştır. (DPT ve YÖK'çülerin kulakları çınlasın). Açıkça, bu noktada sağlık reformunun tamamlanması ve başarılı olabilmesi bir üniversite -özellikle tıp- reformunu zorunlu kılmaktadır.

Tıp öğrencilerinin yetersiz pratik eğitim almaları, hasta/kişi başına çok sayıda hekim düşmesini işlevsizleştirmektedir. Öğrenci sayısının, eğitimin yapılan kurumların olanaklarına kıyasla fazla olması, tıp eğitiminin klinik pratik ağırlıklı olması yerine teorik bir temele oturmasına yol açmaktadır.

Sağlık insangücünde bir diğer sorunlu alan, hemşireliktir. İtalya'da hemşirelik, geleneksel olarak dinsel bir meslek olmuştur. 1967'ye kadar, tüm kayıtlı hemşirelerin yaklaşık yarısı bir dini tarikat üyesiydi ve bunlara bağlı hastanelerde çalışıyorlardı. Bu tarihten sonra, hemşirelik mesleği bir laikleşme ve nitelikleşme sürecine girdi, hemşirelik eğitiminin koşulları yasalarla düzenlendi. Sağlık reformu ile birlikte ise, hemşirelik işgücüne giderek artan bir talep oluştu. Bunda AT'nin nicelik ve nitelik olarak hemşire üretiminin artırılması yönünde yaptığı baskının rolü de olmuştur. Günümüzde hemşirelik okulları oldukça azdır ve bu okullarda eğitim genelde bu alanda yeterli birikime sahip olmayan eğiticilerle verilmektedir. Hemşirelik mesleğine ilginin azlığında bir önemli neden de, ücret azlığıdır. Gü-

ney bölgesinde son zamanlarda hemşirelik mesleğine ilgideki artış, bölgedeki işsizlik oranının yüksekliliği ile açıklanmaktadır. 1980'li yılların başında İtalya'da 350 bin hemşireye daha gerek olduğu hesaplanmıştır(hekim fazlası ile ters bir durum).

Hemşirelik mesleğinin diğer Avrupa ülkelerine kıyasla, daha düşük bir statüye sahip olması ise en azından İtalya'da tüm kadınların durumunun bir yansıması olarak yorumlanmaktadır. Hemşirelik ile ilgili bilimsel-sosyal araştırmalar oldukça sınırlıdır. Bu bağlamda, mevcut sağlık sorunlarının aşılmasında, hemşirelik mesleğinin bu durumunun pek katkısı olamaz gibi görünmektedir.

Reformdan sonra, olumsuz etkilenen alanlardan biri ilaç ve laboratuvar hizmetleridir. Reform yasa-sınının 28. ve 30. maddeleri, hazırlanan Farmasötik El Kitabı'nda (Prontuario farmaceutico) listesi verilen ilaçların tümüyle ücretsiz olduğu ve olanaklıysa klinik ve hastanelerden talep edilmesi gerektiği belirtilmişti. İlaç maliyetinin yükselmesi ve bu maliyetin merkezi hükümetçe karşılanmaması eğilimi, 1979 Haziran'ından itibaren ilaçların üç kategoriye ayrılmasını gündeme getirdi: a) Önceki gibi ücretsiz olan temel ilaçlar, b) Maliyetin bir bölümünü hastanın ödediği ilaçlar(hastanın maliyete katıldığı bu duruma, "bilet sistemi" denilmektedir). c) Tüm maliyeti hastanın ödediği ilaçlar. 1982 Nisan'ında, "bilet sistemi", tüm ilaçlar için uygulanmaya başladı(Yasa 181 madde 12). Yine aynı sistem, teşhis laboratuvarları ve teknik hizmetlere de uygulanmaya başlandı. Her ne kadar bu değişikliklerin ekonomik gerekçelerle yapıldığı belirtilse de, bunun görünürde olduğu, yönetsel harcamalar da hesaba katıldığında aynı zamanda politik bir karar olduğu da düşünülmektedir.

Sağlık Reformu'ndan önce, en sorunlu olan hizmetlerden biri de, acil servislerdi(Pranto Soccorso). Genellikle gönüllü kuruluşların sorumluluğunda olan acil servisler, ülke düzeyinde aşırı bölünmüş bir yapı arzettektydiler. 1975'de yapılmış bir çalışma, acil servislerin durumunun oldukça kötü olduğunu ve bir çalışma, acil servislerin durumunun oldukça kötü olduğunu ve bir an önce reforma gidilmesi gerektiğini vurgulamıştı. Gerçi reformdan sonra da, acil servislerle ilgili birçok sorunun sürmesi sözkonusu olsa da, olumlu bir yönelimin olduğu, bu anlamda daha radikal dönüşümlerin gerektiği ortaya çıktı.

—Sağlık Yasası'nın ilginç bir özelliği, her USL'nin kendi bölgesindeki her kişiyi, bir kişisel sağlık kayıt kitabında yayınlama zorluğudur. Bu kitapta, hekimlerin her yurttaşla ilgili günü gününe tuttıkları bilgiler, konsültasyonlar -askerlik dönemi de dahil-bulunmaktadır. Bu kayıt işlemi iki amaçlı uygulamaya geçirilmiştir: Birincisi, kişilerin sağlık durumları ve hastalıkları ile ilgili güvenilir bir bilgi toplamak, ikincisi de, sosyal ve koruyucu hekimlik alanındaki araştırmalara temel sağlamak.

NEDEN, İTALYAN SAĞLIK SİSTEMİ DEĞERLENDİRMESİ?

İtalyan Sağlık Sisteminde 1978'lerde yapılan reform, diğer Batı Avrupa ülkelerindeki eğilimle bir ölçüde farklılık içermektedir. Her ne kadar, II. Savaş sonrasının refah devleti anlayışının gecikmiş bir versiyonu olarak nitelense de, Batı'da sağlık hizmetlerinde özelleşme eğiliminin yaşandığı bir dönemde, daha önce böyle bir deneyimi yaşayarak radikal bir dönüşüme yönelmiş bir ülke örneği olması incelemede tercih nedenini oluşturmuştur. Ancak, eldeki bilgilerin sınırlılığı, bu konuda yorumların sağlıklılığını etkilemektedir. Ayrıca sağlık reformu öncesinden başlayıp, reformla birlikte tırmanan ideolojik tartışmalar, sağlıkla ilgili somut be-lirlemeler yerine, politik yaklaşımları daha ön plana çıkarmış, nesnellüğün giderek azalmasına yol açmıştır.

Tüm bunlara karşın, İtalya modeli, bazı saptamalara olanak sağlamaktadır. Her şeyden önce, sağlık alanında yapılan/yapılacak olan bir reformun, en azından temel toplumsal alanlardaki bazı dönüşümlerle birlikte olması gerektiği net bir şekilde görülmektedir. Bu arada, başta belirtildiği gibi toplumun geniş kesimleri lehine olan dönüşümlerin de, bu alanın teknik birikimi ile donatılmış geniş bir kitlese/ideolojik destekle mümkün olabileceği gerçeğini bir kez daha vurgulamakta yarar var.

Bu noktada, İtalya özelinde sağlık reformunu (ve birçok kamusal hizmeti) tıkayan en önemli nedenlerden biri olan, hükümet gelirleri azaltıcı etmenleri bertaraf edebilmek için, radikal bir vergilendirme reformu önem kazanmaktadır. Doğal olarak, toplumun birçok kesimini rahatsız edecek politik bir karar olan vergi reformu olmaksızın, model ne kadar iyi olursa olsun, başarısızlık büyük olasılık olacaktır. Hükümetin vergi toplamadaki başarısızlığının bir nedeni, İtalya'da ekonomik etkinliğin önemli bölümünün "informal" sektör içinde gerçekleşmesi, dolayısıyla hükümetin bu sektöre ulaşmamasıdır. Her ne kadar, bir kısım ekonomist, "informal" ekonominin oldukça verimli olduğunu savunsa da, vergisini ödemeyen bu kesimin tüm yükünün, vergisini ödeyenlere yıkılmasının hiçbir savunulabilecek yanı yoktur. Sağlık ve sosyal refah hizmetlerinden, hiçbir katkıda bulunmadan, yararlanmanın mantığı açıklanabilir değildir. İtalya'da hiçbir savaş sonrası hükümetin tek başına hükümet olamamasının, halkı yeterince tatmin edecek bir vergi reformunun gerçekleştirilmesinde önemli bir neden olduğu belirtilmektedir. Bu konuda, yönetim reformu çerçevesinde, yerel hükümetlere sağlık (ve diğer refah) hizmetlerinin desteklenmesi amacıyla vergilendirme yetkisinin verilmesi bir çözüm olabilir. Ancak, bu yönde eğilimleri olan sol partilerin daha çok muhafazakarların egemenliğinde olan merkezi hükümetin direnci ile karşı karşıya kalması sözkonusudur.

İtalyanca'nın oldukça anlam yüklü kelimelerinden biri "crisi"dir. Bunalım/kriz anlamına gelen bu kelime, kitle iletişim araçlarının çok yaygın olarak kullanılmaktadır. Daha çok da çağdaş İtalyan devletini tanımlamak ya da çözümünü mümkün görünmeyen herhangi bir politik olay anlamında kullanılması, giderek yapısal politik ve sosyal sorunlardan çok özel ve yineleyen/süren politik zorlukları ifade etmekte kullanılması getirmektedir. Hatta büyük bir İtalyan gazetesi Parlamento'da bozulan bir koalisyonun yeniden oluşturulma çabaları sırasında, Fransız Devlet Başkanı'nın ziyaretini şöyle vermişti: "Fransız Başkanı geliyor. Bunalım Pazaritesi'ne kadar ertelendi." İtalya'nın en temel politik sorunun haftanın her hangi bir gününde karar verilebilecek bir olgu düzeyine indirgenmesi, kriz kavramının ne hale geldiğini de göstermektedir. Sağlık reformu da sürekli olarak başından beri kriz olarak tanımlanmaktadır. İtalyan politik ve sosyal ortamının genel durumu ile doğrudan ilişkili olan sağlık sorunları, doğal ki, bu koşulların düzeltilmesi ile yakından bağlantılıdır. Bu bağlamda, ulusal yapı ile sağlık sistemi arasındaki bağlantı tartışması yapılmakta ve sağlık sistemi üzerinde güvenilir sosyolojik bilgilenme yokluğunun giderilmesinin yolları araştırılmaktadır. Ulusal yapı ile sağlık sistemi arasındaki ilişki ve sağlık sistemi ile ilgili sosyolojik bilgilenme eksikliği giderilmeden, sağlık alanındaki ideolojik tartışmaların verimliliği konusunda pek iyimser olmak zordur.

İtalyan sağlık reformunun değerlendirilmesi konusunda önemli engeller söz konusudur. Birincisi, ülkenin farklı bölgelerinde, değişik sonuçlar elde edilmiştir. Bunun ayrıntılı dökümü olmadan, çok kapsamlı bir sonuç elde etmek zordur. İkincisi, sağlık hizmetlerinin farklı branşlarında başarı düzeyi değişmektedir. İtalyan sağlık reform yasasının maddelerinin çoğu, bir zorunluluktan çok, belirli bir konuda yetki verilmesi olarak algılanmalıdır. Çünkü söz konusu yasanın daha etkin hale getirilmesi, başka alanlarda bir dizi başka yasaları ve uygulamaları gerektirmektedir. Üçüncüsü, 1978 yasının çıkmasındaki öncelikler/gerekliliklerin, o döneme dek yaşanmış bir dizi olumsuzluk nedeniyle olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Ve tüm yukarıdaki olumsuzluklara ve eksikliklere karşı çok kısa zamanda oldukça çok başarı kazanılmıştır. Sıralanan bu olumsuzluklar, sağlık reformunun başarısızlığının bir kanıtı olarak değil, sağlık reformunu zorunlu ve acil kılan ertelenemez sorunlar ve sağlık reformu yanında yapılması gereken diğer toplumsal reformların eksikliği ile açıklanabilir.

İtalya örneğinden, günümüze geldiğimizde şunları söyleyerek bağlayabiliriz. Ülkemizde de, yeni bir hükümet ve yeni bir sağlık reformu gündemde. Ancak, hükümet protokolü ve programının aksine, açıklanan ekonomik paket ve Sağlık Bakanlığı'nın çalışmaları, sağlık alanında toplumun geniş kesim-

leri yararına bir reformu pek müjdelememektedir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı büyük bir reklamlarla Mart ayının sonunda değişik kesim temsilcileri ile bir masada biraraya gelerek, daha çok özelleştirme perspektifli "reform paketi"ni bir "ulusal uzlaşma" ile onaylatırıp, uygulamaya koymayı planlamaktadır.

"Paket"in içeriğinin kabul edilemezliği bir yana, söz konusu girişimin hekimler, sağlık personeli ve toplumun büyük kesiminin görüşlerini yansıtabilecek bir ortamda olmayacağı ortadadır. Sağlıkla ilgili gerçekten radikal bir dönüşüme gereksinim vardır ve bu dönüşüme de şu anda en çok taraf görünen hekimler ve sağlık personeli örgütleri her şeyden önce görüşlerini, bu dönüşümden en çok yararı olacak çalışan toplum kesimleri ve örgütleri ile paylaşarak netleştirme yoluna gitmelidir. Arkasında toplumsal güç olmayan hiçbir toplumsal projenin teorik olarak -ne kadar mükemmel olursa olsun- gerçekleştirilme olasılığı yoktur. Mart'taki Sağlık Bakanlığı toplantısının bu anlamda değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili "her şeyin" oradan çıkacağı illüzyonuna ortak olunmaması gerekir. Bu toplantıya katılarak, görüşler ifade edilmeli, ancak sağlıkta büyük bir dönüşüm beklentisi gerçekten düşünülüyorsa, işçi ve memur sendikaları, demokratik kitle meslek örgütleri siyasi partiler ve çeşitli toplumsal örgütlerle birlikte sağlık hizmetlerinin sorunları ve sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesi çerçevesinde sürekli ve planlı bir ilişki başlatılmalıdır. Bu ilişkinin bir dönüştürücü güç olması diğer toplumsal alanlardaki eş zamanlı birikimlerin düzeyi, dönüşümden yararı/zararı olan kesimlerin güç dengesi ve siyasi-sosyal ortamla doğrudan ilişkilidir. Başarı da, sağlık alanı dışındaki birçok alanda -özellikle ekonomik, sosyal, yönetim, eğitim vb.- radikal dönüşümler gerektirmektedir. Bu sürecin İtalya'daki gibi bir yasanın çıkmasıyla bitmediği, aksine birçok yeni sorunun başlangıcı olduğu belirtilebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Ali Babaoğlu, "Genel Sağlık Sigortası Modelleri (II): İtalya", Ankara Tabip Odası Bülteni 1986/5, Aralık.
- 2- M.W.Raffel, Comparative Health System. Pennsylvania, 1984.
- 3- F.Basoglia, "Problems of law and psychiatry: the Italian experience." Int.J.Law Psychiat. 3, 1980.
- 4- S.Ramon, "Psichiatria democratica: a case study of an Italian community mental health service." Int. J. Health Serv. 13, 1983.
- 5- L.H.Orzack, "New profession by fiat". Soc. Sci. Med. 15 A, 1981.
- 6- S. Koff, "Emergency Medical Services in Crisis: an Italian case study." Health Soc. 53, 1975.
- 7- J.H.Robb, "The Italian Health Services." Soc.Sci. Med. 6, 1986.