

ÇEVİRİ

İSKANDINAV ÜLKELERİNDE ÖZELLEŞTİRME VE
ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİ*

J. ÖVRETVEIT*

Özetleyerek çeviren: Nilay ETİLER**

"Bir toplumun yurttaşları sadece kendisinin değil, toplumdaki herkesin sağlık hizmetlerine ulaşabileceğini bilirse ve bunun bilincinde olursa, o toplum daha sağlıklı ve daha huzurlu olur." Nye Bevan, İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi'nin kurucusu, 1948.

İnsanlar ne kadar refah içinde olursa, seçimleri konusunda o kadar özgür olurlar. Bu da insanların hakkaniyet konusunda daha az kaygılı olmalarının önemli bir yoludur. Eğer şu an da daha fazla özgürlük istiyorsak, hakkaniyete ulaşabilmek için fedakar olmaya gönüllü olmalıyız". İsveçli bir politikacı, 2001.

Giriş

Pek çok ülkede, sağlık hizmetlerinde kamu ve özel sektörün rolü ile özelleştirme hakkındaki tartışmalar giderek artmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, özel ve kamu sektörlerinin rolü, bazı ülkelerde giderek ivme kazanan bir tartışma konusudur. Böylesi tartışmalar, sağlık sisteminin neredeyse tamamı kamu tarafından finanse edilen ve sunulan İskandinav ülkelerinde bile sürmektedir. Bu zamana değin İskandinav ülkelerindeki görüntü, özel sağlık hizmetlerinin daha az, özel sağlık harcamalarının ise daha düşük olduğudur. Ancak bu makale, İskandinav Konseyi adına İskandinav Halk Sağlığı Okulu'nun yaptığı araştırmayı sunarak, İskandinav ülkelerinde mevcut görüntü ile özün tamamen farklı olduğunu gösterecektir (Övretveit et al., 2001a,b). Danimarka, Finlandiya, İzlanda, Norveç ve İsveç'in daha önceki hükümetleri, özel sektörün genişlemesinin karşısında olma eğiliminde olmuşlardır. Bu eğilimi kısmen

de olsa iki faktör önemli ölçüde etkilemiştir: 1) İskandinav ülkelerinde gönüllü ya da kar amacı taşımayan sağlık hizmetleri geleneğinin bulunmaması ve "özel" kavramının her zaman "kar" kavramı ile eş anlamlı olarak algılanmaması 2) Emek hareketinin etkisiyle sağlık hizmetlerinin kamu güvencesinde olması, sağlık kurumlarının mülkiyetinin ve hizmet sunumunun devlete ait olması gerektiği yönündeki taleplerine bağlı olarak toplumda oluşan değer yargısı. Diğer ülkelerde olduğu gibi İskandinav ülkelerinde de sağlık hizmetlerinde özel sektör konusu ile ilgili tartışma, politik ve duygusal açılardan yürümektedir. Böyle olunca yürütülen tartışma, büyük oranda özel sektörün içeriği, kapsamı ve boyutu hakkındaki gerçeklerden, değişim sonucu ortaya çıkabilecek bilimsel çalışmalardan habersiz kalmaktadır. Ayrıca böyle bir tartışma, halen ortaya çıkmaya devam eden sağlık kurumlarındaki karmaşık kombinasyonları tanımamasının yanında, özel ve kamu sektörünün genel kavramları konusunda da yetersizlik göstermektedir. Oysa konu hakkındaki habersizlik ve yetersizlik "özel" sektörün kamusal hedefleri gerçekleştirilmede nasıl bir katkı sunabileceği ve kamu ile ne tip bir işbirliği yapabileceği konusundaki tartışmaların önüne engel koymasının yanı sıra, özel sektör konusunda basmakalıp ve basit düşüncelere de yol açabilecektir.

Genel olarak sağlık sektöründeki özel sektör uygulamalarının yol açtığı değişiklikler ve etkiler araştırılmamış ve tartışılmamıştır. İskandinav ülkelerinden bir grup araştırmacı, 1999 yılında özelleştirmenin etkilerini incelemek amacıyla bir proje yürütmüştür. Bu makale, 1999 yılında yürütülen projenin sonuçlarının bir kısmını sunarak, sağlık alanında özel sektör ile ilgili tartışmaları aydınlatmak ve diğer ülkelerin çıkarması gereken dersler konusunda küçük bir katkı sağlamak amacıyla yürütülmüştür. İskandinav Konseyi adına İskandinav Halk Sağlığı Okulu'nun gerçekleştirmiş olduğu araştırma üç bölümden oluşmaktadır;

*Övretveit J (2003). Nordic Privatization and Private Healthcare. International Journal of Health Planning and Management, 18:233-246. Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/hpm.712 olarak internet adresinde de yayımlanmıştır.

**Dr., TTB Halk Sağlığı Kolu Yürütme Kurulu Üyesi

1. Hastaların yaptığı kişisel ödemeler, sosyal fon toplama sistemleri, hekime ödeme sistemleri ve sabit harcamalar vb. konularla ilgili sağlık harcaması araştırması

2. Bireysel ve kurumsal hizmet sunucularını (sağlık merkezleri, hastaneler vb) kapsayan ve performanslarını karşılaştıran hizmet sunumu araştırması

3. Farklı gruplar, hastalar ve sağlam kişiler için farklı modellerin sonuçlarını karşılaştıran etki araştırması.

Özelleştirme hem finansman hem de hizmet sunumu açısından üzerinde çalışılan bir konudur. Bennett (1997) ve Dünya Sağlık Örgütü (1995), "azar azar dozu artan" pasif özelleştirme ile, "programlı" olarak devam eden "aktif" özelleştirmeyi birbirinden ayırmaktadır (Övretveit et al., 1996). Pasif özelleştirme, kamu sağlık hizmetlerinin toplumun talebini karşılamadaki yetersizliği sonucunda uygulanan bir özelleştirme tipidir. Aktif özelleştirme ise kasıtlı ve ideolojik bir hedef olarak uygulanmaktadır. Uygulamada her ikisini de bir arada görmek mümkündür. Çalışmalar sağlık finansmanında, 1990'dan beri bazı eski Sovyet ülkelerinde olduğu gibi ulusal vergi temelli sistemlerinden, bağımsız sosyal veya özel sigortalara doğru geçiş olduğunu göstermektedir. Himmelstein ve Woolhandler'in ilk çalışması (1986), ulusal sağlık finansmanının özelleştirilmesinin masraflı olduğunu, yönetim giderlerinin arttığını, buna karşın sağlık hizmetlerinin kalitesinde herhangi bir artış olmadığını, hastaların ve sağlık çalışanlarının seçeneklerini arttırmadığı gibi, azalttığını da saptamıştır. Daha sonra, Saltman ve Figueras çalışmasında (1997), ABD'deki özel sigortalarda olduğu gibi pek çok Avrupa ülkesinde, özel sigorta şirketlerinin toplumun büyük kesiminin aleyhine olduğuna dair önemli bir kanıt elde etmiştir. Çünkü özel sağlık kurumları yanlı risk seçimine (adverse risk selection) yol açmaktadır. Yanlı risk seçimi, özel sigorta kurumlarının sağlıklı olanlarla, sağlıklıları daha fazla risk altında olanlar arasında ayırım yapmaması sonucunda ortaya çıkan durumlardır. Örneğin, önceden riski bilinen kişilerin daha fazla sigortalama eğiliminde olması sonucunda sağlık sigorta harcamalarının daha fazla artması gibi.

Sağlık finansmanının özelleştirilmesinin bir diğer şekli, muayene olurken ve/veya ilaç alırken hastaların "cepten ödeme" yapmasıdır. Çok sayıda araştırma, muayene olma ve ilaç alma dışındaki diğer hizmet kalemlerinde de katkı payı uygulamasının başlatıldığını ya da alınmakta olan miktarların arttığını göstermiştir (Chalkey and Robincon, 1997). Her ne olursa olsun sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinden en fazla zarar görecektir olan grup, yoksullar, işsizler ve düşük gelirli kişilerdir.

Özelleştirme ile ilgili çoğu araştırma, kamunun mülkiyetinde olan ve kamu tarafından sunulan hizmetlerin nasıl özel işletmecilere aktarıldığını göstermektedir. Musgrove çalışmasında (1996), piyasa rekabetinin önemli bir unsuru olan özelleştirmenin daha etkili ve daha nitelikli sağlık hizmetinin sağlanması için tercih edilirken, aslında özelleştirmelerle hükümetlerin özel sermayeyi teşvik

ettiğini saptamıştır. Diğer politik analistler, kar amaçlı hizmet sunucularına uygulanan finansal baskının sağlık çalışanları aleyhine olduğunu ve ayrıca yoksulların sağlık hizmetlerinden daha az yararlanması ile sonuçlanacağını savunmaktadır (Saltman ve Von Otter, 1987). Özelleştirme araştırmasının iki sürpriz sonucu, özellikle son yıllarda yürütülen küçük çaplı ampirik çalışmadan elde edilmiştir. Bu araştırmadaki önemli bulgu, kar amacı olmayan kamu kurumlarından kar amaçlı kurumlara geçişin gözle görülür düzeyde başarısızlıkla sonuçlanması şeklindedir. Özelleştirme ve sağlık sistemi arasındaki ilişki ile ilgili yapılan çok az çalışma, özelleştirmenin toplum sağlığına ve hastalara olan etkilerini araştırmıştır. Örneğin, ABD'de Flood (1994) kamu hastaneleri de dahil olmak üzere kar amacı olan ve olmayan hastanelerin finansal ve kalite performanslarını belirlemeye yönelik çalışmasında, bakım kalitesi açısından hastaneler arasında bir fark olmadığını ya da çok az fark olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu bulgu daha az kamu desteği alan kar amaçlı hastanelerin toplum için daha etkin olduğu iddiasına yol açabilmektedir (Arrington and Haddock, 1990). Buna karşın, Shortell ve ark. araştırmasında (1986) kar amaçlı hastanelerin yoksullara daha az hizmet sunması ve daha az eğitim ve araştırma yapması nedeniyle, maliyetlerinin daha düşük olduğu kanıtını elde etmiştir. Aslında konu ile ilgili ne kadar çok araştırma yapılırsa o kadar farklı sonuçlar saptanabilir. Özetle, konu ile ilgili daha geniş çaplı bir literatüre bakılmaksızın, bazı araştırmalar kamu ve özel kombinasyonlu sağlık sektörü olması gerektiği sonucuna ulaşmamıza olanak tanımıştır. Fakat, çok az sayıda ampirik çalışmada İskandinav ülkelerinde özel sağlık kurumlarının ya da kamu ve özel kombinasyonlu kurumların hastalar üzerine etkisini araştırmıştır. Bu eksiklik de tartışmaların bilimsel kanıtlara göre değil, ideolojik yaklaşımlara göre yürütülmesinin yolunu açmaktadır.

Araştırma Sorusu ve Araştırmanın Amaçları

Tablo 1 Avrupa araştırma projesinin İskandinav ülkelerindeki özelleştirme uygulamaları ile ilgili son analizlerini göstermektedir (Tablo 1 Poullier'in verilerinden özetlenmiştir, 2002).

OECD ülkelerinde yeni sağlık analizlerinin yapılması, verilerin karşılaştırılmasına önemli oranda katkı sağlayacaktır. Ancak bu çalışmada çeşitli nedenlerle tedbir olsun diye 1990-200 yılları arasındaki veriler kullanılmıştır (Tablo 1)

Ham veriler, her ülkedeki istatistiksel veri kaynaklarından sağlanmalı ve yorumlamaları da buna göre yapılmalıdır. Ancak, karşılaştırmalar pek çok soruyu gündeme getirmektedir: Neden farklılıklar var? Niçin değişim olmaktadır? Eğer farklılık ve değişim gerçek ise, bunlar anlamlı mıdır? Bu araştırmanın başlangıç noktasını ulusal verilerin kullanılması oluşturduğundan, araştırmacılar yerel değişiklikler ve deneyimler konusunda kendi bilgilerini kullanmıştır. Araştırmanın ilk amacı, özel finansman tipini ve miktarını belirlemek, İskandinav ülkelerindeki hizmet sunumunu tanımlamak ve eğilimleri belgelemektir. Diğer amacı ise özel sağlık finansmanının;

Tablo 1. Sağlık sektöründe kamu ve özel kombinasyon ile ilgili değişimler (OECD verilerinden)

	Danimarka	Finlandiya	İzlanda	Norveç	İsveç
2000 yılında sağlıkta toplam özel harcamaların %'si ^{a,b}	18	25	24	15	23
1990-2000 yılları arasında özel sağlık harcamalarında artış %'si	+0.6	+1.3	+2.2	-2.4	+8.8

^a Sağlıkta özel harcamalar; cepten ödentilerini (kamu hizmetlerine hastaların katkı payları) ve özel sağlık sigortalarına hasta veya işveren ödentilerini kapsamaktadır.

^b Pouller'in verisi OECD'nin 1990 ve 2000 verilerinden elde edilmiştir.

hastalar, sağlık çalışanları, yöneticiler, hükümet ve toplum sağlığı açısından etkilerini ve sonuçlarını değerlendirmektedir.

Araştırmanın Yöntemi

Her bir ülkenin araştırmacısı 2000 yılında, yayımlanmış kaynaklardan, sigorta şirketlerinden, özel hastane gruplarından ve meslek birliklerinden veri toplamıştır. Konu ile ilgili eğilimi ve sonuçları belirlemek için yayımlanmış araştırmalar gözden geçirilmiş ve alandaki uzmanlarla görüşülmüştür (Övretveit et al., 2001b). İlk toplantıda, konu ile ilgili yanıtlanması gereken bir çok soru olduğu, eksik ya da ulaşılamayan verilerin bulunduğu açığa çıkmıştır. Araştırma, aşağıdaki soruların en iyi yanıtların alındığı alanlar ile sınırlandırılmıştır:

1. Ulusal düzeyde kamu ve özel kaynaklardan ne kadar sağlık hizmetlerine harcanıyor?
2. Sağlık kuruluşuna başvurularda, ilaçlar ve diğer sağlık hizmetlerinde hastalardan ne kadar "katkı payı" alınıyor?
3. Kaç vatandaş tanı, tedavi ve bakım için doğrudan özel sağlık sigortalarının bazı türlerini satın alıyor? (1985'ten beri toplam nüfusun yüzdesi, yıllık sayı ve eğilim olarak bildirildi).
4. Kaç hekim tamamen veya kısmen kendi hesabına çalışıyor veya özel kaynaklardan gelir sağlıyor?
5. Kaç tane özel hastane ve yatak var (özel kar amacı olan ve olmayan)? Varsa, özel hastane sektörünün yıllık toplam geliri ne kadar ve bunun ne kadarı kamu ve özel finanstan sağlanmaktadır?
6. Özel sektör finansı veya sunumu konusunda ulusal veya yerel hükümet politikaları var mı? Varsa bunlar nelerdir?
7. Yukarıdaki bazı değişikliklerin sonuçları konusunda İskandinav ülkelerinin araştırma bulguları nelerdir?
8. Yukarıdaki veriler İskandinav ülkeleri arasında ve diğer büyük Batı Avrupa kamusal sağlık hizmetleri ile İngiltere'deki Ulusal Sağlık Sistemi gibi- nasıl karşılaştırılabilir?

Genel Bulgular

Genel bulgular, kamu ve özel sektörün çok çeşitli kombinasyonlarının olanaklı olduğunu ve bunların fiilen var olduğunu göstermiştir (Tablo 2-4). Bu üç tabloda gösterilen kombinasyonlar, özel ve kamu finansı ve hizmet sunumunun özel tiplerinin incelenmesine olanak tanımaktadır ve gelecekteki araştırmalara da bir taslak oluşturabilir. Bir ülkede kamu-özel karışımının sınıflandırılması için basit kategoriler Tablo 2'de gösterilmiştir. Bazı hizmet sunucularına, kamu ve özel finansın karışımı şeklinde ödeme yapılmaktadır. Bununla birlikte, İskandinav ülkelerinde devletin dışındaki tüm sunucular hemen hemen tamamen kamu ödemesine bağlıdır ve çoğu kar amaçlı değildir. Bir başka ifadeyle hizmet sunucuları yerel veya ulusal hükümete aittir.

Özelleştirme

Araştırma karar vericilerin ve araştırmacıların "özelleştirme" sözcüğünü geniş bir yelpazede verilen bu modelleri açıklamak için kullandıklarını açığa çıkarmıştır. Özelleştirme tiplerinin açıkça belirtilmemesi nedeniyle, bazı tartışmaların verimsiz olduğunun ve bazı araştırmaların yanlış anlaşılabilirliğinin farkında olduğumuzun bilinmesi gerekir. İskandinav ülkelerindeki özelleştirme kavramı aşağıdakileri ifade etmektedir:

- Kamu binalarının ve donanımının özel bir şirkete satılması (özel ya da kamu kurumu tarafından işletilmesi),
- Önceden kamu sektörü tarafından yönetilen bir hizmetin sözleşmeler yoluyla özel bir kurumun hizmetine açılması (örneğin, hastanenin temizlik hizmetleri),
- Kamunun sahip olduğu donanım ile kamu binalarında kamu hizmeti vermek için özel bir kurumla sözleşme yapılması,
- Kamu hizmetlerini yönetmek için yönetim sözleşmesi yapılması (örneğin, tıbbi bir bölümün özel bir yönetim hizmeti şirketi tarafından yönetilmesi),
- Kamu sigortası ya da vergi temelli kamusal sağlık finansmandan özel sağlık sigortacılığına geçiş,
- Sağlık hizmetleri ve ürünleri için yapılan cepten ödeme miktarının artması,

- Önceden kamuda çalışan hekimlerin kendi hesabına çalışması veya özel bir kurum tarafından çalıştırılması,

- Yeni bir sağlık kurumu binası yapılırken bu kurumun inşaatından itibaren finansmanını özel şirketin satın alması (örneğin, İngiltere'deki özel finans girişimi şemasının bir birimi gibi).

Avrupa'da ve dünya genelinde bunlara ek olarak başka özelleştirme şekilleri de bulunmaktadır. Örneğin, Hollanda'da az sayıda kamu hastanesi (Hollanda'da hastanelerin hemen hemen hepsi kar amaçlı olmayan özel kurumlara finanse edilmektedir) olması nedeniyle, bu ülkede özelleştirme kavramı, genellikle kamu kurumlarının kar amaçlı özel mülkiyete ait kurumlara ya da işletmecilere dönüşümü ifade etmektedir.

Özelleştirme tiplerinin bu şekilde sınıflandırılması önemli olmakla birlikte, özelleştirme sonuçlarının ülkelerin yasal düzenlemelerine (mülkiyet haklarını kapsayan) ve hizmet ödeme biçimlerine göre farklılık göstermesi

nedeniyle, özelleştirmenin sonuçları ile ilgili genellemeler yapılması pek mümkün olmamaktadır.

Bulgular: Özel Finansman

Araştırma, kullanıcı ödentisi ve sigortanın toplanması konusunda sınırlılıklar taşımaktadır. Araştırmada, İskandinav ülkelerinde çok az olan sermaye finansı, banko üstü ilaçların (OTC) ödeme biçimi vb. konular incelenmemiştir. 1999'da İsveç'te gündeme gelen, ayrıca yakın zamanda Danimarka hükümeti tarafından benimsenen ve Hollanda'da da görülen "hükümet dışı sosyal sigorta planları" gelecekte finansın özelleştirilmesinde olası biçim olarak görünmemektedir. Katkı payları, hastaların birinci basamağa ve uzman hekime başvurduğu veya hastanede kaldığı gün başına ve tedavisi için yaptığı ek ödemelerdir. Hemen hemen her İskandinav ülkesinde sağlık ve ilaç hizmetlerinde hastalardan katkı payı alınmaktadır. Bir hasta için ortalama katkı payı, birinci basamak ziyareti için 10£, hastane uzmanı için 20£ ve bir gün hastanede kalış için 6£'dir. Norveç, İzlanda ve

Tablo 2. Sağlık sektöründe kamu-özel karışımının basit olarak sınıflandırılması

	Kamudan finanse edilen	Özelden finanse edilen
Kamu hizmet sunumu	Kamu finansmanlı kamu hastaneleri (gerek sinime göre bakım verenler)	Özel hastaneler ve gruplar için kamuda hizmet sunucularına yapılan özel ödemeler (örneğin, yatak ücreti veya işverene sağlık hizmetleri verilmesi)
Kendi hesabına çalışan pratisyen hekimler	Ulusal sağlık sigortası ile anlaşmalı hekim veya kamu tarafından ücreti ödenen hekim	Tümüyle hasta veya sigorta tarafından finanse edilen hekim
Kar amaçlı hizmet sunucuları	Sadece hastaneler ve klinikler	Tamamen hastalar, sigortalar veya işverenler tarafından ödenen hastane ve klinik hizmetler
Kar amacı gütmeyen hizmet sunucuları	Bir kamu kurumu ile anlaşmalı hastane veya klinik	Tamamen hastalar, sigortalar veya işverenler tarafından ödenen hastane ve klinik hizmetler

Tablo 3. İskandinav ülkelerinde kamu ve özel finansmanının tipleri, sağlık hizmetlerinin mülkiyeti ve işletmesi

	Hizmet ödeme kaynağı	Bina ve donanım sahibi	İşleten kurum
Tamamen kamu	Kamu	Kamu	Kamu
Bağımsız kamu hizmet sunucusu	Kamu	Kamu	Kamu şirketi
Kurumu kiralayan özel işletmeci	Kamu	Kamu	Özel şirket
Özel işletmeci ve sahibi	Kamu	Özel	Özel şirket
Tamamen özel	Özel	Özel	Özel şirket

Tablo 4. Hekimler için kamu-özel karışımı

	Kamu geliri	Özel gelir
Ücretli çalışan	Kamudan maaş alan ücretli	Özelden maaş alan ücretli
Kendi hesabına çalışan çalışan	Kamu kontratı (Genel pratisyenlerde olduğu gibi) Kamu geri ödemesi	Hasta ödemesi (vizite ücreti) Sigortanın ödemesi

Danimarka'da hastalardan hastane hizmetleri için katkı payı alınmamaktadır.

Danimarka hariç (katkı payları uygulaması yeni başladığından) İskandinav ülkelerinde genel olarak son on yıldan daha fazla bir süredir katkı payları giderek artmaktadır. Toplumun genel pratisyenlere daha fazla başvurması kısmen daha az teşvik edildiğinden, uzmanlara muayene olma sayısı ve beraberinde harcamaları giderek artmaktadır. Örneğin, İsveç'te toplumun doğrudan zamana gitme 'hakkı' kanısı oldukça güçlüdür. Danimarka'da ise genel pratisyenlerin 'kapı tutucu' işlevi gelenekselleşmiştir.

Kamu hastaneleri düşük gelirli insanların sağlık hizmetlerine ulaşımını arttırmak için yıllık olarak cepten harcamalara sınırlandırma getirmesine rağmen, herhangi bir başarı elde edememiştir. Katkı paylarının sürekli olarak artması, düşük gelir grupların acil hizmetlerini daha fazla, diğer sağlık hizmetlerini ise daha az kullanmasına yol açmıştır. Böylesi bir durum doğal olarak da beraberinde maliyetleri de arttırmıştır.

Finlandiya'da İngiltere'ye benzer bir şekilde nüfusun %12'sinin özel sağlık sigortası vardır ve bu oran giderek artmaktadır. Buna karşın İzlanda'da çok az kişinin özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Özel sigortalı oranı Norveç'te %0.02, İsveç'te ise %0.6'dır. Danimarka nüfusunun yarısı katkı payı için sigortalı olmasına karşın, elektif cerrahi ve diğer hizmetler için sigortalı sayısı daha düşüktür ancak giderek artmaktadır. İsveç'te 1990-1995 arasında özel sigortalara kayıtlar %500 artmıştır.

Sigorta şirketlerinin ticari kaygılar yüzünden verilerini açıklamaması son yıllara ait mevcut verilerin güvenilirliğini azaltmıştır. Buna karşın, İskandinav ülkelerinde uygulanan geniş kapsamlı sağlık sigorta uygulamalarının benzer düzeyde seyrettiği, katkı payı, elektif cerrahi ve dış hizmetleri vb hizmetlere başvurunun ve harcamalarının hızla arttığı sonucuna ulaşmak için yeterli düzeyde bilimsel veri mevcuttur. Bu tablo, Avrupa'da "temel hizmetlerin" kamudan finanse edildiği, diğer sağlık hizmetlerinin kullanıldığı andan itibaren doğrudan ya da sigorta aracılığıyla ödendiği kanısını oluşturmaktadır ve bu kanı mevcut durum ile uyumluluk göstermektedir.

Danimarka'da katkı payları daha düşük olduğu halde, katkı payı sigortalarına bağlı çok sayıda insan olması ve hastane tedavisi için ek sigorta yaptırılanların artışını açıklamak güçtür. Medyanın 'kötü tedavi vakalarını' abartarak sunmasına karşın, kuyrukta bekleme süresi kısa, sağlık hizmeti kalitesi yüksek ve halkın memnuniyet düzeyi yüksektir. Bu durum, halk sağlığı sistemi konusunda artan bir güvensizliği ve belirsizliği mi yansıtmaktadır? Veya işverenlerin ve işçilerin vergi vermeden hizmetten yararlanmasını arttıracak bir yol mudur?

Sonuçlara bakıldığında, özel sağlık sigortalarında artış, kamu kaynaklarını serbestleştirmesine karşın, "iki katmanlı" bir sistem yaratmaktadır. Hekimlerin ve hemşirelerin sayısının azalması, bazı sağlık çalışanlarının özel sektöre

geçmesiyle kamu hizmetlerinde hastaların kuyrukta bekleme süresinin uzaması da diğer önemli sonuçlardır. Bunun yaşandığına dair çok sayıda kanıt vardır. Sağlık çalışanlarının hem kamu hem de özel sektörde çalışması olanaklı değildir. Özel sigortalara ödeme yapılması, vergi yardımı, paranın geri verilmesi veya muaf tutulması tartışmaları başlatabilir. Bunların tümü vergi gelirinin azalması ile birlikte bir kısır döngüye neden olacaktır: kamu sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesinin düşmesi hasta sayısının azalmasına ve bu da gelirinin düşmesine yol açacaktır (kalite-gelir kısır döngüsü). Bu durum, kamu yataklarının ve hizmetlerin özel sektöre satılmadığı yerlerde daha çok olasıdır.

ÖZEL HASTANELER VE HEKİMLER

Danimarka'da özel sigorta şirketlerine kayıtların hızla artmasıyla, özel hastanelerdeki hizmet sunumunun %50'den daha fazla oranda azalması sürpriz bir bulgudur. Bu durum, özel ve hastane kapasitesini sınırlandırıcı temel faktörün özel sigorta finansmanına geçilmesi görüşüne karşı bir kanıttır.

Son bulgular sorunlu olmasına rağmen, uzun zamandır İskandinav ülkelerinde toplam özel yatak yüzdesinde büyük bir değişiklik bulunmadığını göstermektedir (Danimarka'da %1, Finlandiya'da %5, İzlanda'da %0.5, Norveç'te %7 ve farklı olarak da İsveç'te %19). Hastane yatağı tanımı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir ve cerrahi klinikleri ve cerrahi merkezileri, ayrıca Danimarka'daki bazı yaşlı bakım ve hemşirelik hizmetleri hastane yatağı kapsamı dışındadır. Kapsam dışı olan bu hizmetler, daha çok özel sektöre ve alternatif tıbbı ait olan hizmetlerdir.

Bulgular Norveç ve İzlanda'da bir gecelik yatış kapsamındaki genel ve özel dal hastanelerinde anlamlı bir artış görülmediğini, Finlandiya ve İsveç'te ise hafif bir artış olduğunu sunmaktadır. Kamu şirketleri içinde kamunun yönettiği hastanelerin değişimi hesaba katıldığında, İsveç ve Norveç'te çok büyük bir artış görülmektedir.

Hastaneler ve diğer hizmetlerin dönüşümü

Araştırma, İsveç'teki birkaç eyalette kamu hastanelerinin kamu mülkiyetli şirketlere başarılı bir biçimde dönüştürülerek, benzer yasalarla yönetimlerin daha fazla bağımsızlık kazandığını göstermektedir. İsveç'te Stockholm ve St Goran örneğindeki gibi az sayıda hastane daha sonra özel işletmecilere satılmıştır (**Ohrming and Sverke, 2000**). Stockholm'de hemen hemen tüm büyük kamu hastaneleri kamu mülkiyetli şirketlere dönüştürülmüştür ve yaklaşık 2500 birinci basamak çalışanı ya kooperatif kurmuş ya da özel sektöre geçmiştir. Ulusal hükümet, acil hastanelerin özel işletmelere satılmasını önlemek için bir yasa çıkartmıştır. Norveç'te 2002 hastanelerinin 72'si beş bölgesel kamu şirketine devredilmiştir. Danimarka'da benzer bir mülkiyet değişimi olmuştur. Bu değişiklikler önemlidir ve bizlerin tam ya da kısmi özelleştirme konusunda daha az kaygı duymamıza yol açabilir.

Hekimler

Finlandiya'da özel hekim sayısı oldukça yüksektir; tüm hekimlerin %8'i tam gün (ayaktan hizmetlerin %20'si) ve %32'si kısmi zamanlı olarak özel sektörde çalışmaktadır. Norveç'te hekimlerin %30'u tam gün ve yarı-zamanlı, İsveç'te ise hekimlerin %13'ü özel pratisyen hekim (tüm hekim başvurularının %20'si) olarak çalışmaktadır. Danimarka'da İngiltere'deki gibi hekimlerin tümü sözleşmeli özel pratisyen hekim olarak çalışmaktadır. İsveç'te bazı kamu pratisyen hekimlerinin özel sözleşmeye geçişinde bir artış gözlenmektedir. Uzmanlarda yarı-zamanlı özel çalışma eğilimi artarken, İngiltere'de olduğu gibi, çoğu hekimin çift işi bulunmaktadır (Yates, 1995). Ayrıca, İskandinav ülkelerindeki hekim sayısının yetersiz olması ve hekimlerin çoğunun özel sektörde tamgün veya yarı-zamanlı çalışması ile, hekim istihdam edemeyen bazı kamu kurumları da bulunmaktadır.

ÖZET VE GELECEK EĞİLİMLERİ

Özet olarak 1985'ten 2000'e kadar gelişen tabloda durum biraz karışıktır, ayrıca verilerin güvenilirliği de azdır. 1980'den beri -1997-2001 yılları arasında daha fazla olmak üzere- özel sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansında artış gözlenmektedir. Yakın zamanda cerrahi merkezler, klinikler, tanı hizmetleri, birinci basamak hizmetleri, işçi sağlığı hizmetleri, diş sağlığı ve yaşlı bakım hizmetlerinde özel hizmet sunumunun anlamlı şekilde arttığı görülmektedir. Sosyal demokrat hükümetlerin çoğu tam ya da kısmi özelleşmiş hastanelerden eyaletlerini korumaktadır. Özellikle son yıllardaki değişimin ayrıntılı araştırmalar ile tekrar değerlendirilmesi gerekmektedir.

Gelecek eğilimleri

İskandinav sağlık sistemlerindeki mevcut değişikliklere kimi karşı çıkışlar göz önünde bulundurularak dikkatle yaklaşılmalıdır. Var olan durumda, özel finansman ve özel hizmet sunumunda artış sürmektedir, bunun hastalar, sağlık çalışanları, yöneticiler, hükümet ve halk sağlığı üzerine giderek hissedilen bir etkisi olacaktır. Sağlık hizmeti sunumunun ve finansının özelleştirilmesinde belirgin artışına yol açan koşullar, diğer Avrupa ülkeleri için de söz konusudur. İskandinav ülkelerinin özel-kamu karışımına geçişi yavaş olmaktadır. Avrupa'da kamu sistemlerinden çok kamu-özel karışımı modeller veya özelleştirme destek görmektedir. Rekabet yasaları ve daha özgür çalışma da düşüncesi iklimi değiştiren diğer faktörlerdir.

Kamunun sunabildiği sağlık hizmetleri ile kişilerin beklentileri arasında giderek artan bir açığı vardır (Övretveit, 1997). Yeni teknolojiler genellikle tıbbi hizmetlerin maliyetini arttırmaktadır. Kamu sağlık hizmetleri, bilgi teknolojisinin maliyeti azaltma potansiyelini kendi lehine kullanma konusunda zayıf kalmaktadır. Sağlık hizmetleri emek yoğun bir sektör olduğu için otomasyon kullanımı sınırlıdır. Tedavi sayısı her yıl artmaktadır ve yeni farmasötikler yeni hizmetlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Bununla birlikte, İsveç'te olduğu gibi toplumda yaşlı sayısının çok, gençlerin sayısının az olması sağlık

çalışanlarının yetersiz sayıda kalmasına yol açmaktadır. İstatistikler İsveç'te yaklaşık 20 yıl süren yaşlılık ve çocukluk dönemi için ortalama 40 yıl ödeme yapılmaktadır. Ortalama yaşam süresinin uzaması ile bugün en çok sağlık hizmeti kullanan bu yıllar için (yaklaşık 38 yıl) 45 yıl ödeme yapmak gerekmektedir. Kısaca kamu hizmetleri için vergi temelli uygulama, insanların hizmeti kullandığı yılların artışı ile hızla azalmaktadır.

Yaşlı sayısı artmakta, sosyal değerler ve hastaların beklentileri değişmektedir. II. Dünya Savaşı'ndan beri mevcut hastalar ya da eski hastalar; sabırlı, müteşekkir, pasif ve yaşamın bir koşulu olarak acısını kabul eden bir kişi iken, günümüzdeki hasta aktif, bilgili, haklarının farkında, daha fazla zaman ve ilgi bekleyen, karar verme sürecine katılan kişilerdir. Bunun yanında medya da daha fazlasının talep edilmesi konusunda kışkırtıcı davranmaktadır. Geçmişe göre günümüz insanı daha fazla harcama yapan, daha bireysel, bir tüketici olarak daha bilinçlidir. Metalaşma sağlık sektörüne dahil olmaktadır: ürünler ve hizmetler daha fazla ambalajlı, hizmete ulaşmak daha kolaydır.

OLASI ETKİLERİ

Bu koşullar gelecekte özel sağlık sektörün finanse edilmesini ve sunulmasını arttırabilir. İskandinav ülkelerinde "kamu iyidir", "özel sektör kötüdür" düşünceleri büyük ölçüde değişmektedir. Özellikle profesyonel gruplar, çağdaş alternatiflere daha hızlı bir biçimde temayül etmektedir. Bu makalede bundan sonraki bölüm, özel sağlık uygulamalarının etkilerini hastalar, çalışanlar, yöneticiler ve hükümetler açısından ele alınacaktır. Bu etkiler büyük ölçüde spekülasyon analizlerle sunulmasına rağmen, sonuçlar diğer Avrupa ülkeleri için büyük bir kaynak olacaktır.

Hastalar için

Hastalar için bu değişiklikler ne anlama geliyor? Ne kadar çok insan sigortalı olursa, primlerde o kadar çok azalma olur, ancak bu durum eşitsizliğe neden olur. Katkı payının artması, düşük gelirli hastaların daha az seçenek ile sağlık hizmeti alması anlamına gelmektedir. Eğer eğilim bu şekilde devam ederse, düşük gelirli hastalar bu durumdan fazlasıyla zarar görecektir. Hizmette ulaşmadaki eşitsizlik, bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığının artması bu hasta gruplarında görülen diğer önemli sorunlardır.

Eğer özel hastalar için kamu kaynakları kullanılmazsa, kamu hastalarına daha fazla pay ayrılabilir. Fakat bu durum kamu sektörünün çalışanını elinde tutup tutmasına ve vatandaşların sağlık hizmeti için iki kat ödemeye direnip direnmemesine bağlıdır. Hekim ödentileri kamu kaynaklı olursa ve popüler olmayan alanlar cazip hale getirilirse, çoğu özel hekim hastalarına daha çok seçenek sunmaktadır. Bu durum, hekimlik hizmetinin niteliğinde bir değişiklik yaratmamasına rağmen, özel hastane ve kliniklerden hizmet almaya gücü yetenlere hizmete daha çabuk ulaşma ve hastanelerde daha nitelikli otelcilik hizmeti alma seçeneği sunacaktır.

Sağlık çalışanları için

Sağlık çalışanları için bu değişiklikler ne anlama geliyor? Katkı paylarının artışı iş yükünü azaltabilir ancak bu durum bakıma duyulan gereksinimin artmasına, tedaviye uyumun düşmesine ve acil hizmetlerin kullanımının artmasına yol açacaktır. Sağlık sigortalı sayısındaki artış, özel uygulamaların daha fazla finanse edilmesine ve çalışma seçeneğinin artmasına da neden olabilir. Pek çok özel hekim, hastalar için rekabete girdiğinden, bu hekimlerin daha fazla tüketici-merkezli davranmasına yol açmaktadır. Ayrıca hekimlerin çift işte çalışması, hastaların özel kliniklere sevk ile etik sorunlar gündeme gelmektedir. Özel sektörün kamuya göre daha fazla protokole ve denetime sahip olduğu da belirsizdir.

Yöneticiler için

Yöneticiler için bu değişiklikler ne anlama geliyor? Öncelikle, bu uygulamalarla özel hekim sayısındaki artışa bağlı olarak, yöneticilerin hizmetin sürekliliğini sağlamada ve hasta koordinasyonunu yerine getirmede güçlükleri artacaktır. Ayrıca özelde çalışan kamu hekimlerinin sözleşmelerinin takip edilmesi de diğer bir güçlüktür. Öte yandan çoğu özel hastane ve kliniğin kamunun acil servis ve yoğun bakım hizmetlerini kullanması nedeniyle, yöneticiler hizmetin maliyeti konusunda daha fazla meşgul olmaya başlayacaklardır. Son olarak sağlık hizmetinin bu kadar parçalanmasıyla sözleşme, planlama, denetim harcamaları artacağından, yönetim işlevi daha da karmaşıklaşacaktır.

Katkı paylarında artış ve düşük gelirli grupları korumayı hedefleyen çabalar, sağlık hizmetleri yöneticileri için daha çok iş ve sorun anlamına gelecektir. Artan maliyetler hastaların beklenti ve şikayetlerini arttıracaktır. Kamu yöneticileri çalışanı koruduğu sürece, sağlık sigortasındaki artışı, kamu hizmetlerindeki kuyrukları ve hizmete olan talebi azaltacaktır. Kamuda çalışan personel işveren konusunda daha fazla seçeneğe sahip olacaktır. Örneğin, profesyoneller özel sektörde daha iyi ücret alabilecektir. Böyle olunca, kamu yöneticileri para kaybetmeme stratejileri geliştirecek ve daha tecrübesiz kişileri çalıştırma eğiliminde olacaktır.

Hükümetler için

Hükümetler için bu değişiklikler ne anlama geliyor? Bu analizler diğer Avrupa ülkelerinin analizleri ile de uyumludur. Önerilen koşullar yerine getirilirse, eğilimi tamamen kontrol etmek mümkün değildir ve hükümetler bunları ya hızlandırır ya artırır ya da azaltır. Kısa vadede katkı payı harcamaları daha az taleple ve daha çok gelirle azaltılabilecekken, uzun vadede bu uygulama hizmet maliyetini arttıracaktır. Çoğu özel sigorta, toplum için gerekli olan kamu kaynaklarını terk ederek, kamu hizmetleri talebini azaltmaktadır. Bu durumda finansman düştüğü ve personel sayısı azaldığı için kamu hizmetleri kısır döngüye girmektedir. Ayrıca sigortacıların hasta seçmesini engelleyen ve tüketiciyi koruyan düzenlemeleri yapma zorunluluğu da ortaya çıkmaktadır.

Özel hekim sayısındaki artış, hizmetin denetlenmesi ve uygulamaları düzenleme konusunda hükümetin ne kadar yeterli olacağı sorularını da akla getirmektedir. Bu uygulamalarla çift iş yapan hekim sayısı artacak, sözleşme ve hasta bakım koordinasyonun yapılabilmesi için yeni sevk düzenlemeleri gerekecektir. Özel hastanelerin ve kliniklerin sayısındaki artış, kamuda çalışanlarının sayısında azalmaya neden olacak, kamu hastanelerinde özel hastalar için 'yedek hizmetlerin' kullanımı artacaktır. Satın alma, planlama ve sağlık stratejileri daha karmaşık bir hal alacaktır.

Yanıtlanmamış önemli bir soru daha vardır: özel hastaneler ve diğer hizmet sunucuları daha mı etkili veya daha mı düşük maliyetlidir? Bu araştırmada, ilk olarak destek hizmetlerinin daha ucuz olduğunu çünkü daha düşük ücretler karşılığında yapıldığını fakat uygulamalarda temelde değişiklik olmadığı için daha etkili olmadığı sonucuna varılmıştır. İkinci olarak, bir İsveç hastanesinde olduğu gibi ortalama yatak ve gün başına ücretlendirmenin hastanenin sadece özel statüsüne bağlanmamasıdır. Çünkü, sağlıklı bir karşılaştırma için diğer tüm maliyetlerinin karşılaştırılması gerekir. Son olarak maliyet ve etkililik faktörü özel mülkiyet, işletmeciliğin niteliği, hasta/vaka için rekabet derecesi, emeğin esnekliği vb. pek çok faktöre bağlıdır.

SONUÇLAR

Bu çalışmanın bulgularına dayalı olarak elde edilen sonuçlar:

Sağlıkta özelleştirme ile ilgili geliştirilen kategoriler, her bir ülkede farklı özel-kamu karışımındaki, farklılıkları, benzerlikleri, değişimleri ve farklı tip "özelleştirmeleri" ayırt etmeyi sağlamaktadır. Bu sınıflandırma, global düzeyde değil ama sağlık sektöründeki değişimi saptamayı kolaylaştıran bir yaklaşımdır.

İskandinav ülkelerinde özel sektördeki farklı sınıflamalar konusunda veri eksikliği mevcuttur.

Her bir ülkede anketörlerin farklı tanımlarla veri toplaması ve buna dayalı farklı yorumlar yapılması hem ülke içinde hem de ülkeler arasındaki karşılaştırma yapmayı güçleştirmektedir.

Değişimlerin etkisi veya ülke örneklerinin ayrıntılı karşılaştırılması, farklı nüfus gruplarında nasıl değişimler olduğunun saptanması konusunda az sayıda araştırma yeterli araştırma olmadığından, özellikle son beş yıl ile ilgili araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Verilerin sınırlılığına karşın, var olan tabloda özel sektörün yaygınlığının da çok büyük olmadığı halde iki önemli nokta vardır; 1) bazı alanlarda büyük değişimler vardır. Örneğin, Danimarka'da katkı payı ve diğer sigortalar, İsveç'te diş hekimliği hizmetlerinin özelleştirilmesi, pratisyen hekimlerin sözleşmeli statüye geçişi ve Stockholm'de birinci basamak hizmetlerinin pahalılaşması ve bazı hastanelerin şirketleşmesi gibi. 2)

bütün ülkelerde hemşirelik hizmetlerinde evde bakımda artış görülmektedir, İsveç'te bu sektörün %25'i özelleştirilmiş durumdadır.

Özel sektörün genişlemesinin önündeki diğer engeller; kamu hizmet ödeme finansmanına alternatifin olmayışı, hekim ve hemşirelerin sayılarının az olması ve çift işte çalışmaları konusundaki düzenlemelerin yetersiz olmasıdır. Ayrıca Stockholmlü hekimler genel olarak özelleştirme lehine faaliyetler sürdürmesine karşın, sendikalar özelleştirmeye destek vermedikleri gibi, politik olarak özelleştirmenin karşısında durmaktadırlar.

Bu araştırma, İskandinav ülkelerinde sağlık hizmetlerinin tamamıyla kamudan finanse edilmesi ve sunulması düşüncesinin önceki yıllara göre farklı olduğunu ortaya çıkarmıştır. Eğilim, özelleştirmeler ile ilgili pek çok küçük ve büyük değişimin felaket olmadığı, hatta küçük başarıların sağlandığı yolundadır. Bu deneyimler diğer ülkeler için bir örnek olabilir.

Bu araştırmadan elde edilen diğer bir sonuç, özel ya da kamu-özel karışımının birbiriyle olan bağlamından ayırmanın yanılığa yol açabileceğidir. Bazı değişiklikleri dayatan baskılar, değişim süreci ve sonuçları özel koşullara ve büyük oranda benzer İskandinav ülkelerindeki karşılaştırmalara bağlıdır. Bunun dışındaki tarihsel, ekonomik, politik ve düzenleyici koşulları tahmin etmek güçtür. Çünkü bundan sonra oluşan değişiklikler sürpriz sonuçlar doğurabilir.

Eğilimler konusundaki sonuçlar tereddütlüdür; fakat, belirleyici olan gelecektir ya da gelecekteki uygulamalardır. Ancak, arz ve talep arasındaki geniş açığı oluşturan şartlar ve ortaya çıkan koşullar göz önüne alındığında, önümüzdeki on yılda sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle ilgili beklenti önemli oranda artacaktır. Bu artış kuşkusuz, değişimleri de beraberinde getirecek, geleceği etkileyecek ve beklenmeyen değişikliklerin de ortaya çıkmasına neden olabilecektir. Karşılaştırılabilir nitelikteki verilerin ve araştırmaların eksikliği bu şekilde devam ederse, gelecekte yine önemli sorunlarla karşılaşmak mümkündür. Bu da tartışmalarda ideolojik baskıyı arttıracak; bu da bizlerin araştırma sonuçlarına dayalı politika yapmasını engelleyecektir.

KAYNAKLAR

Arrington B, Haddock C. (1990). Who really profits from not-for-profits. *Health Serv. Res.* 25:291-304.

Bennett S, McPake B, Mills A (eds). 1997. *Private Health Providers in Developing Countries.* Zed Books: London.

Chalkey M, Robinson R. (1997). *Theory and Evidence on Cost Sharing in Health Care: An Economic Perspective.* Office of Health Economics: London.

Flood A. 1994. The impact of organizational and managerial factors on the quality of care in health care organizations. *Medical Care Rev.* 51: 381-429.

Musgrove P. (1996). *Public and Private Roles in Health.* World Bank: Washington, DC.

OECD. (2000). *Health Data 2000—A Comparative Analysis of 29 Countries.* OECD: Paris.

Ohrming J, Sverke M. (2000). *Bolagiseringen av S:t Gorans Sjukhus.* Studentlitteratur: Lund.

Övretveit J. (1996). Beyond the public-private debate: the mixed economy of health. *Health Policy* 35: 75-93.

Övretveit J. (1997). Managing the gaps between demand and publicly-affordable health care. *Eur. J. Public Health* 7: 128-135.

Övretveit J. (2001)a. The Changing Public Private Mix in Nordic Healthcare—An Analysis. *The Nordic School of Public Health: Goteborg.*

Övretveit J, Aslaksen A, Mantyranta T, Sigurdsson H, Heibert-Arnild M, Pedersen L. (2001)b. Data about Private Finance and Provision in Nordic Healthcare Country Reports. *The Nordic School of Public Health: Goteborg.*

Poullier J. (2002). Analysis of OECD Data for European Privatization Project. Presentation to Research meeting by Poullier. WHO: Geneva.

Saltman R, Figueras J. (1997). *European Health Care Reform.* WHO: Copenhagen.

Saltman R, Von Otter C. (1987). Revitalising public health care systems. A proposal for public competition in Sweden. *Health Policy* 7: 21-40.

Shortell S, Morrison E, Hughes S, Friedman B, Coverdill J, Berg L. (1986). The effects of hospital ownership on nontraditional services. *Health Affairs* 5: 97-111.

Vallgarda A, Kransnik A, Vrangbaek K. (2001). *Denmark, Health Care Systems in Transition.* European Observatory on Health Care Systems: Copenhagen.

WHO. (1995). *Privatization in Health.* Health Economics Technical Briefing Note. World Health Organization: Geneva.

WHO. (2000). *World Health Report 2000.* World Health Organization: Copenhagen.

Woolhandler S, Himmelstein D. (1997). Costs of care and administration at for profit and other hospitals in the United States. *N Engl. J. Med.* 336: 769-774.

Yates J. (1995). *Serving Two Masters.* Channel Four Television Publications: Cardiff.