



SAĞLIK SİSTEMLERİ HANGİ DİNAMİKLERLE GELİŞİYOR VE NASIL GRUPLANIYOR?

Dr. İlker BELEK*

Bugün Dünya'da çeşitli sağlık sistemleri bulunmaktadır. Aslında her ülkenin sağlık sistemi diğerlerine göre farklılıklar sergilenmektedir. Dolayısıyla sağlık sistemleri birbirine tıpa tıpa benzer ülkeler bulabilmek olanaksızdır. Ancak bu durum varolan çeşitliliğin daha genel düzeyde sistematize edilemeyeceği anlamına gelmemektedir. Taşıdıkları farklılıklara rağmen, sağlık sistemlerini benzerlikleri çerçevesinde gruplayabilmek olanaklıdır.

Bu yazıda sağlık sistemleri konusunda ve biraz daha ağırlıklı olarak finansman yönünden yöneltilen bir bakışla şu üç nokta aydınlatılmaya çalışılacaktır: 1) Farklı sağlık sistemlerinin gelişimi ile somutlanan sürecin ekonomi politikası. 2) Bir sağlık sisteminin yapısal bileşenleri ve bu alanda gözlenen çeşitlilik. 3) Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında kullanılacak kavramsal çerçeve.

Konuya finansman ağırlıklı bir yöntemle yaklaşılacak olmasının nedeni, sağlık sektörü finansman sorunlarının, örgütlenme üzerinde doğrudan belirleyici bir işlev görüyor oluşlarıdır. Bu işlevin özellikle son 10-15 yıldır iyice ön plana çıktığı izlenmektedir. Böylece inceleme sırasında genel anlamda ekonomi politik, özel olarak da finansman, bir eksen olarak, biraz da kendiliğinden biçimde öne çıkmaktadır. Ayrıca bu yazıda oluşturulacak çerçevenin daha sonraki sayılar için hazırlanması planlanan "sağlık sistemlerinin yenilenme çabaları" konulu başka bir incelemede de kullanılması düşünülmektedir. Sağlık sistemlerinin yenilenme yönelimlerinde de finansman sorunlarının çok önemli payı bulunmaktadır. Bunun da ötesinde, bugün sağlık sistemlerinin yenilenmesi ağırlıklı olarak finans sistemlerinin yenilenmesi ve sağlık sektörüne (ve özellikle de) üretici ve finansör kurumlar arasındaki ilişkiye piyasa mekanizmalarının sokulması anlamına gel-

mektedir. Bu nedenle, sağlık sistemlerinin sonrasında, yenilenme yönelimlerinin incelenmesini amaçlayan bir inceleme, konuya, mutlaka finansmanı gözetenerek bakmak zorunda kalmaktadır.

I. FARKLI SAĞLIK ÖRGÜTLENMELERİ NASIL ORTAYA ÇIKIYOR?

1) Sağlık sektörü hizmet sektörüdür. Hizmet sektörünün tüketim hizmetleri sınıfında yer alır. Bu tanımlama iki noktaya işaret eder: a) Sağlık sektörü, eğer sağlık hizmeti üretimi olarak sınırlanırsa, doğrudan mal üretmez. Ancak mal üretimi sürecinin sürekliliğini sağlayacak önemli bir işlevi yerine getirir. b) Bu anlamda sağlık hizmeti üretimi, maddi malların üretiminde destek sistem görevi görür. Kapitalist ekonomide üretilen sağlık hizmeti, maddi üretim sürecinde yer alan işçi ve emekçilerin emek güçlerinin ertesi günkü üretim için yenilenmesini, dolayısıyla da üretimin sürekliliğini sağlar. Sağlık hizmetlerinin tıbbi bakım dışında kalan ve kişilerin ötesinde toplumsal sağlık sorunlarıyla ilgilenen bileşenleri (çevre sağlığı hizmetleri gibi) ise; genel olarak emek gücünün yıkımına neden olabilecek risklerin ortadan kaldırılması yoluyla aynı amaca hizmet ederler.

2) Sağlık hizmetlerinin yukarıda tanımlanan işlevleri, özellikle, kapitalist ekonominin üretimin aksamamasına tahammülünün kalmadığı tarihsel aşamada, sistem açısından daha da vazgeçilmez olmuştur. Sağlık hizmeti ilk kez, kapitalizmle birlikte standardize edilerek toplum düzeyinde örgütlenmiştir. Bu tarihsel aşama aynı zamanda bazı olgulara işaret eder. Kısaca: a) Üretim kesintisiz bir biçim kazanmıştır. Böylece sürekli olarak iş başında olacak işçilere gereksinmektedir. b) Kapitalist sanayi üretimi önce makineleştirmiş, sonra ve özellikle de son 30-40 yılda kompüterize etmiştir. Artık üretim, daha nitelikli emek gücü ile sürdürülebilmektedir.

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

Daha nitelikli emek gücü ise daha nitelikli yaşam koşullarına gereksinmektedir. c) Bu gereksinim ilgili toplumsal sınıfların ekonomik ve siyasal mücadelelerine de yansımaktadır. Sonuç olarak, söz konusu tarihsel aşama belli standartlara sahip bir sağlık hizmetinin sürekli olarak garantilenmesi anlamında zorunluluk, hak ve olanaklara işaret etmektedir. Son 15-20 yıldır özgül biçiminden dikkate değer kayıplar vermiş olan bu tarihsel aşama "Sosyal Devlet" olarak tanımlanmakta ve ekonominin sosyal sektörleri üzerinde sınıflar arasındaki bir "denge" konjonktürünü de dile getirmektedir.

3) Yukarıdaki maddeden hareketle şu daha açıklayıcı sonucun üretilmesi de olanaklı olmaktadır: Kapitalist işlerlik sağlık hizmetini toplumsal düzeyde üretmek ve asgari bir sağlık hizmetinin toplumsal olarak üretimini garantilemek durumundadır. Durum hem kapitalist üretimin gereklilikleri, hem de sınıf mücadelesinin düzeyi ve kazanımları ile bağlıdır. Bu dinamik kısaca sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi; finansman ve hizmet sunumunda kamu kurumlarının etkin olması, dolayısıyla "kamu vicdanı"nın yansımaları anlamına gelmektedir. Aynı yapı içerisinde özel sektörün de değişen boyutlarda, ama her zaman ve kamu sektörünün karşılayamadığı sağlık gereksinimlerinin, parası olanlar için karşılanması amacıyla yeri bulunmaktadır.

4) Özetlenen bu süreç 2. Dünya Savaşı sonrasında ABD dışındaki bütün gelişmiş kapitalist ülkelerde yaşanmış ve kapitalist devletin sosyal niteliği öne çıkmıştır. ABD'nin kapsam dışı kalışı, devletin sosyal nitelik kazanmasında yalnızca toplumsal üretim ve sanayileşme düzeyinin yeterli olmadığını, işçi sınıfının gücünün de belirleyici olduğunu göstermektedir. Aynı süreç içerisinde, toplumun sağlık hizmetine yönelik talebinde de belirgin bir artış gözlenmiştir. Talep artışının nedenleri arasında, sağlık profesyonelleri elinde yoğunlaşan sağlık bilgisinin (sağlık profesyonellerinin monopolistik karakteri) kapitalist piyasa koşulları içinde kullanılması en önde gelmektedir. Kısaca, aynı dönem boyunca üreticinin uyardığı ve manipüle ettiği bir talep kabarması ortaya çıkmıştır. Bu gelişme sağlık hizmeti sunumunu sermaye açısından kârlı ve ileri boyutlarda denetlenebilir bir yatırım alanı durumuna getirmiştir.

5) Ancak sosyalizasyonun düzeyi yıllar içinde değişebilir. Şöyle ki: a) Klasik sosyal devlet tanımı asgari bir sağlık yararlanım paketinin, toplumun hemen tamamı için kamu kurumlarınca örgütlenmesi ve yine kamu eliyle finanse edilmesi (güvence altına alınması) anlamına gelir. Hizmeti finanse eden kamu fonu işçi ve patron kesintilerinin patron

ödentileri karşısında ağırlık kazanması yukarıda sözü edilen "denge"nin işçi ve emekçi sınıflar aleyhine bozulduğunu gösterir. Böyle bir durum olasılık dahilindedir. Bugün yaşanan budur. b) Ayrıca sosyal devletin yıprandığı dönemlerde sağlık yararlanım paketi olabildiğince daraltılır, sağlık hizmetleri hem sunum, hem de finansman bakımından daha fazla oranda kamunun dışına çıkarılır. Bugün böyle bir durum da yaşanmaktadır. Bütün bu tanımlamalarda kamu kavramının, kapitalist işlerlik içinde, işçi ve emekçi sınıfların çıkarlarını gözetmek zorunda kalan sınıflar arası denge durumunun kurumsal organizasyon yönünü dile getirmekte olduğunu akılda tutmak gerekir. Sosyal devletin yıpranması sürecinde kamu sosyal harcamalarının kısılmasının nedeni, sermayedar sınıfın, bunalım nedeniyle, sosyal alanlara kaynak aktarımına tahammülünün kalmamış olması ve ortalama kâr oranını artırabilmek bakımından, üretilmiş olan toplumsal artı değere daha fazla oranda doğrudan (sosyal alanlardaki bütün sübvansiyonları devre dışı bırakarak) el koyma istek ve zorunluluğudur.

6) Yine kapitalist işlerlik içinde, bağımlı ülkelerin ya da Dünya'nın Güney'inin durumu, bağımlı oldukları ülkelerin yani Kuzey'in durumundan tamamen farklıdır. Ekonomik anlamda bu, Güney'in Kuzey'ce sömürsüne işaret eder. Kuzey, kendi çokuluslu tekelleri ile, yoğun emek ve hammadde kullanan, çevre kirleten sanayileri, emekgücünün ve girdilerin askeri, siyasal çeşitli zor aygıtlarıyla ucuzlatıldığı Güney ülkelerine yönlendirerek, kârını maksimize eder. Dolayısıyla farklılık Güney'deki sermaye birikiminin geriliğinden, sağlık gibi sosyal alanlara hemen hiç artı değer ayırlamayışından ve eldeki kaynakların da Güney egemenlerince yağmalanmasından kaynaklanır. (Sağlık harcamalarının toplam ulusal gelir (GDP) içindeki payı tüm Dünya için ortalama %8,6, endüstrileşmiş ülkeler için %9,4, OECD ülkeleri için %9,7, gelişenler için %4,2, Sahra altı Afrika ülkeleri için %4,4 ve en az gelişmiş ülkeler için %3,8'dir.) Bir başka deyişle Güney halkları Kuzey'in refahı için kendi sağlıklarından vazgeçmek zorunda bırakılırlar. Kuzey için ucuz ve çok çalışarak, çok üretirler. Sonuçta Dünya sisteminin barındırdığı eşitsizlikler bütün boyutlarıyla derinleşir. Güney halkları bu çifte sömürü altında ezilirler. Eşitsizlikleri ve sömürüyü azaltacak muhalif güçlerin ağır siyasal, askeri baskılara maruz kalışı ve örgütsüzlüğü, sorunu daha da ağırlaştırmaktadır. Nitekim Dünya nüfusunun en zengin %20'sinin toplam üretimden aldığı payın, en fakir %20'sinin aldığı paya oranı 1960 yılında 30 iken, oran 1991 yılında 61'e çıkmış durumdadır. (UNDP, 1994, s.35) Yukarıdakileri destekleyen bir başka veri gelirin toplum içinde

dağılımına ilişkin olanıdır. Gelişmiş kapitalist ülkelerde toplumun en zengin %20'sinin ulusal gelirden aldığı pay, en fakir %20'nin aldığı payın 4.5-9.0 katı iken (Kanada'da 7.1, İsviçre'de 8.6, Japonya'da 4.3, İsveç'te 4.6, Norveç'te 5.9, Fransa'da 6.5, ABD'de 8.9 kat) aynı oran Şili'de 17.0, K. Rika'da 12.7, Meksika'da 13.6, Kolombiya'da 13.3, Brezilya'da 32.1, Botswana'da 47.4, Guetamala'da 30.0, Kenya'da 22.6, Tanzanya'da 26.1 katıdır. Bu veriler ulusal sınırlar içindeki yağmanın ve kaynakların kötü kullanımının kaba da olsa bir ölçütüdür.

7) Kapitalist Dünya'nın sınıfsal eşitsizliklerle karakterize sosyo-ekonomik yapısı sağlık sistemlerinde ulusal bir çeşitliliği de koşullamaktadır. Kaba: 1) Bir kazanım ve sınıflar arası "denge" durumunun yansımaları olarak kamu sağlık sistemleri; kamu sigortası; kamu kurumlarında hizmet üretimi; genel bütçe sübvansiyonları. 2) Parası olanların ayrıcalıklı gereksinimlerine yanıt vermek üzere kurumsallaşmış ve tıbbi bakım hizmetlerindeki sermaye yoğunlaşmasına işaret eden özel sağlık sistemleri; özel sağlık sigortaları; özel hastane zincirleri. 3) Aslında ikinci madde içinde yer alan, bağımlı kapitalist ülkelerin az gelişmiş niteliklerini yansıtan durum. Yani, kaynak yetersizliği, kötü yönetim, demokratik taleplerin bastırılmasına bağlı olarak; sağlık sektörünün başı bozukluğu, güvencesizlik, cepten özel ödemelerin yaygınlığı. Kapitalist Dünya, ulusal sınırlar içinde de kısaca sıralanan bu seçeneklerin tümünü içinde barındıran karmaşık bir örüntüye sahiptir. (Yukarıdaki genellemeler konusunda kapsamlı bilgi için bkz. Belek, İ. 1994, s.11-45 ve 122-139.)

8) Sosyalist sistem deneyimi, sağlık sektöründe de, insanlık tarihinin, kendi coğrafyasındaki özel bir kesitine işaret etmektedir. Sosyalist sistem, elindeki kıt kaynaklara ve tüm tarihi boyunca içinde yaşadığı zor koşullara rağmen elindeki olanakları eşit olarak paylaşım hedefini gütmüştür. Sistemin yıkılmış olduğu ve çok ciddi ekonomik sıkıntılar yaşadığı 1990'larda bile bu ülkelerdeki gelir dağılımı, kapitalist ülkelere göre daha eşitlikçi durumdadır. Nitekim toplumun en zengin %20'sinin gelirinin, en fakir %20'sinin gelirine oranı Macaristan'da 3.2, Polonya'da 3.9 kattır. Aynı oran OECD ülkeleri için 6.8 ve Doğu Avrupa ülkeleri için ortalama 3.7 kattır. (Veriler 1991 yılına aittir. Bkz. UNDP, 1994, s.164 ve 196.) Bu veriler, toplam toplumsal üretimi

daha düşük olsa da, sosyalist sistemdeki daha eşitlikçi bir yapının varlığını göstermektedir. Sistem ideolojisi gereği sağlık hizmetlerini gerek finansman, gerekse sunum olarak devletin elinde toplamış, bu kaynakların daha eşit olarak kullanımını sağlamış ve istisnasız herkes için daha eşit ölçülerde sağlık hizmeti sunumu olanağını vermiştir. Kapitalist ülkeler için sözü edilen karmaşayı burada bulmak olanaksızdır. Ancak özellikli tıbbi bakım hizmetlerinde özellikle son yıllarda ciddi bir yeraltı özel sağlık sektörünün geliştiği bildirilmektedir. Sosyalist sistem sağlık örgütleri 1990'lardan beri ciddi değişimler geçirdiğinden, burada daha fazla söz edilmeyecek, daha sonra bu yazının girişinde değinilen ikinci incelemenin içinde ve bir değişim süreci olarak ele alınacaklardır. (Ayrıca sistemler arasındaki farklılığın dinamiği konusunda bkz. Navarro, V. 1989 ve 1993.)

II. SAĞLIK SİSTEMLERİ NASIL YAPILANIYOR?

Bir sağlık sistemi dört bileşeniyle incelenebilir ya da bir sağlık sistemi şu dört bileşenle tanımlanabilir (Bunların içinde ikinci sırada yer alan bileşen; fonun oluşturulması, Toplum ve Hekim'in 62. sayısında yer almış olan "Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi" adlı yazıda ayrıntılı olarak tanımlandığından burada çok kısaca ele alınacaktır. Daha ayrıntılı bilgi yine Belek, İ. 1994, İkinci Bölüm'de bulunabilir.); 1) hizmetin sunumu, 2) fonun oluşturulması, 3) ödeme yöntemleri, 4) finansman ile hizmetin buluşturulması (hizmetin satın alınması)'dır.

II. 1. Hizmetin Sunumu/Üretilmesi :

a) Kamu kurumlarınca: Hükümet ya da diğer kamu kurumları (sosyal sigorta gibi). b) özel sektörde: özel hekimler, özel klinikler, özel hastaneler, geleneksel uygulayıcılar.

Geleneksel uygulayıcılar yalnızca örgütlü bir sağlık sisteminin bulunmadığı geri kalmış ülkeler için geçerlidir. Birinci basamak ve hastanelerde hekimler tarafından sunulan hizmetlerin özel ve kamu bağlamı içindeki durumu, çeşitli ülkeler için aşağıdaki tabloda özetlenmiştir. (Avrupa ülkelerinin açısından ayrıntılı bilgi için bkz. Boerma, G.W., et. al. 1993. Ayrıca Japonya için bkz. Ikegami, N. 1992, Kanada için bkz. Evans R.G. 1992, ABD için bkz. Reinhardt, U.E. 1992.)

Ülke	1. Basamak	Hastaneler
Avusturya	— Bağımsız, özel çalışan GP ve Uzmanlarca, ayrıca sigorta tarafından işletilen ayaktan bakım merkezlerince. — GP'lerin yarısı özel ve yalnız çalışıyor.	— Kamu ve özel hastaneler var. — Kamu hastanelerini federal hükümet, bölgesel hükümetler ve diğer kamu kurumları işletebiliyor.
Belçika	— Özel çalışan GP ve uzmanlarca. — GP'ler %50 ev hizmeti veriyor. — Grup pratiği ender.	— Hastanelerin yarısından çoğu özel sektörde; dini kuruluşlar ve yardım kurumları ağırlıklı olmak üzere. — Kamu hastanelerini yerel yönetimler işletiyor. — Hükümet teknik ve mali denetimi yapıyor.
Danimarka	— Bağımsız ve özel çalışan GP'lerce. — GP'ler tek çalışıyor, ancak grup pratiği giderek artıyor.	— Hastaneler kamunun denetiminde. — Uzmanların çoğu ücretli olarak kamu hastanelerinde.
Finlandiya	— Her komününün bir sağlık merkezi var. — Sağlık merkezlerine düşen nüfus ortalama 10000. — GP'lerin 1/5'i sağlık merkezlerinde çalışıyor. Kalanı özel.	— Her bölgenin kendi hastanesi var. — Hastanelerin hemen tamamı kamu (bölge yönetimleri) tarafından işletiliyor.
Fransa	— GP'ler ve özel çalışan uzmanlarca. — GP'lerin 1/3'ü ise hastanelerde. %15'i sağlık merkezlerinde, kalanı özel/bağımsız çalışıyor. — Sağlık merkezleri yerel yönetimler, gönüllü kuruluşlarca kurulup, yönetiliyor.	— Hastane yataklarının %70'i kamunun, kalanı özel.
B.Almanya	— Bağımsız GP ve uzmanlarca. — Bunların %18'i grup halinde.	— Hastanelerin 2/3'ü özel. — Hekimlerin %62'si hastanelerde. — Özel hastanelerin yarısı kâr amaçlı.
Yunanistan	— Sağlık merkezlerince veriliyor. Ancak sayıları yetersiz. — GP'ler sağlık merkezlerinde çalışıyor. Özel çalışmıyorlar. — Sağlık merkezleri hükümet denetiminde.	— Hastane yataklarının 1/3'ü özel sektörde. Kalanı ve daha büyük kapasiteli olanlar kamuda.
İzlanda	— Sağlık merkezlerine veriliyor. Hükümet yönetiminde. — Bütün GP'ler sağlık merkezlerinde, özel çalışmıyorlar.	— Hastaneler kamunun ve hükümetçe işletiliyor.
İtalya	— GP'lerce yürütülüyor. — GP'ler genellikle yalnız çalışıyorlar ve ulusal sağlık sistemi kapsamındalar.	— Hastanelerin çoğu kamunun ve doğrudan ulusal sistemce yönetiliyor. — Ancak kimi bölgelerde özel sektörün payı %50.
Lüksemburg	— GP'lerce sunuluyor. Uzman katkısı kısıtlı. — GP'ler bağımsız ve tek çalışıyorlar.	— Hastane yataklarının %60'ı özel, kalanı kamuda. — Hastane hekimlerinin 2/3'ü uzman ve uzmanların çoğu aynı zamanda özel olarak da çalışıyor.
Hollanda	— GP'lerce sunuluyor. — GP'ler bağımsız çalışıyor. — GP'lerin yarısı tek çalışıyor, kalanı grup pratiğinde.	— Hastaneler, kâr amacı gütmeyen özel kurumlar durumunda ve planlamadan eyaletler sorumlu.

Norveç	— Yerel yönetimlerin sorumluluğunda. — Sağlık merkezlerince sunuluyor. — GP'lerin çoğu sağlık merkezlerinde çalışıyor. Ancak şehirlerde özel çalışan ve yalnızca hasta ödentileri ile geçinen GP'ler de var. Ancak özel çalışanların çoğu sigorta ile anlaşmalı.	— Hastanelerin çoğunluğu federal veya eyalet hükümetlerinin işletmesinde. Az bir kısmı gönüllü kuruluşların ve yalnızca iki tanesi ticari amaçlı. — Ancak kamu hastanelerindeki uzmanların özel çalışma oranları giderek artıyor.
Portekiz	— Ulusal sağlık sistemi içindeki sağlık merkezlerince. — Sağlık merkezlerindeki hekimlerin %74'ü GP.	— Hastanelerin 2/3'ü devletin. Kalanı özel ve özellerin yarısı ticari.
İspanya	— Ulusal sağlık sistemi içindeki sağlık merkezlerince. Ancak özellikle büyük kentlerde sağlık merkezleri sayıca yetersizdir ve buralarda özel uygulama yaygın. — Sağlık merkezlerinde GP'ler ve uzmanlar çalışıyor.	— Hastanelerin çoğu kamu hastaneleri.
İsveç	— Eyalet hükümetlerinin işlettiği sağlık merkezlerince. — GP'ler sağlık merkezlerinde çalışıyor. Bunun dışında sigorta ile anlaşmalı özel çalışan GP'ler de var.	— Hastaneler eyalet hükümetlerinin işletmesinde. — Hekimlerin %70'i hastanelerde ve maaşlı çalışıyor.
İsviçre	— Bağımsız çalışan hekimlerce veriliyor. — Bunların %70'i uzman.	— Hastaneler eşit şekilde kamu ve özel sektörce paylaşılmış durumda.
İngiltere	— Bağımsız çalışan GP'lerce.	— Hastanelerin çoğunluğu kamunun.
Japonya	— Önemli ölçüde 19 yataktan az kapasiteli olan kliniklerce. Kliniklerde hem GP'ler, hem uzmanlar çalışıyor.	— Hastanelerin %80'i, hastane yataklarının %65'i özel.
Kanada	— Özel olarak çalışan GP'lerce. — Hizmet eyalet hükümetlerince organize ediliyor.	— Kâr amaçlı olmayan özel hastane statüsünde. — Eyalet hükümetlerince finansman açısından denetleniyor.
ABD	— Özel olarak çalışan, bağımsız hekimlerce. — Grup pratiği giderek artıyor.	— Hastanelerin %23'ü federal veya eyalet hükümetlerinin. %53'ü özel ve kâr amacı taşıyor. %8.2'si kâr amaçlı. Hastane yataklarında ise aynı oranlar sırasıyla %19.9, 70.3 ve 9.8.

Yukarıdaki tablodan şu sonuçların elde edilmesi olanaklıdır: 1) 1. basamak hizmetleri ülkelerin pek çoğunda özel ve bağımsız olarak çalışan hekimlerce (çoğunluğu genel pratisyen olmak üzere) üretilmektedir. İskandinav ülkeleri ile Kuzey Akdeniz şeridinde yer alan ülkelerde ise doğrudan hükümetin veya yerel hükümetlerin yönettiği sağlık merkezleri ve buralardaki genel pratisyenler aynı işlevi üstlenmiş durumdadırlar. 2) İskandinav ülkeleri, İngiltere ve K. Akdeniz dışında kalan ülkelerde hastaneler kâr amacı taşımayan özel kurumlar durumundadır. ABD'de ise kâr amaçlı hastane oranı da yüksek denilebilecek düzeydedir. İskandinav ülkelerinde ise hastane yönetimleri hükümetlerin elindedir.

II.2. Fonun Oluşturulması :

a) Hizmeti kullanım anında tüketicinin cepten yaptığı ödemeler, bir başka deyişle fonun olmadığı durum. b) Genel vergiler ya da genel bütçe usulü. c) Sağlık sigortası: Zorunlu kamu sigortası ve özel sigorta. d) Dış yardımlar. Cepten ödemeler özellikle bağımlı ülkelerde yaygındır. Endüstrileşmiş ülkelerde ise genel vergi (İngiltere ve İskandinav ülkeleri) ve zorunlu sigorta sistemi (endüstrileşmiş ülkelerin çoğu) bulunmaktadır. Özel sigortacılık son yıllarda bütün kapitalist ülkelerde yaygınlaşmakla birlikte tanımlayıcı olduğu ülke ABD'dir. Dış yardımlar Dünya'nın en yoksulları konumundaki Afrika ülkeleri için geçerlidir.

II.3. Ödeme Yöntemleri :

Başlıca yedi ana ödeme mekanizması vardır (WHO, 1993, s.37):

1) Hizmet Başı Ödeme (Fee-For-Service): Hizmetin tanı, tedavi, ilaç gibi tüm aşamaları ayrı ayrı ve tüm ayrıntılarıyla tanımlanarak fiyatlandırılır.

2) Vaka Başına Ödeme (Case Payment): Belirlenen bir hizmet paketi veya bir vaka epizodu için belirlenmiş fiyat üzerinden ödeme yapılır. Ödeme maliyetten bağımsız olabilir. Bu durum özellikle hastane hizmetleri için geçerlidir.

3) Günlük Fiyat (Daily Charge): Hastane hizmetleri için günlük sabit bir fiyat belirlenir.

4) Sabit Fiyat Ödemesi (Flat Rate): Sağlanan belli bir paket hizmet için, anlaşmayla belirlenmiş fiyatın doğrudan ödenmesidir. Yeni yeni ve özellikle hastanecilik hizmetlerinde kullanılmaya başlanmıştır.

5) Kişi Başı Ödeme (Capitation): Bir hekimin listesindeki her bir kişi için sabit ve genellikle yıllık olarak yapılan ödemedir. Farklı özelliklere sahip bireyler için (örneğin 75 yaşın üzerindeki) farklı öde-

me yapılabilir. Bunun nedeni bireysel özelliklere göre hizmet kullanım sıklığının ve kullanılan hizmetin niteliğinin değişmesidir.

6) Ücretle Ödeme (Salary): İş yükünden ve hizmetin maliyetinden bağımsız olarak yapılan sabit ödemedir.

7) Global Bütçeleme (Global Budgeting): Bütçeden belli bir programın tümü için ayrılan ödenektir. Genellikle hastanecilik hizmetlerinde kullanılır. Maliyeti sınırlamak amacını taşır. Hastanelerde gün başına ödeme sisteminin alternatifi olarak geliştirilmiştir. Bu yolla hastanelerin, kendilerine verilen bütçeyi, daha verimli tarzda kullanacakları beklenir. Yeni yeni kullanılmaya başlanmaktadır.

Ödeme mekanizmaları ile hizmet çeşitleri arasındaki ilişki ve ödeme mekanizmalarının ayrıntılı özellikleri aşağıdaki tablolarda verilmiştir. İlk tabloda hangi ödeme mekanizmasının, hangi sağlık kurumunda ve hangi hizmet için kullanıldığı özetlenmiştir. Daha sonraki tablo hizmet etkinliği ile ödeme mekanizması arasındaki ilişkiyi vermektedir. (WHO, 1993, s.39-44)

Tablo 1 : Sağlık Hizmetinin Sunuş Biçimi İle Ödeme Mekanizmaları

Ödeme Mek.	Hizmet Birimi veya Sepeti	Sunan		
		Hastane	S.Merk.	Bireysel
Hizmet Başı	Tek muayene ve diğer işlemler	+	+	+
Vaka Ödemesi	Ödeme şemasına göre farklı vakalar	+		
Günlük Fiyat	Hasta/gün	+	+	
Sabit Fiyat	Bazı yatırımlar ve özel hizmetler (özellikle koruyucu)	+	+	+
Adam Başı	Belli bir periyotta, bir kişi için, tüm potansiyel hizmetler			+
Ücret	Genellikle bir aylık çalışma			+
Global Bütçe	Belli bir sürede, bir hizmet kurumunun tüm hizmetleri	+	+	

Tablo 2 : Ödeme Mekanizmalarının Hizmetin Çeşitli Yönleri Üzerindeki Uyarıcı Etkileri

Ödeme	Hizmet Kantitesi		Hizmetin Yapısal Bileşimi	
	Hasta Sayısı	Ödeme Yapılabilir Hizmet Birim Sayısı	Konsültasyon Başına İşlem Sayısı	Maliyet Artırıcı Eklentiler
Hizmet Başı	+	+	+	+
Vaka Başı	0	+	—	+
Günlük Fiyat	+	+	—	+
Sabit Fiyat	+	0	—	0
Kişi Başı	+	0	—	—
Ücret	—	0	—	0
Global Bütçe	—	0	—	—

+ : Hizmeti sunan, hizmetin yapısal elementlerinin niceliğini maksimize etme eğilimindedir.

— : Hizmeti sunan, hizmetin yapısal elementlerinin niceliğini minimize etme eğilimindedir.

0 : Yukarıda tanımlanan türden bir ilgi yoktur.

Hizmet başı ödeme, üreticinin (özellikle laboratuvar ve yoğun teknoloji kullanan diğer tıbbi bakım hizmetleri için) aşırı tüketimi körükleyici davranışlarına neden olur. Hizmetin çok üretilmesi ise, her zaman kalitenin arttığı anlamına gelmez. Buna karşılık kişi başına ödeme, ücretlendirme ve global büt-

çeleme sistemleri yönetsel açıdan daha etkindir. Ancak kişi başı ödeme ve ücretlendirme yöntemlerinde hizmetin kalitesine yönelik sorunlar çıkmaktadır.

Aşağıdaki tablo ödeme mekanizmalarının avantaj ve dezavantajları topluca özetlenmiştir.

Tablo 3 : Çeşitli Ödeme Mekanizmalarının Zayıf ve Güçlü Yanları.
(The World Bank, 1993, s. 124)

Ödeme Mekanizması	Güçlü Yanları	Zayıf Yanları
Hizmet Başı Ödeme	Üreticinin ödüllendirilmesi çaba ve ürün düzeyine yakından bağlıdır. Üretici pratiğinin analizi kolaydır.	Maliyet enflasyonu. Aşırı ve gereksiz tedavi talebi.
Vaka Başı Ödeme	Üreticinin ödüllendirilmesi ürün düzeyine çok yakından bağlıdır. Üreticiye kaynak kullanımını minimize etme güdüsü verir.	Bütün hastalıkların listelenmesindeki zorluk ürün ile ödüllendirmenin karışmasına neden olur. Üretici, fazla ödül alabilmek için yanlış tanı bildirebilir.
Kişi Başı Ödeme	Yönetim açısından basittir; üreticinin aktivitesini değerlendirme zorunluluğu yoktur. İleriye yönelik bütçeleme kolaylığı. Maliyeti minimize etme güdüsü. Tüketici açısından seçme hakkı.	Üreticiye yüksek maliyetli ve riskli hastaları reddetme güdüsü verir. Üreticiye, kabul ettiği hastalara az hizmet etme güdüsü verilir. Üretici pratiğinin analizi güçtür.
Ücret	Yönetsel açıdan basittir. İleriye yönelik bütçeleme kolaylığı.	Üretici davranışı üzerinde hasta denetiminin olmayışı. Üreticiye, az hizmet etme güdüsü verir.

Ödeme sistemlerinin ülkeler özelindeki ayrınıtısı bölüm II'de verilecektir.

II.4. Finansman ile Üretim Buluşturulması (Hizmetin Satın Alınması)

1) Sunum ile finansmanın aynı kurumlarca yapıldığı durumlar: Direkt sistem. Bu durumda finansör kurum ile üretici kurum aynı olduğundan, arada herhangi bir ödeme süreci söz konusu değildir. Türkiye'deki Sağlık Bakanlığı ve SSK organizasyonları ile eski sosyalist ülkeler ve İngiltere'nin NHS'si, K. Akdeniz ülkelerinin ulusal sağlık sistemleri bunun tipik örneğidir.

2) Sunum ile finansmanın ayrı kurumlarca yapıldığı durumlar: İndirekt sistem. Finansör ve üretici kurumlar farklıdır. Dolayısıyla finansör kurum, üretici kurumdan hizmeti satın alır. Her ikisi de özel ya da kamu kurumu olabilir. Bu durumlarda finansör kurum sistem içinde üçüncü el olarak hareket ederek, tüketici adına üretici kurumla her türlü ilişkiyi ayarlar. Endüstrileşmiş ülkelerin hemen hepsinde bu sistem egemendir.

OECD ülkelerinde hizmetin organizasyonunun

somut biçimleri yedi başlıkta toparlanabilir: (OECD, 1992, s. 19-27)

- İsteğe bağlı (özel) cepten ödemeler (sigorta yok): (The voluntary, out-of-pocket payment model). Avrupa'da pek yaygın değildir.
- İsteğe bağlı cepten yapılan, ancak daha sonra sigorta kurumunca kısmen ya da tamamen geri ödenen ödemeler: (The voluntary reimbursement model). Buna yakın düzenlemeler bugün İngiltere ile Hollanda özel sektörü içinde bulunmaktadır.
- Özel sigortalarca, indirekt olarak (üçüncü el) ve üreticilerle imzalanan (kişi başı, ücret, global bütçe, vb. esaslarına dayalı) sözleşmeler çerçevesinde yapılan ödemeler: (The voluntary contract model). ABD ve İspanya özel sektöründe gözlenmektedir.
- Özel sektör kurumunda üretim ile finansmanın entegre edildiği sistemler ya da özel sektör elinde direkt sistem: (The voluntary integrated model). Bugün Avrupa'da pek yaygın olmamakla birlikte, ABD'de HMO'lar biçiminde giderek yaygınlaşmaktadır.

- Kamu sigortasının (zorunlu sigorta), tüketicinin cep-ten yaptığı ödemeleri sonradan (kısmen ya da tamamen) geri ödediği durum: (The public reimbursement model). Belçika ve Fransa sigorta sistemlerinde bu modelin elementleri bulunmaktadır.
- Kamu finansman kurumunun hizmeti üreten başka bir kurumla sözleşme yaptığı durum: (The public contract model). Avrupa sigorta sistemleri (Almanya, İrlanda, Hollanda ve İngiltere’de birinci basamakta, Belçika, Hollanda, Almanya ve İngiltere’de hastanelerde, yine birinci basamak için kısmen Belçika ve Fransa’da) böyledir.
- Kamu kurumu çerçevesinde finansman ve üretimin entegre edildiği durum ya da kamuda direkt sistem: (The public integrated model). Bunun en tipik örnekleri İspanya ve eski sosyalist sistem, hastaneler için Fransa ve İrlanda’dır. Son zamanlara kadar İngiltere’de kamu hastaneleri de bu modeli uygulamaktaydı.

Bugün Avrupa’da yukarıda sıralanan modeller içinde isteğe bağlı biçimler, ancak kamu sektörünü tamamlayıcı bir rol oynamakta, parası olanların, daha üst nitelikte ya da ileri düzeyde uzmanlaşmış hizmet almak isteyenlerin yararlandıkları yolu tanımlamaktadır. Dolayısıyla doğrudan toplumsal bir eşitsizliğe işaret etmektedirler. Zorunlu modeller içinde ise kamu sözleşmesi ve entegre kamu modeli yaygındır. Son yıllarda özellikle kamu sözleşmesi modeli yaygınlaşmaktadır. Kamu sözleşmesinin, hastanın hekim seçme hakkının korunması, eşitliğin sağlanması, üreticinin motivasyonu ve en önemlisi harcamaların azaltılması bakımından en uygun model olduğu düşünülmektedir.

Aşağıdaki tabloda endüstrileşmiş ülkeler için satın alma ilişkisinin değişik biçimleri özetlenmiştir. (Bkz. T. 4)

Tablo 4 : Ülkelere Göre Hekim Ödeme Modelleri ve Satın Alma Biçimleri. (WHO, 1991, s.43)

Fiyat Belirleme Süreci	Ödeme Yolu	Ödeme Mekanizması	Uygulayan Ülkeler	Hangi Hizmetlere Uygulandığı
Hekim	Bireysel	Hizmet Başı	ABD	Ayaktan ve hastane bakımında uzman ve pratisyenler için (1)
		Vaka Başı	İtalya, İng.	Uzmanlar (özel muayeneler için)
	Üçüncü El	Hizmet Başı	ABD	1’deki durum için
Görüşme/pazarlık	Bireysel	Hizmet Başı	Fransa, İsveç, İsviçre, Norv.	1’deki durum için
		Vaka Başı	Norveç, Avust.	Uzmanlar ve prat. için
	Üçüncü el	Maaş, Hizmet Başı	Kanada	Uzmanlar ve Prat. için
		Vaka Başı	Kanada, B. Alm.	1’deki durum için
		Kişi Başı	Hollanda, Danimarka	Uzmanlar için Kırsal Alanda
	Organizasyon	Ücret	Danimarka	Kentsel Bölgede
		Kişi Başı	Hollanda	Pratisyenler için
Yönetmel Karar	Bireysel	Ücret	ABD	HMO’larda
		Kişi Başı	ABD	HMO’larda yalnızca pratisyen için
	Üçüncü El	Ücret	?	—
		Ücret	B. Almanya	Hastanelerde
		Ücret	Fransa	Kamuda, Hastanelerde, Halk Sağlığı, İşçi Sağlığı
	Organizasyon	Hizmet Başı	Kanada	1972-1976 arasında
		Vaka Başı	ABD	Medicare’de
		Kişi Başı	?	—
		Ücret	İng, İtalya	Uzmanlar için
		Ücret	İsveç, Norveç, SSCB	Uzmanlar ve Bölge Yöneticiler Tüm Hekimler için
Organizasyon	Hizmet Başı	ABD	Bazı HMO’larda	
	Kişi Başı	İng, İtalya	Yalnızca Pratis. için	
			İspanya	Uzmanlar ve Pratis. için

Bu tabloda bireysel ödemeler cepten yapılan ödemeleri; üçüncü el ödemeleri özel ya da kamu sigorta sistemlerini (geri ödeme ya da sözleşme tipinde); organizasyon terimi ise entegre sistemleri dile getirmektedir. Üçüncü el ödemeleri içinde, ABD dışındaki tüm ülkelerde kamu sigortacılığı egemendir. Entegre sistemler de yine ABD'de sözlendi HMO'lar dışında kamu kurumları niteliğinde olup, doğrudan hükümet ya da yerel yönetimler tarafından organize edilen sistemleri tanımlamaktadır. Üçüncü el ödeme sisteminin daha yaygın olduğu görülmektedir. Ödeme yöntemi olarak ise hizmet başı ödeme sistemi, maliyet artırıcı ve arz yönlü aşırı hizmet kullanımı türünden sakıncalarına rağmen, halen en yaygın kullanılan yöntemdir. Ülkelerin çoğunda ücretler taraflar (hekim birlikleri ile hükümetler ve sigorta kurumları) arası görüşmeler yoluyla ya da merkezi olarak belirlenmektedir. Görüşme yolu genellikle hekimlerin özel (bağımsız) olarak çalıştıkları ülkelerde ve 1. basamak hizmetleri için geçerlidir. Merkezi belirleme ise, hizmet üretiminin daha çok kamunun elinde olduğu ülkelerde ve hastanecilik hizmetleri için uygulanmaktadır.

II.5. Sağlık Sistemlerinin Yapılandırılması İlişkinin Sonuçları

Sağlık sistemlerinin yapılanmasında asıl örneği ortaya çıkaran ilk üç bileşenin kendi aralarındaki etkileşimidir. İlk iki bileşenin kamu ya da özel sektör denetiminde oluşuna göre, aynı anda bir arada bulunabilen dört ana biçim belirlemektedir: Kamu-kamu, kamu-özel, özel-kamu, özel-özel. Hizmetin satın alınma biçiminin (direkt, indirekt) bu dört ana biçimle etkileşimi sonucunda ise reel anlamda 12 ayrı sağlık sistem yapısı ortaya çıkmaktadır. Bu reel anlamda 12 ayrı sağlık sistem yapısı aynı anda aynı ülke sınırları içinde bulunabilir. Buna karşılık kimi ülke gruplarında bunlardan bazıları daha ağırlıklı olarak gelişmişlerdir. Hekim ödeme yöntemleri ise ortaya çıkan çeşitliliği ancak ayrıntısal düzeyde etkilemekte ve tespit edilen 12 sistemin her birisi daha önce sıralanmış olan ödeme yöntemlerinden bazılarını kullanabilmektedir. Sonuçta, sağlık sektöründe, ekonominin belki de başka hiçbir sektöründe görülmeceği denli "renkli" bir yapı ortaya çıkmaktadır. Aşağıdaki tabloda 12 sistem topluca gösterilmiştir, sistemlerin ülkelere dağılımı ise bir sonraki bölümde incelenecektir.

Tablo 5 : Hizmetin Üretimi, Fonun Oluşturulması ve Satın Alma İlişkinine Göre Beliren Sağlık Sistemleri

Üretim Fon	Satın Alma	Kimi Özellikleri
1) Kamu...Genel Bütçe	Direkt	Hizmetin devlet eliyle sunulduğu durum; eski sosyalist ülkeler, İngiltere, Türkiye, İskandinav ve Akdeniz ülkeleri gibi.
2) Kamu...Kamu Sigortası	Direkt	Hizmetin bir kamu sigortasında entegre edildiği durum; Türkiye'de SSK, Latin Amerika ülkeleri gibi.
3) Kamu...Kamu Sigortası	Üçüncü El	Kamu sigortasının, üretici başka bir kamu kurumunu finanse ettiği durum; endüstrileşmiş ülkelerin hastanecilik hizmetlerinin önemli kısmı gibi.
4) Kamu...Özel Sigorta	Üçüncü El	Özel sigorta kurumunun, hizmeti bir kamu kurumundan satın aldığı durum; zorunlu sigortanın karşılamadığı hizmetler için kendilerini özel sigortalayanların yararlandıkları durum.
5) Kamu...Dış Yardım		Çeşitli sağlık programlarının yürütülmesi amacıyla doğrudan hükümete verilen yardımlar.
6) Kamu...Cepten Ödeme		Çeşitli kamu kurumlarının hizmetinden yararlanırken, kullanıcıların cepten yaptıkları ödeme durumları; kullanıcı ödentileri.
7) Özel...Genel Bütçe	Üçüncü El	Devlet güvencesinde olanlar için kamu kurumlarının sunamadığı hizmetlerin özel üreticilerden satın alınması. Özellikle yoğun teknoloji içeren tıbbi hizmetlerde.
8) Özel...Kamu Sigortası	Üçüncü El	Bütün gelişmiş ülkelerin 1. basamak sağlık örgütlenmesi. Ayrıca yedinci seçenekteki durumun kamu sigortası için geçerli olması; SSK'nın radyolojik tetkikleri özel radyoloji kliniklerinden satın alması gibi.
9) Özel...Özel Sigorta	Üçüncü El	Özel sigortanın, özel üreticilerden hizmetin satın alınması. ABD'de yaygın olarak gözlenen durum; özel şirketler, özel hekim ve hastaneler.
10) Özel...Özel Sigorta	Direkt	Hizmetin bütünüyle özel sektörde entegre olduğu durum; ABD'de Sağlık Bakım Kurumları (HMO'lar)
11) Özel...Cepten Ödeme		Özel sağlık hizmetinden, sigortasız yararlanım. Bağımlı ülkelerde yaygın gözlenen durum.
12) Özel...Dış Yardım		Özelleştirme amacıyla kullanılan dış yardımlar.

III. SAĞLIK SİSTEMLERİ NE ŞEKİLDE GRUPLANABİLİR?

Bu bölümde yukarıda içeriği tanımlanan sağlık sisteminin, ülke gruplarına göre dağılımı genel olarak sistematize edilmeye çalışılacaktır. Roemer sağlık sistemlerini dört ana grupta toplamıştır: (Roemer, M.I. 1993, s.335-348. Ayrıca bkz. D'Intigname, B.M., 1992, s. 38-40)

1. Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri: İleri düzeyde endüstrileşmiş ülkeler için bu sistemin tipik örneği ABD'dir. Hekimlerin yalnızca %15'i genel pratisyen olup, kalanı uzmandır. Hastane yataklarının 2/3'ü özel sektördedir. %10'u salt kâr amaçlı kullanılmaktadır. Sağlık harcamalarının %60'ı özel sektördendir. Bunun da %50'si isteğe bağlı sigortadandır. Temel sağlık hizmetleri özel hekimlerce sunulur.

Bu tip sağlık sisteminin orta gelir düzeyindeki ülkeler arasındaki tipik örneği Filipinler'dir. Burada da harcamaların %75'i özel sektöre aittir. Hekimlerin %59'u tamamen özel olarak çalışmaktadır. (1981) Hükümet kadrolarında bulunanların ise %41'i yarı süreli olarak özel sektördedir.

Düşük gelir grubundaki ülkelerde bu sisteme sahip olan ülke örneği Kenya'dır. Nüfusun yalnızca %12'si bir sosyal güvenlik programı kapsamındadır. Avrupa ve Amerikalı dini misyonerlerin hizmette önemli payı vardır. Hastane yataklarının %25'i bu gruplara aittir. (1981) Hekimlerin %53'ü, bütün halkın yalnızca %6'sının yaşadığı büyük kentlerdedir. Hekimlerin %70'i tam süre özel sektörde çalışır. Hükümet sektöründe bulunanların da %30'u yarı süreli olarak özel sektörde çalışmaktadır. Tüm sağlık harcamalarının %49'u kamuda, kalanı ise özel sektörde, %83'ü kentlerde yaşayan ve toplamın %15'ini oluşturan nüfustandır.

2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri: Çoğu Avrupa ülkesi, Japonya, Kanada, Avustralya bu gruptadır. En tipik örneği ise B. Almanya'dır. Harcamaların %77'si hükümet programlarından, kalanı özel sektördendir. Kamu harcamalarının önemli kısmı zorunlu sigorta fonlarından gelir. Kanada ve Avustralya'da zorunlu sigorta fonları hükümet denetimindedir ve genel bütçeden beslenir. Almanya'da ise sigorta fonları sayıları birkaç yüzü bulan hastalık fonlarının denetiminde olup, işçi ve patron ödentilerinden oluşur.

Bu sistemin orta gelir grubunda yer alan ülkelerdeki en tipik örneği Latin Amerika ülkeleridir: Peru gibi. Peru'da hükümet hastane yataklarının %80'ini kontrol eder. Nüfusun %19'unu kapsayan ve kendi sağlık örgütlenmesine de sahip olan sigorta sistemi vardır. Hekimlerin %70'i hükümet kurumlarındadır. Ancak part-time olarak özel sektörde de

çalışırlar. Harcamaların yarıdan fazlası hükümet kaynaklıdır.

Hindistan düşük gelir grubundaki ülkeler için bu sistemin uygulayıcısıdır. Özel firmalarda çalışanları içeren bir sigorta sistemi vardır. Nüfusun %3.5'u bu kapsamdadır. (1987) Hekimlerin %47'si özel çalışır. Hastane yataklarının %70'i hükümet denetimindedir. Harcamaların ise 2/3'ü özel sektördedir.

3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri: Birkaç ülkede refah yönelimli olan sağlık sistemleri 2. savaş sonrası dönemde kapsayıcı tipe doğru gelişmiştir. Sistemin, bütün nüfusu kapsaması, finansmanın tamamen genel vergilerden sağlanması ve sağlık çalışanlarının ücret sistemi ile ihtihdam edilmeleri bu tip için tanımlayıcıdır. İngiltere, İskandinav ülkeleri (1950), İspanya, Yunanistan, İtalya (1970) böyledir.

İngiltere'de harcamaların %87'si hükümetten dir. Sistemin uygulanmaya başlanılmasından 10 yıl önce bu oran yalnızca %9 idi.

Gelişen ülkeler arasında bu sisteme sahip olanlar çok azdır. Costa Rica ve Sri Lanka örnek olarak verilebilir. Bu sağlık sistemi tipi diğer sosyal güvenlik uygulamaları ile de desteklenir. Örneğin Sri Lanka'da bütün okul çocuklarına bedava öğlen yemeği verilmektedir ve okur yazarlık oranı son derece yüksektir: %90.

4. Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri: Başta (tarihi) Sovyetler Birliği olmak üzere bütün sosyalist ülkelerde, devrim sonrası dönemde tüm sağlık kurumları hükümet denetimine geçmiştir. Tıp fakülteleri Sağlık Bakanlığı'nın akademik enstitüleri durumunu almıştır. Harcamaların hemen tamamı devlet bütçesinden karşılanır.

Orta gelir düzeyindeki ülkelerde bu sistemin örneği Küba'dır.

Düşük gelirli ülkelerde ise Çin'i anmak gerekir. Çin'de, özellikle 1980 sonrası dönemde önemli yapısal deformasyonlara uğramış olsa da, birkaç çeşit sigorta fonu bulunmaktadır: Merkezi hükümet çalışanları için, ulusal işletmelerde çalışan işçiler için, diğer işletmelerdeki çalışanlar için, kolektif çiftliklerde çalışanlar için. Bu sigortalar harcamaların yaklaşık %50'sini karşılar. Kalanın %19'u hükümetten, kalan %31'i de özel (cepten) harcamalardan gelir. (1987)

Yukarıdaki analizde, Dünya ülkeleri, sağlık sistemlerine kamu ve devlet tarafından en az oranda müdahale edilenlerden, en fazla oranda müdahale edilenlere doğru sıralanmışlardır. Bu sınıflama endüstrileşmiş ülkelerin tümünü kapsamakta, buna karşılık bağımlı konumdakilerden kimi örnekler sunmakta-

dır. Avrupa ülkelerinin tümünün refah yönelimli ya da kapsayıcı tip sisteme sahip oldukları görülmektedir.

Farklı bir terminoloji ile de olsa Hsiao da sağlık sistemlerini aynı mantıkla sınıflandırmış ve ülkeleri, sağlık örgülenmesinde "Arz Yönlü" ya da "Talep Yönlü" politikaları benimseyişlerine göre gruplandırmıştır. (Hsiao, W.C. 1992, s. 616-24)

Talep yönlü politikaya göre, sağlık hizmetinin fiyatını, kalitesini, neyin, ne kadar üretileceğini tüketicinin talebi belirlemektedir. Böylece sağlık sistemlerini bu politika doğrultusunda belirlemiş olan ülkeler, hizmet sunumunu piyasa kurallarına bırakmak, finansmanda özel/isteğe bağlı sigorta biçimlerini örgütlemek eğiliminde olmaktadır.

Arz yönlü politikaya göre ise, herkes, ödeme gücünden bağımsız olarak, belli bir hizmet paketinden yararlanabilmelidir. Piyasa kurallarının sağlık sektöründe işlemeyeceğini ve önemli sorunlar yaratacağını belirleyen bu görüş, sağlık hizmetlerinde evrensel sunum, eşit hizmet yararlanımı ve kamu denetimi gibi bilinen sosyalizasyon ilkelerini savunmakta ve ulusal hükümetlere önemli sorumluluklar yüklemektedir.

Endüstrileşmiş kapitalist ülkeler arasında ABD talep yönlü (piyasa tipi) politikaları uygulayan tipik örnektir. Bunun tam karşısında ise, yine aynı grup ülkeler arasında İngiltere, Kanada, Almanya, Japonya gibi ülkeler yer almakta olup, bunlar da arz yönlü (refah yönelimli ve kapsayıcı tip) politikaları benimsemişlerdir.

Biçimsel olarak İngiltere'de hizmet genel bütçe finansmanı ile devletçe sunulmaktadır. Kanada'da eyalet hükümetlerinin denetiminde olup, genel vergilerle oluşturulan sigorta fonu, federal bütçe ile desteklenmekte ve hizmetin temel standartlarını federal hükümet belirlemektedir. Japonya ve Almanya'da zorunlu sigorta ve hastalık fonları bulunmaktadır ve Japonya'da güçlü bir hükümet denetimi vardır.

Görüldüğü gibi Hsiao'nun sınıflamasında da, endüstrileşmiş ülkeler, hükümet ve kamunun sağlık örgütlenmesine müdahalesi çerçevesinde gruplandırılmışlardır. Kamunun sisteme müdahalesi refahın, etkinlik ve eşitliğin göstergesi olarak kabul edilmektedir. Nitekim Hsiao hükümet müdahalesinin en yüksek oranda olduğu İngiltere ve Kanada sistemlerini en eşitlikçi ve yönetsel bakımdan en etkin (İngiltere ilk sırada olmak üzere) sistemler olarak saptamaktadır.

Elling yukarıda özetlenen sistem farklılıklarını, ülkelerin siyasal ve ekonomik örgütleniş biçimleri,

özel olarak da işçi sınıfı hareketinin gücü çerçevesinde açıklamaya yönelmiş ve içerik olarak Roemer'inkine benzer bir sınıflama elde etmesine rağmen, bunu sınıfsal bir zemine oturtmaya çalışmıştır. (Elling, R.H. 1994, s.285-309.) Roemer sağlık sistemlerinden kalkan ve ülkeleri sağlık sistemlerine göre sınıflayan bir analiz yöntemini belirlemişken, Elling tam tersini yapmış, sağlık sistemlerini, daha bütünlüklü bir çerçeve oluşturan ekonomik, siyasal toplumsal gerçekliği çıkış noktası alan bir zeminde sınıflamıştır. Böylece Elling'in analizi "benzer ekonomik, siyasal ortama sahip olan ülkelerin, benzer sağlık sistemi yapılarına da sahip oldukları" savını yansıtmaktadır. Elling'in sunduğu tablo, bu yazının ilk bölümünde belirginleştirilmeye çalışılan yöntemsel açımla hemen hemen tam bir uyum sergilemektedir.

Elling sağlık örgütlenmesi anlamında beş sistem tanımlamıştır:

1) Merkezi kapitalist ülkeler: İşçi hareketi güçsüzdür; merkezi otorite desantralize edilmiştir; piyasa yönelimli bir sağlık örgütlenmesi vardır; sağlık ve refahta toplumsal eşitsizlikler belirgindir. ABD ve İsviçre bu gruptadır.

2) Merkezi kapitalist nitelikte olup, sosyal refah yönelimini benimsemiş ülkeler: Güçlü işçi sınıfı vardır; otorite desantralize edilmiştir; sosyal refah sistemleri gelişkindir; ulusal sağlık sistemleri örgütlenmiştir; eşitsizlikler daha azdır; hizmet ulaşım ve sağlık düzeyleri ilk gruptan daha iyidir. Kanada, Japonya, İngiltere, İskandinav ülkeleri, Almanya bu gruptadır.

3) Endüstrileşmiş ve sosyalist yönelimli ülkeler: Orta ve Doğu Avrupa'nın eski sosyalist ülkelerinin tümü bu gruptadır. İşçi hareketleri komünist partiler denetimindedir, güçlü bir merkezi otorite vardır; sosyal ve ekonomik eşitsizlikler birinci ve dördüncü gruba göre belirgin biçimde daha azdır.

4) Birinci ve ikinci gruptaki merkezi kapitalist ülkelere bağımlı olan periferi ve yarıperiferi durumundaki kapitalist ülkeler: İşçi hareketleri bastırılmıştır; merkezi otorite güçlüdür; sağlık ve refah hizmetleri yok veya azdır; ekonomik, sosyal ve sağlıktaki eşitsizlikler belirgindir; sosyal çalkantılar yaygındır. Brezilya, Hindistan, Endonezya, Guetamala, Haiti, Filipinler, petrol zengini Arap ülkeler, vb. bu grupta yer almaktadır.

5) Sosyalist yönelimli olup, Dünya sistemi içinde emperyalist sistemden kısmen bağımsız durumda bulunan ülkeler: Güçlü bir işçi ve köylü hareketi vardır; demokratik-merkezi otorite bulunur; hemen hemen tam olarak örgütlenmiş ve halkın katılımına

açılmış (bu özellik ikinci ve üçüncü grupta kısmen bulunmaktadır) sağlık sistemleri vardır; kaynakların dağılımında ve kullanımında eşitlik egemendir; sağlık göstergeleri (gelir düzeyleri dikkate alındığında) bir önceki gruptan daha iyidir. Küba, Çin, Nikaragua bu gruptadır.

Elling Sri Lanka ve Kosta Rika gibi sağlıkta başarılı olan ve sosyal alanlara öncelik tanıyan düşük gelirli ülkeleri dördüncü ve beşinci gruplar arasında sınıflamaktadır. Görüldüğü gibi; Elling'in toplumsal yaklaşımının belirlediği 5 gruptaki ülkeler, Roemer'in sağlık sistemleri özelindeki analizinin belirlediği ülke grupları ile çok önemli oranda benzerlik göstermektedir. Ancak bunun da ötesinde Roemer'in sınıflamasının içer(e)mediği az gelişmiş/gelişmemiş konumdaki pek çok bağımlı ülkeyi de gruplayabilmek gibi bir üstünlüğü bulunmaktadır. Örneğin, Roemer'in sınıflaması, sağlık sektöründe sermaye hareketinin herhangi bir biçiminin ve piyasa koşullarının oluşmasının olanaksız olduğu bağımlı ülkelerin çoğunun durumunu açıklayamamaktadır. Bu ülkeler, analiz, ancak sınıfsal bir zeminde ve Dünya kapitalist sisteminin koşul ve olanakları dikkate alındığında ayrı bir sınıf olarak sistematize edilebilirler.

IV. SONUÇ

Gerçekten de farklı toplumsal, siyasal, ekonomik yapılar farklı sağlık sistemlerinin örgütlenmesi sonucunu getirmektedir. Bu anlamda Dünya ülkelerini kabaca üç başlıkta toplamak mümkün görünmektedir: 1) Merkezi kapitalist sistem ülkeleri, 2) Periferide yer alan, bağımlı konumda bulunan ve toplumsal anlamda kapitalist örgütlenme içinde yer alan ülkeler ve 3) daha çok Orta ve Doğu Avrupa özelinde tanınan eski sosyalist ülkeler.

İlk grubu kendi içinde ikiye ayırmak uygun olacaktır: Tamamen piyasa kurallarının egemen olduğu ve daha çok ABD'nin tanımladığı grup ile daha çok Avrupa, Kanada, Japonya, Avustralya olarak tanımlanabilecek sosyal refah yönelimli grup.

Periferi ülkeler ise, ulusal gelirlerinden de izlenebileceği gibi, kendi içinde başlıca iki gruba ayrılmaktadır. Bunların içinde Afrika ülkeleri en olumsuz durumda olan gruptur. Bunların örgütlü bir resmi sağlık sektörü ve sosyal güvenlik programı yoktur. Bu durum özel sektörü ve geleneksel uygulamaları yaygınlaştırmaktadır. Sağlık harcamaları düşüktür. Orta Doğu ve Latin Amerika ülkelerinin oluşturduğu ikinci grup ise her hürtü göstergesi bakımından merkezi kapitalist ülkelere daha yakın konumdadır. Ancak, kaynak dağılım ve kullanımındaki eşitsizlikler, sağlık sektörlerindeki dağınıklık, sosyal güven-

lik sistemlerinin zayıflığı gibi özellikleri yönünden periferi konumun niteliklerini sergilemektedirler.

Sosyalist ülkelerde sağlık sektöründe hükümet yönetimi egemendir. Ek olarak özellikle düşük gelirli sosyalist ülkelerde, bir toplumsal kalkınma perspektifi içinde, sağlık hizmetlerine halkın katılımı sağlanmış ve özellikle koruyucu hizmetlerde önemli ilerlemeler elde edilmiştir. Bugün, yalnızca eski sosyalist sistem olarak tanımlanan Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri değil, Elling'in beşinci grubun içine soktuğu Küba, Çin, Nikaragua da çok ciddi kapitalist dönüşümler geçirmektedir.

EYLÜL 1994

KAYNAKLAR

- Belek, İ. (1994), **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, İstanbul, Sorun Yayınları.
- Boerma, G.W., et. all. (1993), **Health Care and General Practice Across Europe**, NIVEL, Netharlands.
- D'Intigname, B.M. (1992), "Health Systems in Flux as East Meets West", **World Health Forum**, 13, 38-42.
- Elling, R.H. (1994), "Theory and Method for the Cross-National Study of Health Systems", **Int. J. Health Serv.**, 24(2), 285-309.
- Evans, R.G. (1992), "Canada: The Real Issues", **Journal of Health Politics, Policy and Law**, 17(4), 739-762.
- Hsiao, W.C. "Comparing Health Care Systems: What Nations Can Learn From One Another", **Journal of Health Politics, Policy and Law**, 17(4), 613-635.
- İkegami, N. (1992), "Japan: Maintaining Equity through Regulated Fees", **Journal of Health Politics, Policy and Law**, 17(4), 689-713.
- Navarro, V. (1989), "Why Some Countries Have National Health Insurance, Others Have National Health Services, and the United States has Neither?", **Int. J. Health Serv.**, 19(3), 383-404.
- Navarro, V. (1993), "Has Socialism Failed? An Analysis of Health Indicators Under Capitalism and Socialism", **Int. J. Health Serv.**, 57(1), 6-30.
- OECD (1992), **The Reform of Health Care, A Comparative Analysis of Seven OECD Countries**, Paris.
- Roemer, M.I. (1993), "National Health Systems throughout the World", **Ann. Rev. Pub. Health**, 14, 335-53.
- Reinhardt, U.E. (1992), "The United States: Breakthroughs and Waste", **Journal of Health Politics, Policy and Law**, 17(4), 637-665.
- The World Bank (1993), **World Development Report 1993, Investing in Health**, Oxford University Press.
- UNDP (1994), **Human Development Report 1994**, Oxford.
- WHO (1991), **Organization and Financing of Health Care Reform in Countries of Central and Eastern Europe**, Report of a Meeting, Geneva.
- WHO (1993), **Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services**, Technical Report Series, Geneva, 1993.