

ÇEVİRİ**AVRUPA'NIN SAĞLIKSIZ SAĞLIK POLİTİKASI***

Çeviren: Çiğdem ÇAĞLAYAN*

ÖZET

Bu makale, Avrupa Birliği'nde Hükümetlerin sağlık ve sosyal güvenlik alanında yürüttükleri reformların, iddia edildiği gibi sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerini gerçekten güçlendirdiğini mi yoksa sağlık ve sosyal güvenlik için bir tehdit mi olacağını incelemiştir. Yazarlar, Avrupa'daki sağlık sistemlerinin nasıl şekillendiğini anlatan bir özetten sonra, 1990 yılından beri yapılan reformların altında yatan nedenleri ve Avrupa Birliği'nin bu sistemleri sıkı finans ve darboğaz politikalarıyla nasıl özelleştirmeye ve kapasite kısıtlamasına zorladıklarını göstermişlerdir.

Avrupa Birliği'ndeki sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinde yapılan reformlar üç grupta incelenmiştir:

1- Sağlık sistemlerinin örgütlenmesinin yeniden yapılandırılması ve bunun için hükümetlerin artan baskısı.

2- Kamusal harcamaların azaltılması, hastalardan alınan katkı paylarının artırılması ve hizmetlerin kapsamının daraltılması.

3- Sağlık ve sigorta sistemlerinin gizli yada açık özelleştirilmesi ve rekabetin tanımlanması.

Avrupa'da hala devam eden reform süreci, toplumsal gereksinimler ve sosyal güvenlik yerine, özel sektörün karını artırmakla uğraşmaktadır.

GİRİŞ

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) 1994 yılında yayınladığı bir raporda, Avrupa'daki sağlık

hizmetleri ve emeklilikle ilgili politikalarda esaslı bir değişiklik yapılmazsa, emeklilere yapılan ödemelerin dayanılmaz bir hale dönüşeceğini ve hizmetlerin kapsamının daraltılmasının kaçınılmaz olacağını açıklamıştır (1). Avrupa Komisyonu da yapılacak reformların tüm insanları hastalandıklarında finansal açıdan koruyacağını, aynı zamanda hızlı bir tıbbi ve teknolojik ilerleme sağlayacağını açıklamıştır. Bu reformların Avrupa Birliği'nin en önemli başarılarından biri olduğu ve refah devletini koruyacağı belirtilmiştir (2). Ancak bu ifadeler gerçeği yansıtmakta mıdır? Bu makalede Avrupa sağlık sistemlerinin doğuşunu ve reformların Avrupa'nın sağlığını ve sosyal güvenlik sistemini iddia edildiği gibi güçlendireceğini mi yoksa sağlık ve sosyal güvenlik için bir tehdit mi olacağını inceleyeceğiz.

AVRUPA MODELİ**Avrupa sağlık sistemlerinin doğuşu**

Avrupadaki sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin gelişiminde 1880'lerden beri dört ana periyot tanımlanabilir (3). Birincisi, 1880'lerde, acınası çalışma koşullarına karşı işçi örgütlerinin mücadeleleriyle elde edilen çeşitli sosyal güvenlik uygulamalarıdır. Ancak bu kazanımlar işletmelerle sınırlı ve dağınık kalmıştır. İkinci Dünya Savaşı'nın sonuna kadar süren bu dönemde, hükümetler bütüncül bir sağlık ve sosyal güvenlik sistemi kurmamışlardır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra başlayan dönemde, Sovyetler Birliği Nazilere karşı yürütülen mücadelenin en ağır yükünü taşımış bir güç olarak Batı Avrupa'nın işçi sınıfları arasında iyi bir üne sahipti. Bu ikinci periyotta Avrupalı işçiler arasında artan komünist sempatiye karşı koymak için kurulan sosyal güvenlik sistemi, Avrupa hükümetleri tarafından tanınan en önemli ayrıcalıklardan biri olmuştur (4). Sosyal güvenliğin yaygınlaştırılması iki yolla sağlanmıştır. Birincisi Fransa, Belçika ve Almanya'nın varolan sosyal güvenlik biçimlerini genişletmeleri ve Ulusal Sosyal Güvenlik Sistemine yaygınlaştırmalarıdır. İkincisi ise, İngiltere, İsveç ve diğer ülkelerin daha radikal değişimlerle Ulusal sağlık sistemini kurmalarıdır. Navarro (5) her bir sağlık sisteminin o

*Unhealthy European Health Policy, Polde Vos, Harrie Dewit, Patric Van Der Stuyff, International Journal of Health Services 2004 (34) 2: 255-69

**Yrd. Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Öğretim Üyesi

ülkedeki sınıf mücadelelerinin sonucu olduğunu belirterek, farklı ülkelerdeki sağlık sisteminin örgütlenme ve finansman sistemlerindeki farklılıkların, o ülkelerde bu hizmetler için mücadele eden işçi hareketinin sınıf ilişkileri temelinde oluştuğuna dikkat çekmiştir.

Ünlü "altın altmışlı yıllar" sırasında, sosyal mücadele ile sosyal hizmetler için yasal kazanımlar elde edilmiştir. Ancak, 1973'ten sonra koşullar ciddi biçimde değişmiş, bu üçüncü periyotta ekonomik krizler sosyal güvenlik sistemlerinde finansal kısıtlamalara neden olmuş, 1980'lerde sağlık sektöründe finansal kesintilerin ilk dalgasına yol açmıştır. Hala devam eden dördüncü periyot, 1989'da Doğu Avrupa'daki sosyalist rejimlerin dağılması ve Sovyetler Birliği'nin çözülüşü ile başlamış, güç ilişkilerindeki bu radikal değişiklik "pahalı" Avrupa sağlık sistemi üzerine ideolojik saldırıların yenilenmesine neden olmuştur. Halen, ABD ile rekabetin ilerletilmesi adına, sosyal ve ekonomik politikaların deregülasyonu, özelleştirmeler ve sosyal hakların yıkımı sürdürülmektedir.

İki Temel Model

Bu bölümde reformların analizine geçmeden, önce Batı Avrupa sağlık sistemlerinin iki temel modeli karşılaştırılmıştır. Bunlar, Ulusal Sağlık Sistemine Sosyal Güvenlik ile Kombine Sağlık Sigortası Sistemi'dir (6).

Ulusal Sağlık Sistemi'nde (USS) örgütlenme kamusal olup, tüm nüfus kapsam altındadır ve sistem vergilerle finanse edilir. Hizmet sağlayıcıların çoğu devlet memurudur. Bu sistemde hizmetler tek bir örgütte entegre edilmiştir ve devlet önemli bir güce sahiptir. Devletin bu gücü, etkili bir sistem oluşturulmasında olumlu bir etki yaratmıştır. Ancak sistem parçalanmaya başladığında, devlet etkisi işçi hareketini zayıflattığı için, sistemin savunulmasını zorlaştırmıştır. USS'nin tipik örneği İngiltere'dir. Ayrıca İsveç, Danimarka, İspanya, İtalya ve Portekiz'de değişik biçimlerde bulunmaktadır. Güney Avrupa'da karma bir sistem vardır ve finans mekanizmasında sosyal sigorta önemli bir rol oynar.

Sosyal Sigorta Sistemi (SSS), yasal olarak zorunlu, ücretlerden kesilen primlerle finanse edilen ve genel vergilerle desteklenen bir sistem olup, işçi ve işveren örgütleri tarafından yönetilir. Hastane hizmetlerinin hem kamudan hem de özelden sağlanması önemli bir özelliğidir. Doktorların çoğu bağımsız çalışır ve işlem başına ücret alır. Kolektif yeniden dağılım, her zaman evrensel hizmetlere ulaşmayı sağlar ve yüksek derecede eşitlikçidir (7,8). Farklı sayıda kurumların olması nedeniyle sistem üzerindeki devlet kontrolü karmaşıktır. SSS, Almanya, Fransa, Belçika, Avusturya, Hollanda ve Lüksemburg'ta bulunmaktadır.

SSS'ye sahip ülkeler sağlık hizmetlerine USS'den daha fazla para harcarlar (Tablo 1). OECD'ye göre SSS'de hastalar daha memnundurlar çünkü hasta seçme özgürlüğüne sahiptirler ve hizmet için para ödediklerinden kalitesi fazladır (9). Oysa 1960-70'li yıllarda, USS yeterli olarak finanse edilirken ve bütünüyle iyi çalışırken İngilizler sağlık sistemleriyle duyarlıydı ve Avrupa kıtasındaki ilerici güçler İngiliz sağlık sistemini destekledi. Yüksek bir saygınlığı olan USS, sonraları gelen Thatcher, Major ve Blair hükümetleri tarafından kasten parçalanmıştır.

"Avrupa" "Amerikan Modeline" karşı

ABD'de İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde doğrudan yükselen bir devrim tehdidi yoktu. Aynı zamanda Senatör Joseph MacCharly tarafından başlatılan anti komünist kampanya, komünist sempatiyi nötralize etmiştir. Bu durum ABD'deki sosyal güvenliğin işveren düzeyinde bir sigortayla sınırlı kalmasına yol açmıştır. ABD sağlık sistemi üç paralel çizgide gelişmiştir. Hükümet "yoksullar için" genel vergilerle finanse edilen seçici bir minimal sağlık hizmetleri sistemi kurarken, işverenler sosyal barışın satın alınması adına sağlık sigortası ve emeklilik haklarını sağlamışlardır. Ancak sağlanan sosyal güvencilerde iş güvencesi son derece sınırlıdır. Eğer işinize son verilirse veya iş yeriniz kapanırsa sadece işiniz kaybetmezsiniz aynı zamanda her türlü sosyal korumadan da mahrum kalırsınız. Son olarak parası ve pahalı sağlık

Tablo 1. Sağlık hizmeti harcamalarının karşılaştırılması

	Sağlık harcamaları 1998		
	Toplam GSYİH %	Kişi başına düşen PPP*	Kişi başına düşen GSYİH, PPP 1999
Sosyal sigorta sistemi			
Belçika	8.9	2172	24200
Fransa	9.6	2102	21897
Almanya	10.5	2488	22404
Ulusal sağlık sistemi			
İngiltere	7.0	1532	22640
İtalya	8.2	1830	20751
İspanya	7.0	1202	16730
Diğer			
A.B.D.	13.1	4180	30600

Kaynak: Dünya Kalkınma Raporu 2001, www.worldbank.org

*PPP, Purchasing Power Parity=Satınalma Gücü Paritesi ABD Dol

sigortasına sahip olanlar için büyük bir ticari özel sağlık sektörü mevcuttur.

Sonuçlar dramatiktir. 1998 yılında ABD Gayri Safi Yurt İçi Hasılasının (GSYİH) %13'ünü sağlık hizmetleri için harcamasına rağmen, sınırlı bir grup insan için aşırı ticari tüketim ve geniş halk kitleleri için sağlık hizmetlerine ulaşmada yetersizliklerle karakterize eşitsizliklere- sonuç olarak ta sağlık göstergelerinde Avrupa'yla kıyaslandığında daha düşük skorlara sahiptir (Tablo 2).

ABD'li patronlar sadece kendi işçilerinin sağlık bakımından sorumlu iken (Marksist terminolojide kendi

şirketlerindeki işgücünün yeniden üretimi), Avrupalı patronlar toplum için sosyal sigorta sistemine daha fazla prim ödemeye zorunludurlar. 1990'ların başına kadar, ABD'de dolaylı ücret maliyetleri toplam ücret maliyetinin sadece %28'i kadarken, Avrupa'da bu oran % 40'tır. Ekonomik kriz ve artan uluslar arası rekabet dönemi sırasında bu farklılık Avrupalı patronları sıkıntıya sokmuştur. Dolaylı ücretlerin azaltılması (yani sosyal güvenliğin ve genel sağlık sigortasının parçalanması) "modernizasyon" denilen ve Avrupa burjuvazisinin işçilere empoze etmek istediği en önemli amaçlardan biri olmuştur (10).

Tablo 2. Bazı genel sağlık göstergelerinin karşılaştırılması

	Genel Sağlık Göstergeleri			PYLL**<70 (tüm nedenler) 100 000 -1995
	BYAÇÖH *1000	Yaşam beklentisi yıl 1995-2000	60 yaşından önce ölme olasılığı %	
Sosyal Sigorta Sistemi				
Belçika	6	77.9	10.5	4537.0
Fransa	5	78.1	11.4	4579.8
Almanya	5	77.3	10.6	4440.7
Ulusal Sağlık Sistemi				
İngiltere	6	77.2	9.9	4061.6
İtalya	6	78.2	9.1	4061.6
İspanya	6	78.1	10.3	4110.0
Diğer				
A.B.D.	8	76.5	12.8	5894.3

Kaynaklar: Genel Sağlık Göstergeleri UNICEF 2000, www.unicef.org; İnsani Gelişme Raporu 2001, www.worldbank.org; PYLL:OECD Health Data 2001. *BYAÇÖH: Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı. **PYLL: Potential Years of Life Lost=Potansiyel kayıp yaşam yılları

REFORM İÇİN NEDENLER

Resmi hikayenin analizi

1960 ile 1999 yılları arasında OECD ülkelerinde sağlık harcamaları ikiye katlanarak GSYİH'nın % 4'ünden % 8'ine çıkmıştır. Bu artışın "kabul edilemez" olup olmadığına ve "acilen düzeltilmesi gerektiğine" yönelik iddiaları analiz etmek için, bu taleplerin nedenlerini anlamaya ihtiyacımız vardır.

1960-80 arasındaki ekonomik gelişme ve hızlı büyüme, ortalama gelirin artmasına ve daha çok insanın sağlık hizmetleri için para ayırmasına etkili olmuştur. Ancak gelirdeki artışla birlikte gelirler arasındaki farklılıklar da artmış, bu dönemde sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmak amacıyla, kolektif ve zorunlu sosyal sigorta sistemleri bile vergi gelirleri ile finanse edilmiştir. Ayrıca bu dönemde hastalar daha fazla cepten harcama yaptıkları için sigorta kapsamındaki artış beklenenin altında kalmıştır (11).

Bu dönemdeki bir başka gelişme nüfusun yaşlanması olmuş ve sağlık hizmetleri talebinde artışa neden olmuştur. OECD raporunda, son 30 yılda nüfusun yaşlanmasının sağlık harcamalarındaki artışın tek marjinal neden olduğu ileri sürülmüştür. Ortalama olarak 65 yaş ve üzerindeki gençlere göre dört kez daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu hesaplanmıştır. Ancak pek çok

Avrupa ülkesinde önümüzdeki 20 yılda bu etkenin sağlık harcamalarında yıllık %0.4-0.7 civarında bir artışa yol açacağı beklenmektedir (1).

Oysa ilaç sanayisi toplam sağlık harcamaları üzerine çok daha büyük bir etkiye sahiptir. Buna rağmen Avrupa Komisyonu, sağlık sektöründeki karın azaltılması yerine, ilaç üreticileri için ekonomik bir çerçeve hazırlamış (8) ve bu destek sağlık hizmetleri maliyetindeki artışın esas nedeni olmuştur: %40'tan %75'e (1).

Sağlık harcamalarındaki artışın bu nedenine rağmen Avrupa Hükümetleri basit bir ekonomik mantık kullanarak, sosyal harcamaların ancak yeterli finansman varsa yapılabileceğini, eğer sosyal güvenlik korunmak isteniyorsa verilen hizmetlerin kapsamında kesintilerin kaçınılmaz olduğunu savundular. Ancak bu yaklaşım bir çok soruyu yanıtsız bırakmaktadır. Yeterli finansmanı kim belirlemektedir? Niçin sıradan vatandaşlar kesintilerin yükünü taşımak zorunda kalırken, tıp endüstrisi ve ilaç şirketlerinin fazlasıyla kazanması sağlanmaktadır?

Avrupa Birliği içinde toplam sağlık hizmeti (kamu+özel) harcamaları geniş bir çeşitlilik gösterir. Örneğin 1998'de, İspanya GSYİH'nın % 7'sini harcarken, Almanya %10.5'ini, ABD ise % 13.5'ini harcamıştır (Tablo 1). Kamu harcamaları da geniş farklılıklar göstermektedir. Yunanistan'ın % 4.7, Finlandiya'nın % 5.3 ve Almanya'nın

%7.8'dir (Tablo 3). Ülkelerin sağlık harcamaları farklılık gösterse de hepsi aynı "kaçınılmaz" sonuca varır:

Harcamaların azalması için daha çok ödemek gerekir. Başka bir görüş mümkündür. İkinci Dünya Savaşından sonra para olsun olmasın sosyal güvenliğin kurulması göstermiştir ki, sosyal güvenlik primer olarak politik güç dengesinin ve sınıf mücadelelerinin bir sonucudur. Sorun hükümetlerin ne kadar ödeyebilecekleri değildir, kapitalist bir sistemde örgütlü çalışan bir sınıfın hükümeti ödeme için ne kadar zorlayabildiğidir.

REFORMLARIN ALTINDA YATAN NEDENLER

Bu bölümde AB, OECD ve Dünya Ticaret Örgütü'nün (DTÖ) reformlardan beklentilerinin neler olduğu incelenmiştir.

Avrupa Birliği: AB'nin uyguladığı sıkı finansal politikalar Avrupa sağlık sistemini özelleştirmeye ve kesintilere zorlamıştır (12). İlk olarak 1992'de yapılan Maastricht Anlaşması Avrupa ülkeleri için para politikalarının standartlarını hazırlamış ve Euro'ya geçişe neden olmuştur. Toplantıdaki çok önemli konulardan biri, sağlık hizmetleri kapsamındaki dramatik kesintilerin sosyal sektöre empoze edilmesidir. 1993'te Brüksel'de yapılan başka bir toplantıda da ABD'nin son zamanlarda gerçekleştirdiği iş yaratma konusundaki mucizeleri görülmüştür. AB'nin dönem başkanı Jacques Delors aynı politikaların AB'de de uygulanması gerektiğini savunmuştur (10). Bu politikalar "hamburger işler" olarak adlandırılan geçici ve düşük ücretli işlerin yaratılmasının ötesinde, sosyal güvenliğin minimuma indirilmesi ve esnek üretim gibi işçilerin maliyetlerinin azaltılmasına yönelik politikaları içermektedir. Bundan sonra Avrupalı patronlar, sosyal güvenlik harcamalarının ABD'li şirketlerle rekabeti engellediğini göz önünde bulundurarak iki yönlü politika izlemişlerdir. Bunlardan ilki sosyal harcamaların kısıtlanması, diğeri patronların sosyal güvenliğe katkılarının keskin bir şekilde azaltılmasıdır.

OECD: 1994'te sağlık harcamalarının neden arttığına ve etkinliğinin yetersiz olduğu konusunda bir rapor yayınlamıştır (1). Ciddi reformlar gerektiği belirtilen raporun anahtar bölümleri, hizmetlerde etkili kesintilerin empoze eden stratejilerin desteklendiği argümanlardır. Raporda sosyal harcamaların azaltılmasının kaçınılmaz olduğu belirtilirken, zengin sanayileşmiş bir ülkenin sosyal refah ve sağlık hizmetleri için ne kadar yatırım yapması gerektiği veya yapabileceği hiç görülmemiştir. Ayrıca kaliteli sağlık hizmetine gerek duyulduğu ifade edilmiş ve bunun için rekabet ve özelleştirme her derde deva olarak sunulmuştur.

DTÖ: Hizmetlerin Ticareti Üzerine Genel Anlaşması (GATS) yoluyla ülkeleri, sosyal ve sağlık hizmetleri dahil olmak üzere kamu hizmetlerini pazar güçlerine ve yabancı yatırımcılara açmaları için zorlamıştır. DTÖ'nün bu önerileri kar güdüsünün sağlık sistemlerini nasıl tehdit ettiğini açıkça göstermektedir. 1995'te küresel ölçekte serbestleşme üzerine yapılan Uruguay Raundu'nda sosyal sektör ve sağlık hizmetlerinin kamu hizmetleri olduğu ve GATS kapsamı dışında tutulması gerektiği belirtilmiştir. Ancak bundan sonra DTÖ sürekli olarak ülkelerde hastanelerin kamu ve özel organizasyonlar olduğunu bu nedenle de yabancı yatırımcılardan korunulmasına daha fazla müsaade edilemeyeceğini belirtmiştir.

Öte yandan çok uluslu şirketler Avrupa Birliği'nde, Avrupa Hizmetler Ağı, ABD'de Hizmet Sanayi Koalisyonu olarak birleşerek bu hizmetleri GATS kapsamına almak için harekete geçmişlerdir. Hizmet sektörü giderek artan bir şekilde ekonomik gelişmenin en temel sektörü haline gelerek, sanayi sektörüyle yer değiştirmiştir. 1990'ların ikinci yarısında hizmetlerin ihracı ABD'deki ekonomik gelişmenin üçte birinden, AB'nin ihracatının dörtte birinden sorumludur (13).

GATS kararları önümüzdeki dönemde önemli olacaktır çünkü; eğer bir ülke sağlık hizmetlerini tamamen çok uluslu şirketlere açmazsa "rekabetin uluslar arası geçerli kurallarına" aykırı davranmaktan dolayı yargılanabilecektir, olasılıkla ticari ambargolara uğrayabilecektir (14).

Tablo 3 . Sağlık hizmetlerinde kamu harcamalarının karşılaştırılması 1998

	Toplam harcamalar %	Toplam kamu harcamaları	GSYİH%
Belçika	71.2	12.0	6.1
Finlandiya	76.3	10.5	5.3
Fransa	77.7	13.9	7.3
Almanya	75.8	16.4	7.8
Yunanistan	56.3	9.3	4.7
İtalya	67.3	11.3	5.5
Hollanda	68.9	12.9	6.0
Portekiz	66.9	12.2	5.1
İspanya	76.4	12.4	6.6
İsveç	83.8	11.4	6.6
İngiltere	83.3	14.3	5.7
A.B.D	44.8	17.3	5.8

SAĞLIK REFORMU YA DA POLİTİKANIN ÇÖKÜŞÜ

Avrupa genelinde alınan reform kararları, üç bağımsız kategoriye bölünebilir. Birincisi devletin rolüdür: hükümetlerin karar alma ve yetki gücü yeniden yapılanma sağlanana kadar uzatılmıştır. İkinci olarak, kamu harcamalarının azaltılması, hastaların daha fazla katkı payı ödemesi ve sağlanan sağlık hizmetlerinin kapsamının daraltılmasıdır. Son olarak, sağlık ve sigorta sistemlerinin gizli ya da açık biçimde özelleştirilmesi ve rekabet mekanizmalarının tanımlanmasıdır.

Kamu harcamalarının azaltılması: Tüm Avrupa'da artan katkı payları reformların temel bileşenidir. Bu finansal katılım tüm düzeylerde uygulamaya konulmuştur. Birçok ülkede birinci basamak sağlık hizmetleri ve ilaçlar için hastaların ödedikleri katkı payları %20-50 arasında değişmektedir. 1980'den beri hastanelerde kalış süreleri için hastaların katkı payları sistematik olarak artırılmıştır. OECD hastaların katkı payı ödemesinin aşırı kullanımı azaltacağını belirtmiştir. Hastaların insiyatif kullandıkları en temel alan olan temel sağlık hizmetleri katkı payları nedeniyle olumsuz etkilenmiş, yapılan birçok araştırmada katkı payları nedeniyle, sağlık hizmetlerine en çok gereksinim duyan en alt sosyal gruptaki hastaların doktora başvurmadığı gösterilmiştir.

Katkı paylarının konması, finans kaynaklarının hastadan ve daha az imtiyazlıdan, zengine ve imtiyazlıya doğru kaymasına neden olmuştur. Çünkü yüksek katkı payları bu hizmetlere en çok ihtiyaç duyan düşük gelirlileri etkilemiştir. Ayrıca gelir durumu eğitimle ve sağlık gereksinimlerini doğru olarak değerlendirme kapasitesi ile ilişkilidir. Tüm bu bilimsel gerçeklere rağmen, OECD tezlerindeki kabul, katkı paylarının sağlıklı olduğudur (1). İyi çalışan birinci basamak sağlık hizmetlerinin entegre edildiği bir USS, tüm hastalara kaliteli hizmet vermeyi ve aynı zamanda gereksiz harcamalardan kaçınmayı sağlayabilir. Ancak sağlık hizmetlerinin bilimsel temeldeki bu gibi rasyonel örgütlenmesi, karın motive ettiği Pazar sistemine dayalı bir sağlık organizasyonu her zaman çalışmaktadır.

İkinci basamak düzeyindeki reformlar ise hastane yataklarının azaltılması ile başlamıştır. Ayrıca hastaneler, bir diğeriyle hem genel hem de tanıyla ilişkili tıbbi maliyetler açısından kıyaslanarak rekabete sokulmuşlardır. Hastanede yatış günlerinin kısaltılması amacıyla her bir işlem için ortalama yatış süreleri hesaplanmış, buna göre hastaları daha fazla tutan hastaneler cezalandırılırken, daha çabuk taburcu edenler ödüllendirilmiştir. Hastaneler, belli bir bölgedeki tıbbi gereksinimleri karşılama görevi olan kuruluşlar, artık her hastane özerkleştirilerek birer işletmeye dönüşmüştür. Temel amaçları ise kendi kendilerini destekleyebilir olmalıdır.

Reformlar çerçevesinde yapılan müdahalelerden biri olan, desteklenen ilaçların azaltılması uygulamasının yerine daha sağlıklı önlemler alınması mümkündür. Örneğin kanıtla dayalı jenerik ilaç listesinin hazırlanması gibi. Böylece mümkün olan her hastalık için gerekli ve en

iyi tedaviler saptanarak, daha etkili ve daha az yan etkiye sahip yeni ilaçların bu listeye eklenmesi ya da eskisiyle değiştirilmesi sağlanabilir. Hastaların gereksinimlerini göz önünde bulunduran ve maliyetleri azaltmak gibi dar bir amacı olmayan bu gibi politikalar, daha kaliteli sağlık hizmeti ve ilaçların ücretsiz karşılanmasını sağlayabilir. Ancak bunun tersi olmuştur. Resmi Avrupa'nın çok uluslu lobilere karşı durma niyeti yoktur. Bunun yerine onların karını korur: "doktorların ilaçlarını nasıl yazdığını kontrol etmek ya da ilaç toptancılarının karlarını sınırlamak Avrupa ilaç politikasının görevleri arasında değildir" (8). İlaç sanayisinin büyük karları, evrensel sağlık gereksinimleriyle açıkça çatışmaktadır.

Rekabet ve özelleştirme: Avrupa sağlık reformlarının içindeki rekabet mekanizmaları maliyet etkinliği artırmak için vazgeçilmez bir garanti olarak görülmüştür. Liberal dogma "pazarın görünmeyen eli" sosyal sektöre yerleştirilmiştir. Avrupa, sağlık hizmetlerinde "daha fazla pazarı" savunduğu zaman iki alanı tercih etmiştir: Hastaneler ve sigorta sistemleri. Günümüzde rekabetin sınırlı ve kontrollü olduğu iddia edilen tüm biçimleri teşvik edilmektedir (15).

İç Pazar (the internal market): Internal market terimi, sağlık hizmetlerine rekabetin dahil edilmesini tanımlamaktadır. Organize edilmiş bir iç pazar, İngiltere, İsveç, Finlandiya, İtalya ve İspanya'da rekabetin yerleştirilmesinde ilk adım olmuştur. USS'de müşteri ve hizmet sağlayıcı arasındaki sözde bölünme, finanse eden kuruluşa kamu ya da özel birçok kuruluşla pazarlık etmesine izin verir. Böylece rekabet mümkün olan en ucuz sağlık hizmetinin sağlanmasını destekler. Kamu hastaneleri için bu durum, çalışma koşullarının kötüleşmesi ve ödeneklerin azalmasına rağmen işin hızlandırılması anlamına gelir. Eğer kamu hizmetlerindeki bakım kalitesi düşerse ne olur? Sorun değil; toplumun hayal kırıklığı gelecek özelleştirmeleri özendirmek için kullanılabilir.

Yönetilen rekabet (managed or directed competition): Hollanda sağlık reformunda bahsedilen yönetilen rekabet ilkesi, sağlık sigortasının büyük oranda özelleştirilmesi anlamına gelmektedir. Şirketler bir diğeriyle maliyet ve kalite temelinde rekabet eder, ancak ABD'deki şirketlerin çok sık yaptığı gibi risklerden kaçınma henüz uygulanmamaktadır. Bireyler sigortalarını seçerler ve sabit miktarlarda primlerini öderler. Maliyetlerin kalan kısmı sosyal sigorta ve vergiler yoluyla ödenir. Sigorta şirketleri sağlık hizmetleri için pazarlık yapar veya kendi sağlık hizmetlerini kurarlar. Finansman ve hizmet sağlayıcı arasındaki bölünme- ki kamu sektörünü daha maliyet etkin yapmak için çok gereklidir- özel sektörde aynı maliyet etkinliğine adına uygulanmamaktadır. Gelecekte özel entegre sağlık sistemleri kurulacaktır.

Pazar hizmeti veya yönetilen hizmet (market care or managed care): ABD'de yönetilen hizmet olarak adlandırılan bu hizmet sigorta şirketleri arasındaki rekabetin major formudur. Biz daha geçerli olan Pazar hizmeti terimini öneririz. ABD'de özel sigorta şirketleri ve işçiler sağlık sisteminin finansçılarıdır. Sigorta şirketleri

sürekli olarak mümkün olan en düşük maliyetler için yöntemler ararlar ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerini, nitelik ve niceliğini belirlemeye kadar her şeye el atarlar. Devlet kontrolü minimaldir.

Yukarıda belirtildiği gibi, hizmet sunumu ve finansmanı özel sağlık sisteminde de benzer şekilde evrimleşmiştir. Tekrar belirtelim, "kar için" özel sektör finans ve hizmetleri entegre ederken, kamu sektöründe ise hizmetler ve finansman "maliyet etkinlik" adına ayrılmaktadır!

Pazar hizmeti, rekabet ve özelleştirmenin son basamağı olup, çok sınırlı devlet kontrolü altında büyük oranda özel sigorta şirketlerinin faaliyet gösterdiği bir modeldir. Sağlık hizmeti metalaşırken, itici güçler rekabet ve kardanır. Artık Avrupa sağlık sisteminde bu mantık uygulanmaktadır. Hollanda'da sağlık sigortasının yarıdan fazlası özelleştirilmiş, Belçika'da tamamlayıcı sağlık sigortası daha önemli hale gelmiştir. Avrupa'da özel sigortanın sözde "kontrollü" uygulanması Truva atı gibi bir aldatmacadır. ABD'de de sistem "karsız" kabul edilerek uygulamaya konulmuştur. Sağlık sigortasındaki artan özelleştirme etkisi var olan dayanışma mekanizmalarını tehdit eden ve kapsam dışında kalanların artmasına neden olan sürecin hızlanması anlamına gelmektedir (8).

Özel sigorta şirketleri, toplum için evrensel olarak ulaşılabilir sağlık hizmetlerinin uygun olmayan sunucularıdır. Kar etme hedefleri sosyal güvenlik ve evrensel sağlık hizmetleri hedefiyle çelişmektedir.

Rekabet etkinliği artırır mı?

Rekabet, etkinliği ve daha az parayla kaliteyi sağlayacağı kabulüyle özendirilmektedir. Ancak, İngiltere'de uygulandığından beri sürekli temel problemlere yol açmıştır. Diğer yandan rekabetin organizasyonu yönetsel maliyetlerde önemli artışlara neden olmuştur. Hızlandırılmış çalışma, taşeronlaşma, düşürülmüş ücretler yoluyla kazanılan paralar yönetim maliyetlerine gitmektedir. USS savunucuları sorunun rekabetteki yetersizlikten değil bütçenin yetersizlikten meydana geldiğini belirtirken, rekabetin savunucuları ise kaliteli hizmetin genel bütçedeki artışlarla sağlanmayacağını ileri sürmektedirler. Freeman (6) rekabetin işlevinin esas olarak USS'nin özelleştirilmesi hazırlıklarında eski rijiditeleri kırmakta kullanılan bir strateji olduğunu belirtmektedir.

TARTIŞMA

Avrupa'daki sağlık reformu büyük çelişkiler içermektedir. Artan gereksinimler ve sağlık hizmeti talepleri kolektif sorunlardır. Resmi Avrupa'ya göre finansman temel sorun haline gelmiştir. Buradaki çelişki artan kolektif gereksinimlere yanıt vermekle, özel sektör karlarının artması arasındadır. Avrupa sağlık politikası bu çelişkiyi artırmaktadır.

Son birkaç onyılıda, Avrupa ülkelerinde GSYİH artmıştır. Gelirin artması ve elde edilen olanaklar toplumsal gereksinimlerin karşılanması için yeterlidir. Ama dünyanın diğer bölgelerinde olduğu gibi, zengin ve yoksul arasındaki açık giderek artmaktadır. Birçok insan en az sağlık hizmetlerinden mahrumdur.

Avrupa sağlık politikası OECD ve DTÖ ile aynı çizgide olup, patronların ve çok uluslu şirketlerin gereksinimleriyle, özellikle onların ABD ve Japonya ile kapitalist rekabetinin bir parçası olarak gördükleri sosyal maliyetleri azaltmak için başlamıştır. Sağlık reformu süreci içinde kolektif yeniden dağılım mekanizmaları zayıflamıştır: sosyal sigorta ödemeleri azaltılırken hasta katkı payları her yerde artmıştır. Ek olarak özel sigorta şirketlerinin payı artmıştır. Herkes için bir hak olan sağlık hizmetleri, ödeyebilme gücü olanlar için bir meta'ya ve yoksullar için en azın da altında (subminimal) bir güvenlik ağına dönüşmüştür.

Bu koşullarda işçi hareketi, ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmetlerini savunacak temel bir güçtür. Örgütlü sağlık işçileri ve tüm karsız sektörler önemli diğer bir güçtür. Pazar tekniklerinin hastanelere sokulmasıyla personel arasındaki hoşnutsuzluklar artacaktır. Hizmet işçileri kendi işlerinin taşeronlara devredildiğini görmüşlerdir (temizlik, yemek, çamaşır gibi). Hızlandırılmış çalışma, düşük ücretler hemşireleri etkilemekte; genel pratisyenler arasında hoşnutsuzluklar artmaktadır ve bu üçüncü çatışma merkezidir. Tüm bu gruplar kaliteli sağlık hizmetlerini ve sosyal sigortayı savunma, koruma ve geliştirme gibi yaşamsal olayları paylaşmaktadır. İşçi hareketi, sağlık personeli ve hasta organizasyonlarının oluşturacağı cephe, Avrupalı patronlar ve onların Avrupa Birliği'ne karşı hesaba katılacak bir güç olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. OECD. Health Care Reform: Controlling spending and increasing efficiency. Economic Department Working Papers 149. OCDE/GD (94) 101. Paris, 1994.
2. European Commission. The future of health care and care for elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability. COM(2001)723.Brussels, 2001.
3. Freeman, R. The politics of health in Europa. European Policy Research Unit Series. University Press, Manchester, 2000.
4. Cauwenbergh, C. Dossier sociale zekerheid. De sociale zekerheid is géén verovering van de social-democratie. Marxistische Studies 27. EPO, Antwerp-Brussels, 1995.
5. Navarro, V. Why some countries have national health insurance, others have national services, and United States has neither. Soc.Sci.Med. 28(3):887-898, 1989.
6. Freeman, R. Competition in context:the politics of health care reform in Europe. Int.J.Quality Health Care 10(5):295-401, 1998.
7. Louckx, F. Gevelarchitectuur van de welvaarstaat: Ongelijke toegang tot de gezondheidszorg. VUB-press, Brussels, 1995.
8. Mossialos, E., et al. The influence of EU law on the social character of health care systems in the European Union, Brussels, 2001.
9. OECD. Reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries. Paris, 1992.
10. Delors, J. The white paper on growth, competitiveness, and employment. European Commission, 1993.
11. OECD. OECD health data 2001. CREDES, Paris, 2001.
12. Hann, A. Analysing health policy. Ashgate, Aldershot, U.K., 2000.
13. Trading public health for private health (editorial). Lancet 356:1941, 2000.
14. Pollock, A.M., and Price, D. Rewriting the regulations: How the World Trade Organisation could accelerate privatization in the health care systems. Lancet 356:1995-2000, 2000.
15. Colleen, M. International Health Care Reform: A legal, economic and political analysis. Routledge, ondon, 2000.