



SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZELLEŞTİRME NE İÇİN? KİM ADINA?

Dr. İlker Belek*

I. GİRİŞ

Son yılların popüler konusu olan ve Dünya'nın her yerinde sağlıktaki reform yönelimlerinin temel unsurlarından birisi olarak sunulan sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sürecini incelemeye önce, birkaç genel belirlemede bulunmakta yarar var:

1) Özelleştirme yalnızca sağlık sektörüne sınırlı olmayıp, hemen her alanda yaşanmaktadır. Ekonominin bir bütün olarak özelleştirilmesi 1980'lerde muhafazakar hükümetlerin monetarist ekonomik politikaları ile gündeme sokulmuştur.

2) Toplumun bütün kesimlerini doğrudan etkilemesi ve işçi ve emekçi sınıfların yıllar süren mücadelelerinin sağladığı kazanımların gasp edilmesi anlamına geldiğinden, sağlıktaki özelleştirme sansasyonel biçimde kamuoyunun gündemine girmekte; özellikle mücadele geleneği olan ve özellikle de hizmet sunumunda devletin önde olduğu ülkelerde, neredeyse tek başına sınıfsal savaşımın en dinamik alanı konumuna yükselmektedir. İngiltere deneyimi bunun en güzel örneğidir.

3) İnsan sağlığına doğrudan saldırı niteliğinde olması nedeniyle, sağlıktaki özelleştirme, uluslararası sağlık kurumlarınca oluşturulmuş teorik argümanlar desteğinde yürütülmekte ve işçi ve emekçi sınıfların "ikna" süreci ciddiyetle ele alınmaktadır. Rekabet, verimlilik ve etkinlik kavramları ideolojik bombardımanın en temel kavramlarıdır.

4) Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi bir örgütlenme modelinden çok, sağlıktaki finans sorununa çözüm üretecek bir finans modeli olarak ele alınmakta ve sunulmaktadır.

5) Sağlıktaki özelleştirme, kamu sağlık harcamalarının azaltılması ve kamu sağlık kurumlarının yıpratılması/yıpratılması ile birlikte gelişmektedir.

6) Bütün bu genel özelliklerin ötesinde, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi farklı ülke grupların-

da değişik nesnel dinamikler üzerinden gelişmekte ve pazarlanmasında da değişik argümanlar kullanılabilir.

7) Özelleştirme, son yıllarda bir politika ve kavram olarak tek başına ele alınıyor oluşu nedeniyle, şimdiye dek neredeyse uygulama alan ve olanağı bulunmamış yeni bir tercih olarak algılsa da (ve hatta uygulayıcıları tarafından böyle bir anlamla yüklenmesi konusunda özel bir çaba sarfediliyor olsa da), durum (yıkılan sosyalist sistem dışarda tutulursa) böyle değildir. Özellikle kapitalist ülkelerde özel sağlık hizmetleri sistemin doğası gereğidir. Son 10 yıl içerisinde söz konusu olan şey; bütün kapitalist ülkelerde devletin geleneksel konumundan arınarak, bütün sosyal alanlardan giderek artan boyutlarda çekilmesi, ancak bunun da adım adım ve toplumsal güç dengelerini gözeten tarzda geliştirilmesi/geliştirilmek zorunda kalmasıdır.

8) Devletin çekildiği yerde birbirinin içine geçen iki olasılık belirmektedir: a) Boşalan alanın özel yatırımcılar tarafından doldurulması ve sağlık hizmeti sunumunun yeni bir sermaye birikim alanı olarak gelişmesi, b) sağlık harcamalarına ilişkin yükün doğrudan halkın üzerine kaydırılması. Böylece sağlık hizmetleri sunumundaki özelleştirme ile hizmet kullanımında özel harcamaların artışı, bir ve aynı olgular olmamakla birlikte, eş zamanlı olarak gelişmektedir.

Yukarıdaki genel eğilimlerden hareketle, bu yazı sağlık hizmetlerindeki özelleştirme dinamiğini, özelleştirmenin kapsam ve biçimlerini belirginleştirmeyi ve konuyla ilgili olarak sağlık hizmetlerine özel kavramsal bir çerçeve sunmayı hedeflemektedir. Bunun için de, öncelikle özelleştirme kavram ve sürecinin incelenmesine zemin oluşturması amacıyla, sağlık örgütlenmesinde ortaya çıkan yapı kısaca tanımlanacaktır.

II. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİNDE TEMEL BİLEŞENLER

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde üç temel bileşen vardır: a) Hizmetin sunumu, b) hizmeti fi-

* TTB Halk Sağlığı Kolu, Halk Sağlığı Uzmanı.

nanse edecek fonun oluşturulması, c) hizmetin, oluşturulan fon aracılığıyla ya da doğrudan hizmeti alan (üreten) kurumdan satın alınması. İlk maddede belirtilen süreç sağlık örgütlenmesinin arz yönünü tanımlarken; sonraki iki maddede belirtilenler birbirinin içine geçmiş durumda örgütlenmenin talep yönünü tanımlarlar. Aslında burada sıralanan üçlüye bir de ücretlendirme sistemlerinin eklenmesi gerekir. Ancak örgütlenmenin bu yönü özelleştirme konusu kapsamında önemli olmadığından ayrıca ele alınmayacaktır.

II. a) Hizmet Sununu

Hizmet sunumu kamu kurumları veya özel sektör eliyle olabilir. Doğrudan hükümet tarafından yürütülen sağlık hizmetleri ile, hükümet dışı diğer kamu kurumlarınca yürütülen hizmetler genel olarak kamu sağlık hizmetleri kapsamına girer. Özel sektör ise tek başına çalışan özel hekimlerden, uluslararası hastane zincirlerine kadar uzanan bir dizi irili ufaklı kurum ve kuruluşu kapsar. Hizmet sunumunda özellikle Afrika ülkeleri için geleneksel hekimlik uygulamalarını eklemek gerekir.

II. b) Fon Oluşturma

Hizmetin finansmanı da birkaç biçimde olabilir. Eğer finansmanda genel vergiler kullanılırsa fon hükümetin genel bütçesidir. Vergi, devlet gelirlerinin önemli bir kısmını oluşturur. Gelirden (maaş, ücret, kâr gibi), tüketim maddelerinden, servetten vergi alınabilir.

Vergi sistemindeki yüksek maliyet ve fondaki dalgalanmalar başlıca sakıncalarıdır. Sistemin işletmesinin zor olması, aşırı personel gereksinmesi, yönetim giderlerini artırır. Öte yandan ülkenin ekonomik durumuyla ilintili olarak da oluşturulan fonda dalgalanmalar oluşabilir. Eğer vergi tabanı dar (yani vergiye tabi ekonomik yapılar sınırlı) ve güvensiz ise vergi toplamada zorluklar olur. Örneğin istihdam hacminin daraldığı, işsizliğin arttığı resesyon dönemlerinde, toplam vergi gelirlerinin hacmi zorunlu olarak küçülecek ya da belirlenmiş miktardaki verginin toplanması eskisine göre daha zor olacaktır.

Bu gibi durumlarda sağlık amacıyla kullanılmak üzere özel ve sabit bir sağlık vergisi geliştirilebilir. Örneğin, kimi tüketim maddeleri (alkollü içkiler, sigara gibi) daha yüksek düzeyde ve doğrudan doğruya sağlık hizmetlerinde kullanılacak fona aktarılmak üzere vergilendirilebilir. Bu uygulama sağlık fonunun hacmini yükseltecek ve dalgalanmalar karşısında daha korunaklı bir fon yapısı oluşturacaktır. Ancak bu, genel hizmet ve mal talebinin düşmesi sonucu diğer

hükümet programları ile çatışmaya da neden olabilir. Bir diğer sakıncası ise, sağlık vergisinin, yaygın olarak tüketilen maddelere getirilen ek vergileme olması durumunda, daha çok, toplumun dar gelirli kesimlerinin üzerine düşebilecek olmasıdır.

Yukarıda belirlenen vergileme sistemlerinden ilkinde, yani genel vergi havuzuna girdikten sonra, belli miktarı sağlık için sonradan ayrılan fona Dolaylı Vergileme, ikincisine, yani doğrudan sağlık için toplanan vergilerle oluşturulan fonun tanımladığı sisteme ise Doğrudan Vergileme denir.

Fon oluşturmada kullanılan diğer bir yol sigorta uygulamasıdır. Sigorta da kamu ve özel sağlık sigortası biçiminde olabilir. Kamu sigortası toplumun belli bir gelir düzeyinin altındaki sınıfları için zorunludur. Çoğunlukla düzenli aylık geliri olan işçi ve emekçi sınıfları kapsar. Son yıllardaki eğilim gelir düzeyi yüksek olan sınıfların da zorunlu sigorta kapsamına alınması yönündedir. Sigorta gelecekteki risklere karşı bir ön ödeme planıdır. Zorunlu sigortadaki kesinti (ya da ödeme) sağlık risklerinden bağımsız olup, gelire orantılıdır. Bu miktarın belli kısmı doğrudan işçinin ücretinden, kalanı ise patron konumundaki kişi veya kurumdan yapılır. Oran genellikle yarı yarıyadır. Bu kesintilerin dışında devlet bütçesinden sigorta fonuna katkı olabilir. Sigorta fonunun yönetimi de doğal olarak fonun oluşturulmasına katkıda bulunan kurum temsilcilerinden oluşan ve hükümetten bağımsız bir organca üstlenilir. Çalışanın ücretinden yapılan sigorta kesintisi, ücret ödenmeden yapılmış olur. Bu haliyle sigorta kesintisi de bir çeşit vergi niteliğindedir.

Özel sağlık sigortası ise hükümet eliyle veya diğer kamu kurumlarınca oluşturulan güvence fonlarının garantilediği hizmetle yetinmek istemeyen ve daha üst ya da özel nitelikte hizmet arayışında olanların gereksinimlerine yanıt vermeye yöneliktir. Özel sigorta uygulamasında prim kesintisi yalnızca sigortalanan olur. Kesinti düzeyi sağlık riski dikkate alınarak yapılır. Bu kesinti sistemi Aktüeryal Sistem olarak tanımlanmaktadır. Fon kurumunun yönetimi de özeldir. Özel sigorta bu haliyle toplumun daha üst sınıflarına yöneliktir ve ancak zengin ülkelerde gelişebilir.

Sağlık hizmetleri için kullanılan fonun oluşturulmasında Afrika ülkelerinin yine özel bir konumları vardır: Dış yardımlar. Bu ülkelerde genellikle belirli bir programın yürütülmesi için yapılan dış yardımlar, bütün sağlık fonunun önemli kısmını oluşturur.

Hizmetin sunumunda ve fonun oluşturulmasında gözlenen özel kurumlaşmalar kâr amaçlı olabile-

ceği gibi (for-profit), kâr amacı gözetmeyebilir de (not-for-profit). Çeşitli yardım kurumları ve gönüllü kuruluşlar tarafından oluşturulan özel kuruluşlar kâr amacı taşımazlar. Son yıllarda özellikle ABD'de işyeri düzeyinde ortaya çıkan kooperatif tarzı sigorta kuruluşları da kâr amacı gözetmeyen sigorta kurumlarına örnek oluşturmaktadır. Buna karşın ABD'den başlayıp, Avrupa'ya da yayılan hastane tekelleri zinciri ile yukarıdakilerin dışında kalan özel sigorta şirketleri kâr amaçlı özel sağlık kuruluşlarının tipik örnekleridir.

II. c) Hizmetin Satın Alınması

Hizmetin satın alınmasında da çeşitli biçimler söz konusudur.

1) Bu bağlamda ilk söz edilmesi gereken olgu, hizmet sunumu ile finansmanın birbirleriyle bağlantısı noktasıdır. Üretici kurumu ile finansman kurumu (bir başka deyişle fon) birbirinden bağımsız olabilir. Bu durumda finansör kurum, üretici kurumdaki hizmeti satın alır. Bir ticari ilişki biçiminde ortaya çıkan bu sisteme İndirekt Sistem adı verilmektedir. Endüstrileşmiş ülkelerin hemen tamamında gözlenen sistem ağırlıklı olarak budur. İkinci biçim ise finansman ile üretimin birleştirilerek tek elde toplandığı Direkt Sistem'dir. Direkt sistem hem sigorta sistemi için hem de hükümet örgütlenmesi için söz konusu olabilir. İngiltere, Latin Amerika ülkeleri ile Türkiye bunun örneğidir. Ayrıca özel sistem içerisinde de finansör kurumun aynı zamanda hizmet ürettiği durumlar söz konusu olabilmektedir. ABD'deki Sağlık Bakım Kuruluşları (Health Maintenance Organizations) bunun en güzel örneğidir. Böylece yalnızca indirekt sistem çerçevesinde finansör kurum ile üretici kurum arasında bir ödeme süreci söz konusu olmaktadır. Bundan sonraki maddelerde bu seçenekler açıklanacaktır.

2) İlk söz edilmesi gereken biçim, kullanıcıların finansman güçlerini bir finansör kurum olarak örgütledikleri ve hizmeti doğrudan cepten yaptıkları ödemelerle, kullanım anında finanse ettikleri (out-of-pocket payment) sistemdir. Çepten ödemeler özellikle, halkın satın alma ve sağlık için düzenli ödeme yapma gücünün düşük olduğu, dolayısıyla sağlık hizmetleri piyasasının ve sağlık sektöründe sermaye birikiminin geri düzeylerde bulunduğu az gelişmiş ülkelerde yaygındır.

3) İndirekt sistemdeki satın alma ilişkisi en yaygın olarak sigorta kurumu ile üretici kurum arasında olmaktadır. Bu durumda, ödeme birkaç biçimde olabilir: a) Kullanıcı hizmeti kullandığı anda, üreticiye ödemeyi yapabilir. Bu durumda yaptığı ödemenin tamamı veya bir miktarı daha sonradan sigorta kurumu tarafından kullanıcıya geri ödenir (reimburs-

ment). b) Sigorta kurumu, üreticiye kişi başı (capitation), hizmet birimi karşılığı (fee-for service), vaka başına (case payment), ücretle (salary), günlük fiyatla (daily charge) ödeme yapabilir. Kişi başı ödemede, ödeme hizmetin üretimi öncesinde, hizmet başı ödemede ise hizmetin üretimi sonrasında yapılır. Vaka başı ödemede, ödeme belli bir hastalık epizodu içindir. Diğerleri ise hastanecilik hizmetleri için geçerlidir. Bu durumlarda, daha sonradan getirilen ek ödemeler (kullanıcı ödentileri: user charges veya user fees) dışında hastanın cebinden hizmeti kullanım anında para çıkmaz. c) Üretici kişi veya kuruma devlet bütçesinden veya sigorta fonundan yapılan ödeme, hizmet verilen nüfus; nüfusun demografik özellikleri; sunulan hizmetin kalitesi; daha önceki yıllara ilişkin hizmet düzeyi; bölgedeki hastalık insidansları gibi çeşitli değişkenleri dikkate alarak hesaplanmış bir paket bütçe (global budgeting) biçiminde yapılabilir.

4) Özellikle son yıllarda şimdiki dek alışık olunmadığı bir biçimde, kamunun elindeki kaynakların özel amaçlar için kullanımı söz konusu olmaktadır. Burada da kabaca iki biçim ortaya çıkmaktadır: a) Kamu kaynakları, yine kamuda çalışmakta olan personelin özel kullanımına bırakılabilmektedir, b) kamunun elindeki parasal kaynaklar özel sektörün ürettiği sağlık hizmetlerinin satın alınmasında kullanılabilir.

5) Yine son yıllarda, kamu kaynaklarının "yetersizliği" nedeniyle kullanıcı ödentileri ayrı ödeme sistemleri olarak geliştirilmektedir. Kullanıcı ödentisi, aslında bir kamu sosyal güvenlik programına kayıtlı olan bireyin hizmeti kullanım anında yaptığı ek ödemeyi tanımlamaktadır. Doğrudan doğruya, maliyetin daha fazla oranda bireye kaydırılması anlamına gelmektedir. (Sağlık örgütlenmesindeki bu bilgiler konusunda daha ayrıntılı bilgi için bkz. Belek, İ. 1994, s.54-99.)

II. d) Örgütlenme Şemaları

Yukarıda anılan üretim finansman biçimleri hiçbir ülkede tek başlarına bulunmamaktadır. Bu anlamda sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde büyük bir çeşitlilik söz konusudur. Çeşitlilik iki başlıkta toparlanabilir; a) Kamu ve özel sektör ilişkisi bakımından; genellikle özel finansman ve sunumun, cepten ödemelerin ve kamu finansmanı ile sunumunun iç içe geçtiği bir yapı yürürlüktedir. b) Öte yandan hizmetin üretimi, fonun oluşturulması ve ödemenin yapılması için söz konusu edilen değişik seçenekler son derece değişik bileşimlerde bir örgütlenme örüntüsü de oluşturabilmektedirler. Dolayısıyla örüntü anlamında da bir çeşitlilik vardır. Üretim ve finansman mekanizmalarının kendi başlarına bu denli çeşitli-

lik gösterdiği ve bunun da ötesinde bunların birbirleriyle bu denli değişik biçimlerde bileşimler oluşturduğu bir başka ekonomik sektörün bulunabilmesi zordur. Söz konusu çeşitliliğin çok kısaca aşağıdaki tabloda gösterildiği gibi özetlenmesi, sağlık hizmetlerindeki özelleştirme biçimlerinin anlaşılabilirliği açısından yararlı olacaktır. (Tablo The World Bank, 1993, s.111'de verilen tablonun geliştirilmesi ile hazırlanmıştır):

Finansman	Hizmet Sunumu	
	Kamu	Özel
Kamu	a) Hükümet sunum ve finansman: Direkt	Özel sektöre anlaşma; özel sektörden hizmet satın alma
	b) Bir kamu sigorta kurumunun, üretici bir kamu kurumundan hizmet satın aldığı durumlar: İndirekt	
Özel	a) Kullanıcı ödentileri	a) Özel sigorta ile özel sektör hizmet sunumu
	b) Kamu hastanelerinde özel yatak	b) HMO'lar
	c) Kamu sigortasının özel hizmet satın aldığı durumlar	c) Cepten ödemelerle özel sektörden yararlanma
	d) Cepten ödemelerle kamu hizmetinden yararlanma	

Yukarıdaki tablo aynı zamanda özelleştirme için kavramsal bir çerçeve oluşturmakta ve özelleştirmenin biçimlerini de belirlemektedir. Hem hizmet sunumunun hem de finansmanın kamunun elinde toplanmış olduğu biçim tipik olarak kamu sağlık örgütlenmesini tanımlamaktadır. Buna karşılık tablonun diğer gözlerinde tanımlananlar özelleştirme türü uygulamaların çeşitli biçimlerini oluşturmaktadır. Bu üç göz içinde en tipik olanı finansmanın ve sunumun özel sektörün elinde toplandığı türdür. Diğer iki göz ise kapitalist toplumsal yapılanmalarda kamunun yönettiği sağlık hizmetlerinin özel sektöre devri veya açılması sürecinde ortaya çıkan ara formlardır.

Özelleştirme tanımı, arz ve talep yönlü olarak da yapılabilir. Hizmet sunumunun özelleştirilmesine Arz Yönlü Özelleştirme; finansmanın doğrudan ve hiçbir kamu kurumu aracılığı olmaksızın kullanıcılara kaydırılmasına ise Talep Yönlü Özelleştirme denilebilir.

Bugün Dünya'nın her tarafında farklı gerekçelerle de olsa özelleştirmenin ara ve tipik formlarının bir arada ve giderek daha fazla oranda gözlendiği bir zaman kesitinden geçilmektedir. Özelleştirme sürecinin ülke grupları için farklı olan dinamik ve gerekçeleri bu yazının daha sonraki bölümlerinde ay-

rıntısıyla açılmaya çalışılacaktır. Ancak daha öncesinde, sağlık sektöründe kamu ve özel sektörün işlevleri, avantaj ve dezavantajları üzerinde yürütülmekte olan tartışmalara göz atılması yararlı olacaktır. Çünkü, ekonominin hemen bütün sektörlerinde çaplı bir özelleştirmenin gündeme getirildiği günümüzde, sağlık sektörü bu belirleyici yönelimin kısmen de olsa dışında tutulmak zorunda kalınmakta; bunun sonucunda ise, özelleştirme sürecinde, sektörün kendilerine özgün özellikler gösteren alt kesimlerinin bazılarında kamunun, bazılarında ise özel sektörün ağırlıklı olmasını koşullayan bir ilişkiler örüntüsü ortaya çıkmaktadır.

III. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİNDE ÖZEL-KAMU İLİŞKİLENDİRMESİ

Bilindiği gibi klasik burjuva iktisadında kapitalist ekonominin temel dinamiği arz-talep dengesi olarak belirlenmektedir. Buna göre kapitalist üretim arz ve talebin birbirini dengelediği noktada sürdürülür. Arzın fazla olduğu durumda, ürünün tüketilme potansiyeli olmadığından, boşuna üretim yapılmış demektir. Talebin arzı aştığı noktada ise, yetersiz üretim söz konusudur. Her iki durumda da fiyat dengeleyici bir mekanizma olarak devreye girer. Arzın ve talebin bir değerine göre daha yüksek seyrettiği durumlarda fiyatlar alçalıp, yükselerek arz ile talep arasındaki eşitliği sağlayıcı bir işlevi yerine getirir. Böylece piyasanın "serbest" ilişkileri içinde malın üretim düzeyi belirlenmiş olur.

Bu kavramsal çerçeve içinde belirleyici olan taleptir. Talebi belirleyen etkenler ise; tüketicinin satın alma gücü ile, tüketici eğilimleri ve bu eğilimleri belirleyen sosyo demografik özellikler ile ürünü sunan kurumların talebi belirlemeye yönelik faaliyetlerinin bütünüdür. Böylece klasik burjuva iktisadi bireyi tüketen bir varlık olarak kavrayarak, onu piyasa ilişkileri içinde kendi sorumluluklarıyla baş başa bırakır. (Sağlık hizmetleri özelinde piyasa ilişkileri için bkz. Feldstein, P.J. 1992, s.81-83.)

Buna karşılık, sağlık hizmetlerinin, kapitalist sistem içerisinde bile piyasa kurallarına terkedilemeyeceği görüşü artık genel kabul görmüş durumdadır. Bunun sağlık hizmetinin kendine özgün yapısından kaynaklanan ve ekonomik boyutları da bulunan nedenleri vardır. Söz konusu nedenlerin ayrıntılı incelenmesi bu yazının kapsamına girmemekle birlikte, başlıklar halinde sıralanmaları yararlı olacaktır (Le Grand, et. all. 1992, s.43-50, Normand, C. 1991, s.1572-73, Nooney, G. 1992, s.28-31):

1) Talepteki belirsizlik, 2) tüketici bilgisizliği, 3) tekelleşme imonopoly), 4) dışsal etkiler (externalities). (Ayrıntısı için bkz. Belek, İ. 1994, s.70-75)

Öte yandan sağlık hizmeti, diğer malların tersine bilinçle ve isteyerek tüketilecek bir mal da değildir. Dolayısıyla diğer mallar için söz konusu olan bilinçli maliyet/yarar analizinin sağlık hizmeti için yapılmasını beklemek de boşunadır. Örneğin insanlar ellerinde bulunan belli düzeydeki parayı, marjinal maliyet ve yarar analizi doğrultusunda eklemek ve et arasında paylaşabilirler. Ancak aynı şeyi sağlık hizmeti için çoğunlukla yap(a)mazlar. Yani, hasta olmadıkları sürece eklemek ile sağlık hizmetini karşı karşıya koyan bir tercihde bulun(a)mazlar. Bu türden bir tercih ancak zorunlu sağlık sigortaları sonrasında (ve adı üstünde zorunlu olarak) geliştirilmiştir. Bu anlamda, sağlık sigortası kapsamında yapılan önödemelerin, serbest piyasa kuralları içinde tanımlanan bir tercih olarak değerlendirilmesi de olanaksızdır.

Yukarıda sıralanan ve sağlık hizmeti üretimini, piyasa ilişkileri alanının önemli oranda dışına çıkarılması gerektiği düşünülen etkenlerin, aynı zamanda, sağlık hizmetinin için piyasa koşullarına terk edilemeyeceğini gösteren veriler olduğu da belirtilmektedir. Bunun dışında, eşitlik sorunu da, sağlık hizmetinin bütünüyle piyasa koşullarına bırakılmasını engeller ve mutlaka kamu gözetim ve denetiminin getirilmesini gerektirir. Çünkü piyasa koşulları içinde, gelir düzeyleri farklı olan toplumsal sınıfların sağlık hizmetinden eşit olarak yararlanabilmeleri olanaksızdır. Hatta, piyasa koşulları varolan eşitsizlikleri artırıcı bir işlev de görür.

Sağlık hizmetlerinin tümüyle özelleştirilmesinin getireceği olumsuzluklar bugün Dünya Bankası, WHO ve OECD gibi uluslararası kuruluşlar tarafından da kabul edilmekte ve bu kuruluşların ilgili raporlarında ele alınmaktadır. Özellikle gelir durumu kötü olan ülkeler ve temel sağlık hizmetleri içinde yer alan programlar (bağışıklama, aile planlaması, çevre sağlığı, vb.) için devlet müdahalesinin zorunlu olduğu yaygın kabul görmektedir. Örneğin Dünya Bankası devlet müdahalesinin olumlu ve zorunlu yanlarını şu şekilde belirlemektedir (The World Bank, 1993, s.55):

1) Ulusal gelirin düşük olduğu ülkelerde özel sağlık hizmeti için talep olmaz. Yani özel sağlık sektörünün bu ülkelerde yaşaması olanaksız denecek derecede güçtür. Daha doğru bir deyişle sağlık hizmeti talebi çok düşüktür. Bu durumda devletin sağlık hizmeti sunması zorunluluktur. Bunun da ötesinde devletin sağlık sektörüne müdahalesi yoksulluğu azaltıcı bir işlev de gerecektir.

2) Tüm kamuyu olumlu yönde etkileyecek ve kamu yararına olacak kimi temel sağlık hizmeti programlarının (bulaşıcı hastalıklarla, zoonozlarla savaş gibi) özel sektöre üstlenilmesi (özel sektörün

kendisi açısından ekonomik herhangi bir yarar ummaması bakımından) olanaksızdır. Dolayısıyla bu programların planlanarak, yürütülmesi de devletin görevi olacaktır.

3) Varolan eşitsizliklerin giderilmesi ve yoksul toplum kesimleri için sağlık hizmetinin, hiç olmazsa belli bir düzeyde devletçe sunulması/sübvansede edilmesi de zorunluluktur.

Dünya Sağlık Örgütü de, özel sektörün sağlık hizmetlerinde kendi başına etkinlik ve eşitliği sağlamasının olanaksız olduğu gerekçesiyle ve benzeri argümanlarla hükümet müdahalesini önermekte ve piyasanın sağlıkla ilgili yetersizliklerini şu biçimde sıralamaktadır (WHO, 1993, s. 5):

1) Kamuya yönelik hizmetlerin (public goods) sağlanması konusundaki yetersizlikler: Su güvenliği ve sanitasyonundaki, vektör kontrolundaki yetersizlikler gibi.

2) Bir hastalığın sağlam diğer kişileri de etkileyen yönünün (externalities) denetlenmesindeki yetersizlikler: Tbc gibi hastalıklara karşı yalnızca hasta kişinin tedavi edilmesi ve korunması yetmez, çevresindekilerin de korunması gerekir. Özel sektör, talep olmadığı sürece böyle bir işlevi üstlenmez. Ek olarak, bir kişiye yönelik hizmetin diğer kişileri de olumlu yönde etkilemesi, kâr mantığı açısından istenmeyen bir durumdur. Çünkü bu tip programlar için marjinal yarar (çok kişinin olumlu yönde etkileniyor olması bakımından) marjinal maliyetten (yalnızca tek bir kişiye harcama yapılıyor oluşu nedeniyle) yüksektir. Bu ise piyasa koşulları çerçevesinde üretim ve yatırım güdüsünü baskılayan bir olgudur. (Marjinal maliyet ve yarar kavramlarının tanımları için bkz. Belek, İ. 1994, s.65.)

3) Toplumun koruyucu hizmetler için bilgi ve talebinin olmayışı da özel sektörün bu alanı hedeflemesini engeller.

OECD tarafından 1992 yılında hazırlanan bir raporda da yukarıdaki belirlemeler yapılmakta, ancak bunun yanısıra özel ve kamu kurumlarının içinde rekabet edecekleri piyasa koşullarının, tüketici tercihi, üretici otonomisi, ekonomik etkinlik ve eşitliği sağlayan en başarılı araç olduğu vurgusu yapılmaktadır. (Aynı vurgunun yukarıdaki alıntının yapıldığı Dünya Bankası raporunda da bulunduğunu belirlemek gerekir.) Buna göre, rekabetçi bir piyasa içinde, tüketici, karşılığında fiyat ödemediği hizmetten maksimum yarar elde etmeye, üretici ise kendi yararını maksimize, maliyetini ise minimize etmeye yönelecektir. (OECD, 1992, s.14.)

Sonuç olarak özellikle çevreye yönelik (ve bü-

tün toplumu kapsayacak denli kapsamlı) koruyucu sağlık hizmetlerinde, hizmetin kamu kurumlarınca örgütlenmesi gerektiği, buna karşılık tedavi edici sağlık hizmetlerinde kamu denetimi korunmak ve kamu denetimi kurumları arasındaki rekabeti düzenlemek amacıyla kullanılmak üzere hizmetin özelleştirilmesi ve piyasa mekanizması kurallarına açılması gerektiği gündeme getirilmektedir.

Yazının bundan sonraki bölümlerinde, yukarıda kabaca özetlenen özelleştirme yaklaşımı ve kamu-özel sektör ilişkilerini yaratan dinamikler ülke gruplarının kendi özgünlük ve sorunları bağlamında ele alınmaya çalışılacak, ancak özelleştirme biçimlerinin ayrıntısına ve somut verisine değinilmeyecektir.

IV. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE SORUNLAR VE ÖZELLEŞTİRME EĞİMLERİ

IV. a) Gelişmiş Kapitalist Ülkelerde

Emperyalist ülkeler de denilebilecek olan bu grup ülkelerde sağlık hizmetleri halen önemli oranda kamu tarafından finanse edilmekte ve sunulmaktadır. Nüfusun hemen tamamı kamu tarafından yönetilen ve oldukça kapsamlı bir sağlık hizmet paketini garantileyen sosyal güvenlik programlarının güvencesi altındadır.

OECD'nin yukarıda anılan ve "Sağlık Hizmetleri Reformu (The Reform of Health Care)" adını taşıyan raporu, incelediği yedi ülke özelinde sorunları aşağıdaki gibi sıralamaktadır. Bu sorunlar genel olarak gelişmiş kapitalist ülkelerin tümü için de geçerli olduğundan rapordan özetlenmesi bu yazının amaçları bakımından yeterli olacaktır. (OECD, 1992, s.16):

- 1) Aksi yöndeki bütün çabalara karşın kimi ülkelerde sağlık harcamalarının devam eden artış eğilimi ve bütün ülkelerde harcamaların artış yönündeki basıncı.
- 2) Aşırı ve gereksiz tıbbi bakım ve sosyal sorunların aşırı medikalizasyonu eğilimi.
- 3) Bazı ülkelerde yetersiz bakım ve üreticilerin sorumluluklarında eksiklik.
- 4) Bazı ülkelerde uzayan kuyruklar ve artan bekleme zamanları.
- 5) Ülkeler arasında ve içinde aktivitelerde ve birim maliyetlerde büyük ve açıklanamaz farklılıklar.
- 6) Çoğu ülkede üreticiler arasındaki koordinasyon yokluğu.
- 7) Sağlıkta, sağlık hizmetine ulaşmada ve ödemecüde varolan eşitsizliklerin sürmesi.

Yukarıdaki sorunlardan bir kısmı hükümetlerin üzerinde etkin olabileceği ve reformlar geliştirebileceği etkenlerle ilişkilendirilmektedir. Bu etkenler de şu şekilde sıralanmaktadır: 1) Üreticiler için uygun finansal motivatörlerin bulunmaması. 2) Üreticiler tarafından geliştirilen zararlı monopolistik ve sınırlayıcı pratikler. 3) Uygun olmayan organizasyonel ve yönetsel yapı. 4) Kötü planlanmış düzenleyici mekanizmalar. 5) Etkinlikle maliyet hakkında enformasyon eksikliği.

Hizmet sunum ve finansmanının ayrı ayrı ya da birlikte özelleştirilmesi ya da harcamalarda özel harcama payının artırılması yukarıda sıralanan sorunların çözümü için sıralanan bir dizi önlem arasında yer almaktadır. Özelleştirme ile hedeflenen en önemli sonuç sürekli artan kamu harcamalarının önce frenlenmesi, sonra azaltılmasıdır. Böylece özellikle tedavi edici hastanecilik hizmetlerinin özel sektöre kaydırılması ile özel sigortacılığın artırılması süreci başlatılmıştır. Sürecin birkaç sonuca hizmet edeceği beklentisi bulunmaktadır:

a) Sağlık harcamaları içinde en önemli kalemi oluşturan hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi yoluyla kamu harcamaları büyük oranda azaltılacaktır.

b) Özelleştirme ve özel sağlık harcamalarının artırılması kamu sağlık harcamalarının patlama gösterdiği ve sosyal güvenlik sistemlerinin bütün nüfusu kapsayacak denli genişlediği dönem boyunca yerleşmiş bulunan yüksek düzeydeki tüketici talebinin kısılmasına, tüketicide maliyet bilincinin gelişmesine yarayacak, sonuç olarak toplam sağlık harcamaları da kontrol altına alınabilecektir.

c) Maliyet bilinciyle hareket eden özel sağlık işletmeleri en düşük maliyetle üretim yapmaya ya da aynı sonucu doğuracak en düşük maliyetli etkinliği üretmeye yönelecekler, bu da toplam sağlık harcamalarını azaltıcı bir işlevi yerine getirecektir. Kısaca sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi özel ve kamu sağlık kurumları arasındaki rekabeti uyaracak, bu da hizmetin etkinliğini artıracaktır.

d) Kamu hastanelerindeki yatakların bir kısmının özelleştirilmesi ve kamu sektöründeki hekimlere özel çalışma olanağının tanınması, personel motivasyonu aracılığıyla hizmetin kalitesini ve verimliliğini artıracaktır.

Tedavi edici hizmetlerin özelleştirilmesi çoğunlukla kamu kurumlarının da piyasa koşulları içinde işlerlik gösterecek işletmeler haline getirilmesi süreciyle aynı anda gelişmektedir. Böylece özelleştirme bir bütün olarak sağlık sektörüne piyasa ilişkilerinin sokulması ile birlikte planlanmaktadır.

Bu noktada ortaya çıkabilecek en önemli sorun, bu grup ülkelerin gelir düzeylerinin yüksekliğine karşın, farklı toplumsal grupların hizmete ulaşma ve hizmeti kullanmalarında ortaya çıkabilecek eşitsizlik durumudur. Bu nedenle (yine OECD raporunda belirtildiğine göre) hükümetin piyasa ilişkilerine "rekabet öncesi" ya da "piyasa öncesi" adı verilen düzenleyici müdahalesi planlanmaktadır. Hükümet müdahalesinin amacı tüketici, sigortacı ve üreticinin yerel otonomisi, bunların arasında uygun bir dengeyi geliştirilmesi ve tüketim, finansman ve üretim düzeylerinde uygun uyaranların geliştirilebilmesidir. Kısaca amaç; a) piyasa ilişkilerinin düzenlenmesi ve özelleştirme ile ortaya çıkabilecek sınıfsal tepkilerin azaltılması, b) yılların kazanımı olan asgari hizmet garantisinin sürdürülebilmesi, c) sağlık sektöründeki sermaye birikiminin içsel ilişkilerinin düzenlenmesi ve sermayenin rahatça hareket edebileceği kanalların yaratılmasıdır.

Hükümet denetimindeki en önemli amaçlardan birisi de özelleşmeye bırakılan hastanelerin finans açısından güvenceye alınmasıdır. Gerçekten de hükümet finansör kurumlarla, üretici kurumlar arasındaki ilişkileri düzenlemekte, makro düzeyde bütçe ve ödeme ölçütlerini belirlemekte; böylece toplam sağlık harcamalarının belli bir düzeyi aşmasını engellemeye çalışmakta; dolayısıyla da işletmeleri maliyet açısından ortalama bir etkinlik düzeyini yakalamaya zorlamaktadır.

Bir diğer önemli gelişme özel ve ticari amaçlı sağlık sigortacılığının gelişmesidir. Bu gelişmede özellikle 1970 sonrasında Dünya ekonomisinin içine girdiği bunalımla bağlantılı olarak geliştirilen maliyet sınırlayıcı ve özelleştirici yasal düzenlemelerin belirleyici etkisi olmuştur. 1990 yılı itibariyle nüfusları toplamı 325.5 milyon olan 12 AT üyesi ülkede 32.5 milyon kişi ticari amaçlı sigorta şirketlerine kayıt olmuş durumdaydı. Ticari amaç taşımayan özel sigortalara ise 66.7 milyon kişi kayıtlıydı. (Altensetter, C. 1992, s.833.)

IV. b) Bağımlı Kapitalist Ülkelerde

Bu ülkelerde sağlık sektörü daha zayıftır. Toplam sağlık harcamaları ve kamu sağlık harcamalarının toplam içindeki payı düşüktür. Buna karşılık özel sağlık harcamaları ve geleneksel hekimlik uygulamaları daha fazladır.

Gelişen ülkelerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi bağlamında iki temel döküman bulunmaktadır. Bunlardan ilki Dünya Bankası'na ait olup "Gelişen Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı (Financing Health Services in Developing Countries)" (1987) adını taşımaktadır. Diğeri ise "Özel Sek-

tör Aracılığıyla Gelişen Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi (Strengthening Health Services in Developing Countries Through the Private Sector)" ismiyle 1990 yılında yine Dünya Bankası tarafından hazırlanmış olan rapordur.

İlk rapor gelişen ülkelerde sağlık sektörünün temel sorunlarını şu şekilde belirlemektedir:

1) Maliyet açısından etkin sağlık harcamalarına yetersiz kaynak tahsisi: Hükümet tarafından yapılan sağlık harcamaları, iyi dağıtılmış olsa bile, minimum sağlık paketinin bile karşılanmasına yetmemektedir. Bunun dışında temel tedavi edici sağlık hizmetlerinin de hükümet tarafından finanse edilebilmesi mümkün olmamaktadır. Sonuç olarak özel sağlık harcamaları artmaktadır.

2) Kamu programlarındaki düşük etkinlik.

3) Sağlık hizmetlerinin eşit olmayan dağılımı.

Dünya Bankası aynı raporda bu sorunların çözümü için dört temel reform girişimi önermektedir: a) Kullanıcı ödentileri, b) sağlık sigortası, c) hükümet dışı kaynakların mobilize edilmesi, d) desantralizasyon.

Yukarıdaki reform önerileri içinde; a) kullanıcı ödentileri, b) hükümet dışı kaynakların mobilizasyonu ve c) sigortacılık çerçevesinde de özel sigortacılık özelleştirme yönelimleri içinde sıralanabilir.

Kullanıcı ödentileri bugün Dünya'nın bütün ülkelerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Temel amacı; a) Tüketicide maliyet bilincinin geliştirilmesi ve b) Sağlık sektörüne ek kaynak yaratılmasıdır. Bunlardan ilki, daha çok, harcamaların zaten çok yüksek düzeylerde seyrettiği gelişmiş kapitalist ülkeler için; ikincisi ise kaynak kıtlığının önemli sorun olduğu bağımlı ülkeler için geçerlidir.

Hükümet dışı kaynakların mobilizasyonunda, dini misyonerlerden, kâr amacı taşımayan çeşitli kuruluşlardan, özel hekim ve eczacıların olanaklarından, geleneksel ebelerden, vb. yararlanılması planlanmaktadır. Böylece hükümetin üzerindeki yükün azaltılabileceği ve yine ek kaynak yaratılabileceği varsayılmaktadır. Hükümet dışı kuruluşların mobilizasyonunda kamunun söz konusu kurumlara destek olması gerektiği de belirtilmektedir. Buna göre hükümetin desteği aşağıdaki biçimlerde gerçekleştirilecektir:

a) Kamu fonlarının eğitim ve denetim desteğinde kullanılması.

b) Özel sağlık kurumlarına eğitim ve koordinasyon aktiviteleri için teknik ve finansal destek sağlanması.

c) Özel girişimcilere kredi olanaklarının sağlanması.

d) Hükümet kurumlarının hükümet dışı kurumlara (satış, kiralama vb. yollarla) transfer edilmesi.

Dünya Bankası'nın ikinci raporu gelişen ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin sorun ve reform girişimlerini daha çok özelleştirme bağlamında ele almaktadır.

Rapor gelişen ülkelerde, aynı zamanda bu ülkelerin gelişmiş kapitalist ülkelerle arasındaki temel farklılıklarını oluşturan dört sorun tespit etmiştir. Buna göre:

1) Gelişen ülkelerde sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payı düşüktür. (Ulusal gelirin %3'ü ile %5'i arasında.) Buna karşılık kişi başına düşen ulusal gelirin artması, nüfusun yaşlanması gibi etkenlerin sonucunda, bu ülkelerde halkın sağlık hizmetine olan talebi artmaktadır. Bundan sonraki dönemde talebin daha da hızla artması beklenmektedir. Bu nedenle, bu ülkelerin sağlık hizmetleri için ayırdıkları kamu kaynakları artan talebi karşılamaya hiç yetmeyecektir.

2) Gelişen ülkelerde devlet bütçesinden sağlık hizmetleri için ayrılan pay yıllar içinde düşüş göstermektedir.

3) Toplam sağlık harcamaları içinde hükümet harcamalarının payı da düşüktür. Oran %50'nin altındadır.

4) Gelişen ülkelerde sosyal güvenlik sistemleri zayıftır. Olduğu kadarıyla da kentsel bölgede toplanmıştır. Kırsal bölgede ise finansman daha çok cipten harcamalarla karşılanmaktadır.

Bir beşinci özellik olarak; bu grup ülkelerde sağlık harcamalarının daha çok hastanecilik hizmetlerine gittiği eklenmektedir. Bakanlık bütçesinin yaklaşık %60-80'i hastanecilik hizmetlerine olmakta, buna karşılık nüfusun %80'i kırsal kesimde yaşamaktadır. Böylece, raporda belirtildiğine göre hastanecilik hizmetlerinin hükümet tarafından finanse edilmesi, sağlık sektöründe varolan eşitsizlikleri derinleştirici bir işlev görmektedir.

Dünya Bankası yukarıda özetlediği sorunlar sırasında özelleştirmenin bu sorunların çözümünde kullanılabileceği tezini ileri sürmektedir. İki nedenle: a) Bu ülkelerde özelleştirme ek kaynak yaratacak, bu ise genel olarak sağlık hizmetleri için ayrılabilen kaynak miktarını artıracak, kamu sağlık kaynaklarının kıtlığı sorununa da çözüm getirecektir. b) Yukarıda da belirtildiği gibi hastanelerin ka-

mu tarafından finanse edilmesi, hem kamu kaynaklarının tedavi edici hizmetlere ve kentlere yönlendirilmesine, dolayısıyla da koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci plana itilmesine; hem de kırsal kesim aleyhine varolan eşitsizliklerin devlet eliyle daha da derinleştirilmesine yol açmaktadır. Dolayısıyla hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi hem bu sorunların çözümü yolunda atılmış ciddi bir adım olacak, hem de kaynak yokluğu sorununun çözümüne önemli katkıda bulunacaktır. Hükümetler koruyucu sağlık hizmetleri aleyhine giderek genişleyen tedavi edici hizmetlerin gereksiz yükünden kurtulmuş olacaktırlar. Hastanelerin özelleştirilmesi kamu sektörünün önemli sorunlarından olan verimlilik düşüklüğü sorununun çözümünü de sağlayacaktır.

Görüldüğü gibi Dünya Bankası'nın bağımlı ülkelerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi önerisi, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi daha çok ve öncelikle hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi noktasında toplanmakta ancak gelişmiş ülkelerden farklı olarak ilk planda kaynak yokluğu sorununa çözüm olarak önerilmektedir.

Aslında bağımlı ülkeler için Dünya Bankası tarafından önerilen özelleştirme programı, kamu kaynaklarının ve bir bütün olarak sağlık harcamalarının azlığı nedeniyle, kendiliğinden gelişmekte olan bir süreçtir. Özellikle de Afrika ülkelerinde özel harcamalar, formel sağlık hizmetlerindeki eksikliğin yarattığı boşluğu doldurmada olan geleneksel sağlık hizmetlerine yönelmektedir. Dolayısıyla Dünya Bankası'nın önerisi kendiliğinden ortaya çıkmış bir sürecin bir program olarak ifade (formüle) edilmesinden başka bir şey değildir.

Bağımlı ülkelerde, sistematik özelleştirme olarak, hastanelerin özelleştirilmesinin yanısıra özel sigortacılıktan da söz edilmekte, ancak özel sigortacılığın yönetsel maliyetlerinin yüksekliği hükümet müdahalesini gerektiren bir diğer sorun olarak anılmaktadır. Hastanelerin özelleştirilmesinde ise, hastanelerin kâr amacı gözetmeyen sağlık işletmeleri durumuna getirilmesi önerilmektedir. Böylece bağımlı ülkelerde özelleştirme programı hem yönetsel hem ekonomik nedenlerle hükümet desteğine gerek duymakta ve bu destek olmaksızın yürütülebilmesi oldukça zor görünmektedir.

Sonuç olarak Dünya Bankası bağımlı ülkelerde kamu ile özel girişimcilerden oluşan karma bir sağlık sektörünün gelişeceğini (gelişmekte olduğunu) öngörmekte (kabul etmekte) ve bu gelişmeyi şu cümleleriyle desteklemektedir: "Bu gerçekler Dünya'da kamu tarafından ve özel sektörde üretilen ve bunların değişik bileşimlerini yansıtan bir sağlık

bakım sisteminin varlığını göstermektedir. Hem teori hem de pratik uygulamalar bireysel sağlık hizmetlerinin üretilmesinde kamu ve özel sektörün önemli rollerini tanımlamaktadır. Sorun birini diğerine karşı tercih etmek değil, etkileşimlerindeki en etkin ve duyarlı noktanın bulunmasıdır." (s.9)

IV. c) Eski Sosyalist Ülkelerde

Eskiden sosyalist sistemin içinde yer alan ülkeler, bugün bütün toplumsal, ekonomik, siyasal yapılarında olduğu gibi sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesinde de önemli yapısal değişimleri gerçekleştirilmeyi hedeflemektedirler.

Eski sosyalist ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanı devlet tarafından yapılmaktaydı. Bugünkü yönelim ise, ekonominin bütün sektörlerinin piyasa koşullarına açılmasına ve açıkça belirtildiği üzere kapitalistleşme sürecine paralel olarak tam tersi yöndedir.

Bu ülkelerde ağır bir ekonomik bunalım yaşanmaktadır. Ulusal gelirin son üç yıl içindeki gerileme oranı Macaristan'da %8, Bulgaristan'da %26 oranındadır. Enflasyon hızı yıllık olarak Macaristan'da %35, Romanya'da %344'tür. Bulgaristan, Romanya, eski Çekoslovakya, Macaristan, eski Yugoslavya, eski D. Almanya, Polonya dikkate alındığında endüstriyel üretimdeki ortalama gerileme oranı %12 ile %27 arasındadır. Bu durum çeşitli sosyal programlara ayrılan bütçelerde ciddi kesintiler yapılmasına neden olmaktadır.

Şu anda uluslararası finans kuruluşlarının ve gelişmiş kapitalist ülkelerin inisiyatifi çerçevesinde kapitalist sistem ile "entegrasyon" programları başlatılmış durumdadır. Ekonomik reform programlarının em temel bileşenlerini devletin ekonomik yaşamdaki egemenliğine son verilmesi; devlet elinde bulunan işletmelerin verimsiz olanlarının kapatılması, kalanların özelleştirilmesi; çeşitli sosyal harcamalara yapılan devlet sübvansiyonlarının sonlandırılması; kamu ve özel sektör haklarının yeniden düzenlenmesi gibi adımlar oluşturmaktadır. Bu reformların gerçekleştirilmesi karşılığında da ciddi gerilemeye girmiş olan ekonomilerin bir ölçüde de olsa hareketlendirilmesine yarayacak kapitalist dış yardımların garantisi verilmektedir. (Roberts, J.L. 1993, s.3-7)

Yukarıda özetlenen ekonomik programın en önemli sonucu işsizlik ve halkın genel olarak yaşam kalitesindeki ciddi düşüş olmuştur.

Bugün herkese asgari bir sosyal güvence sağlanması, minimum bir gelirin garanti edilmesi en yamsal sorunlardandır, ancak gerçekleştirilmeleri bir o kadar zordur. Bu nedenle alternatif uygulamalar

üzerinde düşünülmekte, bu amaçla da aile yardımları, emeklilik ve iş göremezlik durumlarında uygulanacak sosyal yardımlar gündeme getirilmekte, ancak yine aynı güçlüklerle karşılaşmaktadır. Son çare olarak ise; insanlara daha güvenceli işler bulabilecekleri ve yeni dönemle sosyal ve ekonomik entegrasyonlarına yarayacak eğitim programlarının planlanması gerektiği vurgulanmaktadır. Bütün bu seçenekler 1993 yılı başında Budapeşte'de yapılmış olan bir uluslararası seminerde ayrıntılı olarak tartışılmıştır. (BBC 1993, s.2-3.)

Aynı toplantıda piyasa ekonomisine geçişin mutlaka tamamlanması gereken bir süreç olduğu belirtildikten sonra; "Bütün Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri, yalnızca devlet tarafından değil, aynı zamanda toplumun çeşitli kategorilerini ifade eden sosyal grupların temsil edileceği sosyal güvenlik sistemleri oluşturma isteğindedirler. Devletin rolünü sistem dizaynı, standartların belirlenmesi, denetim ve değerlendirme olarak göstermektedirler. Devletin zorunlu olarak yönetsel bir işlev üstlenmesi gerekmez. Bu sistem içinde hükümet dışı organizasyonların görev alması sağlanmalıdır." denilerek eski sosyalist sistemin gelecek dönemdeki hatları kabaca belirlenmektedir.

Aynı zemin üzerinde sağlık sektöründe karşılaşılan en önemli sorunlar şunlardır: 1) Klasik memur zihniyetiyle çalışan sağlık personelinin düşük motivasyon düzeyi. 2) Sağlık kurumlarının, özellikle de hastanelerin işletme zihniyeti bakımından hantal yapısı. 3) Sağlık sektöründe kullanılan teknolojinin eskimiş ve hatta önemli oranda işe yaramaz duruma gelmiş olması. 4) Ekonomik bunalım nedeniyle sağlık sektörü için ayrılan kamu kaynaklarının yetersizliği. 5) Sonuç olarak halkın sağlık hizmetlerine ilişkin memnuniyetinin düşüklüğü. Yanısıra özel sağlık işletmelerinin yasak olduğu dönemlerde bile varlığını sürdüren bir yeraltı özel sağlık sektörünün varlığı ve giderek boyutlarını genişletmesi. (Roberta, J.L., Mierzewski, P. 1993, s.4-5)

Bugün sosyalist ülkelerin sağlık özelindeki en önemli üç amacı kalitenin artırılması, maliyet-yarar analizine dayalı hizmet anlayışının geliştirilmesi ve maliyetlerin kontrol edilmesi olarak belirlenmektedir. Kamu sektörü merkezi, aşırı bürokratik yapısı ile kalite düşüklüğünün ve verimsizliğin birincil nedeni olarak tanımlanmakta, içine girilmiş olunan deren ekonomik bunalım maliyetlerin minimize edilmesi çabalarının uyararı olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi maliyet bilincinin geliştirilmesinin ve verimliliğin artırılmasının yolu olarak görülmekte ve yine (bağımlı ülkelerde olduğu gibi) sağlık sigortasının örgütlen-

mesi sonrasında yaygınlaştırılması planlanmaktadır.

Örneğin Macaristan'da kapitalizm ile entegrasyon sürecine paralel olarak ve 1992'de çıkarılan bir yasa ile, o zamana dek ortak bir fonda toplanmakta olan sağlık ve emeklilik kesintileri birbirinden ayrılmış ve ayrı bir sağlık sigortası fonu oluşturulmuştur. Oluşturulan fonlar hükümet dışı ve özerk idarelere bırakılmıştır. 1992 yılında sağlık merkezlerinin bir kısmı özelleşerek sigorta fonları ile sözleşme imzalamaya başlamışlardır. 1993 yılında birincil basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine başlanmıştır. 1994 yılından başlayarak uzmanlık hizmetlerinin ve 1995 yılından itibaren de hastanelerin özelleştirilmesi programlarının uygulanmasına başlanacaktır. (Sztamari, M. 1993, s.1-7)

Çekoslovakya'da da benzeri gelişmeler olmuştur. Merkezi sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde desantralize edilmesi ile birlikte, sağlık sigortası sistemi geliştirilmiş, özel hizmet sunumu yapan sağlık kurumları ve özel sağlık sigortacılığı özendirilmeye başlanmıştır. (Raffel, M.W., et all. 1992, s.638 ve 643).

Diğer sosyalist ülkelerde de yukarıdakilere çok benzer gelişmelerin yaşanmakta olduğunu eklemek gerekir. (WHO, 1991)

V. ÖZELLEŞTİRMENİN BEKLENEN ETKİLERİ

Özelleştirme politikasının sağlık sektöründe ek kaynak yaratmak, kaynakların etkin ve verimli kullanımını, sağlık düzeyinin yükseltilmesi hedefleri ile ne derecede örtüşen sonuçlar ürettiği konusu bu yazının en son olarak üzerinde duracağı nokta olacaktır. Hemen eklemek gerekir ki, konuyla ilgili somut veri ve değerlendirme bulabilmek zor olmaktadır. Ancak WHO'nun 1993 yılında hazırlanmış olduğu bir rapor ("Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services", s.21-26) tüm finans yöntemleriyle birlikte özelleştirmenin de kaynak yaratma, etkinlik ve eşitlik bakımından etkilerini değerlendirmektedir. Bu bölümde geniş olarak bu kaynaktan yararlanılmıştır. (Ayrıca bkz. yine Griffin, C.C. 1987, s.30 ve Creese, A.L. 1991, s.311 ve 316)

V. a) Fon Düzeyi Açısından

Özelleştirmenin finans sistemi üzerine etkileri konusunda değişik eğilimler mevcuttur: Halkın talebinin düşük olduğu durumlarda özel sağlık sektörünün yaygınlaşması güçtür. Özel sağlık sektörünün yaygınlaşması, mutlaka yeni kaynak yaratmaz. Toplam sağlık harcamaları artabilir, ancak bu arada fiyatlar da artabilir. Bu durumda kaynaklardaki artış

gerçek bir artış anlamına gelmez ve özelleştirmenin çoğu kez fiyatları artırıcı bir etkisi vardır. Özel sektör kamu hizmetinin kalitesini düşürebilir. Kamu ile özel sektör arasında, zaten kıt olan kaynaklar üzerinde gereksiz rekabet doğabilir. Bu rekabet hizmetin standardizasyonunu zorlaştırabilir. Zaten kıt olan kamu kaynaklarının tamamen özel sektöre kaymasına (özellikle insan gücü açısından), kamu kurumlarının verimsizleşmesine neden olabilir.

Kullanıcı ödentilerinin ulusal düzeyde geliri artırıcı etkisi son derece sınırlıdır. Kullanıcı ödentilerinin bu anlamdaki etkisi iki düzeyde tartışılabilir: Ulusal ve bölgesel. Ulusal düzeyde, tüm sağlık sektörüne kullanıcı ödentisi ile ek kaynak yaratılabilmesi olanağı oldukça sınırlı görünmektedir. Genellikle bu düzeyin, tüm sağlık harcamalarının %20'sinin üzerine çıkamayacağı tahmin edilmektedir. Örneğin Sub-Saharan Afrika ülkelerinde bu etki düzeyi %4 olmuştur. Ghana ve Lesotho'da ise %15 düzeyinde kalmıştır. En fakir Afrika ülkelerinde oran %5'i geçmemektedir. Bu anlamda istisna oluşturan tek ülke Mali olarak görünmektedir. Mali'de tüketici ödentileri toplam sağlık harcamalarının %74'ünü oluşturmaktadır.

Kullanıcıdan ek ödeme alma özellikle Afrika ülkelerinde ve hizmetin sunulduğu düzeyde, ücret dışı işletme giderlerinin karşılanmasında önemlidir.

Buna karşılık yerel düzeyde, kullanıcı ödentileri ile önemli ölçüde bir kaynak yaratma olanaklı olabilmektedir. Tayland'daki ilaç fonları böyle bir işlev görmüştür. 1988-90 yıllarında altı Afrika ülkesi, kullanıcı ödentileri yoluyla, ücret dışında kalan işletme maliyetlerinde %100'lük katkı gerçekleştirdiklerini bildirmişlerdir.

Kullanıcı ödentilerinin ortaya çıkaracağı fonun boyutları uygulamanın sürekliliğine ve halkın hizmeti kullanım düzeyine bağlı olacaktır.

V. b) Etkinlik Açısından

Özel sektörün hizmet etkinliğini (hizmetin teknik etkinliği) ölçmek son derece zordur. Özel sektörde ucuz sağlık hizmeti üretildiğini vurgulayan kimi raporlar bulunsun da (Hindistan'dan böyle veriler bildirilmiştir), kamu sektörü ile özel sektörün ortaya koydukları ürünlerin nitelik ve niceliğinin aynı olduğu kesin değildir. Öte yandan, özel sektör her zaman için kamunun yöneldiği gruptan son derece farklı özelliklere sahip olan gruplara yönelik hizmet üretmektedir. Bu da karşılaştırma yapılabilmesini olanaksız kılmaktadır.

Doğrudan ödemelerin teknik ve kaynak tahsisatına ilişkin etkinlik üzerine olan etkileri gelirin

kullanılış biçimine bağlıdır. Yönetmelik etkinliği üzerinde tartışılmalı sonuçlar vardır. Kullanıcı ödentilerinin üst kurumların gereksiz kullanılmasını önleyeceği, sevk sistemine uyumu sağlayacağı yönündeki tezler, uygun hizmetlerin, uygun düzeyde fiyatlandırılması ile çok yakından ilgilidir.

Örneğin Swaziland'da, immünizasyon ve diğer koruyucu hizmetlerin kullanımı kullanıcı ödentileri sonrasında düşmüş, Lesotho'da herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir. Pakistan'da ise uygulama, kullanıcıların özel sağlık sektörüne yönelmelerine neden olmuştur. Zaire'de tedavi edici hizmetler için sağlık kurumlarıyla temas oranı kullanıcı ödentilerinin uygulamaya konması sonrasında %37'den %31'e düşmüştür. Oran, prenatal bakım için %95'ten %84'e inmiştir.

Kullanıcı ödentileri yönetmelik maliyetleri de artırmıştır. Sudan'da temel sağlık hizmetleri için ödeni toplanması, gelirin % 10'u düzeyinde bir yönetmelik maliyete neden olmuştur. Aynı oran hastanecilik hizmetleri için %75 olarak saptanmıştır. Zambia'da ise, toplanan gelirin kullanımına merkezi olarak karar verildiğinden, para işe yaramaz duruma gelmiştir.

V. c) Eşitlik Açısından

Kullanıcı ödentilerinin sağlık hizmetinden yararlanmanın toplumsal dağılımını daha eşitlikçi bir tarzda yeniden düzenleyeceği beklentisi vardır. Buna karşın ampirik verilerin ortaya çıkardığı tablo bu yönde bir genellemeye olanak tanıyacak derecede net değildir. Araştırmalar yüksek gelirli grupların, ek fiyat artışlarından etkilenmediklerini, tüketimlerini eski düzeylerinde sürdürdüklerini (bir başka deyişle taleplerinin fiyat bakımından inelastik karakterli olduğunu) göstermektedir.

Buna karşılık, ödenti düzeyi arttıkça fakirlerin yararlanımı düşmektedir. Düşmenin önceki talep düzeyinin %50'si oranında gerçekleştiği bile bildirilmektedir. Ghana'da uygulamanın başlatıldığı 1985'ten sonraki iki yıl içinde kullanım oranı düşmüş, daha sonraki yıllarda kentsel kesimde eski düzeyine yükselirken, ekonomik durumun daha kötü olduğu kırsal kesimde düştüğü düzeyde kalmıştır.

Özelleştirme ile, eşitsizliklerin, fiyat artışlarına bağlı olarak, fiyat artışlarını karşılayamayacak durumda olan toplumsal gruplar aleyhine derinleşeceği beklentisi vardır. Özel sektörün, kâr elde edemeyeceği alanlara (alım gücü düşük olan ve sosyal güvencesi bulunmayan toplumsal sınıflara, işsizlere, tarımsal ekonomiye yönelik) yatırım yapma durumu söz konusu olmadığından, anılan sınıfların hizmete ulaşabilirliği güçleşecektir. Böyle bir durum-

da en azından, zenginlere ve yoksullara yönelik olmak üzere iki çeşit sağlık sisteminin gelişmesini beklemek gerekir. Niteliği daha düşük olan kamu sektörü yoksul kesimlere yönelik sağlık hizmetini (zorunlu olarak) yürütmek durumunda kalacaktır. Bugün Güney ülkelerinde gözlenen durum zaten budur.

VI. SONUÇ

1) Özelleştirme politikasının kapsam ve hacminde 1980'ler sonrasında ortaya çıkan genişlemenin nedeni Dünya ekonomisinin içine girdiği, yapısal ve yeniden düzenlenmeyi gerektiren bunalımdır. Bu sorun bütün ülkelerde ortak olmasına karşın, özelleştirme değişik ülke gruplarında farklı argümanlar ve biçimlerde ortaya çıkmaktadır.

2) Gelişmiş kapitalist ülkelerde sağlık harcamalarının artışı en önemli sorundur. Harcamalardaki yükseklik kamu harcamalarından ve kamu sosyal güvenlik programlarından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle kamu sağlık harcamalarının kısıtlanması, özel sigortacılık ve hastanecilik hizmetlerinin desteklenerek, bütün sağlık işletmelerinin içinde rekabet edebilecekleri piyasa koşullarının devlet tarafından düzenlenmesi başlıca reform yönelimleri olmaktadır.

3) Bağımlı kapitalist ülkelerde ise özelleştirme kaynak kıtlığına çözüm olarak önerilmektedir. Dolayısıyla, bu ülkelerde özelleştirme (sigorta uygulaması ile birlikte) kullanım anında cepten yapılan ödemelerin piyasa koşulları içinde denetlenmesi ve sağlık sektöründe kapitalist ilişkilerin yerleştirilmesi amacına yönelmektedir.

4) Eski sosyalist ülkelerde ise özelleştirmenin amacı yukarıdaki ülke gruplarında gözetilenlerin bir bileşimi olarak belirlemektedir: Hem hizmet etkinliğinin artırılması, hem de sağlık sektörüne kaynak yaratılması ve yer altı sağlık ekonomisinde dönmekte olan paranın piyasa mekanizması içinde denetlenmesi.

5) Sağlık hizmetlerinin örgütlenme şeması konusunda tartışılmalardan da hatırlanacağı gibi, finansmanın kamu ağırlıklı olması durumu kapitalizmin özüne ilişkin bir değişikliği ifade etmemektedir. Kamu ya da özel, her iki tür finansmanda da, asıl kaynak emek gücünün yarattığı değerdir. Kamu finansmanında fon üzerinde kamu vicdanının etkisi belirlemekte ve işçi, emekçi sınıfların gücü denetleyici olabilmektedir. Özelleştirme dönemleri ise, bu gücün yıpratılmasına bağlı olarak gelişmekte ve sağlık sektöründe sermayenin rahatça hareket edebilmesini sağlamaktadır. Bu anlamda özelleştirme, sosyal devletin ve sosyalizmin işçi sınıfı ve emekçiler adı-

na sağladığı tüm kazanımların yönelik politik saldırının en önemli bileşenlerindedir.

6) Bütün ülke gruplarında özelleştirme, ancak devletin yönetsel, finansal desteği ile birlikte yürütülebilmektedir. Gelişmiş kapitalist ülkelerde devlet desteği; kamu ve devlet eliyle yapılan sağlık harcamalarının azaltılarak kamu kurumlarının özel sektörle rekabete bırakılması, kullanıcı ödentileri ve özelleştirmeyi destekleyen yasal düzenlemeler aracılığıyla olmaktadır. Diğer iki grup ülkede ise bunun dışında devletin özel sektöre yaptığı doğrudan parasal yardımlar ön plandadır. Sonuç olarak devlet kaynaklarının özel sektöre aktarılması gibi bir durum belirmektedir. Bu durumda özelleştirme savunucularına "Devlet kaynakları neredeyse hiçbir karşılık gözetmeksizin sunuluyorsa, niçin devletin elindeki kurumların geliştirilmesi amacıyla kullanılmıyor?" sorusu ısrarla sorulmalıdır.

7) Kamu sektörünün verimsizlik ve hantallığı tezi sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sürecinin teorik arka planının en önemli argümanlarından. Bu argüman özellikle eski sosyalist ülkeler ile sektörde devletin ön planda bulunduğu İngiltere'de, kamu sektörünün durumunun saptanması ve özel olarak da yıpratılması amacıyla ve sektörde yaşamakta olan sıkıntıların tek nedeniymişcesine (üstelik benzer sorunlar özel sektörün payının ciddi boyutlarda olduğu ülkelerde de yaşanırken) özellikle kullanılmış ve özelleştirme verimlilik sorununun çözümü olarak önerilmiştir.

8) Buna karşılık özelleştirme ile amaçlandığı belirtilenlerin elde edilebildiğini gösteren sonuçları gözleyebilmek, en azından şimdilik, pek olanaklı olamamaktadır.

9) Bu durumda özelleştirmeye, verimlilik, etkinlik, eşitlik gibi kimi teknik sorunlara çözüm üretecek kültürel bir öneri olarak değil; bir bütün olarak sermayedar sınıfı, içine girdiği bunalımdan, kurtarmak amacını taşıyan ekonomik, politik ve ciddi ölçüde zora başvurmak durumunda kalan bir

operasyon olarak yaklaşmak daha uygun görünmektedir. Bu süreçte sosyal harcamalar olabildiğince kısılmakta; kamu bütçeleri içinde çalışan sınıflara akan kalemler azaltılmakta; kaynaklar doğrudan ve daha fazla oranda sermayenin denetimine verilmekte; sosyal devletin yarattığı dengeler işçi ve emekçi sınıflar aleyhine bozulmaktadır.

KAYNAKLAR

- Altenstetter, C. (1992), "Health Policy Regimes and the Single European Market", *Journal of Health Politics Policy and Law*, 17(4), 813-46.
- BBC (1993), *Social Protection in the Central and Eastern European Countries-Couperation and Convergence in the Period of Transition*, Working Paper for the Budapest Seminar.
- Belek, İ. (1994), *Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikliği*, İstanbul, Sorun Yayınları.
- Creese, A.L. (1991), "User Charges for Health Care: A Review of Recent Experience", *Health Policy and Planning*, 6(4), 309-19.
- Feldstein, P.J. (1988), *Health Care Economics*, Third Edition, USA, Wiley Medical Pub.
- Griffin, C.C. (1987), *Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector*, International Finance Corporation Discussion Paper Number 4, Washington.
- Le Grand, et. all. (1992), *The Economics of Social Problems*, Third Edition, London, The Macmillan Preas Ltd.
- Mooney, G. (1992), *Economics, Medicine and Health Care*, Second Edition, Worcester, Billing and Sons Ltd.
- Normand, C. (1991), "Economics, Health, and the Economics of Health", *BMJ*, 303, 1572-77.
- OECD (1992), *The Reform of Health Care-A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Paris.
- Raffel, M.W., Raffel, N.K. (1992), "Czechoslovakia's Changing Health Care Systems", *Public Health Reports*, 107(6), 636-43.
- Roberts, J.L. (1993), *Health and Finance in Economic Recession*, WHO Document, Almaty.
- Roberts, J.L., Mierzewski, P. (1993), *Health and Health Care Finance-Options for Reform-Towards a Health for All Perspective*, WHO Document, Almaty.
- Szatmari, M. (1993), *Structural Changes in Hungarian Health Care*, WHO Document, Almaty.
- WHO (1991), *Organization and Financing of Health Care Reform in Countries of Central and Eastern Europe*, Report of a Meeting Held at the WHO, Geneva.
- WHO (1993), *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*, Technical Report Series, Geneva.
- The World Bank (1990), *Financing Health Services in Developing Countries-An Agenda for Reform*, Washington.
- The World Bank (1993), *World Development Report, Investing in Health*, Oxford University Prees.