

DOSYA/DERLEME**AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ
SAĞLIK SİSTEMİ**

Cem TERZİ*

Giriş

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) sağlık sistemi "bir aşırılık ve yoksunluk paradoksu" olarak tanımlanmaktadır (Enthoven, 1989). Bazı insanlar sağlık hizmetine hiç ulaşamazken ya da çok kısıtlı bir sağlık hizmeti alırken diğerleri de maliyeti çok yüksek ve bazen zararlı olabilen 'aşırı' olarak nitelendirilebilecek bir sağlık hizmeti almaktadır. Starfield, ABD sağlık sistemini yeryüzünün en az universal (en az kapsayıcı) ve en pahalı sistemi olarak nitelendirmektedir (Starfield, 2000). Ülkemizde ulusal sağlık sistemi son 20 yılın iktidarları eliyle hızla piyasalaştırılmaktadır. Bu programın yürütücüleri, topluma sürekli ABD sağlık sisteminden örnekler vermektedirler. "Amerika'yı yeniden keşfetmeyelim" söylemi akademisyenlerin bile diline pelesenk olmuş durumdadır. Piyasalaşma yolunda reform adı altında yapılan değişiklikler ABD metaforuna dayandırılmaktadır. Büyük bir hızla benzemeye çalıştığımız ABD sağlık sistemi, aslında derin bir kriz içindedir. Bu krizin temel nedeni sağlık sisteminin tamamen piyasa ekonomisine teslim edilmiş olmasıdır. Son 20 yılda neoliberal ekonomi akımına kapılarak ulusal sağlık sistemlerinde piyasa değerleri ve ortamı yaratmaya çalışan diğer merkez sanayileşmiş ülkeler de bu durumdan kısa sürede olumsuz etkilenmiştir. ABD sağlık sistemi ile ilgili en temel gerçek yeryüzünde örnek alınacak son ülke olmasıdır.

Sağlık yönetimi

Bilindiği üzere, ABD federal bir hükümet sistemi ile yönetilmektedir. Toplam 50 federasyon kendi seçtikleri

federal hükümetler aracılığı ile yasaları yapmakta, güvenlik ve vergi sistemini belirlemektedir. ABD hükümeti, sağlık alanında birincil sorumluluğu federasyonlara vermiştir, ancak silahlı kuvvetler, asker emeklileri ve natif Amerikalılar (Kızılderililer) için federal sağlık hizmeti doğrudan merkezi hükümet aracılığı ile sağlanır. Merkezi hükümet ulusal standartların saptanmasında, bilgi sistemlerinin kurulmasında ve yasal düzenlemelerin yapılmasında önemli görevler üstlenir. Ayrıca merkezi hükümet, sağlık hizmeti, araştırma ve eğitim için temel finansmanı sağlar.

Demografik değişiklikler ve Yoksulluk

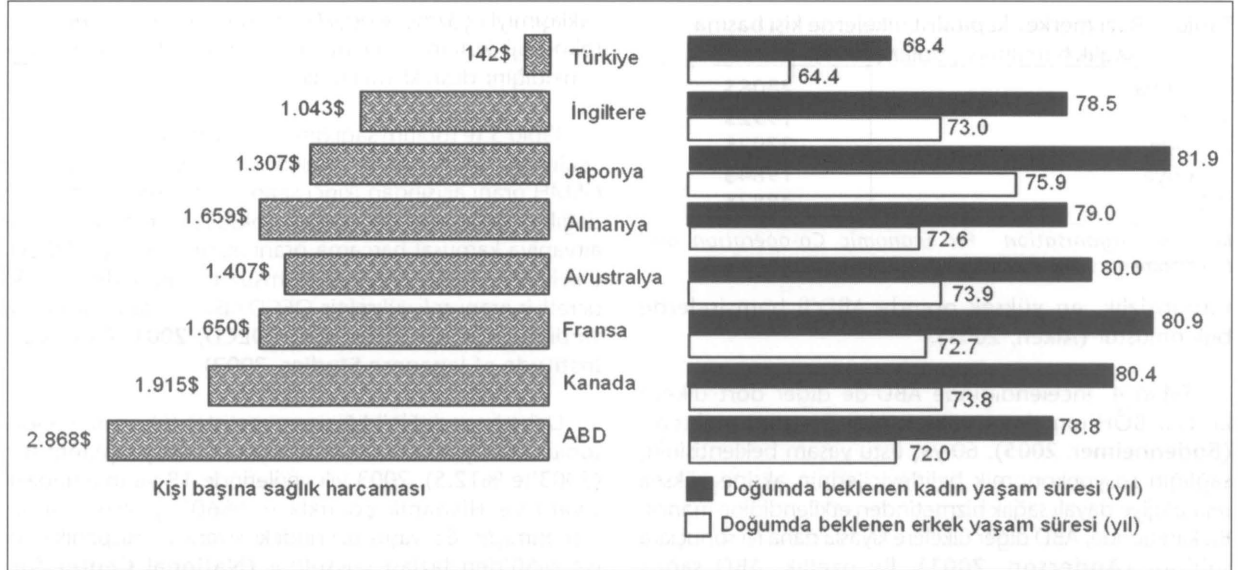
ABD, nüfusu görece artan bir ülkedir. 1997 yılı itibarıyla nüfusu, 271.6 milyon, kişi başına düşen gayri safi milli hasılası (GSMH) 28.020 dolar ve bebek ölüm hızı (BÖH) binde 8 (Dünya sıralamasında 13.) olan ABD'nin nüfusu 2003 yılında, 288 milyon olmuştur. Nüfus ve geliri artan ülkede yenidoğan ölüm oranında ciddi bir düşüş gerçekleşmemektedir. BÖH, 2002 yılında binde 7 ve 2003 yılında binde 6,9'dur. Nüfus özelliklerinde 2005 yılı itibarıyla, iki önemli değişiklik oluşmuştur: ABD toplumunun ırk ve etnik çeşitliliği ve yaşlı nüfusu artmaktadır. 1950 yılında %5 olan 75 yaş ve üstü nüfus 2004'te %6'ya ulaşmıştır. Hispanik (Latin kökenliler) ve Asyalı oranında belirgin bir artış vardır. 2004 yılı itibarıyla ABD nüfusunun %14'ü Hispanik ve %4'ü Asyalıdır (National Center for Health Statistics Health, United States, 2005) 2005 yılı verileri itibarıyla yoksulluk oranında artış vardır. 2001 yılında yoksul oranı %11.7, 2002 yılında %12.1 iken, 2003'te %12.5'tir. 2003 yılı verilerinde 18 yaşın altındaki siyahi ve Hispanik çocukların %60'ı yoksul olarak saptanmıştır. 65 yaşın üzerindeki siyahi ve Hispaniklerin %50'den fazlası yoksuldur (National Center for Health Statistics Health, United States, 2005).

Tablo 1. ABD, İsveç ve Kanada'da bazı toplumsal sağlık göstergeleri ile OECD sıralamaları

Gösterge	ABD	Sıra	İsveç	Sıra	Kanada	Sıra
Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)	77.3	20/30	79.9	4/30	79.75	5/30
BÖH (binde)	6.7	24/30	3.4	1/30	5.0	16/30
Çocuk yaralanmalarındaki mortalite(yüzbinde)	14.1	23/26	5.2	1/26	9.7	18/26

Kaynak: Central Intelligence Agency, 2002, Innocenti Research Centre, 2000

Şekil 1. Kişi başına sağlık harcaması ile beklenen yaşam sürelerinin çeşitli ülkeler için karşılaştırılması (1991)



Kaynak: Schieber, 1993

Toplumsal sağlık göstergeleri

ABD, 1996 yılı için hemen hemen tüm sağlık ölçütlerinde OECD ülkeleri arasında son sıradadır (Andersson, 1999). OECD ülkeleri içerisinde sağlığın temel göstergeleri ve sosyal belirleyicileri açısından ABD'nin durumu parlak değildir (Raphael, 2003). Tablo 1'de ABD, İsveç ve Kanada'ya ait doğumda yaşam beklentisi, BÖH ve çocuk yaralanmalarındaki mortalite oranları ve bunların 30 OECD ülkesi içindeki sırası gösterilmiştir. ABD, diğer OECD ülkelerine göre GSMH'dan sağlığa çok daha yüksek (GSMH'nın %13,5'i) harcama yapmasına rağmen daha kötü sağlık göstergelerine sahiptir.

30 OECD ülkesi arasında ABD, doğumda yaşam beklentisi açısından erkeklerde 18., kadınlarda ise 20. sıradadır (Central Intelligence Agency, 2002; European Institute of Japanese Studies, 2002). ABD'deki BÖH ve çocuk yaralanmalarındaki mortalite sıklığı bu düzeyde ekonomik gelişmişlikte olan bir ülke için oldukça yüksektir (Innocenti Research Centre, 2000; European Institute of Japanese Studies, 2002).

Ülke karşılaştırmaları

Ekonomik refahın toplumsal parametrelerde genel olarak bir iyileşmeye yol açması doğaldır. Ancak, ayrıntılı bir ekonomik analiz, asıl farkın toplumsal politikalarla oluşturulabileceğini ortaya koymaktadır.

Şekil 1'de yedi merkez kapitalist ülke ve Türkiye için kişi başına yapılan sağlık harcaması ile yaşam süresi beklentisi karşılaştırılmıştır (Schieber, 1993). Almanya ve Amerika Birleşik Devletleri'nde toplam sağlık harcamaları Türkiye'nin ulusal gelirinden daha fazladır. Fransa'nın toplam sağlık harcaması Türkiye'nin ulusal geliri kadardır. Görüldüğü gibi ABD kişi başına sağlık harcamasının en yüksek olduğu ülkedir. ABD, İngiltere'ye kıyasla üç kat daha fazla sağlık harcaması yapmasına rağmen doğumda beklenen yaşam süresi İngiltere'den daha uzun değildir.

Almanya, Kanada, İngiltere ve Japonya, ABD'ye kıyasla sağlığın daha fazla sosyalleştirildiği merkez kapitalist ülkelerdir. Bu ülkeler, ABD'ye kıyasla sağlık harcamalarını çok daha iyi kontrol etmektedir (Tablo 2 ve 3). 1990 yılında 10 ülkeyi içeren, toplumların sağlık hizmetlerinden memnuniyetini araştıran bir çalışmada Kanada 1., Almanya 3., Japonya 7., İngiltere 8. ve ABD sonuncu bulunmuştur (Blendon, 1990). Benzer bir çalışma 90'ların sonunda tekrarlanmış ve aynı sonuçlar elde edilmiştir (Donelan, 1999). ABD toplumu diğer beş ülkeye kıyasla tıbbi harcamaları ödemekte en fazla güçlükle karşılaşılan ülkedir (Blendon, 2002). Farklı uluslardan 2000 hekime yapılan bir ankette Kanada ve İngiltere'de hekimlerin %25'i, ABD'de ise yalnızca %17'si sağlık sisteminin 'iyi' çalıştığını ve bir iyileştirmeye gerek olmadığını belirtmişlerdir (Blendon, 2001). Hemşireleri içeren bir çalışma benzer sonuçlar vermiştir. Tükenmişlik sendromu ve mesleki

Tablo 2. Bazı merkez kapitalist ülkelerde toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı (%) (1970-2001)

	1970	1980	1985	1990	1995	2001
Almanya	5.5	7.9	8.7	8.3	10.4	10.7
İngiltere	4.5	5.8	6.0	6.2	6.9	7.6
Kanada	7.2	7.4	8.5	9.5	9.6	9.7
Japonya	4.1	6.0	6.2	6.0	7.1	7.6
ABD	7.4	9.2	10.5	12.2	13.6	13.9

Kaynak: OECD, 2001

Tablo 3. Bazı merkez kapitalist ülkelerde kişi başına sağlık harcaması, dolar (2001)

Almanya	2808\$
İngiltere	1992\$
Kanada	2792\$
Japonya	1984\$
ABD	4887\$

Kaynak: Organisation for Economic Co-operation and Development, (www.oecd.org)

tatminsizlik, en yüksek oranda ABD'li hemşirelerde bulunmuştur (Aiken, 2001).

Tablo 4, incelendiğinde ABD'de diğer dört ülkeye kıyasla BÖH'nın daha yüksek olduğu görülmektedir (Bodenheimer, 2005). 60 yaş üstü yaşam beklentisinin, sağlığın sosyoekonomik belirleyicilerinin aksine yüksek teknolojiye dayalı sağlık hizmetinden etkilendiğine inanılır. Bu kategoride, ABD diğer ülkelere kıyasla daha iyi sonuçlara sahiptir (Anderson, 2001). Bu özellik, ABD sağlık sisteminin temel sağlık sorunlarını koruyucu hekimlik

yaklaşımıyla çözmeye odaklanmaktan ziyade yüksek tıbbi teknoloji kullanımına dayalı, tedavi edici hekimliğe yöneldiğini desteklemektedir.

Tablo 5'te toplum sağlığının sosyal belirleyicilerine yer verilmiştir. ABD, OECD ülkeleri içinde kişi başına düşen GSMH oranı açısından ikinci sırada olmasına karşın, gelir dağılımındaki eşitsizlik, çocuk yoksulluk oranı ve sosyal altyapıya kamusal harcama oranı açısından diğer OECD ülkelerine kıyasla oldukça olumsuz durumdadır. Düşük ücretli iş oranı çok yüksektir. OECD ülkeleri arasında işsizlik yardımı en düşük düzeydedir (OECD, 2001; European Institute of Japanese Studies, 2002).

Daha önce değinildiği üzere son istatistik analizlerinde toplumdaki yoksul insanların oranında artış saptanmıştır (2003'te %12.5). 2003 yılı verilerinde 18 yaşın altındaki siyahi ve Hispanik çocukların %60'ı yoksul olarak saptanmıştır. 65 yaşın üzerindeki siyahi ve Hispaniklerin ise %50'den fazlası yoksuldur (National Center for Health Statistics Health, United States, 2005).

Tablo 4. Bazı merkez kapitalist ülkelerde toplumsal sağlık göstergeleri (1999 -2000)

Ülke	Doğuştan yaşam beklentisi (yıl)			60 yaş sonra yaşam beklentisi (yıl)	
	BÖH (binde)	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
Almanya	4.4	74.7	80.7	19.0	23.3
İngiltere	5.6	75.0	79.8	18.8	22.6
Kanada	5.3	76.3	81.7	20.0	24.2
Japonya	3.2	77.6	84.6	21.0	26.4
ABD	7.1	73.9	79.4	19.6	23.1

Kaynak: OECD, 2001

Tablo 5. ABD, İsveç ve Kanada'da sağlığın sosyal belirleyicileri, OECD sıralamaları

Gösterge	ABD	Sıra	İsveç	Sıra	Kanada	Sıra
Kişi başına GSMH (dolar)	36.500	2/30	25.600	17/30	28.800	8/30
Gini Katsayısı(%)	34.5	18/21	23.0	3/21	28.5	13/21
Çocuk yoksulluk oranı (%)	22.4	22/23	2.6	1/23	15.5	17/23
İşsizlik oranı (%)	4.8	12/30	4.9	13/30	7.2	21/30
Düşük ücretli oranı (%)	24	24/24	5	1/24	21	20/24
İşsizlik yardımı alanların toplam nüfustaki payı (%)	14	18/20	29	11/20	28	13/20
Eğitim harcamalarının GSMH'deki payı(%)	5.2	12/28	6.8	1/28	5.4	10/28
Kamu sosyal harcamalarının GSMH'deki payı (%)	16	24/28	33	1/28	17	23/28
GSMH'den sağlığa yapılan toplam harcamalarda kamunun payı (%)	45.0	28/29	84.3	4/29	69.4	22/29

Kaynak: OECD, 2001; European Institute of Japanese Studies, 2002

Sağlık harcamalarındaki artış

ABD, 2000 yılında ulusal gelirinin 1/6'sını (kişi başına 3000 doları geçecek miktarda) sağlık alanına harcamasına ve yıllık sağlık harcaması diğer sanayileşmiş ülkelere çok daha fazla olmasına (2000 yılında GSMH'nin %15'i) rağmen benzer ölçüde sanayileşmiş ülkelere kıyasla sağlık göstergelerinde belirgin bir iyileştirme gerçekleştirememiştir (Deckers, 2000). 1980'lerde GSMH içinde sağlık harcamaları oranı %8.8 iken, 2002'de 14.9'a yükselmiştir (Şekil 2). Bu artışın 2012 projeksiyonu %17.7 ve 2013 projeksiyonu %20 olarak belirlenmiştir (Wolff, 2006).

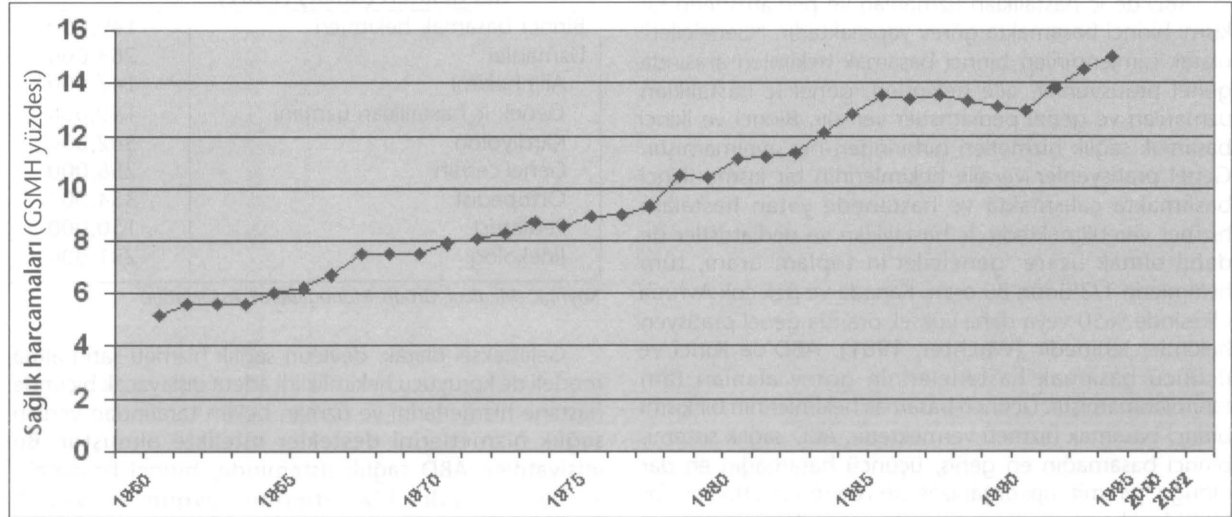
2003 yılında sağlık harcamalarındaki artış %7.7 oranında olmuş ve 1.7 milyar dolara ulaşmıştır. Böylelikle ilk defa GSMH'nin %15'i geçilmiştir (Şekil 2). Bu artış son on yılda yürütülmeye çalışılan sıkı maliyet kontrolü politikalarına rağmen gerçekleşmiştir.

Kişi başına sağlık harcaması 1980-2002 arasında 1300 dolardan, 5400 dolara yükselerek 4 kat artmıştır (Şekil 3) (Levit, 2004). Bu artış sağlık sigorta primlerine de yansımıştır. 2005 yılında, sağlık sigorta primleri, ücretlerdeki artışın 5 katına denk gelecek şekilde %11.2 oranında artmıştır. Kişi başına sağlık harcaması ABD içinde bölgeler arası farklılık gösterir. Ancak, daha yüksek sağlık harcaması yapan bölgelerde sağlık ölçütlerinin diğer bölgelerden daha iyi değildir (Fisher, 2003).

Sağlık hizmeti organizasyonu ve hekim dağılımı

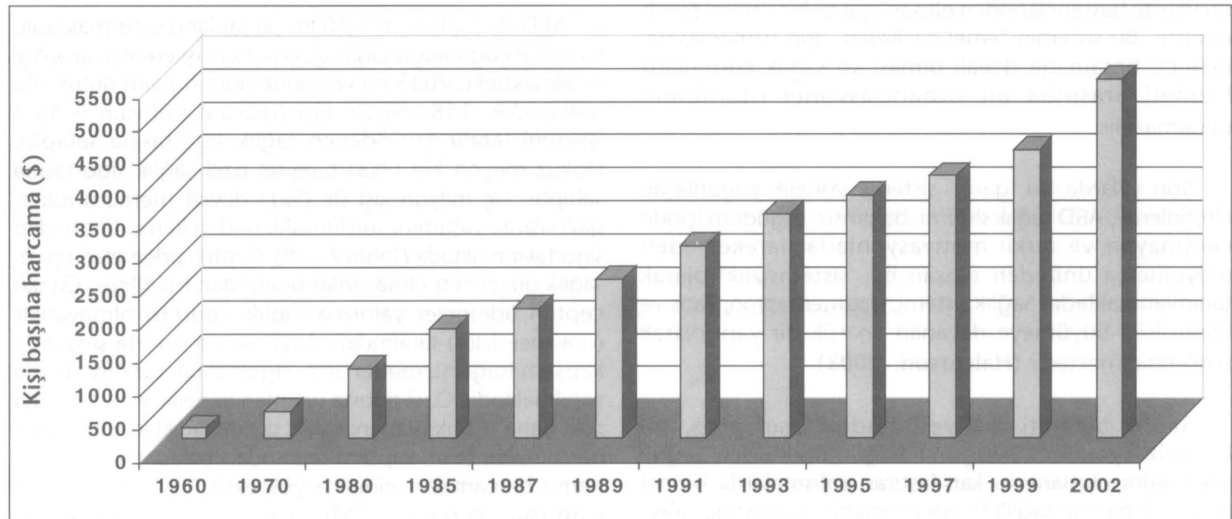
ABD'de basamaklara ayrılmış bir sağlık hizmeti ve sevk zinciri yoktur. Sağlık sigortası olan hastalar kendi seçimlerine göre diledikleri bir kurumdan sağlık hizmeti talep edebilirler. Hastaların genel eğilimi, önceden belirlenmiş bir birinci basamak hekimi (pratisyen hekim) tarafından değerlendirilmeden, hastalıklarının semptomları

Şekil 2. ABD Sağlık harcamaları (Gayri safi milli hasıla'nın yüzdesi)



Kaynak: Hefler, 2003

Şekil 3. ABD Kişi başına sağlık harcamaları



Kaynak: Hefler, 2003

ile ilişkili olduklarını düşündükleri bir uzmana başvurmaları şeklindedir. Hastaların sorunları ile ilgili "alanındaki en iyi hekim (!)" sloganı aracılığı ile üçüncü basamağa ve aşırı uzmanlaşmış hekimlere yönlendirilmesine, uzmanlaşmaya dayalı sağlık hizmeti öncülerinden olan Mayo Klinik'in adıyla "Mayo Klinik Sendromu" denilmektedir.

Birinci basamakta yer alan hekim sayısı yetersizdir. ABD'li hekimlerin yalnızca %13'ü genel pratisyen ya da aile hekimidir (Pasco, 2003). 1940'larda hekimlerin ¾'ü genel pratisyen iken, bu oran yıllar içinde düzenli biçimde azalmıştır (Star, 1982). ABD'de 90'lı yıllardan itibaren birinci basamaktaki hekim açığını karşılamaya yönelik adım, hemşire ve hekim yardımcılarını olarak tanımlanan ara bir meslek grubunun devreye sokulması ve bu grubun birinci basamak hizmetlerini üstlenmesi olmuştur (Bodenheimer, 2005).

ABD'de iç hastalıkları uzmanları ve pediatristlerin bir kısmı birinci basamakta görev yapmaktadır. "Genelciler" olarak isimlendirilen birinci basamak hekimleri arasında genel pratisyenler, aile hekimleri, genel iç hastalıkları uzmanları ve genel pediatristler yer alır. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri birbirinden net ayrılmamıştır. Genel pratisyenler ve aile hekimlerinin bir kısmı, ikinci basamakta çalışmakta ve hastanede yatan hastalara hizmet verebilmektedir. İç hastalıkları ve pediatristler de dahil olmak üzere 'genelciler'in toplam oranı, tüm hekimlerin 1/3'üdür. Bu oran, Kanada ve pek çok Avrupa ülkesinde %50 veya daha yüksek oranda genel pratisyen hekimler lehinedir (Wachter, 1981). ABD'de ikinci ve üçüncü basamak hastanelerinin görev alanları tam tanımlanmamıştır. Üçüncü basamak hekimlerinin bir kısmı birinci basamak hizmeti vermektedir. ABD sağlık sistemi, birinci basamağın en geniş, üçüncü basamağın en dar olduğu 'piramit' tipi organizasyon yerine, en altta çok dar bir birinci basamak ve geniş spektrumda ikinci ve üçüncü basamak hizmeti veren çok sayıda hastaneden oluşan bir orta katman ve en üstte az sayıdaki süper uzmanlaşmış üniversite hastanelerinden oluşan 'garip' bir sistemi tercih etmiştir. Bu sistemin temel özellikleri, aşırı uzmanlaşma, üçüncü basamağa dayalı olması ve sağlık kurumları/ hizmeti arasında bir organizasyonel işbirliğinin olmamasıdır.

Son yıllarda bu 'garip' sisteme yönelik yoğunlaşan eleştirilerde, ABD sağlık sistemi, bağımsız, eşgüdüm içinde çalışmayan ve farklı motivasyonlarla hareket eden milyonlarca üniteden oluşan bir 'sistemsizlik' olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sistemi, fragmentasyon, kaos ve kontrolsüz büyümeye dayanan anarşik bir yapı olarak nitelendirilmektedir (Halvorson, 2003).

Sağlık hizmeti maliyetlerindeki aşırı artış, bu organizasyon bozukluğuna bağlanmaktadır. Sağlık sistemlerini uluslararası karşılaştıran çalışmalarda birinci basamak temelli sağlık hizmeti organizasyonlarına sahip ülkelerde hastaların sağlık hizmetinden tatmin olma

oranlarının çok daha yüksek olduğu, BÖH ve doğumda beklenen yaşam süresi gibi halk sağlığı göstergelerinin daha iyi olduğunu göstermiştir (Macinko, 2003).

ABD sağlık sistemindeki üçüncü basamak ağırlığı, bir ölçüde tıp eğitiminin biyomedikal modele ve uzmanlaşmaya dayalı olmasındandır. Sigorta sistemi ve finansmanı da hastaları üçüncü basamağa yönlendirecek özellikler taşımaktadır. Birinci basamakta çalışan hekimlerin kazançları ile uzman hekimlerin kazançları arasında ciddi fark vardır (Tablo 6) (Wassenaar, 2001). Öte yandan son yıllarda piyasa müdahaleleri, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının gelirlerinin düşmesine yol açmıştır. 1991-2005 arasında tıp uygulamaları maliyeti %41 artarken, hekimlere yapılan ödemelerdeki artış %18'de kalmıştır. (Wolff, 2006). Hekimlere yönelik geri ödemelerde 2006'da %5.2'lik azalma olmuştur.

Tablo 6. Bazı uzmanlık alanlarına göre hekimlerin yıllık net gelirleri (dolar) (2001)

Birinci basamak hekimleri	149,000
Uzmanlar	263,000
Aile hekimi	147,000
Genel iç hastalıkları uzmanı	149,000
Kardiyolog	362,000
Genel cerrah	258,000
Ortopedist	354,000
Pediatrist	150,000
Jinekolog	231,000

Kaynak: Medical Group Management Association

Geleneksel olarak, devletin sağlık hizmeti satın alma modeli de koruyucu hekimlikliği adeta dışlayacak biçimde hastane hizmetlerini ve uzman hekim tarafından verilen sağlık hizmetlerini destekler nitelikte olmuştur. Bu inisiyatifler, ABD sağlık sisteminde, birinci basamak/ koruyucu sağlık hizmetlerinin uygun ve yeterli verilmemesine yol açmaktadır.

Sağlık hizmeti finansmanı

ABD'de toplumun %60'ını çalışanlar oluşturmaktadır. Nüfusun çoğunluğu sağlık güvencesini işverenleri aracılığı ile almaktadır. 2003 yılı verilerine göre toplam nüfus 288 milyondur. 158 milyon kişi (toplam nüfusun %55'i) işvereni tarafından ödenen sağlık sigortasına sahiptir. Dokuz milyon kişi (%3) bireysel özel sağlık sigortasına sahiptir. Üç milyon kişi de (%1) devlet memuru/asker/gazi olarak yaşamını sürdürdüklerinden kamu tarafından sigortalanmaktadır (Tablo 7 ve 8). Cepten ödemelerin payı, sağlık güvencesi olmayanlar oranından büyüktür. Çünkü cepten ödemeler yalnızca sağlık sigortası olmayanlar (güvencesizler) tarafından değil, ayrıca sigorta şirketinin kapsamadığı hizmetler için sigortalılar tarafından da yapılmaktadır. Özel sigorta şirketleri genellikle hastalanma riski daha düşük olan insanları sigortaladıkları için, sağlık harcamaları oranı kapsam oranından çok daha düşüktür. Kamu harcamaları oldukça yüksektir. Yaşlı ve özürlüler kamusal nitelikli "Medicare" ve "Medicaid" programlarından yararlanmaktadır.

Tablo 7. Sağlık güvence kapsam ve kaynağı (2002 yılı)

Sağlık güvencesi birincil kaynağı	Nüfus içindeki oran (%)
Sağlık güvencesi yok	15
Bireysel özel sağlık sigortası	3
İşveren temelli özel sigorta	55
Hükümet finansmanı	27
Toplam	100

Kaynak: Levit, 2004; U.S. Census Bureau: Health Insurance Coverage in the United States, 2002.

Tablo 8. Sağlık hizmeti finansmanı (2002 yılı)

Ödeme tipi	Bireysel sağlık harcamaları oranı (%)
Cepten ödeme	16
Bireysel özel sigorta	3
İşveren temelli özel sigorta	33*
Diğer özel fonlar	4
Hükümet finansmanı	44
Toplam	100

*Bu oran, federal ya da merkezi hükümet ve yerel işverenler yani tüm işverenler tarafından sağlanan özel sigortayı içerir. Dolayısıyla bir kısmı genel vergi gelirlerinden karşılanmaktadır.

Kaynak: Levit, 2004; U.S. Census Bureau: Health Insurance Coverage in the United States, 2002.

Kamusal sağlık finansmanı

Kamu aracılığı ile yürütülen iki tür 'Sağlık Destek Programı' söz konusudur: "Medicare" ve "Medicaid". "Medicare" 65 yaş ve üstündeki kişileri kapsar. Bu destek programından yararlanabilmek için sosyal güvenlik sistemine kayıtlı olmak ve öncesinde en az 10 yıl ödeme yapmış olmak zorunludur (Tablo 9). Bu koşulları yerine getiremeyenler için kişisel katkı yaparak "Medicare" B programına girme şansı tanınmaktadır. Pek çok yoksul ve göçmen "Medicare" koşullarını karşılayamamaktadır.

"Medicaid" ise çocuklu ve düşük gelirli aileleri, sakat ve körleri, yoksulluk sınırının altındaki ailelerdeki 6 yaşından küçük çocukları ve gebeleri, 4 kişilik yıllık geliri 18.400 doların altında olan ailelerdeki 19 yaşından küçük çocukları kapsamaktadır. 2002 yılı verilerine göre ABD'de 41 milyon kişi (nüfusun %14'ü) "Medicare" programı içinde, 34 milyon kişi (nüfusun %12'si) "Medicaid" programı içindedir (Tablo 10). Geri kalan 45 milyon kişi (%15) ise herhangi bir sağlık güvencesine sahip değildir.

Sağlık güvencesi olmayanlar ve ayrımcılık

Bugün itibarıyla dünyanın en varlıklı ülkesinde çoğu yoksul işçiler olmak üzere yaklaşık 45 milyon kişinin (toplumdaki her 6 kişiden birinin) hiçbir sağlık güvencesi yoktur (Şekil 4). 80'lerde %24 olan bu oran 2000'li yıllarda 2 katına çıkmıştır. Bu grubun büyük bir kısmını, patronların kendilerini sigorta ettirmemeleri nedeniyle

Tablo 9. Medicare (A programı) (2004 yılı)

Yararlanabilenler		
1. 65 yaşına giren Sosyal Güvenlik Sistemine kayıtlı herkes emekli olup olmadığına bakılmaksızın "Medicare" sistemine alınır. (Sosyal Güvenlik Sisteminde olmak için bu sisteme 10 yıl ödeme yapmış olmak gerekir. Ödeme yapan kişinin eşi de kapsar. Sosyal Güvenlik Sistemine kayıtlı olmayanlar aylık ödeme yaparak "Medicare" programına katılabilirler.)		
2. 65 yaşından küçük tam ya da kalıcı olarak sakat kişiler 2 yıl Sosyal Güvenlik Sisteminden sakat yardımı aldıktan sonra "Medicare" programına katılabilirler.		
3. Diyaliz ya da transplantasyon gerektiren kronik böbrek hastaları 2 yıllık bekleme dönemini takiben "Medicare" için hak kazanabilirler.		
Finansman		
Finansman Sosyal Güvenlik Sistemi aracılığıyla yapılır. İşverenler ve çalışanlar her biri ücret ve maaşlarının %1.45'ini "Medicare" programına öderler. Kendi işinde çalışanlar %2.9 öder.		
Sağlık hizmetlerinin kapsamı		
Hizmet	Yararlanım	"Medicare"
Hastane yatışı	İlk 60 gün 61-90 gün 91-150 gün	Tamamı (her hastalık dönemi için 876dolar) Tamamı (üst sınır: 219 dolar/gün) Tamamı (üst sınır: 438 dolar/gün)
Hemşirelik bakımı	İlk 20 gün 21-100 gün	100 günden sonra Tamamı Tamamı (üst sınır: 109.50 dolar/gün) Hiç ödemez
Evde bakım	Hastalık başına 100 ziyaret	Tamamı
Hospis (ölümcül hasta) bakımı	Terminal dönemdeki hastalar için	Tamamı
Bakımevi	Genellikle hasta birey öder	Hiç ödemez

Tablo 10. Sağlık sigortası kaynağı ve kapsamındaki nüfus (2002 yılı)

	Kapsamındaki Kişi Sayısı (milyon)	(%)
"Medicare"	41	14
"Medicaid"	34	12
İşveren temelli özel sigorta	158	55
Bireysel özel sigorta	9	3
Memur, asker, gazi, emekli asker	3	1
Sigortası yok	44	15
Toplam Nüfus	288	100

Kaynak: U.S. Census Bureau. Health Insurance Coverage in the United States, 2002.

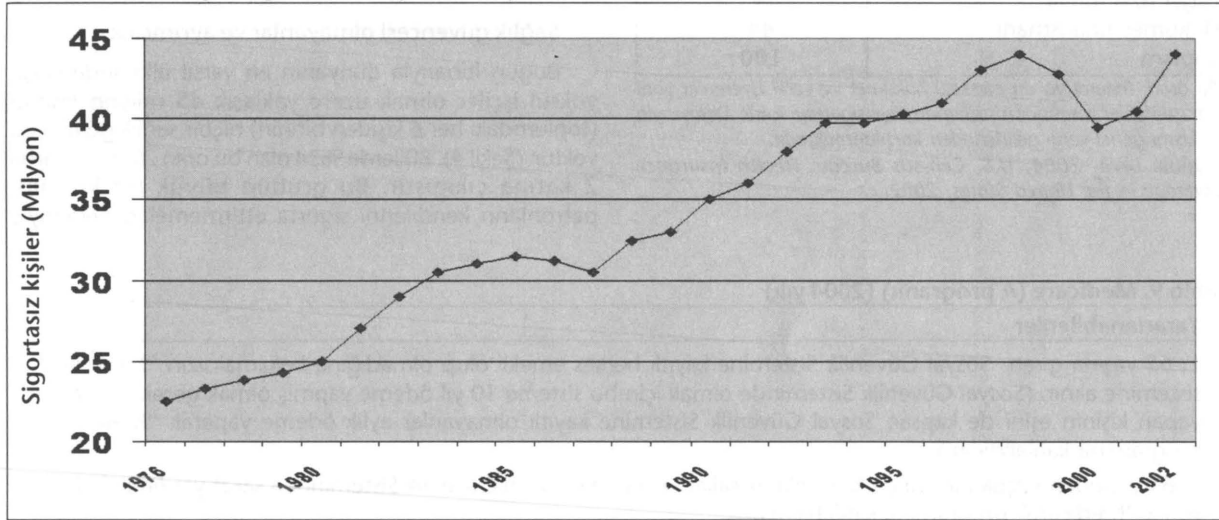
"sigortasız" durumundaki çalışan kesim oluşturmaktadır. Bu kişiler genellikle devletin sunduğu destek programlarından (Medicare" ve "Medicaid) yararlanmak için gerekli koşulları sağlayamazlar. Oldukça pahalı olan

özel sağlık sigortası yaptırmaları da olanaksız olmaktadır. Özellikle düşük gelirli işçiler en olumsuz etkilenen kesimdir (US Census Bureau, 2003).

Bu durum, toplumdaki etnik köken ve gelir farklılıklarına da ayrımcılık olarak yansımaktadır. Latin kökenlilerin (Hispanikler) %32'si, Asya kökenlilerin %18'i ve siyahilerin %20'sinin sağlık güvencesi yoktur (Şekil 5). Yıllık hane geliri 25.000 dolardan az olan kişilerde sağlık güvencesi olmama sıklığı %24'tür. "Medicaid" programına rağmen federal yoksulluk sınırının altındaki kişilerin %30'unun sağlık güvencesi yoktur. Yoksul ve azınlık olan birinin sağlık güvencesi olmama olasılığı varlıklı ve beyaz bir kişiye kıyasla 4 kat yüksektir (US Census Bureau, 2003).

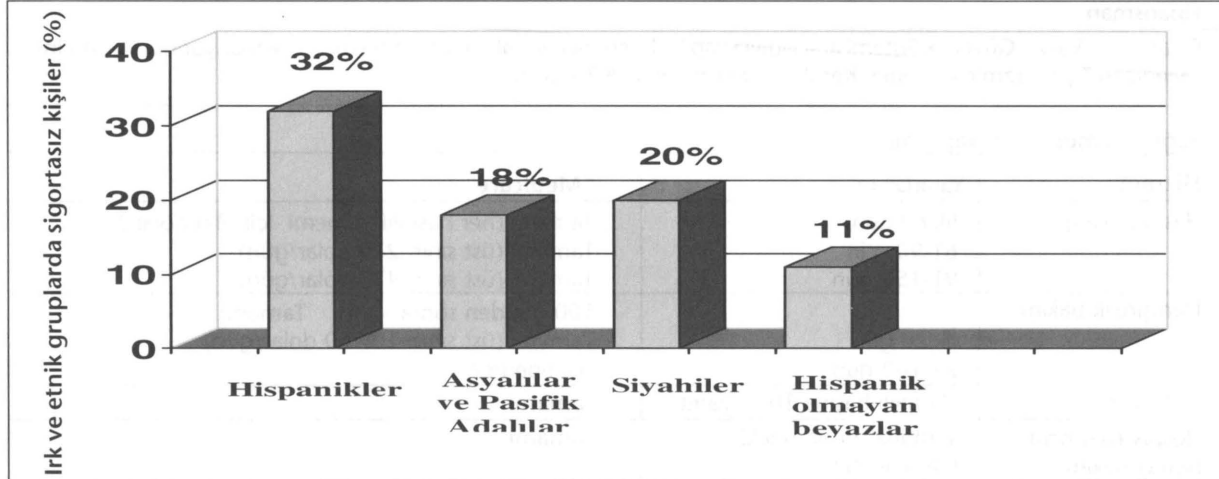
Çalışmalar, sağlık güvencesi olmayan kişilerde önlenebilir hastalık sıklığının daha yüksek, bebek doğum ağırlığının daha düşük, hekime ulaştıklarında

Şekil 4. ABD'de sağlık sigortası olmayan kişi sayısı (1976-2002)



Kaynak: U.S. Census Bureau, 2003

Şekil 5. Sağlık sigortası olmayan kişilerin ırk ve etnik kökenlerine göre nüfus içindeki oranları (2002)



Kaynak: U.S. Census Bureau, 2003, www.census.gov

hastalıklarının daha ağır, ölüm oranının sağlık güvencesi olanlara kıyasla 2 kat yüksek olduğunu göstermektedir (Bodenheimer, 2005)

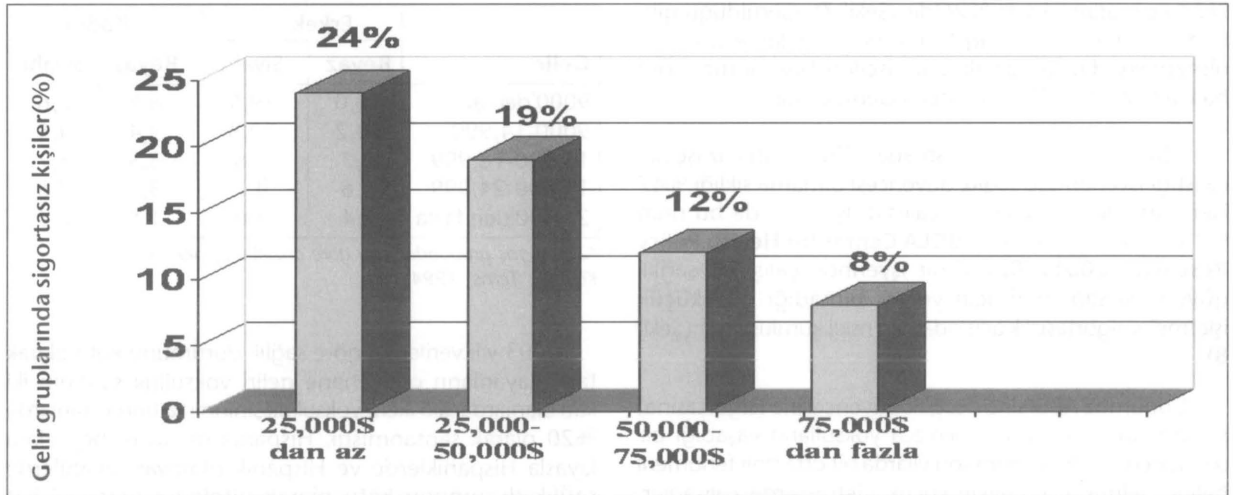
Sağlık güvencesinden tümüyle yoksun bu insanlara toplumdaki sağlık güvencesi tam olmayan (kapsamı dar sigortalılar) kişiler eklendiğinde sağlık hizmetine erişimde büyük zorluk yaşayan kişilerin oranı nüfusun %57'sine, yani toplumun yarısından fazlasına erişmektedir. Bu kesimin yaş aralığı 19-35'tir. Yaşları gereği ülkenin işgücünü (çalışanlar) oluşturan bu insanlar, yıllık gelirleri 20.000-60.000 dolar arasında değişen, çocuk sahibi anne ve babalardır (Commonwealth Fund Task Force on Academic Health Centers, 1999).

Nüfusun büyük çoğunluğunun sağlık sigortasına patronları aracılığı ile ulaştığına değinilmişti. Ancak, bu durum son yıllarda hızla kötüleşmektedir. Son 10 yılda sağlık güvencesi patronu tarafından karşılanan çalışan oranı %69'dan %64'e düşmüştür (Kronick, 1999). Bu

düşme eğiliminin artarak süreceği beklenmektedir. Bu durumdan sağlık hizmetlerindeki çok yüksek maliyetler sorumlu tutulmaktadır. Son 20 yılda kişi başına sağlık harcaması %60 artmıştır. Kişi başına sağlık harcaması 1980'de yaklaşık 1000 dolar iken, 1991'de yaklaşık 3000 dolar ve 2002'de yaklaşık 5500 dolara yükselmiştir (Heffler, 2003). Artan maliyetleri karşılamak, hizmet sektöründe çalışan küçük ölçekli iş yerleri için olanaksız hale gelmiştir.

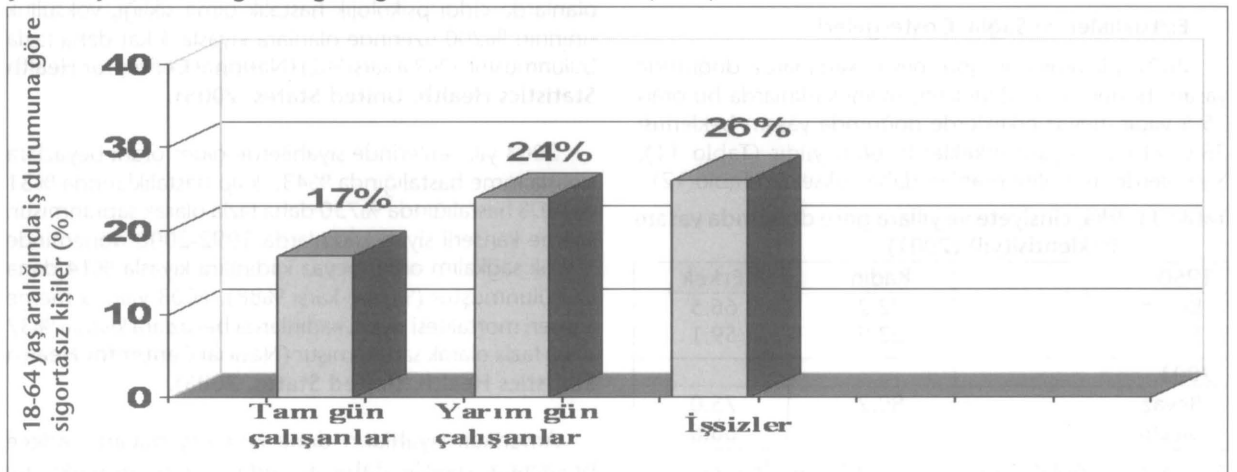
Her yıl bir milyondan fazla insan sağlık sigortasını kaybetmekte, 62 milyon insanın sağlık güvence kapsamı daralmakta ya da sigorta primleri artmaktadır. Bazı işverenler, sigorta priminin bir kısmını ödemekte ve geri kalan kısmının çalışan tarafından tamamlanmasını istemektedir. Ancak, yapılan küçük yardımların çalışan tarafından tamamlanması yıllık 20.000-60.000 dolar gelir düzeyindeki kişiler için çoğu kez olanaksız olmaktadır (Deckers, 2000). Yoksullarda sağlık sigortası olmama oranı daha yüksektir (Şekil 6).

Şekil 6. Gelire göre sağlık sigortası olmama oranı (2002)



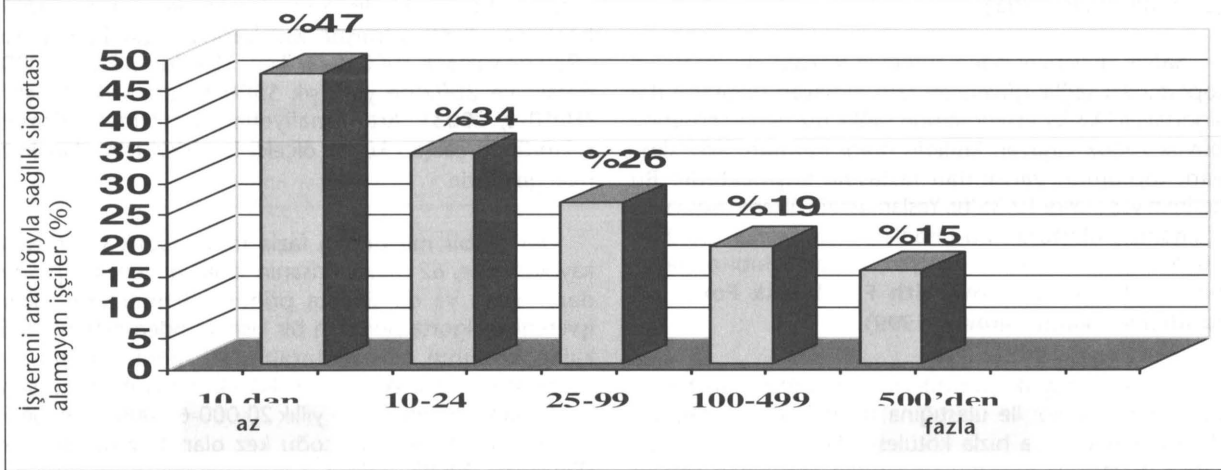
Kaynak: U.S. Census Bureau, 2003, www.census.gov

Şekil 7. İş durumuna göre sağlık sigortası olmama oranları (2002)



Kaynak: U.S. Census Bureau, 2003, www.census.gov

Şekil 8. İşyerindeki işçi sayısına göre işvereni aracılığıyla sağlık sigortası alamayan işçilerin oranı (%). California, Los Angeles, 1999)



Kaynak: Brown, 2001.

Tam gün çalışanlarda sağlık güvencesine sahip olamama sıklığı %17, yarı zamanlı çalışanlarda bu oran %24 ve iş arayanlarda %26'dır (Şekil 7). Görüldüğü gibi tam zamanlı çalışma sağlık güvencesi sağlamaya yeterli olmamaktadır. Sendikalı çelik işçileri bile bütün tıbbi harcamaların %32'sini cepten ödemektedir.

2001'de yapılan bir çalışmada 10'dan daha az işçinin çalıştığı işyerlerinde sağlık güvencesi olmama sıklığı %47 iken, 500'den fazla işçinin çalıştığı işyerlerinde bu oran %15 olarak saptanmıştır (UCLA Center for Health Policy Research, 2001). Büyük bir işyerinde çalışmak sağlık güvencesi sağlamak için yeterli olmadığı gibi küçük işletmeler sigortasızlık açısından en riskli kuruluşlardır (Şekil 8).

Günümüz ABD'sinde sağlık güvencesine (sigortasına) sahip olamama sorunu yalnızca yoksulların yaşadığı bir sorun değildir. Bu durum son yıllarda bir orta sınıf fenomeni haline gelmiştir. Özellikle küçük işletmelerde çalışanlar, hatta kendi işinin sahibi olan kişiler de bu sorunu yaşamaktadırlar.

Eşitsizlikler ve Sağlık Göstergeleri

2001 yılı verilerine göre beyaz kadınlarda doğumda yaşam beklentisi 80.2 yıl iken, siyahi kadınlarda bu oran 75.5 yıldır. Beyaz erkeklerde doğumda yaşam beklentisi 75.0 yıl iken siyahi erkeklerde 68.6 yıldır (Tablo 11). Siyahilerde mortalite oranları daha yüksektir (Tablo 12).

Tablo 11. Irka, cinsiyete ve yıllara göre doğumda yaşam beklentisi (yıl) (2001)

1950	Kadın	Erkek
Beyaz	72.2	66.5
Siyahi	62.9	59.1
2001		
Beyaz	80.2	75.0
Siyahi	75.5	68.6

Kaynak: U.S. Department of Health and Human Services. Health United States 2003, www.cdc.gov.

Tablo 12. Gelir gruplarına (dolar), ırka ve cinsiyete göre kaba ölüm hızları (binde) (1986)*

Gelir	Erkek		Kadın	
	Beyaz	Siyahi	Beyaz	Siyahi
9000'den az	16,0	19,5	6,5	7,6
9000-14,999	10,2	10,8	3,4	4,5
15,000-18,999	2,7	9,8	3,3	3,7
19,000-24,999	4,6	4,7	3,0	2,8
25,000'den fazla	2,4	3,6	1,6	2,3

*25-64 yaş grubunda yaşa göre düzeltilmiş ölüm hızları
Kaynak: Terris, 1994.

2003 yılı verilerine göre sağlık durumunu kötü olarak tanımlayanların oranı hane geliri yoksulluk sınırının iki katı olanlarda %6 iken, yoksulluk sınırının altında olanlarda %20 olarak saptanmıştır. Hispanik olmayan beyazlara kıyasla Hispaniklerde ve Hispanik olmayan siyahilerde sağlık durumunu kötü olarak niteleme oranı iki kat yüksektir. Erişkinlerde ciddi psikolojik rahatsızlık oranı 2002-2003 yılında %3'tür. Yoksulluk sınırının altında olanlarda ciddi psikolojik hastalık olma sıklığı, yoksulluk sınırının %200 üzerinde olanlara kıyasla 4 kat daha fazla bulunmuştur (%9'a karşı %2) (National Center for Health Statistics Health, United States, 2005).

2003 yılı verilerinde siyahilerde ölüm oranı beyazlara kıyasla inme hastalığında %43, kalp hastalıklarında %31 ve AIDS hastalığında %750 daha fazla olarak saptanmıştır. Meme kanserli siyah kadınlarda 1992-2000 döneminde 5 yıllık sağkalım oranı beyaz kadınlara kıyasla %14 daha az bulunmuştur (%74'e karşı %88). 2003 yılında meme kanseri mortalitesi siyahi kadınlarda beyazlara kıyasla %37 daha fazla olarak saptanmıştır (National Center for Health Statistics Health, United States, 2005).

Amerikalı siyahların daha kısa yaşamaları, sadece beyazlara kıyasla daha az gelire sahip olmaları ile açıklanamaz. Siyahilerin sağlık sigortasına beyazlar kadar

Tablo 13. Irka ve etnik kökene göre BÖH (binde), 2001

Etnik Köken	BÖH (binde)
Beyaz, Latin olmayan	5.7
Siyahi	13.5
Latin	5.4
Asyalı ve Pasifik Adalı	4.7
Kızılderili	9.7

Kaynak: U.S. Department of Health and Human Services. Health United States 2003, www.cdc.gov.

sahip olamamaları, düzenli bir sağlık hizmeti elde edememeleri, siyahılara yönelik eğitim çabalarının başarısızlıkla sonuçlanması ve diğer sosyal bozukluklar bu sonucu yaratmaktadır (Commonwealth Fund Task Force on Academic Health Centers 1999; Kassirer, 1995)

BÖH, siyahilerde diğer etnik grup ve ırklara göre çok daha yüksektir (%13.5, 2001 yılı) (Tablo 13). 2005 yılında yayınlanan verilerde BÖH'de de ırk ve etnik köken farklılıkları devam etmektedir. 2002 yılı istatistiklerde yenidoğan mortalitesi, Hispanik olmayan siyahi annelerde %13, Havaii annelerde %9.6, Çinli annelerde %3 ve Kübalı annelerde %3.7 bulunmuştur (National Center for Health Statistics Health, United States, 2005).

Bir çalışmanın sonuçlarına göre kalp-damar hastalığı olan siyahi bir kişinin bu hastalıktan ölme olasılığı aynı hastalığa sahip beyaz bir kişiye kıyasla 1.8 kat daha yüksektir. Bir işçinin bu hastalıktan ölme olasılığı bir avukata kıyasla 2.4 kat daha yüksektir. (Navarro, 2003).

İlaç ve ilaç endüstrisi

ABD'de ilaç fiyatları diğer ülkelere kıyasla oldukça yüksektir. Bir araştırmada, yaşlıların %35'inin ilaçlarına para yetiştirebilmek için yiyecek alımında kısıntı yaptığını ortaya konmuştur (Hall, 2001). 1988'de ilaç harcamaları sağlık harcamalarının %5.5'ini oluştururken, bu pay 2002'de %10.5'e yükselmiştir. (Bodenheimer, 2005). İlaç bedelleri çok büyük oranda hastalar tarafından cepten ödenmekte, sigorta şirketleri reçete edilen ilaç masraflarını karşılamamaktadır. Son yıllarda bu konudaki kamuoyu baskısı sigorta şirketlerinin ilaç ödemelerini daha çok kapsamaya yönelmesine rağmen, 2001 yılında ilaç bedellerinin ancak %43'ü sigorta şirketleri tarafından ödenmiştir (Iglehart, 2001).

Pazar ekonomisi mantığı, ilaç firması yöneticilerinin, firma sahipleri ve hissedarlarının çıkarlarını korumak ve geliştirmek üzerinedir. ABD'de ilaç, sağlığa erişimde stratejik bir ürün gibi ele alınmamakta diğer tüketim ürünleri gibi değerlendirilmektedir. İlaç endüstrisinin birincil önceliği kar etmektir. İlaç şirketleri ABD'de en karlı şirketlerdir. Vergiden sonra net kar oranı %20'dir. Oysa bu oran en tepedeki diğer sektörler için %9'dur (Bodenheimer, 2005). Pek çok ülkenin aksine ABD'de ilaç fiyatlarını kontrol eden bir mekanizma yoktur. Firmalar arası rekabet yoluyla fiyatların düşmesi de patent yasaları ile engellenmiş durumdadır. Bir ilaç buluşu ve üretimi 20 yıl patent koruması altındadır. Bu sürede diğer firmalar bu

ilaç üretemez. 20 yıl dolduğunda ise pek çok büyük firma patent koruma süresinin uzatılması için yasama organları nezdinde çok ciddi çaba göstermektedir. Sıkça kullanılan başka bir engelleme diğer firmalara para vererek ucuz jenerik ilaç üretmemelerini sağlamaktır (Hall, 2001). Bunlara ek olarak ilaç firmaları, hekimlerin ve hastaların jenerik ilaç yazmamaları/kullanmamaları için televizyon reklamlarına, kongre sponsorluklarına, hekimleri ziyaret eden ilaç röprezentlarına ve dergi reklamlarına çok ciddi miktarda para harcamaktadırlar. 2000 yılı için bu rakam, 16 milyar dolardır (Kreling, 2001). Bu durum ABD basınında ilaç sektörünün "halk düşmanı" olarak nitelendirilmesine kadar varmıştır (Haris, 2001). İlaç şirketleri yüksek ilaç fiyatlarına gerekçe olarak araştırma ve geliştirme (AR-GE) yatırımlarını göstermektedirler. Oysa büyük ilaç şirketlerinin yıllık bilançoları farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. ABD ilaç şirketleri, AR-GE için 2002 yılında gelirlerinin %14'ünü harcamıştır. Pazarlama ve yönetim için ise bu oran %33'tür. Vergiden sonra net kar %21 olarak gerçekleşmiştir (Reihardt, 2004).

Kamusal destek programlarının etkinliği

Yoksul ve yaşlılara destek olmak için geliştirilmiş kamusal programlar olan; "Medicare" ve "Medicaid" sistemleri çok ciddi eksiklikler içermeleri bir yana son yıllarda yaşanan finansman sorunları ile çökme eğilindedirler. ABD Kongresi, "Medicare Insurance Trust Fund"ın çökmek üzere olduğunu 1997'de kamuya duyurmak zorunda kalmıştır. Hastanelere ve hekimlere yapılacak geri ödemelerin büyük risk altında olduğu ilan edilmiştir. Federal düzeyde bütçe açığının, sağlık harcamaları dahil tüm harcamalarda tasarrufa gidilerek kapatılması, yegane çözüm olarak benimsenmiştir. İşverenler, hükümetten sağlık hizmeti maliyetlerinin düşürülmesini talep etti. İşverenler, çalışanların sağlık sigortaları için yaptıkları ödemelerin karlarını erittiğini ve uluslararası rekabet güçlerini yitirdiklerini öne sürdüler. "Medicare" ve "Medicaid" sağlık sigortalarının kapsam darlığı ve yetersiz sağlık hizmeti sağlamaları en az finansman soruna kadar önemlidir. Devletin yaşlılara sunduğu destek programı "Medicare", sağlık harcamalarının yalnızca %43'ünü karşılamaktadır. Yapılan bir çalışmada "Medicaid" hasta grubuna ve sağlık güvencesi olmayanlara kıyasla özel sağlık sigortasına sahip olan kişilerde meme kanserinde erken tanı oranı anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 14). Özel sağlık sigortasına sahip kişilerde meme kanserinden ölüm riski diğer iki gruba göre anlamlı derecede daha az bulunmuştur "Medicaid" sisteminde olan kişiler ile sağlık güvencesi olmayanlar arasında ise fark bulunmamıştır (Tablo 15), (Ayanian, 1993).

Devletin "Medicaid" ve "Medicare" için ödediği ücret hastane ve hekimler tarafından yetersiz bulunmaktadır. Hastane ve hekimler bu hastaları kabul etmekte isteksiz davranmaktadır. Bir araştırmada hekimlerin %61'inin "Medicaid" sisteminde yer almayı ret ettiği ya da hizmet verdikleri "Medicaid" hasta sayısında kısıtlamaya gittiği saptanmıştır. "Medicaid" hastalarının özel sağlık sigortalı

Tablo 14. Tanı konduğunda meme kanseri evresi, New Jersey, 1985-1987.

	Erken evre yalnızca memede	Bölgesel lenfnodlarında yayılımvar	Uzak organlara yayılımvar
Özelsigortalı	%54	%39	%7
Sigortasız	%45	%43	%12
"Medicaid"	%46	%37	%17

Kaynak: Ayanian, 1993.

Tablo 15. Meme kanserinden görece* ölüm riski, New Jersey, 1985-1987.

Özel sigortalı	1.00
Sigortasız	1.49
Medicaid	1.40

*Görece risk, yaş, ırk, medeni durum, gelir ve tanı anında hastalığın evresine göre düzeltilmiştir.

Kaynak: Ayanian, 1993.

hastalara kıyasla tanı anında daha ağır hasta (daha ilerlemiş hastalık) oldukları gösterilmiştir. (Bodenheimer, 1997). Sonuç olarak, ABD'de sağlık güvencesinin tipi (özel ya da kamu) verilen sağlık hizmetini ve sonuçlarını ciddi olarak etkilemektedir. Kamusal destek programları aracılığı ile sağlanan sağlık sigortası kapsam ve nitelik olarak yetersizdir.

"Medicare" krizi yüzünden 41 milyon yararlanıcının yaklaşık yarısı, 2003 yılında ek özel sigorta yaptırmak zorunda kalmıştır. Özel ek sigortalar 2000 yılından itibaren çok ciddi maliyet artışı göstermiş; her yıl %10 artarak bazı poliçelerin yıllık 10 000 dolardan daha yüksek olmasına yol açmıştır (Wolff, 2006).

Özel sağlık sigortası etik ve etkinlik

Kamusal destek programlarının kapsam darlığı ve yetersizlikleri ABD'de insanları özel sağlık sigortası yaptırmak zorunda bırakmaktadır. Bu nedenle çok sayıda insan (ve çoğu patronları aracılığı ile) özel sağlık sigortası kapsamındadır. Sigorta şirketleri sağlık sistemi içinde çok ciddi güç sahibidir ve önemli etik sorunlara yol açmaktadır (Bodenheimer, 2005). Hastaların nasıl bir tedavi alacağı hekimden çok sigorta şirketlerince belirlenmektedir. Özel sağlık sigortasına sahip olmak hiç kolay değildir. Risk gruplarının sigorta ücretleri çok yüksektir. Sağlık hizmetine en çok ihtiyacı olanların (örneğin kronik hastalıkları olanlar) ödeme güçlerine uygun bir sigorta bulmaları çok güçtür. Bu durum, en temel adalet ilkesi ile çelişmektedir: En çok ihtiyacı olanın hizmet alma şansı en düşüktür. Özel sağlık sigortası yaptırmış kişilerin yaklaşık 32 milyonunun büyük sağlık harcamaları sigorta kapsamı dışındadır (Shearer, 1998). Özel sağlık sigortalılarının ödeyeceği miktar yaşam boyunca en fazla 1 milyon dolar ile sınırlıdır. Oysa kardiyovasküler cerrahi, protez kullanılan ortopedi ameliyatları, kalp, karaciğer, böbrek, kemik iliği nakilleri ya da trafik kazalarının yol açtığı kafa travmaları örnekleri

gibi pek çok durumda hastane giderleri bu limiti kat kat aşmaktadır. Sigorta poliçelerinin %60'ı önceki sağlık sorunlarını kapsamaz. Kişilerin sigorta öncesi durumları (örneğin diabet, hipertansiyon astım vb. gibi kronik hastalıklar) ile ilgili olabilecek her türlü sağlık sorunlarında şirket ödeme yapmamaktadır (Sullivan, 1991). 1996 yılında hükümet sigorta şirketlerini bu tutumlarını değiştirmeye zorladıysa da önemli bir fark yaratılmadı (Kuttner, 1997). ABD'de 65 yaş altı gruptaki yaklaşık 100 milyon kişide bir sağlık sorunu olduğu tahmin edilmektedir (Bodenheimer, 2005). Dolayısıyla yaşlı grupta olmayan 100 milyon kişi, sağlık sigortası yaptırmak "preexisting conditions" olarak isimlendirilen kronik bir sağlık sorununu sigorta kapsamına alırmayacaktır. Özel, "medicare", ya da "medicaid" bu sigorta tiplerinin hiçbirisi tüm sağlık sorunların kapsamaz. Sigorta kapsamı dışında kalan sağlık hizmetlerini hasta cebinden ödemek zorundadır. Düşük ve orta gelirli kişiler için sigorta kapsamı dışındaki ödemeleri yapmak ciddi bir finansal sorun oluşturmaktadır. Patronlar işçilerden sigorta primlerine katkıda ("copayments") bulunmalarını talep etmektedirler (Gabel, 2003). Patronu aracılığı ile sigortalı olmuş, bir işçiden hastane yatışında 1500 dolar cepten katkı yapması ve daha sonrası için günlük hastane faturasının %20'sini ödemesi talep edilmektedir (Robinson, 2002). ABD'de sigortalıların cepten ödeme yaptığı sisteme maliyet paylaşımı (cost sharing) denmektedir. Bir çalışmada, maliyet paylaşımı sisteminde olan kişilerin, özellikle yoksulların, ayaktan hastane hizmetleri (ambulatoriyer sağlık hizmetleri) almak için daha az başvurdukları, hekime daha az gittikleri gösterilmiştir. Endometrium kanseri taraması için "smear" testi yapılan kadınlar incelendiğinde, maliyet paylaşımı sistemindeki düşük gelirli kadınların, bu işlem için bedel ödemeyen kadınların %65'i kadar test yaptırdıkları saptanmıştır. Maliyet paylaşımı sistemindeki hipertansif kişilerde diyastolik kan basıncı daha yüksek, çocuklarda anemi oranı daha fazla ve aşılama oranı daha düşük bulunmuştur (Lohr, 1986; Lurie, 1987; Brook, 1983). Hipertansiyonlu hastalar arasında hipertansiyonu kontrol altına alınamamış kişilerde ilaç parası ödeme güçlüğü çekenlerin oranı %36.5 iken, tansiyonu kontrol altına alınmış kişilerde bu oran %15.5 bulunmuştur (Shulman, 1986). Maliyet paylaşım sistemi, getirdiği ekonomik yük nedeniyle insanların koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını engellemekte, sürekli kullanmaları gereken ilaçları alamamalarına yol açmakta ve hekime başvurmadan alı koymaktadır. ABD'de sağlık sigortası olan kişilere yapılan bir ankette, sigortalı olmalarına rağmen insanların %65'inin ihtiyacı olduklarında gerekli sağlık hizmetini alamayacaklarından endişe duydukları görülmüştür (Kaiser Family Foundation, 2000). Sonuç olarak, her şeyi kapsamayan sağlık sigortası ve maliyetin kişilerle paylaşıldığı sistem sağlığa erişimi engellemektedir.

Reform çabaları

Birinci Clinton hükümeti, 1994 yılında kurulduğunda sağlık reformunu öncelikli olarak programına aldı. Ancak, Hillary Clinton'ın önderlik ettiği; sağlık hizmeti sunumunda

ve finansmanında büyük değişiklikler öngören reform çabaları sonuçsuz kaldı. Aslında yeni bir serbest piyasa girişimi niteliğinde olan ve "Managed care" ismi verilen sağlık reformunun temel özellikleri, maliyet kontrolü ve sağlık alanında daha merkezi organizasyon idi. Kişi ve hasta başına yapılan kontratlarla, sigorta şirketleri ile sağlık hizmeti sunanların (hastanelerin, hekimlerin) "risk paylaşımının" sağlanması ve aşırı uzmanlaşmış sağlık hizmetinden birinci basamak sağlık hizmetine geçilmesi ön görüldü. Aslında bu reform özü itibarı ile sağlık sistemindeki asıl sorunu gidermeye yönelik değildi. Reform çabalarında sağlık harcamalarını azaltmaya çalışmak, birinci öncelik haline getirildi. ABD'nin ulusal sağlık sisteminin en büyük sorunu olan sağlık güvencesi olmayan milyonlarca insan bir yana bırakılmıştı. Buna rağmen piyasa güçleri reform çabalarından rahatsız oldular. Bu dönemde, sağlık sektöründeki güçlü özel gruplar, yasa taslağının aleyhine reklam kampanyaları yürüttüler; yaklaşık 100 milyon doları reklam kampanyalarına harcayarak çoğu kez yanlış bilgilerle toplumda kafa karışıklığına yol açtılar ve tasarının yasalaşmasını (Skocpol, 1995).

Tablo 16'da ABD sağlık sisteminin dönemsel özellikleri özetlenmiştir. "Managed care" reformundan önce sağlık sistemi şöyle çalışıyordu; kişiler kendileri ya da patronları aracılığı ile sigorta şirketlerine yıllık bir prim ödüyor.

Kişi hastalandığında hekimi, ne tür bir tedavi uygulanacağına ve kaç para fatura edileceğine karar verirdi. "Managed care" sisteminde hizmeti satın alanlar ve sigorta şirketleri, hastanın ne kadar ve ne tür sağlık hizmeti alacağına ve kimden (hastane / hekim) alacağına karar verir duruma geçtiler. Ayrıca hastane veya hekime ne kadar ödeneceğine de sigorta şirketleri karar vermeye başladı.

Özünde maliyet kontrolünü temel alan bu yaklaşım, sağlık sistemindeki asıl sorunu gidermekten; toplum sağlığına yönelik temel sağlık hizmetleri için gerekli finansman ve organizasyonu gerçekleştirmekten tamamen uzaktı. Hükümetin sağlık reformu konusundaki başarısızlığı özel sektörün piyasa koşullarını temel alan kendi reformlarını gerçekleştirmesine yol açtı. Bunun sonuçları ise oldukça dramatik oldu. Birçok hastane kapandı. Hastaların hastaneye yatırılma oranlarında ciddi azalmalar oldu. Hastalara sunulan özel ihtisas hizmetleri azaldı. Bu sistem sigorta şirketleri ve sağlık hizmeti satın alan gruplar lehine, sağlık hizmeti verenler (hastane ve hekimler) aleyhine idi. Maliyet kontrolü politikası hastanelerin ciddi gelir kaybı ile sonuçlandı. Bir süre sonra bu duruma karşı bir mücadele vermek üzere sağlık hizmeti sunucularının birlik halinde davranmaya başladı. Hastaneler bir araya gelerek sigorta şirketleri ve sağlık hizmeti satın alan gruplardan büyük fiyat artışları talep etti. Sağlık hizmeti sunucularının karşı devrimi olarak

Tablo 16 . Sağlık Sisteminde Önemli Dönemler

1945-1970: Hizmet sunucular ile Sigorta şirketleri arasında tam işbirliği dönemi Bağımsız hastaneler ve küçük muayenehane modelinde özel hekimlik Çok sayıda özel sigorta şirketleri Hizmet sunucular (hastaneler/hekimler) sigorta şirketleri üzerinde kendi kontrollerini kurdular Hizmet satın alanların (bireyler, iş yerleri yani işverenler -çalışanları için-, ve 1965'den sonra hükümet) sistem üzerindeki kontrol güçleri çok düşüktü Hizmet sunuculara (hastaneler/hekimler) büyük ödemeler yapıldı
1970'ler: Taraflar arasında gerilim baş gösterdi Hizmeti satın alanlar özellikle hükümet sağlık giderlerindeki artıştan endişe duydu Hizmeti satın alanların baskısı ile sigorta şirketleri hastanelerin ve hekimlerin yüklü faturalarını sorgulamaya başladılar
1980'ler: Hizmeti satın alanların güç kazanma dönemi Hizmeti satın alanlar (hükümete işverenler de katıldı) sağlık harcamalarındaki artıştan kaynaklanan rahatsızlıklarını sistemin algılamasını sağladılar Sağlık harcamalarını azaltacak tedbirlere başvuruldu: Medikal girişimlerin bedelleri belirlendi, "Health Maintenance Organization"(HMO)'lara sağlık hizmeti verecekleri kişi sayısı kadar önceden ödeme yapıldı, hizmet alımında kiminle kontrat yapılacağı fiyat üzerinden seçime tabii tutuldu vb. gibi
1990'lar: Hizmet sunucular ile sigorta şirketleri arasındaki işbirliğinin bitmesi Seçici kontrat yaklaşımı yaygınlık kazandı. Ucuz hizmet satın alımına çalışıldı Hizmeti sunanlar arasında daha ucuz bedelli hizmet için rekabet başladı Büyük entegre sağlık "network" ları oluşturuldu Hekimler 'solo' hekimlik yerine büyük gruplar halinde çalışacak biçimde organize oldular Sigorta şirketleri "managed care" piyasasının kontrolünü eline geçirdi Birincil amacı kar olmayan sağlık kuruluşları el değiştirdi. Kar amaçlı kuruluşlara dönüştürüldüler. Kar amacı güden sağlık kuruluşlarının önemi ve gücü arttı Sağlık sigorta şirketleri hizmet sunucularına karşı güç elde ettiler. Hizmet sunucular ile sigorta şirketleri arasındaki işbirliği dönemi kapandı

Kaynak: Bodenheimer TS, Grumbach K, 2005

anılan bu gelişmelere ilaç ve sağlık malzemeleri fiyatlarındaki aşırı artış eklenince, sağlık hizmeti satın alan grupların karı eridi. Reform çabaları sağlık sisteminin daha da piyasalaşmasına yol açtı.

Sağlık hizmeti piyasasında konsolidasyon: Daha çok piyasa ve sistem finansmanında son gelişmeler

90'lı yıllardaki yoğun rekabet sigortacılar, hizmet alıcılar ve hizmet sağlayıcılar arasında pazarlık güçlerini artırabilmek amacıyla konsolidasyona gitmelerine yol açtı. 90'lı yıllara gelinirken geleneksel 'solo' muayenehane hekimliği ve hizmetin bedelinin ödenmesi sistemi ("fee for service") yerini, "Health maintenance organizations" HMO'lara bırakmıştı. HMO'lar hekimlerin maaş+prim sistemi ile işe alındıkları ve büyük gruplar halinde kadrolu çalıştırıldıkları organizasyonlardır. 1990'larda büyük HMO'lar, küçük olanları satın aldı. 1998'de ABD pazarının %40'ı, 6 HMO'nun eline geçti. Hekimlere kıyasla, hastanelerin konsolidasyonu çok daha büyük çapta oldu. 2000 yılında hastanelerin %80'i hastane zincirlerinden birine katıldı. Pek çok büyük şehirde birbirleriyle yarışan üç hastane grubu, diğer bütün hastaneleri satın aldı. Konsolidasyon ile organizasyonların "kar amacı gütmeyen" yapılanmalarını "kar amaçlı" yapılanmalar haline dönüştürme çalışmaları el ele yürüdü. Piyasayı genişletmek ve sağlık kuruluşlarının altyapısını iyileştirmek gerekçeleri ile tüm sağlık organizasyonları daha çok kar amacına yöneldiler. 1990'ların başında sağlık hizmetinin %35-40'ına sahip olan "kar amaçlı" sağlık kuruluşları 2000'lerde paylarını genişlettiler (Relman, 1992). HMO karları büyük boyutlara ulaştı. 100'den fazla kar amacı gütmeyen hastane, 1993-1996 yılları arasında kar amaçlı tek bir hastane grubu tarafından satın alındı. Bu tür hastaneler çok az "Medicaid" hastasına hizmet vermektedir ve yönetim masrafları çok daha yüksektir (Woolhandler, 1997). HMO ve hastanelerdeki "kar amacı güden" kuruluşlara dönüşme süreci muayenehane hekimliğini de etkiledi. Pek çok hekim muayenehanesini HMO benzeri yapılara sattı. Bu dönem aynı zamanda, hizmet sağlayıcılar ile sigorta şirketlerinin çatışmasına sahne olan bir dönem oldu. Sigorta şirketleri, hastane ve hekimleri, hastalara gereksiz tıbbi müdahaleler yapmakla suçladı. Sigorta şirketleri de aşırı kar oranları ve yüksek idari masrafları yüzünden eleştirildiler.

ABD'de ne kadar hekim ve bu hekimlerin ne kadarının birinci basamak hekimi, ne kadarının uzman hekim olacağı sağlık piyasası inisiyatiflerince belirlendiğinden bir dönem hekim fazlası, bir dönem hekim açığı yaşanmaktadır (Grumbach, 2002). 1990'larda hükümetin "Managed care" planı birinci basamak hekimliğine daha çok gereksinim duyan bir programdı. Piyasa, özellikle "HMO"lar daha az uzman istihdam etmeye başladı. Tıp öğrencileri birinci basamağa yöneldi. Ancak, "Managed care" programının sürdürülemeyeceği anlaşıncı kısa sürede durum tersine döndü (Pugno, 2003).

2000 yılında "Managed care" reformunun işe yaramadığı ve destek programı "Medicare"nin geleceğinin belirsiz olduğu kabul edilmek zorunda kalındı (Deckers, 2000j).

Bundan sonrası için Bush yönetiminin planı, sistemin finansmanının çalışanların önceden belirlenmiş katkılarına ("defined contribution") dayandırılması oldu. Maliyet kontrolünün başarılacağı kabul edildi ve fatura her zaman olduğu gibi çalışan kesime çıkarıldı. 2002 yılında yapılan bir araştırma patronların %50'sinden fazlasının "defined contribution" sistemine döndüğünü gösterdi. Oysa patronların işçilerine sağlık sigortası yaptırmalarını sağlamak ABD'nin 20 yılını almıştı. Tekrar başa dönmektedir. 2003 yılında ABD Kongresi bu sistemi desteklediğini açıkladı. Böylelikle çalışanların büyük kısmının bu yeni müdahale ile sigortalarını kaybedecekleri ve var olan eşitsizliğin derinleşeceği anlaşılmış oldu.

Sağlık çalışanları

Tablo 17'de ABD'de çeşitli yıllara ait sağlık çalışanlarının sayısı görülmektedir (Pasko, 2001).

Tablo 17. ABD'de çeşitli yıllarda aktif görev yapan sağlık çalışanlarının sayısı

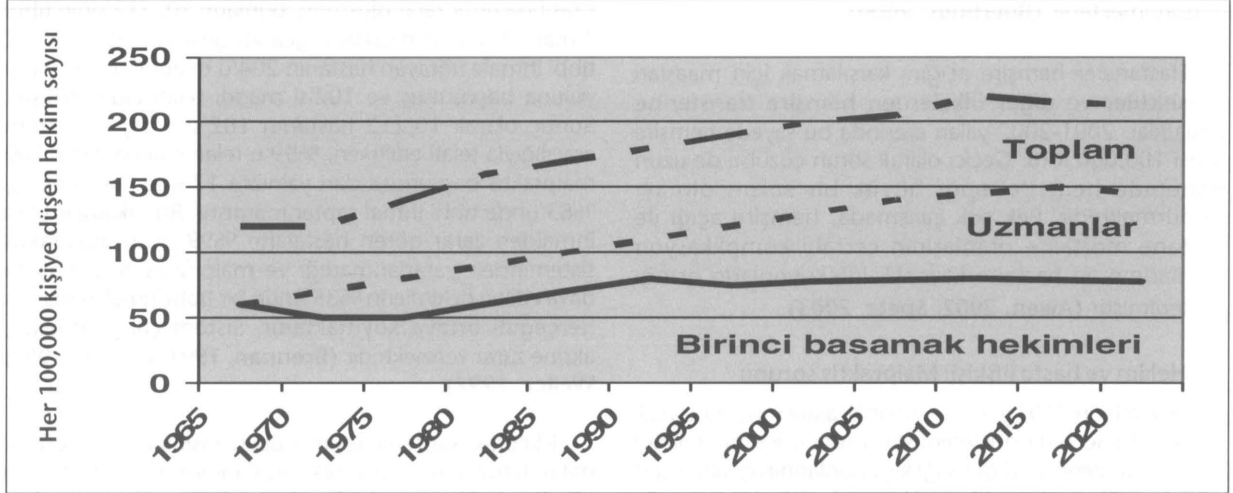
Kayıtlı Hemşire(2000)	2,201,813
Özellikli alanlarda çalışan uzman hemşire	196,279
Hekim(1999)	777,607
Eczacı (2000)	196,011
Diş Hekimi (1998)	130,836
Fizik Tedavi Teknisyeni (1998)	111,480
"Chiropractor" lar (1996)	57,558
Psikolog (1998)	29,937
Hekim yard.("Physician Assistants") (1999)	28,433
Optometristler(1998)	23,500

Kaynak: Pasko 2003; Bureau of Health Professions, 2000; Bureau of Health Professions, 2001; Bureau of Health Professions, State Health Workforce Profiles, 2000.

ABD'de yaklaşık 780,000 aktif çalışan hekim mevcuttur. 1965 yılında 100,000 kişiye 115 hekim düşerken, 2000 yılında hekim sayısı, ABD nüfus artışının çok üzerinde bir oranla artarak 100,000 kişiye 200 hekime yükselmiştir. (Şekil 9). Sağlık sistemi uzmanlaşmayı özendirerek niteliktedir. Uzmanlar daha iyi gelir elde ettiklerinden tıp öğrencileri uzmanlaşmayı tercih etmektedir. 1965-2000 yılları arasında kişi başına düşen uzman hekim sayısı üç kat artmıştır. 1965 yılında ABD'de uzman hekim pratisyen hekim oranı 1:1 iken, 2000 yılında bu oran 2:1 olmuştur (Grumbach, 2002). Daha önce de belirtildiği üzere, ABD'de toplam hekim sayısı ve bu hekimlerin alanları ağırlıklı sağlık piyasası inisiyatifleri tarafından belirlendiğinden bir alanda bazen hekim fazlası, bazen de hekim açığı oluşmaktadır.

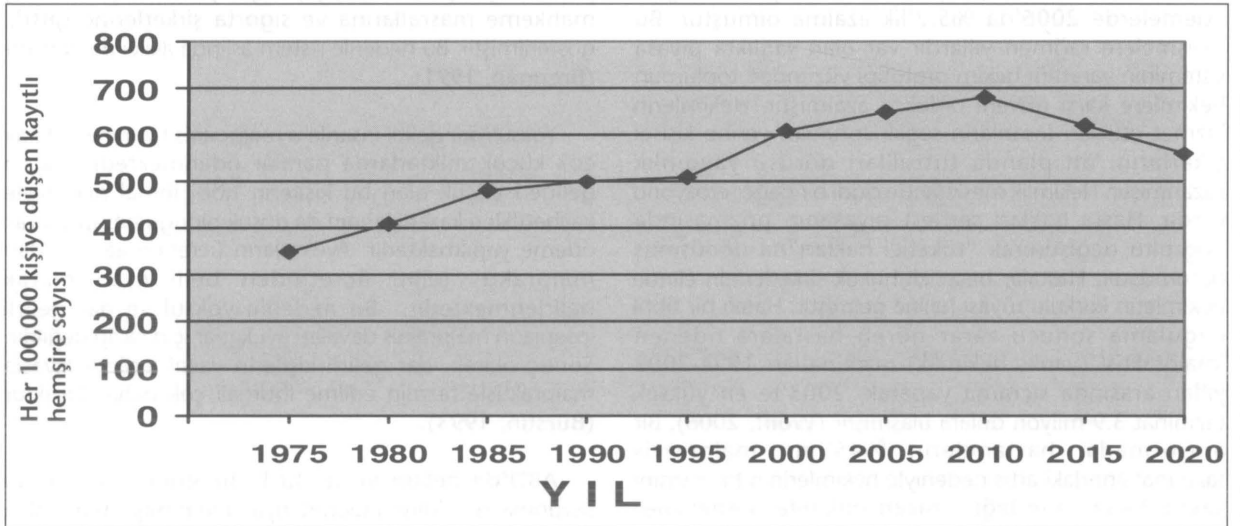
1981 yılında aşırı uzmanlaşmanın sakıncaları fark edilmiş ve tıp eğitimine müdahale edilmeye çalışılmıştır. Bu dönemde, pek çok yazar, hekim sayısındaki, özellikle uzman hekim sayısındaki artışın sağlık hizmeti maliyetlerini artırdığına dikkat çekti. Aşırı uzmanlaşmanın hastaların her zaman daha iyi/uygun sağlık hizmetine ulaşmaları demek olmadığı vurgulandı (Grumbach, 1991). Hekim sayısını kısıtlamaya yönelik merkezi bir kontrole olanak sağlayan yasa önerileri yapıldı, ancak sürekli ret edildi. Hekim sayısındaki ve özellikle uzman

Şekil 9. ABD’de yıllar içinde hekim sayısı



Kaynak: Council on Graduate Medical Education (COGME): Patient care Physician supply and requirements testing. COGME recommendations. U.S. Department of Health and Human Services. 1996 (HRSA-P-DM 95-3)

Şekil 10. ABD’de her 100.000 kişiye düşen kayıtlı hemşire sayısı



Kaynak: Bureau of Health Professions, 2001

hekim sayısındaki artış 1980’lerdeki ve 1990’lardaki çekinceleri belgeleyen önemli raporlara rağmen devam etmiştir (Council on Graduate Medical Education COGME, 1996). Hekimlerin kamusal bir kaynak oldukları, hekim sayısının belirlenmesinde ve hekimlerin alan seçimlerinde toplumsal ihtiyaca göre kamusal bir planlama gerektiği uyarıları dikkate alınmadı. Bu eleştirilerin dayanağı, hekimlerinin eğitim süreçlerinin genel vergilerle finanse edilmesidir. Eğitimleri toplum tarafından finanse edilen hekimlerin, toplumun sağlık önceliklerine göre yetiştirilmeleri de doğaldır. Ancak, ABD’de piyasanın “görünmeyen eli” hekim sayısı, dağılımı ve çalışma alanlarını toplumun ihtiyaçlarına göre değil kendi dinamiklerine göre etkilemektedir. ABD’nin bazı bölgelerinde ya da bazı büyük şehirlerin yoksul yerleşkelerinde (Örneğin, Arizona eyaleti, New Meksiko, New Orleans vb. gibi şehirler) ciddi hekim ve sağlık çalışanı açığı vardır. Buralardaki sağlık merkezlerinin alt yapısı

oldukça yetersizdir. Bu bölgelere hekim gönderebilmek için ‘yabancı’ hekimlere başvurulmaktadır. Yabancı uyruklu hekimlere bu bölgelerde çalışmaları koşulu ile çalışma ve oturma izni verilmektedir.

Hemşireler

2000 yılında sisteme kayıtlı hemşire sayısı 2,700,000’dir (Bureau of Health Professions, 2001). %80’i aktif hemşirelik görevindedir ve tam gün çalışmaktadır. Tam gün çalışan hemşire sayısı 1975 ve 1995 yılları arasında 2 katına çıkmıştır (Şekil 10). Ancak, 1990’larda bu artış yavaşladı. 2000 yılında hastanelerde çalışan hemşire sayısı azaldı. Bunun yerini evde bakım hemşireliğine kayış aldı. 1998’den itibaren hastaneler hemşire açığı ile karşılaşmaktadır (Spetz, 2003). Hemşirelik okullarına başvuru da bu süreçte azaldı ve hemşire yaş ortalaması giderek yükseldi. 2010 yılında çalışan hemşirelerin ortalama yaşının 49 olacağı,

hemşirelerin yarısının 50 yaşından yukarıda olacağı öngörülmektedir (Buerhous, 2000).

Hastaneler hemşire açığını karşılamak için maaşları yükselttiler ve diğer ülkelerden hemşire transferine başladılar. 2001-2002 yılları arasında bu sayede hemşire sayısı 100,000 arttı. Geçici olarak sorun çözüldü de uzun dönemde hemşire açığı büyük bir sorun olmayı sürdürmektedir. Pek çok çalışmada, hemşire açığı ile hastane mortalite oranlarının cerrahi komplikasyon oranlarının ve hastane kaynaklı infeksiyonların arttığı gösterilmiştir (Aiken, 2002; Spetz, 2003).

Hekim ve hasta ilişkisi: Malpraktis sorunu

Hekimlerin 2001 yılı için uzmanlık alanlarına göre yıllık gelirleri Tablo 6'da gösterilmiştir. Daha önce değinildiği üzere hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının gelirleri son yıllarda değişen piyasa dinamikleri nedeniyle düşmektedir. 1991-2005 arasında tıp uygulamaları maliyeti %41 artarken, hekimlere yapılan ödemelerdeki artış %18'de kalmıştır (Wolff, 2006). Hekimlere yönelik geri ödemelerde 2006'da %5.2'lik azalma olmuştur. Bu gelişmelere rağmen yıllardır var olan sağlıkta piyasa sisteminin yarattığı hekim prototipi yüzünden toplumun hekimlere karşı güveni oldukça azalmıştır. Hekimlerin hizmet ettikleri insanların sağlık sorunları yerine kişisel çıkarlarını ön planda tuttıkları görüşü yaygınlık kazanmıştır. Hekimlik mesleğinde ciddi bir değer erozyonu vardır. Hasta hakları serbest piyasanın prizmasında doğrultu değiştirerek "tüketici hakları"na dönüşmüş durumdadır. Hastalar becerikli hukuk şirketlerinin elinde hekimlerin korkulu rüyası haline gelmiştir. Hatalı bir tıbbi uygulama sonucu zarar gören hastalara ödenen 'malpraktis' (yanlış hekimlik) tazminatları 1994-2002 yılları arasında sıçrama yaparak, 2003'te en yüksek tazminat 3.9 milyon dolara ulaşmıştır (Wolff, 2006). Bir araştırmada, hastanelerin %45'inin malpraktis tazminatlarındaki artış nedeniyle hekimlerinin bir kısmını kaybettikleri (mesleği bırakan hekimler nedeniyle) saptanmıştır. Hekimlerin malpraktise karşı yaptırıkları meslek sigortası harcamaları 2005 yılında %37 oranında artmıştır (Wolff, 2006). 2003 yılında Bush yönetimine senatoya teklif edilen, malpraktis cezai ödemelerine bir üst sınır (250.000 dolar) getiren yasa teklifi ret edilmiştir. Malpraktis sistemi olarak adlandırılan garip kurumsal yapı ABD sağlık sisteminin önemli bir parçasıdır (Mohr, 2000). Bu sistemin iki amacı vardır, tıbbi hatalar yüzünden zarar gören hastaları maddi olarak telafi etmek ve hekim ile diğer sağlık çalışanlarının ihmalleri yüzünden hastalara zarar vermelerini önlemek. Harvard çalışması tıbbi ihmal yüzünden zarar gören hastaların yalnızca %2'sinin malpraktis sistemi tarafından finansal olarak telafi edildiğini gösterdi. Bu çalışma malpraktis sisteminin birinci amacına ulaşmadığını ortaya koymuş oldu. Öte yandan tıbbi ihmal olan %98 olgunun sistem tarafından dikkate alınmadığı göz önünde bulundurulursa ikinci amacın da gerçekleşmediği anlaşılmaktadır (Localio, 1991).

Malpraktis sisteminin amaçlarına ulaşamaması bir yana sağlık ortamına pek çok zarar vermektedir. Bir çalışmada

bir milyon hastane yatışında, 37,000 hastada tedavi sırasında tıbbi zarar olduğu, bunların 10, 212'sinin tıbbi ihmal yüzünden meydana geldiği gösterilmiştir. 10,212 tıbbi ihmale uğrayan hastanın 204'ü malpraktis için yargı yoluna başvurmuş ve 102'si maddi telafi elde etmiştir. Sonuç olarak 10,212 hastanın 102'si (%1) bu sistem aracılığıyla telafi edilirken, %99'u telafi edilmemiştir. 100 malpraktis başvurusundan yalnızca 17'sine hak verilmiş, %83'ünde tıbbi ihmal saptanmamıştır. Bu rakamlar tıbbi ihmalden zarar gören hastaların %99'unun malpraktis sisteminden yararlanmadığı ve malpraktis suçlamasıyla dava edilen hekimlerin %83'ünün bir tıbbi ihmali olmadığı gerçeğini ortaya koymaktadır. Sistem çalışmamakta, aksine zarar vermektedir (Brennan, 1991; Localio, 1991; Weiler, 1992).

Malpraktis sistemi hekimi tıbbi hatasından ötürü büyük miktarlarda para ödeyerek cezalandırmaya dayanır. Bu yüzden hekimler büyük primler ödeyerek malpraktis sigortası yaptırmaktadır. Bir çalışmada bu sigorta primleri ile biriken paranın %50'sinin hastalara ödenen telafi paraları için yeterli olduğu, diğer yarısının avukatlara, mahkeme masraflarına ve sigorta şirketlerine gittiği gösterilmiştir. Bu nedenle sistem aslında akılcı da değildir (Brennan, 1991).

Yoksul/dar gelirli insanlara malpraktis tazminatı olarak çok küçük miktarlarda paralar ödenmektedir. Zaten gelirleri düşük olan bu kişilerin tıbbi ihmal nedeniyle kaybettikleri kazançlarının da düşük olduğu hesaplanarak ödeme yapılmaktadır. Avukatların ücretleri kazandıkları malpraktis telafi ücretinden belli oran olarak belirlenmektedir. Bu nedenle yoksul ve dar gelirli insanların malpraktis davaları avukatlar için cazip değildir. Sonuç olarak, dar gelirli kişilerin varsıl kişilere kıyasla malpraktisle tazmin edilme ihtimali çok daha düşüktür (Burstin, 1993).

ABD'de hekim ve hasta birbirlerine karşı adeta savunma ve saldırma tedbirleriyle donanmış hasım ilişkisi içindedir.

Hastalar açısından sağlık harcamalarının etkinliği

"Medicare" bütçesinin %27'si kişilerin yaşamlarının son yılı için harcanmaktadır. Bu miktarın yaklaşık yarısı (2003 yılı için 35 milyar dolar) son 60 günde harcanmaktadır (Hogan, 2001; Lubitz, 1993) (Şekil 11). Öte yandan bu sağlık hizmetinin hastaların yaşamlarını kurtardığı da oldukça tartışmalıdır (Emanuel, 2002). 2000 yılında ölen kişilerin yaklaşık %67'si hastanede, %33'ü evde (bunların yarısı hekim-hemşire kontrolünde) yaşamlarını kaybetmiştir (Teno, 2004).

Eşitsizlik, sağlık ve sosyal çözümme

Bir çalışmada ABD için ekonomik büyüme ve stabilitenin ölçütü olarak kullanılan Dow Jones endüstrileşme ortalaması ile toplumsal sağlık indeksi (BÖH, çocuk istismarı, gençlerde intihar oranı, madde bağımlılığı, alkollü trafik kazaları ve cinayetler şeklindeki

ölçütlerden elde edilir) karşılaştırılmıştır. İki ölçüt 1971-1979 arasında el ele giderken, 80'lerdeki neoliberal uygulamalarla toplumsal sağlık indeksinde anlamlı gerileme ve Dow Jones endüstrileşme ortalamasında anlamlı yükselme saptanmıştır. Bu eğilimin 90'larda da devam ettiği gösterilmiştir. Ülkenin varsıllaşması ile toplumsal sağlığın iyileşmesi gerçekleşmediği gibi daha da kötüleşmiştir (Miringoff, 1996). Bu durumdan gelir dağılımdaki eşitsizlik sorumludur.

Toplum bilimcilerin gelir dağılımı eşitsizliğinin bir ölçütü olarak kullandıkları Robin Hood İndeksi (gelir dağılımında mükemmel bir eşitlik elde edebilmek için varsıldan yoksula aktarılması gereken toplam gelir oranının ölçüsü) 'nin ABD sağlık ölçütleri ile ilişkisini araştıran bir çalışmada gelir dağılımındaki eşitsizlik, tüm eyaletlerde ölüm hızı, kalp hastalıklarından/kanserden kaynaklanan hastalıklardan ölüm hızı, cinayetlerden ölüm hızı ve BÖH ile güçlü biçimde ilişkili bulundu. Bu anlamlı ilişki, analizden şehir/kırsal kesim ayrımı veya sigara kullanımı gibi faktörler çıkarıldığında da devam etti. Gelir dağılımı bozukluğu %1 artığında, ölüm hızı yüzbinde 22 arttı. Bu çalışmalarda, ABD'deki gelir dağılımı bozukluğu İngiltere düzeyine çekilirse kaba ölüm hızında %7'lik azalma sağlanabileceği gösterilmiştir (Kennedy, 1996).

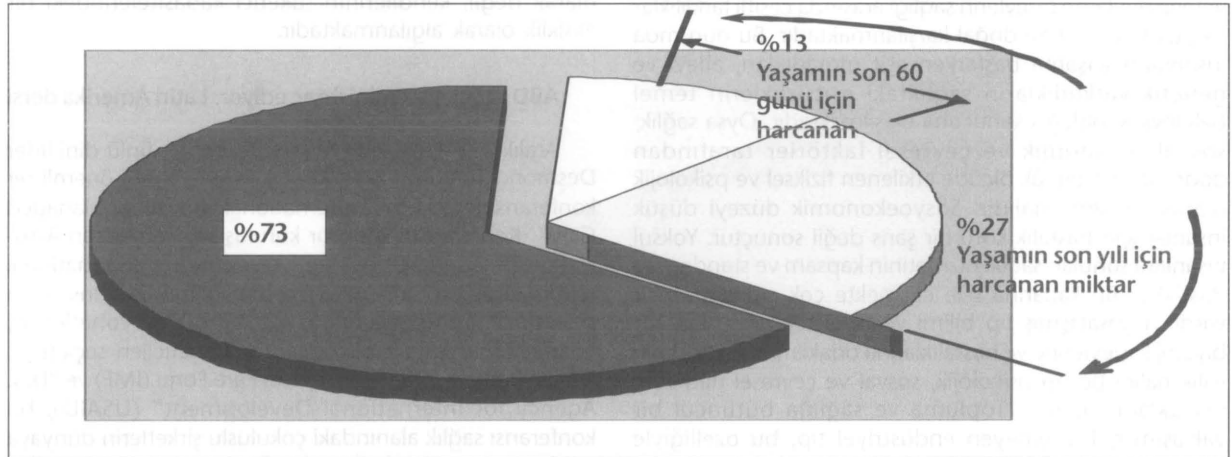
2003 yılı verilerinde ABD'de düşük doğum ağırlığı (doğumda <2,500gr) %7,9'a yükseldi (1990'da %7 idi).

2003 yılında yasa dışı ilaç kullanımı 16-17 yaş gurubunda %19 ve 18-25 yaş gurubunda %20 olarak saptanmıştır (National Center for Health Statistics Health, 2005).

Raphael, ABD gibi varıl ancak ağır gelir dağılımı dengesizliği olan ülkelerde sosyal çözülmenin (dezenteegrasyon) belirtilerini görmektedir. (Raphael, 2001). Tablo 18'de sosyal çözülme göstergeleri, ABD, İsveç ve Kanada için OECD sıralamalarıyla gösterilmiştir. Gelir dağılımı eşitsizliği, işsizlik, toplumdaki inkarasyon oranı, yiyecek karnesi kullanan kişi sayısı ve sağlık güvencesi olmayan kişi oranı ile ilişkili bulunmuştur. Benzer bulgular, lise bitirme, okuma ve matematik yeterliliği ve eğitim harcamaları ile ilişkilidir (Kaplan, 1996). ABD, OECD ülkeleri arasında en yüksek intihar oranına sahip ülkedir. Toplumdaki inkarasyon oranı diğer OECD ülkelerinden çok daha yüksektir. Motorlu taşıt kazalarında ölüm oranları yüksektir. Uluslararası okuryazarlık sıralamasında yeri parlak değildir. (Tablo 18) (Raphael, 2003).

Piyasa güçlerince yönlendirilen tamamen endüstriyel hale gelmiş, birinci basamak yerine üçüncü basamağa yönelmiş, en asgari adalet ilkelerini bile karşılamayan, temel sağlık sorunlarını çözmeye odaklanmamış, herkesin erişimine açık olmayan ve dezorganize ABD sağlık sisteminde yıllar içinde bir düzelme görünmemektedir. 1992 başkanlık seçiminden sonra iki yıl çok yoğun olarak tartışılan sağlık sistemi reformu gerçekleştirilememiş, 2000

Şekil 11 . "Medicare" kaynakları yaşamın son dönemi için harcanıyor



Kaynak: Hogan, 2001; Lubitz, 1993.

Tablo 18. ABD, İsveç ve Kanada'da sosyal çözülme göstergeleri, OECD sıralamaları

Gösterge	ABD	Sıra	İsveç	Sıra	Kanada	Sıra
İntihar oranı (yüzbinde)	7,6	26/26	1,2	12/26	1,4	17/26
Motorlu taşıt ölümleri (yüzbinde)	15,3	22/26	4,9	1/26	9,3	10/26
İnkarasyon oranları (yüzbinde)	546	25/25	60	6/25	115	19/25
Okuma notları	504	15/27	516	9/27	534	2/27
Matematik notları	493	18/27	510	14/27	533	5/27
Bilim notları	499	14/27	512	10/27	529	5/27

Kaynak: OECD, 2001; European Institute of Japanese Studies, 2002

yılında sağlık güvencesi olmayan kişi sayısı 1994 yılı rakamlarını geçmiştir. Bu durumda yakın gelecekte, yoksullar gelirlerinin daha büyük bir kısmını sağlık hizmeti için harcamaya devam edecekler ve katastrofik sağlık harcamaları orta sınıfı da perişan etmeye devam edecektir.

Sağlığın tanımı ve "Kaynaklar kısıtlıdır" retoriği

ABD'de tıp bir endüstridir ve uzun zamandır sosyal sorunları 'medikalize etmek' (örneğin, toplumda sık görülen depresyonun nedeni kişilerin iş güvencesi olmayışı ya da yoksulluk gibi ekonomik ve siyasal nedenler değil de tıbbidir: Herkes antidepresan ilaçları kullanmalıdır 'prozac toplumu') için kullanılmaktadır. Medikalizasyonun bir gereği olarak "her hastalık için bir ilaç değil, her ilaç için bir hastalık" üretilmektedir. Ancak, medikalizasyon artık o kadar pahalı hale gelmiştir ki ABD'nin bu alışkanlığına devam etmesi çok güçleşmiştir. Toplumu kontrol etmek için medikalizasyonun yerine son yıllarda 'piyasa metaforu' kullanılmaktadır. Bu metafor ABD toplumsal kültürü için pek de yadırganacak bir durum değildir aslında. ABD'de toplumsal kültür insanların var oluşlarını tüketerek gerçekleştirmesine ve bireyin tüketici olarak algılanmasına zemin hazırlamaktadır.

Piyasa metaforunda ABD sağlık sisteminde sağlığın tanımı ideolojik bir tercih olarak var olan eşitsiz sistemi haklı çıkaracak biçimde deforme edilmektedir. Piyasalaşmış sağlık sisteminde sağlık indirgemeci bir yaklaşımla 'bir hastalığı olmamak' şeklinde tanımlanmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerine yeterince ulaşan bireylerin sağlığı arasında çeşitli farklılıklar / eşitsizlikler olması doğal karşılanmaktadır. Bu durumda insanların yaşama başlarken eşit olmadıkları, ailevi ve genetik yatkınlıkların sağlıktaki eşitsizliklerin temel belirleyicisi olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Oysa sağlık; sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler tarafından doğrudan ve büyük ölçüde etkilenen fiziksel ve psikolojik olarak iyi olma halidir. Sosyoekonomik düzeyi düşük insanlar için hastalık kötü bir şans değil sonuçtur. Yoksul insanlara sunulan sağlık hizmetinin kapsam ve standartları düşüktür. Bu kadarına bile erişmekte çok ciddi sorunlar vardır. Piyasalaşmış tıp bilimi ve tıbbi teknoloji, insanın biyolojik işlevlerine ve hastalıklarına odaklanmıştır. İnsanların yıllık halini bozan psikolojik, sosyal ve çevresel nedenler savsaklanmaktadır. Topluma ve sağlığa bütüncül bir yaklaşım geliştiremeyen endüstriyel tıp, bu özelliğiyle bireycidir. Bunun sonucu olarak, sağlık için ayrılan kaynaklar giderek artan bir oranda yüksek tıbbi teknoloji için kullanılmakta; sağlığa erişimde kısıtlılıkları olan insanlar için eşitsizlik derinleşmektedir. ABD'de insanlar, basit yaşam tarzı değişiklikleriyle yeni ilaçların veya sağlık teknolojilerinin sağlayabileceklerinden daha fazlasına kavuşabilirler. Ancak hastalıkları tedavi etmek, insanları onlardan korumaya kıyasla çok daha "karlı" bir iş olduğundan piyasa kuralları sağlığın korunmasına izin vermemektedir. Örneğin, bir kültürel fenomen haline gelmiş olan "fast food" tipi beslenme alışkanlığı, çocuklarda ve erişkinde şişmanlığa, şeker hastalığına, kalp ve damar hastalıklarına yol açmaktadır. Erişkinlerde (20-74 yaş) obezite oranı 1999-2002 döneminde %31'e

ulaşmıştır. Kilo fazlası ve obez olanlar birlikte değerlendirildiğinde bu oran aynı dönem için %65'e yükselmektedir (National Center for Health Statistics Health, 2005). Uzun yıllardır sürdürülen "fast food" karşıtı çalışmalara rağmen hükümetler, Mc Donald's ve benzeri "fast food" lokantalarının ürünlerinde KDV artışına ve sağlıklı besinlerde KDV indirimine yanaşmamaktadır.

Sağlık sisteminde yaşanan krizin nedeni 'kaynak yetersizliği' olarak tanımlanarak dikkatler gerçeklerden uzaklaştırılmaktadır. "Kaynaklar kısıtlıdır ve bu en önemli sorumuzdur" retoriği topluma bir kez kabul ettirildiğinde aslında var olan sağlık sistemi de onaylatılmış olmaktadır. 'Kaynaklar kısıtlıdır' retoriği, piyasa metaforunda birçok sorunun yanıtı halini almıştır. 'Kaynaklar neden kısıtlı sorusu?' sorulmamaktadır. Askeri harcamalar, savaşlar sorgulanmamaktadır. Sağlık sistemindeki krizle doğrudan ilişkili olan, yoksulluk ve eşitsizliğin üstü örtülmektedir.

Sorunun çözümü olarak da endüstriyel olarak karlı sağlık hizmeti anlayışına ağırlık verilmektedir. Piyasa bireyi ödüllendirdiğinden çözümler de bireylere dayandırılmaktadır. Böylelikle gelir dağılımı dengesizliği, işsizlik, koruyucu tıp gibi temel konular gündemden düşmektedir. Piyasacı sağlık sisteminde 44 milyon kişi "uninsured" (sağlık sigortası olmayan) olarak isimlendirilmektedir. Çoğu yoksul olan bu insanlar, "uninsured" tanımlaması ile sağlık sisteminin bir eksikliği olarak değil, kendilerinin tüketici kapasitelerindeki bir eksiklik olarak algılanmaktadır.

ABD sağlık sistemini ihraç ediyor: Latin Amerika dersi

Aralık 1999'da, ABD Miami Beach'de, ünlü dini lider Desmond Tutu'nun açılış konuşmasını yaptığı önemli bir konferans gerçekleşti: "International Summit of Managed Care". Konferansın sponsor kuruluşları, "American Association of Health Plans" ve "Academy for International Health Studied" idi. Hedef grubu olarak iş dünyasının yönetim kurulu başkanları, yüksek düzey yöneticileri, finans kuruluşlarının başkanları ve yöneticileri seçilmişti. Dünya Bankası (DB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve "U.S. Agency for International Development" (USAID), bu konferansı sağlık alanındaki çokuluslu şirketlerin dünyaya yayılması açısından kullandılar. Toplantıda Latin Amerika, Afrika ve Asya'da kamusal sağlık ve sosyal güvenlik tasarruflarının özelleştirilmesinin önemi vurgulandı. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve "Pan American Health Organization" (PAHO) toplantıda önemli roller üstlendi. Meksika, Nepal, Tayland, Endonezya, Filipinler, Singapur, Nijerya, Zimbabve, Güney Afrika, Kamerun, Umman, Birleşik Arap Emirlikleri, Romanya, Kanada, Almanya, Hollanda, İsviçre ve Avustralya'dan resmi görevli katılımcılar vardı (Waitzkin, 2004).

Toplantının temel konusu uluslararası "Managed Care" organizasyonlarının gelişmekte olan ülkelere yaygınlaştırılmasıydı.

ABD’de uygulanmakta olan “Managed Care” sisteminin “HMO” tipi organizasyonlarının diğer ülkelere yayılması üzerinde duruldu. Daha önce değinilen “Managed Care” organizasyonları anımsanacağı üzere sağlık hizmetlerinin “HMO” ve benzeri kuruluşlara peşin ödeme yapılarak alındığı sistemdir. Patronlar (özel ya da kamusal), bu organizasyonlara her bir çalışanı için hizmet alınacak belli bir süre karşılığında (genellikle 1 ay) önceden/peşinen bir miktar para öder. Çalışanlar da sisteme ek ödeme/katkı payı (“copayments”) yapar.

ABD’de “Managed Care” planının yaygınlaşmasıyla piyasanın giderek doygunluğa ulaşacağı ve kar oranlarının düşeceği öngörüsü ile şirketler karlarını artıracak yeni stratejiler geliştirdiler. Bu stratejilerin başlıcası yeni piyasalara açılmak şeklinde oldu. 1996 yılında “Academy for International Health Studies” kuruluşunun başkanı aşağıdaki açıklamasında bu net olarak tanımlamıştı: “2000 yılına kadar ABD nüfusunun %80’i bir şekilde “Managed Care” organizasyonlarından biri tarafından sigortalı olacaktır. ABD’deki “Managed Care” organizasyonlarının %70’i kar amaçlı kuruluşlar olduğu için büyümeyi ve yatırımı sürdürübilmenin yolu yeni piyasalar bulmaktır” (Lewis, 1996).

ABD’de 90’lardan itibaren kar amaçlı “Managed Care” organizasyonları (HMO” vb. gibi) kamusal sektöre girerek (Medicare ve Medicaid) kamuya sağlık hizmeti sattılar. Bu organizasyonlar ABD’nin bazı bölgelerinde, kısa dönemde (3-4 yıl) büyük karlar yaptıktan sonra hizmet vermeyi durdurdu. “HMO”lar parayı peşin aldıktan sonra kar oranlarını yüksek tutabilmek için masraflarını (hastaya verilen sağlık hizmetini de içerecek şekilde) mümkün olduğunca kısma çalıştılar. ABD “Managed Care” organizasyonlarının kamu piyasasına hızlıca girmeleri ve çıkmaları pek çok hastayı ve kamusal sağlık sigortası programını zor durumda bıraktı.

“Managed Care” in şirketleri için zaman, yabancı piyasalara açılma zamanıdır! İlk aşamada Avrupa oldukça çekici göründü. Pek çok Avrupa ulusal sağlık programında “Managed Care” ilkeleri (piyasa rekabeti, kamusal hizmetlerin özelleştirilmesi gibi) uyarınca reformlar yapıldı. İngiltere’de muhafazakar parti hükümeti ve diğer bazı ülkelerde sağ iktidarlar bu reformları benimsediler. Clinton hükümetinin “Managed Care” planı danışmanı Alain Enthoven ve ekibi, bu reformların gerçekleşmesi için Avrupa ülkelerindeki hükümetlere de danışmanlık hizmeti verdi. Ancak kamusal sağlık alanının güçlü olduğu ülkelerde, reform çabaları halk tarafından destek bulmadı. İngiltere, Hollanda ve İsveç gibi ülkeler 90’ların ortasından itibaren özelleştirme politikalarından vazgeçti. Aynı dönemde “Managed Care” planı ABD’de popülerliğini yitirmeye başlamıştı.

ABD’de “Managed Care” organizasyonları açısından piyasa doyunca ve Avrupa’da pek şanslarının olmadığını görünce “Managed Care” organizasyonları için yeni piyasa geliştirmekte olan ülkeler oldu, özellikle de Latin Amerika.

ABD’den “Managed Care” planının diğer ülkelere ihraç edilmesi, DB, IMF ve diğer uluslararası şirketler tarafından büyük destek gördü. Gelişmekte olan ülkelere “Managed Care” planını kabul etmeleri ve sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerini özelleştirmeleri için büyük baskılar yapıldı. ABD “Managed Care” organizasyonları hızla Latin Amerika piyasalarına girdiler ve bu modeli Afrika ve Asya için de bir örnek olarak kullandılar (Waitzkin, 2004; Navarro, 2002).

1995 yılında yapılan bir çalışmada ABD’nin ihraç ettiği “Managed Care” planının Latin Amerika üzerindeki etkileri incelenmiştir (Stocker, 1996). Bu çalışmada, geliştirmekte olan ülkelerin sağlık ve sosyal güvenlik tasarruflarının ABD şirketleri için yeni bir kapital ve yüksek kar oranları kaynağı olduğu, özellikle kişi başına önceden ödeme sistemi ile büyük para transferinde bulundukları gösterilmiştir. Gelişmekte olan ülkelere bu politika değişikliği için kullanılan retorik “özel piyasa daha etkin ve daha kolay ulaşılabilir sağlık hizmeti sağlar” şeklindeydi. Oysa “Managed Care” piyasa reformlarının ABD’de işe yaramadığı, var olan sorunları artırdığı, sağlık hizmetlerinde etkinliği azalttığı ve sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırdığı görülmüştü. Buna rağmen geliştirmekte olan ülkelerin politikacıları bu retoriği kolayca kabul ettiler. Gelişmekte olan ülkelere kamusal sistem, işlemez hale getirilip özelleştirmenin önü açıldı. Uluslararası şirketler devreye girdi. Kısa sürede büyük karlar elde ettiler. Büyük olasılıkla ABD’de olduğu gibi bu şirketler birkaç yıl sonra piyasadan çekilecekler. Daha sonra bu ülkeler kamusal sistemlerini tamir edebilmek için çok büyük sorunlar yaşayacaklar (Waitzkin, 2004).

Latin Amerika “Managed Care” piyasasına giren şirketler, yatırımlarının yüksek kar oranlarından oldukça memnun kalmışlardır. Önümüzdeki yıllarda bu artışın süreceği çeşitli raporlarda belirtilmiştir. “Managed Care” ithalinde görevli kamu idarecileri halka yabancı yatırımcılar aracılığı ile ülkeye sokulan ‘finansal desteğin’ reklamını yapmıştır. Ancak, sağlık sistemindeki koruyucu sağlık hizmetlerinin nasıl zarar gördüğünden ya da eğitim-araştırma üzerindeki olumsuz etkilerden bahsetmişlerdir (Waitzkin, 2004).

“Managed Care” şirket yöneticilerinin, sürekli olarak bu ülkelerdeki sosyal güvenlik tasarruflarına erişmenin önemini vurgulamaları çok dikkat çekicidir. Bu şirketler için bu tasarruflar çok iştah kabartıcıdır. ABD’nin aksine Latin Amerika ülkelerinin çoğunda kamu ya da özel işletmelerde çalışan işçiler için hem sağlık güvencesi hem de emekliliklerini içeren sosyal güvenlik sistemleri mevcuttur. Patron ve işçiler bu fonlar için birlikte katkıda bulunur. Bu sistemin dışında kalan sigortasız işçiler ya da kişiler için de kamu sağlık kuruluşları ücretsiz hizmet verir. Tüm Latin Amerika düşünüldüğünde kamu idaresince yönetilen sosyal güvenlik sistemindeki para büyük bir miktardır. ABD orijinli şirket yöneticileri bu kaynağı kendileri için yeni bir finansman kapitali olarak görmektedir (Waitzkin, 2004). Bunlardan biri olan EXXEL Grubunun (bir “Managed Care” organizasyonu) yöneticisi şöyle demişti: “Latin Amerika sağlık ve sosyal güvenlik piyasası çok karlı bir piyasa... Burada şirketler için büyük

bir fırsat yatıyor. 'Önceden ödemeli sistem' bu piyasalara girmek için çok iyi bir araçtır..." (Kertesz, 1997).

Hükümetlerin sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerini özelleştirmeleri "Managed Care" organizasyonlarının Latin Amerika'da genişlemesine büyük imkan tanıdı. Arjantin ve Kolombiya gibi kamu sektörünün hali hazırda verimsiz, pahalı ve yolsuzluklarla muzdarip olduğu ülkelere "Managed Care" bu durumu düzeltme vaadiyle girdi. Şili'de Pinochet, 80'li yıllarda sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerini birbirinden ayırıp özelleştirmişti (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES). Bu kuruluşlar uluslararası şirketler tarafından satın alınabilecek hale getirilmişti. Son yıllardaki küreselleşme hamlesi, uluslararası şirket yatırımlarının her alanda ve özellikle "Managed Care" alanında genişlemesine olanak verdi. Örneğin Mexico City'de IBM, Johnson and Johnson, Bristol-Myers, Squibb ve Hawlett-Packard "Managed Care" çalışmalarını artırmak üzere bir konsorsiyum kurdular (Ceniceros, 1997).

Tipki ABD'de olduğu gibi Latin Amerika'da da "Managed Care" reformu özellikle yoksulların sağlık hizmetlerine erişimini güçleştirdi. Katkı payı ödeme ("copayment") sistemi hastaların hastane ve kliniklerden yararlanmalarına engel oldu. Şili'de ISAPRE "Managed Care" organizasyonlarının sigortaladığı hastaların yaklaşık %24'ü, ortalama toplam ödemenin %8.6'sına karşılık gelen katkı payını ödeyemedikleri için kamu sağlık hizmetlerinden yararlanmaya yöneldiler (Waitzkin, 2004).

Arjantin ve Brezilya'da kamu hastanelerinin özelleştirilmesi ile hastaneler arasında rekabet başladı. Bu hastanelerden daha önce ücretsiz yararlanan hastalar %30- 40 oranında ret edildiler (Waitzkin, 2004).

Arjantin'de henüz "Managed Care" sistemine geçmemiş olan hastanelerin hasta yükü çok arttı. 1997'de Buenos Aires kamu hastaneleri, özel sigortası olan ancak katkı payı nedeniyle özelden hizmet alamayan kişiler yüzünden 1.25 milyon ek poliklinik muayenesi yapmak zorunda kaldıklarını bildirdi (Waitzkin, 2004).

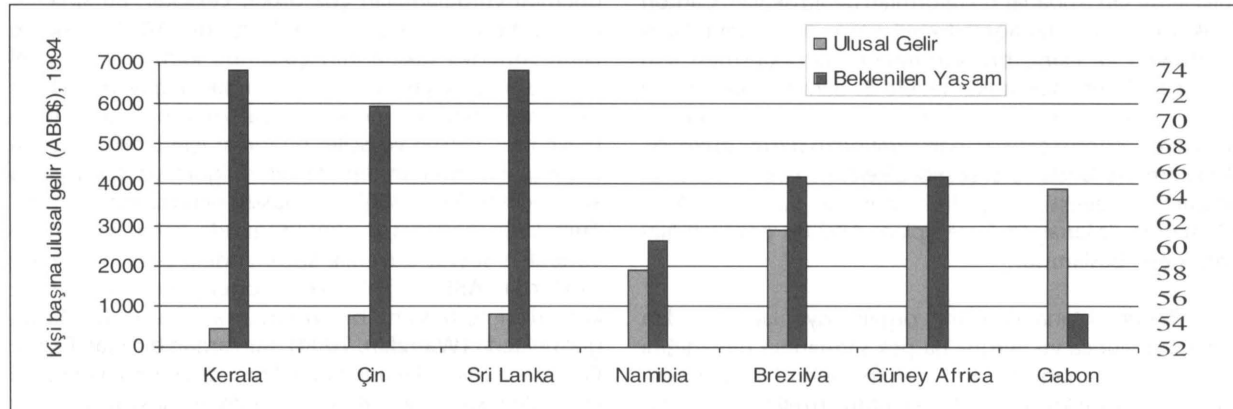
Latin Amerika "Managed Care" organizasyonları tipki ABD'de olduğu gibi daha sağlıklı kişileri kapsamalarına aldılar. Ağır hastalara hizmet vermek kamu sektörüne bırakıldı. Örneğin, Şili'de ISAPRE'nin kapsadığı 60 yaş üstü kişiler, kapsamdaki toplamın yalnızca %3.2'sidir. Oysa toplumda 60 yaş üstü nüfusun oranı %8.9, hastane ve kliniklerde hizmet verilen hastalarda 60 yaş üstü oranı ise %12'dir (Waitzkin, 2004).

"Managed Care" organizasyonlarının büyümeleri ABD'de yavaşladıkça, bu şirketler diğer ülkelerde piyasa bulmak için çaba göstermeye devam edeceklerdir. Hükümetlere, sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerine yaptıkları finansmanı azaltmaları, bu sistemleri özelleştirmeleri ve "Managed Care" ilkeleri ile reorganize etmeleri için baskı yapacaklardır. Bu reformlar (!) uluslararası borç para veren şirketler tarafından yönetilmekte ve finanse edilmektedir. Türkiye'de AKP hükümetinin 'Sağlıkta Dönüşüm' programı ile yapmaya çalıştığı da aslında bir "Managed Care" ithalatıdır.

Nobel Ekonomi ödüllü Amartya Sen'in çalışması

Bu alandaki çalışmaları ile Nobel Ekonomi Bilimi Ödülünü alan Amartya Sen, toplum sağlığı alanında başarılı sonuçlar elde edebilmek için ekonomik büyümeden elde edilen gelirin nereye harcandığının belirleyici olduğunu öne sürmektedir (Sen, 1999). Sen, ulusal gelir düzeyinin yüksek olmasının yeterli olmadığını; insanların ortalama yaşam sürelerinin yalnızca toplum sağlığını iyileştirmeyi önceleyen ülkelerde, uzatılabildiğini göstermiştir (Sen, 1999). Şekil 12'de Çin, Sri Lanka, Namibya, Brezilya, Güney Afrika, Gabon ve Hindistan'ın 30 milyon nüfuslu eyaleti Kerala'nın kişi başına düşen ulusal geliriyle, doğumda beklenen yaşam süreleri karşılaştırılmıştır (Sen, 1999). Makalenin yazarı değinmemiş olsa da anımsatmakta yarar var: Kerala, Hindistan'da uzun yıllardır sosyalist yerel hükümetin, halkın eğitim ve sağlık göstergeleri açısından büyük başarılar elde ettiği bir eyalettir. Çin ise son yıllardaki piyasa uyumlulaşma yönelimine rağmen uzun yıllardır ve halen sosyalist sağlık sistemiyle hizmet sunmaktadır. Kerala, Çin ve Sri Lanka'da, kişi başına düşen ulusal gelir çok düşük

Şekil 12. Çeşitli ülkelerde kişi başına ulusal gelir ve doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)



Kaynak: Sen, 1999.

olmasına rağmen daha zengin Brezilya, Güney Afrika, Namibya ve Gabon'a kıyasla insanların doğumda beklenen yaşam süresi çok daha uzundur. Ekonomik refahın toplumsal parametrelerde genel olarak bir iyileşmeye yol açması doğaldır. Ancak, iyi bir analiz, asıl farkın toplumsal politikalarla oluşturulabileceğini ortaya koymaktadır.

Sonuç

Ekonomik büyümenin bir ülkenin gelişmişliğine, gelişmiş olmanın da her zaman insani gelişmişliğe tekabül etmediği ABD sağlık sistemi analizi ile öğrenilmiştir.

Albert Einstein "Karşılaştığımız ciddi sorunları, onlara yol açan aynı düşünce düzeyi ile çözemeyiz" demişti. Sağlık alanında piyasalaşmanın yarattığı hiçbir sorun da piyasa kuralları içinde çözülememektedir.

Seksenli yıllardan itibaren neredeyse her ülkeye dayatılan neoliberal politikalar, toplumlarda büyük ekonomik ve kültürel kargaşa yaşanmasına yol açmıştır. Toplumla kurduğu organik bağları zayıflatılan insan, yalnız ve korkak hale gelmiştir. Yanlış bilgilendirmelerle gerçeği öğrenme şansı elinden alınmış, şaşkın, duyarsız, kayıtsız, ilgisiz, tüketimin aracı haline gelmiş insanlar, içinde yaşadıkları sistemin gücüne karşı çıkacak bir toplumsal aidiyet ilişkisi geliştiremez haldedir. İnsanın nihai kaderi koşulsuz uyum sağlamak haline gelmiştir. Böyle bir dönemde, ABD orijinli piyasa metaforunun ideolojik örtüsünü kaldırmak, topluma yaşamlarındaki değişim sürecinin doğasını anlatmak, sağlık alanında çalışan herkesin görevi olmalıdır.

KAYNAKLAR

Aiken LH et al. (2001) Nurses' reports in hospital care in five countries. *Health Aff*;20(3):43-53.

Aiken LH et al. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*;288:1987-93.

Anderson G, Hussey PS. (2001) Comparing health system performance in OECD countries. *Health Aff*; 20(3):219-32.

Andersson G R, Poullier J. (1999) Health spending, access, and outcomes: Trends in industrialized countries. *Health Aff (Millwood)*, 18(3):178-192.

Ayanian JZ et al. (1993) The relation between health insurance coverage and clinical outcomes among women with breast cancer. *N Engl J Med*;329:326-31.

Blendon RJ et al. (2002) Inequities in health care: a five-country survey. *Health Aff*;21(3):182-91.

Blendon RJ et al. (2001) Physicians' views on quality of care: a five-country comparison. *Health Aff*; 20(3):233-43.

Blendon RJ et al. (1990) Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Aff*;9(2):185-92.

Brennan TA et al. (1991) Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med*;324:370-6.

Bodenheimer TS, Grumbach K. (1997) *Understanding Health Policy*, Lange Medical Books, New York, p. 26.

Bodenheimer TS, Grumbach K. (2005) *Understanding Health Policy*, Lange Medical Books/McGraw-Hill, New York, p. 4-189.

Buerhaus P I et al. (2000) Implications of an aging registered nurse work-force. *JAMA*;283:2948-54.

Bureau of Health Professions, 2001.

Burstin HR et al. (1993) Do the poor sue more? *JAMA*;270:1697-701.

Central Intelligence Agency, 2002.

Commonwealth Fund Task Force on Academic Health Centers. (1999) *The -Commonwealth Fund: From Bench to Bedside: Preserving the Research Mission of Academic Health Centers*, New York, NY: The Commonwealth Fund, 1999

Council on Graduate Medical Education (COGME): (1996) Patient care Physician supply and requirements testing. COGME recommendations. U.S. Department of Health and Human Services. (HRSA-P-DM 95-3))

Deckers PJ. (2000) Health care reform and undergraduate medical education. *Arch Surg*, 135: 399-408.

Donelan K et al. (1999) The cost of health care system change. Publish discontent in five nations. *Health Aff*;18(3):206-16.

Emanuel EJ et al. (2002) Managed care, hospice use, site of death, and medical expenditures in the last year of life. *Arch Intern Med*;162:1722-8.

Enthoven A, Kronick RA. (1989) consumer-choice health plan for the 1990s. *N Engl J Med* 1989;320:29.

European Institute of Japanese Studies, 2002.

Fisher ES et al. (2001) The implication of regional variations in Medicare Spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Ann Intern Med* 2003;138:273-87.

Grumbach K. (2002) Fighting hand to hand over physician workforce policy. *Health Aff* 21(5):13-27.

Grumbach K, Lee PR. (2001) How many physicians can we afford? *JAMA*,1991; 2369-72.

Hall SS. (2001) Prescription for profit. *The Wall Street Journal*, April 23 2001.

Halvorson GC, Ihsam GJ. (2003) *Epidemic of care*. San Francisco, Jossey Bass.

Haris G. (2001) Adverse reaction. *The Wall Street Journal*, 23 April.

Heffler S et al. (2001) Health spending projections for 2002-2012. *Health Aff* 2003 *Health Aff* 2003.

- Hogan C et al.** (2001) Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life. *Health Aff* 2001;20:188-95.
- Iglehart JK.** (2001) Medicare and prescription drugs. *N Engl J Med* 2001;344:1010.
- Innocenti Research Centre.** 2000.
- Kaplan GA et al.** (2001) "Income inequality and mortality in the United States." *BMJ*, 1996, 312, 999-1003.
- Kassirer JP.** (2001) Managed care and the mortality of the market place. *N Engl J Med*, 1995, 333: 50-52.
- Kennedy BP et al.** (2001) Income distribution and mortality: Robin Hood Index in the United States. *BMJ*, 1996; 312:1004-1007.
- Kreling DH et al.** (2001) Prescription Drug Trends: A Chartbook Update. Kaiser Family Foundation, 2001.
- Kronick R, Gilmer T.** (2001) Explaining the decline in health insurance coverage, 1979-1995. *Health Aff (Millwood)*. 1999, 18:30-47.
- Levit K et al.** (2002) Health spending rebound continues in *Health Aff* 2004;23(1):147-59.
- Localio AR et al.** (1991) Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard Medical Practice Study III. *N Engl J Med*;325:245-51.
- Macinko J et al.** (2003) The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv. Res*;38:831-65.
- Miringoff et al.** (1996) The growing gap between standard economic indicators and the nation's social health. *Challenge*, July, 17-22.
- Mohr JC.** (2000) American medical malpractice litigation in historical perspective. *JAMA* 2000;287:1731-7.
- National Center for Health Statistics Health, United States, 2005** With Chartbook on Trends in the Health of Americans Hyattsville, Maryland, 2005 p. 3-18
- Navarro V.** (2002) The inhuman state of US health care. *Monthly Review*. 2003(4);55.
- OECD, (Organization for Economic Cooperation and Development)** (2001).
- European Institute of Japanese Studies.** (2002).
- Pasko T, Seidman B, Birkhead S.** (2000) Physician Characteristics and Distribution in the U.S.: 2000-2001 Edition. American Medical Association, 2001; Bureau of Health Professions, 2000; Bureau of Health Professions, 2001; Bureau of Health Professions, State Health Workforce Profiles.
- Pasco T, Smart DR.** (2003) Characteristics and Distribution in the U.S., 2003-2004 Edition, Chicago, American medical Association.
- Pugno P et al.** (2003) Results of the 2003 National Resident Matching Program. *Family Practice. Fam. Med.* 25:564-72.
- Raphael D.** (2001) "From Increasing Poverty to Societal Disintegration: How Economic Inequality Affects the Health of Individuals and Communities." In H. Armstrong, P. Armstrong, and D. Coburn (eds.), *Unhealthy Times: The Political Economy of Health and Care in Canada*. Toronto: Oxford University Press.
- Raphael D A.** (2003) Society in Decline. The political, Economic, and Social Determinants of Health Inequalities in the United States. In *health and Social Justice*. Ed. Hofrichter R. John Wiley & Sons, San Francisco, p. 59-88.
- Reihardth U E.** (2004) An information infrastructure for the pharmaceutical market. *Health Aff*;23(1):107.
- Relman AS.** (1992) The choice for health care reform. Pennsylvania Blue Shield Institute.
- Schieber GJ, Poullier JP, Greenwald LM.** (1993) Health spending, delivery, and outcomes in OECD countries. *Health Aff (Millwood)*, 12: 120-129.
- Skocpol T.** (1995) The rise and resounding demise of the Clinton plan. *Health Aff*;14(1):66-85.
- Spetz J, Given R.** (2003) The future of the nursing shortage: will wage increases close the gap? *Health Aff*;22(6):199-206.
- Star P.** (1982) The social transformation of American medicine. New York Basic Books.
- Starfield B. Is U. S.** (2000) Health really best in the world? *JAMA* 2000; 284:483-5.
- Starfield B.** (1981) Primary Care. New York, Oxford University Press.
- Teno JM et al.** (2004) Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*;291:88-93.
- UCLA Center for Health Policy Research** (2001).
- US Census Bureau,** 2003
- Wachter RM, Goldman L.** (1981) The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. *N Engl J Med* 1996, 335:514. Starfield B. Primary Care. New York, Oxford University Press, 1981.
- Wassenaar JD, Thrar SL.** (2001) Physician Socioeconomic Statistics, 2000-2002 Edition. Chicago, American Medical Association.
- Weiler PC New House JP, Hiatt HH.** (1992) Proposal for medical liability reform *JAMA*;267-2355.
- Wolff BG.** (2006) Latch on the affirmative: Don't mess with Mr. In between. *Dis Colon Rectum*; 49:547-556.
- Woolhandler S.** (1997) Himmelstein DU. Cost of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States. *N Engl J Med*;336:769-74.