

GÖZLEM VE GÖRÜŞ**NASIL BİR SAĞLIK SİSTEMİ?
II
KAMUCU ÖRGÜTLENME***İlker BELEK****GİRİŞ**

Bu yazı Toplum ve Hekim'in bundan önceki sayısında yayınlanan aynı ana başlıklı makalenin ikinci bölümüdür. Hatırlanacağı gibi, ilk bölümde çalışmanın amacı Türkiye'de olması gerekli sağlık sisteminin temel ilkelerinin saptanması olarak belirlenmiş ve tartışmanın Türkiye sağlık sektörünün önemli gündem maddelerini oluşturan ana politik temalar üzerinden yürütüleceği vurgulanmıştı.

Bu amaçla ilk yazıda şu başlıklara yer verilmişti: Sağlık sistemindeki reform tartışmalarını uyarayan gelişmeler. Hangi değerler sağlık sisteminin yenilenmesinin öncüllerini oluşturabilir? Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasında belirlenmesi gereken ilkeler. Birinci basamak sağlık hizmetlerini nerede ve hangi düzeyde örgütlemeliyiz?

Sağlık sistemindeki reform tartışmalarını uyarayan gelişmeler başlığı altında, dünya ölçeğinde ortaya çıkan ve sosyal devlet olgusunun yıkılmasıyla sonuçlanan politik ekonomik değişikliklerden, sağlık hizmetlerinin özellikle son 20 yıl içinde diğer ürünler gibi bir meta karakteri kazanmış olmasından ve giderek herkesin, bütün kurumların tepki göstermek zorunda kaldığı eşitsizlik sorunundan söz edilmişti. Sağlık sistemlerinin yenilenmesinde dikkate alınması gereken temel değerler olarak eşitlik ve verimlilik saptanmasında bulunulmuş ve bu kavramların tanımları yapılmıştı. Bu değerlerden hareketle, benimsenecek ilkeleri saptamak amacıyla üç tartışma boyutu belirlenmişti: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin hangi düzeyde oluşturulması gerektiği, özelleştirme ve sağlık sigortası. İlk yazıda bunlardan ilki ele alınmış ve birinci basamak sağlık

hizmetlerinin üretimin içinde, üretenlerin bütün toplumsal yaşantıya etkin katılımlarının sağlanabileceği bir tarzda örgütlenmesi zorunluluğu gerçekleştirilmeye çalışılmıştı. Yazının bu bölümünde Özelleştirme/Kamulaştırma konuları ele alınacaktır.

ÖZELLEŞTİRME DEĞİL KAMULAŞTIRMA**Sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin anlamı**

Özelleştirme, sağlık hizmetlerinin finansman ve üretim boyutlarına hükümet dışı kuruluşların katılımı süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç içerisinde kamu ve özel sektörün sağlık hizmetleri içindeki sorumluluklarının yer değiştirdiği görülür. Özelleştirme genellikle de hizmetin finansman ve üretiminde yer alan kurumların mülkiyetinin el değiştirmesi ve özel sektöre geçmesi anlamına gelir. Özelleştirme kelimesi sıklıkla, Türkiye'de "özerkleştirme", uluslararası literatürde ise "iç piyasa" olarak bilinen ve önemli oranda kamunun gerçekleştirdiği rekabet düzenlemelerini ifade eden politikaları da kapsar.

Özelleştirmenin en tipik biçimi kamu kurumlarının mülkiyetinin özel sektöre devredilmesi ve özel sağlık kurumlarının, kuruluş aşamasından itibaren, devlet tarafından çeşitli mekanizmalarla desteklenmesidir. Bu tipik formun dışında kalan ve özel ile kamu kurumlarının aynı anda bir arada buldukları başka uygulamalar da özelleştirme başlığı altında anılabilirler. Örneğin, kamu hastanelerinde kimi yatakların özel kullanıma açılması, kamu kurumlarındaki hekimlerin özel hasta bakabilmeleri, kamu kurumlarının kimi hizmetleri özel sektörden satın almaya başlaması gibi yönelimler yine özelleştirme uygulamaları içine sokulabilirler. (Bu bilgiler için bkz.

* Yrd.Doç.Dr., Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

Muschell, J. 1995). Muschell devletin aktif olarak desteklediği (krediler, vergi indirimleri, mülkiyet devri gibi) özelleştirme uygulamaları ile devletin, sağlık hizmetlerinin finansman ve üretiminden kısmen çekilmesi sonucunda oluşan boşluğa özel sektörün girmesiyle ortaya çıkan özelleştirmeci gelişmeleri birbirinden ayırmakta ve ilki için "aktif", ikincisi için ise "pasif" özelleştirme terimini kullanmaktadır. Bütün bunlardan anlaşıldığı gibi özelleştirme uygulamaları oldukça geniş bir çeşitlilik göstermektedir ve Türkiye için de oldukça yaygın bir etkinlik alanına sahiptir.

Özelleştirmeyi destekleyen söylem

Sağlık hizmetlerindeki özelleştirme müdahalesinin uluslararası düzeyde Dünya Bankası'nın operasyonu başlatıldığı söylenebilir. Dünya Bankası 1980'li yıllarda ulusal hükümetlerle olan ilişkilerini yalnızca finansman ve ekonomiyle sınırlı olmaktan çıkarmış, sosyal sektörlerde devletin işlevlerinin yeniden tanımlanması amacıyla sağlık ve eğitim sektörlerine de el atmaya başlamıştır.

Dünya Bankası'nın sağlık sektörünün özelleştirilmesine yönelik müdahalesi gerçek bazı veriler üzerine dayandırılmaktadır. Bunlardan birisi, özellikle gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde kamu sağlık sektörünün düşük maliyetli olan, ancak toplumsal gereksinimler bakımından temel nitelik taşıyan (yüksek derecede maliyet etkinliğe sahip) sağlık hizmetlerini (koruyucu sağlık hizmetleri) üretmekte ve bunu gereksinimi olanlara götürmekte yetersiz kalışıdır. Bunun iki temel nedeni vardır. Birincisi bu tür ülkelerde sağlık sektörü için tahsis edilebilen kamu kaynaklarının çok yetersiz oluşudur. Hatta kimi ülkelerdeki kişi başı toplam ulusal gelir bile maliyet etkinliği yüksek olan minimal temel hizmet paketlerinin üretimi için yetersiz kalmaktadır. İkinci neden ise kamu kaynaklarının şu ya da bu ölçüde yeterli olduğu ülkelerde, kamunun yönetsel kapasitelerindeki düşüklük nedeniyle kaynakların yeterince verimli kullanılmamasıdır. Örneğin kamu kaynakları daha fazla oranda hastanecilik hizmetlerine (maliyet etkinliği düşük olan hizmetlere) yönlendirilmekte, bu da sağlık sisteminin toplam verimliliğini düşüren bir etki yaratmaktadır.

Bir diğer saptama ise hastanecilik hizmetlerini kullanan toplum kesimlerine ilişkindir. Yukarıda da belirtildiği gibi, özellikle az gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının önemli bir kısmı hastanecilik hizmetlerine gitmektedir. Öte yandan hastanecilik hizmetlerinin kullanıcısı da, hizmete ulaşma olanakları ve sosyokültürel düzeyleri daha iyi, buna karşılık sağlık hizmetine gereksinimleri yoksul toplumsal sınıflara göre daha az durumda olan zengin toplumsal sınıflardır. Kısacası hastanecilik hizmetlerinin kullanımında ters kullanım yasası geçerlidir. Sonuç olarak, kıt olan ve önemli oranda hastanecilik hizmetlerine aktarılan kamu sağlık kaynaklarının daha fazla orandaki tüketicisi, sağlık hizmetine gereksinimleri daha az olan, zengin sınıflar olmakta ve bu istenmedik, eşitsizlikçi sonuç bizzat devletin

kendisi tarafından, pek de farkında olunmaksızın yaratılmaktadır. Kısacası devlet sağlık sistemini, zenginlerin tedavi edici sağlık hizmeti kullanmaları için sübvansane etmektedir (Benzeri saptamalar için bkz. Griffin C.C., 1990 ve World Bank, 1987).

Dünya Bankası'nın bütün bunlardan çıkardığı ve bu başlıkla ilgili olan iki ana öneri vardır: Bunlardan ilki hastanelerin özelleştirilmesi ve ikincisi de sağlık hizmetlerinin sunumunda vergi dışı ek ödemelerin alınması ya da kullanıcı ödentileri. Bunlarla bağlantılı bir üçüncü öneri ise devletin sağlık sektöründe küçültülmesi ve işlevlerinin, yalnızca planlayıcı, standartları belirleyici, sağlık piyasasındaki rekabeti düzenleyici ve bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini üreten bir alana sınırlandırılmasıdır.

Dünya Bankası argümanları içinde yukarıdaki dönüşümün getireceği kazançlar şöyle sıralanmaktadır: Hastanelerin özelleştirilmesi, kıt olan kamu kaynaklarının koruyucu sağlık hizmetlerine yönlendirilmesine yarayacaktır. Tedavi edici sağlık hizmetleri özel sektör tarafından üstlenilecektir. Böylece kamu kaynakları daha maliyet etkin programlara yönlendirilmiş olacak, kıt kamu kaynakları ile toplumsal sağlık düzeyini daha fazla oranda yükseltmek olanaklı olacaktır. Devletin bürokratik yapılanmasından kaynaklanan tıkanıklıklar devletin küçültülmesi operasyonu ile aşılabilecektir. Hastanecilik hizmetlerinde kullanıcı ödentilerinin uygulanması, hastanecilik hizmetlerini kullanan zengin toplumsal sınıfların, tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanına ortak edilmeleri anlamına gelecektir. Zengin toplumsal sınıflardan kullanıcı ödentisi olarak alınan paralarla oluşturulacak fonlar koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılabilir. Ancak kullanıcı ödentileri yalnızca hastanecilik hizmetleriyle sınırlı değildir. Zaten, yukarıda da belirtildiği gibi hastanelerle ilgili asıl politika özelleştirme değildir. Kullanıcı ödentileri ilaç ve birinci basamaktaki tedavi edici ve hatta koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı için de önerilmektedir. Bu uygulamaların gereksiz ilaç ve hizmet kullanımını engelleyeceği, bir başka deyişle sektörün verimliliğini artıracacağı varsayılmaktadır. Hatta farklı basamaklardaki sağlık kurumlarında farklı miktarlarda kullanıcı ödentisi alınması (örneğin doğrudan hastanelere gidenlerden daha çok) toplumun sevk sistemine uyumunu da artıracaktır.

Özelleştirmenin sağlık sistemleri üzerindeki etkileri

Bu alt başlığa başlarken yukarıdaki tezlerle ilgili bir kaç noktanın altının çizilmesi uygun görünmektedir.

Dünya Bankası'nın kamu kaynaklarının kıtlığı ve kıt kaynakların da çok önemli oranda tedavi edici sağlık hizmetlerine yönlendirildiği şeklindeki saptamalarının doğru olduğunu belirlemek gerekir. Bu gerçeğin Türkiye için de geçerli olduğunu biliyoruz. Nitekim Türkiye'de Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe içindeki payı %3, toplam sağlık harcamalarının toplam ulusal gelir içindeki payı

yaklaşık %3.5, kişi başı sağlık harcaması yalnızca 108 dolar, koruyucu sağlık hizmetleri için ayrılan paranın toplam sağlık harcamaları içindeki payı ise %1'den bile azdır (binde 9). Çok yetersiz olduğunu belirttiğimiz Sağlık Bakanlığı bütçesinin yaklaşık %80'i maaşlara gitmekte, kalan %20 ile yatırım yapmak ya da maaşlar dışındaki cari harcamaları karşılamak olanaklı olamamakta, Bakanlık bütçesini yutan maaşlar ise hiç bir sağlık personelini memnun etmeye yetmemektedir.

Ancak, Dünya Bankası bu gerçekleri saptarken başka gerçekleri görmezden gelmiştir. Örneğin, kamu-devlet hastanelerini kullanan toplum kesimleri arasında önemli oranda dar gelirli, işsizler, sosyal güvenceye sahip işçi ve emekçi sınıflar, devlet hastanesi dışında başka hiç bir ikinci basamak sağlık kurumunu kullanmaya yetecek parası olmayanlar, kırsal kesimde yaşayanlar da bulunmaktadır. Banka bu gerçeği gözardı etmiştir. İnsanların, kamu sağlık kurumlarının yetersizliği ve bu kurumlarda çalışan personelin motivasyonsuzluğu nedeniyle, zorunlu olarak hatta gerektiğinde borçlanarak özel kurumlara başvurdukları, hekimlerin güler yüzünü ve ilgisini para ile kazanmaya çalıştıkları gerçeğini atlamıştır. Kamu sağlık kurumlarının ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bizzat devletin kendisi tarafından, özel sektöre alan açmak için çöktürüldüğünü dile getirmemiştir. Sağlık sektörü için yetersiz kaynak ayıran ülkelerin genellikle kapitalist emperyalist ilişkiler yumağı içinde bir borç batağına yuvarlanmış olduklarını ve batağı bizzat kendisinin (Dünya Bankası'nın) yarattığını, dolayısıyla finansman krizini çözmenin yolunun bağımsızlığı bir siyasal hat olduğunu, bu ülkelerin ulusal gelirlerinin önemli bir kısmının iç ve dış sermaye çevrelerine çeşitli mekanizmalarla aktarıldığını, sağlıktaki finansman krizini çözmek için kamunun sağlık alanındaki sorumluluklarını azaltmak yerine, bu sermaye çevrelerine kaynak aktarma mekanizmalarının engellenmesi gerektiğini gözlerden saklamıştır.

Dünya Bankası'nın "kamu hastanelerini kullananlar daha zengin toplumsal gruplardır ve dolayısıyla devlet hastaneçilik hizmetlerini üretmek bu toplumsal grupları sübvansede etmekte, bu da eşitsizlikleri artırmaktadır" derken kastettiği grupların içinde bunlar da vardır. Üstelik bu kamu kurumları toplumun geniş kesimlerinin vergileriyle oluşturulmuş ve şimdiye kadar da yine aynı toplumsal sınıfların vergi ve doğrudan ödemeleriyle işletilmiştir. Kısacası, Banka işçi ve emekçi sınıfların yılların mücadelesiyle elde ettikleri kazanımları da, el konulması gereken zenginlikler olarak görmektedir. Yukarıdaki paragraftaki saptamalara, yürütülen operasyonun bu siyasal boyutunu da eklemek gerekir. Dünya Bankası tedavi hizmeti gereksinimlerini özel hastanelerden ve yurt dışındaki sağlık kuruluşlarından karşılayan sermaye kesiminin sömürge ve zengin sınıfsal konumunu görmezden gelmekte, sosyal güvencesizleri sosyal güvencelemek yerine, sosyal güvencelilerin kimi haklarını da ellerinden alarak "eşitlik" sağlamayı planlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise, Dünya Bankası'nın

sağlık sistemlerinin özelleştirilmesi yönündeki bu müdahalesi karşısında uzun süre son derece çekimser, hatta destekleyici bir tutum sergilemiştir. Bu tutumun, özelleştirmenin toplumsal sağlık düzeyi üzerindeki etkilerinin belirginleştiği yakın geçmişe kadar da sürdüğü izlenmektedir. DSÖ'nün bu tutumunun, son 20 yıla damgasını vuran sermaye egemen yönelimler karşısında gerekli teorik ve ideolojik çıkışı yaratamamış olmasına bağlayabiliriz. Örneğin kaynakların yetersizliği karşısında DSÖ, kaynakların mobilizasyonu adı ile katkı paylarını (kullanıcı ödentileri) savunmuş, bunun yerine sermaye kesimlerinin ellerindeki zenginliklere bir ölçüde de olsa el koymaya yarayacak olan progressif nitelikli bir vergi sisteminin üstünlüklerinin propagandasını yapamamıştır.

Özellikle son bir kaç yıldır ise özelleştirmenin zararlarıyla ilgili olarak, en azından teorik düzeyde giderek genellik kazanan bir görüş birliğinin bulunduğunu görüyoruz. DSÖ genel direktörü Dr. Nakajima'nın şu sözleri (WHO, 1997) bu zararlı etkilerin uluslararası sağlık kamuoyu tarafından da artık görülmekte olduğunu belgelemektedir:

"Sağlık sistemleri bugün büyük bir kargaşa içindedir. 'Devletin küçültülmesi', 'piyasa güçleri' ve 'paranın değeri' gibi kavramlar bütün dünyada sağlık hizmetleri çevresinde dönen tartışmalarda yer almaktadır. Pek çok ülkede bu kavramların Herkes İçin Sağlık ve Temel Sağlık Hizmetleri gibi değerlerin yerine geçmeye başladığı görülmektedir. Özellikle bilmelidir ki, bu yaklaşımlar çok zararlı iki sonuç doğurabilir: Bunlardan birincisi sağlığın yalnızca bir meta olduğu şeklindeki anlayıştır. İkincisi ise sağlık için ayrılan bütçenin daima düşük tutulması gerektiği düşüncesidir."

Özelleştirme sonrasında gerek toplumsal sağlık düzeyinde gerekse sağlık sistemlerinde ortaya çıkan olumsuz değişiklikler nelerdir? Bunların eşitsizlik ve verimsizlik başlıklarında özetlenmesi olanaklı görünmektedir.

Özelleştirme sürecinde öncelikle göze çarpan gelişme, hizmete ulaşımın sorun hale gelmesidir. Bu sorun her tür özelleştirme uygulaması için geçerlidir. Özellikle düşük gelirli toplumsal sınıflar özelleştirilen sağlık hizmetlerinin maliyetini ödeyememekte, bu da bu grupların sağlık hizmetine ulaşımını engellemekte ve sağlık hizmetindeki finansal eşitsizlikler artmaktadır. Öte yandan özelleştirme sürecinde ulaşımsal bir eşitsizlik durumu da söz konusudur. Çünkü genellikle göze çarpan olgu, özel sağlık sektörünün ülkelerin az gelişmiş bölgelerine gitmek istememesidir. Bu nedenle, özelleştirme sürecinde sağlık kurumlarının belli gelişmiş bölgelerde yığılmasını ve az gelişmiş bölgelerdeki hizmet açığının kapatılması sorumluluğunun yine devletin üzerine düşeceğini beklemek yanlış olmayacaktır.

Özelleştirme sigorta kurumları için söz konusu olduğunda sorun bir başka açıdan daha ortaya çıkmaktadır. Özel sigorta şirketleri, maliyet unsurunu dikkate alarak hasta seçmekte, maliyeti fazla olacağını düşündükleri

hastaları sigortalamama eğiliminde olmaktadır. Kıscası sigorta şirketlerinin tercihi bireylerin sağlık riskleri ile ters orantılı olmakta, sağlık hizmetine daha çok gereksinimi olanlar güvence kapsamına alınmak istenmemektedir. Sonuçta sigorta sistemi evrensellikten uzaklaşmakta, bu da finansal eşitsizliği derinleştiren bir tercih olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kullanıcı ödentileri aracılığıyla paralaştırılmasının özellikle yoksul toplumsal sınıfları etkilediği ortaya çıkmıştır. Bu sınıflar hizmetin paralaştırılması sonrasında kamu kurumlarını daha az kullanmaya başlamışlardır. Bu gerçek özellikle sağlık kurumuna ulaşım için harcanan paranın fazla, sağlık kurumundaki bekleme süresinin uzun olduğu durumlarda daha belirgin biçimde ortaya çıkmakta ve bu gibi durumlarda yoksullar başka kurumları kullanmaya (eczaneler gibi) yönelmektedirler. Sonuçta bir yandan eşitsizlikler artmakta, diğer yandan ise sağlık sektörünün verimliliği genel olarak düşmektedir.

Birçok ülkede (Bangladeş, Gana, Peru, Zaire, Kanada, İngiltere, ABD gibi), kullanıcı ödentilerinin yoksulların sağlık hizmeti kullanımını azalttığına ilişkin bulgular elde edilmiştir. Bu nedenle, kullanıcı ödentilerinin yoksullardan alınmaması yönünde bir strateji geliştirilmeye çalışıldıysa da başarılı olamadığı anlaşılmaktadır. Bunun nedeni, bireylerin gerçek gelir düzeylerinin sağlık kurumu tarafından ve hizmetin kullanıldığı anda saptanmasının olanaksız olmasıdır. Bir başka deyişle sağlık kurumları yoksulla, zengini ayıramamaktadır.

Kullanıcı ödentileri ile oluşturulan fonların kullanım biçimi de sorun oluşturmaktadır. Toplanan paralar çoğu zaman hizmet kalitesini artırmanın dışındaki amaçlar için kullanılmaktadır. Katkı payı miktarının belirlenmesinde de sorunlar yaşanmaktadır. Örneğin Çin'de, hükümet kaynaklarının azaltılması sonrasında, kurumlar finansal gereksinimlerini önemli oranda katkı payları ile karşılamaya başlamışlardır. Katkı payı miktarı özellikle laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerinde maliyetin üzerinde tutulmakta, gelir getirici kalemler olarak görülen bu hizmet türleri hekimler tarafından (kuruma gelir elde etmek amacıyla) gereksiz şekilde kullanılmaktadır. Bütün bunlar maliyet artışı ile sistemin verimliliğini düşürmektedir.

Verimlilik boyutunu esas olarak makro ve mikro boyutlarda değerlendirmek gerekir. Özel sağlık kurumlarının kara yönelik olarak yapılandırılmış olmaları, bu kurumlarda çalışan hekimleri gereksiz müdahalelere ve gereksiz teknoloji kullanımı ile tetkiklere yönelten bir ortam oluşturmaktadır. Bu sürecin makro boyutunu yansıtmaktadır. Şüphesiz bu gereksiz yönelimlerin bir sınırı vardır. Bu sınır da hastanın ödeme gücünden geçmekte ya da finansör kurumların denetimi gereksiz hizmet kullanımını açısından sınırlayıcı bir işlev görebilmektedir. Ancak, ne olursa olsun, bütün bunlar göstermektedir ki, özelleştirilen sağlık sektörü, harcamaları artırıcı bir yapıya sahiptir. Bu nedenle, denetleyici mekanizmalar ne denli iyi kurulmuş olursa olsun, karı amaçlayan bu ortamın

denetimden kurtulmak için her şeyi yapabileceğini öngörmek yanlış olmayacaktır.

Bilindiği gibi piyasa kuralları içinde işlerlik gösteren sağlık kurumları arasındaki denetleyici mekanizmayı oluşturmanın en iyi yolu, denetim işlevini kamu sigorta kurumlarına bırakan "iç piyasa" düzenlemesi olarak gösterilmektedir. "İç piyasa"da, primleri kamu sigorta kurumu toplamakta, hizmeti de sağlık hizmeti üreticilerinden yine aynı kurum hastalar adına satın almaktadır. Kamu sigorta kurumunun fiyat ayarlamalarıyla, sağlık kurumları arasında pozitif bir rekabet ortamı yaratacağı, bunun da maliyetleri düşüreceği beklenmektedir. Piyasa kuralları içinde, en verimli olarak bilinen bu düzenlemenin bile etkisiz kaldığı özellikle İngiltere'deki uygulamalar sonrasında ortaya çıkmaktadır. İngiltere'de sağlık hizmeti üreten kurumların gerek kendi aralarında, gerekse sigorta kurumlarıyla anlaşarak fiyatları belli bir düzeyde tuttukları, bir başka deyişle rekabet ortamını geçersizleştirdikleri anlaşılmaktadır (Ayrıntısı için bkz. Belek İ. 1997).

Makro verimsizlik bağlamında dile getirilen sonuçların, genel olarak sağlık harcamalarını artırıcı bir işlev göreceği açıktır. Bir başka deyişle özel sağlık sektörleri makro düzeyde de verimsiz sağlık sektörleridir (Özelleştirme sağlık harcamaları ilişkisi konusunda bkz. Muschell J. 1995).

Mikro verimlilik ise sektöre ayrılan kaynakların ne tür hizmet alanlarına tahsis edildiğiyle ilgilidir. Bu, genel anlamda yönetim anlayışıyla ilgili bir sorun olarak da görülebilir. Mikro verimliliğin artırılabilmesi, sağlık sektörüne ayrılan kaynakların esas olarak, maliyet verimliliği yüksek olan temel hizmetlere, koruyucu sağlık hizmetlerine, birinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilmesini gerektirir. Oysa özelleştirmede, özel sağlık kuruluşlarının yönelimi tam olarak tedavi edici hizmetler olmaktadır. Kar amaçlı özel sağlık kurumlarında özel kurumlar daha çok kar getirici hizmet türlerine yönelmekte, bu yönelim halkın, daha çok teknoloji kullanan sağlık hizmetini kaliteli sağlık hizmeti olarak değerlendiren yaklaşımı ile birleştiğinde, ortaya tam anlamıyla tedavi yönelimli bir hizmet türü çıkmaktadır. Bunlar sağlık sektörünü mikro düzeyde verimsizleştiren uygulamalardır.

Kısaca özetlemek gerekirse sağlık hizmetlerinin sunum ve finansman boyutlarında özelleştirilmesi yoksulların sağlık hizmeti kullanımını azaltmakta, böylece sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizlikleri artırmakta, yoksulların sağlık durumunun daha da bozulmasına neden olmakta, sağlık sektöründeki harcamaları gereksiz biçimde yükselterek verimliliği azaltmaktadır (Bütün bunlar için bkz. OECD, 1995; Kutzin 1997: 9-16).

Türkiye'de özel hastaneler kamu hastanelerinden daha başarılıdır

Yukarıda şimdiye kadar dile getirilenler daha çok sektör

boyutuna ilişkin değerlendirmelerdi. Bu değerlendirme içinde sağlık sektörünün özelleştirilmesinin önemli sorunlara neden olacağı saptanmasında bulunuldu.

Özelleştirme tartışmaları sırasında genel kamuoyunu asıl ilgilendiren ise sorunun daha mikro düzeydeki boyutudur. Konu doğal olarak özel sağlık kurumlarının kamu kurumları ile bire bir karşılaştırılması biçiminde ele alınmaktadır. Bu durumda da, özelleştirmeci söylemin sıkça kullandığı argümanların üretilmesine olanak tanıyan ve sorunlarla dolu olan kamu sektöründeki kamucu yönetim ve mülkiyet yapısı olumsuzlukların nedeni olarak saptanmaktadır. Bu çerçevede kullanılan kavramlar bürokrasi, ilgisizlik, kuyruklar, maddi yetersizlikler, malzeme eksiklikleri olmaktadır. Bu tablonun karşısında, özel hastanelerin ilk bakıştaki cezbedici görüntüsü ve otelcilik hizmetlerinin daha düzenli işleme özel sektöre ilişkin olumlu izlenimler arasında ilk elde göze çarpanlardır.

Bütün bunlar karşısında yapılacak olan şey, kamu kurumlarının yetersizliğini kabul etmek, ancak bunun nedeninin kamuya kaynak ayırmayan, elindeki kaynakları sermayeyi desteklemek için kullanan siyasal iktidarın tercihi olduğunu bilince çıkarmaktır.

Bizim burada değerlendirmeye çalıştığımız konu ise bütün bunların ötesinde, özel hastanelerin gerçekten de sağlık hizmeti üretiminde daha başarılı olup olmadıklarına ilişkindir. Makro düzeyde özelleştirmenin başarılı olamadığına ilişkin bulgular, acaba mikro düzeyde yani hastane ölçeğinde de geçerli midir? Yoksa özel hastaneler, tek tek işletmeler olarak, gerçekten de daha kaliteli sağlık hizmeti üretebilmekte ve daha yüksek bir performans gösterebilmekte midirler? Bir başka deyişle özel hastaneler ülke sorunlarıyla ilgilenmiyor olsalar da, kendilerine başvuran nüfus grubu zemininde sergiledikleri performans bakımından durumları nedir?

Ancak böyle bir değerlendirmeye başlayabilmek için gerçeği ortaya çıkarabilmek bakımından ne tür kriterleri kullanmak gerektiğine karar vermek gerekecektir.

Bir kere hastanecilik ile bağlantılı olarak sağlık hizmetlerinde kalite ve performans dendiğinde sağlık hizmetinin süreç ve sonucuna ilişkin kimi ölçütlerin belirlenmesi gerekecektir. Hastanecilik hizmetlerindeki performansı değerlendirmede en yaygın olarak kullanılan ölçütler kapasite kullanım oranı, hekim başına düşen iş yükü, iş spekturumu (poliklinik ve cerrahi hizmetlerin ve cerrahi hizmetler içinde de küçük ve büyük cerrahilerin birbirleri karşısındaki ağırlıkları) olmaktadır. Sonuca ilişkin olan göstergeler ise esas olarak o kurumun performansını ve o kurumda üretilen hizmetin kalitesini gösteren ölçütler olacaktır. Bunlar içinde de en önemlisi kaba ölüm hızıdır. Hastaneler arasında, tedavi edilen hastalıkların çeşidi ve olanakları bakımından bir fark olmadıkça kaba ölüm hızı bakımından da bir fark olmaması beklenir. Öte yandan özellikle son yıllarda hasta memnuniyeti kavramının, so-

nuca ilişkin önemli bir gösterge olarak kullanılmaya başlandığı görülmektedir. Ancak bu kavramla ilgili kimi belirsizliklerin bulunduğunu da kabul etmek gerekir. Bunun nedeni, hastaların teknoloji ve ilaç kullanımından memnun olabilmeleridir. Bir diğer deyişle, gereksiz de olsa fazla ilaç ve teknoloji tüketimi hastayı memnun edebilmektedir. Dolayısıyla bu kavram üzerinden hastanenin ya da genel olarak sağlık sisteminin kalitesini ve performansını ölçmek çoğu kez doğru bir yöntem olmayabilmektedir. Bu nedenle değerlendirmelerin daha önce sıralanan göstergeler üzerinden yürütülmesi anlamlı görünmektedir.

Böyle bir değerlendirme sonrasında ortaya Türkiye açısından ilginç bir tablo çıkmaktadır. O da özel hastanelerle ilgili cıvalı görüntünün altında, bu görüntüyle hiç de uyumlu olmayan bir hizmet yapısının bulunmasıdır.

1997 yılı hastane istatistiklerine göre, özel hastaneler toplam poliklinik hizmetlerinin %2.0'ını, yataklı tedavi hizmetlerinin %5.3'ünü, toplam küçük cerrahi hizmetlerin %6.3'ünü, orta cerrahi hizmetlerin %7.1'ini, büyük cerrahi hizmetlerin %8.7'sini sunmaktadır. Bir başka ifade ile özel hastanelerin toplam cerrahi hizmetler havuzunda içindeki payı, poliklinik hizmetlerinin payından önemli derecede büyüktür. Bu veri bize, özel hastanelerin belli bir hizmet alanına ve belki de belli bir toplum kesimine yönelik olarak hizmet ürettiklerini düşündürmektedir.

Türkiye'deki özel hastanelerle ilgili ikinci bir veri grubu özel hastanelerin toplam içinde tuttukları hacme ilişkindir. Özel hastaneler toplam hastane havuzu içinde %17.1'lik bir yer kaplamaktadır. Aynı oran özel hastane yatakları için ise %5.2'dir. Dikkat edilirse, özel hastane yataklarının toplam hastane yatağı havuzu içindeki ağırlığı ile poliklinik hizmetlerinin ağırlığı arasında ciddi bir fark bulunmaktadır: %5.2'ye karşılık, %2.0. Buna karşılık özel hastane yatak sayısı ile özel hastanelerde yatırılarak tedavi edilen hasta oranları arasında önemli bir uyumun bulunduğu görülmektedir: %5.2'ye karşılık, %5.3. Bu da özel hastanelerin kendilerini daha fazla oranda yataklı tedavi hizmetlerine yönlendirdikleri ve hastanelerin yatak payı ile orantılı bir yataklı tedavi hizmeti payına sahip oldukları gerçeğini destekleyen bir veri olarak değerlendirilebilir. Nitekim Türkiye geneli için poliklinikte görülen hastaların %5.0'ı yatırılıp, yatırılanların da %30.7'sine cerrahi müdahale yapılırken; özel hastanelerde bu oranlar %13.2 ve %43.6'dır. Özel hastaneler muayene ettikleri hastaların daha fazlasını yatırmakta, yatırdıkları hastaların da daha fazlasına cerrahi müdahale gerçekleştirmektedir. Ya da özel hastanelere başvurular daha fazla oranda hastaneye yatacak ya da cerrahi gerektiren hastalar olmaktadır. Cerrahi müdahaleler açısından hekimin, kurumun uyardığı bir fazlalık da (supplier induced demand) söz konusu olabilir, ancak bunu eldeki verilerle ayırmak olanağı yoktur.

Yatak işgal oranı Türkiye geneli için %59.2, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %55.8, SSK hastanelerinde %69.7, tıp fakültesi hastanelerinde %70.9 iken, özel

hastanelerde yalnızca %25.5'tir. Bu durumda, kendilerini daha fazla oranda yataklı ve cerrahi hizmetler için yönlendiren özel hastanelerdeki yatakların dörtte üçü boş ve gereksizdir. Sağlık hizmetlerinin toplumsal boyutlarda değerlendirilmesinde dikkate alınması gereken en önemli verilerden birisinin bu olduğu düşünülebilir. Çünkü, açık biçimde, özel sektöre yapılan hastanecilik yatırımlarının verimsizliğini ortaya çıkaran bir veridir.

Cerrahi müdahalelerin kendi içindeki dağılımına bakıldığında ortaya şöyle bir tablo çıkmaktadır: Büyük cerrahi müdahalelerin toplam cerrahiler içindeki payı Türkiye ortalaması için %44.4 iken, özel hastanelerde %50.7, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %40.6, SSK hastanelerinde %43.4, fakülte hastanelerinde %51.0'dır. Özel hastaneler daha fazla oranda büyük cerrahi müdahale hizmeti üreten kurumlardır. Özel hastanelerdeki büyük cerrahi müdahale sayısı devlet ve SSK hastanelerinden yüksek olmakla birlikte ortalama hasta yatış süresi açısından bu veriyle uyumsuz bir sonuç gözlenmektedir. Ortalama hasta yatış süresi Türkiye geneli için 6.1 gün, devlet hastanelerinde 5.6, SSK hastanelerinde 6.2, üniversite hastanelerinde 8.9 ve özel hastanelerde 2.5 gündür. Özel hastaneler devlet ve SSK hastanelerine oranla daha çok büyük cerrahi müdahale gerçekleştirdiğine göre ortalama hasta yatış süresinin devlet ve SSK hastanelerindeki değerden yüksek olması ve fakülte hastanelerindeki süreye yaklaşık eşit olması beklenir. Oysa özel hastanelerdeki ortalama hasta yatış süresi son derece kısadır. Bu sonuç, özel hastanelerdeki hastaların operasyon sonrasında gerekenden daha kısa süre izlendiklerini ve muhtemelen hastaların ödeme sıkıntıları nedeniyle de erken taburcu edildiklerini düşündürmektedir. Bu veri özel hastanelerde sunulan yataklı tedavi hizmetlerinin kalitesi bakımından bir gösterge olarak kullanılabilir. Bir başka ilginç nokta özel hastanelerdeki ortalama hasta yatış süresinin son 5 yıl içinde düzenli azalarak 3.1 günden (1993), 2.5 güne (1997) inmiş olmasıdır. Oysa aynı süre içinde büyük cerrahilerin toplam cerrahi müdahaleler içindeki oranında hemen hiçbir değişiklik olmamıştır: 1993 için %50.2 ve 1997 için %50.7.

Hastanelerin ve personelin iş yükü üretilen hizmetin niteliğini belirleyen en önemli ölçütlerden birisidir. Bu bakımdan kamu hastanelerinin özel karşısında belirgin bir iş yükü altında olduklarını görüyoruz. Örneğin 1997 yılı için hastane başına yıllık ortalama poliklinik sayısı Türkiye genelinde 82100, devlet hastanelerinde 69441, SSK hastanelerinde 254551, fakülte hastanelerinde 183041 iken özel hastanelerde yalnızca 9702'dir. Hastane başına büyük cerrahi sayısı devlet hastanelerinde 368, SSK hastanelerinde 1268, fakülte hastanelerinde 3176. Özel hastanelerde 283'tür. Yılda bir yatağa düşen ortalama operasyonlu hasta sayısı devlet hastanelerinde 9.6, SSK hastanelerinde 12.4, fakülte hastanelerinde 11.7, özel hastanelerde 16.0'dır. Yatak başına ortalama yatan hasta sayısı devlet hastanelerinde 36.2, SSK hastanelerinde 40.9, fakülte hastanelerinde 29.1, özel hastanelerde 36.8'dir (Sağlık Bakanlığı 1998). Bu veriler devlet ve SSK hastane-

lerinin genel olarak özel hastanelere göre ciddi derecede daha fazla iş yükü altında olduğunu göstermektedir.

Yataklı tedavi hizmetlerinin sonuç göstergesi olan kaba ölüm hızı (KÖH) açısından durum ilk bakışta özel hastanelerin lehinedir. Türkiye geneli için %1.7, devlet hastanelerinde %1.6, SSK hastanelerinde %1.5, fakülte hastanelerinde %3.0 ve özel hastanelerde %1.0. Ancak bilindiği gibi kaba ölüm hızı çeşitli değişkenlerden etkilenmektedir. Bunlar arasında hastanenin mülkiyet durumu, yatak sayısı, iş yükü, tedavi edilen hastaların hastalık durumları (hastalık spektrumu) sayılabilir. Bu nedenle kaba ölüm hızı için yapılacak bir karşılaştırma, en azından, hastaneleri yatak kapasitelerine göre ayırarak gerçekleştirilmek durumundadır. 1993 yılı verileri için Şahin ve Kavuncubaşı'nın (1995) yaptıkları böyle bir karşılaştırma, aynı yatak kapasitesindeki hastaneler arasında kamu hastanelerindeki kaba ölüm hızının özel hastanelerden daha iyi olduğunu ortaya çıkarmıştır. Yukarıda anılan değişkenleri dikkate alarak yapılacak en iyi değerlendirme ise çok değişkenli istatistiksel analizler kullanılarak gerçekleştirilebilir. Bu durumda kaba ölüm hızı üzerinde etkili olduğu belirtilen bütün değişkenlerin etkisini aynı anda değerlendirmek olanaklı olabilmektedir. Bu değerlendirme sonrasında da, aynı yatak kapasitesindeki, aynı iş yükü altındaki, aynı hastalık spektrumuna sahip olan kamu ve özel hastanelerin kaba ölüm hızları hesaplanabilmektedir. Böyle bir değerlendirmeyi biz 1995 yılı verilerini kullanarak yapmış ve özel hastanelerdeki kaba ölüm hızının kamu hastanelerinden daha yüksek olduğunu ve aradaki farkın yatak sayısındaki, iş yükündeki değişikliklere bağlı olarak %80'e kadar çıkabildiğini göstermiştik (1997a).

Şimdi bütün bu verileri özetleyelim: Özel hastaneler daha çok yataklı tedavi hizmeti ve cerrahi hizmet vermektedir. Poliklinik hizmet yükü içinde özel hastanelerin payı son derece azdır. Bir başka ifade ile özel hastaneler seçilmiş bir hizmet grubunu, muhtemelen seçilmiş bir nüfus grubu için üretmektedir. Bu tercihin daha çok kar amacına yönelik olduğunu belirlemek olanaklı olabilir. Öte yandan özel hastanelerdeki ortalama yatış süresi kamu hastanelerine göre son derece düşüktür. Özel hastanelerde sunulan cerrahi hizmetler içinde büyük cerrahilerin oranının yüksekliği dikkate alındığında, hastaların kısa sürede taburcu edilmesinin nedeninin finansal etkenler olduğunu saptamak da yanlış olmayacaktır. Özel hastanelerdeki kapasite kullanım oranı kamu hastanelerinden düşüktür. Bu da, kaynakların toplumsal kullanımı söz konusu olduğunda, özel sektörün verimsiz çalışmasının göstergesi olarak kabul edilebilir. Özel hastanelerin iş yükü kamu hastanelerine göre daha azdır. Özellikle kuyruklar, personelin işe yönelik motivasyonsuzluğu gibi sorunları değerlendirirken iş yüküne ilişkin verilerin önemle göz önünde bulundurulması gerekir. Etkili olabilecek çeşitli değişkenlerin etkileri dikkate alındığında, özel hastanelerdeki kaba ölüm hızının, kamu hastanelerindeki hıza göre daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bu da özel hastanelerdeki sağlık hizmetinin kalitesine ilişkin iddiaların geçersiz olduğunun göstergesi olarak kabul edilebilir.

Bu durumda özel hastanelerde sunulan sağlık hizmetinin kalitesine ilişkin iddialardan güler yüz, otelcilik hizmetlerinin yüksek standardı gibi olgular dışında geriye bir şey kalmamaktadır. Bunlarla ilgili olarak ise (eğer doğrusalar), cepten yapılan o kadar ödemeye, çalıştırılan personelin iş güvencesizliğini, en ufak bir pürüzde işten atılmaya tehdit edilmelerini de göz önüne alarak bu kadarlık "kalite" elde etmenin hiç de çok sayılmaması gerektiğini söyleyebiliriz. Tabi ki en doğrusu kamu kurumlarındaki tüm maddi yetersizliklerin ve aşırı iş yükünün sağlık yönetimini olanaksız duruma getirdiğini, böyle bir ortamda şu anki kamu performansının bile çok olduğunu saptamak olacaktır.

Ara toparlama: Özelleştirme eşitsizlikçidir, verimsizdir ve irrasyoneldir

Yukarıdaki başlıkta sıralanan üç kavram bu yazı içinde şimdiye dek özelleştirmenin olumsuzlukları çerçevesinde incelenen konuları oldukça iyi biçimde toparlamaktadır.

Sağlıkta eşitsizlik özel sağlık sistemlerinin daha da artırdığı bir kapitalizm sorunudur. Kapitalist üretim ilişkileri içinde eşitsizliğin esas nedeni bu üretim ilişkilerinden dolayım olarak ortaya çıkan gelir, eğitim, konut, beslenme, vb. gibi yaşamsal olanaklardaki eşitsizliklerdir. Sağlık sistemi ne kadar eşitlikçi ve gereksinime göre organize edilmiş olursa olsun, sosyal güvenlik sistemi istediği kadar herkesi kapsasın, kapitalist üretim ilişkilerinin yaşamın diğer başlıklarında ortaya çıkardığı eşitsizlikler, her şeyden önce insanların sağlıklarının bozulmasına ve sağlık düzeyinde bir farklılaşmaya neden olur. Geliri düşük olanların, eğitimsiz olanların, geçkonduda, köy evinde yaşayanların, günlük kalori ve protein gereksinimlerini gerektiği gibi karşılayamayanların daha sık ve ciddi hastalanmaktan, sağlıklarını korumak amacıyla gereken önlemleri alamamaktan başka şansları yoktur. Bundan sonra eşitlikçi bir sağlık sisteminin yapabileceği ise ancak bu eşitsizliklerin etkisini hafifletmek olabilecektir. Bütün bu olumsuzluklar üzerine bir de sağlık sisteminin özelleştirilmesi eklenirse (ki kapitalist bir ekonomide, özellikle kriz dönemlerinde bunun dışında bir seçeneğin beklentisi içinde olmak tam anlamıyla hayalcilik olacaktır) sağlık hizmetlerinden yararlanımda da önemli eşitsizlikler doğacak, bu da sağlık düzeyindeki eşitsizliklerin daha da belirginleşmesine neden olacaktır.

Özelleştirmenin verimsizliği önemli oranda plansızlıktan kaynaklanır. Özel sağlık sektörü halkın sağlık hizmetine talebinin bulunduğu alanlara (onların deyimiyle söyleyecek olursak piyasa potansiyelinin olduğu yerlere) yönelir. Oysa sağlık hizmetine gereksinimi en fazla olanlar; en fazla oranda sağlık sorunu yaşayanlar, yani gelir, eğitim, beslenme, konut koşulları bakımından toplumun diplerinde bulunanlardır. Özel sektör, toplumun bu sınıflarının parası olmadığı için onları görmezden gelir. Sonuç olarak sağlık sektörünün kaynakları belli bölgelerde toplanır. Verimsizliği yaratan bir boyut budur. İkinci boyut ise özel

sağlık sektörünün daha çok para kazandıran tedavi edici hizmetlere ve bunun içinde de (Türkiye hastanelerine ilişkin verilerin gösterdiği gibi) cerrahi hizmetlere yönelmesidir. Bunlar tekil anlamda hastaneler için para getirici hizmet kalemleri olabilirler. Ancak öte yandan, toplumsal boyutta düşünüldüğünde, eldeki kaynakların çok fazla yaşam yılı kazandırmayan alanlara aktarılması anlamına gelirler. Verimsizlik buradadır. Bu durum aynı zamanda özelleştirmenin bir başka boyutunu daha görmemizi gerektirmektedir. O da sömürüdür. Sağlıkta özelleştirme, kapitalist üretimin içindeki sömürü mekanizmasının daha da derinleşmesi anlamına gelir. Artık en temel insani haklardan olan sağlık, toplumsal sorumluluk ve planlama alanı dışına çıkarılmakta, bireylerin sağlık haklarını koruma yetileri sınırlandırılmakta ve tüm bu haklardan oluşan alan özel sermayenin hareket alanı haline getirilmektedir. İnsan yaşamı sömürülmekte, para ve pazarlık konusu yapılmaktadır.

İrrasyonellik de bununla ilişkilidir: Sağlığı korumak varken, bu basamağı görmezden gelmek ve tekil hastanelere, hastanelerin patron ve ortaklarına para kazandırmak için, tedaviye yönelmek. Bu tercih ekonomik anlamda da kabul edilmesi olanaksız olduğu kadar, insani anlamda da akla bile getirilmemesi gereken bir seçenektir. Şüphesiz burada söylenmek istenen tedavi edici hizmetlerin örgütlenmemesi gerektiği değildir. Ancak şu da kabul edilmelidir: Bir ülkede sağlık kaynaklarının yalnızca %1'inin koruyucu sağlık hizmetleri için ayrılması tam bir toplumsal boyutlu ekonomik aptallıktır. Üstelik de koruyucu sağlık hizmetleriyle, korunulmadığı için tedavi edilmesi zorunluluğu doğan hastalıkların pek çoğunun ortadan kaldırılması olanağı vardır. Ancak bu şans kullanmak kapitalist sağlık paradigmasının işi değildir.

Yukarıdaki sakıncaların tümü sağlıktaki özel sektörün boyutları ile doğrudan ilintilidir. Yani, özel sektör genişledikçe eşitsizlik de, verimsizlik de, irrasyonellik de artacaktır. Bu nedenle eşitlikçi, verimli ve rasyonel bir sağlık sistemini kurabilmek için özelleştirme kavramının alanını biraz daha geniş düşünmek ve özel sağlık sektörünün bütün kompartmanlarını hedef almak gerekir. "Genişletim" önerisiyle hedeflenen kompartman özel sağlık sektörünün küçük ölçekli olarak tanımlanabilecek olan muayenehanecilik sektörüdür. Eşitlikçi, verimli ve rasyonel sağlık sisteminin peşinde olanlar, yalnızca hastanelerin özelleştirilmesine, özel hastanelere kredi verilmesine ya da vergi muafiyeti tanınmasına, kamu kurumlarında alınan katkı paylarına (kullanıcı ödentileri) değil, özel sağlık sektörünün her çeşidine karşı olmak zorundadırlar. Özel muayenehaneler de (küçük de olsa) eşitsizlik üretir. Eşitsizliğin küçüğü, büyüğü şeklinde bir ayırım yapmak hem bir ahlaksızlık, hem de bilimsel bir hata olur. Şu da unutulmalıdır: Özellikle küçük ölçekli özel sağlık işletmeleri (muayenehaneler ve özel poliklinikler) kamu sağlık sektörünün boş bıraktığı alanda ortaya çıkarlar. Bunun nedeni kamu sektöründeki maaşların yetersizliğidir. Bu nedenle kamu sağlık sektörünün geliştirilmesi, bu iki alt kompartmanın neredeyse kendiliğinden bir biçimde gerilemesine de yol

açacaktır.

Neden kamucu bir sağlık sistemi?

Bu sorunun yanıtı bir üstteki bölüm içinde kısmen verilmiş oldu. Burada biraz daha özlü biçimde ve eksik kalan bölümleri tamamlanarak bir toparlama yapılacaktır.

Kamucu bir sağlık sistemini gerekçelendirirken, kamucu bir sağlık sisteminin halk sağlığı, sağlık emekçileri ve sağlık bilgisinin amatörleştirilerek yaygınlaştırılması olanağı üzerine olan etkilerini belirlemek gerekir. Bütün bunları şu şekilde sıralayabiliriz:

1-)Kaynakların bölgeler arasındaki eşit dağılımını, ancak, kamucu bir sağlık sisteminin merkezi planlı yapısı içerisinde sağlayabiliriz. Nerede daha fazla oranda sağlık hizmetine gereksinim varsa, oraya daha fazla kaynak yönlendirmek kamunun vizyonudur.

2-)Kaynakların, gereksinimi daha fazla olan toplumsal sınıflara ve öncelikli sorunlara yönlendirilmesini de kamucu bir sağlık sistemi ile sağlayabiliriz. Bilindiği gibi kaynakların gereksinimi çok olan gruplara yönlendirilmesini pozitif eşitsizlikçi bir politika olarak adlandırıyor ve bu politikadan sağlıktaki eşitsizlikleri azaltıcı bir etki bekliyoruz.

3-)Sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik olarak, bir başka deyişle sağlığın korunmasını, geliştirilmesini hedefleyecek biçimde örgütlenmesi kamucu bir sağlık sistemi ile olanaklı olabilir. Bunun nedeni kamucu sağlık sisteminin sağlıktan para kazanmayı değil, sağlıktaki gereksinimleri karşılamayı ve toplumsal sağlık sorunlarını çözme hedeflemesidir.

4-)Kamucu bir sağlık sistemi en verimli sağlık sistemidir. Bunun iki nedeni vardır: a) Kaynakların gereksinimleri dikkate alarak, gereksinimleri en fazla olan toplumsal gruplara, bölgelere yöneltilmesi en fazla sağlık kazancı elde etmenin yoludur. Kısacası ancak böyle bir politika ile elde edilen kaynaklarla en fazla oranda toplumsal sağlık çıktısı elde edilebilir. Belli bir miktar parayla en fazla oranda potansiyel yaşam yılı kayıplarını engellemenin (cost effectiveness), sağlıklı yaşam yılı kazanmanın, yeti yitliklerini azaltmanın (cost utility) yolu sağlık sistemini kamu eliyle planlı tarzda örgütlemekten geçer. b) Kamucu sağlık sistemi koruyucu hizmetlere ve sağlığın geliştirilmesine öncelik verdiği için de en verimli politik düzenleme olacaktır. Koruyucu hizmetlerle kişi başına elde edilen sağlıklı yaşam yılı kazancı, bütün tedavi edici yöntemlerle, bütün cerrahi müdahalelerle elde edilen yaşam yılı kazançlarından çok daha fazladır.

5-)Toplumu sağlık hizmetlerinin planlanmasına, üretimine, değerlendirilmesine katmanın tek yolu kamucu sağlık sistemidir. Özel sağlık sektörünün amacı kardır, kar dürtüsü ise toplumun sağlık hizmetlerine katılması ile bağ-

daşmaz. Çünkü kar ile toplumsal gereksinimler birbirine terstir. Şüphesiz sağlık hizmetlerinin kamucu tarzda örgütlenmesi toplum katılımı için yetmez. Ancak kamucu bir sağlık sistemi olmadan da toplum katılımının gerek koşulları yerine getirilemez.

6-)Sağlık emekçilerinin hakları en iyi kamucu bir sağlık sistemi içinde korunabilir. Özel sağlık sektörü kar amaçlar. Özel sektördeki sağlık emekçilerinin, iş güvencesi, sosyal güvenliği, çalışma saatlerinin kısaltılması, düzenlenmesi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi yönündeki talep ve hakları ise kar hedefiyle uyumsuz. Çünkü bunların tümü özel sektör açısından bir maliyet faktörüdür. Toplumsal artı değer toplumdaki değişik katmanları arasında eşitlikçi dağıtımı ancak kamucu bir sistemde olanaklı olabilir. Bir başka deyişle, sağlık emekçileri açısından çalışma koşullarının ve ücret düzeylerinin geliştirilmesinin tek güvencesi eşitlikçi bir kamusal yönetimdir. Eğer birlikte daha fazla oranda artı değer üretebiliyorsak, bunu ortak irademiz ile ortak kullanabilir ve yaşam standardımızı geliştirmeye birlikte karar verebiliriz.

7-)Ancak kamucu bir sağlık sistemi genel toplumsal kalkınmanın motor gücü, en azından en temel bileşenlerinden birisi olabilir. Sağlık sektörünün bu işlevinin özellikle az gelişmiş, geri kalmış, gelişmekte olan, kapitalist sistemin periferinde yer alan ülkeler açısından yaşamsal derecede önemli olduğunu belirtebiliriz. Bu işlev ağırlıklı olarak birinci basamak sağlık kurumları tarafından yerine getirilebilir. Bunun nedeni (bu çalışmanın ilk bölümünden hatırlanacağı gibi) bir yandan birinci basamak sağlık kurumlarını toplumun en uç noktalarında, üretimin içinde, yaşamın ortasında, sorunların derinlerinde örgütleyecek olmamızdır. Öte yandan ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaşamdan kaynaklanan bütün sorunların çözümünü hedefleyen bir perspektife sahip olması ve sağlığın tam anlamıyla toplumsal bir boyutta tanımlanmasıdır. Dolayısıyla sağlık sektörü yaşamın bütün sorunlarıyla ilgilenir, bütün sektörlerle alış veriş içindedir, geniş ve diyalektik düşünmek zorundadır. Böyle olunca da bize toplumun bütün gruplarıyla, katmanlarıyla, sınıflarıyla gerçek anlamda ilişki olanağı tanır. Bu nedenle sağlık sektörü toplumsal kalkınmanın tam ortasında ve motor bir güç rolü üstlenebilir. Örneğin her sağlık ocağında bir kütüphane açmamızın toplumun entelektüel gelişimine getireceği katkıyı düşünelim. Her sağlık ocağı bölgesinde, her iş yerinde örgütleyeceğimiz sağlık meclislerinde mahallelerin, köylerin, iş yerlerin sorunlarını ele aldığımızı, mahallelerde çevre sorunlarını, köylerde tarım ve hayvancılıktaki sorunları, iş yerlerinde iş akış şemalarını gündem yaptığımızı hayal edelim. Toplumu genel olarak hareketlendirmenin, kendi sorunları konusunda bilgilendirip, hak istemelerini sağlamanın, genel bir aydınlanma ortamı yaratmanın araçları bunlardan başka neler olabilir ki?

8-) Özellikle toplum katılımı ve toplumun genel kalkınma hareketi ile ilgili olarak söylenenlere dikkat edelim. Bunlar aynı zamanda bireyleri kendi sağlıklarından

sorumlu kılmanın da araçlarıdır. Eğer böyleyse, bu aynı zamanda sağlık bilgisinin hızla toplumsallaşması olanağı da sağlayacaktır. Kamucu bir sağlık örgütlenmesi sağlık bilgisinin toplumsallaşması ve amatörce kullanımı yönündeki garantör güç olacaktır. Bizim amacımız, herkesin olabildiğince kendi sağlığını korumasını, kendi ortamını kolektif iradeler içinde sağlıklı duruma getirmesini sağlamaktır. Bunun için bilginin üretiminin ve kullanımının ve bilginin gerektirdiği gücün toplumsallaştırılması, kolektifleştirilmesi gerekir. İşte bunların garantisi kamucu bir sağlık sistemidir. Bizim uzun erimli amacımız bilgiyi saklayarak, teknik uygulamaları gizemleştirerek, tıbbi neredeyse ritüel bir ortam haline getirerek kar elde etmek değil; herkesin kendi sağlığından anlamasını sağlamak ve sonuç olarak sağlığın geliştirilmesi için teknik, toplumsal ve siyasal bir ortak eylem sürecini geliştirmektir. Bütün bunlar değişik bir dünya kurmayı gerektiriyor denilebilir. Tamamen doğrudur. Sağlığın korunması, geliştirilmesi, eşitsizliklerin ortadan kaldırılması, verimliliğin artırılması, kaynakların rasyonel kullanımı, bütün bunların tümü ancak değişik bir dünya içinde olanaklı olabilir. Bu çok heyecanlandırıcı bir görevdir. Bu görevin tam içinde sağlık sektörüne ve sağlıkçılara çok önemli görevler düşmektedir. Kamucu bir sağlık sistemi, kurulduğu anda, bu heyecanlı görevi yerine getirmenin önemli araçlarından birisi olacaktır. Öte yandan kamucu bir sağlık sisteminin propagandası hem eşitlikçi, sömürsüz, sınıfsız bir dünyayı meşrulaştırmanın; hem sağlığın bir hak olduğunu hatırlatmanın da en önemli aracıdır.

Kamucu sağlık sistemi ne demektir?

Bu soru için verilebilecek en kestirme yanıt belki de, "toplumun sağlık gereksinimlerine göre örgütlenen ve toplumun kendisi tarafından denetlenebilen sağlık sistemidir" şeklinde olacaktır. Dolayısıyla bu soruya yanıt vermek için esas olarak "bu işi kamu adına kimin yapacağı" sorusuna yanıt vermek gerekmektedir. Bir başka ifade ile kamunun sağlık gereksinimlerini kim gözetecek ve kamu sistemi nasıl ya da kim aracılığıyla denetleyecektir.

Bu sorulara yanıt verebilmek için iki noktanın dikkate alınması gerekir: Bunlardan ilki toplumsal sağlık sorunlarının ulusal sınırlar içindeki genelliği ve yine ulusal sınırlar içinde toplumsal sağlık düzeyinin eşitlikçi bir temelde bir bütün olarak yükseltilmesi zorunluluğudur. İkinci nokta ise genel nitelikli sorunların çözümlenerek, toplumsal sağlık düzeyinin toptan yükseltilebilmesi için en azından ulusal düzeyde merkezi bir planlamaya gereksinim bulunmasıdır.

İşte bütün bunlar nedeniyle, devletin bir toplumsal organizasyon olarak varlığını sürdürdüğü koşullarda, sağlık sistemini devlet aracılığıyla örgütlemek ve yürütmek kamucu sağlık sistemi açısından zorunlu görünmektedir. Diğer bir deyişle burada önerilen şey, kamucu çıkarlar için devleti araç olarak geliştirerek kullanmak ya da devleti kamucu gereksinim ve çıkarların sözcüsü olarak biçimlen-

dirmektedir.

Böyle bir noktada ilk elde geliştirilen itiraz devletin kendi içinde bir zor aygıtı olduğu ve devletçi bir örgütlenmenin eninde sonunda ve ne olursa olsun bürokratik ve baskıcı bir araç haline geleceği biçiminde olmaktadır. Oysa, yukarıda da değinildiği gibi, sorunların toplumsallığı karşısında, devlet tercihi her şeyden önce rasyonel bir ekonomik ve bilimsel tercih olmaktadır. Devletin bir bürokrasi ve baskı aracı haline gelebileceği doğrudur ve bu özellikle kapitalist devlet için geçerlidir. Ancak devletin eşitlikçi bir mantıkla ve bütün sömürü mekanizmalarını ortadan kaldırıp, güvenceye alacak tarzda örgütlenmesi de olanaklıdır. Kısacası sağlık sistemini toplumsal gereksinimler yönünde ve merkezi tarzda planlayabilmek için, bütün toplumu görebilecek kadar geniş ölçekli bir araca gerek vardır. O da devlettir. Ancak sağlığı devlet eliyle planlayıp, üretmek, kamucu bir sağlık sistemi için gerek koşul olsa da, yeter koşul değildir. Kamucu bir sağlık sistemini oluşturabilmek için merkezi devlet eliyle örgütlenen sağlık sisteminde hem sağlık hizmetlerini üreten emekçilerin, hem de sağlık hizmetlerinden yararlanan toplumsal grupların etkin denetiminin sağlanması gerekir. Böyle bir denetim devleti toplumun genel çıkarları doğrultusunda biçimlendirmenin ve kapitalist piyasacı güçlere fırsat tanımamanın garantisi olacaktır. O halde sağlık sisteminin kamulaştırılmasının formülü şudur: Piyasa ilişkilerine son vermek, sağlıktaki sorumluluğu her yönüyle devletin üstlenmesi ve devletçi sistemin işçi ve emekçi sınıfların toplumsal örgütleri tarafından denetlenmesi.

Peki, sağlık kurumlarını o kurumlarda çalışanların yönettiği bir model ya da toplumun çeşitli ekonomik sektörlerinin (örneğin PTT'nin, örneğin eğitim sektörünün, örneğin maden işletmelerinin, vb.) kendi sağlık örgütlerini kurup, işletmeleri ve bu örgütlerin o sektörlerde çalışan emekçilerin denetiminde yönetilmesi kamu sağlık hizmetlerinin bir türü olarak ele alınabilirler mi? Ya da bu tür örgütlenmeler kamucu bir sağlık sistemi anlamına gelir mi? Soruyu şöyle de ifade edebiliriz: Kamucu sağlık sisteminin boyutlarını bizim devletçi sistem dediğimiz ulusal düzeyden, işletme ya da sektör düzeyine çekmek olanaklı ve anlamlı olur mu? Yoksa yukarıdaki paragrafta olduğu gibi kurguyu mutlaka ulusal düzeyde mi biçimlendirmeliyiz?

Yukarıda sıralanan örgütsel modellerin özel sağlık sektörü dışında bir konuma düştüğünü kabul etmeliyiz. Bunlar için de söz konusu olan bir tür kamu modelidir ve Türkiye'de kısaca "özerkleştirme" olarak bilinen uygulamaya gelmektedirler. Her ikisinin de kamucu bir sağlık sisteminden beklenenleri yerine getirmede yetersiz kalacaklarını, hatta beklentilerle tamamen ters sonuçlar üretebileceklerini de görmek gerekir.

Nitekim anılan bu modellerin tümünde eşitsizlik yine önemli bir sorun olarak kalacaktır. Örneğin ekonomik bakımdan daha güçlü sektörlerdeki sağlık hizmeti ge-

reksinimi daha az olacağı gibi, bu sektörler sağlık sistemlerini daha rahat biçimde örgütleyebileceklerdir. Ekonomik bakımdan daha zayıf durumdaki sektörlerde ise tam tersi bir durum ortaya çıkacaktır. Örneğin bugün Türkiye'sinin koşullarını veri olarak düşünürsek, Köy Hizmetleri ve Devlet Demir Yolları gibi sektörlerin kendi nüfuslarının gereksinimlerini karşılayabilecek kadar yeterli bir sağlık sistemini kurup, işletmede yeterli ekonomik performans gösteremeyeceklerini öngörebiliriz. Yine aynı nedenlerle böyle bir parçalı, özerk kamucu yapılanma verimsizlik anlamına da gelecektir. Kaynakların daha az gereksinimi olan sektörlerde daha fazla oranda kullanılmasıdır verimsizlik denilen.

Sağlık kurumlarının, o kurumlarda çalışan sağlık emekçilerinin yönetiminde olması da benzer sonuçlar yaratacaktır. Örneğin böyle bir durumda, sağlık kurumunun önemli finans ve yatırım kararlarının, o kurumun hizmet ettiği nüfusun ve genel olarak da ülkenin sağlık gereksinimleriyle uyuması büyük olasılıkla mümkün olmayacaktır. Yönetimde yalnızca sağlık emekçilerinin bulunması alınan kararların da sağlık emekçilerinin kendi ekonomik ve sosyal gereksinimlerine yönelmesine neden olacak ve toplumsal gereksinimler arka planda kalacaktır.

Bütün bu nedenlerle kamucu sağlık sisteminin merkezi bir biçimde örgütlenmesi, bunun için de devletin bir araç olarak devreye girmesi gerekir. Ancak devlet eliyle gerçekleştirilecek bir yönetim ve üretim süreci bölgeler, ekonomik sektörler, kurumlar ve değişik toplumsal gruplar arasındaki gereksinim, kaynak farklılıklarını gözeterek, söz konusu bu farklılıklarının minimize edilmesi ve eşitlik yönündeki tercihleri geliştirebilir. Yukarıdaki iki öneri çerçevesinde eşitsizliklerin azaltılması ve kaynak dağılımındaki verimliliğin geliştirilmesi için sektörler, kurumlar arasında bir denge unsuru olarak merkezi bir denetim ve planlama mekanizmasının önerilmesi ise, zaten, bizim devletçi sistem dediğimiz önerinin kendisini dile getirmek demek olacaktır. Değişik toplum kesimlerinin gereksinimlerini dikkate almak bakımından katılımcı yapıların kurulması, devlet mekanizmasının önemini azaltmaz. Tam tersine devlet eliyle örgütlenen sağlık hizmetlerinin daha

fazla oranda gereksinimlere yanıt verecek biçimde örgütlenmesini sağlar, hem eşitlikçiliği, hem de verimliliği artırır.

Şimdiye dek belirtilenler açısından bir an bile aklımızdan çıkarmamamız gereken ilk toplumsal hedef, mutlaka, devleti işçi ve emekçilerin yani toplumsal zenginliklerin üreticilerinin devleti kılacak, piyasacı güçleri etkisizleştirecek eşitlikçi, sınıfsız, sömürsüz bir siyasal değişim olmalıdır.

KAYNAKÇA

Belek İ., (1997) Sağlıkta İç Piyasa ve Yönetilen Rekabet, Toplum ve Hekim, Cilt 12, Sayı 81: 26-44.

Belek İ., (1997a) Hastane Mülkiyet Durumu ile Kaba Ölüm Hızının İlişkisi. Hangisi Daha Başarılı? Kamu Hastaneleri mi, Özel Hastaneler mi? Toplum ve Hekim, Cilt: 13, Sayı 1: 2-7.

Griffin, C.C., (1990) Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector, World Bank, Washington.

Kutzin J., (1997) Experience With Organizational and Financing Reform of the Health Sector, WHO.

Muschell J., (1995) Privatization in Health, WHO.

OECD, (1995) The Future of Health Care Systems, Paris.

Sağlık Bakanlığı, (1998) Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1997, Ankara.

Şahin K, Kavuncubaşı Ş., (1995) Mülkiyet Yapısı ve Örgütsel Performans, Toplum ve Hekim, Sayı 66: 107-113.

WHO, (1997) Seventh Consultative Committee on Organization of Health Systems Based on Primary Health Care, Geneva, WHO.

World Bank, (1987) Financing Health Services in Developing Countries, Washington.