

AVRUPA SAĞLIK REFORMU

MEVCUT STRATEJİLERİN ANALİZİ



**Dünya Sağlık Örgütü
Avrupa Bölge Ofisi**



**T.C.
Sağlık Bakanlığı
Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü**

AVRUPA SAĞLIK REFORMU

MEVCUT
STRATEJİLERİN
ANALİZİ

AVRUPA SAĞLIK REFORMU Mevcut Stratejilerin Analizi
Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü - ARALIK 1998
ISBN 975 590 016 0

AVRUPA SAĞLIK REFORMU

MEVCUT STRATEJİLERİN ANALİZİ

Richard B. Saltman ve Joseph Figueras
tarafından yazılmış ve yayıma hazırlanmıştır.

"Published by the Regional Office for Europe of the World Health Organization in 1997 under the title European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies.

© World Health Organization 1997

Translation rights for an edition in Turkish have been granted to the Health Project General Coordination Unit of the Ministry of Health, Republic of Turkey and Eksen Tanıtım & Tasarım Ltd. Şti. by the Director of the Regional Office for Europe of the World Health Organization.

The Publishers alone are responsible for the accuracy of the translation."

"Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından 1997'de Avrupa Sağlık Reformu, Mevcut Stratejilerin Analizi başlığıyla yayımlanmıştır.

© Dünya Sağlık Örgütü 1997

Türkçe baskısı için, tercüme hakları Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi Koordinatörü tarafından Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'ne ve Eksen Tanıtım & Tasarım Ltd. Şti.'ne verilmiştir.

Yayımcı tek başına çevirinin doğruluğundan sorumludur."



Dünya Sağlık Örgütü
Avrupa Bölge Ofisi
Kopenhag 1997



T.C.
Sağlık Bakanlığı
Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

ÖNSÖZ

Sosyal güvenlik kavram olarak, toplumun tümünü kapsamak üzere, kişilerin sosyal risklere karşı korunmalarınıdır. Günümüzde devlet rejimleri, genel olarak, siyaset alanındaki demokratikleşmeler yanında, sosyal ve ekonomik hak ve özgürlükleri de içine alan "sosyal devlet" düzenine kaymıştır. Bu nedenle sosyal güvenlik çağdaş ülkeler anayasalarında temel bir unsur niteliğinde ifade edilmiş ve ilgili mevzuatlarında parasal ve sosyal haklar olarak yer almıştır. Sözü edilen sosyal hakların en önemlilerinden birisi de sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkıdır. Sağlanan yardımların ölçüsü ülkelerin ekonomik güçlerine göre artmakta veya azalmaktadır.

Sosyal güvenlik ülkelerde tek sistem ile sağlanabildiği gibi, birden çok sistemlerle ve değişik modellerle de uygulanabilmektedir. Modeller arasındaki ayrıcalık Özellikle, kapsama girecek nüfusun ekonomik ve sosyal yapılarının ve çalışma alanlarının farklılığından kaynaklanmaktadır. Aynı noktalardan hareketle, sistemlerin finansman yapısı da sigortalı, işveren ve devlet üçlüsünün biri, ikisi veya tamamı tarafından olmak üzere, çeşitli kaynak ve yöntemler ile oluşturulabilmektedir.

Avrupa'da sağlık alanında karşılaşılan güçlükler karşısında alınabilecek önlemler, yapısal ve örgütsel değişimler ile, reform niteliğinde yapılabilecek, sağlık politikalarını ve kuruluşlarını kapsayan değişim uygulamalarını içermektedir.

Bu durumda, öncelikle sağlık alanında karşılaşılan sorunların belirlenmesi önem kazanmaktadır.

Buna göre; "Avrupa Sağlık Reformu" adı altında yapılan geniş kapsamlı bir çalışma ile, Avrupa'da sağlık alanındaki mevcut stratejilerin belirlenerek, bunların analizi bağlamında;

- Değişimin gerekliliğine dair ana faktörler,
- Değişimin hangi konuları kapsayacağı ve bu hususta izlenebilecek politikalar,
- Finansmanın yetersizliği durumlarında, kaynak kıtlığı sorununa çözüm arama, sistemlerin finansmanının hakkaniyetli bir biçimde dengelenmesi, daha iyi sağlık hizmetlerine ulaşabilmek için kaynakların etkili bir şekilde tahsisi ve yine kaliteli sağlık hizmeti verilebilmesi için doğrudan hizmet sunucularına yönelik stratejiler,
- Değişimin başarılı olup olmamasına etki eden uygulanma süresi,
- Farklı görüşler karşısında elde edilen sonuçlara göre izlenecek yolun ne olabileceği,

Ortaya konulmaktadır.

Konu ile ilgilenenlere geniş bir bakış açısı sağlayacağı inancıyla, kitabın Türkçe baskısını hazırlayan Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğüne teşekkür ederim.

Dr. Süreyya ADANALI
Müsteşar

SUNUŞ

Sağlık hizmetlerinin, tüm dünya ülkelerinde, sağlığa ayırdığı kaynaklar ne olursa olsun; daha hakkaniyetli, daha maliyet etkili biçimde ve verilebilmesini sağlayabilmek için, yeniden düzenlenmeye çalışıldığı bilinen bir gerçektir.

Hatta Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi (World Health Organization Regional Office for Europe) bu konuda 1996 yılında bir toplantı yapmış ve Ljubljana Deklarasyonu adında bir metin yayınlamıştır.

Ancak, sözü edilen hususların istenilen düzeyde gerçekleşmesi, ülkelerin politik tercihlerinin ve yaklaşımlarının, örgütsel yapılarının değişkenlikleri yanısıra, gerekli finans kaynaklarının temini bakımından, her zaman amaçlanan ölçüde mümkün olamamaktadır.

Avrupa ülkeleri sağlık sektörünü ve reform çalışmalarını irdeleyen bu kitapta mevcut durum çeşitli konular bakımından ortaya konularak sistemler hakkında geniş bilgi verilmekle birlikte, ülkelerin karşılaştıkları sorunlara farklı bakış açıları da aranarak, sağlık alanında yapılacak yeni düzenlemelerin gerekliliği ve bu hususdaki engeller, sistemin yeniden organize edilmesi, finansal yeter-sizliklerin hakkaniyetli biçimde aşılma yöntemleri ve etkin hizmet alım sistemleri, hizmetlerin kaliteli ve verimli sunumu ile bu konuda yeni yapılanmalar hakkında değişik görüşler ışığında sonuçlara varılmaktadır.

Ülkelerin, sağlık sektörünün yeniden düzenlenmesi ve yapılandırılması aşamasında karşılaşılabilecek zorlukların, bunların gerekliliği düşüncesine ve sorunların ortadan kaldırılması çalışmalarına engel olmaması, diğer ülkelerdeki başarılı uygulamaların, her ülkenin siyasi, sosyal, ekonomik yapısı ve diğer özel koşullarına ve tercihlerine uyacak tarzda adapte edilerek, istenilen düzeyin sağlanması en büyük dileğimizdir.

Bu düşüncelerle Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi (World Health Organization Regional Office for Europe) tarafından hazırlanan bu kitabın, ülkemizde kullanılabilecek bir kaynak kitap olmasına emeği geçenlere teşekkür ediyorum.

Dr. S. Haluk ÖZSARI
Sağlık Projesi Genel Koordinatörü
Müsteşar Yardımcısı

İçindekiler

ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ.....	x
ÖNSÖZ.....	xii
GİRİŞ.....	1
Reformun Tanımlanması.....	2
Kitabın Düzeni	3
1 REFORMUN GERÇEKLEŞTİRİLMESİNE YÖNELİK BASKILAR.....	5
Sağlık Reformu Konteksti	5
Reform Çıkmazı: Sağlıkta ve Sağlık Sektöründeki Engeller.....	13
2 REFORM TEMALARININ ENTEGRASYONU	39
Sağlık Hizmetleri Alanında Devletin ve Piyasanın Değişen Rollerini	39
Sistemin yeniden organize edilmesi: desantralizasyon, merkezden yönetime dönüş ve özelleştirme	43
Halk Sağlığının Gelişen Rolü.....	65
3 KAYNAK KİTLİĞİ SORUNUNA YÖNELİK ÇÖZÜM YOLLARI	79
Maliyetleri daha etkili biçimde sınırlama	79
Uygun Bir Maliyet Paylaşım Rolü.....	83
Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme	101
4 SİSTEMLERİN HAKKANİYETLİ BİR BİÇİMDE FİNANSE EDİLMESİ.....	114
Sağlık Hizmeti Finansmanına Yönelik Trendler	114
Dayanışma ve Rekabet	132
5 KAYNAKLARIN ETKİLİ BİR ŞEKİLDE TAHSİS EDİLMESİ.....	139
Daha iyi sağlık hizmeti almak : kaynak tahsisi, satın alma ve sözleşme	139
Hizmet Sunucular için Performansa Bağlı Ödeme Sistemleri	150
İlaçların Maliyet-Etkin Sunumu	172
Sağlıkta Yatırım İçin Sermaye Tahsisi	194
6 HİZMETLERİN VERİMLİ SUNUMU.....	200
Çıktıların ve Hizmet Kalitesinin Geliştirilmesi.....	200
Desantralize Hizmet Sunucularının Yönetimi	210
Değişen Sınırlar: Hastaneler, BBSH ve Toplum Hizmeti.....	211
Hastanelerin Yeniden Yapılandırılması	214
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Yönelik Yenilenen Bir Rol	230
İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi.....	236
7 REFORMLARIN UYGULANMA SÜRECİ.....	243
Uygulamanın Analizi için Bir Çerçeve.....	243
Deneyim Yoluyla Öğrenme	254
Uygulama İçin Stratejiler	260
8 İZLENECEK YOL.....	267
Arz Odaklı Reformların Gerçekleştirilmesi.....	267
Devlet Yönetmeliklerinin Düzenlenmesi	269
REFERANSLAR.....	272
EKLER-YAZARLAR, YAZI BAŞLIKLARI VE MAKALELERİ.....	298

Şekiller ve Tablolar Dizini

Şekil 1.	DSÖ Avrupa Bölgesi'nde erkeklerde doğumda beklenen yaşam süresi, 1980-1994.....	16
Şekil 2.	DSÖ Avrupa Bölgesi'nde kadınlarda doğumda beklenen yaşam süresi, 1980-1994.....	16
Şekil 3.	Rusya Federasyonunda alkol tüketimi ve mortalitesi, 1981-1992.....	17
Şekil 4.	DSÖ Avrupa Bölgesi'nde, 0-64 yaş arası erkeklerde iskemik kalp hastalıklarına bağlı yaşa göre standart ölüm hızları (YÖÖH), 1981-1994.....	18
Şekil 5.	DSÖ Avrupa Bölgesi'nde, 0-64 yaş arası kadınlarda iskemik kalp hastalıklarına bağlı yaşa göre standart Ölüm hızları (YÖÖH), 1981-1994.....	19
Şekil 6.	1990'ların başında DSÖ Avrupa Bölgesi'nde, tahmini sigara kullanım prevalansı.....	20
Şekil 7.	DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 0-64 yaş arasında dış nedenlere bağlı yaşa göre standart ölüm hızları, 1981-1994	21
Şekil 8.	DSÖ Avrupa Bölgesi'nde, bildirim gecikmeleri düzeltilmiş olarak teşhis yılına ve bulaşma yoluna göre erişkinler ve adolesanlardaki AIDS vakalarının dağılımı, 1981-1995	23
Şekil 9.	DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 65 yaş ve üstü nüfus oranlanma tahmin ve projeksiyonları, 1980-2020	25
Şekil 10.	DSÖ Avrupa Bölgesi'nde poliyo vakalarının toplam sayısı, 1981-1995	27
Şekil 11.	Rusya Federasyonu'nda 1980-1995 yılları arasında ve Ukrayna'da 1989-1995 yılları arasında difteri insidansı	28
Şekil 12.	DSÖ Avrupa Bölgesi'nde toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı, 1994....	30
Şekil 13.	Batı Avrupa'da satınalma paritesine göre kişi başına düşen sağlık harcamaları, ABD Dolan, 1994.....	31
Şekil 14.	Neo-klasik modele göre maliyet paylaşımı ve sigortanın refaha yönelik sonuçları.....	86
Şekil 15.	Önceliklendirme sürecini etkileyen faktörler	103
Şekil 16.	Sağlık önceliklerinin belirlenmesinin dinamikleri.....	106
Şekil 17.	Temel teminat paketinin belirlenmesi için bir yöntem	108
Şekil 18.	Seçilmiş Batı Avrupa ülkelerinde nüfusunun kişi başına düşen ferdi ve grup özel sağlık sigortası primleri, 1993.....	130
Şekil 19.	Seçilmiş Batı Avrupa ülkelerine, 1990'ların başında özel sağlık sigortasının girişi.....	130
Şekil 20.	Denetim döngüsü	204
Şekil 21.	Sağlık ve toplum hizmetlerinin ikamesi	212
Şekil 22.	DSÖ Avrupa Bölgesi'nde, 1980-1994 yılları arasında, 1000 kişiye düşen hasta yatağı sayısı	217
Şekil 23.	DSÖ Avrupa Bölgesi'nde, 1000 kişiye düşen hekim ve hemşire sayıları, 1994..	237
Şekil 24.	Sağlık politikası analizlerinin çerçevesi.....	244

* * *

Tablo 1.	Orta ve Doğu Avrupa ve Bağımsız Devletler Topluluğu Ülkelerinde Ekonomik Büyüme, 1990-1996.....	11
----------	---	----

Tablo 2. ODA, BYKD ve Batı Avrupa Devletleri Arasındaki Beklenen Yaşam Süresi Farkını Etkileyen Unsurlar	22
Tablo 3. Batı Avrupa ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH'daki oranları, 1970-1995	32
Tablo 4. Desantralizasyon Çeşitleri	45
Tablo 5. Desantralizasyonun Yararları	52
Tablo 6. Riskleri	54
Tablo 7. Batı Avrupa'daki Sağlık Hizmetlerinin Hasta Maliyet Paylaşımı	91
Tablo 8. Seçilmiş ODA ve BDT Ülkelerindeki Hasta Maliyet Paylaşımı	96
Tablo 9. 1990 Yılındaki Seçilmiş Ülkelerde Sağlık Harcamaları ve Kullanımı	99
Tablo 10. Ağustos 1990'daki Bazı NHS Aracıların QALY Maliyetleri	104
Tablo 11. Mevcut ve planlanan finansman yöntemine göre gruplanan Avrupa Bölgesi'ndeki ülkeler	115
Tablo 12. 1990 yılı başlarında bazı sosyal sigorta sistemlerindeki devlet sübvansiyonları ve primler	117
Tablo 13. Katkı payları ve işçi işveren oranları	125
Tablo 14. Batı Avrupa Ülkelerinde BBSH Hekimlerine Ödeme Metotlarının Prensipleri..	153
Tablo 15. Avrupa Bölgesinde seçilen ülkelerdeki yataklı hasta servislerini daha iyi bir hale getirmek için sermaye ve hastane operasyon harcamalarına ödenek sağlanması için önde gelen yaklaşımlar	163
Tablo 16. Seçilmiş bazı Avrupa ülkelerindeki ilaç harcamaları, 1993	175
Tablo 17. Seçilmiş Bazı Batı Avrupa Ülkelerinde İlaçların Perakende Fiyatlarının Yüzde Olarak Dökümü, 1993	176
Tablo 18. AB Ülkelerinde farmasötik sektöründe alternatif maliyet sınırlama stratejileri	177
Tablo 19. Seçilmiş Bazı Batı Avrupa Ülkelerinde Hastaların Maliyet Paylaşımı, 1995	179
Tablo 20. Seçilmiş Bazı Batı Avrupa Ülkelerinde piyasada bulunan ürünlerin sayısı, 1993	180
Tablo 21. Seçilmiş Bazı Batı Avrupa Ülkelerinde İlaç Fiyat Seviyeleri, 1988-1993 (AB Ortalaması: 100)	181
Tablo 22. Seçilmiş Bazı Batı Avrupa Ülkelerinde Farmasötik Harcamalar, 1988-1993(1990=100)	181
Tablo 23. Seçilmiş Bazı Avrupa Ülkelerinde Farmasötik Fiyatların Düzenlenmesi ya da Etkileme Yöntemleri	183
Tablo 24. Belli ODA ve BDT ülkelerinde ilaç sektörünün gelişmesi, Mart 1995	191
Tablo 25. Milyon nüfus başına bilgisayarlı tomografi tarayıcılarının 1993'te seçilmiş ülkelerdeki sayısı.....:-:	203
Tablo 26. İkame: sağlık reformlarında engeller ve fırsatlar	215
Tablo 27. BDT ve ODA ülkelerinde 1000 kişi başına düşen yatak sayısı, 1980-1994	218
Tablo 28. 1990-1994 yılları arasında BDT ve ODA ülkelerinde önemli hastane göstergelerindeki değişiklikler, 1990-1994	219
Tablo 29. Yatak kullanımındaki uygunsuzluk: seçilmiş çalışmalar	224
Tablo 30. Hastane sistemlerini değiştirmeye yönelik politik yaklaşımlar	229
Tablo 31. Uygulama Sürecine Etki Eden Etkenler	249
Tablo 32. Uygulama İçin Kontrol Listesi	263
Tablo 33. Uygulamayı destekleyecek politika analiz araçları	265

Önsöz

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi içerisinde yer alan birçok hükümet, kendi sağlık sistemlerinin ve mevcut yaklaşımlarının uygunluğunu finansman, organizasyon ve sağlık hizmetleri sunumu açısından gözden geçirmektedir. Sağlık reformu, şu anda özünde normatif olduğu kadar ekonomik ve örgütsel bir faaliyettir. Daha iyi bir harcama kontrolü ve/veya üretkenlik ve verimlilik elde etmeye yönelik baskının, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin ulusal erişimin sürdürülmesi ve sosyal sınıflar arasında verilen hizmete erişilebilirlikteki hakkaniyetin geliştirilmesi için köklü, ahlaki zorunluluklara karşı dengelenmesi gerekmektedir. Reform tedbirleri, sadece devlet bütçesinde kısa vadeli tasarruflar olarak değil, aynı zamanda DSÖ'nün "Herkes İçin Sağlık" stratejisiyle uyumlu, sağlıklı geliştiren ve tüm nüfus için sağlık kazancı sağlayan bir güç olarak da değerlendirilecektir. Batı Avrupa'da sağlık reformu faaliyetlerinin genişletilmesi ne kadar önemliyse, bu normatif boyutlar, Orta ve Doğu Avrupa'nın ve Bağımsız Devletler Topluluğu'nun yeniden yapılanmış sağlık sistemleri için de eşit değerde önem taşımaktadır.

1990'lı yılların başından beri DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, yoğun programlar yürütmektedir. Bu programların arasında; reformun bilgi temelini oluşturulması ve enformasyon sisteminin kurulması, deneyimlerin paylaşılması ve karar vericilerin desteklenmesi amacıyla, bilgi işlem ağlarının geliştirilmesi ve her bir ülkenin politikalarının oluşturulması ve yeterliliğinin artırılması için doğrudan uzman desteğinin sağlanmasını da içeren reform geliştirilmesi ve uygulanmasını destekleyen faaliyetler yer almaktadır.

Bölge Ofisi, Avrupa Bölgesi'nde edinilen sağlık reformundaki son deneyimleriyle ilgili bir araştırma yürütmüştür. Araştırma, ulusal sağlık politikası karar vericilerinin 1990'lı yılların ikinci yarısında karşılaştıkları önemli güçlüklerin analizi olarak düzenlenmiştir; ve bölgenin hem doğu hem batı kesimlerindeki sağlık sistemlerinin mevcut durumundaki epidemiyolojik, ekonomik, örgütsel ve yönetsel perspektifleri birleştirmiş, kavramsal ve aynı zamanda da deneysel bir

Bu kitap, akademik uzmanların ve politika uzmanlarının oluşturduğu bir ekibin makalelerine dikkat çekmektedir. Çalışma Constantino Sakellariades - Sağlık Politikası ve Hizmetleri Departmanı Yöneticisi, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi - yönetimiyle yürütülmüştür.

Katılımcılar (alfabetik sırasıyla) : Olusoji Adeyi, Jorgen Steen Andersen, Anders Anell, Drazen Babic, David Banta, Howard Bamum, Adèle Beerling, José Luis Bobadilla, Ferenc Bojan, Jacques Bury, Michael Calnan, Sally Campbell, Gnanaraj Chellaraj, David Chinitz, André-Pierre Contandriopoulos, Nick Doyle, Nigel Edwards, Aina Fawcett-Henry, Herman Fuenzalida-Puelma, Milagros Garcia-Barbero, Juan Gervas, Ellen Goldstein, Claire Gudex, László Gulácsi, Bernard Güntert, Janoz Halik, Chris Ham, Petr Háva,

Martin Hensher, Frank Honigsbaum, David Hunter, Dominique Jolly, Panos Kanavos, Gyula Kincses, Simo Kokko, Joseph Kutzin, Marju Lauristin, Ellen Leibovich, Kimmo Leppo, Jane Lethbridge, Alistair Lipp, Christopher Lovelace, Hans Maarse, Michael Marek, Martin McKee, Elias Mossialos, Vicente Ortún, Anastas Philalithis, Alexander Preker, Thomas Rathwell, Lise Rochaix, Francis Roger France, Jolanta Sabbat, Serdar Savaş, Joan Sedgwick, Igor Sheiman, Jan Sorensen, Kirsten Stæhr Johansen, Frans Stobbelaar, Ellie Tragakes, Agis Tsouros, Koos Van der Velden, Mikko Vienonen, Gill Walt, Morton Warner, Jürgen Wasem, Ursula Wemeke, Miriam Wiley, ve Cezary Włodarczyk. Yazarların tam listesi ve makale başlıkları Ek'te verilmiştir.

Kitabın birçok bölümündeki değerli katkı ve öneriler Martin McKee tarafından verilmiştir. Birçok

yaklaşım sergilemiştir. Araştırmanın bulguları, Avrupa'nın her yerinden, Kanada'dan, Dünya Bankası ve DSÖ'den bilim adamları ve hekimlerin oluşturduğu büyük bir grup tarafından konuyla ilgili olarak yazılan 30'un üzerinde makaleye dayanmaktadır.

Bu kitap, araştırmanın başlıca bulgularını sunmaktadır. Proje ekibi, tarafından yazılan 30 makalenin tümü 1997 yılında basılacak daha sonraki bir yayımda kullanıma sunulacaktır.

Bu kitabın amacı, Avrupa Bölgesi'nde sağlık politikalarını belirleyenlerin sağlıkta ve sağlık sektöründe karşılaştıkları zorluklara geniş bir bakış açısı sağlamak ve temel reform stratejilerinin etkisi hakkındaki mevcut somut verileri incelemektir. Kitabın yaklaşımı, bu seçilen alanlar hakkında kısa ve özlü ancak sağlam bir görüş açısı sunmaktır. Böylece okuyucular, her bir tartışma konusu hakkında yürütülmüş olan bu yoğun araştırmadan yararlanabilirler. Bu kitabın sağlık politikalarını belirleyenlere belirli tavsiyeler sağlamak niyetinde olmadığını, daha ziyade, gelecekte bir ulusal sağlık politikası geliştirilmesine temel oluşturmaya yardımcı olabilecek mevcut bulguları sentez haline getirmek amacıyla tasarlandığını belirtmek yerinde olacaktır.

Bu kitabın taslağı ve sonuçlarının ayrı bir özeti, Haziran 1996 tarihinde Ljubljana/Slovenya'da DSÖ Avrupa Sağlık Reformları Konferansında detaylı tartışmalara ve önerilere temel oluşturmuştur. Konferansta sağlık reformları hakkındaki Ljubljana Akdi benimsenmiştir. Bu Konferansın başlıca sonuçları resmi raporda yer almaktadır.

Ljubljana Konferansı, Bölge Ofisi'nin, sağlık reformu alanında hizmet sunucular, vatandaşlar, hastalar ve bilim adamları açısından önem taşıyabilecek yoğun girişimleri için bir zemin hazırlamıştır. Bu yeni girişimin, sağlık politikası belirleyicilerinin karşılaştıkları zorlukları aşmasına yardımcı olacağı ümit edilmektedir; çünkü Avrupa Sağlık Sistemi, vatandaşlarına sunacağı bir sonraki hizmet kuşağı için kendisini hazırlamaktadır.

J.E. Asvall

DSÖ Avrupa Bölge Direktörü

İç ve dış DSÖ tarafından sağlanmış yardımcı yorumlar: Iain Chalmers, Antonio Duran, Cees Goos, Alex Gromyko, Deborah Hennessy, Rüdiger Krech, Suzsy Lessof, Serguei Litvinov, Christopher Lovelace, Tom Marshall, Casten von Otter, Anna Ritsatakis, Mikko Vienonen, Jan de Vries, Bart Wijnberg, Erio Ziglio ve Herbert Zöllner.

Metnin redaksiyonu Annabelle May, Frank Theakston ve Mary Stewart Burgher tarafından yapılmıştır. Zvonko Hovevar veri yönetiminden sorumlu olmuştur. O ve Phyllis Dahl ortaklaşa üretim ekibinin başkanlığını yapmıştır. Bu ekip: Kathryn Winther, Doris Holst, Gill Paludan-Müller, Rafael Paz-Fernandez, Charlotte Brandigi ve Sheila Duke'dan oluşmaktadır. Bu metin Wendy Enersen tarafından daktilo edilmiştir ve Sven Lund kapak tasarımı ve sayfa düzeninden sorumlu olmuştur.

Reformların uygulanması adlı bölümün hazırlıkları, değişim yönetimi seminerine katılımcıların katkılarıyla yapılmıştır. Sağlık Politikası ve Hizmetleri Departmanı çalışanlarına ek olarak: Gunnar Griesewell, Bradford Herbert, Ieva Margā, Alex Preker, Tom Rathwell, Francisco Sevilla Perez, Igor Sheiman, Per Axel Svalander, Ondrej Typolt, Gill Walt ve Bart Wijnberg. Batı Avrupa ülkelerinin sağlık hizmetleri ile ilgili veriler için Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'ne (OECD), sağlık harcaması verileri için Dünya Bankası'na, herkes için sağlık veritabanının güncelleştirilmesini sağlayan Bölge Ofisi'nin Epidemiyoloji, İstatistik ve Sağlık Enformasyon Birimlerine teşekkürlerimi zı sunarız

Giriş

Son 20 yılda, Avrupa'daki sağlık politikası, artmakta olan sağlık hizmeti giderleri ile ilgilenmektedir. Nüfusun yaşlanması, ileri derecede kronik hastalık ve sakatlık, yeni tedavi yöntemlerinin ve teknolojilerin varlığı ve artmakta olan toplum beklentileri, sağlıkla ilgili harcamaların arttırılması yönünde bir baskı oluşturmaktadır.

Birçok Avrupa ülkesi bu gider baskılarını kontrol altında tutmak için bir dizi önlem almıştır. Hakkaniyet, erişilebilirlik ve sağlık statüsünün gelişimi düşünülerek yapılmış örgütsel düzenlemeler, etkili maliyet sınırlaması kaygısıyla artan bir şekilde engellenmiştir. Batı Avrupa'da, 1980'lerin başındaki makro (sistem) düzeyde başarılı harcama kontrolleri, 1990'larda mikro (kurumsal) düzeydeki harcama artışlarının sınırlandırılması için ilave çabalara yo! açmıştır. Orta ve Doğu Avrupa'da (ODA) ve Bağımsız Devletler Topluluğu'nda, (BDT)l makro düzey sağlık bütçelendirmesine dayalı, Sovyet tipi maliyet-kısıtlama sistemi. ekonomik geçiş döneminde, finansmanda artış sağlama çabalarına dönüşmüş ve buna paralel olarak da kıt kaynakların verimli kullanımı ortaya çıkmıştır.

Bir yandan dayanışmayı ve sağlığın toplumsal yaşam açısından olumlu rolünü korumanın ahlaki, diğer yandan maliyet kontrolünün mali zorunluluklarının yol açtığı bu çatışma, Avrupa'da 1990'lı yıllarda, sağlık politikası tartışmalarına sebep olmuştur. Birçok ülke, hakkaniyet ve sağlık statüsü ile ilgili maliyet sınırlaması tedbirlerinin etkisi hakkındaki endişelerini ifade etmişlerdir. Gerçekte, mevcut sağlık reformu tartışma ve görüşmeleri, sosyal dayanışma ve maliyet sınırlaması arasındaki bağlantı ile ilgilidir. Bazı halk sağlığı uzmanlarının inandığı gibi, sağlık statüsü ve erişilebilirlikteki hakkaniyet açısından tanımlanan maliyet sınırlaması, dayanışmaya önemli ölçüde zarar vermek zorunda mıdır? Veya, bazı ekonomistlerin inandığı gibi, sağlık sektöründeki kıt kaynakların kullanımında artan etkililik ve verimlilik, dayanışmayı korumak ve sürdürmek için gerekli midir?

Sağlık politikasındaki bu reform tartışmasının etkisi şu anda tüm Avrupa'da görülmektedir. Birçok Batı Avrupa ülkesi, hizmetlerin finansmanının ve sunumunun daha verimli ve hakkaniyetli olması amacıyla alternatif stratejiler bulmak için kendi sağlık sistemlerini gözden geçirmektedirler. Almanya ve İngiltere gibi bazı ülkeler ise, geniş kapsamlı reform programlarını resmi olarak benimsemişlerdir. Bazı yerlerde, belirli bazı problemlerin üstesinden gelmek için sınırlı reform stratejileri öne sürülmüştür. Bölgenin doğu kesiminde, 1980'lerin sonlarında Sovyet sisteminin çöküşünü takip eden siyasi değişimle reform olgusu başlamıştır. Bazı reform model ve fikirleri tüm ulusal sınırların ötesine geçmiştir. Örneğin, ABD'den alman ve rekabetçi sözleşme nosyonuna dayanan İngiltere'deki Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) reformu, hem doğu hem batı Avrupa'daki birçok ülkenin sağlık reformlarının içeriğini etkilemiştir. Bugüne kadar, sadece bu ülkelerde değil, buna benzer stratejileri destekleyen ülkelerde de reform politikalarının etkililiği ile ilgili deneysel bulgular pek azdır. Bazı örneklerde, tartışma, fayda sağlamaya yönelik olmaktansa daha çok ideolojik

¹ Bu kitabın birçok yerinde ODA ülkeleri hakkındaki veriler, Estonya, Letonya, ve Litvanya'ya aittir. Bölgenin geri kalan doğu kesimi BDT ülkelerinden oluşmaktadır.

ve retorik olmuştur. Daha fazla sayıda Batı Avrupa ülkesi reform programları başlattığı ve Bölgenin doğu kesimi son dönemde başlatılan reform sürecine devam ettiği için, bu sınırlamaların birçoğunun sürmesi muhtemel olmasına rağmen, mevcut trendlerin 1990'ların ikinci yansında da devam etmesi beklenmektedir.

Reformun Tanımlanması

Son birkaç yılda "reform" terimi oldukça popüler olmaya başlamıştır. Bu kavram oldukça yaygın bir kullanıma sahip olmasına rağmen, sağlık sektörü reformunu nelerin meydana getirdiğinin evrensel ve tutarlı bir tanımı yoktur. Farklı sağlık politikası belirleyicileri ve analistler bu kavrama değişik anlam ve çağrışımlar yüklemişlerdir. Bazı durumlarda, ulusal politika belirleyicileri ve politikacılar sağlık sistemi organizasyonundaki küçük değişiklikleri "reform" diye niteleyerek bunu olduğundan daha büyük gösterme çabası içinde olmuşlardır.

Yapısal reformları küçük değişikliklerden ayrı tutmak yararlı olacaktır, Cassels (1), sağlık sektörü reformunu, sağlık politikalarını ve kuruluşlarını değiştirmeye yönelik yürürlüğe giren faaliyetler olarak tanımlamaktadır. Politika hedeflerinin tek başına yeniden tanımlanması yeterli değildir. Sağlık sektöründeki kısıtlamaların üstesinden gelmek için, mevcut kuruluşlarla, örgütsel yapılarla ve yönetim sistemlerindeki değişikliklerle birlikte bir kurumsal reforma ihtiyaç duyulmaktadır. Böylece, sağlık reformu "önceliklerin belirlenmesi, politikaların geliştirilmesi ve bu politikaların uygulanacağı kurumlarda reform yapılması" kapsamaktadır (1).

Ne var ki, sağlık sistemleri genellikle sürekli rutin bir operasyonel değişim süreci yaşamaktadır. Normal düzeydeki evrimsel ve küçük sistem değişikliklerini, temel yapısal reformlardan ayırt etmek gerekmektedir. Bu yaklaşımdan sonra, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün (OECD) en son raporu, ülkelerin evrimsel reformlardan mı yoksa radikal yapısal reformlardan mı geçip geçmediğinin ayrımını yapmıştır. Ancak rapor, evrimsel ve yapısal değişim arasında bir ayırım yapmanın biraz keyfiyete bağlı ve sübjektif olduğunu göstermektedir (2). Reform sözcüğü genellikle, yukarıdan aşağıya doğru bir süreçte gerçekleşen planlanmış bir değişimi içeren siyasi bir kavram olarak düşünülürken, önemli yapısal ve örgütsel değişimler hükümetin amaçlı müdahaleleri olmadan sık sık meydana gelebilmektedir. Örneğin; yeni teknolojinin kullanımı veya ekonomik darboğaz gibi diğer faktörlerden etkilenmektedir.

Sürecin boyutuna bakıldığında, Berman (3), reformun yapılabilmesi için, değişimlerin bir dizi politika hedeflerini gerçekleştirmeyi amaçlaması gerektiğini savunmaktadır. Bazı sağlık reformu programlarında hala net bir hedef birliğinin olmadığı saptanmıştır. Yöntemin süresine gelince Berman, reformun "bir kereye mahsus yapılmış bir değişimden" ziyade, sürdürülebilir, uzun dönemli bir değişimi içermesi gerektiğini ileri sürmektedir.

"Reform" paketlerindeki reform ve tedbirlerin sayısı ve çeşitliliği hakkındaki yaklaşımların ülkeler arasında önemli oranda değişiklik gösterdiği göz önünde bulundurulduğunda, bunların değerlendirmesini yapmakta olan analistler hangi tanımın kullanıldığını belirtmeli ve bunun farklı bileşenlerini birbirinden ayırt etmelidir. Reformlar tek bir homojen varlık olarak değil, her bir

parçası ayrı ayrı değerlendirilmesi gereken farklı tedbirler paketi olarak üzerinde tartışılan ve kararlar alınan bir oluşumdur. Konuların görece olarak önemi, ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Bu yüzden de her bir reform programının tasarım ve hedefleri aynı şekilde değişiklik gösterecektir.

Kutu 1'de, spesifik sağlık sektörü reformlarının ana öğeleri tarifsel bir çerçevede verilmektedir. Reform, hükümetin öncülüğünde **yürütülen**, sürdürülebilir ve yoğun kurumsal ve yapısal değişiklikleri içeren ve bir dizi açık politika hedeflerine erişmek için geçen süreç olarak tanımlanmaktadır.

Kutu 1. Sağlık Reformunun Ana Öğeleri

Süreç

- Küçük çaplı veya evrimsel değişimden ziyade yapısal olması
- Hedeflerin tek başına yeniden tanımlanmasından ziyade kurumsal değişimi takiben politika hedeflerindeki değişim
- Rasgele bir değişimden ziyade planlı değişim
- Bir kereye mahsus yapılmış bir değişimden ziyade, sürdürülebilir, uzun dönemli bir değişim
- Ulusal, bölgesel ve yerel hükümetlerin önderliğinde yukarıdan aşağıya doğru gelişen politik bir süreç

İçerik

- Benimsenen tedbirlerdeki çeşitlilik
- Sağlık sistemlerindeki özelliklerin ülkeye has bir biçimde belirlenmesi

Bu öğeler çok çeşitli sorular akla getirmiştir. Değişimle reform arasında ne tip bir bağlantı vardır? Bir seri değişiklikler reformun içine dahil edilebilir mi? Bazı stratejik değişiklikler daha temel yapısal reform dönemine yol açabilir mi? Veya belli bazı stratejik değişiklikler daha esaslı reformlar için bir engel teşkil edebilir mi? Reformlar amaçsız, politik olmayan yukarıdan aşağıya doğru gelişmeyen bir süreç içinde yerel girişimlerle yönlendirilebilir mi? Bu sorulara verilen cevaplar net değildir; bu kitapta sunulan bulgular çözüm üretmeye yardımcı olabilir.

Kitabın Düzeni

Bu kitapta, Avrupa'daki sağlık politikalarını belirleyenlerin karşı karşıya geldikleri karmaşık sorunlara genel bir bakış açısı aranmaktadır. Bu amacı gerçekleştirmeye çalışırken, farklı analitik bakış açıları da kapsamıştır. Hem kavramsal hem deneysel olan bu kitapta, DSÖ Avrupa Bölgesinin doğu ve batı kesimlerindeki konuyla ilgili politik sorunlara değinilmektedir. Birçok farklı akademik

disiplinden konuyla ilgili kanıt ve bulgular aranmaktadır: epidemiyoloji, halk sağlığı, ekonomi, siyaset bilimi, örgütsel davranış ve yönetim teorisi.

Kitap dört genel başlık altında düzenlenmiştir. Bölüm 1 olarak açıklanan ilk başlıkta *reformların gerçekleştirilmesine yönelik baskılar* konusu üzerinde durulmuş ve sağlık reformunun gerçekleştirilmeye çalışılmasındaki ana faktörler incelenmiştir. Bu faktörlerin en etkilileri, toplumun kültürel değerlerini büyüyen global ekonomide makroekonomik gereksinimleri, demografik değişiklikleri, tıbbi teknolojiyi içerdiği gibi sağlık statüsü ve sağlık kazancı açısından sağlık sektörüne yönelik endişeleri de içermektedir.

Bir sonraki bölüm mevcut reform stratejileri üzerinde yoğunlaşmıştır. 2. Bölüm, reform olgusu içindeki dört *bütünleştirici tema* üzerinde durmaktadır. Bunlar: devlet ve piyasanın değişen rolleri; kamu sektörünün daha alt düzeylerine veya özel sektöre doğru desantralizasyon; hastanın yetkilendirilmesi, hakları ve seçimi; ve halk sağlığının giderek gelişen rolü olarak belirtilebilir.

3-6. Bölümler, ülkelerin benimsedikleri, önerdikleri veya üzerinde tartışmakta oldukları bazı politika stratejilerini değerlendirmektedir. Reform stratejileri, hedefleri (hakkaniyet, etkililik ve verimliliğe ulaşma amaçlı olup olmadığı), sağlık sistemi bileşenlerini (finansmanı, kaynak tahsis edilmesini ve hizmet sunumunu etkileyip etkilemediğini) ve sağlık sektöründeki aktörleri (hastaya, üçüncü şahıs sigortacılara, üçüncü şahıs hizmet alıcı veya hizmet sunuculara odaklanıp odaklanmadığını) içeren analitik perspektif çeşitliliğine göre sınıflandırılabilirler. Stratejiler ayrıca, arz ve talep üzerindeki etkileri gibi geleneksel ekonomik faktörlere göre de sınıflandırılabilirler. Burada benimsenen yaklaşım, bu perspektiflerin karışımından yararlanarak, farklı politika müdahalelerinin etkisi ile ilgili bulguları dört kategoride sınıflandırmaktadır. İlk grup, toplam harcamaları da içine alarak kaynak kıtlığı üzerinde duran stratejileri kapsamaktadır (Bölüm 3). İkinci grup, üçüncü şahıs sigortacıları kullanarak, ulusal erişilebilirlik ve finansal açıdan sürdürülebilirliği sağlayan sağlık finansmanını etkileyen stratejileri bir araya getirmektedir (Bölüm 4). Üçüncü grup, sağlık hizmetlerinin hedefleri ve önceliklerine uygun olarak, üçüncü şahıs hizmet alıcılardan hizmet sunuculara finansal kaynakların daha etkili tahsis edilmesi için geliştirilen stratejileri içermektedir (Bölüm 5). En son grup, daha maliyet-etkili ve yüksek kaliteli hizmete ulaşmak için, doğrudan hizmet sunucularına etki eden stratejileri içermektedir (Bölüm 6).

Bu stratejilerin incelenmesini takiben işlenen konu *uygulama süreci*'dir. Bölüm 7'de, bazı reformların neden başarılı olarak uygulanmaya konulabildiğini, bazılarının ise çok iyi tasarlanmış olmasına rağmen neden gerçekleştirilemediğini incelemek amacıyla siyaset biliminden alınan analiz yöntemleri kullanılmaktadır. Analiz, ulusal sağlık politikası belirleyicilerinin gelecek reformların uygulama programının tasarımı göz önünde tutmak isteyebilecekleri bir dizi ana öğeleri tanımlamaktadır. Son olarak Bölüm 8'de, bu çok farklı perspektifler birçok sonuçla bir araya getirilmekte ve *"İzlenecek yol"* deyimiyile özetlenmektedir.

1 Reformun Gerçekleştirilmesine Yönelik Baskılar

Sağlık reformları yaygın şekliyle, ulusal sınırları aşan küresel eğilimlerden ortaya çıkmıştır. Bunda, iki tip etken önemli rol oynamıştır. İlki, sağlık sektörü dışındaki baskıların, sağlıkla ilgili politikaları kesin ve açık olarak etkilemesidir. Birçok durumda, sağlık reformları ayrı bir olgu değildir; aksine çeşitli devlet destekli yardım programlarının ve sosyal sektörlerin iyileştirilmesi amacıyla daha geniş yapısal çabaların bir bölümünü oluşturmaktadır. Reform süreci, politik, ideolojik, toplumsal, tarihsel ve ekonomik faktörlerden etkilenmektedir ve reform karşısındaki baskıların kavranması için bu faktörlerin her birinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

İkinci grup baskılar mevcut sağlık ve sağlık sektörü sorunları ile ilgilidir. Bunlar, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri için modeller, sağlık harcamalarındaki artan baskılar ve birçok örgütsel ve yapısal zorlukları içeren, Avrupa nüfusunun sağlığı karşısındaki engelleri kapsamaktadır.

Sağlık Reformu Konteksti

Bir sağlık sisteminin mevcut yapısı ve değişim kapasitesi, genel yapıya bağlı faktörlerin etkisindedir. Toplumsal norm ve değerler, sistemin ana ilkeleri üzerinde olduğu kadar, reform için duyulan istek üzerinde de etkilidir. Ulusun ekonomik gelişmişlik düzeyi, sağlık hizmetleri için varolan kullanıma hazır kaynakların düzeyini etkilemektedir (4). Konut sayısı, sosyal sigorta, beslenme ve çevre kirliliği gibi sektörler arası faktörlerin de önemli etkileri vardır. Eğitimin rolü, özellikle kapsamlı yönetim eğitimi almış kişilerin sayısı ve bilgi teknoloji sistemlerinin etkisi ve kalitesi de, reformları gerçekleştirme hususunda sağlık sisteminin ciddi ve sürdürülebilir kapasitesini etkileyecektir (5). Genel yapıya bağlı bu faktörler burada 3 başlık altında incelenmektedir: değerlerin belirleyici rolü, makroekonomi gerçeği ve demografik ve sosyal baskılar.

DEĞERLERİN BELİRLEYİCİ ROLÜ

Avrupa'da, sağlık sistemini oluşturan teknik kaynakların konfigürasyonu farklı yollarla yapılmaktadır. Bu farklılıkların bazıları tarihseldir; diğerleri ise daha siyasi ve finansal kararları yansıtmaktadır. Bütün bu düzenlemeler, toplumun norm ve değerlerinden oldukça etkilenmektedir. Sağlık hizmetleri, diğer hizmetler gibi, toplumun kökleşmiş kültürel ve sosyal beklentilerini bir bütün olarak yansıtmaktadır.

Temel Normlar

Toplumun normatif değerlerinin ana göstergesi, sağlık hizmetlerinin kendi doğasını içermektedir. Bazı toplumlar, sağlık hizmetlerini bir bireyin hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetlerden yararlandığında, bundan tüm vatandaşların fayda sağladığı toplumsal ve ortak yarar olarak kabul etmektedirler.

Sosyal dayanışma, toplumun her üyesinin ihtiyacı olan tedavi ve bakımı görmesi için, tedavi giderlerinin gençten yaşlıya, zenginden yoksula ve sağlıklı kişiden hasta kişiye doğru çapraz sübvansiyonun uygulanmasına yardımcı olan bir değerdir. 1980lerin radikal pazara dönük düşüncesinden etkilenmiş diğer toplumlar, sağlık hizmetlerini serbest piyasada alınıp satılabilen bir mal olarak algılamaktadır. Bu durum, piyasa koşullarının sağlık hizmetleri sunumunu yönlendirebilen teknik ve dinamik verimliliğini ve bu yönlendirmelerin gelecekteki harcamalarda büyümeyi sınırlamaya yönelik katkılarını vurgulamaktadır. Bazı politika belirleyici gruplarda sağlık hizmetleri kavramı bir pazar malı olarak ele alınsa da, hiçbir Avrupa ülkesinde, politikaların oluşturulmasına bir temel teşkil etmemiştir (6).

İkinci grup kökleşmiş normlar, sağlık sektöründeki devletin rolü ve bununla birlikte, gönüllü ve kendi düzenlemelerine tabi organizasyonlar ve halkın rolü ile ilgilidir. Bazı Avrupa ülkelerinde, devletin, geleneksel sağlık sektörünün geliştirilmesinde. Özellikle, sağlık hizmeti sunumunda ve sağlık finansmanında önemli rolü olmuştur. Diğer Avrupa ülkelerinde ise, sigortacıların ve hizmet sunucuların, kendi düzenlemelerine tabi organizasyonların hakimiyeti ile işleyen sağlık sistemlerinde, devlet daha düşük bir profile sahiptir. Batı Avrupa'da, devletin rolünün yüksek olduğu yerlerde, bu güç özgür demokratik seçimlerle meşrulaştırılmış ve doğrudan toplumun iradesini yansıtmıştır. Ne var ki, Orta ve Doğu Avrupa ve Bağımsız Devletler Topluluğu ülkelerinde güçlü devlet rolü önceki rejimle bağlantılıdır ve ulusal sağlık politikası belirleyicileri şu anda hükümet ve hükümet dışı düzenlemeler yapmak için uyum içinde çaba göstermektedirler. Bu ülkelerdeki sağlık politikası belirleyicileri de, bu düzenlemelerin, vatandaşların geçmişte edindikleri kişisel pasifliklerinden kurtulmalarını teşvik edeceğini ve vatandaşın kendi sağlık ve tedavileri ile ilgili sorunlarında daha aktif bir rol oynayacağını ümit etmektedir.

Üçüncü toplumsal norm sorumluluktur. Sağlık sistemi, farklı politik, sosyal ve ekonomik seçim bölgelerine karşı sorumludur. Sonuç olarak, beş değişik sağlık sistemi sorumluluğundan söz edilebilir; bunlar: etik, mesleki, yasal, siyasi ve mali sorumluluklardır. Her sistemde bu beş unsur görülmektedir, ancak bunların, ulusal sağlık sistemindeki belli başlı değerleri yansıtan bir ya da ikisi baskın olacaktır (7). Burada, sağlık sisteminin asıl doğasında ve devletin rolünde de olduğu gibi, sorumlulukla ilgili beklentiler, uygulanabilir ve sürdürülebilir bir sağlık sektörü reformunun parametrelerini belirlemektedir.

Sağlık Sektörü Değerlerinin Oluşturulması

Bu belirli temel değerler ötesinde, sağlık sistemleri, toplumların hangi değerlerin önceliklendirileceğine ve kurumsallaştırılacağına karar verdiği geniş bir sürecin parçası olarak görülür. Demokratik toplumların, sağlık sistemlerinde reform gerçekleştirirken karşılaştıkları güçlüklerin, toplumun değerleri, bu değerlere işlerlik kazandırmak için benimsenen normlarla, özerk olmakla birlikte yine de bu değerlere bağımlı olan bireyler arasındaki karmaşık ilişkilere bağlı olduğu bu sürece yönelik bakış açısından ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda, sağlık sistemleri reformu, kaynakların etkili kullanımını geliştirmek için, rasyonel bir planın yürürlüğe girmesiyle oluşan mekanik bir uygulama haline getirilemez. Basit finansal kısıtlamalardan daha temel konuların sorgulanması gerekmektedir. Bu, halk tarafından toplumun temel değerlerinin ana unsurları

rından biri olarak algılanan sağlık sisteminin, toplumun geleceğini ipotek altına almamak açısından gerekli değişikliklerin eş zamanlı olarak yapılması yoluyla sürdürülmesi sorunudur. Bu, her toplumun tarih, gelenek ve kültürleri ile belirlenmiş ana aktörler arasında güç bir uzlaşma süreci gerektirir.

Sağlık gibi kapsamlı toplumsal sistemlerin istikrarı, toplumun değerleri (baskın inanç sistemi) ve sağlık kuruluşlarının sosyal ve fiziki yapısı arasında varolan tutarlılığın bir sonucudur. Bu yapı, sağlık sektöründeki kaynakların ve yetkinin dağılımını ve hatta kullanılabilir kaynakların şeklini ve hacmini belirleyen süreçlerden, yasa ve düzenlemelerden oluşmaktadır (8). Bu kaynaklar ve bunların düzenleniş usulleri, toplumun değerlerinin doğrudan bir yansımasıdır.

Baskın İnanç Sistemi

Baskın inanç sistemi kavramı, herkes tarafından paylaşılan tek bir inanç ve değerler sistemi anlamına gelmez. Aksine bu kavram, belirli bir istikrara sahip, toplumdaki farklı değer ve inançlar arasında süregelen gerilime işaret etmektedir. Farklı değerler arasındaki bu gerilimin iyi bir şekilde anlaşılması için dört grup altında toplanması gerekmektedir: değerler, fenomenin anlaşılması, kaynakların tahsis edilmesi ve düzenleme yapma yöntemleri. Bu etkenler arasındaki ilişki, aktörlere dünyayı yorumlama ve anlam verme hakkı sağlayan, sembolik bir yapı meydana getirmektedir.

DEĞERLER

Demokratik toplumların birçoğunda, birbiriyle bağlantılı üç önemli değer vardır: hakkaniyet, bireysel özerklik ve verimlilik.

Hakkaniyet kavramı, bireysel adalet için ortak düşünceden söz etmektedir. Çok genel anlamıyla hakkaniyet, bireyler ve gruplar arasında eşit dağılımın önemini anlaşılması olarak tanımlanabilir (10).

Bireysel özerklik, sağlık sisteminin ve genel olarak sosyal çevrenin başlıca değerlerinden birisidir. Şu anda, bireysel özerklik, hakkaniyet kavramı ile tanımlanan, toplumun ortak bakış açısı ile çelişen, bağımsızlık ve özgürlük kavramlarının eş anlamlısı olarak kabul edilmektedir. Özerklik düşüncesinin, hür irade, bireysel özgürlük, bağımsızlık, kendi kurallarını ve prensiplerini tayin etme veya kendi hayat planını takip etme ifadelerini de içeren birçok farklı anlamı vardır (11). Bireysel özerklik iki temel kavramı içermektedir: Hareket özerkliği (gönüllü veya kasıtlı bir şekilde hareket edebilme olanağı) ve bağımsız hareket etme kapasitesi (gerekli kaynaklarla istenen sonuca ulaşmak için, kişinin kendi kararlarına güvenmesi).

Verimlilik, mümkün olan en ekonomik yolla, sosyal varlığı (sağlık ve tedaviye erişim) maksimize etme isteğidir. Verimliliğe ait her tanım, kaynak tahsis edilmesi için gerekli bir alt prensibe karşılık gelmektedir. Verimliliğin üç düzeyini ayırt etmek yararlı olacaktır: teknik, toplumsal ve tahsis etmeye yönelik. Ancak verimlilik, kendi içinde tahsis mekanizmasının yeterli olarak tanımlandığı bir yapıya sahip değildir. Yukarıdaki hakkaniyet tanımı göz önünde bulundurulduğunda, verimliliğin yapısını incelemek, kişinin birçok farklı tahsis etme prensibini tanımlamasını sağlayabilir.

FENOMENİN ANLAŞILMASI

Sağlık sisteminin amaçlarını yorumlamanın bir yolu, yaşam, sağlık, hastalık, ölüm, acı ve bunları tayin eden faktörler gibi fenomenlerin anlaşılmasıdır. Bu perspektif zamanla gelişmektedir (12-14) ve bir örnek yapıda değildir. Sağlık kavramı önem açısından, birbirinin üzerine konulamayan ve birbirinden çok farklı gerçekleri kapsamaktadır.

Bu yüzden, eğer kişi, Ölüm oranı ile ilgili (beklenen yaşam süresi veya standart ölüm hızı) oluşturulan göstergelerle nüfusun sağlık durumunu tanımlamak isterse, sağlığı, acı içinde veya hasta olma endişesi içinde olan kişilerin algıladığı gibi göremez. Ancak, eğer ikinci perspektif seçilirse, kişi, modern tanı ve teşhis metotları ile tespit edilebilecek ve biyolojik teknolojinin tedaviyi mümkün kıldığı biyolojik fonksiyonları göz ardı etmiş olacaktır.

KAYNAKLARIN TAHSİS EDİLMESİ

Bu faktör, sağlık sektöründe çalışan farklı kişilerin ve sektörler arasında kaynak tahsis edilmesinin rol ve fonksiyonlarının algılanması ile ilgilidir. Bir yandan bu, uzmanların sahip olması gereken sorumluluklar ve pozisyonlar, elde etmeleri gereken kaynaklar ve almaları gerekli eğitim hakkında toplumda yaygın olan düşünceleri yansıtmakta, diğer yandan, kamu kaynaklarının sağlık ve sağlık hizmetleri arasında, sağlık hizmetlerinin içinde, koruyucu ve tedavi hizmetleri arasında, yataklı ve ayaktan tedavi hizmetleri arasında ve sağlık sisteminin kamu ve özel sektörler arasındaki optimal dağılımını yansıtmaktadır.

DÜZENLEME YÖNTEMLERİ

Sağlık hizmetleri sunumunda aktörler arası etkileşim, toplumun büyük bir kısmında görülen, dört temel düzenleme modelinden biri ile tanımlanmaktadır. Bunlar, teknokratik model, kendi düzenlemelerine tabi mesleki model, pazara-dönük model ve demokratik modeldir. Her model farklı değerler grubunu vurgulamaktadır. Belirli bir sağlık sistemi ile kullanılması için seçilen baskın model bir bütün olarak toplumun belirlediği öncelikleri yansıtmaktadır.

Teknokratik modelde, eğitilmiş "uzmanlar", kendi bilgilerine ve siyasi ve ekonomik kuruluşlardaki baskın rollerine dayanarak sisteme kılavuzluk etmektedirler (15). "Emir-ve-kontrol planlama modeli" olarak da bilinen bu düzenleyici yaklaşım, sağlık sistemi faaliyetlerinin düzenlenmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesinden sorumlu uzmanların yaptığı normatif analize dayanmaktadır. Bu model, sağlık sisteminin işletilmesinde, rasyonalizasyona ulaşmak ve aktörlerin akılcı olmayan davranışlarının sebep olduğu politik hedeflerdeki değişiklikleri sınırlandırmak için, doğrudan devlet müdahalesini beraberinde getirmektedir (15).

Kendi düzenlemelerine tabi mesleki modelde, hekimler² sağlık sisteminin merkezindedir ve sağlık kaynaklarının kullanımı, kendi kararlarına bağlıdır. Hastaların temsilcisi olarak hareket ederek, ihtiyaçlarıyla ilgili tüm bilgilere erişmektedirler ve onlardan bu temelde hizmet sunmaları beklenmektedir. Bu model, sağlık sistemi üzerindeki kontrolün sağlık meslek grubuna delege edilmesi gerektiğini varsaymaktadır. Hekimlerin lehlerinde olan bilgi düzeyindeki

² "Hekimler" terimi burada, uzmanlığa bakılmaksızın tüm doktorları göstermek için kullanılmıştır. "Doktor" terimi, hasta bakımıyla kesin ilişkili olduğunu göstermek için kullanılmaktadır.

farklılık, kaynak kullanımının belirlenmesinde hekimlerin merkezi rolü ve tıbbi uygulamaların kontrolü için gerçek bir yasal çerçeve olmayışı sonucu, yetkiyi kötüye kullanım ancak sağlık profesyonelinin kendisi tarafından sınırlandırılabilmektedir. Bu kontrol, standardize beceri kazanımını sağlayan eğitim ve öğretim yoluyla temin edilmektedir. Bu ayrıca, hizmetlerin yetersiz ve aşırı kullanımını önleyerek, hastanın ihtiyaçlarına dayalı tıbbi uygulamaları meydana çıkaran sağlam mesleki etik kurallar yoluyla da uygulanmaktadır. Tıbbi uygulamaların kontrolü, belirli ahlaki normlar çerçevesinde, mesleki sosyalizasyondan da etkilenmektedir.

Pazara dönük modelde düzenlemeler, rakip pazarlarda, arz ve talebe göre belli sınırlamaların kabul edildiği koşullarda oluşturulmaktadır. Bu tip düzenleme; en az bir ekonomik kuruluşun cezalandırılması gerçekleşmeden, değişimin mümkün olmaması nedeniyle, Pareto-optimal³ kaynak tahsisi olarak addedilen bir yapılanmaya yönelmektedir. Normatif ve İdeolojik yönlerinden ötürü, bu sağlam bir modeldir. Bu yaklaşım, pazarın özerkliğini doğrulayan ve böylece ekonomik meselelerde hükümetin müdahalesinin asgari olması gerektiğini göz önünde tutan bir doktrine dayanmaktadır.

Demokratik modelde, her vatandaş, toplumdaki sosyo-politik kararları ve hareketleri etkileme hakkına ve sorumluluğuna sahiptir. Bu demokratik hak, dolaylı ve dolaysız olarak kullanılabilir. Seçilmiş veya atanmış temsilciler yoluyla genellikle dolaysız olarak kullanılmaktadır. Demokratik model, halkı, sağlık sisteminin idare ve yönetiminde, ihtiyaçlar, problemler, öncelikler ve çözümlerin formüle edilmesi sürecine dahil etmektedir.

Sağlık Sektörü Değerlerinin Kurumsallaştırılması

Yukarıdaki inceleme, herkesin taraftar olabileceği bir modelin olduğuna işaret etmektedir. Gerçekte, farklı ve somut bir takım örgütsel biçimleri belirgin hale getiren, birbirine geçmiş inanç sistemleri vardır. Bu Örgütsel biçimler, maddi kaynakların nasıl tahsis edildiğini ve yetki ve gücün nasıl dağıldığını (Bourdieu (17) bunu sembolik kapital olarak tanımlamaktadır) tanımlayan, baskın değer sisteminin yasal, idari ve fiziki yapısı haline gelmiştir (8).

Bu örgütsel yapılar, belirli değerler, kavrayışlar ve inançlar grubunu kuvvetlendiren geniş bir teşvikler, kısıtlamalar, zorunluluklar ve normlar düzenine yol açmaktadır. Toplumsal ve maddi yapı, aktörlerin kendi çıkarlarına hizmet etmesi amacıyla mevcut düzeni değiştirmek için mücadele ettikleri manyetik güç alanına benzeyen bir "teşvik alanı"nı oluşturmaktadır (17).

Örgütsel yapının, sistemdeki çeşitli aktörlerin inançları ve algılayışları arasında yer alan denge ve gerilimin bir yansıması olduğu düşünülebilirse, örgütsel ve sembolik yapıların evrimsel ritimleri olduğu da akla yakın gelebilecektir. Zaman geçtikçe kişi, ikisi arasında bağlantı olmadığını sanabilir. Ne kadar çok ara olursa, önceki örgütsel biçimler o kadar yetersiz algılanır ve sistem krize girer. Bu belirli bir örgütsel biçimi, sistemi bir bütün olarak niteleyen mevcut güç dengelerini bozmadan şekillendirerek çözülebilir. Eğer bu kriz, sembolik açıklamaları biçimlendiren dört faktörden bir ya da daha çoğunu etkilerse, krizin daha büyük olması olasıdır. Bu durumda, örgütsel yapıda gerçekleştirilecek

³ Pareto gelişimi, diğer kişilerin refahlarını olumsuz yönde etkilemeden, kişinin kendi refahının gelişimi demektir. (Alfredo Pareto, Ekonomi Profesörü, Lausanne Üniversitesi, d. 1923)

marjinal değişiklikler, krizin ortadan kaldırılmasında yeterli olmayabilir; daha derin değişikliklere ihtiyaç duyulabilir. Bu, bugün birçok gelişmiş ülkede yaygın olan bir durum olabilir (18).

MAKROEKONOMİ GERÇEĞİ

Ulusal ekonominin yapısı ve durumu, sağlık reformu özyapısı için aynı derecede önem taşıyan bir faktördür. Birçok ülkedeki ulusal, bölgesel idareler ve yerel yönetimler, ciddi mali baskı altındadır. Batı Avrupa'da, Avrupa Birliği üyesi devletler, Avrupa Para Birliği'ne girmek amacıyla, kendi bütçe açıklarını Maastricht Anlaşması tarafından saptanan hedef yönünde azaltmak için, kamu harcamalarını kısımtadırlar. Artan işsizlik ve sosyal yardım harcamaları, yerel yönetim bütçelerini zorlamaktadır. Daha genel olarak, ekonomistler, Batı Avrupa ülkelerinin, globalleşen dünya ekonomisi içerisinde rekabetçi bir konumda kalabilmeleri amacıyla, özel yatırımlarda karşılıksız sermaye verilmesi için kamu sektörü harcama düzeylerinin aşağı çekilmesi gerektiğini iddia etmektedirler (19). Bu makroekonomik baskılar, ne kadar etkili ve verimli çalıştığına bakılmaksızın, kamu tarafından finanse edilen ve/veya yürütülen sağlık sistemlerinin kısıtlamalarla karşı karşıya kalabileceğini akla getirmektedir.

Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde her ne kadar birkaç yıldır süregelen ekonomik küçülmenin yerini, genel olarak gelişen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) almışsa da, Polonya'daki mevcut üretim düzeyleri, onların 1989 yılı düzeyine ancak çıkabilmiştir (Tablo 1). Bağımsız Devletler Topluluğu ülkelerinde, 1996 yılı ekonomik üretiminin, 1989 yılı oranının %50'sinden ancak biraz fazla olduğu söylenebilir. Bu GSYİH'daki azalma, yürütülmekte olan ekonomik yeniden yapılandırmadaki sıkıntılı süreci yansıtmakta ve sağlık sektörü için mevcut olan devlet gelirindeki ani düşüşün açıklanmasına yardımcı olmaktadır.

DEMOGRAİK VE TOPLUMSAL BASKILAR

Yaşlanan Nüfus

Bölgedeki önemli gelişmelerden bir tanesi yaşlanan nüfus olarak görünmektedir. 65 yaş üzerinde olanların özellikle de çok yaşlıların oranı yükselmeye devam edecektir. Yaşlılar tarafından kullanılan sağlık hizmetleri ülkeler ve gruplar arasında çeşitlilik göstermesine rağmen, hükümetler, çok sayıda yaşlı vatandaşın daha çok sağlık hizmetine ihtiyaç duyacağı ve tüm harcama oranlarının artacağından endişe duymaktadırlar. Bu, aşağıda, Sağlık Hizmetlerine Getirdikleri bölümünde ayrıca incelenmektedir.

Teknolojik Gelişmeler

Son on yılda, hem yaygın hem de yaygın olmayan klinik buluşlar ve yeniliklerin gelişiminde bir artış görülmektedir. Müşteri tatmininin yanı sıra, güvenlik, verimlilik, hizmet kalitesi ve prestij gibi nedenlerle sağlık hizmetleri sunucuları mevcut son tıp tekniklerini adapte etme hususunda kendilerini baskı altında hissetmektedirler. Yeni yöntemler daha ucuz olsa bile (laparoskopik ameliyat veya kardiyak görüntüleme gibi), yeni donanımlar ve yenilenmiş tesisler gibi büyük sermaye maliyetleri, bazı durumlarda ise, ek personel ihtiyacından ötürü daha yüksek operasyonel maliyetler gerektirmektedirler. Enformasyon teknolojilerindeki ilerleme donanım ve eğitime de yönelik yatırımlar gerektirir. Bu özel-

Tablo 1. Orta ve Doğu Avrupa ve Bağımsız Devletler Topluluğu Ülkelerinde Ekonomik Büyüme, 1990-1996^a

Ülke	GSYİH'nin Yıllık Değişim Oranı (1989=100)							Reel GSYİH (1989=100)	
	1990	1991	1992	1993	1994	1995 (tahmini)	1996 (yansıtılmış)	1995 (tahmini)	1996 (yansıtılmış)
Arnavutluk	-10	-28	-10	11	9	9	5	77	81
Ermenistan	-7	-11	-52	-15	5	7	7	38	40
Azerbaycan	-12	-1	-23	-23	-21	-8	-4	38	36
Beyaz Rusya	-3	-1	-10	-11	-12	-10	-5	61	58
Bulgaristan	-9	-12	-7	-2	2	3	-4	76	73
Hırvatistan	-9	-20	-10	-4	1	2	5	65	68
Çek Cumhuriyeti	-0	-14	-6	-1	3	5	5	85	90
Estonya	-8	-11	-14	-9	-3	3	3	64	66
Gürcistan	-12	-14	-40	-39	-35	2	8	18	20
Macaristan	-4	-12	-3	-1	3	2	2	86	87
Kazakistan	-0	-13	-13	-12	-25	-9	1	45	46
Kırgızistan	3	-5	-19	-16	-27	1	2	50	51
Letonya	3	-8	-35	-16	1	-2	1	51	52
Litvanya	-5	-13	-38	-24	1	3	2	40	41
Polonya	-12	-7	3	4	5	7	5	99	103
Moldova Cumhuriyeti	-2	-18	-29	-1	-31	-3	4	38	39
Romanya	-6	-13	-9	1	4	7	5	84	88
Rusya Federasyonu	-4	-13	-15	-9	-13	-4	3	55	53
Slovakya	-3	-15	-7	-4	5	7	6	84	89

Tablo 1. (Devam)

Ülke	GSYİH'nin Yıllık Değişim Oranı (1989 = 100)							Reel GSYİH (1989 = 100)	
	1990	1991	1992	1993	1994	1995 (tahmini)	1996 (yansıtılmış)	1995 (tahmini)	1996 (yansıtılmış)
Slovenya	-5	-8	-5	1	5	4	3	91	94
Tacikistan	-2	-7	-29	-11	-22	-13	-7	40	37
Eski Yugoslavya Makedon Cumhuriyeti	-10	-12	-21	-8	-4	-2	3	54	56
Türkmenistan	2	-5	-5	-10	-20	-10	0	60	60
Ukrayna	-3	-9	-10	-14	-23	-12	-7	46	43
Özbekistan	2	-1	-11	-2	-4	-1	-1	83	82
ODA ve BDT	-5	-12	-10	-5	-6	1	1	68	68
ODA Ortalama ^b	-7	-11	-4	1	4	4	4	87	90
BDT Ortalama ^c	-4	-12	-14	-9	-14	-3	-3	54	52

^a 1989-1995 verileri ulusal otoriteler, Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası, OECD, PlanEcon ve Uluslararası Finans Enstitüsü'nün yayınlarında aynen yansıtıldığı gibi en son resmi tahmini çıktıları göstermektedir. 1995 verileri daha çok resmi devlet tahminleridir. 1996 verileri Avrupa Yeniden Yapılandırma ve Kalkındırma Bankasının (AYKB) yansıtımlarını göstermektedir.

^b Reel GSYİH tahminleri, Arnavutluk, Bulgaristan, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan, Letonya, Litvanya, Polonya, Romanya, Slovakya, Slovenya ve Eski Yugoslavya Makedon Cumhuriyeti'nin ağırlık ortalamasını göstermektedir. Kullanılan ağırlıklar 1995 için AYKB tarafından tahmin edilen nominal ABD\$ GSYİH'sidir.

^c Bu, Estonya, Letonya ve Litvanya haricindeki eski SSCB'ndeki tüm ülkeleri içine almaktadır. Reel GSYİH tahminleri ağırlık ortalamalarını göstermektedir. Kullanılan ağırlıklar 1995 için AYKB tarafından tahmin edilen nominal ABD\$ GSYİH'sidir.

Kaynak: Avrupa Yeniden Yapılandırma ve Kalkınma Bankası

likle, pazara dönük rekabetin, hizmet alıcı ve sunucularını verilen hizmeti fiyatlandırmaya zorladığı durumda geçerlidir.

Vatandaş ve Hastaların Beklentileri

Avrupa'nın tüm kesimlerindeki vatandaşlar, sağlık hizmetleri sunumunda daha fazla hasta-odaklı bir yaklaşım istemektedirler. Batı Avrupa'da, 'hasta' hakları hareketleri büyümektedir ve vergi-kaynaklı sistemlere sahip olan ülkelerdeki hükümetler, bekleme sürelerini azaltma ve diğer listelemeyeyle ilgili engelleri ortadan kaldırma konularında geniş bir baskı altındadırlar. Bununla birlikte, hizmet sunucularından da, uluslararası standartlar dahilinde, yüksek kalitede hizmet vermeleri beklenmektedir. Orta ve Doğu Avrupa ve Bağımsız Devletler Topluluğu ülkelerinde, hastalar sağlık hizmetlerinin seçimi ihtiyacı ve bu hizmetin kalitesi üzerine sağlam görüşlere sahiptir. Bu taleplerini de, sunuculara cepten doğrudan ödemeler yaparak desteklemektedirler.

Politik Talepler

Politikacılar, seçim dönemlerine yakın zamanlarda siyasi sorunlara çabuk veya kısa dönemli çözümler bulma yoluna giderler. Bunlar aynı zamanda, seçim kampanyalarında elverişli olabilecek geniş ideolojik temalar içeren reformları belirlemeye ve tanımlamaya çalışırlar. Geçmişte gerek Doğu gerekse de Batı Avrupa'da siyasi kararlar sıklıkla bu taleplere uygun olarak verilmiştir.

Özel Sektör Yönetim Stratejileri

1980'lerden başlayarak, sağlık sektöründeki reform kararları, özel sektör yönetimindeki son düşünceleri dikkate almaya başlamıştır. Desantralizasyondan girişimci alt birimlere, dış kaynak kullanımı ve değişim mühendisliği (bu başlıkların her biri geleneksel hiyerarşik yapıyı yatay hale getiren ve takım odaklı yönetim biçimini yaratan yaklaşımlardır) gibi stratejiler, 1990'lardaki sağlık sektörü reformlarının tasarımlarını etkilemiştir.

Reform Çıkmazı:

Sağlıkta ve Sağlık Sektöründeki Engeller

Sağlık reformlarının başlamasını sağlayan belirli faktörler ülkeden ülkeye farklılıklar gösterse de, sağlık sisteminin altında yatan problemler birbirine benzer bir yapı sergilemektedir. Bu durum, Doğu ve Batı Avrupa arasındaki koşulların çarpıcı bir biçimde farklılıklar göstermesine rağmen, doğrudur. Yukarıda belirtilen geniş kapsamlı baskıların birleşimi ve sağlık sektörüne özgü çıkmaz ve çözüm-süzlükler, ulusal politika belirleyicilerin geniş çaplı yapısal reformlar yapılmasına karar vermelerini sağlamıştır.

SAĞLIKTA KARŞILAŞILAN ENGELLER

Avrupa'daki hastalık örüntülerinin değişimi, sağlık hizmetlerinin mikro ve makro düzeyde düzenlenmesinde değişiklikler yapılmasını gerektiren unsurlardan birisidir. HIV enfeksiyonu ve AİDS'in yükselişe geçmesi sonucunda cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili hizmet ağının genişletilmesi buna bir örnektir (21). İkincisi ise, yaşlanan nüfus ve kronik hastalıklardaki artışın ışığı altında,

sağlık hizmetlerinin uzun dönemli bir finansmana duyduğu kaygı şeklinde açıklanabilir.

Sağlık ve Hastalığın Ölçümü

İki husus dikkate alınmalıdır. Birincisi, hastalık yükünün geneline çeşitli koşullarla yapılan göreceli katkıların ölçülmesi; ikincisi ise, bu verilerin zaman içerisinde eğilimleri tanımlamada nasıl kullanılacaklarını ve buradan da aynı akımların gelecekte ne tür değişimlere uğrayacağını tahmin edilmesidir.

Bu konuda farklı yaklaşımlar mevcuttur. En basiti, kaba veya yaşa göre standart ölüm hızları gibi Ölüm hızının ölçülmesidir. Bu, Örneğin, öncelikli ölüm nedenlerini gösterecektir. Bu konunun daha ileri bir varyasyonu prematüre ölümden ötürü kaybedilen yaşam yılının sayısıdır (22). Bu farklı yapılarda oluşabilir. Belirli bir nedenden kaynaklanan ölümleri dikkate almayarak beklenen yaşam süresini yeniden hesaplamak buna örnek olarak gösterilebilir. Bir diğer örnek ise, kayıp yaşamın olası yıl sayısı ki bu ikincisi her bir hastalık sonucu gerçekleşen ölümün yaşları arasındaki farkların toplanmasını ve genelde 65 veya 75 yıl olan normal yaşam süresini temsil edecek sayının seçilmesini kapsar. Bu, farklı yaşlarda hayatın sosyal değerindeki değişimlere imkan tanıyacak farklı önemlilik dereceleri (ağırlık puanlaması) gibi tekniklerle daha da detaylandırılabilir (23).

Bu ölçümlerin, örneğin, kayıp yaşam yılı açısından ölçüldüklerinde, sağlıklı başlıca tehdit eden unsurların Bağımsız Devletler Topluluğu'nun Avrupa Cumhuriyetleri'nde (iskemik kalp hastalıkları, akciğer kanseri ve kronik obstrüktif akciğer hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların daha yoğun olması gibi) ve Orta Asya Cumhuriyetleri'nde (üreme hastalıkları ve bulaşıcı hastalıklar ölümüne neden olan başlıca unsurlardır) farklı olduğunu görmekteyiz (24).

Tamamlayıcı bir yaklaşım ölümle sonuçlanmayan hastalık yükünün ölçümünü içerir. Bu geleneksel olarak, iş kayıp günleri gibi halihazırda mevcut ölçümlerle yapılmaktadır; ancak giderek anlaşılmaktadır ki birçok değişkenin kullanılması bu tip ölçümlerin değerini kısıtlayarak azaltmaktadır. Diğer yaklaşımlar, kronik hastalıklara maruz kalan kişilerle ilgili araştırmaları içermektedir. Bunlar, geniş dağılım gösteren sağlık statüsü ölçümleri bünyelerine katılarak rafine edilmektedir (25). Sağlık reformu gerçekleştirmekte olanlar, aynı zamanda, her bir verilen kaynak girdisi için reform tedbirlerinde işaret edilen önceliklerin, kullanılan kaynaklardan elde edilen faydaları maksimize etmesinin garantilenmesi beklentisini taşımaktadırlar. Bunun başarılabilmesi, farklı sağlık durumları için değerler verilmesini gerektirmektedir. Kullanılan farklı tedbirler en üst sağlık düzeyinden daha düşük bir yaşam yılının bundan önceki araştırmalardan alınan ağırlık faktörünün uygulandığı kalite veya yetersizlik ayarlı yaşam yılından az bir değer taşıması fikrine dayanmaktadır. Herhalde en bilinen örnekler kaliteye göre düzenlenmiş (QALY) (26) veya sakatlığa göre düzenlenmiş (DALY) (27) yaşam yılıdır. Birincisi, normalde tehlike ve sakatlığı kapsayan iki boyutlu bir matriks yapıdaki sağlık durum ağırlıklarını kullanırken, ikincisi, ağırlıklarını sakatlığın altı farklı düzeyine ayırır.

İkinci konu ise hastalık düzeylerinin gelecekteki izleyeceği trendin nasıl tahmin edileceğidir. Tüm tahmin yürütme işlevlerinde olduğu gibi, bu konu mevcut eğilimlerin gelecekteki yansıması ile ilgili belirli varsayımların oluşturulmasını içermektedir. Hastalık örüntülerini tahmin etmede kullanılan standart yöntem, her yaş grubunu ayrı ayrı ele alan yaş dönemi insan grubu analizidir.

Sonuçlar, hastalıkların gelecekte nasıl bir seyir göstereceği hakkında bazı fikirler vermesi için yansıtılan nüfus sayısı üzerindeki bilgilerle ilişkilendirilebilir. Bu yaklaşım, değerli iç görüler oluştursa da savunabilirliği kısa dönemlidir. Buna rağmen, Delphi metodu gibi bazı tekniklerle desteklenebilir. Bu metot, mevcut eğilimler yerine gelecekle ilgili varsayımların test edilebileceği analoji ve senaryo analizi üzerine kurulmuş ve olası değişimleri tanımlayacak senteze ulaşmak için uzman görüşlerine imkan tanımaktadır.

Bu enformasyon, farklı stratejilerin belirli sonuçlara ulaşması olasılığının kanıtlarının yanı sıra bu işi gerçekleştirme maliyetleri ile birleştirilebilmektedir. Buna iyi bir örnek, Dünya Bankası'nın 1993 *Dünya Gelişim Raporu*'nda, görülmektedir (28). Burada her bir DALY için birçok farklı sağlık stratejisinin maliyeti tahmini olarak hesaplanmıştır. Bu tipte bir analizi destekleyecek bir çok farklı araç bulunmaktadır. Bunlardan en yoğun olarak kullanılan Hollanda "PREVENT" modelidir (29).

Avrupa'daki Sağlık Trendleri

Bu bölümde sunulan genel görünüme bağlı olarak DSÖ Avrupa Bölgesi üç ana blok olarak ele alınmaktadır: AT ülkeleri, Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri ve önceden Sovyetler Birliği dahilinde olan Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletler (BYKD)⁴. Bölgenin farklı kesimlerinde, hastalık örüntülerinde genel trendler olsa da toplu verilerin kullanılması kaçınılmaz biçimde ülke içi ve ülkeler arası yüksek düzeyde karmaşıklık gösteren bir görüntü oluşturmaktadır (30).

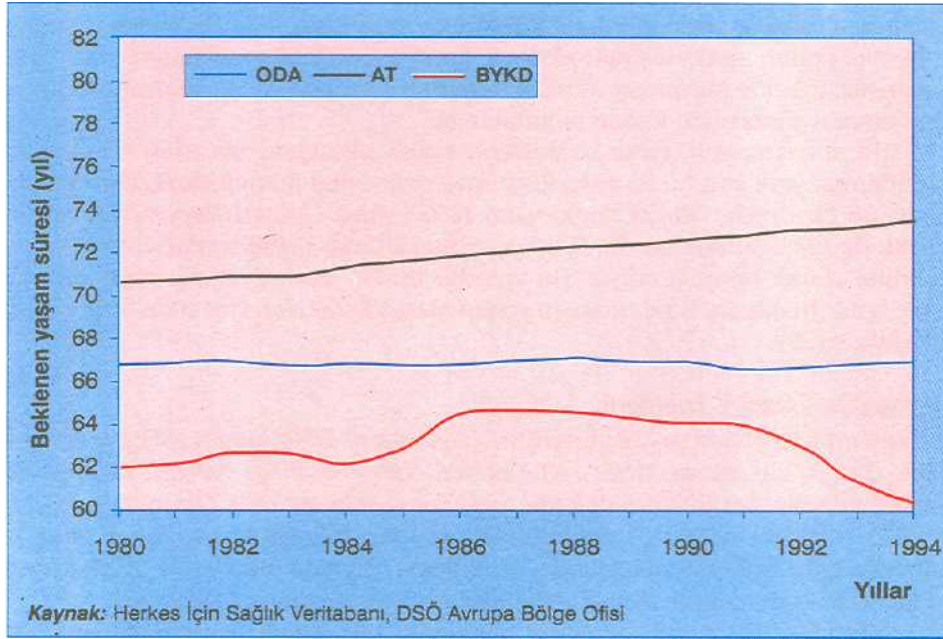
Mortalitedeki genel akımlarla başlarsak, en çarpıcı olanlar bölgenin üç kesimin arasındaki beklenen yaşam süresi konusunda olan farklılıklardır (Şekil 1 ve 2).

1980-1994 arasında, AT dahilinde erkeklerin doğumda beklenen yaşam süresi 3.1 yılla 70.7'den 73.8'e, kadınların ki ise, 3.2 yılla 66.7'den 67.3 yıla yükselmiştir. Buna karşın, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde erkeklerde bu rakam sadece 0.6 yılla zaten düşük olan 66.7'den 67.3'e, kadınlarda ise, 1.8 yılla 73.5'den 75.3 yıla yükselmiştir. Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletler'deki durum ise rahatsızlığın en üst düzeyde olduğu şeklindedir; doğumda beklenen yaşam süresi erkeklerde 1.6 yılla 62.2'den 60.6'ya, kadınlarda ise, 0.6 yılla 72.5'den 71.9 yıla düşmüştür.

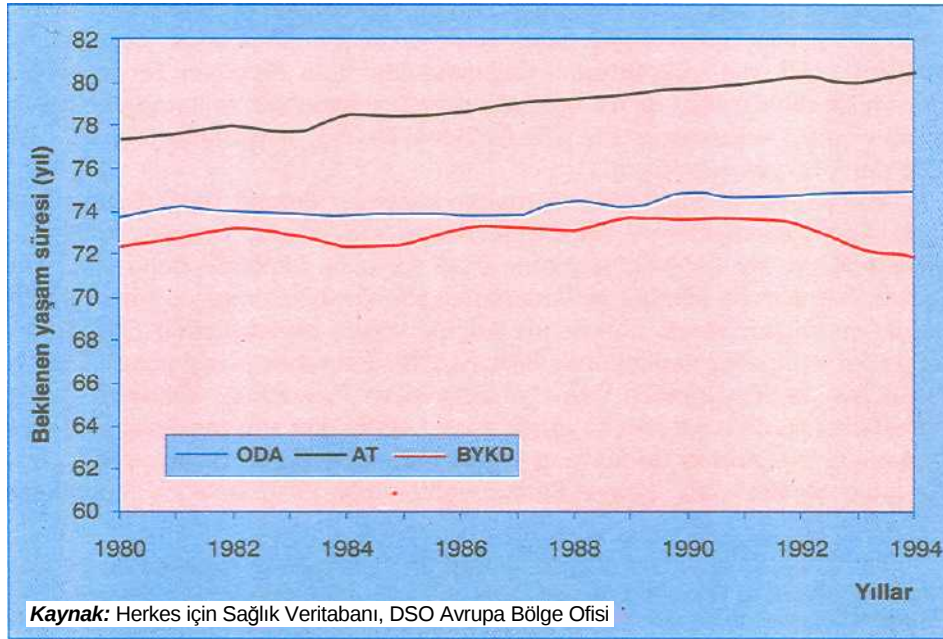
Yukarıda belirtildiği gibi, bu toplam rakamlar önemli miktarlarda ulusal farklılıkları gizlemekte ve belirsizliğe neden olmaktadır. Örneğin, beklenen yaşam süresi her bir bölgenin güneyinde yer alan ülkelerde daha yüksektir. Ayrıca, Batı Avrupa içinde bile Danimarka gibi bazı ülkeler geçen süre zarfında beklenen yaşam süresi konusunda küçük artışlar gözlemlerken (31), İspanya'da daha önce kaydedilen hızlı yükseliş 1981 'den sonra yavaşlamıştır. Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinden Çek Cumhuriyeti ve Polonya'da, beklenen yaşam süresi konusu da uzun süredir düşüş gösteren trendler son zamanlarda tersine dönerken, Macaristan bu konuda başarı gösterememiştir. Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletler'de, Rusya Federasyonu, 1986-1994 arasında erkeklerde

⁴ Bu bölümdeki veriler, BDT ülkelerine ve Baltık Cumhuriyetlerine ait istatistiklerin tek bir BYKD rakam verecek şekilde birleştirildiği Bölgesel Ofis'in herkes için sağlık veritabanından alınmıştır (dipnot 1 'e bakınız). Veritabanından elde edilen daha detaylı bilgi Epidemiyoloji, İstatistik ve Sağlık Enformasyon Birimi, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhag/Danimarka adresinden temin edilebilir. Ayrıca veritabanına ilişkin olarak <http://www.who.dk/country/country.htm>'den bilgi alınabilir.

Şekil 1. DSÖ Avrupa Bölgesi'nde erkeklerde doğumda beklenen yaşam süresi, 1980-1994



Şekil 2. DSÖ Avrupa Bölgesi'nde kadınlarda doğumda beklenen yaşam süresi, 1980-1994



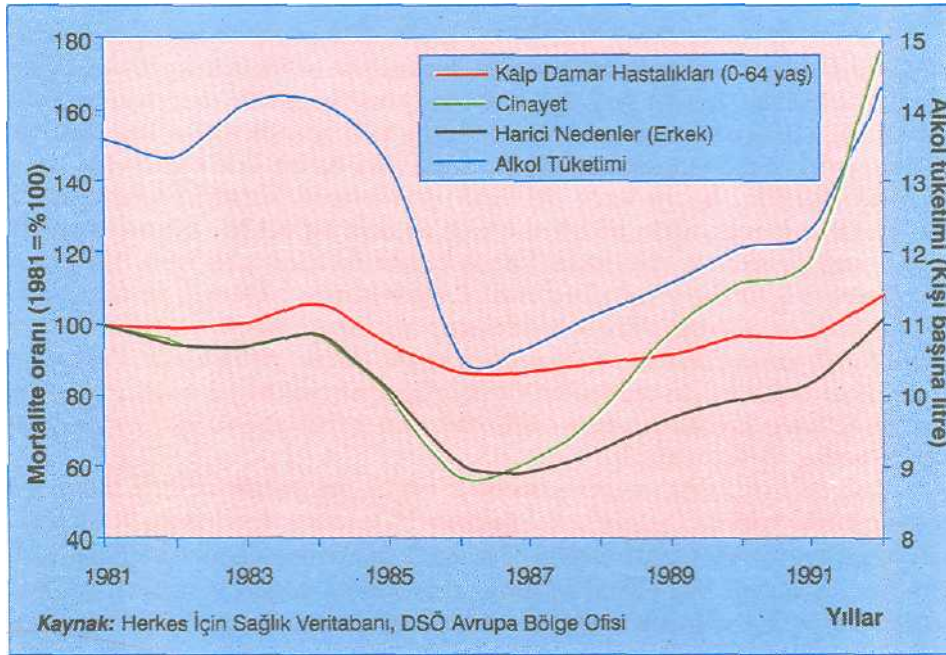
doğumda beklenen yaşam süresi alanında 7 yıl kaybedilerek çok ciddi bir kötüye gidiş ile karşı karşıya kalmışlardır. Şekil 1 ve 2'de görüldüğü gibi zaman içerisinde trendlerde de farklılıklar olmuştur. Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletlerde zamanında alkole karşı gerçekleştirilen kampanyalar sonucu 1985 sonrasında beklenen yaşam süresinde çarpıcı gelişmeler kaydedilmiştir (Şekil 3).

Avrupa'da sağlığı tehdit eden rahatsızlıkların en başında kardiyovasküler hastalıklar gelmektedir. Bölgedeki ölümlerin yarısına ve kalıcı sakatlıkların da üçte birine bu hastalıklar neden olmakta ve bu nedenle toplam sağlık harcamalarının önemli bir kısmını teşkil etmektedir. Ölüm oranları bölgelere göre farklılıklar göstermekte, beklenen yaşam süresi konusundaki trendler birbirinden ayrılmaktadırlar (Şekli 4 ve 5). Ayrıca kadın ve erkekler arasındaki oranlarda büyük farklılıklar vardır.

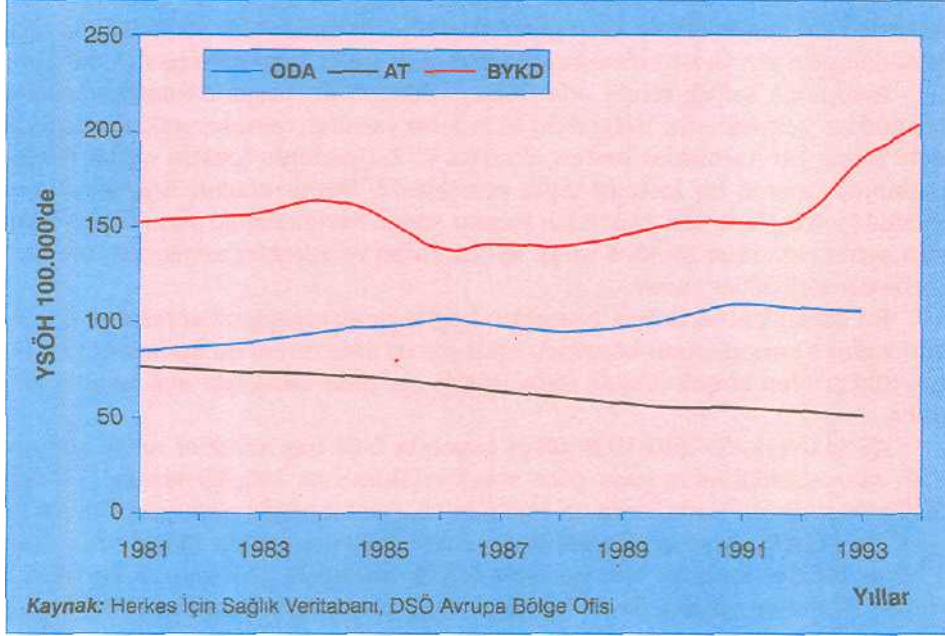
Bu farklılıklara kısmen, hastalığın başlangıcını menopoz sonrasına erteleyen kadın hormonlarının koruyucu etkisiyle ve aynı zamanda kadınlar arası tütün tüketiminin birçok ülkede daha düşük seviyede olmasıyla açıklanabilmektedir.

AT ülkelerinde 1981-1993 yılları arasında 0-64 yaş erkekler arası iskemik kalp rahatsızlıklarından yaşa göre standart ölüm hızı' 100,000 kişiye 77.2'den 52.0'a düşmüştür. Kadınlarda da 16.8'den 12.2'ye bir düşüş olmuştur. Buna karşın Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde bu sayı erkekler arasında 1981'de 86.2 iken 1993'te 106.9'a, kadınlar için ise daha küçük bir artışla 22.2'den 27.8'e yükselmiştir. Beklenen yaşam süresi konusunda Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletler'de durum görünür bir biçimde daha kötüdür. Her 100,000 erkek için 1981'de sayı 153.9 iken 1993'te 215.2'ye yükselmiştir. Kadınlar için ise bu rakamlar 47.1 ve 62.6'dır. Bu yüzden, bu yaş gurubunda Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletler

Şekil 3. Rusya Federasyonu'nda alkol tüketimi ve mortalitesi, 1981-1992



Şekil 4. DSO Avrupa Bölgesinde 0-64 yaş arası erkeklerde iskemik kalp hastalıklarına bağlı yaşa göre standart ölüm hızları (YÖÖH), 1981-1994

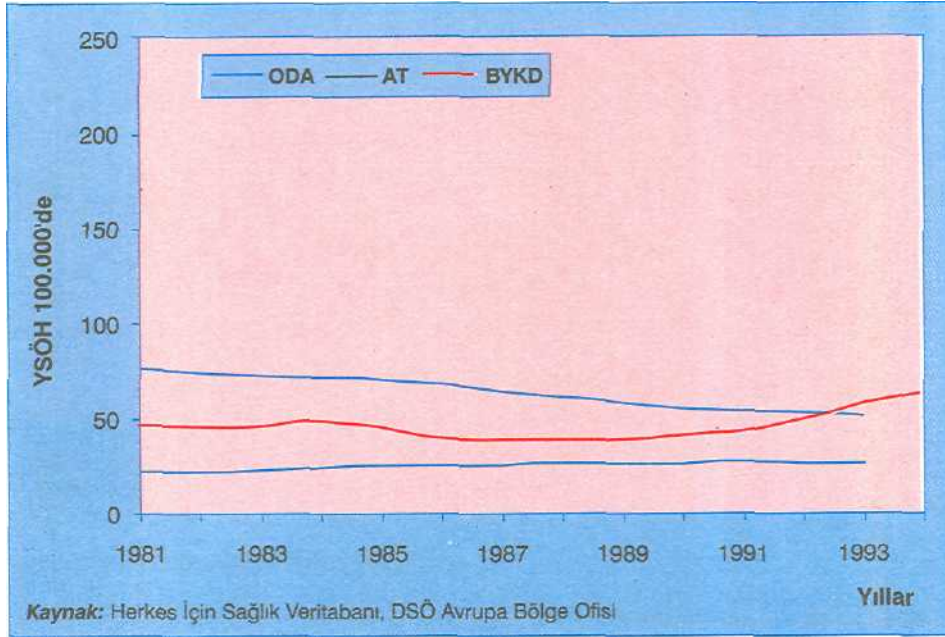


vatandaşları arasındaki iskemik kalp rahatsızlıklarından ölüm oranı AT ülkelerinin 4-5 katı arasındadır. Kardiyovasküler hastalıklar, Doğu ve Batı Avrupa arasındaki beklenen yaşam süresi farkının yansının nedeni olarak açıklanmaktadır.

Kanser tüm ölümlerde %20'lik bir payla, bölgedeki ölüm nedenlerinde ikinci sırada yer almaktadır. Birçok farklı kanser tipi ve buna karşılık risk öğelerindeki farklılıklar, her bir tip için trendlerin geniş bir şekilde değişkenlik gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Her ne kadar belli genetik etkiler bazı bireyleri diğerlerinden daha yüksek risk grubu altına alsın da bir çok kanser tipi hayat tarzı ile ilişkilidir, bu nedenle de farklı derecelerde korunma mümkündür. Yaşam tarzının rolü, tütün tüketimi örneği ile açık bir şekilde ortaya konabilir. Tütün, sadece akciğer değil diğer birçok organı da içine alan geniş bir kanser yelpazesinin önemli bir nedenidir. Ayrıca, diğer kanser nedenleri ile sinerji içinde hareket edebilirler. Asbest maddesine maruz kalma ve servikal kanser durumunda insan papilloma virüsü buna örnek olarak gösterilebilir. Yaşam tarzının diğer boyutları da önemlidir. Beslenme, gastrointestinal sistem ve göğüs kanserine katkı sağlarken cinsel faaliyetler viral enfeksiyon yoluyla serviks kanserine neden olabilmektedir.

Yine de Avrupa'da kanserin Öncelikli olarak önlenabilir nedeni sigara gibi tütün içimine bağlıdır (Şekil 6). Akciğer kanseri oranları, genç yaşta tütün içiminin sonuçlarını ortaya koymaktadır. Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri ve Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletler'deki tütün şirketlerinin yoğun ve agresif pazarlamaları gelecekte olumsuz anlamda ciddi sağlık sonuçlarına neden olacaktır.

Şekil 5. DSÖ Avrupa Bölgesi'nde, 0-64 yaş arası kadınlarda iskemik kalp hastalıklarına bağlı yaşa göre standart ölüm hızları (YÖÖH), 1981-1994



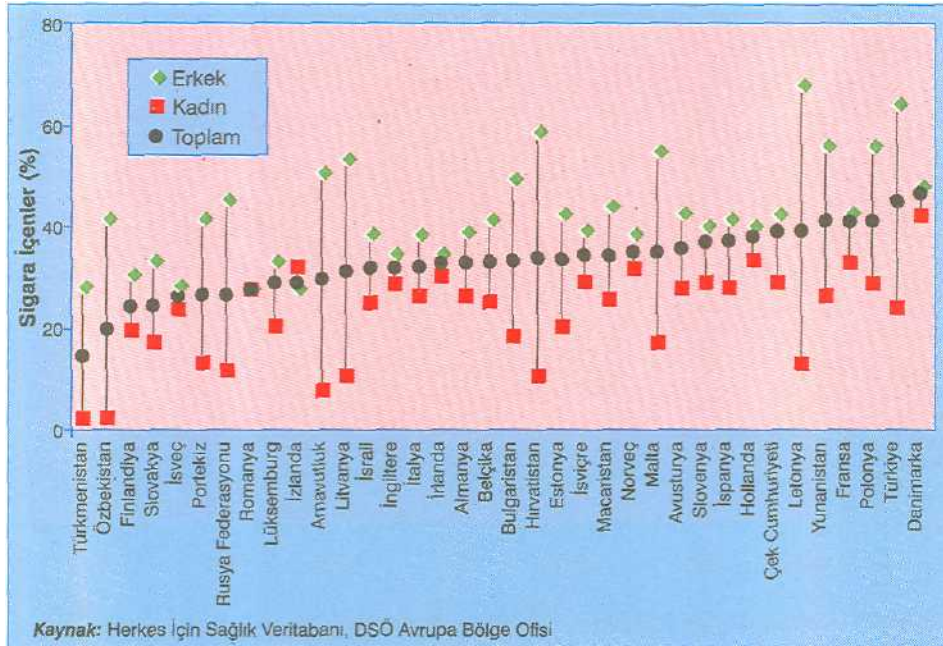
Kalp hastalıkları göz önüne alındığında, bölgenin değişik kesimleri arasında erkekler ve kadınlar arasında büyük farklılıklar görülmektedir.

Bölgenin her bir kesiminde, kadınlarda ölüm oranının erkeklerinkinden çok daha düşük olduğu görülmektedir ki bunun yüksek miktarda tütün tüketiminin kadınlar arasında daha geç, gerçekleşmesinden kaynaklandığı ortaya çıkmaktadır. Kısmen kültürel farklılıkları yansıtan büyük ölçekli varyasyonlar ulusal bazda kaçınılmaz olarak oluşmaktadır. Bazı ülkelerde cinsiyetler arasındaki bu uçurum Danimarka örneğinde olduğu gibi gittikçe kapanmaktadır.

Genel olarak, AT'de her 100,000 kişi için, 1981-1993 yılları ve 0-64 yaş arası erkeklerde akciğer kanserine bağlı ölüm oranı 34.1'den 32.2'ye, az bir oranda gerilemiştir. Buna karşın, kadınlarda ölüm oranı her 100,000 kişi için 5.7'den 6.7'ye yükselmiştir. Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde bu oranlar daha büyük ölçeklerde gerçekleşmiştir. Bu gerçekleşme, her 100,000 kişi için erkeklerde 41.3'ten 53.4'e, kadınlarda ise 5.5'ten 8.2'ye yükselmesi şeklinde olmuştur. Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletlerde erkekler arasında benzer bir tablo ortaya çıkmaktadır. Her 100,000 kişi için ölüm oranı 46.2'den 50.0'a yükselirken kadınlarda 5.1'den 4.8'e küçük bir gerileme kaydedilmiştir.

. Kazalar, cinayetler ve intiharlar gibi ölümün dışsal nedenleri bölgesel Ölüm nedenleri arasında üçüncü sıradadır ve Batı ile Doğu Avrupa arasındaki doğumda beklenen yaşam süresi farkının, en önemli ikinci nedenidir. Bunlar, yetişkinleri özellikle 30'lu ve 40'lu yaşlarda etkilemekte ve bu nedenle de aileler ve endüstriyel üretivite üzerinde farklı etkiler yaratmaktadır. Bağımsızlığını Yeni Kazanmış Devletlerde bu konu çarpıcı bir biçimde yükselişe geçmiştir. Buna kısmi neden olarak da şiddet artışı, önceki iş güvenliği önlemlerinin gev-

Şekil 6. 1990'ların başında DSÖ Avrupa Bölgesi'nde, tahmini sigara kullanım prevalansı

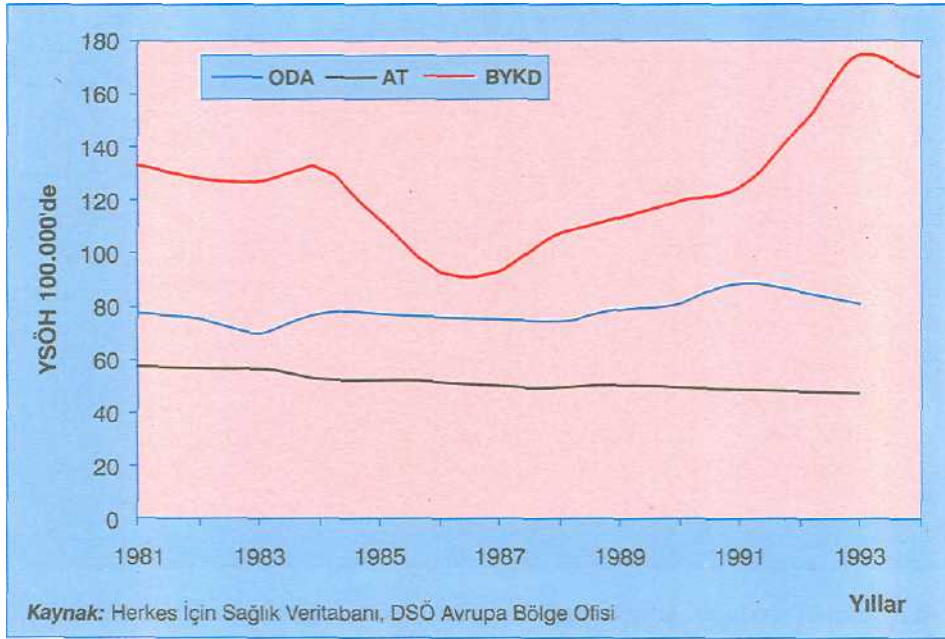


şemesi ve sonuç olarak alkol tüketiminin artmasına neden olabilecek artan psikolojik stresler gösterilmektedir. Bu kategori için yaşa göre standardize edilmiş ölüm oranları tüm yaşlar kapsamında her 100,000 kişi ve 1981-1993 yılları için, AT'de 56.9'dan 46.6'ya düşmüş; Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde zaten yüksek bir değer olan 76.4'ten 80.2'ye yükselmiştir. Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletlerde İse aynı dönem içinde gene yüksek bir rakam olan 131.7'den 164'e doğru daha büyük bir yükseliş yaşanmıştır (Şekil 7).

Yukarıdaki istatistiklerde de belirtildiği gibi, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde ve Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletlerde sağlıktaki çarpıcı bir şekilde kötüye gidiş görülmektedir. Her ne kadar, yaşam tarzı ile ilişkili olanlar gibi, temelde yatan unsurlar batıdaki ile aynı olsa da önem açısından farklı sıralanmadırlar. Önem miktarındaki değişimlerin sağlık hizmetleri ihtiyacı ve hastalık örüntüleri üzerinde kaçınılmaz etkileri olacaktır.

Batı Avrupa'da görülen beklenen yaşam süresindeki artışların Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde ve Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletler'de başarılmasının nedenleri üzerinde halen birçok tartışma yapılmaktadır (32). Bununla birlikte, belirli hususların önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Genel olarak, Orta ve Doğu Avrupa Ülkelerinde ve Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletler'de yüksek seviyedeki kardiyovasküler hastalıklar, doğumda beklenen yaşam süresi konusunda doğu ve batı arasındaki farklılığı etkileyen en önemli faktördür. Bunu dışsal ölüm nedenleri ve solunum sistemi hastalıkları İzler (Tablo 2). Önceden belirtildiği gibi, ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Karaciğer sirozu gibi, kazalar ve şiddet ki bunlar alkol tüketimi ile yakından ilişkilidir, Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletlerin Avrupa kanadındaki

Şekil 7. DSO Avrupa Bölgesi'nde 0-64 yaş arasında dış nedenlere bağlı yaşa göre standart ölüm hızları, 1981-1994



ülkelerde ve Macaristan'da sağlık alanında önemli rol oynamaktadır. Buna rağmen Polonya gibi 1980'lerin başlarında alkol tüketimine karşı bir kampanya ile alkol bağımlı rahatsızlıklardaki yükselen trendi durduran ülkelerde daha etkisiz olmaktadır.

Tütün tüketimi, erkekler arasında akciğer kanserinden kaynaklanan ölüm oranları bakımından birçok batı Avrupa ülkesindekinden daha yüksek bir seviyede olması nedeniyle bir diğer önemli engeli oluşturmaktadır. Tütün tüketimine başlama ve akciğer kanserinin gelişimi arasında uzun bir süre olsa da bu bölgelerde mevcut olarak görülen aşırı yüksek orandaki tütün tüketimi, 21. yüzyılda sağlık hizmetlerinin bu hastalıkla ilgili muazzam bir yükü karşı karşıya kalacağını akla getirmektedir.

Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde ve Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletlerde düşük değerli besinlerden ötürü, beslenme son derece önemli bir etken olarak ortaya çıkmaktadır (33). Yine, ulusal farklılık konusunda yeni bir gösterge ortaya çıkmıştır. Hayvansal yağ tüketiminin azalması ve meyve ve sebze tüketiminin artması, örneğin, Polonya'da Macaristan'daki kadar gerçekleşmemektedir. Hastalık örüntüsü kapsamındaki trendler üzerine yapılan detaylı incelemeler henüz önemli bir endişe kaynağı olmayan diğer problemleri ortaya atmaktadır.

Belirli hastalıklar üzerinde yoğunlaşmak risk gerektirse de, bununla birlikte Önemli temel öğeler dikkate alınmayacaktır. Batı Avrupa, uzun zamandır süregelen bir tartışma içine girmiştir. Bu tartışmanın konusu, yoksullar arasındaki sağlık düzeyinin azalma nedeninin bu insanların yüksek düzeyde risk unsurlarına maruz kalmaları mı yoksa sosyal konum veya sosyoekonomik statünün mü

Tablo 2. ODA, BYKD ve Batı Avrupa Devletleri Arasındaki Beklenen Yaşam Süresi Farkını Etkileyen Unsurlar

Ölüm Nedeni	Yaş Gruplarına Göre Batı Avrupa'daki Beklenen Ek Yaşam Süresi				
	< 1 yaş	1-34 yaş	35-64 yaş	≥ 65 yaş	Tüm Yaşlar
Enfeksiyon ve Paraziter Hastalıklar	0.30	0.10	0.08	-0.01	0.47
Kanser	0.00	0.05	0.25	-0.35	-0.05
Kardiyovasküler Hastalıklar	0.00	0.07	1.36	1.85	3.28
Solunum Yolları Hastalıkları	0.68	0.20	0.15	-0.50	0.97
Sindirim Yolları Hastalıkları	0.02	0.03	0.08	-0.04	0.09
Dışsal Nedenler	0.04	0.64	0.71	0.03	1.41
Tanımlanamayan Koşullar	-0.1	0.01	0.04	0.18	0.12
Diğer Hastalıklar	0.00	0.00	-0.02	-0.20	-0.22
Tüm Nedenler	0.93	1.09	2.63	1.40	6.06

Kaynak: Herkes için sağlık veri tabanı, DSO Avrupa Bölge Teşkilatı

buna neden olduğu sorusudur. Mevcut kanıtlar göstermektedir ki sosyal unsurlar önemlidir. Kamu çalışanlarının sağlık statülerinin uzun süreli olarak takip edildiği İngiliz Whitehall araştırmaları bu kanıtların en belirgin olanıdır (34). Bu araştırma göstermiştir ki; düşük derecelerdeki memurlarda ölüm oranı daha yüksektir ve bu istihdamın her kademesinde geçerli olmaktadır. Ayrıca, bu yüksek ölüm oranları sadece kısmen bilinen beslenme ve tütün tüketimi gibi risk faktörleri ile açıklanabilmektedir (35). Aynı şekilde, ülkeler arası (36) ve ülke içi (37, 38) ölüm farklılıklarında gelir dağılımındaki eşitsizliğin önemli bir belirleyici olduğuna dair artan kanıtlar vardır.

Son olarak, işsizlik korkusu ve bununla gelen güvensizlik duygusu da düşük sağlık düzeyinin önemli belirleyicileridir. Her ne kadar, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde ve Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletler'de bu konuda yapılan araştırmalar henüz nispeten seyrek olsa bazı kanıtlar göstermektedir ki Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde toplumun alt sınırında ve göreceli olarak yoksul olan kişiler (ör. boşanmış erkekler) en çok olumsuz yönde etkilenenler (39) olmakta ve bunun yarattığı stres de yüksek orandaki ölümlerde belirgin bir rol oynamaktadır (40).

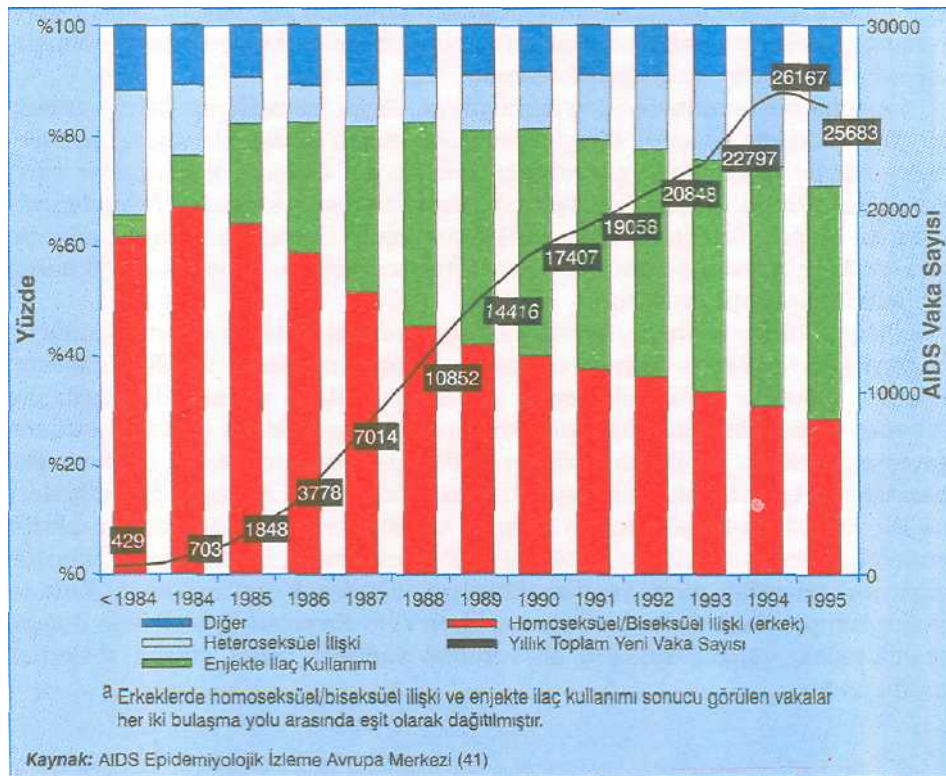
Yeni enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkması ve eskilerinin yeniden dirilmesi Avrupa'daki sağlık hizmetlerini önemli bir biçimde etkilemektedir. Bu yeni hastalıklar içinde herhalde en çok bilineni HIV enfeksiyonu ve AIDS'dir. AIDS insidansı Avrupa içinde büyük farklılıklar göstermektedir. Bunlar, risk unsurlarına maruz kalmayı etkileyen kültürel farklılıkları da içine alan bir çok değişik unsuru yansıtmaktadır. Halen en yüksek insidans Fransa, İtalya ve İspanya'da görülmektedir. Bazı ülkelerde, sağlık tanıtım politikaları sonucunda bu artış oranı yavaşlamaya başlamıştır, ancak diğer ülkelerde halen yükselişini sürdürmektedir. Ayrıca, bunun altında yatan risk faktörleri düzeni de değişmektedir (Şekil 8).

AIDS, enfeksiyon hastalıklarının artan tehditlerine sadece bir Örnektir. Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletlerde önceden gerçekleştirilen kontrol önlemlerinin devam ettirilmemesi difteri ve kolera gibi hastalıkların yeniden ortaya çıkmasına neden olurken, tüberküloz insidansı da bölgenin her tarafında artmaktadır.

Avrupa'nın mevcut hastalık Örüntüsü sağlık sektörü reformu açısından birçok şey ifade etmektedir. Bunlardan birincisi, sağlık hizmetlerinin tek başına Avrupa Bölgesinde düşük sağlık düzeyinin başlıca nedenleri üzerindeki etkisinin sadece sınırlı olabileceğinin kabul edilmesidir. Sağlık statüsü büyük ölçüde dört bağlantılı unsurun etkileşimi ile belirlenmektedir; bunlar: genetik dirençsizlik, davranış ve yaşam tarzı, sosyo-ekonomik statü ve çevresel koşullardır (42).

Bunlardan İkincisi, reforma tabi tutulmuş sağlık sistemlerinin, sağlığı başlıca tehdit eden unsurları çözüme ulaştıracak mekanizmaları içermesi zorunluluğudur. Özellikle, hastalıklardaki trendleri izleyecek ve bunlarla baş edebilecek entegre programların gelişimini destekleyecek beceriye sahip güçlü halk sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bunun nasıl başarılacağı Bölüm 2'deki " Halk Sağlığı Hizmetlerinde Reform " bölümünde detaylı olarak tartışılmaktadır.

Şekil 8. DSÖ Avrupa Bölgesi'nde, bildirim gecikmeleri düzeltilmiş olarak teşhis yılına ve bulaşma yoluna göre erişkinler ve adolesanlardaki AIDS vakalarının dağılımı, 1981-1995



Üçüncü neden ise, zaman içinde hastalık örüntüleri değiştikçe, sağlık hizmetlerinin buna cevap verecek bir yapıya kavuşmasının gerekliliği ve hastalık örüntülerinin daha farklı olduğu dönemler için tasarlanan yapılar içinde sınırlı kalmamasıdır.

SAĞLIK MODELLERİNİN DEĞİŞTİRİLMESİ: SAĞLIK HİZMETLERİNE GETİRDİKLERİ

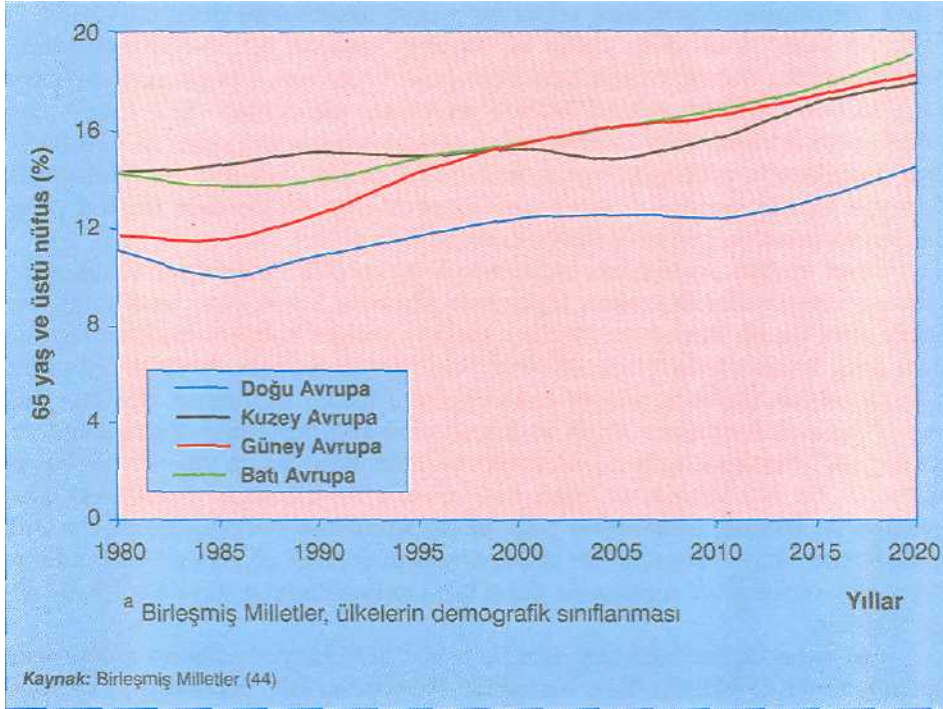
Hastalık örüntüleri sürekli olarak değişim göstermiştir. On bin yıl önce, Sümer ve Endüs vadisinin ilk şehirlerine yerleşenler, evcil hayvanlarla temaslarının artması sonucu yeni oluşan enfeksiyonlara maruz kalmışlardır (43). İnsan hareketinin yavaş gelişimi ile eski hastalıklar yok olmuş ve yenileri ortaya çıkmıştır. Önceden de belirtildiği gibi, Avrupa nüfusu zamanımızda daha belirli bir hastalık örüntüsü ile karşı karşıyadır. Bu örüntünün altında yatan pek çok unsur vardır. Bunlardan en önemlisi yaşlanan nüfusun beraberinde getirdiği sorunlardır ki bunlar; yaşam tarzı ve beslenmedeki değişimler, yeni gelişen ve yeniden ortaya çıkan enfeksiyon hastalıkları ve Özellikle de Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde ve Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletler'de görülen ekonomik gerilemenin ve gelir farklılıkları arasındaki artışın etkileri olarak özetlenebilmektedir.

Sağlık hizmetleri karşılaşılan bu yeni zorluklara düzenli bir şekilde cevap vermiştir. 19. Yüzyılda kentleşmenin sonucu kolera, tifo ve tüberküloz gibi yeni hastalıklar, halk sağlığı hizmetlerinin ve sanatoryumların gelişmesine yol açmıştır. Daha güncel olarak da HIV enfeksiyonu ve AIDS'in yayılması sağlıkta tanıtım faaliyetlerinin ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik hizmetlerin gelişmesini teşvik etmiştir. Hastalık örüntülerindeki bu ani değişikliklere verilen yanıtlar genelde başarılı olsa da uzun dönemli trendler incelendiğinde sonuçların daha tatminkar olduğu görülmektedir.

Avrupa nüfusunun değişen demografisi, sağlık hizmetlerine büyük zorluklar çıkarmaktadır (Şekil 9). Bireyler emeklilik yaşına geldiğinde sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları artış göstermekte ve 75 yaş üstünde ise hızlı bir ivme kazanmaktadır. Bu yaş grubundaki nüfusun oranı Avrupa'nın tüm kesimlerinde artsa da bu artış özellikle Güney ve Batı Avrupa'da daha yoğun olmaktadır. Bu hem sağlık hizmetlerine duyulan toplam ihtiyacı hem de buna etki eden hastalık Örüntülerini kapsamaktadır.

Sağlık hizmetlerine artan ihtiyaç, kaynaklara yönelik önemli sonuçlar doğurmaktadır. Birçok ülkede bu, azalan doğum oranları ile ilişkilendirilmiştir. Böylece ihtiyaçlar ve emekli aylığı gibi sosyal refaha yönelik diğer talepler artarken sağlık hizmetleri fonlarına katkı payı sağlayabilecek çalışan insanların sayısı azalacaktır. Bu problem düzeyi farklılıklar göstermektedir. İngiltere gibi bazı ülkeler bundan nispeten orta düzeyde etkilenirken Almanya gibi diğerleri, büyük zorluklarla karşılaşacaktır. Her ne kadar uzun dönemli trendleri tahmin etmek halen zorsa da, daha küçük Ölçekli ve ekonomik olarak faal bir nüfusun büyüyen sıklardaki yaşlı İnsanları sübvansede edebilecek olması sonucu, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde ve Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletlerde doğum oranlarındaki çarpıcı düşüşün bir sorunun varlığına işaret ettiğini söylemek mümkündür.

Şekil 9. DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 65 yaş ve üstü nüfus oranlarının tahmin ve projeksiyonları, 1980-2020



Sağlık örüntüleri de değişmeğe devam edecektir. Özellikle, kalp ve serebovasküler hastalıklarından, kanserden, bunamadan ve özellikle de kadınlar arasında kırıklardan şikayetçi olan insanların sayısında daha da büyük artışlar kaydedilecektir. Sağlık hizmetlerinin bu koşullara karşı tepkisi yeterli olmayacaktır. Hastalıkların ana nedenlerini çözüme ulaştıracak uzman programların etkililiği üzerindeki araştırmalar arttıkça, sağlık hizmetleri bu doğrultuda kendilerini yeniden tasarlamak zorunda kalacaklardır. Buna örnek olarak, bölgesel kanser hizmetleri, felç üniteleri (45) ve kalça kırığı olan hastalar için ortopedik cerrahi, geriyatri ve rehabilitasyon içeren entegre hizmet paketleri verilebilir. Yaşlanmanın bir diğer sonucu, birden çok rahatsızlığa maruz kalan insan sayısındaki artış, bu nedenle de etkileşim potansiyeli olan geniş spektrumlu tedavilerin verilmesidir. Bu durum, sağlık hizmetleri ile ilgili yeni problemler oluşturmakta ve bireysel hekimler üzerine kurulu bir modelden sıyrılıp multidisipliner ekiplerin olduğu bir modele ulaşmanın gerekliliğini vurgulamaktadır.

Beslenme ve yaşam tarzındaki değişiklikler de sağlık hizmetlerine ciddi zorluklar çıkarmaktadır. Uzun yıllardır, Güney Avrupa ülkelerinde uzun ömürlülük, bölgenin diğer kesimlerine nazaran daha fazladır. Bu durum genel benzerlikler göstermeyen ülkeler topluluğu için bile geçerlidir. Örneğin, doğumda beklenen yaşam süresi kapsamında, Yunanistan ve İspanya AT ortalamasını, Arnavutluk Orta ve Doğu Avrupa ortalamasını ve Kafkas Cumhuriyetleri Bağımlı-

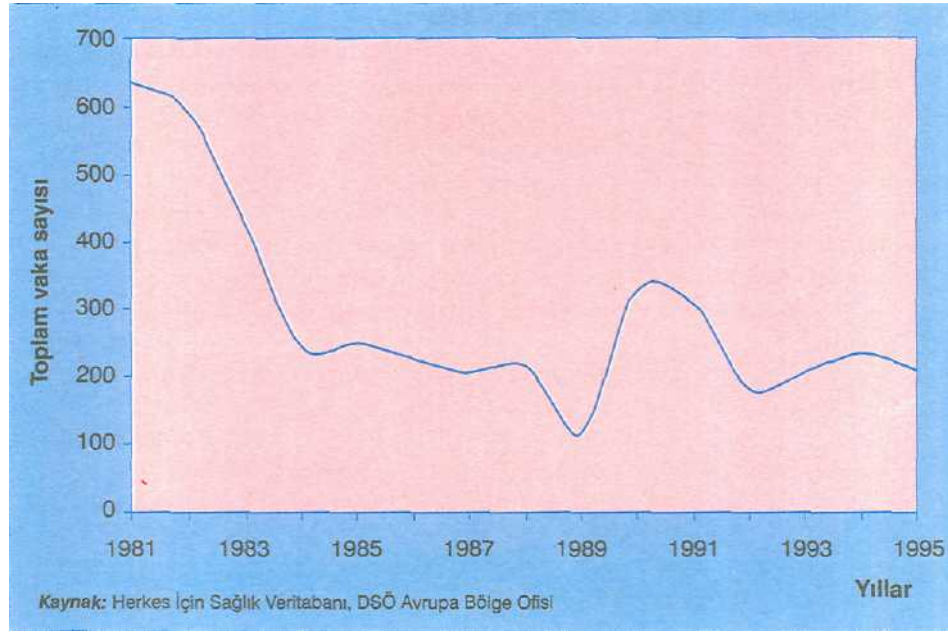
sızlığını Yeni Kazanan Devletler ortalamasını aşmışlardır. Bu durumun beslenme farklılıklarından ortaya çıktığı görüşü yoğun olarak hakimdir (46). Her ne kadar gerçek mekanizmalar tartışma konusu olsalar da, uzun beklenen yaşam süresi görünürde yüksek taze sebze ve meyve tüketimi ile doğrudan ilişkilidir (47). Ne yazık ki bu güne değin bu avantajı yaşayan bu ülkelerdeki durum değişmektedir. Kuzey Avrupa tarzı beslenme biçiminin, İspanya gibi ülkelere yayılması ve özellikle yüksek oranda hayvansal yağ içeren "fast food" ların tüketiminin artması, kalp hastalıkları ve meme-kanser gibi diğer beslenme ile ilgili hastalıkların artmasına yol açacaktır. Bu durum, örneğin önceleri düşük düzeyde meme kanserine rastlanan Güney Avrupa ülkelerinde tarama programlarının yeniden gözden geçirilmesini gerektirebilir.

Hayat tarzları, Avrupa'nın bazı kesimlerinde bütün ürünlerinin tüketiminin artması sonucunda da, sağlık hizmetleri alanında karşılaşılan yeni engellere işaret etmektedir. Bunun en belirgin sonucu akciğer kanserli kişilerin sayısındaki artış, kanser tedavi hizmetlerine olan talebin artması ve yıkılmakta olan geleneksel aile yapısına paralel olarak palyatif tedavi hizmetlere duyulan ihtiyaçtır. Sigara tüketiminin arttığı ve bunun yanı sıra beslenme alışkanlıklarının da değiştiği ülkelerde kalp rahatsızlıkları da artacaktır. Sigara tüketiminin başka sonuçları da bulunmaktadır, sigaranın akciğer fonksiyonları üzerindeki sinsi etkisiyle de birlikte, kişilerin bir çoğu genel anesteziye daha az yatkın duruma gelmekte ve bunun sonucunda kişiler ameliyat sonrası göğüs enfeksiyonlarına daha açık olmakta ve hastanede daha fazla kalmaktadırlar, bu da maliyeti artırmaktadır.

Yeni ortaya çıkan enfeksiyonlar ile tekrar görülmeye başlanan enfeksiyonlar mücadele gerektiren diğer alanlardır. Bunlardan HIV enfeksiyonu ve AIDS gibi bazıları, daha şimdiden kimi ülkelerde sağlık hizmetlerine yeni bir yön verilmesine yol açmıştır. Şunu belirtmek gerekir ki, HIV'in ortaya çıkışı cinsel yolla geçen hastalıklara bağlı kalmamış, hastane enfeksiyon kontrolü ve kan ürünlerinin taranması yaklaşımları da dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin hemen hemen bütün yönlerinin ele alınışı üzerinde etkili olmuştur. Diğerleri daha az bilinmektedir. Öyle görünüyor ki, hastanelerde multi-resistant bakterilerin artması hastane hizmetlerinin sunumu üzerinde büyük ölçüde etkili olacaktır. Şimdiden, metisiline dirençli, *Staphylococcus aureus*la, hemen hemen bütün antibiyotiklere karşı dirençli olan bir bakteri ile enfekte olmuş bazı hastalar, hastanelere kabul edilmek için çok tehlikeli bulunmakta ve uygun bir bedelle kendi evlerinde tedavi edilmektedirler. Bazı ülkelerde, doğru ve uygulaması zorunlu antibiyotik politikalarının olmaması hastanelerde kapılan enfeksiyon oranlarının artmasına neden olmakta ve bunun sonucunda hem maliyet artmakta hem de kalış süresi uzamaktadır. Hastanelerde kapılan belirli enfeksiyonlardan ötürü ortaya çıkan riskler, bazı ülkeleri, sağlık hizmetlerini sunuş biçimlerini tekrar gözden geçirmeye ve özellikle de bazı müdahaleleri hastane dışında başka bazı ortamlarda gerçekleştirmeye yönlendirmektedir. Bu trend, maliyet-sınırlama çabaları ve bir çok müdahalenin hastane dışı mekanlarda da etkili olabildiğini gösteren araştırmaların artmasıyla güç kazanmaktadır.

Ancak, enfeksiyon hastalıklarının artışı, hali hazırda hastanede bulunan hastalara bağlı değildir. Yukarıda bahsedildiği gibi, Bağımsızlığını Yeni Kazanan Devletlerin halk sağlığı tedbirlerinin çökmesi poliyomyelitis, difteri, kolera ve malaryanın yeniden görülmeye başlanmasında rol oynamıştır. Bu da halk sağlığı-

Şekil 10. DSO Avrupa Bölgesi'nde poliyo vakalarının toplam sayısı, 1981-1995

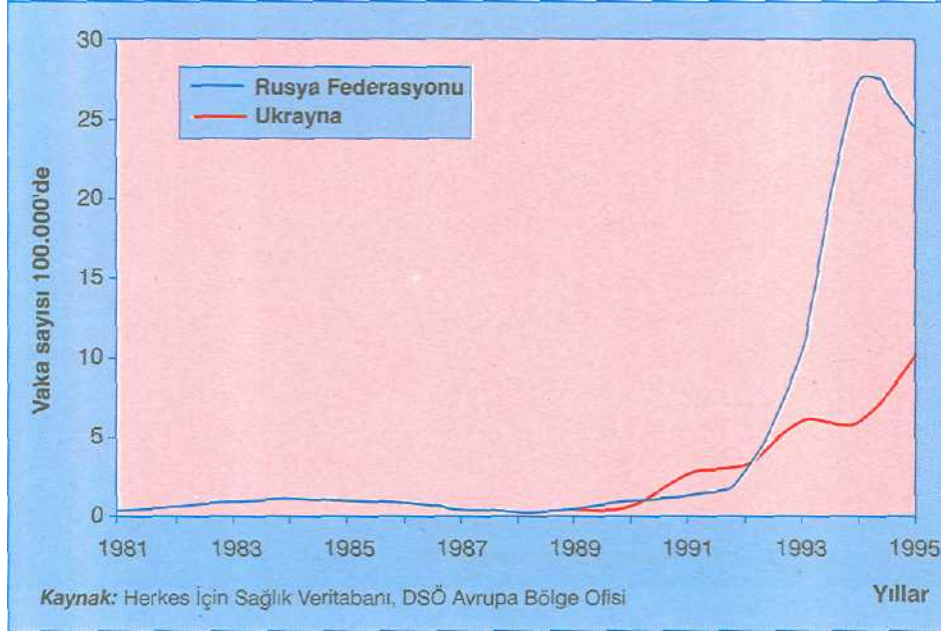


ğı ve Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) açısından önemlidir (Şekil. 10 ve 11). Avrupa'nın tümünde, bir çok kişinin hemen hemen ortadan kalktığını düşündüğü bir hastalık olan veremde yükselen bir oran gözlemlenmektedir. En sık kullanılan ilaçlara karşı değişik direncin ortaya çıkması özellikle endişe vericidir ve gözetim altında sürdürülen ilaç tedavisi ve pahalı ikinci kuşak ilaçların reçete edilmesi gibi yeni yaklaşımları gerektirmektedir.

Bundan önceki paragraflar, Avrupa sağlık sistemlerinin hastalık örüntülerinde karşılaştığı değişikliklere bazı örnekler vermekteydi. Bu değişiklikler ülkelerin mevcut hizmet sunum seviyelerini muhafaza etme güçlerini ve de hizmetleri sunuş biçimlerini etkileyecektir. Çoğu zaman belli faktörler bir araya gelerek güçlük ve sorunların giderilmesini daha da zorlaştırırlar. Kısmen, gittikçe yaşlanan nüfusa, ama biraz da, beslenme alışkanlıklarındaki değişikliklere, özellikle de önemli bir koruyucu etkisi olduğu düşünülen taze meyve ve sebze tüketimindeki azalmaya bağlı olarak felç hastalığının tedavisi ile ilgili hizmetlere duyulan ihtiyacın artma olasılığını buna bir örnek olarak verebiliriz. Öyle ki, bu ihtiyaç, özellikle Güney Avrupa'da, geniş aile yapısının yıkılmasının sonuçlarıyla birlikte daha bir önem kazanacaktır.

Değişen bu çevre ve ortam, sağlık reformu açısından önemli bir anlam ifade etmektedir. Bir çok ülkede, mevcut yapı ve teşvikler artık egemen olmayan tarihsel bir hastalık örüntüsüne bağlı bulunmaktadır. Bu bulgu aslında belli hastalıkların tedavisiyle ilgili olarak yapılan ve gittikçe artan sayıdaki araştırmalar sonucu ortaya çıkmıştır. Buradan çıkarılması gereken ders, dar bir tıbbi modele dayalı tedavi rejimleriyle ve genel koşullarda tedavi edilen geniş bir hastalık yelpazesıyla beraber, geleneksel hastane bakım ve tedavisi artık uygun bir yöntem değildir. Yeni yapılar ve özendirici paketler, hizmet sunucuların şu

Şekil 11. Rusya Federasyonu'nda 1980-1995 yılları arasında ve Ukrayna'da 1989-1995 yılları arasında difteri insidansı



anda karşılaştıkları talepleri yansıtmalı ve modası geçmiş hizmet modellerini teşvik etmemelidir. Bundan böyle, sağlık sektörü reformuyla ilgilenenler, "Sağlıkta Karşılaşılan Engeller" bölümünde anlatılan hastalık örüntüleri ile ilgili eğilimlere yönelik bulgular ile bu bulguların sağlık hizmetleri açısından taşıdığı anlamları da tartışmalarına katılmalıdırlar.

Son olarak, değişen hastalık örüntülerini tartışmanın sağlık sektörü reformunu yapanlar açısından başka anlamları da bulunmaktadır. Önümüzdeki on yılda düşük sağlık düzeyinin yükünü arttıracak hastalıklar resmi sağlık sektörü dışında kalan faktörlere bağlı olacaktır. Maliyet-sınırlaması stratejilerinin etkili olabilmesi için bu stratejilerde talep, hem tedavi arayan kişilerin sayısı, hem de sağlık sisteminin bu kişileri topluma ne kadar çabuk geri kazandırdığı açısından ele alınmalıdır.

Bunun gerçekleşmesi için reform yapılan sağlık sistemlerinde, hastalık eğilimlerini irdeleyebilecek, bunlara açıklama getirebilecek ve etkili çözüm önerip bunun izleme ve takibini yapabilecek kuvvetli bir halk sağlığı bileşeni olması şarttır. Çözümler muhtemelen, sağlıklı kamu politikaları geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, BBSH'nin güçlendirilmesi ve hastane hizmetlerinin yeni baştan düzenlenmesi gibi koordineli faaliyetleri gerektirecektir. Bunun için epidemiyoloji, sağlık değerlendirmesi, mesleki davranışlarda değişim yaklaşımları konularında bilgi sahibi eğitilmiş kişilerin etkili desteği gerekecektir. Düşük sağlık altında yatan temel nedenleri araştırarak sektörler arası bir yaklaşım olmadığı takdirde, giderek artan hastalık yükü sebebiyle, hükümetler başka hedeflerine ulaşma çabalarından da ödün vermek zorunda kalacaklardır. Mesela; ekonomik büyüme.

SAĞLIK HARCAMASI ÜZERİNDEKİ BAZI BASKILAR

Mevcut istatistik bilgilerin bölgenin hem batı hem de doğu kısımlarında sağlık harcamalarındaki genel eğilimi gözler önüne sermektedir. Ancak iki bölge arasındaki önemli ekonomik ve tarihi farklılıkları yansıtabilmek için her bölüm ayrı olarak ele alınmalıdır.

Avrupa'daki sağlık harcamalarının büyüklüğü, kapsamı ve mevcut düzeylerinin temel bakımdan anlamı tartışmalı olabilir. Farklı ulusal politika belirleyicileri, özellikle maliye ve sağlık bakanlıklarında olanlar, aynı rakamları farklı biçimlerde yorumlama eğilimindedirler. Bu farklı yorumlar iki bakanlığın öncelik verilmesini istediği farklı ulusal hedefleri yansıtır. Ayrıca, hepsi tam anlamıyla aynı sonuca işaret etmeyen çeşitli istatistik serilerden de bahsedilebilir. Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı açısından, Batı Avrupa'da 1990-1993'te görülen ekonomik durgunluk, sağlık sektörü harcamalarında bir artış olduğu izlenimini yaratmaktadır. ODA ve BDT ülkelerinin harcama istatistikleri, sağlık hizmeti sunucularına veya ilaçlara gayriresmi olarak yapılan ve/veya rapor edilmeyen ödemeleri içermemektedir. Bunun ötesinde, mevcut eğilimler, yaşlanmakta olan bir nüfusun gelecekteki etkilerini ve yeni teknoloji ile hizmetlere giderek artacak talebi yansıtmamaktadırlar. Bu yüzden, toplam sağlık harcamalarına yönelik mevcut istatistikler, her bir ülkenin kendi ulusal sağlık sisteminin izlemesi gereken değer ve işlevler üzerindeki tartışmalara ancak bir ölçüde katkı sağlayabilir.

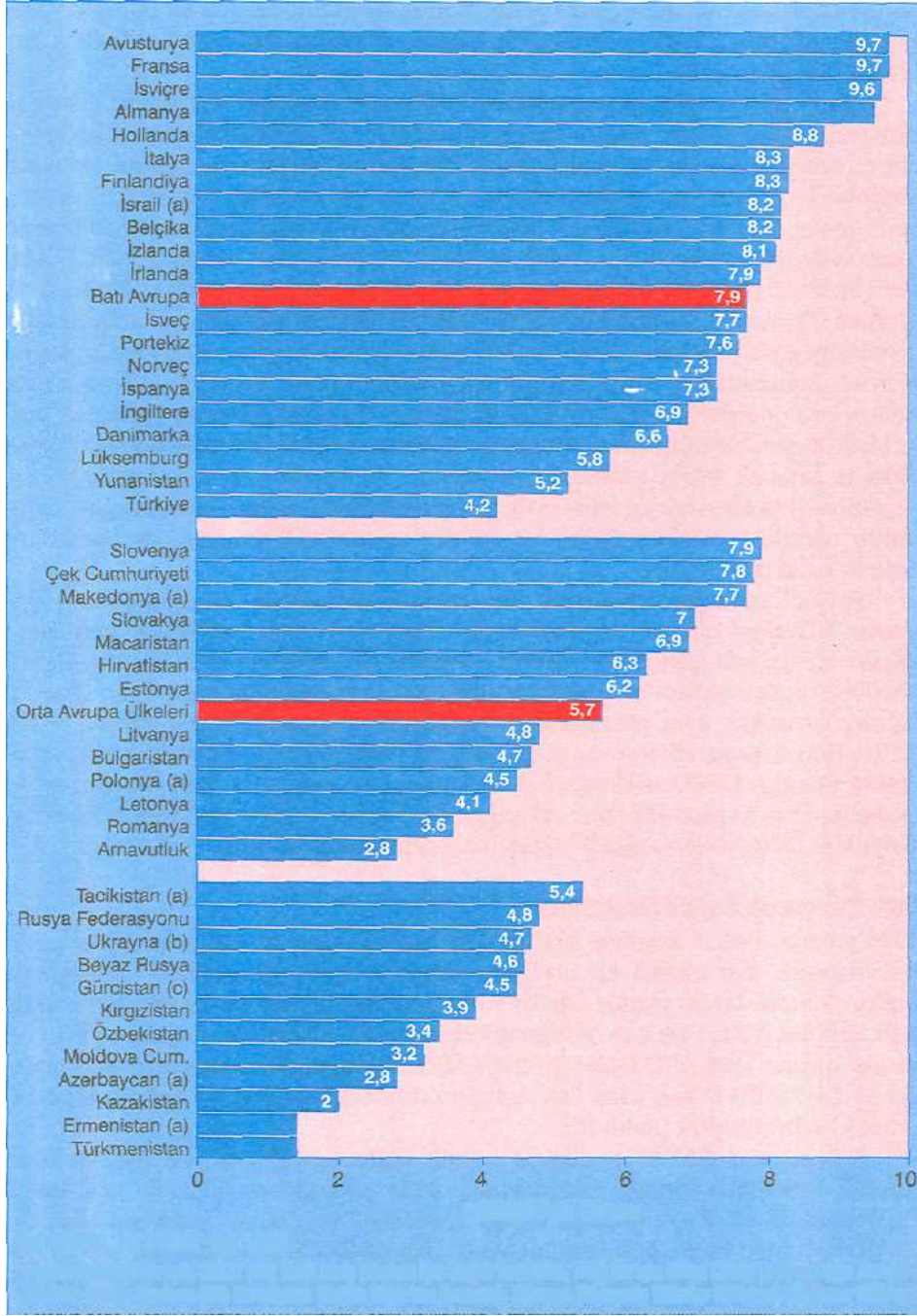
Sağlık harcamaları düzeyinin hesaplanmasında izlenen metodolojik yaklaşımlar ülkeden ülkeye değişmektedir. Dolayısıyla bu farklılıklar, genellikle apayrı sonuçların çıkmasına neden olmakta ve sağlık harcaması düzeylerini karşılaştırmak isterken önemli bir engel oluşturmaktadır. Mümkün olduğunda, ülkeler arasında aynı metodolojiyi uygulayan kaynaklar kullanılmıştır. Şekil 12'de, Batı Avrupa ülkeleri ve çoğu Orta ve Doğu Avrupa ülkesi için kullanılan veriler sırasıyla OECD ve Dünya Bankası'ndan elde edilmiştir. BDT ülkeleri ve üç Doğu ve Orta Avrupa ülkesine ait sağlık harcaması verileri ise farklı kaynaklardan elde edildiğinden sağlıklı kıyaslama yapmak daha zordur.

Batı Avrupa'da Sağlık Harcaması

1994 yılında, Batı Avrupa'da ABD Doları bazında satın alma gücü paritelerine bakıldığında, kişi başına en fazla harcamanın İsviçre'de (2294\$) yapıldığı ve bunun Yunanistan'ın yaptığı harcamanın dört katı (598\$) ve Türkiye'nin yaptığı harcamanın (223\$) on katı olduğu görülmektedir. Avusturya, Fransa ve Almanya kişi başına 1800 ABD Doları ile 2000 ABD Doları arasında harcama yapmıştır, bu da 1419 ABD Doları olan Batı Avrupa ortalamasının hemen hemen üçte bir oranında üzerindedir (Şekil 13).

Harcamalar GSYİH'in yüzdesi olarak ifade edildiğinde de aynı şekilde önemli farklılıklar ortaya çıkmaktadır. 1994 yılında, en yüksek harcamayı GSYİH'lerinin %9.7'sini sağlığa ayıran Avusturya ve Fransa yapmıştır. Bunları GSYİH'lerinin Batı Avrupa ortalamasının üzerinde, %7.7'lik bir oranını ayıran İsviçre, Almanya, Hollanda, İtalya, Finlandiya, İsrail, Belçika, İzlanda ve İrlanda takip etmiştir. Yel pazenin diğer ucunda ise, sırasıyla GSYİH'lerinin %4.2 ve %5.2'sini sağlığa harcayan Türkiye ve Yunanistan gelmektedir. Harcama düzeyindeki farklar, kısmen milli gelir düzeyleri ile açıklanabilmektedir; ancak Portekiz'e göre daha zengin ülkeler olan Danimarka, Lüksemburg ve İngiltere,

Şekil 12. DSO Avrupa Bölgesi'nde toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı, 1994



GSMH'ya Oranı

(a) 1993; b) 1995; c) 1991

Kaynaklar: Batı Avrupa; OECD (48) İsrail hariç (Herkes İçin Sağlık Veritabanı, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi); Orta ve Doğu Avrupa Ülkeleri: Dünya Bankası (52) Hırvatistan (Sağlık Sigortası Kurumu), Estonya (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (53) ve Letonya hariç (Sağlık Bakanlığı); BDT ülkeleri: Sağlık Bakanlıkları, Ermenistan ve Beyaz Rusya (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı) (53), Gürcistan (Herkes İçin Sağlık Veritabanı Avrupa Bölge Ofisi), Kırgızistan (Maliye Bakanlığı), Tacikistan (İstatistik ve Ekonomik Durum Devlet Komitesi) ve Rusya Federasyonu hariç (MedSocEconInform institute).

Şekil 13. Batı Avrupa'da satınalma gücü paritesine göre kişi başına düşen sağlık harcamaları, ABD Doları, 1994



daha fakir ülkelere göre GSYİH'lerinden sağlığa daha az bir pay ayırmışlardır (Şekil 12).

Batı Avrupa'da, toplam sağlık harcamalarındaki yaygın eğilimler üç ayrı döneme ayrılabilir. 1960 ve 1970'ler sağlık harcamalarının hem mutlak fiyatlarla hem de genel olarak GSYİH içerisindeki oranlarına göre kıyaslandığında, görece olarak hızla arttığı ilk dönemdir (49). İkinci dönem, ülkelerin çoğunda sağlık harcamalarının durağan olduğu 1980'li yıllardır (50,51). Bu durağanlık hükümetlerin, 1973 ve 1978 petrol krizinin ekonomik etkileri ve bunu takip eden 1980'lerin başındaki "stagflasyon"a tepki olarak uygulamaya koydukları makro düzey harcamaların kontrol edilmesi hususundaki politikaları yansıtmaktadır. Bir çok ülkede sağlanan bu genel makro ekonomik istikrar 1990ların başına dek sürmüştür.

Üçüncü dönem 1991 yılında, Avrupa genelinde gözlenen ciddi bir resesyon ve toplam harcamalarda gözlenen ufak ama önemli bir iyileşmeyle başlamıştır. İlaçların maliyetindeki yükselme, bu artışa sebep olan faktörlerden biridir ve dolayısıyla sonraları başlatılan maliyet-sınırlaması girişimlerinin de konusu olmuştur.

Tablo 3. Batı Avrupa ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH'daki oranları, 1970-1995

Ülke	Yıl									
	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Avusturya										
Belçika	4.1	5.9	6.6	7.4	7.6	8.0	8.1	8.3	8.2	8.0
Danimarka	6.1	6.5	6.8	6.3	6.5	6.6	6.7	6.8	6.6	6.5
Finlandiya	5.7	6.4	6.5	7.3	8.0	9.1	9.3	8.8	8.3	8.2
Fransa	5.8	7.0	7.6	8.5	8.9	9.1	9.4	9.8	9.7	9.9
Almanya	5.9	8.1	8.4	8.7	8.3	9.0	9.3	9.3	9.5	9.5
Yunanistan	3.4	3.4	3.6	4.1	4.3	4.3	4.5	4.6	5.2	- ^a
İzlanda	5.0	5.8	6.2	7.3	7.9	8.1	8.2	8.3	8.1	8.1
İrlanda	5.3	7.6	8.7	7.8	6.7	7.0	7.3	7.4	7.9	-
İtalya	5.1	6.2	6.9	7.0	8.1	8.4	8.5	8.6	8.3	7.7
Lüksemburg	3.7	5.1	6.2	6.1	6.2	6.2	6.3	6.2	5.8	-
Hollanda	5.9	7.5	7.9	7.9	8.4	8.6	8.8	9.0	8.8	8.8
Norveç	4.6	6.1	6.1	5.9	6.9	7.2	7.4	7.3	7.3	-
Portekiz	2.8	5.6	5.8	6.3	6.6	7.1	7.2	7.4	7.6	-
İspanya	3.7	4.9	5.7	5.7	6.9	7.1	7.2	7.3	7.3	7.6
İsveç	7.1	7.9	9.4	8.9	8.6	8.4	7.6	7.6	7.7	7.7
İsviçre	5.2	7.0	7.3	8.1	8.4	9.0	9.4	9.5	9.6	-
Türkiye	2.4	2.7	3.3	2.2	2.9	3.4	2.9	2.6	4.2	-
İngiltere	4.5	5.5	5.6	5.9	6.0	6.5	7.0	6.9	6.9	6.9

^a Elde veri yoktur.

Kaynak: OECD (48).

Toplam yüzdedeki artış, bazı ülkelerde, reel olduğu kadar istatistikseldir, bu da GSYİH'de ve dolayısıyla sağlığa GSYİH'den ayrılan yüzdeyi ifade eden oranın paydasında da kısmi bir düşüşe işaret etmiştir. Finlandiya bu modele uç bir örnek teşkil etmektedir: toplam sağlık harcaması 1989'daki %7.4 oranından 1992'de %9.3 oranına çıkmıştır, bu da büyük ölçüde bu üç yıl içerisinde toplam GSYİH de görülen %16'lık azalmanın sonucudur. Veriler Almanya ve İngiltere için de "anormal azalmaların söz konusu olduğunu göstermektedir (Doğu Almanya'nın büyük ölçüde daha ucuz sağlık sistemiyle birlikte Federal Almanya'ya katılmasıyla birlikte) ve (İngiltere'de harcamalarda önemli bir artış meydana getiren 1991 reformları) (54). Aynı durum, sosyalist hükümetin sağlık hizmetlerine erişimi yaymak için çaba sarfettiği İspanya için de geçerlidir.

Şunu da belirtmek gerekir ki, belirli ülkelerde sağlık harcaması hem reel hem de yüzde cinsinden 1990'lann ilk yarısında önemli ölçüde azalmıştır. İsveç'te, dar kamu bütçeleri, kamu hizmet sunucuları arasında rekabet oluşturulması ve 1992 yılında, yaşlılara evlerinde sağlanan bakımın sağlık sektörü dışına taşınması gibi faktörlerin bir araya gelmesi GSYİH içerisinde sağlık harcamalarında %1.2'lik bir düşüş meydana getirmiştir - 1990'da %8.6'dan 1995'te

%7.7'ye doğru (Berleen, G, birebir görüşme 1996). Buna benzer bir düşüş Avrupa Bölgesi dışında yer alan, maliyetlerin yüksek olduğu bir ülkede (Kanada) de gözlemlenmektedir. Burada 1993'te sağlık harcamaları GSYİH'de %10.3'lük bir payla zirveye ulaşırken, 1994'te %9.7'ye ve 1995'te %9.5'in altına düşmüştür (Fedyk,F., birebir görüşme, 1996).

Kamu harcamaları, çoğu Batı Avrupa ülkesinde halen sağlık finansmanının en önemli kaynağını oluşturmaktadır. 1993'te kamu harcamaları toplam harcamaların ortalama 3/4 olarak gerçekleşmiştir. Bu oran Norveç'te daha yüksektir (%93.3). Norveç'i Lüksemburg, Belçika, İzlanda, İngiltere, İsveç ve Danimarka izlemektedir ve toplam sağlık harcamalarının %80'den fazlası kamu kaynaklarından sağlanmaktadır. Portekiz %55.5'lik bir oranla kamu harcamalarında en düşük paya sahiptir.

Hastane, poliklinik ve ilaç harcama dağılımları ülkeden ülkeye değişmektedir. Bu farklılıkların bir kısmı mali ve örgütsel düzenlemelerle açıklanabilir. 1993'te, veri sağlanabilen ülkeler için, ayaktan tedavi hizmetleri toplam sağlık harcamalarının Lüksemburg'ta hemen hemen yansını, Belçika, Danimarka, İsviçre ve Finlandiya'da %30'dan fazlasını oluştururken, İspanya'da bu oran %15'in altında kalmıştır. 1980'lerde Danimarka'da bu oran önemli derecede artmıştır.

1987-1994 döneminde Danimarka, Finlandiya, Yunanistan, Hollanda, İspanya, İsveç ve İngiltere'de sağlık personeline yapılan ödemeler toplam sağlık harcamalarının %40 ila %57'sini oluşturmuştur. Hekimler için kullanılan ödeme yöntemi, sağlık bütçelerine ek bir yük getirip getirmemesi açısından önemlidir (örneğin; "hizmet karşılığı ödemeye" karşılık "kişi başına ödeme"), ancak daha da önemlisi piyasaya giren doktorların sayısıdır. Hekimlerin maaşları ve sağlık sektöründe toplam istihdam artmış, ancak diğer bileşenler (özellikle ilaçlar ve teknoloji) paylarını arttırırken maaşların payı toplam sağlık harcamaları yüzdesi açısından 1987-1994 döneminde aynı kalmış veya azalmıştır.

İlaç harcamaları, sağlık harcamalarının en dinamik bileşenidir ve bir çok ülkede artış oranı hem GSYİH, hem de toplam sağlık harcamalarından daha yüksektir. Avrupa'da Fransa ve Almanya en fazla harcamayı ilaçlara yapmışlardır; ilaçlar Almanya'da toplam sağlık harcamasının %17'sini oluşturmaktadır. Hükümetler, fiyat kontrolleri, referans fiyat sistemleri, ödenen ve ödenmeyen ilaç listeleri, hasta katkı payı, jenerik reçetelendirme, ürünlerin listeden çıkarılması ve ilaç şirketlerinin karlarının kontrolü gibi çeşitli mekanizmalar yoluyla ilaç harcamalarını kontrol etmeyi denemişlerdir. Bu stratejiler 5. Bölümde daha detaylı biçimde ele alınmaktadır.

Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinin harcama trendleri

1994 yılında, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde GSYİH'den sağlığa yapılan harcamalar Arnavutluk'ta %2.8, Slovenya'da %7.9 gibi oranlar arasında gerçekleşmiştir (Şekil 12). Bu oranlar Batı Avrupa ülkeleri ortalamasının aşağısında kalmakla birlikte, Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri, gelir düzeyleri göz önünde tutulduğunda, milli gelirlerinden sağlık hizmetlerine tahmin edilenden daha fazla bir harcama yapmaktadırlar. Serbest piyasa ekonomisine geçiş döneminde bu oran artmıştır. 1987-1994 döneminde GSYİH'nin reel açıdan artışındaki ciddi azalmaya rağmen (ya da en iyi durumlarda küçük oranda artışlar olmuştur), sağlık harcamaları ya daha hızlı artmış ya da GSYİH'den daha yavaş azalmıştır.

Harcama eğilimlerine göre sınıflandırdığında, Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri arasında iki grup bulunmaktadır. Sağlığa, GSYİH'den en yüksek harcamayı yapan birinci grup ülkeler (%6-8), tarih süresince veya son zamanlarda, ücretlilerden yapılan vergi kesintileriyle finanse edilen bir ulusal sağlık sigortası uygulayan ülkelerdir. Bu ülkeler, Hırvatistan, Slovenya ve eski Yugoslavya Makedon Cumhuriyeti ile, Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Slovakya'dır. Bu ülkelerde, ulusal sağlık sigortası oluşturulması yönünde bir gelişme, GSYİH'den sağlığa ayrılan payda önemli ve devam eden bir artışı mümkün kılmış, (%2.0-2.5) ve ülkelerin çoğunda, sağlığa yapılan reel kamu harcamaları da artmıştır. İkinci gruptaki ülkeler Arnavutluk, Bulgaristan, Letonya, Litvanya, Polonya ve Romanya gibi sağlık hizmetlerinin finansmanının halen büyük ölçüde genel bütçeye bağlı olduğu, ve sağlık harcamalarının GSYİH içerisinde %3 ila %5'lik bir payı oluşturduğu ülkelerdir. Bazı ülkeler için pay oranı 1989-1994 döneminde yavaş bir biçimde artmış, ancak komşu ülkelerde olduğu gibi sigorta uygulamasını takiben gözlenen artış bu ülkelerde gerçekleşmemiştir. Elbette ki bu istatistikler ilaçlara yapılan nakit ödemeler ile, hastane ve hekimlere yapılan gayriresmi Ödemeleri kapsamamaktadır.

Beklentilerin aksine, ulusal sağlık sigortasına geçiş, sağlıkta gelirlerin azalmasına neden olmamıştır. Sigorta katkıları, genel gelirler yerine kullanılmaktansa, genel gelirlere ilave olunmuş ve dolayısıyla sağlık için toplam kamu kaynakları artmıştır. Ancak bu artış nispeten, önceleri gayriresmi olan ödemelerin resmîleşmesine de bağlanabilir. Şu anki katkı oranları, sektördeki resmi istihdam, herkesin sigorta kapsamına alınması için yetki ve kapsamlı sigorta paketleri göz önünde bulundurulduğunda, bir çok ülkenin şu anda sigorta fonlarında yapısal açıklar bulunduğunu ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla, arzu edilen sağlık harcamalarını istenilen düzeyde tutabilmek için genel bütçe sübvansiyonlarına ihtiyaç duyulmuştur.

Sağlık harcamasındaki bu reel artış kısmen bilinçli tasarımların sonucu olmuştur. Örneğin, politika belirleyiciler daha iyi eğitim sahibi olanların kazançlarını arttırmaya yönelik genel eğilimlerinin bir parçası olarak, hekimlerin gelirlerini arttırmayı tercih etmişlerdir. Bu uygulama Macaristan için geçerli olmuş, BBSH sunucuları için kişi başına yapılan ödemeler, mevcut maaşların üzerinde olmuştur. Sağlığın GSYİH içerisindeki payının hızlı yükselişi, hasta ve sağlık hizmeti sunucularına yönelik finansal teşviklerin yeteri kadar dikkate alınmadığını göstermektedir. Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Slovakya'da sağlık sigortalarındaki yüksek artış sonucu ortaya çıkan mali krizler bunu açık bir şekilde göstermiştir. "Batı-tarzı" sağlık sigortası son hızla uygulamaya konulmaya çalışılırken, temel teminat paketinin limitleri, aktüeryal açıdan uygun primlerin belirlenmesi veya maliyet sınırlaması ve verimlilik sağlayıcı teşvikler içeren ödeme mekanizmaları oluşturulması konuları üzerinde fazla durulmamıştır.

Ciddi ekonomik daralmalar yaşayan Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde, sağlık için yapılan reel kamu harcamalarında bu durumla orantılı bir düşüş gözlemlenmiştir. Ancak bir kez ekonomi yeniden büyümeye başladığında, daha tam anlamıyla ekonomik düzelme olmadan sağlığa yapılan kamu harcamaları, geçiş öncesi düzeylerine varacak şekilde iyileşme göstermiştir. "Seksen Kuralı" olarak adlandırılan, bu durum, Bulgaristan, Romanya ve Slovakya'da görülmüştür. Her üç ülkede de 1990-1993 döneminde sağlığa yapılan reel harcamada nispi azalmalar olmuştur. 1994'te GSYİH, 1990'daki düzeyinin %80'i civarında

iyileşirken, kamu sağlık harcamaları tam olarak önceki düzeyine ulaşmıştır. Bu da hükümetler üzerinde, ekonomide iyileşme olduğu zaman sağlık için reel harcamaları da eski durumuna kavuşturmak için siyasi baskı olduğunu göstermektedir. Bu baskılar, Batı Avrupa standartlarının yakalanması kadar, hizmete ulusal erişimin sürdürülmesi ve geniş bir sigorta kapsamı sağlanması gibi yaygın beklentileri de ortaya koymaktadır.

Personel harcamaları da toplam harcamalarda yapılan kesintiden payını almıştır. Personele yapılan reel harcama sağlığa yapılan genel kamu harcamasında ki eğilimi takip etmiştir. Genel sağlık harcamalarını aynı düzeyde tutan ya da artıran ülkelerde personel bakımından da aynı durum geçerli olmuştur. Örneğin, Macaristan'da, sigortanın açık hedeflerinden biri olan hekim gelirlerinin artışı sağlanmış ve sağlık sigortası uygulamasıyla birlikte sağlık personeline yapılan reel kamu harcaması hemen hemen %20 oranında artmıştır. Ancak sağlıktaki reel kamu harcamalarının düştüğü ülkelerde, sağlık personeline yapılan harcama ya aynı ya da daha fazla oranda düşmüştür. Örneğin, Arnavutluk, Hırvatistan ve Litvanya'da sağlık işgücüne yapılan kamu harcaması 1990-1994 arasında reel açıdan %60-70 oranında düşmüştür. Bazı ülkelerde, eczacılar veya diş hekimleri gibi grupların özel sektöre geçmeleri, harcamalardaki azalmaların bir sebebi olsa dahi, sağlık personelinin çoğu yine kamu sektöründe kalmıştır. Bu durum, diğer kamu teşebbüslerinde olduğu gibi, sağlık sektöründe de, personelde toplu olarak işten çıkarılmadan ziyade reel ücretlerin erimesi yoluyla bir düzenleme gerçekleştiğini göstermektedir. Yeterli işletme sermayesi olmadan, -ilaçlar, tıbbi malzeme ve hizmetler de dahil olmak üzere- işçilerin düşük maaşla işte çalıştırılması düşük moral ve üretkenliğe yol açmakta ve beraberinde hizmet kalitesinin azalmasını ve verimsizliği getirmektedir. Bir çok ülkede, kamu sektöründeki hekimler maaşlarını gayriresmi ödemelerle takviye etmektedirler; fakat, bu konuda doğru veri ya çok az ya da hiç bulunmamaktadır; bazı ülkelerde tahminler, bu gayriresmi kısmın resmi maaşların %30'u gibi bir orandan başladığını göstermektedir.

Yeniden artışa geçen kamu sağlık harcamalarında ilaçların payı, Eski Yugoslavya Makedon Cumhuriyetinde %10 veya daha az, Çek Cumhuriyeti ve Romanya'da %40'ın üstündeki oranlar arasında değişmektedir. Göreli paylarda meydana gelen değişiklik, geçiş döneminde de ülkeden ülkeye farketmiştir. Polonya ve eski Yugoslavya Makedon Cumhuriyeti'nde düşüş olurken, Arnavutluk ve Hırvatistan'da artmış, Bulgaristan, Romanya ve Macaristan'da aynı kalmıştır. GSYİH deflatörleri kullanıldığında, kamu ilaç harcamalarında 1990-1994 döneminde, Hırvatistan hariç, ekonomisi daralmakta olan bir çok ülkede bir düşüş meydana gelmiştir. Macaristan ve Romanya'da ilaç harcaması göreli olarak sabit kalırken, Bulgaristan ve Hırvatistan da çarpıcı oranda artmıştır. Bu değişiklikler, her ülkede farklı oranlarda ve birkaç faktörün bir araya gelmiş olmasıyla açıklanabilir; ithalata dayanma, farklı oranlarda ekonomik serbestlikle bağlantılı olarak ilaçların fiyatlarında meydana gelen değişiklik, ilaç ve aşılar için dış yardımdan yararlanma ve planlı ya da plansız olarak harcamaların Özel sektöre kayması vb. Bu konular 5. Bölümde ele alınmaktadır.

Tüm Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri, geçiş döneminde sermaye harcamalarını önemli ölçüde azaltmışlardır. 1980'lerin sonlarında, bu çalışmada ele alınan ülkelerde, genel kamu sağlık harcamalarının payı olarak sermaye yatırımı %4 ila %15 arasında gerçekleşmiştir. Arnavutluk, Polonya, gibi bazı ülkelerde,

1980'lerde ve 1990'lann başında sermaye harcaması reel olarak düşmüştür. Hiç de şaşırtıcı olmayan bir biçimde kamu yatırımları, Çek Cumhuriyeti ve Macaristan gibi reel harcamaları en az olan ve ılımlı ekonomik sorunlar yaşayan ülkelerde düşerken, en çok, bölgesel çatışmalar nedeniyle eski Yugoslavya ülkelerinde azalmıştır. Reel sermaye yatırımındaki bu azalma, temel sağlık hizmetleri işletme harcamalarını baltalayan mali krize bir tepki olarak karşımıza çıkmaktadır. 1994'te sağlık yatırım harcamaları birkaç ülkede düzelmiş gibi görünmektedir. Ancak, orta vadede bu ülkeler, çoktan modası geçmiş veya faydalı kullanım ömürlerini tüketmek üzere olan teçhizat ve malzemeleri değiştirmek ya da iyileştirmek için çok büyük yatırımlara ihtiyaç duyacaklardır.

Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri, büyük ölçüde kamu tarafından finanse edilen sağlık sistemlerini tercih etmişlerdir; özel sektör finansmanına doğru büyük çapta bir hareketlenme olmamıştır. Bu ülkeler daha ziyade, yukarıda bahsedildiği gibi, kamu finansmanının toplam harcamaların ortalama %'ünü oluşturduğu Batı Avrupa modelini izlemektedirler. Orta ve Doğu Avrupa ülkelerindeki özel sağlık harcamalarına ilişkin veriler fazla olmamakla birlikte, birkaç ülkede yürütülmüş olan son hane halkı araştırmalarından yapılan ekstrapolasyonlar, genellikle özel ilaç piyasasından ilaç satın alımı için cepten yapılan harcamaların, toplam harcamaların %2 ila %30'unu oluşturduğunu göstermektedir. Gittikçe artan sayıda ülke, maliyet-paylaşım düzenlemeleri yapmakta, ya da yakın gelecekte bunu yapmayı planlamaktadır; ancak, bu kaynaktan elde edilen gelirler genellikle sağlık harcamalarının %5'inden azını oluşturmaktadır.

BDT ülkelerinin sağlık harcamaları trendleri

Farklı yıllara ait, BDT ülkelerindeki harcama düzeyleri, 12. Şekilde verilmiştir. Ekonomik geçiş süresindeki trendlere ve sağlık harcaması bileşenlerine yönelik kıyaslamaya imkan tanıyan veri çok azdır. Yine de, kamu tarafından finanse edilen sağlık harcamasında, bu ülkelerde devlet mekanizmasının tümüyle çöküşüne rastlayan, hem reel hem de GSYİH oranı açısından keskin ve ani bir düşüşün meydana geldiği anlaşılmaktadır.

SAGLIK SEKTÖRÜNÜN KARŞILAŞTIĞI ENGELLER

Genel anlamda sağlık, sağlık sektörü ve sağlık harcamaları üzerindeki baskıların ötesinde, bölge ülkelerinin sağlık hizmetlerini nasıl finanse edeceği ve sunacağı hususları açısından da bazı yapısal ve örgütsel engeller bulunmaktadır.

Sağlık kazanımına yönelik sınırlamalar

Yukarıda sağlık statüsüyle ilgili olarak bahsedilen hususların da gösterdiği gibi, bir çok politika belirleyicisi, fonların dağıtımı açısından tedavi amaçlı hizmetlerden koruyucu hizmetlere ve ikinci basamaktan üçüncü basamağa doğru bir kaydırma olması gerektiğine inansalar bile, günümüz kaynak ve güç konfigürasyonları içerisinde bunu gerçekleştirememiş olabilirler. Halen bir çok ülkede, sağlık sektörü ile konut, tarım, beslenme, mesleki-eğitim ve diğer temel sektörler konusunda sağlık için işbirliği yeterli düzeyde değildir. Batı Avrupa'da hastane ve Temel Sağlık Hizmetleri sektörleri ve sağlık ile sosyal sektör hizmet sunucuları arasında hizmetin devamlılığı yetersiz kalmaktadır. Orta ve Doğu Avrupa ülkeleriyle Bağımsız Devletler Topluluğu Ülkelerinde, haddinden fazla

genişleyen hastane sistemleri mevcut finansmanın oldukça yüksek bir oranını harcarken mesleki yetersizlik ve fazla personel, çevresel-epidemiolojik hizmetlerin koruyucu çabalarını engellemektedir.

Sağlık Hizmetlerinde ortaya çıkan hakkaniyetsizlikler

Bir çok ülkede, sağlık hizmetlerinde bulunan mevcut hakkaniyetsizliklere dair endişeler -ihtiyaç duyulan, iyi kalite hizmete erişim açısından- maliyet sınırlamasında sağlıkla ilgili önceliklerin en başında yer almaktadır. Yukarıdaki veriler, sağlık sistemi yapısının resmi olarak hizmetlere herkes tarafından erişimini sağladığı ülkelerde bile, eşitsizliklerin arttığını göstermektedir. Yorumcular, hakkaniyetsizliklerdeki bu artışı kısmen de olsa pazara-dönük rekabetçi reformların sonucu olarak görmektedirler (55-57). Buna alternatif olarak, yeni basılan bir çalışma, uluslararası verilere dayanarak, gelir dağılımındaki eşitsizlikler, örgütsel iş yeri hiyerarşik yapısı ve iş otonomisinin, nüfuslar arasında sağlık hakkaniyetsizliklerinin dağılımını açıklayıcı ana faktör olabileceğini söylemektedir (34).

Bağımsız Devletler Topluluğu ve Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde, kamu sektörü sağlık bütçelerinin gerçek değerindeki hızlı düşüş, yoksullar ve yaşlılar için özel sigortanın yüksek maliyeti ve hastane ve sağlık merkezlerinde açık hizmet başına ücretlendirme yapılması, milyonlarca vatandaşın sağlık sisteminin dışına itilmiştir. Sosyal sigorta düzenlemeleri geliştiren ülkelerin bir çoğu durumu daha fakir olan vatandaşlarının hizmetlere erişimini sağlamada başarılı olamamışlardır. Üç bir örnek teşkil eden Gürcistan'da, tıbben gerekli bakımın tamamının yalnız %10-15'i ulusal sağlık sigortası mekanizmasıyla finanse edilmekte ve diğer hizmetler için ödemeler yeterli kaynakları olduğu takdirde kişilerin kendilerine bırakılmaktadır.

Yetersiz maliyet etkinlik (tahsis etmeye yönelik verimlilik)

Gittikçe artan sayıda araştırma, çeşitli klinik prosedürlerin maliyet etkinliğini ve/veya uygunluğunu sorgulamaktadır. Klinik uzmanlarının verilen tüm klinik hizmetlerin %20-30'unun tıbben etkisiz olduğunu tahmin etmelerine rağmen, teknoloji ihtiyacı değerlendirmeleri ve ekonomik değerlendirme alanlarındaki ilerlemeler, tam olarak hangi hizmetlerin kısıtlanması gerektiğinin belirlenmesini mümkün kılmaktadır.

Hizmetlerin klinik etkinliğinin ötesinde, zaten GSYİH'nın %7-10'ununu sağlığa harcayan Batı Avrupa toplumlarında, sağlık harcamasının artırılmasının genel faydaları da sorgulanabilir. Bu tür fırsat maliyeti veya toplumsal fayda konulan, artan yaşlı insan sayısı ve ekonominin genelindeki değişikliklerle tanımlanan toplam parametrelerdeki değişikliklerle daha da karmaşık hale gelmektedir. Bazı Kuzey Avrupa hükümetleri, klinik ve/veya koruyucu hizmetlerde açık önceliklerin saptanması ve kaynakların tahsis edilmesi hususlarının ortaya koyduğu sorunlar üzerine raporlar hazırlamışlardır (58).

Sağlık sisteminin düşük performansı (teknik verimlilik)

Hem Batı hem de Doğu Avrupa'daki sağlık politikası karar vericileri farklı sebeplerden dolayı, sağlık sistemlerinin mikro düzeyde verimli bir şekilde işlemeye inanamaya başlamışlardır. Batı Avrupa'da önceleri, harcama kısıtlamaları sistemin bütününe yönelikti; ve mikro düzey davranışları yeterli ölçüde

dikkate almıyordu. Hizmet sunucular ile yarı sektörler arasında yetersiz koordinasyon ve hizmetlerin maliyet ve kalitesi hakkında yetersiz bilgi, sermaye kaynaklarının yetersiz işletildiği ve işletim bütçelerinin mikro düzeyde yetersiz ve/veya uygun olmayan biçimde yönetildiğine dair bulgular bulunmaktaydı. Analistler tüm bu faktörlerin, daha düşük kalitede daha pahalı hizmet sunumu sistemleri ürettiğine inanmaktadırlar. Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri ile Bağımsız Devletler Topluluğu Ülkeleri'nde, kurumsal düzeyde benzer verimlilikle bağlantılı endişelere ilaveten, sunuculara önemli "kayıt dışı" ödemeler, hizmet sunumu modellerinde bozulmalara sebep oldu. Diğer sorunlar arasında, hizmet sunucuların resmi maaşlarının verimli çalışmayı teşvik edemeyecek kadar düşük olması, kullanılıp atılan malzeme, ilaçlar ve sabit teçhizatların yetersizliği, mevcut bina ve teçhizatın onarımının asgari düzeyde olması şeklinde sıralanabilir (28).

Hizmet kalitesi

Mikro düzey faaliyetler üzerinde durmanın önemli sonuçlarından biri kaliteye verilmeye başlanan önem olmuştur. Araştırmacılar, belirli prosedürlerin kullanılmasında ve varılan sonuçlarda Önemli değişiklikler olduğunu bulmuşlardır. ABD'de dar-alan varyasyon çalışmaları, farklı alanlardaki klinik uzmanlarının aynı şikayetlere sahip hastalara ilişkin kararlarının %40 gibi bir oranda farklılık gösterebileceğini ortaya koymuştur (59). Kalite, hem para değeri açısından bir ölçüt, -örneğin; tekrar başvuru ve enfeksiyon oranlarının azalması - hem de hastaneler arasında rekabetin arttığı bir dönemde stratejik bir araç olarak artan bir öneme sahip olmaya başlamıştır. Hasta Tatmini Araştırmalarında da kalite önemli bir konu olmaya başlamıştır. Bağımsız Devletler Topluluğu ve Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri, tıbbi malzeme ve teçhizatlarının yetersizliğine bağlı olarak önemli güçlükler çekmektedirler.

Seçim ve sorumluluk

Hem Doğu hem de Batı Avrupa'daki hastalar giderek daha huzursuz ve sabırsız olmaktadır. Hastalar, artık hizmet sunumu sisteminde pasif kalmayı istememektedirler. Giderek artan biçimde, sağlık personelinin, sağlık planlayıcılarının veya politikacıların değil kendilerinin sağlık sisteminin öznesi ve konusu olarak algılanmasını istemektedirler.

Hastaların hizmet sunumunda güçlü bir pozisyona sahip olmasının birkaç boyutu vardır. Bunlardan biri, sağlık hizmetleriyle ilgili hasta haklarıdır. Hastanın seçim ve tercihi ise ikinci bir boyuttur. Bazı ülkelerde bu, hekim ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri veya hastane hizmetleri yerlerinin seçimi demektir (6). Birkaç Batı Avrupa ülkesinde ve birçok Orta ve Doğu Avrupa ile Bağımsız Devletler Topluluğu ülkesinde bu, özel bir sigorta seçimine kadar varmıştır. Sağlık sistemleri üzerindeki bir üçüncü baskı, hastaların klinik-karar aşamasına katılımlarıdır. Ulusal karar vericiler üzerindeki bir dördüncü baskı ise, Özel sektör hizmet sunucularının giderek artan biçimde kullanılmasıdır. Orta ve Doğu Avrupa ile Bağımsız Devletler Topluluğu ülkelerinde, hastaların güç kazandığı hususlar hükümet politikalarını belirleyenler üzerinde önemli baskılar yaratmıştır.

2 Reform Temalarının Entegrasyonu

Genel yapıya bağlı, sağlık ve sağlık sektöründeki iddialara tepki olarak, ülkeler, sağlık sisteminin farklı seviyelerinde politik müdahaleler için geniş çapta strateji değişikliği geliştirmişlerdir. Bu farklı stratejiler ve mekanizmalar çerçevesinde sağlık sisteminin bütün seviyelerini etkileyen birkaç tane ana tema belirlemek mümkündür. Analizin gerçekleştirilebilmesi amacıyla bu politik tepkiler Avrupa'daki politika belirleyicilerin bu amaçlara ulaşmak için kullandıkları dört bütünleştirici temayla özetlenebilir. Bütünleştirici bu dört tema; sağlık hizmetleri alanında devletin ve piyasanın değişen rolü, kamu sektörünün daha alt seviyelerine ya da özel sektöre doğru desantralizasyonu, hastalara yönelik daha fazla seçim hakkı ve hastaların yetkilendirilmesi ve halk sağlığının gelişen rolüdür.

Sağlık Hizmetleri Alanında Devletin ve Piyasanın Değişen Roller

1980'lerin sonlarına doğru, birçok Avrupa hükümeti, kendi sağlık sistemlerindeki idari yapıyı yeniden incelemeye başlamıştır. Sağlık sektöründe geleneksel olarak devletin başlıca aktör olduğu ülkelerde, sağlık sektörü faaliyetlerinin hemen her boyutunda devletin kuvvetli bir rolü ile halk üstünlüğü olduğu varsayımı yeniden gözden geçirilmektedir. Kuzey Avrupa, Akdeniz Bölgesi ve Orta ve Doğu Avrupa'daki politika belirleyiciler, ekonomik, sosyal, demografik, idari, teknolojik ve ideolojik güçlerin birleşimi ile kendilerini engellenmiş hissetmiş, mevcut yetki ilişkilerini ve yapılarını yeniden gözden geçirmişlerdir. Sağlık sektöründe devletin daha az merkezi bir rol üstlendiği ülkelerde, her ne kadar farklı bir başlangıç noktasından çıksa da, yarı kamu, resmi ve özel sigortacı ve hizmet sunucular arasında hakemlik yapma ve temel prensipleri koyma hususunda da benzer bir yeniden değerlendirme süreci yaşanmaktadır.

Avrupa'nın değişik kesimlerinde değişim için baskıların farklı seviyelerde hissedilmeye başlamasıyla birlikte devletin rolü ile ilgili buna paralel bir dizi trend de ortaya çıkmıştır. Bazı devlet fonksiyonları mahalli idarelere doğru olmak üzere, kamu sektörü içerisinde merkezden uzaklaştırılmıştır. Diğer fonksiyonlar ise özel sektör yönetimine ve özellikle ODA ve BDT ülkelerine özel mülkiyete devredilmiştir. Tam tersi olarak, devletin daha az rol oynadığı ülkelerin sağlık sistemlerinin farklı yan sektörlerine yaptığı düzenleyici müdahalelerde artış görülmektedir.

Kaynakların planlanması ve tahsis edilmesi sorumluluğu başta gelen önemli konularından biri olmuştur. Batı Avrupa ülkeleri, sağlıkla ilgili hizmetler, tesisler, kurumlar ve işgücü yapılarında farklı örgütsel modeller geliştirmişlerdir. Her ulusal sağlık sistemindeki kamusal, yarı kamusal, yasalarla düzenlenen özel, kar amacı gütmeyen ve kar amaçlı kurulan kuruluşların karışımı bir ülke-

nin özel tarihini, geleneklerini ve kültürünü olduğu kadar, siyasi ve ekonomik gücün mevcut dengesini de yansıtmaktadır. ODA ve BDT ülkelerinde, planlama tamamen devletin sorumluluğu altındadır. Son on sene, bu organizasyon modeline değişiklik getirmiştir. Yeni imkanlarla beraber yeni beklentilere esas olarak, mevcut düzenlemeler dikkatle araştırılmakta ve alternatif düzenlemeler tartışılmakta, önerilmekte ve benimsenmektedir.

Değişime yönelik en büyük baskı özel sektörün sağlık hizmetlerini işletme ve bazı ülkelerde finanse etmedeki göreceli rolünde olmuştur. Popüler medya ve bazı siyasetçiler bu konuyu "devlet piyasaya karşı" şeklinde basitleştirmişken, uygulamada bu konular ciddi anlamda daha karmaşıktır (60). Sağlık sisteminde kullanılmak üzere benimsenebilecek tek ve basit bir piyasa kavramı yoktur. Daha ziyade piyasa tarzındaki mekanizmalar tüketicinin egemenliği, (hastanın seçim hakkı) müzakere edilen sözleşmeler ve açık ihale gibi bir dizi farklı, araçlar içermektedir. Bunlar farklı ilkeler üzerine kurulmuş piyasalarda benimsenebilir: fiyat, kalite ya da pazar payı. Bunun karşılığında sağlık sistemindeki sağlık bakımına finansal kaynak sağlanmasında, sağlık hizmetleri üretiminin bir ya da daha fazla alt grubunda (iki veya daha fazla hastane, bakım evi, doktor ve sosyal hizmetler personeli arasında) ve/veya parasal kaynakları hizmet sunucularına dağıtan tahsis araçları sektörlerinde yeni piyasalar oluşturulabilir (61). Doktorlar, hemşireler, destek hizmetler personeli veya evde bakım personelinin davranışı üzerine etki edecek rekabet teşvikleri getirilebilir. O halde uygulamada alınacak tek bir karar değil bir dizi karar mevcuttur. Piyasa ve devlet olmak üzere iki soyut kavramdan birine monolitik bağlılık yerine, hem batı hem doğu Avrupa Sağlık sistemleri, bir dizi daha küçük çaplı kararlar karşı karşıyadır. Karar alma sürecinin yapısı yalnızca stratejik değil aynı zamanda uygulanabilir olmalı ve bunun sonucunda uzlaşma olmasa bile birçok ara Çözüm içermelidir.

Bazı zamanlarda piyasa tarzı teşviklerin giderek artan kullanımını tesislerin kamu sektörü tarafından süre gelen mülkiyeti ve işletmesiyle birleştirmek amacıyla alınan karar her iki modelin unsurlarını bir araya getirme yönünde olmuştur. Bu karma yaklaşıma bir dizi farklı isim verilmiştir: İç piyasa (62), halka açık rekabet (63), hizmet sunumu piyasası ve piyasa benzeri oluşum (64). Kamu tarafından tasarlanıp idare edilen bu tür piyasanın tasarımı ve uygulanması Finlandiya, İtalya, İspanya, İsveç ve İngiltere ile çeşitli ODA ve BDT ülkelerindeki sağlık reformunda önemli rol oynamıştır.

Piyasa tarzı mekanizmaların sağlık sektörüne uygulanması kavramsal ve pratik çelişkilerle yüklüdür. Kavram olarak sağlık hizmeti, birçok akademisyen tarafından (neo-klasik ekonomistler dışında) toplumsal bir mal olarak düşünülmekte olup her bireye sunulan hizmet toplumun bütünü için değer taşımaktadır. Bu görüş, sırasıyla, sağlık finansmanı sisteminin tasarımı ve uygulanışının ve ulusal kapsayıcılığın önemini vurgulamakta ve birçok Avrupa toplumlarında fikir birliğinin bir kısmını oluşturmaktadır. Piyasa tarzı teşvikler, yapısı gereği varsayımlara dayalı olarak, "her hizmet bir maldır ve serbest piyasada satış için uygundur" varsayımına dayandırılmaktadır. Klasik piyasa kavramı talep eden taraf ile (alıcı) arz eden taraf (satıcı) arasında serbest bir ayırımın yapılmasını gerektirmektedir. Yine de modern sağlık hizmeti, hasta, doktor, hastane ve Ödeyen kişi olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır (65). Böylelikle, piyasa teşviklerinin sağlık hizmetine uygulanması zorunlu olarak geniş

kapsamlı olmaktan ziyade alt piyasalardan herhangi biri üzerinde odaklanacaktır

Sağlık hizmetlerinde piyasa teorisinin uygulanmasına ilişkin diğer iki açmaza da değinilmesi gerekmektedir. Öncelikle doktorlar, eş zamanlı olarak hem (hastalara verilen) hizmet sunucu hem de (hastane personelinin) hizmet talep eden kişiler olup, bu piyasa yönelimli basit varsayımlara başka bir karmaşa boyutu eklemektedir. İkinci olarak, neo-klasik ekonomi teorisi, farklı kategorilerdeki ödeme yapan kişi ve müşteri arasındaki çapraz sübvansiyonun verimsiz ve adaletsiz olduğunu varsaymaktadır; ancak adaletli sağlık sisteminin sosyal fonksiyonu önemli çapraz sübvansiyonları içerir: gençten yaşlıya, zengininden fakire ve sağlıklıktan hastaya.

Piyasa stratejileri kapasitesinin çok iyi olduğu düşünülmeyle birlikte genellikle bunlar potansiyel olarak yanıltıcı olmaktadır. Politika belirleyiciler, bazen tek başına akılcı bireyin toplumsal açıdan tahrip edici bir yanılsama olmaktan ziyade gerçek olduğunu varsayan ABD'nin güçlü imajından etkilenmektedirler. Kamusal planlamaya oranla piyasa mekanizmalarının aldığı kararların sonuçlarının her zaman daha üstün olduğu fikri, eşit derece cazip görünebilir ki bunlardan ilki toplumsal sonuçlardan kaynaklanmaktadır. "Birey Miti" ve "Birey ve Piyasa" kavramlarının cezbedici çağrısına karşı koyulsa da reforma ilişkin güvenilir alternatif modeller gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri sunumunda rekabete dayalı mekanizmaların kullanılması ile ilgili olası açmazlar, cesaret kırıcı gözükmektedir. Piyasa, doğası gereği gerçek fiyatlarla işlemek isteyecektir. Ancak, sağlık hizmetinde uygulanan gerçek fiyatlar oldukça yüksektir.

Hakkaniyetli sağlık sisteminde, piyasa tarzı mekanizmaların oynayabileceği ya da oynaması gereken rol münakaşa konusu olarak kalmıştır. On beş yıllık yoğun tartışmalar sonucunda, bu konu ile ilgili ilk büyük akademik çalışma yayımlanmıştır (66). Piyasa tarzı teşviklere güvenen karşıtlar, kitabın önsözüne karşı bir tartışma başlatmışlardır. Saygıdeğer birkaç analistin görüşlerine göre, piyasa mekanizmalarının, özellikle refah düzeyi daha az olan kişilere eşit derecede kaliteli hizmet verilemeyen durumlar meydana getirdiği şeklindedir (55,57). Pazara dönük bireyselliğin Avrupa'daki refah durumunun yasallığını destekleyen ortak sorumluluğu olumsuz yönde etkileme olasılığına dair endişeler dile getirilmiştir. Sağlık sistemi finansmanında piyasa mekanizmalarının oluşturulması, ekonomik, klinik ve toplumsal açıdan, tek veya müşterek kaynaklı ödemelerden Özel sigortacıların çok yönlü rekabet ortamlarına geçmesi eleştirilere maruz kalmıştır (61,67). Bölge düzeyinde yönetimin yerini almak üzere piyasa mekanizmasından yararlanılması toplumsal yönden sorumlu hizmet sunumu sistemi için bir strateji olarak da sorgulanmıştır.

Pazara dönük reformlarda en çok uluslararası dikkati çeken iki Avrupa ülkesi olan İngiltere ve İsveç, sağlık sektöründeki reformlar için rekabete dayalı teşviklere güvenmekten geçtiğimiz yıl içersinde vazgeçmişlerdir. İsveç' de, hem ulusal hem bölge düzeyinde belirleyici husus "işbirliği" olmuştur; ve hem bölge bazlı planlamalara hem de ulusal düzenlemelere karşı yeniden bir ilgi doğmuştur (özellikle ilaç giderleri ile ilgili). İngiltere'de sağlık yetkililerinin geleneksel sağlık sorumlulukları vurgulanmış ve dikkatler, yüksek seviyede güvene dayalı uzun vadeli sözleşmeler mantığına doğru döndürülmüştür.

Sağlık politikası belirleyicileri için, maliyet indirimi sağlığa ve verimliliği arttıran rekabete dayalı mekanizmaların yeterliliği, sadece sağlık sektöründe değil, toplam kamu harcamaları içinde de önemli bir konu olmaktadır. Sağlık sektöründe, sözleşme bazlı ilişkilerin maliyeti (hizmetler, sözleşme müzakereleri ve dava ücretleri) kısıtlanmadığı takdirde işletme verimliliğine getirdiği faydayı aşabilir. Piyasa rekabetinin ortaya çıkarabileceği sermaye teçhizatına ve pahalı tesislere gereksiz yatırım yapılması gibi ciddi sorular da gündeme gelmektedir. Bir başka mesele de özellikle önceden kamu tarafından verilen hizmetlerin Özel hizmet sunuculara ihale edilmesi, böylece sözleşmelerden doğan toplam bütçe tasarruflarının, zaten düşük olan işgücü ücretlerinin daha da düşürülmesi yoluyla elde edilmesi olacaktır.

Sistem yönetimi düzeyinde başlanmış olan büyük değişikliklerinin bir kısmında, bakanlıklar kendi işlerini ve sorumluluklarını yeniden tanımlama ile karşı karşıya gelmişlerdir. Sağlık Bakanlıkları bu değişiklikten doğan baskılara farklı yollardan cevap vermiştir.

ODA, BDT ülkelerinde ve aynı zamanda Yunanistan, İsrail ve İspanya'da yöneltilen en temel soru, hizmet sunan kuruluşun işletme sorumluluğunu tasarrufunda bulunduran bakanlıkların uygunluğu ile ilgilidir. Bu değişim, kuruluşlarda çalışan tıbbi personelin iş güvenliğini ve statüsünü etkileyen hassas bir konudur. Bu tür değişimler önemli olmakla birlikte asıl önemi görevlileri ulusal strateji ve sağlık sistemindeki gelişmeye ilişkin daha geniş konular üzerinde odaklanmada serbest bırakmasından ileri gelmektedir.

Bununla ilgili diğer bir konu devlet düzenlemesidir. Devlet düzenlemesi geleneksel emir ve kontrol önlemlerinin ötesinde, teşvike dayalı olan piyasa kaynaklı yeni düzenlemeleri de içine alacak şekilde genişletilmiştir. Bu noktada, düzenleyici ve rekabete dayalı tedbirlerin katkısının ne olacağının bu tedbirlerin uygulamaya başlanma ve düzenlenme şekillerine bağlı olacağı belirtilmelidir. Düzenleyici önlemler, daha çok ilaç giderlerinin kontrolünde kullanılmak üzere birçok alanda geçerliliğini kanıtlamıştır. Düzenleme, birincisi, istenilen hedefe ulaşılması beklendiğinde ikincisi de teslim edilen hizmetlerin kalitesinde ve yapısında ekonomik ve maddi bir çarpıklık meydana getirmediği takdirde çok değerli bir fikir olarak benimsenmektedir. Düzenleme hedeflerine ulaşmak esneklik isteyebilir ve demokratik toplumlarda ulusa! hukuk tarafından kabul edilen sınırlamalar içerisinde var olan birçok farklılıklara - teknik, coğrafi ve demografik- uyum sağlamalıdır. En önemlisi, etkili düzenleme, girdilerle değil, sonuçların izlenmesi ve değerlendirilmesi ile ilgili olmalıdır.

Aynı şekilde, sözü edilen amaçlara ulaşmak İçin rekabete dayalı önlemler dikkatlice planlanmalıdır. Pek çok ekonomistin kabul ettiği üzere, sağlık hizmeti gibi sosyal bir malın temininde sınırlanmamış piyasa faaliyetine yer yoktur. Bu nedenle, politika belirleyicileri tarafından piyasa mekanizmalarının kullanılması, sıkı izleme ve değerlendirmenin yanı sıra piyasaya katılacaklar açısından açık standartların da konulduğu durumlarda başarılı olmuştur. Esasen, sağlık sisteminin herhangi bir yan sektöründe teşvike yönlendirilmiş bir çerçeveyi benimseme karan, hükümetin katılımının azaltması manasına gelmemekle birlikte bazı araştırmacılar, hükümetlerin hizmetleri doğrudan vermektense, sözleşme ve diğer piyasa tarzı anlaşmaları denetleme konusunda daha yeterli olmaları gerektiği sonucuna varmışlardır (74).

Sistemin yeniden organize edilmesi: desantralizasyon, merkezden yönetime dönüş ve özelleştirme

Desantralizasyon, birçok Avrupa ülkesinde sağlık sektörü reformunun ana konusu olup hizmetin sunulmasında gelişmeleri teşvik etmek, kaynakların ihtiyaçlara göre daha etkin tahsisini, toplumun önceliklerle ilgili karara katılımını sağlamak ve sağlık alanındaki hakkaniyetsizliğin azaltılmasını kolaylaştırmak için etkili bir araç sayılmaktadır. Enformasyon alanındaki hızlı gelişmeler desantralizasyonun teknik açıdan uygulanabilirliğini arttırmaya yardımcı olmuştur.

Merkezi idarenin, dile getirilen tercihlere uygun ve duyarlı cevap verebilmesi açısından hizmet kullanıcılarına yeteri kadar yakın olmaması bu noktada desantralizasyonu çekici bir yaklaşım kılmaktadır. Geniş, merkezileştirilmiş ve bürokratik kuruluşlar büyük ölçüde düş kırıklığı yaratmışlardır. Hemen hemen bütün ülkelerde merkezden yönetilen sistemlerde, düşük verimlilik, değişim ve yenilikte yavaşlık, sağlığı ve sağlık hizmetini etkileyen değişikliklere karşı düşük duyarlılık gibi benzer sakıncalar bulunmaktadır. Merkezden yönetim sistemlerinin politik etkilere açık olması da, desantralizasyonun bu sorun için otomatik bir çözüm olmamasına karşın, düşündürücü başka bir sakıncadır.

Desantralizasyon gerekçeleri olarak çeşitli amaçlar sıralanmış olup toplumsal katılımı ve yerel düzeyde kendi kendine yeterliliği sağlayan, kamu görevlilerinin sorumluluk anlayışını arttıran önemli bir politik ideal olarak görülmektedir. Örneğin, yerel kontrolün artması, lojistik yönetiminin iyileştirilmesi ve yerel görevlilerin ileri derecede özendirilmesi reformun uygulanmasını kolaylaştıracaktır. Bunun ayrıca merkezden periferiye doğru gelişme için sorumluluğu aktarmanın bir yolu olduğu ve sonuç olarak da yerel gereksinimlerin karşılanmasındaki başarısızlığın da daha geniş bir alana yayılmasının sağlanacağı düşünülmektedir. Desantralizasyon, hekimlere kendileriyle daha kolay anlaşma sağlayabilen yerel ve öze! sektör karar vericileri yoluyla gelirlerini artırma fırsatı tanıyabilir.

Tarihsel olarak birçok Batı Avrupa ülkesinde güçlü yerel yönetim sistemleri vardır. Bazı durumlarda da merkezi hükümetin gücü yerel yönetimlerden daha sonra gelişmiştir. Birkaç ülkede yerel fonların karşıladığı çeşitli hizmetleri sunan yapılar bu ülkelere miras kalmıştır. Buna karşılık merkezi hükümetler yerel yönetimlere gittikçe artan kısıtlamalar getirme yoluna gitmişlerdir. Merkezi hükümetin yetkilerini arttırmada temel amaç tüm ülkede kamu hizmetlerinde eşitliğin sağlanması olarak gösterilmiş, merkezi hükümet politikaları, düzenlemeleri, özel ve genel nitelikteki Ödenekler, coğrafi olarak kaynakların yeniden tahsisi için kullanılmıştır. 1990'lı yılların İlk yarısında ekonomik durgunluk ve kamu harcamalarını kısma gereği karşısında kimi hükümetler yerel yönetimlerin takdirine kalmış konuları daha da kısıtlamışlardır.

DESANTRALİZASYONLA İLGİLİ KAVRAMLAR

Desantralizasyon kamu planlamasında, yönetimde ve karar almada yetkinin ulusal düzeyden yerel düzeye, ya da üst düzey yönetim seviyesinden aşağıya doğru aktarımı ve dağıtımı anlamına gelmektedir (75).

Uygulamanın bir ucunda olanakların elverdiği tüm kararların olabildiğince alt düzeyde ve yerine göre uygulama noktasında alındığı desantralizasyon sistemleri vardır. Desantralizasyon karar alma sorumluluğunun organizasyon içerisinde mümkün olan en az seviyeye verilmesidir. Öteki uçta ise tümü ile merkezden yönetilen kurumlarda kararlar en üst yönetim düzeyinden alınır. Gerçek dünyada ise bu iki uçta sayılabilecek hiç bir uygulama yoktur ve sistemler bu alan içinde çeşitli noktalarda bulunurlar.

Buna göre, sağlık hizmetleri sistemleri tutarlı bir biçimde tek bir modele göre düzenlenmemektedir. Bazı ögeler ya da alt sektörler az çok merkeziyetçi veya desantralize olabilmektedirler. Örneğin İsveç sağlık sistemi yakın geçmişe kadar (salt bölgesel düzeyden aşağı olamamak üzere) merkezden yönetilirken dişe yönelik tedavi hizmetleri genellikle Özel sektör tarafından sağlanmaktaydı. Almanya'da tedavi edici sağlık hizmetleri resmi olarak desantralize edilmiş olsa da eyaletler (land) düzeyinde yüzlerce sağlık sigortası sandığının az sayıda birimin kontrol ve gözetimi altında olması nedeniyle merkezden yönetim anlayışının izleri görülmektedir.

Bunların dışında, desantralizasyon ve merkezi yönetim arasındaki duyarlı denge de yıllar içinde değişebilmektedir. Kazakistan'da ulusal bağımsızlığın kazanıldığı 1991'den sonra sağlık sisteminin finansmanı üzerindeki kontrol desantralize edilerek bölgelere (oblast) verilmiş, ancak ülkenin varlıklı ve yoksul yöreleri arasında kısa süre sonra ortaya dengesizlikler çıkmıştır. Bu yüzden 1995'te sağlık finansmanı kontrolünün yeniden merkezi yönetime aktarılarak Ulusal Sağlık Sigortası Fonu adı verilen yeni bir kuruluşça yürütülmesi önerilmiştir (76).

DESANTRALİZASYON ÇEŞİTLERİ

Desantralizasyon farklı biçimlerde tanımlanabilir (77,78). Bunlar arasından başlıca dördü (devolüsyon, delegasyon, de konsantrasyon ve özelleştirme) aşağıda kısaca açıklanacaktır. Bunlar arasındaki farklılık yasal statüleri ile ilgilidir. Başka faktörler de (finansal yetki ve yerel toplumları temsil olanakları ve coğrafi koşullar gibi) desantralizasyon çeşitlerini sınıflandırmada önem taşımaktadır.

Desantralizasyon araştırmaları ister istemez özelleştirmeyi de ele almaktadır. Ancak yetkinin özel sektöre aktarımı tek bir sistem içinde değişik sorumluluk dağılımı ve örgütlenme türleri arasında bir geçişten ziyade faaliyetlerin yönetilmesi ve örgütlenmesi ile ilgili farklı bir sistemin benimsenmesi şeklinde sorgulanmaktadır (79). Desantralizasyon ve özelleştirme kavramsal olarak ilişkilendirilmesi mümkün olabilen veya olamayan iki ayrı süreçtir. Yetkinin ve işlevlerin kamusal sektörden Özel sektöre aktarımını Özelleştirme süreci olarak değerlendirmek büyük bir olasılıkla daha uygundur. Bununla birlikte özelleştirme, ötekilerden önemli derecede ayrılmakla birlikte, burada bir desantralizasyon biçimi olarak alınmıştır. Bu durum kamu- özel karmaşının bulunduğu ve kamu kuruluşlarının, kar amacı güden ya da gütmeyen özel sektör birimlerince sağlanabilmesi mümkün olan hizmetler için alıcı durumunda bulunduğu yerlerde daha da karmaşık bir nitelik almaktadır.

Değişik desantralizasyon çeşitleri bir özeti aşağıdaki Tablo 4'te verilmiştir.

Dekonsantrasyon (idari desantralizasyon) İdari sorumlulukların mevcut merkezi hükümet yapısı içerisinde yeniden tahsisi anlamına gelmektedir: poli-

Tablo 4. Desantralizasyon Çeşitleri

Desantralizasyon Çeşitleri	Tanımı
Dekonsantrasyon (İdari Desantralizasyon)	Karar alma daha düşük bir idari seviyeye (memur) transfer edilmiştir.
Devölüsyon (politik desantralizasyon)	Karar alma daha düşük bir politik seviyeye transfer edilmiştir.
Delegasyon	Görevler, daha düşük örgüt seviyesindeki aktörlere tahsis edilmiştir.
Özelleştirme	Görevler kamudan özeliyeliğe/mülkiyete transfer edilmektedir.

Kaynak : Borgenhammer (80).

tik olmayan salt idari yetkinin bir veya daha fazla derece aşağıya devredilmesi-
dir. Bu "bakanlık" modeli olarak adlandırılmıştır, burada idari sorumluluklar
merkezi hükümet bakanlıklarının yerel dairelerine devredilmiştir (81). Dekon-
santrasyon politiktan ziyade idari yetkinin devrini içerdiği için, desantrali-
zasyonun dar kapsamlı biçimi olarak görülmektedir. Dekonsantrasyon fazla
radikal olmaması nedeniyle desantralizasyonun en sık kullanılan biçimi
olmuştur.

Dekonsantrasyon altında kurulacak yerel idare iki tip olabilir. Dikey biçimli
yerel idarede, yerel personel kendi bakanlığına karşı sorumludur. İkinci tip
yerel idare entegre biçim olarak adlandırılabilir. En uç şekilde, bakanlıklardan
birine karşı sorumlu (örneğin, iç işleri ya da yerel idarelerle ilgili bakanlık) mer-
kezi hükümetin yerel bir temsilcisi yöredeki tüm hükümet işlevlerinin perfor-
mansından sorumludur. Sektöre) hükümet bakanlıkları yalnızca personelinin
teknik açıdan gözetimini yapmaktadırlar. Dekonsantrasyona bir örnek Kutu
2'de sunulmaktadır.

Kutu 2. Dekonsantrasyona bir örnek: Polonya

1990 yılında Polonya'da kamu yönetimi alanında önemli bir reform, eski merkezi
modelden uzaklaşma sürecinde ilk adım olarak gerçekleştirilmiş, benimsenen il
(voivodship) modeli yöneticilere büyük yetkiler tanımıştır. Yöneticiler bu düzeyde sağ-
lık kurumlarının yapısını planlamakta, kararlar almakta ve Devlet bütçesinden verilen
ödeneklerin tahsisini yapmaktadırlar. Bu düzeydeki yöneticiler tarafından çalıştırılmak
üzere bir il sağlık sorumlusu seçilmektedir. Uygulamada Sağlık Bakanlığının sağlık
hizmetlerini etkileme konusunda tüm gücünü yitirmiş olduğu söylenebilir.

Kaynak: Golinowska&Tymowska (82)

Devolüsyon (politik desantralizasyon) uygulanmasında merkezi hükümetler kimi işlevlerini doğrudan kontrolleri dışındaki yeni veya ayrı birimlere bırakır. Devolüsyon tanımlanmış bir takım işlemler açısından ulusal düzeyden büyük ölçüde bağımsız olan yerel hükümet düzeylerinin güçlendirilmesi veya oluşturulması demektir. Bunlar tipik olarak bölgesel ya da yerel yönetimlerdir.

Bir başka deyişle devolüsyon sağlık hizmetlerinde dekonsantrasyona göre daha radikal bir yeniden yapılanmadır. Ancak burada ortaya iki sorun çıkmaktadır: Birincisi sağlık hizmetleri yüksek miktarlarda yinelenen giderler gerektirmektedir; yerel yönetimler ise gelirleri artırma konusunda kısıtlı imkanlara sahiptirler. Bu nedenle bir trend, sağlık hizmetleri harcamalarının çok yüksek olması nedeniyle bu hizmetlerin finansmanının yerel yönetimlerin kontrolünün dışında tutulması yönündedir. Öte yandan, giderlerin merkezi yönetimce yerel kuruluşlara verilen ödenekler yoluyla karşılanması bağımlılık ve yerel yönetimlerin Özerkliğinin azalması anlamına gelecektir. Bu durum özellikle giderlerin bütçeden karşılandığı koşullarda aşırı harcama ve verimsiz bir hizmet açısından teşvik edici olabilir. İkinci olarak ise devolüsyon birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonu çabalarını karmaşık bir hale getirilebilir. Kutu 3'de devolüsyonla ilgili bazı Örnekler verilmiştir.

Kutu 3. Devolüsyon

Örnek: İsveç

İsveç (yaklaşık 9 milyon nüfusa sahip) vergi esasına dayalı sağlık hizmet sistemine iyi bir örnektir ve hizmetlerin finansman ve organizasyon sorumluluğu, bölgesel idari düzeyde 26 adet demokratik olarak seçilmiş bölge konseyine dağıtılmıştır. Bu konseyler, bazı gelirlerini hükümet ödeneklerinden ve ulusal sosyal sigorta sisteminden elde etmekte ancak daha önemlisi, nüfus üzerinde gelir vergisi paylarından para toplama hakkına sahiptirler. Ayrıca, bölge konseyleri kendi coğrafik bölgelerinde, sağlık hizmeti sunumunun pek çok açıdan düzenlenmesi yetkisine sahiptirler. Birçok sağlık hizmeti faaliyeti ve hemen hemen bütün hastaneler bölge konseylerine aittir ve bu kuruluşlar tarafından işletilmektedir. Kısaca, İsveç'te sağlık hizmetlerinin genel yapısının açıklanmasında üç kilit kelime kullanılabilir. Birincisi, karar alma yerel halk otoritelerine *desantralize* edilmiştir, yani, bölge komitelerine. İkincisi her bölge konseyi, kendi bölgesinde sağlık hizmetleri sunumunda bir *tekele* sahiptir. Üçüncüsü ise, il konseyleri kendi tesislerine sahiptir ve işletmektedir, bu nedenle finansman ve hizmet sunumu için gerekli olan sorumluluğa *entegre* olmuştur.

Kaynak: Anell (83).

Örnek: İspanya

İspanya'da 1986 yılındaki yasama, ulusal sağlık sistemini yaratmış ve gelecek için çerçeve ve ilkeleri oluşturmuştur. 1981 yılında, ilk devolüsyon uygulaması, sosyal güvenlik sağlık veri tabanı hizmetleriyle (INSALUD) Catalonia'da yapılmış, bunu Andalusia (1984), Basque ve Valencia (1988) ve Navarra ve Galicia (1991) takip etmiştir. Bu süreçle, ulusal düzeyde sağlık hizmetleri yönetimindeki oldukça merkezileştirilmiş model sona ermiştir. Özerk topluluklardaki hükümetler, bölgesel sağlık büt-

çelerini yürürlüğe koyan ve kontrolünü yapan bölgesel parlamentolara karşı sağlık hizmetlerinin yönetiminden sorumludurlar. Finansmanın ana kaynağı, tarafsız anlaşma kriterlerine göre ulusal hükümet tarafından transferi yapılan blok ödeneklerdir. Devülasyon, idari ve politik açıdan çok önemlidir. Devülasyon sağlık hizmetlerinin reformunu pek çok açıdan gerçekleştirmiş olmasına rağmen, sistemin organizasyonu ve idari modernizasyonu üzerindeki etkisi, özellikle orijinal beklentilerle karşılaştırıldığı zaman, on yıl sonra olması gerekenden çok uzaktır.

Kaynak: Freire (84).

İhtiyatlı Devölasyon: Polonya

1993 yılında, Polonya hükümeti üç yıl öncesinden başlatılan kamu idaresi reformunun bir sonraki safhasını başlatmıştır. Ana amacı, sağlık meseleleri üzerindeki etkileri çok kısıtlı olan yerel yetkilileri önemli ölçüde güçlendirmektir. Bu yetkililer, serbest genel seçimlerde seçilen üyelerden oluşan yerel konseyler tarafından özerk biçimde atanmışlardır. 1994 yılında başlatılan pilot proje çerçevesinde, 43 büyük şehir, sağlık tesislerinin işletilmesi sorumluluğunu üstlenmeye davet edilmiştir. Bu durum, ülke nüfusunun %20'den fazlasına sahip 28 ilde, karar verme yetkisinin, bölge düzeyinden yerel idarelere geçmesiyle sonuçlanmıştır. Denemelerin hala devam etmesi nedeniyle, sonuçları değerlendirmek için henüz çok erkendir,

Kaynak: Hunter ve diğerleri (85).

Uç Örnek: Finlandiya

Finlandiya, çoğu sağlık hizmetlerinin kamu kuruluşları tarafından verilen ve temelde vergilerle finanse edilen bir sağlık sistemine sahiptir. İdari bakımdan, oldukça karmaşık, çok kademeli bir sistemdir ve hizmet sunumunun düzenlenmesi 460 yerel idarenin (belediyeler) sorumluluğundadır. Hükümetin rolü hizmetlerin planlanmasının, gözetiminin ve finansmanının (%50 civarında) sağlanmasıdır. Demokratik yöntemle seçilmiş temsilcileri olan ve yerel vergi toplama yetkisine haiz belediyelerin idareleri, 100 yıldan uzun bir süreden beri varlıklarını sürdürmektedirler ve genel siyasi eğilim yerel idarelere daha fazla yetki devredilmesi yönündedir. 1980'li yılların sonunda ve 1990'ların başında Finlandiya kamu sektörünün tamamında başlatılan büyük ölçekli idari reformlar, belediyelere, hizmetlerin düzenlenmesinde, merkezden minimum düzeyde direktif alınmak suretiyle çok daha fazla serbesti ve sorumluluk tanınmasını hedeflemekteydi. Makro seviyede, bu reform kamunun düzenleyici rolünün ve harcama kontrolünün sınırlarını geri itmeyi amaçlarken, mikro seviyede, kamu kuruluşlarını daha fazla rekabete, maliyet sınırlamasında ve faaliyetlerinin düzenlenmesinde yenilikçi olmayı amaçlamıştı. 1993 yılında maliyete dayalı devlet ödenek sisteminin yerine demografik ve mali bilgilerden oluşan objektif kriterlere dayanan blok ödenekler getirilmek suretiyle, belediyeler, devlet sübvansiyonlarını yerel ihtiyaçlara ve siyasi iradeye cevap verecek şekilde yeniden tahsis etme imkanına kavuşmuştur.

Kaynak: Martikainen & Uusikyla (86).

Delegasyonda vurgulanan, kararların uygulama ve planlamada yetkinin daha üst bir mercinin doğrudan denetimi olmadan devredilmesidir. Bu tip bir desantralizasyon bütün faaliyetlerle değil tanımlanmış görevlerle ilişkilidir. Delegasyonun çekici olan yanı, hükümet düzenlemelerinin "by-pass" edilmesi ve yönetimin daha esnek olmasıdır. Ulusallaştırılmış tüm sağlık hizmetlerinin yönetiminin özerk bir kamu kuruluşuna devredilmesi durumunda Sağlık Bakanlığının en büyük rolü strateji ve politika sorunlarına indirgenmiş olacaktır. Delegasyon örnekleri kutu 4'te verilmiştir.

Özelleştirme genel hükümet işlevlerinin kar amacı güden bir firma ya da kamu yararına çalışan sivil bir kuruluşa aktarımını içerir. Bu hizmetin finans-

Kutu 4: Delegasyon

Örnek: Macaristan

1991 yılında Macaristan'da kurulmuş olan sağlık sigortası sisteminde gerek merkezden yönetim gerekse desantralizasyon öğeleri yer almaktaydı. Bağımsız bir sosyal sigorta fonunun kurulması ve Devletin finansman rolünün kendi düzenlemelerine tabi işleyen bir sağlık sigortacılığı sistemine devredilmesi desantralizasyon sürecinde önemli bir başarı olmuştur. Sağlık sistemi finansmanının tümünün tek bir kuruluşça sağlanması bir bakıma merkezden yönetim gibi algılanabilir. Desantralizasyon ve bölgeselleşme 1994 hükümet programında güçlü biçimde savunulmuş ise de uygulamaya geçilmemiştir. Örneğin devam etmekte olan sağlık reformunun önemli bileşenlerinden birinin sağlık birimleri arasında süre gelen bir eşgüdüm olması, bu nedenle bir Ulusal Sağlık Konseyi ile bölgesel sağlık konseyleri oluşturulması ve konseylerin toplumsal çıkarları dengeleme amacını gütmeleri gerektiği belirtilmişti. Söz konusu konsey sistemi bugüne değin kurulamadığı gibi Sağlık Bakanlığı'nın hastane yapısını yeniden düzenleme çalışmaları aşırı bir merkezileşmeye yol açmıştır.

Kaynak: Orosz

Örnek: İtalya

İtalyan kamu sağlık hizmetleri geleneksel olarak zorunlu sosyal sigorta uygulamasına dayalı iken 1978 reformu durumu kökten değiştirmiş, sağlık, işçi haklarından vatandaşlık hakkına dönüştürülmüş, birbirlerinden ayrı kuruluşlar yerine bölgesel ve yerel sağlık birimlerine dayalı bir sistem getirmiştir. 1980'lerde bu yeni kurumsal çerçeve iki önemli soruna neden olmuştur: Aşırı politikleşme ve rasyonel mali teşviklerin yokluğu. 1992'de yapılan yeni reformda ilk yenilik yerel sağlık birimlerinin yapılarının değiştirilerek "kamu işletmeleri"ne dönüştürülmesi ve bunlara örgütsel özerklik ve sorumluluk verilmesidir. Bu birimler şimdi komiteler yerine bölge tarafından profesyonel niteliklere göre beşer yıllık sözleşmelerle çalıştırılan yöneticilerin elindedir. Büyük hastaneler kendilerini "kamu hastanesi işletmesi" statüsüne dönüştürmüş, özerk yönetim altında dengeli bütçe sistemine gitmiş, gelir fazlasını yatırımlara ve personel teşvikler alanına yöneltmiştir. Diğer taraftan, finansal açıkların gerekçelendirilmemesi durumunda özerk statülerini yitirmeleri söz konusu olmaktadır.

Kaynak: Ferrera, M., yayınlanmamış veriler

Delegasyonla birleştirilmiş dekonsantrasyon: İngiltere

Ulusal sağlık hizmeti reformu İngiltere'de 1991 yılında yapılmıştır. Bu reform daha başlangıçta bir dekonsantrasyon ve delegasyon karması olmuştur. Devolüsyon ilk aşamalarda bir yana bırakılarak Sağlık Bakanı'nın seçtiği yerel yetkililer sisteminin benimsenmesi yoluna gidilmiştir. Sağlık görevlilerinin seçimi ya da sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere verilmesi önemli seçenekler olarak göz önünde bulundurulmamıştır. Yapılan reformlar, hizmet alıcılarının ve sunucularının birbirlerinden ayrıldıkları bir iç pazar oluşturma amacına yönelik bir desantralizasyon uygulamasını amaç olarak almakta, sunucuların tröst statüsüne girmelerini teşvik etmektedir. Bu da hastanelere ve toplum hizmetlerine merkez yönetim altında bulundukları duruma göre daha geniş bir özgürlük sunmuştur. Tröst kurulları Sağlık Bakanlığına karşı sorumlu oldukları için merkez ile ilişki sürdürmektedir. Reformun üstün yanı pratisyenlere belirli bir alanda sağlık hizmeti sunmaları için belirli bir ödenek verilmesidir. Hükümet bu ödenek modelini, gösterdiği başarı nedeniyle etkin bir biçimde desteklemektedir. *Kaynak: Hunter (88).*

manı ya da sunumuna veya her ikisine birden yönelik olabilir (89). Uygulamada bu iki ögenin çeşitli bileşimleri görülmektedir. Ayrıca burada daha önce kamu tarafından sağlanan hizmetlerde özelleştirmenin sağlık hizmetlerinin sunumunda bir değişiklik getirmeyebileceği de anımsatılmaktadır. Özelleştirme genellikle daha çok tamir ve bakım, temizlik, ulaştırma ve yemek ve yiyecek gibi destek işlevlerine yönelik olarak uygulanmaktadır.

Özelleştirme desantralizasyonun nihai biçimidir ve karar alma yetkisinin kamudan özel sektör firmalarına verilmesini amaçlar. Özelleştirmenin başlıca faydası sağlık hizmeti kuruluşlarında daha yüksek bir verimliliğe ve kaliteye doğru bir gidiş olarak algılanmaktadır (90). Ayrıca, mali baskı altındaki hükümetler özelleştirmeyi özel sektörün sağlık alanına çekilmesi ve kıt kamu yatırım kaynaklarının azaltılması yolunda etkin bir araç saymaktadırlar. Çek Cumhuriyeti'ndeki özelleştirme uygulaması aşağıda kutu 5'te örnek olarak verilmiştir.

Öte yandan, özelleştirmenin azımsanamayacak sakıncaları vardır. Özel sektör ve sermaye buradaki mali getirinin, yatırım yapılabilecek diğer özel sektör alanlarından elde edilebilecek getirinin altında kalmayacağı beklentisini taşır. Bu getirinin teminine yönelik baskılar sağlık hizmetlerinin toplumsal içeriğinin arka plana itilmesi ve hizmete ihtiyaç duyan yeterli ekonomik olanakları bulunmayan hastalara karşı ayırmacılık yapılması sonucunu doğurabilir. Çek Cumhuriyeti, İsrail (92) ve Rusya Federasyonu ve bir dereceye kadar da Hollanda'daki (67) son deneyimler Amerika'da görüldüğü gibi özel sigortacıların güçlü mali teşviklere sahip olmalarının bu şirketlerin risk seçimlerinde etkili bir rol oynayabildiğini göstermektedir. Üretim tarafına bakıldığında da, İsveç'ten alınan bir en kötü durum Örneğinde bir özel laboratuvarın yüksek gelir elde edebilmek için doktorlara seri olarak üretilmiş gerçek dışı kan analiz raporları göndermesi gösterilebilir. Özelleştirme özel firmaların ölçek ekonomisinden yararlanmak için konsolidasyona giderek yeniden merkezi yönetime dönmelelerine neden olabilmektedir. Macaristan'daki Özelleştirme zorlukları özet olarak Kutu 6'da verilmiştir.

Kutu 5. *Çek Cumhuriyeti'ndeki Özelleştirme Örneği*

Çek Cumhuriyeti eczaneler konusunda hızlı bir özelleştirme gerçekleştirmiştir. Bu çerçevede isteyen herkese, Eczacılar Odasına yüksek bir ücret ödedikleri takdirde eczane açma lisansı verilmiştir. Burada amaç ilaçların bulunabilirliğini sağlamak ve rekabeti artırarak fiyatları aşağı çekmek idi. Zorunlu sağlık sigortasının reçeteli ilaç bedellerini karşılaması planlanmış, ancak her reçete için kişilere cepten ödeme sorumluluğun getirilmesi ve bir referans fiyatın üzerinde sübvansiyon yapılmaması politikaları benimsenmiştir. Uygulamanın bir sonucu olarak eczane sayısı çoğunluğu büyük kentlerde olmak üzere aşırı derecede artmış ve tüm ilaçlar bulunabilir duruma gelmiştir. Ancak stoklarda çoğunlukla pahalı ilaçların bulundurulması eğilimi gelişmiştir. Bir pratisyenin ucuz ilaç yazması durumunda eczacılar onun yerine daha pahalı bir ilaç vermekte, aradaki fark da hasta tarafından ödenmektedir.

1990'dan önce yılda 110 ile 180 arasındaki ilaca onay verilmekteydi. İlaç dışarıları üzerindeki kısıtlamaların kaldırıldığı 1990'dan sonra bu sayılar çok artmıştır. Sayılar 1991, 1992 ve 1993 yıllarında sırasıyla 827, 1344 ve 1356 olmuştur. Bugün ilaç piyasasında sayı 10.000'in üzerindedir. Toplam ilaç giderleri 1991'den 1993'e kadar iki katına çıkmıştır.

Kaynak: Robas; Marx, D., yayınlanmamış veriler.

Kutu 6. Özelleştirmeye Zorluklarından Örnekler: Macaristan

Macaristan'da 1990'da ortaya çıkan politik değişikliklerden sonra hükümet iş dünyası ile sağlık hizmetleri arasında önemli bir farklılık olmadığını görmüştür ve Reformun ana sloganlarından biri "işletmelerin özelleştirilmesi sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile eş zamanlı yürütülecektir" şeklinde saptanmıştır. Ancak uygulama teoriden daha karmaşık olmuş, özel sağlık sektörü ve 1991'de kurulan Macar Sağlık Sigortası Kurumu arasındaki ilişkilerde bir gerginlik süregelmıştır. 1991 bütçesi Kurumun özel kuruluşlarla sözleşmelere girmesine olanak vermiş, ancak sözleşme yapılırken fiyat saptamada ele alınacak noktalara ilişkin hiç bir ayrıntı geliştirilmemiştir. Bir başka sorun da Sağlık Sigortası Kurumu'nun topladığı primlerin sistemi yürütmeye yeterli olmamasıdır. Bu yüzden hükümet, açığı Devlet bütçesinden karşılama yoluna gitmiştir. Bu açık 1992 ile 1994 arasında 53 milyar Forint'e ulaşmıştır.

Kaynak: Orosz (87).

Özelleştirmenin daha kapsamlı sağlık politikalarını baltalaması istenmiyorsa hükümetler özelleştirme kararlarına sağlam merkezi düzenleyici denetimler de eklemek zorundadırlar. Sağlık hizmetlerinde özelleştirmeye en geniş alanı tanıyan bir ülke olarak Amerika Birleşik Devletleri son derece yaygın ve sağlam bir kamu denetim mekanizması kurmuştur. Örneğin Amerika'da doktorlar, yaptıkları her tıbbi girişim için güncel ve geriye yönelik kontroller ve gereğinde

yargı denetimi altındadır (95). Öte yandan Kırgızistan ve Kazakistan gibi BDT ülkeleri yasal düzenleme olmadan yapılan özelleştirmenin kendi sağlık bakanlıklarına, hastalara sunulan bakımı kontrol edecek pek az olanak bıraktığını görmüşlerdir. Bu bir paradoks gibi gözükse de bir sağlık sistemi, hizmet sunumu ve finansmanında ne kadar piyasa mekanizmalarına dayanırsa; hükümetin uygulaması gereken yasal kontrollerin de o kadar artması gerekmektedir (61).

Desantralizasyondaki bu dört yaklaşımdan hiç biri orijinal haliyle görülmemekte ve ülkeler değişik faaliyetler için değişik modeller oluşturmaktadır. Örneğin; İngiltere'de Örgüt modeli dekonsantrasyon olmakla birlikte merkezden çevreye doğru emir komuta zincirinde Sağlık Bakanlığı görevlileri olarak atanmış sağlık görevlileri ve bölge idareleri kopukluklara neden olmaktadır. Merkezde Ulusal Sağlık Hizmeti idarecisi operasyona yönelik bir yetkili olarak görev yapmaktadır. 1996'da ara düzey ortadan kaldırılarak 14 bölge sağlık otoritesi yerine NHS'nin uzantıları olan 8 bölge ofisi kurulmuş olması iki açıdan değerlendirilebilir. Biçimsel olarak, bir ara yönetim katının ortadan kaldırılması hizmette desantralizasyondur. Ancak uygulamada yerel sağlık birimleri varlıklarını sürdürülebilmek için merkeze aşırı derecede bağımlı olduklarından hükümetin güç ve etkisi kaçınılmaz olarak artmaktadır. Bu yüzden gerçekte resmi desantralizasyon yetkilerin yeniden merkezde toplanması anlamına gelebilir. Bu konuda kutu 7'ye bakınız.

Devölüsyonun başarı derecesi tümü ile yerel yönetimlerin gücüne bağlı durumdadır. Bölgesel ya da yerel sağlık hizmeti üzerinde yerel yönetimlerin başarılı bir denetim yaptıkları ülkelerde uygulama uzun bir süreden beri devam

Kutu 7. yetkinin Merkezi Yönetime Dönüşüne Bir Örnek: Kazakistan

Önerilen yeni sağlık sigortası düzenlemeleri yürürlüğe giren yasa ile oblastların finansal olarak desantralize olmalarının başarısızlıkla sonuçlandığı ve değiştirilmesi gerektiği şeklinde fiili bir deklarasyondur. Bu uygulama temelde başarısızlıkla sonuçlandığı için bir geri dönüş yapılmıştır. Durumun bir sonucu olarak ve yeni Anayasa' da cumhurbaşkanına verilen geniş yetkiler sonucunda *oblast'* ların konumu çok güçlendiğinden ulusal sosyal sigorta yasası taslağının parlamentoda onaylanması kuşkuyla görülmektedir. Sağlık sigortası gelirleri yeni kurulan Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu tarafından toplanacaktır. Bu kurum Sağlık Bakanlığı yerine maliye, sosyal işler ve sağlık olmak üzere üç ayrı bakanlığa karşı sorumlu ayrı bir Devlet kuruluşunca idare edilecektir. Kurumun elindeki ödenekleri dağıtma prosedürleri açıkça saptanmamıştır. 1995 Sağlık Sigortası Yasası Fon gelirlerinin-yüzde onunun denge fonu olarak Sağlık Bakanlığı'nca dağıtılmasını öngörmektedir Bu fon aracılığıyla yoksul *oblast'* lara ek kaynak sağlanması için olanak sağlanacaktır. Elde edilebilecek en olası sonuç ise sağlık sigortası gelirlerinin ancak yüzde 10'unun Fona aktarılacak olmasıdır. Zengin *oblast'* lar söz konusu para üzerindeki kontrollerini yitirecek olmaları sonucu rahatsızdırlar. Yeni düzenlemeye göre geri kalan yüzde 90 ise toplandıkları Fonun yerel bir *oblast bürosu* aracılığıyla kullanılacaktır.

Kaynak: Saltman & Akanov (76).

etmektedir. Gerçekten yerel demokrasi bir gecede erişilebilecek bir kavram değildir. Karar alma ve yönetim yetkisinin güçsüz idarelere verilmesi politik hiziplerle küçük politik kazançlar İçin yerel demokratik denetimin yıpratılmasına yol açabilir. Bu ikilemlerle, yerel yönetimleri geçiş döneminden önce salt ulusal politikaları uygulama aracı olarak gören ODA ve BDT ülkelerinde sık sık karşılaşılmaktadır.

DESANTRALİZASYONUN YARAR VE SAKINCALARI

Desantralizasyon karmaşık ağır, verimsiz ve kullanıcı tercihlerine duyarsız olma konusunda eleştirilen kamu bürokrasilerinde ortaya çıkan sorunların çözümü için bir araç olarak değerlendirilmektedir.

Desantralize edilmiş kurumların merkezden yönetilenler karşısında şu avantajları vardır: (96)

- Daha esnek olabilmek ve ihtiyaç ve çevresel değişikliklere hızlı cevap vere bilmek,
- Daha etkili, çünkü hizmet alıcıyla bire bir temasta olan çalışanlar problemleri ve imkanları daha iyi ortaya koyabilmekte,
- Benimsenen çözüm türlerinde daha yenilikçi
- İş yerinde daha yüksek moral, motivasyon ve üretkenlik ortaya çıkarmakta

Kimi hükümetler kamu kesiminin örgütsel yönetiminde özel sektör ilkelelerini uygulamaktadırlar. "Yeni kamu stratejisi" adı ile tanınan bu strateji, rekabetin önemine ve performansın değerlendirilmesine büyük bir önem vermektedir.

Başarılı desantralizasyon belirli toplumsal ve kültürel ortamlara gereksinim duyar. Borgenhammer (80) bu bağlamda yeterli yönetsel ve işletimsel kapasite olmasını, görevin yerine getirilmesinde ideolojik belirginliği ve bir sorunun çe-

Tablo 5. Desantralizasyonun Yararları

Desantralizasyon Türü	Yararları
Dekonsantrasyon	Merkezden yönetim birimlerine duyulan gereksinimin azalması ve yerel yenilik uygulamaları
Devölüsyon	Yerel karar alma gücünün artması, daha fazla etkinlik kazanılması ve daha az merkezi güç
Delegasyon	Daha hızlı uygulama
Özelleştirme	Karar almada yeteneksiz olan ve rollerini tam olarak bilmeyen politikacıların etkisinden kurtulma

Kaynak: Borgenhammer (80)

şitli yorumlarını algılayabilmeyi gerekli koşullar olarak sıralamaktadır. Yetkiyi aktaran kuruluşlar görevlerinde başarılı olduklarını, kendi çekirdek değerleri çevresinde iç kültürler yaratıklarını ve sonuçları Ölebildiklerini görürler." (96)

Desantralizasyon, Öte yandan hizmetlerin aşırı parçalanması, merkezi sağlık birimlerinin güçsüzleşmesi, hakkaniyetsizlik, politikacıların ve çıkar gruplarının istekleri doğrultusunda baskılar ve kamu kesiminin statüsünde azalma gibi sorunlarda getirir.

Çeşitli ülkelerin bu alandaki deneyimleri karar alma yetkisinin desantralizasyon gerektiren dört alanını ortaya koymuştur:

- Sağlık politikasının temel çerçevesi;
- Sağlık kaynaklarını geliştirmede stratejik kararlar alınması
- Kamu güvenliğine ilişkin düzenlemeler ve
- Sağlığı koruma ve sağlık hizmeti sunma görevlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve analizi.

Bu dört noktadan birincisi devletin temel faaliyetleri arasında yer almakta ve burada temel kararların hükümet düzeyinde alınması gerekmektedir. Sağlık politikaları, sosyal yaşamın birçok alanını etkileyen temel değer seçimlerini de beraberinde getirir. Dolayısıyla bu temel stratejik konuların idaresi de diğer kamu politikalar: için geçerli olan prosedürlerle aynı olmalıdır.

İkinci alan, genel sağlık sisteminin bir kilit Özelliğidir. Sağlığa kaynak ayırma kararları bütün sistemin geleceğini biçimlendirmesi açısından stratejik bir nitelik taşımaktadır. Bu altyapısal kavram, personeli (eğitim,akreditasyon, lisans), önemli sermaye gelişimini, yüksek maliyetli donanımı, araştırma ve geliştirme çalışmalarını kapsamaktadır. Uygun bir denge ve kıt kaynakların verimli kullanımını sağlamak için kaynaklarla ilgili bu kararlara genel anlamda bakmak gerekir.

Üçüncü alanda, kamu çıkarlarının korunması amacına yönelik düzenleme kararları yer almaktadır. Yeni ilaçların ve iyileştirme girişimlerinin düzenlenmesi ve hizmet sunucularının akreditasyonu bir merkezi karar sorunu olmalıdır. Kimi ODA ve BDT ülkelerindeki deneyim, alt yetki düzeylerinin yolsuzluklara üst düzeylerden daha açık olduklarını göstermektedir.

Son alan ise genel ulusal sağlık durumunun izlenmesini ve değerlendirilmesini kapsamaktadır. Hakkaniyetin, sağlık kazancının, verimliliğin, hizmet kalitesinin, tüketici tercihinin ve hasta haklarının değerlendirilmesi desantralizasyon yapılan kuruluşların davranışlarını etkilemede uygun araçlardır. Desantralizasyon tanımı itibarıyla, yeni karar alıcılara gerekli hizmetler üzerinde kontrol gücü verdiği için, bu yeni kurumların yeterli performans gösterip göstermediğinin İncelenmesi şarttır. Değerlendirme sonuçlarının kamu oyuna duyurulması istenmeyen davranışların bırakılması için önemli bir özendiricidir.

Değişik desantralizasyon çeşitlerinin her biri spesifik sakıncalar taşır. Bu sakıncalar Tablo 6'da gösterilmiştir:

Tablo 6. Riskleri

Türleri	Riskleri
Dekonsantrasyon	Sağ el sol elin ne yaptığını bilemeyebilir, uygulamada istenmeyen sonuçlar doğabilir.
Devolüsyon	Politik kontrol yetersizliği.
Delegasyon	Daha az profesyonellik, kuruluşlar aşırı derecede parçalanmış duruma geldiği takdirde kaliteyi ve verimliliği sağlamada zorluk
Özelleştirme	Güçlerini kötüye kullanabilecek özel sektör tekelleri doğması

Kaynak: Borghammer (80)

Desantralizasyonu takiben eşgüdüm sağlanması gereği nedeniyle bazı ek maliyetler ortaya çıkacaktır. Desantralizasyon yapılan kuruluşlarda karar alma sürecini standartlaştırmak merkezi sistem içindeki kuruluşlara oranla daha zordur. Ölçek ekonomisinden yararlanılamaz ve kimi yerlerde uzman personel ve donanım yeterli düzeyde kullanılmamıştır.

DESANTRALİZASYON: KİLİT SORULAR

Desantralizasyon konusunda her türlü karar üç ana husus ile ilgilidir:

- Desantralizasyonun yer alacağı düzey;
- Kendisine yetki dağılımı yapılacak kişi;
- Desantralizasyona konu olan işler.

Desantralizasyon düzeyinin belirlenmesi merkez-perifer ilişkileri ve özellikle de benimsenen sorumluluk düzeyi açısından önemlidir. Bu düzey ne kadar yerel olursa yönetim becerileri taşıyan eleman bulma, çok sayıda çalışan birimin varlığı yüzünden dağınık bir hizmet sunumu ve geniş topluluklara verimli hizmet sunma sorunları da o derecede artar. Buna bir çözüm olarak merkez ile perifer arasında bölge, il ve ilçe gibi kademeli bir hiyerarşi düzeni getirilmektedir. Ancak desantralizasyon burada salt uygulayıcının düşünce yapısında yer alır ve hizmetten yararlananlar açısından çok farklı bir görünüm verebilir (Kutu 8'e bakınız).

Desantralizasyon sisteminde yetkinin kimlere doğru gerçekleştirileceği sorusuna verilecek doğal cevap seçimle gelen ve seçmenlere karşı sorumlu bulunan bireyler olmaktadır (Kutu 9'a bakınız). Sağlık politikasının ve yönetiminin merkezi hükümetin görevi olarak kaldığı durumlarda dekonsantrasyon edilmiş organizasyon çeşitli atanmış kurullara sahip olabilir. Sağlık kurulları yerel bir idareye tam anlamıyla yetki aktarımı yapılmadan veya merkezin sorumluluklar tamamen kaldırılmadan, yere! sağlık hizmetlerinin yerel toplum ihtiyaçlarına

Kutu 8. Desantralizasyon/Merkezi Yönetim — hangi Düzeye kadar?

Hırvatistan

Sağlık hizmetlerinin iteri derecede desantralize olduğu eski Yugoslavya'daki sosyalist rejim bu alanda verimsizlikten ve kötü örgütlenmeden kurtulamamıştı. Desantralizasyonun tek başına neler yapabileceğine dair olumlu bir beklenti de yoktu. 4.7 milyon kişinin yaşadığı Hırvatistan hizmetlerin parasal sorumluluğunu yerel yönetimlerden geri alarak Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'na vermiştir. Bu gelişme titiz ve yavaş bir özelleştirmeye bağlanmış, sözleşmelere ve hastanın seçim yapmasına olanak tanımıştır. Özelleştirmede düşük tempolu bir ivme seçilmesi, hizmet sunucular arasında rekabeti özendirmesi ve düşük gelirli kesimlerin özel hekimlere erişme sorunları bulunması bakımından riskli sayılmaktadır. Hırvat reformları sonuçların değerlendirilmesine olanak vermeyecek kadar yeni olmakla birlikte eski desantralizasyonun yol açtığı anarşi ve kaosu giderici nitelikte görülmektedir. *Kaynak: Oreskovic (97)*

daha iyi cevap vermesini sağlayacak bir yol olarak görülmektedir (97). Ancak atanmış kurulların demokratik meşruiyetleri olmadığı ve merkezin yönetsel kolları düzeyinde kaldıkları savları ile eleştirilmektedir (100). Sorumlulukların bir yerel kuruma verildiği durumlarda bile merkezi hükümet tipik olarak atama sistemi ve başka mekanizmalar yardımıyla önemli derecede yetki taşımaya ve kullanmaya devam etmektedir. Sorumluluk, delegasyonun aşağıya doğru olduğu koşullarda bile kesinlikle yukarıya doğrudur. Belli düzeyde bir merkezi etki korunurken bir yandan da sorumlulukların yayılması kimi ülkeler için optimal desantralizasyon sayılabilir. Bu durum İngiltere bağlamında 1994'te yayınlanan *Yerel özgürlükler, ulusal sorumluluklar* başlıklı araştırmada açıkça gösterilmiştir (101). Ulusal Sağlık Hizmetleri yönetimi tarafından yayınlanan bu araştırma hakkaniyeti sağlayacak bir ulusal yaklaşımla uyumlu yerel özgürlüklerin denge-sini sağlayan bir ulusal sağlık hizmetleri piyasasını oluşturma'nın temel kuralla-rını ortaya koymaya çalışmaktaydı.

Desantralize edilmesi gereken görevler gelirlerin artırılması, politika belir-lenmesi ve planlanması, kaynakların tahsisi ve hizmetlerin finansmanı yanında kurumlar arası ve sektörler arası eşgüdümü gerçekleştirmeyi içermektedir. Gelirlerin artırılması İspanya ve Finlandiya'da olduğu gibi merkezi hükümetle ortaklaşa yürütülmesi, İsveç'teki gibi tümüyle bir bölgesel ya da Almanya ve Hollanda'da olduğu gibi yarı kamusal bir örgüte verilmesi seçenekleri getirilen öneriler arasında yer almaktadır. Görevin desantralizasyonu ve sonuçları ile ilgili örnekler Kutu 10'da verilmektedir.

Politika belirleme ve planlama genellikle ulusal ve yerel düzeyler arasında bölünmektedir. Ancak bu karmanın ne ölçüde olacağı zaman içerisinde ve ülkeden ülkeye değişiklikler göstermektedir, Genel olarak yerel politika geliştirme ve uygulama özgürlüğü öncelikler oluşturmaya amaçlayan merkezce belirlenmiş bir çerçeve içinde çalışma gereksinimi ile sınırlı kalmıştır.

Desantralizasyon sıklıkla yerel düzeyde hizmetlerin ve faaliyetlerin eşgü-dümünü geliştirme aracı olarak algılandığı gibi sağlığın sağlık hizmetlerinin öte-sinde bir kavram olduğu ve sağlık sistemi dışındaki örgütlerin de politika gün-demini yeniden biçimlendirme çabalarına katkıda bulunması gerektiği görüşü-nü yansıtmaktadır.

Kutu 9. Kime Desantralizasyon - Rusya Federasyonu

Rusya Federasyonunda sağlık hizmetleri reformu ile sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, yönetim yetkisini yaymak, hizmet sunumunda Devlet tekelini kırmak ve hasta hakları aracılığıyla bazı piyasa öğeleri getirmek ve bir "planlanmış pazar" kurmak amaçları güdülmektedir. Ancak parlamentodaki yasama süreci sonucunda Haziran 1991'de onaylanan yasada bu prensipler sınırlandırılmış, değiştirilmiş, daraltılmış ve en sonunda netlikten uzak bir biçim almıştır. Yasa üzerinde Nisan 1993'te önemli değişiklikler yapılmış almakla birlikte orijinal ilkelere döndüğünü ileri sürmek olanaksızdır. Zorunlu Federal Sosyal Sağlık Sigorta Kurumu adı altında bölgeler arasındaki dengeyi sağlamak amacıyla kar amacı gütmeyen bir finansman ve kredi kurumu oluşturulmuştur. Sigorta primlerini toplamak ve sigortalı kişilere tıbbi olanaklarla sağlanan hizmetlerin ödemesini yapmak amacıyla bölgesel sağlık sigorta fonları kurulmuştur. Ancak, bireyler için asıl sağlık sigortası özel sigorta şirketleri tarafından düzenlenmektedir. Bu örgütler personelleri ve yerel yönetim birimleri ile sözleşmeler imzalamakta, sağlık kurumlarından ve özel sektörden hizmet satın alabilmektedirler.

Zorunlu sağlık sigortası uygulamasının ilk birkaç yılında elde edilen deneyim yüzde 3.6 oranındaki sigorta priminin çok düşük olduğunu, gerçek giderlerin ise yüzde 11.2'yi bulduğunu ortaya koymaktadır. Sunulan sağlık hizmetlerini karşılayamayan sistem büyük bütçe açıkları vermekte, ayrıca zorunlu sağlık sigortasının Devletten aldığı destek gerekli tıbbi donanımın ve ilaçların alımına yetmemekte, bu yüzden üst düzeyden onay alınmadan özel sektör firmaları ile işbirliği kurulmaktadır. Öte yandan, birçok sağlık hizmeti sunucusunun sigortacılarla sözleşme yapamamaları da ödenek için Devlet bütçesini zorlama sonucunu doğurmaktadır. Son olarak da, toplanan primlerin büyük bir bölümünün sigorta bürokrasisini kurmak ve sürdürmek için kullanıldığını ve hastaların bundan hiçbir şekilde yararlanmadığını belirtmemiz gerekmektedir.

Sonuçta Rusya Federasyonu' nun çok karmaşık ve bürokratik bir sağlık sistemi ile işe başladığını, salt kar amacı güden özel sigortacıların bu durumdan sorumluluk düşüncelerini bir yana bırakarak büyük yararlar sağladıklarını, yasayı ve üzerinde yapılan değişiklikleri yorumlama zorlukları nedeniyle değişik bölgelerde değişik uygulamalara gidildiğini, böylece yararlanıcılar arasında hakkaniyetsizlikler doğduğunu belirtebiliriz. Kaynak: Tchemajski & Komarov (98)

DESANTRALİZASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Desantralizasyonun sonuçlarının çoğu zaman hakkaniyet, hizmet kalitesi ve tüketici seçimi ışığı altında değerlendirildiğini söylemek zordur. Karar alıcılar desantralizasyonun otomatik olarak olumlu değişiklikler getireceğini düşündüklerinden herhangi bir değerlendirme gerekmediğini varsaymışlardır. Ayrıca beklenen sonuçlar da önceden açıkça tanımlanmamıştır. Politika belirleyicilerinin kişilerin desantralizasyon politikalarından ne tür yararlar beklediklerini açıkça ortaya koymaları bu konuda ileriye doğru önemli bir adım olacaktır.

Kutu 10. Desantralizasyon— hangi görevler?

Norveç

1980 Norveç blok-ödenek reformu, hastanelere yapılan geri ödemeler yerine objektif kriterlere göre bölgelere tahsis edilen blok-ödenekleri getirmiştir. Reform bütçe yetkisinde yerel düzeye doğru genel bir desantralizasyon getirmiş, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin geliştirilmesini, bölgeler arasında hizmet sunumunun eşitlenmesini ve hastane verimini arttırmak için bölgelere teşvikler verilmesini amaçlamıştır. On yıl sonra reform tersine dönmüştür. Hükümet bölgelerin bütçeleme kararlarını kısıtlamıştır; ve blok-ödeneklerin bir kısmı hastane performansına bağlı olmuştur. Ayrıca hükümet, ciddi hastalığı olan hastaların altı ay içinde tıbbi tedavi görmeleri konusunda "bekleme listesi garantisini" yürürlüğü koymuştur.

Blok-ödenek sistemi bunu geliştirenlerin beklentilerini karşılamamıştır. Bunun sebebi hükümetlerin bölgeler üzerinde mali kısıtlama zorluklarının getireceği politik maliyetlere katlanmaya istekli olmaları gibi kritik bir varsayıma dayanmış olmasıydı. Yeni politika BBSH'ni ön plana çıkartmaktadır. Bölge ve hastane finansmanı gerilediği ve bekleme listelerinin uzaması yüzünden hastaneler politik gündemin ön sıralarına yükseldiği için hükümetler hastane performanslarının artırılması yolunda sürekli girişimler yapmışlar, böylece bölgelerin kendi görevlerini yerine getirme çabalarını baltalamışlardır. Bölgeler bu durumda bir dizi lobi faaliyetlerine girişmişler, Devlet kuruluşları olmalarına karşılık salt kendi kurumlarını savunucu bir yaklaşım içerisine girmişlerdir. Örneğin 1986'da hastaneler bütçelerini ortalama olarak yüzde 9 oranında aşmışlardır. Bu bakımdan hastanelerin, tıpkı önceki geri ödeme sisteminde olduğu gibi, giderlerinde artış olmasına rağmen ödüllendirildikleri ileri sürülebilir.

Hastaneler ve bekleme listeleri politik açıdan hassas konulardır. Eğer karar alıcılar, bu karar gereksiz kılacak biçimde ek ödenekler alacaklarından emin olurlarsa, hiçte popüler olmayan bir bütçe uygulaması kararı alınması çok daha zor olacaktır. Hükümetlerin girişimleri blok-ödenek sisteminin bölgeler için sabit bir bütçe kısıtlaması olmadığını göstermiştir. Bölge politikacıları daha yüksek ödenekler elde etmek için her türlü olanağı denemedikleri sürece parasal sorunlardan dolayı seçmenler tarafından kişisel olarak sorumlu tutulacaklarını bilmekteyler. Hastaneler bütçe ile ilgili kararların hükümetin iki kanadı arasındaki oyunun bir parçası olduğunun bilincindedirler. Zor duruma düşen hastanelerin yardımına ise eninde sonunda bölge ya da Devlet koşmaktadır. Blok-ödenek dağıtımı iki hükümet kanadı arasındaki çekişme sonucunda belirlendiği için hükümet bu sistemin ilçelere aşırı yetki tanıdığı sonucuna varmıştır. Bu yüzden de Devletin ilçeler üzerindeki kontrolünü arttıran yeni kısıtlamalar yapılmıştır.

Kaynak: Carlsen (102)

Macaristan

Devlet tarafından politik olarak engelleme desantralizasyonun faydalarını azaltabilir. Macaristan'da, 1993 yılının sonunda Sağlık Sigorta Kurumu ile Sosyal Yardım Bakanlığı arasındaki şahsi çıkarlarda çatışma yaşanmıştır. Yerinden yönetim teorisinden hareketle Sağlık Sigortası Kurumuna sağlık hizmeti sunanlarla sözleşme yapma veya yapmama hakkında karar verilmesine müsaade edilmiş olması gerekirdi. Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı ısrar etmiş ancak Kurum daha önce finanse edilen bütün kurumlarla sözleşme imzalamıştır. 1995 Sözleşmesi imzalandığında, Sağlık Sigorta Kurumu ve

Kutu 10 (devamı)

Bakanlığı tarafından oluşturulan dört kişilik küçük bir komite sözleşme içerikleri hakkında öneriler getirmişlerdir. Bu tarzdaki bir davranış, reformun ana amacı ile çelişkili olmuş ve Bakanlığı sağlık hizmetleri ile ilgili doğrudan yönetimden uzaklaştırmıştır. Bu ayrıca, 1994 yılında alınan hükümet kararları ile çelişmiş ve bölgesel konseyler aracılığı ile desantralizasyonda yapısal değişiklik yapılması için teklifler sunulmuştur.

Kaynak: Orosz (87)

İsveç

İsveç'in deneyimi her zaman için önce sorumluluk verilmesi ve ancak bunun ardından yetki tanınması gerektiğini göstermektedir. Bu durum yetkilerin birinci desantralizasyon reformunda (1960-1970) Devletten bölge düzeyine, ikinci (1980) ve üçüncü reformlarda ise (1990'lar)da bölge idaresinde üst kademelerinden alt kademelerine doğru gerçekleşmiştir. Teoride sorumluluk ve yetkinin birlikte verilmesi gerekmekte ise de böyle uygulamalar pek azdır. Bu olgu politikacıların önce sorumluluk vererek yetki kullanımındaki sorunlar yüzünden eleştiri almaktan kurtulmak isteyen kuşkulu davranışlarından ileri gelmektedir. Kurum açısından ise *bu* davranış bıkırtıcı olmakla, uygun layıcılar önce kendilerine yetki verilmesini ve olası sorunlarla ilgili kararlarından dolayı sorumluluk altına girmekten kurtulmayı istemektedirler. Merkez ile perifer arasında süregelen gerginliklerin gerisinde *bu* durum yatar. Bu gerilimin tanınması ve iyi yönetimi gereksiz anlaşmazlıklara mani olabilmek için bu gerilimin bilinmesi ve idare edilmesi gerekmektedir.

Kaynak: Annell (83)

Desantralizasyon yararlarının olası sakıncalara üstün gelip gelmediği özellikle de hizmette aşırı bölünmüşlük, duplikasyon ve yüksek ödeme işlem maliyeti - ulusal sağlık belirleyicileri tarafından vakadan vakaya göre çözülmesi gereken bir husustur. Radikal bir desantralizasyona giden ülkelerde daha sonra sistemin kilit elemanları olarak sağlık finansmanını ve profesyonel standartların belirlenmesini yeniden merkez kontrolüne alma uygulaması sık sık görülmektedir. Ancak özelleştirme Batı Avrupa'da genellikle benimsenen bir sağlık politikası stratejisi sayılmamakta, gerek ODA ve gerekse BDT ülkelerinde farklı düzeylerde ve önemli tereddütlerle uygulanmaktadır.

Yetki Verilmesi, Haklar ve Tercihler

Hakkaniyet, verimlilik ve etkililik amaçlarına ek olarak, Avrupalı politika belirleyicileri ayrıca hastaya yetki verilmesi kavramıyla uğraşmaktadırlar, Sağlık sektörü bağlamında, bu lojistik (doktor ve hastane seçimi gibi) ve klinik (tıbbi kararlarda seçime bağlı karar sürecine katılım) olaylarda hastaya daha fazla söz hakkı verilmesi hususlarında büyüyen bir ısrarlılığa işaret etmektedir., Devlet desantralizasyon yoluyla bunu mümkün kıldığı sürece, hastalar gittikçe daha fazla biçimde yerel politika belirleme sürecine katılmalarına izin verilmesini talep etmektedirler.

Sağlık sektöründe vatandaş katılımı ve hasta tercihi hakkındaki fikirler çeşitli yollarla sağlık hizmetleri finansmanına ve organizasyonuna değişik felsefelerle bağlanmaktadır. Bazı politika analistleri vatandaşların kolektif görüşlerinin karar verme sürecinde artan bir katılımı kaale alınmasının sağlık hizmetlerini demokratikleştireceğini ve böylece tıp mesleğini ve devleti daha güvenilir yapacağını ileri sürmektedirler (61). Bu yaklaşım kamu tarafından işletilen sağlık sistemlerinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinin bir sosyal fayda olduğu görüşüyle de ilintilidir. Bunun aksine, bireysel tercih, rekabet gibi piyasa ilkelerine de değinen sistemlerle de bağlantılıdır. Bu örnekte hasta seçimi tüketicinin tercihlerine genellikle bağlı olmakta ve kullanıcıların "bireysel" taleplerini karşılamak için bu sisteme yeni bir biçim verilmektedir. Bu iki farklı mantık katılım nosyonunun hasta ihtiyaçlarıyla sınırlı olduğunu ileri sürerken, hizmet sunucu seçimi kavramının geleneksel olarak hasta istekleriyle ilintili olduğunu ileri sürmektedir.

Ancak, bu analiz eksiktir. Piyasa ilkelerinin uygulanmasına başlandığı bazı sistemlerde ve "hizmetlerin ihtiyaca göre sınırlandırılmasının" daha belirgin okluğu durumlarda kamu ve topluma öncelikleri hakkındaki görüşleri de sorulmaktadır. Bu durumda yine de asıl vurgulanan proaktif toplum-katılımından ve politika belirleme sürecindeki temsilden ziyade kamunun tepkisel davranışdır.

Demokratik-politik yaklaşımda hastanın seçimi ticari haklardan daha çok demokratik hakların uygulanması gibi yorumlanmaktadır. Hasta tercihi tipik olarak hekim ve hastane seçimi yoluyla bireyleri, kamusal olarak işleyen bir sistemde, kendilerine ne olacağı konusunda daha etkili olabilecekleri bir mekanizma haline gelmektedir. Böylece hasta tercihi politik bir özellik olmaktadır; burada hastalar katılım yoluyla hizmet sunumu sistemindeki meşru otoriteyi belirlemektedirler. Bu bakış açısından hasta tercihi sağlık hizmetleri sistemlerine kullanıcıların yaklaşımlarını incelemek açısından önemli bir kavram olmaktadır. Burada sistemlerin kamu veya özel finansmanlı olması bir önem taşımamaktadır.

Katılıma yaklaşımları değerlendirmek için, yararlı bir çerçeve (103), tüketicilere mevcut farklı güç potansiyelleri düzeylerini tanımlayan bir "katılım merdiveni" oluşturmaktadır. Bu sırasıyla bilgi, konsültasyon ve uzlaşma yoluyla manipülasyondan terapiye kararların hükümetler veya hizmet sunuculardan ziyade vatandaşlar tarafından alınmasıyla ortaklıktan yetkiye doğru sıralanmaktadır.

Benzer bir sınıflandırma sistemi, "yetkilendirilmiş hastalar" yaratabilecek otorite derecelerini birbirinden ayırmaktadır (61). Bu bireysel hastanın en azdan en çok yetkilendirilmiş konumuna doğru devam eden bir harekettir. Bu, ahlaki telkinle başlar (sadece duyulabilecekleri sorma kabiliyeti), resmi politik kontrol kişinin örgütsel kaderini kontrol etme kabiliyetiyle devam eder. Bu süreçte hastaya en az yetki verilen alan hastaların hekimlerin kararlarının tekrar gözden geçirmesiyle ilgili talepte bulunma haklarıdır. Bu ıskalayı takip ettiğimizde; yasal tedaviler, yıllık olarak hastaların sigortacı seçim hakları, hizmet sunuculara yapılan ödemeye doğrudan bağlantılı olmayan hastane ve hekim seçimi, finansman ve hizmet sunumundaki seçilmiş demokratik kontrol, tedavi türü üzerindeki etki ve son olarak sunuculara yapılan ödeme ile bağlantılı has-

tane ve doktor tercihi Bu tipolojide, hizmet sunumundaki belirli kararlarda bireysel ağırlığın derecesi yetkilendirilmenin anlaşılmasındaki kilit noktadır. Böylece, yetki kazanmak için hastalar, yöneticilerden ve hizmet sunuculardan ayrı olarak kaynak tahsisatı ve bütçeleme üzerinde önemli bir kontrol sahibi olmalıdırlar. Bundan böyle bu yaklaşım daha çok bireyselliğe odaklanmakta ve hasta seçim ve karar verme kontrollerindeki önemine değinmektedir.

Ancak sağlık hizmetleri seçimi ile ilgili birçok çözümlenmemiş konu vardır. Bunlardan ilki bazı politika analistlerinin inancına göre, seçimin kullanıcılar için önemli olup olmadığı; tercihin nereye kadar önemli olduğu bütün sağlık hizmetlerinin sunumu mu yoksa doğum hizmetleri gibi bazı önemli alanlarda olması mı? Bununla ilgili diğer bir hususta sağlık hizmetinin özellikleri göz önünde bulundurulduğunda kullanıcıların istedikleri takdirde bilgiye dayalı tercih yapabilmek için yeterli bilgiye erişip erişemedikleridir (104), Son olarak, tercihe erişim konusunda eşitsizlik bulunmaktadır: en çok kaynaklara sahip olanlar tercih yapma konusunda da en büyük fırsatlara sahip olmaktadır (finans, zaman ve enerji).

VATANDAŞ KATILIMI

İki önemli kilit husus şudur: birincisi, farklı ülkelerde sağlık hizmetlerinin yapısı konusunda vatandaşların isteklerinin ne ölçüde göz önünde bulundurulduğu, ikincisi ise vatandaşların kararları etkilemekte ne kadar güçlü ve etkili olduğudur. Ülkeler ortak ve bireysel düzeylerde değişik yaklaşımlarda bulunmaktadır. Finlandiya'da vatandaşlar belediye sağlık kurulları yoluyla resmi bir etkiye sahiptirler. Seçilen belediye konseyi, bir sağlık kurulu seçmektedir; bu kurul belediye sağlık merkezinden bir baş hekim ve yerel halkı temsil eden bir vatandaş grubu tarafından oluşmaktadır. İngiltere'de farklı bir yaklaşım benimsenmektedir. Sağlık yetkilileri seçilmeyip atanmakta; ve vatandaş temsilcileri bulunmamaktadır. Yerel toplum sağlık konseyleri ise 20 yıldır varlıklarını korumaktadırlar. Bu kurumlar özellikle vatandaşların sağlık hizmetlerinde çıkarlarını temsil etmek için kurulmuşlardır. Finlandiya'dakinden farklı olarak bu konseylerin üyeleri seçilmez, atanır ve konseyler bilgi verici ve yönlendirici bir rol üstlenirler. Son günlerde İngiltere tarafından ortaya atılan yeni satın alma yetkilileri ve konsorsiyumları halkın itibarını kazanmıştır. Yerel halka danışmakla ilgili birkaç mekanizma NHS Yönetimi tarafından hazırlanan "local-voices" adlı tavsiye niteliğindeki bir dokümanda belirtilmiştir (105). Bu Öneriler yerel halktan seçilen odak gruplarının, araştırmaların ve sağlık forumlarının kullanımını içermektedir. Bu öneriler yasalarla saptanmış mekanizmaları içermemiş ve gelişmiş bir şekilde yerleşmiştir.

ODA ülkelerinde hasta destekleme gruplarını da içeren gönüllü sektörlerde gelişim çok hızlı olmuştur. Aynı zamanda bağımsız medya halkın dikkatine yönelik olarak katılımıda bulunmuştur. Polonya'da hasta haklarını desteklemekte basın büyük söz hakkına sahip olmuştur.

Polonya'da başarıya ulaşan en büyük reform yerel hükümet konseyi ile sağlık komitesinin kurulmasına yöneliktir. Parasal destek ve sağlık hizmetinin sağlanması konusunda birçok yerel hükümet BBSH'ye karşı sorumluluklar almaktadır. Çoğunlukla bu sorumluluklar bütçeyle birlikte delege edilmektedir

ve bu da yetkiyi sınırlamaktadır. Kendi bölgelerinde sağlık hizmeti tesislerinin kurulması veya kapatılması konusunda yerel hükümetlere danışılması gerekmektedir.

HASTA HAKLARI VE HİZMETİN KALİTESİ

Avrupa ülkelerinde hasta haklarını korumak için bazı mekanizmalar vardır. Bu mekanizmalar sağlık hizmetlerini hastaların taleplerine göre incelemektedir. Polonya'da 1991 yılında kabul edilen bir kanuna göre hastalar şu haklara sahiptir; Sağlık durumu ve sağlanabilen tıbbi tedavi hakkında bilgi almaya, tedavi hakkında yeterli biçimde bilgilendirildikten sonra tedavi yöntemini reddetmeye veya kabul etmeye, tedavinin gizli kalmasını istemeye ve onurlu ve huzur içinde ölmeye hakları vardır. Ek olarak hasta kişisel telefon konuşması yapmaya ve dış dünya ile iletişim kurmaya, ailesi ve arkadaşları tarafından bakım görmeye ve manevi bakım alma hakkına sahiptir. Bu haklarla ilgili herhangi bir kanun yoktur, bununla beraber hasta hakları ile ilgili bir beyanname geliştirilmesi çalışmaları sürmektedir.

1992 yılında İngiltere hasta haklarının geliştirilmesi ve kalitesinin artırılması hakkında yeni bir Beyanname (Patient's Charter) hazırlamış ve buna 10 kural daha eklemiştir. Burada vurgulanan kanuni haklardan ziyade standartlardır ve bu yüzden Beyannamenin başarısı ilkelere esas teşkil etmek üzere geliştirilen mekanizma ve prosedürlerin kalitesine ve bunların uygulanması ile yükümlülerin bunlara verdiği öneme bağlı olacaktır. Etkili mekanizmalar olmadan Beyanname hastalara yetki verme konusunda fazla bir şey yapamaz.

Polonya ve İngiltere'deki bu yaklaşımın tersine, 1993 yılında Finlandiya'da hasta hakları kanununla tanımlanmıştır. Avrupa'da bu kurallar yasamaya ilişkin bir dönüm noktasıdır (106). Bu kurallar hastalara iyi bir sağlık hizmeti almayı, tedavileri hakkında bilgi sahibi olmayı ve yapılan tedaviyi ret etme hakkını ve acil tedaviyi de sağlamaktadır. Finlandiya'daki kanunların en önemli rolü hasta haklarını koruyan görevlilerin olması ve her sağlık hizmeti ünitesinin birkaç yere] sağlık hizmeti ünitesinden sorumlu olacak hasta haklarını koruyacak bir görevli atamasıdır. Bu görevlilerin rolü hastaları sahip oldukları hakları konusunda bilgilendirmek ve tazminata başvururken veya şikayetlerini yazılı olarak bildirirken onlara yardımcı olmaktır.

Hollanda'da hasta hakları konusu çok kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır. Yasamaya ilişkin olarak hasta hakları 1995 yılının Nisan ayında etkili olmuştur (107). Kanunlara göre hasta ile doktor arasındaki iletişim, medeni sözleşme hukuku içerisinde özel bir sözleşmedir. Bu kurallar hastaya doktorla doğrudan temas kurma hakkı sağlar ve hükümete olan güveni destekler. Bu yasalar hastalık hakkında bilgi edinmeyi, tıbbi kayıt ve bilgileri incelemeyi, hastalığın gizli tutulması hakkını, çocukların yasal pozisyonunu ve ebeveynlerin onlar üzerindeki haklarını, tıbbi sorumlulukları, tıbbi veri ve kayıtların kullanımını ve insan dokusunun araştırma amaçlı kullanımı konularında hakları tanımlamaktadır.

İtalya'da bu konuyla ilgili değişik bir yaklaşım benimsenmektedir. Hasta hakları için mahkemeler vardır. Mahkeme sağlık hizmetinin en iyi şekilde sunulmasının temini için çalışmaktadır ve hastaların sorunlarını çözebilecek sıradan vatandaşlardan oluşmaktadır.

Mekanizma doğrultusunda herhangi bir hastanın memnun kalmaması durumunda prosedür şikayet edilebilir. Bazı Avrupa ülkelerinde, İngiltere de dahil, son yıllarda şikayetlerin arttığı gözlenmektedir. Şikayetlerin tanımlanmasının zorluğuna rağmen bu hizmetleri kullananların İstekleri göz önünde tutulmaktadır.

Çoğu ülkede oluşan şikayetler için kullanılan resmi sistemler potansiyel şikayetleri desteklemektedir. İngiltere'de şikayet sistemleri yeniden gözden geçirilmektedir (108). Şikayette bulunanlar dahili bir sistem yoluyla şikayetlerini takip edebilirler ve yine de tatmin olmazlarsa şikayetlerinin meslek dışından bir kişinin başkanlığındaki bir panel tarafından incelenmesini isteyebilirler. Ancak panelin toplanmasına karar verecek olanlar sağlık tröstü veya otoritesidir (109-110).

Şikayet sistemleri ile ilişkisi olan konulardan biri, özellikle taraflar arasında anlaşmazlık çıktığında, maddi tazminat davalarının genellikle hukuk mahkemeleri vasıtasıyla görülmesi nedeniyle, şikayetlerle ilgilenen kuruluşların sadece disiplinle ilgili önlemler hakkında karar verebilmeleridir. 1987 yılında Finlandiya'da bu problemle mücadele edebilmek için bir kanun çıkarılmıştır. Sosyal refah ve sağlık bakanlığı içinde zarar gören hastalar için bir kurul oluşturulmuştur. Bu kurulun görevi, talep edildiği takdirde şikayetin tazminini sağlamak ve bu konudaki görüşünü bildirmektir. İsveç'te Milli Sağlık ve Refah Kurulu tarafından idare edilen ve bölge konseyi tarafından merkezi bir fona kişi başına ufak bir katkı payı ödenmesi yoluyla finanse edilen uzun yıllardır hatasız bir biçimde işlemekte olan bir yapı vardır.

Polonya'da var olan bazı şikayet mekanizmaları, şikayet sistemi bürokrasi ve kanunlara bağlı olduğundan büyük ölçüde gözden düşmüştür. Kendi düzenlemelerine tabi dernekler ve birlikler sistemi içerisinde hastalar için şikayet prosedürleri bulunmaktadır ve hastalar hasta hakları ile ilgili yetkililer yoluyla şikayetlerini iletebilmektedirler.

SİGORTACI VE/VEYA HİZMET SUNUCUNUN SEÇİMİ

Sağlık hizmetlerinde seçim konusu oldukça karmaşık bir durumdur. Avrupa ülkelerinde hastalar hizmet sunanları, genel pratisyenleri, uzmanları ve hastaneleri seçme hakkına sahiptirler. Bazı ülkelerde sistemin üyeleri sigortacıyı seçebilmektedir. Kuzey Avrupa'da hastalık fonları sadece yüksek gelirli için geçerlidir. Bazı ülkelerde, belirli konumlardaki hastalar alacakları tedavi konusunda (mesela: kronik) klinik kararları etkileyebilirler (61).

Sigortayı sağlayan kişilerin seçimiyle ilgili olarak vergi esaslı ve hastalık sigortasına sahip ülkelerin çoğu kişilerin kendi genel pratisyenlerini kendilerinin seçmelerine imkan tanır (6,111). Bu seçim belirli bir dönem için geçerlidir (Almanya'da 3 ay, Danimarka'da 1 yıl) ve sadece birkaç ülkede bu seçimler kurumlar tarafından resmi onay alınarak uygulanır. Halen hastaları özel bir genel pratisyenin gözetimine veren Kuzey Avrupa ülkelerinden biri de Finlandiya'dır. Eğer belirli bir mahalledeki herkes aynı hekim veya hekimler grubu tarafından tedavi edilirse geniş kapsamlı tedavilerin daha etkili olacağı düşünülmektedir. Ancak özel bir hekime gidecek kadar parası olan yurttaşlar pratisyen hekimlere kayıt olmayı gerektiren kamu sistemi dışında kalmayı tercih edebil-

mektedirler. Seçilebilir prosedürler için uzmanın ve hastanenin seçimi tartışmalı bir konu olmayı sürdürmektedir. Ülkeler arasında hastaların kendilerini uzman bakımına sevk edip edemeyeceği ya da bunun tersi olarak genel pratisyenlerin hastaları uzmanlara sevk edip etmeyeceği konusunda net bir görüş birliği yoktur (6,111). Daha fazla bilgi için 6. Bölümdeki BBSH kısmına bakınız.

Bu iki yaklaşıma örnek, hasta fonu ödeme sistemi ve vergiye dayalı sistemlerde bulunmaktadır. İsveçli hastalar uzmanlara başvurabilirken İngiltere'de ve Finlandiya'da bu söz konusu değildir. Danimarka'da nüfusun %2.5'i 2. grup sigortayı seçmektedir. Bu sigorta ek bir ücretle doğrudan uzmana başvurma hakkı tanımaktadır. Bir başka karmaşık durum ise vergiye dayalı bazı sistemlerde hastaların özel bir uzmana gitmek için cepten ödeme yapmayı tercih etmeleridir (112) (örnek olarak Finlandiya'da sosyal sigorta ile asıl fiyat arasındaki farkı öderler).

Hastanenin seçimi de buna benzeyen bir uzman tarafından sevk edilme yöntemi ile yapılmaktadır. İsveç'te 1991 ve Danimarka'da 1993 yılından itibaren, hastalar gidecekleri hastaneleri seçme hakkına sahiptirler. Bu sistemler zamandan tasarrufu sağlar ve hastanın azami derecede kontrol edilmesine yardımcı olur. Aksine İngiltere'de sözleşme yapılmasındaki artış hastaların tercihleri üzerinde kısıtlama getirmiş ve hastalar hisse sahibi genel pratisyenler veya sağlık otoritesiyle sözleşmesi bulunan hastaneler arasından seçim yapmak durumunda kalmışlardır. Sözü geçen amaçlara ulaşmada (113) ara değerlendirmeler kapsamlı tercihlerin kısıtlı tercihlere oranla daha başarılı olduğunu gösterse de gene bir sonuca varılabilmesi için yeterli miktarda karşılaştırmalı değerlendirme yapılması gerekmektedir.

Sigortacı seçimi de tartışmaya açık bir konudur. Bunun detaylı analizi 4. Bölümde yapılmıştır. Avrupa Bölgesinde tek bir ülke (İsrail) hastalara rekabet halindeki özel firmalardan birini seçebilme hakkını tanıyan bir ulusal sigorta sunmaktadır. Hollanda birden fazla rekabet eden sigortacıları sisteme dahil ettiğinde, bunun sosyal dayanışmayı sağlaması konusunda çok büyük engellere yol açtığını farketmiştir (61,67,114). Rekabete dayalı sigortanın ek hizmetler açısından çok az bir fayda sağlayan çok pahalı bir yaklaşım olduğu kanıtlanmıştır.

Hastalar çok az durumda klinik tedavi konusunda etki sahibidir (6). Bazı ülkelerde, yaşlı hastalara bakımlarının kendi evlerinde mi yoksa herhangi bir bakım evinde mi yapılması konusunda danışılmaktadır.

DEĞERLENDİRME: POLİTİKA DEĞİŞİKLİKLERİNİN ETKİSİ

Bu değişikliklerin toplum katılımı ve seçimi düzeyleri üzerindeki etkileri büyük Ölçüde İngiltere'de yapılan çalışmalardan elde edilmiştir. Çalışmanın bulgularına (115,116) göre önerilerin farklı etkileri bulunmaktadır. Örnek olarak Bruster ve diğerleri (115), hastane hizmetleri üzerinde hastaların görüşleriyle ilgili ulusal araştırmalardan Hasta Hakları Beyannamesinde saptanan standartların bazı alanlarda uygulanmadığını ortaya koymuşlardır. Bunlar tedavinin açıklaması, sağlık kayıtlarına ulaşım ve öğrenci eğitiminde görev almak ve bekleme listesine konduktan sonra iki yıl içerisinde hastaneye kabulün gerçekleştirilmesidir.

İngiliz Tutum Araştırmaları (116) bulguları göstermektedir ki; reformlar sağlık harcamalarına olan talebi azaltmakta ve hizmet sunumuna olan güveni arttırmaktadır. Hizmet sunumunun performansını arttırmaktadır. Halk sistemin işlemesi konusunda ikna olmamıştır. 1987 yılında, görüşülen kişilerin üçte ikisi hastanelerin hayatı hastalar için mi yoksa doktorlar için mi kolaylaştırmaları gerektiği arasında bir seçim yapmışlar ve hastanenin hastaların hayatını kolaylaştırmasını tercih etmişlerdir. 1993 yılında görüşülenlerden sadece yarısı bu seçimi hastanelerin yapabileceğini düşünmekteyken sadece dörtte birinden biraz fazlası bir ameliyata ihtiyaç duyduğunda hangi hastaneye gideceğini kesinlikle veya büyük olasılıkla kendilerinin karar verebileceklerini belirtmişlerdir. Ayrıca, bekleme listeleri zamanları üzerindeki sınırlamanın beklemenin daha önemsiz yönleri üzerinde odaklanmış olabileceği de ileri sürülmüştür (117). Cartwright & Windsor (117) hastaların bekleme listelerine de konması kararından ziyade polikliniklerde tedavileri ve genel pratisyenler tarafından sevk edilmelerindeki gecikmelerden daha fazla memnuniyetsizlik duyduklarını ortaya çıkarmışlardır.

Fon şirketlerinin hastanın yapabileceği tercihler üzerindeki etkisine yönelik fazla bulgu bulunmamaktadır ve bu da değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. Fon şirketi uygulamasının başlatılması ile birlikte para akışının hastaları takip edeceği ve hisse sahiplerinin sağlık tedavisi için müşteri arayarak hasta tercihinin arttıracağı umutları henüz gerçekleşmemiştir. Çünkü hisse sahipleri yerel hastaneleri desteklemek eğilimindedirler. Son zamanlarda açıklanan Teftiş Komisyonu Raporu (119) fon sahibi uygulamaları kapsamındaki hastaların bekleme listelerinin kısalığı sayesinde, hastane hizmetlerine daha iyi erişim imkanlarına sahip olduğunu tespit etmiştir. Ancak, daha Önce yapılan bir çalışma hisse sahibi genel pratisyenlerin hastaların tercihlerini dikkate alma olasılığının fon tutmayan uygulamalar kapsamında yer alanlarınkinden daha fazla olmadığını göstermiştir (120).

İngiltere'deki politikalar farklı alanlarda hasta tercihinin genişletmeyi amaçlamışlardır. Ayrıca bu politikaların hastaları bir müşteri gibi davranmaya ve sağlık hizmetleri için en uygununu aramaya teşvik ettiği görülmüştür. Fakat bazı yorumcular bu konudan şüphe etmektedirler. Bu yorumcular hastaların tüketici gibi davranmalarına yönelik motivasyonlarını sorgulamakta ve kendileri için en uygun hizmeti arama konusundaki isteklerinden şüphe duymaktadırlar (Öm. Leavy, (121)). Kronik hastalıkları olanlar için. örneğin, bir hastalığın seyri sırasında kurulmuş bir güven ve İtimat ilişkisi hiç bir şey yapmama konusunda güçlü bir dürtü sağlayabilmektedir. Son yapılan araştırmada, yeni sistemin hastaların genel pratisyenler arasında gidip gelme oranında bir artışa sebep olmadığı bulunmuştur (122).

Benzer biçimde, İngiltere'de özel sigorta kapsamındaki nüfus oranındaki artış dengelenmişse de. hala büyük ölçüde durumları iyi olanları kapsamaktadır. Bulgular, özel sağlık sigortası kullanımının "tüketici seçeneğini" marjinal olarak arttırdığına işaret etmektedir (123). Özel sağlık sigortası kullanan kişiler tesislerin kalitesini, kişisel bakım ve tedaviyi ve de tedavi gerektiği zaman seçme hakkı olması yönlerini vurgulamışlardır; ancak özel ve kamu sektörleri arasında kullanım açısından bir veri bulunmamaktadır. Üyelerin tedavi masrafları

konusundaki bilgileri çok azdır ve doktorların becerilerini değerlendirebilmek açısından yeterli olmadıklarını düşündüklerinden bilgiye dayalı bir seçim yapamadıklarına inanmaktadırlar. En iyi hizmet için bir arayışta bulunmaktansa özel tedaviye gidip gitmemeleri veya gideceklerse hangi doktora görünmeleri konusunda hastalar NHS içerisindeki genel pratisyenlerine güvenmişlerdir. Bu göstermektedir ki, hastalar tıp mesleği mensuplarına bağımlı kalabilmektedirler; ve önemli olan da bu bağımlılığın nasıl düzenleneceğidir (124).

Yeni girişimlerin etkileri satın alma otoritelerinin yerel halka danışmalarıyla olmaktadır; literatürde uygulanan metotlarla ilgili oldukça fazla çalışma vardır (109,110,125). Bu çalışmalar araştırma ve çabuk değerlendirme teknikleri olduğu gibi mahalle forumları ve kullanıcı grupları da olabilmektedir. Bu konsültasyon metotları hususunda değerlendirme yapmaya yarayacak bulgu çok azdır ve bunların halkın görüşlerini göz önünde bulundurmak için yapılan samimi girişimler mi olduğunu, yoksa yönetsel manipülasyonları yansıtacak stratejiler mi olduğunu bilmek zordur (126). Ayrıca, sağlık otoritelerinin iç organizasyon yapısı ve de kamu görüşleri bir kez ortaya çıkarıldığı zaman bunların karar verme sürecini gerçekte nasıl etkileyeceği hususları da bulunmaktadır.

Hizmetlerin açık şekilde sınırlandırılmasıyla ilgili olarak hizmet satın alanlar, zaman zaman toplumu tercihlerini önceliklendirmeye çağırmışlardır (127). Bu genelde toplumun üstlenmek istemediği bir roldür. Çünkü bunun büyük ölçüde tıp mesleği mensuplarının sorumluluğu olduğunu iddia etmektedirler (128). Bu çalışmalarda uygulanan metodoloji hem etik nedenler hem de toplumun tüm kesitlerinin doğru biçimde temsil edilmediği sebebiyle eleştirilmektedir.

SONUÇ

Seçilmiş ülkelerin tecrübelerine dayalı bu kısa inceleme, uygulanan politikalar ve bu politikaların etkililiği üzerindeki benzerlikler ve farklılıkları göstermektedir. İngiltere gibi bazı ülkeler ahlaki telkin yaklaşımını seçerken, bazıları, Finlandiya gibi, hasta haklarını ve toplum katılımını güçlendirmek amacıyla daha müdahaleci hükümet düzenlemelerini uygulamışlardır. İtalya'da bu politika yukarıdan aşağıya doğru olan bir yaklaşımdan ziyade sosyal bir hareket olarak ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmeti konusunda kullanıcıların görüşlerini temsil edecek en etkin mekanizma üzerinde kıyaslamaya dayalı olan ve karar vermeyi sağlayacak bulgular hala çok sınırlıdır.

Halk Sağlığının Gelişen Rolü

Sağlık hizmetleri reformu tartışması büyük ölçüde hizmet sunumu, örgütlenmeye yönelik yöntemler ve en maliyet etkin biçimde sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanı ile ilgili hususlar üzerine odaklanmıştır. Talep tarafının kilit hususları üzerinde fazla dikkat harcanmamıştır; Özellikle de toplumun sağlığının daha geniş belirleyicilerinin iyileştirilmesi yoluyla sağlık hizmetleri ihtiyacının nasıl azaltılabileceği konusu üzerinde fazla durulmamıştır (129). Bu çoğu Avrupa ülkesinin resmi olarak hem sağlık reformları hem de halk sağlığı politikalarını uygulamalarına rağmen olmuştur; ve "herkes için sağlık" stratejisi buna bir örnektir (130).

İki önemli nokta bulunmaktadır. Birincisi, sağlık sektörü reformlarının nüfusun sağlığı üzerindeki iyileşmeye katkı sağlamasının önemidir. İkincisi ise; güçlü bir halk sağlığı alt yapısının uygun kapasitesiyle birlikte sağlık sektörü reformlarının tasarımı ve uygulanmasına ne kadar katkıda bulunabileceğidir.

Eğer sağlık sektörü reformunun en önemli amacı nüfusun sağlığını en iyi seviyeye getirmekse; sağlık sektörü reformları sosyal, fiziksel ve ekonomik çevrenin sağlık statüsü konusundaki etkisini ya da bunun tersini (132) kabul eden daha geniş bir paketin parçası olmalıdır (131). Sağlığın en önemli belirleyicileri bu alanlar içerisinde yer almaktadır ve sağlık kazanımı için de en geniş kapsamı sunmaktadır. Gerçekte Avrupa'nın karşılaştığı sağlıkla ilgili temel engeller gelir dağılımını, işsizlik oranını, eğitimi, kültürü ve tarım sektörünü baz alan politikalar gerektirmektedir.

İkinci durumda, sağlık hizmetleri ihtiyaçlarını değerlendirebilen ve bunlara cevap verecek uygun hizmetleri tanımlayıp, geliştirip, uygulayabilme kapasitesine sahip güçlü bir halk sağlığı altyapısı, sağlık reformları programının başarısı için önemli bir faktördür. Bu konu reformlar gittikçe hizmetin etkililiği üzerinde odaklanmaya başlarken gittikçe Önem kazanmaktadır.

Ülkelerin çağdaş bir halk sağlığı altyapısı geliştirebilmeleri için gerekli olan kapasite içerisinde sağlık ve sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacı değerlendirebilecek teknik beceriler, etkili ve gerçekleştirilebilir politikalar geliştirme becerisi ve sektörlerarası faaliyeti teşvik edecek ve sağlıklı kamu politikaları oluşturacak mekanizmalar bulunmalıdır. Halk sağlığının rolü gittikçe daha iyi anlaşılabilir ve hala bazı reform politikaları kapsamında yeterince ele alınmamaktadır.

Bu bölümde bu konular büyük oranda sağlık sektörü reformu bakış açısından ele alınmaktadır. Halk sağlığının tanımı ve kamu sağlığı için sektörlerarası faaliyet üzerindeki tartışmalar üzerinde durulmaktadır. Halk sağlığı işlevinin birçok farklı sektörü içerdiğini kabul ederken, bu bölüm halk sağlığı alt yapısını sağlık hizmetleri sektörü içerisinde yer alan bileşenleri üzerinde durmaktadır.

HALK SAĞLIĞININ TANIMI

Halk sağlığının tanımını yapmak önemlidir. Yıllar boyunca bu konuda birçok ülkede çok değişik tanımlar yapılmıştır. Örnek olarak çok yakın geçmişte Macaristan'da yedi farklı kelime halk sağlığının belirli özellikleri tanımlanmaktaydı (133). Bazı diğer ülkelerde de olduğu gibi, kimi terimler halk sağlığı olarak çevrilmektedir; bunların kimilerinin bazı tarihsel çağrışımları vardır ki politik açıdan bu terimleri kabul edilemez yapmaktadır. Örneğin, Almanca'daki *Volksgesund-heit*.

Yaklaşık 40 sene önce 1952 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) halk sağlığı idaresi uzman komitesi Winslow'un (135) tanımına dayanarak halk sağlığını şöyle tanımlamıştır.

Hastalıkları önlemenin bilimi ve sanatı, daha uzun yaşam süresi, çevrenin korunması için örgütlü toplum çabalarıyla ruhsal ve fiziksel sağlığın ve verimliliğin iyileştirilmesi, bulaşıcı enfeksiyonların kontrolü, bireylerin kişisel hijyenleri hakkında eğitilmesi, erken tanı ve hastalıkların koruyucu tedavisi için tıp ve hemşirelik

hizmetlerinin örgütlenmesi, sağlık kazancı için her bireye uygun yaşam standardını sağlayacak sosyal mekanizmaların gelişimi, böylece bu faydaların her vatandaşın kendisinin doğuştan hakkı olan sağlık ve uzun yaşama hakkının farkına varmasını sağlayacak şekilde organize edilmesidir.

Bu tanımın etkisi yaygın olarak kullanılan iki tanımda görülebilir: Birincisi, Amerikan tıp enstitüsü tarafından yapılmıştır, "hastalıkların önlenmesi ve sağlığın iyileştirilmesini amaçlayan örgütlü toplum çabaları" (136); ikincisi ise İngiltere'deki halk sağlığının geleceği konusunda Acheson komitesi raporuna (137) göre "örgütlü toplum çabaları yoluyla hastalıkların önlenmesinin bilim ve sanatı, uzun süreli yaşam ve sağlığın iyileştirilmesi".

Bunlar çok geniş tanımlardır ve tam anlamıyla tedavi sektörünü ifade etmemektedirler. Uygulamada, birçok ülkede toplum sağlığı hizmetleri tedavi edici sektörden oklukça ayrı tutulmuştur. Bununla birlikte, bu iki sektörün kendilerinin ortak faydaları için birlikte çalışmaları gereği gittikçe kabul görmektedir. Tedavi sektörü tedavi için hizmet arayanlara pasif şekilde yanıt vermemelidir. Fakat, koruyucu faaliyetler içerisinde de bulunmalıdır. Halk sağlığı sağlık hizmetlerinin organizasyonuna bir toplum bakış açısı sunarak ve hizmetlerin etkililiğini iyileştirecek politikalar geliştirilmesine yardımcı olarak destekte bulunabilir.

Bu kavramlar halk sağlığının, bir toplumun sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesine katkıda bulunacak tıbbi hizmeti de içeren bir dizi faaliyetleri kapsadığını vurgulayan "yeni halk sağlığı hareketi" için esas teşkil etmektedir (Barnard. K. basılmamış veri 1995). Frenk (138) detaylı bir tanım sunmaktadır:

Bu yeni halk sağlığı kavramı, toplum ihtiyaçlarını belirlemek ve iyi tanımlanmış nüfusa dayalı kapsamlı sağlık hizmetlerini örgütlemek için sistematik çabaların üzerinde durmaktadır. Böylece, nüfusun şartlarını belirlemek için gerekli bilgi sürecini ve bu şartlara cevap verebilmek amacıyla gerekli kaynakların yeniden dağıtılmasını içerir. Bu bağlamda, halk sağlığının esası halkın sağlığıdır. Bu nedenle, sağlığın iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, tanı ve hastalıkların tedavisi ve fiziksel, sosyal ve mesleki rehabilitasyon için bütün gerekli sağlık hizmetlerini sağlamak amacıyla personel ve tesislerin örgütlenmesini içerir.

HALK SAĞLIĞININ SEKTÖRLERARASI KAPSAMI

Sağlığın başlıca belirleyicileri farklı düzeylerde hareket eder. Öncelikle genetik faktörler arasında farklılıklar vardır; bazı bireylerin bazı hastalıklara diğerlerinden daha açık olması gibi. Genetiğin katkısı gittikçe artan bir şekilde anlaşılmaktadır. Bu anlayış, ikizler, aile ağacı ve evlat edilmiş çocuklar üzerindeki epidemiyolojik çalışmaları birleştirmeyi, hem genleri tanımlamak hem de hastalıklarla ilintili proteinleri açıklamayı mümkün kılan yeni laboratuvar tekniklerine dikkat çekmektedir. Bazı durumlarda tek genler veya anormal kromozomlar hastalığa sebep olabilmektedir. Bunlar genellikle hastalıklara karşı eğilimlerin bir göstergesidir; ve kendilerini ancak diğer faktörler de mevcut olduğunda gösterirler.

İkinci bir dizi faktör de hayat tarzı ve çevre ile ilgilidir; bunlara tütün ve alkol tüketimi, diyet ve kaza nedenleri dahildir. Her ne kadar kalp, damar ve beyin damar hastalıklarındaki mikro-besleyicilerin rolü gibi, ilişkilerin mahiyetine ilişkin delillerin sadece çok yavaş biçimde gün ışığına çıktığına dair bulgular olsa da bunların belli hastalıklarla yakından ilintili olduğu söylenebilir. Son olarak, kalp damar hastalıkları, kanser, kaza ve akıl sağlığı oranlarını etkileyen ve daha dağılmış bir etkiye sahip bir dizi faktör bulunmaktadır. Bunlara gelirdeki eşitsizlikler, şahsi özerklik duygusu ve toplumsal destek dahildir. Bu etkenlerin önemini gösteren bulgu gittikçe artan biçimde zorlayıcı olmaktadır (34,139). Bunları hareket ettiren mekanizmalar halen açıklama gerektirirken psikolojik faktörler ve bağışıklık sistemi arasındaki bağlantının önemine dair artmakta olan bulgular vardır.

Bu farklı faktörler, sigara içilen durumlarında gösterdiği gibi, etkileşim içerisinde olabilirler. Genetik olarak kanda, yüksek oranlı kolesterolü olan bir tiryaki, kolesterolsüz bir bireyden daha fazla kalp krizi riskine sahip olacaktır. Ayrıca, nispeten düşük gelirli bir insanın hem sigara içme olasılığı fazla olacak hem de, belirli bir tütün tüketimi dikkate alındığında, akciğer kanseri olma ihtimali daha fazla olacaktır.

Mahrumiyet ve düşük sağlık düzeyi arasındaki bağlantıların mahiyeti daha yeni tümüyle anlaşılmaya başlanmış olmakla beraber, temel hipotez uzun yıllardan beri bilinmektedir. Virehov gibi yorumcular 19.yy ortalarında sosyal politikada değişikliklerin yapılmasını istemiştir (140). İngiltere gibi ülkelerde nüfus sayımlarında ve ölüm kayıtlarında mesleklerin kayda geçirilmesi uygulaması mahrumiyet ve sağlık arasındaki ilişki üzerindeki araştırmada düzenli bir artışı teşvik etmiştir. 1980 yılında yayınlanan Kara rapor (141) sosyal mahrumiyet ve düşük sağlık düzeyi arasındaki ilişkiyi hiç bir şüpheye meydan bırakmayacak biçimde ortaya koymuştur.

Sağlık belirleyicilerinin karmaşıklığı konusundaki artan farkındalık, çok etmenli sağlık kavramı esasına dayanan, sağlığın iyileştirilmesi yönünde yeni bir yaklaşıma yol açmıştır. Bu husus, Kanada Hükümetinin 1974 yılında yayınladığı "Kanada'lının sağlığı üzerinde yeni bir perspektif başlıklı raporda açıkça belirtilmiştir (42). Bu çalışma genelde, çalışmayı yürüten ekibin başkanı olan kişinin adıyla "Lalonde Raporu" olarak anılmaktadır. Anılan bu çalışma sağlığın, yaşam tarzının, çevrenin, insan biyolojisinin ve sağlık hizmetinin ürünü olarak görüldüğü "sağlık sahası" kavramının tanımını yapmıştır. Bu yaklaşım 10 yıl sonra 1984 yılında DSÖ tarafından benimsenmiş Avrupa herkes için sağlık stratejisinin (142) ve 1986 sağlığın iyileştirilmesi için Ottawa Şartı'nı temeli olmuştur (143). Burada 5 faaliyet alanı belirtilmiştir:

- Sağlıklı toplum politikasının kurulması
- Destekleyici çevrelerin yaratılması
- Toplum hareketinin kuvvetlendirilmesi
- Bireysel becerilerin geliştirilmesi
- Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi

Bu ilkeler bireylerin ve toplumların sağlık belirleyicileri üzerindeki kontrolünü arttıracak biçimde halk sağlığının rolünü güçlendirmektedirler (143). Bu yaklaşımın esasını sektörlerarası faaliyete duyulan ihtiyaç oluşturmaktadır. Eğer fakirlik, beslenme ve tütün tüketimi gibi faktörler hastalıkların bazı önemli belirleyicileri iseler birçok kurum ve kuruluşun işin içinde olması gerekir. Bu kurum ve kuruluşlar merkezi ve yerel hükümet, sivil toplum örgütleri ve toplum grupları ve özel örgütlerdir.

Sektörlerarası programlar hem resmi hem de resmi olmayan yollarla düzenlenebilir. Bunlar; kamu ve özel kuruluşlar -tek başına veya birlikte hareket eden bireyler ve sağlık sektörünün hem içinde hem dışında yer alan örgütler olabilir. Buna ek olarak salt sağlıkla ilgili hedeflere ulaşmakla kısıtlı olmayan bir çok politika; toplum gelişimi, gelir dağılımı gibi, sağlık açısından önemli sonuçlar getirebilir.

Sektörlerarası yaklaşımın en iyi bilinen örneği, Avrupa'da 650 şehirde ve dünya çapında 1000'i aşkın yerde Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlıklı Kentler Projesi'dir (144). Yerel hükümet ve gönüllü kuruluşlar ve organizasyonlar bir araya gelip sağlık düzeyini yükseltmeye çalışmaktadır. Çalışılan konular; sağlığın iyileştirilmesi, ekolojik yönetim, korunmasız gruplar için sosyal destek ve hakkaniyet, topluma yetki verilmesi ve sağlık için entegre planlama konuları üzerinde duran programlardır. Bunlar ve diğer topluma dönük programlar, Finlandiya'da kalp rahatsızlıklarının yüksek düzeyde olması üzerinde duran Kuzey Karelia Projesi (145) gibi, davranış değişikliği sağlama konusunda etkili olmuşlar ve böylece sağlığı iyileştirebilmişlerdir.

Ulusal düzeyde bazı Avrupa ülkeleri bu sektörlerarası yaklaşımdan etkilenen sağlık stratejileri oluşturmuşlar veya oluşturma sürecindedirler. İngiltere'deki (146) ulusun sağlığı stratejisi buna bir örnek olmakla birlikte Fransa, Lüksemburg, Hollanda, İsviçre ve Türkiye gibi ülkelerde de benzer stratejiler ortaya çıkmaktadır. Çek Cumhuriyeti, Litvanya, Polonya ve Slovenya gibi bazı ODA ve BDT ülkeleri de, sağlığın geliştirilmesi ve sektörlerarası faaliyet prensiplerini içeren stratejiler geliştirmektedirler. Çeşitli ülkeler buna Bulgaristan, Danimarka, Finlandiya, Macaristan, İrlanda ve İngiltere'de dahildir (147), bakanlıklar veya daireler arası komiteler oluşturmuşlar ve sağlık politikalarını koordineli bir hale getirmişlerdir. Bu bahsedilenler, sağlığı siyaset gündemine koymak için resmi bir mekanizma sağlamaları bile sağlığın gündemde kalmasını sağlamayı garanti etmeleri mümkün değildir.

HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE REFORM

Avrupa'da "halk sağlığı hizmetleri" terimi çok çeşitli unsurlar içermektedir. ODA ve BTD ülkelerinde ve Avrupa'nın güney bölgesinde bu terim dar bir bakış açısından ele alınır ve sağlığın kötü çevre koşulları ve bulaşıcı hastalıklar gibi sadece belli başlı birkaç özel belirleyicisi üzerinde durulur. Diğer ülkelerde ise nüfusun genel sağlığını izleyecek biçimde daha geniş bir role sahip olmuştur.

Halk sağlığı hizmetlerinin nelerden oluştuğunu gösterecek çok az resmi uluslararası yönlendirici vardır. İngiltere 'de Acheson Raporu (137) halk sağlığı branşını şu şekilde tanımlar;

Halk sağığı bransı, halk sağığı üzerinde uzmanlaşan bir tıp dalıdır. Nüfusun sağığını gözetmekle sorumludur, sağığın gerektirdiğı ihtiyaçları karşılamakla görevlidir ve aynı zamanda sağık hizmetlerinin en iyi şekilde sunulması ve geliştirilmesi ve sağık hizmetlerinin değeriendirilmesi ile de sorumludur.

Halka yönelik sağık hizmetlerinin halk sağığı tıbbından daha öte bir şey olduğunun kabul edilmesi gereğine rağmen bu bize yararlı bir tanım sağılamaktadır. Gerçekte gelişme hızının ülkeden ülkeye değıştiğı bir yana bırakılırsa, en üst düzey yöneticileri aynı zamanda sosyolog, tabip, tıp kökenli olmayan epidemiyologlar, politika analistleri ve ekonomistleri içeren multidisipliner bir halk sağığı hizmeti modeline doğru bir gidiş vardır.

Halk sağığı hizmetleri hakkında farklı görüşler ileri sürüldüğü kabul edilirse, gerçekçi bir yaklaşım, birçok sistemde ortak olan önemli işlevleri, bu işlevlerin farklı biçimlerde düzenlendiğini ve farklı inançları yansıttığını kabul ederek incelemelidir. Bunlar aşağıda 5 başlık altında incelenmektedir (148): bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve çevre sağığı, spesifik gruplara götürülecek hizmetler, sağık gelişimi, sağık hizmetlerinin oluşturulması, planlanması ve değeriendirilmesi ile halk sağığı araştırmalarıdır.

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve çevre sağığı

Bu iki konu, bulaşıcı hastalık kontrolü ile çevre sağığının tarihsel olarak halk sağığı alanında çekirdek bir role sahip olmaları nedeniyle birlikte incelenmektedir. Birçok ülkede halk sağığı çalışmaları hala bu iki geleneksel işleve yöneliktir. Son yıllarda, antibiyotiklere dirençli bakterilerin yol açtığı türlerden yeni enfeksiyonlar bu alanın önemini artırmıştır. Gerçekten, HIV enfeksiyonu ile AIDS, birçokları tarafından kara ölüm olarak adlandırılan ortaçağ veba salgınından bu yana toplumların en büyük tehlikesi olmuştur. Fransa ve İsviçre'de HIV halk sağığı hizmetlerinin artırılmasında ulusal düzeyde en büyük itici güç olmuştur. Ancak bulaşıcı hastalıkların kontrolü alanında halk sağığı hizmetlerinin köklü geçmişine karşılık uygulamada çeşitli ulusal farklılıklar vardır.

Yapısal düzeyde, ülkeler arasında operasyonel faaliyetler sorumluluğun yerel hükümetlere verilip verilmediğı konusunda farklar bulunmaktadır; Almanya ve İskandinavya'da olduğu gibi. İtalya ile ODA ülkelerinde bu, sorumluluğun sağık hizmetlerine verilip verilmediğini veya ikisi arasında ayrılarak İngiltere'de olduğu gibi halk sağığı bransının sağık hizmetlerinin bir parçası olması fakat çevre sağığının bir yerel hükümet sorumluluğı olması gibi. Pratikte bu yaklaşımlardan herhangi birinin ötekine üstün olduğunu gösteren fazla bulgu bulunmamaktadır. Daha da önemlisi, hizmetin nerede olduğuna bakılmaksızın sağık ve diğer kamu işlevleriyle sıkı resmi ve gayriresmi ilişkiler bulunmasına, pratisyenlerle politika belirleyiciler arasında da yakın bağlantılar kurulmasına gerek vardır.

Salgın kontrolünde ve tetkikinde kullanılan metotlar arasında da dikkate değer farklar vardır. Bu farkların yapısal özelliklerinden daha önemli olup olmadıkları da tartışılabilir. Bu farklılıkların yapısal hususlardan daha önemli olduğu tartışılabilir. Örneğin pek az ülkede hastane laboratuvarlarından bilginin hızla iletilmesini sağılayan çok gelişmiş gözetim sistemleri vardır (149). ODA ve kimi Güney Avrupa ülkelerinde salgın incelemesi mikrobiyolojik metotlara dayanır ve nispeten dar olan bu yaklaşım önlenabilir risk faktörlerini tanımlamada çoğu zaman başarısız olur. Bu yaklaşım genellikle organizmaların özel

kültür gereksinimleri söz konusu olduğunda; ve bunlara bakılması gerektiğini gösteren epidemiyolojik ipuçları olmadığında etkisiz kalmaktadır Bunun aksine Batı Avrupa ülkeleri laboratuvar çalışmalarının Önemi kabul ederken koordineli yaklaşıma daha Önem vermektedirler. Bu koordineli yaklaşım vaka kontrolü çalışmalarına dayalı epidemiyolojik araştırmayı ve enfeksiyonların tanımlanmış risk faktörlerini ortadan kaldırmak için politikalar geliştirilmesi mekanizmalarını içerir.

Birçokları bulaşıcı hastalıkların kontrolünü sağlık hizmetleri reformu için bir yan uğraş savsa da her ikisi birbiri üzerinde etkili olabilir. Bulaşıcı hastalıkların kontrolünün başarısız olması hem enfekte olmuş hastaların tedavisindeki doğrudan maliyetle (150) hem de bulaşıcı hastalıklarla karşı karşıya kalmış toplumlarda dolaysız maliyetlerle, örneğin, yiyecek fabrikalarının kapanmasının ulusal ekonomik büyüme üzerinde etkili olması gibi (151): sağlık hizmetlerinde önemli ekonomik sonuçlar doğurabilir. Sağlık hizmetleri reformu ayrıca bulaşıcı hastalıkların gözetim ve kontrolünde de mevcut sistemleri etkileyebilir. Birçok ülkede, özellikle bu hizmetleri çok sayıda bağımsız birimin sağladığı yerlerde gelişmiş ve entegre ileri gözetim sistemleri yoktur. Bu başarısızlık salgınlara fark edilemeyeceğini göstermektedir. Laboratuvarlar ağının parçalanmasına neden olan bir sağlık reformu mevcut gözetim sistemine de önemli zararlar verebilir (152).

Bundan başka çevre sağlığı yaklaşımlarında da farklılıklar görülebilir. ODA ülkelerinde "Sanepid" yani sağlık ve salgın kontrol istasyonları gibi bazı sistemler çevre kirliliğini ancak kısmen kapsamaktadır. Bu sistemler daha kapsamlı multidisipliner yaklaşımlar geliştirmek, coğrafya, ekonomi, politika analizi ve matematik modelleme için bazı becerilerin de olması gerektiğini kabul ederek bugün egemen olan mevcut tıp modelinden uzaklaşmalıdırlar. Optimum model, sağlık statüsü ile maruz kalınan koşulların birlikte izlendiği bir çevre kontrolüdür. Bu ayrıca, ikisini bütünleştiren ekonomik, eğitimsel ve düzenleyici uygun politikaların uygulanması ve tasarımı da gerektirmektedir. Hiçbir Avrupa ülkesi bu ideali başaramamıştır. Ancak aralarında Hollanda'nın da yer aldığı bazıları diğerlerinden daha fazla gelişme kaydetmiştir.

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve çevre sağlığı politikaları arasında görülen büyük farklılıklar önemli bir sorundur. Avrupa Birliği gözetim ve hızlı bilgi iletişimi alanında ortak tanımlar geliştiren projeleri desteklemektedir. Bu yaklaşım kısmen, nüfusun hareketliliğinin artması, HIV enfeksiyonu, AIDS ve bulaşıcı sponiform ansefalopatiler gibi yeni hastalıkların doğması sonucu oluşmuştur. Hükümetler ayrıca salgın, gözetim ve kontrol ağıları da oluşturmalıdırlar.

Belirli Gruplara Yönelik Hizmet Sunumu

Halk sağlığının uğraştığı ikinci bir alan çocuklar (okul sağlığı dahil), yaşlılar, Öğrenme zorluğu çekenler ve tüberkülozduklar gibi spesifik gruplara verilecek hizmetlerin sunulmasını içermektedir. Bu rol geleneksel olarak, bağımsız hekimleri söz konusu gruplarla ilgilenmeye yöneltecek mali teşvikler oluşturmamaktan doğmuştur. Sonuç olarak da bu sorumluluğu hükümetler üstlenmiştir. Sosyal sigorta sistemleri bulunan ülkelerde sağlık bakımı genellikle çalışan gruplara verilirken -bunlar genelde erkeklerdir - işsizler, yaşlılar, anneler ve çocuklar halk sağlığı sistemindedir. Ancak hükümetlerin tüm sağlık hizmetlerinden sorumlu olduğu İngiltere'deki Beveridge ve SSCB'deki Semashko

modelinde bile bu iki sistem birbirinden ayrıdır. Belçika, Hollanda gibi kimi ülkelerde bu hizmetlerin bir kısmı sivil toplum kuruluşları tarafından sağlanmaktadır.

Halk sağlığı hizmetleri gittikçe artan bir biçimde diğer temel sağlık hizmetleri ile bütünleştirilmektedir. Bu da farklı iki dikey sistemin olmasının mevcut hizmetlerde bir dublikasyona yol açtığının ve genellikle düşük kalite hizmet ortaya çıktığının kabul edildiğini göstermektedir (153). Ayrıca ailelerin sağlık hizmetleri ile tek bir noktada temas sağladığı entegre BBSH modelleri geliştirmeye yönelik bir trend de ortaya çıkmıştır (Bkz. Kutu 11). Sonuç olarak, halk sağlığı özel gereksinimleri olan gruplara yönelik hizmetlerin doğrudan yönetimindeki rolünden çekilmektedir. Örneğin Almanya'da, 1970lerin başından beri koruyucu tıbbi hizmetlerin sorumluluğu halk sağlığı hizmetlerinden hastalık fonlarına kararlı bir biçimde devredilmiştir (154).

Kutu 11. İngiltere'de BBSH'de koruyucu hizmetlerin sunumu

İngiltere'de, çocuk sağlığı gözetimi ve aşılama büyük ölçüde genel pratisyenlerin sorumluluğu altına girmiştir. Belirli hedefleri tutturmaları durumunda genel pratisyenlere sözleşmeye dayalı ödemeler yapılarak yüksek düzeyde bir aşılama sağlanabilmiştir. İzleme, sağlık otoriteleri arasında bulunan halk sağlığı personeli tarafından yürütülmektedir ve bunlar, hedeflere ulaşılmaması durumunda tavsiye ve destek verebilmektedirler. Yaşlılar ve öğrenme güçlüğü bulunanların sorumluluğu ise, "birinci basamak ikinci-arayüz" olarak adlandırılan uzmanlar tarafından sağlanmaktadır. Bunun amacı, bu zayıf grupların temel sağlık hizmetlerinden marjinalize olmasını önlemektir.

Halk sağlığının halen özel gruplara yönelik sağlık hizmetlerini ayrı dikey programlarla yürüttüğü ülkelerde, bu faaliyetleri belli temel sağlık hizmetleri ile entegre etmek için geçerli bir neden vardır. Ancak ODA ve BDT ülkelerinde halen rastlanmakta olan dikey sistemi ortadan kaldırmak ve bunların sunduğu hizmetlerin belli başlı temel sağlık hizmetleri tarafından karşılanacağını; varsaymak yeterli değildir. Bir çok ülkede, bu programların oluşturulmasının nedeni diğer hizmet sunucuların dezavantajlı grupların ihtiyaçlarını karşılamada başarısız olmalarıdır. Ayrıca güçlü BBSH ağlarının geliştirilmediği yerlerde bu hizmetlerin kimin tarafından sağlanacağı hususunda yeterli ölçüde personel yerleştirmesi yapılamayacaktır.

Entegrasyon, açık ve ölçülebilir bir hedefler çerçevesi içerisinde üstlenilmelidir. Bunun yanı sıra etkili izleme ve geri besleme sistemleri ve değişim uygulamakla yükümlü kişilerin bir dizi mekanizmayı kullanabilmeleri için imkana sahip olmaları gerekmektedir. Bazı durumlarda, hizmet satın alan ve hizmet sunucular arasında sözleşmeye dayalı bir ilişkiye bağlı olarak çalışmak gerekecektir. Sermaye kontrolü ve diğer düzenleme biçimleri ile mali teşvikleri de içeren kompleks bir manivela gücü geliştirmek gerekecektir. Burada bir uyan, kültürel tutumların bazı kişileri genel pratisyenleri tarafından tedavi edilme konusunda çekingen yapacağı ülkelerde, gençlere yönelik aile planlaması programlarının ve cinsel yolla geçen hastalıklarla ilgili klinikler gibi paralel hizmetlerin bir kısmının devredilmemesinin faydalı olabileceğidir.

Bulaşıcı hastalıkların kontrolünde olduğu gibi, çoğulculuğa doğru herhangi bir hareket beraberinde bazı riskler de getirecektir. Entegre hizmetlerin gelişmiş olduğu ülkelerde, birbiriyle rekabet eden hizmet sunucuların ortaya çıkışı, dikkatli bir biçimde özenle yürütülen ilişkilerin bozulmasına yol açabilecektir.

Sağlığın iyileştirilmesi

Önceden de belirtildiği gibi, bazı ülkelerde benimsenen sağlığı iyileştirme modeli sektörlerarası bir yaklaşıma dayalıdır ve epidemiyoloji, sosyal politika, psikoloji, pazarlama, antropoloji ve ekonomi gibi farklı disiplinlerden profesyonellerin olmasını gerektirir. Ancak az sayıda ülkede, faaliyetler halen sağlık eğitimi ve koruyucu tıp konusunda zayıf koordinasyonlu programlardan oluşan modası geçmiş tıbbi bir modele dayanmaktadır.

Sağlığı iyileştirme faaliyetleri reform yapılan sağlık sektörlerinde önemli bir yer teşkil etmemiştir. ODA ve BDT ülkelerinde, sağlığın iyileştirilmesi nispeten yeni bir faaliyettir. Sağlığı iyileştirme fonksiyonu geliştirmenin önündeki engellerden biri, kapsayıcılığın ille de ulusal olmadığı ve bireysel katkıların gerekebildiği bir sağlık sigortası sistemi uygulamaya yönelik hareketlerdir. Diğer engeller ise, sağlığın iyileştirilmesi faaliyetlerinin kapsamının tam olarak anlaşılamaması, sağlığın iyileştirilmesini sağlayacak bir alt yapıdan yoksun olunması ve geleneksel halk sağlığı sistemlerinin direnç göstermesidir.

Ancak bazı ülkeler, sağlık sistemi içerisinde sağlığın iyileştirilmesi işlevi geliştirmenin önemli olduğunu görmüşlerdir. Örneğin, Bulgaristan'da Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlığı İyileştirme Merkezi adı altında ulusal sağlık stratejisini uygulamada büyük role sahip bir merkez kurmuştur. Bu merkez sağlık sektörü ve ötesinde, sağlığı iyileştirme kapasitesinin geliştirilmesiyle ilgilenmektedir. Estonya'da, 1994'te sigortaya dayalı bir sağlık sisteminin benimsenmesinin ardından, Ulusal Sağlık Sigortası Kurulu toplam gelirlerinin %0.5'i gibi bir oranla halk sağlığı faaliyetlerine katkıda bulunmayı kabul etmiştir. Bu sağlığı iyileştirme faaliyetlerinin geliştirilmesi için güçlü bir kaynak sağlamıştır. Sağlık hizmetlerinin düzenlemesini yapan yasaya göre, sağlık hizmetleri ve halk sağlığı yönetiminin sorumluluğu bölge hekimleri üzerindedir. Bunlar, halk sağlığı uzmanları ile birlikte sağlığı iyileştirme konusunda bir eğitimden geçerek yerel ve bölge düzeyinde sağlığı iyileştirme faaliyetleri oluşturmaya başlamışlardır (155).

Bu örneklerin de gösterdiği gibi, bazı ODA ülkelerinde sağlığın iyileştirilmesinin gelişimi yerel şartlara, ilgi ve uzmanlığa bağlı olmuştur. Başarılı bir sağlık iyileştirmesi öyle görünüyor ki, ulusal sağlık politikası ve yasama yoluyla kendini gösteren ulusal bir taahhüdün olup olmadığına bağlı bulunmaktadır. Sağlığı iyileştirmede yeterliliği oluşturmak için gerekli finansmana sahip ulusal bir sağlığı iyileştirme merkezi de başarı için önemlidir. Sağlık sisteminin yeniden örgütlenmesi ve düzenlenmesi kapsamında sağlığın iyileştirilmesinin sağlık hizmeti düzeyinde ele alınması sağlanmalıdır. Bu açıdan, sağlığın iyileştirilmesi için BBSH içerisinde tanımlanmış bir rol olması çok önemlidir.

Batı Avrupa ülkelerinde, sağlık reformlarının sağlık sistemi içerisinde yer alan sağlığın iyileştirilmesi fonksiyonuna etkisi farklı olmuştur. Fransa Almanya gibi, sosyal güvenlik sigortasının bulunduğu ülkelerde, hastalık fonları bazı sağlığı iyileştirme faaliyetlerine yönelik sorumluluklar üstlenmişler ve bunlar BBSH pratisyenleri için olan geri ödeme düzenine de yerleştirilmişlerdir. Kutu

12 İngiltere'de sağlık sektörü reformunun sağlığın iyileştirilmesi faaliyetleri üzerindeki etkisini göstermektedir.

Kutu 12. İngiltere'de sağlık sektörü reformları ve sağlığın iyileştirilmesi faaliyetleri

İngiltere'de sağlık reformları sağlığın iyileştirilmesi hususunda sağlık hizmetlerinin görevlendirilmesi ve sağlığı iyileştirme hizmetlerinin sunumu için bir takım imkanlar sağlamıştır. Stratejik açıdan etkide bulunabilme imkanı, ulusun sağlığı stratejisi ve uygulamada NHS'e önemli bir rol verilmesiyle güçlenmiştir. Düzenleyici sistem içerisinde ulusal sağlık hedeflerinin entegrasyonu ulusal hedefler ve yerel düzeyde tanımlanmış sağlık önceliklerine değinen yerel satın alma planları oluşumuna yol açmıştır. Ayrıca, genel pratisyenlerin sözleşmelerinde genel pratisyenlerin hastalara sağlığın iyileştirmesi hususunda öneri ve tavsiyede bulunmaları gibi öze! bir şart da bulunmaktadır. Bu yıllık bazda yeniden düzenlenen önemli bir gelişmedir.

Sözleşmeler yoluyla sağlığı iyileştirme hizmetleri satın alınması sağlığı iyileştirme müdahalelerinin maliyet etkinlik ve klinik açıdan değerlendirilmelerine yol açmıştır. Sağlığı iyileştirmenin değerlendirmeye tabi tutulması sağlığı geliştirme sürecinin nasıl anlaşıldığı ve değerlendirme kriterlerinin hakkaniyet gibi ek kriterleri ne ölçüye kadar kapsadığı hususunda bazı sorular ortaya çıkarmıştır. .

Genel olarak, hastane hizmetlerinde maliyet-sınırlaması ile ilgili endişeler bu kez BBSH'ye yöneltilmiştir. Ülkelerin BBSH'ni güçlendirmek üzere ne ölçüye kadar politikalar uyguladıkları değişiklik göstermektedir. Ancak BBSH'ne yöneltilmiş bu yeni dikkat hastalıkların Önlenmesi ve sağlığın iyileştirilmesi hususunda bazı fırsatlar yaratmaktadır.

Uzun dönemde, sağlık hizmetlerinin maliyetinin ve talebinin azaltılması gereği, kaçınılmaz olarak sağlık kazancı üzerine eğilecek ve klinik ve sağlığı iyileştirme müdahalelerinin etkililiği üzerinde duracaktır. Sağlığın iyileştirilmesinin klinik etkililiğe dayalı kısıtlarla ölçülmesinin zorluğu sağlık sektörü reformlarında sağlığın iyileştirilmesinin çok da önemli bir rol oynamadığını göstermektedir. Yöneticilerin, klinik uzmanlarının ve sağlığın iyileştirilmesi ile ilgili görevlilerin ihtiyaçlarını tatmin edecek sağlığın iyileştirilmene yönelik değerlendirme yolları olmadığı sürece, sağlığı iyileştirmenin tam potansiyeli anlaşılmayacaktır. BBSH içerisinde sağlığı iyileştirme çalışmaları için artmakta olan fırsatlar da tam anlamıyla araştırılmış bulunmamaktadır.

Sağlığın iyileştirilmesi stratejik düzeyde kabul görmelidir. Ayrıca, sağlığın iyileştirilmesi için görev yapanları yerel ve ulusal düzeyde destekleyen etkili bir alt yapı da gereklidir. Sağlığın iyileştirilmesi için çalışanlar sağlık hizmetleri ile diğer ilgili sektörler arasındaki boşluğu doldurmalıdırlar. Sağlam epidemiyolojik bulguların ışığı altında, toplumlarının karşı karşıya kaldığı önemli sağlık engellerini değerlendirmeli, harekete geçmek için öncelikli programlar geliştirmeli ve bilgi, tutum ve davranış üzerinde değişiklik yaratabilecek yöntemler için politikalar uygulamalıdırlar.

Sağlık hizmetlerinde görevlendirme, planlama ve değerlendirme

Halk sağlığı uzmanları, planlama ve görevlendirme yoluyla artan bir biçimde sağlık hizmetlerinin genelinin ne yönde olacağı hususuna dahil olmaktadır. Bu, kısmen sağlık hizmetleri araştırmalarının artan öneminden kaynaklanmaktadır, bu araştırmalar etkili müdahalelerin yetersiz olduğunu, etkisiz müdahalelerin ise gereğinden fazla kullanıldığını, müdahalelerin oranlarında ve sonuçlarında farklılıklar olduğunu ve bazı zayıf grupların hizmete erişimini etkileyecek biçimde eşit olmayan bir erişim olduğunu ortaya koymuştur. Etkililiğe ilişkin hususlar Bölüm 6'da daha detaylı biçimde ele alınmıştır. Reformların uygulamaya konulması hizmet satın alan ve sunanın fonksiyonlarının ayrılmasına ve kamu ve özel hizmet sunucular arasında rekabetin düzenlenmesine, yani, "planlı pazar" (6) veya "yarı-pazar"a dayalı olması (64) bu becerilere olan ihtiyacı artırmıştır. Önceden de belirtildiği gibi, planlı pazarlar sosyal açıdan arzu edilen hedeflere ulaşabilmek için pazara dönük teşvikleri kullanırlar, ancak başarısız bir pazarın olumsuzluklarından etkilenmemek için bu piyasalar sıkı bir biçimde düzenlenmiş bir yapı içerisinde işlemelidirler. Böyle bir sistem üç işleve hizmet edecek organlar gerektirir: sigorta (gelir ve harcamayı birbirine uyduran), kuruluş (tercihi desteklemek için bilgi sağlayan ve "tutumlu" bir alıcı gibi davranan) ve erişimin garanti edilmesi (156).

Birçok ülkede halk sağlığı mesleğindeki rolleri benimseyebilmişlerdir. Kanser taraması, genetik gibi alanlarda koruyucu ve tedavi edici roller arasındaki ayrımın belirsizleşmesi ve hem birey hem de topluma dayalı müdahalelerin destekleyici yönünün daha iyi anlaşılması da bu konuda onlara yardımcı olmuştur (157). Örneğin, bir çok İskandinav ülkesinde hem ulusal hem de bölge düzeyinde halk sağlığı mensupları önemli girdiler sağlamaktadırlar.

İngiltere'de, sağlık otoritesinin satın alma yapısının kilit bir unsuru halk sağlığıdır. İngiliz modelinde, sağlık otoriteleri toplumlarının sağlık ihtiyacını belirlemek, bu ihtiyaçları karşılamak için gerekli önceliklere karar vermek, buna göre sözleşmeler yapmak, bu sözleşmelerin performansını değerlendirmek ve sağlığı iyileştirmek ya da korumak için gerekli diğer faaliyetleri gerçekleştirmekle yükümlüdürler. Halk sağlığının bu süreçte merkezi bir rolü olduğu düşünülmektedir, bu rol ihtiyaçların belirlenmesi ve etkililiğin değerlendirilmesine yönelik topluma dayalı epidemiyolojik çalışmaları da içermektedir. Ayrıca, hizmete erişimde engelle karşılaşanlar açısından -özürlüler ve etnik azınlıklar gibi- erişimi arttırmak da bu role bağlıdır. Hizmet sunulan birimlerde halk sağlığı personeli görevlendirilmesi gibi bir trend göze çarpmaktadır. Bu nedenle bu düzeyde halk sağlığı becerileri gerekli olacaktır fakat topluma dayalı bir odaklanma olmaması da endişe edilen hususlardan biridir.

Diğer ülkelerde aynı yönde hareket etmektedirler. Fransa'da "Schema regionale d' organisation sanitaire" bölgesel öncelikleri koordine etmek için mekanizmalar geliştirmekte, bunun yanı sıra çoğulcu bir sistemde zor olsa bile sağlık hizmeti sunucuları için planlar geliştirmeye çalışmaktadır (158). Almanya'da, hastalık fonlarının araştırma enstitüleri de bu rolü geliştirmeye başlamışlardır, ancak bugüne kadar bunların odaklan nispeten dar olmuş, yani maliyet-sınırlama ve özellikle ilaçlara yapılan harcamaların kontrolü üzerinde durmuşlardır (159). Bu rolün diğer ülkelerde de gelişmesi gerekmektedir, ancak bazılarında mesela Belçika gibi, bu konu sağlık politikası analistleri tarafından piyasa başarısızlığının farklı problemlerinin üstesinden gelinmesi için destek-

lenmektedir (160). Öyle sanılmaktadır ki, Çek Cumhuriyeti'nde 1992-1993 arasında ortaya çıkan sağlık hizmeti enflasyonunda kısmen bu becerilerin olmaması bir rol oynamıştır (161).

Halk Sağlığı Araştırması

Halk sağlığının son rolü araştırma yapmaktır. Modern sağlık hizmetleri biyomedikal araştırmalardaki ilerlemelerden elde edilmekte ve kamu araştırmalarının hızının bunu takip etmesi gerekmektedir. Halk sağlığı araştırmasının yol alacağı istikamet her ülkede kabul edilen halk sağlığı kavramından etkilenmektedir. En geniş anlamıyla, halk sağlığı araştırmaları, nüfusun sağlık ihtiyaçlarını açıklayan epidemiyolojik metotların kullanılmasını ve hastalılığın sosyal belirleyicilerinin ve sağlık risklerinin teşhis edilmesini içermektedir. Aynı zamanda, bu risklerin ve belirleyicilerin üstesinden gelmek için kesin araçların değerlendirilmesini de içeren, destekleyici politikaların geliştirilmesini kapsamaktadır. Pratikte, göreceli olarak az sayıdaki ülke bu tür araştırmalar yapmakta ve yaptıkları zaman, bunlar söz konusu nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla iyi düşünülmüş strateji tasarımlarının bir bölümünü oluşturmaktadırlar.

Halk Sağlığı Hizmetlerindeki Mevcut Modeller

Daha önceki bölümler, halk sağlığı hizmetlerinin benimsediği rolleri ve sağlık-taki ve sağlık hizmetlerindeki değişikliklerin yarattığı güçlüklerle nasıl bir tepki geliştirdiklerini açıklamaktadır. Takip eden bölümde, bu fonksiyonel analizden, pratikte halk sağlığı hizmetlerinin nasıl organize edildiği ve değişik yaklaşımları hangi bulguların desteklediği konusuna geçilecektir.

Avrupa ülkelerinde, halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi konusunda düşündürücü ayrılıklar bulunmaktadır. Her ülkede halk sağlığı sınıflandırmasının ne olacağının kesin tanımlanmasındaki güçlükler ve yayınlanmış bilginin eksikliği nedeniyle, ulusal halk sağlığı altyapılarının kategorize edilmesi zordur. Genelde, İskandinavya ülkeleri olan İrlanda, Hollanda, İsviçre ve İngiltere'de halk sağlığı daha gelişmiş gözükmemektedir. İtalya ve İspanya gibi bazı diğer ülkelerde, bazı bölgelerin güçlü halk sağlığı katkılarıyla birlikte önemli farklılıklar bulunmaktadır. Yapılarda ve süreçlerde değişiklikler olmasına rağmen, bütün bu ülkeler, modern bulaşıcı hastalık sürveyans ve kontrol sistemlerine, iyi gelişmiş sağlık tanıtım programlarına ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde halk sağlığı geliştirebilme mekanizmalarına sahiptirler. Bazı ülkeler, kendilerinin halk sağlığı fonksiyonlarını güçlendirmek için, ya büyük çaplı eğitim programlarıyla ya da hizmetleri tekrar yapılandırarak inisiyatifler üstlenmektedirler; bu ülkelerin içinde Danimarka, Fransa, Almanya, Macaristan ve Polonya bulunmaktadır. Avusturya, Yunanistan ve Portekiz gibi bazılarındaysa, hizmetler bazı bölgelerde gelişmiş olsa bile az şey yapılmaktadır.

BDT ülkeleri, laboratuvara dayalı yaklaşıma sahip ve geleneksel hijyene odaklı ve dar olan sanepid sistemin reformu konusunda fazla istekli değildir (162-164). Hükümet bütçesi daraldıkça, bu hizmetlere ayrılan fonlar da düşmektedir. Sosyal fragmentasyona yol açan mevcut güçlükler, bulaşıcı hastalık kontrolü konusunda olduğu gibi sanepid hizmetlerin daha önce başarı sağladığı alanlarda bile bütçe açıkları çökmelere sebep olmaktadır. ODA ülkelerinde, tablo daha da karmaşıktır. Macaristan, değişim sürecinin zor olmasına rağmen.

sağlık tanıtımı ve bulaşıcı olmayan hastalık epidemiyolojisini içeren önceki sanepid sistemin, pahalı bir yeniden yapılanmasını başlatmıştır (164). Roman-ya'da, hizmet elemanlarının yeniden bir araya getirilmesine yönelik bazı değişiklikler yer almıştır. Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti ve Slovakya gibi diğer ÷lke-ler, sanepid sistemin reformuna fazla önem vermemişlerdir.

Halk Sağlığı Hizmetlerinde Devletin Rolü

Daha önce de belirtildiği gibi, sağlık hizmetlerinin özellikleri, sistemin dışındaki ekonomik, sosyal, politik ve tarihi unsurların karmasının bir sonucundan oluşmuştur. Çeşitlilik, eğer değişik yaklaşımlar eşit olarak etkili ise sorun değildir fakat genelde durum böyle değildir. Sağlık politikalarının geliştirilmesinde ve uygulanmasında, ÷lkelerin değişik derecelerde başarı sağladığı alanlar bulun-maktadır, örneğin bu büyük değişiklikler, sigara içme oranlarıyla ve trafik kazalarına bağlı ölümlerin sayılarıyla gösterilmektedir.

Önemli bir role sahip etmenlerden biri devletin genel sağlık politikası içeri-sinde nasıl bir yer teşkil ettiğidir. Bu, desantralizasyon seviyesini, ulusal veya yerel idarenin sağlık politikasındaki müdahalelerini ve halk sağlığı altyapısının gelişimindeki dereceyi kapsamaktadır. Bir diğer kilit nokta ise, karar alma seviyesinde bir halk sağlığı girdisinin bulunmasıdır. Halk sağlığı girdisinin karar al-madaki önemi, göğüs kanseri tarama programlarının başlatılması ve HIV enfeksiyonu ve AIDS'le bağlantılı olarak sağlık tanıtımında gösterilmiştir (bkz.Kutu 13-14). İlgili karar alma sırasındaki halk sağlığının varlığı, ÷lkelerin erken evrelerde politikalar başlatmasını sağlamaktadır. Ek olarak, İskandinavya ÷lkeleri veya İngiltere'de olduğu gibi, entegre sağlık hizmetleri modeli varsa, bir programın uygulamasının yapılması daha kolay gözükmemektedir. Bazı ÷lkelerde, sivil toplum örgütleri ve klinikler önemli bir rol oynamasa da, ani çocuk ölümü sendromlarındaki politikalar, kuvvetli halk sağlığı işlevinin önemini göstermek-tedir(167).

Halk Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Halk sağlığı işlevinin Avrupa'da gelişimi düzensiz ve dağınıktır. Az sayıdaki ÷lkede, ihtiyaçları karşılamak için gerekli becerilere sahip, müdahale tavsiyele

Kutu 13. Göğüs Kanseri Taraması

Göğüs kanseri Batı Avrupa'da, 35 ile 64 yaşlan arasındaki kadın ölümlerinin en büyük nedenidir. Mamografi ve çeşitli çoktan seçmeli kontrollerle yapılmış denemelerle elde edilen bulgular ölüm oranlarının düşürülmesinde etkili olmuştur. Taramalar isteğe bağlı olarak kapsamlı olarak uygulanmaktadır, ama, geniş ölçekli nüfusa dayalı programlara ait faaliyetlerle ve güçlü kalite kontrol mekanizmalarıyla yapıldığında çok daha etkili olmaktadır. Bu programların, Almanya, Lüksemburg, Hollanda, İngiltere, Finlandiya, Fransa, İrlanda, İtalya, Portekiz, İspanya, İsveç ve Belçika'daki bazı bölgeleri içeren uygulaması başlatılmıştır. Halk sağlığı unsurlarının gücündeki farklılıklar bu değişiklik-lere dolaysız (seçeneklerin detaylı olarak gözden geçirilmesiyle) veya dolaylı (risk yaratıcı engellerin olduğu nüfusu tanımlamak için gerekli olan nüfus kayıtlarının olmadığı yerlerde) katkıda bulunurlar. *Kaynak: Shapiro (165), Tabar ve diğerleri (166).*

Kutu 14. H1V Enfeksiyonu ve AIDS'te Sağlık Geliştirilmesi

HIV enfeksiyonu ve AIDS, halk sağlığı politikaları ile sonuçları arasındaki ilişkileri incelemeye iyi bir örnek sağlamaktadır. HIV enfeksiyonuna ve AIDS'e karşı ulusal çözüm üzerinde yapılmış detaylı bir incelemede, dikkate değer yöntem farklılıkları da dikkate alındığında, İsviçre ve Norveç gibi bazı ülkelerin erken, etkili ve sürekli kampanyalar yürüttükleri, Finlandiya, Fransa ve Portekiz'in ise nispeten yavaş hareket ettikleri görülmektedir. Farklı tepki hızları enfeksiyon prevalansına değil, etki gösteren bir dizi faktöre bağlıdır. Bunlar, müdahalelerin dayandırılacağı halk sağlığı altyapısının olmasına (Hollanda ve Norveç'te olduğu gibi) veya olmamasına (Belçika ve Fransa'da olduğu gibi) bağlıdır. *Kaynak: Wellings (21).*

rinde bulunan ve onların uygulamalarını değerlendirebilen geniş bir eğitilmiş profesyonel kadro ile gelişmiş olduğu söylenebilir. Diğer bir uçta da, halk sağlığı marjinal bir nitelik gösterir ve bulaşıcı hastalıkların sürveyanslarıyla ilgili verimsiz laboratuvar çalışmalarına dayalı ve mağdur gruplara genellikle ikinci sınıf hizmet sağlama işlevini yerine getirmektedir.

Bulaşıcı hastalıklara ve çevre sağlığına gelişmiş bir yaklaşım sergileyen, sağlık hizmetleri sunumunu temel sağlık hizmetlerinden ayıran, sağlık tanıtımını disiplinler ve sektörler arası bir yaklaşımla gerçekleştiren ve sağlık hizmetlerinin planlaması, uygulaması ve değerlendirilmesiyle daha ilgili olan yeni bir halk sağlığı hizmetleri modeline ihtiyaç bulunmaktadır. Bu rollerin birleştirilmesi ya da çeşitli düzenlemelerle dağıtılması öngörülen amaca bağlıdır ve etkili bir koordinasyon mekanizması daha fazla önem taşımaktadır. Pazara dönük sağlık sektörü reformlarının uygulamasını başlatan ülkelerde, halk sağlığı becerilerinin artırılması için acil bir ihtiyaç bulunmaktadır.

Halk sağlığı işlevindeki reformlar, ancak, yeterli sayıda uzman bulunduğu ve bu uzmanlara uygun beceriler verildiğinde başarılı olurlar. Eğitime yönelik yatırım ve uygun becerilere sahip halk sağlığı uzmanlarının istihdamı ülkeden ülkeye önemli değişiklikler göstermektedir (168). Bazı ülkelerde yeni eğitim programlarının oluşturulmasıyla, son zamanlarda, bu alanda önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Eğitime yapılan yatırımın, uygun bir şekilde fonlanmış ve sağlık hizmeti uzmanlarının, tedavi hizmeti veren meslektaşlarına benzer ücretlerle istihdamını sağlayan kariyer olanaklarıyla uyumlu olması gerekmektedir.

3 Kaynak Kıtlığı Sorununa Yönelik Çözüm Yolları

Sağlık için harcanan mevcut kaynaklar daha kısıtlı hale geldikçe ve sağlık harcamaları üzerindeki baskı arttıkça, ulusal karar alıcılar kaynak kıtlığı üzerine yeni stratejiler geliştirmek zorunda kalmıştır. Birbirini tamamlayıcı iki temel seçenek vardır. Birincisi, ülkeler, kamu sektörü harcamaları için ayrılan fonları bu alana kaydırarak veya vergilendirme ve sosyal sigorta gibi katkıları çoğaltarak sağlık için kaynakları artırabilir. Uygun seviyede fonlama yapılması, son zamanlarda reform tartışmalarında yaygın bir biçimde görüşülmektedir. Fonlamanın, nüfus, teknoloji ve siyasi değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan ek ihtiyaçlara göre, sağlık harcamalarını GSYİH'daki büyümeye bağlayarak ödeme gücüne göre veya ekonomik açıdan benzer olan ülkelerin sağlığa ayırdıkları kaynak seviyesine yönelik olarak yapılan kıyaslamalara göre ayarlanmasını içeren birçok formül önerilmiştir. Bu yaklaşımlardan hiçbirisi tamamen yeterli bulunmamıştır. Uygulamada, kaynak tahsisinin uygun düzeyi hem kendi alanı içinde ve hem de kamu harcamalarının diğer alanlarında bu alana verilen öneme bağlıdır. Kısacası, cevap matematik formüllerine değil politik seçimlere bağlıdır.

İkincisi, ülkeler arz ve talebi etkileyen reform stratejilerini izleyerek sağlık harcamalarını kontrol edebilirler. Bu bölüm öncelikle, mevcut olan maliyet sınırlaması stratejileri hakkında genel bir bakış açısı sunacaktır (bunlardan bazıları diğer bölümlerde detaylı biçimde verilmiştir).

Maliyetleri daha etkili biçimde sınırlama

Sağlık sektörünün maliyetini kontrol altına alma arzusu, 1980'lerde ve 1990larda bu alanda reformların yapılmasını teşvik edici nitelikte olmuştur. Maliyet sınırlama stratejileri, söz konusu kontrolü, sağlık harcamalarının önceden açıklanan limitler içinde yapılması gibi yöntemlerle sağlamaya çalışır. Bu kavram genellikle harcamaların kesilmesi veya verimliliğin artırılması ile karıştırılmaktadır. Ancak bu kavramın her ikisinden de ayırt edilmesi gerekir. Masraf kesintileri maliyet sınırlamasına yönelik kullanılabilir ancak bazı durumlarda, önceden tanımlanmış sınırlar dahilinde olduğu sürece, harcamaların artması da mümkündür. Dolayısıyla, maliyet sınırlaması, harcamayı kontrol etmeyi amaçlar, düşürmesi şart değildir. Aynı şekilde verimlilik önlemleri maliyetleri sınırlamaya ilişkin bir çaba olarak görülebilir. Verimliliğin artırılması bir taraftan sağlık hizmetlerinin çıktı maliyetini belirli düzeyde düşürebilirken, maliyet sınırlamasının daha fazla verimlilik içermesini gerektirmez. Maliyet sınırlamasının, maliyetin düşürülmesine ve aynı zamanda verimsizliğin daha fazla artmasına neden olması mümkündür.

Ülkelerin, sağlık sektörünün maliyetini kontrol etmek için aldıkları önlemler belli bir noktaya ulaşmıştır. Kullanılan yöntemler, ülkelerin sağlık sistemlerini organize ve finanse etme biçimlerine göre farklılıklar gösterir. Hükümetlerin veya belirli sağlık sigortası yapan kuruluşların sağlık hizmeti sunan tesislerin

sahibi olması ve ücretli sağlık personeli istihdam etmesi durumunda, değişiklikler, hükümet veya sigorta yapan kuruluşların sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşmeli olmalarından daha hızlı gerçekleşmektedir. Maliyet sınırlamasına yönelik önlemlerin çoğu yalnızca kamu finansmanı ile gerçekleştirilen sağlık harcamaları üzerinde etkili olmaktadır. Bu önlemlerin bazıları sağlık hizmeti maliyetlerinin bir bölümünü hastaya yansıttığından, bir ülkenin toplam (kamu ve Özel) sağlık sektörü harcamasının bu tip reformlardan etkilenmemesi ve hatta ek özel harcama, kamu birikimlerini aşarsa o ülkenin toplam sağlık sektörü harcamasının artması mümkündür. Bu bölüm, maliyet sınırlaması tedbirlerini, sağlık hizmetleri arzı veya talebi üzerinde etkisi olup olmadığına göre incelemektedir⁵.

TALEBE ODAKLI ÖNLEMLER

Talep seviyesini karşılamaya çalışan esas Önlem maliyet paylaşımıdır. Bu seçenek aşağıda daha detaylı biçimde incelenmiştir. Diğer yaklaşımlar Özel hizmetlerden yararlananlar için gelir vergisi ayrıcalıkları gibi özel harcamalara teşvik ederek; yazılı hukuk sistemine katılmama hakkını tanıyarak, kamu teminat paketinden hizmetleri kaldırarak sosyal sigorta sistemlerinde bulunan sigorta hakkını kullanmama ikramiyesini içerir. Tüm bu önlemler, sağlık sektöründeki maliyetlerin belli bir oranını bireye kaydırarak, kamu tarafından finanse edilen hizmetlere olan talebi düşürmeyi amaçlar.

Genellikle, yüksek gelire sahip olanlara veya serbest meslek sahiplerine sunulan *katılmamayı seçme hakkı*, zorunlu sağlık sigortası kapsamına girmeme seçeneğini sunar. Bu durum, nüfusun tamamının sosyal sigorta kapsamında olduğu, vergiye dayalı sağlık sistemlerinde öngörülen bir siyasi önlem değildir. Katılmamayı seçenler, kendilerini Özel olarak sigorta ettirebilirler veya sigortasız kalabilirler. Bu Önlem sağlık sektörü finansmanının tüm sorumluluğunu bireylere verir ve katılmamayı seçmek yüksek gelir kazanmayla ilişkilendirildiğinden, sosyal sigorta sistemini önemli gelir kaynağından mahrum bırakarak sosyal dayanışmayı zedeler. Ancak daha sonra Önerilen reformlarla kaldırılması planlanmış olsa da bu seçenek Almanya ve Hollanda'da hala mevcuttur. Buna ek olarak bazı ODA ve BDT ülkeleri de bu seçeneği göz önünde bulundurmaktadırlar. Katılmamayı seçmeye farklı bir yaklaşım İtalya, Yeni Zelanda, Portekiz ve son zamanlarda İspanya'da gerçekleşen reform süreçlerinde göz önünde bulundurulmaktadır. Bu yöntem, vatandaşlara kendi ulusal sağlık hizmetlerine katılmamayı ve bunun yerine Özel sigorta yaptıurma hakkını sunar. Bu gibi durumlarda; ulusal sağlık hizmeti, birey tarafından seçilen sigorta kurumuna kişi başına dayalı katkı payı aktaracaktır. Bugüne kadar bu seçenek sosyal dayanışma üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı bu ülkelerin hiçbirinde benimsenmemiştir.

Sigorta hakkını kullanmama ikramiyesi, kamu sağlık sisteminden sağlayacakları yararı sınırlayan bireylere sunulan, sosyal sigortaya daha düşük prim katkısı anlamına gelir. Bunlar maliyet bilincini artırmaya yönelik olarak tasarlanmıştır ve yalnızca sigortaya dayanan sistemlerde kullanılır. Almanya'da 1991'den beri, yıl boyunca normal sağlık kontrolleri dışında sağlık hizmetinden yararlanmayan insanlar sağlık sigortasına bir aylık katkı tutarında sigorta hakkı-

⁵ Bu bölüm Batı Avrupa ülkelerindeki maliyet sınırlaması tedbirlerinin yeniden gözden geçirilmesine yöneliktir. Bunların pek azı BDT ve ODA ülkelerinin mevcut koşullarına uygulanabilirken, bunların tamamı, ancak sağlık sistemlerinin gelişmesiyle ilişkili hale gelebilir.

nı kullanmama ikramiyesi için hak kazanmaktadırlar. Rusya Federasyonu ve bazı ODA ve BDT ülkeleri sigorta ikramiyelerini hem göz önünde bulundurmakta ve hem de uygulamaktadırlar.

Kamu bütçesi veya sosyal sigorta sistemi ile fonlanan teminat paketine eklenmesi gereken hizmetlerin yeniden değerlendirilmesi, maliyetlerin düşürülmesi çabaları paralelinde, paketi daraltmaya yönlendirebilir. Hizmetler bekleme süreleri ile sınırlandırılabilir veya hastanın hem kendi cebinden yapacağı harcamalarla hem de özel sigorta ile özel olarak hasta tarafından hizmetlere ilaveler yapılabilir. Bu gibi önlemler finansal sorumluluğu hastaların üzerine kaydırarak kamu tarafından finanse edilen hizmetlere olan talebi azaltmaya yöneliktir. Hizmetlerin sınırlandırılması ve öncelik düzenlemeler, bu kısmın ilerleyen bölümlerinde bulunabilir.

ARZ ODAKLI ÖNLEMLER

Maliyetler sağlık hizmetleri arzını etkileyerek de sınırlandırılabilir. Kamu hizmeti sağlayanlar arasında rekabet oluşturmak; bu hizmet sunucular için toplam harcama tavanı veya toplam bütçeler hazırlamak; doktorların hizmet üretimini ve/veya hastanelerdeki yatak sayısını azaltmak; insan kaynaklarının (ör. maaşlar) maliyetini ya da sağlık hizmeti vermek için kullanılan, malzemelerin (ör. ilaç kullanımı) maliyetini kontrol altına almak; daha pahalı olan hastanede yatan hastaya verilen hizmetin yerine, ayakta tedavi gören hastaya birinci basamak sağlık hizmeti vererek daha verimli hizmet modelleri getirmek, teknoloji kullanımını düzenlemek, hekimlerin kullanımda yetkili olduğu kaynakları kontrol etmek ve görevlileri ücretlendirme yöntemlerini değiştirmek gibi reform stratejileri bu kategoriye dahil edilebilir.

Harcama tavanı birçok Batı Avrupa ülkesinde kullanılmaktadır. İrlanda, İtalya ve İspanya'da olduğu gibi yaygın olarak en fazla kullanılan kontrol yöntemi tüm harcamalar veya bunun büyük bir bölümü için (doktorlara yapılan Ödemeler için bütçe gibi) personelin kontrolü üzerine yoğunlaşmış bir bütçe tavanıdır. Belçika, Almanya, İrlanda, İtalya, Portekiz, İspanya ve İngiltere'nin de içinde olduğu birçok ülke, önceden belirtilen harcama tavanını, maliyeti kontrol etmede etkili bir yöntem olarak kullanmaktadırlar.

Danimarka ve İsveç'te yerel hükümet harcamaları için sınırlar konusunda anlaşmaya varılmıştır. Belçika ve Almanya esas harcamayı oluşturan öğeler için ayrı bütçelere sahiptir; ancak belirli tiplerdeki hastane dışı sağlık hizmeti bütçeleriyle sınırlandırılmamıştır. Belçika, Almanya ve Hollanda'da, gelirlerini birkaç farklı sigorta kuruluşundan sağlasalar bile hastane bütçe sınırlamalarına yer verilmiştir. Bütçe sınırlamaları hastanede yatma süresinin azalmasını hızlandırmıştır ve Almanya'da doktorların kazançları için yapılan bütçe harcamalarının artış oranını düşürmüştür. Hizmet verenler için performans dayanan ödeme sistemleri Bölüm 5'te tekrar ele alınmıştır. Tıp öğrencilerinin ve hekimlerin sayısını sınırlama hizmet arzını kontrol etmeye ve hekim fazlalığıyla baş etmeye yöneliktir. 1980'ler boyunca, Fransa; tıp fakültesinde birinci sınıftan ikinci sınıfa geçiş barajını yüksek tutarak mezun hekimlerin sayısını kısıtlamıştır. İngiltere gelecekte hekimlere duyulacak ihtiyacı önceden tahmin ederek tıp fakültelerine girişleri sınırlandırmıştır. Almanya'da 1986'dan beri hekim örgütleri ve hastalık fonları, bir bölgenin, %50'den fazla belli bir dalda ihtisaslaşmış hekim istihdam etmesi halinde yeni hekimlerin bu bölgeye girişini kabul etmemektedir. Hekimleri erken emekliliğe teşvik etmek üzere önlemler getirilmiştir. 1989'dan

beri, hekimlerin hastalık fonlarını kullanma şartları zorlaştırırken diğer taraftan tıp fakültelerine girişleri azaltmaya yönelik çabalar olmuştur. Bazı ODA ve BDT ülkeleri fazla hekim arzını engellemek için tıp öğrencilerinin sayısını azaltma yoluna gitmiştir.

Batı Avrupa'da birçok ülke tasarruf etmek için hastanedeki yatak sayısını azaltmaya çalışmaktadır. Bazı durumlarda bu, mali teşvik yoluyla başarılmıştır. Belçika'da, %25 oranında ya da daha fazla bir oranda yatak sayısının azalmasıyla sonuçlanan yatırımlar, bölgesel hükümetlerin, katkılarını aradaki farkı Ödeyen hastalık fonları aracılığıyla %60'tan %30'a düşürmeleri için imkan yaratmaktadır. Sonuç olarak bölgesel hükümetler daha az yatak sayısı ile sonuçlanan yapı projelerine Öncelik vermektedir. Bazı Batı Avrupa ülkelerinde, kamu sektöründe (ve bazen özel sektörde) yeni sermaye gelişimleri; ulusal, bölgesel veya yerel planlama Örgütleri tarafından yetkilendirilmelidir. Belçika, İrlanda ve İngiltere, hastaneleri kapatmak veya bunları farklı amaçlarla kullanmak üzere değiştirmek için kapsamlı çalışmalar içine girmiştir.

Son zamanlarda Fransa'da 22.000, Hollanda'da 3.800 kamu hastanesi yatağını hizmete kapatmak üzere planlar yapılmaktadır. Almanya'da Aralık 1992'de meclisten geçen yasa, hastanelerin kapatılmasını daha kolay hale getirmiştir. İspanya'da daha ufak, akut hastaneler kronik hasta veya nekahet dönemindeki hastalarca kullanılmak üzere değiştirilirken, diğerleri kapatılmıştır. Hastane yataklarının aşırı hizmet vermesi ODA ve BDT ülkelerinde önemli bir problemdir; diğer ülkeler aşama aşama yatak sayılarını azaltacak olan girişimler üzerinde düşünürken Macaristan da 10.000 hastane yatağını hizmete kapatmak üzere bir program açıklamıştır. Sermaye yatırımı üzerindeki kontrollerin amacı Bölüm 5'te yeniden incelenmektedir.

Yatak sayısını azaltmaya yönelik stratejiler ikame politikalarının geliştirilmesiyle yakından ilişkilidir. Bunlar, hizmet sunumuna kaynakların en uygun şekilde tahsis edilmesi için yeniden gruplandırılması anlamına gelir. İkame, daha az maliyeti olan ayaktan tedavi ve özel bakımla nispeten daha pahalı olan yatarak tedavinin yer değiştirmesi anlamına gelir. İkame politikaları; günlük muayene, hastane yerine evde bakımı yaygınlaştırma ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini güçlendirmek gibi çeşitli biçimler alabilir.

Gündüz hastaneleri ve günübirlik operasyonlar Danimarka, İrlanda ve İngiltere'de gelişmiştir ve Hollanda ve İsveç'te hızla çoğalmaktadır. Hastane hizmetlerinin ve ikame politikalarının yeniden yapılandırılması Bölüm 6'da daha detaylı biçimde incelenmiştir.

Ülkeler, pahalı tıbbi malzemeyi kontrol altına alma çabalarında değişik önlemler almaktadır. Önlemler, düzenlemeleri artırmayı, yararlı birimleri yoğunlaştırmayı, kontrolsüz büyümeyi Önlemeyi ve kaynakların gereksiz yere tekrar kullanımından kaçınmayı içermektedir. Tedavinin daha iyi hale getirilmesinde verimli olacağı kanıtlanmış yeni teknolojilerin getirilmesi daha temel bir yaklaşımdır. Yeni teknolojilerin getirdiği ekonomik yük ile güvenlik, etik ve sosyal etki meselelerinin, klinik çalışmalarda bunların yaygın olarak kullanımına izin verilmeden önce dikkatli biçimde değerlendirilmesi gerekmektedir. Teknolojiyi değerlendirme çalışmalarının yapılması için araştırma organları kurmak yönünde artan bir ilgi vardır. Bölüm 6'da, sonuçların geliştirmesi ve hizmet kalitesi bağlamında sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi incelenmiştir.

Kaynakların kullanımının hekimler tarafından yönetilmesi, Fransa, Almanya ve Hollanda'yı içeren bazı Avrupa ülkelerinde gözlemlenmektedir. Son zamanlarda Fransa, belirli bir vakayla ilgili tıbbi prosedürlerin ve tıbbi muayenelerin, klinik testlerin ve reçetelerin kullanımını açıklayan bir, "tıbbi kılavuz" sistemi geliştirmiştir. Hekimler bu tıbbi kılavuzu izlemezlerse çeşitli yaptırımlara tabi tutulabilmektedir. Birçok Batı Avrupa ülkesinde reçete yazma yöntemleri incelemeye alınmıştır. Bazı durumlarda, bu yaptırımlara kınama ve para cezaları eşlik etmiştir. Hekimlerin reçete yazmalarını kontrol etmek için bir alternatif yol da Almanya, Hollanda ve İngiltere'de olduğu gibi geniş kapsamlı ilaçların kullanımını geliştirmek veya geniş kapsamlı ikameye izin vermektir.

Bir diğer gelişme, Almanya ve İngiltere'de olduğu gibi, kliniklerde veya İngiltere'de olduğu gibi birinci basamak düzeyindeki hekimlere bütçeleme sorumluluğunun verilmesidir. Sonuç olarak; hekimlerin davranışlarını kontrol altına almanın en etkin yolu, çalışma karşılığı yapılan ödemenin yöntemini değiştirmektir. Bölüm 5 sağlık görevlilerine ödeme yapılması üzerine alternatif yaklaşımların etkisini içermektedir.

Genel olarak bugüne kadar ortaya çıkan tecrübe, amaca ve işgücü sayısını sınırlandırmaya dayanan, sağlık sistemi ya da her bir alt sektör için bütçe hazırlamanın masrafların artmasını önlemede en verimli araçlar olduğunu göstermiştir. Reform stratejileri, masrafların artmasını önlemedeki başarılarına göre değil, daha geniş sosyal amaçlar yönünden değerlendirilmelidir. Dahası, yukarıda da belirtildiği gibi maliyet sınırlamasındaki başarı, daha fazla verimlilik anlamına gelmemektedir. Maliyet sınırlaması girişimlerinin, toplam maliyetleri azaltırken verimsizliği artırması da mümkündür. Sonuç olarak, sonraki iki bölümde maliyet paylaşımı ve önceliklerin belirlenmesi tartışmasından sonra, bu incelemenin iki yönlü bir yaklaşımı olacaktır: sağlık reformu stratejilerini belirli amaçlar üzerindeki etkisine (sermaye, verimlilik ve sağlık kazancı gibi konuları İçerir) ve hizmetlerin fonlanması, tahsisi ve sunumuna göre değerlendirme (BK. sırayla Bölüm 4,5 ve 6).

Uygun Bir Maliyet Paylaşım Rolü

Maliyet paylaşımı, sağlık hizmeti kullanıcılarının, hizmet sunuculara doğrudan yaptıkları herhangi bir ödemeyi ifade eder. Çünkü bu gibi ödemeler nüfusun genelini etkiledikleri için ulusal politika tartışmalarında maliyet paylaşımının büyüklüğü ve ölçüsü değişken bir politik mesele haline gelmiştir. Ancak, sağlık politikası amaçları üzerine maliyet paylaşımının içeriği açık ortada değildir. Bu bölüm Avrupa Bölgesindeki ülkelerin maliyet paylaşımı çalışmalarını açıklamakta ve verimlilik, eşitlik ve sağlık statüsünün sektörel amaçlarına getirdiği sonuçları değerlendirmeye yöneliktir.

Maliyet paylaşımının verimliliğini ve sağlığa etkilerini değerlendirmek için, burada ele alınan ana konular maliyet paylaşımının toplam fayda düzeyleri, "uygun olan"a karşı "uygun olmayan" fayda, toplam sağlık harcaması ve devletin sağlık harcaması ile sağlık statüsü üzerindeki etkilerini içerir. Bununla birlikte, sağlık sistemine yönelik ek gelir oluşturmak için maliyet paylaşımının potansiyeli değerlendirilmiştir. Verimlilik ve hakkaniyet üzerindeki etkilerini değerlendirmek için maliyet paylaşımının bu meselelerin her biri üzerindeki herhangi bir farklılığa dayanan etkileri, demografik gruplarla, belirli sağlık hizmetleriyle, ödeyenlerle, finansman sistemleriyle ve maliyet paylaşımı meka-

nizması tipleriyle incelenmiştir. Bu meselelere yönelik herhangi bir değerlendirme yapmak için sağlık talebini neyin yarattığının ve daha spesifik olarak belirli sağlık hizmetlerine yöneltenin ne olduğunun bilinmesi gerekmektedir. Dahası, sağlık maliyetlerine neden olan esas faktörlerin ve bunların maliyet paylaşımı politikalarından nasıl etkilendiğinin bilinmesi önemlidir.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Tanımlar

Hasta maliyeti paylaşımı, sağlık hizmetleri piyasasının talep tarafında bulunan bir grup belirli politika araçlarını ifade etmektedir. Bu araçlar genellikle sigorta ya da ulusal bir sağlık sistemi kapsamında kullanılmaktadır. Hastanın maliyet paylaşımının üç ana biçimi ya da mekanizması şöyledir: (172)

- *ön ödeme*: sigorta programının teminatları aktif hale gelmeden önce cep ten ödenmesi gereken miktar (ör: hasta, hastaneye yatma maliyetinin ilk 50 ABD Dolarlık bölümünü veya o yıla ait toplam ayakta tedavi masraflarının ilk 200 ABD Dolarlık bölümünü öder).
- *katkı payı*: yararlanılan her hizmet için sigortalının ödemek zorunda olduğu kesin miktar (ör: hasta reçetede verilen her ilaç için 5 ABD Doları veya her muayene için 10 ABD Doları öder); ve
- *sigortalı payı*: sigortalı tarafından bir hizmet için ödenmek zorunda olan toplam bedelin oranı (ör: bir toplam yatarak tedavi bedelinin %20'sini öder.)

Diğer politikalar, genelde maliyet paylaşımının bu biçimleriyle birlikte yürür ve bunlar hastalar tarafından hizmeti sağlayanlara yaptırılan cepten harcamaların düzeyini etkiler. Bu politikalar şunları içerir: (172)

- *Teminat tavanı*: belirli bir dönem için sigortacı tarafından geri Ödenecek olan miktar için belirlenen sınır, hastanın ödemekle tamamen yükümlü olduğu para bu miktarın üstünde kalan kısımdır (ör: sigorta yapan kuruluş tarafından geri ödenen masrafların 100.000 ABD Doları Ödendikten sonra bir yıl içinde tüm harcamaları hasta öder, ya da sigorta yapan kuruluş tarafından 1 milyon ABD Doları ödendikten sonra hasta tüm yaşam boyu masraflarını öder).
- *Cepten ödeme tavanı*: sigortalı kişi ya da hane halkının belirli bir dönem için yükümlü olduğu cepten harcama sınırının tanımı, bu miktar sigortalının ödediği kısmın üstünde kalan bölümü kapsar (ör: sigortalının yaptığı ön ödeme ve sigortalı payı toplamı 1.000 ABD Dolarını aştıktan sonra, sigorta yapan kuruluş, bir yıl içinde tüm harcamaları öder).
- *Ekstra faturalama*: hizmet' sunucuların talep ettiği miktarın sigortacıların belirlediği maksimum tavanı aşması durumunda kalan farkın hastalar tarafından karşılanması (ör: doktor vizitesi için belirlenen maksimum geri ödeme miktarı 100 ABD Doları iken doktorun 115 ABD Doları talep etmesi durumunda hastanın 10 ABD Dolarlık katkı payına ilaveten 15 ABD Dolarlık bir ek ödeme yapması gerekmektedir.)
- *İlaçlara yönelik referans fiyatlandırma*: sigortacı tarafından tedavi edici etkinliği mukayese edilebilir ilaçlar için hazırlanmış, reçetelenen her ilaç

için maksimum geri ödeme miktarını belirten fiyat listesidir, eğer hasta daha pahalı ilaçları seçerse bunun mali sorumluluğu kendisine aittir (örneğin bir antibiyotik için referans fiyat 60 ABD Dolarıdır ve hasta ya da reçeteyi veren 70 ABD Dolarlık perakende fiyatı olan bir marka seçerse hasta 10 ABD Dolarını cebinden ödemek zorunda kalır).

Kapsam dışında kalanlar: kişileri tüm masraflarından veya kapsamın üstünde masraflardan sorumlu bırakan, resmi veya özel sigorta planlarının teminat paketinde bulunmayan hizmetler veya hizmetleri kullanma yöntemleri (mesela, ulusal formüllerde bulunmayan ilaçlar veya tedavi değerleri sorgulanabilir ilaçlar veya hastanelerin acil hizmet gerektirmeyen durumlarda, belirlenmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri sunucusuna gide rek, sevk zincirine uymak yerine hastanelerin acil servislerini kullanmak).

Bu değişik maliyet paylaşım seçenekleri ekonomistler tarafından potansiyel politika araçları olarak görülmektedir. Yani bunlar, belirlenen hedeflere ulaşılması için seçenekler teşkil edebileceklerdir. Batı Avrupa ülkelerinin çoğu için, maliyet paylaşımının temel hedefi, geniş sosyal sigorta veya ulusal sağlık hizmetleri sistemlerinde ortaya çıkan maliyetleri sınırlamak için hizmetlere olan talebi azaltmaktır. ODA ve BDT ülkelerinin çoğu için, temel hedef, sağlık hizmetlerinin işleyişini sürdürmeye yardım etmek amacıyla ek gelirleri artırmaktır, fakat bölgenin herhangi bir kısmındaki ülke gruplarının motivasyon ve hedeflerini aşırı genellemek, dikkatle yaklaşılması gereken bir husustur. Bazı Batı Avrupa ülkeleri kaynak mobilizasyonunu maliyet paylaşım politikalarının bir hedefi olarak görürken, bazı ODA ve BDT ülkeleri bu tedbirleri talep yönetimi için araç olarak görmektedir.

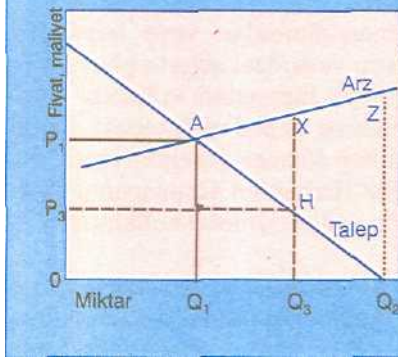
Teoride Maliyet Paylaşımı

Ekonomistler, maliyet paylaşımının, verimliliği ve maliyetlerin sınırlanması hususlarını geliştirmek için etkin bir araç olup olmadığı konusunda bölünmektedir. Fakat, düşük gelirli için sübvansiyon önlemleri olmadığı sürece maliyet paylaşımının, hizmetin finansmanı ve hizmete erişim açısından hakkaniyetli olmayacağı konusunda daha genel bir görüş birliği vardır. Kapsamlı sağlık sisteminin işlemediği ülkelerde, maliyet paylaşımının mantığı, hizmet sunumunun sürdürülebilirliğini sağlama ve yaygınlaştırılması amacı için talep yönetiminden çok gelir artırma olabilir. Bazı ülkeler açısından bu aynı zamanda hizmet ve arzlarda gayriresmi ödemeler anlamına da gelebilmektedir, ("gri pazar")

Neo-klasik ekonomi teorisinde, maliyet paylaşımının kullanımdaki temel mantık, kamu veya özel sigortanın olduğu durumlarda talebin sınırlandırılmasıdır. Şekil 14'te gösterildiği gibi, sosyal açıdan optimum tüketim düzeyi, hizmet üretiminin (arz eğrisinde gösterilen) marjinal maliyetinin tüketimin (talep eğrisinde gösterilen) marjinal faydasına eşit olduğu A noktasında ortaya çıkmaktadır. Bu noktada, Q1 miktarındaki hizmet, bu çıktı miktarında arzın marjinal maliyetine eşit olan P1 fiyatında tüketilmektedir. Sigortayla birlikte, fiyat marjinal maliyetten düşüktür ve bu tüketim düzeyi, hizmetleri üretmenin halka getirdiği maliyetin bunların tüketim değerinden daha büyük olduğu bir noktada ortaya çıkar.⁶ Eğer sigorta, tüketicileri sağlık hizmetlerinin fiyatından tamamen

⁶ "Ahlaki tehlike", sigorta kapsamına alınmadan doğan sağlık hizmetlerinin ek kullanımını tanımlayan bir terimdir (173).

Şekil 14. Neo klasik modele göre maliyet paylaşımı ve sigortanın refaha yönelik sonuçları



koruyorsa, talep edilen hizmetlerin miktarı sıfır fiyatta ortaya çıkacaktır (Q_2). Bu noktada, (arz eğrisindeki Z noktasına karşılık gelen) marjinal maliyet, (sıfır olması gereken) marjinal faydadan oldukça büyüktür. Standart neo-klasik ekonomi teorisine göre bu durum, toplumda AZQ_2 üçgeni içindeki alana eşit olan bir refah kaybıyla sonuçlanacaktır. Bu, bazı ekonomistlerin, hizmetler tamamen sigorta kapsamında olduğunda hizmet talebinin toplumca kabul edilebilir düzeyleri aşacağını iddia etmelerinin sebebidir. Maliyet paylaşım tedbirleri, sigortanın sonucu olarak ortaya çıktığına inanılan aşırı talebi⁷ ve bunun sonucunda ortaya

çıkan refah kaybını sınırlama çabasıyla, fiyat mekanizmasını sağlık sektörüne (P_3) yeniden getirmektedir. Şekil 14'teki P_3 fiyatında maliyet paylaşımıyla, talep edilen miktar Q_3 'tür ve refah kaybı AXH üçgeni alanına indirilmiştir.

Bazı ekonomistler, neo-klasik ekonomi teorisinden çıkarılan tam sigorta kapsamından kaynaklanan refah kaybı (ve maliyet paylaşımından kaynaklanan gizli refah kazancı) hakkındaki yukarıdaki sonucun, uygulamada geçerli olup olmadığını sorgulamıştır. Maliyet paylaşımının teorik mantığı, sosyal ekonomi perspektifiyle, sağlık hizmetlerinin analizine dayanılarak yeniden tanımlanmıştır. Sağlık hizmetleri tek tip değildir, değişik ekonomik özelliklere sahip farklı ürün ve hizmetlerden oluşurlar. Sağlık hizmetlerinin "ekonomik bir mal" olarak görüldüğü boyut, tüketimin faydasının hizmeti alan kişiyle sınırlı olduğu ölçüdedir (174, 175). Sağlık hizmetlerinin çoğu, ekonomistler tarafından saf özel ürünler olarak görülmektedir. Bu bakış açısından, bu hizmetlerin tüketiminin sağlığa yararları dar bir açıdan görülmekte ve sadece hizmeti alan kişiye yönelik gibi gözükmemektedir. Diğer bir deyişle, hizmeti almayanlar özdeş faydaların dışında bırakılmıştır. Bunun bir örneği, baş ağrısını gidermek için alınan bir aspirin olabilir. Bu tip ürün için, sosyal ekonomi, marjinal maliyet fiyatlandırmasının (yukarıda tanımlanan standart neo-klasik modelde olduğu gibi) kaynakların optimal bir şekilde tahsisini sağlayacağını savunmaktadır.

Alternatif olarak, bazı sağlık hizmetleri toplumun tüm üyelerinin faydalanabileceği saf toplumsal mallardır. Eğer hizmet temin ediliyorsa, özdeş yararların dışında kimse bırakılamaz. Toplumsal mallarla ilgili örnekler arasında hava ve su kirliliğini kontrol etmek gibi bazı çevresel sağlık müdahaleleri bulunmaktadır. "Kullanıcıların bu hizmetler için ödeme yapmaları uygun değildir; çünkü ödemeyenler ödeyenlerle aynı faydayı alacak, böylece herhangi bir birey için ödeme teşviği olmayacaktır."⁸

⁷Teknik olarak "aşırı talep" tıbben gereksiz veya potansiyel olarak zararlı hizmetler olarak algılanmamaktadır. Aslında ek hizmetlerin tüketilmesi sağlığa pozitif fayda sağlayabilir. Ekonomik terimlerle, eğer bu ek hizmeti sunmanın marjinal sosyal maliyeti bu hizmetin tüketiminden doğan marjinal sosyal faydadan büyükse bu kullanım aşırı olarak kabul edilir.

⁸Buna "serbest katılımcı" problemi denir.

Son olarak, sağlık hizmetlerinin çoğu neo-klasik ekonomistler tarafından karışık mallar olarak karakterize edilmektedir: birey, tüketiminin faydasını almaktadır, fakat bu faydadan hizmet sunucuyla tüketici arasındaki işleme doğrudan katılmayan diğlerleri de yararlanacaktır.⁹ Bir örnek, verem veya frengi gibi bulaşıcı hastalıkların tedavisidir. Bu tür tedavi sadece tedavi edilen kişiyi korumaz ayrıca, tedavi olmaması durumunda etkileyebileceği kişileri de korur. Sosyal faydalar, özel faydaları bu tip hizmetlerde aşmaktadır, böylece marjinal maliyete göre fiyatlandırma, sosyal olarak optimumdan daha düşük bir tüketim düzeyine neden olacaktır. Bu ürünler için, ekonomistler, özel talebi, sosyal faydaları sosyal maliyetlere eşitleyecek düzeye getirmek ve böylece varsayılan (dar anlamda ekonomik olarak tanımlanırsa) refahı azamiye çıkarmak için bir sübvansiyonun gerekli olduğunu kabul etmektedir (tartışmanın tamamı için Jimenez'e (176) bakınız). Bu örnekte, maliyet paylaşım politikasının ekonomik anlamda getirdikleri karışıktır. Bu sübvansiyon, tüketicilerin sıfırdan marjinal maliyetlerin önemli bir yüzdesine kadar değişen derecelerde cebinden ödemelerine neden olabilir.

Sağlık hizmetleri piyasası eksik rekabet piyasasıdır, çünkü üreticilerin ve tüketicilerin düzensiz faaliyetleri hizmetlerin istenen miktarı, karışımı ve dağıtımıyla sonuçlanmamaktadır. Yukarıdaki tartışmada öne sürüldüğü gibi, bunun bir sebebi belirli bazı hizmetlerin, tüketicimin yararlarını yakalama açısından çeşitlilik göstermesidir, maliyet paylaşımının etkileri konusunda tartışmaya ilişkin, ekonomistlerin "piyasa başarısızlığı" olarak adlandırdığı diğler bir unsur, kendini sağlık piyasasında, tüketicilerin "ihtiyaç duydukları" hizmetler hakkında bilgi almak için hizmet sunucularına bağımlı olmaları şeklinde gösteren "bilgi eksikliğidir". Bilgideki bu asimetri "arza dayalı talebe" neden olur, yani hizmet sunucu, tüketiciyi hizmetleri talep etmeye teşvik etmemesi durumunda talep ortaya çıkmaz (177). Neo-klasik ekonomi teorisine göre, arza dayalı talep varsayımı, hizmet sunucuların tercihlerinin sağlık hizmetleri taleplerinin en azından bazılarını belirlediğı anlamına gelir. Arza dayalı talebin varlığı, kesin tanımı, etkileri ve buna uygun politika tepkileri sağlık ekonomistleri arasında ilgi çeken bir konu ve tartışmadır (konuların tekrar gözden geçirilmesi ve tartışması için Labelle ve diğlerleri (178) ve Pauly'e bakınız).

Bazı ekonomistlerin, arza dayalı talebin var olduğunu gösteren yeterli ampirik kanıt olup olmadığı konusunda emin olmamalarına rağmen (179), çoğu, hizmet sunucuların, tüketicilerin hizmet taleplerini etkileme güçlerini kullandıklarını kabul etmektedir (180, 181). Arza dayalı talep varsa, refah kaybını ölçmek için standart arz-talep paradigmasının kullanılması uygun olmayacaktır, çünkü bu modelin varsayımlarından biri arz ve talebin bağımsız belirlenmesidir. Hizmet sunucu ve tüketici arasındaki bilginin asimetrisi ve hizmet sunucunun oynadığı aracılık rolü bilindiğı için ekonomistler, talep eğrisinin tüketici refahını ölçmek için uygun bir araç olup olmadığı konusunda tartışmaktadır. Bazıları, talep eğrisinin bu bilgi problemleri yüzünden kullanılmaması gerektiğini ileri sürmektedir (181, 183)] diğlerleri, hiçbir zaman mükemmel bilgi olamayacağını ve tahmini bir talep eğrisinin mevcut bilgi düzeylerini birleştirdiğini söylemek-

Piyasa dışı katılımcıların elde ettiğı faydalar "haricilere yönelik" olarak adlandırılır.

tedir. Bu yüzden talep eğrisi, tüketicilerin herhangi bir anda sahip oldukları bilgiye dayalı kararlarını yansıttığı için sigorta ve maliyet paylaşımının refah sonuçlarını ölçmek için hala kullanılmaktadır (173, 179, 184).

Arza dayalı talep konulu tartışmayı anlamak, talebe dayalı bir politika aracı olan maliyet paylaşımının olası etkilerinin değerlendirilmesiyle ilişkilidir. Arza dayalı talep, özünde kötü değildir. Hasta kişilere tıbbi ihtiyaçları hakkında bilgi vermek, hekimlerin çok önemli bir görevidir ve tüm nüfusa tıbbi eğitim vermek uygun olsa bile, kaynaklar ekonomik açıdan etkin kullanılamayacaktır. Fakat, maliyet paylaşımının toplumun refah kaybını azalttığını gösteren model kusurluysa, bu amaç için maliyet paylaşımının kullanımı sorgulanmaya başlanacaktır. Sonuç olarak, bazıları, maliyet paylaşımından verimlilik kazançları elde etme kapsamının, sağlık hizmetlerinin farklılığı ve arza dayalı talep potansiyeli nedeniyle çok sınırlı olduğuna inanmaktadırlar. (181, 185)

Birçoğu, arza dayalı talebin maliyet paylaşımının kullanılabilirliğini tehlikeye attığına inanmaktadır. Onlara göre, maliyet paylaşımı başlangıçta hizmete olan tüketici talebini azaltırsa, hizmet sunucunun gelirlerini tehdit edecektir (bazı veya tüm hizmet sunuculara, hizmet hacmine göre ödeme yapılan sağlık sistemlerinde). Ek hizmetler için talep yaratabildikleri sürece, hizmet sunucular; gelir seviyelerini muhafaza etmek için tüketici tarafından belirlenen talepte bir azalmayı telafi edebilecektir (arza dayalı talebin bu noktasının açıklaması için Fahs'a (186) bakınız.). Bu "arz tepkisi", hastadan istenen ücretin talebi düşüren etkilerini, piyasanın tüketici tarafında rol alan diğer önlemlerle beraber ortadan kaldıracaktır ve bu yüzden etkisiz bir politika aracı olacaktır. Diğerleri, hizmet sunucular ve tüketiciler arasındaki bilgi asimetrisinin potansiyel zararlı etkilerine karşı uygun bir talep politika tepkisinin geliştirilmesinin mümkün olduğuna inanmaktadırlar. Bu, daha eksiksiz sigorta kapsamı sağlamak (yani maliyet paylaşımını azaltmak) için değil tüketicilere daha fazla bilgi sağlamak içindir (173).

Yukarıda gösterildiği gibi, sağlık hizmetleri, tüketimin faydalarını yakalamak açısından farklı piyasa Özelliklerine sahip ürün ve hizmetlerin bir karmasını içermektedir. Her özgün hizmet için, ele alınacak kilit husus, talebin tüketiciler veya hizmet sunucular tarafından yürütülme derecesidir. Tüketicilerin, belli hizmetlere olan taleplerini etkileyen bilginin temini İçin hizmet sunucularına/aracılarına duydukları güven göz önünde bulundurulduğunda, maliyet paylaşımını, çoğunlukla hizmet sunucunun belirlediği hizmetlere olan talebi sınırlama aracı olarak uygulamanın teorik temeli zayıftır. (181)

Bazı araştırmacılar ve politika analistleri, gelirleri yükselten bir aracı, maliyet sınırlama aracı olarak kullanma hususunda gizli bir çelişki olduğunu ileri sürmüşlerdir. Kanada sağlık ekonomistleri tarafından ileri sürülen bu görüş (185, 187) maliyet paylaşımının maliyet sınırlama tedbiri olarak kullanımını reddetmektedir. Arz edenin talep yarattığı ve harcamanın (sigortacılar ve hastaların) her zaman gelirlere (hizmet sunucuların) eşit olduğu varsayımı yüzünden, maliyet paylaşımını ortaya çıkarmak veya artırmak maliyetleri azaltmayacak fakat, bunların prim ödeyenlerden (vergiye dayalı finansman sisteminde vergi ödeyenler dahil) hastalanıp tıbbi bakıma ihtiyaç duyanlara kaymasına sebep olacaktır. Ayrıca, Kanada ve ABD deneyimine dayalı olarak, bu ekono-

mistler, hizmet sunuculara vaka başına geri ödeme yapılan sistemlerde, hizmet sunucuların tüketicinin belirlediği talepte herhangi bir genel düşüşe, gelir düzeylerini muhafaza etmek için, hizmetlerin hacim ve/veya yoğunluğunu (sağlık sistemiyle temas başına temin edilen hizmetin sayısı) artırarak karşılık vereceğini ileri sürmektedirler. Bu bakış açısıyla, hizmet sunucunun belirlediği kullanım, yüksek sağlık masraflarının temel bir nedeni olduğu doğruysa, piyasanın arz cephesini etkileyen teşvik ve/veya düzenlemelerin, maliyet sınırlaması için çok daha güçlü araçlar olması olasıdır. Dahası, bu ekonomistler, vaka başına geri ödemededen yararlanan sistemlerin hizmet sunucunun sebep olduğu maliyet artışları yaratacağını ileri sürmektedir. Ayrıca, maliyet paylaşımının, - mali idarenin karmaşıklığını artırarak sağlık sektörü maliyetlerini artırdığı da belirtilmektedir.

Maliyet paylaşımı, finansman ve hizmetten yararlanma açısından hakkaniyet konusunda endişeleri ortaya koymaktadır. Maliyet paylaşımı, bu yükün düşük gelirlilerce karşılanması potansiyeli nedeniyle finansmanda, ayrıca yaşlıların, gençlerin ve kronik hastaların sağlık hizmetlerine erişimini azaltarak, bu hizmetlerin kullanımında hakkaniyetsizliğe yol açabilir. Hasta ücretlerinin ayrımsal etkisi, hane halkının karşılayamayacağı bir düzeye gelmesi durumunda fiyatın kullanımının caydırıcı olduğu ekonomik gerçeğini yansıtmaktadır. Tedaviden yararlanmada düşüş veya tedaviye başvuruda gecikme sağlık statüsünde, sağlık hizmetlerinin kullanımının yararlı etkilerinde azalma meydana getirecektir.

AVRUPA'DA MALİYET PAYLAŞIMI UYGULAMALARI

Avrupa Bölgesi ülkeleri maliyet paylaşımına değişik yaklaşımlarda bulunmaktadır. Maliyet paylaşımının içeriği, bu politikaların hedefleri ve maliyet paylaşımının Batı Avrupa ülkelerinde pratikte uygulanma yolu ODA ve BDT ülkele-
rindekilerden farklı olma eğilimindedir.

Maliyet paylaşımının olası etkileri şartların bir kombinasyonu ile belirlenir. Bu şartlar ayrıca, ülkelerin maliyet paylaşımına ulusal sağlık politikalarının ve sistemlerinin bir parçası olarak belirledikleri (gizli veya açık) temel hedefleri de oldukça etkiler. Sağlık hizmetlerinin düşük kalitede olduğu veya nüfusun önemli bir kısmına ulaşamadığı yerlerde, gelir yükseltme hedefi, maliyet paylaşımının diğer amaçlarına baskın gelmektedir. Bu yapısal şartlar; finansman kaynakları, risk paylaşımı, hizmet sunucu ödeme seçenekleri ve toplumun en yoksul üyeleri için hizmetten yararlanmayı sağlama yöntemleri üzerine kararlar dahil sağlık finansmanı konulu genel politikalar için içeriği belirler. Bu genel politikalar, maliyet paylaşımının olası sonuçları için anlamlar taşımaktadır. Hizmet karşılığı ödeme veya hizmet sunuculara vaka başına geri ödeme metodu kullanan sistemlerde, politika hedeflerine ulaşmak için talep cephesi aracı olarak maliyet paylaşımına, doktor ve hastanelere ileriye dönük ödeme yapılan sistemlerden daha çok güvenilmektedir. Çünkü ileriye dönük sistemler (örneğin, maaşlar, bütçe veya adam başına ödeme) arz cephesinde maliyet sınırlama hedefleri oluşturur. Maliyet paylaşımı daha geniş hizmet sunucu ödeme politikalarının sadece bir özelliği olduğu için, bu politikaların nedenlerini anlamak gereklidir.

Batı Avrupa Ülkelerinde Maliyet Paylaşımı

Batı Avrupa Ülkeleri, sağlık piyasasının arz cephesindeki maliyet sınırlama çabalarını büyük ölçüde, hem bütçe kontrolleri (özellikle hastane bakımı için) hem de bazı ülkelerde BBSH pratisyenlerinin sevk hizmetlerinde kontrol edici ve düzenleyici bir rol oynamalarına yoğunlaştırmışlardır. Bu yüzden, ülkelerin çoğu, maliyet paylaşımına, doktor ve hastanelerin sağladığı hizmetlerin maliyetlerini sınırlamak veya gelirini yükseltmek için bir araç olarak fazla önem vermektedirler. Diğer taraftan, ilaçlar için maliyet paylaşımı yaygındır. Bu tür politikaların hedefleri her zaman açıkça belirtilmese bile, bunların temel amaçları, ilaçların maliyetlerinin çoğunu kullanıcılara kaydırması gözlemlenmektedir.

Batı Avrupa ülkelerinin neredeyse yarısı, ilk başvuru hizmeti için bazı maliyet paylaşım şekilleri kullanmaktadır ve yaklaşık yarısı da maliyet paylaşımını yatan hasta ve uzmanlık gerektiren ayaktan tedaviye de (Tablo 7) uygulamaktadır. Doğrudan maliyet paylaşımının en yaygın şekli de katkı payı ve sigorta payıdır. Sadece İsviçre'de, ön ödeme yöntemi yaygın olarak kullanılmaktadır. Gerçekte tüm Batı Avrupa ülkeleri, bireylerin ya da hane halkının tıbbi hizmet masrafları yükümlülüklerini sınırlamak için bir çeşit cepten ödeme tavanı kullanır ve hiçbirisi hizmet ya da fayda tavanından yararlanmaz. Bu sebepten, gelir koruması bu sistemlerin güçlü bir özelliğidir.

Hekimlerin ekstra faturalandırması Batı Avrupa ülkelerinin çoğunda yasal değildir. Belçika, Fransa ve Danimarka'daki¹⁰ Grup 2 programı buna istisnadır.

İlaçlara yönelik referans fiyatlandırma, Danimarka, Almanya, Hollanda, Norveç ve İsveç'te başlatılmıştır. Almanya'da 1989'daki sağlık reform yasası her ilaç için, tüketicinin perakende ve referans fiyatı arasındaki farkı ödemekten sorumlu olacağı maksimum bir geri ödeme düzeyi (referans fiyatı) oluşturmuştur. Bir anlamda, referans fiyatlandırma kapsam dışında bırakmanın özel bir durumudur. Bu sistem altında, sağlık sisteminin (veya sigortacının) parça başına harcaması açıkça sınırlıdır, fakat tüketiciler piyasadaki elverişli ürünler arasından seçim yapmakta özgürdür. Almanya'da, referans fiyatları kabaca benzer tipteki ilaçların ortalama fiyatıdır (yani benzer aktif etken madde, tedaviye yönelik olarak karşılaştırılabilir aktif etken maddeler ve karşılaştırılabilir tedaviye yönelik etkilere sahip ilaçlar). 1993'ün ortalarında Alman piyasasında reçetelenen ilaçların yaklaşık yarısı için referans fiyat oluşturulmuştur. Hükümetin nihai hedefi bu ilaçların %70'ini referans fiyat sistemine dahil etmektir (190).

Ülkelerin, isteğe (kar amaçsız ve amaçlı) bağlı sağlık sigortasının oynayacağı rolü belirlemeleri, maliyet paylaşımının etkileri için anlamlar taşımaktadır. Batı Avrupa'nın çoğu ülkesinde bu tür sigortaya izin verilmez (mesela Belçika ve Norveç) ya da sadece ulusal sağlık hizmetinin veya sosyal sigorta sisteminin standart teminat paketinde bulunmayan özel hizmetleri almak için kullanılabilir (mesela Avusturya, İtalya ve İngiltere). Fakat, Danimarka ve Fransa'da, bireylerin ulusal sigorta sisteminin maliyet paylaşımı yükümlülüklerini kapsayan sigortayı almalarına izin verilmektedir.

¹⁰ Bu programda, hastalar hizmet sunucuları tamamıyla serbest olarak seçebilirler, ancak bu durumda hekimlerin saptanan geri ödeme seviyelerinin üzerinde ücretlendirme yapmalarına izin verilir. 1991 yılında nüfusun %4'ünden azı bu programın dışında kalmayı tercih etmişlerdir.

Tablo 7. Batı Avrupa'daki Sağlık Hizmetlerinin Hasta Maliyet Paylaşımı

Ülke (Kaynak)	Hizmet Sunucunun Türü		İlaç
	İlk temas noktası	Sevki	
Avusturya (2)	Nüfusun %80'i sigortasız; kalanlar ya sigortalı payı ödemekte ya da düşük gelirden dolayı muaf durumdadır.	Katkı payı ve sigortalı payı karması (muafiyetlerle birlikte). Cepten ödeme yükümlülüğü hastane içinde ilk 28 güne sınırlanmıştır.	Reçeteli ilaçlar için katkı payı ödemesi. Reçetesiz ilaçlar kapsam dışı bırakılmıştır.
Belçika (51,171,188)	Kısıtlı şekilde katkı payı veya sigortalı payı ödemesi (Dar gelirli kişiler için daha az). Ekstra faturalandırmaya izin verilmektedir.	Ücret tarifesine bağlı olarak değişen katkı payı ödemeleri; 90 günden sonra teminat paketi daraltılır (düşük gelirli kişiler için düşük katkı payı ödemesi).	İlaç türüne bağlı olarak %0 - %85 oranları arasında değişen katkı payı ödemesi veya birleşik sigorta. Pozitif listede olmayan ilaçlar sigorta kapsamının dışındadır.
Danimarka (2)	Yok	Yok	Değişen sigortalı payı oranı referans fiyata (%0-50) arasında değişen oranlarda uygulanan sigortalı payı ödemesi. Reçetelendirilmemiş ilaçlar sigortakapsamı dışındadır.
Finlandiya (2)	Yok. Yıllık ön ödeme veya katkı payı ödemesi arasında seçim veya cepten ödeme tavanını içeren ile katkı payı ödemesi yerel yönetimlere göre değişir.	Hastanede kalış günün ve her uzmana görünme başına maksimum ödeme seviyeleri.	Sigorta payı
Fransa (189)	Sigortalı payı; ekstra faturalandırma için belirlenmiş hekim kategorilerine izin verilir.	Kişi başına sigortalı payı artı yiyecekleri kapsayan katkı payı ödemesi. 30 günden sonra cepten ödeme yükümlülüğü kalkar.	Çoğunluk sigortalı payına tabi. Ulusal listede onaylanmış ilaçlar haricinde kalem sigorta kapsamı dışındadır.
Almanya (172,190)	Yok.	Bir yılda 14 güne kadar geçerli olmak üzere sabit katkı payı ödemesi; bundan sonra cepten ödeme yükümlülüğü yoktur.	Değişken katkı payı ödemesi; referans fiyatlandırma; negatif listedeki kalemler kapsam dışındadır.

Tablo 7 (devamı)

Ülke (Kaynak)	Hizmet Sunucunun Türü		İlaç
	İlk temas noktası	Sevki	
Yunanistan (2)	Yok, buna rağmen özel doktorlar arasında ekstra faturalandırma yaygındır.	Yatan hasta için yok. Bazı fonların tanı-teşhis hizmetlerinde sigortalı payı uygulanmaktadır.	Sigortalı payı.
İzlanda (2)	Normal çalışma saati dışındaki vizitelerde yüksek oranda katkı payı ödemesi. Ev muayeneleri için yüksek katkı payı ödemesi. Cepten ödeme tavanı vardır.	Yatarak tedavi gören hasta için yok. Uzman ve hastane ayaktan tedavi hizmetleri için katkı payı ve sigortalı payı ödemesi karması. Tanı-teşhis hizmetleri için katkı payı ödemesi. Cepten ödeme tavanı vardır.	Cepten ödeme tavanına göre belirlenen ön ödeme ve sigortalı payı karması. Bazı kalemler tamamen ücretsiz ve diğerleri sigorta kapsamı dışındadır.
İrlanda (171,188,191)	Birinci "kategori" için 1987'de nüfusun %37'sine yok. Diğerleri için sigortalıncaya kadar tam ücret. Sigortalı kişiler senelik muafiyete sahiptirler. Ayrıca cepten ödeme tavanından yararlanmaktadırlar.	Birinci "kategori" nüfus için devlet hastanelerinde uygulanmamaktadır. Kalanlar için; ilk hastane ayaktan tedavi başvurusu için katkı payı ödemesi ve her yılın devlet hastanesi hizmetlerinin ilk on gün için katkı payı ödemesi. Sigorta kamu ve özel hastanelerde ücretsiz hizmet sağlamaktadır.	Birinci "kategori" nüfusunda yok. Diğerleri aylık cepten ödeme tavanını da belirleyen aylık ön ödeme yapmaktadırlar. Negatif ilaç listesindeki kalemler sigorta kapsamı dışındadır.
İtalya (2,171)	Yok.	Yatarak tedavi gören için yok. 1990 yılında devlet hastanelerindeki tanı-teşhis prosedürleri uzman muayeneleri ve kaplıca tedavilerinde maliyet paylaşımı başlatılmıştır.	Yalnız gerekli ilaçlar muafiyete tabidir. Çoğunlukla diğer ilaçlar hem ön ödeme hem sigortalı payı içerir. Bazı ilaçlar sigorta kapsamı dışındadır.
Lüksemburg (171)	Sigortalı payı.	Enflasyona endeksli günlük katkı payı ödemesi.	Özel hastalıklar hariç ayakta tedavi görenlerin ilaçları için sigortalı payı. Yatarak tedavi görenlerin ilaçları ücretsizdir.

Hollanda (172)	Kamu sigortası olanlar için yok. Özel sigortalılar için değişebilir.	Kamu sigortası olanlar için yok. Özel sigortalılar için değişebilir.	Referans fiyatlandırma; bunun dışında kalan kalemler sigorta kapsamına dahil değildir.
Norveç (2)	Tüm hizmetler için senelik cepten ödeme tavanı ile birlikte maliyet paylaşımı.	Yatarak tedavi gören hasta için yok. Tanı-teşhis hizmetleri için maliyet paylaşımı.	Gerekli ilaçlar için referans fiyatlama sistemi.
Portekiz (2,171)	Maliyet paylaşımı	Maliyet paylaşımı	İlacın türüne göre iki sigortalı payı oranı. Ayrıca bazı kalemler ücretsiz ama diğerleri sigorta kapsamı dışındadır.
İspanya (171)	Yok	Yok	Sigortalı payı. Onaylanmış listede olmayan kalemler sigorta kapsamı dışındadır.
İsveç (172,192)	Yatarak tedavi gören hasta dışında bütün hizmetler için senelik cepten ödeme tavanı ile birlikte katkı payı ödemesi.	Yatarak tedavi gören hasta için günlük katkı payı ödemesi. Terapi sevklerinde katkı payı ödemesi.	Reçetelenmiş birinci kalem için katkı payı ödemesi; ek kalemler için önemli oranlarda indirilen katkı payı ödemesi. Jenerik kalemler için referans fiyatlandırma
İsviçre (2)	Sigortalı payı ile birlikte senelik ön ödeme.	Hastane tedavisinde günlük katkı payı ödemesi.	Sigortalılar arasında maliyet paylaşımı değişkendir. Negatif listedeki kalemler sigorta kapsamı dışındadır.
Türkiye (2)	Hizmet karşılığı ödeme temeline dayalı fiyatlandırma yapan özel sigortacılar.	Sosyal Sigortalar tüm ücretleri kapsar. Sigorta olmayanlar ücret öderler.	Tüm sosyal sigorta programlarında ayakta tedaviye yönelik ilaçlar için sigortalı payı alınmaktadır.
İngiltere (172)	Yok	Lüks hastane yataklarında kalış haricinde yok.	Muaf olan %83 reçete haricindekilere Katkı payı ödemesi. Negatif listedeki kalemler NHS kapsamı dışındadır.

Gerçekte, tüm Batı Avrupa ülkeleri düşük gelirli ve kronik hastalar için maliyet paylaşımı yükümlülüklerini azaltmakta ya da ortadan kaldırmaktadır. Örneğin, Belçika'da düşük gelirli hane halkı maliyet paylaşımından tamamen ya da kısmen muaftır. Dulların, yetimlerin, emeklilerin ve bazen çocukların oluşturduğu düşük gelirli "aktif olmayan" nüfus için, ödemeler azaltılmıştır ya da hiç yoktur (51, 171). Avusturya'da sosyal hizmet alan veya belli bir düzeyin altında (1990'da (2) nüfusun %17'si) geliri olan halk ilaçlara ait maliyet paylaşımından muaftır. Ek olarak, ödemeler, belli kronik veya bulaşıcı hastalıkların tedavisi veya koruyucu hizmetler için genelde uygulanmaz. Mesela, Fransa'da muafiyetler, ciddi, takatten düşüren ve kronik olarak tanımlanan 30 hastalıktan herhangi birini taşıyan hastalara uygulanır (189). Finlandiya ve İzlanda'da birçok koruyucu tedavi hizmetleri maliyet paylaşımına tabi değildir (2). İrlanda'da herkes bulaşıcı ve belli kronik hastalıkların ücretsiz tedavisi hakkına sahiptir; bebek izleme, çocuk sağlığı muayeneleri ve belli kronik hastalıklar için reçeteyle verilen ilaçlar da ücretsizdir (2).

Ülkelerin çoğunda, politikalar, merkezi olarak ulusal sağlık hizmeti ya da sosyal sigorta sistemleri adına belirlenir. Birden çok zorunlu sosyal sigorta kurumu olan ülkelerde; maliyet paylaşım yükümlülükleri, çeşitli sigorta programları arasında Avusturya'da olduğu gibi değişmektedir. Politik sistemlerin oldukça desantralize olduğu Finlandiya (2) ve İsveç'te (172) maliyet paylaşım kararları yerel (belediye veya bölge) makamlarca ulusal düzenleme tavanları içinde verilir.

Yunanistan ve Türkiye iyi işleyen sağlık sistemlerine ulusal erişimi sağlayan ülkelere istisna oluşturmaktadırlar. Yunanistan'da sosyal sigorta kapsamı ulusalıdır, fakat hizmet sunucuların dağılımındaki büyük coğrafi farklılıklar, birçok vatandaşın hizmetlere erişemediği anlamına gelmektedir. Dahası, hastanedeki veya başka yerdeki personel tarafından yasal olmayan ekstra faturalama uygulaması ("zarf ödemeleri") yaygındır ve sağlık görevlileri için düşük ödeme seviyelerini yansıtır. Türkiye'de nüfusun sadece %60-65'i sosyal sigorta kapsamındadır.

Herkesin kamu sağlık tesislerini kullanmaya hakkı vardır fakat kullanıcı ödemeleri hizmetlerin çoğu için geçerlidir. Bu yüzden, her iki ülkede resmi ve gayriresmi ödemeler yaygındır ve sağlık hizmetleri sunumunun finansmanı için ek gelirlerin artırılması amaçlanmaktadır.

ODA ve BDT Ülkelerinde Maliyet Paylaşımı

Gelirin artırılması, ODA ve BDT ülkelerinin çoğundaki sağlık politikasının temel konusu olmuştur. Sigorta ve genel vergilendirme; kaynakları artırmanın, hastalardan doğrudan ücret alınmasına kıyasla daha iyi yöntemler olmasına rağmen, birçok ülkenin yakın yıllarda yaşadığı düşen istihdam düzeyleri sosyal sigortaya zorunlu katkılar için kapsamı daralmıştır. Çünkü bunlar genelde işçi ve işverenlerin katkılarıyla finanse edilir. Benzer şekilde, genel vergiler aracılığıyla yaratılabilen gelirin miktarına da sınırlamalar getirilmiştir. Bu yüzden, birçok (hepsi olmamasına rağmen) ODA ve BDT ülkesi, hastalardan doğrudan alınan ücretleri, öncelikle, sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için ek kaynaklar

sağlama aracı olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, mevcut bulgular hizmet sunucuların gelirleri içinde hastalardan gelen gayriresmi ödemelerin payının giderek arttığını göstermektedir. Tablo 8, bu ülkeler içinde konuyla ilgili verilerin elde edilmesi mümkün olanlarının maliyet paylaşım politikalarını göstermekte ve gayriresmi ödemelerin varlığını (ve elde edilebilmişse, kapsamını) tanımlayan bir sütun içermektedir.¹² Tablo 8 süregelen düşük maaş politikalarının bir sonucu olarak ortaya çıkan, hizmetler karşılığında yapılan gayriresmi ödemenin, ODA ve BDT ülkelerinde yaygın olduğunu göstermektedir. Bulgaristan'da, kamu sektörü hizmetlerinin finansmanında sürekli olarak açık olması, yasal olmayan ödemelere ve gönüllü bağışlara yaygın olarak ihtiyaç duyulmasına neden olmuştur. Ödemeler genelde hastalar tarafından ilaçlar ve tıbbi malzemeler, gıda, klinik testler ve diğer hizmetler için yapılmaktadır (193). Macaristan'da, maaş seviyeleri reel olarak düştükçe, sağlık hizmeti sunucularına "şükran parası" ödenmesi yaygınlaşmıştır (196). Polonya'daki tıbbi personelin düşük maaş düzeyleri gayriresmi ödemelerin devam etmesine katkıda bulunmaktadır.

Kazakistan'daki hane halkı araştırması verileri, hastaların hastanede kaldığı sürece, hükümetin onlara sunması gereken hizmetleri kendilerinin karşılamak zorunda kaldıklarını göstermektedir. Bir Kazak oblastının yürüttüğü çalışma, yatan hastalarının çeyreği ila üçte birinin kendi çarşaf, gıda ve çamaşır yıkama hizmetlerini temin etmek zorunda olduğunu ortaya çıkarmıştır. Kırgızistan'da 1993 ve 1994'te yapılan hane halkı araştırmaları, resmi ve gayriresmi hasta ödemelerinin kullanımının arttığı sonucuna varmıştır. (197)

Çek Cumhuriyeti'nde makroekonomik performans birçok komşu ülkeden daha hızlı gelişmiştir. Ulusal zorunlu sigorta programı 1992'nin başında başlatılmıştır, fakat bunu, büyük ölçüde vaka başına ödeme sisteminin teşvikleri yüzünden bir maliyet patlaması takip etmiştir. Maliyet sınırlama çabaları paralelinde hem arz hem de talep tarafına yönelik reformlar başlatılmıştır (veya planlanmıştır). Bu politika paketi, görünüşte diğer maliyet kontrolü politikalarını tamamlayıcı düşük düzeyde maliyet paylaşımı (cepten ödeme tavanıyla sınırlanmış) içermektedir (195). Böylece, Çek Cumhuriyeti'ndeki maliyet paylaşım politikasının temel amacı kaynak mobilizasyonundan ziyade maliyet sınırlama gibi görünmektedir.

Piyasa mekanizmalarının ODA ve BDT ülkelerinin sağlık sistemlerine hızlı girişi, yoksul vatandaşların, sağlık hizmetlerine erişebilmek için gerekli resmi ve gayriresmi ödemeleri karşılama imkanları konusundaki kaygılarını artırmaktadır. Ayrıca, geçiş dönemiyle özdeşleştirilen ekonomik düşüş yoksul halkın oranında bir artışa yol açmıştır. Örneğin Macaristan'da ekonomik büyüme 1990'lar boyunca düşmüştür; işsizlikte hızlı bir artış olmuş ve demografik değişiklikler

¹ Bu cezalandırılmayan ödemeler, yan Ödemeler, kara para, masa altı ödemeler gibi çeşitli isimler almaktadır.

² BDT ve ODA ülkelerinde yetkili kişilere, hem resmi hem de gayriresmi maliyet paylaşımı uygulamalarına yönelik tutarlı bilgi almak için bir anket postalanmıştır. Tablo 8'de belirtildiği haller dışında, bu ankete verilen cevaplar bilgi kaynağı olmuştur.

Tablo 8. Seçilmiş ODA ve BDT Ülkelerindeki Hasta Maliyet Paylaşımı

Ülke (kaynak)	Hizmet Sunucunun Türü		İlaç	Gayriresmi Ödemeler
	İlk Temas Noktası	Sevk		
Bulgaristan (193)	Kamu sektöründe yok; özel sektörde tam ödeme (sigorta kapsamı yok).	Yok, ama özel başışlar yaygındır.	Hastalar genellikle reçetesiz ilaçları öderler.	Yaygın olarak yapılmakta.
Hırvatistan (194)	Sigortalı payı ödemesi düşük düzeyde ancak artacak gibi görünmekte.	Sigortalı payı ödemesi düşük düzeyde ancak artacak gibi görünmekte.	Sigortalı payı ödemesi düşük düzeyde ancak artacak gibi görünmekte.	
Çek Cumhuriyeti (195)	Cepten ödeme tavanı ile belirli BBSH için düşük maliyet paylaşımı. Özel doktorlar ekstra ücret alabilirler	Cepten ödeme tavanı ile maliyet paylaşımı başlatmayı planlamakta.	Maliyet paylaşımı; geri ödenebilecek ilaçlar için pozitif liste.	Var
Estonya	Düşük maliyet paylaşımı.	Yataktan tedavi hizmetleri için yok; uzman ayaktan tedavi hizmetleri için düşük düzey.	Belirli gruplar için indirimler ve muafiyetlerle birlikte yüksek sigortalı payı ödemesi.	Var
Macaristan (196)	Resmi ücret yok.	Yataktan tedavi hizmetleri için düşük maliyet paylaşımı	Muafiyetlerle birlikte maliyet paylaşımı.	Yaygın olarak yapılmakta.
Kırgızistan (197)	%25'i resmi ücret ödemekte; geri kalan muaf tutulmakta veya onlardan ücret alınmamaktadır.	%25'i resmi başvuru ücretlerini ödemekte; geri kalan muaf tutulmakta veya onlardan ücret alınmamaktadır. Aileler genellikle yiyecek temin ederler.	Birçok hasta ilaç ödemesi yapmakta; fiyatlar büyük farklılıklar göstermekte.	Var ve yaygınlaşmakta

Letonya	Düşük maliyet paylaşımı.	Belirli gruplar için muafiyetlerle birlikte, ayakta veya yatan hasta hizmetleri için düşük maliyet paylaşımı.	Maliyet paylaşımı	Var
Litvanya	Maliyet paylaşımı yok ya da düşük.	Maliyet paylaşımı yok ya da düşük.	Yüksek sigortalı payı ödemesi	Var
Polonya	Yok	Yok	Yerli ilaçlar için düşük sigortalı payı ödemesi; ithal ilaçlar için tam ödeme.	Var ve Yaygınlaşmakta
Romanya	Yok	Yok	Belirli gruplar için indirimler ve muafiyetlerle birlikte maliyet paylaşımı.	Yaygın olarak yapılmakta
Slovakya	Yok	Yok	Sigortalı payı oranları ilaç kategorilerine göre farklılıklar göstermektedir.	Var
Slovenya	Yok	Yatan hasta hizmetlerinde yok. Sevk zinciri izlenmezse uzman ayakta tedavi hizmetleri için yok.	Maliyet paylaşımı	Var

emeklilerin sayısında bir artışa yol açmıştır. Bu değişikliklerin bir sonucu nüfusun ekonomik kutuplaşması gerçekleşmiştir. Yüksek seviyede gelire sahip kişiler düşük seviyede geliri olanlara nazaran daha kolay ödeyebilmekte, daha Çok sigorta yaptırmakta ve sağlık hizmetlerinden yararlanmada daha az engellenmektedir. Daha dezavantajlı kişilere bir ölçüde koruma sağlamak amacıyla, belli farmasötik maddeler resmi ödemelerden muaf tutulmaktadır. Bunlar, belirlenmiş kronik durumlar ve salgın hastalıklar için üretilmiş ilaçlara ek olarak statüsü onaylanmış ve halen kamu sağlık hizmeti sunumu kimlik kartı taşıyan "yoksullar" için verilen ilaçları kapsamaktadır (196).

MALİYET PAYLAŞIMININ ETKİLERİ

Toplam sağlık harcamaları

Bulgulara göre maliyet paylaşımı, kullanımı azaltmakta fakat maliyetleri sınırlamamaktadır. Maliyetler arza dayalı faktörler tarafından belirlenmekte fakat maliyet paylaşımı talebe dayalı bir dizi politikalarla oluşturulmakta ve bu nedenle genel maliyetler sınırlanmamaktadır. Ülkeler arasındaki karşılaştırmalar, ABD'deki doktorlarla temasın ve kişi başı yatış süresinin Kanada, Fransa, Almanya, Japonya ve İngiltere gibi diğer ülkelerden daha düşük olduğunu göstermekte, fakat ABD'deki maliyetlerin GSYİH'ye göreli olarak diğer ülkelerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu da, ABD'de doktorla her bir temasta sunulan hizmet yoğunluğunun bu açık paradoksun sorumlusu olduğunu büyük ölçüde ortaya koyar (198). ABD, en yüksek orandaki cepten yapılan harcamalara sahiptir; ki bu da genellikle maliyet paylaşım yükümlülüklerini yerine getirmek içindir. ABD ayrıca en yüksek genel maliyetlere sahiptir. Diğer ülkeler daha düşük seviyede maliyet paylaşımına ve daha yüksek seviyede kullanım oranına fakat daha düşük maliyetlere sahiptirler. Bu, maliyet paylaşımının yüksek maliyetlere neden olduğu anlamına gelmez; maliyet paylaşımından ziyade (bütçe kontrolleri gibi arz tarafındaki önlemler) maliyet sınırlaması için daha etkin mekanizmaların bulunduğu anlamına gelir.

Rand çalışması (199, 200), maliyet paylaşımının toplam sağlık harcamalarında bir azalmaya neden olduğunu ortaya koymakta fakat bu çalışmanın tasarımı geriye dönük bir ödeme sistemi içinde maliyet paylaşımının geniş bir alanda uygulanması için gerçekleştirilecek toplam harcamaya yönelik güçlü sonuçlara çıkarılabilesine olanak tanımaz. Bunun nedeni, hizmet sunucular hizmet hacmindeki veya yoğunluğundaki artışlara neden olarak tüketici girişimli talepteki bir azalışı telafi edebilecek olmalarıdır. GSYİH'nin bir yüzdesi olarak sağlık harcamaları, doktorla temas ve hastanede kalış süresi hakkında ülkeler arasındaki veriler, müşteri girişimli talebin sağlık hizmetleri maliyetlerini düzenleyen temel faktör olmadığını düşündürmektedir. Daha ziyade, bu temel faktör sağlanan hizmetlerin yoğunluğudur. Bu yoğunluk, geniş ölçüde hizmet sunucu girişimli olduğu için, maliyet paylaşımının genel harcama seviyesinde çok büyük bir etki yaratmasına çok az bir olanak vardır.

İlaçlar

İsveç'te referans fiyatlandırma sisteminin kullanılması ilaçların fiyatlarında hızlı bir düşüşe neden olmuştur. Referans fiyatlandırma sistemi kapsamındaki maddeler için jenerik pazar payı, 1993'ün ilk 6 ayında %35'ten %49'a çıkmıştır. Bu değişimden kaynaklanan tahmini yıllık tasarruf ise toplam farmasötik maliyetle-

Tablo 9. 1990 Yılındaki Seçilmiş Ülkelerde Sağlık Harcamaları ve Kullanımı

Ülke	Kişi Başına Düşen Doktor Sayısı	Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı	GSYİH'nın yüzdesi olarak Harcamalar (%)
Kanada	6.9	1.5	9.5
Fransa	7.2	1.5	8.8
Almanya	11.5	2.3	8.3
Japonya	12.9	-	6.7
İngiltere	5.7	0.9	6.2
Amerika	5.5	0.9	12.2

Kaynak: Rasell (198).

rinin %5'i civarında olmuştur. Bununla beraber ilaçlara yapılan toplam harcamadaki yıllık artış mevcut oranda devam etmiştir. Bunun nedeni ise ek maliyetlerin hastalara yöneltilmesidir (192).

Çek Cumhuriyeti'nde ilaç harcamaları, maliyet paylaşımının başlatıldığı 1992'ye kadar tamamıyla kapsam altına alınmıştı. Bu, gene de halen toplam sağlık harcamasının %30'unu oluşturan ilaç harcamaları üzerinde çok az ölçüde bir etki yaratmıştır. Macaristan'da 1994'te, maliyet paylaşımı ilaç tedavisinin yaklaşık %25'i oranında gerçekleşmiştir. İlaçlara cepten yapılan harcamalar 1991 ve 1994 yılları arasında 4 kattan daha fazla artmış fakat tüketim, ilaç fiyatlarındaki ani yükselişten dolayı azalmıştır. 1995'te yapılan bir araştırma ilaçların %20'sinin hastaların ödemeyecek durumda olmasından dolayı, alınmadığını göstermektedir.

Finansmanda Hakkaniyet

Maliyet paylaşımı sağlık hizmetleri finansmanının yükünü göreceli olarak düşük gelirli hane halkı üzerine mi yıkmıştır? 1980'lerde elde edilen verilerden yola çıkarak İsviçre ve ABD'nin incelenen 10 OECD ülkesi arasında en çok gerileyen sağlık finansman sistemlerine sahip olduğu saptanmıştır (201). Bu bulgu, her iki ülkenin de, yüksek düzeyde özel sağlık sigortasına ve cepten yapılan özel harcamalara dayanmasına bağlanmıştır. Özellikle cepten yapılan özel harcamalar her iki ülkede de önemli ölçüde gerilemiştir. Bunun nedeni, çoğu örnekte olduğu gibi maliyet paylaşımı yükümlülüklerinin hastanın gelirini göz önüne almaksızın uygulanmasıdır.

Fransa'daki maliyet paylaşımının hakkaniyet üzerindeki sonuçları belirsizdir. Çünkü, gelir ve tamamlayıcı sigorta kapsamı arasında doğrudan hiçbir ilişki yoktur. İşsiz insanlar kadar küçük firma çalışanları ve genç insanların da daha az oranda tamamlayıcı sigorta kapsamında olduğu görülmektedir. Bu, ulusal bir sağlık sisteminin maliyet paylaşımı yükümlülüklerini kapsayan isteğe bağlı sigortanın, bunu satın almaya gücü yetmeyenler için gelirlerine oranla yüksek bir finansal yük yaratabileceğini ortaya koyar (ve muhtemelen adaletsiz erişimi de yaratabilir).

Kazakistan'daki veriler, sağlık hizmetinden yararlananların yaptıkları resmi ve gayriresmi ödemelerin karışımının, finansmandaki dengesizlikleri artırdığını düşündürmektedir. Tek bir hastalık vakasında, cepten yapılan ödemeler çoğu hane halkı için önemli bir finansal engel oluşturabilir. Vakaların %20'sinde bir bireyin hastalık vakasındaki toplam maliyetler, tüm hane halkının aylık gelirini geçmiştir. Yatan hastaların %50'si, hastanede kalma ücretini ödemede ciddi zorluklar yaşadıklarını ve 1/3'ü de hastane masraflarını ödemek için borç aldıklarını belirtmiştir. Kırsal alanlarda çiftlik hayvanları, kentsel alanlarda tüketici ürünleri gibi sermaye unsurları, genellikle gerekli parayı karşılamak için satılmaktadır. Genelde, sağlık için cepten yapılan harcamalarda hakkaniyetsizlikler olduğuna dair kanıtlar vardır. Örneğin, cepten ödemeler, yoksul hane halkı ve bireyler Üzerinde daha fazla yük yaratmaktadır (197).

SONUÇ

Maliyet paylaşımı, gerek verimliliği artırmak gerekse de sağlık sektörü maliyetlerini sınırlamak için çok güçlü bir politika aracı değildir. Çünkü, hizmet sunucuların sağlık sektörü maliyetlerini etkilemedeki önemi nedeniyle pazarın arz tarafına yönelik politikalar sadece talep tarafına yönelik politikalardan daha güçlü konumdadır. Maliyet paylaşımı tüketici girişimli kullanımı azaltacaktır. Fakat böyle azalmalar maliyetleri sınırlamada etkili olmayacaktır. Bunun nedeni, sağlık hizmetleri maliyetlerindeki temel etkinin, hizmet sunucular tarafından yönlendirilen hizmet yoğunluğu olmasıdır.

Maliyet paylaşımının uygunluğu ve muhtemel etkileri, uygulanan hizmetlere ve daha geniş bağlamda hizmet sunucuların ödeme sistemlerine bağlıdır. Maliyet paylaşımının talebi sınırlama amacıyla bir araç olarak kullanımı, bu kullanım sadece ilk başvuru hizmetlerinde uygulandığında geçerlidir. Sevk hizmetlerinde (hizmet sunucu girişimli) maliyet paylaşımı kullanım üzerinde küçük bir etkiye sahiptir ve bu nedenle verimlilik açısından pek bir şey ifade etmemektedir. Hizmet sunuculara geriye dönük ödemeler yapılan sistemlerde, tüketici tarafından talep edilen kullanımda maliyet paylaşımından kaynaklanan azalmalar, gelir kazanmak amacıyla, hizmet sunucuları hasta başına verilen hizmetin kapsamını artırmaya teşvik edecektir (örneğin; hizmet yoğunluğu). Bundan dolayı böyle sistemlerde maliyet paylaşımı, maliyet artışı kısıtlamaya çok az katkıda bulunur. Çünkü mevcut bulgular hizmet sunucuların teşhis ve tedavi edici hizmetlerin kullanımında bir artış oluşturarak tüketici tarafından talep edilen kullarımdaki düşüşe karşılık verebileceklerini/verdiklerini ortaya koymaktadır. Hizmet sunuculara önceden ödeme yapılan sistemlerde, buna karşılık için hiçbir açık teşvik bulunmaz, fakat maliyet paylaşımının etkileri halen marjinal gibi görünmektedir. Çünkü arz tarafındaki teşvikler harcamalardaki büyümeyi kısıtlamak için yeterlidir.

Telafi edici idari prosedürler olmadan, maliyet paylaşımı sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde ve alınmasında hakkaniyetsizliklere neden olur. Maliyet paylaşımı gelikle bağlantılı olmazsa, katkı payı ve sigorta payı düşük gelirli hane halkının bütçeleri üzerinde daha büyük bir yük oluşturacaktır. Düşük gelirli grupları cepten çıkan ödemelerden muaf tutmak için konulacak belirli önlemler olmadan, sağlık hizmetine ulaşım gelir düzeyine bağlı olacaktır. Bulgular, doğrudan ödemelerin, hizmet kullanımında, fakir kişileri daha iyi durumda olanlara oranla daha çok caydırdığını tutarlı bir şekilde göstermektedir. Hizmete erişim üzerindeki bu kısıtlamalar nüfusun yoksul ve hasta kesimleri üzerinde sağlık konusunda olumsuz etkilere yol açabilir. Bundan dolayı, hakkaniyet esasını korumak amacıyla maliyet paylaşımının toplumun yoksul keşi-

minde yaratacağı sonuçları telafi etmek için önlemlere gereksinim duyulmaktadır.

Sağlık hizmetleri için gelir akışının bir aracı olarak, hastalar tarafından yapılan doğrudan ödemeler, hakkaniyet açısından herhangi bir olumsuz sonuç yaratmadan önemli miktarlar oluşturmayabilmektedir.

Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme

Kaynakların, rekabet eden taleplere tahsisinde seçim yapılması sağlık hizmetleri sistemlerinde her zaman varolmuştur. Bu seçimler, farklı hizmetlere veya farklı tip hastalara ilişkin göreceli Öncelikleri yansıtmış, genellikle de bu seçimler tamamıyla sağlık sektörü çalışanları tarafından yapılmıştır. Bireylere verilen hizmetlerin sınırlandırılması, bekleme listeleri veya maliyet paylaşımı düzenlemele-ri yoluyla dolaylı olarak uygulanmaktadır.¹³ Yeni olan politikacıların ve vatan-daşların bu sürece yönelik ilgilerinin artması ve bunun sonucunda açıklık ve şeffaflığa artan taleptir.

Öncelik belirleme tartışması, kamu tarafından finanse edilen sağlık hiz-metlerinin gelecekteki kapsamıyla ilgili temel soruların ortaya çıkmasından dolayı daha da önem kazanmıştır. Bu, en çok çekirdek hizmetler veya temel bir hizmet paketi tanımlamaya çalışan sistemlerde açıkça görülmektedir; fakat aynı zamanda, diğer sistemlerde de bir tartışma konusu olarak ortaya çıkmıştır. Bir sosyal devletin geleceğinin bir bütün olarak inceleme altına girdiği bir dönemde, hükümetlerin ulusal ve kapsamlı sağlık hizmetlerini destekleme kapasitesi tartışma konusu olmaktadır. Bazı ekonomistler, hükümetten bireysel sorumluluğa doğru bir kayma olması ve sağlık sistemlerinde devlet finansman-ının azalması gerektiğini savunmaktadırlar. Bu görüş diğer uzmanlar tarafın-dan oldukça tartışılmış ve kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinin sınırlandırılması ihtiyacı hiçbir şekilde evrensel olarak kabul görmemiştir.

Bazıları, ek finansman sağlamanın mümkün olması ve/veya kaynakların verimli bir şekilde kullanılması durumunda hizmet sınırlamasının gerekli¹ olma-yacağını savunmaktadır. Aslında, yukarıda belirtildiği gibi, ülkeler, sağlık sektö-rüne daha fazla kaynak aktarabilmek, vergilendirme veya sosyal sigorta yoluyla gelir tahsilatını artırmak veya maliyetleri Özel sektöre yönlendirmek amacıyla kamu harcamaları önceliklerini değiştirebileceklerdir. Ayrıca, ileriki bölümlerde de gösterildiği gibi, sadece uygun olan müdahaleleri finanse ederek ve kaynak tahsisi ile hizmet sunumunda daha çok maliyet-etkin modeller benimseyerek, operasyonel bağlamda daha yüksek verimlilik sağlayabilecek geniş olanaklar mevcuttur. Hizmet için maliyet etkin modeller bulma arayışının politika belirle-yicilerinin ilk amacı olması gerekmektedir. Çünkü bu modeller, gerekli hiz-metlere bireysel erişimin sınırlandırılması ihtiyacının önüne geçebilir veya azaltabilir.

Bu temel bilgilere karşı, bu bölüm, öncelik belirleme ve hizmet sınırlama kapsamına giren konuları daha ayrıntılı bir şekilde incelemektedir; ilk olarak, öncelik belirlemedeki temel stratejiler ele almakta ve sonra Avrupa Bölgesi'nde yaşanan deneyimleri gözden geçirmektedir. Son olarak ise ortaya çıkan dersler özetlenmektedir.

¹³ Bu bölümde "Öncelik belirleme" ve "hizmetlerin sınırlandırılması" birbirinin yerine kullanılmıştır. İkisi de özellikle mevcut kaynakların sağlık talebini aştığı durumlarda sağlık hizmetlerinde tercih yapılması sürecini tanımlamak için kullanılmaktadır. Hizmetlerin sınırlandırılması, önceliklerin belir-lenmesi sonucu hizmet paketinin azaltılması üzerinde durmaktadır.

ÖNCELİK BELİRLEMEDE YAKLAŞIMLAR

Sağlık hizmetleri önceliklerinin belirlenmesi, farklı disiplinler temellere sahip araştırmacıların ilgisini çekmiştir. Ekonomi dışındaki en büyük katkı, siyaset bilimi, felsefe ve epidemiyolojiden gelmiştir. Epidemiyoloji söz konusu olduğunda, iki önemli tema ortaya çıkmıştır. İlki, mortalite ve morbidite modellerinin analizi yoluyla, epidemiyoloji karar vericilerine, Ölüm ve sakatlığın nedeni ve hastalık yükü hakkında yardımcı olmaktadır. İkinci olarak, ekonominin katkıları, farklı yöntemlerin maliyet-etkin olması için yapılan karşılaştırmalara imkan vermektedir.

Siyaset bilimciler ve siyaset analistleri, öncelik belirlemenin bir değerler tartışmasını içermesinden dolayı, teknik bir uygulamaya indirgenemeyeceğini savunarak epidemiyologların ve ekonomistlerin çalışmalarını eleştirmişlerdir. Bundan dolayı siyaset bilimciler, teknikleri sadece karar alma sürecinin bir unsuru olarak görmekte ve bu unsuru en önemli unsur olarak kabul etmemektedirler. Mesela Klein (202), kararların alındığı bu sürecin ve bu süreçteki farklı grupların önemini vurgulamaktadır. Siyaset bilimciler, oluşturdıkları temel anlaşılmadığı takdirde, tekniklerin yanılğıya yol açabileceğini iddia etmektedirler. Bu ekole göre amaç, herkesin katılımını sağlayarak öncelik hakkındaki tartışmaların açık ve adil olmasını sağlamak olmalıdır. Öncelik belirlemedeki değerlerin açıklığa kavuşturulmasında, siyaset bilimciler, felsefecilerin alanlarına, özellikle de karar vericilerin ahlaki temellerine ve sağlık sektöründeki seçimleri temelden destekleyen etik prensiplerine dikkat çekerek girmektedirler. Bu gibi faydacı ve ihtiyaç temelli yaklaşımlar adaletin farklı kavramlarını kapsamaktadır (204-205). 'Siyaset bilimciler gibi felsefeciler de, ekonomistleri, çalışmalarının sorgulanabilir ahlaki çıkarımlara dayandığını ve demokratik bir toplumda her bireyin aynı değer ve haklara sahip olduğunu göz ardı ettiklerinden dolayı eleştirmektedirler (206).

Ayrıca, öncelik belirlemeye özel önem veren sistemlerdeki deneyimleri açıklayan, giderek büyüyen bir deneysel yapı vardır. Öncelik belirlemeye getirilen yaklaşımları kavramsallaştıran deneysel araştırmaya dayalı çalışmaların, burada işlenen konuyla önemli ölçüde bağlantısı bulunmaktadır.

Klein (207), sağlık hizmetlerinde öncelik belirlemenin farklı düzeyleri olduğunu savunmuştur. Makro düzeyde, kaynaklar üzerinde hak iddia eden diğer taleplerle bağlantılı olarak, sağlık hizmetlerine tanınan öncelikler bulunmaktadır. Daha sonra, sağlık hizmetleri bütçesinin farklı coğrafi alanlara ve hizmetlere tahsis edilmesini içeren seçenekler bulunmaktadır. Diğer bir düzeyde, kaynakların hizmet alanları içindeki belirli tedavi şekillerine tahsis edilmesiyle ilgili olarak kararlar alınmak zorundadır; örneğin, kalp nakline karşılık açık kalp ameliyatına verilen öncelik gibi. Tedavinin acil olarak yapılmasının gerektirdiği durumlarda, hangi hastanın ilk olarak tedavi edileceği konusunda alınacak kararlar da örnek olarak verilebilir. Son olarak, her bir hasta için, özellikle de yenilikçi ve pahalı yöntemler söz konusu olduğunda, bir tedavinin sağlanıp sağlanmayacağına ve sağlanacaksa da ne kadar süre için verileceği hakkında öncelikler belirlenmesi gerekmektedir.

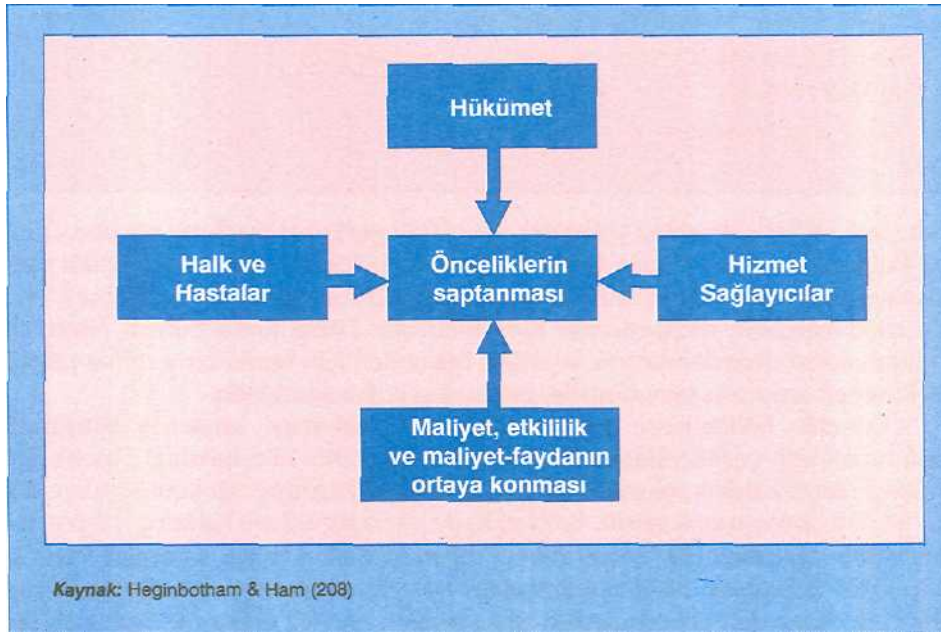
Bu gruplama, sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme süreçlerini analiz etmek için yararlı bir çerçeve sunmaktadır. Mikro düzey kararlar makro düzeydekilerden etkilendiği halde, öncelik belirleme hakkındaki tartışmalar, farklı düzeyler arasında ayırım yapamamakta ve yapılan tercihlerin doğası ve sorumluluğu hakkında belirsizlikle sonuçlanmaktadır. Politikacıların makro düzey sorumlulukları, klinik tedavi uzmanlarının mikro düzey sorumluluklarıyla

paralel tutulmaktadır. Öncelik belirlemenin orta düzeylerinde, bir dizi politik, klinik ve yönetsel etkiler işlemekte ve bunlar sistemler arasında değişiklik göstermektedir. Süreçlerde şeffaflık olmaması nedeniyle, öncelikler hakkında karar alma tarzını anlamak her zaman kolay değildir.

Diğer bir yaklaşım, öncelik belirlemeye öncülük eden güçleri basit bir şekilde gösteren Şekil 15'te verilmiştir: Bu güçler; hükümet, hizmet sunucular, halk ve hastalar, sağlık ihtiyaçları ve uygun müdahalelerin maliyeti ve verimliliği hakkındaki bulgulardır. Bu etkenlerin rolleri ve önlemleri, farklı sağlık sistemleri arasında değişiklik gösterecektir. Planlı sistemlerde, politikacıların ve hükümetin etkisi hem makro düzeyde önceliklerin belirlenmesinde, hem de alt düzeylerde kararların alınma yönteminin şekillendirilmesinde özellikle önemlidir. Buna karşılık, rekabetçi sistemlerde hastalar ve klinik tedavi uzmanları karar vermede önemli bir role sahiptirler ve hükümetin rolü de bunlara oranla daha azdır.

Hem sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaçların ölçülmesi, hem de uygun sağlık hizmeti müdahalesinin maliyet ve etkililiğinin ölçülmesi için birtakım metodolojik yaklaşımlar bulunmaktadır. 2. Bölüm'de ele alındığı gibi, hastalık yüküne dayalı yöntemler, hem uygun müdahalelerin maliyet ve etkinliğinin ölçümü, hem de hastalığın, mortalite ve morbidite üzerindeki etkisinin ölçümü için bir dizi epidemiyolojik ve ekonomik tekniği birleştirmektedir (27). Uygulanan tekniklerin bazıları yitirilen yaşam, önlenebilir ölümler ve kaliteye göre düzenlenmiş yaşam yılıdır (QALY). Sonuncusu yaşam yıllarının ayarlanması amacıyla, farklı müdahalelerden kaynaklanan sakatlık veya bozukluğun farklı seviyeleri için kişisel tercihler skalasına dayanmaktadır. Bir grup araştırmadan elde edilen veriler, ancak bu safhadan sonra, QALY kapsamındaki her bir faaliyetin maliyetini oluşturmak amacıyla, yukarıda belirtilen müdahalelerin maliyeti hakkındaki bilgilerle birleştirilebilir. İngiltere'den bir örnek, Şekil 10'da gösterilmiştir (209). Bu teknik, sırayla sakatlığa göre düzenlenmiş yaşam yılları

Şekil 15. Önceliklendirme sürecini etkileyen faktörler



Tablo 10. Ağustos 1990'daki Bazı NHS Aracılarda QALY Maliyetleri

Tedavi	Her QALY'nin Maliyeti (£)
Kolesterol Testi ve Diyet Terapi (40-69 Yaş)	220
Kafa Travmalarında Beyin Cerrahisi	240
Genel Pratisyenin Sigaray Bırakma Önerisi	270
Subaraknoid kanama İçin Ameliyat	490
Felci Önlemek İçin Yüksek Tansiyon Tedavisi (45-64 Yaş)	940
Kalp Pili İmplantasyonu	1100
Aort Darlığı İçin Kapak Replasmanı	1140
Kalça Protezi	1180
Kolesterol Testi ve Tedavisi	1480
Koroner By-pass Ameliyatı (Sol ana damar hastalıkları, Ciddi Anjin)	2090
Böbrek Nakli	4710
Göğüs Kanseri İzleme	5780
Kalp Nakli	7840
Kolesterol Testi ve küçük kapsamlı tedavi (25-39 Yaş)	14150
Ev Hemodiyalizi	17260
Koroner By-pass ameliyatı (tek damar hast., orta Derece anjin)	18830
Devamlı Ayaktan Hastaların periton diyalizi	19870
Hastane Hemodiyalizi	21970
Aneminin Eritropoetin Tedavisi (Diyaliz hastaları, mortalitede %10 düşüş varsayılırsa)	54380
Kafa içi habis tümörler için beyin ameliyatları	107780
Anemi için Eritropoetin Tedavisi (Diyaliz hastaları, mortalitede düşüş olmadığı varsayılırsa)	126290

Kaynak: Maynard (209)

nın (DALY)(22) gelişimine yol açmış, ilk olarak geniş kapsamlı bir şekilde, Dünya Bankası'nın, 1993 Dünya Gelişim Raporu'nda kullanılmıştır (28). Belirli müdahalelerden elde edilen DALY verileri, her DALY'nin maliyetini belirlemek için, bu müdahalelerin maliyetleriyle birleştirilmiştir. Daha sonra bunlar, alternatif müdahaleleri değerlendirmek ve sağlık hizmetleri için temel bir teminat paketi belirlemek amacıyla ekonomistler tarafından kullanılmaktadır.

Öncelik belirlemeye halkın katılımını sağlamak amacıyla girişimde bulunmak için çeşitli yaklaşımlar kullanılmıştır (kutu 15'e bakınız). Ancak, bu yaklaşımların katılımı mı yoksa sadece üyeliği mi kapsayacağı konusunda ciddi bir şekilde anlaşmazlık vardır. Bazıları karar alma sürecinde halkın görüşüne de başvurulması gerektiğini düşünürken, diğerleri halkın tercih yapmaya yönelik gereklilik hakkında bilgilendirilmesinin yeterli olduğunu savunmamaktadır. İngiltere'den elde edilen bulgular, çoğu insanın öncelik belirlemede yer almak

Kutu 15. Öncelik Belirlemede Halk Katılımı

Hizmet sınırlamada halk katılımı birkaç şekilde gelişmiştir. Hollanda'da, yoğun bir halka danışma dönemi, Dunning komitesinin raporunun yayınlanmasını takip etmiştir (58). Sağlık hizmetlerindeki tercihler ile ilgili tartışmalara yaklaşık 60 kuruluş katılmıştır. Bu tartışmalar 1991'de başlayıp, 1995'de sona ermiştir. Süreç hakkında yapılan bir değerlendirme, halk tartışmalarının, nüfusun yaklaşık 1/3'üne ulaştığı sonucunu ortaya çıkarmıştır. Bundan dolayı halkın görüşlerinde değişiklikler olmuştur. Örneğin, 1990'da nüfusun %55'i tüm tedavinin maliyet göz önüne alınmaksızın elde edilebilir olmasını savunurken, bu oran 1994'te %44'e düşmüştür. Ancak, uygulamanın sonuçları, Hollanda hükümetinin, sağlık hizmetlerindeki tercihlere yönelik karar verme sürecinde kullanılmamıştır.

İsveç'te, kamu ve sağlık sektörü çalışanları arasında yapılan bir dizi araştırma, Parlamento Öncelik Belirleme Komisyonu'nun çalışmasına kılavuzluk etmiştir. Kamu araştırması, Ocak 1994'te yapılan bir anketle gerçekleştirilmiş ve rasgele seçilmiş 1500 kişiyi kapsamıştır. Bu çalışmada %78 cevaplama oranına ulaşılmıştır. Cevap verenlerin çoğunluğu, tıbbi bakım ve hizmetlerin, çok ciddi hastalığı olan kişilere yöneltilmesi gerektiğine inanmıştır. Çoğunluk yine, Komisyonun, acil bakıma verilen önceliğin hayati tehlikeye yönelik bakıma da verilmesi yönündeki önerisine katılmıştır. Halk tarafından kısıtlanması düşünülen hizmetler, kozmetik cerrahi, zararsız doğum izlerini ortadan kaldırma, sigara içmeyi bırakma programları ve suni dölleme çalışmalarını kapsamaktadır. Genel olarak anket araştırması, Komisyonun raporunda belirtilen prensipleri uygun bulmuştur,

İngiltere'de yerel düzeyde çeşitli yaklaşımlar denenmiştir (212). Bu yaklaşımlar halk toplantılarını, posta yoluyla yapılan anket araştırmalarını, Delphi tekniklerini, halka ve küçük alanlardaki genel pratisyenlere danışmayı, konsensusa ulaşmak için konferansların kullanımını, toplum sağlık kurullarına danışmayı, pazar araştırmalarını, hızlı tahminleri ve odak grup tartışmalarını kapsamaktadır. Odak gruplarının özellikle etkili olduğu saptanmıştır (273, 274).

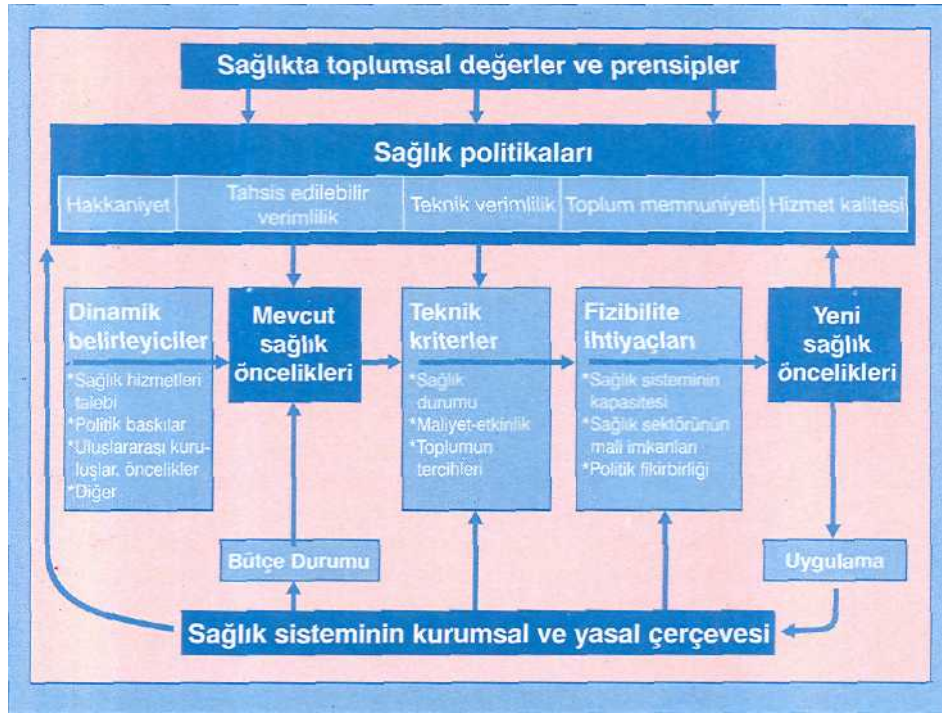
ABD'de Oregon'da kullanılan metotlar, halk oturumlarını ve telefon anketlerini içermiştir. Bu çalışmaya yardımcı olması amacıyla "Oregon Sağlık Karartan" adlı kuruluş görevlendirilmiştir. Bazı tercihlerin yapılmasının tartışılmasında, toplumun farklı kesimlerinden gelen kişiler odak grup katılımcılarını oluşturmuştur. Oregon Sağlık Kararları Kurulu, toplumdan değerler hakkında bilgi edinmek için bu yolun özellikle etkili olduğu sonucuna varmıştır. Ancak az sayıda kişinin katılımı nedeniyle toplumun geniş bir kısmını bağlayan bu metot fazla etkili olamamıştır.

istemediklerini ve kararların, tıbbi uzmanlığa bırakılmasını tercih ettiklerini göstermektedir. Bununla beraber, birçok ülke, halkı bu sürece katmak için önemli çabalar harcamıştır ve bu da gelecekte devam edecek gibi görünmektedir.

Sağlık öncelikleri alanı sağlık sisteminin diğer unsurlarıyla kaçınılmaz bir şekilde örtüşmektedir. Şekil 16, öncelik belirleme sürecini ayrıntılarıyla göstermekte, bu süreçte yer alan unsurlara işaret etmekte ve sürecin dinamik yapısını açıklığa kavuşturmaktadır.

Sağlık sektöründe, öncelikler birtakım etkenlerden bağımsız olarak belirlenemez. Öncelikler, sosyal değerler ve prensiplerle ve sağlık politikası hedefleriyle uygunluk içinde olmalıdır. Sağlık sisteminin kurumsal ve yasal çerçevesi,

Şekil 16. Sağlık önceliklerinin belirlenmesinin dinamikleri



bu önceliklerin uygulanabileceği ve belirlenebileceği sınırları oluşturmaktadır. Mevcut öncelikler, bütçe sınırlamalarını, hizmet taleplerini ve siyasi baskıları içeren bir dizi faktörden etkilenmektedir. Kamu kuruluşlarında, öncelik müdahalelerini seçmede yaygın olan kriterler arasında hastalık yükünü önemli ölçüde azaltma yetisi, orta derecede maliyet-etkin olma ve nüfusun tercihlerini karşılama bulunmaktadır. Teknik olarak tanımlanmış önceliklerin birçoğu, kısa veya orta vadede uygulanamamaktadır. Bu öncelikler üç Önemli fizibilite gereksinimiyle uyum içinde olmalıdır; bunlar makul bir kaliteyle mevcut sağlık sistemi tarafından sunulabilir olmalı; tahmini bütçe içerisinde herkes veya en azından hemen hemen herkes tarafından elde edilebilir olmalı ve uygunlukları konusunda makul bir siyasi uzlaşmayı yansıtmalıdır. Yeni sağlık önceliklerinin belirlenmesi durumunda, bunların uygulanması gerekecektir. Mevcut kaynak tahsisini değiştirmek amacıyla mekanizmalara ihtiyaç duyulacaktır. Aynı ihtiyaç, sağlık sisteminin aktörleri arasındaki ilişkileri düzenleyen kuralların değiştirilmesi için de gerekli olacaktır.

TRENDLER VE GELİŞMELER

Batı Avrupa'da Öncelik Belirleme

Son yıllarda, Avrupa Bölgesi'ndeki ve diğer bölgelerdeki bazı ülkeler, öncelik belirlemeyi daha sistematik ve açık bir temelde incelemek için girişimlerde bulunmuşlardır. Batı Avrupa'da bu girişimleri yapan ülkeler Hollanda, Norveç, İspanya ve İsveç'tir. Ancak, kapsamda veya kendi yasal sistemleri tarafından önerilen teminat paketlerinde önemli kısıtlamalar olmamıştır.

1990'da Hollanda hükümeti "yeni tıbbi teknolojilere nasıl sınırlar getirilmesi gerektiğinin ve hizmetin istenilen miktarda verilmemesinden, hizmet sınırlandırılması problemlerinden ve hizmete ihtiyaç duyan hastaların seçiminin öneminden kaynaklanan sorunlarla nasıl baş edileceğinin" incelenmesi amacıyla Dunning Komitesi'ni görevlendirmiştir (58). Komite, raporunda, bazı tedaviler kaynak ayrılması gibi, sağlık hizmeti konusunda net seçimler yapmanın gerekli olduğu görüşüne varmıştır. Komite en iyi yol olarak, temel teminat paketinde bir sağlık hizmetinin olmasının gerekip gerekmediğinin belirlenmesi için dört kriterin uygulanmasını önermiştir. Şekil 17'de gösterilen bu kriterler, toplumun bakış açısından hizmetin gerekliliğini, bu hizmetin etkililiği ve verimliliğini ve şahsi sorumluluğa bırakılmasının gerekli olup olmadığının sorgulanmasını içermiştir. Eğer hizmetler bu testleri geçerse, teminat paketine dahil edilecek, geçemezse, bireyler bunları kendi kaynaklarından temin edeceklerdi.

Bu çerçevede, Dunning komitesi, yetişkinler için diş bakımı, homeopatik ilaçlar ve *deneysel ortamda* döllenmenin teminat paketinin dışında bırakılabilirliğine karar bağlamıştır. Ayrıca, hükümetin, ruhsal ve fiziksel özürlüler gibi korumasız gruplar için hizmet kalitesini muhafaza etmeyi, yasaya bağlaması gerektiği vurgulanmıştır. Bu önerilerin ötesinde, komite, sağlık hizmeti teknolojilerinin etkinliğini değerlendirerek ve bekleme listelerine ve bu listelerden hastaneye erişimi belirlemek için açık kriterler geliştirerek, önceliklerin belirlenmesi gerektiğini kararlaştırmıştır. Ayrıca, sağlık çalışanlarını, hizmet sunumuna yönelik kılavuzları tanzim etmede liderlik etmeye çağırmıştır. Rapora ilk tepki ihtiyatlı olmasına rağmen, Hollanda hükümeti tarafından kabul edilmiş ve önerilerin bir çoğu ile ilgili olarak harekete geçilmiştir. Hollanda'da ilerlemenin anahtarı, hekimlerin kararlarını klinik uygulamaların daha etkili olmasına katkıda bulunmaları yönünde etkilemek şeklinde görülmektedir. (Mulder, J, basımı yapılmamış veriler, 1995)

İsveç'te önceliklerin belirlenmesinde, başlangıçta Norveç'te yürütülen çalışmadan oldukça etkilendirilmiştir. Her iki ülkede -Hollanda'da olduğu gibi- bekleme listelerinde azaltma yapma isteği, sağlık politikası belirleyicilerini harekete geçmeye yönelten etkenlerden biri olmuştur. İsveç'te, Hükümet tarafından 1992'de Parlamento Öncelik Belirleme Komisyonu kurulmuş ve Komisyon, nihai raporunu 1995'te hazırlamış (211) ve Öncelik belirlemenin sağlam ve açık bir etik platforma dayalı olması gerektiği sonucuna varmıştır. Bu amaç için, başlangıç noktası olarak üç prensip önermiştir:

1. *insana saygı*: tüm insanlar kişisel özelliklerine ve toplumdaki işlevlerine bakılmaksızın eşit saygı görmeli ve eşit haklara sahip olmalıdır.
2. *ihtiyaç ve dayanışma*: kaynaklar, ihtiyaçların çok büyük olduğu alanlara yönlendirilmeli ve kişisel saygınlıklarının farkında olmayan veya diğerlerine göre seslerini daha az duyurma veya haklarını daha az kullanma şansına sahip olan bu grupların ihtiyaçlarına özel dikkat harcanmalıdır; ve
3. *maliyet verimliliği*: farklı seçenekler arasından seçim yaparken, maliyet ve etkisi arasında makul bir ilişki amaçlanmalıdır (bu prensip sadece, aynı hastalığı tedavi etmek için yöntemleri karşılaştırırken uygulanmalıdır)

Bu prensipler öncelik sırasına göre sınıflandırılmıştır ve pratikte bu, maliyet verimliliği prensibine göreceli olarak az öncelik verildiği anlamına gelmektedir. Komisyon, ayrıca belli kriterlerin önceliklendirme için bir temel olarak kabul

Şekil 17. Temel teminat paketinin belirlenmesi için bir yöntem



edilemeyeceğini vurgulamıştır. Bunlar, ileri yaş, kişinin kendisinin sebep olduğu yaralanmalar ve sosyal durumu içermektedir. Komisyon bu temele göre, bir dizi öncelik kategorisi sıralamıştır. En büyük öncelik hayati tehlike içeren akut durumları, kronik hastalıkları ve ciddi akıl hastalıklarını tedavi etmeye verilmiştir, bunu koruyucu hizmetler ve rehabilitasyon izlemiştir; en az öncelik, kendi kendine bakımın yeterli olabileceği hafif ve orta dereceli hastalıklara verilmiştir. Dunning Komitesi'nin tersine, İsveç Komisyonu hizmetleri kapsam dışında bırakmak için özel önerilerde bulunmamış, bunun yerine, kendi çerçevesinin, öncelikler konusunda kararlara rehberlik etmek için bir temel olarak kullanılır.

masını önermiştir. İsveç yaklaşımının belirtilmeye değer başka bir özelliği de halkı göz önünde bulundurmak ve onlara danışmak için gösterdiği çaba olmuştur.

İngiltere’de, Hollanda ve İsveç’te görülen tipte bir ulusal girişim olmamıştır. Yine de, sağlık hizmetinin alımı ve sunumu ile ilgili sorumlulukları ayıran Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) reformları, öncelik belirlemeyle ilişkin olarak, ilginin ve faaliyetlerin artmasına sebep olmuştur. Sağlık otoriteleri, öncelik belirlemeye daha sistematik yaklaşımlar geliştirme çabalarına öncü olmuşlar ve bir dizi çalışmada deneyimleri gözden geçirilmiştir (212,215,216). Sağlık otoriteleri, artan bir şekilde, alanlarındaki yerel halk ve genel pratisyenler dahil olmak üzere, başlıca ilgi gruplarına danıştıktan sonra karara varmaktadırlar. Ayrıca, karar vermeye yardımcı olmak üzere, epidemiyolojik tabanlı sağlık ihtiyaçları değerlendirmeleri de yürütmektedirler. Bu birkaç durumda, hizmetlerin finansman dışında tutulmasıyla sonuçlanmıştır ama sağlık otoriteleri planlarında sadece küçük değişiklikler yapmış ve öncelikleri fazla değiştirmemişlerdir.

Alıcının ve hizmet sunucunun sorumluluklarını ayırmanın bir etkisi, sağlık otoritelerini, mevcut harcama şekillerini sorgulamaya ve hizmet sunucuların taleplerine daha kritik bir tavır benimsemeye teşvik etmek olmuştur. Sağlık Bakanlığı, araştırma ve geliştirme programı aracılığıyla, tıbbın bulguya dayalı olmasını sağlamak için tasarlanmış birkaç girişim başlatmıştır (217).

Bunlar, farklı hizmetlerin etkinliğini inceleyen raporlar yayınlayan İnceleme ve Yayın Merkezi’nin kurulmasını ve Cochrane Merkezi’ni içermektedir (218). Ana hedef, klinik kararların, araştırma bulgularına dayalı olmasını sağlamaktır. Sağlık otoritelerinden, kılavuzların ve klinik protokollerinin kullanımını geliştirmeleri ve mesleki uygulamaları gözden geçirerek ve yüksek standartları tanıtarak, klinik denetimini başlatmaları istenmiştir. Ulusal düzeyde, Bakanlık, planlama ve Öncelikler konusunda yıllık kılavuzlar yayınlamakta ve bu, sağlık otoritelerinin faaliyetlerine yönelik beklentiler doğrultusunda bir çerçeve oluşturmaktadır. Kılavuz çok sayıda öncelik içermektedir, ancak gerçek anlamda sorun olanları tanımlamak için çok az çaba harcanmıştır.

İngiliz hükümetinin görüşü, herhangi bir hizmeti, Ulusal Sağlık Hizmetleri kapsamından çıkarmadan önce, Öncelik belirlemeye ilk olarak verimliliği artırarak yaklaşılması gerektiği yönündedir (219). Uygulamada, bazı hizmetler kapsamdan çıkarılmıştır veya mali baskılar sonucu elverişlilikleri sınırlıdır ve diğerleri bunu takip edecek gibi görünmektedir. (220,221). Hükümet, öncelik belirleme konulu ulusal bir araştırma veya, diğer ülkelerde olduğu gibi, izlenecek yolu gözden geçirmek için bir komite oluşturma çağrılarını direnmiştir.

Avrupa bölgesi dışında, öncelik belirlemede, özellikle Yeni Zelanda’daki Çekirdek Hizmetler Komitesi ve ABD Oregon Eyaleti’nce benimsenen, birkaç sistematik yaklaşım örneği olmuştur. Bunlar kutu 16’da özetlenmiştir.

Orta ve Doğu Avrupa ve Bağımsız Devletler Topluluğu Ülkelerinde Önceliklerin Belirlenmesi

Sağlık öncelikleri belirlemenin Önemi ve gerekçelendirilmesi önemli ölçüde siyasi içeriğe dayanmaktadır. Bazı eleştirmenler, Orta ve Doğu Avrupa ve özellikle Bağımsız Devletler Topluluğu ülkelerindeki siyasi içeriğin, öncelik belirlemeyi, sağlık için kamu fonlarının verimli kullanımını sağlamaya doğru gerekli bir adım haline getirdiğini ileri sürmüşlerdir. Eleştirmenler, Bağımsız Devletler

Kutu 16. Avrupa dışında öncelik belirleme örnekleri

Oregon'da 1989 tarihinde, eyalet yasama kuruluna, Medicaid kapsamının nasıl geliştirilebileceği ve önceliklerin Medicaid programında nasıl belirleneceği konusunda önerilerde bulunmak üzere bir Eyalet Sağlık Komisyonu tayin edilmiştir. Komisyon, ekonomik değerlendirmeye dayalı bir yaklaşımla başlayarak birkaç yöntem denemiştir. Bu Medicaid'den vazgeçilmesi gibi beklenenin dışında sonuçlar yaratmıştır ve komisyon, halka danışma konusunda, birkaç uygulama ile desteklenen yargısal bir yaklaşıma başvurmuştur. Ortaya çıkan yaklaşık 700 vaka -tedavi çiftinden oluşan liste yasamaya sunulmuş ve federal hükümeti tatmin etmek ve özür lülük yasamasını ihlal etmekten kaçınmak için değişiklikler yapıldıktan sonra, 1994'te Oregon planı uygulanmıştır. Taslakta, Plan kapsamında 565 tedavi finanse edilmekte ve nüfus kapsamı planın mimarlarının beklentileriyle paralel olarak genişletilmektedir. Fakat Oregon listesi, eyalet çapında sağlık sigortasının tabanını oluşturmak için Medicaid programının ötesine henüz geçmemiştir. Halkın, kamu bildirileri ve toplantılarıyla öncelik belirleme çalışmalarına katılmalarını sağlamak, Oregon yaklaşımının temel bir parçası olmuştur. Sağlık hizmeti sunucularının önde geldiği toplantılara katılanların temsil edilmediği konusunda endişeler dile getirilmiştir (222,223).

Yeni Zelanda'da Hükümet, 1992'de, kamunun finanse ettiği sağlık sisteminde bulunması gereken hizmetlere danışmanlık etmek üzere Çekirdek Hizmetler Komitesi'ni tayin etmiştir. Komite, Oregon tarzı bir liste oluşturma nın uygun olmayacağına karar vermiştir. Bunun yerine, mevcut hizmetlerin sunulması gerektiğini iddia etmiş ve bazı hizmet sunumu alanlarında önceliklendirmeye yönelik bir süreç belirlemiştir. Bu, fikir birliği konferansları, basılmış araştırmaların ve uluslararası bulguların incelenmesi, mevcut faaliyetin uzman değerlendirmesi, kapalı workshoplar, muhalefet edilen kamu bildirileri ve halka danışma dahil bir dizi yöntem aracılığıyla yapılmıştır. Çoğu durumda amaç, söz konusu hizmet üzerine kılavuzlar oluşturmak olmuş ve bunlar daha sonra Sağlık Bakanı'na öneri olarak sunulmuştur. Komitenin görüşü, hizmetin tüm kategorilerinin kapsam dışında tutulmaması gerektiği yönünde olmuş, çünkü bu durumun, bu tür bir hizmetten yararlanan kişilere karşı ayrımcılık olacağı düşünülmüştür. Kılavuzların amaçlarından biri, bir hizmetten yararlanması en muhtemel kişileri tanımlamak ve böylece sağlık kazancı elde edebilecekleri kaynakları hedeflemektir. 1995'in ortasında, 18 alan sistematik olarak tekrar gözden geçirilmiştir. Çalışmanın bir sonraki aşamasında, komite, hizmetler veya tedavi ajanları arasındaki öncelikler sorusunu inceleyecektir (224, 225).

Topluluğu ülkelerindeki kişi başına ortalama harcamanın, önceki sistemin sunduğu gereğinden fazla sağlık hizmeti kapsamını karşılamaya yeterli olmadığını ve bir çok maliyet-etkin müdahalelerin günümüzde ihmal edildiğini, yetersiz finanse edildiğini ve düşük standartta olduğunu belirtmektedir.

Eğer sağlık statüsü geliştirilecekse, bu tür müdahalelere daha çok öncelik verilmelidir. İlk dışlananlar, kozmetik cerrahi ve bazı prostetik aletler (örneğin Hırvatistan ve Eski Yugoslavya Makedon Cumhuriyeti) veya sağlık sanatoryumları (Örneğin, Çek Cumhuriyeti ve Slovakya) gibi göreceli olarak tartışma yaratmayacak, gereksiz hizmetlerde yoğunlaşmıştır. Sürekli ekonomik daralma ve/veya sağlık hizmetlerindeki beklenmedik maliyet artışı, bazı ülkeleri, teminatlarda daha derin azalmalar gerçekleştirmeye yöneltmiştir. Örneğin Eski

Yugoslavya Makedon Cumhuriyeti, elverişli kaynaklarla daha paralel olan garantili temel teminat paketi belirlemektedir. Gürcistan'da, devletin minimum teminat paketi, tüm gerekli klinik hizmetin sadece %10-15'inin kapsamaktadır.

Hastalık yükü ve DALY metodolojileri, bazı Orta ve Doğu Avrupa ve Bağımsız Devletler Topluluğu ülkelerinde Öncelik belirlemeye yön gösterme çalışmalarında kullanılmıştır. Sağlık müdahalelerinin maliyet-etkinliğini değerlendirmek için pek az çalışma yapılmış ve sağlık çıktıları için sosyal tercihleri tanımlamak amacıyla bir çalışma yapılmamıştır.

ORTAYA ÇIKAN DERSLER

Öncelik belirleme tartışması, kamu finansmanlı sağlık hizmeti sunumu kapsamı hakkında endişe verici sorulan ortaya çıkarmaktadır. Deneyimin değerlendirilmesi, hiçbir ülkenin, sağlık hizmetlerini finanse etme ve düzenlemede önemli bir rol oynama yükümlülüğünden kaçmadığını göstermektedir. Amaç daha ziyade, kaynakların kullanılmasında verimliliği arttırmak ve hizmetlerde artan bir şekilde değişiklikler yapmak olmuştur. Farklı ülkeler, öncelik belirlemeye değişik şekillerde yaklaşmış ve değişik yöntemler kullanmıştır. Yapılan çalışmaların çoğu gelişmenin erken bir aşamasındadır ve bu yüzden etkisi belli değildir. Bununla beraber belli biçimler ortaya çıkmıştır.

Öncelik belirleme kendi içerisinde karmaşıktır ve zaman alan bir süreçtir. Yukarıdaki tartışmanın ileri sürdüğü gibi, karar vermenin farklı düzeylerinde hareket içeren stratejik bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır. Bu faaliyetin bir kısmı, sistem için bir bütün olarak öncelik belirleme açısından siyasi düzeyde olacaktır. Bazıları, hangi hastaların hangi öncelik sırasında tedavi edileceği konusunda kararların araştırma sonuçlarına dayalı olmasını sağlayacak biçimde, klinik düzeyde olacaktır. Yararların sağlam temelli ve savunulabilir olması isteniyorsa, tüm düzeylerde devamlı bir çaba gerekmektedir. Buna bir örnek, teminat paketi üzerindeki ulusal tartışmanın teknoloji değerlendirmesi, uygulama kılavuzlarının geliştirilmesi ve bekleme üstelerini yönetecek kriterlerin oluşturulmasına yönelik yatırımla birleştiği Hollanda'daki deneyimdir.

Öncelik belirlemeyi yönlendiren ulusal çerçevede ve yürütülen stratejilerde de önemli farklılıklar vardır. Burada, hizmetlerin, kapsam dışında bırakılarak ya da saptanan kurallara dayandırılarak sınırlandırılması arasında ortaya konması gereken önemli bir ayrım vardır (226). Oregon, hizmetlerin kapsam dışında bırakılarak sınırlandırmasını tercih etmiştir ve özellikle yoksul kadın ve çocuklar için kimi hizmetleri kapsama dahil etmeme yolunu seçmiştir. Bunun tersine. Yeni Zelanda Çekirdek Hizmetler Komitesi, bazı hizmetleri kapsam dışında bırakmayı reddetmiş ve bunun yerine belirli bazı hizmetlerin sınırlandırmasına yönelik kurallar saptanmasında yoğunlaşmıştır. Hollanda, bazı hizmetleri teminat paketi kapsamından çıkarırken, mesleki dernekler tarafından kuralların saptanmasına öncelik vererek bu iki yaklaşımı birleştirmeye çalışmıştır.

Tüm sistemlerde, öncelik belirleme tekniklerinin kullanımını, yapılması gereken seçimler konulu halk tartışmasıyla birleştirmeye yönelik bir düşünce vardır. Bazı sistemler formülcü yaklaşımları diğerlerinden daha fazla vurgularken, öncelik belirlemenin teknik bir deneyime indirgenemeyeceği konusunda genel bir görüş vardır. Bu, özellikle, eğitimsel değeri sadece öncelik belirleme sürecinde bir unsur olarak tanınan QALY ve DALY gibi bazı ekonomik yaklaşımların kullanımı için geçerlidir. Teknik yöntemlerin, yapılacak seçimler hakkında geniş bir kamu tartışmasında tekrar gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Halkı, öncelik belirleme sürecine katma metodolojileri, gelişimin değişik aşamalarında; bunda önemli problemler vardır ve göreceli etkinlikler hakkında az şey bilinmektedir. Bununla beraber, halkı öncelikler hakkındaki kararlara dahil etmek için birtakım yollar geliştirmeye devam etme konusunda geniş bir görüş birliği vardır.

Kamu katılımına olan ihtiyaç sürecin bir başka yönüne yani sağlık hizmetlerinin önceliklendirilmesine yönelik kararların yasallaştırma ihtiyacına bağlıdır. Bu, kararların doğru olduğunu ileri sürerek yapılmaz, çünkü sağlık hizmeti öncelikleri hakkındaki sorulara kesin cevaplar vermek mümkün değildir. Bu tür kararlar, bireyler, gruplar ve toplulukların değer yargılarına bağlı olarak değişmektedir. Bu yüzden, yasallaştırma, karar verme sürecinden elde edilmektedir. Bu süreç devam etmekteyse ve değişik çıkar gruplarının katılımını sağlıyorsa, yasal olarak görülmeye daha yakındır. Hollanda ve İsveç'teki yaklaşımlar, iki Avrupa ülkesinin bu hususları ulusal düzeyde nasıl ele almaya çalıştığını göstermektedir. Bu arada İngiltere'deki gelişmeler, yerel düzeyde etkin karar verme süreçleri oluşturma ihtiyacını daha çok vurgulamıştır. Bu farklılıklarla beraber, dışa kapalı önceliklendirmeden açık önceliklendirmeye ilerlemeye ve belirli önceliklendirme kararları için daha büyük halk sorumluluğu geliştirmeye ortak bir ilgi vardır.

Sağlık hizmetinde seçim yapmada, politikacılar bir dizi hedefleri dengelemek zorundadır. Karar verme bu hedefler arasında ödünlere yer verir, çünkü ulusal kapsam, etraflılık, hakkaniyet, verimlilik, seçim, maliyet sınırlama ve diğer amaçlar arasında bir denge aranmaktadır. Hollanda'daki Dunning Komitesi'nin belirttiği gibi, sağlık hizmeti seçimleri, herkes için temel bakımı sağlama amacını maliyetleri muhafaza etme ihtiyacıyla dengelemelidir. Hollanda'da maliyet sınırlamasının sağlanması için kapsam açısından belli ölçüde Ödün verilmiştir. Aynısı, Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) harcamalarının büyümesini sınırlayan hükümet politikalarının etkisinin, kısırlık tedavisi gibi önceliği az olan hizmetlerin sunumunu sınırladığı İngiltere için de geçerlidir.

Diğer önemli bir hedef hakkaniyettir. Hollanda ve İsveç'te hakkaniyet veya dayanışma, öncelik belirlemeye yön göstermesi gereken kilit prensiplerden biri olarak açıkça belirtilmektedir. Her iki ülkede, yardıma muhtaç kesimler için hizmetlere özellikle öncelik verilmiştir. Örneğin, İsveç'teki Parlamenta Ait Öncelik Belirleme Komisyonu; kaynak kullanımındaki maliyet-verimliliğinin, hakkaniyet pahasına sürdürülmemesinin sağlanmasını vurgulamıştır. Tüm bunlar, öncelik belirlemedeki gizli ödünleri göstermektedir. Kaynakların kullanımında daha çok verimlilik elde etme ihtiyacı kabul edildiği halde, bir çoğu arasında sadece tek bir hedefin diğer bedellerle dengelenmesi gerekmektedir.

Ulusal komitelerin vardığı sonuçlarla, uygulanmakta olanlar arasında açık bir farklılık olabilir. Dunning Komitesi'nin raporu, uzman bir komitenin çalışmasının, tartışma ve değişim için nasıl bir güç olacağını göstermektedir. Fakat ulusal bir çerçeve oluşturmak, süreçte sadece bir adımdır. Çerçeve harekete dönüştürülmelidir ve en önemlisi, klinik kararları etkilemelidir. Uluslararası deneyimlerin öne sürdüğü gibi, eğer hekimlerin kaynakları etkin ve uygun kullanmaları, öncelik belirlemenin merkezindeyse, klinik karar vermeyi geliştirme stratejileri, en az ulusal prensiplerin açıklanması kadar önemlidir. Uygulamada, bu, klinik kararları değiştirmeye çalışma veya ulusal bir çerçeve geliştirme sorunu değil, bu ikisinin en iyi şekilde nasıl paralel yürüyebileceği sorundur.

Fizibilite bir diğer önemli husustur. Teknik öncelikler açıkça tanımlansa bile, bunları kısa veya orta dönemde uygulamak her zaman mümkün değildir, bunun için, daha önce bahsedilen üç fizibilite gerekliliğine uyulmalıdır. Düzenlemelerin başlatılması, hizmet sunucuların ödemelerinde yapılan değişiklikler, bazı hastalıkları teşhis ve tedavi etmek için klinik protokollerin tekrar gözden geçirilmesi veya programlama ve bütçe belirleme gibi önceliklerin değiştirilmesini açıklamak için sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda değişiklikler yapılmalıdır.

Son olarak, her ülke, kendi başlangıç noktalarını, harcama düzeylerini ve beklentilerini yansıtarak, öncelik belirleme konusundaki yaşadıkları ikileme kendi çözümlerini bulmalıdır. Sağlık politikası belirleyicilerinin birkaç seçeneği vardır:

- Klinik uzmanlarının, en iyi kaynak kullanımının nasıl olacağını kararlaştırmasıyla, öncelik belirlemenin kesin olmasını sağlamak,
- Hayati tehlikenin olmadığı durumlarda, hizmetlere erişimi düzenleyecek bekleme listeleri kullanmak,
- Uygun olduğu yerde, düşük gelirli gruplar için muafiyetlerle birlikte, önceliği az olan hizmetler için maliyet paylaşımı düzenlemeleri başlatmak,
- Eczacılıkta olduğu gibi, pozitif veya negatif listeler aracılığıyla bazı hizmetlerin elverişliliğini sınırlamak,
- Verimliliği kanıtlanmış hizmetlerin kaynaklarına yoğunlaşmak,
- Teknolojilerin değerlendirme ve düzenlemelerini başlatmak,
- Hizmetlerden yararlanmayı belirlemek için bulguya dayalı kurallar geliştirmek,
- Öncelikler konusunda karar vermeyi yönlendirecek araştırma başlatmak,
- Hizmetlerin uygun kullanımını teşvik etmek için kullanıcılara bilgi temin etmek,
- Sağlık Bakanlığı veya uzman bir grup aracılığıyla öncelikleri belirlemek için bir süreç tanımlamak,
- Öncelik belirleme tartışmasını yönlendirmek için, bir takım prensipler ve öncelik kategorileri oluşturmak,
- Belirli sağlık hizmetleri için sorumluluğu özel sektöre devretmek; ve/veya
- Finanse edilecek hizmetlerin bir listesini tanımlamak.

Ayrıca, sağlık sistemleri ve hizmetlerinin dinamik doğası gereği, öncelik belirleme kararları düzenli olarak incelenmelidir.

Son olarak, seçilmiş kamu görevlilerinin sorumluluğu, öncelikleri belirlemede, yargılarını en iyi şekilde kullanmaktır. Onların kararları; kaynakların elverişliliği, halkın sağlık ihtiyaçları hakkındaki bilgisi, uygun müdahalelerin verimliliği ve maliyetiyle ilgili bulgular, halkın tercihleri, neyin siyasi olarak daha uygun olduğunun değerlendirilmesi ve kendilerinin değerlerinin gündeme getirilmesi ile şekillendirilecektir. Uluslararası deneyimlerden alınan mesaj, sağlık hizmetlerinin önceliklendirilmesinin toplum değerlerinden ayrılmayacağıdır.

4 Sistemlerin Hakkaniyetli Bir Biçimde Finanse Edilmesi

Kıt kaynaklarla sağlık hizmetleri finansmanının adaletli bir şekilde dengelenmesine yönelik olarak sarf edilen çabalar, ulusal politika belirleyicileri için önemli bir engel teşkil etmektedir. Bu bölüm, ikilemi iki açıdan incelemektedir: öncelikle Avrupa Bölgesi'ndeki trendleri incelemekte ve rekabete dayanan çeşitli özel sektör sigortalarının, dayanışma fonları mekanizması ile uygunluğunu değerlendirmektedir.

Sağlık Hizmeti Finansmanına Yönelik Trendler

Sağlık hizmetlerinde; vergilendirme, sosyal sigorta sistemlerine olan katkılar, isteğe bağlı özel sigortalar ve cepten ödemeler olmak üzere dört ana kaynak bulunmaktadır. Bu dört kaynak kamu ve zorunlu sistemler (sosyal sağlık sigortası ve vergilendirme) ya da isteğe bağlı sistemler (isteğe bağlı sigorta ve cepten ödemeler) olarak sınıflandırılabilir.

Avrupa'daki birçok sağlık sistemi bu dört kaynağın karması üzerine kurulmuştur. Bununla birlikte, bölgede ülkeleri, sağlık sistemlerini karakterize eden ağırlıklı kamu finansman düzenlerine veya geliştirmeye çalıştıkları kamu finansman sistemine göre beş grupta toplamak mümkündür. Bu beş grup ise,

1. İyi kurulmuş finansman sistemlerine sahip, Bismarck modelini temel alan sağlık sistemleri (yani, genellikle sigortaya dayalı olanlar),
2. Bismarck modeli mantığı ile kurulmuş ancak halihazırda geçiş döneminde olan sağlık sistemleri,
3. İyi kurulmuş finansman sistemlerine sahip, Beveridge modeli mantığı ile kurulmuş sağlık sistemleri (genellikle vergiye dayalıdır),
4. Daha önceden sigortaya dayalı olup son zamanlarda vergiye dayalı olma yolunda olan ve dolayısıyla geçiş döneminde bulunan sağlık sistemleri,
5. Daha önceden Semasko modeline bağlı olan ve sigortaya dayalı sisteme geçilmesi planlanan veya uygulama safhasında olan sağlık sistemleri.

Bu sınıflandırma genellikle kamu finansmanı düzenlemelerine dayalı olmakla beraber tam bir "saf sistem yoktur: vergiye dayalı finansal sistemler bünyesinde sosyal sigorta elemanlarını da barındırır ve sigortaya dayalı sistemler genellikle vergiye dayalı finansmanın güçlü özelliklerini taşırlar. Ayrıca, bölgede vergiye dayalı ve sigortaya dayalı hemen hemen tüm sağlık sistemleri, iki türlü isteğe bağlı finansmanın elemanlarını ya içerir ya da içermeyi planlar.

Tablo 11, Avrupa bölgesindeki sağlık sistemi finansmanındaki yaygın eğilimlerin bir sınıflandırmasını vermektedir. Fakat gerekli olan zaman faktörüne

Tablo 11. Mevcut ve planlanan finansman yöntemine göre gruplanan Avrupa Bölgesi'ndeki ülkeler

Sigortaya dayalı sistem	Vergiye dayalı Sistem	Merkezi sistemden sigortaya dayalı sisteme geçiş (5)	
		BDT ülkeleri	ODA ülkeleri
İyi kurulmuş (1)	İyi Kurulmuş (3)	Arnavutluk	Ermenistan
Avusturya	Danimarka	Bosna Hersek	Azerbaycan
Belçika	Finlandiya	Bulgaristan	Beyaz Rusya
Fransa	İzlanda	Hırvatistan	Gürcistan
Almanya	İrlanda	Çek Cumhuriyeti	Kazakistan
Lüksemburg	Norveç	Estonya	Kırgızistan
Hollanda	İsveç	Macaristan	Moldova Cumhuriyeti
İsviçre	İngiltere	Litvanya	Rusya Federasyonu
		Letonya	Tacikistan
		Polonya	Ukrayna
		Romanya	Özbekistan
GeçişDöneminde (2)	GeçişDöneminde(4)	Slovakya	
Eski Alman Demokratik Cumhuriyeti	Yunanistan	Slovenya	
İsrail	İtalya	Eski Yugoslavya	
Türkiye	Portekiz	Makedon Cumhuriyeti	
	İspanya		

yer verilmemektedir. Grup 1'deki bir çok ülke sistemlerini çok önceden oturtmuşlardır, hatta bazıları bunu geçen yüzyılda yapmıştır. Grup 2'deki sigortaya dayalı sistemler hala bir geçiş döneminde. Grup 3'teki ülkelerin sağlık sistemleri, başlangıçta sosyal sigorta sistemine sahip olmakla birlikte, ancak 20.yy'ın ortalarına doğru, vergiye dayalı ulusal sistemlerine geçmişlerdir. Grup 4'teki ülkeler ise, son zamanlarda, sigortaya dayalı finansmandan vergiye dayalı finansman sistemine geçiş sürecine girmişlerdir. Bu yüzden, 2. ve 4. Gruplar, şu anda geçiş döneminde olan 1. ve 3. Gruplardan sadece zaman açısından ayrılırlar. Sonuç olarak, 5. Grup, devlet finansman sistemlerini genellikle sigortaya dayalı sisteme geçirmiş veya kısa bir zaman dilimi içerisinde geçirmeyi planlamakta olan BDT ve ODA ülkelerini kapsamaktadır.

SİGORTAYA DAYALI FİNANSMAN

İyi kurulmuş sistemler

Sosyal sigorta, risklerin, ihtiyaç durumunda mali güvence elde etmek için paralarıyla bir birikim yapmış birey gruplarına dağıtılması amacı ile ortaya çıkmıştır.

İlk gönüllü dernekler, mensuplarına işsiz kaldıklarında ve belirli bir gelir elde edemedikleri koşullarda, gelir kayıplarını tazmin etmeyi ve sağlık ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlamıştır. Eski yardım derneklerinden ortaya çıkan sosyal sigortanın amaçlandığı gibi vasıfsız işçileri de kapsayacak şekilde geliştirilebilmesi için dört mekanizmanın kullanılması gerekmektedir:

- Sosyal sigortayı zorunlu kılarak riskin yayılması,
- Üye katkılarının bir kısmını karşılayacak işveren gereksinimi,
- Kamu veya yarı kamu, kar amacı gütmeyen kuruluşlar aracılığı ile sigorta sağlanması,
- Düşük ve yüksek gelirli kişiler arasında dengeli gelir dağılımını sağlamak için bir mekanizmanın geliştirilmesi.

İlk zorunlu hastalık sigortası yasası 1883 yılında Almanya tarafından kabul edilmiş ve işçilerin önceleri isteğe bağlı olan fonlara üyeliği zorunlu kılınmıştır. Kaza, yaşlılık, uzun süreli sakatlık, zor günler ve işsizlik sigortası yasaları sırasıyla 1927 yılına kadar yürürlüğe girmiştir. Neredeyse bütün diğer Avrupa ülkeleri, Almanya'nın izinden gitmiş ve 1930 yılına kadar sosyal sigorta Avrupa çapında yaygınlaştırılmıştır. (227) Tüm şartlarda sosyal sigortanın gelişimi daha çok grubun sigorta sistemlerine dahil edilmesini ve böylece kapsam altına alınan nüfusun arttırılmasını içerir.

Avrupa'daki tüm sosyal sigorta sistemleri aynı ilkelere dayalı olmasına ve aynı amaçlara ulaşmayı planlanmalarına rağmen, bu sistemler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Sosyal sigorta finansmanı yıllar içinde yavaş yavaş gelişmekle beraber, bu farklılıklar ülkelerin, sosyal, ekonomik, kurumsal ve ideolojik yapılarındaki ayrılıklardan doğmaktadır.

Bu ülkelerde sağlık hizmetleri finansmanının ana kaynağı sosyal sigortalardır. Tüm durumlarda sosyal sigortaya yapılan katkılardan toplanan fonlar sağlık hizmetlerine aktarılmaktadır. Örneğin, 1990'ların başlarında kamu sağlık sigortası, Fransa'da toplam sağlık hizmeti finansmanının %70'ini Almanya ve Hollanda'da %60'ını karşılamaktaydı. (188)

Tüm ülkelerde sosyal sigorta fonları devlet tarafından sübvansiyon edilmektedir ancak bu sübvansiyonların dağılımı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. (Tablo 12)

Sosyal sigorta sistemini sübvansiyon etmek için kısmen devlet bütçesinden sağlanan fonlar kullanılır. Buna ek olarak, devlet fonları, genellikle halk sağlığı, tıp eğitimi ve araştırması konularında da kullanılmaktadır. Buna rağmen, genel vergilendirme ile devlet bütçesinden yapılan finansman, toplam sağlık finansmanının büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Örneğin, 1990'lı yılların başlarında, Belçika'da bütçe finansmanının toplam sağlık finansmanına olan katkısı %39, Almanya'da %21, Lüksemburg'ta %37.9 ve İsviçre'de %33.9 oranındadır (2, 188).

Tablo 12. 1990 yılı başlarında bazı sosyal sigorta sistemlerindeki devlet sübvansiyonları ve primler

Ülke	Primler %	Devlet sübvansiyonları %
Avusturya	88.0	12.0
Belçika	58.0	42.0
İsviçre	73.9	14.1

Kaynak: OECD (2,188)

Zorunlu sağlık sigortası, tüm ülkelerde, işsizlik ve emekli maaşı yardımları gibi sosyal korumayı da kapsayan sosyal sigorta sisteminin bir parçasıdır. Bununla birlikte, bütün koşullar, tüm ülkelerde her zaman aynı olmamaktadır. Örneğin, Belçika, Fransa ve Almanya gibi bazı ülkelerde sağlık sigortası kanunu, emekli maaşı ve iş göremezlik gibi diğer konuları da kapsayan sosyal güvenlik yasasının bir bölümüdür. Hollanda ve İsviçre gibi diğer ülkelerde ise sağlık sigortası kanunu, diğer sosyal güvenlik konularından ayrı tutulmuştur (228).

Tüm ülkelerde sağlık sigortası fonları, kendine özel idareleri, bütçeleri ve yasal statüleri ile bağımsız birimlerdir. Bu durum onların hükümetten ve devlet bütçesinden bağımsız olduklarının da bir kanıtıdır. Fransa'daki işletme yasasına göre özel sağlık sigortası fonları, kamu hizmeti sağlayarak gelir elde eden özel kuruluşlardır. Fakat, devlet tarafından yakın denetim altında olmalarından dolayı, devlete bağlı olmayan yarı kamu kuruluşlarıdır (189). Almanya'da bu fonlar, ya Özel ve kar amacı olmayan kuruluşlardır ya da "Kamu Ortaklıkları" diye adlandırılmaktadırlar. İsviçre'de kar amacı gütmeyen, yasa! şartlara uygun düşen, karşılıklı sigorta şirketleri (yani özel ticari sigorta firmaları) bulunmaktadır. (228) Bütün ülkelerde, sağlık sigortası fonları, bağımsız olmalarına rağmen hükümetin sıkı denetimine tabidirler.

Sağlık sigortası ve hastalık fonları sayıları arasında gözle görülür farklılıklar bulunmaktadır, sırasıyla Belçika'da 6, Lüksemburg'ta 11, Fransa'da 16 civarında, Avusturya'da 24, Hollanda'da 53, İsviçre'de 200 ve Almanya'da 1100 dolayında böyle kuruluş bulunmaktadır. Bu sayılar, şirketlerin birleşmeleri ve ortaklık kurmaları ile önemli ölçüde azalmıştır. Örneğin Almanya'da, ilk sağlık sigortası kanununun kabul edildiği 1883 yılında 22,000 tane hastalık fonu bulunmaktaydı (229). Firmaların birleşme yoluna gitmelerinin bir nedeni de, riskin nispeten geniş bir nüfusa yayılmış olduğunun göstergesi olan üyelik sayılarındaki artış olmuştur.

Fransa ve Lüksemburg gibi bazı ülkelerde, fonlar genellikle mesleki gruplara göre organize edilir. Yakın bir zamana kadar, Hollanda'da coğrafi özelliklere göre, Belçika'da ise dini ve siyasi ilişkilere göre düzenlenmekteydi. Avusturya, Almanya ve İsviçre'de ise hastalık fonları birkaç ilkeye göre düzenlenmek-

tedir. Avusturya ve Almanya'da fonlar, meslek, bölge, yer veya işletmelere dayalı olarak organize edilmektedir.

Avusturya, Belçika, Fransa ve Lüksemburg'da, kamu sigorta fonlarına üyelik tüm nüfus için zorunludur. İsviçre'de ise sigorta fonları, dört kanton ve sigortayı zorunlu kılan bazı belediyeler ve belli gruplar için zorunlu kılan kantonlar (yaşlılar, çocuklar ve düşük gelirli kişiler gibi) haricinde isteğe bağlıdır. Almanya ve Hollanda'da üyelik sadece belirli bir gelir düzeyinin altındaki kişiler için zorunludur. Almanya'da bahsedilen gelir düzeyinin üzerinde gelir elde eden insanlar, kamu sistemi veya özel sigortacılar tarafından sigortalanmayı seçerken, Hollanda'da, özel sigorta şirketlerini seçebilir ya da sigortalanmazlar. (2,188)

Sigorta, katkı paylarıyla ilgili kriterlere dayalı hakları kapsadığı için, çoğunlukla sosyal sigorta ile finanse edilen hiçbir sistem tüm vatandaşları kapsamına almaz. Çoğu ülke, nüfusunun %99'unu sigorta kapsamına almaktadır, ancak, ya sadece kamu sigorta aracılığı ile ya da kamu sigortası ve özel sigortaların kombinasyonu ile sigortalamıştır. Sigorta kapsamını dört modele ayırmak mümkündür.

Birinci model, Avusturya, Fransa ve Lüksemburg örneğinde görülen, neredeyse tüm vatandaşların zorunlu kamu sigortası kapsamında olduğu modeldir.

İkinci model ise, Belçika ve Hollanda ülkelerinde görülen, bazı vatandaşların kısmi olarak kapsandığı ama, yaklaşık tüm vatandaşların zorunlu kamu sigortası ile kapsam altına alındığı modeldir. Belçika'da nüfusun yaklaşık %15'i (bağımsız çalışanlar) sadece büyük riskler için kapsam altına alınmıştır ama kalan kısmı tam olarak (büyük ve küçük riskler)¹⁴ kapsanmıştır. Hollanda'da nüfusun %60'ı kamu sigortası ile kapsam içine alınmış, geri kalan kısmı ise sadece kronik hastalıklarda sağlık hizmeti almaktadır.

Üçüncü model ise, İsviçre örneğinde olduğu gibi yaklaşık tüm vatandaşların kapsam altına alındığı, fakat üyeliğin isteğe bağlı olduğu modeldir.

Dördüncü model ise Almanya örneğinde görülen nüfusun sadece bir kısmının kamu sigortası ile kapsam altına alındığı modeldir ve nüfusun yaklaşık %90'ı kapsanmıştır.

Bu sınırlar dahilinde, çoğu ülke, yasal olarak belirlenmiş ve belirli bir sigorta sistemi çerçevesindeki tüm hastalık fonlarına aynı şekilde uygulanan bir teminat paketine sahiptir. Ancak bazı ülkeler, teminatları birinden diğerine farklı olan, birden fazla sigorta sistemine sahiptirler. Örneğin Avusturya, mesleki grupları temel alarak farklı teminatları ve maliyet paylaşım talepleri olan, dört ayrı sisteme sahiptir. Hollanda, kamu görevlileri için ayrı sisteme sahiptir. Buna ek olarak hastalık fonları, teminat paketinde önerilenlerin yanında, hemen hemen her ülkede fondan fona değişiklik gösteren, zorunlu olmayan ek teminatlar vermektedir.

Tüm bu ülkelerde hastalık fonlarına Ödenen katılımlar, gelire göre ayarlanır ve tek bir oran üzerinden işçi ve işverenler arasında paylaştırılır. Avusturya, Almanya, Lüksemburg ve Hollanda'da katılımlar yarı yarıya paylaştırılır, Belçika ve Fransa'da ise işverenler işçilerden daha yüksek oranda katkı payı ödemek-

¹⁴ Büyük riskler yatarak tedavi ve özel teknik hizmetleri, küçük riskler ise ayakta tedavi, dişe yönelik tedavi ve ilaçlara yönelik olanları ifade etmektedir.

tedirler. Katkı oranları, çeşitli seviyelerde kararlaştırılır, fakat genellikle hükümet en son kararı alma sorumluluğunu üstlenir. Avusturya, Fransa, Almanya ve İsviçre gibi sayılı ülkelerde, katkı oranları fondan fona, üyelerinin risk profillerini yansıtacak şekilde sık sık değişmektedir. Bu uygulamanın tam tersi olarak, Belçika ve Lüksemburg'ta tüm fonlar için eşit katkı payı ödenmektedir. Katkı oranları, Fransa'da (işveren artı işçi) tüm Fransız halkını sigortalayan en büyük fon için %39.4 gibi yüksek bir değerdayken, Avusturya'da brüt kazancın %5.6'sından %8.5' ine varan değerlerle oldukça düşüktür. Diğer tüm ülkeler, orta düzeyde katkı paylarına sahiptir (2,188).

Bireyler Belçika'da ve İsviçre'de kendi sigorta fonlarını seçebilmektedirler, ancak durum Almanya'da biraz farklıdır; seçim hakkı kısıtlıdır ve sadece yöneticiler istedikleri sigortayı seçme hakkına sahiptirler. Geri kalan ülkelerde, hastalık fonlarının mesleki ve coğrafi organizasyonu ise seçim şansını kısıtlamaktadır (2, 188).

Daha önce de belirtildiği üzere, tüm ülkelerdeki sigorta fonları devlet tarafından sıkı bir denetim altındadır. Son yıllarda tüm ülkelerde, artan devlet denetimine ve sağlık sigortası finansmanın kontrolüne yönelik belirlenmiş bir trend göze çarpmaktadır. Sağlık sigortası, yasama, yürütme ve ulusal hükümetlerin kararlarına bağlıdır. Bu uygulama, Avusturya, Almanya ve İsviçre gibi federal sistemle yönetilen ülkelerde yapılmaktadır (228). Bu trendin arkasındaki faktörler, hükümetlerin giderek daha çok maliyet sınırlaması konuları ile meşgul olması ve dayanışma ve hakkaniyet konularına daha az önem vermesidir. Hükümet denetimi arttıkça, buna karşılık, sağlık sigortası fonlarının gelecekte özerkliği sınırlanmaktadır.

Geçiş Dönemindeki sistemler

Doğu Almanya'daki sağlık finansmanı sistemi, ülkenin geri kalan kısmında uygulanan ilkeler doğrultusunda yeniden düzenlenirken, Avrupa Bölgesi'ndeki iki ülke olan İsrail ve Türkiye'nin sağlık sigortası sistemleri bir geçiş süreci yaşamaktadır.

İsrail'de nüfusun çoğu, üyeliği isteğe bağlı olan dört sigorta şirketi tarafından sigortalıdır (229). Tüm ülke nüfusunun erişebileceği belirlenmiş bir teminat paketi ile işçi ve işverenler için eşit prim katkısına, hastalık fonunun seçilebilmesine ve isteğe bağlı ek sigorta seçeneğine geçiş sağlayan, Reform Yasası 1995 yılında kabul edilmiştir.

Türkiye'de, sırasıyla bağımsız çalışanlar, emekliler ve işçi statüsünde olanlar için üç adet sosyal sağlık güvencesi bulunmakta, teminatlar değişiklik göstermektedir ve nüfusun bir bölümü kapsamaktadır. Vergilerden elde edilen üçtebirlik katkı ile sosyal sigorta fonları toplam sağlık harcamalarının altıda birini oluşturmaktadır. Sağlık finansmanı reformunun temel amacı, sosyal sigorta kapsamını tüm nüfusa yaymaktır. Reformlar bir temel teminat paketinin oluşturulmasını, kişilerin Ödeme gücüne göre saptanan katkı paylarını, (çok fakirler için sıfır olmak kaydı ile) genel bütçe ile sübvansede edilecek sosyal sigortayı ve bunun yeni bir yan kamu kuruluşu tarafından idare edilmesini önermektedir (2). Reformlar yeni uygulanmaya başlanmıştır.

- 1989 yılında İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri harcamalarının %79'u genel vergi gelirleri ve sosyal sigorta fonlarının %16'lık katkıları ile karşılanmış ve
- Finlandiya 1972'den beri harcamalarının %80'ini genel vergi gelirleri ile karşılamaktadır. (229)

Sigortaya dayalı sistemlerin aksine, vergiye dayalı sağlık hizmeti finansmanı uygulayan ülkelerin vatandaşları, kamu sistemi kapsamındadırlar ve sağlanan hizmetlerin dağılımı geniş kapsamlıdır. Buna ek olarak sosyal sigorta sistemi uygulamalarından farklı olarak tüm vatandaşlar için hizmet dağılımı aynı olacaktır.

İrlanda, gelir düzeylerine göre iki tür sınıfa bağlı olduğundan, bu konuda bir istisna olarak kabul edilmektedir. Nüfusun sadece fakir olan üçte birlik kesimi tüm sağlık hizmeti teminatlarından ekstra bir ücret Ödemeden yararlanırken, geri kalan kısım çeşitli cepten ödemelere tabi tutulmaktadır (188).

Vergilendirme ile Finanse edilen sağlık sistemleri, tüm vatandaşlarını eşit şartlarda ulusal kapsama almışlardır, aksi durumda, dayanışma konusunda güçlükler ortaya çıkacak ve risk seçimine hiç imkan tanınmayacaktır.

Sosyal sigorta aracılığı ile tahsil edilen fonlar, sosyal sigorta finansmanı prensiplerine göre ayrılıp farklı ülkelerde farklı araçlar için kullanılmaktadır. Bu fonlar, genellikle emeklilik ve iş göremezlik gibi diğer sosyal güvenlik programlarını finanse etmek için kullanılmaktadır.

Sosyal Sigorta aracılığı ile tahsil edilen fonların bir bölümü sağlık hizmeti amacı ile de kullanılabilir. İngiltere'nin amacı, Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin vergi gelirleriyle finanse edilmesiye, bu tür fonlara getirilen sınırlamalar sonucu Ulusal Sağlık Hizmetleri, sosyal sigortadan ekstra fon alması için zorlanmıştır. (228) İsveç de, sosyal sigorta poliklinik tedavisinde ilaçlar ve tıbbi hizmetleri karşılamaktadır, ayrıca 1984 yılında hastane hizmetlerinin %8'lik gibi küçük bir bölümünü karşılamıştır (229). Finlandiya'da sosyal sigorta katkıları, genellikle özel tıbbi ve mesleki sağlık hizmeti ile ilaçları ve yardımcı hizmetleri karşılamaktadır (2).

İngiltere'de de olduğu gibi, sosyal sigortanın katkı paylarındaki işçi ve işverenler arasındaki ilk bölünme bazı durumlar için saklı tutulmaktadır. Finlandiya, Norveç, İsveç gibi diğer ülkelerde, işçiler katkı payı vermemektedirler (228). İzlanda'da sağlık sigortası fonları kamu tarafından finanse edilmektedir (2).

Yukarıda belirtilmiş olduğu üzere, sağlık sigortası fonları kendi bağımsız kimliklerini kaybedip kamu sektörü içinde kaybolmuştur. Örneğin Danimarka'da 19. yüzyılın sonlarına kadar devam eden yüzlerce hastalık fonu 1973 yılında kaldırılmıştır. Sağlık Sigortası ödemeleri Danimarka'nın 280 belediyesine devredilmiştir (229). 1930 yılında Norveç'te Yerel Yardım Toplulukları, Sosyal İlişkiler Başkanlığı'nın bölümü olan Ulusal Sağlık Sigortası Enstitüleri'ne dönüştürülmüştür. 1971 yılında sigorta fonlarının tahsilatı, genel gelir vergisi tahsilatı ile birleştirilmiştir (229). 1989 yılında sağlık sigorta fonları İzlanda'da tamamen kaldırılmış ve sorumlulukları Devlet Sosyal Güvenlik Kurumu'na verilmiştir (2).

Alman Demokratik Cumhuriyeti vergiye dayalı sıkı merkezi kontrol altında bulunan bir sağlık sistemine sahiptir. Federal Alman Cumhuriyeti'ne geçiş sağlayan görüşmelerde verilen karara göre, Doğu Almanya'daki Eyalet Sağlık Bakanlıkları da, Almanya'nın kalan kısımlarında olduğu gibi, kurumsal ve mali temellere dayalı bir sisteme geçirilecektir. 1 Ocak 1993 yılında hastalık fonu ağı kurulmuştur. Nüfusun hepsi zorunlu olarak sigortalanmış ve katkı payı en az bir yıl süreyle %12.8 olarak düzenlenmiştir. (Yani batı eyaletleri için ortalama oran) (188).

VERGİYE DAYALI FİNANSMAN

İyi kurulmuş sistemler

İrlanda, İngiltere ve Kuzey Avrupa ülkeleri, sağlık sistemlerinin ağırlıklı olarak genel vergi gelirleri ile finanse edildiği ülkeler arasında bulunmaktadır. Bu ülkelerde, sağlık hizmetleri yararına kurulan ilk sosyal güvenlik sistemleri 19.yy sonları ile 20.yy başlarında ortaya çıkmış ve sosyal sigorta düzeninin yapısını belirlemişlerdir. Bunlar, 1. Grup ülkelerdeki gibi genel nüfusun küçük bölümlerini kapsayan bazen devlet tarafından sübvans edilen çeşitli hastalık fonlarını içermektedirler. Zamanla, sosyal sigortaya dayalı ülkelerde olduğu gibi, çabalar, kapsam altında olan nüfusun artmasına yönelik olmuştur. Ancak aşağıdaki hususlar bu ülkeleri genellikle sosyal sigortaya dayalı ülkelerden ayıran Özelliklerdir.

- Kapsam daha geniş bir kitleye yönelik oldukça, devletin vergi gelirlerinden olan sorumluluğu artmaktadır.
- Kapsam altında olan nüfus ülke geneline yayılmıştır, (ör: tüm nüfusu kapsam altına alabilmek için) sigorta fonuna olan katkı payları sağlık yardımı almayı belirleyici faktördür.
- Hastalık fonları devletten ayrı kimliklerini ve bağımsızlıklarını kaybetme eğilimindedirler.
- Sağlık hizmeti sunumu (hastanelerin ve diğer sağlık hizmeti tesislerinin yönetimi doktorların ve diğer sağlık hizmeti veren personelin istihdamı) gün geçtikçe kamu sektörünün sorumluluğu altına girmektedir.

Sosyal sigortaya dayalı finansmandan vergiye dayalı finansmana geçiş süreci bu grupta yer alan bir çok ülke için İkinci Dünya Savaşı'ndan sonraki döneme rastlamaktadır. Değişik düzeylerde olmalarına rağmen bu ülkeler hala sağlık hizmeti için sosyal sigorta kimliği taşımaktadır.

Aşağıda birkaç yüzyıl önce vergiye dayalı finansmana geçişi sağlamış ülkelerin finansman sistemlerinin kilit özellikleri verilmiştir.

- Çoğu sağlık hizmeti harcamaları; merkezi, bölgesel ve yerel düzeylerde olmak üzere genel vergilendirmelerden sağlanmaktadır.
- Bunların dışında, sosyal sigortalar ayrılmış fonlar değildir. (Örneğin, Danimarka, Norveç ve İngiltere)

Finansman ve hizmet sunumunun sorumluluklarını merkezi hükümetten almaya yönelik bir eğilim bulunmaktadır. Finlandiya, bu konuda en çok gelişim göstermiş olan ülkedir ve 1972 yılından beri temel idare düzeyi, belediyeler olarak kabul edilmiştir. Belediyeler vergileri arttırmak için yetkiye ve hizmet sunumu için yasal sorumluluğa sahiplerdir. (2) Danimarka ve İsveç desantralizasyon konusunda önemli ölçüde gelişme kaydetmiştir. Danimarka'da ilçeler, hastanelerle ilgili finansman ve hizmet sunumundan, öte yandan, belediyeler ise evde bakım ile bazı koruyucu programlardan sorumludurlar (2). İsveç'te bölge konseyi, doktorların ücretlerini de kapsayan çoğu hastane hizmetini genel gelir vergileri ile karşılamaktadır. İngiltere, hizmet satın alanların, hizmet sunuculardan ayrılması yönündeki en son eğilimden bir şekilde ayrılmaktadır, buradaki eğilim yerel birimlere daha fazla finansal özerklik tanınması yönündedir. Bu duruma sadece İzlanda bir istisna oluşturmaktadır. Son yıllarda merkezi hükümetin finansal rolünde bir artış gözlenirken, buna paralel olarak yerel hükümetin aldığı rolde bir düşüş gözlenmektedir. (2)

Merkezi Hükümet sadece halk sağlığı finansmanı konusunda değil, tıbbi araştırmalara, üniversite eğitimi veren hastanelere ve aynı zamanda sosyal sigorta sistemlerine (İsveç'te olduğu gibi) ve yerel hükümet birimlerine sübvansiyon sağlamada da hala rol almaktadır. (Danimarka, Finlandiya ve Norveç'te olduğu gibi) (2.188)

Geçiş Döneminde Olan Sistemler

Bu gruptaki ülkeler Güney Avrupa bölgesinde yer almaktadır. Bu ülkelerin hepsi 3. Gruptaki ülkelere benzer bir şekilde sosyal sigorta finansmanından vergiye dayalı finansman sistemine geçiş sürecindedirler. Bu grubu, 3. Gruptan ayıran ana etken ise zaman faktörüdür. Bu grup geçiş sürecine geç başlamış ve henüz tamamen kurulmuş bir vergiye dayalı sağlık sistemine geçmiş değildir.

Bu gruptaki ülkeleri vergiye dayalı sistemi kurmaya yönelten, daha önce sigorta kapsamında olmayan nüfusun kapsam altına alınmasının ve tüm nüfus için kapsamlı hizmet sunumu gerekliliğinin fark edilmesi olmuştur. Ek bir husus ise, Yunanistan ve İtalya'da olduğu gibi kurumsal yapıların ve bölünmüş finansmanların gözden geçirilmesidir.

İtalya ve Portekiz ulusal sağlık sistemlerini sırayla 1978 ve 1979 yılında kurmuş olan ilk ülkelerdir. Yunanistan buna benzer bir yasayı 1983 yılında yürürlüğe koymuş ve İspanya, 1986 yılında takip ederek, 1989 yılında ek bir düzenlemeyle genel vergilendirme finansmanına bir geçiş yapmıştır. Adı geçen bu dört ülkede finansman mekanizması reformları ile ilgili çeşitli zorluklar bulunmaktadır ve mevcut durumdaki finansman karma bir yapıya sahiptir. Örneğin Yunanistan'da poliklinik hizmetleri sigorta fonları ile finanse edilirken, 1983 yasasının kısmen uygulandığı hastaneler büyük ölçüde vergi gelirleri ile finanse edilmekteydi. İtalya'da sosyal sigorta katkıları 1990 yılındaki toplam kamu sağlık hizmeti harcamalarının neredeyse %40'ını oluşturmaktaydı.

MERKEZİ KONTROLDEN SİGORTAYA DAYALI FİNANSMANA

Sağlık Finansman Sistemlerinin Reformu

ODA ve BDT ülkelerinin hemen hemen hepsi sigortaya dayalı sisteme geçmek istediklerini belirtmişler ve bazı ülkeler sistemi kurmak İçin Önemli adımlar atmışlardır. Bu tip finansmanın tercih edilir olmasının nedeni ise, mevcut rejimler altında bulunan devlet finansmanından farklı olmasıdır. Ek faktörler ise, hastalar İçin daha çok seçim olanağının sunulması, doktorların yüksek ücretlendirilmesinin yanında sağlık hizmeti katkıları ile kişisel yetkilendirmeler ve doktor örgütleri tarafından desteklenen değişikliklerdir. Buna ek olarak, ODA ve BDT ülkeleri, kendi finansmanlarını bir tür sağlık sigortası ile sağlayan Batı Avrupa ülkeleri tarafından teşvik edilmişlerdir. Sonuç olarak, genel kanı, sosyal sigorta katkılarının, sağlık hizmeti için kullanılacak olan toplam fonları yükselteceği yönündedir.

Birçok ODA ve BDT ülkesi sağlık sigortası finansmanı sistemine ya geçmiş ya da geçiş sürecine girmek için yasalar hazırlamaktadırlar. Bunlardan birkaçı sosyal sigorta sistemlerini işlevsel hale getirebilmek için gerekli hazırlıklara başlamış durumdadırlar. Diğerlerinde ise, işçi ve işverenlerin katkıları sağlık hizmeti için bir kaynak teşkil etmeye başlamıştır.

ODA ve BDT Ülkelerindeki Sosyal Sigorta Sistemlerinin Kilit Özellikleri

Yeni kurulan sistemlerdeki birçok özellik, sağlık sigortası sistemini yeni oturtmaya çalışan ülkelerin tecrübelerinde belirgin olarak görülmektedir.

AYRILMIŞ FONLAR

Sigorta finansmanının ilkelerine paralel olarak sağlık sigortası fonlarında biriken tüm kaynaklar, planlanma veya kamu sigortası uygulaması yapan ülkelerde sağlık hizmetleri amacı doğrultusunda ayrılmıştır.

VERGİYE DAYALI FİNANSMANIN SÜREGELEN ROLÜ

Tüm sağlık sigortası sistemlerinde (mevcut veya planlanan) ek bütçe finansmanı için, nüfusun herhangi bir geliri olmayan kesimlerinde katkı şeklinde ya da kamu sağlık faaliyetlerini finanse etmek, tıbbi eğitim ve araştırma ve ulusal araştırma enstitüleri şeklinde sağlanmaktadır.

SAĞLIK SİGORTASI FONLARININ BAĞIMSIZLIĞI

Devlet bütçesine olan bağımlılık devam ederken, sağlık sigortasından sorumlu idari organlar değişen oranlarda devlet bütçesinden ve maliye bakanlığından mali olarak bağımsız olma eğilimindedirler. Uygulamanın ilk aşamasında finansman devlet bütçesinden karşılanmış ancak daha sonraki aşamalarda devlet bütçesinin dışında tutulmuştur.

HÜKÜMET KONTROLÜ

Sigorta şirketleri ve hastalık fonları, değişik düzeylerdeki bağımsızlıklarıyla birlikte genellikle bir çeşit hükümet kontrolü altındadır. (231) Örneğin Çek Cumhuriyeti'nde Ulusal Sağlık Sigortası Şirketi'nin tüm harcamaları, hastalık fonlarında da olduğu gibi, kamu tarafından karşılanmaktadır. Slovakya'da Sağlık ve Maliye Bakanlıkları sigorta şirketlerine nispeten daha güçlü kontrol uygulamaktadırlar.

KURUMSAL YAPI VE SIGORTA FONLARININ SAYILARI

Bazı ülkeler birden çok sigorta fonu oluşturma sürecindedirler. Ülkeler, merkezi bir yerel şube ya da özel hastalık fonlarını içeren, ulusal sağlık sigorta şirketleri kurmuşlardır, (örneğin Çek Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan, Slovakya ve Slovenya) (155.231.234)

ZORUNLU SİGORTA

Geliştirilmekte olan sigorta sistemi, yeni sistem kapsamı altına alınması amaçlanan grup için sigortayı şart koşturmaktadır. Bazı İstisnai Örneklerde, çok zengin kişilerin, Macaristan'da olduğu gibi kapsam dışında kalmalarına müsaade edilmektedir.

HAK KAZANDIRMA

Sağlık reformu dokümanlarında birbirinden farklı modellere rastlamak olasıdır. Rusya Federasyonu ve Slovakya gibi ülkelerde, sigortaya hak kazanmak için, vatandaşlık veya oturma izni yeterli sayılırken, Çek Cumhuriyeti'ni ve Macaristan'ı da içine alan ülkelerde ise sigorta katkılarına göre ayarlamaktadır.

Birçok reform dokümanı nüfusun kısmen veya tamamen kapsam altına alınmasının önemini altını çizerken, uygulamada herkesi kapsam altına alma konusundaki sorunları ortadan kaldırmaya çalışan ülkelerde bazı küçük grupların kapsama dahil edilmediği görülmektedir. Sigortaya hak kazanmanın sigorta katkı paylarına dayalı yapıldığı durumlarda, herkesin kapsam altına alınması ulaşılması daha zor bir hedeftir. (239). 1994 yılında nüfusun kapsam altına alınmasını kısıtlamış olan Estonya 'da daha önceki sağlık hizmeti reform yasasında sigortaya hak kazanma vatandaşlığa dayanırken, 1994 yılında yapılan değişiklik ile katkı paylarına dayalı hale getirilmiştir (155).

TEMİNAT PAKETİ

Sağlık sigortası sistemini benimseyen ülkeler, uygun yönetmelikle düzenlenen bütün sigorta fonlarına ve kapsam altına alınmış kişilere eşit olarak uygulanan sağlık yardım paketi tasarlamaktadırlar. Çeşitli sigorta fonları tarafından önerilen yardımlar arasında temel teminat paketinden farklı olan teminatlar bulunmaktadır.

KATKI PAYLARI

Katkı payları gelirlere göre ayarlanıp sabit oranda tutulmaktadır, birçok durumda ise işçi ve işveren arasında bölüştürülmektedir. Ancak bununla beraber,

lkeler arasında katkı paylarıyla ilgili olarak işçi ve işveren oranları arasında büyük farklılıklar görülmektedir. Tablo 13'te bu farklılıklara yer verilmiştir.

NÜFUSUN ÖDEME YAPAMAYAN KESİMİNE YÖNELİK OLAN KATKI PAYLARI

Bunlar, nüfusun ödeme yapamayan kesimini bütçe gelirleri ile finanse eden devletin sorumluluğu altındadır. Macaristan'da da olduğu gibi bazı durumlarda işsiz ve emeklilerin katkı payları, sırasıyla işsizlik veya emekli fonu aracılığı ile ödenmektedir (240).

SİGORTA FONU SEÇİMİ

Çoğu lkeler, fonlar arası rekabeti artırmak için sigortalıya, sigorta fonu seçim hakkı sunmuştur veya sunmayı hedeflemektedir. Ancak uygulamada fon yele-
rinin, mesleki ve coğrafi yapıları seçim yapmalarına yardımcı olmaktadır.

DAYANIşMA VE RİSK AYARLAMASI

lkeler genellikle eşit bir biçimde dağılmamış olan sağlık risklerini ayarlamak için çaba sarf etmektedirler (155,233,234,237,241). Bu çabalar sağlık sigortası fonlarından merkezi fona, tam veya kısmi olan transferleri içeren ve bu transferlerin hastalık fonlarına, nüfusun yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımı gibi bazı kriterler göz önünde bulundurularak yeniden dağılımını sağlayacak olan bir mekanizma oluşturmaya yöneliktir. Örneğin Rusya Federasyonu'nda, 1991 yılı sigorta yasasında, 1993 yılında yapılan değişikliğe göre, özel zorunlu sağlık sigortası fonu bölgesel düzeylerde ve prim tahsilatları tüm bölgede oturanları kapsayacak şekilde kurulmuştur. Sağlık Sigortası şirketlerinin bu bölgesel fondan para alabilmeleri söz konusu olmuştur. Bu demeler, sigortalının yaş ve cinsiyet dağılımına dayalı olup, sosyal durumuna veya gelir düzeyine dayalı olmamıştır. 1994 yılı başlarında, 82 bölgesel fon bulunmaktaydı. Federal fonun bölgeler arası eşitliği sağlayabilmesi için prim gelirlerinin yeniden dağılımını yapması gerekmektedir (240).

Tablo 13. Katkı payları ve işçi işveren oranları

lkeler	Katkı Payı Oranı	işçi ve işveren oranı
ek Cumhuriyeti	13.5	66:33
Estonya	13.0	100:1
Macaristan	12.5	19.5:4
Slovakya	13.5	66:33
Slovenya	12.8	50:50
Rusya Federasyonu	3.6	100:1

Kaynak: Chinitz (240)

SAĞLIK HİZMETİ İÇİN FONLARIN KULLANILMASI

Sağlık hizmeti için, sağlık sigortasının temel kaynak haline geldiği ülkelerde, devlet bütçesi fonu net bir düşüş göstermiş olsa bile, sağlık hizmeti gelirlerinde bir artış kaydedilmektedir. Artan işsizlik oranının, fakir kesimin gelir düzeyinin aşınmasına neden olduğu düşünülürse, bu durum daha önceki savlarla ters düşmektedir. Bu ülkelerde sağlık sigortasına geçiş yapmaları ile birlikte sağlık hizmetine harcanmış olan GSYİH oranı yükselmiştir ve bu oran sağlık hizmetleri devlet bütçesinden finanse edilen ülkelere göre daha yüksektir (242).

Sigortaya Dayalı Finansmana Geçişteki Zorluklar

ODA ve BDT ülkeleri sağlık hizmeti finansmanı sistemini kısa bir zaman içerisinde kurmak istemektedirler. Ayrıca, birçoğu da zayıf ekonomik durum, geçici hükümetler, uygunsuz kurumsal altyapılar gibi hızlı bir değişime el vermeyecek olan şartlarda sistemi oturtmaya çalışmaktadır.

HARCAMA KONTROLÜNÜN EKSİKLİĞİ

Sigorta sisteminin uygulanması, sağlık hizmeti için daha fazla fonun kullanılması anlamına gelse de, kaynakların etkili bir şekilde değerlendirilip değerlendirilmediği tartışılmaktadır. Daha önceki rejimlerde, sağlık hizmeti finansmanı, genel gelirleri tahsil eden ve birçok amaç için ayıran ve bazı harcama kontrolleri uygulamış olan maliye bakanlığının sorumluluğu altında bulunmaktaydı. Sağlık sigortası, finansmanı altında, katkı payları, maliye bakanlığına bağlı çeşitli sigorta şirketleri tarafından tahsil edilmekte ve dağıtılmaktaydı. İlk olarak bakanlıklar devlet bütçesinden karşılanan sağlık hizmeti finansmanının getirdiği mali sorumluluktan arındıkları için rahatlamışlardır. Devlet bütçesi ile sübvans edilen sağlık sigortası fonları ile yığılan borçlar göz önünde bulundurulduğunda, devlet daireleri hala sağlık hizmeti finansmanı harcama kontrolüne karışmamaktadırlar. Bu durum, sağlık sigortasına geçiş yaptıktan sonra sağlık harcamalarında artış görülen Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Slovakya'da bulunan yarı özerk sosyal sigorta fonları ve maliye bakanlıkları arasında fark edilir bir gerginliğe sebebiyet vermiştir. Ayrıca, yukarıda da belirtilmiş olduğu üzere, sosyal sigortanın benimsenmesini takiben sağlık hizmetinde kullanılabilir olan kaynaklarda meydana gelebilecek herhangi bir artış, maliyet sınırlaması için yetersiz uzun dönemli teşviklerin bir nedeni olabilmektedir (240).

YAPISAL AÇIKLARIN ORTAYA ÇIKIŞI

ODA ve BDT ülkelerindeki sağlık sigorta sistemleri, değişik düzeylerde olmak üzere hemen hemen herkesi kapsam altına almayı amaçlamaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi, hükümet, bunu, nüfusun ödeme yapamayan kesimi için vergilerden katkı payını ödeyerek, ya da emekliler için olan dolaylı katkı paylarından ve işsizlik fonlarından sağlayabilmektedir. Nüfusun yukarıda bahsedilen kesimleri için sağlanan sağlık hizmeti maliyetinin, sağlık sigortası fonları aracılığı ile yapılan transferlerden daha fazla olduğu ve bu fonların bir çoğunun sürekli açık verdiği saptanmıştır.

Çek Cumhuriyeti, Hırvatistan, Estonya, Macaristan ve Slovakya yukarıdaki duruma örnek teşkil eden ülkelerdir. Macaristan'da 1996 yılında beklenen sağlık hizmeti maliyeti, ekonomik olarak aktif olmayan kesim için emeklilere 77.3 milyar ft, işsizler için 14.3 milyar ft, geri kalan kısım için de 22.8 milyar ft olarak

belirlenmiştir. Sigortalayanların emekliler için prim ödeyebilmelerine ayrılmış mevcut fon 65.7 milyar ft, işsizler için 7.3 milyar ft, geri kalan kesim için ise 12 milyar ft olup GSYİH'nin %0.5'i kadar veya 29 milyar ft'lik bir açığa neden olmaktadır. Bu durum geliri olan kısmın katkı payları ile kısmi olarak dengelenebilir. Hükümetlerin bütçelerini dengelemek için kullandıkları finansman açığı teknikleri, hızlı bir şekilde kalıcı açıkların yığılmasına yol açmaktadır. (240)

RİSK AYARLAMASI SIRASINDA KARŞILAŞILAN SORUNLAR Sigorta şirketleri ile hastalık fonları arasında kaynakların eşit şekilde dağılımı sırasında, yukarıda bahsedilen yapısal açıklara benzer sorunlarla karşılaşmaktadır. Örneğin Çek Cumhuriyeti'nde sigorta şirketlerinin (hastalık fonları) tüm kollarından elde edilen prim gelirlerinin belli bir yüzdesi, hedef gruplar için (geliri olmayan kısım) devlet katkılarında olduğu gibi, daha sonra bu fonları tekrar sigorta şirketlerine dağıtan merkezi fona transfer edilir. Ancak dağıtım mekanizmasının işleyişinde sorunlar yaşanmaktadır. İlk sigorta şirketi olan Ulusal Sağlık Sigorta Şirketi'nin bünyesinde yüksek oranda çocuk ve emekli vardır ve yeniden dağılım mekanizması, harcamaları tam olarak karşılayamamaktadır. Öte yandan belli konularda uzmanlaşmış sigorta şirketleri (devlet daireleri ve ekonomik sektörde görev yapan kişiler için olan hastalık fonlarında uzmanlaşmış) yaptıkları sağlık harcamalarının üzerinde prim gelirlerine sahiptirler. Bu, devletin özel gruplar için verdiği katkı paylarının şahıs ödemelerinden daha düşük olması gerçeğine dayanmaktadır. Prensipte herkesin kendi dalında uzmanlaşmış sigorta şirketlerine katılmaya hakkı varmış gibi gözükse de uygulamada şirketlerin sağlıklı ve yüksek gelirli kişileri seçtikleri görülmektedir. (232.233)

Benzer bir risk ayarlama mekanizması kullanan Slovakya'da aynı sorunlarla karşılaşmıştır. Ekonomik olarak pasif olan nüfusun (yaklaşık %65'i) büyük bir bölümünü kapsamına alan Slovakya Ulusal Sağlık Sigortası Şirketi halen borçlu durumdadır.

ARTAN İŞÇİ MALİYETLERİ

Bütçe kaynağından, sağlık sigortasına yapılan geçiş, işçi maliyetlerinde artışa neden olmuştur. Bu durum kayıt dışı ekonomik faaliyetler ile hem işçi hem de işverenlerin mali yükten kaçmalarını teşvik ettiği gibi ulusal rekabette olumsuz karışıklıklar yaratmıştır. (240)

KATKI PAYLARININ ARTAN YÜKÜ

Sağlık hizmeti, sosyal sigorta aracılığı ile sağlanan tek hizmet değildir. Emekli maaşları ve işsizlik katkıları sağlık katkı paylarına eklenir ve bunlar bazen ciddi oranlara erişebilirler. Örneğin, Macaristan'daki birleşik katkı payı, Batı Avrupa ülkelerindeki %31'lik ortalama ile karşılaştırıldığında net maaşın %60.8'idir (emekli maaşları, sağlık hizmeti ve işsizlik dahil olmak üzere). Doğal olarak, bu yüksek katkı payı da devlet bütçesinden sağlık sigortası fonuna kaynak transferi yapmadan sağlık hizmeti maliyetlerini karşılamaya yeterli değildir. Macaristan, bu nedenle sağlık finansmanının tekrar dağıtılabilir öğelerini (emekli ve işsizlik maaşı) yeniden devlet bütçesine geçirmenin yollarını aramaktadır. (240)

UYUM PROBLEMLERİ

Katkı paylarının artan yükünün bir sonucu olarak, birçok devlete ait işletmeler ve özel kuruluşlar, sağlık sigortası ve diğer sosyal sigorta sorumluluklarında vaktinde ödenmemiş büyük borçlar altına girmektedirler (240).

DİĞER HUSUSLAR

Sağlık sigortası finansmanına getirilen değişiklik uygulamalarında, birçok ülkede, sürecin düşünüleninden daha zor olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun nedenleri aşağıda sıralanmıştır:

- Yeterli bilgi teknolojisinin eksikliği
- Bilgi sistemleriyle ilgili yeterli tecrübe olmaması,
- Sigorta İdaresi ve ilgili alanlarda teknik tecrübe eksikliği,
- İyi işleyen banka sistemi, sermaye piyasası ve yasamayı da içeren yetersiz kurumsal altyapı,
- İşletilmeye yeni başlayacak olan sigorta şirketleri için uygun hükümet mevzuatı eksikliği (238)

Bu kurumsal yapıların bazıları daha önceki sosyo-ekonomik çerçevenin bir parçası değildir ve sağlık sigortası sistemi gelişimi ile birlikte gelişmeleri gerekmektedir.

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASININ ROLÜ

Özel sigorta temelde Batı Avrupa ülkelerinde mevcut durumdadır. ODA ve BDT ülkelerinden bazıları, kurulması ve işlemesi için gerekli olan prosedürleri başlatırken, birkaçı ise gelecek bir tarihte özel sigortaya geçmek istediklerini belirtmişlerdir.

Batı Avrupa Ülkeleri

Batı Avrupa'da özel sigortanın iki amacı vardır; Ulusal veya devlet sağlık sigortası, kapsamında olan nüfusun belli kesimlerine isteğe bağlı sigorta sunmaktadır. Kamu sağlık sigortası sisteminin benimsendiği ülkelerde, özel sigorta, genellikle yüksek gelirli ve bir başka kapsam altında olmayan kişilere isteğe bağlı sigorta hizmeti sağlamaktadır.

İsteğe bağlı sağlık sigortasında, çeşitli değişik sebeplerle gerçekleştirilmiş tıbbi harcamalar söz konusudur. Bunların bir kısmı, ülkenin mevcut sağlık finansman metotlarına bağlıdır ve bir kısmı için de belirli kamu finansman sistemlerine özgü düzenlemeler yapılmaktadır.

Çoğunlukla vergilendirme yoluyla finanse edilen sağlık sistemleri, ilk girişte herhangi bir ücret talep etmeksizin birçok hizmeti kapsayan koruma sağlamaktadır. Bu durum Özel sigorta sistemine çok az bir faaliyet alanı bırakmaktadır ki bu da, genellikle lüks olarak düşünülmektedir. Ancak, uzun kuyrukların olduğu ve karneye bağlı, belirli vergilerle finanse edilen sağlık sistemleri, bekleme süresinin daha kısa olduğu, tedavinin zamanını belirleyebilirle olanağı tanıyan, çok sayıda uzman hekim ve hastane seçeneği ve daha fazla rahatlık sağlayan ek özel sağlık sigortası yaptırmaya yönelik talebi arttırmıştır. Bu gruba

örnek olarak verebileceğimiz ülkeler arasında İtalya, İspanya ve İngiltere (245) yer almaktadır.

Kamu sağlık sigortası aracılığıyla finanse edilen sağlık sistemleri ise birbirinden farklı ve çeşitli düzenlemeler ile belirlenir. Örneğin, Belçika ve Fransa'da sağlık hizmetleri hemen hemen ulusal kapsam dahilinde olsa bile, hasta, hizmet sunumu sırasında sadece bir kısmını geri aldığı önemli miktarda ödemeler yapmaktadır. Fransa'da, geri ödeme oranları %40 ila %100 arasında değişirken, bu oran Belçika'da en az %75'dir (245). Bu ülkelerde özel sigorta kapsamına girmenin nedenleri arasında tedavi masraflarının kamu sigorta sisteminde geri ödenmeyen kısmının karşılanması ve tedavi süresince daha rahat kalacak yer sağlanması yer almaktadır.

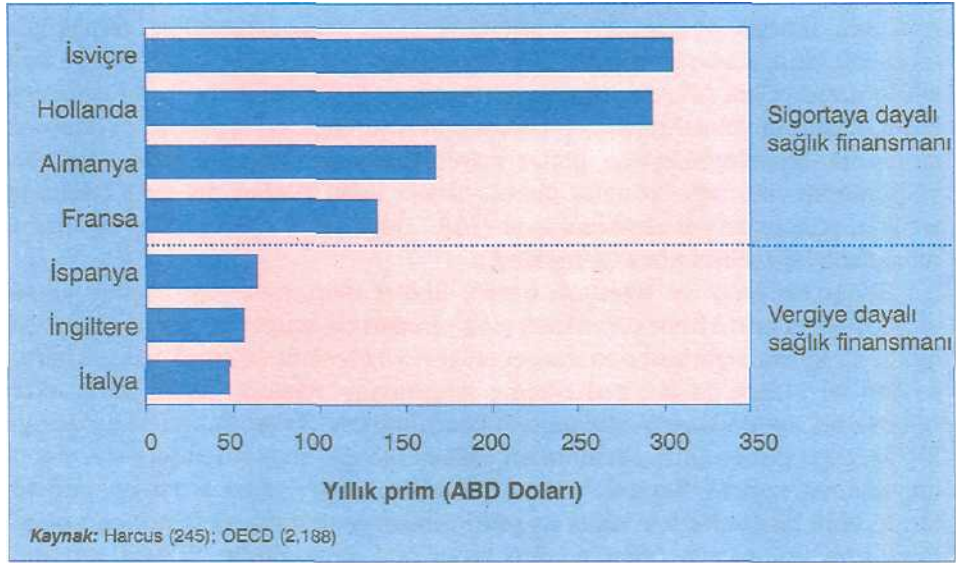
Yukarıda tartışılan durumlarda, özel sigorta poliçelerinin çoğu ek poliçe niteliğindedir. Aksine, sağlık hizmetlerinin finansmanının genellikle sosyal sigorta tarafından karşılandığı Almanya ve Hollanda'da özel sigorta, nüfusun belli kesimlerinde kamu sigortasına benzer bir rol üstlenmiştir. Kamu sigortası sistemi kapsamına girmek yaygın değildir ve düzenlemeye göre belirli bir gelir düzeyinin üzerindeki sistemden çekilebilirler. Almanya'da, yüksek gelirli bireyler kamu sigortasıyla özel sigorta arasında seçim yapma hakkı verilmektedir. Yansı Özel sigortayı tercih eden bu kesim nüfusun %20'sini oluşturmaktadır (246). Hollanda'da, belirli bir gelir düzeyinin üstündeki kesimin özel sigortayı tercih etme gibi sigortasız da kalma hakkı vardır. Nüfusun yaklaşık %40'ı kamu sisteminin dışında bırakılmış olup (188)¹⁵, büyük bir kısmı özel sigorta kapsamına girmiştir (245). Önerilen reformlar kamu sigortasını herkes için zorunlu kılacağından, bu düzenleme değişmek üzeredir. Böylece, her iki ülkede de, özel sigorta sistemi ya kamu sisteminin kapsamından çıkarılan temel tıbbi müdahaleleri kapsayacak ya da kamu sigortası kapsamında olanlara ek teminatlar sağlayacaktır. Hem Almanya hem de Hollanda'da, ek sigortadan daha pahalı olduğu için, temel tıbbi kapsam, sigorta primlerinin çoğunu oluşturmaktadır.

İsviçre sağlık sistemi de ağırlıklı olarak sosyal sigorta finansmanına dayalı olmasına rağmen, yukarıda bahsi geçen bütün ülkelerden biraz farklılık göstermektedir, burada kamu sağlık sigortası İsteğe bağlıdır (4 kanton ve bazı belediyeler kamu sağlık sigortasını zorunlu kılmış olup, diğer belediyeler ise düşük gelirli kesimi, yaşlıları ve çocukları içeren bazı gruplara bu sigorta kapsamına girmeyi zorunlu kılmıştır). Bununla birlikte, neredeyse nüfusun %99'u kamu sigorta sistemi kapsamında olduğundan, Özel sigorta sistemine temel tıbbi hizmetlerle ilgili fazla bir alan kalmamaktadır. Ancak, önemli miktarda maliyet paylaşımının bir sonucu olarak ek teminat için daha fazla imkan tanımaktadır. İsviçre'de hane halkı sağlık hizmeti harcamalarının %30'unun biraz altında kalan bir miktarı gerçekleştirilmektedir (bireyler tarafından ödenen sigorta primlerini içermemektedir) (2).

Yukarıda tartışılan modeller, Şekil 18 ve 19'da anlatılmış olup, grafikler birçok Batı Avrupa ülkesinde özel sigorta sisteminin son derece değişken etkilerini göstermektedir.

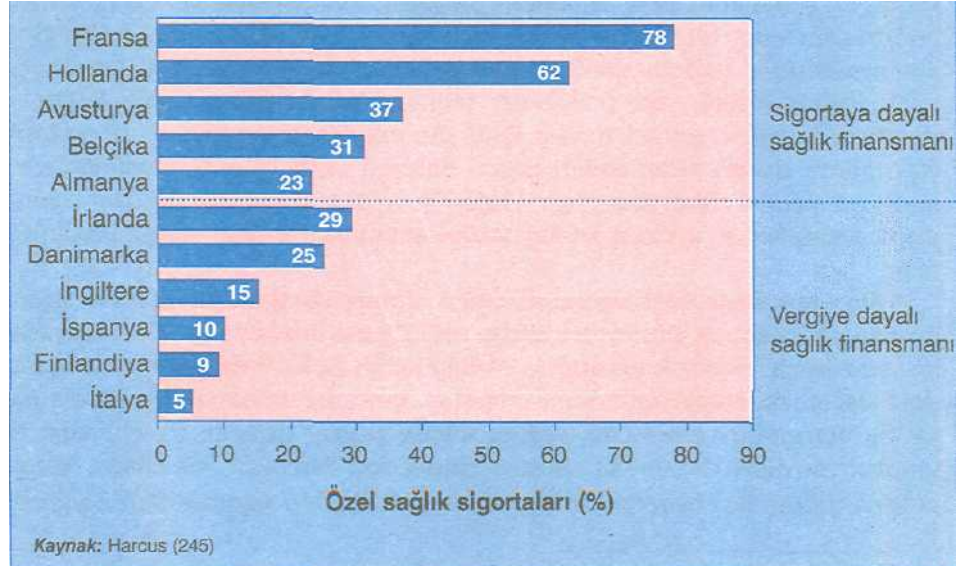
¹⁵ Nüfusun neredeyse tamamı kronik risklere karşı yasal sağlık sigorta sisteminin kapsamına alınmış olmasından dolayı sadece akut riskler için geçerlidir.

Şekil 18. Seçilmiş Batı Avrupa ülkelerinde nüfusun kişi başına düşen ferdi ve grup özel sağlık sigortası primleri, 1993



Kişi başına ödenen prim basamakları ve özel sigortaya geçiş oranlarının da gösterdiği gibi, özel sigorta finansmanına en az güvenen sistemler, finansmanı büyük oranda vergiye dayalı sağlık sistemleridir. Bu da ulusal sağlık hizmetleri çerçevesinde verilen kapsamlı hizmetin bir sonucudur.

Şekil 19. Seçilmiş Batı Avrupa ülkelerine, 1990'ların başında özel sağlık sigortasının girişi



Bu grupta iki ülke göze çarpmaktadır: Danimarka ve İrlanda. Danimarka'da özel sigorta sisteminde yapılan geri ödemelerin çoğu dış sağlığına yönelik harcamaları ve kamu sağlık sisteminde karşılanmayan ilaç alımlarını kapsamaktadır. İrlanda, vergiye dayalı grupta yer alan diğer ülkelerden farklılık göstermekte olup, kamu sermayesi sisteminde sağlanan teminatın gelire göre farklılık gösterdiği tek ülkedir. Burada iki kategori bulunmaktadır¹⁶: nüfusun üçte birini oluşturan yoksul grup, geniş kapsamlı hizmetlerden hiçbir ücret ödemeksizin yararlanabilmekteyken, geriye kalan kesim ise cepten ödeme yapmakla yükümlüdür. Hizmete yönelik olarak alınan katkı payları ve tam ödemeler teminat paketinde yer almamaktadır (188). Böylece İrlanda'da özel sigortalara daha fazla bir faaliyet alanı kalmaktadır.

Diğer bir grup ise sigortaya dayalı ülkeler olup, hem kişi başına yüksek sağlık sigorta primi hem de yüksek giriş oranları bu grupta görülmektedir. Hollanda'da kamu sigortasından vazgeçenlerin yüzdesinin oldukça yüksek olmasından ve Fransa'da ise geri ödeme oranlarının oldukça düşük olmasından dolayı özel sigortaya giriş oranları oldukça yüksektir. Hollanda ve İsviçre de yine kişi başına Ödenen prim tutarının en yüksek olduğu ülkelerdendir. Özel sigorta kapsamının hemen herkes için ek teminat içermesi ve bu nedenle temel tıbbi hizmetler için daha az prim miktarı gerektirmesinin sonucu olarak Fransa'da kişi başına ödenen prim tutarı orta seviyededir; ki aynı zamanda Fransa (%80) Avrupa'da en yüksek geçiş oranına sahip ülkedir.

Batı Avrupa'nın birçok ülkesinde, özel sigorta aracılığıyla gerçekleştirilen finansman oranı yükselmektedir. Hükümetler sağlık harcamalarını azaltabilmek amacıyla, maliyetlerin büyük kısmını hastalara yüklemeyi sürdürürse, büyüme hızları gelecek yıllarda artabilecektir.

Orta ve Doğu Avrupa ve Bağımsız Devletler Topluluğu Ülkeleri

ODA ve BDT ülkelerinin Sovyet dönemi süresince özel sigorta sistemleri olmamıştır. O zamandan beri, ekonomik değişim, liberalleşme ve sağlık sistemi reformu sürecinin bir parçası olarak, bazı ülkeler, özel sigorta sistemi için gereken prosedürleri başlatmışlarken, diğer pek çok ülke sistemin başlatılması için hala düşünmektedir. Bu politikanın mantığı, vatandaşlara isteğe bağlı, ek sigorta seçeneğini sunmaktır. Bazı farklı durumlarda, daha iyiye ulaşma olasılığıyla kamu sigorta sisteminden çıkma durumu ve bireylerin kendilerini özel sigortaya sigorta ettirmeleri düşünülmüştür. Ancak, genel olarak, özel sigorta, sağlık hizmetlerine ayrılmış kıt kaynakları arttıracak bir araç olarak görülmektedir.

Slovakya isteğe bağlı sigorta sistemini sunmaya başlamıştır. Zorunlu sigorta politikası kapsamına girmeyen kişilere, özel sigorta tarafından verilen hizmetler için ve zorunlu sigorta kapsamında olduğu halde ek teminat edinmek arzusun-
daki kişiler için önerilmiştir. Kamu sigortası kapsamında olmak neredeyse ulusal bir durumdur ve böylece, sadece küçük gruplar dışarıda kalmaktadır. Bu gruplar, Slovakya'da sürekli oturma müsaadesi olmayan kişilerden, sürekli oturma müsaadesi olan ancak işvereni başka ülkeden sigortalı olan kişilerden

¹⁵ Yüksek gelir düzeyindeki insanları kapsayan İki grubun birleştirildiği 1991 yılına kadar 3 grup bulunmaktaydı.

ve altı aydan daha uzun süre başka bir ülkede yaşayan vatandaşlardan oluşmaktadır. Ek sigortaya göre, şimdiye kadar sunulan en önemli hizmet, yurtdışında ortaya çıkan sağlık harcamalarının karşılanmasıdır. Her iki tür sigorta, hem Slovakya'daki 11 kamu sigortası şirketince hem de özel sigorta şirketlerince sağlanmaktadır (234).

Çek Cumhuriyeti'nde de benzer düzenlemeler görülmektedir. İsteğe bağlı sigortadan, zorunlu sigorta kapsamına girmeyen yabancı uyruklu kişiler de faydalanabilmekte ve zorunlu sigorta kapsamında bulunmayan hizmetlerden yararlanmak için ek sigorta yaptırılabilir (233).

İsteğe bağlı sigorta Rusya Federasyonu'nda da mevcuttur. Bazı vatandaşlar bağımsız düzenlemeler yaparak, kamu sisteminde sunulan teminat paketlerindeki eksiklikleri gidermektedirler. Ülkede, özel şirketler kurulmuş bulunmaktadır. Bunlar hem zorunlu hem de isteğe bağlı sigorta sistemini sürdürmektedirler (241). Letonya'da, özel sigorta şirketleri isteğe bağlı sigorta hizmetini, kamu sigortası paketinde sunulana benzer bir dizi hizmet ve bazı ilave hizmetlerle (diş sağlığı, rehabilitasyon ve ilaç) sunmaktadırlar. Bunların yanı sıra, yüksek standartlarda hizmet ve konaklama imkanı sunan sağlık kurumlarına ulaşma olanağı da sağlamaktadırlar. 31 Ocak 1996 itibarıyla, 120,000 kişi bu şirketlerce sigortalanmıştır. Ancak, bu durumun, vergiye dayalı sistemden sigortaya dayalı finansman sistemine geçiş döneminde yapılan geçici bir düzenleme olduğu düşünülmüştür. Sosyal sigorta sistemi yerleşince, isteğe bağlı sigorta sisteminin sadece kamu sigorta paketini destekleyeceği beklenmektedir (247).

İsteğe bağlı sigortanın, Orta ve Doğu Avrupa ve Bağımsız Devletler Topluluğu ülkelerinde toplam sağlık finansmanına küçük bir oranda katkısı halen bulunmaktadır. Bununla birlikte, kurumsal ve düzenleyici çerçevede ve yeni finansman mekanizması gelişimine doğru bir değişim aracı olarak finansman kaynağı önemli derecede büyüyebilir.

Dayanışma ve Rekabet

Tarihte, "dayanışma" kavramının çeşitli kökleri vardır; bunların arasında sosyal adalete inanan Protestan ve Katolikler, sosyal düzen hakkında muhafazakar düşünceler, Marksist-sosyalist görüşler ve hatta özgürlükçü düşünce vardır (248,249). Bu kavram 20. yüzyılın sosyal devletlerinde olduğu gibi, sosyal devlet öncesi çeşitli düzenlemeler, dost cemiyetleri veya şirkete dayalı hastalık fonları gibi düzenlemelerle kendini göstermiştir.

Dayanışma geniş bir kavramdır. Geleneksel olarak, bu terim bir arada bulunan küçük grupların "yüz yüze" dayanışması anlamında kullanılır. Bu, yeni sosyal devletlerde de önemini kaybetmeye başlamıştır. Diğer bir tanımında, dayanışma "risk ortaklığı" ile eş anlamlıdır. Bu da, sağlık harcamalarının bireysel olarak finanse edilmemesine ve verilen süre boyunca sağlıklı kalan kişilerin hasta olanları ve sağlık hizmeti kullananları, finansal olarak desteklemesine ilişkin tüm düzenlemelerdir.

Bu terim, Avrupa'da, sağlıkla ilgili eşitsizlikleri azaltmaya yönelik olarak düzenlenen sağlık sistemleri için kullanılmaktadır (67). Bunun hem kaynak hem de sağlık hizmeti sunumunda önemi vardır. Dayanışmanın bu nosyonuna

göre, bireysel mali katkılar bireyin önceki sağlık durumuna değil ödeme durumuna bağlı olmalıdır. Hizmetler ödeme gücüne göre değil "ihtiyaca" - her ne kadar bu belirsiz ve farklı boyutları olan bir kavramsa da- göre verilmelidir (250). Sonuç olarak, bir sağlık sistemi, eğer hipotetik ve düzenlenmemiş özel sağlık hizmetleri piyasasına kıyasla, yaş grupları, gelir grupları, bekarlar ve aileler ve riskli/risksiz sağlık durumları arasında yeniden dağılımı başarıyorsa dayanışma sağlamış olur.

Bir toplumun sağlık finansmanını rekabete dayandırıp, aynı zamanda sosyal dayanışmayı üst seviyede sürdürebilmesi şüpheli bir durumdur.

ÖZEL SİGORTA

Amerika Birleşik Devletleri de dahil olmak üzere bir çok ülkede, özel sağlık sigortası planları sosyal dayanışmayı zayıflatacak şekilde işlemektedir. Bunun temelinde ise, sağlık sigortası yapan firmalara tek başına yaşayanların yaptıkları ödemelerin, çoğunlukla, bireyin sağlık durumunu yansıtan risk-ayarlı primler şekline dönüşmesinde yatmaktadır. Böyle bir sistem içerisinde, kronik hastalığı olanlar (eğer sağlık sigortasından faydalanabilirlerse) sağlıklı kişilere göre sigortaya daha fazla ödeme yapmak durumundadırlar. Bu durum yukarıda bahsedilen dayanışma ilkelerine, yani, risk ortaklığı ve sağlıkta hakkaniyetliliğin azaltılmasına aykırıdır.

Özel sağlık sigortası içinde sağlık sigortacıları arasında normal olarak rekabet vardır. Primler riske göre ayarlandığında bile, sigorta şirketleri arasındaki rekabet, hala, piyasada basit fiyat rekabeti yaratmak yerine, düşük riskli durumları belirleyerek, insanları etkilemeye odaklanmıştır. Ters seçim olarak bilinen süreçte kendilerini düşük riskte gören bireyler, yüksek risk durumları kapsayacak kadar yüksek prim toplayan sigorta planlarından kaçınma eğilimi göstermektedirler. Sonuç olarak, "bireyin kendisi tarafından dile getirilen yüksek riskler" için ödenen primlerin havuzda kalması amacıyla primler yükselmiştir. Düşük riskleri belirlemeden daha düşük prim ödemeleri sunan sigorta şirketleri, yüksek risklileri çekmekte olduklarını görecekler ve böylece bu pazarın dışına itilme durumuyla yüz yüze kalacaklardır (251, 252).

GENEL VERGİLENDİRME

Rekabetçi riske göre diğer uç, ayarlanmış primler aracılığıyla, sağlık finansmanın bir tür genel vergilendirmeye bağlanmasıdır. Dayanışma, risklerin bir araya gelmesi şeklinde anlaşılmakta olup, genellikle böyle bir sistem içerisinde başarılabılır. Elde edilen yeniden dağıtım miktarı büyük ölçüde vergi sisteminin gelişimine bağlıdır. Yakın zamanlarda yapılan bir çalışma (253), ilerleme derecesi her ne kadar sağlık sisteminin finansmanında kullanılan belli vergilerin birleşimine dayalı olsa da, vergilerden sağlanan finansmanın her zaman gelişeceğini kanıtlamıştır. Böylece, sağlık hizmetlerinin bu kaynaktan finansmanı, sosyal dayanışmaya bir destek olarak görülebilir.

Böyle bir düzenlemede, sağlık hizmetlerinin finansmanında pazar rekabeti olmaz.¹⁷ Ancak sağlık sektörü ve devletin harcama yaptığı diğer sektörlerde,

¹⁷ Hem İngiliz hem de bazı İskandinav ülkeleri gibi "iç" pazarlar, hizmeti sağlayanlar arasında genci vergilendirme yoluyla paranın artırılması konusunda rekabet olacağını göstermiştir.

bütçe düzenlemelerinde politik rekabet olabilecek ve bu durum dayanışmayı olumsuz etkileyecektir. Bunun yanı sıra, dayanışma, özel sağlık sigortası finansmanı ölçüsünde etkilenecek ve bazen kamu finansmanı ile karışacaktır (67).

SOSYAL SİGORTA

Sosyal sigorta, işçi ve işverenlerin, bağımsız çalışanların, emeklilerin ve bazen de işsizlerin her zaman zorunlu katkısını gerektirir. Bu katkılar, sağlık hizmetleri, işsizlik yardımları ve emekli sandıkları gibi sosyal programlara kaynak sağlamada kullanılmaktadır. Bazen, sosyal sigorta katkılarının belli bir yüzdesi sağlığa ayrılmaktadır.

Ne yazık ki, sosyal sigorta sistemleri, dayanışmaya, finansal anlamda her zaman katkıda bulunmamaktadır. Katkı oranlarının her zaman maaşların veya gelirin bir sabit oranı üzerinden hesaplanması ve çoğu kez bu uygulamanın yapıldığı gelir miktarına bir tavan konulması nedeniyle, bir çok sosyal sigorta sistemi, sağlık sektörüne gittikçe azalan bir şekilde fon sağlamaktadır (253). Böyle bir durumda, tavanın üstünde kazancı olanlar, sosyal sigortaya ve sağlığa gelirlerinden az oranda ödeme yapmaktadırlar. Yardımlaşma, sosyal sigorta kapsamına giren veya girmeyenlere ya da sigorta kapsamından çıkarılanlara yönelik kurallardan da etkilenmektedir. Eğer yüksek geliri olanlar kapsama alınmazlarsa (ya da kapsam dışına çıkarlarsa), bunların sistemin finansmanına katkıları olmayacağı gibi, sektörün daha da gerilemesine neden olunacaktır.

Eğer bir ülkenin, sağlık hizmeti sunan tek sosyal sigorta kurumu varsa, rekabet olmayacaktır. Aynı koşul, pek çok kurumun olduğu, ancak bireylerin bunların arasında seçim yapma hakkı olmadığı durumlarda da geçerli olacaktır. Üyeleri kendilerine çekmede çıkarları olanlar, bireye seçme hakkı vererek, rekabeti sosyal sigorta planlarına yansıtabilirler. Özel sağlık sigortasına bağlı sistemlerde olduğu gibi, düşük riskli durumlara yönelik sosyal sigorta planlarında, dayanışma ve rekabet arasında "doğal" bir çatışma olacaktır. Devletin düzenlemeleri, böyle sistemlerde dayanışmayı koruyabilmektedir. Rekabetin dayanışmayı ne ölçüde yok edebileceği ağırlıklı olarak bu düzenlemelere bağlı olacaktır (kişisel düzenlemeler, tüketici eğitimi ve kitle iletişim araçlarıyla yapılacak araştırmalar).

CEPTEN ÖDEMELER

Bölgenin batı kesimindeki, sağlık sistemlerinin çoğunda, hastalar tarafından hizmetin alındığı yerde doğrudan cepten ödeme tüm sağlık finansmanının sınırlı bir bölümünü oluşturmaktadır. Dayanışma açısından, cepten ödemeler sağlık hizmetleri için yapılan en ilkel ödeme şeklini temsil eder. Bu tür ödemeler, tıbbi hizmetleri daha fazla kullanan yoksullar için önemli ölçüde gelir paylaşımı oluşturmaktadır. Eğer düzenleyiciler, düşük gelirli grupları katkı paylarından muaf tutarsa, sosyal dayanışma için sonuçlar daha az zarar verici olacaktır (maliyet paylaşımı ile ilgili bölüme bakınız, Bölüm 3).

ORTA VE DOĞU AVRUPA VE BAĞIMSIZ DEVLETLER TOPLULUĞU ÜLKELERİNDE YENİ REFORMLAR

Bilindiği gibi, ODA ve BDT ülkelerindeki reformlardaki önemli bir eğilim de, sağlığın genel vergi geliriyle finansmanından ulusal sağlık sigortasına dayanan bir sisteme geçmek arzusu olmuştur (242). Eski Yugoslavya değişimden önce böyle bir sağlık sistemine sahipti. Macaristan (1991), Rusya Federasyonu (1991), Çek Cumhuriyeti (1992), Estonya (1992), Kırgızistan (1992), Letonya (1993), Slovakya (1993), Gürcistan (1995) ve Kazakistan (1996) bu tür sistemleri benimsemiştir. Hatta, kişi başına yıllık gelirin sadece 340\$ olduğu Arnavutluk bile sınırlı bir sağlık sigortası sistemi sunmuştur. Sosyal sigorta uygulamasına çoktan başlanmış olmasına rağmen, bu ülkelerden birkaçı halen sağlık hizmetleri finansmanını ağırlıklı olarak genel bütçeden sağlamayı gerekli bulmaktadır. Beyaz Rusya, Bulgaristan, Litvanya, Polonya ve Romanya gibi, şu anda sağlık finansmanının temel kaynağının genel bütçe karşılandığı diğer ülkeler, ulusal sağlık sigortası kanunlarının üzerinde düşünmektedirler.

Bu eğilim ülkelerin sağlık sistemlerini -desantralize ve liberalize etme isteklerinin bir ifadesiyken, dayanışma açısından, yeni finansman kaynağı durumunun gerilemesine neden olabilecektir. Uygulamada, tüm ODA ülkeleri sosyal sağlık sigortasını uygulamaya koymuş olup, genel bütçe gelirlerine bağlı kalmayı da sürdürmüşlerdir. BDT ülkelerinde, bütçe gelirleri sağlık hizmetleri finansmanının büyük bir kısmını sağlamayı sürdürmektedir.

Vergiyle finanse edilen sistemden sosyal sigorta sistemine yönelme sürecinde, nüfusun bir kısmına zorunlu sigortadan ayrılma imkanı verebilmek için sistemin "açılmasına" yönelik tartışmalar sık sık yapılmıştır. Serbest çalışmaya yeni başlayan sağlık sektörü çalışanları, maddi durumu iyi olanlara, özel sigorta kullanma ve doktorlara cepten ödeme yapabilme hakkının verilerek tercih özgürlüğünün tanınması konusunda baskı yapmışlardır. Bugüne kadar hiçbir ODA ülkesi, nüfuslarının herhangi bir kısmını kapsamdan çıkarmadığı gibi sağlık finansmanının ana kaynağı olarak özel sağlık sigortasına da geçememiştir. Böylece, sosyal dayanışmaya yönelik, zorunlu düzenlemelerin kaldırılmasından ya da şiddetle sınırlandırılmasından kaynaklanacak potansiyel problemlerden kamu sektöründe kaçınılmıştır.

Ancak, yine de gelişen gayriresmi bir sektör vardır. Bu sektörde hizmetler sadece mali gücü yetenlere sağlandığı için sağlıkta, ödeme gücü önceye oranla daha da önemli bir rol oynamaktadır. ODA ülkeleri, kamu sağlık sistemleri (sadece gereksiz etkinliklerin kapsamından çıkarılan küçük detaylarla birlikte)¹⁸ aracılığıyla oldukça detaylı teminat paketleri sunmaya devam etseler de, sağlık finansmanında dayanışma böylece azalmıştır. Bu sektörün bazı sistemlerde yarattığı diğer problem ise, toplam harcama maliyetleri üzerindeki kontrolün kaybedilmesi ve bunun yanı sıra, sağlık uzmanlarının kazançlarının vergiye tabi kısmının gelir vergisi sisteminden sızmasıdır.

Bu reformların hakkaniyet, sağlık kazancı, verimlilik ve hizmet kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmek için çok erkendir. Bu değerlendirme, özellikle

¹⁸ Örnekler sağlık sanatoryumlarındaki tedaviyi kapsamamaktadır. (Çek Cumhuriyeti ve Slovakya), plastik cerrahi (Hırvatistan) ve ambulans hizmetleri (Macaristan). Polonya da ulusal sağlık hizmetleri kapsamında olmayan hizmetlerin "olumsuz üste" sini bildirmiştir. Hemen hemen tüm ODA ülkeleri, tamamı veya bir kısmının geri ödemesi kamu fonundan yapılan ilaç ve tıbbi müdahalelerin üstesinde sınırlama yapmıştır.

le, sağlık sektöründeki reformlar çarpıcı bir biçimde değişen sosyal ve ekonomik şartlar içerisindeki yerini aldığında doğru olacaktır. Bu değişikliklerin -artan işsizlik ve yoksulluk oranları ve ekonomideki yapısal değişiklikler- sağlık ve sağlık sistemleri üzerinde önemli etkileri vardır.

BATI AVRUPA'DA YENİ REFORMLAR

Batı Avrupa'da sağlık politikacılarının büyük bir çoğunluğu halen sağlık hizmetleri sistemlerinin belirli bir ölçüde dayanışma sağlayacağını vurgulamalarına rağmen, dayanışmaya dayalı sağlık sistemi kavramı artan şüpheli yaklaşımın hedefi olmuştur. Koşullar ve tartışmalar ülkeler arasında farklılık gösterse de, şüpheli yaklaşımın temel nedenleri benzerdir (2):

- artan sağlık harcamaları ve hükümetlere vergilerin ya da vergi benzeri uygulamaların arttırılmaması yolunda yapılan yoğun baskılar sonucu global rekabetçi çevrede oluşan çatışmalar;
- güçlü özgürlükçü, neo-klasik filozofinin, sağlığın kamudan daha çok özel sektörün malı olması gerektiğine yönelik tartışmalar (254); ve
- artan sağlık harcamalarının, kolektif, kamu düzenindeki sağlık sistemlerinin bir sonucu olduğu fark edilmiştir -ahlaki tehlike ve arza dayalı talep göze çarpan sorunlardır.

Yaş yapısındaki değişimin kişi başına sağlık harcamalarını arttıracakı beklenmekteyse de, bir çok Avrupa ülkesi hala dayanışmaya doğrudan zarar verecek finansman reformlarını başlatmak konusunda ihtiyatlı davranmaktadır. Sağlık reformunun Hollanda'daki sekiz yıllık öyküsü göstermektedir ki, arka arkaya gelen hükümetlerin rekabete dayalı finansmanı kabul etmedeki isteksizliğinin temel sebebinin, bunun dayanışmaya zarar vereceğini düşünmeleridir (67, 114). Bu gerilim 1995 yılında İsrail'deki sağlık sigorta kanununda da görülebileceği gibi, şu anda Almanya Hastalık Fonu Sistemi'nde sürmekte olan reformlarda da görülebilir.

İsrail'de, hakkaniyeti artırmak amacıyla önceki finansman akışının yeniden düzenlenmesini yapacak yeni bir kanun çıkarılmıştır. İşçi ve işverenlerden elde edilen katkılar ana fona aktarılmaktadır. Bu fonlar, doğrudan devlet katkılarıyla birleştirilip, yaş-ayarlama kişi başına ödeme yöntemi temel alınarak hastalık fonlarına dağıtılmaktadır. Sonuç olarak, en yaşlıların ve yoksulların üyelik oranının yüksek olduğu bu en büyük fonun, şu anda daha fazla gelir elde ettiği ve sağlıklı üyelerden oluşan üç küçük fonun ise daha düşük gelir elde etmekte olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra, fonların kendi üyelerini seçmeleri yasaklanmıştır. Küçük fonlar az gelirle her tür üyeyi kapsamına almak zorunda kalırken, büyük fonun finansal durumu iyileşmiştir.

Bu değişikliklerin değerlendirmesi için henüz erken olmakla birlikte, sağlık katkı payları yükünün yeniden dağılımının yapılması sonucu ortaya çıkmıştır. Yeni yapılan bir araştırmaya göre, düşük gelirli kişilerin çok az bir kısmı sağlık ödemelerinin arttığını belirtirken, varlıklı kesimin büyük bir çoğunluğu ödemelerinde artış olduğunu belirtmektedir (255). Bu durum, söz konusu kanunun hedeflerinden birine ulaştığının bir göstergesidir: dayanışma ilkelerine dayalı olarak, sağlık hizmeti finansmanı yükünde hakkaniyetli bir artış.

Almanya'da, 1994 yılında, sigortalıların gelir, yaş ve cinsiyetlerinin göz önünde bulundurulduğu ve eğer malul aylığı alıyorsa bunun belirlenmesi için risk-ayarlı bir sistem uygulamaya konmuştur. Gençleri, zenginleri ve sağlıklıları sigortalayan fonlar, gelirlerinin bir kısmını, yüksek risk durumları içeren hastalık fonlarına vermektedirler. Sonuç olarak, fonlar arasındaki katkı oranlarındaki farklar dikkat çekici bir şekilde azalmıştır. Reformun ikinci bir unsuru ise, "seçme Özgürlüğü" nün bir aşamasının uygulamaya konulmasıdır. 1996 yılından başlayarak, %95'in üzerinde sigortalı 15'ten daha fazla sayıda büyük hastalık fonundan üyelik seçebilmekte ve her sene sigortacılarını değiştirebilmektedir. Bu hastalık fonlarına başvuruda bulunanların giriş imkanlarından yoksun bırakılmamasını sağlamak için zorunlu açık kayıt sistemi vardır.

Bu tedbirleri başlatan esas politik neden, rekabeti teşvik etmek değil, İsrail'de olduğu gibi, dayanışma ve hakkaniyet için duyulan endişedir. (256). Her şeye rağmen, herkese sağlık sigortasını seçme hakkı vermek hastalık fonları arasında kaçınılmaz olarak rekabete yol açacaktır.

Şimdiye kadar, Alman hastalık fonları "gerçek rekabet" mekanizmalarından yoksun kalmıştır. Sigara karşıtı programlar, diyet kursları ve yönetsel hizmetler gibi bazı küçük alanlardaki faaliyetler dışında, hükümetin tüm hastalık fonlarından hizmet sunucularla ilişkilerinde ortak politikalarını sürdürmelerini istemesi yüzünden, 1970'li ve 1980'li yıllarda, rekabet olanakları önemli ölçüde azalmıştır (257). Bugün, hastalık fonları daha fazla rekabet olanağı elde edebilmek amacıyla, sağlık hizmeti sunucuları ile olan ilişkilerinin azaltılması için çalışmaktadır. Bazı hastalık fonları, ek sigorta hizmeti sunabilmek için izin istemektedir. Şu anda, sağlık politikacılarının bu isteklere ne ölçüde cevap verebilecekleri belirsizdir.

SONUÇ

Almanya, İsrail ve Hollanda'da olduğu gibi Belçika ve İsviçre'de de, politikacılar dayanışmayı sürdürürken hastalık fonları arasında rekabeti başlatmaya çalışmışlardır. Amaçlar her yerde aynı olmamıştır ve bazen hakkaniyet ve dayanışma temel düşünceyi oluşturmuştur (en açık İsrail ve Almanya'da). Diğer ülkelerdeki (Hollanda ve de İsviçre'de) motivasyon, sağlık sigortadan arasındaki rekabeti pazara dönük sağlık reformlarını başlatmak için bir mekanizma olarak kullanmak olmuştur.

Sağlık sigortacıları kaçınılmaz olarak ters risk seçimiyle meşgul olacaklarından, sigortacılar arasındaki rekabet, (özel veya kamu farkı gözetmeksizin) hala sağlık finansmanında dayanışmayı yok etme eğilimindedir. Bu ülkelerin tümünde, politikacıların bu probleme çözümler bulması gerekmiştir. Bir ortak çözüm zorunlu açık üyelik olmuştur. Diğer, finansmana dayalı olup, sağlık sigorta sisteminin gelirlerinin yeniden dağılımı için sigortacıları rekabete sokmaya yönelik risk-ayarlı sistemi başlatmaktır. Teknik prosedürler ülkeler arasında farklılık gösterse de, ana fikir aynıdır: hastalık fonlarının finansal olarak iyi durumda olması üyelerinin "risk durumlarına" bağlı olmamalıdır. Ne sigortalının gelir düzeyinin, cinsiyetinin veya yaşının ne de çocuklarının sayısının, fonların birbirleriyle rekabet yeterliliği üzerinde herhangi bir etkisi olmamalıdır. Amaç, sigortacıların rekabetine karşın dayanışmanın sürdürülmesidir. Sağlık sigortasını seçme hakkı dezavantajlı durumdaki bireylere faturayı ödetmeksizin halka verilmelidir. Bu finansal reformların hakkaniyet, sağlık kazanımı, verimlilik ve

hizmet kalitesi üzerindeki etkisiyle ilgili deneysel sonuçları destekleyecek tanımlayıcı veri henüz çok azdır. Ancak, bazı eğilimler genel terimlerle tanımlanabilir.

Yeni uygulanan risk ayarlı formül mükemmel olmaktan uzaktır (114). Morbidite hızındaki değişiklikler bir çok durumda en iyi kaba gösterge olan sadece yaş ve cinsiyete göre ölçülmektedir. Böylece nominal primlerdeki (Hollanda ve İsviçre) ya da katkı oranlarındaki (Almanya) farklar kısmen eşit olmayan risk yapılarından kaynaklanmaktadır. Bu durum hakkaniyetin ihlali olarak görülebilir. Bireylerin en etkili sağlık sigortası şirketini değil de, en iyi risk yapısına sahip olan sağlık sigortasını seçebildiği bu yapıda, prim seviyelerinin tahsis edilebilir fonksiyonunun gösterilmesi de ayrıca bir ihlaldir. Sigortacılar arasındaki rekabet nedeniyle tahsis verimliliği azalacaktır. Almanya ve İsviçre'de ise, hastalık fonları arasındaki eşit olmayan risk yapılan nedeniyle oluşan katkı düzeylerindeki farklılıklar yeni sistem başlamadan Önce daha fazla olmuştur. Bu ülkelerde, böylece, mevcut rekabet çerçevesinde hakkaniyet ve tahsis verimliliği iyileşmiştir.

Farklı risk düzenlemeleri, risk düzenleme sistemiyle tam olarak ortadan kalkmamış olsa bile, sağlık sigortacılarının halen "işin kaymağını yemek" yönünde istekleri vardır. Sonuçta, risksiz durumdakileri etkilemeye çalışmak için pazarlama stratejileri geliştirmeye başlanmıştır (67). Kamu düzeninde tanımlanan sınırlamalar çerçevesinde, sigortacılar da kendi teminat planlarını değiştirmekte ve hizmeti sağlayanlarla sözleşmeler üzerinde görüşerek sigorta etmeyi tercih ettikleri varlıklı (ve sağlıklı) insanları etkilemeye çalışmaktadırlar. Bu faaliyetlerin bir uzantısı olarak, zayıf gruplara ya da kronik hastalara sağlanan teminatları bir yere kadar kısıtlasa da, bu rekabet, sağlık kazanımında azalmayla sonuçlanacaktır.

Pazara dönük sağlık hizmetlerinin savunucularının bakış açısından ise, sağlık sigortacıları arasındaki rekabetin sadece, sigortacılar hizmet sunum sözleşmelerindeki detaylı hiyerarşik düzenlemelerden kurtulurlarsa bir anlamı olacaktır. Birçok ülkedeki sağlık politikası belirleyicileri, son 20 yılda geliştirilen maliyet sınırlama düzenlemelerini azaltmaya istekli değildir. Sağlık sigortacılarına tedbirli davranmak için daha fazla özgürlük verilmediği takdirde, rekabetten kaynaklanan potansiyel fayda (verimlilik anlamında, hem de alıcılar ve hizmeti sağlayanlar arasındaki farklı sözleşmelerden seçim yapma açısından) elde edilemeyecektir. Bir avantaj, eğer tüketiciler çeşitli sigortacılar arasından seçim yapabilirlerse, sigortacılar, tekeli piyasaya oranla, üyelerine muhtemelen daha duyarlı davranmaya başlayacaklardır.

Bir yandan sigortacılar arası rekabeti başlatırken diğer yandan sağlık hizmetleri fonunda dayanışmayı sürdürmek, zor ve büyük bir girişimdir. Rekabetçi piyasalarca serbest bırakılan güçlere bağlı olarak, dayanışmaya zarar vermeden rekabeti getirmek sadece yeniden düzenlemelerle başarılamaz. Dayanışma güvenlik ağı çok dikkatlice hazırlanmalıdır ki bu da sağlık hizmetleri piyasasının iyi denetlenmesini gerektirir. Ayrıca, birkaç kritik soru da henüz yanıtlanmamıştır. Sigortacılar arasındaki rekabetin daha verimli ve etkili sağlık hizmetine yol açıp açmayacağının ve dayanışmayı rekabetle birleştiren yeni uygulanan mekanizmaların her iki politika hedeflerini sürdürmede başarılı olup olmayacağına İspatı yönünde çalışmalar devam edecektir.

5 Kaynakların Etkili Bir Şekilde Tahsis Edilmesi

Bölgenin hem doğusunda hem de batısında yer alan birkaç ülke, entegre hizmet sunumu modellerinden kamu, yarı kamu ve üçüncü şahıs ödeme yapanları sağlık hizmeti sunucularından ayırmaya, gitmeye başlamışlardır. Bu aktörler arasındaki doğrudan yönetsel ilişkiler zayıflarken, kaynak dağıtım mekanizmaları, ödeme yapanlara hem harcamaların üst düzeyde kontrolünü vermiş hem de kurumsal etkililiğin artmasını sağlamıştır. Kaynakların daha etkin dağılımının temel stratejileri, sözleşme mekanizmalarını, uzmanlar ve kurumlar için Ödeme sistemlerini, ilaç satınalma mekanizmalarını ve sağlık alanında yatırım yapmak için sermayenin dağılımını kapsamaktadır.

Daha iyi sağlık hizmeti almak: kaynak tahsisi, satın alma ve sözleşme

Avrupa'da birtakım ülkelerde, sözleşme yapmak, sağlık politika hedeflerini uygulamak için bir araç olarak görülmektedir. Bu bir koordinasyon mekanizması olup, sağlık hizmetleri yönetiminin geleneksel emir ve komuta modellerine alternatif önermektedir. Sözleşme yapmanın önemli bir yanı ise, hizmet sunucularla satın alanları ayırmaya dayalı kurumsal kaynak dağılımının daha fazla pazara dönük şeklini teşvik etmesidir. Sözleşme mekanizmaları, üçüncü şahıs ödeme yapanları ve hizmet sunanları açık taahhütleri konusunda bağlayıcıdır ve bu taahhütlerin yerine getirilmesi için ekonomik motivasyon sağlar.

Sosyal sigortaya dayalı sağlık sistemlerinde, üçüncü şahıs ödeme yapanlarla sağlık hizmeti sunan firmalar arasındaki sözleşmeler uzun zamandır mevcuttur. Örneğin, Almanya ve Hollanda'da, sağlık sigortacılarını ve hekimleri ödeme şekilleri ile ilgili görüşmelerde temsil etmek üzere, karmaşık kurumsal yapılar geliştirilmiştir. Bu sözleşme düzenlemeleri, esasen, sigortacı firmayla hizmeti sunan kimse arasındaki ilişkileri stabilize etmek için yapılmıştır. Yeni reformlarda, Özellikle vergiye dayalı sağlık sistemlerinde, sözleşme yapmak hem fiyat ve kalite görüşmelerinde hem de hizmeti sunan kimsenin uyumunun sağlanmasında bir yöntem olmuştur.

Sözleşme sisteminin uygulamaya konması, sadece sağlık hizmetinde ortaya çıkan bir gelişme olarak görülmemelidir; uygulamada, şu anda pek çok kamu ve toplum sektöründe yer alan geniş bir sürecin parçasıdır. Hollandalı sosyolog De Swaan bu süreci, emir alan toplumun, geleneksel hiyerarşik ilişkilerin yerini sözleşme ilişkilerinin aldığı, tartışan topluma dönüşümü olarak tanımlamıştır. Bu görüşüne göre, toplumdaki gücün daha simetrik dengelenmesine yönelik bu hareketle ilgili iki temel açıklama vardır. Hızlı teknolojik değişim ve daha fazla verimlilik ve yenilik için büyüme ihtiyacı, daha verimli bir koordinasyon ve katı emir ve kontrol modeli gerektirmektedir. Demokratikleşme ve toplumda bireyselleşme süreci aynı yöndedir. De Swaan'ın gözlemlerine göre, sözleşme modeli bireysel ve grup ihtiyaçlarına cevap verme konusunda

emir ve komuta modelinden daha fazla potansiyele sahiptir (258). Bu gözlemler sağlık sisteminin günümüzdeki değişim sürecini anlamada da geçerlidir.

KAVRAMSAL KONULAR

Sözleşme yapmanın başlıca dört nedeni, sözleşme ilişkilerini vergiye dayalı emir ve komuta sağlık sistemlerine entegre etmektir.

Yönetimde Desantralizasyonun Teşvik Edilmesi

İngiltere'de NHS'de yapılan bir çalışma, sözleşme yapmanın, yönetimin alt saf- larında sorumluluğun devrine imkan veren ve nüfusun ihtiyaçlarını karşılaya- bilmek için kaynakların dağılımı konusunda alt düzey yöneticilere daha fazla yetki hakkı tanıyan bir model olduğunu göstermektedir (259). Yönetimin desantralizasyonu için, sözleşme yoluyla, iki büyük mekanizma kullanılabilir: sözleşmeyi yapan taraflar arasındaki sağlanacak hizmetlere yönelik taahhütle- rin açıkça belirtilmesi ve satın alan ve hizmeti sunan arasında riskin yeniden paylaşımı.

İlk mekanizma, hizmet sunanların taahhütlerini biçimsel olmanın ötesinde gerçekleştirmelerini de sağlamıştır. Performans girdilerinden ziyade sonuçlara bağlı kalınmıştır. Bu taahhütler finansal kaynakların mevcudiyetine bağlı olup, "kalan" metodu yoluyla gerçekleştirilen kaynakların geleneksel dağılımı nede- niyle sağlık sektörünün gereğinden az fonlandığı ODA ve BDT ülkeleri için özel- likle Önem taşımaktadır. Taahhütlerin her iki tarafta açıkça belirtilmesi, sadece karar vericilerin öznel seçiminden ziyade, yönetimin desantralizasyonunu dev- let politikasının bir zorunluluğu haline getirecektir. Sözleşmeler geleneksel risk paylaşımı düzenlemeleri de önermektedir. Ödeme yapan üçüncü şahısların beklenmeyen harcamaları karşılamak konusundaki sorumluluğu, satın alanla hizmet sunan kimse arasındaki riskin sözleşme yoluyla paylaşımına imkan verecektir.

Hizmet sunucuların performansının iyileştirilmesi

Sözleşmede yer alan kesin koşullar, belirsiz sorumlulukların üstesinden, ödeme yapanlara hizmet sunanların davranışlarını etkileme gücü vererek gelebilir. Hastaneler ve hekimler belirlenmiş sayıda, kalitede ve karma hizmetleri anla- şılan veya düzenlenen fiyatlarla sağlamak konusunda mali olarak sorumlu olmuşlardır.

Sözleşme sistemi bir dizi performans göstergelerinin izlenmesi ve değer- lendirilmesini de içermektedir. Örneğin, İngiliz NHS'ndeki mevcut sözleşmeler, hedeflerin ve performans göstergelerinin belirlenmesi yoluyla bu süreci resmi- leştirmiştir. Bu durum, satın alanların, hizmet sunucuların daha iyi hizmet sunum performansı göstermelerine yönelik taleplerini kanıtlamalarını sağlaya- cağı için, anlaşmazlıkları da çözmektedir. Burada, uygulamadaki en önemli kısıtlama verilerin yeterli olmamasıdır.

Sağlık hizmetleri gelişim planlamasının iyileştirilmesi

Sözleşmenin bir planlama aracı olarak kullanılmasının mantığı, planlama ve kaynak tahsisatı arasında doğrudan bir bağ sağlamasıdır. Hizmet sunucular, sözleşme düzenlemelerinde bulunan planlama stratejisini izlemek için ekono-

mik olarak motive edilmiştir. Sözleşme yöntemi, geleneksel olarak planlama yöntemiyle gerçekleştirilenlere alternatif bir yol olarak düşünülebilir. Sağlık ihtiyacı değerlendirmesi ve öncelik belirlemesi yapan hizmet satın alanlar yerleşik nüfusun ihtiyaçlarına en iyi şekilde cevap verecek hizmetlerin sunulması için seçilmiş hizmet sunuculara ödeme yaparlar. Örneğin, bölgeler arası bir teşhis merkezi planı sözleşme şeklini alacak ve projede yer alan bölgeler bu yeni tesisin yönetiminde kaynakları ve masrafları paylaşacaklardır.

Bunun yanı sıra, sözleşme yöntemi bilgi sistemlerinin gelişimini de destekleyebilir. Sözleşmelerin iyi uygulanmasıyla ilgilenen hizmet satın alanlar, sağlık statüsü, sağlık ihtiyaçları, sağlık çıktıları, hizmetlerin maliyetleri ve hizmet sunucuların performansıyla ilgili bilgiye ihtiyaç duyacaklardır.

Sağlık Hizmetleri Yönetiminin iyileştirilmesi

Sözleşme yönetiminin en önemli amaçlarından biri yatarak tedaviden ayakta tedaviye ve bir de daha maliyet etkin tıbbi müdahalelere geçişi teşvik etmektir. Bu strateji, önceki bürokratik kontrolün sağlık hizmeti sunumunun yapısında yol açtığı bozulmaların olduğu ODA ve BDT ülkeleri için özellikle önemlidir. Rusya Federasyonu'nda yatarak tedavi masrafları, örneğin, sağlık harcamalarının yaklaşık %70'inin oluşturmakta iken OECD'de ise hastaneler için ortalama %44 ve hastaneler ve ayrıca uzun süreli bakım için %55'dir.

SÖZLEŞME VE HALK SAĞLIĞI

Sözleşme ve hakkaniyet

Sözleşmeler hakkaniyeti destekleyebilir ancak, ihtiyaç belirleme yoluyla, hem zayıf ve dezavantajlı grupları hem de eksik hizmet alan toplulukları kesin olarak dikkate almaları gerekmektedir. Bu bakış açısıyla, hizmet satın alanlar nüfusun çıkarlarını, kaynakların dağılımını yaparlar ve toplulukların ihtiyaçlarına göre hizmet satın alırlar.

Sözleşme yönetimi tehlike de arz edebilir, bununla birlikte hakkaniyete yavaş yavaş zarar verebilir. Örneğin, az kar getiren hizmetlere daha az yer verilmesi veya kaldırılması yolunda tartışmalar olmuştur (55).

Sözleşme ve Toplum Katılımı

Sözleşmede toplum katılımı sağlık hizmetlerinde demokratikleşme sürecine yol açabilir, hükümetlerin ve tıp mesleği mensuplarının sorumluluğunu arttırabilir ve sağlık politikasını toplumun ihtiyaç ve öncelikleriyle daha ilgili kılabilir.

Sözleşme süreci üç aşamaya ayrılabilir: ön sözleşme aşaması, gerçek sözleşme ya da yazılı anlaşma aşaması ve sözleşme sonrası aşama. Toplum her üç aşamaya da katılabilir.

Sektörlerarası Sözleşme yapılması

Sözleşme yönetimi bugün birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerine odaklı olduğundan, şu anda sözleşmelerde sektörlerarası uygulamanın olduğunu söylemek zordur. Sağlık hizmetlerinin, bir çok açıdan toplumdaki eğitim, istihdam ve sosyal korunma mekanizmaları gibi diğer faaliyetlerle ilgilidir. Sözleşme yönetimi, böylece, bu faaliyetlerin farklı ara yüzlerini sağlık hizmetlerinin kapsamına sokan bir mekanizma olarak kullanılabilir. Buna ek

olarak, sözleşme yönteminin sağlık hizmetleri dışında toplum ve çevre sağlığı hizmetleri gibi diğer alanlarda da kullanılması olasıdır.

SÖZLEŞMEYE YÖNELİK YAKLAŞIMLAR

Burada iki yaklaşım söz konusudur. Öncelikle, sözleşme sistemi rekabet olan veya olmayan ortamlarda, sağlık planlaması ve yönetimi için bir araç olarak görülebilir. Bu göstermektedir ki, sözleşmeler, kaynak tahsisinde pazarlama mekanizmasının rolüne bakılmaksızın, planlama sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. Bir diğer deyişle, sözleşmeler, sözleşmeyi imzalayan taraflarla birlikte açık ve hedefe yönelik bir şekilde planlama ve yönetim sürecinin resmileşmesinde önemli bir rol oynar.

İkinci yaklaşımda, sözleşme bilgilendirilmiş hizmet sunucu seçenekleri oluşturulmasında bir araç görevi üstlenmektedir. Bu tür sözleşme rekabet ortamlarında etkin olup, rekabetçi tıbbi teminat ve hizmet teklif paketlerinin hazırlanmasını teşvik eder.

Bu iki yaklaşımın birbirlerini dışlamaları gerekmemektedir. Rekabet ortamında hizmet satın alanlar tarafından belirtilen gereksinimler, kaynak planlaması ve sağlık hizmetleri yönetimi yapısının gelişmesi için tasarlanan koşulları kapsayabilir.

Sözleşmeler herhangi bir sağlık sistemindeki değişik katılımcıların birbirleri ile olan ilişkilerini de şekillendirir. Sözleşme tipleri çok çeşitlidir. Sözleşmeler dört ana unsura göre incelenebilir: sözleşme imzalayan tarafların kim olduğu, sağlık sektöründeki sözleşmelerin yasal statüsü, sözleşme mekanizmasının Özel türleri ve sözleşmenin kapsamı. (Örneğin, iki taraflı ilişkilere karşı çok taraflı ilişkiler gibi.)

Sözleşme Tarafları

Beveridge modelinde, talep kamu sektöründeki yetkililerce temsil edilir. Rusya Federasyonu, İsveç ve İngiltere'deki son değişiklik, BBSH sunucularının aynı zamanda hizmeti satın alan gibi davranmaları şeklinde olmuştur. Bir anlamda hizmeti sunanlar arz tarafında yer almışlardır. Sözleşme kapsamına sadece yatarak veya ayaktan tedavi dahil edilmemiş, aynı zamanda halk sağlığı, belirli hastalıklar için programlar veya toplum sağlığı da sözleşme kapsamına alınmıştır. Bismarck modelinde, hükümet tarafından yapılan sözleşmenin kapsamı daha dardır, zira kamu sigortaları sağlık hizmeti satın alanlar gibi hareket etmektedir. Burada, sözleşme sigortacıyla işveren arasındadır veya bireysel üyeler ve sigortacıyla hizmeti sunan arasındadır. Bu durum, para sağlanabilmesi için, sigortacılarla devlet arasında ve sigortacılarla merkezi sigorta birimleri (ana sigorta kuruluşları) arasında yapılan sözleşmelerle desteklenebilir.

Bismarck modelinde, satın alan/sunan ilişkisi bireysel sözleşmeler yerine toplu sözleşmeler yapılarak, örneğin tabipler derneği ile sigortacılar (veya onların dernekleri) arasında yapılan sözleşmelerle, düzenlenebilir. Bazen, toplu sözleşme yapılması, bireysel sözleşme yapma konusunda Önde gelen ülkelerde de uygulanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde, "Şemsiye Tipi Sözleşme" olarak adlandırılan sözleşme tipi son zamanlarda resmi olmayan dernekler ve hekimler tarafından kullanılmaktadır.

Bu biçimde, doktorlar, hizmet sözleşmelerini hizmeti satın alanlarla müzakere etmesi için bir grubu yetkili olarak belirlerler (260). Benzeri sözleşmeler

Rusya Federasyonu'nda görülmektedir, şöyle ki bölge yetkilileri ile sigorta ve sağlık hizmeti veren kurumlar ayrı ayrı sözleşmelerle hizmet verirler.

Esnek ve katı sözleşmeler arasında farklılık vardır. Katı sözleşmede, taraflar özerktir ve kesinlikle kendi menfaatleri doğrultusunda baskı yaparlar. Esnek anlaşmalarda ise, sözleşme formaliteleri en alt düzeydedir ve tarafların menfaatleri birbirine daha yakındır. Üçüncü şahıs ve diğer hizmet verenlerle ilişkiler rekabet ve fırsatçılığın tam tersine daha çok işbirliğine, müşterek desteğe, güvene, ilişkilerin devamına dayanmaktadır (6). Esnek sözleşmelerin hukuken bağlayıcılığı daha azdır. İngiliz NHS reformundan sonra, sözleşmeye dayalı ilişkilerde, sözleşmeler yasal doküman olmayıp, devletin de bu sözleşmelerin yasal doküman olması konusunda bir eğilimi olmamıştır. Bu sözleşmeler "Hizmet Anlaşmaları" ve "Yorumlar" şeklinde nitelendirilmekte olup, yasal bir yönleri bulunmamaktadır. Hizmet satın alanlar, sözleşmelerin imzasında hizmet sunucularının yasal statülerine göre değişik rol oynarlar. Bağımsız ve özerk kuruluşlarla (örneğin hastane kuruluşları gibi) sözleşme imzalanırken, sağlık yetkilileri kurumlarla olan ilişkilerde bütün hak ve sorumluluklarıyla hizmeti satın alan gibi hareket ederler, her biri isteyerek ve bilinçli olarak bu alışverişte yer almaktadır. Devlet kuruluşları ile sözleşme imzalanırken, devletin temsilcisi bir "aracı" gibi hareket eder. Birinci durumda hizmeti satın alan/hizmet sunucu ayrımı, diğer örnekte ise bir aracı/hizmet sunucu ayrımı söz konusudur.

Hizmet satın alan ve aracı olma durumlarındaki farklılık yukarıda bahsedilen esnek ve katı sözleşmelerdeki ayrıcalığa benzemektedir. Hizmeti satın alan/hizmet sunucu ilişkisi esnek ve katı sözleşmeye dayanabilir. Aracı/hizmet sunucu ilişkisi ise daha az resmi olup daha çok güvene, devamlılığa ve işbirliğine dayalıdır.

Sözleşmelerin kapsamı

Üç tip sözleşme uygulanmaktadır.

BLOK SÖZLEŞME

Bu sözleşme türü belirli bir hizmet verilmesi için şekillendirilmiş sözleşmedir. Hizmeti alan (veya aracı) kapsamlı olarak tanımlanmış bir dizi hizmete ulaşılmasını teminen poliçedeki toplam miktarı ödemeyi kabul eder. Blok sözleşmeler ayrıca maksimum ve minimum düzeyde sağlanacak hizmetleri ve hizmetin kalitesinin değerlendirildiği veya izlendiği ek anlaşmaları da kapsar. Burada şunu da belirtmek gerekir ki, bu tür anlaşmalar maliyet etkinlik ve sağlık çıktıları konusundaki yetersiz bilgi nedeniyle hala gelişmemiştir.

MALİYET VE MİKTAR SÖZLEŞMELERİ

Bu sözleşme blok sözleşmenin rafine edilmiş bir şekli olup, bu sözleşmelerde belirli hizmetler için yapılan ödemeler sunulan hizmetle çok açık ve net olarak bağlantılıdır. Örneğin, hizmet satın alan için, bir branşta tedavi gören hastaların sayısına göre belli bir miktar ödemeye bağlı bir anlaşma gerektirir. Sonraki düzeltmelerle, ödemeler, verilen hizmet miktarına uygun olarak değiştirilebilir (örneğin, yüksek, orta ve düşük maliyet kategorileri).

VAKA BAŞINA MALİYET SÖZLEŞMESİ

Sunulan her hizmet başına tek bir maliyet belirlenmiştir. Bugüne kadar, bu tip sözleşmeler az sayıda kullanılmıştır, çünkü bu sözleşmelerde, her bir tedavi için, henüz mevcut olmayan detaylı ve kesin maliyet bilgilerine ihtiyaç duyulmaktadır. Maliyet bilgi sistemleri halen gelişme aşamasındadır ve daha etkili bir kaynak yönetimine ulaşabilmek için, daha çok kullanılmaya başlanmıştır.

SÖZLEŞMENİN UYGULANMASI

Ülkelerin sağlık hizmetlerindeki finansman ve organizasyon modellerini de yansıtan sözleşme uygulamaları, Avrupa'nın her yerinde büyük farklılıklar göstermektedir. Ülkeleri sözleşme türleriyle ilgili olarak dört gruba ayrılabiliriz: Beverage modeli, Bismarck modeli, Güney Avrupa ülkeleri karma modeli ve ODA ve BDT ülkeleri modeli. ODA ve BDT ülkeleri için özel bir grup oluşturulmasının sebebi; ortaya çıkmakta olan bu sağlık sistemlerinin geleneksel tipolojilerde yer almamasıdır. Bunlar daha ziyade geçiş döneminde olan sistemlerdir.

Beverage tipi sağlık sistemleri

Beverage tipi sağlık sistemine sahip ülkelerdeki sağlık reformları, bu modeldeki emir ve komuta unsurlarını yumuşatmaya çabalamaktadır. Sözleşme yapılması kamu sağlık sektöründe, Ödeme yapanla hizmet sunucuyu birbirinden ayırmayı gerektirmektedir. Bu gruptaki ülkeler arasında üç tanesi doğrudan, sözleşme sistemini getirmişlerdir.

FINLANDIYA

1993 yılının başlarından beri, devlet sübvansiyon sistemlerinin reformu, aracı ve hizmet sunucu düzenini yaratmıştır. Finlandiya'daki sağlık finansmanı ve hizmet sunumu belediyenin sorumluluğu altındadır. Reformların bir bölümünü oluşturan devlet sübvansiyon sistemlerinin değiştirilmesiyle ilgili olarak, belediyelerin sağlık ve sosyal hizmetlerin sunumu konusundaki sorumlulukları devam etmekle birlikte, bu kuruluşlara hizmet sunumunda daha serbest davranabilme ve hizmet sunucular üzerinde daha aktif rol oynama imkanı tanınmıştır. Reformların bir sonucu olarak, hastane finansmanı, gelirlerin belediyelerin talep ettiği hizmetlere göre belirlenmesi şeklinde değiştirilmiştir.

Bu reformların temel amaçlarından bir tanesi, hizmet sunumuna belediyeler düzeyinde (yerel düzeyde) bir esneklik getirmek ve merkezi hükümet kontrolünde bir azalma sağlamaktır. Ek olarak, belediyelerin pozisyonunu hastaneler karşısında daha da güçlendirmek için çaba sarf edilmektedir. Bu reformların, hizmet satın alanla hizmet sunucuların tam anlamıyla birbirinden ayırabileceği henüz kesin değildir.

İSVEÇ

Bazı ülkelere, satın alma ve hizmet satış faaliyetleri, bölge seviyesinde ya da daha alt düzeyde, kamu kuruluşları ve bölge hastaneleri arasında yapılmaktadır. Bu reformların diğer öğeleri şunlardır: bölgeler ve özel hizmet sunucuları arasındaki ilişkiler bir sözleşmeyle belirlenir; bazı bölgelerde BBSH sunucuları yatarak tedavi hizmeti satın alan rolündedir, ayakta veya yatarak tedavi olma yerinin seçimi hastaya bağlıdır (6).

İNGİLTERE

Satın alan/hizmet sunan ayırımından ortaya çıkan satın alan taraftaki sözleşmeciler taraflar şunlardır: Önceden hem hastane finansmanı ve yönetimi konusunda, hem de kamu hizmetlerinde çalışmış yerel sağlık otoriteleri ve hisse sahibi genel pratisyenler; bunlar 9000 hastanın üzerindeki geniş grup uygulamalarıyla organize olmuş ve çeşitli yatan hasta, seçmeli ve ayaktan tedavi hizmetleriyle ilgili bütçe çalışmalarında bulunmuşlardır. Hizmet satın alma sözleşmesindeki bu iki grup: özerk fakat kamuya ait ulusal sağlık hizmetleri veren vakıflar ile özel hastaneler ve/veya kamu hizmetleridir.

Yukarıda sözü geçen sözleşmelerin kategorilerine göre, yerel sağlık otoriteleri, hizmet satın alan olarak değil de aracılık yapan taraf olarak ve öte yandan hisse sahibi pratisyenler ise bu otoritelerin kapasitesi paralelinde hareket etmektedirler.

Bismarck tipi sağlık sistemleri

Avrupa'da sosyal sigortaya dayalı sağlık sistemlerinin başlangıcından beri, sözleşme sistemi Bismarck stiline bir parçası olmuştur. Bugüne kadar, yine de, bu sözleşmeler fiyat ve verimlilik konusuna odaklanmamış ve mücadeleci olmayı anlayamamışlardır. Daha çok, geleneksel sosyal sigorta sözleşmeleri, uzun dönem ödeme düzenlemelerini somutlaştırmıştır. Bu sözleşmeler, genellikle, hastalık fonları kuruluşları (hizmet satın alanlar) ile hastane ve/veya hekim dernekleri (hizmet sununlar) arasında müzakerelerde bulunmuş ve ulusal yasama ile yönetilmişlerdir.

1980'lerin sonlarına doğru, Hollanda, şahısların prim ödemeleri ile ödeme yapan üçüncü şahıslar (hastalık fonları) ve hizmet sunumu kuruluşları arasındaki sözleşmeleri kapsayan, fiyatlardan daha çok etkilenen sözleşme biçimlerini ortaya koymaya çalışmıştır. Almanya da benzer düzenlemeleri gündeme getirmeyi planlamaktadır.

ALMANYA

Almanya'da sözleşme yapmak; finansal verimlilik unsurlarının rollerinin artmaya başlamasına rağmen, genellikle resmi ilişkiler düzeyinde kalmıştır. 1989 yılı sağlık reformu kanununu takiben, sigortacıların hizmet sunucular üzerinde ihtiyari güçlerini arttırmak için çaba sarf edilmiş ve hastalık fonlarına verimsiz hastanelerle olan sözleşmelerini iptal etme yetkisi verilmiştir. Yine de, sözleşmelerin (seçici olana karşı) kolektif yapıları değişmemiştir. Bu kanunla ilgili bir başka uygulama ise, hastanelerin fiyat listesi hazırlamaya mecbur edilmesidir.

Ayaktan tedavi sektörlerinde, hekim ödemeleri puanlama sistemine dayalıdır. Federal Hastalıklar Fonu Birliği ve Federal Hekimler Birliği arasında yapılan sözleşmeler ulusal düzeyde sonuçlanmış ve 2500 hizmet maddesi ve puanlama çizelgesinden oluşan bir tarife çizelgesi oluşturulmuştur. Bu anlaşmalar, düzensiz olarak gözden geçirilmektedir. Eyaletler düzeyindeki hastalık fonları birlikleri (hizmet satın alanlar), ülke düzeyindeki hekim birlikleriyle müzakerede bulunarak, hekimlere sunulan hizmet miktarı ve kararlaştırılmış ulusal ücretlere uygun ileriye dönük toptan ödeme yapmaktadırlar. Hekimlere geri ödeme, hizmet karşılığı ödeme sistemine bağlı olarak, ücret çizelgesi, nispi puan-değer skalası kullanılarak her puanın mali değeri göz önüne alınarak yapılır. Hekimler birliğine yapılan toplam ödeme, anlaşmada sabit olduğu için,

her puan için belirlenen ücret, hekimler tarafından ortaklaşa olarak verilen hizmetin miktarıyla ters orantılıdır.

Hastaneye yapılan ödemeler, hastane ve hastalık fonları birlikleri arasında yapılan sözleşmelerle belirlenir ve bu tutar her hasta günü için ödenecek, anlaşılmış ortalama günlük orana bağlıdır. 1996 yılından beri, hizmet miktarı ileriye dönük global bütçeleme ile kontrol edilmekte ve aynı zamanda eyalet düzeyinde gelir havuzu vasıtasıyla karşılanmaktadır. Sözleşmeler, hizmet kalitesiyle ilgili anlaşmalar da içerebilir.

İngiltere'de şu anda uygulanan anlaşmalara kıyasla, Almanya'daki hizmet satın alanları özellikle hizmet şartnameleri açısından daha kısıtlanmışlardır.

HOLLANDA

1987 Dekker komitesi, (261) sözleşmeleri kullanmayı, güç dengelerini hizmet sunuculardan sigortacılara kaydırarak bir araç olarak görmektedir. Hastalık fonlarının, ilgili bütün hizmet sunucularla anlaşmaları gerektiği maddesini yürürlükten kaldırarak ve bunlara ayrı ayrı sözleşme yapma özgürlüğünü getirerek, fonların hizmet sunucularla (hastaneler ve hekimler) olan ilişkilerini değiştirmesi gerekmiştir. Yeni sistemde, sigortacılar, sözleşme yaptıkları hizmet sunucular hakkında takdir yetkisi kullanabileceklerdir. Bu tür isteğe bağlı sözleşmeler, sigortacıları, pasif İdareciler ve ödeme yapan kişilerden, aktif hizmet alıcılara ve yöneticilere dönüştüreceklerdir. Sigortacılara, hekimleri seçerek sözleşme yapma özgürlüğü tanınırken, bu uygulamalar hastanelerde tatbik edilmemektedir (156).

Yeni sözleşme sistemi, sigortacılar ve vatandaşlar arasındaki ilişkilerin biçimini değiştirmek için tasarlanmıştır. Sigortacılar, yıllık check-up'lar, bekleme süresini azaltmak için uluslararası tedavi ve temel teminat paketine ek tıbbi hizmetler sunarak pazar paylarını artırma amacı hedeflemektedirler. Hollanda'da (ve diğer Bismarck tarzı ülkelerde) son zamanlara kadar yapılan yeni gelişmeler dahilinde sözleşmeler hükümet mevzuatıyla belirlenmektedir ve hastalık fonu geliri tavanının altında olan vatandaşların sigortacılar arasında pek fazla seçim yapma şansı kalmamıştır.

Güney Avrupa Ülkeleri

Yunanistan, İsrail, İtalya, Portekiz, İspanya ve Türkiye'de Bismarck ve Beveridge modellerinin Özelliklerini birleştiren karma sistemler kullanılmaktadır. Yunanistan, İtalya, Portekiz ve İspanya sigortaya dayalı sistemden vergiye dayalı sisteme geçiş sürecinde ya ulusal sağlık hizmetlerini kurmuş ya da kurma hazırlıkları içerisinde olmuşlardır. İtalya'nın (Emilio Romagna ve Veneto) ve İspanya'nın (Katalonya ve Bask) bazı bölgelerinde, halen süregelen reformlar olmakla birlikte, genelde, bu ülkelerde, ödeme yapanlar (bu durumda hükümet ya da kamu kuruluşları) ve hizmet sunucular arasında sözleşme yapılmamaktadır.¹⁹

Türkiye önceden kapsam içinde olmayan nüfusu sigorta kapsamına alma süreci içinde olduğu için bu ülkelerden ayrılmaktadır. Son sağlık reformu öne-

¹⁹ İspanya'da 1991 yılındaki reform önerilen sözleşmelerin daha etkin şekilde yapılmasını teminen hizmeti sunan ile satın alanın birbirinden ayrılmasına yönelik hükümleri içermektedir. Ancak bu tavsiyeler kısmen uygulanmıştır.

rileri, hizmet sunucular ve satın alanlar arasında sözleşme yapılması konusunda düzenlemeleri de içermektedir. Öneriler, (vergi gelirleri ile sübvans edilen) sigorta primlerinin dört sigorta fonundan (üç mevcut fon artı tespit edilecek yeni bir fon) toplanarak il sağlık müdürlüklerine transfer edilmesini şart koşturmaktadır. Bu müdürlükler, bu nedenle, hizmet satın alan taraf olacaklar ve seçilmiş hastanelerle sözleşme yapacaklardır. Seçilmiş hastaneler, özerk olarak idare edileceklerdir. Bu öneriler henüz uygulanmamaktadır.

ODA ve BDT ÜLKELERİ

Bu ülkelerdeki sağlık sistemleri, tarihsel olarak, hiyerarşik, doktorlar dahil bütün sağlık personelinin devlet memuru olduğu ve ulusal olarak kontrol edilen bir model olan Semashko modelini temel almaktadır. Bu gruptaki pek çok ülke, Bismarck modelinden esinlenen sigortaya dayalı sisteme geçiş yapmaya başlamışlar ve diğerleri ise bunu gelecekte yapabilme olasılığı üzerinde durmaktadırlar. Birkaçı, yeni kurulmuş sağlık sigortası sistemleri bağlamında, hizmet satın alan ve hizmet sunucular arasında sözleşme yapma konusunu ortaya koymuşlardır. Sigortacılar ve hizmet sunucular arasındaki sözleşme düzenlemelerini kapsayan çoğu konunun üzerinde hala iyi çalışılması gerekmektedir. Hizmet alan ve sunanlar arasında sözleşmeleri ve bu kurumların ayrılması konularında girişimde bulunan "ülkeler arasında, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Gürcistan, Macaristan, Romanya ve Rusya Federasyonu yer almaktadır.

RUSYA FEDERASYONU

1991 yılında yürürlüğe konan sağlık sigortası kanunu uyarınca, zorunlu sağlık sigortası (ZSS) desantralize bir biçimde uygulanmaya başlanmıştır. Sistemin temel unsurları hala federal yasalar tarafından belirleniyor olsa da, 88 bölgenin her biri kendi ZSS sistemini kurabilmektedir. Temel unsurlar şunlardır: işverenler, işçileri için ve yerel otoriteler işe çalışmayan nüfus için ZSS bölge fonlarına katkıda bulunacaklardır, bu otoriteler, birçok sayıda sağlık programı ve hizmet sunucularını doğrudan finanse edeceklerdir; bölgesel fonlar rekabet halindeki sigortacılara, ağırlıklı kişi başına Ödeme formülü kullanmak yoluyla kaynak tahsis edecek ve sigortacılar (bazı bölgelerde fonların kolları) sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapacaklardır.

Bu finansal akış düzenine göre, işverenler ve sigortacılar, sigortacılar ve zorunlu sigorta bölgesel fonu, yerel hükümet ve sigortacılar (veya fon) ve sigortacılar ve sağlık hizmet sunucuları arasında olmak üzere en az dört çeşit sözleşme ilişkisi doğmaktadır. Bazı bölgelerde, bölgesel veya yerel sağlık otoriteleri doğrudan sağlık hizmet sunucularıyla sözleşmeler yapmaktadırlar (195,239). Bu sözleşmelere nispeten az rastlanmaktadır, çünkü sağlık otoritelerinin çoğu kaynaklarını doğrudan tahsis etmektedir.

Hizmet sunucularla yapılan sözleşmelerin bu türü İngiltere'de kullanılabilmektedir. Ancak, hastaneler için vaka başına maliyetleri içeren ve poliklinikler içinse kişi başına ödemeye dayalı sözleşmelere ağırlık verilmektedir, Kalite kontrol ve tüketici şikayetleri ile ilgili maddeler de sözleşmelerde yer almaktadır. Hizmet sunucular, kabul görmüş klinik standartlara göre hizmet vermeye mecburdurlar ve sigortacılar tarafından izlenmektedirler. Finansal yaptırımların standartları ihlal etmesi ve kalite kontrol prosedürleri konularında

özel hükümler bulunmaktadır. Hastane yönetiminin sözleşmelere göre desantralize edilmesinin kapsamı, İngiliz hastane tröstlerinden daha az değildir.

Pek çok bölgede, sözleşmeler, hizmet satın alanları, başlıca risk yükleniciler haline getirmiştir. Hizmet satın alanlar, her yatan hasta vakası ve hatta Moskova gibi bazı bölgelerde, poliklinikte verilen her hizmet için ödeme yapmaya mecbur edilmişlerdir. Bunun mümkün kılınabilmesi için; bölgesel fonlar ve sigortacılar arasında, risk düzenlemeleri sözleşmelerinin yapılması ve beklenmedik masraflar için yedek kaynak ayrılması gerekmektedir. Sigortacılar ve hizmet sunucular arasında risk yönetimine karşı artan bir ilgi vardır. Örneğin, Kemerovo bölgesinde, poliklinikler, her tip ayaktan tedavi hizmetleri ve bir bölüm yatan hasta tedavisi için hisse sahibi olma yolundadırlar ve böylece, nihai satın alan olarak riski sigortacılarla paylaşmışlardır.

Bölgesel zorunlu sigorta sistemi, bölgesel hükümet, bölgesel fon ve tıbbi dernekler arasında yapılan ortak sözleşme (anlaşma) ile yönetilirler. Ödeme oran ve metotları ve temel teminat paketindeki sağlık yardımları da dahil olmak üzere, bu plan zorunlu sigorta sisteminin finansman ve yönetiminin genel kurallarını belirlemektedir. Ortak sözleşmenin temel koşullarında; sigortacılar ve hizmet kullanıcıları arasında, kaynak tahsisinde eşitlik sağlayan mekanizmalar yer almaktadır. Böylece sistem, dayanışma ve hakkaniyeti korumaya çalışırken, hizmet sunucularla sözleşmeyle doğan ilişkileri oluşturmak için tasarlanmıştır.

SÖZLEŞME SİSTEMİYLE İLGİLİ KİLİT HUSUSLAR

Daha sofistike olan miktara bağlı maliyet ve vaka başı maliyet sözleşme modellerine geçmek, etkili bir hizmet satın alma politikasını idare etmek için yeterli bilgi olmadığından mümkün olamamaktadır. Etkili sözleşme yapmak için minimum bilgi gereksinimi; hasta akış verisi, özel tedaviler ve teşhis grupları için maliyet ve kullanım bilgileri ve demografik ve risk grubu bilgilerinden oluşmaktadır. Bilgi sistemlerine faturaları işleme koyma kapasitesini de içeren büyük yatırımlar yapmak gerekmektedir. Hizmet sunucularının rasyonel seçim yapabilmeleri için bilgilerin yayılması önem taşımaktadır. Sağlık otoriteleri ve tıp mesleği mensuplarının mevcut bilgileri kendi çıkarları doğrultusunda kullanmaya yönelik eğilimlerini ve sağlık bilgilerini toplama ve yaymaya karşı olan dirençlerini engellemek gerekmektedir.

Bununla ilgili bir başka husus da işlem maliyetlerinin artmasıdır, başka bir deyişle, hizmet satın alanlar ve hizmet sunucularının birbirleriyle etkileşiminden (ihtiyaç belirleme çalışmaları, performans değerlendirmesi, müzakere, izleme, vs.) doğan maliyetlerdir. Bu ilave maliyetleri karşılayabilmek için kalite ve verimlilikte önemli bir artış gerekmektedir. İşlem maliyetlerini düşürmek için, bazı akademisyenler, hizmet satın alan ve sunucuların spot piyasa anlaşmaları yerine uzun vadeli anlaşmalara girmeleri gerektiğini desteklemektedirler (19,263).

Sözleşme bazlı tahsisat sisteminin benimsenmesinin, insan kaynakları açısından pek çok anlamı vardır. Personel, etkili bir sözleşme yapmak için gereken sofistike müzakere tekniklerinin geliştirebilmesi konusunda eğitilmeli ve uzun bir süre desteklenmelidir. Bu beceriler kazanılsa bile, hizmet satın alanlar hizmet sunucularla eşit şartlarda anlaşma yapmakta birtakım zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Çünkü uzun bir zamandan beri hizmet sunumuyla ilgili kararların bir çoğu hizmet sunucular tarafından verilmektedir. Bu durumun aksine,

hizmet sunucular, sözleşmelerle ilgili yetkinin yeniden dağılımı konusunda oldukça tedbirlidirler.

Rusya Federasyonu ve diğer ODA ve BDT ülkelerinin anlaşmalarında yer alan birkaç ek konu vardır, bunlardan en önemlisi sisteme az kaynak ayrılmasıdır. Sözleşmeli hizmet sunucuların faturalarını ödeyebilmeleri açısından, kamu fonlarının yeterli ve tahmin edilebilir olması gerekmektedir. Geçiş sürecindeki ekonomilerde bu duruma pek sık rastlanmaz. Rusya Federasyonunda sağlık harcaması miktarı sadece Gayri Safi Milli Hasılanın %3-4'ünü kapsamaktadır. Buna ek olarak, devletin, kullanıcı ücretlerini belirlemeden (en azından resmi olarak) daha gelişmiş ülke standartlarında hizmet sunmayı vaat etmesi büyük cömertliktir. Dolayısıyla, politik taahhüt ile sözleşme düzenlemeleri çalışabilmektedir.

Doğrudan ayrılmış kaynaklardan hizmet sunucularla sözleşmeli ilişkilere doğru değişim kolay bir süreç değildir. Reformun yavaş ilerlemesinin esas nedeni sigorta fonlarının ve sağlık yetkililerinin sorumluluklarının yeterince açık olmamasıdır. Sağlık yetkilileri sorumluluklarını sağlık hizmetlerinin büyük kısmının doğrudan üreticisi olarak tutmaktadır ve üreticilere sözleşmeli olmayan tahsisatlarda harcama kontrolü yapmaktadırlar. Örneğin, Rusya Federasyonu'nun birçok bölgesinde, 1995'deki sözleşmeli sağlık harcamalarının payı %20'den %30'a kadar çıkmıştır.

Kaynak politikasının parçalara ayrılması, bir başka kısıtlamadır. Bu da, bir satın alanın (sağlık sigortacısı), hizmet satın alma kuruluşu gibi davranması, bir diğerinin (sağlık otoriteleri ve yerel hükümet) ise sağlık sektörü ek kaynaklarını doğrudan tahsisi ile sonuçlanmaktadır. Bu yüzden hizmet sunucular, sigortacılarla sözleşmeli ve sağlık yetkilileriyle ve yerel hükümetlerle sözleşmesiz olmak üzere iki farklı ekonomik rejime karşılık vermek zorunda kalırlar. Bu durum performans ile ilgili verimlilik fırsatını sınırlamaktadır. Yarattığı bu ikili yapı ve karışık motivasyon hakkında gittikçe büyüyen bir endişe söz konusudur. Buna karşılık, bazı sağlık yetkilileri ve yerel sağlık sigortası fonları satın alma politikalarını koordine etmek için birlikte çalışmaya başlamışlardır.

BDT ve ODA ülkelerindeki sınırlamalardan biri de sözleşme işlemini yürütme becerisinin eksikliğidir. Pazarlık, hizmet sunucuların performansını izleme, maliyet-etkin tıbbi müdahaleyi belirleyebilme gibi doğrudan kamu provizyonu etkisi altında kalmayan beceriler gerektirmektedir. Bunun yanı sıra, ihaleler, yerel hizmet sunucularla yapılacağı ve bu kuruluşlar yerel hizmet satın alanlar tarafından daha iyi tanındıkları için, merkezi olarak ilgilenilmesi çok zordur, sözleşmeler, kaynak tahsisatında yüksek oranda desantralizasyonu beraberinde getirmelidir. Benzeri beceriler bu nedenle, kapasitenin özellikle zayıf olabileceği, sistemin orta veya alt kademelerinde geliştirilmelidir. Kısacası, kapasite geliştirme, bağımsız sözleşme yapmanın bir ön şartıdır.

SONUÇ

Sözleşmelere olan ilginin giderek yoğunlaşması, emir-ve-kontrol mekanizmasına sahip kaynak tahsisatının geleneksel işleyişinde hayal kırıklığıyla karşılaşılmasından kaynaklanmaktadır. Sözleşmeler hem rekabete dayanan hem de dayanmayan ortamlarda uygulanabilir. Her iki şekilde de, sözleşmeler, bir planlama ve yönetim aracı olarak düşünülebilir.

Dolayısıyla, sözleşmeler, geleneksel olarak önceden yapılmakta olan sağlık hizmeti planlaması ve yönetimi konularına pek çok yenilik getirmekte ve kamu

sağlık hedeflerine ulaşmada geleneksel planlama metotlarının güçlüklerini ortaya koymaktadır.

Değişik sağlık modellerinde, ülkeler arası sözleşmeler için, dört farklı akım tanımlamak mümkündür.

- Blok sözleşmeden fiyat ve miktar ve vaka başı maliyet sözleşmelerine;
- Ulusal dan kişisel sözleşmelere;
- Tüm hizmet sunucularla anlaşmadan seçici sözleşmeye; ve
- Birkaç şartlı sözleşmelerden (önceliğin miktar ve kalitede olduğu) daha detaylı sözleşmelere (maliyet içeriği, kullanım yönetimi, kalite güvencesi, risk paylaşım düzenlemeleri, gibi, çeşitli şartlar.)

Sözleşme işleminin günümüzdeki uygulaması, kuramsal beklentilerle gerektiği gibi uyuşmamaktadır. Hizmet anlaşması birçok engel ve sorunu gözler önüne sermektedir; bunlardan en önemlisi yeterli bilginin olmaması, sağlık hizmeti satın alanlar ve hizmet sunucuların yönetim becerilerinin eksik olması, yüksek iş ücretleri ve BDT ve ODA ülkelerindeki kamu fonunun yetersizliğidir.

Hizmet Sunucular için Performansa Bağlı Ödeme Sistemleri

Avrupa bölgesindeki politika belirleyicileri, profesyoneller ve kurumlar için, hastalara etkili ve yüksek kalitede hizmet veren, verimliliği arttırma ve maliyet sınırlaması amaçlarını gerçekleştiren ödeme sistemlerinin gerekli olduğunu belirtmektedirler. Bu bölüm, hekimlere ve hastanelere yapılan farklı ödeme sistemlerinin etkilerini gözden geçirmekte ve bölgede bulunan değişik ülkelerdeki bu sistemlerle ilgili reformları açıklamaktadır.

HEKİM ÖDEMELERİ

Hekimlerin ödeme sistemlerinin tasarımı, hekimlerin davranışlarını motive edecek amaçları ve kısıtlamaları göz önünde bulundurmayı içermektedir. Başka bir kilit nokta da, hasta ve hekim arasındaki kurumsal ilişkiden kaynaklanan, birbirleri arasındaki belirsiz ve asimetrik bilgidir. Bu düzenleme, öncelikle hastaların çıkarlarını korumayı hedeflerken, doktorların, hastaların aracısı olarak, kendi hizmetlerine olan talebi arttırarak, kişisel gelirlerini maksimize etme yoluna başvurmaları sonucu, arza dayalı talebi yaratabilir (Bakınız Bölüm 3).

Optimum Ödeme Sistemine Doğru

Optimum bir ödeme sistemi, kaynakların etkili kullanımı, erişilebilirlik, kalite (kapsamlı ve koordineli hizmetleri de içine alan), koruma hizmetleri, hasta için doktorunu seçebilme, doktor için profesyonel anlamda özgürlük ve doğrudan uygulama dahil sağlığa global bir yaklaşımı da içine alan, çeşitli amaçlara ulaşmayı hedeflemektedir.

Hekimler için üç ana ödeme şekli vardır- hizmet karşılığı Ödeme, maaş ve kişi başına ödeme (264). Bunlara ek olarak, iyi uygulamalar için ödüllendirme sistemi de bu üç ödeme şekliyle birlikte görülebilmektedir. Hekimlerin hizmet verdiği kurumsal çevreyi kapsayan bir ödeme sistemi tipolojisini oluşturmak için, aşağıdaki üç sorunun sorulması gereklidir:

NE İÇİN ÖDEME YAPILMAKTADIR?

Bu kategoride, üç farklı ödeme sistemi tanımlanabilir. Birincisi gerçek kaynak (maaşa dayalı), yani hekimin harcadığı zaman karşılığı ödeme. Bu sistemde, hekim önceden belirlenmiş program içerisinde çalışmalarını sürdürür ve tıbbi, idari görevler ve eğitim amaçlı çeşitli faaliyetleri bir araya getirir.

İkinci sistem ise (hizmet karşılığı ödeme) kaynakların yarattığı hizmetler için yapılan ödemelerdir. Bu sistemler, değişen kesinlik derecelerine göre, hekimlerin faaliyetlerini sınıflandırmaktadır ve ücret cetvellerinden oluşmaktadır (266). Örneğin Quebec ödeme cetveli, çok detaylıdır ve 7000'den fazla prosedürü kapsamaktadır. Bunun tersine, Fransa'daki ücret cetvelleri Saydam değildir, çünkü bir katsayıyla birlikte (örn: küçük cerrahi için 50), bir harfle tanımlanan (örneğin; cerrahi için K harfi) bir sistemdir. Bu grup, sermaye teçhizatı gibi sabit maliyetlerin dahil edilip edilmemesiyle bağlantılı olarak iki tipe ayrılabilir. Eğer bu maliyetler dahil edilirse, sermaye teçhizatının satın alımı, (örneğin Radyoloji bölümünde) verilen hizmet miktarı için önemli ve belirleyici bir etkene dönüşebilir.

Üçüncü sistem ise (kişi başına Ödeme) hastanın sağlık durumuna karşı duyulan yükümlülüğe karşı yapılan ödemedir. Bu sistem iki tipe ayrılabilir: birincisi, nüfusun sağlığının belirli bir süreyi kapsayan yükümlülüğü veya yapılan tedavinin bir bölümü için (doğum sonrası toplu tedavi gibi) duyulan yükümlülüktür. İkincisi kişi başı ve hizmet karşılığı ödeme sistemlerinin karışımıdır ve sınırlı düzeyde kalmıştır.

ÖDEME MİKTARINA KİM KARAR VERMEKTEDİR?

Burada üç seçenek tanımlanabilir. Birincisi, doktorlar tarafından uygulanan "ücretlerin serbestçe belirlenmesi" olup yaygın değildir, fakat Fransa'da II. Sektörde çalışan hekimler tarafından kullanılmaktadır.²⁰

İkinci seçenek, hekimlerin temsilcileri ve ödeme yapan üçüncü şahıslar arasındaki müzakerelerle belirlenmektedir. Ücret cetveli, hekimlerin talep ettikleri ücret düzeyini tayin etmektedir, fakat tarifeyi uygulamak hekimlerin isteğine bağlıdır. "Kapalı sistemde", yani; global harcamalar kısıtlandığı zaman, müzakereler toplam harcamaları belirlemektedir, öte yandan, açık sistemlerde, miktar ayarlamaları yapılmaktadır ve toplam harcamalar ancak geçmişe bakılarak öğrenilebilir.

Üçüncü seçenek ise, bir merkez kuruluş tarafından ücret düzeyinin kararlaştırılmasıdır. Bu durumda, ücret düzeyi ve zaman içerisindeki değişimi, çalışan yıllara veya performansa bağlı olabilir.

ÖDEMEYİ KİM YAPMAKTADIR?

Hekime kimin ödeme yaptığı konusunda üç alternatif vardır, bütün ödemeleri hasta yapar ve daha sonra sağlık sigortası tarafından geri ödeme yapılır (Fransa'da olduğu gibi); üçüncü şahısların ödemesi, (örneğin sigorta şirketi) veya hekime işveren kurum.

Bu kazançlar birleştirildiğinde, politika belirleyicilerin, hekimlerin çalıştığı çevreyi (hasta ve ödemeyi yapan üçüncü şahıs ilişkisinde) göz önünde bulun-

²⁰ 1980 yılında Fransa'da, Sektör II'deki poliklinik hekimleri için yeni bir seçenek oluşturulmuştur. Bu sistemde hekimler kendi ücretlerini kendileri belirlerler, ancak sisteme katılmak istemeyenler Sektör I'deki hekimlere göre daha yüksek sosyal sigorta katkılarına maruz kalırlar. Hekimlerin büyük bir bölümü (çoğunlukla uzmanlar) Sektör II'yi seçmişlerdir.

durması için 15 olası kombinasyon (opsiyon) ortaya çıkmaktadır. Bu yaklaşım, tipolojik değerinin yanı sıra, değişik ödeme sistemlerinin etkilerini tahmin etmeye yardımcı olmaktadır. Örneğin, hizmet karşılığı ödeme metotlarının analizi yapılırken, fiyatları kimin belirleyeceği ve kimin ödeyeceği konularında en az yedi değişik seçenek göz önünde tutulmalıdır. Gerçekte, benzer şekilde, her ayarlamının serbesti derecesine göre arza dayalı talep artmaktadır. Yel pazenin bir ucunda, hekimlerin ücretlerini kendilerinin belirlediği ve hastaların ödeme yaptığı hizmet karşılığı ödeme sistemlerinde hekimler bu konuda daha fazla özgürlüğe sahiptir. Öteki ucunda, eğer hekimlerin ücretleri kurumlar tarafından ödeniyor ve merkezi organ tarafından tayin ediliyorsa, hizmet karşılığı ödeme sistemi daha kısıtlayıcı olacaktır.

Avrupa Bölgesindeki Trendler

BATI AVRUPA ÜLKELERİ

Tablo 14, Batı Avrupa ülkelerinde, BBSH hekimlerine yapılan ödemelerin güncel modellerini özetlemektedir. Tabloda aynı zamanda, nüfusun kişi başına yıllık hekime başvuru sayısını, maliyet paylaşımının boyutlarını ve doktorların sevkler sırasında kontrol ve düzenleme faaliyetlerinde bulunup bulunmadığını da içeren ödeme sistemleriyle ilgili diğer kilit hususların ilişkilerine de yer verilmiştir.

Maaşa dayalı sistemler, doğrudan çalıştırılan doktorlar arasında geçerli olmaktadır. Sigortaya dayalı sistemlerde, BBSH doktorları bağımsız sözleşmeli lerdir ve temelde hizmet karşılığı ödeme yapılmaktadır. Bu durum, BBSH doktorunun doğrudan çalıştırıldığı ve ödemelerin maaş olarak yapıldığı ulusal sağlık sistemlerinde benimsenen yaklaşımlara tezat oluşturmaktadır. Buna rağmen, ikinci grupta, Danimarka, İtalya ve İngiltere gibi çeşitli ülkelerde, BBSH doktorları serbest çalışmaktadır ve kişi başına ödeme veya maaşla karma olarak, hizmet karşılığı Ödeme yöntemleriyle ödeme yapılmaktadır.

Hizmet karşılığı ödeme sisteminin hakim olduğu ülkelerde, ödemeler diğer yöntemlerle karıştırılmaz, kişi başı ödeme yapılan ülkelerde ise hastanın ekonomik durumuna (İrlanda ve Hollanda) veya verilen hizmete göre karma Ödemeler yapılmaktadır. Örneğin, Danimarka ve İngiltere'de genel pratisyenler belirlenmiş faaliyetlere göre ücret alırlar. Sevke yönelik kontrol ve düzenlemelerin yer aldığı sistemlerde, kişi başı veya maaşlı ödeme metodu görülmekte, hizmet karşılığı ödemeye ise hiç rastlanmamaktadır. Bir başka inceleme de, sevkin düzenlendiği ve kontrol edildiği ülkelerde kişi başına veya maaşlı ödemeler de yer alsa, çok az cepten ödeme yapılmakta veya hiç yapılmamakta olduğunu göstermektedir. Öte yandan, hizmet karşılığı ödeme sistemlerine sahip ülkelerde cepten ödemelere, hastanın ve doktorun ahlak prensiplerini tehlikeye atmamak için önem verilmektedir. Katkı payı için kullanılan Fransız terimi - ticket modérateur - ödemeyi hafifletme anlamına gelmektedir ve cepten ödemelerin altında yatan politika varsayımlarına iyi bir örnektir. Göz önüne alınması gereken bir diğer nokta da, Fransa'da ve diğer ülkelerde, cepten ödemeler özel isteğe bağlı sigortalar tarafından tamamen geri ödenmekte olduğudur, böylece bu durum ahlaki etkileri ortadan kaldırılmaktadır. Bununla birlikte, 3. Bölümdeki maliyet paylaşımı kısmında detaylı olarak tartışılmış olduğu gibi, her çeşit katkı payının, hizmet talebini hakkaniyetsiz bir şekilde düzenlediği gösterilmiştir.

Tablo 14. Batı Avrupa Ülkelerinde BBSH Hekimlerine Ödeme Metotlarının Prensipleri

Ülke	Ödeme Şekli	Kişi Başına Yıllık Ziyaretler	Kontrol ve Düzenleme	Maliyet Paylaşımı
Dolaylı Sunumlar (Sözleşmeli)				
Avusturya	Hizmet Karşılığı Ödeme	5.1 ^a	Hayır	Nüfusun %20'si, %10 veya %20 ödeme yapıyor
Belçika	Hizmet Karşılığı Ödeme	8.0 ^a	Hayır	Serbest çalışan maliyetin tamamını ödüyor
Danimarka	%28 Kişi başı ödeme, %63 hizmet karşılığı ödeme, %9 ödenek	4.4 ^b	Evet	Yok
Fransa	Hizmet karşılığı ödeme, sağlık merkezlerinde maaş	6.3 ^a	Hayır	Ekstra faturalama da dahil %25
Almanya	Hizmet karşılığı ödeme	12.8 ^c	Hayır	Yok
İrlanda	Yüksek gelir olması durumunda hizmet karşılığı ödeme, düşük gelir olması durumunda kişibaşına ödeme (yaşa göre değişen ücret)	6.6 ^d	Evet	Düşük gelirlerde yok
İtalya	Kişi başına ödeme (yaşa göre değişen ücret)	11.0 ^g	Evet	Yok
Lüksemburg	Hizmet karşılığı ödeme	-	Hayır	%5
Hollanda	Yüksek gelir olması durumunda hizmet karşılığı ödeme, düşük gelir olması durumunda kişibaşına ödeme (yaşa göre değişen ücret)	5.8 ^e	Evet	Düşük gelirlerde yok

Tablo 14 (devamı)

Ülke	Ödeme Şekli	Kişi Başına Yıllık Ziyaretler	Kontrol ve Düzenleme	Maliyet Paylaşımı
İsviçre	Hizmet karşılığı ödeme	11.0 ^a	Hayır	Maliyetin %10'u
İngiltere	Kişi başına ödeme (yaşa göre değişen ücret); hizmet karşılığı ödeme; indirim ve hedef ödemeler	5.8 ^c	Evet	Yok
Dolaysız Sunumlar (uygulananlar)				
Finlandiya	Maaş	3.3 ^b	Evet	0.17 US\$
Yunanistan	Maaş	5.3 ^f	Hayır	Yok
Norveç	%35 maaş, %65 hizmet karşılığı ödeme	-	Evet	Seçilen kalemler için maliyetlerin %30u
Portekiz	Maaş	3.1 ^a	Evet	Yok
İspanya	Maaş, Kişi başına ödeme (yaşa göre değişen ücret)	6.2 ^d	Evet	Yok
İsveç	Maaş	3.0 ^a	Hayır	6-9 US \$

^a1993; ^b1991; ^c1992; ^d1988; ^e1994; ^f1982; ^g1989.

Kaynaklar: OECD (2); Abel-Smith (170).

ODA VE BDT ÜLKELERİ

Birçok Avrupa ülkesinde, hekimlere yapılan ödemeleri düzenlemek amacıyla yapılan son reformlar, sadece marjinal ayarlamalarla sonuçlanmıştır. ODA ve BDT ülkelerindeki reformlar daha fazla yapısal değişiklik sağlamıştır. Genellikle, devlet tarafından sözleşme ile İstihdam edilen maaşlı pratisyen modelinden uzaklaşıp, serbest çalışan, maaş, kişi başına ve hizmet karşılığı ödeme karma-sından oluşan ödeme metotlarına geçiş söz konusudur.

ODA ve BDT ülkelerinde, sosyal sigorta sistemlerine yönelik hareket, hekimlere yapılan ödeme yöntemlerinde açık etkiler yaratmıştır. Hekimlere yapılan ödeme yöntemleriyle sağlık finansman sistemleri arasında doğrudan bir bağlantı bulunmamakla birlikte, ülkeler genellikle, finansman sistemlerindeki reformları, düşük maaş düzeylerinin yükseltilmesi ve etkinliğin artırılması amacıyla, hizmet sunumu ödeme mekanizmaları için bir olanak olarak görmekte-dirler.

Reformun başlangıç aşamalarında, pek çok ülke maaşa-dayalı ödeme sistemine bağlı kalmayı sürdürmüş, hizmet başı ve/veya kişi başı ödeme sisteminin uygulanması özel sağlık sektörünün küçük bir kısmı ile sınırlı kalmıştır. Finansal reformların gelişmesiyle, kişi ve/veya hizmet karşılığı ödeme, ödeme mekanizmalarına dahil edilmiştir. Örneğin, Bulgaristan, Litvanya, Polonya ve Romanya vergiye dayalı finansman sistemine bağlı olup, her dört ülkede sigorta sisteminin uygulanmasına yönelik faaliyetler başlamıştır. Bu ülkelerde, kamu sağlık hizmetleri sisteminde yeralan hekimlere halen maaş ödenmektedir. Ancak her dört ülke de yeni ödeme şekillerine geçiş yapmayı düşünmektedir. Örneğin, Romanya'da gelişmekte olan aile hekimliği sisteminde, hekimlere yapılan Ödemeler, bazı tıbbi etkinliklere yapılan eklemelerle (kronik hastalıklar, bağışıklama, sağlığın iyileştirilmesi ve sağlık eğitimi), temelde kişi başı ödemeye dayalı olacaktır. Ödeme sistemi reformları, şimdiden pilot bölgelerde uygulanmıştır. Benzer olarak, Polonya'da, maaş ve hizmet karşılığı ödeme, maaş ve kişi başı ödeme ve fonlamayı içeren farklı kombinasyonları değerlendirmek amacıyla, aile hekimlerine yapılan ödemelerle ilgili bir dizi deneysel plan hazırlanmıştır.

Sağlık sigortası finansmanına tam veya kısmen geçiş yapan ODA ülkelerinde, iki genel trend ortaya çıkmaktadır. İlk olarak, Hırvatistan, Estonya ve Macaristan gibi ülkelerde, kamuda çalışan, sözleşmeli BBSH veren ve uzman hekimler için değişik ücret formları veya kamu kişi başı ödeme sistemi uygulanması yapılmaktadır. Çek Cumhuriyeti, Sloveky ve Slovenya'yı kapsayan ikinci grup ülkelerde ise, hizmet karşılığı ödeme metodu (Çek Cumhuriyeti) veya serbest çalışan BBSH pratisyeni ve uzman hekimlere yönelik, kişi başına ve hizmet karşılığı ödeme metotları karma olarak uygulanmaktadır (Slovakya ve Slovenya).

Alman puanlama sistemini uyarlayan Çekoslovakya'da, sözleşmeli BBSH pratisyenlerine ve uzman hekimlere ödeme 4000'den daha fazla maddeyi kapsayan hizmet listelerine göre yapılmaktadır. Her maddenin sabit puanlama değeri olup, bazı hizmetlere ve işlemlere ayrılan değerler, bransa ve ödeme yapana göre farklılık göstermektedir. Bu sistem 1992'de, maliyetlerin üzerinde tartışılmadan ve maliyetleri izlemek için yeterli bilgi sistemleri geliştirilmeden ortaya konulmuştur. Sonuçta da programın başlamasını takip eden birkaç ay içinde harcamaların kontrolü kaybolmuştur (174). Çekoslovakya, bu sistemi,

kişi ve hizmet karşılığı ödeme metotlarının kombinasyonundan oluşan bir sistemle değiştirmek için planlar yapmaktadır.

ODA ülkelerindeki doktorların hedefledikleri gelir beklentileri önemli bir problem olmaktadır. Ekonomik geçiş dönemi, sağlık sektörü dışındaki iyi eğitilmiş çalışanların maaşlarını önemli ölçüde artırmıştır. Birinci bölümde anlatıldığı gibi, ekonomik durgunluk, çeşitli ülkelerde sağlık harcamalarını düşürmüştür, sağlık sektöründe çalışanların maaşlarında da erimeye sebep olmuştur. Diğer problemler arasında, düşük maaşlar, gayriresmi yollara başvurulmasını ve "masa altı" ödeme sistemlerini yaratmıştır. Bunlar, gayriresmi hizmet karşılığı ödeme sistemiyle eşittirler ve çoğu ODA ve BDT ülkelerinde Sovyetler Birliği döneminden beri görülmektedirler. Bu konu hakkında az veri bulunmaktadır, ama hem ayaktan hem de yatarak tedavilerde doktorların gelirlerinin önemli bir kısmını oluşturdukları anlaşılmıştır (Bu konuyla ilgili ayrıntılı bilgiler, Maliyet Paylaşımı Bölümünde (3. Bölüm) anlatılmıştır;). Gayriresmi ödemelerin erişilebilirlikteki hakkaniyete de etkisi olmaktadır; çünkü düşük sosyo-ekonomik statüye sahip hastalar, tıbbi hizmetleri alabilmek için ödenmesi gereken ücretleri BBSH doktorlarına ödeyememektedirler. Son olarak, politika belirleyiciler için, süregelen bütçeleme krizinin olduğu bir ortamda, doktorlara hedefledikleri gelir beklentilerine yakın Ödeme yapmak için gereken kaynakları temin edebilmek önemli bir konudur.

Mevcut Ödeme Sistemlerinin Değerlendirilmesi

Doktorlara yapılan ödeme sistemlerinin faydalarının değerlendirilmesi, bu sistemleri geriye dönük ve ileriye dönük olmak üzere iki grupta toplayarak yapılabilir. Gerçekte, kişi başına ve hizmet karşılığı ödeme sistemleri arasındaki ayırım en iyi şekilde zaman referans alınarak yapılabilir; kaynak için ödeme (hizmet karşılığı ödeme) geriye dönük bir ödemeyken, yetki için ödeme (kişi başı ödeme) ise ileriye dönük olarak anlaşma tarafından kapsanan dönemi içeren bir ödemedir. Maaşa dayalı sistemler kişi başı ödeme sistemleriyle aynı gruba alınmaktadır, gelecekte yapılacak toplam ödeme bilindiği için doktorları etkileyen çeşitli teşvikler birbirine benzemektedir.

GERİYE DÖNÜK ÖDEME SİSTEMLERİ

Hizmet sunucular, hizmet karşılığı ödeme sistemlerinin, özgürlüğü güçlendirmesine ve hizmetin devamlılığını artırmasına yönelik avantajlarını tanımlamaktadırlar. Bu pek çok çalışmayla belgelenmiştir. Örneğin, Hickson (267) rasgele atanmış 18 pediatri uzmanının hizmet başı veya ücretli olarak ödeme yapılmasına yönelik etkilerini karşılaştırmıştır. Sonuçlar, hizmet karşılığı ödeme yapılanların ücretli olanlara kıyasla %22 oranında daha fazla hasta ziyareti kabul ettiğini göstermektedir. Hizmetin devamlılığı açısından, hastalar, eğer ödeme hizmet karşılığı ödeme yapıyorsa, sürekli doktorları tarafından daha çok görülmektedirler.

Hizmet karşılığı ödeme sistemlerinin dezavantajı, bu sistemler açık uçlu olduğu için, hizmet sunuculara eğer isterlerse talebi artırabilmeleri yönünde açık çek vermesidir. Kanada ve İngiltere gibi çeşitli ülkelerde yapılan pek çok sayıdaki çalışmalarla, değişik ödeme sistemlerindeki tedavi sıklıkları belgelenmiştir. ABD ve Kanada'da yaygın olarak görülen ameliyatlardaki yüksek cerrahi oranlar, İngiltere'dekilerle kıyaslanmış ve bu farklılıkların, hastalığın yaygınlığı

ve sıklığı ile çok ilişkili olmadığı, bununla beraber cerrahi belirtiler ile ilgili görüş birliği eksikliği, teknolojinin mevcudiyeti ve kullanımındaki varyasyonlar ve Kanada ve ABD'deki hizmet karşılığı ödeme sistemleri gibi unsurlarla daha yüksek oranda ilişki gösterdiği görülmektedir. (268, 269)

Çeşitli çalışmalar hekim sayısındaki artışın, kullanım oranlarına ve ödeme düzeylerine yansıyan nüfus oranı gibi etkilerini incelemiştir. Ancak bu incelemeler çeşitli metodolojik problemler ortaya çıkarmıştır. Doğal gözlemlere dayalı daha yeni çalışmalarda, (ücretlendirme sistemi gibi) kurumsal sınırlamaların faaliyet düzeylerine ve karma hizmetlere etkisinin incelenmesi yoluyla, hekimlerin takdir güçlerine yönelik değişik kanıtlar araştırılmıştır. Sonuçlar açıkça göstermektedir ki, hekimlerin, sunulan hizmetlerin miktarını artırarak ve değişiklikler yaparak, düşen ücretlerin etkisini azaltacak kapasiteleri bulunmaktadır ve böylece hedeflenen gelir düzeylerini koruyabilmektedirler (270-274).

Genel olarak, bu nedenle, hekimlerin takdir güçleri ne hayali ne de gerçektir. Belli koşullar sağlandığında kullanılmaları muhtemeldir ve ücretlendirme yöntemi, hekimlerin arzı, hastalara geri ödeme sistemi ve diğer kurumsal değişkenlerle ilgilidir. Özellikle, tıbbi faydayla ilgili büyük belirsizlik olduğunda daha önemli olabilirler. Hizmet karşılığı Ödeme ile ilgili diğer iki problem İse, "ücret sahtekarlığı" ve "girdi ikamesi"dir. Ücret sahtekarlığı, ücret tarifesinin hekim tarafından, gelirini maksimize etmek amacıyla kendi çıkarları lehine kullanılmasıdır. Satın alana eksik bilgi verilmesi, müzakere sürecinin, önyargılı ücret düzenlemesine yol açmasına ve bazı yöntemlerin diğerlerinden daha kazançlı olmasına neden olacaktır. Vajinal doğum ve sezeryanla doğumun görülme sıklığının karşılaştırılmasında, sezeryanın yüksek fiyatları doğum yöntemi seçiminde bir gösterge olabilir (275). Girdi ikamesi, hizmet karşılığı Ödeme sistemlerinde, hekimlerin diğer sağlık hizmeti sunucularını (Özellikle hemşireleri), eğer bu kişiler maaşlı veya kişi başı ödemelerle ücretlendiriliyorlarsa, görevlendirmemeleri gerektiğini önermektedir.

İLERİYE DÖNÜK ÖDEME SİSTEMLERİ

İleriye dönük ödeme sistemleri, hekimlere, harcamaları kontrol etmeye ve maliyet-etkin uygulamalar geliştirmeye yönelik teşvikler sunmaktadır. Kişi başı ödeme (payments per head), sunulan hizmet sayısı ile finansal ödül arasındaki bağlantıyı ayırır ve profesyonel tıbbi kararda minimum sapmayı sağlar (276). ABD'de yapılan araştırmalarda, önceden ödenmiş hizmetlerde, hizmet karşılığı ödeme sistemleriyle kıyaslandığında, hasta başına daha düşük harcama yapıldığı öne sürülmektedir (277). Tıbbi Çıktılar Çalışması'ndaki son çalışmalar da bu konuyu desteklemektedir (278). Bunlara ek olarak, bu sistemler, doktorlara koruyucu ölçülerin tanıtımı için teşvik verir ve uzmanların coğrafi açıdan daha iyi dağılımını sağlarlar.

Bunların aksine ileriye dönük ödeme sistemi, hizmet sunucularını, konsültasyon süresini azaltarak, fazla reçeteleme yaparak veya aşın sevk yoluyla birim ödeme aldıkları tedavinin değerini azaltmaya teşvik edebilmektedir. Ayrıca ileriye dönük ödeme sistemi düşük motivasyona (279) ve hastalara karşı nazik ve duyarlı davranışların azalmasına sebep olabilir. Bunlara ek olarak, hizmet sunucuların kar düzeyi düşük olacak daha hasta kişileri seçmemelerini teşvik eder.

Performansa Dayalı Ödeme Sistemlerine Yönelme

İleriye ve geriye dönük ödeme sistemleriyle ilgili olarak yukarıda değinilen noktalar, hiçbir sistemin ideal olmadığını ve ters etkilerin doktorların çalışma ortamını daha da kötü bir duruma sokabileceğini göstermektedir. Mantıksal açıdan bakıldığında, maliyet kontrolünü ve performans teşviklerini bir araya getiren karma bir ödeme sisteminin çözüm olacağı düşünülebilir.

Genellikle, "hizmet karşılığı ödeme" sistemindeki maliyet-sınırlaması ve "maaş-bazlı" sistemlerdeki düşük personel motivasyonu Avrupa ülkelerini, verimlilik, hasta tatmini ve maliyetler üzerinde yeterli kontrolü göz Önünde bulunduran, karma ödeme sistemleri uygulamaya itmiştir (2). Hekim ödemeleri sistemlerinde yapılan farklı reformlara bakıldığında, ortak bir teşhis söz konusudur: başlıca her iki ödeme biçimindeki (ileriye ve geriye dönük) olumsuz teşviklerin giderilmesi ihtiyacı. Her iki sistem için geçerli bu ikilem, oldukça uygun bir şekilde "dönüşüm sorunu" olarak adlandırılmaktadır: Hekimlerin mikro-düzeydeki mesleki davranışlarının makro-düzey maliyet kontrolünü sağlayabilmesi için sağlık hizmetlerindeki toplumsal koşullar nasıl şekillendirilmelidir? (281).

Ancak ülkelerin başlangıçtaki durumları arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Hizmet karşılığı ödemenin ağır bastığı açık uçlu bir sisteme sahip ülkeler, yaptıkları reformlarda makro düzeyde verimlilik hedeflerine Öncelik vermek zorunda kalmışlardır. Fakat, makro ve mikro düzey verimlilik hedeflerini bir araya getirmek için hekim düzeyinde ileriye ve geriye dönük sistemlerden oluşan karma ödeme sistemine doğru bir gelişmeden ziyade, bu ülkeler harcamaları kıstamak ya da kendilerine kolektif düzeyde makro düzey verimlilik sağlayabilecekleri hedefler koymak zorunda kalmışlardır. Bunun nedeni başlangıçtaki koşullardır: Hizmet karşılığı ödeme sistemi, yöneticilere karma ödeme sistemlerinin uygulanmasını mecbur kılmak konusunda pek olanak sağlamamaktadır. Müzakerelerden tek elde edebildikleri, hekimlerce yapılan harcamalara bir kısıtlama getirmek olabilmektedir. Aksine, maaş ya da kişi başına ödeme gibi kapalı sistemli ülkeler ise karma ödeme sistemlerine geçmeye başlayarak mikro-düzey verimlilik problemlerini çözmeye çalışmışlardır.

Öyleyse, zıt yönlerde doğru gibi görünen bir hareket, başlangıçta durumları farklı olsa bile, aslında makro ve mikro hedefleri birleştirmeyi amaçlayan aynı istekten ortaya çıkmıştır. Bir ölçüde, bunun çözümünün de ortak olacağı söylenebilir: performansla yakından bağlantılı koşulların gereğine göre düzenlenen teşvikler. Fakat ilk durum için, performansla teşvikler arasındaki ilişki terstir, yani iş hacmindeki artışa karşılık ücretlerdeki değişiklikler düşüş yönündedir. İkinci durumda ise, bu ilişki doğru orantılıdır.

Hizmet karşılığı Ödeme sistemi uygulayan ülkeler, makro ve mikro düzey hedefleri birleştirmek için, fiyat düzenlemeleri, hizmetlerin miktar ve kapsamında kontrol veya harcamalar üzerinde genel kısıtlamalar gibi bir takım tedbirler alma yoluna gitmişlerdir. Fransa ve Almanya gibi ülkeler bu düzenleyici mekanizmaların hekim davranışını değiştirmek için nasıl kullanılacağı konusunda örnekler sunmaktadırlar. Ücret ıskalalarında ayarlamalar (örneğin: bazı tanı-teşhis hizmetlerinin nispi değerlerinin değiştirilmesi); Fransa'da ki "tbbi referanslar" sistemi gibi hizmet protokollerinin uygulanması (bkz. 3. Bölüm, sf.83); ve yetkilendirme tarzının değiştirilmesi, örneğin belirli prosedürlerin gereğinden fazla kullanılması durumunda cezalandırmaya gidilmesi veya

hekimlere ilaç bütçeleri üzerinde yetki verilmesi. Buna ek olarak, bütçelerin sınırlandırılması ve hedef seviyelerin belirlenmesi genel maliyetlerin kontrolünde etkilidir.

1991'den beri, Fransız hükümeti, hekim harcamaları için geri ödeme yapılan açık uçlu sistemi, ileriye dönük bir sisteme dönüştürmeye çalışmaktadır (282). Harcamaların kısılması ile başlayan reform, harcama hedeflerinin belirlenmesine doğru yavaş yavaş ilerlemektedir.

1980'lerdeki fiyat kontrollerine ek olarak, harcama kontrollerini de uygulamaya sokan Avrupa ülkeleri arasında en gelişmiş yaklaşıma sahip olan Almanya'dır. Hekimlere, üzerinde mutabakata varılan ücretlerle ilgili bir tarife ve bölgedeki tüm hekimler için geçerli genel bütçe kısıtlamalarına bağlı olarak hizmet karşılığı ödeme yapılmaktadır. Ücret tarifi federal düzeyde belirlenen 2500 madde için bir puan tarifesinden ve bölgesel düzeyde puan başına fiyattan oluşmaktadır. Bölgesel bütçenin aşılması durumunda, puan başına fiyatta geriye dönük bir azalma yapılmaktadır.

Hizmet karşılığı ücret ödemelerine dayalı sistemlerde, harcamaların sınırlandırılması gibi negatif teşvikler uygulanmazsa makro-düzen hedeflere ulaşamaz. Bir çok durumda, bu zaman zaman adaletsiz ve verimsiz olabilecek kolektif bir bütçe sınırlaması manasına gelmektedir. Aslında, hastanelerin genel bütçe deneyimleriyle bir paralellik söz konusu olabilir: maliyetlerde bir tavan oluşturulması, maliyet-sınırlamasını sağlamakta, fakat, böyle bir düzenlemenin kalite ve mikro-düzenlemede hakkaniyet açısından ne gibi bir etkisi olacağı hakkında fazla bir şey bilinmemektedir.

İleriye dönük ödeme sistemlerine sahip ülkeler, mikro-düzen verimliliği ararken, doğrudan mali ödüller şeklinde yeni (*ex ante*), pozitif teşvikler de uygulamaktadırlar. Belirli bir davranış biçimini sağlamak amacıyla bu teşvikler mevcut Ödeme sistemlerine (kişi başına ya da maaş) ek olarak kullanılmaktadırlar. İngiltere'deki genel pratisyen ödemeleri, hekimlerin davranışını yönlendiren karma bir sistemin kullanılmasına iyi bir örnek teşkil etmektedir. Sosyo-ekonomik kayıpları telafi etmek üzere kişi başına ödemelerde artış sağlayan bir ayarlama ve koruyucu hizmetlerde belirli düzeyleri tutturmak amacıyla hedeflere yönelik olarak yapılan ödemeler etkili olmuş gibi görünmektedir.

Ancak, genelde, ekonomik teşviklerin sonucunu tahmin etmek güçtür. Mali teşviklerin uygulamasının beklenen sonuçları sağlayıp sağlamayacağı, ödeme sistemleri açısından başlangıçtaki durumuna, hekimlerin tercihlerine ve değişimin büyüklüğüne bağlıdır. Örneğin, 22 yıl içerisinde İngiltere'deki genel pratisyenlerin vizite ücretlerindeki değişimin ana sağlığı ve servikal sitoloji üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışma, reel ücretlerde yıllık bazda meydana gelen değişikliğin, bu hizmetlerin miktarını veya niceliğini etkilediği gibi bir sonuca ulaşmamıştır (283).

Çeşitli İskandinav ülkeleri de karma ödeme sistemlerini denemişlerdir. İsveç'deki bazı bölgeler maaş ve kişi başına ödeme mekanizmalarını birleştirmişlerdir; Finlandiya'da kişisel doktorlar %60 maaş, %20 kişi başına ödeme, %15 vizite ve %5 ödenek almaktadırlar; Norveç'te ise aile hekimleri %50 oranında kişi-başına-ödemeye, %30 vizite ve %20 oranında da hastalar tarafından ödenen katkı payı almaktadırlar. Bazı ülkeler ve özellikle de ABD'de bulunan "managed care" kuruluşlarındaki karma ödeme sistemlerine bakıldığında, bu tür sistemlerin etkileri halen yeterli olarak belgelenmemektedir (284-286).

Maaş veya kişi başına ödemeye dayalı sistemlerde, karma ödeme sistemleri uygun bir çözüm yolu olmakla birlikte ulaşılması kolay olmayan bir dengedir. İdeal karma hakkında kesin bir fikir birliğine varılamamıştır: toplam faaliyetin sadece küçük bir kısmı hizmet karşılığı ödeme sistemi altında yer alabilir. Gerçekte, Robinson tarafından da belirtildiği gibi (284);

İleriye dönük geri Ödemeye yönelik her hareket, düşük kalitede tedaviye, risk seçimine ve dağınıklığa ilişkin teşvikleri arttıracaktır. Geriye dönük ödemeye yönelik, her bedeli ödenen hareket, bilinçsiz maliyet uygulamaları için geleneksel teşvikleri canlandıracaktır. Karma ödeme mekanizmaları onları önermek için çok şeye sahiptir....fakat son yıllardaki deneyim, problemin tek başına ödeme mekanizmaları ile çözülemeyeceğini ileri sürmektedir.

Kullanım incelemesi ve seçilmiş sözleşme mekanizmaları örneklerinde olduğu gibi, fiyata bağlı olmayan teşvikler, daha İleri araştırmalar için ek yaklaşımlardır.

Sonuç

Hiçbir ödeme sistemi politik hedefleri karşılamamaktadır. Genellikle, makro ve mikro düzeydeki hedeflerin bir araya getirilmesinde, karma ödeme sistemi daha başarılı olmuştur. Ama, bir ödeme sistemi yeniden düzenleneceği zaman bir çok konunun da düşünülmesi gerekmektedir.

Karma ödeme sistemleri, daha fazla hedefe ulaşılmasını sağlamaktadır; fakat bir takım Ödünler kaçınılmaz olmakta ve daha açık bir şekilde ifade edilmeleri gerekmektedir. En zor ödünler karşılıklı kurum ilişkilerinden kaynaklanmaktadır. Bireysel ve toplumsal seçenekler arasındaki mücadeleyi buna örnek gösterebiliriz. Farklı hedef ve teşviklere bağlı olduğunda, doktorların hastaların isteklerine veya ödeme yapan üçüncü şahısların arzularına daha fazla ağırlık verme eğiliminde oldukları görülmektedir. Ödünün en kolay açıklaması hakkaniyet ve seçme özgürlüğü arasındadır. Fransa gibi ülkelerde bulunan hastalar bir uzmana danışmak için özgürlüklerinden yoksun kalmak istememektedirler. Bu seçimin tam ücreti, doktorların ve hastaların manevi zararlarını azaltıcı olan, geriye doğru çekilen kullanıcı bedellerini elde tutabilmektir. Bir başka ödün ise karma ödemelerin basitliği ve mükemmelliği arasında olmaktadır; karma ödeme sistemlerinin kullanım özgürlüğündeki artış, uygulamadaki karmaşıklıkla ortadan kaldırır.

Teşvikler, karar vericiler için memnuniyet verici özelliklere sahiptir. İlk olarak, teşvikler etkileyecekleri kişilerce istenilen davranışın yapıp yapılmaması durumunda ödüllendirme veya cezayı önleyerek kullanılabilir. İkinci olarak, teşvikler, sektörler arasındaki davranışların standart hale getirilmesini zorlaştırarak kendilerini koordine etmeyi başaramamaktadırlar. Üçüncü olarak, teşvikler, önceden tahmin edilemeyen veya hedeflenen sonuçlardan farklı sonuçlar doğurabilmektedirler. Son olarak, teşvikler izlenmeleri gerektiği için pahalıya mal olabilmektedir.

İnandırıcı olmak gerekirse, doktorların ödeme şeklini kapsayan politik seçeneklerin tüm amaçları karşılayamayacağı ve bazı amaçların, özellikle bazı grupların tercihlerinin, diğerlerine nazaran daha baskın olacağı şeklindedir. Bu yüzden de bu seçeneklerin açıkça ifade edilmesini sağlayacak meşru bir yol

bulmak gittikçe önem kazanmaya başlamıştır. Bunun yanı sıra, ödeme sistemleri arasındaki seçeneklerin, alınan kararlar üzerinde etkisi olduğunun da unutulmaması gerekmektedir. Örneğin, hizmet karşılığı ödemenin benimsenmesi, gelecekteki sistemin özelliklerini belirleyecektir: Maliyetleri sınırlamak için hedeflerin ve harcamaların kısıtlanması gerekebilir ve bunun için cepten ödeme yapmak kaçınılmaz olabilir. Bununla birlikte, bazı seçenekler diğer seçeneklere göre daha zor geri çevrilmektedir. Örneğin, sunulan hizmete göre yapılan ödemeden karma ödeme sistemine geçiş zor olmaktadır. Son olarak, ulusal çözümler, kültürel ve tarihi değerlerin, hareketlerin en önemli belirleyicisi olarak tanımlanmalıdır.

Sevki kontrol edici ve düzenleyici faaliyetler yürütmeyen ülkelerde, 3BSH'ler, uzmanlık gerektiren hizmetler sanki onların tamamlayıcısı gibi değil de BBSH'lerin yerine kullanılan hizmetlermiş gibi (özellikle kadın-doğum ve çocuk servisleri) bunlarla doğrudan bir rekabet içinde bulunmaktadırlar. Açıkça söylemek gerekirse, Ödeme sistemine getirilecek yeniliklerin, diğer sağlık hizmeti veren kuruluşlarla ilişkilerinde değişikliklere neden olarak yol gösterici olması gerekmektedir. Buna benzer olarak, istenilen özelliklerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Örneğin, bazı hasta gruplarında ahlaki tehlikenin fazla olduğu Fransa gibi bir ülkede, istekler göz önünde bulundurulmadan, harcamaların kısıtlanmasının çok zor olduğuna inanılmaktadır.

Son olarak, ödeme sisteminin doktorların davranışlarını etkileyen faktörlerden sadece bir tanesi olduğunu vurgulamak gerekmektedir. Tıbbi etik standardı, ileri eğitime geçiş, mesleki prestij ve standart yapısı, yöresel yaş grupları, Çeşitli taahhütler ve doktorların beklentileri diğer faktörlerdir. Eğer uzmanların beklentilerini düşünürsek, bir uzmana eğer diğer benzer meslek sahiplerinden az ödeme yapılıyorsa, bu durum, uzmanın gelirini yükseltmek için önüne geçen fırsatları değerlendirmesine yol açar. Son olarak ideal ödeme sisteminin var olmadığını söylemek gerekir. "Herhangi bir ödeme sisteminde, bir doktorun ahlaki ve sosyal İnancı her şeyden önemli olmaktadır. Eğer bu inançlar düşük ise, mali bakımdan olumlu gelişmeler bile doktorların konumunu değiştirmez."

HASTANELERE YAPILAN ÖDEMELER

Birçok gelişmiş ülkede, akut hastanelere yapılan harcamalar önemli yer tutmaktadır. Birçok ülkede sağlık hizmetleri üzerindeki ekonomik baskılar sistemin gelişmesi için önemliyken, bu baskılara katkıda bulunan ek faktörler, teknoloji, hizmetler ve hastaların artan beklentilerden oluşmaktadır. Bu faktörler de hastane sisteminde birçok reform stratejisinin oluşmasına sebep olmuştur. (Bölüm 6'da tekrar üzerinde durulacaktır.) Bu bölüm, Avrupa Bölgesi'ndeki akut hastane hizmetlerinin ödeme mekanizmaları üzerinde duracaktır.

Bireysel uzmanların ödemeleri de hastanelerin çeşitli kilit konulan arasına girmektedir. Hastane çalışanları doktorlar gibi geriye dönük Ödeme alırlar - Yaptığı şeylerin listedeki fiyatlara yönelik olarak ödenmesi (sunulan hizmete göre yapılan ödeme), bunun yanında hasta günleri (yani gün başına hastanın ödediği para) veya tedavi ettiği hasta - (tedavi sonrası ödeme). Genel bütçeden hastanelere ayrılan paradan da belli bir süre için ileriye dönük ödeme yapılmaktadır. Bütçeler, geçmiş harcama modelleri, hizmet sunumunun gerçek maliyetleri, kapsadığı nüfus ve sunulan hizmet miktarına (hastanede kalış süre-

sinin ölçümü ya da vakaların bir arada görülmesi ve miktarı) bağlı olarak düzenlenmektedir.

16 Avrupa ülkesindeki akut yataklı tedavi hastane hizmetleri için geçerli olan finansman ve ödeme yaklaşımları Tablo 15'te özetlenmektedir. Hastane hizmetlerindeki ödeme yaklaşımları çeşitleri ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Tablo 15, hastane ödeme yaklaşımlarının iki geniş kategoriye ayrıldığını göstermektedir; ileriye dönük bütçeleme ve hizmete dayalı ödeme. Bu iki kategori arasında da ayrıca farklılıklar olduğu görülecektir. Çünkü ülkeler bu yaygın yaklaşımlar içerisinde herhangi birinde sisteme özel ayarlamalar yapabilirler. Bu bölümde Avrupa ülkeleri arasındaki uygulama ve kullanım sistemleri gözden geçirilerek ileriye dönük bütçeleme ve hizmete dayalı ödemeler için bir seri uygulama yapılmaktadır.

İleriye Dönük Bütçeleme

İleriye dönük bütçeleme her ülkede aynı şekilde gerçekleştirilmediğinden bu yaklaşımın birçok ortak özelliği bulunmaktadır: hizmet sunumu için ödeme düzeylerinin önceden belirlenmiş olması, belirlenen zamanda ödemelerin yapılması ve zaman ve bütçe ayarlamalarının hizmeti yürütenler tarafından ileriye dönük olarak yapılması.

Tablo 15'de görüldüğü üzere, ileriye dönük bütçelemenin diğer finansman kaynakları ile bir ilişkisi yoktur. Fransa, Almanya ve Hollanda'da sosyal sigorta daha yaygınken, Danimarka ve Norveç'teki sağlık sistemlerinde merkezi olmayan vergi sistemine göre, İrlanda, İtalya ve Polonya gibi ülkelerde ise merkezi vergi sistemine göre finansman sağlanmaktadır. Bu ülkeleri birbirinden ayıran bir faktör, hastane faaliyetleri için ileriye dönük bütçede bir ayarlama yapılıp yapılmadığıdır.

İLERİYE DÖNÜK BÜTÇELEMEDE GELENEKSEL YAKLAŞIM

Danimarka ve Polonya ileriye dönük bütçelemeye daha geleneksel bir biçimde yaklaşmaktadırlar (Tablo 15). Danimarka hastanelerindeki ileriye dönük genel bütçe maaş ayarlaması veya ücret artışı, hizmet özellikleri ve planlanmış verimlilik geliştirmeleri geçmişe dayalı olarak yapılmaktadır. Bazı yorumculara göre, genel bütçenin bölge kurulları tarafından kullanılması, Danimarka hastane sektörünün başarıyla masrafları kontrol etmesinin üstesinden geldiğini göstermektedir. Seçmeli hizmetler için bekleme zamanı sorunu ortadan kaldırılırken, geleneksel yaklaşımda daha fazla esnekliğe gerek duyulmaktadır. 1994 yılında, seçilmiş cerrahi müdahaleler için bekleme zamanını azaltmak amacıyla "serbest hastane seçimi" modelinin başlatılması, hastaneleri hastaların ihtiyaçlarına karşı daha duyarlı hale getirmiştir. Bunun yanında, hastanelerdeki bekleme zamanını azaltmak için, hizmetlerin ihtiyacı olan finansmanın sağlanması hastaneler arasında rekabet oluşturmuştur. Hastalar oturdukları bölgelerin dışında tedavi edildiklerinde, ödeme iki bölgenin kurulu arasında hizmet karşılığı veya günlük bazda müzakere edilmektedir.

Polonya'da hastane hizmetleri vergilerden elde edilen gelirlerle finanse edilirken, 1994 yılında basılan "Sağlık İçin Strateji" (Strategy of Health) adlı bir politika dokümanı sağlık hizmetleri ödemelerinde karma sigorta bütçesi sistemi başlatılmasını desteklemektedir. Geçmişe dayalı tahsis edilen kaynaklar, *voyvodlar* taşrada, yıllık bütçe, ödenen ve ödenmeyen harcamalar olarak ikiye

Tablo 15. Avrupa Bölgesinde seçilen ülkelerde ki yataklı hasta servislerini daha iyi bir hale getirmek için sermaye ve hastane operasyon harcamalarına ödenek sağlanması için önde gelen yaklaşımlar

Ülkeler	Finansman Kaynağı	Operasyon Harcamalarına Gerekli Yaklaşımlar	
		İleriye Dönük Bütçe Ödemesi	Hizmete Dayalı Finansman
Avusturya	Sosyal sigorta finansmanı		Sağlık Bakanlığının toplam sübvansiyonu ile yatış süresine dayalı sosyal sigorta finansmanı
Danimarka	Desantralize, vergiye dayalı finansman	İleriye Dönük genel bütçeleme	
Finlandiya	Desantralize, vergiye dayalı finansman		Belediye tarafından hizmete dayalı geriödeme
Fransa	Sosyal sigorta finansmanı	İleriye Dönük genel bütçeleme	
Almanya	Sosyal sigorta finansmanı	İleriye esnek bütçeleme	
Macaristan	Sosyal sigorta finansmanı		Taniya dayalı grupları (DRG) baz alan performansa dayalı ödeme sistemi
İrlanda	Merkezi, vergiye dayalı finansman	İleriye dönük genel bütçeleme	
İtalya	Merkezi, vergiye dayalı finansman	Taniya dayalı grupları (DRG) baz alan gümrük vergilerini içeren ileriye dönük genel bütçeleme	

Tablo 15 (Devamı)

Ülkeler	Finansman Kaynağı	Operasyon Harcamalarına Gerekli Yaklaşımlar	
		İleriye Dönük Bütçe Ödemesi	Hizmete Dayalı Finansman
Letonya	Vergi	İleriye dönük bütçeleme	Günlük ödeme ve hizmete dayalı ödeme
Hollanda	Sosyal Sigorta Finansman	Kısmen faaliyete dayalı ileriye dönük fonksiyonel bütçeleme	
Norveç	Desantralize, vergiye dayalı finansman	İleriye dönük genel bütçeleme	
Polonya	Vergi	Yıllık genel bütçe	
Slovakya	Ulusal sağlık sigortası	Yatak başına günlük ödeme	
Slovenya	Zorunlu sağlık sigortası	Yatak başına ödeme ile hizmete dayalı finansmanı içine alan sözleşmelere dayalı, yıllık ileriye dönük finansman	
İsveç	Desantralize, vergiye dayalı finansman	Faaliyete dayalı ödemeyle birleştirilmiş ileriye dönük departman bütçelemesi	
İngiltere	Merkezi, vergiye dayalı finansman		Hizmet alıcı ve sunucu arasındaki sözleşmelerle belirlenen faaliyete dayalı ödeme

ayrılmaktadır, *voyvodlar* seviyesine ayrılan ödenek belli olduğu için, bu yetki fonların iç dağıtımını sağlamaktadır. Kadro seviyesinde ve geleneksel yaklaşımdaki değişiklikler sınırlıdır; ancak verimliliği artırmak ve kaynakları daha gerekli yerlere yönleltmek amacıyla farklı kaynak tahsisi metotlarını uygulamaya yönelik girişimler olmuştur. Kaynak ayrılmasının alternatif modellerini denemekte olan bir *voyvod* 1994 ve 1995 yılları içerisinde hasta sayılarına ve uzmanlık gerektiren tedavilerin maliyetine dayalı olarak hastanelere ödenmemiş harcamaların tahsisini yapmıştır. Bu bir öneri olarak düşünülmüştür: *voyvod*, hizmetlerin sunumundan sorumlu olan otoritenin bütçe kontrolünü elinde tutması ve en uygun ücretle hastane hizmetleri satın almasını sağlayacak öneriyi göz önünde bulundurmaktadır.

Polonya ve Danimarka'da, ileriye dönük bütçeleme doğrultusundaki geleneksel yaklaşımlar sonucunda edinilen deneyimler, bu metodun kaynakların tahsisi ve maliyet sınırlaması amaçlarını yeterli derecede yerine getirmesine karşın; daha geniş amaçları gerçekleştirmek için daha fazla esnekliğe ihtiyacı olduğunu belirtmektedir. Özellikle, tarihsel harcamaya dayanan sistemlerde verimliliğin ölçülmesi zor olmaktadır. Değişikliklere yardımcı olmak için gerekli teşviklerin önerilmesi potansiyeli, örneğin bekleme listelerinin azaltılması, sınırlı bulunmuştur. Hastane finansmanı için ileriye dönük bütçelemeye geleneksel yaklaşım desteğinin verilmesi sürdürülürken,, Danimarka ve Polonya'nın bazı bölgelerinde daha kapsamlı sağlık politikaları amaçlarına ulaşabilmek için bu modelin daha esnek bir ödeme modeline entegre edilmesi ihtiyacı fark edilmiştir.

FAALİYETE AYARLI İLERİYE DÖNÜK BÜTÇELEME

Geleneksel olarak, sözleşmeye dayalı sosyal sigorta sisteminde, hastanelere tüm işletme maliyetlerini kapsayan günlük oranlarda geri ödemeler yapılmakta, bazen de hekimlere yapılan ödemeler bunun dışında tutulmakta idi. Entegre sistemlerde (vergiye dayalı ulusal sağlık sistemi), hastanelere kendi işletme maliyetlerini karşılamak üzere yıllık bir bütçe verilmişti. Bu bütçe de genellikle geleneksel artış sistemine dayalı olarak hazırlanmaktaydı. Bu sistemlerin hiçbirisi verimli hizmet sunucu desteği sağlamıyordu. Yatak günlerine dayalı açık uçlu geri ödeme sistemlerinde, hastane hizmet sunucuları gelirlerini arttırmak amacıyla hastaların yatış sürelerini uzatmaktaydılar. Buna benzer olarak, herhangi bir faaliyet veya performans ölçümü olmayan tarihsel bütçelerde, daha hızlı şekilde hastaların tedavisi ve daha kısa süreli hastanede kalış için teşvikler bulunmamaktaydı; bu da devir artışı durumunda harcamaların artması riskini yaratmaktaydı. 1980 ve 1990 yıllarında, Batı Avrupa'da örneğin Fransa ve Almanya'da bulunan sözleşmeye dayalı sistemler, yatış günleri ve vakalar gibi hastane faaliyetleri için bir takım ölçütler içeren ileriye dönük genel bütçeleme sistemlerini benimsemişlerdir. Bu durumun da maliyetlerin sınırlanmasında önemli bir etkisi olmuştur.

Fransa ve Almanya, faaliyete göre ayarlanan ileriye dönük bütçeleme başlatılmasına yönelik farklı yaklaşımlarda bulunmuştur. Her iki ülkede sosyal sigorta sistemleri olduğundan, geniş çeşitlilikteki kurumsal çevrelerde uygulanmak üzere ayarlama yapılan bütçeleme modeli kullanılmalıdır. Bu sistemlerde mevcut olabilecek kurumsal düzeyde daha Özerk olabilme potansiyeli, bu

düzeyde kaynak yayılmasına doğru yaklaşımlarda daha fazla yenilik yapılmasını kolaylaştırabilecektir.

Fransa'da, kamu sektörüne bağlı kamu hastaneleri ve kar amacı gütmeyen özel hastanelere 1984-1985 yıllarından bu yana ileriye dönük genel bütçelemeye dayalı Ödemeler yapılmıştır. Bu sistemde, hastanelere hastalık fonlarıyla desteklenecek harcama oranlarına dayalı yıllık genel tahsisat yapılır. Bütçeler geçmiş harcama seviyelerine baz alınarak oluşturulur ve hastanenin operasyonel harcamalarını karşılamayı amaçlar., Hastaneler farklı sigortacılar tarafından kapsam altında olan hastaları tedavi ettikleri için, her sigortacı için gereken bütçe paylaşımı, sigortacının hizmet bölgesindeki kullanılan hastanede kalış süresine göre belirlenmektedir. Genel bütçenin tahsisinin belirlenmesi süreci, hastane, denetleme otoriteleri ve hastalık fonları arasında kapsamlı müzakereleri içerir. Yıllık çalışma sürecinin bir parçası olan bu müzakerelerde, sağlık, bütçe ve ekonomiyle ilgili bakanlıklarca merkezi olarak ayarlanan ortalama bir artış oranı uygulanabilmektedir. Devlet hastanelerinin harcamalarının %90'ı, genel bütçe tahsisi ile karşılanmakta olup, kalanı da hastalardan alınan ödemelerle sağlanmaktadır.

Hizmetlere ödeme yapmaya yönelik yaklaşımın iyileştirilmesi ile hastane sektörünün bütünü oluşturan bileşenleri arasında daha fazla entegrasyon ve dayanışma ihtiyacının kabul edilmesi, 1991'de yürürlüğe giren hastane sektörü reformu için temel platformlar oluşturmuştur. Bu kanunun yürürlüğe konmasını takiben, bütçesel süreç, hızı, esnekliği ve verimliliğinin artırılması ile ilgili detaylı bir incelemeye tabi tutulmuştur. Bununla birlikte, mali yıl süresince genel bütçenin revize edilmesini sağlayacak hükümler oluşturulmuştur; bunun amacı tıbbi faaliyetlerin kabul edilmiş Ölçümlerine dayalı olarak değerlendirilen miktar değişikliklerini yansıtmaktır (290). Bu reformun bir parçası olarak, Fransa'da *groupes homogenes de malades* diye bilinen tanıya dayalı gruplar baz alınarak yapılan ödemelerde ücrete dayalı bir yaklaşımı sınavan birtakım deneyler de belirli sayıdaki hastanelerde yürütülmektedir. Fransa'da Hastane sektörü reformunun devam eden sürecinin bir parçası olarak, bütçeleme amaçları için İş yükünün standardize edilmiş ölçümünün uygulanması ile daha verimli ve iyileştirilmiş performans hedeflerinin sürdürülmesine devam edilmesi beklenmektedir.

1985 yılında Almanya'da "esnek" ileriye dönük bütçeleme sisteminin uygulamaları başlatılmıştır. Bu yöntemle verimli çalıştığı belirlenen hastanelerin tüm maliyetlerinin karşılanması sınırlandırılacaktır. Bütçe müzakereleri, bireysel hastaneler, kamu hastalık fonlarının bölgesel demekleri ve özel sağlık sigorta kuruluşları arasında yapılmaktadır. Müzakereler, hastanelerin sunmayı planladığı hizmetler ve bunlarla ilgili maliyetler üzerinde yapılmaktadır. Aynı zamanda, ileriye dönük günlük ücretlere ve hastane bütçelerinde karar kılınmıştır. Esnek bir bütçeleme sisteminde, bir hastane, beklenenden daha az sayıda yatılan gün belirtse de, bir sonraki bütçe müzakeresinde, bu kayıp günler için günlük ücretin %75'ini alacaktır. Planlanmış yatılan gün seviyelerinin üzerinde hizmet sunan, hastanelerden bu ek günlük ücretlerinin %75'ini iade etmeleri beklenmektedir.

1993'teki sağlık sektörü kanunu, 1993 ve 1995 yılları arasında bireysel hastane bütçelerinin artışı üzerinde gelire yönelik bir politika uygulamasını getirmiştir. 1992 yılının bütçesi temel alınarak, bütçe artışları hastalık fonları

gelirlerinin artış hızıyla sınırlandırılmıştır. 1985 öncesinde uygulanan esnek bütçe mekanizması 1996 yılından sonra geri getirilecektir (291). İleriye dönük bütçeleme daha fazla sayıda hastane hizmetlerini kapsamına almaya devam ederken, mevzuatta yer alan diğer ödeme şekillerinde büyük rol sahibi olmuştur. Bu ödeme şekillerine hastane bölümlerindeki günlük özel oranlar, pahalı hizmetler için özel ücretler, bir defada ödemeye dayanan vaka ücretlerini örnek olarak gösterebiliriz.

1993 mevzuatı²¹ sağlık harcamaları konularından öteye geçen, ilk büyük reformdur. Çünkü bu mevzuat, günlük ödeme sistemindeki olumsuzluklar devam etmekle birlikte sağlık sisteminin temel yapısını gözden geçirmektedir. Sağlık sektörü mevzuatı önemli bir kökten reforma doğru ilerlemektedir. Bunu yapmak için de; bütçeleme sürecinin kuvvetlendirilmesi, gelirlerin artırılması için bağlantıların geliştirilmesi ve performansa dayalı finansal mekanizmaların genişletilmesi ihtiyaçlarına karşılık verilmesi gerekmektedir (291).

İleriye dönük sağlık sistemlerinde süregelen reformlarla birlikte, Fransa ve Almanya akut hastane hizmetlerine yaptığı ödemelerde ileriye dönük bütçelendirmeyi kullanmayı tercih etmişlerdir. Kullanılan bütçe modellerinde farklılıklar olmasına rağmen, faaliyetler için bazı ayarlamalar yapılmıştır. Her iki ülke de, hastane sistemlerindeki esneklik, etkililik ve performansa dayalı teşviklerin artırılması amacıyla mevcut ödeme sistemlerinin geliştirilmesi ihtiyacının farkına varmışlardır.

KARMA-VAKA-AYARLI İLERİYE DÖNÜK BÜTÇELEME

Karma vaka ayarlı ileriye dönük bütçeleme modellerinin bazı türlerinde hastane faaliyetlerindeki farklılıklar ve bunun Önemi göz önünde bulundurulabilmektedir. Tablo 15'te de görüldüğü gibi, İrlanda, İtalya ve Norveç hastane sistemleri bu bütçeleme yaklaşımını ele almıştır. Bu ülkelerin belirli stratejilerine bakıldığında, her üç ülke de benzer bütçe ödenekleri seçmiş olmasına rağmen, uygulamada kabul edilmiş yaklaşımların ülkelere göre farklılık göstermesi ilginç bir durumdur.

İrlanda'da 1993'ten beri, karma vaka ayarlaması içeren bir genel bütçe çerçevesi, akut hastane hizmetleri sunumundan sorumlu büyük hastanelere ve bölgesel sağlık kurullarına kaynak tahsis edilmesi için kullanılmıştır. Bu modelde, hastaneler, Öğretim statüsüne göre sınıflandırılmakta ve teşhise dayalı grup sistemi kullanılarak, karma vakalı hastanelerin göreceli maliyetleri tahmin edilmektedir. Bu bağlamda, göreceli maliyet, göreceli verimlilik olarak düşünülmektedir. Hastane bütçesinin kararlaştırılmış oranı karma vaka ayarlamasına dayalı olarak belirlenmiştir. Bunlar referans grubu içindeki diğerleri ile ilişki içinde olan hastanelerin verimliliğine dayanarak negatif veya pozitif olabilir. Bu süreç sonunda hastane, fazladan kazandığı fonları kendi isteği doğrultusunda kullanabilir.

İrlanda yaklaşımı, sağlık hizmetleri ödemesinin tarife bazında değiştirilmesinin önerildiği İtalya 1995 reformlarıyla bir çelişki içindedir(293). Hastane hizmetlerinde, teşhise dayalı grupları baz alan tarifeler daha önce belirlemiş bütçe

²¹ Almanya'da maliyet sınırlaması 1970'lerin ortalarından itibaren çok önemli bir siyasi konu olmuştur. Yaklaşık 60 maliyet sınırlaması Önlemi 1989'a kadar ki dönemde sekiz yasada yer almıştır.

sınırlamalarıyla birlikte ileriye dönük bir temelde düzenlenir, fakat bölgelere bu tarife sisteminin nasıl uygulanacağına dair bazı yetkiler bırakılmıştır. Bu, bölge tercihlerinin hizmet karşılığı ödemeye dayalı bir sistemden, tarifelerin sadece sınır ötesi hareketlerin telafisinin sağlanması için kullanıldığı bir sistem arasında değişiklik gösterebileceği anlamına gelir. Burada amaçlanan, verilen hizmetin kalitesine ve miktarına bağlı olarak hastanelere finansman sağlanmasıdır. Artan verimlilik için gerekli diğer bir teşvik ise, yerel birimlerin bütçe fazlalığını elinde tutması, bölge ile kararlaştırılmış amaçlara uygun olarak harcanması önerisidir.

Norveç'te 1980'de nüfusa dayalı genel bütçeleme yaklaşımının başlatılmasına kadar, hastane hizmetleri Ödemeleri sabit bağış sistemine dayanmaktaydı. Bekleme listeleri ve hastane verimliliğine yönelik politik endişeler, 1990'larda reformların başlatılması için itici bir güç oluşturmuştur. Bu problemlere Örgütsel bir cevap düşünüldüğünde daha esnek ve teşvike dayalı bir sistemin gerekli olduğu ortaya çıkmıştır. 1991'de pilot başlatılan ve 1993 yılına kadar uzatılan pilot projede bağışa dayalı ödeme sistemi ile teşhise dayalı ödeme sisteminin birleştirilmesi denenmiştir. Bu projenin en önemli sonucu; hastane maliyetleri kalitesi ve sonuç çıktılarının varlığında bir gelişme sağlanması ve bunların hizmet ödemeleri ile birleştirilmesidir (294).

Norveç'in hastane ödemelerine karma vaka yaklaşımı tecrübesine rağmen, hastane harcamaları üzerindeki kontrollerin eksikliği hala bir problem olmaya devam etmektedir. Hastanelerde harcama sınırlarının aşılmasını sağlayacak genel bir izleme veya kontrol programı olmadığı için hala bazı ülkelerde bütçe açıkları bulunmaktadır. Bununla birlikte, artan bir şekilde pek çok bölgede görülen hastane bütçe açıkları bir sonraki yılın bütçesinden kesintiler yapılmasıyla sonuçlanmaktadır. Bu önlemler kısa vadede harcama kontrolleri yapılmasında etkili olmasına rağmen, artan verimliliğin İşlevsellik kazanması için gerekli teşviklerin uygulanmasına başlanılmasından önce hastane hizmetleri Ödemeleriyle ilgili köklü bir reform yapılması gerekmektedir.

Karma vaka ayarlı hastane finansmanı tercihinde İrlanda, İtalya ve Norveç'te teşhise dayalı grup sistemi bir ölçü olarak alınmıştır. 1990'ların başında bu ülkeler hastane ödeme sistemleriyle ilgili reform yapılması yoluna gitmişlerdir. Uygulaması başlatılan reform türleri üzerinde verimlilik ve üretkenlik konuları önemli bir etkiye sahip olmuştur. Artan verimliliğin en iyi, kaynak kullanımının hizmet üretimi ile doğrudan ilişkili olduğu durumlarda değerlendirilmesi, ödeme modelinin seçiminde önemli bir faktör olmuştur. Doğru bir şekilde karma vaka ölçülerinin uygulanması, hem verimlilik Ölçümelerini kolaylaştırmakta hem de hizmetlerin sunulmasında olumlu teşvikler sunmaktadır.

Hizmete dayalı ödeme şekli

"Hizmete dayalı ödeme" gibi jenerik bir teriminin kullanılması, bu genel kategoride yer alan ülkeler arasında hastane hizmetleri ödemesi yaklaşımlarıyla ilgili önemli farklılıklar olduğu gerçeğinin saklanması için verilmemelidir. Bu farklılık, benimsenen yöntemler arasındaki ortak özelliklerin tanımlanmasını zorlaştırmaktadır.

Bu sistemde, temel yaklaşım ödemenin hizmet miktarına bağlı olmasıdır. Böylelikle toplam yatırım düzeyi ve kapsanacak dönem açık uçlu olabilir. Belirli hizmetlerle kaynakların ilişkilendirilmesi, ölçümün ve teknik verimliliğin artırıl-

ması için potansiyeli geliştirebilir. Örneğin, hizmetler tek tek ücretlendirilirse, bu mekanizma tarama veya tedavinin alternatif yollarının kullanımı gibi Özel hizmet türlerinin sunumunda teşvikler sağlayabilir. Öte yandan bu sistemlerin açık uçlu yapısı, maliyet sınırlaması üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir.

Bu kategorideki ülkeler arasında hizmete dayalı ödeme sistemlerinde geniş ayrılıklar bulunmaktadır. Örneğin, bazı ülkeler açık uçlu sistemlerin yol açtığı sorunların belirlenmesinde bir yol olarak artan oranlarda sözleşme yapılmasını görebilirler. Sözleşmeler Öngörülen hizmet miktarı veya türüne ve/veya fiyatına ve/veya kapsadığı döneme dayalı olabileceğinden, yatırımlar üzerinde sınırlama koymak için bazı fırsatlar bulunmaktadır. Ancak sözleşmeye dayalı sistemler bilgi sistemleri üzerinde ağır taleplerde bulunur, ve böylece bu sistemde önemli idari kaynakların geliştirilmesi, uygulanması, İdaresi ve izlenmesini gerekmektedir. Bu yüzden sözleşme sistemleri bütçeleme sistemlerine göre büyük farklılıklar göstermektedir. Sözleşmeler daha çok kurumsaldır ve hizmet satın alanlarla hizmet sunucular arasındaki müzakerelerin sonuçlarını yansıtır. Sözleşme sisteminin ayrıntıları bu bölümün başında yer almaktadır. Hizmette dayalı ödeme sistemlerini benimsemiş ülkelerin yaklaşımları Tablo 15'te özetlenmiş ve burada da kısaca incelenmiştir.

Avusturya'da hastane ödemeleri ortalama kalış süresine dayanmaktadır. Bunun yanı sıra, Sağlık Bakanlığı hastanelere toplu sübvansiyonlar sağlamakta bu da yatak sayısına, sunulan özel hizmet oranına ve ileriye yönelik açıklara göre belirlenmektedir. Teoride, işletme maliyetlerindeki açık hastane tarafından desteklenmelidir, gerçekte, "hastane hiçbir zaman zarar etmez ve zarar etmesi durumunda da herhangi bir yaptırım bulunmamaktadır" (295). Avusturya'daki hastane maliyetlerinin artışı pek de şaşırtıcı değildir, kalış süresine dayalı hizmetlerin finansmanının olumsuz teşviklerle birleşmesi ve maliyet kontrolleri teşviklerinin bulunmaması bu artışlara yol açar. Sağlık Bakanlığı bu tarz bir geçmişe karşılık, hastane hizmetlerinin finansmanı için yeni düzenleyici mekanizmalar geliştirilmesinin önemini kavramıştır. Bu hedefin sürdürülmesi doğrultusunda, Avusturya hastane hizmetleri için planlanmış bir piyasa oluşturulabileceği tahmin edilmektedir (295). Şu anda, Başka bir metot olarak teşhise dayalı grup sınıflandırma sistemini temel alan alternatif bir hastane finansmanı modeli geliştirilmektedir (295).

1994 yılında, Letonya sunulan hizmete dayalı hastane ödeme sistemi benimsemiştir. Hastanelere günlük ücrete ve sunulan hizmete dayalı ödeme yapıldığı için karma bir sistem kullanılmaktadır. Yerel hastalık fonları ve hastane yönetimi, yerel mali kaynaklara dayanarak hizmet alanları ve ödeme oranları üzerinde anlaşma sağlarlar. Devlet sponsorluğundaki uzman tedavi merkezleri ve devlet hastaneleri, kısmen Devlet Hastalık Fonları (temel teminat paketi için) kısmen de Sağlık Bakanlığı (özel programlar için) tarafından finanse edilirler. Bu finansman reformlarının başlatılmasıyla birlikte hastane yönetimi, personelin ve sunulan hizmetlerin kategorilerini ve miktarlarını belirlemek konusunda daha fazla özgürlüğe sahip olmuştur.

Slovakya'da 1993 yılında, Ulusal Sağlık Sigortası Şirketi'nin kurulmasıyla hastanelere hastane türlerine göre belirlenen günlük yatak ücreti bedellerine dayalı ödeme yapılmaktadır. Ücretler, bütün hizmet ve harcamaları kapsamakta ve tedavi türüne göre farklılık göstermemektedir. Sunulan hizmet çeşidine bağlı olarak sabit ücret uygulamaları bir hastane için olumlu veya olumsuz

olabilir. Bu sistem maliyet sınırlaması girişimlerini desteklememiştir. Teşhisle ilgili gruplara dayalı bir sistemin 6 hastanede deneysel olarak uygulaması başlatılmıştır.

Avusturya, Letonya ve Slovakya'daki hastane hizmetleri günlük yatak ücretlerine dayalı olarak veya hizmete göre ödemelerle finanse edilirken ek veya alternatif yaklaşımların her sistemde göz önünde bulundurulmakta veya denenmektedir. Maliyet sınırlamasıyla ilgili karşılaşılan sorunlar ele alındığında, her durum için sağlık kuruluşlarının daha fazla özerkliğe kavuşturulmasıyla beraber sisteme bazı kısıtlamalar getirilmeye çalışılmıştır.

Bu problemlere bağlı olarak bazı ülkeler, hastane ödemelerinde sözleşmeye dayalı sistemlere geçiş yapmaktadır. Örnek olarak Finlandiya, bu amaca yönelik önemli ilerlemeler kaydetmiştir. 1993'ten önce Finlandiya'da hastane hizmetleri için yapılan ödemeler kalış süresine bağlı iken belediyeler, hastaneler tarafından yatış süresinin ortalama ücretine bağlı olarak, faturalandırılmıştır. Devlet finansmanı ve hasta ücretleri için gerekli kaynak ayrıldıktan sonra hastane masraflarının geri kalan kısmı belediyeler tarafından sorgusuzca karşılanmıştır. 1993'te başlayan yeni yaklaşım, elverişsiz bir ekonomik ortamda maliyet-sınırlamasına olan ihtiyaç ve belediye hizmetlerinin verimini artırma isteğinden etkilenmiştir. Bu sistemde, sağlığı da içeren belediye hizmetleri için yapılan devlet sübvansiyonu, nüfusun yaş yapısını, finansal yeterliliğini, ölüm oranını, nüfus yoğunluğunu ve kapsadığı alanının yüzölçümünü hesaba katan bir formüle dayanmaktadır (296). Devlet yardımı, artık doğrudan hastanelere gitmemekte, bunun yerine belediyeler, bunları yerel fonlarla birleştirerek hastanelerden hizmet satın almaktadırlar.

Finlandiya'daki hastane bölgeleri, belediyelerle hizmet ödemeleri için yapılan anlaşma tiplerine göre farklılık göstermektedir. Bazı hastane bölgeleri ileriye dönük ödeme türleri kullanırken, çoğu bölge belediyeleri, sunulan hizmetlerde uzmanlığa özgü ücrete dayanarak faturalandırmaktadır. Hastane ve belediyelerin, belirli süre için sunulacak hizmetlerin fiyat ve miktarlarını belirleyen sözleşmeler yaptıkları pilot projeler yürürlüğe konulmak üzeredir. Birçok hastane bölgesi, belediyelerle bir gelir eşitlemesi sistemi konusunda anlaşma sağlamış ve bu kapsamda da, belirli bazı hastaların yüksek tedavi masraflarının, bölgedeki belediyeler arasında paylaşılmasını kararlaştırılmıştır. Son olarak, hastanelerdeki bütçe açığının belediyelerce karşılanacağı bir bütçe açığı ödeme şekli üzerinde anlaşmaya varılmıştır. Ancak bu uygulama şu anda incelenmektedir ve açıklar bir sonraki yılın ödemesiyle karşılanabilir. Sistemin maliyet sınırlamasını geliştirmek ve verimini artırmak amacıyla, Finlandiya'da hastane finansmanı gözden geçirilmeye devam edilecektir.

Sözleşmeye dayalı ödeme sistemlerini benimsemiş diğer iki ülke Slovenya ve İngiltere'dir. İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri reformlarının en önemli sonucu, hastane hizmetlerinin ödenmesinde, bütçeleme sisteminden bir sözleşme sistemine geçilmesi olmuştur.

İngiliz sözleşme sisteminin önemli bir amacı, hastane hizmetlerinde satın alanı ve hizmet sunanı birbirinden ayırmaktır. Her seferinde, satın alanın temsilcisiyle, fiyat ve kalite hizmeti konusunda yapılan anlaşmalar dahilinde, hastanenin hizmet sunucu rolünü yerine getirmesine rağmen, bu yeni ilişkinin tanımlanabileceği bir kaç yol vardır. Sağlık otoriteleri, hastane hizmetlerinde alıcı temsilcisi gibi davranmakta ve tayin edilmiş hizmet sunucularla maliyetleri

belirlenmiş hizmetler için, blok maliyet-miktar veya vaka başı maliyet sözleşmeleri yapmaktadırlar. Tüm hastaneler, doğrudan yönetilen organizasyonlardan bağımsız tröstlere dönüştürülmüşlerdir (297). Tröstlerin, sözleşmelerden elde edilen gelirlerle çalışması yasal bir görevdir. Sözleşmeler hazırlanırken, fiyatlar ortalama maliyetlere eşit olarak ayarlanmalı ve hizmetler arasında çapraz sübvansiyonun olmaması sağlanmalıdır (297). Tröstler, diğer hizmet sunucularla, sağlık otoritelerinin koyduğu sınırlara bağlı olmaksızın sözleşmeler için rekabet ederler. Satın alma ve sözleşme etkilerinin daha detaylı bir incelemesi bu bölümün ilk başlarında ele alınmıştır.

Slovenya'da, yıllık hastane ödemeleri ileriye dönük olarak belirlenmektedir. Bu nedenle, pahalı hizmetler için yapılan ödemeler yatak kullanım süreleri ve kullanım oranlarının kombinasyonuna dayanmaktadır. Ödeme miktarlarını belirleyen bu yaklaşım, Slovenya Ulusal Sigorta Enstitüsü (SUSE), Sağlık Bakanlığı ve sağlık hizmeti sunucularının temsilcilerinin yer aldığı iki aşamalı bir müzakere sonucunda 1992'de yürürlüğe girmiştir.

İlk aşamada, görüşmeye katılan 3 temsilci tarafından, her bir hastane hizmeti türü için maksimum bütçenin tanımlandığı bir anlaşmaya varılmıştır. Bu anlaşmaya göre, SUSE, bazı pahalı hizmet ve materyaller hariç olmak üzere, hastanelere günlük yatak kullanımı için belirlenmiş bir ücret öder. Örneğin, kardiyotorasik cerrahi, organ nakli ve diyaliz gibi yüksek maliyetli hizmetler için daha yüksek ödemeler yapılır. Buna ek olarak, ortalama kalış süresini düşüren hastaneler, boş yataklar için teşvik ödemesi almaktadırlar. Müzakerenin ikinci aşaması, SUSE yönetimi ve hizmet sunucular arasında gerçekleşir. Sağlanan anlaşmalara bağlı olarak, hizmet sunucularla yapılan sözleşmeler için yapılacak kamu ödemeleri SUSE tarafından karşılanır.

Sonuç

Önem sırası değişse de, hastane ödeme yöntemleriyle ilgili reformların amaçları, genellikle, maliyet-sınırlama mekanizmalarının geliştirilmesi, daha verimli koşullarda hizmet kalitesinin artırılması ve hizmetlerin erişilebilirliğinin bütün toplumu içine alan bir kitleye yayılması şeklinde sıralanabilir. Bu amaçların gerçekleştirilmesi, hastane sisteminin dinamik yapısı ve devam eden teknolojik gelişmeler sonucu hastaların artan beklentilerinin getirdiği finansal baskılarla daha da zorlaşmıştır.

Herhangi bir sağlık sistemindeki, hastane hizmetleri ödeme metotları, net bir teorik çerçeveye uyum sağlayan, akılcı planlama yaklaşımından ziyade, devam etmekte olan politika engeline verilmiş pragmatik bir tepkiyi ifade eder. Hastane sistemi, tüm sağlık sistemlerinin, gözle görünür önemli bir bileşenidir ve hem ekonomik hem de politik açıdan önem taşımaktadır. Bu nedenle, hastane ödemeleri, hüküm süren ekonomik çevrede politik yönetimlerce Önemli bulunan amaçlara uygun olmalıdır. Maliyet-sınırlaması, verimlilik ve erişilebilirlik hedeflerinin ulusal düzeye yayılması ile birlikte, hastane bekleme listelerinin kısaltılması gibi ek hedefler de önceliklendirilebilecek ve sonunda, benimsenen mekanizmaları etkileyebilecektir.

Ulusal sistemlerin çeşitli geniş kategorilerde gruplandırılması, kendi yaklaşımlarının anlaşılması amacıyla yapılmıştır. İkilikten ziyade "süre"nin bir parçası olarak düşünülebilecek her bir kategorideki ülkelerin sistemleri arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Yine de, ileriye dönük bütçeleme ve hizmete

dayalı ödeme sistemlerinin etkisi konusunda bir dizi genel gözlemler yapılabilir.

İleriye dönük bütçeleme sistemlerinin en belirgin özelliği, harcamalara belirlenmiş bir dönem için önceden sınırlama koymasındır. Vergiye dayalı sistemler, geleneksel olarak, geçmişteki normlara dayalı ileriye dönük bütçeler belirlerler. Fakat, 1980 ve 1990'larda, Batı Avrupa'daki bazı sigortaya dayalı sistemler, hastanede kalış süresi ve benzeri hastane faaliyetlerinin ölçümünü kapsayan ileriye dönük genel bütçeleme sistemlerini benimsemişlerdir. Bununla birlikte, bu sınırlamalar dahilinde, yönetim ve kontrol faaliyetleriyle ilgili kesin yaklaşım, ülkeler arasında farklılık göstermektedir ve artan oranlarda karma-vaka kontrollerini, çıktı ölçümlerini ve idari kontroller gibi faktörleri kapsamaktadır. Maliyet kontrolünün Önceliklendirilmesinde, verimlilik konusunda ki endişe yer almaktadır ve bütçe çerçevesi dahilinde faaliyet/vaka karması için bazı ayarlamalar, sayıları artmakta olan ülkelerce kullanılmaktadır. Bütçeleme mekanizmasındaki gelişmeler aynı zamanda kalitenin, özerkliğin ve yönetim esnekliğinin artırılması için yardımca olabilir. Ancak, herhangi bir bütçeleme sisteminin uygulaması, hizmet kalitesi ile potansiyel problemlere işaret etmeli ve kaynak sağlama sürecinin politize edilmesindeki muhtemel tehlikeler karşısında bilinçli olmalıdır. Verilen hizmet miktarına göre hastane ödeme sistemlerini genelleştirmek oldukça zordur çünkü doğaları gereği bu hizmetler makro düzeyden ziyade mikro düzeyde işlemektedirler. Bu yaklaşım genellikle hasta düzeyinde hizmet kullanımı ve kaynak kullanımını birleştirerek karakterize edilirken, bunu işleme koymak için kullanılan mekanizmalar önemli ölçüde farklılıklar göstermektedir (298). Bu kategorideki yaklaşımların en belirgin dezavantajları, maliyetlerin kontrolünü ve kullanımı zorlaştıran açık uçlu olma özellikleridir. Bu miktara bağlı yaklaşım, İleriye dönük fiyatlandırma ve sözleşmelerle birleşirse, hizmet satın alanlar, hastanelerin maliyet kontrolü ve verimli kaynak kullanımı amaçlarına ulaşmalarını isteyebilirler. Buna karşılık, bu amaçlara ulaşabilmek için, hastaneler, hizmet sunumunun organizasyonel, ve finansal alanları ve personel yönetimi açısından daha fazla esnekliğe ihtiyaç duymaktadır.

Sonuç olarak, yukarıda belirtilen ülke sistemlerinde yaygın olan sağlık finansmanı modelleri, genellikle, hastane hizmetlerine ödemelerdeki yaklaşımların yeniden biçimlendirilmesi için bir engel olarak görülmemektedir. İleriye dönük bütçeleme sistemleri ve hizmete dayalı ödeme düzenlemeleri, hem vergiye hem de sigortaya dayalı modellerde hakimdir. Bu da gösteriyor ki, yaygın sağlık finansman modelleri, hastane hizmetlerine ödemelerdeki yaklaşımların yeniden biçimlendirilmesi için, ne bir sınırlama ne de bir gerekliliktir.

İlaçların Maliyet-Etkin Sunumu

1990'larda ilaçlara harcanan para, sağlık sektöründe artan maliyetlerde önemli bir faktör haline gelmiştir. Mevcut ilaçların kullanımındaki artış ve yeni üretilen ilaçların maliyetleri buna etki eden iki önemli katkı unsurudur. Politika belirleyicilerinin, doktorların reçetelemelerini etkileyen maliyet sınırlaması tedbirlerini ve aynı zamanda bir bütün olarak ilaç sektöründeki stratejileri değerlendirmeleri gerekmektedir. Bu tedbirler, hizmet sunucularını maliyet konusunda daha bilinçli yapmak için bunları etkileyen teşvikleri değiştirmeyi amaçlamaktadır.

Farklı tedbirlerin uzun dönemdeki etkinliği, hala temel bir sorun olmayı sürdürmektedir.

Bazı ülkeler, ilaç sektöründeki politikaları incelerken, maliyetleri (bu da sağlık harcamalarının büyük bir bölümüdür), iş imkanı ve ihracatı artırmaya yönelik çabalar göstererek, kontrol altına almaya çalışırlar. Bu ikilem, bir çok ülkenin fiyat kontrol sistemlerinde yansıtılmaktadır. Bunun yanında, harcama sınırlaması yapmak için farklı ölçümlerin kullanım süresi, bu ölçümlerin tanımlanması ve başlatılması için gerekli olan süreden daha kısadır.

FARMASÖTİK PİYASASININ YAPISI

Üç kısımdan oluşan tipik bir talep sistemidir. Doktor reçeteyi yazar, hasta bunu tüketir (alır), sağlık sigorta da masrafları karşılar. Bu da farmasötik piyasasında kusursuz olmayan bir yapı oluşturur (299-302). Hasta giderleri sigorta tarafından karşılanırken, ilaçlar için talepler nihai tüketici tarafından değil hekimler tarafından kontrol edilir. Bununla birlikte, pek çok tedavi çeşidi tekrarlanmadığından, hastanın verileri bilgiye dönüştürme yetisi oldukça sınırlıdır. İlaçların diğer birçok maldan daha gerekli olması sebebiyle, bazıları, ilaç şirketlerinin ilaç fiyatlarını kendi istekleri doğrultusunda belirlemelerinden endişe etmektedir.

Bu endüstrinin özelliği sürekli yeni bir ürün ortaya çıkmasıdır. Bütün büyük şirketler ağırlıklı olarak araştırmayla uğraşmaktadırlar. Böylece, sadece fiyat konusunda değil yeni ilaçlar geliştirme konusunda da rekabet edebilirler. Patent sistemi önemli bir unsur olup, buluş yapan kişilere çoğu ülkede 17 ila 20 yıl arası yasal bir koruma getirmektedir. Ancak etkili bir patent süresi, patenti resmi kayıtlara geçirmek ve bu yeni ürünü piyasaya sürmek arasında kalan süreye göre azdır.

Firmaların konumunun korunmasında pazarlamanın rolü büyüktür. Farmasötik veriler için tıp mesleği de, büyük ölçüde kurumsal pazarlama materyallerine dayanmaktadır. Firmalar hekimlerin dikkatlerini çekmek için rekabet ederler. Aslında hekimler yeni ilaçlar hakkındaki gerekli tüm bilgileri sadece tıbbi dergiler okuyarak ve bu konu üzerindeki tıp eğitimlerine katılarak elde edebilirler; ancak bunu nadiren yapmaktadırlar (303). Pazarlama bilgisinin büyük bir çoğunluğu marka isimleri yoluyla aktarıldığından, ilaç firmaları daha fazla pazar gücü kazanmaktadırlar.

Çıkarıcı ve/veya olumsuz etkilere karşı pek çok Avrupa ülkesinde ulusal politika belirleyicileri kamu düzenlemeleri yapan çeşitli türde kurumlar oluşturmuşlardır. Bunlar, kar teşviklerinin ve pazar rekabetinin tek başına optimum bilgi düzeyini oluşturamayacağı veya ilaç sektörleri tarafından sosyal olarak arzulanan kararların alınmasını sağlayamayacağı varsayımına dayanmaktadır. Ancak, ilaç sektöründeki düzenlemeler, iki endüstriyel gelişim kaygısı ile karmaşık bir hale gelmiştir. Birincisi, fiyatlar, karlar ve güvenlik konusundaki düzenlemelerin katılığı ve sertliğine bağlı olarak araştırmalar ve gelişmeler için harcamayı azaltır, bu da yenilik hızında düşüşe sebep olur. İkincisi ise, devletin milli geliri artırma isteği, yenilikçi firmaların güçlendirilmesine sebep olabilir.

Bazı yorumcular ilaç piyasasının arz konusunda teke! olduğunu öne sürmektedir. Bunlar tanıtımdaki yüksek karın, yüksek fiyatların, ve yüksek harcamaların sadece tekel gücüne sahip olan bir endüstride karakterize olabileceği sonucuna varmışlardır. Diğer ekonomistler ise bunun bir statik analiz olduğunu ileri sürmektedirler. Bunlar rekabetçi davranışın şu andaki durumdan bağımsız olduğunu söylemekte ve yenilikçi ürün rekabeti etkisine dayalı daha dinamik

bir endüstri analizi önermektedirler. Bununla birlikte, fiyatlar ve marjinal maliyetler arasındaki ilişki olarak tanımlanan böyle bir yenilik, yüksek pazar gücüyle rekabet edebilecek düzeydedir.

"Dinamik Analiz" savunucuları, endüstrideki karın abartıldığını ve yüksek tanıtım harcamalarının, şirketlerin yeni pazarlara girişi için bir engelden ziyade bunun önemli bir anlam taşıdığını savunular. "Tekel" fikrinin savunucuları, patent sisteminin arzın tekel konumuna izin vermesi ve patent sahibine yüksek fiyatlar belirlemesi olasılığıyla karşı karşıya kalmışlardır. Patentler, aynı zamanda potansiyel yeni mal sağlayan firmaların pazara girmesine engel olmaktadır. Bununla beraber; bazı yorumcular, tedavi piyasasında tekel gücünü sağlamak için "Patent Koruma"nın önemini sorgulamaktadırlar. Bunlar, her "tekel" in kısa süreli olduğunu ve ikamelerin ortaya çıktığı durumlarda mutlak olmadığını savunmaktadırlar.

Devlet düzenlemesi, tipik olarak, ürün güvenilirliğini, kar veya fiyat kontrolünü, pazarlama ve reklam alanlarındaki kontrolü ve genel farmasötik tüketiminin sınırlandırılmasını içerir. Amaçların çeşitliliğinin devamı için birçok kuruluş tarafından müdahaleler yapılmaktadır. Bu düzenlemelerin amacı pazar çalışmalarını desteklemektir ancak, bunlar sonuçların performansla ilişkilerini değerlendirmekten ziyade, araçlarla ilgilenirler. Gelişimi kısıtlamayacak veya daha yüksek fiyatlarla sonuçlanmayacak bir farmasötik araştırma için bir finans sistemi tasarlamak hala zor bir görevdir.

BATI AVRUPA'DA FARMASÖTİK HARCAMALARI

Batı Avrupa ülkelerinde farmasötiklere yapılan harcama düzeyleri arasında büyük farklılıklar bulunmaktadır. Tablo 16'da seçilmiş bazı ülkelerde farmasötik harcamalar sağlık harcamalarının ve Gayri Safi Yurtiçi Hasılanın yüzdeleri olarak gösterilmektedir. Kişi başına farmasötik harcamalar da gösterilmektedir.

Yunanistan'daki, ilaçlara ayrılan sağlık harcamalarının yüksek oranı dikkat çekmektedir. Fakat OECD veri tabanına dayanan bu toplam sağlık harcamalarının göstergesi, gerçek değerin oldukça altındadır. Farklı bir tahmin kullanıldığında, oran %23.5'ten %16.7'ye düşmektedir (170). Aynı zamanda, Amerikan dolan bazında, Almanya'da kişi başına ilaç harcamaları, İngiltere'dekinin iki katından daha fazla olmakla beraber, Fransa ve İngiltere'deki harcamalar arasındaki fark da yaklaşık bu büyüklüktedir. Asıl sebep Fransa ve Almanya'daki çok yüksek satın alma miktarıdır. Hollanda, sadece referans bir fiyat sistemiyle kurulabilen serbest fiyatlandırma yaklaşımına rağmen, sağlık harcamalarında ilacın en düşük oranda yer aldığı ülke konumundadır.

Nihai farmasötik harcamaları temel alan Tablo 16, sırasıyla toptan satışa, perakende satışa ve KDV'ye bağlı olduğu için yanıltıcı olabilir. Tüm bunlar, ülkeler arasında önemli ölçüde farklılıklar göstermektedir (Tablo 17). Bunun için bu sayılar tek bir tanımlı yansıtmamaktadır. Pek çok durumda, maliyet fiyatı ile satış fiyatı arasındaki farklar, reçetesiz ilaç piyasalarında olduğu kadar reçeteli ilaç piyasaları için de geçerlidir, fakat bazen de sadece reçeteli ilaç piyasaları için geçerlidir. Toplanan KDV düzeyindeki farklılıklar ve gerçekte farmasötiklerden KDV alınıp alınmadığı önemlidir. Perakende satış sınırları da önemli ölçüde değişmektedir. Bu son değişimin altında yatan sebeplerden biri eczane başına düşen ortalama insan sayısı ve eczacıların ilaç dışında başka mallar satın satmamasıdır.

Tablo 16. Seçilmiş bazı Avrupa ülkelerindeki ilaç harcamaları, 1993

Ülke	Harcama Yüzdeleri		Kişi Başına Harcama (\$)
	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla	Sağlık Harcamaları	
Belçika	1.4	16.7	288
Danimarka	0.8	11.3	199
Fransa	1.6	16.8	358
Almanya	1.6	18.5	426
Yunanistan ^a	1.3	23.5 (16.7) ^b	98
İrlanda	0.9	14.0	123
İtalya	1.5	18.0	268
Lüksemburg ^c	1.0	14.6	274
Hollanda	1.0	10.9	193
Portekiz ^a	1.2	17.0	115
İspanya	1.3	18.2	194
İsveç	1.0	12.7	204
İngiltere	1.1	14.9	173

^a1992.^bÜlke tahminlerine dayalı^c1991.

Kaynak: OECD (49)

Eğer ilaçlar için yapılan sağlık harcamaları oranı fabrika çıkışı fiyatlarla hesaplanacak olursa ve aynı maliyet fiyatı ile satış fiyatı arasındaki farkların reçeteli ilaç piyasasına uygulandığı düşünülürse, İngiltere sağlık harcamalarındaki %13'lük bir oranla en yüksek harcama yapan durumundadır, buna rağmen ABD Doları bazındaki kişi başı harcamaları Yunanistan'dan ayrı olarak en düşüktür.

Batı Avrupa'da, ilaç sektöründeki maliyet sınırlama tedbirlerinin amacı hekimlerin reçete yazma biçimlerini etkilemek ve hekimler ve hastaların daha maliyet bilinçli olmalarını sağlamaktır. Tüm pazarı amaçlayan stratejiler de geliştirilmiştir. Tablo 18'de son 10 senede ortaya çıkan maliyet sınırlama tedbirlerinin farklı yaklaşımları verilmektedir. Bununla beraber, maliyet sınırlama tedbirleri tek başına uygulamaya nadiren konmaktadır. Bunlar sırasıyla kısa bir şekilde incelenmektedir.

Maliyet paylaşımı

Mevcut farmasötik harcamalar kısmen arz edilen miktara ve ürünlerin fiyatına veya bunların karşılanmasındaki işgücüne bağlıdır. Bu farmasötik harcamalar aynı zamanda hastalar tarafından yapılan ödemelerden etkilenir. Tablo-19 hastaların, normalde ilaçlar için yapmaları gereken cepten ödemeleri özetlemektedir.

Tablo 17. Seçilmiş Bazı Batı Avrupa Ülkelerinde İlaçların Perakende Fiyatlarının Yüzde Olarak Dökümü, 1993

Ülke	Fabrika Fiyatı	Toptan Satış Marjı	Perakende Satış Marjı	KDV ve diğer vergiler
Belçika	56.6	8.5	29.2	5.7
Danimarka	55.3	4.0	20.7	20.0
Fransa	63.5	6.9	27.5	2.1
Almanya	55.3	8.8	22.7	13.2
Yunanistan ^a	49.9	5.7	24.0	20.4
İtalya (1995) ^b	64.43	7.21	21.63	3.85
Hollanda ^c	58.1	11.6	24.6	5.7
Portekiz	68.6	7.6	19.1	4.8
İspanya	59.9	8.2	29.0	2.9
İsviçre	68.2	2.8	29.0	-
İngiltere	87.5	7.5	5.0	-

^a 1994

^b Sadece reçeteli ilaçlar

^c 1992

^d NHS'ye dahil reçeteli ilaçlar

Kaynak: Interministerial Prices Committee (308); Vartholomeos & Tinios (309); MEFA (310).

Tüm Batı Avrupa ülkeleri, talebi azaltmak maksadı ile, maliyet paylaşımını kullanmaktadır (Bölüm 3'e bakınız). Genellikle, düşük gelirli ve ülkelere göre farklılık gösteren diğer kategorilerde muafiyetler bulunmaktadır. Hasta tarafından ödenen katkı payı oranı, Danimarka, Fransa, Yunanistan, İtalya ve Portekiz'de ilaç türüne göre ve Belçika'da ise, belli ilaç sınıflarına göre farklılık göstermektedir. Almanya'da, bu oran ilaç paketi boyutuna göre değişmektedir. İngiltere'de katkı payı, sabit bir oran üzerinden yapılmaktadır ve bu uygulama Belçika'da belli ilaçlara tatbik edilmektedir. Bu, İspanya'da ise, maliyette standart bir oran şeklinde olmaktadır. Hollanda'da ise, katkı payı söz konusu değildir. Belçika, Danimarka, Almanya, İtalya, İspanya ve İngiltere'de geniş muafiyetler bulunmaktadır.

Pozitif ve Negatif listeler

Bazı Batı Avrupa ülkelerinde pozitif ve negatif ilaç listeleri uygulaması yürürlüğe konulmuştur. Yunanistan'da liste etkili bir şekilde uygulanmasa da (171), Belçika, Danimarka, Fransa, Yunanistan, İtalya, Hollanda ve Portekiz'de pozitif listeler bulunmaktadır. İspanya'da pozitif liste bulunmamaktadır fakat böyle bir listenin planlanması yapılmaktadır. İtalya'da, yeni bir pozitif listenin oluşturulması için 1993'de bir komite atanmıştır. 1993'den sonra, allopantik olmayan ilaçlar için geri ödeme yapılmamaktadır. Pozitif liste uygulayan bazı ülkeler, aynı zamanda negatif liste de uygulayabilirler, fakat pozitif liste, negatif listeyi de içine almaktadır.

Tablo 18. AB Ülkelerinde farmasötik sektöründe alternatif maliyet sınırlama stratejileri

Strateji	Örnek Ülkeler
Arz Yönündeki Stratejiler	
Doktorlar için Sabit Bütçeler	İngiltere'de sermaye sahibi pratisyen hekimler
Doktorlar için Göstergeli Bütçeler	Almanya, İngiltere'de sermaye sahibi olmayan pratisyen hekimler
İlaç Harcamaları için Sabit Bütçeler	Almanya, İtalya
Uygulama Kılavuzları	Fransa
Maliyet Etkinliğe İlişkin Kılavuzlar	İngiltere
Reçete Denetimi	Sistematiik bir biçimde olmasa da İngiltere haricinde bazı ülkelerde
Hastalık Yönetimi	Fransa ve İngiltere'de deneyim safhasında
Pozitif ve/veya negatif liste	Tüm ülkeler
Ürün sayısının kontrol altında tutulması	Danimarka, Hollanda, Norveç
Jenerik ilaçlar için bir piyasanın geliştirilmesi	Başlıca Danimarka, Almanya, Hollanda, İngiltere
İlk temas doktoru için kişi başına ödeme yapma veya maaş ödemesi	İrlanda, İtalya, Hollanda, İspanya, İsveç ve İngiltere dahil bazı ülkeler
Tanıtım harcamaları için tavan	İngiltere
Eczanelere tek fiyat yerine oran üzerinden ödeme yapma	Hollanda, İngiltere

Tablo 18 (devamı)

Strateji	Örnek Ülkeler
Talep Yönünde Stratejiler	
Maliyet Paylaşımı	Hollanda hariç tüm ülkeler
Sağlık Eğitimi Programları	Hollanda, İngiltere
Reçeteli ürünler için piyasa geliştirme	
Bir bütün olarak pazara yönelik stratejiler	
Fiyat Kontrolü	Danimarka, Almanya ve İngiltere hariç tüm ülkeler
Kar Kontrolü	İngiltere
Referans Fiyatları	Danimarka, Almanya, Hollanda, İsveç
Bütçeler aşıldığında endüstri katkıları	1993'de Almanya, 1995 yılından itibaren Fransa
Endüstri için sabit ya da gelire dayalı bütçe	Fransa, İspanya
Tanıtım harcamalarında vergi alınması	Fransa, İspanya, İsveç
Paralel ithalat için piyasa geliştirilmesi	Danimarka, Almanya, Hollanda, İngiltere
Jenerik ilaçlara için piyasanın geliştirilmesi	Öncelikle Danimarka, Almanya, Hollanda, İngiltere

Kaynak: Mossialos & Abel-Smith (311).

Tablo 19. Seçilmiş Bazı Batı Avrupa Ülkelerinde Hastaların Maliyet Paylaşımı, 1995

Ülke	Farmasötikler için Maliyet Paylaşımı
Belçika	Sabit oran artı sıfır, fiyatın %25'i, %50'si, %60'ı, %80'i, %100'ü
Danimarka	Sabit oran artı sıfır, fiyatın %50'si, %75'i ya da %100'ü
Fransa	Sıfır, %35, %65 ya da %100
Almanya	İlaç kutusunun büyüklüğüne göre 3 DM, 5 DM ya da 7 DM
Yunanistan	Sıfır, fiyatın %10'u ya da %25'i
İrlanda	Sıfır ya da üç ayda bir £IR 90 'a ^a kadar
İtalya	3000 Lit ya da 3000 Lit artı %50 tutarında sabit oran
Lüksemburg	Sıfır ya da %20
Hollanda	Yok
Portekiz	%30, %60 ya da %100
İspanya	Sıfır ya da %40 ^b
İsveç	İlk ilaç için Skr 160 ve sonrakiler için Skr 60
İngiltere	£ 5.25 tutarında sabit miktar

^a Yukarıdakiler sadece, Genel Tıbbi Hizmetler için gelir seviyesidir. Üç aylık sürede £IR 90 meblağını aşan bir tutarda ilaç alan ailelere bu meblağ üzerindeki fark iade edilmektedir.

^b Kronik hastalar, reçetenin %10'unu en fazla 400 pesetaya kadar ödemek zorundadırlar.

Kaynak: Mossialos & Abel-Smith (311).

Almanya, İrlanda, Lüksemburg, İspanya ve İngiltere'de negatif listeler bulunmaktadır(171). İrlanda, 1982 yılında Genel Tıbbi Hizmetleri²² alan hastalar için mevcut negatif ilaç listesini genişletmiştir ve pozitif liste planlamaktadır. Keza, Almanya da, 1983 yılında sağlık sigortası kapsamından bazı önemsiz ilaçları, ve 1991 yılında da daha fazla ilacı çıkarmıştır. Şu anda pozitif bir liste üzerinde çalışmalar yapılmaktadır. 1985 yılında, İngiltere, Ulusal Sağlık Hizmetleri kapsamından, genellikle reçetesiz olarak satın alınabilen bir grup ilacı çıkarmıştır ve bu listeyi 1992 yılında genişletmiştir. 1993 yılında, İspanya kendi listesinden 800 ilacı çıkarmıştır.

Ürün Sayısı

Bazı ülkeler, yeni reçete yazılması konusunda doktorlar veya ilaç endüstrisi fiyat artışı istediğinde, düzenleme yapan yetkililer üzerindeki baskıyı azaltmak amacı ile, piyasadaki ürünlerin sayısını kontrol altında tutmaktadırlar. Aktif etken hammaddeleri ile değişik ülkelerde piyasada bulunan markalı ürünlerin sayıları Tablo 20'de gösterilmektedir. Burada kayda değer husus şudur: Almanya'da 23.000'in üzerinde ve ABD'de 43.000 marka bulunmasına rağmen, Norveç'te sadece 2200 kadar marka kullanılmaktadır.

²²Belli bir seviyenin altında gelire sahip hastalar

Tablo 20: Seçilmiş Bazı Batı Avrupa Ülkelerinde piyasada bulunan ürünlerin sayısı, 1993

Ülke	Aktif Bileşenler	Markalar
Belçika	4.150	9.000
Danimarka	2.300	4.861
Fransa	4.200	9.500
Almanya	8.862	23.529 ^a
İtalya	4.210	8.906
Hollanda	2.200	7.924
Norveç	1.100	2.216
İspanya	5.400	9.500
İngiltere	-	10.000
ABD	19.000	60.000 ^b

^a Rote Liste'sindeki ürünler. Piyasadaki ürün sayısı, yaklaşık 70.000 olarak tahmin edilmektedir.

^b Uluslararası piyasadaki Amerikan ürünleri; ulusal piyasada yaklaşık 43.000 ürün bulunmaktadır.

Kaynak: Abel-Smith & Mossialos (171).

Farmasötiklerin fiyatları ve fiyatlandırma yöntemleri

İlaç piyasasındaki rekabetin kendine özgü Özelliği, birçok hükümeti, fiyatlara müdahale etme ve bunları sabit tutmaya yönlendirir. Böyle yapılmasının ikinci nedeni ise, ilaçlara yapılan masrafların büyük bir bölümünün kamu kaynaklarından ödeniyor olmasıdır.

Farklı Batı Avrupa ülkelerinde aynı ürünün değişik fiyatlardan satılıyor olması, piyasanın bütünlükten yoksun olduğunu göstermektedir (312). Buna ilişkin bir mukayese Tablo 21'de verilmiştir. Alman Eczacılar Derneği tarafından sağlanmış olan bu verilerde, 1988'de seçilmiş olan sadece 129 ürün baz alınmıştır ve verilerde, yeni bazı ürünler bulunmamaktadır. Hesaplama, bu ve diğer nedenlerden dolayı eleştiriye uğramıştır. Örneğin, bu hesaba, geri ödemesi yapılmayan bazı reçeteli ilaçlar dahil olup, jenerik ilaçlar hariç tutulmuştur. Bu nedenlerden dolayı, neticeler, sadece çok geniş kapsamda göstergeler olarak yorumlanmalıdırlar. Tablo 21'de, 1991'den beri Fransa ve İtalya'da fiyat kontrol sistemlerinde yapılmış olan Önemli değişiklikler ya da son yıllarda Yunanistan'da izin verilmiş olan büyük fiyat artışları gösterilmemiştir. Ancak, tabloda, fiyatlardaki geniş kapsamlı değişiklikler gösterilmektedir. Fransa ve Yunanistan, diğer ülkelerin oldukça altında kalmaktadır. Almanya ise, serbest fiyatlandırma politikası açısından sürpriz biçimde sıralamada aşağıda bir yerde bulunmaktadır.

Farmasötikler için OECD fiyat endeksi Tablo 22'de verilmiştir. 1988 ile 1993 arasında, diğer Batı Avrupa ülkelerinin çoğunda sürekli fiyat artışı olurken, Fransa ve Hollanda da hemen hemen hiç fiyat artışı olmamıştır. Fiyatlar 1988'de çok düşük bir seviyede olmasına rağmen Yunanistan'daki artış özellikle dikkat çekicidir.

Tablo 21. Seçilmiş Bazı Batı Avrupa Ülkelerinde İlaç Fiyat Seviyeleri, 1988-1993 (AB Ortalaması: 100)

Ülke	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Belçika	88.6	91.0	92.6	100.5	107.7	116.2
Danimarka	128.1	131.1	136.7	143.4	134.6	132.9
Fransa	71.5	69.0	66.9	63.8	60.2	63.4
Almanya	128.4	123.5	116.6	110.5	105.0	105.4
Yunanistan	73.8	80.0	80.0	85.5	80.8	84.7
İrlanda	130.5	129.8	132.2	129.8	129.5	133.2
İtalya	79.1	83.1	89.4	96.1	102.8	95.5
Lüksemburg	97.1	95.6	93.5	94.5	93.6	97.1
Hollanda	131.9	127.7	129.9	134.1	139.0 ^a	148.4 ^a
Portekiz	67.5	61.7	57.9	57.7	60.9	67.0
İspanya	71.6	70.8	76.6	83.7	89.4 ^a	93.5 ^a
İngiltere	115.9	123.1	125.6	124.6	126.4	122.7

^a Geçici rakamlar

Kaynak: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (313).

Tablo 22. Seçilmiş Bazı Batı Avrupa Ülkelerinde Farmasötik Harcamalar, 1988-1993 (1990=100)

Yıl	Belçika	Fransa	Almanya	Yunanistan	İtalya	Hollanda	İsveç	İngiltere
1988	95.0	103.2	88.5	75.6	97.4	102.6	101.8	95.2
1989	97.8	102.5	99.9	100	98.2	100.6	99.9	97.6
1990	100	100	100	100	100	100	100	100
1991	102.6	100.5	100.8	116.7	104.9	100.4	104.9	103.0
1992	107.1	101.3	102.4	127.9	105.9	102.4	110.7	107.1
1993	-	102.0	110.5	-	110.9	102.7	-	109.4

Kaynak: OECD (49).

Bu değişik fiyat ve/veya kar düzenleme sistemlerinin değişik ülkelerdeki ilaç fiyatları seviyesi üzerindeki görülebilir etkisi nedir? Bazı nedenlerden dolayı, doğru karşılaştırma yapma imkanı bulunmamaktadır. İlk olarak, bir ülkede satışlardaki yüksek oranlar, diğer ülkelerde satılmayan ürünlere olabilir. İkincisi ise, ürünler benzer olabilir fakat aynı olmayabilir, ya da aynı olup da başka bir ülkede değişik bir isim altında satılabilir. Üçüncüsü ise, paketleme boyutları,

etkileri, dozajları ve sunuş şekli farklılık gösterebilir ve etken maddeler birleştirilmiş olabilir. Dördüncüsü, bir ürünün bir ülkede satışlardaki önemi, başka bir ülkeninkinden çok farklı olabilir. Beşinci sorun ise, hangi fiyatın mukayese edileceğine karar verilmesidir; Toptan, perakende (indirimli ya da indirimsiz), hastane fiyatı ya da tüketiciye mal olan brüt ya da net fiyat. Toptan ve perakende satıcıların payları, ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Bu durum, bu ürünlerden KDV alınıp alınmadığı ve KDV oranı için de geçerlidir. Son olarak da, değişken döviz kurları ile satın alma gücü paritelerini geliştirmek için yapılan girişimlerin mükemmel olmaması problemi vardır.

Fiyatlandırmayı etkileyen ve düzenleyen yöntemler, Tablo 23'de gösterilmektedir. Son zamanlarda Fransa'da olduğu gibi bütçelerle yer değiştirmiş olsa da, sol sütunda temeli oluşturan mekanizmalar gösterilmektedir. Tahminen, eğer bütçe sistemi etkin biçimde işlemiyorsa ya da ilaç endüstrisi bunu sürdürmede isteksiz ise, Fransa yeniden eski sisteme dönecektir.

Danimarka, Almanya, Hollanda ve (kısmen ve dolaylı biçimde) Lüksemburg hariç Batı Avrupa'nın birçok ülkesi, ilaç endüstrisinin fiyatlarını ya da karını kontrol altında tutmaktadırlar. Danimarka, Hollanda ve İsveç patenti olmayan ilaçlar için bir referans fiyat sistemi yürürlüğe koymuştur.

Son birkaç yıldır ülkelerin ilaç sektörünün yaptığı harcamaları kontrol altında tutmak amacı ile çoklu sistemler yürürlüğe koymaları ilginç bir husus teşkil etmektedir. Fiyat kontrolü, kar kontrolü ya da referans fiyatlandırma gibi temel sistemlere rağmen, diğer kontroller de ilave edilmiştir. Birkaç ülke tüm fiyatlarda indirimle gitmiştir ve beş ülke, uymayan doktorlara ceza verilmesini öngören biçimde, endüstri ile mutabakata varılmış ve endüstri tarafından yürürlüğe konmuş ya da sadece hükümet tarafından belirlenmiş bütçeyi uygulamaktadırlar.

Bir farmasötik ürünün "gerçek" fiyatını tespit etmek için objektif bir yöntem bulunmamaktadır. Bir şirketin sermaye donanımının maliyetleri, genel giderleri, araştırma ve geliştirme maliyetleri ve satış promosyon maliyetleri (şirketin birkaç ürünü aynı anda tanıtılabilir) ürünler arasında pay edilmektedir. Daha Önceki fiyat kontrolüne ilişkin Fransız sistemi kapsamında açıkça görüldüğü gibi, üretim maliyeti ve bir dereceye kadar da paketlenme maliyeti, satış seviyesine bağlı olmaktadır. Şirket gelirleri bütçesi uygulaması başlamadan önce, Fransız sisteminde, üretim maliyetleri dikkate alınmamış, ancak milli ekonomiye katkıda bulunan ürünlere daha yüksek fiyat verilmiştir.

Fiyat kontrolü uygulayan iki ülke Belçika ve Fransa, fiyatları belirlerlerken, söz konusu ürünün yenilikçi özelliklerine ya da mevcut ürünlerle karşılaştırıldığında sahip olduğu avantajlara bakmışlardır. Ancak, fiyat avantajını objektif biçimde tespit etmek güç olabilir. Uzun yıllar, yeni ürünlerde daha düşük fiyat yakalamak amacı ile, her iki ülke de mevcut ürünlere benzer ürünlerin üretimi için firmalara teşvik sağlamıştır.

Yunanistan, İrlanda ve Portekiz gibi bazı ülkeler, fiyatlarını tespit ederlerken diğer Avrupa ülkelerindeki fiyatları baz alırlar. İtalya ve Hollanda, fiyat tespitinde diğer ülkelerin ortalama fiyatlarını baz almaktadırlar ya da almayı planlamaktadırlar.

Fransa'da 1994 yılında yürürlüğe konan, her şirkete gelir bütçesi uygulaması, fiyat ve miktar arasında ters bir ilişkiye neden olabilir. Bir şirket ne kadar fazla satıyorsa, fiyatın da o kadar düşük olması gerekir. Kritik olan husus, şirketin ürettiklerinin tedavi edici değerinin ne derece hükümet tarafından hesaba

Tablo 23. Seçilmiş Bazı Avrupa Ülkelerinde Farmasötik Fiyatların Düzenlenme ya da Etkileme Yöntemleri

Ülke	Fiyat düzenleme ya da etkilemeye ilişkin temel mekanizma	Fiyat İndirimi	Bütçe
Belçika	Mevcut ürünlerin geliştirilmesine dayalı fiyatlar	-	-
Danimarka	Patentli ilaçlar hariç, referans fiyat sistemi	-	-
Fransa	Şirketlerle yapılan müzakerelere ve tıbbi etkinliğe göre belirlenmiş fiyatlar	-	1994 yılında masraflarda %3.2'lik artış sağlamak için her şirkete verilen azami gelir
Almanya	Patentli ilaçlar hariç, referans fiyatlandırma sistemi	1994'de sona eren %5'lik indirim	Her bölgedeki her doktor için göstergeli bütçeler (Doktorlar, 280 milyon DM tutarında bir risk ile karşılıklıdır)
Yunanistan	AB'de üç düşük fiyata, transfer fiyatına ve maliyete dayalı olarak belirlenmiş fiyatlar	-	-
İrlanda	Aynı ürünün İngiltere'deki ve AB ülkelerindeki (Danimarka, Fransa, Almanya, Hollanda ve İngiltere) ortalama fiyatı	Ağustos 1993'de %3 ve fiyat dondurma, Temmuz 1996'da sona erdi.	-
İtalya	Fransa, Almanya, İspanya ve İngiltere'deki ortalama fiyat	%2.5 ya da %5'lik kesinti 1995'de sona erdi	Hükümet tarafından tespit ediliyor.
Lüksemburg	Ürünün üretildiği ülkelerdeki fiyatlara göre ayarlanmış fiyatlar	-	-

Tablo 23 (devamı)

Ülke	Fiyat düzenleme ya da etkilemeye ilişkin temel mekanizma	Fiyat indirimi	Bütçe
Hollanda	Belçika, Fransa, Almanya ve İngiltere'deki ortalama fiyatlar ve ayrıca bazı patentli ilaçlar da dahil olmak üzere, referans fiyatlandırma sistemi	%5'lik kesinti Haziran 1996'da sona erdi.	-
Portekiz	Fransa, İspanya ve İtalya'daki endüyük fiyatlarla karşılık gelen üsttavan.	-	-
İspanya	Fiyatlar "maliyet" bazındadır.	1997'de sona eren %3'lük indirim	Giderlerdeki %7 büyüme 1995 yılında endüstri ile zorunlu olacak.
İsveç	Patentli ilaçlar hariç referans fiyat sistemi	-	-
İngiltere	Kar düzenlemesi	1996 sonbaharında sona eren %2.5'lik indirim	Sermayedar olmayan genel pratisyen hekimler için göstergeli, sermayedarlar için sabit

Kaynak: Mossialos & Abel-Smith (311).

katıldığıdır. Bunu yapmadaki zorluk göz önünde tutulacak olursa, şirketler, önceki satışların baz alındığı hedefleri tespit etme gibi bir eğilime girebilirler. Bu ise, gerçekten yeniliğe dayalı ilaçların araştırmaları için caydırıcı olabilir. Çünkü, eğer bir şirket mevcut ürünlerinden yeterli gelir elde edebiliyorsa, taklitlerin dışında, yeni ürün üretmeye özenmeyecektir. Fransız basınında yer alan yazılara göre, şirketlere, eğer Fransa'da yatırım yaparlarsa ve jenerik ile ilgili ürün geliştirmek isterlerse, daha olumlu bir işleme tabi tutulacakları belirtilmiştir. Bunun amacı, bir jenerik ilaçlar piyasasının gelişmesini sağlamak ve ithal ürünler yerine Fransız malı ürünlerin stoklanmasını sağlamaktır.

İngiltere, Batı Avrupa'da fiyat kontrol sistemi uygulayan tek ülkedir. Fiyatlar, farmasötik endüstri tarafından tespit edilmektedir ve bunlar, İlaç Fiyatları Düzenleme Programı tarafından dolaylı biçimde kontrol edilmektedir. Bu, Sağlık Bakanlığı ile İngiliz İlaç Endüstrisi Derneği (ABPI) arasında müzakere edilmiş yasal bir anlaşmadır. Kontrol mekanizması, 1957 yılından bu yana değişik biçimlerde uygulanmıştır ve bununla, ilaçların ulusal sağlık hizmetleri için yaptıkları (314) satışlarından elde edecekleri kar düzenlenmektedir. Bu sisteme, jenerik ürünler dahil değildir. Genel anlaşma, Sağlık Bakanlığı ile İngiliz İlaç Endüstrisi Derneği (ABPI) arasında müzakere edilmekle birlikte, her şirkete ait ayrıntılar, Sağlık Bakanlığı ve ilgili şirket arasında müzakere edilmektedir. Sistem, aynı ürünlerin ilişkisi yerine, şirketin NHS'le yapmış olduğu toplam İş seviyesi bazında işler ve kullanılan sermaye karşılığında elde edilen karlılığın ölçümünü yapar. İngiltere'de büyük sermayeye sahip olmayan şirketler için, bu ölçüm, satışların gelirleri baz alınarak değerlendirilir. Kullanılan sermaye getirisinin kullanımı, düzenleme yapanların, ilaç firmalarının NHS'den aşın biçimde kar etmelerini önlemek amacını yansıtmaktadır.

Referans fiyat sistemleri

Referans fiyat sistemleri, benzer ürünleri gruplandırılması yoluyla uygulanırlar ve burada, katkı payına tabi olan, sigorta tarafından tamamen karşılanacak olan fiyat belirlenir. Geri ödeme miktarı olarak referans fiyatın kullanılması şu hususu ortaya koyar: Devlet, sadece burada belirtilmiş olan belli bir fiyatı ödeyecektir. Bunu aşan her hangi bir miktar, sigortalı kişi tarafından ödenecektir. Ana mesele, referans fiyatın seçilmesi için kullanılan kriter olmaktır. İlk sistemin, Yeni Zellanda'da denendiği görülmektedir. Avrupa'da, bu sistem ilk önce Almanya'da yürürlüğe konmuştur ve şimdilerde ise, farmasötik harcamaların neredeyse yansına uygulanmaktadır. Sistem, Hollanda'da 1991'de, Danimarka'da ise 1993'de yürürlüğe konmuştur. Sistem, Norveç ve İsveç'te de kullanılmaktadır. Referans fiyatlandırma sistemi, Finlandiya, Yunanistan, İtalya ve İspanya'da önerilmiş, ancak şu ana kadar uygulanmamıştır.

Bir referans fiyat sisteminin yürürlüğe konulması için üç aşama vardır. İlki, tipik hazırlıkları kapsamaktadır ve ikincisi, eşdeğer ürünlere ya da bunların terkiplerine yöneliktir. Üçüncüsü ise, ilk başta, İlaç ya da tedavi edici özellik yönünden benzerlik taşıyan hazırlıkları kapsamaları olarak tanımlanmıştır, ancak bu daha sonra tedavi edici benzerlik olarak biraz değiştirilmiştir. Bu sistemin zorluğu: eğer bir ya da daha fazla ürün için hala patent bekleniyorsa, bunlara referans fiyat sistemi uygulanamamasıdır.

Almanya'da referans fiyat sisteminin etkisi şöyle olmuştur: Hastalık fonlarıyla ilaçlara yapılan harcamalar, 1993 yılının ilk yarısında %20.6 oranında düşmüştür. Ancak, ilk düşüşten sonra, harcamalardaki aylık artışlar sürmüştür. Başka bir etki de, reçete yazmada, yeni antibiyotikler gibi sistem dışında kalan

pahalı ürünlere doğru yönelme yaratmış olmasıdır. İlaç firmaları tarafından yapılan reklamlar bu eğilimi teşvik etmiştir.

Referans fiyat sistemi, pozitif bir liste yürürlüğe konulduktan sonra, 1989 tüketiminin %80'nini ya da %60'nı karşılaması için, uzatılacaktır. Bu liste için seçim kriteri; etkinlik, verimlilik ve kalite olacaktır ve liste, bağımsız üyeler ile birlikte, hastalık fonları ile doktorların temsilcilerini de içerecek şekilde, yeni bir örgüt tarafından seçilecektir. 1993 ve 1994 yıllarında, üreticilerden, referans fiyata tabi olmayan ilaçlar ile over-the-counter (tezgah üstünde satılan) ilaçların fiyatlarını yüzde 5 indirmeleri istenmiştir ve bundan sonra da, fiyatlar iki yıl süre ile dondurulmuştur.

Temmuz 1991'de Hollanda'da, beş kritere göre ve Hastalık Fonları Derneği'ne bağlı bağımsız uzmanlar komitesi tarafından kararlaştırıldığı üzere, birbirlerinin yerini alabilen nitelikte olduğu (herhangi bir yan etkiyi de hesaba katarak) düşünülen ürünlere uygulanmak üzere bir referans fiyat sistemi yürürlüğe konmuştur. Bu şekilde bir araya gelen ürünlerin tüketimi, bir yıl içinde sadece %5 yükselmiştir. Bu arada, diğer ürünlerin tüketimi ise, %20 artmıştır. Bu durumda, bir araya getirilemeyen yeni ürünlerin, sağlık sigortası örgütleri tarafından karşılanmamasına karar verilmiştir. Böylelikle, eskiden bir araya getirilememiş ürünler, referans fiyat sistemine dahil edilmiştir. Hastaların, referans fiyat üzerindeki maliyetleri ödemesi gerekmektedir ve şimdi ödemeye tabi olan bu miktar, sistem uygulanmaya başladığında ödedikleri miktarın yaklaşık sekizde biri tutarındadır.

Danimarka'da, Temmuz 1993'de bir referans fiyat sistemi yürürlüğe konmuştur. Sistem, tüketim açısından, ilaç piyasasının yüzde 20'sini kapsamaktadır. Seçilmiş olan ürün grupları, hem kimyasal hem de eczacılık açısından aynı olmaktadır. Paketleme türü baz alınarak gruplandırılmışlardır ve referans fiyat, gruptaki iki en ucuz ürünün ortalaması olarak tespit edilmektedir. Referans sistemi, bu aynı ürünlerin ötesine genişletmek için herhangi bir plan bulunmamaktadır. Beklenen tasarruf, reçetesiz ürünler de dahil olmak üzere, brüt ilaç tüketiminin sadece %1'inden fazla olmuştur.

Fiyatların dondurulması veya herkesi aynı derecede etkileyen fiyat indirimleri

Almanya, Yunanistan ve İtalya, sık sık tek taraflı fiyat İndirimlerini kullanmışlardır. Son zamanlarda, İngiltere, 1996 yılının sonbaharında sona erecek şekilde üç yıl süreyle fiyatların dondurulmasını kabul ettirmiştir. İtalya ve İspanya da, herkesi aynı derecede etkileyen fiyat indirimlerini kabul ettirmişlerdir. AB ülkeleri tarafından fiyatları kontrol etmek için kullanılan diğer bazı yöntemler Şöyledir:

Fransa gibi bazı ülkeler, ilk geri ödeme fiyatını tespit ederlerken, İtalya gibi diğer ülkeler ise, yeni bir ürünün ilk satış fiyatını tespit etmektedirler. İngiltere'de fiyat artışları için hükümet onayı gerekmektedir. Fransa ve İsveç'te ise, mevcut benzeri bir ürün ile rekabet edeceğine inanılan yeni ürünlere otomatik olarak, mevcut ürün için ilk ya da en son onaylanan fiyatın yüzde 10'u altında bir fiyat verilmektedir. Yunanistan'da bazı ürünlere, mevcut ürünün fiyatının %14'ü altında fiyat verilmektedir.

Hükümet için, dolaylı fiyat kontrolünün başka bir şekli ise, tüm endüstriden, belli bir yıl için belli bir miktarın "geri ödenmesi" ya da "istenmemesi" için bir plan önermesini istenmesidir. Fransa'da, 1995'de ilaç harcamalarının %8.5 artması beklenmişti, bu da tespit edilmiş olan hedefin çok üzerinde bir artıştı. Netice ise şöyle olmuştu: farmasötik endüstrisinden müzakere edilecek koşul-

lar dahilinde, bir defaya mahsus 2.5 FF tutarında geçici bir katkıda bulunması istenmişti.

Tanıtım harcamalarına ilişkin tavan fiyatlar ve vergiler

Fransa'da, ilaç tanıtımına ilişkin toplam harcamalardan vergi alınmaktadır. En karmaşık sistem ise İngiltere'de bulunmaktadır. Burada, her bir şirket için bir formül ile tanımlanmış olan belli bir seviye üzerindeki harcamalar, kar kontrolü sistemi için, şirketin gelirlerinin hesaplanmasında yer almayacaktır.

Şirketler ise, şu görüşü ileri sürmektedir : Toplam tanıtım harcamalarından alınan vergi, diğerlerinden daha sık yeni ürün piyasaya sunan ve pazarlama ve bilgilendirmeye yönelik olarak ortalama miktarların üzerinde harcama yapmak ihtiyacı içinde olan şirketlerin cezalandırılması gibi bir dezavantaj ortaya çıkarmaktadır. Ancak, bu sistem, mevcut ürünlerden daha iyi olmayan yeni kimyasal ürünlerin piyasaya sürülmesi konusunda caydırıcı olmaktadır. Çünkü, şirketler, yasaların izin verdiği masrafları sınırlı sayıda bir ürünün tanıtımı için kullanmak zorunda kalacaktır.

Harcama tavanları

Bunlar, Almanya'daki referans fiyat listesi ya da İngiltere'deki kar kontrol sistemi gibi, diğer tedbirlere ilave olarak kullanılmaktadır.

1993 yılında Almanya'da, hükümet, bölgesel tabipler derneğine ait her bölgeye ilişkin olarak genel bir ilaç harcamaları bütçesini kabul ettirmiştir. Bu bütçeleri aşan ve 280 milyon DM'ye kadar olan herhangi bir harcamanın, derneklerin tespit ettiği baz esas alınarak, doktorlar tarafından ödenmesi gerekmektedir ve 280 milyon DM'ye kadar olan herhangi bir fazla miktarın ise, ilaç endüstrisi tarafından karşılanması söz konusu olmuştur. Sonraki yıl için de sabit bir bütçe uygulanmıştır. Bu kez, 280 milyon DM'ye kadar olan herhangi bir aşırı harcamanın sadece doktorlar tarafından karşılanması gerekmiştir.

Fransa'da, hükümet, ilaç endüstrisi ile bir anlaşmaya varmıştır. Bu anlaşma ile, bazı ilaçlar fiyatlarının sabitleştirilmesi için daha fazla esneklik sağlamak amacıyla, satış gelirlerinin kontrol edilmesi düşünülmektedir. Ocak 1994'de yapılmış olan bu anlaşma kapsamında, ilaç sektörü harcamalarına ilişkin olarak ülke çapında hedefler belirlenecektir. 1994 için %3.2'lik bir artış hedefi seçilmiştir. Bu hedef, 1993'deki %7.5'luk artışın çok altındadır.

Doktor reçetelerinin denetlenmesi

Reçeteleme işleri birçok Batı Avrupa ülkesinde denetime tabi tutulmaktadır ve gereğinden fazla ilaç yazan doktorlar uyarılabilmekte, para cezası ile tehdit edilmekte ya da bu tür cezalara maruz bırakılabilmektedirler. Doktorların reçete yazma tutumlarının etkilemenin başka bir yolu da, jenerik ilaçların kullanımının geliştirilmesi ya da jenerik ilaçların ikamesine izin verilmesidir. Bu politikalar, ilaç endüstrisinin sürekli eleştirisine maruz kalmıştır. Bir bütün olarak AB'de, jenerik ilaçlar, 1992 yılında toplam ilaç piyasasının yaklaşık %6.5'ünü oluşturmaktadır ve elde edilen gelirler ise, 2.5 milyar ABD doları olarak tahmin edilmektedir (315). Bu gelirlerin yüzde 80'nini aşan bir miktar, dört piyasadaki satışlardan elde edilmiştir. Söz konusu dört piyasa; Danimarka, Almanya, Hollanda ve İngiltere'dir. Jenerik ikame için potansiyel oldukça yüksek olmakla beraber daha da büyümesi olasılığı vardır. Hesaplamalara göre, potansiyel

jenerik ilaçlar piyasası, Fransa'daki ilaç piyasasının %77'si, Almanya'da %64'ü ve İngiltere'de de piyasanın %63'ünü oluşturmaktadır(316).

Bazı ülkeler, doktorlara bütçe sorumluluğu vererek yetkilendirme şekillerini değiştirmeye çalışmaktadırlar. Örneğin, genel pratisyenlerin hissedarlığın izin verildiği İngiltere ya da İrlanda'da olduğu gibi, elde edilen tasarrufun bir kısmının doktora verilmesi yöntemi ile kullanılmaktadır. Kendilerine verilmiş olan katı bütçeler dahilinde, ilaç yazma yetkisi olan hissedarlık uygulamalarında hali hazırda bu teşvik bulunmaktadır. Buna ilave olarak, fonları, ilaç, personel ve tedavi arasında değiştirerek kullanabilme olanağı gibi bir avantaj da bulunmaktadır.

Paralel İthalat

Batı Avrupa ülkeleri arasındaki büyük fiyat farklılıkları nedeni ile paralel ticaret ortaya çıkmaktadır. Büyük fiyat farklılıklarına rağmen, aynı ürünlerin paralel ithalatının boyutu henüz büyük oranda gelişmemiştir.

Yatırım Teşvikleri

Yürürlüğe konulan düzenleyici tedbirlerin çoğu, ulusal yatırım ya da istihdama katkıda bulunarak, ulusal ilaç şirketlerinin lehine ayrımcılık yaratılmasına olanak vermektedir. Hükümetler, genellikle belli ürünlerin fiyatlarını, belli bir şirketin o ülke için yaptığı, ihracat, istihdam ve araştırma - geliştirme gibi diğer ekonomik faydalar ile dengelemeye çalışır. Bu uygulamada, ürün sahip olduğu avantajlar bazında değerlendirilmez.

Devletler, yerel ilaç üretimi alanına yabancı sermaye çekmek için birbirleri ile rekabet ederler. Bu ise, devlet desteği şeklinde yatırım teşvikleri ya da vergi muafiyeti ya da ucuz gayri menkul gibi diğer teşviklerin sağlanması ile neticelenir.

ODA ve BDT ÜLKELERİNDE FARMASÖTİK SUNUMU

ODA ve BDT ülkelerindeki ilaç sektörlerinin karşılaştığı sorunların çoğunun temelinde, daha önce uygulanmış olan oldukça merkezileştirilmiş hizmet sunum sistemleri ve bu kapsamda da, miktara verilen büyük önem yatmaktadır. Karşılaşılan sonuç İse, iyi muhafaza edilmeyen, yetersiz donanımına sahip, çok fazla uzmanlaşmış, fazla eleman istihdam eden ve yetersiz koordinasyonu olan bir sistem olmuştur ve bu sistem şu anda ciddi yapısal sorunlarla karşı karşıyadır. Bütçe açıklarına (hastane sektöründe parasızlıkla sonuçlanan yani ilaçlara ödeme yapılamaması) ek olarak, buna ciddi ilaç ve tıbbi cihaz eksikliği de ilave edildiğinde, uygun geri ödeme ve fiyatlandırma mekanizmalarının olmaması ve de yeterli yasa ve yönetmeliklerin bulunmaması, ilaç tedarik, sistemindeki krizin boyutlarını tüm açıklığı ile ortaya koymaktadır.

ODA ve BDT ülkelerinde, hükümetler miras aldıkları sorunların yapısını idrak etmişler ve bir seri reforma başlamışlardır. Daha önceden uygulanan merkezileştirme ve bütçeye önem vermenin yerine bugünlerde, desantralizasyon, Özelleştirme, hizmet kalitesi, profesyonellik ve hastalık önleme ve sağlık koruması gibi daha geniş konulara önem verme ilkeleri geçmektedir. Ancak bu değişikliklerin hızı, ciddi biçimde, ilgili bakanlıkların belli faaliyetlerden kendilerini geri çekmelerine aynı zamanda da, gerekli fonların sağlanmasına bağlı olmaktadır. Aynı zamanda, ilaç arz sistemi üzerindeki gerekli kontrolün de sürdürülmesi gerekmektedir.

Geçiş Sürecinde İlaç Arz Sistemi

Genel reform sürecinin bir parçası olarak, çoğu ODA ve BDT ülkelerinde, pazara yönelik bir ilaç arz sisteminin başlatılması kabul edilmektedir. Sektörün özelleştirilip Özelleştirilmemesi hususundaki karar, tipik olarak geçiş süresi içinde erken bir safhada alınmıştır ve bunun neticesinde ise, İlaç arz sisteminde Batı Avrupa'da kabul görmeyecek sahip olma - mülkiyet şekilleri ortaya çıkmıştır. Sadece bir kaç ülke, yasalarında ilaç sektörüne yönelik istisnalara yer vermişlerdir ve Türkmenistan gibi, bunlardan sadece birkaçı tüm sektörü devletin elinde tutmuştur. Yetersiz yasa ile birlikte hızlı özelleştirme çoğu kez kaosu ve yönetilemez gelişmeleri de beraberinde getirmiştir. Neticede ise, fiyatlar yükselmiş, ithal ilaç fazlası, aşırı yüksek fiyat marjları meydana gelmiştir. Bütün bunlar ise halkın ilaçlara erişimini ve ilaçların piyasada bulunmalarını azaltmıştır.

Ancak bütün bu aşırılıklara rağmen, pazara dönük (özel) bir sektörün yürürlüğe konulmasının, bir ülkeyi ciddi arz eksikliklerinden kurtardığı durumlar da olmuştur. Bazı BDT ülkelerinde, eczanelere ilaç verilmesi işi, tamamı ile bir iki yıl içinde devlet bütçesindeki yetersizlikler ve devlete ait sektörün katılığı nedeni ile özel sektör tarafından yapılabile hale gelmiştir. İlaç üretimindeki gittikçe bozulan durum da bu katılığı artırmıştır. Bu durum özellikle, ODA ve BDT ülkeleri içinde devlete ait toptan satış kanallarının bulunduğu Rusya Federasyonunda daha da belirgindir.

ODA ve BDT ülkelerinde ilaç arz sistemindeki değişiklik süreci birkaç aşamayı izleyerek bu duruma gelmiştir (Kutu 17). Ülkeler, bu aşamalardan, kendi ulusal durumlarına ve sektördeki kişilerin etkisine bağlı olarak daha hızlı ya da daha yavaş biçimde geçmişlerdir. Özel sektörün hızlı gelişimine ulaşmaya çalışan kamunun düzenleyici organlarının karşılaştığı zorluklar Tablo 24'de gösterilmektedir.

Kamu düzenleyici organlarının fonksiyonlarının geliştirilmesi ve kapasitelerinin kuvvetlendirilmesi gerekmektedir. Para eksikliğinden ve küçük çaptaki yapısından dolayı dağıtım sistemi de zorluklarla karşılaşmaktadır. Para olmaması ve ilaçlara yönelik geri ödemeler için sınırlı olanakların olması, hastaların kendi ceplerinden daha fazla para harcamalarına yol açmaktadır. İlaçların %50 ya da daha fazlası için yapılan cepten ödemeler, bunların daha büyük toplum kesimlerince kullanılabilmesini ve alınmasını ciddi biçimde etkilemektedir.

Özet olarak, birçok hükümet, gelir seviyeleri ve coğrafi durumlarına bağlı kalmaksızın yurttaşlarına ilaç sağlanması konusunda garanti vermeyi amaçlamış olsalar da (bazen anayasada ya da ilaç politikası belgelerinde), sorumluluk, uygun fiyat ve hakkaniyet hedeflerine çoğunlukla ulaşamamışlardır. Bu ise, hem kamu sektörünün problemlerini hem de (doğal yapısından dolayı) bu hedefleri başarmak için sorumluluk alma konusunda özel sektörün başarısızlığını sergilemektedir.

Kamu sektörünün durumu

Ekonomi içinde ilaç arz sisteminde kamu sektörünün mevcut durumu, geçmişte olduğundan çok daha zayıf bir konumdadır. Geçmişte, tüm ilaç arz sisteminin kontrolünden ve tazminat programlarından sağlık bakanları sorumlu olmuşlardır. Bu zayıf konum, kamu sektörünün, bilinmeyen, pazar odaklı bir sektörü yönetmekte başarısız olmasından kaynaklanmaktadır. Bu faktörlerden dolayı kamu sektörünün çalışması da gittikçe bozulmaktadır.

Kutu 17. İlaç Tedarik Sistemine Geçişteki Aşamalar

- Aşama 1** *Özel mülkiyetin kesin biçimde yürürlüğe konması*
İlgili yasal mevzuat uyumu yapılmadan, ekonomik reformlar kapsamında özel girişimleri teşvik maksadı ile genel tedbirler kapsamında ilaç arz sisteminde özel mülkiyet kavramı yürürlüğe konur.
- Aşama 2** *Bazı özel eczanelerin kurutması*
Devlete ait mevcut sisteme ilave olarak bazı özel eczaneler kurulur. Bu yeni eczanelerde birçok mülkiyet şekilleri bulunur (mülkiyetin sadece eczacılarla sınırlı olması gerekmez) fakat çoğu, kabul edilmiş standartlara uymamaktadır.
- Aşama 3** *Devlet sektörünün desantralizasyonu*
Özelleştirme, ancak eski yapıların desantralizasyonundan ve her eczane-nin kendi finansal muhasebe sistemine sahip olduktan sonra gerçekleştirilebilmektedir. Bazı ülkeler, eski rejim yıkılmadan önce, desantralize olmuşlardır. Ancak, bazıları ise buna yeni başlamışlardır.
- Aşama 4** *Devlet sektörünün özelleştirilmesi*
Bu özelleştirme süreci^a mevcut finansman sistemine ve bu konudaki isteğe göre yavaş yavaş meydana gelir. Birçok durumda, mevcut faaliyetlerden elde edilen karlarla finanse edilir. Bazı ülkelerde, devlet, arzi garanti altına almak için sektörde pay sahibi olmayı sürdürür ve bazı eczaneleri ya da toptan satış sistemini kontrolü altında tutar.
- Aşama 5** *Kontrolsüz piyasa genişlemesi*
Gittikçe artan ithal ilaçlar, yükselen fiyatlar, kar marjları, kontrol edilemez ilaç satışlarının kontrol edilememesi ve sorumsuz hareketler, piyasanın bir düzene sokulması ihtiyacını gündeme getirir. Buna bir de, ortaya çıkan sosyal sorunlar eklenir (hakkaniyetsizlik).
- Aşama 6** *Düzenleyici yetkilerin oluşturulması*
(Daha önce bakanlıkların ya da kamu toptancıların yaptığı görevleri yapan) Destekleyici, denetleyici ve düzenleyici makamlar oluşturulur. Önceki özelleştirme üzerindeki odaklanmanın yerini bu kez, yasama, düzenleme ve kontrol yapıları konusundaki yatırım alır. Bu süreçte kilit profesyonellere ve finansmana ihtiyaç vardır.
- Aşama 7** *Sektörün düzene oturtulması*
Sektör, ruhsat verme, asgari standartların oluşturulması, mülkiyet şekilleri hususundaki sınırlamalar, yeni eczanelerin kurulmasına sınırlama getirilmesi ve taşra ile uzak yerlerde garanti edilen kapsama oranları gibi konular açısından aşamalı olarak belli bir düzene oturtulur.

^a Eczanelerin özelleştirilmesi, önemli ölçüde İşçilerin katıldığı programlar ile ya da fiş sistemi programları vasıtası ile yürütülmektedir.

Tablo 24. Belli ODA ve BDT ülkelerinde ilaç sektörünün gelişmesi, Mart 1995

Madde	Ülke				
	Arnavutluk	Ermenistan	Gürcistan	Tacikistan	Eski Yugoslavya Makedon Cumhuriyeti
Ulusal ilaç yasası	Evet	Taslak görüşülüyor	Taslak görüşülüyor	Hayır	Taslak görüşülüyor
Zorunlu ilaç listesi	Evet, fakat kullanılmıyor.	Evet	Evet	Hayır	Hayır
İlaç tes cili	Sınırlı biçimde işliyor	Evet	Sınırlı biçimde işliyor	-	Sınırlı işliyor
Kalite kontrol laboratuvarı	Hayır	Yeni kuruldu	Hayır	-	Hayır
İlaç Düzenleme Teşkilatı	Kurulma aşamasında	Kuruldu	Hayır, bağımsız yerler	-	Hayır
Denetim	İşlemiyor	Evet, geliştirilecek	İşlemiyor	-	Evet, geliştirilecek
İyi Eczacılık uygulamaları kılavuzu (317)	Hayır	Hayır	Hayır	-	Hayır
Dağıtım sistemi	Sınırlı biçimde işliyor	Sınırlı biçimde işliyor	Zayıf işliyor	Çok karmaşık durumda	Sınırlı işliyor.
Özelleştirme	Başladı	Başladı	Başladı	Tartışılıyor	Başladı
İlaçların ruhsata bağlanması	Evet	Başladı	Başladı	Evet	Evet

Kaynak: Walt (318).

Özelleştirme konusunda alınan global kararlar, sağlık bakanlıklarının, devlete ait toptan satış mekanizmaları (bazen buna geniş bir eczane ağı da dahil olmak üzere) üzerindeki kontrol ve hakları kaybetmeleri ile sonuçlanmaktadır. Bu durum, sağlık bakanlığının, satılan ilaçların miktarı ve fiyatları konusunda yetersiz bilgi alması durumuna neden olabilir ve kamu kuruluşları tarafından ilaç ihtiyacının karşılanmasının artık güvence altında olmadığını ifade eder. Azalan devlet bütçeleri ve yüksek seviyede öncelik belirlemelerinin yapılamaması sonucu finansmanın azalması şunlara yol açar:

- sağlık sisteminin yetersiz finansmanı;
- hastane ilaçlarının yetersiz finansmanı;
- yüksek oranda personel sirkülasyonuna sebep olan yetersiz memur ücretleri;
- daha yüksek maaş arayışı ile kamu kuruluşlarından özel sektöre kaymalar;
- düzenli kontrol ve denetlemeyi sağlayacak yeterli finansman bulunmaması;
- yüksek miktarda cepten ödemeler ve ilaç katkı payları.

Ekipmanın kontrolü ve denetlenmesi ve işgücü yetersizdir. Son olarak, ilaç arz sisteminin denetimi ve gözetimi, merkezi kurumlar ile desantralize organlar arasında gerilim oluşturmuştur.

Kamu etkinliğindeki bu azalma, güvenilir bir işveren ve hizmet sunucu olarak devletin konumunu ciddi bir şekilde etkilemektedir.

Kamu sektörünün, yeni oluşan pazara dönük sektörü yönetmesindeki yetersizliği, çeşitli sebeplere bağlanabilir:

- Özelleştirmenin hızlandırılması ve ilaçlarda serbest pazar oluşturulması konularındaki ticari baskılara direnmedeki yetersizlik;
- Pazar-odaklı arz sisteminin düzenlemesinde mevzuat eksikliği;
- Pazar odaklı sistemin işleyişini anlama eksikliği;
- Dünyanın diğer bölgelerinde bu tür sistemlerin nasıl düzenlendiği konusunda bilgi eksikliği; ve

İlaç sektöründe birçok uzmanca yaklaşımlar ve de kabul edilebilir çözümler bulunmasına yönelik istek olmasına rağmen, kamu sektörü ile ilaç sanayisi temsilcilerinin bir araya gelip tartışabilecekleri uygun forumların eksikliği, kamu sektörünün izole olmasına neden olmaktadır.

Geçiş sürecinin başlangıç safhasında, Sağlık Bakanlığının faaliyetleri, çoğu kez özelleştirme ve yeniden yapılandırmaya odaklanmıştır ve piyasa olaylarının hızının gerisinde kalmaktadır.

Tüm ODA ve BDT ülkelerindeki devletlerin durumları geçiş sürecinde oldukça yetersiz olmaktadır. Birçoğu, bazı önemli kişilerin yetkilerine bağlıdır. Öte yandan, gözler ilaç finansmanı, geri ödeme, temel ilaçlar listesi ya da formülleri gibi konulara çevrildiği zaman, Sağlık Bakanlığının etkisi oldukça artmaktadır ve böylece tekrar merkezileşme geçerlilik kazanmaktadır; fakat sadece gerekli araçlar olduğunda Sağlık Bakanlıklarının ve ilaç kontrol kurumlarının etki alanları genişlemektedir.

Özel Sektörün Konumu

Özelleştirmeye karşı direncin çok kuvvetli ve bu konuda mevzuatın çok sıkı olmasına rağmen, geçiş sürecinde özel sektörün konumu oldukça güçlü olmuştur.

İlaç arz sisteminde, özel sektör toptancılık faaliyetleri gelişmektedir ve bazen piyasanın bu kadar çabuk geliştiğini görmek şaşırtıcı olmaktadır. Genelde, özel ilaç toptancılık sektörü kısa zamanda içerisinde büyük bir pazar payı elde etmiştir. Başlangıçta, pek çok türde küçük toptancılar ve tüccarlar (ve pek çok komisyoncu) piyasada yer almışlardır. Fakat bir iki yıl sonra, komisyoncu ve toptancıların sayısı azalacaktır.

Eczaane düzeyinde, ecza dolaplarından profesyonelce yönetilen büyük eczanelere kadar çok çeşitlilik gösteren mülkiyet şekilleri ortaya çıkmaktadır. Eczacılar, işçi kooperatifleri, ilaç toptancıları, reçete yazan doktorlar ya da diğer sektörlerdeki iş adamları eczaane sahibi olabilmektedirler. Bu dağılım, anayasal haklar ve yetersiz mevzuat nedeniyle mülkiyeti kısıtlamanın güç olabileceğini göstermektedir.

ODA ve BDT ülkelerindeki özel ilaç sektörünü genel anlamda Batı Avrupa ülkelerinde görülenle kıyaslamak mümkün değildir. Bunun sebepleri, sektörün; yüksek kara, ithal ilaçlara, düşük fiyatlı ilaç üretiminin az çeşitlilikte olmasına, kalite yerine miktara ve makul gelir yerine kara odaklanmış olmasıdır. Örgütlenmedeki başarısızlık, genel standartların ve kalite normlarının olmayışı (DSÖ tarafından iyi eczacılık uygulamaları kılavuzunda 317 belirtilmiştir), eczacıların kamu hizmetlerindeki sorumluluğunun az olması yukarıdaki hususları destekleyici faktörlerdir.

Genellikle, ilaç sektöründe bir kez kesin bir mevzuat hazırlandıktan sonra, özel sektörün performansında artış olmaktadır. En kötü durumlar ortadan kalkmakta ve profesyonel bir anlayışla eczaneler gelişmektedir.

Temel Problem Alanları

Batı Avrupalı ve Kuzey Amerikalı danışmanlar tarafından geliştirilen politik yaklaşımlar, devlet politikaları ve sorumlulukları üzerine odaklanmış bulunmaktadır. Burada kamu sektörünün reform sürecini yönetmekte ortaya çıkan zayıf noktalar gösterilmiştir (aşağıda, 1-4, maddelerde yer almaktadır). ODA ve BDT ülkelerinde kamu görevlileri ilaç sektöründeki reform sürecinin karmaşık yapısı ve bu süreç için uygun araçların bulunmaması gibi daha teknik konuları gündeme getirmişlerdir, (aşağıda 5-9. maddelerde yer almaktadır)

1. Devlet, önceliklerini belirlerken, genellikle sağlık hizmetleri finansmanı ve maliyet sınırlamasından daha çok özelleştirme konusunu ele almıştır. Bu durum hakkaniyetsizlik yaratmakta, işleyişi engellemekte ve yeterliliği düşürmektedir, (yüksek katkı payları)

2. İthalatın desteklenmesiyle pazarlar çok hızlı gelişmektedir. Aynı zamanda, reçete suiistimalleri rasyonel olmayan bir ilaç tüketimi yaratmaktadır.

3. Pazarlar, kamu sektörü kapasitesi ve faaliyetlerinden daha hızlı gelişmekte ve mevzuatın geliştirilmesi uzun zaman almaktadır.

4. Kapsamlı bir strateji ya da ulusal ilaç politikası yoktur. Bazı ülkeler, politikacılar, hükümet yetkilileri ve gelecekteki uzmanları için bir yapı ve ilaç sektörüne uygulanmak üzere açık bir strateji geliştirmişlerdir. Belirli bir politikanın olmayışı, geçici karar alımlarına ve reform sürecinin yavaşlamasına yol açmaktadır.

5. Bazı ülkeler, anayasal bir zorunluluk olarak, ilaçları nüfusun büyük bir kesimine ücretsiz olarak vermektedirler. Artan miktarda pahalı ilaç ithalatıyla, ODA ve BDT ülkelerindeki kamu ilaç harcamaları Batı Avrupa ülkelerine göre daha fazla artış göstermiştir. Bütçe kısıtlamaları daha da sıkılaştırılmış ve gerekli çözümlere gidilmesi için acil ihtiyaç duyulmuştur.

6. Geri ödeme sistemleri, hem hükümet hem de hastalar üzerindeki yükü hafifletecektir. Çoğu kez maliyet sınırlamasına gereken öncelik verilmediğinden ihtiyaçların belirlenmesi gerekmektedir, fakat bu genellikle uygun bir şekilde yapılmamaktadır.

7. Özelleştirme, çok çeşitli mülkiyet biçimlerine doğru bir yol açmaktadır, fakat kalite ve profesyonel standartlar genellikle göz ardı edilmektedir. Kendi ayakları üzerinde durabilecek bir ilaç sanayii için büyük yatırımlar ve aynı zamanda bilgi aktarımı yapılması gerekmektedir. Bu, zaman alan bir süreçtir ve iyi ortaklar ile yeterli yatırım gerektirmektedir.

8. Patent koruması, denetleme ve kalite kontrolü ilaç uzmanları için büyük önceliği olan konulardır, fakat hızlı pazar gelişimi nedeniyle bu faaliyetlerin eşgüdümlü bir şekilde yürütülmesi güç olmaktadır.

9. Yardım derneklerine yapılan bağışlar çeşitli problemlere sebep olmaktadır. Bu bağışlar, dağıtım sisteminin amacını saptırmakta ve gereksiz, kısa ömürlü ve kayıt dışı ilaçlarla yeni markaların sisteme dahil edilmesine ve ülke ye girmesine neden olmaktadır.

Doğru ve gerekli ilaçlara yaygın bir şekilde erişim imkanı yaratmayı hedefleyen kamu sağlık politikasına temel problem alanlarının her biri etkide bulunmaktadır. Erişilebilirlik, Özelleştirmeden ve pazar büyümesinden olumlu olarak etkilenmektedir. Önemli politik hedeflerin tamamı ise, yetersiz dağıtım kanallarından, yüksek fiyatlardan, düşük kaliteden, yetersiz bilgidен, bütçe problemlerinden ve geri ödeme sisteminin ya da sağlık sigortasının olmamasından olumsuz yönde etkilenmektedir.

ODA ve BDT ülkelerindeki gelişmeler, nüfusun büyük kısmının ilaçlara erişim imkanı elde etmesiyle bunun diğer gruplar üzerinde bu ilaçların satın alımına yönelik bir düşüş yarattığını göstermiştir. Yeterli kaynak kullanımı ve hakkaniyetli geri ödeme mekanizmaları sağlanmadıkça, hızla özelleştirilen ilaç dağıtım sistemlerindeki sosyal eşitsizlik, nüfusun yoksul bölümünü kötü yönde etkilemeye devam edecektir.

Sağlıkta Yatırım İçin Sermaye Tahsisi

Sağlık sektöründe, teknolojik değişimi ve genel anlamda gelişmeyi sağlayacak önemli konulardan birisi de hastane, klinik ve diğer tesislerde sermaye birikimini sağlamaktır. Günümüz sağlık sisteminin durumu ve sunulan hizmetlerin türleri aynı zamanda mevcut sermaye altyapısıyla desteklenen veya kısıtlanan bir yapıdadır. Benzer şekilde, gelecekteki hizmet sunumu seçenekleri yapısının birçoğunu bugünkü yatırımlar belirleyecektir.

Reformların temel amacının, mevcut hiyerarşik sistemin yeniden yapılmasını içeren ve önceleri sosyalist olan ODA ve BDT ülkelerinde ve reform gündemleri yeniden düzenleme, maliyet sınırlaması ve teknoloji kontrolü olan Batı Avrupa ülkelerinde temel unsur, mevcut sermaye tahsisinin ve teknoloji kullanımının tatmin edici olmamasıdır. Hastane hizmetlerinin geliştirilmesi ve çeşitlendirilmesi (örneğin BBSH ve günlük merkezler) ve hastane sektöründeki

mevcut kaynakların koordinasyonu ve daha iyi kullanımı, ortak amaçları oluşturmaktadır. Yine de, kurumsal özelliklerine, reform politikalarına ve çeşitli örgüt yapılarına bakıldığı zaman ülkeler arasında önemli farklılıklar gözlenmektedir.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Ekonomistler sermayeyi, yatırımı ve amortismanı birbirinden ayırmaktadırlar. Sermaye, üretken varlıkların mevcut stoku olarak değerlendirilmektedir. Yatırım ise tersine akışkandır ve sermayeye yapılan girdilerden oluşmaktadır. Amortisman da akışkandır ve üretken varlıkların zaman içinde değerini yitirmesi ve sermayenin eksilmesidir. Bu kavramlar arasındaki farklılıklar önemlidir, çünkü yatırım, sektörün sermaye yapısına uygun olması gereken, kritik ve dinamik bir faaliyet olarak tanımlanmaktadır. Genelde sermaye hisselerindeki bu ayarlama, zaman içinde yavaş yavaş olmaktadır. Yatırım miktarının, mevcut öz sermayenin %5'i ya da %10'unun üzerinde olması az rastlanan bir durumdur. Bu nedenle, Avrupa ülkelerinde, hastanelerin ve diğer tesislerin mevcut sermaye altyapısının oluşturulması uzun yıllar almıştır.

Sağlık hizmetlerinde teknoloji düzeyi, hastalıklara tanı koyma, iyileştirme ve koruma yeterliliğine göre belirlenmektedir (319). Bu çerçevede, yatırımı geçmiş durumlarını ve sağlık sektöründeki mevcut sermayenin tahsisi konularını tartışmak için faydalı bir başlangıç noktasıdır. Sağlık hizmetleri temelde hasta bir insanı tedavi etmek şeklinde kabul edilir. Patolojik süreç bilgisi genelde azdır ve tedavisi söz konusu olan hastalığın gelişiminde duraklamalar olmaktadır. Buna örnek olarak tedavisi olmayan önemli bir hastalık olarak AIDS ve basit bir hastalık olarak da soğuk algınlığı verilebilir. Bir sonraki aşama yarı teknolojidir. Bu durumda hastalığın kötü etkilerinin ortadan kaldırılması, ya da ölümün önlenmesi söz konusudur, ama hastalığın niteliği hakkında yetersiz bilgi olduğu için tam bir tedaviden söz edilemez. Buna örnek olarak yüksek teknoloji gerektiren hastalıkları yani kanser, diyabet ve organ nakilleri verilebilir. Son aşama da, hastalık hakkında gerekli bilgi mevcuttur, tam tedavi sağlanmakta ve hatta korunma söz konusu olmaktadır. Çeşitli hastalıklarda kullanılan aşılarda ve antibiyotikler bu gruba örnek olarak verilebilir.

Bu çerçevede, hastalık mekanizması ve teknoloji bilgisi arasındaki bağlarla sınırlıdır ve travma tedavisi bu çerçeve dışındadır. Ayrıca, teknolojinin tanımı da sınırlıdır ve Özellikle hastalıkların bilinmesi üzerinde durmaktadır. Bütün bu kısıtlamalara rağmen söz konusu bu çerçevede, teknolojinin dinamik bağlantıları, maliyet ve sermaye konularını tartışmak için faydalı bir başlangıç noktası sağlamaktadır.

DİNAMİK SÜREÇ

Herhangi bir zaman içerisinde sağlık hizmetleri, mevcut bilgiye ve hastalık ve travmanın bilinmesine bağlı olarak değişik türdeki teknolojilerin kaynaşımından oluşmaktadır. Yukarıda açıklanan üç aşama kullanılarak, bazı hizmetler teknolojik olmayana, bazıları yarı teknolojik olana ve diğerleri de yüksek teknolojiye bağlıdır. Teknolojinin değişik türlerinin kaynaşımı doğrudan sermaye harcamaları ile bağlantılıdır.

Pek çok durumda, yeni teknolojik buluşlar, teknolojik olmayan hizmetleri yarı teknolojik hizmetler haline getirmektedir. Teknolojinin kullanılmadığı durumdan yüksek teknolojinin kullanımına geçildiğinde bilgi arttığından dolayı,

bir hastalığa yönelik maliyet fonksiyonunun ters U oluşturması akla uygundur. Bu durum, harcamanın yarı teknolojik durumlarda en yüksek seviyeye ulaştığını ifade eder. Şüphesiz, hasta başına düşük maliyetli yeni teknikler kullanıldığında, bu, verilen hizmetin miktarında artış yaratabilir. Teknolojinin daha yaygın bir şekilde kullanımı sebebiyle toplam harcamalarda da bir artışa sebep olabilir,

Yatırımlar, sağlık teknolojisi, sermaye ve sağlık sektörü reformları arasındaki ideal ilişkide, yatırımların uygun sermaye türüne göre tahsis edilmesi öncelikli olarak gerekmektedir (mesela bunların değişik tedavi türleri arasında dikkatli bir şekilde dengelenmesi gibi). Bu dağılımda, rehber olarak teknoloji ve bilgidan faydalanılmalıdır. Eğer teknolojik gelişmeler, herhangi bir hastalığın yatarak tedavi yerine ayaktan tedavisine ve hatta aşilar yoluyla hastalığın önlenmesine imkan verirse, yatarak tedavi faaliyetlerinin azaltılması ve yatırımların daha çok ayaktan ve koruyucu tedavi hizmetlerine ayrılması gerekmektedir.

İkinci olarak, sağlık sektörüne yapılan yatırımlar yüksek teknoloji ağırlıklı olmalıdır. Maliyeti yüksek ve aynı zamanda etkililiği düşük olan yarı teknolojik uygulamalardan mümkün olduğunca kaçınılmalıdır. Bu konu, aynı zamanda özel donanım üreticilerinin, araştırma ve geliştirme bütçelerine ne şekilde yön vereceklerine dair önemli sinyaller taşımaktadır. Üçüncü olarak, sermayeye yapılacak yeni yatırımlar, operasyonel harcamalarla çok iyi dengelenmeli ve zaman içinde yeterli miktarda sermaye stokunun korunması garanti edilmelidir. Böyle bir dengenin yokluğunda iki çeşit problem ortaya çıkmaktadır. Eğer yüzde olarak yüksek miktarda kaynaklar yeni ana sermaye için ayrılırsa, operasyonel harcamalara çok az bir miktar kalır. En kötüsü, yeni bir faaliyete başlamak için elde hiç para kalmamış olabilir. Öte yandan, yatırıma çok az mevcut kaynak ayrılırsa, sermaye stoklarında bozulma meydana gelir, hizmet kalitesi azalır ve bu durum operasyonel harcamalarda da olumsuz etkiler yaratır.

Sermaye tahsisindeki mevcut göstergeler, ülkeler arasında karşılaştırma yapılmasını zorlaştırmaktadır. Tedavi tanımları ve formları ülkelere göre değişiklikler göstermektedir; kaliteyi ölçmek kolay değildir ve teknolojik aşamalarda farklılıklar vardır. Örneğin yatak sayısı, hastane sermayesi için genel bir ölçüdür. Fakat, bir ülke için bu sayı, toplam sayıyı ve uzun süreli, akut hastalıklara ayrılmış yatak miktarını ifade edebilir, bir diğer ülke içinse sınıflandırma ayrı yapılmış olabilir. Küçük, yetersiz teknik personeli olan, kırsal bölgedeki bir hastane yatağı ile, büyük, tam donanımlı, uzman kadrosu bulunan bir hastane yatağını kıyaslamak mümkün değildir. Buna ilaveten, örneğin, Orta, Batı ve Doğu Avrupa ülkelerindeki ortalama hasta kalış sürelerini birebir karşılaştırmak sağlık hizmet sunumu teknolojileri farklılıklar gösterdiği için, zor olmaktadır.

Hastane hizmetlerinin etkinliği, pek çok ODA ve BDT ülkelerinde mevcut ekipmanın kalitesiz olmasından ötürü kötü yönde etkilenmektedir. BDT ülkelerindeki küçük bölge hastanelerinin pek çoğunda bir yatak için 4-5 m² alan ayrılmaktadır. Bazı çok küçük hastanelerde ise yatak işgal oranı düşüktür, radyoloji servisleri ve yeterli ısıtma ve su sistemleri bulunmamaktadır.

OECD istatistiklerine göre, yatak işgal oranı Batı Avrupa ülkelerinde ortalama %60-85 civarındadır. Bir ülke içinde de kırsal ve kentsel bölgeler ve değişik kurumlar kıyaslandığında aynı farklılıklar gözlenmektedir. Pek çok Batı Avrupa ülkesinde ortalama hasta kalış süresi on günün altındadır ve bu ODA ve

BDT ülkelerinde görüldüğünden daha düşüktür. Daha önce de belirtildiği gibi, bu farklılıklar iki değişik bölgede farklı teknolojilerin kullanılması gerçeğine dayanmaktadır. Batı Avrupa'da, örneğin, laporoskopik tedavinin yaygın kullanımı, ortalama hasta kalış süresini kısaltmaktadır, bu farklılıkların bir başka açıklaması da ODA ve BDT ülkeleri hastanelerinin, sosyal örneğin Batı Avrupa ülkelerinde bakımevleri ve evde tedavi hizmetlerinin sunduğu hizmetler gibi, sosyal işlevleri daha önemlidir. Bundan başka, Batı Avrupa ülkelerindeki hastanelerde ortalama olarak hizmet sunumu daha etkilidir.

Hastane sektöründeki sermaye birikiminin ülkelere göre değişiklik göstermesi, coğrafi ve altyapı şartlarındaki farklılıklarla açıklanabilir. Bu sebepler, neden Norveç'te İsveç'e göre daha fazla ulaşım sorunları ve nüfusa göre daha fazla sayıda hastane olduğunu açıklamaktadır. Farklı organizasyonel uygulamalar da rol oynamaktadır. Örneğin, Almanya'da hastanede kalış süresinin uzunluğu, hastanelerde ücretlerin günlük ödenmesine bağlanabilir ve 1992 yılından önce hastanelerde ayakta tedavi yapılmasına izin verilmemesiyle açıklanabilir. İngiltere'de 1948 yılında Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) kurulduğunda, 3000'den fazla hastane iki ayrı sisteme göre organize edilmiştir; kamu hastaneleri ve kar amacı gütmeyen özel kurumlar. Bugün bile, İngiltere'de hastane hizmetlerinin yapısı, kısmen 1948'den önceki koşullar ile açıklanabilmektedir.

Batı Avrupa'da hastanelerdeki sermaye tahsisi, hastane mülkiyet biçimlerine ve kamu mevzuatı türlerine göre değişiklik göstermektedir. Hemen hemen bütün ülkelerde, hangi ulusal ya da bölgesel idarelerin, hastane yatırımlarının konumunu ve hizmet özelliklerini saptayacağını belirten detaylı bir mevzuat çerçevesi bulunmaktadır.

Yeni yatırımlar için gerekli kaynakların kontrol mevki merkezi planlamanın konusudur. Batı Avrupa ülkelerindeki vergi finansmanlı sağlık sistemlerinde, geleneksel olarak yatırım kararlarının alınması ve kaynakların toplanması, ulusal (Finlandiya, İngiltere) ya da bölgesel (İsveç) olarak kamu otoritesi tarafından kararlaştırılır.

İngiltere reformları, hastaneleri, kendi kendilerini yöneten tröstler haline dönüştürse de, (321) tüm kamu sektörünün borçlanma gereksinimi hakkındaki politik kaygılar yeni hastanelerin hazineye borç almasıyla hastaneler üzerinde tekrar bir kontrol başlatılmasına yol açmıştır. Tröstler, operasyonel bütçeleri için sermaye amortismanı ödemeleri almaktadırlar ve bu ödemeler sermaye donanımı satın alınmasında ve düşük maliyetli yeniliklerin yapılmasında kullanılmaktadır.

Sosyal sigorta ile finanse edilen sağlık sistemlerinde, hastaneler genellikle operasyonel bütçeleri için sermaye amortismanı ödemeleri almaktadırlar. Hollanda'da, öze! hastaneler yeni projeler için borç alma yetkisini ellerinde tutmaktadırlar, ama Almanya'da yeni sermaye kamu amaçlarına uygun şekilde 16 Eyaletin Sağlık Bakanlıklarınca (Lander) tahsis edilmektedir. Hollanda'da, yeni donanım, hizmetler ve sermaye yatırımları konusunda katı bir şekilde ulusal kontrolü gerçekleştiren Refah, Sağlık ve Kültür İşleri Bakanlığı ile kendi yatırımlarına karar veren Özel hastaneler arasında gerginlik yaşanmaktadır.

BAZI GÜNCEL SORUNLAR

Bütün Avrupa'da, yatırımlar ve gelecekteki operasyonel harcamalar arasındaki dinamik bağlantı başlıca endişe kaynağıdır. Kamu ve özel sektörde ana sermaye

ye birikimlerini etkileyen güçler farklılıklar göstermektedir. Sektörün merkezi yönetimle ve genelde açıkça idare edildiği ülkelerde, sermayedeki yeni bir yatırım, merkezi planlamayla belirlenmekte, bütçenin nüfusa ve hizmet kapasite normlarına göre belirlenmesi de aynı şekilde olmaktadır. Kamu bütçesi, her zaman yatırımın gerçek maliyetini yansıtmamaktadır. Hastane ve donanım yapılan kamu yatırımları, örneğin, aynı kırsal alan içindeki farklı topluluklar ve mesleki gruplar için tesisleri iki katına çıkarmaktadır. ODA ve BDT ülkelerinde, yatırım kararları merkezi planlama yoluyla yapılmakta ve yerel toplum ihtiyaçlarını yansıtmaktan çok uzak olmaktadır. Finansmanı hizmet sunumundan ayıran reformlar, yatırımların kontrolünün konumunu değiştirmekte ve yatırım politikası ile mevcut ana sermaye yapısı arasında koordinasyon sağlamada yeni problemler yaratabilmektedir.

Özel sektörde, mali teşvikler yatırımın büyüklüğünü ve türünü belirlemektedir. Genellikle, teknolojilere ve altyapıya yapılan yatırım akışları en fazla karı sağlamaktadır. İdeal olarak, pazar güçlerine gösterilen bu tepkiler, kaynakların verimli kullanılmasıyla sonuçlanmaktadır. Fakat, sağlık sektörüne yapılan sermaye yatırımlarında, bu kuralın her zaman doğru olmayışının önemli sebepleri vardır. Pazardaki başarısızlıklar, pazarın etkili bir şekilde faaliyet göstermesini engellemekte ve büyük hastaneler yönünde yanlış yatırımların gerçekleştirilmesine ve yeni teknolojilere yapılan yatırımların rasgele olmasına sebep olmaktadır. Bilgi eksiklikleri, hizmet satın alanların, uygun değerlendirme ve yatırım tercihleri yapmasını güçleştirmektedir. Sermaye tahsisinin pazar güçlerine bırakıldığı durumlarda düşük gelirli ve kırsal alanlar veya belli tıbbi koşullara yönelik olarak hakkaniyet etkilenmektedir.

Hizmet sunuculara yapılan ödeme sistemi türü, çok daha dolaysız bir yolla hem kamu hem de özel yatırım kararları için teşvik sağlamaktadır (320). Hizmet karşılığı ödeme, özellikle ödeme yapan üçüncü kişiler ve hasta tercihinin bileşimiyle arza dayalı talebi destekler, maliyeti yüksek uzmanlık hizmetlerinin artmasına ve yeni teknolojilere yapılan yatırımların rasgele olmasına sebep olur. Öte yandan, kamu sektöründeki parça başı bütçeleme, özellikle hizmet normlarıyla birlikte uygulandığında, geçmişte hastane yatağı ve donanımı konularında daha fazla yatırımlara sebep olmuştur. Sağlık sektörü reformları devam eden pek çok ülkede, sermaye ödeme sisteminden vaka başına sabit ödeme, kişi başına ödeme ve genel bütçe sistemlerine geçilmesiyle sermaye kullanımlarında daha fazla verimliliği teşvik etmiştir.

Sağlık sektöründe süregelen reformlar, muhtemelen kendi düzenlemelerine tabi hizmet sunucular ile sonuçlanacağından, ODA ve BDT ülkelerinde sermaye sahipliğinin ve yönetiminin değiştirilmesi Önemli bir görev olacaktır. Amaç verimli hizmetlerin temini için teşviklerin artırılmasıdır. Özelleştirmeden başka daha büyük yönetsel özerklik, bölgesel ve yerel hükümet kontrolünün desantralizasyonu veya kamuya ait tesislerin yönetimi için sözleşmeler yoluyla başarılabilir. Batı Avrupa'daki bazı sistemlerde, hastaneler kamuya aittir ama genel bütçeler ve sözleşmeler yoluyla özerk olarak finanse edilmektedir. Bu hizmet sunucular daha az detaylı mevzuatla karşılaşmaktadırlar ama, mevcut kaynakların verimli kullanılmasına yönelik daha fazla taleplerde bulunurlar. Bu durum, yerel seviyeden başlayarak, yatırım, sermaye, amortisman ve operasyonel harcama arasındaki bağlantıların planlaması yapılırken daha dikkatli olunmasını da teşvik etmektedir.

Batı Avrupa'daki gibi, 1990'larda ODA ve BDT ülkelerinde, hastanelerin daha az sayıda birimlere doğru küçültülmesi ve birleştirilmesine başlanmıştır. 1990'dan beri yatak sayıları azalmaktadır. Fakat hastanelerin kapatılması ve yatak sayılarının azaltılması düşük oranda gerçekleşmiştir, çünkü kaynakların başka alanlara kaydırılması konusunda politik engeller ve uygulamada zorluklar bulunmaktadır. İhtisas bölümlerinin kapatılması ve bu bölümlerin genel faaliyetlerle birleştirilmesi de önemli bir reformdur. Estonya'da, örneğin, bazı seçilmiş doğum hastaneleri, yakınlarında bulunan genel hastanelerle birleştirilmiştir, bu da genel hastanelerin, tanı-teşhis, cerrahi ve laboratuvar hizmetlerinin erişilebilirliğini ve kapasitelerini geliştirmiştir. Kırgızistan'da, kısa dönem kemoterapinin ve tüberküloz hastalığının ayaktan tedavisinin başlatılmasıyla, hastane yatak sayılarının düşürülebilmesi mümkün olmuştur ve tüberküloz tedavisinde kullanılan tesislerin kapatılması ya da başka alanlarda kullanılması gerçekleştirilmiştir.

Hükümetler ve sağlık hizmeti satın alan diğer kuruluşlar, yeni teknolojilere yapılan yatırımların kontrol edilmesiyle ilgili problemlerle karşılaşmışlardır. Yeni yatırımlar, zaten büyük bir sermaye özüne sahip olan hizmet türlerine ve alanlarına ek kaynakların tahsis edilmesi neticesinde genellikle mevcut sistem ve teşviklerden karşılanmıştır. Eski yatırım biçimlerinden vazgeçmek, hizmetlerin maliyet etkinliğinin sağlık sektörü reformlarının önemli bir ilkesi olarak benimsenmesiyle mümkün olacaktır. Pek çok analiz, BBSH, koruyucu ve kamu sağlık hizmetlerinin, hastane hizmetleriyle karşılaştırıldığında daha çok maliyet etkin olduğunu göstermektedir. Fakat ilave koruyucu hizmetler her zaman tedaviden daha maliyet etkin değildir. Bu durum özellikle kaynaklarını koruyucu hizmetlere ayırmış olan gelişmiş ülkeler için geçerlidir. Bu nedenle, maliyet etkinlik hastane yatırımlarından tamamen ayrı tutulamaz, ama kaynakların dengeli dağılımını ve hastane kalitesini artıracak yatırımı destekleyebilir.

SONUÇ

Son zamanlarda, Avrupa sağlık sektöründe yapılan yatırımların çoğu hastanelerdeki yarı teknolojik çalışmalara ayrılmıştır. Batı Avrupa'da gelir düzeyinin artmasıyla ve sağlık sektörüne daha fazla kaynak tahsis edilmesiyle, hastane yatak sayılarında hızlı teknolojik değişiklikler eşliğinde bir artış meydana gelmiş ve bu durum daha etkili tedavi türleri ve artan maliyetlerle sonuçlanmıştır. ODA ve BDT ülkelerinde, hastane yataklarındaki artışa yavaş teknolojik değişiklikler ve düşük maliyet artışları eşlik etmiş, bu durum fazla etkili ve doğru tedavilerin yapılmayışına, kaynakların yetersizliğine, tesislerin yeterli seviyede olmamasına ve hizmetlerde düşük kaliteye yol açmıştır.

Yeni sağlık teknolojilerindeki hızlı gelişimin tersine, sermaye stokunun ayarlanması zaman almaktadır. Hastaneler ve diğer tesisler bir kere kurulduktan sonra kapatılmaları politik olarak zor olmaktadır. Bu nedenle, sağlık sektöründeki sermaye altyapısı modeli önemli bir hareketsizliğe konu olmaktadır.

İstikrarlı bir ortamda, bu hareketsizlik sorunu çok önemli görünmeyebilir. Ama sağlık sektöründeki tanı-teşhis ve tedavi yöntemleri hızlı gelişmelere tanık olmaktadır ve bu durum sermayenin optimum tahsisiyle birleştirilmelidir. Bu nedenle, sağlık sektörü reformları, satın alanlara ve hizmet sunuculara, optimum kararların alınmasını ve yeni teknolojilere maliyet etkin yatırımların yapılmasını teşvik etmelidir. Reformlar, aynı zamanda mevcut sermaye dağılım modellerinin dikkatle gözden geçirilmesini sağlamalıdır.

6 Hizmetlerin Verimli Sunumu

1980'lerin sonlarında ve 1990'ların başlarında, Avrupa'daki Sağlık Reformlarının, mikro düzeydeki (kurumsal) hizmet sunucularının organizasyon yapılarına ve davranışlarına verdikleri önem gittikçe artmıştır. Bu değişimler, özellikle yönetsel verimliliğin ve sağlık çıktılarının iyileştirilmesi üzerine yoğunlaşmıştır. Aynı zamanda, sağlık programlarının kalitesini yükseltmeye yönelik ilgi artmaktadır. Mümkün olduğu durumlarda daha az uygun olan hizmet türlerinin daha uygun olanlarla ikame edilmesi, yani hastanelerin içsel ve dışsal düzenlemelerinin yeniden yapılandırılmasını ve BBSH'lerin kapasitesinin artırılmasını gerektirmektedir. İnsan kaynakları alanlarında da bununla ilgili değişikliklerin yapılmasına başlanmıştır.

Çıktıların ve Hizmet Kalitesinin Geliştirilmesi

Birinci bölümde de belirtildiği gibi, sağlık politikasının gelişimi, geleneksel olarak sağlık hizmetlerinin finansmanına ve sağlık hizmetlerinin verildiği kuruluşların organizasyon yapılarına odaklanmıştır, kalite konuları da sağlık uzmanlarına bırakılmıştır. Sağlık reformu, sağlık hizmeti kalitesini de hedeflemelidir. Sağlık hizmet sunumunun kalitesi konusundaki değerlendirme, uzmanlar (özellikle tıbbi) tarafından yapılmakta ve kalite, miktar ve uygulama konularında geniş varyasyonlarla karşı karşıya kalınmaktadır. Eski çalışmalar, ülke içi ve ülkeler arası alanlarda pek çok acil olmayan cerrahi müdahalelerde ve sonuçlarında geniş varyasyonlarla karşılaşıldığını (322) ve tedavilerin geniş çeşitlilik gösterdiğini (323) ortaya çıkarmıştır. Bu varyasyonların çeşitli sebepleri vardır, bunlar; hastalığın görülme sıklığındaki değişiklikler, belirli tedavi yöntemleriyle ilgili kültürel tercihler, yapısal ve finansal teşvikler ve belli bir durumda en uygun tedavinin hangisi olduğu konusundaki klinik belirsizliklerdir (324).

ÇIKTILARA YÖNELİK HAREKETLER

Son günlerde, klinik belirsizlikler "çıkılara yönelik hareketler"i artırmıştır. Bu hareket sadece hangi tedavilerin kimler için etkili olduğu konusundaki bilgi eksikliğine bağlı değildir; araştırmalara dayanan bulgular da ya çok az bilinmemekte, ya da hiç bilinmemektedir. Örneğin, streptokinezin kalp krizinden kaynaklanan ölüm oranlarını azalttığı bulgusu birkaç yıl önce yapılan araştırmalarla bulunmuştur, ama yaygın olarak uygulanmasına yeni başlanmıştır (325). Hareket, pek çok klinik müdahalelerin hedeflerine ulaşmadığını da göstermektedir, örneğin, çocukların kulaklarına takılan cihazlar işitmelerini geliştirmemiştir (326). Ayrıca, kapsamlı sağlık sistemlerine sahip pek çok ülkede kronik hastalıkları olan insanlar, örneğin prostat, katarakt gibi hastalıklarda kendilerine yaran olacak bir tedavi görmemektedirler (327). Son olarak, çıkılara yönelik hareketler, daha etkili ve verimli tedavilerin sağlanabilmesi için mesleki tutumların nasıl değiştirileceğinin bilinmesinin önemini anlatmaktadır.

En gelişmiş şekliyle, bu hareket, mevcut konulardan seçilmiş bulguların, sistematik olarak gözden geçirilmesini kapsamakta, hangi koşullarda neyin etkili olduğu konusunda bulguları yaygınlaştırarak, araştırma gündemindeki boşlukların doldurulmasını sağlamakta ve uygun bir altyapının oluşturulmasını desteklemektedir. Buna ilaveten hizmetin kalitesinin belirlenmesinde koordinasyonu sağlayan kişilerin de desteğini alarak, hizmet yapısı ve yöntemlerinin çıktılarının değerlendirilebilmesi için, geçerli araştırma metodlarını da geliştirecektir. Bu yaklaşım, tıp bilim adamları tarafından desteklenen, geleneksel tıbbi araştırma modelinden farklıdır.

Bazı konuların altını çizmek gerekmektedir. "Sistematik değerlendirme" teriminin özel bir anlamı vardır ve günümüzde anlaşıldığı gibi, geleneksel literatür incelemeleri genellikle yanıltıcıdır (328). Olumsuz bulgularla sonuçlanan çalışmalar, genellikle hiç yayımlanmaz ya da tirajı az olan dergilerde yayımlanır. Bireysel çalışmalarda kullanılan metodların dikkate alınması gerekmektedir. Örneğin, plasebo ile müdahaleyi karşılaştıran bir denemede, eğer araştırmacılar hangi bireyin hangi tedaviyi gördüğünü bilirlerse, çalışılan tedavinin etkisini normalin üstünde tahmin edebilirler. Çalışmalarda seçilen topluluk, doktorların tedavi kararlarını alabilmelerini sağlayacak, gerçek nüfusu temsil etmiyor olabilir. Örneğin, kalp hastalığı ile ilgili pek çok denemelere yaşlılar ve kadınlar dahil edilmemektedir.

Sistematik değerlendirme örnekleri hangi tedavilerin, kimler için, hangi koşullarda doğru olduğu konusundaki algılamaları değiştirmiştir. Örneğin, geniş araştırmalar sonucunda, İngiltere'deki Ulusal Perinatal Epidemiyoloji Birimi'nde hamilelik ve doğum sırasında yapılan müdahalelerin etkisiz ve hatta zararlı olduğu anlaşılmıştır (329) (Tablo 18). Diğer örnekler, DSÖ' nün girişimleriyle yapılan, diyabetikler, oral sağlık ve doğum hizmetleri ile ilgili incelemeler arasında yer almaktadır (330-332).

Çıktılara yönelik hareketler, hekimleri, istatistikçileri, sosyologları ve ekonomistleri kapsayan geleneksel modelden, değişik türde disiplinler kullanılması

Kutu 18. Açıkça Etkisiz ya da Zararlı Olduğu Gösterilmiş Olan Obstetrik Tedavi Biçimlen

Perinatal çıktıyı iyileştirmek için Kontraksiyon Stres Kardiyotokografisi

Doğum öncesi sancıyı durdurmak için Etanol ya da projestojen

Doğum öncesinde ve doğum sırasında yapılan rutin lavman ve/veya kasık traşı

Doğum öncesi sancının gelişimini değerlendirmek için yapılan rektal muayene

Doğum öncesi sancılar sırasında sırtüstü pozisyonda kalınmasının istenmesi

Anne ile bebeğin temasının engellenmesi Hastanedeki bebekler için rutin hemşire bakımı

Emzirilen bebekler için rutin, suya eklenen katkı maddeleri veya diğer formüller

Kaynak: Enkin (329)

yoluyla farklılık göstermektedir. Çıktılara yönelik hareketler, bir dizi yöntemler kullanılmaktadır. Rasgele denemelerde katılımcılar, ya üzerinde çalışılan tedaviye ya da plaseboya göre rasgele tahsis edilir. Gözlemsel çalışmalarda ise; müdahale hızındaki doğal değişiklikler gözlemlenir ve kalitatif araştırmalarda, hipotezler öne sürülerek değişkenlerin anlamları araştırılır. Çıktılara yönelik hareketler, bir müdahalenin ideal koşullarda nasıl çalıştığını gösteren yarar ile rutin klinik uygulamalarda etkinliği ve maliyet etkinliğini birbirinden ayırmaktadır (333-335). Bu hareket, gelecekteki kalite odaklı araştırmaları yansıtmakta ve mevcut faaliyetleri, sağlık teknolojisinin değerlendirilmesi ve kalite garantisini de kapsayacak şekilde bir araya getirdiği bir düzen oluşturmaktadır. (336).

SAĞLIK TEKNOLOJİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Avrupa'da, sağlık teknolojisinin çeşitli unsurları ile ilgili pek çok örnek bulunmaktadır. Bazı Batı Avrupa ülkelerinde, yapılarının çok kapsamlı olmasına rağmen sağlık teknolojisinin değerlendirilmesi konusunda uzmanlaşmış kuruluşlar bulunmaktadır (170). Diğerleri, teknolojiye yönelik değerlendirmelere ek olarak doğru kullanımı da artırmaktadır (335,337,338).

Hükümetler, genellikle sağlık teknolojisinin değerlendirilmesinin gelişiminde dolaylı ya da dolaysız, önemli bir rol oynamaktadır. Bu durum, ilaç ve tıbbi cihaz sanayilerince yürütülen araştırmalar hakkında duyulan endişeler ışığında, tavsiyelerin ticari etkilerden uzak tutulması isteğini yansıtmaktadır (339). Bazı durumlarda, kuruluşlar hükümet içinde ya da hükümete yakın bir bağ içinde kurulmaktadır, örnek olarak, Fransız Agence Nationale Pour La Developpement de L'Evaluation Medicale ya da Alman Abteilung für Angewandte Systemanalyse verilebilir. Diğer ülkelerde, kuruluşlar yine hükümete bağlıdır ama bölgesel düzeyde kurulmuşlardır. Örnek olarak Catalan Oficina Technica d'Avaluacion de Tecnologia Medica verilebilir. Daha desantralize modellerde, araştırmalar üniversiteler, araştırma merkezleri ve hizmet sunucular (331,335,337,338) tarafından ulusal çerçevede oluşturulan araştırmalar yapılmaktadır. Son olarak, bazı ülkelerde, hizmet satın alanlar tarafından kuruluşlar oluşturulmaktadır, örnek olarak Assistance Publique de Paris ya da Dutch Ziekenfondsraad verilebilir. Diğer ülkeler, ödeme yapan üçüncü şahıslar ve sağlık çalışanları arasında işbirliğine dayanan mekanizmalar kurmuşlardır. Bunlara örnek olarak Belçika'da Mutuelle Chretienne, İsrail'de Kupat Holim ve Almanya, Polonya ve Rusya Federasyonu'ndaki hastalık fonları verilebilir (St. Petersburg ve Şamara).

Bu sistemler, yeni ortaya çıkan ve mevcut olan teknolojileri değerlendirip, maliyet etkinlikleri ile ilgili bilgi toplayıp, sentezlerini yapıp, yerinde değerlendirme araştırmaları, yapıp, sonuçları yayınlarlar (340). Bu organizasyonların uygulama safhasındaki etkinlikleri değişmektedir ve bu genellikle teknolojinin yayılmasını kontrol eden mevcut politikalarla ilgilidir. Teknolojiye yönelik değerlendirmelerdeki yoğun faaliyetlere rağmen, sağlık hizmetleri teknolojisindeki hızlı büyüme, sık sık değişen göstergeler ve kullanılan kontekst nedeniyle, hala klinik uygulamaların değerlendirilmesinde yetersizlik vardır.

Hangi düzenlemenin en iyisi olduğu sorusuna basit bir cevap vermek mümkün değildir. Belirli teknolojilerdeki yayılma boyutlarıyla ilgili bilginin kont-

rolü büyük farklılıklar göstermektedir (Bakınız Tablo 25), bunlar, kendi başına teknolojiye yönelik değerlendirme aktiviteleri dışında sağlık sistemi finansmanı ile ilgili bazı faaliyetleri de içine alan, çeşitli faktörlere yansımaktadır. Kıyaslamalar, genellikle, belirli teknolojilerin uygun ve aşırı ölçülerini birbirinden ayırt edememektedir.

Teknolojiye yönelik değerlendirme, bazı ülkelerde yüksek teknolojiye sahip donatım ve cihazların seviyeleri ve bir arada kullanımı üzerinde etkili

olmuştur. Teknolojiye yönelik değer-

lendirme sonuçlarının sağlık hizmeti sunucuları üzerinde, ne sağlık hizmetleri teknolojisinin kullanımı, ne de verilen hizmetin kalitesi açısından karar verme aşamasında pek de etkili olmadığı ileri sürülmektedir. Teknolojinin değerlendirilmesine alternatif bir yaklaşımda, hizmet sunucularının uygulamaları mukayese etme yoluyla yorumlaması ve sistematik veri toplanmasına dahil edilmesi ile ilgili endişeleri dile getirmektedir. Bu konu aşağıdaki bölümde ele alınmaktadır.

Teknolojinin değerlendirilmesi sistemi için en uygun yapıyı araştırmaktan ziyade üstlenilmesi gereken görevlerin dikkate alınması çok daha yararlı olabilir. Bunlar ulusal koşullar

temel olarak önceliklerin sistematik bir şekilde tanımlanması ve mevcut bilginin değerlendirilmesini; mevcut kanıt ve bulguların tekrar incelenmesi ve temel araştırmanın yürütülmesi; sonuçların kolay erişilebilir bir biçimde sıraya konmasını sağlayacak ve bunların yayınlanması ve uygulanması için gerekli olan mekanizmaların teminini içermektedir. Uygulama; düzenleme, mali teşvik ve eğitim gibi birden çok şekilde olabilir. En uygun yaklaşım, koşullara ve sağlık tesislerinin mülkiyet biçimine bağlı olacaktır.

Araştırmadan uygulamaya kadar olan bir yelpazeyi kapsayan İngiliz NHS' deki Araştırma ve Geliştirme Stratejisi yeni yaklaşıma bir örnek teşkil etmektedir. Ulusal öncelikler bir kontrol komitesi tarafından tespit edilmiş olsa da, NHS'deki Yaygınlaştırma ve Değerlendirme Merkezi gibi, her bölgedeki destek komiteler ağı ve diğer merkez gruplar tarafından eksiklikler giderilmiştir. Bu süreç, aynı zamanda yetki ve görevlendirme ile de bağlantılıdır çünkü sağlık otoriteleri, satın aldıkları hizmetlerin etkinliğini bulgularla da destekleyerek kesinleştirmelidir.

KALİTE GÜVENCESİ

Bulguların toplanması, sentezi ve dağıtılması klinik hizmetlerin kalitesinin iyileştirilmesinin temelidir. Mevcut bulguların kullanımını sağlamak için gerekli mekanizmaların oluşturulması da aynı derecede önemlidir. Kalite gelişimi ve denetimi gibi başka terimler kullanılsa bile bunlar genellikle kalite güvencesi diye adlandırılan faaliyetleri oluşturur.

Tablo 25. Milyon nüfus başına bilgisayarlı tomografi tarayıcılarının 1993'te seçilmiş ülkelerdeki sayısı

Ülke	Milyon nüfus başına taramalar
Avustralya	20.0
Almanya	16.8
İsveç	13.8
Hollanda	11.7
Kanada	9.2
İngiltere	5.8

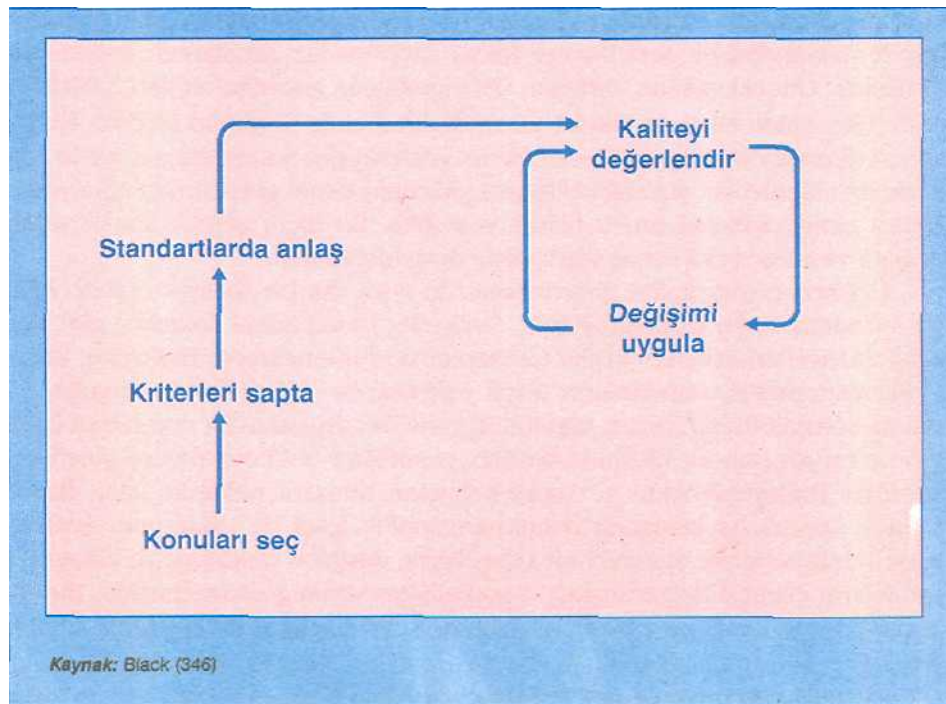
Kaynak: Battista (341).

Başlangıçta, kalite ile ne ifade edildiğinin tanımlanması önemlidir. Kalite birçok şekilde yorumlanmaktadır. Mesela, Maxwel hizmet kalitesinin 6 değişik şeklinden söz etmektedir (303): hizmetlere erişim, hakkaniyet, toplum ihtiyaçlarıyla ilgisi, sosyal kabul edilebilirlik, etkililik, verimlilik ve ekonomi. Yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin bileşenleri; mevcut bilgi ve eldeki teknolojiyle bağlantılı mesleki mükemmellik, kaynakların verimli kullanımı, hastalar açısından asgari risk, hasta tatmini ve beğenisi ve nihai sağlık çıktısıdır. Bazıları daha sınırlı bir görüşü savunsalar bile önemli olan nokta kalitenin çok boyutlu olmasıdır. Kritik açıdan dört önemli boyuttan söz edilebilir: etkili ve uygun hizmet, kaynakların verimli kullanımı, hasta tatmini ve sağlık çıktıları. Bu boyutlar birbiriyle bağlantılıdır. Örneğin, uygun ve etkili hizmet, hasta tatmini ve daha iyi sağlık çıktıları da beraberinde getirecektir. Benzer biçimde, hizmetin verimli olması aynı zamanda etkili olduğuna da işaret eder.

Kalite güvencesinin üç önemli boyutu vardır: sürekli oluşu, kalite ölçümünün değişik yolları, iç ve dış yaklaşımlar arasındaki farklılıklar (345).

İlk boyut, kalitenin iyileştirilmesi için stratejilerin tek bir olaya dayandırılmayacağını kabul edilmesidir. Denetim döngüsü genellikle (Şekil 20) klasik model olarak bilinir. Bu döngü; üzerinde çalışılacak bir konu seçilmesini, kalite ölçümünde kullanılacak (yöneylem araştırması çıktısına dayalı) kriter belirlenmesini, standart tespit edilmesini (gerçekçi olarak başarılabılır seviye), aslen başarılan seviyenin ölçümü ve bunun standart ile mukayese edilmesini; değişimin uygulanmasını veya daha ileri seviyedeki iyileşmeleri teşvik etmek için standardı yükseltmeyi ya da başlangıçtaki değerin gerçekçi olmadığını ka

Şekil 20. Denetim döngüsü



bul ederek standart ayarlaması yapılmasını içermektedir. Sonunda bu döngü tekrarlanır. Uygulamada kalite güvencesi olarak tanımlanan faaliyetler çoğu kez döngüyü tamamlayamazlar, bu yüzden kalitenin en uygun seviyesine ulaşmada başarısız olunur.

İkinci boyut kalitenin yapı, süreç ve sonuç açısından ölçülebildiğini göstermektedir. Yapı; tedavi tesislerini ifade etmekte ve personelin niteliği, uygun teknolojinin olup olmadığı, yatacak ve kalacak yer standartları gibi etkenleri içermektedir. Süreç; tanı-teşhis ile tedavi arasındaki süre veya uygun ilaç tedavisi ya da müdahalenin yararı gibi hastaya ne yapıldığı ile ilgilidir. Sonuç ise, tedavide istenilen sonuçlara ne ölçüde ulaşıldığıdır. İdeal olarak tüm kalite değerlendirmeleri, ya hastaların tedavi ile hayatta kalması ya da hastaların sağlıklarına yeniden kavurmaları gibi sonuç ölçütlerine dayandırılmalıdır. Süreç ölçütleri; herhangi bir müdahale ile sonucu arasındaki birebir ilişki hakkındaki kısmi bilgi eksikliğinden olumsuz etkilenmektedir. Kalite güvencesi faaliyetlerini tek başına sonuca dayandırmakta zorluklar yaşanmaktadır. Mesela başarısız bir sonucun tedavi sonucunda mı elde edildiğini yoksa hastalık sürecinin temelinde yatan sebep nedeniyle mi olduğunu az sayıdaki belirli tip hastalardan anlamak mümkün olmamaktadır (348).

Sonuçları değerlendirmede kullanılan yöntemlerin sürekli gelişiyor olmasına ve Özellikle sağlık statüsü ölçüm alanlarının sürekli artmasına rağmen ölçüm süreci çoğu kez daha uygulanabilir ve bilgilendiricidir (349). Bu durum, rutin uygulamalarda ölçümlenemese bile, ölçütlerin, iyi bir çıktıyla sonuçlanan araştırma bulgularına dayanması durumunda geçerlidir. Ölçüm sürecinin yaygın kullanılan örnekleri; diyabet hastalarının kan şekeri düzeylerinin iyi şekilde kontrol edilmesinin sağlanmasının ya da kalp krizi geçiren hastaların hastaneye başvurmalarından bir saat önceye kadar streptokinaz almalarının değerlendirilmesidir. Önceki vakada, örneğin, DSÖ tarafından koordine edilen çalışmada hem ülke içinde hem de ülkeler arasında diyabet kontrolünün ölçümü Hb A_{1c} kan seviyelerinde yaygın şekilde farklılık göstermiştir. Sonuç olarak, kalite yapı açısından ölçülebilir, yüksek kalitedeki tedavinin temel gereksinimi olan yeterli eğitim almış personel örnek olarak verilebilir. Bu ölçüt gerekli ancak yeterli değildir ve süreç veya sonuç ölçütleriyle desteklenmelidir.

Üçüncü boyut, kalite güvencesinin iç veya dış bir faaliyet olabileceğini göstermektedir. İçten yürütüldüğünde, faaliyetler hastanedeki doktorlar gibi, ilgili klinik faaliyetleri üstlenen kişiler tarafından sürdürülmektedir. Bu kişiler; kriterlerin belirlenmesi, standartların tespit edilmesi ve değişikliklerin uygulanmasından sorumludurlar. Dıştan yürütüldüğünde ise, dışarıdan bir organ bazı kalite güvencesi araçlarının oluşturulmasının gerektiğini belirtebilmekte; incelenen konuları etkileyebilmekte ve toplu sonuçları tartışabilmektedir fakat bunun dışında önemli bir katılımda bulunmamaktadır. İçsel bir yaklaşımın avantajı, bunu benimseyenler arasında bir sahiplenme duygusu yaratması ve dolayısıyla sonuçların çıkarlar doğrultusunda manipülasyonunun görülmemesidir. Bununla birlikte içsel yaklaşım klinik uygulamada bir düşünce ve inceleme kültürü gelişimi gerektirmektedir. Gittikçe artan sayıdaki ülkelerde, doktorlar kendi klinik faaliyetlerinin mukayeseye açılması yolundaki düşüncüyü yavaş yavaş kabul etmektedirler. Bununla birlikte durum her yerde böyle değildir ve kalite güven-

cesi faaliyetlerinin destekleyici bir biçimde uygulanıp uygulanmaması çok şey değiştirecektir. Avrupa ülkelerinde mesleki kuruluşlar daha açık bir kültürün oluşturulmasında başlıca rol almışlardır (351,352).

Bölgedeki kalite gelişimi politikası ile birlikte tecrübe oranında bir artış vardır. Danimarka ve Belçika gibi bazı Batı Avrupa ülkeleri, ülke çapında politikalar benimsemişlerdir, birçoğu da bu uygulama süreci içerisindeyler. Çek Cumhuriyeti, Polonya ve Slovenya gibi birkaç Orta ve Doğu Avrupa ülkesi, özellikle perinatal ve gebelik bakımı için, kalite geliştirme politikaları tespit etmektedirler. Bu politikaların, gerekli eğitim ve bilgisayar desteği içeren, net stratejilerle tamamlanması Önemlidir. Fransa, Hollanda ve İngiltere'de kamu sektöründe çalışan bazı doktorlar için kalite güvencesi faaliyetlerine katılım, kanuni veya akitten doğan bir zorunluluktur. 1980'ler deki bu tür faaliyetlerin kapsamı, bugün ulusal kurumları da içeren şekilde genişlemiş ve Macaristan gibi birkaç örnekte ise, hükümet bu politikaların uygulanması için bu tür organlara finansman temin etmiştir.

Dış yaklaşım tipik olarak yapısal ölçümlere odaklanmaktadır. Bunun en büyük nedeni, mevcut akreditasyon programlarının yapısal değerlendirmenin limitli olduğunu kabul etmeleri ve ek süreç ve çıktı ölçütleri oluşturmaya çalışmalarına rağmen, yapısal ölçümlerin sonuç ve sürece nazaran daha kolay olmasıdır. Hastane akreditasyonu buna tipik bir örnektir. Başlangıçta ABD'de geliştirilmiştir ve şimdilerde ise Fransa, Hollanda ve İngiltere gibi birkaç Batı Avrupa ülkesine yayılmıştır (353). Akreditasyon, Estonya ve Gürcistan da dahil olmak üzere birkaç ODA ve BDT ülkesinde de değişik biçimlerde benimsenmiştir. Akreditasyon, tesislerin, genel kabul görmüş minimum kalite seviyelerini karşılamalarının yeniden güvence altına alınmasına bir yöntem teşkil etmesi nedeniyle, kamu ve özel sağlık hizmetlerini karma şekilde sunmayı amaçlayan ülkeler için önemlidir. Ancak bu temel standartlara bir kez ulaşıldığında, bu standartların hizmet kalitesinde daha ileri gelişmeleri teşvik etmesi beklene-
mez.

HİZMET SUNUMU AÇISINDAN GETİRDİKLERİ

Kalitedeki farklılıkların temelinde yatan etkenlerin daha iyi anlaşılması, çoğu kez hizmet örgütlerinde karışıklık yaratmaktadır. Hizmetlerin farklı konfigürasyonlan, sunulan hizmetlerin etkililiği, verimliliği ve erişebilirliğine öncülük etmektedir. Örneğin, bazı ülkelerde, ayaktan tedavi hizmetleri sunumunun geleneksel modellerindeki aksaklıkların anlaşılması, tek bir gün içerisinde ortak semptomlar gösteren hastaların kapsamlı olarak tetkik edildiği "tek durak kliniklerin" geliştirilmesine yo! açmıştır (354).

Ancak kimi durumlarda, bazı açılardan ödünler verilmesi gerekecektir. Buna bir Örnek bölgeselleşme sorunudur. Miktar ve sonuç arasındaki ilişkinin yapısı hakkında önemli tartışmalar olmasına rağmen, fazla sayıda belirli prosedürleri üstlenen hekim ve hastanelerin, az üstlenenlere oranla daha iyi sonuçlara ulaştıkları kanıtlanmıştır (356). Yerel koşullara uygun olarak sonuçlar değişkenlik gösterebilir. Hizmetlerin az sayıdaki büyük hastanelere yoğunlaştırılması, sonucu iyileştirebilir ancak hastaların uzakta oturmaları dolayısıyla tedaviden vazgeçmeleri durumunda bu, erişim masrafıdır. Uygulamada, Hollanda, İsveç,

İngiltere gibi birkaç ülke bazı hizmetler için merkezileştirme politikasını benimsemişlerdir. Uydu klinikleri gibi, artan seyahat problemini azaltan hizmet sunumu ile çoğu kez bu eksiklikler desteklenmiştir. Sonuç olarak, hizmet kalitesi politikalarına odaklanma, hizmet sunumunun yapısında oldukça önemli değişikliklere yol açabilir.

Bazı koşullarda kalite güvencesi uygulaması kaynakların kurtarılması yoluyla sağlık hizmeti sunumunu da etkileyebilir. Birçok ülkede tekrar eden bir örnek de hastanede kapılan enfeksiyon sorunudur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir incelemede, enfeksiyonlardaki %32'lik düşüşün kalite güvencesi programları ile bağlantılı olduğu tahmin edilmiştir. Bu, hastanede daha kısa süreli kalış ve girişlere yol açmaktadır. Avrupa'da da benzer bulgular bildirilmiştir (358).

KLİNİK KURALLAR

Klinik kuralların gelişimi, teknolojinin değerlendirilmesi ve kalite güvencesinin birbiriyle bağlantılandırıldığı bir yol sunmaktadır. Bunlar "sağlıkla ilgili müdahaleler hakkında kararlar etkilemek amacıyla bir kurallar oluşumu" şeklinde tanımlanmaktadır (359). Kurallar bulguların sistematik bir şekilde yeniden gözden geçirilmesi temeline bağlı olarak, gerektiğinde uzman görüşlerinden yararlanılarak, çeşitli durumları yönetmek için hazırlanmıştır. Günümüzde, kuralları geliştirmede en uygun yol ve kuralların nasıl uygulanacağı hakkında bir literatür mevcuttur (360). İdeal olarak, kurallar istikrarlı şekilde bulgulara dayanmalıdır ve bunların geliştirilmesinde pratisyen hekimler de rol almalıdır. Bunların nereye kadar izlenecekleri kalite güvencesi sürecinde bir ölçüt olarak kullanılabilir.

Kurallar, devlet kurumları, tabip örgütleri, sigorta şirketleri ve diğerleri tarafından geliştirilmektedir. Kurallar gönüllü veya zorunlu, esnek veya katı ve ödül veya mali ceza gibi yaptırımlara bağlı olabilir. Yukarıda belirtildiği gibi, kurallar hem hizmet kalitesi (fayda), hem de hasta tercihlerine yönelik sağlam bilgiye dayanmalıdır, fakat bu iki konuda çoğu kez bilgi eksikliği vardır.

Bazı çalışmalar, kuralların yayılmasının, kendi içinde bile davranış değişikliğine yol açmadığını göstermiştir (361,362). Bunun temel sebebi, doktor ve hastaların kararlarının bir dizi etkenle şekillenmesidir: örneğin, riske karşı geliştirilen değişik davranışlar, riski algılama farklılıkları ve bir takım sonuçların değerlerinin farklı olabilmesi gibi (363). Önemli etkenler arasında, bulguya dayalı kuralların yerel gelişimi, eğitim, kamuoyu önderleri ve geri bildirimin kullanımı yer almaktadır (364).

Kuralların geliştirilmesi ve yayılması ile ilgili maliyetler hakkındaki endişeler dile getirilmiştir. Bu endişeler kuralların değersiz olduğu şeklinde yorumlanmamalıdır. Bunlar mesela şeker hastalarına verilen hizmet kalitesi için çalışan Kıta Avrupası ve Hollanda'da (Klazinga, N., yayımlanmayan veri, 1993), belirtildiği gibi, kaliteyi iyileştirmek için birleştirilen programların bir parçası olarak, farklı koşullar altında etkili olabilirler.

HİZMET KALİTESİNİN SÜREKLİLİĞİNİN TEMİNİ

DSÖ Avrupa Bölgesi'nde hizmet kalitesinin sürekliliğinin geliştirilmesi (HKS) programları girişiminde rol almıştır. Bu programlar, sağlık hizmetlerinde rol oynayan değişik aktörleri kapsamakta ve kalite geliştirilmesine dinamik, entegre ve kapsamlı yaklaşım sunmaktadır. HKS programları; kalite hedeflerinin açık tanımı, en iyi sonuçların tespiti, yaygınlaştırılması ve kullanımı, sürekli olarak profesyonel anlamda iç değerlendirme ve kendi düzenlemelerine tabi olma ve hasta ve toplum katılımından oluşan temel ilkelere dayanmaktadır. Bu program, benzer ortamlar ile çıktı sonuçlarını arasında mukayese yapar, en iyi uygulamaları tanımlar ve yayınlar ve uygulamayı destekler. Bu model yedi basamaktan oluşur:

1. Problemin tespiti
2. Öncelikler, göstergeler, kriterler ve standartların belirlenmesi
3. Veri toplanması
4. Kalite değerlendirmesi
5. Hizmet sunuculara geri bildirimde bulunulması
6. Değişimlerin uygulanması
7. Kalite izlenmesi ve yeniden değerlendirmesi

Sanayi alanında yeni olmayan ve sağlık hizmetlerinde de bir akım haline gelen, devam etmekte olan bu süreç, "nirengileme (benchmarking)" ve "geri besleme"ye dayanmaktadır. Girişimler, Danimarka'da göğüs kanseri, ağız sağlığı ve damar cerrahisi programları, Belçika, Çek Cumhuriyeti ve Slovenya'da gebelik ve perinatal bakımı kapsamaktadır (332, 335, 365).

Hizmet kalitesi konusunda ulusal politikaların gelişmesi sağlık hizmetleri reformunda şu noktaları vurgulamaktadır: müdahalelerin etkinliğinin geliştirilmesi, klinik sorumluluğun ve hastalara karşı duyarlılığın artırılması.

Hizmet kalitesinin sürekliliği (HKS), sağlık hizmetlerinin farklı aktörleri ve seviyelerine uygulama için sorumluluk vermektedir. Kalitenin geliştirilmesi hizmet sunucuların politika geliştirmesi ve karar verme süreçlerine dahil olmasını sağlayan bir mekanizma olarak görülebilir. Bu yaklaşım sağlık uzmanlarının kendi sağladıkları hizmetlerin kalitesinin izlenmesi ve değerlendirilmesi hususunda en iyi durumda oldukları ve bu sebeple kalite girişimlerinin üstlenilmesinde bu kişilere sorumluluk verilmesi gerektiği varsayımını ortaya koymaktadır. HKS'ye olan ihtiyaç sağlık uzmanları ve tıbbi kuruluşlar için özel önem taşımaktadır. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ve Avrupa Tabip Birlikleri Forumu arasındaki işbirliği projesince hizmet gelişiminde sürekli kalite ilkesi tıp mesleği için etik bir zorunluluk olarak görülmüştür (366).

Bu girişimde sağlık uzmanlarının rolü büyük bir önem taşırken, bu konudaki başarı hastalar, idareciler, üçüncü şahıs hizmet alıcılar ve sağlık memurlarının koordineli yaklaşımına bağlıdır. Modelin uygulanması, bir takım önlemlerin sağlanmasına bağlıdır. Bu önlemler arasında mali ve profesyonel teşvikler, klinik ve ulusal veri tabanlarının geliştirilmesi gibi bilgi sistemleri; kalite göstergelerinin oluşturulması; sunucular için geri besleme ve yaygınlaştırma mekanizmalarını kurulması; "telematik" oluşturulması; ve yasama sayılabilir. En son

önleme ilişkin olarak, bazı eleştirmenler resmi şikayet prosedürleri, teknolojinin değerlendirilmesi ve hasta hakları yönetmelikleri gibi profesyonel anlamda kendi kendine düzenleme yapmaya uygun olmayan bu alanlarda kanun ve yönetmeliklerin sınırlandırılması için uğraşmaktadırlar (367,368).

Sonuçların ölçülmesi, sağlık hizmeti sunucularının rutin görevlerinin ayrılmaz bir unsuru olarak HKS açısından önem taşımaktadır. Bu, dikkatli şekilde seçilen kalite göstergelerini temel alan bilgi sistemlerinin gelişimini gerektirmektedir. Hizmet gelişiminde HKS'nın savunucuları, devlet ve üçüncü şahıs hizmet satın alanların desteğiyle aslında mesleki kuruluşlar tarafından bu bilgi sistemlerinin geliştirilmesi gerektiğine inanmaktadırlar.

Buna ek olarak, HKS; uluslararası, ulusal ve bölgesel yetkililer de olmak üzere, yerel seviyede hizmet sunucuları ve idarecilerinin dahil olduğu koordineli bir yaklaşım gerektirmektedir. Belçika, Danimarka ve Slovenya gibi ülkeler Bölgesel Ofis ile işbirliği içinde hizmet gelişiminde HKS üzerine ulusal politikalar geliştirmişlerdir (344, 369, 370).

Başarılı bir yaklaşım tarzını oluşturan deneyim, Uluslararası seviyede artmaktadır (331, 334, 335). Perinatal ve gebelik bakımı; akıl sağlığı, şeker hastalığı, hastanede kapılan enfeksiyonlar, antibiyotik kullanımı ve ağız sağlığı gibi alanlarda ortak kalite göstergelerini belirlemede önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Perinatal ve gebelik bakımı (371), şeker hastalığı mücadelesi (372), ağız sağlığı (373), hastanede kapılan enfeksiyonlar (374) ve akıl sağlığı (375) için ortak çıktı göstergeleri üzerine Avrupa pilot veritabanları hazırlanmıştır. Bu yaklaşıma bağlı olarak, şeker hastalığı ve ağız sağlığı mücadelesi gibi alanlarda gelişmeler kaydedilmiştir (330).

AVRUPA'DAKİ SON DENEYİMLER

Bugünlerde, araştırmadan uygulamanın yaygınlaştırmasına kadar, bulgulara dayalı sağlık hizmetinin çeşitli unsurları birçok ülkede gündemdedir. Diğerlerinin çoğunda ise, sağlık politikaları tartışmalarının hala finansman ve örgütlenme sorunlarına odaklanma eğiliminde olması nedeniyle çok az bir faaliyet göze çarpmaktadır. Sağlık sektörü reformu ile bulguya dayalı sağlık hizmetlerini bütünleştirmeye çalışan ülkelerin karşılaştığı güçlükler hafife alınmamalıdır. Problemlerin bir kısmı araştırma yapabilme kabiliyeti ile ilgilidir. Çok az ülke uygun araştırma altyapısına sahiptir ve bazılarında, bilgi sistemlerindeki eksiklik (ister hastaneler, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde ister coğrafi bilgi sistemleri gibi farklı alanlarda olsun) engel teşkil etmektedir. Sağlık statüleri gibi gerekli çıktı ölçümleri, her zaman uygun dilde elde edilemezler veya kültürel etkenler bunların ancak görelî olarak bir anlam ifade etmesine sebep olurlar. Çok büyük ülkelerde bile, belirli tedavileri değerlendirmede gerekli olan Örneklem büyüklükleri için uluslararası işbirliği gerekmektedir ki bu da bir diğer güçlüğe işaret etmektedir.

Uluslararası işbirliği için Önemli bir faaliyet alanı vardır. Bu, halihazırda Cochrane İşbirliği gibi mekanizmalar yoluyla sağlanmıştır. Cochrane İşbirliği mekanizması standart hale getirilen yöntemler ve yayılan bilgiye uygun olarak mevcut bulguların sistematik bir şekilde gözden geçirilmesini sağlayan (özellikle yapılan çalışmaların İngilizce haricinde dillerde bildiriminin dikkate alınmamasının sağlanması) ve düzenleyen bireylerin uluslararası bilgi ağıdır (218).

Modern sağlık hizmetlerinin gittikçe artan karmaşık yapısı sağlık hizmetleri sunumunda, özellikle hizmetlerin düzenlenmesi ve en uygun mekanda sağlık hizmeti sunumunun saptanmasında birçok açıdan önemli anlamlar taşımaktadır. Ayrıca, etkisiz hizmet ve yetersiz hizmet sunumu olduğunu gösteren bulgular boş harcanan kaynaklara, kaçırılan fırsatlara ve sonuç olarak önlenabilir morbidite ve mortaliteye yol açabilecek bu sorunlara dikkat edilmediğini ifade eder.

Sürmekte olan değerlendirmeler için politika ve uygulama kararlarının ilişkilendirilmesi halen yeni bir kavramdır. Sağlık hizmeti sistemleri sağlık uzmanlarının performansını ölçümlemeye ihtiyaç duymaktadır. Bu da sağlık uzmanlarının sağlık çıktıları konusunda daha iyi veri toplamalarının sağlanmasıyla olur. Uzun vadede, eğer müdahalelerin önemi hakkında daha fazla bilgiye sahip olunursa ve karar verme sürecinde sistematik bir şekilde bu bilgi daha sık kullanılırsa, sağlık hizmetleri sağlık çıktılarına daha fazla katkıda bulunabilir.

Desantralize Hizmet Sunucularının Yönetimi

Uzmanlığı güçlendirme yoluyla yönetimin etkili hale getirilmesi; bilgi sistemlerinin geliştirilmesi ve mali özerkliğin artırılması ile birlikte hizmet sunumu kuruluşlarının yönetiminin desantralizasyonu bölge içinde dikkate değer bir reform trendi oluşturmaktadır. Bazı ülkelerde hizmet sunumu pazarı ve hizmeti satın alan ve sunanların fonksiyonlarının ayrımının belirlenmesi gibi gelişmeler, desantralizasyona doğru genel bir hareketi yansıtır. Artan idari Özerklik ve azalan bürokratik denetim, hizmeti satın alanlar ve hastaların taleplerine yönelik sorumluluğu artırmayı ve daha yenilikçi uygulamaları teşvik etmeyi planlar. Batı Avrupa'da birkaçı kamu tarafından yürütülen sağlık sistemlerinde bölgesel alandaki veya yerel seviyedeki sağlık otoritelerinin geleneksel hiyerarşisi ve hastanedeki hizmet sunucular daha desantralize olmuş idari düzenlemelerle yer değiştirmişlerdir. Bazı durumlarda, bunlar, yarı özel sivil toplum örgütleri benzeri veya kendi kendini yöneten hastane şeklini almaktadırlar. Bu uygulamalar İngiltere'de başlatılmış ve benzer düzenlemeler birkaç değişik ülkede de değerlendirilmektedir. Sosyal sigorta sistemlerinde; sigortacı ve hizmet sunucular arasındaki ilişkide yakın zaman içerisinde pazar şartlarına uygun teşviklerin başlatılmasıyla hastanelerdeki idari Özerklik güçlendirilmiştir. Bazı ODA ve BDT ülkelerinde, hastanelerin sorumlukları yerel kamu otoritelerine doğru desantralize olmuştur ve bazı durumlarda bu kişiler doğrudan sigortacılarla sözleşme yapma yetkisine sahiptirler. Fakat kendi kendini yöneten sistemler, Bölgenin hem doğu hem de batı kısımlarındaki gelişim için henüz erken bir aşamadır. Kilit sorunlar; kamu sorumluluğunu, yönetim kurullarının temsilcilerini ve yasal sorumluluğu içermektedir.

Bazı sağlık sistemlerinde, hastane desantralizasyonu ve daha etkin hastane yönetimi klinik personelinin yönetime katılımını içerir. Desantralize yapılar ve sözleşmeye dayalı düzenlemeleri daha verimli bir şekilde çalıştırmak için hastane yöneticileri ve klinik hizmet sunucuları işbirliğine gitmelidirler. İngiltere ve bazı İskandinav ülkelerinde, klinik müdürlükler gibi yeni yönetim yapılarının gelişimi yoluyla, uzmanlık alanı düzeyine veya departmanlardaki klinik çalışanları gruplarına bütçesel sorumluluğun devredilmesiyle bu işbirliği teşvik edilmiştir.

YÖNETİMİ İYİLEŞTİRME

Önemli bir trend, hastane performansını iyileştirmek amacıyla farklı sektörlerden yönetim tekniklerinin uygulanmasını kapsama almakla oluşmuştur. Bunlar 'nirengeleme' (benchmarking), 'iş sürecine yönelik değişim mühendisliği', 'hasta odaklı hizmet'¹, 'kalite iyileştirme teknikleri' ve 'içsel sözleşme yapma modelleri'ni kapsamaktadır. Fakat bu tekniklerin değerlendirilmesi genelde yapılmamaktadır.

İkinci bir trend, yönetim kapasitesini geliştirmek olmuştur. Bunlar arasında, klinik, mali ve diğer yönetim alanlarında karar verme mekanizmasını iyileştirecek sofistike bilgi sistemleri ile desteklenmiş genel yönetim uzmanlığını geliştirmek de yer almaktadır. Batı Avrupa'daki bazı ülkeler bilgi sistemleri için önemli yatırımlarda bulunmuşlardır. Danimarka, Yunanistan, İspanya, İsveç ve İngiltere bazı durumlarda yöneticiler için ödüller ve tasarruflarla yeniden yatırım yapma özgürlüğü de içeren, daha yüksek seviyede yerel Özerklik sağlayan sistemler başlatmışlardır. Bununla birlikte yönetsel verimlilik hedefleri üzerine yoğunlaşan yaklaşımlar bazı ikilemleri ortaya çıkarmaktadır. Bunlar dikkati sağlık hizmeti sunumunda artan verimlilikten başka yöne çevirmek ve hizmet sunumu sisteminde stratejik değişikliklerden ziyade küçük değişikliklerle, yöneticilerin zihnini meşgul etmek eğilimindedirler.

Değişen Sınırlar: Hastaneler, BBSH ve Toplum Hizmeti

Hizmetlerin hem talep, hem de arz yönünde değişen koşullarını yansıtmak için sağlık hizmeti örgütü ve hizmet sunumu modeli karşısında hizmet düzenlemeleri (hastane, birinci basamak, toplum ve evde bakım) gittikçe artan şekilde yeniden yapılandırılmaktadır. Mevcut uygulamalara yönelik baskılar; tüm sistem giderleri, demografik yapı ile bağlantılı epidemiyolojik değişikliklerden meydana gelen kaynaklara olan yeni talepleri, hastalar ve hizmet sunucularda artan beklentiler için duyulan endişeleri içeren çeşitli etkenleri yansıtmaktadır. Genetik, görüntüleme, farmasötik, minyatürizasyon ve bilgi gibi alanlardaki yeni teknolojiler koruyucu uygulamalar ile tanı-teşhis ve tedavi uygulamalarının uygun karışımı üzerinde önemli etki yaratmaktadır. Kaynakların nasıl kullanıldığı yolunda sıkı bir inceleme vardır ve farklı hizmet düzenlemelerinin uygun rolleri ile ilgili varsayımlara karşı kuşkuçuluk artmaktadır. Tanı-teşhis ve tedavi prosedürlerinin başka yerlerde sunulması olasılıkları göz önünde bulundurulacak olursa hastanelerin gelecekteki rolleri artan bir şekilde sorgulanmaktadır.

İkame süreci yoluyla sağlık sistemleri kendilerini bu baskılara uyarlamışlardır.²³ Bu deyim, değişen ihtiyaçlar ve talepler karşısında en iyi ve maliyeti en düşük çözümlerin kullanılmasıyla hizmet ortamında kaynakların sürekli olarak yeniden gruplanması şeklinde tanımlanabilir. Bir başka deyişle, sağlık sektörü personeli, beceriler, donanım, bilgi ve tesisler, daha iyi klinik, mali ve hasta odaklı sonuçlar elde etmek için yeniden yapılanabilir.

²³ Bu deyim, ilk olarak ikamenin sağlık reformları için kilit araç olduğu düşünülen Hollanda'da 1988 Dekker raporunda kullanılmıştır.

İkame yeni bir olgu değildir. Sağlık hizmetlerinde klinik uygulama ve örgütsel modellerin adaptasyonu ve gelişimi süreklilik göstermektedir. İkame-nin ilk örneklerden biri, kaynak açısından önemli sonuçlar doğuran tüberküloz sanatoryumlarına başvuru azaltmaya yardımcı olan verem aşılması gösterilebilir. Yeni bir seçenek -teknolojik yenilik- aktörler, yöntemler, zamanlama, konum hatta hizmete olan gerekliliği değiştirmiştir. Önemli sonuçlar yaratan bir başka örnek de, peptik ülser için cerrahi yerine H₂ reseptör antagonistlerinin kullanılması olmuştur. Başka bir ikame ise helicobakter pilori'nin test edilmesi ve ortadan kaldırılmasında görülmüştür.

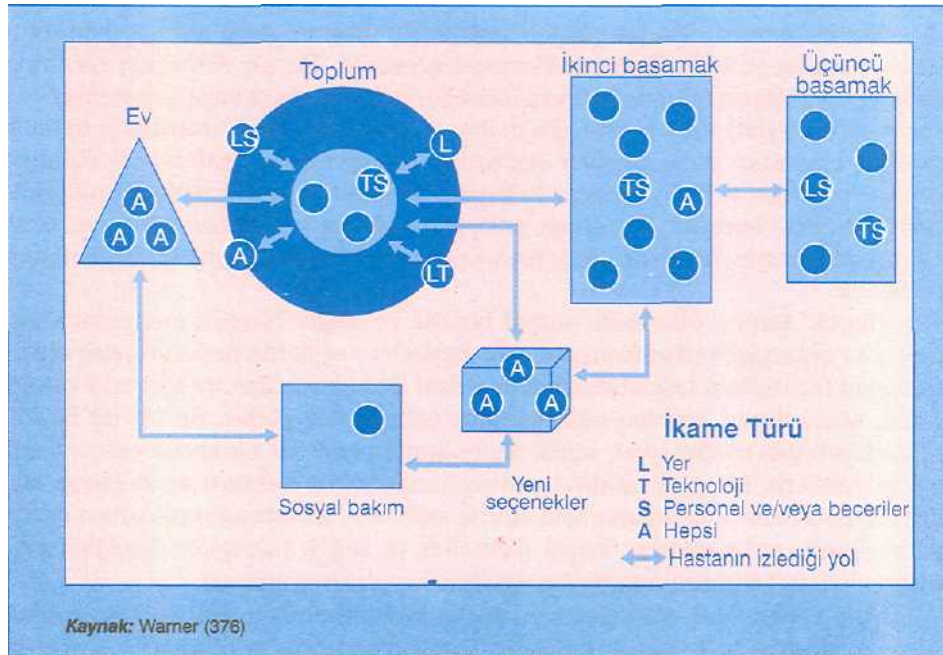
BİR İKAME TİPOLOJİSİ

Tedaviler, prosedürler ve örgütsel modellerdeki pek çok değişiklik, ikame kategorisine dahil edilebilir. Yararlı ve kullanışlı bir tipoloji üç tür ikameye uygun olarak bunları ayırır: hizmet verilen yerin ikamesi, yeni teknolojileri uygulamaya konması, personel ve becerilerin karışımının ikamesi. Bu üçünün farklı şekilde birleştirilmesiyle diğer ikame türleri de ortaya çıkabilir (376). Şekil 21; hizmet sunumunda, temel sağlık hizmetlerinin verildiği ortamları ve bunlar arasındaki ikame türlerini kapsayan bir çerçeve oluşturmaktadır.

İkinci basamak hastane hizmetinden, evde bakıma geçiş tüm (A) tipi ikame türlerini kapsar, örneğin evde hastane projeleri, hastane sosyal yardım programları, uzun dönem tedavinin iyileştirilmesi, kan transfüzyonu ve böbrek diyaliz.

Yine, toplum ve birinci basamak hizmetten, evde bakıma geçildiğinde tüm (A) ikame türleri uygulanır, örneğin kendi kendine bakım programları, tanı-teşhis kısımları (monoklonal antikor kullanan yeni ortaya çıkmış teknolojiler)

Şekil 21. Sağlık ve toplum hizmetlerinin ikamesi



İkinci basamak hastane hizmetinden, birinci basamak hizmetler veya toplum bakımına geçişte ikame şu yönde olur:

- Yer (L), fizyoterapi ve şiropedide olduğu gibi
- Yer ve teknoloji (LT), elektrokardiyografi ve bilgisayar laboratuvarı faali yetlerinde olduğu gibi
- Yer ve personel ve/veya beceriler (LS), örneğin pratisyen hemşirelik, reçeteli ilaçların reçetesiz satılabilmesi konusunda eczacıların önerileri, ortak hizmet protokolleri, toplum odaklı akıl hastalıkları hizmetleri; ve
- Bütün ikame türleri (A), ultrasonografi uygulamaları, genetik testler ve danışmanlık gibi

Hizmet verilen yerlerin değişmesiyle başlayan ikamenin bir çok unsurlarının genelde büyük etkileri vardır. Bu etkiler, klinisyenlerin özellikle birinci basamak ve toplum hizmetlerinde yeni teknolojileri kullanmaları sonucu artan beceriler için ihtiyaç duyulan ek gereklilikten doğmuştur.

Yukarıda belirtildiği gibi, her yıl birçok kez klinisyenler tarafından prosedürler üstlenildiğinde daha başarılı sonuçların alınabileceği kanıtlanmıştır.

Böylece ikinci basamaktan üçüncü basamak hastaneye geçişte yer ve beceri kombinasyonu önem kazanmaktadır. Örneğin kanser cerrahisi uzmanlığı gibi (337). Daha önceleri üçüncü basamakta yer alan birçok faaliyet ikinci basamak hastaneye doğru apaçık bir konumsal değişiklik (L) geçirmiştir. Böbrek diyaliz gibi diğer faaliyetler tüm yelpaze içinde yer değişmiştir. Buna ek olarak, ev diyalizlerinin daha yaygın hale gelmesi nedeniyle, BBSH'nin yeni bilgiler (LS) elde etmesi gerekliliği doğmuştur. Hem teknolojinin daha hareketli hale gelmesiyle, hem de öncelikle üçüncü basamak sektörün fonksiyonlarını ikinci basamak hastanelerin daha fazla üstüne almasıyla bu değişimlerin artması beklenebilir.

Her bir konum için de yüksek verimliliğe ulaşma, hem teknolojinin, hem de personelin yerlerin İkame edilmesini gerektirir. Bu tür ikameler; bir öncekiyle yer değiştiren teknoloji süreci (örneğin mikro-cerrahi veya geleneksel cerrahi yerine ilaçlar) veya personel için ikame (örneğin laboratuvardaki); daha az nitelikli elemanın daha nitelikli elemanın fonksiyonlarını üstlenmesi (örneğin pratisyen doktor yerine pratisyen hemşire) ve kendi kendine bakımın mümkün hale gelmesi (örneğin, hastaların pratisyen hekime görünmeleri yerine, eczacıların yardımıyla reçetesiz ilaç veya test satın almaları) gibi durumları içermektedir.

Birçok Avrupa ülkesinde sosyal hizmet ve sağlık hizmeti arasındaki ilişki halen az gelişmişlik düzeyindedir. Bazı devletler sağlık hizmetleri fonksiyonlarını sosyal hizmetlere taşıyabilmek için tedavi ile bakım sürecini ayırmak yoluyla sağlık hizmetlerini yeniden tanımlamaya çabalamaktadırlar. Bu tür bir İkamenin arkasındaki motivasyon, sağlık hizmetlerinin ücretsiz olmasına rağmen sosyal hizmetlerin bir çeşit maliyet paylaşımına maruz kalması ve böylece özel finansmanın kamu finansmanı ile ikame edilmesi durumunun oluşması gerçeğinin altında yatmaktadır. Sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri özellikle yaşlı kişilere hizmet sunumunda bir kaynak havuzu oluşturmaktadır.

Yeni seçenekler oluşturulması, sağlık hizmetlerinin çeşitli açılan arasında yer alan sınırları belirsizleştirmektedir. Ortaya çıkan yeni seçenekler çok çeşitli-

dir. Bunlar yaşlı kişiler için sosyal ve sağlık desteğini içeren genel bakım, tanı-teşhis hizmetleri ve uzmanlık yapısı içerisinde günlük cerrahiye yönelik tedavi merkezlerine pratisyen hekimler vasıtasıyla serbest erişimi de kapsamaktadır.

İKAME POTANSİYELİ

Burada bahsedilen temel geçiş ve ikameler, Avrupa'nın farklı kısımlarında görülmektedir ve BBSH sektörüne Önemli getirilerde bulunmuştur. Konum İkameleri için ilk örnekler şunlardır: 1961 yılında Fransa'nın Bayonne bölgesindeki Sante hizmetleri, kanser hastaları için evde bakım projesini başlatmıştır ve yaşlı ve fiziksel olarak sakat olan kişiler için bakımı içeren şekilde genişletmiştir, 1967 yılında İsveç, Motola'daki "taburcu sonrası evde bakım" projesi, yaşlı kişiler için " hastanın kendi evinde hastane yatağı" şeklinde başlatılmıştır ve toplum temeline dayalı "evde hastane" projesi İngiltere Peterborough'da 1978 senesinde erken taburcu etmeyi kolaylaştırmak veya hastaneye başvuruyu azaltmak amacıyla başlatılmıştır.

Teknoloji ikamesi açısından Hollanda'da (378) yapılan bir çalışma potansiyel olarak eve transfer edilebilecek birkaç kilit teknolojiyi belirlemiştir. Bunlar infüzyon terapileri, ayarlanabilir yatak, riskli hamileliklerin evde izlenmesi, ağız ve damar yoluyla besleme, doğuştan kalça çıkığı için fraksiyon, yeni doğan sarılık için fototerapi içermektedir.

Artan hasta tatmini, iyileşen klinik sonuçlar, daha fazla verimlilik, belirli hastalıkları daha uygun şekilde idare edilmesi ikame politikalarının potansiyel avantajlarını oluşturmaktadır. Çeşitli ikame projeleri arasında önemli farklılıklar olmakla birlikte sağlık hizmetleri amaçlarına etkisi görülmemektedir. Eğer politika belirleyicileri koordinesiz bir usul veya net stratejik hedefler olmadan yeni projeler uygularlarsa bu durumda ikame avantajları azalabilir veya ortadan kalkabilir. Çoğu kez ikame becerilerde ve teknolojide uygun bir değişim olmaksızın veya kaynaklar yeniden tahsis edilmeksizin sadece konumu değiştirmeye yönelik olmaktadır.

Başarılı bir ikame, her ülkedeki mevcut hizmet sunumu çeşitlerinin kapsamlı analizine dayanmaktadır. Her bir ikame politikasının değeri hakkında iyi bilgi sahibi olunması ve kaynaklar ve karma beceriler için gerekli değişikliklerin detaylı bir şekilde anlaşılması gerekmektedir.

Tablo 26'da, sağlık hizmetleri reformu içinde ikame sürecinin desteklenmesi için fırsatlar veya bir takım engeller özetlenmiştir. Bu vasıta ile da BBHS'nin gelişiminin önemi vurgulanmıştır.

Sigorta veya satın alma kuruluşları tarafından kullanılan mali yaklaşım tarzları çoğu kez İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin ikamesi için gerekli olan teşvikler konusunda yetersizdir. Fon tahsisi, çıktılar yerine girdilere göre yapılmaktadır. Bununla beraber birçok durumda, farklı sağlık hizmetleri kuruluşlarına para aktarımı, işbirliği ve koordinasyonu engellemektedir. Hastaların sorunlarının karmaşık ve kapsamlı yapısını tanımlamadaki başarısızlık, bu sorunların çözümlenmeden kalmasına veya bu sorunlara etkisiz bir bakış açısı getirebilir.

Hastanelerin Yeniden Yapılandırılması

Yataktan tedavi hizmetleri, tipik olarak, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların %45-75'ini kullanmaktadır. Yukarıda belirtildiği gibi, hastanelerde sunulan mevcut hizmetlerin daha maliyet etkin alternatifler olduğuna dair artan bir anlayış

Tablo 26. İkame: sağlık reformlarında engeller ve fırsatlar

Engeller	Fırsatlar
Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ikinci basamak ile ikamesi için gerekli olan mali teşvikler yetersiz kalmaktadır.	Hasta ihtiyaçları doğrultusunda finansman yapılmalıdır. Kurumlar değil, görevler finanse edilmelidir.
Finansman kişilerin girdileriyle ve kaynaklarıyla ilgilidir.	Gerekli çıktı ve sonuçlara dayalı fonlama yapılmaz. Sağlık kazancı ve sosyal kazanç ölçütlerini hem yaşam kalitesi hem de yaşam süresi açısından değerlendirmek gerekmektedir.
Finansman, kişilerin problemlerinin karmaşık ve bütüne yönelik doğasını ele almaz.	Koordine edilmiş fonlar veya managed care: birlikte çalışan birçok hizmet sunucu arasında dikey finansmandan yatay finansmana, birinci basamaktan ikinci basamak hizmete ve ihtiyari sektörden sosyal hizmete geçilmelidir.
Finansmanın birinci basamak sağlık hizmetlerine geniş ölçüde kayması benimsenecektir fakat bunlardan en iyi faydalar sağlanmayabilir.	Bulguya dayalı birinci basamak sağlık hizmetleri yönetimi geliştirilmelidir. İşgücü ikamesinin etkin şekilde uygulanması gerekmektedir. Teknolojilerin ve personelin, hastanelerden birinci basamak veya evde bakıma kaydırılabilmesinin sistematik değerlendirilmesi yapılmalıdır. Birinci ve ikinci basamak hizmetler arasındaki sınırları azaltmak gerekmektedir. Hemşirelik hizmetlerine özel önem verilmelidir.

olmakla birlikte, hastane hizmetlerinin azaltılması gereklidir. Diğer bir takım baskılar da değişimi başlatabilmektedirler.

Alt uzmanlaşmaya doğru eğilim, pahalı teknolojilere olan ihtiyaç, ölçek ve kapsam ekonomisinin algılanan varlığı ve mali baskılar, akut veya yüksek teknoloji sunan daha az sayıda, daha büyük hastanelere gerek olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Politika belirleyiciler, hastanelerin uzun dönemdeki rolü, gelecekteki konfigürasyonu ve hastane sistemlerindeki değişikliklerin nasıl uygulanacağı konularında sorularla karşılaşmaktadırlar. Bu bölüm, hastane donanımındaki trendleri ve beraberinde değişiklik getirecek olan benimsenmiş veya gelecekte benimsenecek bazı ilkeleri incelemektedir. Hastane geri Ödenek ve finansman politikaları, hastane sektöründe yapılan reform denemelerinin ana noktasını oluşturmakta ve Bölüm 5'te açıklanmaktadır. Hastane politikasının, politika analizine ilişkin iki diğer unsur tarafından yönlendirilmesi gerekmektedir:

- hastanelerin, dış çevredeki değişikliklere beklenmeyen yollarla cevap veren, karmaşık ve adapte edilebilen sistemler olduğunu savunan örgütsel kuram anlayışı; ve
- hastane sektörünün, sağlık hizmetindeki rolü, kendisinden nasıl çalışma sınıfı beklendiği, Ölçeği ve birinci basamak sosyal, uzun vadeli ve diğer hizmet biçimleriyle olan ilişkisine yönelik stratejik görüş.

HASTANE HİZMETLERİNDEKİ TRENDLER

Çeşitli ülkelerin hastane verilerinin doğrudan karşılaştırılması zor olmaktadır. Bunun nedeni; hem tüm istatistiklerin elde edilebilirliği ve tam olmaları konusunda, hem de hastane hizmet sunumunun tarzı ve rolü konularında farklılıkların görülmesidir.

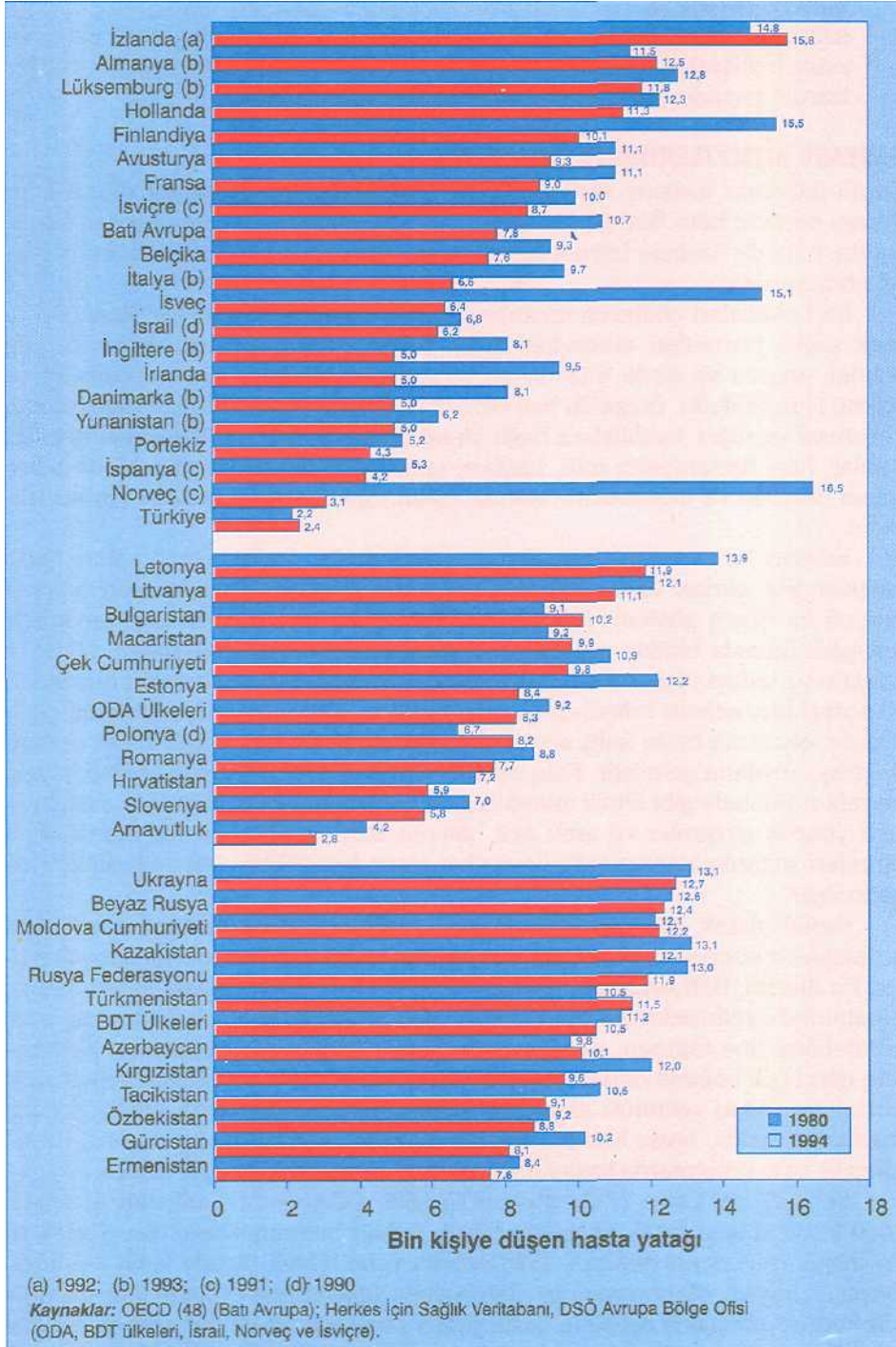
Bu farklılıkları etkileyen faktörler, ödeme sistemleri; birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri arasındaki ilişki; birinci basamak sağlık hizmetlerinin hizmet sunucu ve sevki düzenleyici rolü ve sosyal hizmetin mevcudiyeti ve rolünü içermektedir. Bölgenin batı ve doğu kısımları arasındaki karşılaştırmalar, kurumsal ve diğer farklılıklara bağlı olarak, daha da zor bir hal almaktadırlar. Bunlar, bazı hastanelerin rolü, hastane yatakları, sosyal hizmet sektörü gelişiminin durumu ve hastanelerin rolüne ilişkin toplumsal beklentileri kapsamaktadır.

Hemen hemen tüm Batı Avrupa ülkelerinde, özellikle acil yatan hasta yataklarında olmak üzere, hastanelerdeki toplam yatak sayısı son yıllarda önemli bir düşüş göstermiştir (bkz. Şekil 22). Bunun sebepleri tam anlamıyla anlaşılamamakla birlikte muhtemelen maliyet sınırlaması politikaları, teknolojiye veya tedavi yöntemlerindeki değişim ve birinci basamak sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerin rollerindeki değişikliklerin ortak sonucudur. Ayrıca, çoğu ülkede, ortalama hasta kalış süresindeki azalmayla birlikte hasta kabul oranında artış meydana gelmiştir. Kalış süresi trendi, hastaların idaresi, asgari yaygın "cerrahi müdahale gibi klinik tekniklerdeki gelişmeler, kalış süresinin azaltılmasına yönelik girişimler ve artık acil bakıma ihtiyacı olmayan hastaların diğer birimlere aktarılmasının sağlanması konularındaki değişimleri de beraberinde getirmiştir.

Genel olarak, ODA ve BDT ülkeleri, nispeten küçük hastane sayısındaki fazlalığın bir sonucu olarak, Batı Avrupa ülkelerinden daha çok yatağa sahiptirler. Bu durum, Batı Avrupa ülkelerindekinden daha yüksek hasta kabul oranını beraberinde getirmektedir. Bu ülkelerde daha yüksek oranda hastalanma oranı görülebilmeye rağmen, yatak kullanımı ve tedariğindeki farklılıklar, hastanelere daha çok bağımlı olmak, toplumsal tercihler, özel taşımacılığın gelişmemiş olması ve sosyal sektörün azaltılmış rolünün bir sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca, hasta kabulde gözlenen farkın Önemli bir kısmı, arza dayalı talep ve bazı durumlarda hastaların hastanelere yakınlığı ile ilgili olabilir.

Şekil 22 ve Tablo 27'de gösterildiği gibi, ODA ve BDT ülkeleri arasında, 1000 kişiye düşen yatak sayısında büyük farklar bulunmaktadır. En yüksek ve en düşük değerlerin dağılımı, 1980'den bu yana büyük ölçüde sabit kalmıştır. Düşüşün yaygın olmamasına ve Batı Avrupa ülkelerinde olduğundan daha az söz konusu olmasına rağmen, hasta yatağı sayısında bir miktar azalma meydana gelmiştir. Birkaç ülkede, küçük bir artış gözlenmiştir. Birçok durumda, de-ği-

Şekil 22. DSÖ Avrupa Bölgesi'nde, 1980-1994 yılları arasında, 1000 kişiye düşen hasta yatağı sayısı



Tablo 27. BDT ve ODA ülkelerinde 1000 kişi başına düşen yatak sayısı, 1980-1994

Ülke	Hasta Yatağı				Değişim 85-94	Değişim 90-94
	1980	1985	1990	1994		
ODA ülkeleri						
Arnavutluk	4.18	4.01	4.03	2.77	-%31	-%31
Bulgaristan	-	9.11	9.79	10.24	%12	%5
Hırvatistan	7.23	7.45	7.38	5.91	-%21	-%20
Çek Cum.	10.85	11.01	10.92	9.81	-%11	-%10
Estonya	12.19	12.27	11.60	8.35	-%32	-%28
Macaristan	-	9.61	9.84	9.92	%3	%1
Letonya	13.89	14.31	14.04	11.93	-%17	-%15
Litvanya	12.07	12.78	12.44	11.09	-%13	-%11
Polonya	6.67	6.59	8.22	-	-	-
Romanya	8.78	8.94	8.92	7.70	-%14	-%14
Slovakya	-	-	7.46	-	-	-
Slovenya	6.95	6.33	6.04	5.78	-%9	-%4
BDT ülkeleri						
Ermenistan	8.40	8.70	9.09	7.58	-%13	%17
Azerbaycan	9.75	9.90	10.10	10.06	%2	%0
Beyaz Rusya	12.55	13.07	13.23	12.42	-%5	-%6
Gürcistan	10.17	9.97	9.80	8.09	-%19	-%17
Kazakistan	13.09	13.59	13.67	12.14	-%11	-%11
Kırgızistan	12.01	12.03	11.98	9.59	-%20	-%20
Moldova Cum.	12.05	12.22	13.15	12.22	%0	-%7
Rusya Fed.	-	12.98	13.06	11.94	-%8	-%9
Tacikistan	-	10.64	10.69	9.11	-%14	-%15
Türkmenistan	10.46	9.74	11.49	11.47	%18	%0
Ukrayna	-	13.14	13.56	12.75	-%3	-%6
Özbekistan	9.18	11.83	12.48	8.81	-%26	-%29

Kaynak: Herkes İçin Sağlık Veritabanı, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi.

şimlerin büyük kısmı 1990'dan bu yana meydana gelmiştir ve yatak tedariği ve sağlık sektörü finansmanındaki politika değişikliklerini yansıtmaktadırlar. ODA ve BDT ülkelerinde, hala yatakların azaltılması ve hastane kapatılması gibi faaliyetler görülmektedir.

Tablo 28'de görüldüğü gibi, Ermenistan, Azerbaycan ve Gürcistan, hasta kabullerinde, muhtemelen sağlık bütçe kesintilerine bağlı bir düşüş yaşamışlardır. Kalış süresi, azalan bir trend sergilemekle beraber, azalış hızı yatak sayısındaki azalış hızından düşüktür. Bunun anlamı, doluluk oranındaki artışın yanı sıra, halen verimliliği artırıcı önemli fırsatların mevcut olmasıdır.

Politika Stratejileri

Hastane hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ile ilgili olarak çeşitli yaklaşımlar olmakla birlikte, politikaların çoğu, aşağıdaki hedeflerden en az birine varmayı amaçlamaktadır:

- Başarılı olması durumunda yatak ihtiyacını azaltacak ve hastane sistemlerinin büyüklük, konfigürasyon ve maliyetlerinde değişikliklere imkan verecek hizmet sunumu verimliliğinin artırılması;

Tablo 28. 1990-1994 yılları arasında BDT ve ODA ülkelerinde önemli hastane göstergelerindeki değişiklikler, 1990-1994

Ülke	Nüfus Başına Hastane	Nüfus Başına Hasta Yatağı	Nüfus Başına Kabul	Kalış Süresi
ODA Ülkeleri				
Arnavutluk	- %70	- %31	-	- %33
Bulgaristan	%20	%5	- %7	- %1
Hırvatistan	- %37	- %20	- %17	- %10
Çek Cumhuriyeti	%10	- %10	%14	- %16
Estonya	- %6	- %28	- %3	- %18
Macaristan	-	%1	%0	- %10
Letonya	- %5	- %15	- %6	- %5
Litvanya	%0	- %11	%8	- %11
Polonya	-	-	-	-
Romanya	%1	- %14	%5	- %10
Slovakya	-	-	-	-
Slovenya	%10	- %4	%0	- %7
BDT Ülkeleri				
Ermenistan	- %10	- %17	- %42	%5
Azerbaycan	- %2	%0	- %40	- %1
Beyaz Rusya	- %2	- %6	- %1	%0
Gürcistan	- %17	- %17	- %60	%3
Kazakistan	- %9	- %11	- %23	%5
Kirgizistan	-	- %20	- %26	%3
Moldova Cumhuriyeti	%0	- %7	- %8	%5
Rusya Federasyonu	- %5	- %9	- %5	%1
Tacikistan	%6	- %15	-	-
Türkmenistan	- %12	%0	- %16	- %3
Ukrayna	%0	- %6	%0	%3
Özbekistan	- %9	- %29	- %21	- %3

Kaynak: Herkes İçin Sağlık Veritabanı, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi

- Daha az oranda hasta kabul ve yatak talebine imkan verecek hastane hizmetlerinin uygun kullanımı; ve
- Daha verimli ve etkili bir konfigürasyona ulaşmak amacıyla, hastane hizmetleri ağının biçiminde yapılacak değişiklik.

HASTANE HİZMETLERİNİN VERİMLİLİK VE UYGUNLUĞUNUN GELİŞTİRİLMESİ

Hastane hizmetlerinin verimlilik ve uygunluğunun geliştirilmesine yönelik yaklaşımlar dört ana başlıkta toplanabilir: ödeme sistemleri, hizmet kalitesi stratejileri, yönetim teknikleri ve klinik performans stratejileri. Bunlardan ilk üç başlık daha önceki bölümlerde incelenmiştir. Dolayısıyla bu bölüm, gündüz tedavisine geçiş, hastaneye kabullerin uygunluğunun geliştirilmesi, hastaneden hasta çıkışının hızlandırılması ve kalite güvencesi tekniklerinin uygulanması konularını içeren klinik performans stratejileri üzerinde odaklanacaktır. Bu stratejilerin birçoğu, yeni teknolojilerin tanıtılması veya personel ve yetenek birleşiminin değiştirilmesi yoluyla hastane hizmetlerinde ikameyi, ya da genelde teknoloji ve/veya personel ve yeteneklerin ikamesi ile beraber, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve toplumda bakım hizmetleri yerlerinin ikamesini içermektedir.

Gündüz Hizmeti Ve Minimal Erişim Prosedürleri

Gündüz hizmeti prosedürleri, birçok ülkede verimliliğin artırılmasında önemli bir neden olarak benimsenmiştir. Benzer gelişmeler, minimal yaygın cerrahi müdahale, tanı ve görüntüleme tekniklerinden de beklenmektedir. Bu çalışmanın, genelde, yatan hasta hizmetinin tam bir ikamesini temsil ettiği varsayılmaktadır. Ancak, bu büyümenin en azından bir kısmının, fazla kapasite ve özellikle endoskopi ve manyetik rezonanslı görüntüleme gibi yeni tekniklerin mevcudiyeti ile mümkün olan ek çalışma sonucunda ortaya çıkması muhtemeldir. Ayrıca, bu yeni yaklaşımlar ile ortaya çıkan kapasitenin korunması durumunda, arza dayalı talebin bir sonucu olarak daha fazla hastanın kabul edilmesi için fırsatlar oluşabilecektir. Böyle durumlarda, yeni teknikler, hem hastane kabul oranını hem de toplam maliyeti artırma eğilimi gösterirler. Daha önce hastanede kalmayı gerektiren, şimdi ise giderek artan bir oranda gündüz bakım hizmeti olarak kullanılan yöntemler, kasık fıtığı tedavileri, göğüs biyopsisi, genişlemiş damarların düzeltilmesi, sisteskopi, artroskopi, miringektomi, kolesistektomi, laparoskopi ve kürtajı içermektedir. Edinilen ilk tecrübeler, minimal erişim tekniklerinin ilerlemesinin, hastanelerin üretim fonksiyonlarının, yataraktan ayakta tedaviye ve yatan hasta bakımından toplumda yapılan bakıma kaymasını gerektirdiğini göstermektedir.

Kabul ve hizmetin uygunluğunun geliştirilmesi

Hastanelerin rolünü değiştirmeye yönelik stratejinin önemli bir kısmı, başvuru oranını düşürme amaçlı yaklaşımlardan oluşmalıdır. Açık olarak görülmektedir ki, hastalığın önlenmesi, belirli bir hastalık için başvuru oranlarının düşmesi ihtimalini ortaya çıkarmaktadır. Ancak, halihazırda hasta olanların başvuru oranını azaltacak üç tür strateji mevcuttur: temel bakım ikamesi, başvuru eşiğinin yukarı çekilmesi ve uygun alternatiflerin sunumu.

Teknolojinin birinci basamak sağlık hizmetlerine yayılması (özellikle farmakolojik olarak), gelişmekte olan şartların güvenli ve etkili yönetimini mümkün kılmıştır. Bazı durumlarda, birinci basamak, ikinci basamak sağlık

hizmetleri için kısmi bir ikame olabilir ve başvuru azaltabilir. Birimler arası ikameye ilişkin konular, bir sonraki bölümde ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Ayrıca hastaneye başvuruların doğrudan önlenmesi, bir hasta başvuruda bulunmadan önce başvuru eşiğinin yukarı çekilmesi ile mümkündür. Teknoloji bu alanda önemli bir role sahiptir. Gündüz veya poliklinikte yapılan cerrahi tedavilerdeki artış ve gelişme, teknolojik ilerlemeye bağlı olarak cerrahi başvurularda meydana gelen düşüşün bir örneğidir. Arz odaklı değişiklikler de başvuru eşiğinde kaymalara neden olabilir: Yatakların kullanıma kapatılmasına bağlı olarak yatak kullanım sayısında bir düşüş ile karşı karşıya olan klinik çalışanlarının, başvuru eşiklerini yukarıya çekmekten başka yapacakları bir şey yoktur. Klinik, yönetim ve politika müdahaleleri, bu eşiği hedef alacak şekilde planlanmalıdır. Gözlem birimleri, hastanede yatırılmaya ihtiyacı olmayan hastaların güvenli bir şekilde gözlem altında tutulmasını ve ihtiyacı olan hastaların kliniklere yollanmasını sağlamaktadır. Gözlem birimi yaklaşımı her zaman başvuru oranını düşürebilir (örneğin, astım durumunda), ancak talep üstlenmektedir. Belirli konulardaki profesyonel eğitim ve çalışmalar, bazı durumlarda başvuru oranının düşürülmesi için bir yol olabilmektedir: Örneğin, bir İngiliz hastanesindeki aile hekimliği uzmanlarına yönelik eğitim, çocuk astımı başvurularında önemli bir düşüşe yol açmıştır. İtalya'da, teşhis ve tedaviye ait protokoller, klinik çalışanlarının eğitimi, gözlem yatakları ve tıbbi personele yönelik mali teşvikler, büyük bir hastanede başvuru oranının düşürülmesini sağlamıştır.

Üçüncü tip stratejiler, başvuru ihtiyacını düşürecek alternatif müdahale yollarının geliştirilmesini kapsamaktadır. Hastane dışı uzman hizmetlerinin sunumu, teknolojik yenileme veya çalışma metotlarına ilişkin iyi düşünülmüş politika değişiklikleri ile perçinlenebilir. Başvuru oranında düşüşe yol açacağı gösterilen bazı yaklaşımlar, toplum kliniklerinin tesisi ve uzman hekim ve hemşirelerin ev ziyaretlerini kapsamaktadır. İsrail'de, hekimlerin, ciddi kalp yetmezliği sorunları olan yaşlı hastalara yaptıkları haftalık ziyaretlerin, yıllık başvuru oranlarını %50'nin üzerinde bir oranda azalttığı gözlenmiştir. Kanada'da, sağlık ve sosyal bakım hizmeti vermek amacıyla, yaşlıların ev hemşireliği programlarına dahil edilmeleri, acil servis hastanelerinin başvuru oranlarının düşmesini sağlamıştır. Kronik durumları olan yaşlı hastaların acil bakıma kabul edilmelerinin önlenmesi amacıyla, hastanede dinlenme hizmeti sunulması bile mümkün olabilir. Ancak, Kaliforniya ve Güney Gallerde uzman yaşlı hasta hemşirelerinin yıllık olarak evlerde yaptıkları kapsamlı kontroller, 75 yaş ve yukarısı hastalar için başvuru oranlarında herhangi bir düşüşü sağlamamıştır.

Yukarıda belirtilen yaklaşımların birçoğu, acil nitelikli başvuruların önlenmesini mümkün kılmakla birlikte, yoğun kaynak kullanımını gerektirebilirler. Toplumu esas alan hizmetin maliyetini, kabul maliyetiyle karşılaştırmak, henüz büyük ölçüde mümkün değildir. Maliyet açısından, evde yapılan yoğun bakımın, hastaneye yatmaktan daha verimli olma ihtimali de vardır; fakat bu gerçekleşse bile, kaynak tasarrufu sağlaması açısından olanakları daha kısıtlıdır.

Hastaneden çıkışın hızlandırılması

Çıkış oranlarının hızlandırılması ve böylece kalış süresinin azaltılmasına yönelik iki ana yaklaşım mevcuttur: klinik yönetiminde iyileşmeler ve hasta iyileşir iyileşmez çıkışı hızlandıracak önlemler. Bunlar, tanıya dayalı grupların (DRG) geliştirilmesi veya diğer birçok değişik hastalık gruplarını bünyesinde bulundu-

ran sistemler (Çek Cumhuriyeti, Almanya ve Macaristan), istatistiksel verilere dayalı hedefler (Slovakya) ve/veya hizmetlerin sunumu için plana dönüştürülen hedefler (İngiltere) gibi önlemlerden, dolaylı olarak etkilenebilirler. Hedefe dayalı sistemler, değişiklik yapılmasına imkan verecek yeterli alanı sağlamakta ve uygun olmayan kalış süresinin kararlaştırılması durumunda, optimum olmayan uygulamaları teşvik edebilmektedir.

Hekimlere, kalış süresini azaltmaya yönelik hesap ve yönetsel yaklaşımlar üretmeleri için teşvik sağlanırken, başarının, daha az detaylı yönlendirme ile elde edileceği beklenmektedir. ABD'de geliştirilen, entegre edilmiş hizmet ve beklenen iyileşme aşamaları, örnek olarak gösterilebilir; İngiltere'nin bazı bölgelerinde de bunlar denenmektedir. Bir hasta için beklenen hizmetin şekli belgelenmekte, değişimler izlenmekte ve sonuç olarak iyileşmeler kaydedilmektedir. Bu sistemlerin avantajı, klinik ve yerel bakımdan daha anlamlı bilgiler sunmalarıdır.

Yatak talebinin azaltılmasına yönelik en etkili önlem, tam donanımlı büyük bir hastanenin hizmetlerinden artık yararlanmayan hastaların çıkışlarının hızlandırılmasına imkan verecek hastane sisteminin geliştirilmesidir. Aşağıda görüleceği gibi, birçok çalışmada, bu hastaların hastane yataklarını büyük ölçüde işgal ettikleri sonucuna varılmıştır. Bu probleme ilişkin birkaç yaklaşım mevcuttur.

Önce ev hemşireliği, son zamanlarda da "evde hastane" projeleri (hospital-at-home), Danimarka, İrlanda, İspanya (Bask Bölgesi) ve İngiltere'de başlatılmıştır. Bu amaca tahsis edilmiş evlerin uygunluk derecesi, ODA ülkelerindeki ve Batı Avrupa'nın bazı bölgelerindeki birçok kişi için sorundur.

Belçika'da hastaneler, acil servis yataklarını bakım evleri şeklinde tahsis etmekte başarı elde etmişlerdir. Benzer önlemler Macaristan'da da dikkate alınmaktadır. Birçok ülke, küçük ölçekli hastaneleri, bakım evlerine dönüştürmektedirler. İngiltere'de kaynak tahsisi sürecinin bir aşaması olarak yapılan regresyon analizi, bakım evlerinin kurulmasının, hastaneye başvuru oranları ve yatakta geçirilen gün sayısı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. İrlanda ve Hollanda'da da bakım evleri sektöründeki artış büyük ihtimalle hastane kabullerindeki düşüş üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

İrlanda ve İngiltere'de, sağlık ve toplumsal hizmet sektörleri arasında, ortak planlama yoluyla koordinasyonun artırılması için önlemler başlatılmıştır. Danimarka ve İsveç, sosyal hizmet ihtiyacı olan hastalara hizmet sağlamada görülen gecikmeler için mali cezalar uygulamaktadırlar. Batı Avrupa'da, iki sektörün sorumlulukları genelde ayrılmıştır, fakat deneyimler, İrlanda ve Kuzey İrlanda'daki gibi ortak yönetimin veya Macaristan'daki gibi tek bir hizmet alıcının, geliştirilmiş koordinasyonu garanti etmediğini göstermektedir.

Son olarak, bakım evlerinin geliştirilmesi, hizmet sunucu ödeme sisteminin değiştirilmesi yoluyla hızlandırabilir.

Bu politikalarla ilgili bir problem, maliyetlerin genelde ferdi kullanıcılara ve bunların ailelerine yansıtılmasıdır. Bu ya doğrudan, yoğunlukla bakım evi hizmeti için ihtiyaç duyulan ortak ödemeler şeklinde, ya da dolaylı olarak, aile fertlerinden hizmetin bir bölümünü kendilerinin sağlamaları istenmesi yoluyla yapılmaktadır. Özellikle yaşlılar veya kronik hastalar için değişik türlerde devlet desteği sağlama amaçlı bir "sözleşme", aynı türden bir devlet sigorta kuruluşuna yıllar boyunca ödeme yapmayı gerektirecek biçimde yapılmış ise, işgücün-

deki kadın sayısının artması, yalnız yaşayan insan oranının artması ve değişen toplumsal beklentiler, bu politikaların uygulanmasını daha da zorlaştıracaktır.

Kalite ve Uygunluk incelemeleri

Kalite ve uygunluk incelemeleri yöntemi, kabullerin uygunluğunun ve yatakların kullanımının incelenmesinde yararlanılan, güncelliği giderek artan bir tekniktir. Bu incelemeler, hastaneye yatmanın gerekli olup olmadığını ve bakım hizmetinin başka bir birimde verilip verilemeyeceğini değerlendirme amacı güderler.

İlk teknikler 1960'larda ABD'de geliştirilmiş ve öncelikle Medicare ve Medicaid programlarında harcamaların kontrol edilmesi amacıyla uygulanmışlardır. 1972 yılında federal hükümet, kabul için şartlar koymuş ve kalış süresinin uzunluğunun Profesyonel Standartları İnceleme Kurulu (Professional Standards Review Organization (PSRO) tarafından incelenmesini şart koşturmuştur. 1980'lerde teknikler, kalış süresini azaltarak verimlilik artışı sağlamayı hedef alan sigortacılar tarafından daha ileri gelişmeler kaydedilmiş ve böylece yatak kapasitesi artırılmadan işgücü ve gelirden bir artış sağlanmıştır.

PSRO programlarının değerlendirilmesi tutarlı bulgular ortaya koymamıştır. Bazı çalışmalar hastanelerde yatan hasta kabul oranlarında %10-15'lik bir düşüş gösterirken, diğerleri herhangi önemli bir etki saptayamamıştır. Maliyet tasarrufu projeksiyonları da büyük ölçüde farklılık göstermiştir. Kalite ve uygunluk incelemeleri başlangıçta kalış süresi ve kabul oranlarında bir düşüş göstermiş ise de, incelemeyi takip eden dönemde, bu etkilerin önemli oldukları, daha sonra zaman içinde önemlerinin azaldığı gözlenmiştir.

Kalite ve uygunluk uygulamalarının diğer ülkelerde sergilediği farklılıklar, sağlık hizmetlerinin sunumu ve bunların finanse edilme yollarındaki farklılıklar ile açıklanabilir. Örneğin ABD'de, vaka başına ücret sistemleri ve klinik ve yasal teşvikler (koruyucu tıp), hekimleri hastane kaynaklarından yoğun bir şekilde yararlanmaları konusunda teşvik etmiştir. Bu, beraberinde kabul öncesi izin uygulamasını getirmiş ve hastane ve hekimlere ender olarak müeyyide getirilmesine rağmen, izin alamayan hastalar sık sık parasal cezalara maruz kalmışlardır.

Tablo 29, yayımlanan bazı inceleme çalışması örneklerini listelemekte ve verimsiz yatak kullanımının boyutlarını göstermektedir. Bu sonuçlar, ayrıca daha standart ve geçerli bir yaklaşım gereksinimine dikkat çekmektedir. Bazı araçların ABD'de geçerli kılınmalarına rağmen, diğer sağlık sistemlerine uygulanabilirliği sağlanamamıştır ve dikkatle kullanılmaları gerekmektedir. Kalite ve uygunluk incelemelerinin dikkatsiz kullanımı, uygun hizmet verilmesinin önünde engel teşkil edebilmektedir.

Gelişimlerin ilişkilendirilmesi

Beklenmeyen sonuç ve bilgilerin manipülasyonunun, hastane sistemlerine sık sık bir dizi teşvikin uygulanmasından kaynaklandığı gözlenmektedir.

Yukarıda bahsedilen önlemlerin birçoğu tamamlayıcıdır ve politika belirleyicilerin karşılaştıkları zorluk, bunları, hastanenin doğru kullanımını ve sistemin verimliliğini artıracak, fakat aynı zamanda teknolojik yeniliklere imkan tanıyacak kadar esnek, entegre bir sistemin içine oturtmaktır.

Tablo 29. Yatak kullanımındaki uygunsuzluk: seçilmiş çalışmalar

Çalışma	Bölge	Sonuçlar
Bare ve diğerleri. (395)	Barselona, İspanya	Başvuruların %9.1'i Yatış süresinin %29.2'si
Victor & Khakoo (396)	Londra Merkez, İngiltere	Başvuruların %0.7'si
Victor ve diğerleri. (397)	Londra Merkez, İngiltere	Başvuruların %14.6'sı
Namdarani ve diğerleri (398)	Edinburg, İngiltere	Özel durumlar için yatakları %19'u Ortopedik geriyatrik rehabilitasyonlar için yatakları %33.1'i Geriyatrik rehabilitasyonlar ve değerlendirme için yatakları %29.6'sı
McClaran ve diğerleri. (399)	Montreal, Kanada	Yatakları %19'u
Apolone ve diğerleri. (400)	Milano, İtalya	Özel durumlar için yatış sürelerinin %41'i Muayene için yatış sürelerinin %12'si Kardiyoloji için yatış sürelerinin %20'si Psikiyatri, geriyatri ve nöroloji için yatış sürelerinin %60'ı
Haynes ve diğerleri. (401)	Dublin, İrlanda	Özel durumlar için yatakları %46'sı
Anderson ve diğerleri. (402)	Oxford, İngiltere	Yatış süresinin %62'si
Coid & Crome (403)	Londra'nın dışı, İngiltere	Özel durumlar için yatış süresinin %10'u Tedavide yatış süresinin %22'si Muayenede yatış süresinin %2'si Ortopedide yatış süresinin %9'u
Popplewell ve diğerleri. (404)	Avustralya	Başvuruların %3.7'si Kalış süresinin %9.2'si
Seymour & Pringle (405)	Dundee, İngiltere	Tüm hastaların yatış sürelerinin %4.2'si 65 yaş ve üstü hastaların yatış sürelerinin %10.2'si
Murphy (406)	Londra Merkez, İngiltere	Yatış süresinin %16'sı
Rubin & Davies (407)	Liverpool, İngiltere	Yatakları %4.5'i

Kaynak: (395).

Kalış süresinin azaltılması ve gündüz hizmetinin artırılması ek çalışmaya ve/veya yatak sayısının azalmasına imkan verdiği halde; bu değişikliklerin maliyetler üzerindeki etkisi karmaşıktır. Daha kısa kalış süresine ulaşmak için terapist, hemşire veya diğer uzman personel gibi ek kaynakların konuşlandırılması gerekli olabilir. Buna ek olarak, eğer kalış süresindeki azalma, hastanın bağımlılığını azaltıcı teknolojilerden kaynaklanmıyor ise (örneğin, minimum yaygın cerrahi müdahale), hastanede kalan hastaların artan bir oranda tecrübeli hemşire bakımına ihtiyaçları olacaktır.

Yatak sayısının azaltılmasının, kalış süresindeki düşüşe ayak uyduramadığı veya kabul kontrol önlemlerinin alınmadığı durumlarda, muhtemelen başvuru eşiği düşecek ve başvuru oranları artış gösterecektir. Örneğin, eşikteki değişikliğin, son zamanlarda bazı İngiliz hastanelerinde yaşanan acil başvuru sayısındaki önemli artışın bir kısmını açıklayabildiği gözlenmiştir. Bu durumda hastaneler, düşük maliyetli hastaları çıkarmakta ve bunların yerine geniş anlamda tedavi ve inceleme gerektiren yüksek maliyetli hastaları almaktadırlar. Sonuç olarak, hastane sisteminin toplam maliyeti artabilmektedir.

Hastane verimliliğinin artırılması ve kalış süresinin azaltılmasına yönelik önlemler, ayrıca sistemin diğer kısımları üzerindeki etkiyi hesaba katmalıdırlar. Eğer hastaların hastaneden çıkarıldıklarında tıbbi bağımlılıkları devam etmekte ise, birinci basamak sağlık hizmetleri için talepte bulunmaları ve hatta bazen tekrar başvurmaları olasıdır. Bu, birinci basamak sağlık hizmetleri sisteminin diğer kabulleri azaltmaya yönelik istek veya yeterliliğini azaltabilir. Hastaneden çıkan hastaların genel olarak hastanede kaldıkları sırada kendilerinden sorumlu olmayan hekimler tarafından izlendikleri bazı ODA ülkelerinde olduğu gibi, farklı tip hizmetler arasında kurumsal engellerin bulunduğu durumlarda, sorun daha da ciddi bir hal almaktadır.

Entegre edilmiş bir yaklaşım, kalış süreleri ve başvuru oranlarının azalması yoluyla tasarruf elde edilmesine yardımcı olabilir. Ancak, maliyet tasarruflarının tanımlanması veya tekrar dağılımı için bir strateji gerekmektedir. Tasarruflar, gelişmiş teknoloji, klinik desteği ve idarede yüksek performans elde etmek için ihtiyaç duyulan daha çok sayıda tecrübeli, dolayısıyla daha yüksek maliyetli personel kullanılarak önemli ölçüde azaltılabilir. Hizmetlerin sabit maliyetleri yüksektir ve bunun önemli bir yüzdesi altyapı ile ilgilidir. Bu nedenle, yatak sayısındaki küçük azalışlar, tasarrufa ancak az bir katkı sağlayabilirler.

HASTANE SİSTEMİNİN BÜYÜKLÜK VE KONFIGÜRASYONUNUN DEĞİŞTİRİLMESİ

Hastane sisteminin konfigürasyonunun değiştirilmesinde bazı hususların dikkate alınması gerekmektedir. Bunlar, uzman hizmetlerinin uygun dağılımı, hastane planlamasının yönlendirilmesine ilişkin bulguların azlığı, doğru nirengileme noktası (yatak veya hastaneler) ve değişim yönetimidir.

Uzman hizmetlerinin dağılımı

Kalp ameliyatı, sinir cerrahisi, plastik cerrahi ve kanser gibi özel alanlarda hizmet sunumu dikkate alınması gereken bir konudur. Tedavi ve teşhis hizmetlerinin sıkça gereksiz yere tekrar edildiği mevcut durum eskiden beri görülmekte ve araştırma çabalarının bölünmesi, ölçek ekonomisinin kaybedilmesi ve potansiyel olarak zayıf klinik çıktılar gibi olumsuzlukları içinde barındırmaktadır.

Birçok ülkenin, pahalı tıbbi malzeme alımının denetimine yönelik düzenlemeleri vardır. Bazı durumlarda, bu denetimler hizmet sunuculara kadar uzanır. Uzmanlık hizmetlerinin geliştirilmesini kontrol altında tutan sistemler de oluşturulmuştur, fakat bunlar, mevcut alt-optimum dağılım problemlerini çözme kapasitesine sahip olmayabilirler.

Piyasaların, uzmanlık hizmetlerinin gereğinden fazla sunumu veya gereksiz tekrarını ele alacak etkili bir mekanizma oldukları söylenemez. Gerçekten, çoğu piyasada bulunan hastane hizmetlerine ilişkin fiyat dışı rekabet, bu tür unsurların geliştirilmesini teşvik edici bir eğilim gösterecektir. Daha planlı sistemlerde, uzmanlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasını zorlaştıran diğer hususlar mevcuttur. Bu konuda üç kilit husus vardır.

Uzmanlık hizmetleri genelde kamunun dikkatini çekmekte ve desteğini arkalarına alarak değişime karşı politik engeller oluşturmaktadır.

Bu hizmetler, merkezileşme uygulamaları için seçilen hastanelerde önemli yatırımlar yapılmasını ve diğer hastanelerdeki sermaye varlıklarının göz ardı edilmesi gerektiğini savunmaktadır. Bunun anlamı, hastanelerin, uygulama maliyetlerini yayabilmeleri için finansman açıklarını kapatmaları veya uzun dönemde gelirlerini tahmin etmeleri gerektiğidir. Bu tür bir "bankacılık" fonksiyonunun bulunmaması, Avrupa bölgesinde bulunan bazı ülkeler için bir problemdir.

Büyük hastanelerdeki uzmanlık hizmetleri, sabit maliyetlerin karşılanması konusunda önemli bir katkıda bulunmaktadır. Eğer bir birim iptal edilirse, alıcılar ve/veya sahipler, bu fonları mevcut gelirleri kullanarak telafi etmekte zorluk çekebilirler. Bu, ya bütün hastanenin varlığının tehdit altına girmesi ya da toplam maliyetin alıcılar için artması anlamına gelmektedir.

Bulgu yetersizliği

Hastane planlamasının yönlendirilmesiyle ilgili bulgularda boşluklar bulunmaktadır. Örneğin, Ölçek ekonomisinin varlığı konusunda önemli belirsizlik mevcuttur. Eğer daha büyük bir yapı için önemli avantajlar var ise, hastane hizmetlerinin merkezileştirilmesi (erişim değerlendirmeleri yapılması şartıyla) makul bir politika olabilir. Ancak, ölçeğin verimlilik üzerindeki etkisiyle ilgili olarak birkaç çalışma yapılmıştır. Bu alandaki çalışmalar, girdiler hakkında karşılaştırma yapılabilecek bilgilerin elde edilmesi ve çıktı değerlerinin değerlendirilmesinde olduğu kadar, analiz için doğru seviyenin, yani tüm hastane veya ayrı ayrı hastane bölümlerinin tanımlanmasında da zorluklara maruz kalmışlardır. Mevcut analizin çok karmaşık olması nedeniyle bunu yerel düzeyde uygulanabilir bir politika haline dönüştürmek çok zordur.

Çıktıların kalitesi ve yürütülen çalışmanın büyüklüğü arasındaki ilişki konusunda da belirsizlik mevcuttur. İlişkinin beklenenden daha zayıf olmasına ve hatta bazı durumlarda mevcut olmamasına rağmen, bu alanda bazı olumlu bulgular vardır. Politika belirleyicileri ve sağlık hizmeti alıcılarının karşılaştıkları problem, sezgisel bir irtibat mevcut olmasına rağmen, risk-ayarlı çıktılar hakkındaki verilerin yokluğunda, tek bir hastane için değişiklik talebinde bulunulmasının zor olabilmesidir. İlişkinin tek bir hekimi veya organizasyonun yetkisini dikkate alıp almadığının belirlenmesi diğer bir zorluktur. Son olarak, bazı kullanıcılar zayıf bir sonuç alınması riskinin düşük olduğu bir durumu, bekleme veya sevk zamanlarının azaltılmasına tercih edebilirler.

Klinik verimlilikle ilgili literatür zaman içinde geliştiriliyor olsa bile, etkili hastane yönetimi unsurları hakkında araştırmaya dayalı bulgu azdır. Etkili bir hastanenin unsurlarının neler olacağı hakkında genel olarak kabul edilmiş bir tanımlama yoktur. Ayrıca, genel organizasyon teorisinden türetilen mükemmellik Örneklerinin herhangi bir seviyede uygulanabilirliği şüphelidir. Hastane idarecilerinin ve hizmet satın alanların, hastane hizmetlerinin değiştirilmesi için gerekli mekanizmalar konusunda bilgileri yetersiz kalmaktadır.

Belirsizliğin görüldüğü bir başka alan, hizmet verilirken teknolojiye ne derece faydalandığıdır. Teknolojik gelişmeler, yüksek maliyetli malzemeye gereksinim yaratacağı için, merkezileşme için teşvik edici bir unsur olarak ortaya çıkmakta veya şu anda sadece merkez hastanelerde bulunan bütün tekniklerin geniş bir alana yaygınlaştırılmasına fırsat vermektedirler. Teknolojinin değerlendirilmesi hakkında detaylı bir literatür mevcut olmasına rağmen, teknolojinin nasıl kullanılacağı ve özellikle beklenmekte olan bazı gelişmelerin geniş anlamli etkilerinin neler olabileceği konusu fazla bilinmemektedir. Bu durum, yeni tıbbi teknolojileri (örneğin, moleküler tıp ve minimum yaygın cerrahi müdahale) için geçerlidir, fakat aynı zamanda, uzaktan tam-teşhis, kendi kendine bakımı konusunda geliştirilmiş bilgi, tıbbi danışma hattı gibi bazı enformatik konularının geliştirilmesini de içine almaktadır.

Hastanelerin geleceğine ilişkin sınırlı fakat gelişmekte olan literatür, muhtemelen kamu hastaneleri, ayaktan tedavi merkezleri, birinci basamak sağlık merkezleri ve ev bakım hizmetleri tarafından desteklenen ve büyük insan kitlesine hizmet verecek daha az sayıda fakat yüksek teknoloji kullanan hastanelerin ortaya çıkacağını öngörmektedir. Bu, ana travma tedavisinin bölgeselleştirilmesini içerebilir. Ancak, başka modellerin varlığıyla ilgili bir tartışma yapılmamıştır ve farklı kültür, klinik modeli ve coğrafyayı yansıtmak amacıyla geniş anlamda çoğulcu bir hastane organizasyonu sistemine gereksinim duyulabilir. Akut bakıma ilişkin alternatif yöntemlerin maliyet ve faydaları henüz araştırılmamıştır ve evdeki hastaneleri, gündüz hastaneleri, ek acil yataklar ve diğer alternatiflerin kapasitelerinden emin olunmadığı durumlarda uygulamaları tehlike yaratabilir.

Doğru Kriteri Belirlemek: Yataklar veya Hastaneler

İkame politikalarının çoğu kişi başına düşen yatak kullanımının azaltılmasını hedeflemektedir. Ancak, yataklar, hatta hastane odaları, politika oluştururken analiz edilmesi gereken doğru unsurlar olmayabilirler. Hastaneler daha mantıklı bir seçim olabilir. Aşağıdaki ana hususlar dikkate alınmalıdır.

Hastane maliyetlerinin en az %30'u bina ve diğer sabit tesislerle ilişkilidir. Sabit maliyetlerin önemli bir yüzdesi "bölünemeyen" varlıklar ve dolaylı olarak yatak sayılarına bağlı olan personel sayısı ile bağlantılıdır.

İstatistiklerde kayıtlı olan bazı yataklar yalnız kağıt üzerinde mevcut olabilir veya kullanılmıyor olabilirler. Bazı ODA ve BDT ülkelerinde, kayda değer sayıda yatak, teknik olarak uygunluklarına rağmen, gerçekte kullanılmıyor olmalarından dolayı, sistem kapasitesine fazla etki yapmadan ortadan kaldırılabilir.

Özellikle daha az tasarruf yapabilen verimli hastanelerde sık sık uygulanan küçük kesintiler personelin moralini olumsuz etkileyebilir.

Ancak, hastane sisteminin maliyetleri üzerinde en büyük etkiyi elde etmek için, toplam yatak miktarında küçük ayarlamaların yapılmasındansa, bütün hastanenin kapatılması gerekir.

Değişim yönetimi

Hastane sistemlerinde değişim yönetiminin geçmişi pek teşvik edici değildir. Hastaneleri kapatmanın politik ve finansal maliyetleri bunun önemli bir sebebi- dir. Bazı sistemlerde, bankacılık fonksiyonlarının yetersizliği veya yedek tutma- nın mümkün olmaması nedeniyle maliyetler artmaktadır. Bunun anlamı, ser- maye yatırımı veya gereksiz personel fazlalığı telafisi gibi tek bir büyük harca- manın finanse edilmesinin zorluğudur. Hastanelerin toplum için önemi diğer bir sorun teşkil etmektedir, zira sistemde yapılan küçük bir değişiklik bile tar- tışma yaratabilmektedir.

Bazı ülkelerde, hastane sistemlerindeki değişim sürecine kimin önderlik ettiği açık değildir. Bazı ODA ülkelerinde sigorta fonlarının kurulması ve bunla- rın, sağlık bakanlıkları, mülkiyet sahipleri, maliye bakanlıkları ve parlamento- larla olan ilişkileri, kendilerini lider görmelerine yol açmıştır. Değişimi etkileyebi- lecek mekanizmaları kontrol altında bulunduran örgütler, bu değişimin ne olması gerektiğini belirlemede kendilerine yardım edecek açık bir politik çer- çeveye sahip olmayabilirler.

Hastane sistemlerinde değişikliği yönlendiren kuvvetlerin geçmişi pek anlaşılammıştır ve bir takım ilginç politika geliştirme çalışmaları ve denemeleri yapılmış olmasına rağmen, bunlar genellikle ya değerlendirilmemiş ya da belge haline dönüştürülmemişlerdir. Bunlar şu hususları kapsarlar: Değişiklik için Önemli ilgi gruplarının desteğinin alınması, halkla iletişim kurabilmek için mekanizmaların geliştirilmesi ve değişiklik sebeplerinin anlatılması ve değişim yönetimine yönelik yaklaşımlar. Bunlar, daha detaylı olarak Bölüm 7'de tartı- şılmıştır.

HASTANELERDE POLİTİKA BELİRLENMESİNİN GÜÇLENDİRİLMESİ

Avrupa'da hastane politikası ve politika belirlenmesinin güçlendirilmesi, sağlam kuramsal bir çerçeveden faydalanmaktadır. Sistemin hem talep hem de arz unsurları etrafında odaklanan bir piyasa ve planlama mekanizmalarının birle- şimine ihtiyaç duyulabilir. Geri ödeme sistemleri gibi tek bir politika aracına dayanmak her zaman yeterli olmamaktadır. Tablo 30, hastane sistemlerini değiştirmeye yönelik yaklaşım tarzlarını göstermektedir.

Bulgu yetersizliğine rağmen, hastaneler için tutarlı ve gerçekçi bir strateji- nin sağlanması için, birçok politika unsurunun varlığı gerekli görülmektedir. Bunlar:

- Hükümet düzeyinde kapsamlı bir değişim yönetimine olanak sağlayacak açık ve net sorumluluklar ama bunun aynı zamanda hastanelerde de geçerli olması
- Hastane sektöründe, yöneticilerin ve klinik çalışanlarının hastane verimlili- ğini artırmalar: ve diğer yönetsel değişiklikleri yapmaları için teşvikler içeren, açık mali ve yönetsel hedefler olması,
- Verimliliği artıracak başarılı girişimlerin yaygınlaştırılması amacıyla yöneti- cilerin birbirlerinden ve sistemden yerinde uygulamaları öğrenmeleri için fırsatlar;
- Doğru mali hedeflerle birlikte hastane sektörü için belirgin bir bütçe (bunla- rın muhtemelen diğer performansa dayalı hedefler ile birleştirilmeleri gere- kektir);

Tablo 30. Hastane sistemlerini değiştirmeye yönelik politik yaklaşımlar

Arz Yönünden

Dolaylı Mekanizmalar

Maliyet Paylaşımı

Talep Yönetimi

Uygunluk ve kalite güvencesi

Hastalık yönetimi

İkame politikaları: temel, topluluk, ev ve sosyal sağlık stratejileri

Kendi kendini tedavi ve BBSH müdahalelerini içeren koruyucu stratejiler

Talep Yönünden

Dolaylı Mekanizmalar

Ödeme Sistemleri

Hizmet sunum piyasaları

Belgeye Dayalı Alım

Hizmet sunumunu değiştirme

Yönetim kapasitesini artırma

Performans yönetimi teknikleri

Maliyet indirimi/verimlilik programları

Tedavi protokolleri

Kalite iyileştirme teknikleri

Planlama Yaklaşımları

Hastanelerin kapanması

Yeniden yapılandırma programları

- Eğer hedefler belirlenirse, politikaların teknolojik yeniliğe imkan tanımasının ve verimliliği teşvik etmesinin garanti altına alınması;
- Kalış süresi, gündüz hizmeti çalışması, hastaneye yatış oranları vs. gibi konuların geliştirilmesi için hassas karma vaka ayarlı hedeflerin belirlenmesi ve bu hedeflerin tespit edilmesi ve bunların başarıya ulaşmasının temini için entegre bir yaklaşımın ele alınmasının sağlanması;
- Politik bir ortamda cezaların ve uygun ödüllerin yer aldığı performans yönetim sisteminde, başarısız olan kuruluşlara destek vermenin gerekmeyeceği
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve sosyal hizmet gibi hastaneler arasındaki entegrasyonu yönetecek ve geliştirecek bir strateji;
- Yatak sayısının azaltılmasının düşünüldüğü durumlarda (birçok durumda bu alandaki kuruluşların veya hastane sayılarının azaltılması yatak sayısının azaltılmasından daha etkili olabilir) gerçek harcama ve maliyetleri ortaya koyan bir plan;
- Hizmet sunumundaki aksaklıklarla mücadele ve uzmanlık hizmetlerinin dağılımının idaresi için bir yaklaşım;
- İletişim ve özellikle tıbbi personelden işe alım desteğini sağlamaya yönelik stratejileri içeren uygulama sürecini yöneten teknikler;
- Bir nevi bütünleştirici finansman koşullarını içeren uygulama fonunun yeterli hale getirilmesi;
- Önceden belirlenmemiş politik değişikliklerle mücadeleye yönelik bir ihtiyat planı.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Yönelik Yenilenen Bir Rol

Alma Ata Bildirgesi'nde bildirilen Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin dört stratejik unsuru şu şekilde özetlenebilir (423):

- İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin destekleyici, sevk düzeyin de kabul edildiği durumlarda, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin sağlık hizmetlerinin merkezi haline getirecek şekilde bunları yeniden düzenleme ihtiyacı
- Sağlık politikalarına sektörlerarası bir yaklaşım gibi, sağlığın belirleyicileri olan yaşam tarzı ve çevreyi içeren bir sağlık politikası kavramı,
- Hem karar alma sürecine katılım hem de kişinin bireysel sağlığından sorumlu olması açısından toplumsal ve bireysel katılım ve
- Kaynakların verimli tahsisi ve bunların hastanelerden Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine yönelik yeniden dağılımını içeren uygun teknoloji ve maliyet etkinliği

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti ilkelerinin geniş anlamda kabulü, biyomedikal belirleyiciliği içeren ama aynı zamanda bunu aşan yeni bir sağlık kültürünü beraberinde getirmiştir. Birçok Avrupa ülkesi Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini geliştirecek kararlar almış ve çevreye ve toplumun yaşam tarzına yaptıkları müdahaleler yoluyla sağlığı iyileştirecek politikalar benimsemişlerdir. Ottawa Sağlık Geliştirme Akti'nde (149) yayınlanan yeni halk sağlığı hareketindeki ilkeler, bu çabalara yeni bir ivme kazandırmıştır. (2. Bölümdeki halk sağlığını geliştirme rolü ile ilgili bölüme bakınız)

Sağlığın tanıtımı ve sağlık eğitiminin modern yaşam biçimlerine ve çevrelerine yönelik sağlık riskleri konusundaki bilinci artırması nedeniyle, toplum katılımının bireysel sorumlulukla ilişkilendirilmesi de belli ölçüde başarı sağlamıştır. Diğer bir taraftan da karar alma sürecindeki toplum katılımının yeri hala çok azdır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini destekleyebilecek yeni düşük maliyetli teknolojiler geliştirilmiştir. Sayıları gittikçe artan birçok ülkede, biyokimyasal ve diğer teşhise yönelik laboratuvar cihazlarının yanı sıra masaüstü bilgisayarlar da kullanılmaktadır.

AVRUPA'DA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ ORGANİZASYONU

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin sunumunun en uygun şekilde yapılandırılması konusundaki tartışmalar halen devam etmektedir. Ayrıca Avrupa ülkeleri arasında, genel uygulama, grup uygulaması ve multidisipliner sağlık merkezlerine dayalı düzenlemeler yapılmaktadır. Hastaların üsteye alınması konusunda farklı yaklaşımlar ve hastaların uzmanlara sevk edilip edilmemesi konusunda da farklı görüşler mevcuttur.

Hastaları Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden faydalanacak farklı bir topluluk olarak sınıflandırmada kullanılan yöntem karışıktır. Kuramsal olarak, aile veya kişisel liste sistemi, doktor ve hasta arasında kişisel bir ilişki oluşması olasılığını artırmakta ve tedavinin sürekliliğini sağlamaktadır. Alternatif olarak bazı ülkeler hastaların ikamet ettikleri yerlere göre Genel Pratisyen ve/veya sağlık merkezlerine gönderildiği tedavi alanları belirlemektedirler. Hastanın seçimini destekleyenler ise bu coğrafi yaklaşıma olumsuz bakmaktadırlar,

Hasta Listeleri

COĞRAFI AÇIDAN BELİRLENEN NÜFUS

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri hekimleri, Bulgaristan, Hırvatistan, Finlandiya, Yunanistan (pratisyen hekimlerin bulunduğu kırsal alanlarda), Macaristan, İzlanda, İsrail, Litvanya, Norveç, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovakya, Slovenya, İspanya, İsveç, Türkiye'de (teoride) coğrafi açıdan belirlenmiş nüfusa hizmet verirler. Bulgaristan, İsrail, Portekiz, İspanya gibi ülkelerde de hekimlerin hasta listesi vardır.

Hasta listesi uygulamasının başlamasında ortak bir politik amaç vardır; Finlandiya, Macaristan, Norveç, Romanya, Slovakya, Slovenya ve Türkiye bu tip liste uygulamalarını başlatmaktadırlar. Bu amaç ücretlendirmenin, maaştan kişi başına ödeme şekline dönüştürülmesini kapsamakta ve BBSH hekimlerinin sevki kontrol edici ve düzenleyici rollerini güçlendirmektedir. Ücretlendirme stratejisindeki bu değişimin politik Özelliği, eski 'maaş' sisteminin, kişi başına ödeme ve hasta listelerinin önemsendiği bir dönemden sonra geri döndüğü İsveç'te açıkça görülmektedir. "Kişisel Doktor Programını kullanan (Hasta listesi bulunan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri doktorları) Finlandiya ve Norveç'te bunun tersi geçerlidir.

KİŞİSEL LİSTELER VEYA AİLE LİSTELERİ

Danimarka, İrlanda, İtalya, Hollanda ve İngiltere'de her genel pratisyen, belirli kişilerden oluşan bir hasta listesine sahiptir. Genel pratisyenler kişi başına ödeme sistemiyle ücretlendirilir; bağımsız sözleşmeler yapar ve dolayısıyla serbest meslek mensubu sayılırlar. Bazı coğrafi sınırlamalar genellikle uygulanmaktadır. Ülkeler arasında gözlenen en önemli fark, Portekiz ve İspanya'da olduğu gibi, genel pratisyenlerin 'maaş' sistemi ile ücretlendirilmesidir. Sevki kontrol edici ve düzenleyici rol iki sistemde de mevcuttur: Portekiz, Romanya ve İspanya'da genel pratisyenler, Danimarka, İrlanda, İtalya, Hollanda ve İngiltere'de olduğu gibi ikinci basamağa sevklerde kontrol edici ve düzenleyici rol oynarlar (424,425).

Danimarka'da, ikinci grup hastaların (nüfusun %3'ü) özel bir genel pratisyenin listesinde olmak zorunlulukları yoktur. Aynı durum İrlanda'da 2. ve 3. kategoriler için (nüfusun %60'ı) geçerlidir. Hollanda'da kamu tarafından sigortalanan kişiler (nüfusun %61'i) bir genel pratisyenin listesinde olmak zorunda iken, özel sigortaya sahip kişiler ise, herhangi bir kayıt yaptırmaya zorunlu değildir (Yine de uygulamada çoğunluğu istedikleri bir listede bulunmaktadır). İtalya'da 14 yaş altı çocuklar, bir Birinci Basamak çocuk doktoruna kayıtlıdır.

Avusturya, Belçika, Çek Cumhuriyeti, Fransa, Almanya, Lüksemburg ve İsviçre'de tanımlanmış alanlar için hasta listesi yoktur. Belçika'da hasta listeleri (ve kişi başına ödeme sistemi) lehinde bir hareket vardır ve genel pratisyenler bu yöntemi tercih etmektedirler. Avusturya'da bazı bölgelerde yarı kişi başına ödeme sistemi mevcuttur. Çek Cumhuriyeti, hastaların tüm doktorlara doğrudan başvurularının sağlandığı "tanımlanmayan nüfus" sistemi kullanmaya başlamıştır. Tanımlanmış bir coğrafi alanda hasta listesi olmayan yerlerde, hastalar istedikleri miktarda doktora başvurabilmektedirler, (genel pratisyen ya da uzman) yine de çoğu hastalar bir genel pratisyene başvurumaktadırlar. Bu "Tanımlanmamış Nüfus" yaklaşımı hizmet karşılığı ödeme şeklini içermektedir. (425) Hizmet karşılığı ödeme sisteminin daha detaylı tartışması için Bölüm 5'e bakınız.

Sevk Sınırlamaları

Sevk düzenleyiciler, ikinci basamak hizmetlere girişin tanımlanmış noktasıdır. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri hekimleri sevki kontrol edici ve düzenleyici olarak davrandıkları zaman, hastalarının temsilcileri görevini görürler; doktorlar belirli bir sorun kapsamındaki hizmetlerin sorumluluğunu kimin, ne zaman üstleneceğine karar verirler. Bazı ülkelerde doktorun bu konuda mutlak karar verme yetkisi vardır. Diğerlerinde doktordan önce nereye ve kime başvuracağına karar veren kişi hastadır.

SEVKİN KONTROLÜ VE DÜZENLENMESİ

Genel pratisyenler Hırvatistan, Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İtalya, Hollanda, Norveç, Portekiz, Romanya, Slovenya, İspanya ve İngiltere'de sevki kontrol ve düzenleyici görevi üstlenirler. Ancak Yaralanma birimleri (kaza ve acil) tarafından verilen tıbbi hizmetlerde, genel pratisyenlerin sevk etmesi gerekli değildir.

Hırvatistan, Romanya ve Slovenya'da çocuklar ve işçilerin kendi "genel uzmanları" vardır. Kadınların ise jinekolog ve doğum uzmanlarına doğrudan erişimi mevcuttur, bu da genel pratisyenlerin sevki kontrol edici ve düzenleyici rolünü zayıflatır. Danimarka'da 2. Grup hastaların uzmanlara erişimi ile ilgili herhangi bir sınırlama yoktur.

İtalya'da hastaların, göz, diş, jinekolojik ve doğum hizmetlerine (pediyatrik hasta listesinden dolayı ilave olarak pediyatrik bakım) doğrudan erişimleri vardır. Aynı durum İspanya'da geçerlidir ancak sadece jinekolojik hizmetlere doğrudan erişim yoktur. İtalya, Portekiz ve İspanya'da kentsel alanlarda, ekonomik durumu daha iyi olanlar için resmi reçeteler ve hastalık belgesi gibi teşhis ve tedavi prosedürlerine erişim sağlamak amacıyla özel bir uzmana danıştıktan sonra genel pratisyenle temasa geçmek yaygındır. Buna "ters sevk" adı verilir. Portekiz ve İspanya'daki birçok insan acil servis hizmetlerini, kamu hastanelerinde uzmana erişim sağlamak amacıyla kullanırlar.

Hollanda'da diş problemi olan kişiler doğrudan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri diş hekimine başvurabilmektedirler. Acil durumda herhangi bir sevk olmadan uzman bakımı sağlanması durumunda, yetki geçmişe yönelik olarak elde edilmektedir, ("sonraki sevk") 1 yıldan sonra devamlı uzman bakımı daha ileri bir yetki gerektirir; ("uzatılmış sevk") uzatılmış ve sonraki sevkler dolaylı olarak konsültasyon olmadan yetki gerektirirler. Dolaylı sevkler İspanya ve İtalya'da da yaygındır. Hollanda'da ebeler normal doğumların %40'ını gerçekleştirmekte, ücretleri ise kamu sağlık sigortası tablosuna göre ödenmektedir. Özel olarak sigortalanan hastalara geri ödeme daha yüksek seviyede yapıldığından dolayı Genel Pratisyen ya da doğum uzmanının ücretini ödeyebilmektedirler. (426)

İrlanda'da 2. ve 3. Kategorilere ait hastalar uzmanlara doğrudan erişim hakkına sahiptirler. İngiltere'de cinsel yolla bulaşan hastalıkları olan hastalar uzmanlara doğrudan başvuru hakkına sahiptirler; NHS diş hekimlerinin artık hasta listesi olmasına rağmen diş problemi olan hastalar doğrudan diş hekimine başvurabilmektedirler. Norveç'le uzmanlar sadece başvuru sonucunda hasta kabul edebilirler (yine de, hastaların %10'u başvuru olmadan tedavi olurlar). Uzman seçimi sadece özel uygulamada geçerlidir. İspanya'da da genel pratisyenler kamu sisteminde uzmanları seçemezler. Hastalar belirlenmiş bir uzmana (ayaktan veya yatarak tedavi) belirli bir coğrafi alan içinde sevk edilmektedirler.

UZMANLARA DOĞRUDAN ERİŞİM

Andorra, Avusturya, Belçika, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Fransa, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İzlanda, İsrail, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Polonya, Slovakya, İsveç, İsviçre ve Türkiye'de hastaların uzmanlara doğrudan erişim hakkı bulunmaktadır.

Belçika, Fransa, Lüksemburg, İsviçre'de hastalar genel pratisyen ve uzmanlarını özgürce seçebilmekte, özel ve kamu kurumları arasında ve ayak-tan tedavi merkezleri ve hastane arasında seçim yapabilmektedir. Almanya'da hastalar, hastane hizmetleri için muayenehane hekimlerinin (genel pratisyen veya uzman) sevkine ihtiyaç duymaktadırlar. Tüm bu ülkelerde Birinci ve İkinci hizmetler kapsamındaki görevler iyi tanımlanmamakta ve bu işlerin aksamasına ve doktorlar arasında rekabete sebep olmaktadır.

Macaristan'da, 1992 reformlarından bu yana genel pratisyenler sevki kontrol edici ve düzenleyici olarak hizmet vermektedir ve hastalarını hangi uzmanlara sevk edeceği konusunda seçme hakkına sahiptirler, fakat sistem daha ilk aşamalarındadır. Bu sistemin daha uygulanmaya başlanmadığı Polonya'da, bu durum bir noktaya kadar Macaristan'la aynı olacaktır. Çek Cumhuriyeti'nde reformlardan bu yana hastalar, uzmanlar da dahil olmak üzere tüm hekimlere erişim hakkına sahiptirler. Bulgaristan, Estonya, Letonya, Litvanya ve Slovakya'daki sağlık hizmetleri ağırlıklı uzmanlara bağlıdır. Uzman bakımı ayaktan tedavi bazında hem poliklinik hem de hastaneler tarafından sağlanmaktadır. Avrupa'da kırsal alanlarda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri doktorları sevki kontrol edici ve düzenleyici role sahip olabilirler, çünkü uzman ve hastanelerin sayısı azdır ve insanlar öncelikle kendi yerel doktorlarına başvur-maktadırlar.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE GENEL OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİ REFORMU

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Avrupa'da devam eden sağlık reformu süreciyle paralel bir ilişkisi vardır. Bir tarafta, reform dokümanları Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin önemini vurgulamakta ve etkililiğin artırılması çabala-n genelde hizmet sunumunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin rolünün güçlendirilmesini kapsamaktadır. Bununla birlikte diğer taraftan, yoğun olarak maliyet sınırlama, hizmet sunucularına veya uygun olduğu yerde sigortacılara gelir akışını sınırlandırmaya odaklanır. Bu uygulamalarda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, halk sağlığı gibi bazen önemsiz bir aktör olarak algılanmıştır.

Diğer hizmet sektörü bütçelerinin tümü veya bazıları üzerinde BBSH'nin kontrolünü sağlamaya çalışan ülkelerde, BBSH'nin en önemli rolü sağlık reformlarında görülmektedir. En iyi örnek, İngiltere'nin 5 yıl vadeli genel pratis-yen hisse sahipliğinin geliştirilmesidir. Gerçekte, İngiltere genel pratisyenlerin sorumluluklarına ilaveten "toplam hisse sahipliği" sistemine başlamışlardır.

Hastane sektöründeki kaynaklar üzerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin kontrolünü sağlama amacı taşıyan benzer çabalar, Finlandiya'da, İsveç'teki bazı bölgelerde (özellikle Dalarna'da), Rusya Federasyonu'nun bazı bölgelerinde (özellikle Kemarova'da) ve Almanya, Berlin'de sosyal sigorta finansmanına dayalı sağlık sistemi denemesinde görülebilmektedir. Bu girişimler farklı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri aktörlerine bütçeleri için sorumluluklar vermektedir. Örneğin, Finlandiya ve İsveç'le, sırasıyla, yerel olarak atanmış ve seçilmiş kamu temsilcilerinden oluşan kurullar, sorumluluk verilen BBSH aktörleridir. Bunlar aynı zamanda değişik derecelerde bütçe

sorumluluğu taşırlar. (İngiltere'de normal genel pratisyenlik hisse sahipliği için hastane harcamalarının %20'si, Finlandiya ve İsveç için %100'ü kadar bir sorumluluk mevcuttur.) Çeşitliliğe rağmen, tüm bu mekanizmalar Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin konumunu iyileştirmeye yardımcı olur.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine daha çok sorumluluk verme çabaları hala tartışılan bir konudur. İngiltere'de bazı değerlendirmeler olumlu olmasına rağmen (426), eleştiriler, hisse sahipliğinin hastaların seçiminde olumsuzluklara ve hizmet sunumunda daha büyük sosyal hakkaniyetsizliklere yol açtığı endişesini taşımaktadır. Finlandiya'da, Belediye Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kurullarının hastane sağlık hizmetlerini etkili ve verimli bir biçimde satın alacak kadar yeterli olup olmadığı konusunda bir tartışma başlatmıştır. Yine de, bu alanda, bütçe sahibi olarak, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Avrupa Sağlık Hizmetleri Reformunda aktif bir biçimde yer almaktadır.

ODA ve BDT ülkelerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Reformun en önemli odak noktası olmuştur. Ülkelerin çoğu Sovyet tarzı polikliniklerini belirli Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ile ya değiştirmiş ya da değiştirmeye çalışmaktadır. Bu çabalar önceleri eğitilmiş genel pratisyen yokluğu ya da uygun eğitim programlarının bulunmaması sebebiyle engellenmiş olsa bile, Orta ve Doğu Avrupa'da yeni bir Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri sunumu modeli oluşturma süreci iyiye doğru gitmektedir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Bütünleştirici Rolü

Zorlukların başarıyla üstesinden gelebilmek için Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin kuvvetli yönleri üzerinde yoğunlaşması ve yatay hizmetlerin temin edemeyeceği bir hizmet sağlaması gerekmektedir. Bu bütünleşmiş hizmetlerin hastalara ve topluma BBSH tarafından sunulması gerekmektedir. Bu bütünleştirici rolün 3 tamamlayıcı boyutu vardır: fonksiyonel, organizasyonel, eğitimsel.

Fonksiyonel bütünleşme, bölümsel hastalık yönetiminin yerini bireylerin, aile ve toplumun sağlık ihtiyaç ve problemlerinin alması yaklaşımıdır. Topluma yönelik Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri etkili ve verimli bir biçimde sağlıkta yeniliklerin gerçekleştirilebileceğini göstermektedir (427-429).

örgütsel bütünleşme, sağlık ocaklarının hem kendi içinde ve hem de diğer hizmetlerle olan ilişkisinde nasıl bir fonksiyonu olduğuna odaklanır. Multi-disipliner sağlık ekibi kavramı güçlendirilmeli, böylece değişik Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri çalışanları birlikte çalışmalı ve sadece aynı çatı altında toplanmamalıdır. Hastalara değişik hizmetler sağlayan kurumlarla bütünleşmek, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin yetki sınırlarının tanımlanması, sosyal, refah, halk sağlığı hizmetleriyle hasta bakımı kalitesini geliştirmek için klinik uzmanlık hizmetleriyle sıkı olarak çalışmalıdır.

Eğitimsel bütünleşme, sağlık çalışanları için eğitimde eksik olan bilgi, yetenek ve tutumlarının belirlenmesidir. Kilit teşvikler burada Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri lisans eğitimi, uzman eğitimi, genel pratisyenler, aile hekimleri ve diğer Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ekibi için sürekli eğitimi kapsamaktadır.

İkamenin Getirdikleri

UZMANLARI BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE KAYDIRMAK

Daha öncede belirtildiği gibi ikamenin yolu, uzmanların faaliyetlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve/veya halk sağlığı kurumlarına kaydırılmasından geçer. Bu bazı Avrupa ülkelerinde belli derecelerde uygulanmaktadır. Paranın hastayı takip ettiği sistemlerde, hastaneler nüfuslarını, "erişim kolaylığının

uzmana ulaşmak için iyi bir neden olduğuna dair ikna edebilmektedirler. Marinker (430) genel pratisyen ve uzman ayrımını şu şekilde özetlemiştir:

Uzmanın teşhis ile ilgili olan görevi belirsizliği azaltmak, olasılıkları araştırmak, hatayı en aza indirmek. Bu genel pratisyenin teşhis rolüyle çelişir. Bu belirsizliği kabul etmek, olasılıkları araştırmak ve tehlikeyi azaltmak bakımından önemlidir.

Daha açık bir ifade ile, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine uzman hekimler egemen olduğu takdirde, hizmetlerde devamlılık sekteye uğrayacak ve pratisyen hekimlerin genel sağlık sorunlarıyla ilgili sorumlulukları daralacak ve bundan da zarar gören hastalar olacaktır. Starfield on bir gelişmiş ülkenin (431) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini tekrar incelediğinde "uzmanların hastanelerle sınırlandırılmaları ve ücretlerinin maaş olarak ödenmesi genellikle nüfusun tamamı için daha iyi bir sistem performansdır" sonucuna varmıştır.

Yine de, sosyal yardım işlevlerinin oluşturulması söz konusu olabilecek ve eğer Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri bu yeni taleplere cevap verecek ise, kesinlikle daha fazla desteğe ihtiyaç duyacaktır. Hemşirelik ve genel pratisyenlik ilişkilerindeki değişiklikler, ilerideki gelişmelerde bir rol oynayacaktır.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HEMŞİRE-HEKİM ETKİLEŞİMİ
Kutu 19 "hemşireliğin değişmez özellikleri" hakkında bir açıklama içermektedir. Bu mantık genel pratisyenlik için de uygulanabilir. Bazı açılardan, her iki grup faaliyetleri kırsal hizmete verdikleri öneme göre çeşitten ziyade derece açısından ayrılmaktadır. Tıpta Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri alanında hemşirelik tıbbi zorlamaktadır ve bu ilişki iki hizmetin ikamesi için kuvvetli bir unsur teşkil etmektedir.

Pratikte, Avrupa'da hemşirelerin yetenek ve becerileri iş ve görevlerle her zaman uyumlu olmayabilmektedir. Dolayısıyla ikame, iki tarafı keskin bir kılıç olabilmektedir: Bir yandan Birinci Basamak hekimlerini tehdit ederken diğer yandan hasta bakıcıların ve diğer sağlık görevlilerinin yerini alacak hemşireler için de bir tehdittir. Hemşirelerin ve reformun rolü, 'İnsan Kaynakları Gelişimi' bölümünde ele alınmıştır.

EKİP ÇALIŞMASI

Toplum düzeyinde faaliyetlerin entegrasyonunun artması göz önüne alındığında, ekip çalışması eşgüdümlü veya "bağılantısız" sağlık hizmetleri gibi güç ko

Kutu 19. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri hemşirelik/genel pratisyenlik mesleklerinde bulunması gereken temel özellikler

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri hemşiresinin ve genel pratisyenin işi yetenek ve değerlere dayalıdır:

- Hastanın sosyal yapısının tam bilgisi
- Bir eşgüdüm fonksiyonu
- Bakıcılar, hastalar ve profesyoneller için bir öğretme fonksiyonu
- Bakım programı geliştirme ve koruma
- Teknik uzmanlık, kişisel veya diğer kişilere yönelik olarak yeterlilik
- Hasta olanlara olduğu kadar olmayanlara karşı da ilgi
- Zayıf ve hastalığa açık kişiler için özel bir sorumluluk

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (432)

nuları gündeme getirmektedir. Önerilen, sağlık ve sosyal hizmetlerinin bir arada bulunmalarıdır, pratikte de bu ikisi çoğu kez birleşmektedir. İkame, bir sektörde meslekler arasında olabileceği gibi, mesleğin kendi içinde gerçekleşebilir. Bu durum sağlık meslek mensuplarının kendi sınırlarını genişletmelerini gerektirir ki, bu da etik değerler dolayısıyla delegasyon dışında yapılması kolay bir şey değildir. Katı iş hiyerarşileri uygun olmayan bir hale gelecek ve yatay yönetim anlayışı zorluklarla karşı karşıya kalacaktır. Bir beceriler matrisi muhtemelen iyi sonucu getirecek gibi görünmekte ancak, bunun planlandığı gibi çalışması isteniyorsa yeni örgütsel formlar -ekipler- gerekecektir. Ekip terimi, dar anlamda anlaşılmalıdır. Pratikte, "beraber çalışmak" pek çok şekil alabilir: resmi bir ekip, zayıf bir işbirliği, başka bir takımın alt-yüklenicisi, kontrol ve düzenleme rolü üstlenenler veya hizmet sunanlarla bir ortaklık.

Bu seçeneklerin ötesinde çekirdek ve geniş ekiplerin daha ileri bir boyutu vardır. Bunlar daha fazla eşgüdüm gerektirdiği gibi liderlik problemleri de yaratabilir. Multidisipliner değerlendirme, daha dengeli bir hizmet sağlanması hususunda yardımcı olabilir. Daha iyi iletişim de önemli olacaktır. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'ndeki klinik ekiplerin genişletilmesi tek başına bilgi sistemlerinin geliştirilmesini gerektirecektir.

İLETİŞİM VE BİLGİ AKTARIMI

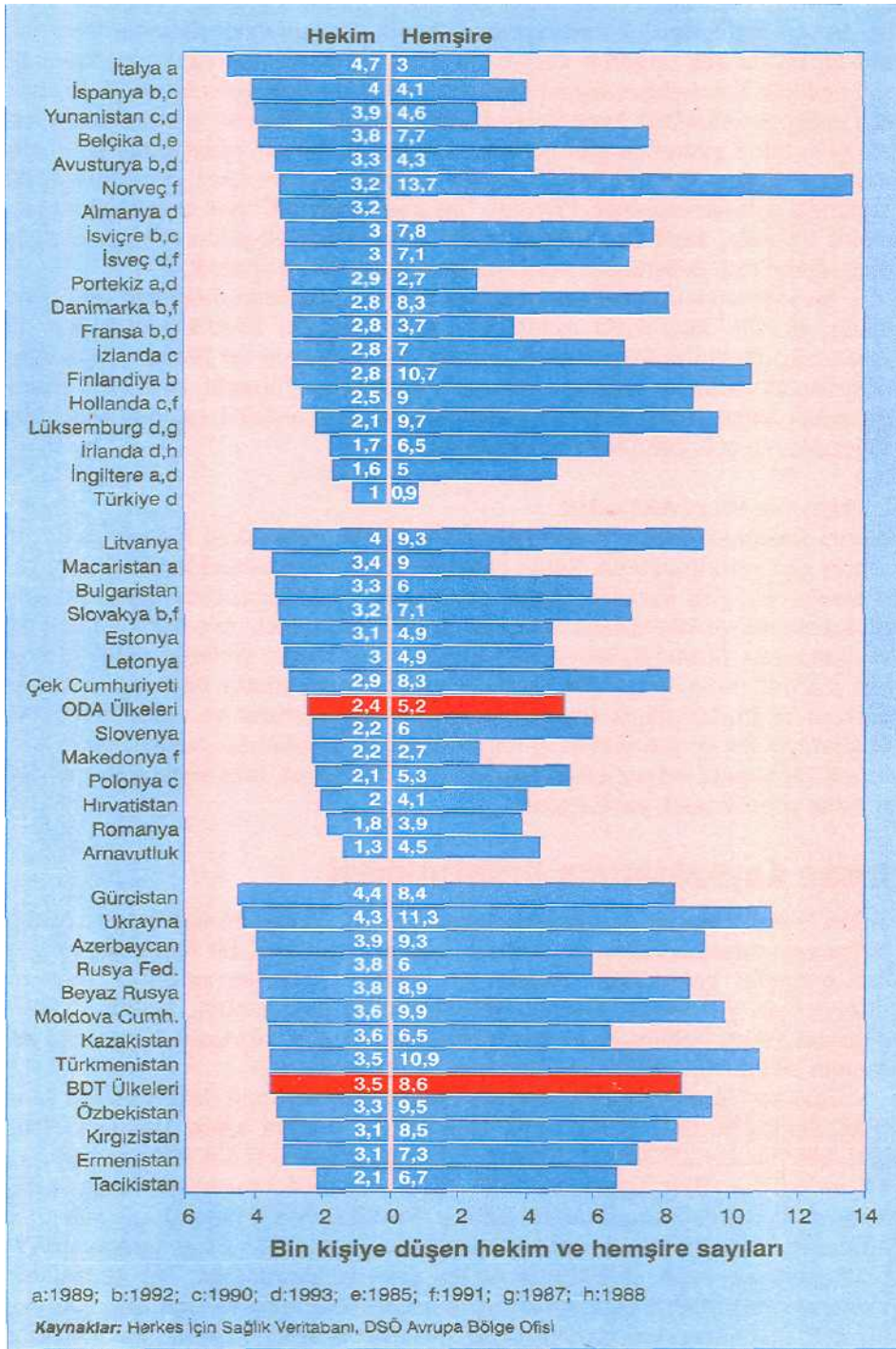
Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve hastaneler arasındaki hizmet paylaşımı artıyor gibi görünmektedir. Bütün ekip üyelerinin ulaşabilecekleri bilgi sistemleri gerekecek; giriş kuralları gizlilik çerçevesince belirlenecektir; sistem hizmet protokollerini ve kılavuzlarını içermeli ve problem odaklı bir şekilde klinik bilgiyi sunmalıdır. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri verilen yerlerde sağlık hizmetleri faaliyetlerinin artışı göz önünde bulundurulduğunda bilgi sistemlerinin, hastaya doğrudan klinik hizmeti sunanları desteklemesi ve nüfus düzeyinde epidemiyolojik ve yönetsel gereksinimleri de karşılaması gerekecektir. Artan esnek bir yapıda ortaya çıkan ikamenin bütün tipleri, bilgi sistemleri geliştirilmesine yönelik talep yaratacaktır.

İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi

Sağlık Hizmetleri Sistemlerindeki sürekli harcamalarının en büyük kısmı, sağlık hizmetleri sunumu reformunda İnsan kaynaklarını kritik bir faktör haline getiren personel giderleridir. Başarılı bir sağlık hizmetleri reformu, personel düzeylerinin ve değişik yetenek ve becerilerin planlanması, eğitim ve akreditasyon, teşvik politikaları ve endüstriyel ilişkiler gibi, kilit insan kaynakları ihtiyacının dikkatli bir şekilde ele alınmasını içermektedir.

BDT ve Güney Avrupa ülkelerinin sağlık sektörlerinde doktor fazlası vardır (Bkz. Şekil 23). 1994 yılında, 1000 kişiye düşen doktor sayısı ortalama olarak BDT ülkelerinde 3.5 iken, Gürcistan, Ukrayna, Azerbaycan'dakiler sırasıyla 4.4, 4.3 ve 3.9'dur. Batı Avrupa'da 1000 kişiye düşen doktor sayısı İtalya'da 4.7, İspanya'da 4.0 ve Yunanistan'da 3.9'dur. Bu ülkelerde doktorların iş yüklerinin artmasının nedeni tıbbi kaynak planlamasının eksikliği ve son zamanlarda tıp okullarının sayısının azalmasına neden olan sınırlamalardır. Bu durum aynı zamanda, hekimler arasında daha yüksek işsizlik oranına yol açmıştır. Eğer bazı ülkelerdeki hekim sayısı fazlalığı; geleneklerin bir sonucu olarak, tıp okullarının denetim eksikliği veya sermaye teşvikli yaklaşımlar için personel ikamesi eğili

Şekil 23. DSÖ Avrupa Bölgesi'nde, 1000 kişiye düşen hekim ve hemşire sayıları, 1994



minin sonucu ise, bu kapasite aşımının tanımlanması gerekmektedir. Piyasa güçleri ve tıp mesleklerinde görülen işsizlik hekim arzını yeterli oranda azaltmamaktadır ve bazı ülkelerde hala tıp eğitimi alanların sayısında artış görülmektedir. Bundan dolayı, özellikle özel sektördeki tıp okullarında istihdamın incelenmesi gerekmektedir.

Bununla ilgili diğer bir konu da, kalifiye ve maliyet açısından 'pahalı' personeli klinik bilgi gerektirmeyen işlerde kullanmamak gerektiğidir. Alınması gereken bir diğer önlem de, tıpla ilgili iş tanımlarının yapılması ve sorumlulukların uzmanlık dalları arasında paylaşılması olmalıdır. Bölgedeki bir çok ülke, kırsal kesimde personel yerleştirme konusunda zorluklarla karşılaştığı için personelin dağıtımı da zor olmaktadır. Pek çok üye ülkede Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri veren hekimlerin ve diğer personelin istihdamı da bir problemdir. Uzmanlar; sayılan, statüleri ve kazanç potansiyelleri açısından hakimiyetlerini sürdürmektedirler.

Avrupa ülkelerindeki reform programlarının, reform sistemlerinde gerekli olan karma beceriler ve personel sayısı için, uygun değerlendirme ve eğitim politikalarının geliştirilmesi konularına daha çok önem vermesi gerekmektedir. Reformda karşılaşılan bazı başarısızlıklar, gerekli becerilere sahip eğitilmiş personel eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Özel dikkat gerektiren alanlar; halk sağlığı, pratisyenlik ve aile hekimliği, hemşirelik ve yönetim eğitimi içermektedir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri hekimleri kilit meslek grubudur. Pek çok Avrupa ülkesinde uzmanlık daha önemli görüldüğü için, pratisyen hekimlerin rol, statü ve eğitimleri göz ardı edilmiştir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri reformu, topluma odaklanmış, devamlı kişisel hizmet sağlayan bu hekimlerin, maliyet-etkin rollerini, kontrol, düzenleme ve sistemle ilk bağlantı noktası olarak görmüştür.

Aile hekimlerinin ve pratisyen hekimlerin eğitimlerinin önemi artmaktadır. Bazı ülkelerde aile hekimliği veya pratisyen hekimlik artık kendi içlerinde bir uzmanlık olarak e'le alınmaktadır. Batı Avrupa ülkelerinin çoğu, pratisyen hekimler için mesleki eğitim programlarına sahiptir. Estonya güncel bir müfredata bağlı bir uzmanlık ve eğitim programı geliştirmiştir. Bununla birlikte, bazı BDT ve ODA ülkelerinde, bu alanda görülen yavaş ilerleme, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine dayalı reformun başlatılmasına zarar vermiştir.

HEMŞİRELİĞİN KATKISI²⁴

Hemşireler sağlık sisteminde, hizmet mensuplarının en kalabalık grubu olarak önemli bir rol oynamaktadırlar. Üye ülkelerin hemşirelik hizmetlerinde yer alan yaklaşık beş milyon İnsanın yarısı BDT ve ODA ülkelerinde çalışmaktadır. Pek çok ülke ve pek çok yerde hemşireler, hastaların sağlık hizmetleri sistemi ile bağlantılarının ilk, son ve en önemli noktasıdır. Bu meslek grubunun katkıları artan bir şekilde kabul görmektedir ve işlevlerinin güçlendirilmesi ve geliştirilmesine olan ihtiyaç konusunda herkes hemfikirdir. Hemşirelik²⁵, özellikle top-

²⁴ Bu bölüm DSÖ Avrupa Bölgesi Ofisi'nin "Avrupa'da Hemşirelik : daha iyi sağlık için bir kaynak" (Nursing in Europe: a resource for better health) isimli yayına göre hazırlanmıştır (Salvage, J. & Heijnen, S., ed; DSÖ Bölge Yayınları, Avrupa Serisi, No:74).

²⁵ Burada hemşirelik genel bir terim olarak kullanılmıştır. Terminoloji ve tanımlamalar ülke den ülkeye değişmektedir. "Hemşireler" ve "hemşirelik" terimleri, hemşireliğe yönelik işleri yapan hemşire ve ebeler dahil olmak üzere, tüm sağlık işgücü olarak algılanmalıdır.

lum sağlığı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri alanlarında sağlık hizmetlerinin sunumu için maliyet etkin bir kaynak olarak görülmektedir. Yani, hemşirelik gelişimi sağlık hizmetleri sunumunun maliyet etkinliğini artırma eğiliminin bir parçasıdır.

BDT ve ODA lkelerinde hemşirelik gelişimi, yıllardır, yoğun olarak tıbbi uzmanlığa dayalı, hastalık odaklı sağlık hizmetleri sistemlerinde bir durgunluk göstermiştir. Bu tarz engellerin aşılması için sağlanan (veya sağlanamayan) gelişmeler, ülkeler bazında çeşitlilik göstermekle birlikte, Avrupa Bölgesi'nde, tüm hemşirelik hizmetlerinin tekrar değerlendirilmesi ele alınmaktadır.

Hemşirelik işgücü

Hemşirelik işgücünün incelenmesi, 'bakım hizmeti veren personel' adı altında birçok personelin toplanması, kıdemler arasında ayırım yapılamaması ve insan kaynakları planlaması sırasında belirlenen nitelik ve yeterlilikler dolayısıyla karmaşık bir hal almıştır. Örneğin, pek çok BDT ve ODA ülkesinde yardımcı ve/veya niteliksiz personel bakım hizmetleri vermekte, toplam bakım hizmeti personelinin %50-90'ını oluşturmakta ve istatistiklerde 'hemşire' olarak görünmektedirler.

Avrupa bölgesinde her 1000 kişiye düşen hemşire sayısı büyük bir çeşitlilik göstermektedir. Batı Avrupa'da oranlar, Türkiye'de 0.9'dan Norveçte 13.7'ye kadar bir değerim göstermektedir (Bkz. şekil 23). Genelde bu oranlar, kuzey lkelerinde Güney Avrupa'dan daha yüksek olup bir kuzey-güney bölünmesini izlemektedirler. Yunanistan, Portekiz, İşpanya ve Türkiye'de doktor sayısının yüksek, hemşire sayısının az olması çok düşük bir hemşire/hekim oranına yol açmıştır. Hemşirelerin nüfusa oranı, sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçtan çok, GSYİH gibi gelir göstergeleriyle daha yakından ilişkili gibi görünmektedir. Özelikle Yunanistan, İsrail, İtalya, Malta, Portekiz ve Türkiye'de kırsal kesimlerde hemşire sıkıntısı çekilmektedir. Bu ülkelerde nitelikli personel istihdamındaki zorlukların ana sebebi düşük ücret, kötü çalışma koşulları ve kariyer fırsatlarının eksikliğidir. Toplam hemşire işgücünün yaklaşık %25'ini erkeklerin oluşturduğu İtalya, Malta ve İşpanya dışında işgücünün sadece %5-10'u erkeklerden oluşmaktadır.

Bölgede, sağlık hizmeti veren personel için arz ve talebi birbirine uyumlu hale getirmekteki problemler belirtilmektedir. BDT ve ODA lkelerinde iyi eğitilmiş bakım hizmeti veren personel azdır ve uygun nitelikli hemşire istihdamında zorluklar yaşanmaktadır. Kırsal alanda yeni personel istihdam etmek zor olmaktadır. Bunun belli başlı nedenleri g ve/veya hemşirelik işgücünün azaltılması ile sonuçlanan düşük statü, yetersiz maaşlar ve kötü çalışma koşullarıdır. Pek çok kişi özel sektörde daha elverişli iş olanakları arayışı içindedirler. BDT lkelerinde bazen yardımcı personel, kalifiye eleman gerektiren kadrolarda görevlendirilmektedir. Bu ülkelerde iş yükü çok ağır olabilmektedir: 1 hemşire ve 3 destek elemanı, 80 hastaya kadar bakım uygulamak zorunda kalabilmektedir; Azerbaycan, Beyaz Rusya, Gürcistan, Moldova Cumhuriyeti, Rusya Federasyonu ve Tacikistan da dahil olmak üzere, pek çok ülkede yüksek işten ayrılma oranları görülmektedir.

Batı Avrupa'da istihdam ve işten ayrılma oranları ülkeden ülkeye farklılık göstermekte ve demografik etkenler, hükümet politikaları, ulusal ve yerel işgücü piyasası koşullarından etkilenmekle birlikte, statü ve İş koşullarına da bağlıdır. Bu durum hızlı bir şekilde, değererek eğilimlerin genelleştirilmesini imkansız

kılmaktadır. Bazı ülkelerde hemşire ve hemşirelik öğrencilerinin eksikliği ile birlikte yüksek iş hareketliliği oranı görülmektedir, diğer yerlerde harcama kesintileri görev sayısını azaltmakta ve fazla personel işten çıkarılmaktadır. Uzman kadrolara personel alımı halen bir problem teşkil edebilmektedir.

Yerlerinden olan insanların hareketiyle olduğu kadar (özellikle eski Yugoslavya), ODA ve BDT ülkelerinin dışına gönüllü göç ile; Avrupa'nın sınırlarının açılması, yeni bir fenomen yaratmaktadır. ODA ve BDT ülkelerindeki hemşireler, daha iyi iş koşulları ve gelir arayışı ile daha zengin ODA veya Batı Avrupa Ülkelerine (özellikle Almanya) hareket eğilimindedirler. Bazı Batı Avrupa hastaneleri, kendi kalifiye personellerinin işsiz kalmasına rağmen, yabancı hemşireleri işe almaktadırlar.

Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Hemşireliği

Hemşirelerin sağlığı korumalarındaki rolünün önemine olan inanç, 1950'lerde hasta bakımında oynadıkları rol kadar önemlidir. Hemşirelere bakış açısı, hemşirelerin sadece tek bir hasta bakımı ile değil ayrıca ailelere ve topluma bu bakımı vermeleri gerektiği yönündedir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri çerçevesinde genel rolleri yerine getiren halk sağlığı hemşiresi fikri, artan bir şekilde kabul görmüştür. Avrupa'da hemşirelik, felsefeden etkilenmekte ve birçok değişik yaklaşımla nitelendirilmektedir; bundan dolayı, hemşirenin rolü bölge içinde önemli değişiklikler göstermektedir.

Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Slovakya gibi bazı ODA Ülkelerinde, hemşireler bağımsız sağlık hizmetleri uzmanları gibi tanınmaya başlanmışlardır; fakat, diğer ülkelerde hala doktorların emrinde görev yapmaktadırlar. Arnavutluk, Bulgaristan, Polonya ve Romanya'da hemşireler, hekim yardımcısı gibi sayılmakta ve rolleri hekimler tarafından belirlenmektedir. Polonya'da, hemşirenin görevi, belli görevleri alan hemşireler için yazılı izin verebilen, birim sorumluluğu olan doktorlar tarafından belirlenmektedir. Romanya'da uzman hemşirelik eğitimi 1978 yılında kaldırılmış ve hemşirelik rolü, hekim yardımcılığı unvanı kaldırılarak, Romence'de daha ortak bir terimle ifade edilen "hemşire" olmuştur.

BDT'de hemşireler, hastane, poliklinik, ana sağlığı evi, çocuk evi, ana okulları içeren değişik yerlerde çalışmaktadırlar. Bunlar, hastalardan ziyade, diğer mesleklere hizmet veren hekimlerin direktifleri altında görev almaktadırlar. Bu durum hemşirelik fonksiyonlarının gelişiminde bir güçlük yaratmaktadır. Bu mesleki rol ve fonksiyonların yeniden incelenmesi gerektiği ve hemşirelerin rollerinin maliyet etkin hizmet sağlamak için çok önemli olduğu yönünde bir bulgu vardır. Devam eden eğitim ve artan sorumluluklar, hemşirelerin statülerini iyileştirmek için, etkili araçlar olabilmektedir.

ODA ve BDT ülkelerinde, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nde çalışan sağlık uzmanlarının sayısı genellikle çok düşüktür. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nde hemşirelik rolünün anlaşılması veya geliştirilmemesine bağlı olarak, özellikle kırsal alanlarda doktor ve toplum hemşirelerinin sayıları yetersizdir. Uygun bir eğitim olmaması, düşük statü, kötü çalışma şartları ile uzun çalışma saatleri ve düşük maaşlar söz konusudur. Topluma hizmet veren hemşirelerin çoğu, tıbbi tedavi ve prosedürleri uygulayarak hekim yardımcılığı görevlerini yerine getirmektedirler. Hemşirelik hizmetlerine yenilik getiren Örnekler çok azdır; Macaristan'da, ilçe hemşireleri bazı bölgelerde ev hemşireliği hizmeti sunmakta ve ana-çocuk sağlığı hemşireleri, aile planlaması ve sağlık

eğitimi içeren toplum ebeliği görevlerini üstlenmektedirler. Tıbbi hizmetin yeterli olmadığı bazı kırsal kesimlerde, hemşireler ve "feldsher"ler bütün Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini sunmaktadırlar.

Feldsherler, hemşire ve doktorların arasındaki geleneksel rolleri üstlenen sağlık çalışanlarıdır. Bunların önemli Ölçüde bağımsızlıkları vardır ve koruyucu hizmetlerle, tanı ve tedavi görevlerini yapmaktadırlar. Kırsal alanlarda "feldsherler", ABD'deki pratisyen hemşirelere benzer olarak personeli yönetmekte ve bütün Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini sunmaktadırlar. Bunların, bazı kentsel alanlarda, acil (ambulans hizmetleri de dahil olmak üzere) ve/veya koruyucu ve halk sağlığına yönelik hizmetlerde görevlendirilmeleri söz konusu olabilmekteyken,, bazı kırsal alanlarda ebelik hizmeti sunmaktadırlar.

Batı Avrupa'da, hemşirelik genellikle, multidisipliner ekipler içinde yer alan, diğer sağlık uzmanlarını tamamlayan, bağımsız bir sağlık hizmeti disiplini olarak düşünülmektedir. Buna rağmen, Yunanistan, Malta ve Türkiye gibi bazı ülkelerde, hemşirenin rolü hala tıp mesleğine hizmet sağlamaktır. Ev ziyaretini de içeren, gelişmekte olan ve halen devam ettirilen toplum hemşireliği bir çok ülkede öncelikli olarak tanımlanmaktadır. Ev ziyareti gibi faaliyetler, Danimarka, Finlandiya, İzlanda, Hollanda ve İngiltere gibi ülkelerde yaygın bir şekilde uygulanmasına rağmen, Fransa, İrlanda ve Akdeniz ülkelerinde nispeten az gelişmiştir. Toplum hemşireliği bir çok değişik rol içermektedir; ilçe hemşireliği, sağlık ziyareti (İrlanda'daki halk sağlığı hemşiresi sıfatı altında birleşerek) aile planlaması, okul hemşireliği, iş sağlığı, toplum psikiyatrisi, zihinsel sakatlık hemşireliği, çocuk sağlığı hemşireliği ve sağlık eğitimidir.

Ülkelerden bazı örnekler, felsefe ve yaklaşımlardaki geniş çeşitliliği göstermektedir. Toplum hemşireliği Kuzey Avrupa ülkelerinde gelişmiştir. Örneğin İsveç'te hemşireler, hasta bakımında bütüne yönelik bir yaklaşım taşıyan beş ana alanda eğitim görmektedirler; bunlar, hemşirelik hizmeti, sağlığın geliştirilmesi ve hastalığın önlenmesi, hizmetin planlanması, sağlık eğitimi ve hemşirelik becerilerinin geliştirilmesidir. İzlanda'da, güçsüzler yurdu ve hastaların kendi evlerinde bakımıyla birleşerek, esnek bir yolla oldukça yaşlı nüfusun bakımını yapan toplum hemşireleri ile, yoğun bir ev hemşireliği hizmeti bulunmaktadır. Hemşirelik İspanya'da, hekim yardımcılığı fonksiyonundan, sağlığın geliştirilmesi ve hastalığın önlenmesini gerektiren daha özerk bir role doğru geçiş yapmıştır. İngiltere'de son yıllardaki hızlı ilerleme, hemşirelik mesleğine daha çok özerklik ve sorumluluk getirmiştir. Hemşireler için iki yeni Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri rolü gelişmiştir: uzman hemşire ve pratisyen hemşire. Uzman hemşireler genellikle, BBSH ekibinin bir üyesi olarak çalışmalarını için, pratisyen hekimler tarafından işe alınmakta ve kliniklerde hemşirelik hizmeti sunmaktadırlar. Pratisyen hemşireler hastane veya toplumda çalışabilirler, pratisyen hekimler veya sağlık otoriteleri tarafından işe alınabilirler ve eğitimleri ışığı altında hasta bakımında, tıbbi koşullarda tanı ve tedavi ve hasta sevkı hakkında karar verme yetkileri vardır.

Hemşirelikte Son Gelişmeler

Avrupa'da pratisyen hemşirelik değişmektedir; yeni demografik örneklere, maliyet sınırlaması hakkındaki yeni düşüncelere ve sağlık hizmetlerinin hedefleri ve ihtiyaçlarına karşılık olarak, mesleğin çalışma koşullarının değiştiğine dair göstergeler vardır. Özellikle ODA ve BDT ülkelerinde, yeni kavramların araştırılmasında ve yeni yaklaşımların uygulanmasında büyük çabalar gösteril-

mektedir. Avrupa ülkelerinde, mesleki rol ve fonksiyonlardaki farklılıklara rağmen, reformda yaygın eğilimler ortaya çıkmaktadır.

İlk olarak, diğer sağlık hizmetleri sunucuları gibi, hemşirelerin de giderek mali konularda baskı altına girdikleri yerlerde (özellikle İngiltere ve Kuzey Avrupa'da) hemşirelik müdahaleleri sonuçlarını ölçmek için çabalar vardır. Bir çok çalışma, özellikle BBSH içindeki bazı alan ve koşullarda, hemşirelik hizmetinin aile hekimi tarafından verilen hizmetten çok daha maliyet etkin olabileceğini göstermektedir. İngiltere'deki genel pratisyenlik çalışması, pratisyen hemşirelerin hipertansiyon konusunda güvenli ve etkili hizmet sağlayabildiklerini ve koruyucu müdahalede daha başarılı olduklarını ortaya çıkartmıştır (433). ABD'de yapılmış bir pratisyen hemşire çalışması, bunların, BBSH'de hastalarla güvenli ve etkili temasta bulundukları ve hastalara aile hekimlerinin verdiği kadar iyi hizmet verebildiklerini göstermiştir (434). Birçok çalışmanın tekrar incelenmesi sonucu Feldman, BBSH'de ve ayakta tedavi alanında çalışan pratisyen hemşirelerin, düşük maliyette iyi kalite hizmet sağlayabildiklerini göstermiştir.

İngiltere'de, York Üniversitesi'ndeki Sağlık Ekonomisi Merkezi ve Teftiş Komisyonu'nun yapmış olduğu araştırmanın tekrar incelenmesi, kalifiye hemşirelerin istihdamı ile hasta çıktıları arasında doğrudan bir ilişki olduğu kanıtlanmıştır. SETRHA çalışması (438), pratisyen hemşirelerin çalışmalarının çeşitlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Aynı şekilde, bu çalışmalar hasta tatminin derecesinin hastalığa olduğu kadar sağlığa da odaklanmış olduğunu göstermiştir. Pratisyen hemşirelerin ayrıca, bazı bölgelerde etkili ve güvenli uygulama ve tasarruf yaptıkları görülmüştür. Bu, BBSH'nin hemşirelik gelişimi için büyük bir potansiyeli açığa vurmasıyla sonuçlanmıştır. Diğer çalışmalar (434.439.440), uygun bir şekilde eğitim görmüş hemşirelerin, hekimlerin verdiklerine benzer kalitede bir hizmet verebildiklerini ispatlamıştır. Bunların özellikle, koruyucu faaliyetler ve hasta iletişimine dayanan hizmetlerin sağlanmasında özellikle etkili oldukları ve düşük maliyette kaliteli hizmet sağlamada yetenekli oldukları görülmüştür.

İkinci olarak hemşireliğin odağı, temel olarak, görev merkezli uygulamadan, bütün insanların sağlık ihtiyaçlarına doğru kaymaktadır. Aynı şekilde, hastane odaklı hizmetlerden, sağlık tanıtımı ve hastalık önlemeye ağırlık veren BBSH'ne doğru bir değişim de görülmektedir. Uygun düzenleyici kurallar dizinleri bu tip değişikliklerin temelini oluşturmaktadır.

Üçüncü olarak, hemşirelik uygulamasındaki değişiklikler, kaçınılmaz bir şekilde hemşirelik eğitim müfredatının tekrar gözden geçirilmesine ihtiyaç duyulduğu anlamına gelmektedir. Birçok Avrupa ülkesinde, eğitim ve hizmetler arasında yakın bir bağ oluşturmaya; devam eden eğitim planına; özellikle yüksek eğitimdeki yeni program gelişimine; BBSH'de müfredat yenileme ve yenisinden yönlendirmeye odaklanmış reformlar ile hemşirelik eğitime bir ilgi gelişmektedir.

Son olarak, toplum içinde hemşirelik hizmetlerinin konumuna karşı tutumların değiştiği görülmektedir. Benzer şekilde, hemşirelerin sağlık hizmetlerinin sunumu içindeki rolleri de yavaş yavaş değişmektedir. Prosedürü yavaş ve pürüzlü olmasına rağmen, hemşireliğin minimum eğitim gerektiren düşük statülü bir meslek gibi algılanması ve hümanistik psikososyal bakımın küçümsemesi yaklaşımı değişmeye başlamıştır. Düşük ücret, kötü çalışma şartları, düşük statü; kariyer yapıları ve uygun mali teşvikler yoluyla düzeltilmelidir.

7 Reformların Uygulanma Süreci

Sağlık reformunun uygulanması beklendiğinden daha zor olmuştur (61, 441-443). Bunun ötesinde sık sık amaçlanmayan sonuçlarla karşılaşmıştır (444, 445). Pek çok ülke, mevcut içerik hakkında yapılacak çok az şey bulunan, fakat bunun yerine, uygulama sürecinde yetersiz bir planlamanın yansıtıldığı güçlükler yaşamıştır. Ancak, reformlara yönelik tartışmalarda, uygulamada görülen problemlere ve değişim yönetimi stratejilerine az önem verilmiştir.

Bu bölüm, sağlık hizmetleri reformlarının uygulanmasında günümüze kadar gelen tecrübelerin incelenmesine, sağlık politikalar: analizi yönünden kavramsal bir çerçeve oluşturmakla başlamaktadır. Daha sonra, ülke deneyimleri incelenerek çıkarılan derslere dikkat çekilmektedir.²⁶ Son olarak, değişimi kolaylaştırmak için bir stratejiler dizisi önerilmektedir.

Uygulamanın Analizi için Bir Çerçeve

Sağlık politikası analizi için bir çerçeve, politika belirleyicilerin değişimi kolaylaştıran veya etkileyen faktörleri anlamasına yardım edebilmektedir (Şekil 24). Bu çerçeve, uygulamayı politik sürecinin entegre bir parçası gibi temsil etmektedir. Politika içeriği dikkate alınmazsa, (Örneğin bir sosyal sigorta sisteminin uygun şekli) dikkatler, politikanın başlatıldığı, oluşturulduğu, uygulandığı ve değerlendirildiği kontekt ve politika içeriğini, şeklini ve işlemini etkileyen ve bundan etkilenen aktörler üzerinde yoğunlaşmaktadır (446). Etkili politika belirleme, her unsurun kolektif bir şekilde olduğu kadar ayrı ayrı da tanımlanmasını gerektirmektedir.

KONTEKSTİN GÖZÖNÜNE ALINMASI

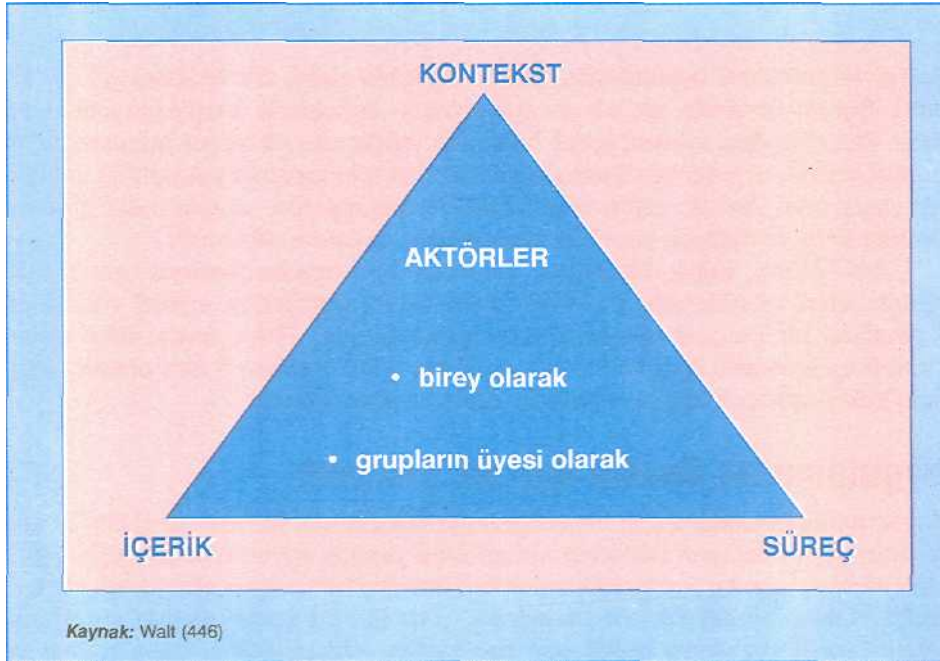
Bir ülkede sağlık reformunun gelişmesi, geniş bağlamsal faktörler tarafından etkilenmektedir. Birinci bölümde tartışıldığı gibi; sosyal değerler ve ekonomik durgunluk, reformun uygulandığı pek çok Avrupa ülkesinde önemli bir rol oynamıştır. Burada, uygulama sürecinde özellikle etkide bulunan dört bağlamsal alan gözden geçirilmektedir: makroekonomik durum, politik çevre, toplumsal değerler ve dış etkiler.

Makroekonomik Durum

Pek çok ülke için; reform uygulamasındaki merkezi kısıtlama, ulusal ekonominin göreceli güç ve esnekliğidir. Bu, BDT ve ODA ülkeleri için olduğu kadar Batı Avrupalılar için de doğrudur. Mevcut pek çok sağlık reformu, genişlemenin son

²⁶ Bölge Ofisi Kasım 1995'de Kopenhag'da reform uygulamalarına yönelik çarpıcı tecrübeleri gözden geçirmek ve sağlık reformu uygulamalarının geliştirilmesine yönelik faktörlerin ortaya konması için bir workshop düzenlemiştir. 'Workshop' ın katılımcıları Avrupa'da sağlık reformları süreci içinde yer alan, tecrübeleri sonucunda uygulamalara yönelik kaygılarını dile getiren ve çözüm yolları öneren bir grup politika belirleyici olmuştur. Bu bölüm sözkonusu mutabakatla ortaya konan ana noktaları içermektedir.

Şekil 24. Sağlık politikası analizlerinin çerçevesi



40-50 yıllıyla çatışan bir ekonomik gerileme döneminde başlatılmıştır. Çoğu BDT ve ODA ülkesi, sağlık hizmetleri için uygun olan mali kaynakların önemli düşüşüne neden olan şiddetli ekonomik durgunluklar yaşamıştır.

Bu, kamu harcamalarına daha büyük baskılar uygulamış (maliyet sınırlaması ve verimliliği) ve bazı ülkelerde mali yükün merkez devlet yapılarından kişilere, Özerk kuruluşlara veya bölgesel ve yerel otoritelere kaymasıyla sonuçlanmıştır. Ekonomik daralma dönemlerinde daha kısıtlı hareket alanı olmakta ve genişlemeyeyle ilişkilendirilmiş planlama prosedürleri iyi çalışmamaktadır. Planlayıcılar, aynı şekilde motive olmamışlar ve bu durum mesleki ahlak ve yaratıcılığın azalmasına yol açmıştır (447). Pek çok ülkede, reform programları tarafından önerilen değişimlerin büyüklüğü ve ölçeğinin, ekonomik daralma ve azalan sağlık bütçeleri karşısında uygulamaları zor olmuştur.

Politik Ortam

Yeni kurumsal düşünceye göre (448), bir ülkenin politik kurumları, sağlık sektörü reformunun gerçekleştirilmesi hususunda önemli bir etkiye sahip olabilmektedir. Özel çıkarların kamu sektörü karşısındaki göreceli gücü ve bu ilişkilerin ardında yatan geçmiş, değişimi başarı ile uygulamak için iktidardaki hükümetin kapasitesini etkilemektedir. Bu, bir ülke yapısal olarak federal veya Özerk olsa da veya devletin rolünü sınırlayan yazılı bir anayasası olsa veya olmasa da geçerlidir. Doğrudan bir sonuç olarak, sağlık reformuna girişmek için uygun yer, ülkeden ülkeye değişecektir. Bazı durumlarda, İngiltere'de olduğu gibi sorumluluk ulusal olabilmektedir. Diğerlerinde, bu yetkiler, ulusal ve bölgesel otorite-

ler (Danimarka ve İsveç) veya ulusal ve belediye otoriteleri arasında (Finlandiya) dağıtılabilmektedir. Diğer yerlerde, sağlık reformu uygulayabilme gücü, Almanya'da olduğu gibi; kendi kendini yöneten kamu kuruluşları ve bölgesel ve ulusal idarelerin birleştirilmesinde yatıyor olabilmektedir. Her durumda, politik tartışmalarının tam tersi olarak, sürecin görece önemine farklı ağırlıklar yüklenmekte ve her ülke sağlık sektörü reformuna kendi özel çerçevesi içinde yaklaşmaktadır.

Bu değişik kurumsal özellikler ve sağlık reformunun uygulanması arasındaki ilişki karmaşıktır. Örneğin, İngiltere önemli yapısal bir reformu zorlamaktaki yeteneğini gösterirken, İsveç pilot projeler yoluyla birçok değişik reform düşüncelerini daha iyi test edebildiğini göstermiştir. Politik sistemin, çok partili koalisyonları (örnek: Hollanda) veya ikinci bir ulusal yasama organının "kontrol etme" rolünü kabul ettiği ülkelerde (Almanya'da Bundestag), sağlık reformu (her kamu politikasında olduğu gibi), çok partili veya bazı zamanlarda tüm partileri içeren koalisyonlar tarafından tartışılmalıdır. Sonuç olarak bu durum, daha ölçülü ve zamana yayılmış bir reformu sağlamaktadır. BDT ve ODA ülkelerine etkide bulunan politik değişimler, sağlık sistemi reformunun uygulanması yolunda pek çok kurumsal engel yaratmıştır. Bir önemli engel, hem zayıf çok partili koalisyonlar ve/veya başkan, hem de parlamento ve bölgesel idarelerin arasındaki karmaşık ilişki tarafından zarar görmüş hükümetlerin ortaya çıkmasıdır. Bu yeni ve bazen istikrarsız olan kuruluşlar, zor durumda olan sağlık durumu daha da kötüleşmeden, batı Avrupa hizmet standartlarını yakalamaya çalışarak güçlü değişken hislerle sağlık hizmetleri reformuna yaklaşma eğilimindedirler. Yeni kuruluşların karışımı, kurum içi rekabetin çeşitli dereceleri ve reforma değişken bir yaklaşım; çoğu zaman dengesiz, bazen de tutarsız politika belirlenmesinde bulunmak üzere bir araya gelmektedir. Başka bir sınırlama da, pek çok batı Avrupa ülkesinde olduğu gibi, Sağlık Bakanlıklarının genelde politik hiyerarşide düşük bir pozisyonda yer alması ve dolayısıyla sağlık politikasının reform gündeminde alt sıralarda yer almasıdır.

Bazı ülkelerde, politik sürecin bütün seviyelerindeki yönetici personel tasfiye edilmiş ve onların yerine gelenler kendilerine kalan işler için hazırlıksız ve/veya nitelsiz kalmışlardır. Yeni yönetsel ve politik otorite ile yeni kurumlar oluşturulduğunda, çoğu zaman uygun beceri ve tecrübeye sahip personel eksikliği olmakta, dolayısıyla bu, belirsizliği daha da artırmaktadır. İdari kadronun tasfiye edilmemesi durumunda, daha önceki katı hiyerarşiler ve parti disiplini farklı ve bir dereceye kadar yabancı karar verme kültürü ile değiştirildiği için verimlilik azalmıştır (449).

Bağımsız bir yönetim hizmetinin (sivil) yokluğu çoğu zaman yönetimdeki grupların değişmesi ile yönetsel mekanizmanın önceki sistemin alışılmış verimsizliğinin tekrarı anlamına gelmektedir (450).

Toplumsal Değerler

Değer sistemleri, politika uygulamaları göz önünde bulundurulduğunda genelde açık olarak ele alınmamaktadır. Ancak, sağlık hizmeti reformu ile ilişkili olarak; grupların her birinin içinde olduğu kadar; politika belirleyiciler, uzmanlar ve toplum arasında da değerlerde gözle görülür bir çatışmanın varlığı söz konu-

sudur-örneğin, sağlık hizmetlerindeki piyasa mekanizmalarının kullanımı konusunda. Değerlerin reform hedefleri ile çatıştığı yerde, politikaların uygulanması için önemli direnişlerle karşılaşılabilir. Bu nedenle değer sistemlerinin anlaşılması, hükümetlerin hem kabul edilebilir hem de çalışabilir reform politikaları geliştirmek zorunda kalmaları durumunda önem kazanmaktadır.

Değer sistemleri politik yapılar içerisine yerleştirilmiştir. Batı Avrupa'nın liberal demokrasileri "refah ülkeleri" oluşturmuş, sağlık sektörü reformunun uygulanması (çoğu zaman diğer sosyal politika reformlarıyla uyum içinde olan), toplum ve etkilenen uzman gruplarda nispeten daha az popüler olmuştur (451,452). Geniş toplumsal programların, politik manzaranın merkezi özelliği olduğu bu ülkelerde, sağlık sistemi, nüfusun yüksek bir kesimini kapsamakta ve yaygın olarak nispeten daha tatminkar bir şekilde çalışıyor gibi algılanmaktadır. Kalite ile ilgili bazı tatminsizlikler olabilmekte ama hizmetteki azalma için az (eğer bunlar piyasa mekanizmalarının zorlamasıyla başarılıyorsa daha da az) destek olmaktadır. Faydalanan yüksek sayıda insana yaymak isteyen bir hükümet ile bu faydalanan yaymak istemeyen bir hükümet arasında temel bir fark vardır (451). Üstelik, vergi sınırlaması ve maliyet paylaşımı olduğu durumlarda, hükümetler, toplum sağlık politikalarına veya kollektivist, piyasa dışı değerlere sıkıca bağlı grupların muhalefetiyle karşılaşmışlardır.

Öte yandan, reformun varoluş nedeninin, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak veya sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak olduğu durumlarda, temel sosyal değerler, paylaşılabilir ve yayılabilir. Reform motivasyonunun pozitif olarak algılandığı yerlerde bile, politika formülasyonu ve uygulaması arasında zorluklar vardır. Bu zorluklar, kamu ve özel denetim arasındaki alışverişe duyulan ihtiyaç, bütçe kısıtlamalarına bağlı olarak seçme özgürlüğündeki sınırlamalardan kaynaklanmaktadır (453). Uygulama, hükümetlerin, reform programlarının sadece ekonomik kısıtlamalardan kaynaklanmadığını, aynı zamanda olumlu sonuçlara ulaşmak amacını taşıdıkları konusunda toplumu ne dereceye kadar ikna edebildiklerine bağlıdır.

Rejim değişikliğine maruz kalan politik sistemlerde, BDT ve ODA ülkelerinde olduğu gibi, reform yeni orta sınıfta ve bazı sağlık uzmanlarınca hoş karşılanabilmektedir, çünkü bu, fazla merkezileştirilmiş, bürokratikleştirilmiş, inisiyatifi boğucu sağlık sistemlerini teşvik eden bir fırsat olarak algılanmıştır. Reformlar bir fırsat olarak algılansa bile, uygulama zor olabilmektedir, çünkü kendilerine dezavantaj yaratıldığını sanan önemli gruplar-örneğin yaşlılar-tarafından muhalefet edilmektedir. Ayrıca, reformlar, hem uzman gruplar hem de halk içindeki eski ve yeni reform savunucuları arasındaki gerilim yüzünden zarar görebilmektedir.

Dış Etkiler

Dış etkiler, sağlık sistemi reformunun gelişiminde önemli bir rol oynamıştır. Bir Önemli etki, reform modellerinin ve fikirlerinin ulusal sınırları aşmasıdır. Örneğin; 1970'lerin sonunda ve 1980'lerin başında Yunanistan, İtalya, Portekiz ve İspanya'da ulusal sağlık hizmetlerinin yaratılması, İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) modelinden etkilenmiştir (454). NHS'nin Amerika Birleşik Devletleri'nden alınan ve rekabete dayanan anlaşma fikri temeline dayanan en son

reformu, sadece Avrupa bölgesinde değil, Latin Amerika, Afrika ve Asya'yı da İçeren pek çok ülkede sağlık hizmetleri reformunun içeriğinde önemli bir etki yaratmıştır.

Diğer ülkelerden reform modelleri alınması, sadece yeni reform programlarının formülasyonunda değil aynı zamanda uygulamadaki önemli karışıklıklar üzerinde de açık bir etkiye sahiptir. Yeni reform stratejileri, politika belirleyicileri tarafından sadece ideolojik anlamda ele alınmıştır ve bunları uygulamaya koymak için gerekli olan teknik kaynaklar çok iyi anlaşılmamaktadır. Bu, özellikle alıcı ülkelerin az gelişmiş sağlık sistemlerine sahip olması durumunda uygulamayı zorlaştırmaktadır. Örneğin, Rusya Federasyonu, yerel bağlamdaki uygulanabilirliklerini yeteri kadar göz önünde bulundurmadan, reform için bazı fikirleri diğer ülkelerden almışlardır (241). Gerekli olan beceriler olmadan fikirlerin alınması, uygulamada problemlere yol açacaktır. Aşağıda bu, reformun yönetilmesi için gerekli olan teknik kapasite bağlamında ele alınacaktır.

Bazı durumlarda, reform politikaları, dışarıdan empoze edilmiş gibi algılandıkları zaman güvenilirlikleri azalmış ve sonuç olarak daha büyük uygulama zorlukları ile karşılaşmışlardır. Çok taraflı ve ulusal kalkınma örgütlerince sürdürülen ve mali yardım ayrıcalığına sahip olan reformlar, bu sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedirler. Örneğin bazı Latin Amerika ülkelerinde reformlar dışarıdan empoze edilmiş gibi görülmektedir (445).

REFORM SÜRECİNE ANLAM KAZANDIRILMASI

Uygulama sürecinin nasıl yönetildiği -yani, değişimi gerçekleştirmek için gereken aşama veya etaplar - değişimi yakalamada önemli bir unsur teşkil etmektedir. Bu sürecin başarısı; hükümet sistemi ve merkezi ve yerel seviyeler arasındaki güç ve yetki dağılımından doğrudan etkilenmektedir.

Güç ve Yetkinin Dağılımı

Hemen hemen bütün hükümetler, yüksek ulusal düzeylerden daha alt ulusal düzeylere veya hükümetin yüksek düzeylerinden alt düzeylerine kamu planlaması, yönetim ve karar verme mekanizması yetkisini aktarmakta veya bazı güçleri devretmektedir (456). Bununla birlikte, 2. Bölüm'de bahsedildiği gibi, uygulamada, desantralizasyon sistemi, ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Yel pazenin bir ucunda, merkez, yasama ve mali mekanizmalar aracılığıyla, idari sistemin alt düzeyleri üzerinde sıkı bir denetim uygulamaktadır. Öbür uca ise, alt düzey yetkililer, merkez politikasını yorumlamada büyük ölçüde takdir yetkisine sahip olabilmekte ve özellikle geliri artırma yetkisine sahip oldukları zaman harcamaları kontrol altında tutabilmektedirler. Politika uygulaması, mevcut sistemden ve merkezin koyduğu kuralları alt düzey yetkililerin ne düzeyde uygulayacaklarından etkilenmektedir. Uygulama, hükümet sistemi içinde politik otoritenin ne kadar yer aldığına ve merkezin alt ulusal otoriteleri etkilemek için hangi mekanizmaları kullanabileceğine bağlı olacaktır. Bu gibi mekanizmalar; düzenlemeleri, yasaları (isteğe bağlı veya zorunlu), mali teşvikleri ve yaptırımları içerebilmektedir.

Merkezin statüsü, yetkisi ve meşruiyeti, uygulamada kilit etkenlerdir. Pek çok BDT ve ODA ülkesinde, yetkinin sağlık sigortası kuruluşları ve/veya bölgesel

veya yerel düzeylere dağıtılması, sağlık bakanlıklarının reformun uygulanmasındaki sorumluluklarını artırmakla birlikte bunlara daha az yetki ve/veya mekanizmalar vermiştir. Örneğin Rusya Federasyonunda, sağlık reformunun önemli bir kısmı bölgesel yetkililer tarafından uygulanmış ve merkezden az bir destek almıştır (241). Kazakistan'daki benzer zorluklar, sağlık politikası denetiminin yeniden merkezileştirilmesinin ulusal hükümetin sorumluluğuna bırakılmasına yol açmıştır (76).

Pek çok ülkede, sağlık bakanlıkları, sosyal güvenlik veya sağlık sigortası kuruluşlarına göre daha zayıftır. Sağlık sigortası kuruluşları, bakanlıkların oluşturduğu önceliklere çoğunlukla önem vermeyerek, fonları sağlık programlarına aktarmaktadır. Aynı şekilde, sağlık sisteminin genel vergilendirmeden finanse edildiği ülkelerde, maliye bakanlıkları, kaynakların tahsis edilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Hollanda'da olduğu gibi, Maliye Bakanlıklarının bu rolü, sosyal sigorta tarafından finanse edilen pek çok sağlık sistemi için de önemlidir.

Reform Politikalarının İşlevselleştirilmesi

Merkezi ve yerel kurumlar arasında yetkinin dağıtılması uygulamayı etkilerken, esas olarak işlemin nasıl idare edildiği ile ilgili olan diğer faktörler de işin içine girmektedir. Politika amaçlarının işlevselleştirilemediği durumlarda, uygulama da sekteye uğramaktadır.

Pek çok hükümet, sağlık hizmetleri reformlarını tasarlarken yüksek hedefler oluşturmakta, fakat bu hedeflere nasıl ulaşılabileceğinin belirlenmesinde zorluklar yaşamaktadır. Bu, pek çok politik sistemin, "semboller ve genel savların akılcı bir şekilde yayılması"na ayrıntılı tahmin ve analizlerden daha çok prim verme eğilimini yansıtmaktadır (457). Sağlık hizmetleri reformunun pek çok analizi, politika oluşturma stratejileri ile politika amacı arasındaki boşluğu ortaya çıkarmaktadır. Örneğin, Bulgaristan, Sağlık Bakanlığı tarafından izlenecek yeni bir ulusal sağlık sigortası sistemini gündeme getirmiş ancak devletin bu yeni plandaki kurumlarla nasıl işbirliği yapacağı ve bu kurumlara nasıl danışacağı bir takım tartışmalara yol açmıştır (458). Sağlık reformu, hala, kamu ve özel sektör, yöneticiler ve karar vericiler, hizmet sunucular ve hizmet alıcılar arasındaki ilişkileri yeniden yapılandırmayı hedefleyen "sürece odaklı" bir konumdadır. Herhangi bir yeniden yapılandırma, değişimin nasıl uygulanması gerektiği ve reforma karşı çıkması ve desteklemesi beklenen kişilerin belirlenmesine bağlıdır.

Sağlık sektöründe reformun gündeme getirilmesi, politika amacı ve faaliyetleri arasındaki boşluğun kapatılmasını özellikle zorlaştıran belirli Özelliklere sahiptir. Teknik olarak, sağlık hizmetleri reformu karmaşık bir yapıdadır. Yeni örgütsel düzenlemeleri gerçekleştirebilmek için gerekli olan sağlam ek kaynaklarla birlikte iyi bilgi sistemleri ve yönetim becerilerini de kapsayan sağlıklı bir altyapı gerekli olmaktadır. Aynı zamanda tanım olarak "reform", statükoyla mücadele etmeyi gerektirir. Reformun başarılı olması için, hem kamu hem de özel sektörde rol oynayanlar arasında bir fikir birliği ve işbirliği gerekmektedir. Bundan başka, yukarıda belirtildiği gibi, reform programları, genelde çok amaçlıdır ve bu amaçlardan bir veya birkaçı politik ve sosyal değerlerle çatışa-

bilmektedir. Tablo 31'de sağlık sektörü reformlarının gündeme getirilmesinde karşılaşılan zorlukları Özetlemek için, uygulamayı kolaylaştıran faktörleri içeren bir model sunulmuştur (459).

Uygulamanın Hızı

Ülkelerin, reform uygulama yöntemlerine yaklaşımlarında önemli farklılıklar vardır. Bu yöntemin bir önemli unsuru da, ülkelerin değişimi gündeme getirme hızlarıdır. Hızlı değişimi sağlayabilmek tamamen, hükümetin özellikleri veya sosyal açıdan değişimi destekleyen ya da değişime karşı çıkanların rolü gibi politik etkenlere bağlıdır.

1991 yılında, İngiliz hükümeti, Ulusal Sağlık Hizmetlerinde, kısa sürede uygulamaya koyduğu, kapsamlı ve radikal bir seri reform uygulamıştır. 1990'ların ortasında, bir çok planlı değişim ortaya konmuştur; bunların arasında sağlık hizmetleri reformunda "büyük sansasyon" diye anılan ani reform yaklaşımı da vardır (460).

Strateji; reform planının merkezi bir şekilde üst kademelerden alt kademelere kadar geliştirilmesini kapsamaktadır. Bu reform planı, İngiliz Tabipler

Tablo 31. Uygulama Sürecine Etki Eden Etkenler

Kolaylaştırıcı etkenler	Bugünkü sağlık hizmetleri reformları
Açıkça belirtilen politika hedefleri Ana amaç, kanışıklığı veya anlaşmazlığı önler	Çelişki içinde olan reform hedefleri Çok amaçlı; bu amaçlardan bazıları sosyal ve politik değerlerle çelişkili olabilirler.
Basit teknik özellikler Bilgi ve teknoloji mevcuttur. Yeni kaynaklara gerek yoktur.	Karmaşık özellikler Deneyim eksikliği Eğitim ihtiyacı Pahalı bilgi ve maliyet sistemlerinin geliştirilmesine olan ihtiyaç.
Statüko'da küçük değişiklik Küçük değişimin kabul görmesi kolaydır.	Reform Statüko'da büyük değişiklik gerektirir Büyük değişim güçlü dirençlerle karşılaşabilir.
Tek bir aktör tarafından uygulama Sektörler arası işbirliği, süreci karmaşıktır.	Sık rastlanan çoğulcu reformlar Kamu ve özel sektör işbirliği zordur.
Hızlı uygulama Sürenin kısa olması direnci artırır ve politikanın çarpıtılmasına yol açar.	Karmaşık reformlar ve yavaş uygulama Yeni sistemler (yöntemler ve kurumlar) planlanmalı ve kurulmalıdır.

Kaynak: Cleaves (459).

Birliği'nin ve nüfusun büyük bir bölümünün güçlü tepkisine rağmen, hiçbir pilot uygulama yapılmadan gerçekleştirilmiştir. Bu hiç kuşkusuz hükümetin; projelerinin tanıtılmaması ve danışmanlık hizmetlerinden en az düzeyde yararlanılmasını uygun gören inancından kaynaklanmaktadır. İngiltere örneği *üniter* yapıdaki bir hükümet içindeki önemli bir çoğunluğun reformu uygulamadaki güçlerini göstermektedir. "Eğer, İngiltere zamanın hükümetine yasamada tam yetki verecek bir politik sistem oluşturmamış olsaydı; o zaman Ulusal Sağlık Hizmetlerinin 1991 Reformları gündeme getirilemezdi" (460).

İngiltere tarzı bir anayasayı benimsemiş bir ülke olan Yeni Zelanda'nın sağlık sisteminin yeniden yapılanması benzer bir örnek oluşturmaktadır. Yeni Zelanda reformları, muhalefete ve güçlü tartışmalarla karşı karşıya kalmasına rağmen yine de hızlı uygulanmaktadır (462). İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetlerine paralel çizgideki bu reformlar daha da ileri giderek değişim daha hızlı bir şekilde olmuştur (462). Bazı ilgililer Yeni Zelanda ve İngiltere'deki sağlık sistemi reformunun gündeme getirilmesinin sağlam deneysel bulgulara dayalı politikalarından daha ziyade ideolojiye borçlu olduklarını vurgularken (463,464); bu hızlı uygulamaların politik sistemlerinin özellikleriyle açıklanabileceğini savunmaktadırlar.

Bazı ODA ülkelerinde; özellikle Çek Cumhuriyeti'nde reformun uygulama hızı nispeten daha fazladır. Bu sağlık sistemleri, sosyal güvenliğe dayalı yeni finansman' düzenlemeleri, sağlık personeli için öngörülen ödeme değişiklikleri ve örgütsel ve idari yapılanmanın desantralizasyonu ile köklü değişiklikler yaşamıştır.

Sağlık sistemi reformlarında görülen bu çeşit merkezîyetçi yaklaşımlara karşın; Finlandiya, Almanya, Hollanda ve İsveç'teki değişimler daha ihtiyatlı bir şekilde yapılmaktadır. Almanya, kurumlarının kamu-özel ve ulusal-yerel yapısını korurken, maliyet kısıtlamasını hedefleyen yasamanın gündeme getirilmesine dayalı "küçük değişiklik stratejisini" benimsemiştir. Almanya'da reform uygulaması, sağlık sigorta sisteminin geleneksel değerleri ve bu ilkelere bağlı kurumsal özellikler ve finansman mekanizmaları ile tanımlanmıştır. Uygulamanın hızı, sunulan yasal düzenlemelerin türüne dayalı çeşitlilik göstermektedir. Hızla yürürlüğe giren yönetmeliklerin etkisi büyük olurken, (1992 reform yasasında görülen bütçe kısıtlamaları gibi) hastalık fonları ve hizmet sunucu gruplar arasındaki sözleşme yöntemleri yoluyla uygulanan yönetmelikler İse bazen dirençle karşılanmıştır.

Hollanda'da, hükümete kapsamlı sağlık hizmeti planlaması yaklaşımının bırakılması ve sağlık harcamalarında etkili maliyet sınırlaması için piyasa güçlerine dayanması konusunda önerilerde bulunan 1988 tarihli Dekker raporu, sağlık sisteminin yeniden yapılanması için önemli bir plan içermektedir. Politik, kurumsal ve kamu muhalefetine bağlı hükümetteki geçici koalisyonlar ancak, politik örgütçü halk muhalefetiyle işbirliğinde bulunduğundan 1994 yılından beri tek taraflı uygulamalar gündeme gelmiştir. De Roo'nun üzülerek belirttiği gibi "Bir politik değerin yeni sosyal durumlara pragmatik ve sosyopolitik uyarlanması sürecine tanık olmaktadır". Dolayısıyla Almanya'da olduğu gibi Hollanda'da da temel sosyal ve politik değerlerle birlikte kurumsal yapılanmalar da reforma daha dikkatli ivme kazandırıcı bir yaklaşım getirmişlerdir.

Her bir ülke bir önceki kurumsal düzenlemeleri temelinden değiştiren, ulusal sistem düzeyindeki değişimleri gündeme getirmiş olmasına rağmen, Finlandiya ve İsveç'te sağlık hizmetleri reformunda durum böyle olmamıştır. Her iki ülkede, hem belediye, yerel ve bölgesel idarelerin sağlık sektörüne

yönelik rolleri, hem de partilerarası politik koalisyonun devamlılığının sağlanmasına gösterilen önem. tutarlı, ulusal düzeydeki reformların, bağımsız bölgeler veya belediye idareleri tarafından etkili bir şekilde uygulanabilirliğini mümkün kılmıştır.

Örneğin İsveç'te 1992 yılındaki ulusal yasamada, yaşlı insanlar için bakım mülkiyeti ve sorumluluğu - güçsüzler yurtları da dahil - 26 ilçe komisyonundan 284 belediyeye geçmiştir. Bu geçiş, belediyeler tarafından verilen (ev bakım hizmetlerini de kapsayan) sosyal hizmet ve yaşlılar için bakım hizmetleri arasında yakın bir bağ olmasını teşvik etmiş ve bir çok gözlemci tarafından başarılı kabul edilmişlerdir (465). Bununla birlikte ulusal ve yerel politikalar muhalefete düşse bile özellikle maliyet sınırlaması için bazı fırsatlar bulunmaktadır. 1990'lı yılların başlarında, Parlamento, sağlık sektöründe gelir artışını engellemek için, ilçelere "sabit vergi" uygulamasını getirmiştir. Buna karşılık, her bir ilçe, kamu tarafından işletilen sağlık sunumu sisteminin etkililiği ve verimliliğini artırmak için kendi stratejilerini geliştirmişlerdir.

Finlandiya'daki model büyük ölçüde bununla benzerlik göstermiştir. Yerel sağlık hizmetleri sistemine aktarılacak sübvansiyon miktarını hesaplama yöntemini değiştiren ve denetim mekanizmasının el değiştirmesini sağlayan güçlü ulusal-yerel düzeydeki işbirliği, 1993 Hiltunen reformunu oluşturmuştur. Planlaması 4 yıl süren ve 50'den fazla yasanın değiştirilmesini gerektiren bu reform, zamanında uygulamaya geçmiştir. Doğrudan belediyeleri ilgilendiren maliyet denetleme konuları, hizmet sunuculara yönelik teşvikleri etkilemek için çeşitli girişimlerde bulunmuşlardır.

Finlandiya ile İsveç arasında ve bu ikisi ile Almanya ve Hollanda arasında olan, bir çok yapısal ve kültürel değişikliklere rağmen, sağlık sektörü reformu uygulaması yönteminde bazı benzerlikler vardır. Sağlık sektöründe karar verme mekanizması Yeni Zelanda ve İngiltere gibi merkezîyetçi ülkelerde, görüldüğünden daha desantralize bir yaklaşımla sonuçlanmıştır.

İtalya (1978), Yunanistan (1983) ve İspanya'da (1986) gündeme getirilen reformlar daha küçük değişimleri içermiştir (454). Finansmanın temel kaynağının sosyal sigortalardan genel vergilendirmeye kayması veya Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri için yeni modeller oluşturulması gibi reform planlarının ana yöntemleri kısmen uygulanabilmiştir. Bu sınırlı uygulamayı açıklayabilecek teorilerden bazıları, reformun uygulanmasında politik olarak bağımsız sivil örgütlerin eksikliği, değişimin gerçekleşmesi sürecinde gerekli olan yönetim becerilerinin eksikliğini, politik partiler ve çıkar gruplarından oluşan himaye sistemlerini içermektedir. İtalya ve İspanya'da, önceliklerin belirlenmesinde bölgesel idarelere verilen karar verme yetkisi desantralizasyon sürecinin devamlılığında bu konuya başka bir açıklayıcı örnek teşkil etmektedir.

Son olarak uygulamanın bir diğer yönü de, uygulanacak politikanın beklenen sonuçlarıyla beklenmeyenler arasındaki etkileşimdir. Özellikle pazara yönelik ölçütler ele alındığında, reform önerilerinin duyurulması, sağlık sistemindeki kilit kişilerin karşılaşacakları durumlara göre kendilerini hazırlamaları gibi bir takım hareketler başlatabilmektedir. Groenewegen (446), Hollanda sağlık sistemindeki değişim sürecini tanımlarken, Dekker tarafından başlatılan bu tartışmanın değişime zemin hazırladığını öne sürmüştür. Dekker raporunda yer alan (261), piyasa kavramının ilk. defa ortaya konmasıyla ilgili düşünceler, daha hükümet politikalarını tespit etmeden, sağlık hizmetleri alanında etkiye sahip kişiler tarafından belirli tepkilerle karşılaşmıştır. Dolayısıyla, görülüyor ki,

sadece reform beklentisi bile umulmadık ve plansız değişimlere yol açabilmektedir.

AKTÖRLERİN ÖNEMİ

Bağlam ve sürece ek olarak, sistemde ki aktörler veya ilgi grupları da bu politika değişikliğinde kilit belirleyicilerdir. Reform uygulamalarında dört ayrı grup etkili rol oynamaktadır: Vatandaşlar, sağlık meslek mensupları, sağlık politikalarını belirleyenler ve çıkar grupları.

Vatandaşlar

Gerek bireysel, gerekse çıkar gruplarının üyeleri olarak vatandaşların, sağlık hizmetlerindeki gelişmeleri etkileyen güçleri, Avrupa ülkeleri arasında büyük ölçüde farklılık göstermekte ve her bir sağlık sisteminde halk katılımının ne derecede gerçekleştiğine göre değişmektedir. Bölüm 2'de de söz edildiği gibi, katılım mekanizmaları İrlanda, Hollanda, İngiltere ve İskandinav ülkelerinde çok gelişmiş olmakla birlikte, Güney ve Doğu Avrupa ülkelerinde durum farklıdır. Örneğin Hollanda'da, Hasta ve Tüketici Federasyonu'nun, birçok karar verme mekanizmasına dahil olması sonucu, tüketici grupların katılımları nispeten daha resmi hale gelmiştir (170).

Bununla birlikte, genel olarak, sağlık sistemi reformlarında çoğu zaman hasta görüşleri yer almaz. Birçok reform önerisinde resmi vatandaşların katılımını artırma girişimi olmasına rağmen, son reform gelişmeleri ve uygulamalarında vatandaş ve hastaların görüşleri büyük ölçüde göz ardı edilmiştir. Bununla birlikte, reformlara geniş ölçüde halk desteğinin olması değişim için etkili bir yol, desteğin sağlanamaması ise reformlar açısından çok büyük bir engeldir.

Sağlık Meslek Mensupları

Sosyal bilimciler, sağlıkla ilgili mesleklerin, sağlık politikasının uygulanması ve gelişmesinde gereksiz yere etkili rol oynadığını savunmaktadırlar. Mesleki hakimiyet diye adlandırılan bu durum, hem tıp mesleği mensuplarının hem de sağlık sektörünün önemli özelliklerini yansıtmaktadır. Kritik etkenlerden biri, tıbbi işletme içinde doktorların, klinik konusundaki bilgilerine dayanan hakimiyetlerinden kaynaklanan merkezi rolleridir. Birçok Avrupa ülkesinde tıp mesleği mensuplarının yüksek sosyal statü sahibi olmaları, konuyla yakından ilgilidir. Bunun sonucu olarak, sağlıkla ilgili meslekler, kamu yararı yerine meslek mensuplarının çıkarlarının korunması ve hizmet sunumunun bu çıkarlar doğrultusunda düzenlenmesinde etkili olabilirler. Bunun sonucunda mesleki prestij ve statü, karar verme sürecinde, bu grupların hakimiyetini kolaylaştırmaktadır (467-468). Özellikle tıp mesleği, çoğunlukla baskı ve çıkar grupları aracılığıyla etkili olmaktadır. Bu etki, çeşitli tıp kuruluşlarının farklı işlevleri olması nedeniyle, Avrupa ülkeleri arasında değişkenlik göstermektedir. Fransız Ordre des Medecins veya İngiliz British Medical Association (İngiliz Tıp Birliği) gibi bazı örgütler sendikalaşmalardır. Diğerleri ise, örneğin İngiliz ve İrlanda kraliyet okulları ya da Almanya'da Bundesausschu, mesleki standartlarla daha fazla ilgilenmektedir; bazıları, İspanya'daki Colegios de Medicos gibi, iki işlevi de yerine getirmektedir. ODA ve BDT ülkelerinde, ulusal sağlık politikasının geliştirilmesinde daha etkili bir rol oynamak isteyen tıp örgütlerinin sayısı artmıştır.

Birçok Avrupa ülkesinde tıp mesleği, reformların geliştirilmesi sürecinde önemli rol oynamıştır. Çek Cumhuriyeti ve Letonya gibi ODA ülkelerinde tıp

mesleği, reform için hem itici güç, hem de reform temsilcisi haline gelmiştir. Çek Cumhuriyeti'nde doktorlar kendi tercih ettikleri politikayı ortaya koymak adına politik gündemi değiştirmeyi başarmış, bunun vasıtasıyla da sağlık sigorta fonlarının sağlık sunuculara hizmet karşılığı ödeme şeklinde ödeme yapmalarını sağlamışlardır. (Potucek, M., yayınlanmamış veri, 1994). Bu belirli politika değişimi ulusal sağlık sigortası fonu üzerinde iflasa kadar giden önemli bir etki yapmıştır (174). Aynı zamanda, Çek Cumhuriyeti'nde tıp mesleği, belirli reform ölçülerine karşı çıkan ve büyük ölçüde başarılı olan grevlerle karşı karşıya kalmıştır.

Sağlık Politikalarını Belirleyenler

Sağlık politikası belirleyicileri, yani üst düzey politikacılar, bürokratlar ve yöneticiler sağlık sektörünün önemli ilgi gruplarındandır. Genelde, ana meseleler, her bir grubun çıkarları ve görece güçleri etrafında dönmektedir. Özellikle bürokratlar, reformları uygulama konusunda stratejik roller oynamakta ve çeşitli politikalara verecekleri tepkiler sonucu etkileyebilmektedir. Faydaları sadece uzun dönemde ortaya çıkan politikalar, uygulayıcıları tarafından olumsuz tepkiyle karşılaşabilmektedir. Yeni sistemler ortaya koyması gereken memurlar ve yöneticiler eski alışkanlıkları yıkmak ve sisteme yerleşmiş güvenlik, denetim ve sorumluluk biçimlerini, hatta rüşveti bırakmak durumundadırlar (469). Bir politikanın verebileceği zararı, kamu herhangi bir fayda görmeden çok önce anlayabilen bürokratlar bu politikaları iptal etme ya da erteleme yolunu seçebilirler. Bu çeşit davranışları önlemek amacıyla politikacılar bürokrasi dışında destek sağlamaya çalışmaktadırlar. İngiltere'de refah düzeyini artırma konusunda politikacılar merkezi bir rol oynarken Sağlık Bakanlığı yetkililerinin bu konuda önemli sayılacak etkileri bulunmamaktadır.

Aynı şekilde politikacılar da, değişimi gerçekleştirme konusunda etkili bir güç olmakla birlikte, aynı zamanda bir engel teşkil edebilirler. Örneğin, Finlandiya ve İsveç'te politikacılar, hizmet sunuculara daha fazla yetki verme, yani desantralize bir yönetim sağlama konusunda isteklerini sıklıkla ifade etmektedirler. Fakat aynı politikacıların, sağlık hizmeti sunumuna doğrudan katılımlarını azaltmak yolunda fark edilir bir isteksizlik gösterdikleri de görülmektedir (470). Bu yüzden, bir anlamda, herhangi bir sağlık hizmeti reformunda bir grubun kaydettiği ilerleme, yine aynı grup üyeleri tarafından engellenmektedir.

Çoğu ODA ülkesinde politikacıların kendileri dışında herkese karşı değişimi savunma eğilimleri sağlık sektörü reformları dahil olmak üzere tüm sosyal politika gelişmelerini engelleyen etkenlerden biridir. Bir gözlemci, "Orta ve Doğu Avrupa'nın ataerkil yönetimden, sosyal vatandaşlık kavramına geçmeye ne hazır ne de istekli" olduklarını iddia etmiştir. (Potucek, M., yayınlanmamış veri, 1994). Bu politik uzlaşmazlık, sağlık hizmeti reformlarının uygulanmasında önemli sorunlar yaratmaktadır. Örneğin, sağlık meslek mensupları veya sigorta şirketleri gibi fayda gruplarının oynadıkları rolün daha fazla önem kazanması veya diğer grupların daha etkili olmaları mümkündür.

Sağlık politikasını belirleyenlerin üstlendikleri rol ele alındığında, bu kişilerin hangi düzeyde çalıştıkları hesaba katılmalıdır. Merkezdeki bürokratlar, yöneticilerin ilgilendikleri günlük olaylardan veya yerel otorite düzeyindeki bürokratlardan uzaktırlar. Merkezde çalışanlar politikaların belirlenmesi sürecinde, uygulamanın verimliliğini göz ardı edebilir; veya etmeseler bile muhtemel sorunlardan haberdar olmayabilirler.

Son olarak, sağlık politikası belirleyicileri arasındaki çeşitli gruplar bazı konularda uyuşmamaktadır. Örneğin bazı ülkelerde, sağlık meslek gruplarının geçmişteki etkileri günümüzde, yöneticilerin ve bürokratların sayılarının hızlı bir biçimde artmasıyla, zararlı olmaya başlamaktadır. İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS)'nde izlenen değişimlerin sağlık mesleklerine olan etkisinin incelenmesi, mesleki faaliyetlerde idari baskı ve denetimin ne kadar arttığı gerçeğini ortaya çıkarmaktadır. Bununla birlikte, sağlık meslek mensuplarının kendi emek ve çalışmalarını üzerinde hakimiyetleri hala mevcuttur (467).

Çıkar Grupları

Birçok Avrupa ülkesinde çıkar gruplarının önemlerinin arttığı açıkça görülmektedir. Hastalar ve meslek mensupları, reformlara önemli etkide bulunan çeşitli örgütlenmiş gruplar tarafından temsil edilmektedirler. Aynı zamanda, ilaç ve tıp teknolojisi endüstrileri ya da sağlık sigortası grupları gibi ticari kazanç temsil eden diğer çıkar gruplarının da çok önemli etkileri olmaktadır.

Avrupa'da, bu çeşit grupların artması 'fazla kalabalık politika çevresi' denilen kavramı oluşturmuştur (471) ve bunların çok güçlü olduğu yerlerde karar verme mekanizmasının iyi çalışmadığı görülmektedir. Amerika'da sağlık sistemi reformu için Clinton önergesinin başarısızlığı ilgi gruplarının sağlık politikası belirleme sürecinde baskılarının önemli boyutlarda olduğunu göstermiş ve aynı zamanda, bu grupların taleplerinde, halkın refahı ve iyiliğini çok fazla düşünmediklerini, daha çok kendi çıkarlarını korumak istediklerini de ortaya koymuştur.

Tarihe baktığımızda, ODA ve BDT ülkelerinin sağlık sistemlerinin yoğun bir biçimde merkezden yönetilmekte olduğunu görmekteyiz. Merkezi politik sistemlerin ortadan kalkmasıyla, yeni hükümetler sağlık sistemleri için yeni bir biçimsel paradigma arayışı içine girmişlerdir. Bu arayışın sonucunda, eğitimsiz ve/veya tecrübesiz personel çalıştıran idareler yenilenmiş ve aynı zamanda ilgi gruplarının büyük bir bölümünü etkileyecek bir sağlık sistemi yaratılmıştır. Bu anlamda 'yeni' deyimini, sağlık meslek mensuplarının, yöneticiler ve İdari personelin, yerel politikacıların ve vatandaşların hepsinin sağlık sisteminin yeniden yapılanma sürecinde aktif rol oynamaları gerektiğine inanmaları anlamına gelmektedir. Gerçekten de, bazı eleştirmenler, yeni ihtiyaç ve taleplerin karşılanması ve genel anlamda verimliliğin geliştirilmesi için çoğulcu bir sağlık sistemi yardımıyla güç dengelerinin değiştirilmesini gerekli görmüşlerdir (473).

Deneyim Yoluyla Öğrenme

Daha önceki bölümlerde söz edildiği gibi, reformların uygulanmasında, bazı hükümetleri ötekilerden daha başarılı kılan birkaç özellik vardır. Bu bölümde bu özellikler ve bunun sonuçlarından bahsedilecektir. Her şeyden önce, 'başarı' konusunda iki noktayı açıklığa kavuşturmakta fayda vardır. Birincisi, başarı, bu kitaptaki anlamıyla, istenen politikaların sonucu ne olursa olsun, uygulanabilir olması anlamını taşır. Politikaların iyi ya da kötü olmaları gibi bir değer yargısından çok, uygulanabilir olmaları önem taşımaktadır. Aynı zamanda reformların merkezinde değerlendirme olduğu için, uygulama stratejilerinin, sürecin bütünleştirici kısımları olan değerlendirme ve geri besleme mekanizmalarını da içermelerine dikkat edilmelidir. İkinci olarak, her ne kadar reformlar çoğu ülkede bir bütün olarak uygulanamasa da, bu, tamamen olumsuz bir durum olarak görülmemelidir. Sağlık sisteminde yapılacak en küçük bir değişiklik bile

radikal özellik taşıyabilmektedir. Örneğin Hollanda'da, resmi uygulamalar yavaş olmakla birlikte, reform tartışmalarının sonucunda, gayriresmi de olsa, oldukça önemli değişiklikler yapılmıştır.

Uygulamalarla ilgili deneyimlerin incelenmesi, değişimi gerçekleştirme konusunda önem kazanan yedi unsuru ortaya koymaktadır: zamanlama, mali istikrar, siyasi irade ve liderlik, stratejik ittifak, kamu desteği, süreç yönetimi ve en son olarak, teknik altyapı ve kapasite.

ZAMANLAMA

Açıkça görülmektedir ki, reformun gerçekleştirileceği politik, sosyal ve ekonomik çevre başarıyı belirleyecektir. Önceki bölümde ekonomik durgunluk ya da siyasi istikrarsızlık gibi bağlamsal koşulların, değişimi etkileme açısından önemi vurgulanmıştı. Reform için en uygun zamanın belirlenmesi başarıya ulaşılmasında rol oynayan önemli etkenlerden biridir. Uygun zamanın belirlenmesi, değişimin gerçekleştirilmesinde gerekli olan bir takım koşulların zamanının belirlenmesi anlamına gelmektedir.

ODA ve BDT'nin çoğunda ve özellikle Hırvatistan'da görüldüğü gibi, savaştan siyasi rejimin değişmesine kadar geniş bir yelpazeyi içine alabilen siyasi değişim zamanlarında, radikal düzenlemelerde bulunma fırsatı gerçekleştirilmekte ve bu, önemli reformlara yol açabilmektedir. Yeni bir hükümet, öncekiler tarafından yadsınan reform politikalarını yürürlüğe koyacak kadar siyasi meşruiyet kazanabilmektedir. Geniş siyasi ve sosyal değişim süreçleri, değişimin gerçekleşebilmesi için yeni pencereler açabilmektedir. Örneğin, Yunanistan, Portekiz ve İspanya ulusal sağlık hizmetleri reformları, çok uzun otoriter rejim dönemlerinden ve sağlıklı sosyal bir hak olarak kabul eden yeni anayasal düzenlemelerden sonra gerçekleştirilmiştir (454). ODA ve BDT ülkelerinde komünist rejimin çökmesini izleyen ve halen devam etmekte olan değişiklikler bunun iyi bir kanıtıdır.

Bununla birlikte, değişimin hızını uzun vadede devam ettirmek kolay olmayabilir. Rusya Federasyonu ve diğer birkaç BDT ülkelerinde, değişimin ilk hızı istikrarsız ekonomik durum dolayısıyla aynı yere saplanıp kalmıştır. Finlandiya ve İngiltere'de görüldüğü gibi, çevre, değişimi kolaylaştırır ve değişime olan ihtiyaç herkes tarafından kabul edilse bile politika belirleyicileri reform sürecinin 'balayı' olarak kabul edilen beş sene içerisinde harekete geçmek zorunda kalabilirler. ODA ve BDT ülkelerinde bugünlerde görülen radikal değişimlere karşı artan güçlü tepki, bunun en iyi göstergesidir.

Zaman ve zamanlama, reformun ne zaman gerçekleştirileceğinde ve değişimin nasıl yürürlüğe konmasına karar verileceğinde can alıcı bir rol oynamaktadır. Politika belirleyicileri politik, sosyal ve ekonomik çevreleri gözlemlemek, aynı zamanda da reformun sunulması ve uygulanmasını kolaylaştıracak durumları belirlemek durumundadırlar.

MALİ İSTİKRAR

Ekonomik durgunluğun önemli bir kısıtlama olması yüzünden, mali kaynakların varlığı reformun uygulanmasında kritik bir rol oynar. ODA ve BDT ülkelerinde, yeni gelir elde etme metotları ve hizmet sunan kuruluşlar için yeni modellerin geliştirilmesi sağlık hizmetleri bütçesindeki kesintiler nedeniyle yavaşlamaktadır (bazı Orta Asya Cumhuriyetleri'nde bu oran %40' a kadar ulaşır).

Her ne kadar reform tedbirleri maliyetleri kısıtlama ya da tasarruf yoluna gitse de etkileri kısa vadede anlaşılmayabilir. Hastane yönetim sözleşmeleri (hospital contracting) gibi yeni bazı örgütsel düzenlemelerin gelişmesi için enformasyon sistemleri veya işletme eğitimleri gibi bazı ek maliyetler ortaya çıkmaktadır. Hizmet örgütlerinde, alanların, önceliklerinin değiştirilmesi gibi küçük değişimler ek kaynak gerektirmektedir.

Politika belirleyicileri, önerdikleri reformun mali boyutlarını iyi tahlil etmek durumundadır. Amaçlarına ulaşabilmek için belirli bazı alanlara ek yatırım yapmaya hazır olmaları gerekmektedir. Yeni yaklaşımlar geliştirmek veya hizmetlerin düzeninde değişiklikler yapmak ve hatta tasarrufta bulunmak için dahi çoğu zaman mali kararlar alma gereği doğmaktadır.

SİYASİ İRADE VE LİDERLİK

Siyasi irade, politikaların uygulanmasını etkileyen önemli bir unsurdur. Reform programını uygulamada güçlü bir hükümet desteğinin sağlanması başarının temel gereğidir. Birçok ODA ülkesinde sağlık reformlarının sunumunda karşılaşılan zorluklar siyasi iradenin ve politik istikrarsızlığın sonucudur. Çoğu hükümet kısa ömürlü olmuştur, dolayısıyla, idarede gözlenen hızlı değişiklikler farklı reform önerilerinin birbirini izlemesine yol açmıştır. Birçok ODA ve Doğu Avrupa ile BDT ülkelerinde, daha önceki rejimlerde kurulmuş olan sistemleri tamamen farklı sistemlerle değiştirmek gibi bir eğilim gözlenmiştir. Bu da İyinin yerine kötüyü koyma gibi tehlikeli bir sonuç doğurmaktadır (474).

Siyasi liderlerin olmaması da bir başka engeli oluşturmaktadır. Bazı siyasi liderler sadece kendi amaçları doğrultusunda fikir geliştirmekte ve sonuç olarak zayıf politikaların geliştirilmesine neden olmaktadır. Siyasi anlamda bir boşluk olması durumunda, birçok kuruluş, örgüt ve grup, kendileri tarafından kabul edilebilecek değişimler yönünde reform gündemini değiştirebilmektedir. Politikaların formüle edilmesi ve uygulanmasında birçok farklı yaklaşımın olması, herhangi bir ilerleme kaydedilmesine engel olmaktadır (475); bir başka açıdan, reform, sigorta kuruluşları ya da sağlık mesleği mensupları gibi belirli grupların partizanca çıkarlarına alet olabilmektedir.

Reform konusunda ilerleme kaydetmek isteyen bir lideri teşhis edebilmek çok önemlidir. İspanya ve Hollanda, değişim için oybirliğine ulaşmak ve reformun temel hedeflerini ortaya çıkarmak amacıyla, sağlık sektörü dışından kişilere yönelmişlerdir. Hollanda ve Abril'de bir sanayici olan Dekker ve İspanya'da bir politikacı, kendi sağlık sistemleri için, tartışma yaratan ve geniş kitlelerin dikkatini çeken detaylı öneriler üretmişlerdir. Sağlık sektörünün incelenmesi için dışarıdan yardım alınması teşvik edici nitelik taşıyabilmekte fakat aynı zamanda şu anda uygulanmakta olan düzenden çıkar elde eden kişilerin, önerilen değişikliklere karşı çıkmaları riskini de taşımaktadır.

STRATEJİK İTTİFAKLAR

Hükümetler, politikaların uygulanabilmesi için birçok ilgi grupları veya aktörlere bağlı kalmaktadırlar. Bu husus, desantralizasyonun temel strateji kabul edilmesi durumunda daha da önem kazanmaktadır. Yeniden yapılanma daha pasif bir şekilde sonuçlanırsa, bu, politikalarını uygulanabilir hale getirmeye çalışan hükümetlerin başkalarına daha bağımlı hale gelmelerine yol açar. Bu durum özellikle hükümetin, ilaç ve sigorta şirketleri gibi yeni ilgi gruplarının güç kazanıp kendi güçlerinin azalmasına yol açan reformları yasallaştırdığı yer olan Bölge'nin doğu kısmında görülmektedir.

Bu yeni aktörlerin politika sürecine katkıda mı bulunacakları yoksa engellemeye mi çalışacakları kesin olarak anlaşılamamaktadır. Başarılı bir reform uygulamasının kilit noktası, Önerilen değişimleri destekleyen diğer kişiler, örgütler ve gruplarla ittifak oluşturan 'politika yandaşları'nın sayısını artırmak ve politika karşıtları'nın etkilerini daha aza indirmektedir. Etkilerin azaltılması için esnek imtiyaz haklarının getirilmesi veya teşvik gibi yollar seçilebilir. Kısmen başarılı olan bir yaklaşım, iki etkili ilgi grubunu karşı karşıya getirmektir. Yönetici grubun kendileri için bir takım faydalar gördükleri, prestijlerinin arttığı bir durum yaratmak, Yeni Zelanda ve İngiltere reformlarının başarısına katkıda bulunmuştur.

KAMU DESTEĞİ

Genel nüfus, değişime etkide bulunabilecek belirli bir ilgi grubu olarak kabul edilmektedir. Vatandaşları reform ihtiyacı konusunda ikna etmek önemli bir etkiye sahiptir. Buna karşılık, kamu görüşünü yadsımak, değişim sürecini kolaylaştırırsa bile, uzun vadede reform hareketini yavaşlatır ve hatta engelleyebilir.

Bu husus, özellikle, uygulanan reformların sosyal değerler ve piyasa değerleri arasında ihtilafı artırdığı durumlarda daha da önem kazanır. Hollanda'da reform sürecinin sektöre uğrama nedenlerinden biri de budur (446). Aynı zamanda, kamu görüşü, İngiltere'de uygulanan sağlık reformunu yavaşlatmış, özellikle gizli özelleştirmeden yönetilen piyasaya kadar giden bir politika değişimine yol açmıştır (70). Bazı ülkelerde, reforma karşı tepki, politikacı ve hükümetlerin, önerilerinin kamu desteği aldığını düşünerek yanılmaları tehlikesini ortaya çıkarmaktadır.

Kamu desteğini sağlamada işe yarayan bir teknik, reformları sunarken simgeler kullanmaktır. Bu, aynı zamanda sağlık reformunu uygulamada yararlı bir araç olabilmektedir. Simgecilik, halka seslenirken, kelimelerin sözlük anlamını kullanmadan yoruma açık bir dille hitabeti içerir. Simgeciliğin bir zorluğu da, ortaya atılan görüş halk tarafından desteklenebilirken, bunu uygulamak güce ve birtakım çıkarların varlığına veya amaçların paylaşılıp paylaşılmamasına bağlı olmasıdır. Bu bakımdan halkın soruna samimi bir şekilde yaklaşp, değişimi gerçekten gerekli görmesi ve bunun sonucunda halka inandırıcı çözümlerin de sunulması gerekmektedir.

Medya genelde reformların tanıtılmasında ve halk desteğinin sağlanmasında etkili bir araçtır. Örneğin, Kuzeydoğu Brezilya'da devletin reklam konusundaki girişimi sağlık sektörünün bir kısmının düzeltilmesinde önemli etkenlerden biri olmuştur (477). Meksika'da, büyük Ölçüde halk desteği alan bir anket, insanlara seslerini duyurma olanağını sağlayarak onları reformun kuvvetli destekçileri haline getirmiştir (478). Türkiye'de, halk desteğinin sağlanması ve reformun tanıtılması için medya kullanılmıştır. Bu, aynı zamanda halkın, değişime karşı çıkan tıp mesleği mensupları hakkındaki görüşlerini de değiştirmiştir.

SÜRECİN YÖNETİLMESİ

Sağlık politikası uygulamalarının yönetilmesi genellikle bir takım beceriler gerektirir. Bunlardan bir tanesi, politikanın yürürlüğe konacağı koşulların veya çevrenin değerlendirilmesidir. Bu, sadece, uygulamayı etkileyecek olası engellerin tanımlanmasını değil, aynı zamanda süreci kolaylaştıracak etkenlerin bulunmasını da içerir. Yukarıda bahsedilen deneyimler, bazı hükümetlerin reform yararına, çevreyi nasıl ele alıp etkileyebildiklerini göstermektedir.

Uygulamanın yönetilmesinde gerekli olan teknik yeterlilik bir başka beceri sayılmaktadır. Kilit unsurlar, amaçların belirlenmesi, sorumluluğun dağıtılması, yasama veya mali teşvikler gibi mekanizmaların kullanılması ve sürecin hızlandırılmasıdır.

Reform Amaçlarının Belirlenmesi

Başlangıçta amaçların açık olarak belirlenmesi, ne yönde ilerleneceğinin net bir biçimde ortaya konmasını ve sosyal fikir birliğine ulaşılmasını kolaylaştırır. Oysa ki, bazı ülkelerde, politika belirleyiciler, siyasi gündemde dikkatleri dağıtmak amacıyla gerçek amaçları gizleyerek, tartışmaları simgesel bir düzeyde sürdürmüşlerdir. Bu yaklaşım her ne kadar başlangıç sürecini hızlandırmış olsa da, uzun vadede, amaçlara zarar veren bir muhalefet ortamı yaratmıştır. Amaçların açık bir dille net olarak ya da yoruma açık olarak belirtilip belirtilmemesi, hükümetin politik gücünün ve reformları sert muhalefete rağmen uygulama kabiliyetinin ne derecede olduğunu göstermektedir.

Yönetimsel Sorumluluğun Dağıtılması

Avrupa ülkeleri, reform sürecinin yürütülmesi için örgütsel ve yönetimsel düzenlemelerin geliştirilmesi aşamasında farklılıklar göstermektedir. Bazı ülkeler net olarak bir süreç geliştirmemişlerdir. Örneğin, Almanya, Rusya Federasyonu ve İngiltere gibi farklı ülkeler resmi mekanizmalar geliştirmemiş, fakat amaçlarına ulaşmak için bir yasama ve meslek mensupları desteği birliği geliştirmişlerdir. Türkiye ise daha farklı bir yaklaşımı benimseyerek, uygulama için küçük bir birim oluşturmuştur. Amacı, teknik yollardan, reforma olan ihtiyacı ortaya koyarak (halkla ilişkiler ve pazarlama), danışmanlık yöntemleri geliştirerek ve reform taraftan olan gruplarla ittifak kurarak sağlık reformunu gerçekleştirmektir. Süreci yönetmekten sorumlu bu birimin politik destek alması ve yönetim, mali ve yasama araçlarına yeterli ulaşımının olması durumunda bu yaklaşım çok iyi sonuçlar verebilir.

Yasama Yetkisinin Verilmesi

Sürecin ilk aşamalarında uygun kanunların meclisten geçirilmesi, kendiliğinden uygulamaya konmaları anlamına gelmese bile, reformu büyük ölçüde kolaylaştırmaktadır. Bunun bir örneğini ODA ülkelerinde görmek mümkündür. Birçok Kuzey Avrupa ülkesinde sağlık sistemi reformlarının uygulamaya konabilmesi, yasama açısından meşruiyet kazanmalarına bağlıdır. Örneğin Almanya'da, sağlık sistemi reformunun uygulanma hızı, ilgili yönetmelik ve kanunların türüne bağlıdır. Reformların temelini oluşturan bazı yönetmeliklerin uygulanması kolay olmakla birlikte, bazıları, değişik grupların anlaşma ve pazarlıklarına bağlı oldukları için uygulamaya konmaları da zor olmaktadır.

Bununla birlikte, yasama yetkisinin verilmesinin getireceği faydalar, sağlık sisteminin özelliklerine de bağlıdır. Yasama, bazı Güney Avrupa ülkelerinde daha az etkili olmuştur. Aynı zamanda, bazı durumlarda çok detaylı ve karmaşık kanun ve yönetmelikler uygulamayı yavaşlatıp kısıtlayabilmektedirler. Hırvatistan bu konuda iyi bir örnek oluşturmaktadır: basit ve esnek bir yasama, değişimi kolaylaştırmıştır. Yasama gerekli olmakla birlikte, bunun aynı zamanda başka ölçütlerle desteklenmesi, istenilen sonuca ulaşılması açısından önemlidir.

Mali Teşvikler

Mali teşvikler, reformun uygulanması olasılığının artmasında önemli bir rol oynamaktadır. Aynı zamanda sürekli denetimi de sağlamaktadır. Bir yaklaşım, para kaynağının, değişimi başlatması veya pilot yenilikleri karşılaması için dağıtılmasıdır. İngiltere'de hükümet, hastane yönetim sistemlerinin geliştirilmesini hızlandırmak için kaynakları kullanılabilir hale getirmiş (479) ve genel pratisyenlere, ofis yönetimlerini bilgisayar donanımlı hale getirmelerini ve hasta kayıt sistemleri, geliştirmelerini sağlayarak mali destek sunmuştur (480).

Reform Hızı: Ani veya Aşamalı Reformlar

Aşamalı reformlarla karşılaştırıldığında ani ve radikal reformların faydaları hakkında önemli tartışmalar çıkmaktadır. Hızlı ve ani reformların oluşması, temel olarak yönetim oluşumları ve politik iradeye bağlı olmaktadır. Aynı zamanda ekonominin durumu, ya da ilgi gruplarının destek dereceleri gibi kontekste bağlı durumlardan da etkilenmektedir. Yukarıdan aşağı empoze edilen ani reformlar Çek Cumhuriyeti, Yeni Zelanda ve İngiltere'de kısa bir zaman dilimi içerisinde değişimin gerçekleştirilmesi açısından etkili olmuştur. Yine de, asgari sosyal fikir birliğinden yoksun olarak reform uygulamaya çalışmak hem halkın hem de tüp mesleği mensuplarının sert tepkilerine yol açabilmektedir. Aynı zamanda, radikal ve ani bir değişim belli bir ideolojiyi temel aldığı takdirde ve seçilmiş stratejilerin etkilerinin önceden görülebilmesi durumunda -ki bu günümüz Avrupa sağlık reformlarında karşımıza çıkmaktadır- politik ve teknik anlamda uzun vadeli kalıcı bir reformdan bahsetmek mümkün olmamaktadır.

Aşamalı ve nispeten daha yavaş gerçekleşen reform yaklaşımında, değişim, tüm ülke çapında uygulanmadan önce belli bir kısımda uygulamaya geçirilmektedir. Bu yaklaşım bazen daha etkili olabilmekte (463) ve karar verme mekanizmasının daha iyi işletilmesini sağlamaktadır. Uzun vadede, aşamalı reformlar sosyal açıdan, ani reformlarda olduğundan daha kalıcı politikaları gündeme getirmektedir. İsveç, bu konuya güzel bir örnek teşkil etmektedir: önemli örgütsel değişiklikler ilk defa belediyeler tarafından uygulanmış ve bunun avantajlarından yararlanılmıştır. İtalya, teşhise dayalı grupları (DRG) temel alan bir hastane bütçeleme sistemini, tüm ülke çapında uygulamasından önce birçok pilot projede uygulamıştır. Yerel düzeyde uygulanacak bir değişim, sağlık sistemlerini yeniden yapılanmaya açan fakat politik altyapının çok zayıf olduğu ODA ve BDT ülkelerinde daha etkili bir yöntem olabilir (449).

Bununla birlikte, aşamalı reform yaklaşımının birçok dezavantajı da vardır. Reformun yavaş ilerlemesi, önemli ilgi gruplarının bir kısmının değişim gerçekleşmeden önce örgütlenmelerine, dolayısıyla kuvvetli bir direnç yaratmalarına neden olabilir. Bu, Hollanda'da gerçekleşmiş reform sürecinde görülmektedir: Dekker önerilerinin yavaş yavaş uygulamaya konması, sağlık sigortası kuruluşları ve birtakım büyük hastanelerin birleşme yoluyla pazar paylarını devam ettirmelerine yol açmıştır (446).

Sonuç olarak, aşamalı reform uygulamaları sağlık sektöründe kilit rol oynayanların fikir birliğini gerektirmektedir. Bu çeşit reform uygulamalarının, benzer reform süreçlerinin diğer sosyal hizmet sektörlerinde uygulanmasının söz konusu olduğu durumlarda başarılı olma olasılıkları yüksektir. En uygun yaklaşım her ülkede koşullara bağlı olarak farklılık göstermekle birlikte, uygulama sürecinde bir esneklik geliştirilmesinin doğru olduğu yolunda fikir birliğine varılmıştır. Bir çözüm, yasama sürecinde ani reform yaklaşımı ile, sağlık sektörü içindeki kuruluşlarda uzun vadeli değişim uygulamalarını birleştirmek

olabilir. Her bir yaklaşımın test edilmesi, sistematik ve sağlam reforma ulaşma kapasitelerini ölçmekle sağlanabilir. Sağlık reformu kapsamında zor olan, politik olarak doğru olmayan elverişli bir çözüm yerine, bulgulara dayalı politikalar belirlemektir.

Politika belirleyicileri, belirtiler bir hata olduğunu gösterdiği zaman, reformun tutarlılığını bozmayacak şekilde stratejileri değiştirme konusunda hazır olmalıdırlar. Esnekliğe olan ihtiyaç göz önünde bulundurulacak olursa, uygulamadan sonra sağlık bakanlığının oynayacağı rolün çok iyi tanımlanması gerekmektedir.

TEKNİK ALTYAPI VE KAPASİTE

Uygulama, doğru bilgiye olduğu kadar konuyla ilgili teknik beceriye de bağlıdır. Sağlık reformunda en çok ilerleme kaydeden ülkeler, halihazırda ilerlemeyi gözleyecek bilgi sistemlerine sahip ve aynı zamanda politikaları etkileyebilecek yönetsel ve teknik beceriyi bulunduran Kuzey ve Batı Avrupa ülkeleridir. Bu şartlardan bir veya birkaçının olmadığı ülkelerde gelişme çok az olmuştur. Örneğin Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Slovenya nispeten başarılı görünmektedirler, çünkü parçalayıp yeniden oluşturmak yerine, zaten varolan kapasite üzerine reformlarını inşa etmişlerdir. Tıp dernekleri gibi birtakım gruplardan, kapasite oluşturmak konusunda faydalanmış ve kadroları eğitmek için, reformun uygulanması konusunda sorumluluk alabilecek dışarıdan bazı kuruluşlarla çalışmışlardır. Aynı şekilde denetleme ve mali yönetim konularında da kapasite oluşturmuşlardır.

Kısaca, reform için gerekli olan teknik, yönetsel ve altyapısal kapasitenin geliştirilmesi, yasama veya politik çerçeve ile bir arada, gerçekleşmez. İse uygulamanın sağlıklı ve başarılı olması söz konusu olmamaktadır.

Uygulama İçin Stratejiler

Uygulama, yönetsel ve idari anlamda önem taşımakla birlikte, aynı zamanda reform süreci için birleştirici bir rol oynamaktadır (481). Politikaları geliştirmede gerekli olan felsefe ve çaba aynı şekilde uygulama stratejisi belirlemede de gerekli olmaktadır. Bununla birlikte, reform uygulaması tam anlamıyla bir bilim veya otomatik bir süreç değildir. İnancılı bir şekilde uygulanırsa mutlaka başarıya ulaşacak, genel kabul görmüş bir 'stratejiler serisi' diye bir şey yoktur. Daha- sı, her ülkenin kendine ait tarihsel ve ekonomik durumu, hükümet türü ve/veya ilgi gruplarının göreceli güçleri dikkate alınmalıdır. Bu yüzden, bazı stratejilerin her türlü koşulda başarılı olmaları zordur. Dolayısıyla, kimi ülkelerde etkili olduğu kanıtlanan bazı genel stratejiler burada ele alınmıştır.

FAALİYET PLANININ GELİŞTİRİLMESİ

Birçok ülke, uygulamanın idaresi için bir takım uzun vadeli planlar veya faaliyet planları geliştirmişlerdir. Bunların kilit noktaları ise, sorumluluk ve mesuliyet; yönetim yapısı; mali, insan ve teknik kaynakların analizi; fon kaynakları; ve uygulamanın aşamalarıdır, (uygulamayı etkileyecek değişik basamakların ortaya çıkışı ve nasıl ilerleyecekleri anlamında)

Akılcı planlama teorisinden ortaya çıkmış olan bu yaklaşım yararlı olabilir; çünkü uygulamanın idaresinde izlenmesi gereken ana hatları açık ve net bir biçimde ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, politika belirleyiciler bu sürecin yönetiminde esneklik yaratmaya hazır olmalıdırlar. Bu özellikle, reformun iler-

leme hızı ve önceden kabul edilmiş olan programa bağlı kalmak açısından önemlidir.

DEĞİŞİMİ GERÇEKLEŞTİRMEK İÇİN BİR YÖNTEM: AKORDİYON YÖNTEMİ

Reform uygulamasının kendini tekrar eden çok yönlü özellikleri değişim gerçekleştirmek için önerilen Akordiyon Yöntemi'nde ele alınmıştır (482). Akordiyon Yöntemi iki stratejiden faydalanır: fikir birliği yaratmak (direnci azaltmak) ve uygulama inşa etmek. Fikir birliği yaratmak şunları içerir:

- Kültürel ve sosyal değişim konularında korku ve endişeleri asgariye indirmek; ilgi gruplarına ve sistemde önemli rolleri olanlara önerilen değişimin kendilerini nasıl etkileyeceğini düşündüklerini sormak; endişe ve kaygılarını öğrenmek ve bunları çözmenin yollarını araştırmak.
- Değişime olan ihtiyaç ve değişimin etkilerinin anlaşılması gerekmektedir. Algılar ile gerçekler arasındaki fark çok büyük olabilmekte ve bu da direnç ve düşmanlık yaratabilmektedir. Dolayısıyla değişimle amaçlananın ne olduğunun açıklanması bu yönde atılacak önemli bir adım olacaktır.
- Değişimin olumlu yönde desteklenmesi sağlanmalıdır; ilgi gruplarına değişimin kendilerine ve sistemin bütününe getireceği faydaların açıklanması gerekmektedir.
- Değişimin desteklenmesi için, direnç gösteren ilgi gruplarını mümkünse dışarıda bırakarak ittifak yaratılması gerekmektedir. Bu mümkün olmazsa, bir takım teşviklerle, reformu destekleyen grupları ödüllendirerek ya da bazı haklar ve Ödemelerle bu ilgi gruplarının tutumlarını değiştirmelerinde etkili olacak yollar seçilmelidir.
- Sürecin ilk başlarında, ilgi grupları beklenen sonuçlar, ve bunların etkileri konusunda bilgilendirilmelidir. Değişim süreci İçin detaylı bir plan yapılmalı, görev ve sorumluluklar açık bir biçimde ifade edilmeli, gerekli olan kaynaklar belirtilmeli, eğitim ve gerekli kapasite artışlarına olan ihtiyaç belirlenmeli ve ilerlemeyi gözlemek için bir takım dönüm noktaları tanımlanmalıdır.

Politika sürecine paralel bir biçimde yürütülen uygulamanın inşa edilmesi stratejisi, fikir birliği yaratma stratejisinin birçok noktasıyla çakışmaktadır. Yine de, hızlı bir biçimde uygulama yapılabilmesi için bazı önlemler alınabilir.

- Değişim, mantıklı bir zaman dilimine yayılmalıdır, bunu yaparken en az çekişme yaratacak değişim unsurunu ilk önce uygulamaya sokmakta fayda vardır. Güven oluştuktan sonra, daha fazla tartışma ve çekişme yaratacak olan unsurlar zaman içinde ortaya konabilir. Bu yaklaşım Almanya ve Macaristan'da başarıyla uygulanmıştır.
- Herhangi bir politikanın uygulanması, gelişimiyle paralel bir biçimde planlanmalıdır. Politikanın birbiriyle bağlantılı birçok projeden oluşması durumunda, projelerin her biri kendi uygulanma stratejisine sahip olacağından, genel uygulama çok daha basit olacaktır.
- Politikadan etkilenecek olan ilgi gruplarının ve sistemde kilit noktalarda rol oynayan diğerlerinin, destekleyici olsun veya olmasın, bir şekilde

uygulamaya dahil olmaları gerekmektedir. Fikir birliği yaratmanın bir yolu, destekleyenlerin ödüllendirilmesidir. Bununla birlikte, değişime karşı olanların, her ne kadar bu durum onların mevcut durumlarını daha da sağlama almalarına yol açsa da, cezalandırmamaları gerekir.

- Yöntemler; hem ilerlemenin gözlenmesi, hem de değişimin etkilerinin herkes tarafından kabul edilen amaçlara uygunluğu açısından değerlendirilmesi yönünde geliştirilmelidir. İlgili grupları, vaat edilen faydaları görmeyi bekledikleri için bunların gerçekleşmemesi durumunda desteklerini çekebilirler. Değişimle ilgili geri beslemelerin başlangıçtan itibaren yapılması, gerek görüldüğü durumlarda düzeltici ve iyileştirici hareketleri mümkün kılar.

Akordiyon Yöntemi'nin başarı garantisi yoktur. Bununla birlikte, hükümetleri ve diğerlerini, halka maddi yarar sağlayacak olan değişimleri gerçekleştirmeye yönünde yetkilendirmek, getirdiği yararlarından bir tanesidir. Dolayısıyla, herhangi bir süreçte dahil edilmesi gereken iki önemli mekanizma vardır:

- Reformları değerlendirmede resmi bir yöntemin mevcut olmadığı durumlarda, performans izleme mekanizmaları; ve
- Belirsizliği asgariye indirmek amacı ile, planlanan reformlar hakkında açık, net ve tutarlı geri besleme mekanizmaları.

FAALİYETLER İÇİN KONTROL LİSTESİ

Uygulamayı kolaylaştıracak bir takım faaliyetler Tablo 32'de özetlenmiştir. Listenin faydası, politika belirleyicilerin, uygulamada ayakta kalacak, sağlam politikaları belirlemelerini sağlayacak faaliyetleri seçebilmeleridir.

Fikir birliği yaratma ve uygulama taktiklerini içeren bu faaliyetler kendi aralarında birbirleriyle ilgili dört ana başlık altında toplanır:

- *Kapasite/kaynaklar*, uygulama için gerekli olan teknik, yönetsel ve mali altyapılar;
- *Kültürel/sosyal etmenler*, bunlar sağlık sistemi reformlarının uygulanması ve geliştirilmesinde kolaylık sağlayabildikleri gibi engelleme gücüne de sahiptirler;
- *Politik ittifaklar*, başarılı değişimi sağlayabilecek ilişkiler kurma süreci; ve
- *Tüm sistemi etkileyecek faaliyetler*; değişimin kabulü ve uygulanmasını kolaylaştıracak yönetsel görevler.

Bütün bu faaliyetleri başka bir şekilde sınıflandırmak da mümkündür. Bu sınıflama, reformların yönetiminde çok önemli sayılan üç yeteneği temel alarak yapılmaktadır: dışarıya bakabilmek, içeriye bakabilmek ve ileriye bakabilmek (Brinkerhoff, D.W., yayımlanmamış veri, 1995).

Dışarıya bakabilmek, politika belirleyicilerin kendi alanlarının sınırlarından Öteye bakabilmeleri ve yapmaya çalıştıklarının neleri ve kimleri etkileyeceğinin farkında olmaları anlamına gelir. Dışarıya bakabilmek önemli ilgi gruplarını tanımak, katılımı kolaylaştırmak, ortaklık ve ittifak kurmak, açık ve uygulanabilir amaçlar koymak ve birleşme ve koalisyonlar yaratmayı gerektirmektedir.

İçeriye bakabilmek, genelde gözden kaçırılan fakat can alıcı nitelik taşıyan iç yapılanma, sistem ve yöntemleri anlayabilmek demektir. Uygulama için gerekli olan teknik desteğin sağlanması ve/veya geliştirilmesi anlamına gelir.

Tablo 32. Uygulama İçin Kontrol Listesi

Kapasite/kaynaklar	Kültürel/sosyal ekenler	Politik ittifaklar	Sisteme bağlı faaliyetler
Dışarıya bakabilmek Önemli ilgi gruplarına inceleme gezisi yapma olanağı yarat.	Reformu tartışmaya aç ve politika geliştirme sürecini başlat. Sağlık hizmetleri sunucularını yenilikler konusunda cesaretlendir.	İlgi gruplarının faaliyetlerini belirle. Sendikaları ve ilgili kuruluşları sürece dahil et. Uzlaşmaya açık ol.	Açık ve özlu amaçlar koy. Beklenen sonuçları tanımla. Önemli ilgi gruplarını belirle.
İçeriye bakabilmek Gelir getirici mekanizmalar yarat. Vergi sistemi için bir amaç ve net bir faaliyet alanı geliştir. Mali ve denetim yöntemleri geliştir. Değişimlerin etkililiğı ve verimliliğine odaklan. Amaçları mali kaynaklara uygun hale getir. Eğitim yoluyla kapasite geliştir. Performans sistemi ve yerel bilgi temeli geliştir.	Pazar ilkelerine aşırı bağımlılığı önle. Net ve açık bir sorumluluk anlayışı getir.	Sağlık sunucularının lobileşmelerine kısıtlamalar getir. İdeolojik ve anayasal kısıtlamaları göz önünde bulundur.	Tanımlanabilir ve ölçülebilir hedefler koy. Aşırı karmaşık yönetim sistemlerini önle. Teknik konuları yöneticilere bırak.
İleriye bakabilmek Reform finansmanını diğer faaliyetlerden ayrı tut. Anlaşmazlıkları çözmek için mekanizmalar geliştir. Sistemde rol oynayan önemli kişilerin yer değiştirmelerine hazır ol.	İlerlemede düzenli geri besleme mekanizmasını geliştir. Reformu küçük ve geri alınamaz adımlarla ilerlet.	Önemli ilgi gruplarına aşırı bağımlılığı önle. Önemli ilgi gruplarının gündemlerini ayrıntılarıyla belirle.	Yasama yoluyla yönetmelikler geliştir. Mali ve teknik amaçları dengede tut. Gerektiğinde yeni roller belirle.

İleriye bakabilmek, yakın geleceği yönetirken daha ilerisini de gözlemleme yeteneğini belirtir. Bunun anlamı, politika belirleyicilerin uzun vadeli amaçları unutmamaları ve kısa vadeli politika değişikliklerinin bunlarla uyumlu olmasını sağlamaları demektir.

DEĞİŞİM İÇİN ANALİZ

Sağlık hizmetleri reformunun incelenmesi, politikaların teknik özelliklerine odaklanmakta ve içinde bulunulan durum etkenlerini, politika belirleme sürecini ve rol alan kişileri yadsımaktadır. Bu, bazı politika değişimlerinin neden etkili bir şekilde uygulanmadığını ve beklenen bazı politika sonuçlarına neden ulaşamadığını açıklamaktadır. Tablo 33 reform uygulamasının planlanmasını destekleyecek bir takım politika analiz araçlarını önermektedir.

Birçok sağlık hizmetleri reformunun uygulamaya konması zordur çünkü politika belirleyicileri uygulamayı kolaylaştıracak özellikleri belirlememektedirler. Herhangi bir reformun büyük ölçekli incelemesini yapmakla, uygulamadan önce birtakım Önlemler almak mümkündür. Örneğin, mevcut idari yöntemleri kullanarak, hemen uygulamaya sokulabilecek küçük bir değişikliği ortaya koymak, daha fazla tepki ve dirence neden olacak daha büyük, radikal bir değişikliğin yapılmasından daha mantıklıdır. Öte yandan, daha önce belirtildiği gibi, hızla gerçekleştirilen radikal bir değişiklik daha başarılı olabilmektedir.

Aynı şekilde, değerleri açık hale getirmek politika belirleyicilere ve araştırmacılara kendilerinin ve diğerlerinin bakış açılarını görmek ve politikayı nasıl etkileyeceklerini veya birbirleriyle nasıl çeliştiklerini anlamakta yardımcı olacaktır. Genel olarak, değerleri açık hale getirmek, politikanın tasarlanmasına yardımcı olmakta fakat bazı durumlarda direnç yaratabilmekte ve verimsiz olabilmektedir.

İlgi gruplarını analiz ederken, muhtemel destek ve muhalefetin ana hatlarını belirlemek mümkündür. Politik haritaların çıkarılması sırasında ilgi gruplarının analizinin tanımlanması, uygulamayı etkileyecek altı aşamadan bir tanesidir (483). Birincisi, tanımlanan her bir örgütün hedeflerinin belirlenmesi ve tanımlanan hedeflerin her birinin örgütsel önceliklerinin (yüksek, orta, düşük) ortaya konmasıdır. Diğer aşama, Örgütsel yapıdan elde edilen bilgilere dayanarak örgüt içindeki bağlantılar ve ittifakları ortaya çıkaracak bir politika ağı şeması oluşturulmasıdır.

İlgi gruplarının konumları tanımlanıp incelendikten sonra, politika belirleyiciler değişik taktikler uygulayabilirler. Uygulamayı sekteye uğratma riskini göze alıp ilgi gruplarını yadsıyabilirler; imaj yaratma ve politika değişikliğine olan ihtiyacı 'satma' yoluyla halkla ilişkiler yaklaşımını benimseyerek karşılayabilirler; itirazları önceden görerek buna uygun politikalar belirleme yoluyla 'gizli anlaşma' yapabilirler; ve en son olarak da, politika tasarımında ilgi gruplarıyla birlikte çalışarak 'açık anlaşma' yoluna gidebilirler (484).

Mali, teknik ve yönetsel kaynakların incelenmesi herhangi bir politikanın uygulanmasının bir parçası olmalıdır. Reform yanlıları, değişime karşı tepki ya da karşılık olmak üzere iki senaryo ile karşı karşıya kalabilirler. Birincisi, büyük etkileri olacak bir politikadan bahsediliyorsa hükümet, yüksek düzey yöneticiler, bürokratlar ve politikacılar için, kazanılacak pay kritik bir önem taşır. Bu durumda, reformu ayakta tutabilmek için ayrılacak kaynaklar da aynı oranda

Tablo 33. Uygulamayı destekleyecek politika analiz araçları

İnceleme konusu	Planlama faaliyeti
Politika değişikliğinin uygulanmasındaki kolaylıkları analiz et.	Değişikliği kolaylaştıranı durumları incele, gerekli görüldüğünde düzeltmeler yap. (açık ve net amaçlar, basit teknik özellikler, kısa bir zaman dilimi, gözle görülür faydalar, iyi hesaplanmış maliyetler)
Politikanın temelini oluşturan değerleri analiz et.	Politika kararlarına temel oluşturan makro ve mikro düzey değerleri belirle. Değerler politikayla çelişiyorsa, destek için harekete geç.
İlgi gruplarının analizini yap	Dirençte bulunacak veya ulusal ve uluslararası düzeyde politika değişikliğinin tanıtımını yapacak ilgi grupları ya da kişileri gözden geçir.
Mevcut mali, teknik ve yönetsel kaynakları incele.	Dış kaynaklı fonların maliyet ve fayda analizini yap; maaş düzeylerini gözden geçir; davranış değişikliği için teşvikleri incele; eğitim, yeni enformasyon sistemleri veya diğer kaynaklara olan ihtiyacı belirle; cezai yaptırımları gözden geçir.
Stratejik uygulama sürecini geliştir.	Politikanın uygulamaya konması için yapılacak incelemelere planlamacılar ve yöneticileri dahil et; politika değişikliğini destekleyenler arasında örgütsel bir ağ kur; belirsizliği yönet; kamuoyu haberdar et; danışmanlık, denetleme ve "ince ayar" mekanizmalarını kur

büyük olacaktır. Burada, politikanın yönetiminde, yeteneklerin önemi büyük olmaktadır. İkincisi, paylar nispeten daha düşük ve gerekli kaynaklar aynı derecede önemliyse en büyük etkiye yerel düzeyde maruz kalacaktır. Başarılı bir uygulamayı garanti etmek teşvik edici unsurlara, yönetim yeteneklerine, eğitime ve bilgiye bağlıdır (469).

Stratejik uygulama sürecinin inşa edilmesi, planlayın ve yöneticilerin, reformun gelişimini gözlemlemeleri ve denetlemelerini gerektirmektedir. Örneğin, hangi ilerlemenin ölçülmesi gerektiği konusunda kıstaslar oluşturmak, bütçe ve diğer kaynaklardaki değişimlere bakmak ve sonuçları izlemek, bu kişilerin görevi olmaktadır (484). Aynı zamanda klinik ya da diğer branşlarda başarılı kişileri belirleyip destek vermek de bu görevler arasında sayılabilir. Lomas (485), liderlerin yeniliklere açık olmaları halinde, diğerlerinin de onları izlediğini kanıtlamıştır. Gerçekten de, çoğu uygulamanın başarısı, hizmet sunumunda beklenen standartların oluşmasını sağlayan kurallar konması ya da

değişimi özendirecek bir takım unsurların ortaya konması gibi davranış ve tutumların değişmesine yardımcı olacak stratejilerin belirlenmesine bağlıdır. Daha önce de belirtildiği gibi, Brezilya'da ve Meksika'da bu çeşit kampanyalar reformun gerekliliğini açıklamaya ve reformun yararlarını kamunun kabul etmesine yardımcı olmuştur (477,478).

Uygulamayı planlamak aynı zamanda belirsizliğin yönetilmesi anlamına da gelebilir. İş ortamındaki belirsizlik, daha fazla bilgiye ihtiyaç olduğunu gösterir; değerler hakkında belirsizlik, amaçların tekrar düşünülmesi ve açıklığa kavuşturulması gerekliliğini ortaya koyar; konuyla ilgili kararlarda belirsizlik ise, daha fazla eşgüdümüne ihtiyaç olduğunu gösterir (486).

Dolayısıyla, politikanın incelenmesi, süreç içindeki değişik aşamalarda faydalı olabilecek çeşitli araçlar sağlamaktadır. Değişik aşamalardan kasıt, gündeme bir madde getirilmesinden başlayarak belirli bir politikanın nasıl uygulanacağına kadar giden süreçtir. Sağlık hizmetleri reformu çoğu ülkede siyasi gündemde yer almaktadır. Bundan sonraki aşama ise reformun başlangıcındaki niyetlerin uygulamaya geçirilmesinin sağlanması olacaktır.

8 İzlenecek Yol

Avrupa Sağlık Reformu çerçevesinde güncel örneklerden belirli sonuçlar çıkarmak oldukça zordur. Sağlık ve tıp hizmetleri gibi çok yönlü sektörlerde ve Avrupa bölgesi gibi geniş coğrafi alanlarda, her bir politikaya karşı bazı zıt trendler gelişmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetleri reformu, tüm nüfus için sağlık kazancını en yüksek seviyeye çıkarmayı amaçlayan, geniş bir sektörlerarası stratejinin bileşimi olarak algılanabilir. Bu kitap, bütün bu farklılıklara rağmen sağlık hizmetleri reformunda geçerlilikleri olan gözlemlerin yapılabildiğini göstermektedir.

Bugüne kadar edinilen tecrübeler, sağlık reformunun, başarılı olması bekleniyorsa, yalın bir maliyet sınırlamasından öteye gitmesi gerektiğini göstermektedir. Her ne kadar bölgenin tüm kısımlarında mali baskılar politikaların belirlenmesini etkilese de, etkili ve sağlam bir reformun, sağlık hizmetlerinin sosyal bir fayda sağlamasını ve belirli politika ölçütlerinin sağlık kazancını ve nüfusun tümünün sağlık durumlarını iyileştirilmesini gerektirmektedir. Pratikte, maliyet sınırlaması sağlık hizmetleri reformunun gerekli bir bileşeni olmakla birlikte tek başına yeterli olmamaktadır. Gerçekten, sağlık hizmetleri gibi karmaşık bir sosyal hizmet sunumunda ekonomik teorilerin yerinde uygulanamaması, mali olduğu kadar tıbbi ve sosyal boyutlarda da verimsiz sonuçlara yol açmaktadır.

Arz Odaklı Reformların Gerçekleştirilmesi

Bu çalışma Avrupa'daki sağlık reformları stratejilerini analiz etmek için bazı farklı kavramsal ilkeler üzerine kurulmuştur. Bunlar, sağlık sistemlerinin hakkaniyetli, etkili ve verimli olmalarını etkileyen belirli stratejileri kapsamaktadır. Aynı şekilde, bu stratejilerin sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi, dağıtımı ve sunumu ile ilgili unsurları etkileyip etkilemediklerini ve belirli bazı stratejilerin hastalar, üçüncü şahıs sigortacılar ve üçüncü şahıs alıcılar veya hizmet sunucular üzerinde ne kadar yoğunlaştıklarını kapsamaktadır.

Değişik düzeylerde gerçekleşen bu incelemelerin politikaya olan etkileri, çeşitli kategorileri iki geleneksel ekonomik parametreye ayıran kavramsal bir yol ile özetlenebilir: politikanın sağlık sistemine talep odaklı müdahaleleri ve bunun tam tersi olan, arz odaklı müdahaleleri.

Bu kavramsal yol iki kuramsal ayrıma bağlıdır. Birinci ayırım grubu "arz" terimini Avrupa sağlık sistemindeki mevcut uygulamayı daha etkin kılmak amacıyla yeniden tanımlamıştır. Diğer çalışmalarda, ekonomik kuramın sağlık hizmetine uyarlanması iki bölümden oluşan bir model olarak kabul edilir: sunucu kurumlardan oluşan üretim boyutu ve hizmet satın alanlardan oluşan mali boyut. Bu çalışma için benimsenen analitik model üç kısımdan oluşan bir çerçeveden yararlanır: sağlık hizmeti finansmanı (para nasıl çoğaltılır), sağlık hizmeti üretimi (nasıl harcanır), dağıtım mekanizması (hizmet sunuculara nasıl dağıtılır) (487). Bu üç bölümlü model çoğu batı Avrupa ülkelerinin sağlık sistemlerinde gözlenen reform değişikliklerinin doğasını daha iyi yansıtır. Bu ülkelerde, sağlık sistemine finansman sağlanmasında değişiklik yapılamamak-

ta, fakat sunuculara finansman dağıtılmasını sağlayan tahsis mekanizmalarında önemli değişimler yapılabilmektedir.

Vergiye dayalı sağlık sistemlerinde, tahsis mekanizmalarındaki değişiklikler, hizmet veren kuruluşları yöneten kamu otoriteleri tarafından yapılır. Aynı zamanda bunlar, kamuya karşı sorumludurlar. Sonuç olarak buradaki tanımıyla 'arz odaklı'; tahsis mekanizması ile hizmetlerin üretimlerini birleştirmek anlamına gelmektedir.

İkinci ayırım grubu sağlık hizmetlerine yönelik, toplam nüfus odaklı talep ile hasta odaklı talep arasındaki farkla ilgilidir. Toplam nüfus odaklı talep, tedavi edici sağlık hizmetlerini etkileyen politika kararları ile değiştirilebilir. Bunlara örnek tütün ve alkol kullanımını azaltıcı sağlık stratejileri veya birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu olabilir. Sağlık politikası yukarıda sözü edilen sağlık taleplerinden birini veya her ikisini hedeflese bile, son dönemlerdeki birçok sağlık sistemi reformu çoğunlukla hasta odaklı talepler üzerinde yoğunlaşmışlardır.

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'nün yürüttüğü çalışmalar, sağlık politikasını belirleyenlerin, sağlık sisteminde hasta odaklı talebe müdahale etme çabalarının olumlu sonuç vermediğini göstermektedir. Maliyet paylaşımı düzenlemeleri veya kamu sağlığı paketinin kısıtlanması gibi maliyeti hastaya göre düzenleyen önlemler, hakkaniyet sorunlarına yol açmış ve halkın tepkisiyle karşılaşmıştır.

Bütün bu olumsuzluklara rağmen, ODA ülkelerinin bir kısmı ile BDT ülkelerinin çoğunda görülen ekonomik zorunluluklar, talebe yönelik reformu gerektirmektedir. Bu ülkelerin birçoğunda prim ödemelerinin toplama oranları bütçede gösterilen hedef düzeylerde değildir. Batı Avrupa'da, sağlık politikalarını belirleyenler hasta odaklı talebe dayanan mekanizmalara itibar etmemekte; etseler bile bunun etkilerini en aza indirmeye çalışmaktadırlar. Bu örneklerden biri de, eşitsizliğe yol açacak müdahaleleri engellemek amacıyla, daha düşük gelirliilere gelir transferi ödemelerinin yanı sıra mağdur olan gruplar ve/veya sağlık hizmetine en fazla gereksinimi olanlara yönelik muafiyetlerdir. Batı Avrupa'da klinik hizmetler arasındaki öncelikler hala tartışılıyor olsa bile, uygulamada hükümetler varis damarlarının kozmetik tedavisi ve suni dölleme gibi sadece birkaç küçük yönetime yönelik ödemeleri kısıtlamayı istemektedir. Politika belirleyicilerinin "temel sağlık hizmetleri paketleri"ni belirleme çalışmalarına karşın, hükümetlerin sağlık hizmetlerini erişimi kısıtlama konusunda isteksizliği, verilen hizmetlerin %90-95'inin "temel sağlık hizmeti" olarak nitelendirilmesine yol açmıştır.

Aynı şekilde, rekabet ortamı yaratmak yoluyla üçüncü şahıs sigortacılar daha etkili teşvikler sunma çalışmaları ekonomik teori kapsamında etkili görülebilir, fakat sağlık sisteminin sosyal boyutları ele alındığında, önemli sayılan bir takım olumsuz sonuçlar da beraberinde getirmektedir. Hükümetlerin sağlık sistemlerinin finansmanına yönelik rekabete dayanan teşvikleri belirlemeye çalıştığı durumlarda, yanlış seçimler ("işin kaymağını alma") hakkındaki endişeler, özel sigortacıların girişimci özgürlüğünü kısıtlamaya zorlamıştır. Burada olduğu gibi, hasta odaklı talep yönündeki diğer önlemlerin, rekabetçi teşviklerin mali bir etkiye sahip olacak kadar güçlü olduğu durumlarda, önemli sosyal hedefler üzerinde çok fazla zarara yol açmalarından dolayı, politik açıdan güvenilirmez olarak nitelendirilirler.

Bunun tam aksine, kaynak tahsisinden sağlık hizmetlerinin üretimine kadar uzanan bir süreçte, sağlık sistemlerinin hizmete yönelik çabaları, tüm zorluklara rağmen nispeten başarılı ve güvenilir bulunmuştur. 1980'lerde, tahsise yönelik müdahaleler, genel olarak düzenleyici nitelik taşımakta ve azami harcamaların belirlenmesi gibi makro düzeylere odaklanmıştır. 1990'lardaki reformlarda, politika araçları, standart düzenleyici önlemlerle birlikte piyasadan etkilenebilen teşvik mekanizmalarını bir araya getirmeye ağırlık vermiştir. Kamu tarafından işletilen sağlık sistemlerinde görülen sözleşme ve/veya görevlendirme ve profesyonel ve kurumsal sunuculara yönelik performansa dayalı ödeme sistemleri, arz odaklı gruplamaya dahil olan "planlı piyasa" mekanizmaları arasında yer alır. En son yenilikler arasında, birinci basamak sağlık hizmeti veren kişi ve kuruluşlara hastane bütçesi ayrılması; ilaç harcamalarını kontrol altına almak için referans fiyatlandırması, kesin liste ve belirleyici bütçe gibi düzenleyici önlemler yer almaktadır. Koroner by-pass ameliyatı gibi zor acil prosedürlerin sunumunun bölgeselleştirmesi amaçlı çalışmalar gibi sermaye planlama önlemleri de bu gruba dahil edilebilir.

Hizmet üretimi ve sunumu alanlarındaki son reform müdahaleleri, yönetsel verimliliğin ve tıbbi müdahalelerin kalitesinin ve etkinliğinin sağlanması gibi, kurumsal düzeydeki değişikliklerin vurgulanmasında oldukça başarılı olmuştur. Bu seviyedeki reform müdahaleleri oldukça kapsamlıdır. Bu müdahaleler çok çeşitlilik göstermekte ve sonuca bağlı faaliyetler içermektedir. Bunlar arasında kalite güvencesi çalışmaları, sürekli sağlık hizmeti kalitesinin geliştirilmesi, teknolojinin değerlendirilmesi, tıbbi uygulama talimatları, hastane örgütünün yeniden yapılandırılması, (bu, özerk hastane yapısı ve kamu kuruluşlarında yetkinin desantralizasyonu yoluyla kurumsal yönetimin iyileştirilmesi konularını içermektedir), temel ve toplum sağlığının rollerini geliştirerek tıbbi müdahaleleri daha az yoğun ve daha uygun olan sektörlere yönlendirme sayılabilir.

Devlet Yönetmeliklerinin Düzenlenmesi

Hükümetlerin çeşitli sağlık sektör hedefleri arasında sağlam bir denge kurabilmesi, arza odaklı müdahalelerin, makro (sistem) düzeyin yanı sıra mikro (kurumsal) düzeyde de birleştirilmesine bağlıdır. Yukarıda da belirtildiği gibi bu birleşimin, geleneksel düzenleyici araçların yanı sıra bir takım piyasa odaklı teşvikleri de dikkatli bir şekilde kısıtlaması gerekmektedir. Kamu hastanelerinin yetkilerinin bölge ve belediyelere dağıtılması çabası, 1990'larda Avrupa'da en başarılı politik teşebbüslerden biri olmuştur. Buna ek olarak desantralizasyon, hastanelerin yönetsel yetkilerinin özerk kurum ve kuruluşlar şekline dönüştürülmesini içermektedir. Diğer taraftan, Güney Avrupa, ODA ve BDT ülkelerinin birçoğunda hala görüldüğü gibi, sağlık bakanlıklarının hastaneleri doğrudan idare etmemesi gerektiği de ortaya çıkmıştır. Devletin sağlık sektöründeki rolü, stratejik planlama, izleme, sonuca bağlı düzenleme ve uygun olduğu zamanlarda da hizmet sunanlara yönelik özel sektör piyasaları oluşturma olarak kendini göstermektedir. Kamu politikası analistleri tarafından yapılan bir benzetme hükümetin sağlık sektörünü kaynak yönünden "daha fazla kontrol etmeyi ve daha az tartışma konusu yapmayı" öğrendiğini göstermektedir. Aynı şekilde

taleple ilgili olarak, gelir elde etme konusunda devlet aktif bir rol almaya devam etmelidir.

Sektörde dayanışmanın sağlanması isteniyorsa, herkesin sigorta kapsamına alınması konusunda devletin garanti edici ve düzenleyici rolünün azaltılmaması gerekmektedir. Gerçekten de, Avrupa'nın batısında, sistemden kaynaklanan maliyetlerin karşılanması konusunda ulusal politika belirleyicilerinin uzun vadede başarılan, bu ülkelerin sağlık hizmetleri sistemine gelir akışını kontrol edecek gerekli politika araçlarından çoğunu uygulamalarına bağlıdır.

Hastalar açısından politika belirleyicilerinin karşılaştıkları güçlük, hastaların gücünü, dayanışma ve maliyet sınırlamasında başarılı olabilmek için gerekli olan düzenleyici ve Özendirici stratejileri desteklemeye yönlendirmek olmuştur. Çoğu ülkenin deneyimleri göstermektedir ki, hastaların seçimleri tam bir hizmet karşılığı ödeme sistemi ile bağlantılı olmadığı sürece, sabit harcama tavanının ve katı hizmet sunucu bütçelerinin etkililiği ve verimliliğine katkıda bulunmaktadır. Bu konuda politika belirleyicileri, bütünüyle acemi ve bölünmüş talebe dayalı kuvvetten ziyade, geniş sınırlı arza dayalı strateji içinde hasta seçimini sağlayan mekanizmalar kullanmaktadırlar. Bu yaklaşım 1990'larda bazı Batı Avrupa sağlık sistemlerinde başarıyla uygulanmıştır ve son tecrübeler varsaymaktadır ki daha disiplinli bir hasta seçimi ODA ülkeleriyle BDT ülkelerinde zorunludur.

POLİTİKA SARKACININ DengeDE TUTULMASI

Sarkaç benzetmesi, kamu politikasında sürekli olarak kullanılan bir benzetmedir. Başlangıçtaki konumdan tatmin olmayan politika belirleyicileri, sarkacı, yörüngesi üzerinde aksi yöne çevirmekle yani, temel değişiklikler yapmakla görevlendirilmişlerdir. Aksi yönün eksiklikleri ve ikilemleri ile ilgili daha fazla bilgi elde edildikçe, hareket tekrar eski pozisyona doğru yönelir. 1990'lardaki Avrupa sağlık sistemi reformunda, diğer tüm kamu politikası alanlarında olduğu gibi, politikaları belirleyenlerin karşılaştıkları güçlük politikanın iki uç arasında sallanmasını engelleyebilmektir. Önlerindeki yol kaçınılmaz olarak reform öncesi ve sonrasının unsurlarını bir araya getirmektedir.

Bugünlerde, Avrupa Bölgesindeki değişik ülkeler bu döngünün çeşitli aşamalarında. Birçok Batı Avrupa ülkesi büyük denemelere başlamıştır. Reform uygulamalarına en erken başlayan ülkeler olan Kuzey Avrupa ülkelerinde ise, en radikal konum olan piyasa odaklı teşviklerden, reforma başlamadan önceki konuma, yani kamu tarafından yürütülen eşgüdüm ve işbirliği konumuna doğru önemli bir hareket başlamıştır. Aynı şekilde, ODA ülkelerinde, bugün karşılaşılan zorlukları, eski Sovyet döneminde, verimli ve etkili olmasa bile en azından işleyen sağlık sistemleriyle karşılaştırma eğilimi ve bunun sonucunda nasıl ilerleneceğinin bilinmemesi durumu vardır. Sarkacın dengede kalmasını sağlama çabalarına ek olarak, politika belirlerken, kültürel özellikler, sosyal değerler ve gelişmenin sosyoekonomik düzeyi açısından Avrupa ülkeleri arasında görülen çeşitlilik göz önüne alınmalıdır. Bu çeşitlilik, bir ülkede uygulanabilen reform stratejilerinin, diğer bir ülkede uyarılama süreci yaşanmadan, niçin uygulanamadığını açıklamaktadır. Farklı siyasi bağlamları yansıtacak biçimde, her ülke özelinde uygun stratejilerin belirlenmesi gerekmektedir.

Dolayısıyla, sağlık sektöründeki gelişmenin bugünkü aşamasında tüm Avrupa'da ve hatta coğrafi alt bölgelerinde uygun ve uygulanabilir olan politika

stratejilerinden bahsetmek için erkendir. Gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinin 'birbirine benzemesi' konusunda süregelen son tartışmalar, satın alma veya sözleşme gibi bazı teknik mekanizmalara, çeşitli sistemlerde uygulanma amaçlarından daha fazla önem yüklemiştir. Derinlemesine araştırıldığında, sağlık politikası bağlamında politik ve kültürel değerlerde görülen sosyal farklılıklar, bölgenin batı ve doğusundaki sağlık sistemleri arasında önemli ayrımlar olduğunu göstermektedir. Aynı şekilde bölgenin batı ve doğusu da kendi içlerinde farklılık göstermektedir.

DEĞİŞİMİN YÖNETİLMESİ

Sağlık politikasını belirleyenlerin, yukarıda bahsedilen politika sarkacının değerlendirilmesi, politikaların başka ülkelere uygulanmasındaki zorluklar ve ülkeler arasındaki farklılıklardan çıkaracakları sonuç, reformun gereksizliği ve karşılaşılan sorunlara uygun çözümler bulunamayacağı olmamalıdır. Gerçekten de, Avrupa'nın sağlık reformu deneyimi ve talep odaklı teşvikler şu gerçeği ortaya koymuştur: sağlık reformu, başarılı olabileceği gibi başarısız da olabilir; kökten olabileceği gibi ılımlı da olabilir; birinci basamak sağlık hizmetlerini ve hakkaniyeti güçlendirebileceği gibi bunlara zarar da verebilir; sosyal devletin ahlaki temelini sağlamlaştırabileceği gibi, çürütebilir. Sağlık sisteminin hedeflerine ulaşması, politika belirleyicilerinin karşılaştıkları politik ortamlara esnek ve yaratıcı olarak cevap verebilmelerine bağlıdır. Diğer ülkelerden edinilen reform tecrübeleri bu sürecin vazgeçilmez parçası olmakla birlikte, reform mekanizmalarını yerel duruma uyarlamak da aynı şekilde vazgeçilmezdir. Sağlık reformunun temel ilkeleri ulusal düzeyde geçerlidir, dolayısıyla, bunların uygulanması her bir ülkenin ihtiyaçları ve beklentilerine bağlıdır. Bölüm 7'de belirtildiği gibi, reformun uygulamaya sunulmuş biçimi, hangi reformun benimsendiği kadar önemlidir. Gelecekte karşılaşılabilecek durum karmaşık olabilir fakat ilerleme için önem taşımaktadır. Son on yılda Avrupa bölgesinde sağlık hizmetinin nasıl değiştiğine bakarak, gelecek yıllarda ne kadar yol alınacağını görmek mümkündür.

Referanslar

1. CASSEELS, A. *Health sector reform: key issues in less developed countries*. Geneva, World Health Organization, 1995 (document WHO/SHS/NHP/95.4).
2. *The reform of health care systems: a review of seventeen OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1994 (Health Policy Studies, No.5).
3. BERMAN, P. Health sector reform. Making health development sustainable. *Health Policy*, 32: 3-13 (1995).
4. MAXWELL, R.J. *Health and wealth: an international study of health spending*. Cambridge, MA, Lexington Books, 1981.
5. PAUL, S. *Capacity building for health sector reform*. Geneva, World Health Organization, 1995 (document WHO/SHS/NHD/95.8).
6. SALTMAN, R.B. & VON OTTER, C. *Planned markets and public competition. Strategic reform in northern European health systems*. Buckingham, Open University Press, 1992.
7. SALTMAN, R.B. The context for health reform in the United Kingdom, Sweden, Germany, and the United States. *Healthy policy* (in press).
8. BENSON, J.K. The interorganizational network as a political economy. *Administrative science quarterly*, 20: 229-249 (1975).
9. HABERMAS, J. *Theorie de tagir communicationnel*. Paris, Fayard, 1987.
10. SEN, A. *Inequality reexamined*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1992.
11. CLARK, D.G. Autonomy, personal empowerment and quality of life in long-term care. *Journal of applied gerontology*, 7(3): 279-297 (1998).
12. CANGUILHEM. *Le normal et le pathologique*. Paris, Presses Universitaires de France, 1966.
13. GUATTARI, F. Pour une refondation des pratiques sociales. *Le monde diplomatique*, (463). 26 (1992)
14. EVANS, R.G. & STODDART, G.L. Producing health, consuming health care. In: Evans, R.G. ET AL., ed. *Why are some people healthy nd others not?* Berlin, deGruyter, 1994.
15. FISCHER, F. *Technocracy and the politics of expertise*. Newbury Park, Sage, 1990
16. SALTMAN, R.B. Emerging trends in the Swedish health sysytem. *International Journal of health services*, 21(4). 615-623 (1991).
17. BOURDIEU, P. *Raisons pratiques*. Paris, Editions de Minuit, 1994.
18. CONTANDRIOPOULOS, A.P. Reformer le systeme de sante: une utopie pour sortir d'un status quo impossible. *Ruptures*, 1(1). 8-26 (1994).
19. ROBINSON, R. & LE GRAND, J. Contracting and the purchaser-provider split. In: Saltman, R.B. & VON Otter, C, ed. *Implementing planned markets in health care*. Buckingham. Open University Press, 1995.

20. *EBRD transition report*. London, European Bank for Reconstruction and Development, 1996.
21. WELLINGS, K. Assessing AIDS/HIV prevention. What do we know in Europe. General population. *Sozial- und Präventivmedizin*, 39 (Suppl.): 14-46 (1994).
22. MURRAY, C.J.L. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bulletin of the World Health Organization*, 72(3): 429-445 (1994).
23. BARNUM, H. Evaluating healthy days of life gained from health projects. *Social science and medicine*, 24: 833-841 (1987).
24. MURRAY, J.L. & BOBADILLA, J.L. Epidemiological transitions in the formerly socialist economies: divergent patterns of mortality by cause of death. In: Bobadilla, J.L. & Costello, C, ed. *Mortality profiles and adult health interventions in the Newly Independent States*. Washington, DC, National Academy of Sciences, 1996.
25. BOWLING, A. *Measuring health: a review of quality of life measuring scales*. Buckingham, Open University Press, 1991.
26. GUDEX, C. *QALYs and their use by the health service*. York, Centre for Health Economics, 1988 (Discussion Sayfa No. 20).
27. MURRAY, C. & LOPEZ, A. *Global comparative assessments in the health sector. Disease burden, expenditures and intervention packages*. Geneva, World Health Organization, 1994.
28. WORLD BANK. *World development report 1993. Investing in health*. New York, Oxford University Press, 1993.
29. GUNNING-SCHEPERS, L.J. ET AL. Population interventions reassessed. *Lancet*, 1:479-481 (1989).
30. CHENET, L. ET AL. Changing life expectancy in central Europe: is there a single reason. *Journal of public health medicine*, 18 (3): 329-336 (1996).
31. CHENET, L. ET AL. Changing life expectancy in the 1980s: why was Denmark different? *Journal of epidemiology and community health*, 50 (4): 404-407 (1996).
32. BOBAK, M. & MARMOT, M. East-west mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. *British medical journal*, 312: 421-425 (1996).
33. EURONUT-SENECA. Nutrition and the elderly in Europe. *European journal of clinical nutrition*, 45 (Suppl.): 326-345 (1991).
34. EVANS, R.G. ET AL., ed. *Why are some people healthy and others not?* Berlin, de Gruyter, 1994.
35. SMITH, D.G. ET AL. The magnitude and causes of socio-economic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall Study. *Journal of epidemiology and community health*, 44: 265-270 (1990).
36. WILKINSON, R.G. Income distribution and life expectancy. *British medical journal*, 304: 165-168 (1992).
37. KAPLAN, G.A. ET AL. Inequality in income and mortality in the United States. Analysis of mortality and potential pathways. *British medical journal*, 312: 999-1003 (1996)

38. BEN-SHLOMO, Y. ET AL. Does the variation in the socioeconomic characteristics of an area effect mortality? *British medical journal*, **312**: 1013-1014(1996)
39. HAJDU, P. ET AL. Changes in premature mortality differentials by marital status in Hungary and in England and Wales. *European journal of public health*, 5:259-264(1995).
40. BOSMA, J.H.A. *A cross-cultural comparison of the role of some psychosocial factors in the etiology of coronary artery disease. Follow-up to the Kaunas-Rotterdam intervention study (KRIS)*. Maastricht, Maastricht University Press, 1994.
41. *HIV/AIDS surveillance in Europe*. Saint-Maurice, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 1996.
42. LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa, Information Canada, 1974.
43. KARLEN, A. *Plague's progress: a social history of man and disease*. London, Victor Gollancz, 1995.
44. *World population prospects 1950-2025*. New York, United Nations, 1992.
45. INDREDAVIK, B. ET AL. Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial. *Stroke*, **22**: 1026-1031 (1991).
46. DE LORGERIL, M. ET AL. Mediterranean alpha-linoleic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. *Lancet*, **343**: 1454-1459 (1994).
47. AUSTOKER, J. Diet and cancer. *British medical journal*, **308**: 1610-1614 (1994).
48. *OECD health data 96*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1996.
49. *OECD health data 95*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1995.
50. ABEL-SMITH, B. Who is the odd man out? *Health and society*, 63 (1): 1-17 (1985).
51. ABEL-SMITH, B. *Cost containment and new priorities in health care: a study of the European Community*. Aldershot, Avebury Ashgate, 1992.
52. *Trends in health status, services, and finance - the transition in central and eastern Europe*, Washington, DC, World Bank, 1996 (Technical Paper, No. 341).
53. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human development report 1996*. Oxford, Oxford University Press, 1996.
54. SMEE, C. Self-governing trusts and GP fundholders. The British experience. In: Saltman, R. & von Otter, C., ed. *Implementing planned markets in health care*. Buckingham, Open University Press, 1995, pp. 177-208.
55. WHITEHEAD, M. Is it fair? Evaluating the equity implications of the NHS reforms. In: Robinson, R. & Le Grand, J., ed. *Evaluating the NHS reforms*. London, King's Fund Institute, 1994, pp. 208-242.
56. DIDERICHSEN, F. Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden. *Health policy*, **32**: 141-153 (1995).

57. DAHLGREN, G. Framtidens sjukvårdsmarknader- [Future health care markets]. Stockholm, Hatur och Kultur, 1994.
58. DUNNING, A. *Choices in health care: a report by the government committee on choices in health care. Executive summary.* Rijswijk, Ministry of Welfare, Health and Culture, 1992.
59. WENNBERG, J.E. Dealing with medical practice variations: a proposal for action. *Health affairs*, 3(2): 6-31 (1984).
60. SALTMAN, R. & VON OTTER, C, ed. *Implementing planned markets in health care.* Buckingham, Open University Press, 1995.
61. SALTMAN, R.B. Patient choice and patient empowerment in northern European health systems: a conceptual framework. *International journal of health services*, 24(2): 201-229 (1994).
62. ENTHOVEN, A. *Reflections on the management of the NHS.* London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.
63. SALTMAN, R.B. & VON OTTER, C. Revitalizing public health care systems. A proposal for public competition in Sweden. *Health policy*, 7: 21-40 (1987).
64. LE GRAND, J. & BARTLETT, W. *Quasi-markets and social policy.* London, Macmillan, 1993.
65. YOUNG, D.W. & SALTMAN, R.B. *The hospital power equilibrium - physician behaviour and cost control.* Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1985.
66. MCLACHLAN, G. & MAYNARD, A. *The public/private mix for health.* London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1982.
67. DE ROO, A.A. Contracting and solidarity: Market-oriented changes in Dutch health insurance schemes. In: Saltman, R.B. & von Otter, C., ed. *Implementing planned markets in health care.* Buckingham, Open University Press, 1995, pp. 45-64.
68. HUNTER, D.J. & GUENTER, B. The financing of health care. In: Harrington, P. & Ritsatakis, A., ed. *European Health Policy Conference: Opportunities for the Future, Copenhagen, 5-9 December 1994. Vol. IV. Health care reforms for health gain.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/HFAP 9401/CNO1 (IV)), pp. 15-27.
69. HAM C. *Management and competition in the new NHS.* Oxford, Radcliffe Medical Press, 1994.
70. HAM, C. & BROMMELS, M. Health care reform in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom. *Health affairs*, 13(5): 105-19 (1994).
71. *Renewing the NHS.* London, Parliamentary Labour Party, 1995.
72. VON OTTER, C. Applying market theory to health care. In: Hunter, D., ed. *Paradoxes of competition in health care.* Leeds, University of Leeds, 1991.
73. JOST, T.S. ET AL. The British health care reforms, the American health care revolution, and purchaser/provider contracts. *Journal of health politics, policy and law*, 20(4): 885-908 (1995).
74. KETTL, D.F. *Sharing power: public governance and private markets* Washington, DC, Brookings Institution, 1993.
75. RONDINELLI, D. Government decentralisation in comparative theory and practice in developing countries. *International review of administrative sciences*, 47:133-145(1981).

76. SALTMAN, R.B. & AKANOV, A. *Decentralization: the case of Kazakhstan*. Geneva, World Health Organization, 1996 (document).
77. CHEEMA, G. & RONDINELLI, D. *Decentralisation and development*. Newbury Park, Sage, 1983.
78. RONDINELLI, D. ET AL. *Decentralisation in developing countries*. Washington, DC, World Bank, 1983 (Staff Working Paper No. 581).
79. COLLINS, CD. & GREEN, A.T. Decentralisation and primary health care: some negative implications in developing countries. *International journal of health services*, 24(3): 459-475 (1994).
80. BÖRGENHAMMER, E. *At varda liv: organisation, etik, kvalitet* [Looking after life: organization, ethics, quality]. Stockholm, SNS Forlag, 1993.
81. REGAN, D.E. & STEWART, J. An essay in the government of health: the case for local authority control. *Social policy and administration*, 16. 19-43 (1982).
82. GOLINOWSKA, S. & TYMOWSKA, K. Poland. In: Johnson, N. *Private markets in health and welfare*. Oxford, Berg, 1995.
83. ANELL, A. Implementing planned markets in health care: the case of Sweden. In: Saltman, R.B. & von Otter, C, ed. *Implementing planned markets in health care*. Buckingham, Open University Press, 1995, pp. 209-226.
84. FREIRE, J.M. Health care reforms in Spain. In: Artundo, C. et al., ed. *Health care reforms in Europe*. Madrid, Ministry of Health and Consumer Affairs, 1993.
85. HUNTER, D. ET AL. Optimal balance of centralized and decentralized management responsibilities. In: Saltman, R.B, et al., ed. *Critical challenges for European health policy*. Buckingham, Open University Press (in press).
86. MARTIKAINEN, A. & UUSIKYLÄ, P. *Restructuring health policies- the Finnish case*. Helsinki, University of Helsinki, 1996.
87. OROSZ, E. *Decentralization and health care system change in Hungary*. Budapest, Eotvos Lorand University, 1995.
88. HUNTER, D.J. The case for closer co-operation between local authorities and the NHS. *British medical journal*, **310**: 1587-1589 (1995).
89. BARR, N. *The economics of the welfare state*. London, Weidenfeld and Nicolson, 1987.
90. MUSGROVE, P. *Public and private roles in health*. Washington, DC, World Bank, 1996.
91. RUBAS, L. *Health care transformation in the Czech Republic: analysis of the present situation and objectives for the future*. Prague, Committee for Social Policy and Health, Parliament of the Czech Republic, 1994.
92. CHINITZ, D. Israel's health policy breakthrough: the politics of reform and the reform of politics. *Journal of health politics, policy and law*, **20(4)**: 909-932(1995).
93. LIGHT, D.W. The radical experiment: transforming Britain's national health system to interlocking markets. *Journal of public health policy*, **13(2)**: 146-155(1992)

94. ORN, P. Socials tyre I sens utredning om Medanalys: flera hundra förfälskade provsvar lämnade Laboratorieföretaget [The assessment of MEDANALYS by the Ministry of Social Affairs: several hundred falsified sample results left the laboratory]. *Ldkartidningen*, 93(7): 532(1996)
95. WHITE, J. *Competing solutions*. Washington, DC, Brookings Institution, 1995.
96. OSBORNE, D. & GAEBLER, T. *Reinventing government*. Reading, MA, Addison Wesley, 1993.
97. ORESKOVIC, S. The miracle of centralisation. *Eurohealth*, 1(1): 25-26 (1995).
98. TCHERNJAVSKU, V. E. & KOMAROV, Y. *Decentralization and changes in the functioning of health care system in the Russian Federation*. Moscow, MedSocEconInform, 1996.
99. MILLS, A. Decentralisation and accountability in the health sector from an international perspective: what are the choices? *Public administration and development*, 47: 281-292 (1994).
100. STEWART, J. *Accountability to the public*. London, European Policy Forum, 1992.
101. NHS EXECUTIVE. *Local freedoms, national responsibilities*. Leeds, NHS Executive, 1994.
102. CARLSEN, F. Hospital financing in Norway. *Health policy*, 28(2): 79-88 (1994).
103. ARNSTEIN, S.R.A ladder of citizen participation. *American Institute of Planners journal*, 35(4): 216-224 (1966).
104. McKEE, M. ETAL. Leap of faith over the data tap. *Lancet*, 345(8963): 1449-1450(1995).
105. *Local voices: views of local people in purchasing for health*. London, NHS Executive, 1992.
106. FLUSS, S.J. *Patients' rights, informed consent, access and equality*. Sweden, Nerenias and Santeris Publishers, 1994.
107. MARTENSTEIN, L.F. The codification in the Netherlands of the principal rights of patients: a critical review. *European journal of health law*, 2: 33-44 (1995).
108. DEPARTMENT OF HEALTH. *Being heard: the report of a review committee on NHS complaints procedures*. London, H.M. Stationery Office, 1994.
109. DEPARTMENT OF HEALTH. *Acting on complaints*, London, H.M. Stationery Office, 1995.
110. DEPARTMENT OF HEALTH. *Consumers and research in the NHS: an R and D contribution to consumer involvement in the NHS*. Leeds, NHS Executive, 1995.
111. GROENEWEGEN, P.P. ET AL. *Remunerating general practitioners in western Europe*. Aldershot, Avebury Ashgate, 1991.
112. STAEHR JOHANSEN, A. Primary care in Denmark. In: Alban, A. & Christiansen, T., ed. *The nordic lights: new initiatives in health care systems*. Odense, Odense University Press, 1995, pp. 81-105.
113. JONSSON, E. *Konkurrens inom sjukvården. Vad säger forskningen om effekterna?* [Competition within health care. What does research say about, the effects?]. Stockholm, SPRI, 1993.

114. VAN DE VEN, W.P.M.M. ET AL. Risk-adjusted capitation: recent experiences in the Netherlands. *Health affairs*, **13(5)**: 120-136(1994).
115. BRUSTER, S. ET AL. Survey of hospital patients. *British medical journal*, **309**: 1542-1546(1994)
116. BOSANQUET, N. Improving health. In: Jowell, R. et al, ed. *British social attitudes: the 11th report*. Aldershot, Dartmouth, 1994.
117. CARTWRIGHT, A. & WINDSOR, J. *Outpatients and their doctors*. London, H.M. Stationery Office, 1992.
118. COULTER, A. General practice fundholding. *European journal of public health*, 5(4): 233-239 (1995).
119. *Fundholding: the main report*. London, Audit Commission, 1996.
120. MAHON, A. ET AL. Choice of hospital for elective surgery referral: GPs' and patients' views. In: Robinson, R. & LeGrand, J., ed. *Evaluating the NHS reforms*. London, King's Fund Institute, 1994, pp. 108-129.
121. LEAVY, R. et al., Consumerism and general practice. *British medical journal*, 298:737-739(1989).
122. JONES, D. ET AL. Monitoring changes in health services for older people. In: Robinson, R. & Le Grand, J., ed. *Evaluating the NHS reforms*. London, King's Fund Institute, 1994.
123. CALNAN, M. ET AL. *Going private: why people pay for their care*. Buckingham, Open University Press, 1993.
124. FLYNN, R. Managed markets: consumers and producers in the national health service. In: Burrows, R. & Marsch, A., ed. *Consumption and class, divisions and change*. Basingstoke, Macmillan, 1992.
125. SYKES, W. ET AL. *Listening to local voices: a guide to research methods*. Leeds, Nuffield Institute for Health Services Studies, 1992.
126. WINKLER, F. Consumerism in health care: beyond the supermarket model. *Policy and politics*, 15 (1): 1-8 (1987).
127. BOWLING, A. *What people say about prioritising health services*. London, King's Fund Institute, 1993.
128. HEGINBOTHAM, C. Rationing. *British medical journal*, 304(6825): 496-499 (1992).
129. *Perspectives on health promotion*. Ottawa, Canadian Public Health Association, 1995.
130. DEKKER, E. Health care reforms and public health. *European journal of public health*, 4(2): 281-286 (1994).
131. *Health promotion and health care system reforms: a consensus statement. First meeting of the European Committee for Health Promotion Development, Dublin*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/HEP/O11).
132. LEVIN, L.S. & ZIGLIO, E. Health promotion as an investment strategy: considerations on theory and practice. *Health promotion international*, **11**: 33-40 (1996).
133. WHITE, M. ET AL. Hungary: a new public health. *Lancet*, **341**: 43-44 (1993).

134. *Expert Committee on Public Health Administration. First report.* Geneva, World Health Organization, 1952 (WHO Technical Report Series, No. 55).
135. WINSLOW, C.E.A. *Evolution and significance of the modern public health campaigning.* New York, Arno, 1923.
136. AMERICAN INSTITUTE OF MEDICINE. *The future of public health.* Washington, DC, National Academy Press, 1988.
137. ACHESON, E.D. *Public health in England. Report of the committee of enquiry into the future development of the public health function.* London, H.M. Stationery Office, 1988.
138. FRENK, J. The new public health. In: *The crisis of public health: reflections for the debate.* Washington, Pan American Health Organization, 1992, pp. 68-85.
139. KUNST, A.E. & MACKENBACH, J.P. *Measuring socioeconomic inequalities in health.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/RPD416).
140. DUBOS, R. *Mirage of health.* New York, Harper Colophon, 1979.
141. DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. *Inequalities in health: report of a research working group (The Black Report).* London, H.M. Stationery Office, 1980.
142. *Targets for health for all.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (European Health for All Series, No. 1).
143. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v(1986).
144. TSOUROS, A.D. The WHO Healthy Cities Project: state of the art and future plans. *Health promotion international*, 10(2): 133-141 (1995).
145. PUSKA, P. ET AL. *Community control of cardiovascular diseases: the North Karelia project.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1981.
146. SECRETARY OF STATE FOR HEALTH. *The health of the nation.* London, H.M. Stationery Office, 1992.
147. ROBINSON, M. ET AL. *Health of the nation: every government department's business.* London, RSM Press, 1996.
148. MCCARTHY, M. & REES, S. *Health systems and public health medicine in the European Community.* London, Royal College of Physicians, 1992.
149. DESENCLOS, J.-C. ETAL. Variations in national infectious disease surveillance in Europe. *Lancet*, **341**: 1Q03-1006 (1993).
150. DIXON, R.E. Costs of nosocomial infections and benefits of infection control programs. In: Wenzel, R.P., ed. *Prevention and control of nosocomial infections.* Baltimore, Williams & Williams, 1987, pp. 19-25.
151. ROBERTS, J.A. & SOCKETT, P.N. The socio-economic impact of human *Salmonella enteritidis* infection. *International journal of food microbiology*, **21**: 117-129(1994).
152. O'BRIEN, J.M. ETAL. Tempting fate: control of communicable disease in England. *British medical journal*, **306**: 1461-1464 (1993).
153. HEINZ-TROSEN, A. *Zur Reglementierung der Prostituten - insbesondere zur Arbeit der Gesundheitsämter der Bundesrepublik Deutschland West.* Bonn, Öffentliches Gesundheitswesen, 1991.

154. ROSEWITS, B. & WEBBER, D. *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt-am-Main, Campus-Verlag, 1990.
155. JESSE, M. & MARSHALL, T. *Health care systems in transition: Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document).
156. VAN DE VEN, W.P.M.M. ET AL. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. *Social science & medicine*, 39(10):1405-1412(1994).
157. ROSE, G. Sick individuals and sick populations. *International journal of epidemiology*, 14: 32-38 (1985).
158. BACH, S. Managing a pluralist health system: the case of health care reform in France. *International journal of health services*, 24(4): 593-606 (1994).
159. GRAF VON DER SCHULENBURG, J.-M. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care: a German perspective. *Social science & medicine*, 39(10): 1473-1481 (1994).
160. NONNEMAN, W. & VAN DOORSLAER, E. The role of the sickness funds in the Belgian health care market. *Social science & medicine*, 39(10): 1483-1495 (1994).
161. MCKEE, M. ET AL. Health sector reform in the Czech Republic, Hungary and Romania. *Croatian medical journal*, 35: 238-244 (1994).
162. STEENBERG, J. Post-Soviet public health administration in Estonia. *World health forum*, 15: 335-338 (1994).
163. BELLER, M. Epidemiology and public health in the Yagodnoye district. *Alaska medicine*, 34: 21-27 (1992).
164. BOJAN, F. ET AL. Status and priorities of public health in Hungary. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 1(Suppl.): 48-55 (1994).
165. SHAPIRO, S. ET AL. Ten-to-fourteen-year effect of screening on breast cancer mortality. *Journal of the National Cancer Institute*, 69: 349-355 (1982).
166. TABAR, L. ET AL. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. *Lancet*, 1: 829-832 (1985).
167. MCKEE, M. ET AL. Preventing sudden infant deaths - the slow diffusion of an idea. *Health policy* (in press).
168. MCKEE, M. ET AL. Public health medicine training in the European Community, is there scope for harmonization? *European journal of public health*, 2: 45-53 (1992).
169. APPLEBY, J. *Financing health care; in the 1990s*. Buckingham, Open University Press, 1992.
170. ABEL-SMITH, B. ET AL. *Choices in health policy: an agenda for the European Union*. Luxembourg and Aldershot, Office for Official Publications of the European Communities and Dartmouth Publishing Company, 1995.
171. ABEL-SMITH, B. & MOSSIALOS, E. Cost containment and health care reform: a study of the European Union. *Health policy*, 28(2): 89-132 (1994).
172. RUBIN, R.J. & MENDELSON, D.N. *A framework for cost-sharing policy analysis*. Basle, Pharmaceutical Partners for Better Health Care, 1995.
173. FELDMAN, R. & DOWD, B. What does the demand curve for medical care measure? *Journal of health economics*, 12(2): 193-200(1993).

174. PREKER, A.S. & PEACHEM, R.G.A. *Searching for the silver bullet: market mechanisms and the health sector in central and eastern Europe*. Washington, DC, World Bank, 1995.
175. AKIN, J. ET AL. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform. A World Bank policy study*. Washington, DC, World Bank 1987.
176. JIMENEZ, E. Pricing policy in the social sectors: Cost recovery for education and health in developing countries. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1987.
177. MOONEY, G. & RYAN, M. Agency in health care: getting beyond first principles. *Journal of health economics*, 12(2): 125-135 (1993).
178. LABELLE, R. ET AL. A re-examination of the meaning and importance of supplier induced demand. *Journal of health economics*, 13(3): 347-368 (1994).
179. PAULY, M.V. Editorial. A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *Journal of health economics*, 13(3): 369-372 (1994).
180. FUCHS, V.R. Physician-induced demand: a parable. *Journal of health economics*, 5(4): 367 (1986).
181. MOONEY, G. *Key issues in health economics*. Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf, 1994.
182. EVANS, R.G. *Strained mercy: the economics of Canadian health care*. Toronto, Butterworths, 1984.
183. RICE, T. Demand curves, economists, and desert islands: a response to Feidman and Dowd. *Journal of health economics*, 12(2): 201-204 (1993).
184. MCCELLAN, M. The uncertain demand for medical care: a comment on Emmett Keeler. *Journal of health economics*, 14(2): 239-242 (1995).
- 3 85. EVANS, R.G. ET AL. *User fees for health care: why a bad idea keeps coming back*. Toronto, Canadian Institute for Advanced Research Program in Population Health, 1993.
186. FAHS, M.C. Physician response to the United Mine Workers' cost-sharing program: the other side of the coin. *Health services research*, 27(1): 25-45 (1992).
187. STODDART, G.L. ET AL. *Why not user charges? The real issues*. Ontario, The Ontario Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice, 1993.
188. *The reform of health care: a comparative analysis of seven OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1992 (Health Policy Studies, No. 2).
189. RODWIN, V.G. & SANDIER, S. Health care under French national health insurance. *Health affairs*, 12(3): 111-131 (1993).
190. *German health reforms: changes result in lower health costs in 1993*. Washington, DC, United States General Accounting Office, 1994 (Report GA-O/HEHS95-27).
191. NOLAN, B. Economic incentives, health status and health services utilisation. *Journal of health economics*, 12(2): 151-169 (1993).
192. JONSSON, B. & GERDTHAM, U.G. Cost sharing for Pharmaceuticals: the Swedish reimbursement system. In: Mattison, N., ed. *Sharing the costs of*

- health: a multicountry perspective*. Basle, Pharmaceutical Partners for Better Health Care, 1995.
193. BALABANOVA, D. Health care reforms in Bulgaria: current problems and options for development. *Eurohealth*, 1(2): 25-28 (1995).
 194. PREKER, A.S. & HERBERT, W.B. Healing the wounds. In: Paine, L., ed. *New world health*. London, Sterling Publications, 1995, pp. 15-18.
 195. VON BREDOW, L. The reform of health care in the Czech Republic. *Eurohealth*, 1(2): 22-25 (1995).
 196. KINCSES, G. The role of co-payment. The possibilities and barriers of adaptation in central-eastern Europe. Budapest, National Information Center for Healthcare, 1995.
 197. ABEL-SMITH, B. & FALKINGHAM, J. Financing health services in Kyrgyzstan: *the extent of private payments*. London, London School of Economics, 1995.
 198. RASELL, M.E. Cost sharing in health insurance - a re examination. *New England journal of medicine*, 332(17): 1164-1168 (1995).
 199. NEWHOUSE, J.P. A design for a health insurance experiment. *Inquiry*. 11(1): 527 (1974).
 200. MANNING, W.G. ETAL. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *American economic review*, 77(3): 251-277 (1987).
 201. VAN DOORSLAER, E. & WAGSTAFF, A. Equity in the finance of health care: methods and findings. In: van Doorslaer, E. & Wagstaff, A. *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford, Oxford University Press, 1993.
 202. KLEIN, R. On the Oregon trail: rationing health care. *British medical journal*. 302: 1-2(1991).
 203. HUNTER, D. *Rationing dilemmas in health care*. Birmingham, National Association of Health Authorities and Trusts, 1993.
 204. DANIELS, N. *Just health care*. Cambridge, Cambridge University Press, 1985.
 205. CHURCHILL, L.R. *Rationing health care in America*. South Bend, IN, University of Notre Dame Press, 1987.
 206. HARRIS, J. QALYfying the value of life. *Journal of medical ethics*, 13: 117-123 (1987).
 207. KLEIN, R. Dimensions of rationing: who should do what? *British medical journal*, 307(6899): 309-311 (1993).
 208. HEGINBOTHAM, C. & HAM, C. *Purchasing dilemmas*. London, Kina's Fund Institute, 1992.
 209. MAYNARD, A. Developing the health care market. *Economic journal*, 101: 177-186(1991).
 210. HEGINBOTHAM, C. Health care priority setting: a survey of doctors, managers and the general public. In: Smith, R., ed. *Rationing in action*. London, BMJ Publishing Group, 1993.
 211. SWEDISH PARLIAMENTARY PRIORITIES COMMISSION. *Prioritising in health care*. Stockholm, Ministry of Health and Social Affairs, 1995.
 212. HAM, C.J. ET AL. *Priority setting for health gain*. London, Department of Health, 1993.

213. BARKER, J. *Local NHS health care purchasing and prioritising from the perspective of Bromley residents - a qualitative study*. Bromley, Bromley Health Authority, 1995.
214. BOWIE, C. ET AL. Consulting the public about health services priorities. *British medical journal*, **311**: 1155-1158 (1995).
215. KLEIN, R. & REDMAYNE, S. Patterns of priorities. Birmingham, National Association of Health Authorities and Trusts, 1992.
216. HOUSE OF COMMONS HEALTH COMMITTEE. *Priority setting in the NHS: purchasing*. London, H.M. Stationery Office, 1995 (Report HC 134-1).
217. APPLEBY, J. ET AL. *Acting on the evidence*. Birmingham, National Association of Health Authorities and Trusts, 1995.
218. COCHRANE LIBRARY, OXFORD. *Cochrane Collaboration*. London, BMJ Publishing Group, 1996 (database).
219. DEPARTMENT OF HEALTH. *Government response to the first report for the health committee session 1994-95*. London, H.M. Stationery Office, 1995.
220. BRINDLE, D. Fresh limits on NHS feared. *The guardian*, 30 August 1995, p. 1.
221. KLEIN, D.H. Who should live and who should die? *Inquiry*, **31(3)**: 239-240 (1994).
222. KITZHABER, J.A. Prioritising health services in an era of limits: the Oregon experience. *British medical journal*, **307**: 373-377 (1993).
223. *Prioritization of health services*. Portland, Oregon Health Services Commission, 1991.
224. NATIONAL ADVISORY COMMITTEE ON CARE. Third report: core services of 1995/96. Wellington, Health and Disability Support Services, 1994.
225. CUMMING, J. Core services and priority setting: the New Zealand experience. *Health policy*, 29: 41-60 (1994).
226. HAM, C.J. Health care rationing. *British medical journal*, **310**: 1483-1484 (1995).
227. BODENHEIMER, T. & GRUMBACH, K. Financing universal health insurance: taxes, premiums, and the lessons of social insurance. *Journal of health politics, policy and law*, 17(3): 438-462 (1992).
228. GLASER, W.A. *Health insurance in practice*. San Francisco, Jossey-Bass, 1991.
229. ROEMER, M.I. *National health systems of the world*. Oxford, Oxford University Press, 1991.
230. ELLENCWEIG, A.Y. & CHINITZ, D.P. Israel's health system reform. *European journal of public health*, 3(1): 85-91 (1993).
231. BECKMAN, M. & ZARKOV3C, G. Transition to health insurance in former socialist countries. In: *The process and management of change - transition to a health insurance system in the countries of central and eastern Europe. Proceedings of the second meeting of the Working Party on Health Care Reforms in Europe, Essen, Germany, 19-21 October 1993*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document E-UR/ICP/PHC 216(C)).
232. STRUK, P. & MARSHALL, T. *Health care systems in transition: Czech Republic*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document).

233. MASSARO, T.A. ET AL. Health system reform in the Czech Republic. Policy lessons from the initial experience of the general health insurance company. *Journal of the American Medical Association*, 271(23): 1870-1874 (1994).
234. SKACKOVA, D. & MARSHALL, T. *Health care systems in transition: Slovakia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document).
235. TOMES, I. Albania - social insurance in Albania: a system in transition. *International social security review*, 47(1): 73-79 (1994).
236. The process of restructuring Hungarian health care- 1990-94. Budapest, Ministry of Welfare, 1994.
237. TCHERNJAVSKII, V.E. & MARSHALL, T. *Health Care systems in transition: Russian Federation*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (document).
238. TRAGAKES, E. Health care reforms in the CCEE/NIS: issues of spending, health insurance and efficiency. In: Harrington, P. & Ritsatakis, A., ed. *European Health Policy Conference: Opportunities for the Future, Copenhagen, 5-9 December 1994. Vol. V. Health challenges in central and eastern Europe and the newly independent states*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/HFAP 94 O1/CNO1 (V)), pp. 55-74.
239. ENSOR, T. Health system reform in former socialist countries of Europe. *International journal of health planning and management*, 8: 169-187 (1993).
240. CHINITZ, D. ET AL. Balancing competition and solidarity in health financing. In: Saltman, R.B. et al., ed. *Critical challenges for European health policy*. Buckingham, Open University Press (in press).
241. CURTIS, S. ET AL. Health care reforms in Russia: the example of St Petersburg. *Social science & medicine*, 40(6): 755-765 (1995).
242. PREKER, A.S. ET AL. *Health status, health services and health expenditure: trends during the transition in CEE*. Washington, DC, World Bank, 1995.
243. VULIC, S. & MARSHALL, T. *Health care systems in transition: Croatia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (document).
244. VIENONEN, M., ed. The Fifth Meeting of the Expert Network on Health and , ' .Health Care Financing Strategies, Ljubljana, Slovenia, 14-16 November : \1995.Antidotum, Suppl. No. 1, 1996.
245. HARCUS, I. *European health care insurance - growing opportunities in the private sector*. London, Financial Times Business Information, 1994 (Financial Times Management Report).
246. FELDBAUM, E.G. & HUGHESMAN, M. *Health care systems: cost containment versus quality*. London, Financial Times Business Information, 1993 (Financial Times Management Report No. 147).
247. MARGA, I. & MARSHALL, T. *Health care systems in transition: Latvia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document).
248. ASHFORD, D.E. *The emergence of the welfare state*. New York, Oxford University Press, 1986.
249. ESPING-ANDERSEN, G. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1990.

250. CULYER, A.J. Health, health expenditures, and equity. In: van Doorslaer, E. et al., ed. *Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective*. Oxford, Oxford University Press, 1993, pp. 299-319.
251. PAULY, M.V Overinsurance and public provision of insurance: the role of moral hazard and adverse selection. *Quarterly, journal of economics*, 88: 44-62 (1974).
252. ROTHCHILD, M. & STIGLITZ, J. Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information. *Quarterly journal of economics*, 90: 629-649 (1987).
253. WAGSTAFF, A. ET AL. Equity in the finance of health care: some international comparisons. *Journal of health economics*, 11(4): 361-387 (1992).
254. FRIEDMAN, M. & FRIEDMAN, R. *Free to choose*. New York, Free Press, 1981.
255. BERG, A. ET AL. *Public perception of the health system following implementation of the National Health Insurance Law: selected preliminary findings from a survey of the general population (an executive summary of a research report)*. Jerusalem, Brookdale Institute, 1996.
256. WASEM, J. Der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich - Chancen für eine neue Wettbewerbsordnung in der GKV. *Sozialer Fortschritt*, 42: 31-39(1993).
257. SCHNEIDER, M. Health care cost containment in the Federal Republic of Germany. *Health care financing review*, 12(3): 87-101 (1991).
258. DE SWAAN, A. *De mens is de mens een zorg* [People are a concern to people]. Amsterdam, Muelenhoff, 1989.
259. HARRISON, A. *From hierarchy to contract*. Newbury, Policy Journals, 1993.
260. KONGSTVEDT, P.R. *The managed health care handbook*. Gaithersburg, MD, Aspen, 1993.
261. *Changing health care in the Netherlands*. The Hague, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1988.
262. SHEIMAN, I. Forming the system of health insurance in the Russian Federation. *Social science & medicine*, 10: 1425-32 (1994).
263. HAM, C. Contestability: a middle path for health care. *British medical journal*, 312: 70-71 (1996).
264. GLASER, W. *Paying the doctor*. San Francisco, Jossey-Bass, 1970.
265. CONTANDRIOPOULOS, A.P. ET AL. Systemes de soins et modalites de remuneration. *Sociologie du travail*, 1(90): 95-115 (1990).
266. POUVOURVILLE, G. Le paiement de l'acte medical: une comparaison avec la France, les Etats-Unis et le Quebec. *Journal deconomie medicale*, 5(1): 5-20(1987).
267. HICKSON, G.B. ET AL. Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behaviour in a randomized prospective study. *Pediatrics*, 80(3): 344-350 (1987).
268. VAYDA, E. A comparison of surgical rates in Canada and in England and Wales. *New England journal of medicine*, 289: 1224-1229 (1973).
269. VAYDA, E. ET AL. A decade of surgery in Canada, England and Wales, and the United States. *Archive of surgery*, 117: 846-853 (1982).

270. RICE, T. The impact of changing Medicare reimbursement rates on physician-induced demand. *Medical care*, **21**: 803-815 (1983).
271. RICE, T. Physician initiated demand for medical care: new evidence from the Medicare program. *Advances in health economics and health services research*, 5: 129-160(1984).
272. LABELLE, R. ET AL. *Financial incentives and medical practice: evidence, from Ontario on the effect of changes in physician fees on medical care utilization*. Ontario, Centre for Health Economics and Policy Analysis, 1990.
273. ROCHAIX, L. Adjustment mechanisms in physicians' services markets. Thesis, Department of Economics, University of Newyork, 1991.
274. ROCHAIX, L. Financial incentives for physicians: the Quebec experience. *Health economics*, 2.163-176 (1993).
275. KEELEER, E.B. & BRODIE, M. Economic incentives in the choice between vaginal delivery and Caesarean section. *Milbank quarterly*, **71(3)**: 365-404 (1993).
276. DONALDSON, C. & GERARD, K. Paying general practitioners: shedding light on the review of health services. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 39(320): 114-117 (1989).
277. LUFT, H.S. How do health maintenance organizations achieve their savings? *New England journal of medicine*, **298**: 1336-1343 (1978).
278. GREENFIELD, S. ET AL. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care: results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, **267**: 1624-1630 (1992).
279. STEARNS, S. ET AL. Physician responses to fee-for-service and capitation payment. *Inquiry*, 29: 416-425 (1992).
280. ELLIS, R.P. & MCGUIRE, T.G. Optimal payment systems for health services. *Journal of health economics*, 9: 375-396 (1990).
281. DELNOIJ, D.M.J. *Physician payment systems and cost control*. Utrecht, NIVEL, 1994.
282. ROCHAJX, L. *The French health care system at the crossroads. Proceedings of the Second European Conference in Health Economics*. Paris, CREDES-CES, 1992.
283. HUGHES, D. & YULE, B. The effect of per-item fees on the behaviour of primary healthcare. *Journal of health economics*. **11** (4): 413-438 (1992).
284. ROBINSON, J.C. Payment mechanisms, nonprice incentives, and organisational innovation in health care. *Inquiry*, 30(3): 328-333 (1993).
285. HILLMAN, A.L. ET AL. How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations? *New England journal of medicine*, **321**: 86-92 (1989).
286. HEMENWAY, D. ETAL. Physicians' responses to financial incentives. Evidence from a for-profit ambulatory care center. *New England journal of medicine*, 322(15): 1059-1063 (1990).
287. STODDART, G.L. Reflections on incentives and health system reform. In: LopezCasasnovas, G., ed. *Incentives in health systems*, Berlin, Springer-Verlag, 1991, pp. 75-95.
288. PETERSEN, L.K. *Hospital financing in Denmark*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1995.

289. *Strategy for health*. Warsaw, Ministry of Health and Social Welfare, 1994. -
290. SOURTY-LE GUELLEC, M.-J. Hospital financing in France. In: Wiley, M.M., ed. *Hospital financing in seven countries*. Washington, DC, Government Printing Office, 1995.
291. LEIDL, R. Hospital financing in Germany. In: Wiley, M.M., ed. *Hospital financing in seven countries*. Washington, DC, Government Printing Office, 1995.
292. WILEY, M.M. Budgeting for acute hospital services in Ireland: the case-mix adjustment. *Journal of the Irish Colleges of Physicians and Surgeons*, 24:283-290 (1995)
293. MAPELLI, V. Hospital financing in Italy. Paris, Organisation for Economic Cooperation and development, 1995.
294. SOLSTAD, K. & NYLAND, K. *Financing acute hospitals in Norway*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1995.
295. PFEIFFER, K.P. The model of a new hospital financing system in Austria - its possible effects on hospitals. In: Schwartz, F.W. et al., ed. *Fixing health budgets: experience from Europe and North America*. London, Wiley and Sons, 1996.
296. JAMSEN, R. & KLEMOLA, K. *Financing acute hospitals in Finland*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1995.
297. BARTLETT, W. & LE GRAND, J. The performance of trusts. In: Robinson, R. & Le Grand, J., ed. *Evaluating the NHS reforms*. London, King's Fund Institute, 1994, pp. 54-73.
298. WILEY, M.M. *Hospital financing and payment systems: a review of selected OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1995.
299. MOSSI ALLOS, E. & ABEL-SMITH, B. Pharmaceuticals. In: Baldwin, R., ed. *Regulation in question: the growing agenda*. London, London School of Economics, 1995.
300. AARON, H. Economic aspects of the role of the government in the health care. In: van der Gaag, J. & Perlman, M., ed. *Health, economics and health economics*. Amsterdam, North-Holland, 1981.
301. ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American economic review*, 53(6): 941-73 (1963).
302. CULLIS, J. & WEST, P. *The economics of health: an introduction*. New York, New York University Press, 1979.
303. ABEL-SMITH, B. *Value, for money in health services: a comparative study*. London, Heinemann, 1976.
304. TEELING-SMITH, G. *Medicines for the year 2000*. London, Office of Health Economics, 1979.
305. WELLS, N. *Pharmaceuticals among the sunrise industries*. London, Croom Helm, 1986.
306. BARRIE, G.J. *Patents and Pharmaceuticals*. New York, New York University Press, 1977.
307. COOPER, M.C. *Prices and profits in the pharmaceutical industry*. Oxford, Pergamon Press, 1966.

308. INTERMINISTERIAL PRICES COMMITTEE. *Activity Report*. Rome, Ministry of Health Of Health, 1995.
309. VARTHOLOMEOS, J. & TINIOS, P. The structure and reform of social security and the demand for Pharmaceuticals in Greece. In: Mossialos, E. et al., ed. *Cost containment, pricing and financing of Pharmaceuticals in the European Community: the policy-makers' view*. Athens, LSE Health and Pharmetrica S.A., 1994.
310. Facts 1994: medicine and dental care. Copenhagen, MEFA, 1994.
311. MOSSIALOS, E. and ABEL-SMITH, B. Cost containment in the pharmaceutical sector in the EL member States. London, London School of Economics, 1996.
312. *Beoordeling ABDA' Prijsvergelijking Geneesmiddelen* [Evaluation of the ABDA drug prices evaluation study]. The Hague, Government Research Institute (100). 1995.
313. *Uergleich europaischer Arzneimittelpreise* [Comparison of European pharmaceutical prices]. Eschborn, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. 1993.
314. BURSTALL, M. Cost and utilization of Pharmaceuticals in the United Kingdom. *Health policy* (in press).
315. BALL, B. The current market for generics in Europe. In: *Proceedings of a Meeting on Recent Changes Affecting the Development and Marketing of Generic Medicines, London, 27 28 September, 1994*. Basle, International Pharmaceutical Congress, 1995, pp. 60-83.
316. DUKES, M.N. Change and growth in generic markets in developed and developing countries. Proceedings of the Conference "Medicines and the new economic environment", Madrid, 29-31 March 1995. *Pharmacoeconomics* (in press).
317. *Good pharmacy practice (GPP) in community and hospital pharmacy settings*. Geneva World Health Organization, 1996 (document WHO/PHARM/DAP/96.1).
318. WALT, G. Implementing health care reforms: a framework for discussion. In: Saltman, R.B. et al., ed. *Critical challenges for European health policy*. Buckingham, Open University Press, 1995.
319. THOMAS, L. *The lives of a cell*. New York, Bantam Books, 1975.
320. WEISBROD, B.A. The health care quadrilemma. An essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of economic perspectives*, 29: 523-552 (1991).
321. *Working for patients*. London, H.M. Stationery Office, 1989..
322. McPHERSON, K. ET AL. Small area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *New England journal of medicine*, **307**: 1310-1314 (1982).
323. WENNBERG, J.E. Population illness rates do not explain population hospitalisation rates: a comment on Mark Blumberg's thesis that morbidity adjusters are needed to interpret small area variations. *Medical care*, 25: 354-359(1987).

324. MCPHERSON, K. Why do variations occur? In: Mooney, G. & Andersen, T.F., ed. *The challenges of medical practice variations*. London, Macmillan, 1990.
325. CHALMERS, I. & ALTMAN, D., ed. *Systematic reviews*. London, BMJ Publishing Group, 1995.
326. BLACK, N.A. ET AL. A randomised controlled trial of surgery for glue ear. *British medical journal*. 300: 1551-1556 (1990).
327. HUNTER, D.J.W. ET AL. Health care sought and received by men with urinary symptoms and their views on prostatectomy. *British journal of general practice* 45:27-30 (1995)
328. MIJLROW, CD. Rationale for systematic reviews. In: Chalmers, I. And Altman, D.G., ed. *Systematic reviews*. London, BMJ Publishing Group, 1995, pp. 1-8
329. ENKJN, M.ET AL. *Guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, Oxford University Press, 1995.
330. BERGREM, H. ET AL. Five years with the Ts Vincent Declaration: report based on 1994 questionnaires completed by the St. Vincent Declaration liaison persons of WHO/EURO Member States. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document ICP/NCD 602).
331. PETERSEN, P.E. Effectiveness of oral health care - some Danish experiences. *Proceedings of the Finnish Dental Society*, 88: 1-2 (1992).
332. STAEHR JOHANSEN, K. The OBSQID project: obstetrical quality development through integrated use of telematics. *Technology and informatics*, 14: 59-62 (1994).
333. BANTA, H.D. & LUCE, B. *Health care technology and its assessment, an international perspective*. Oxford, Oxford University Press, 1993.
334. Editorial. "Miraculous" developments from health services research. *British medical journal*, 312(7024): 131 (1996).
835. GILLIS, C.R. & HOLLIS, D.J. Survival outcome of care by specialist surgeons in breast cancer: a study of 3786 patients in the west of Scotland. *British medical journal*, 312(7024): 145-148(1996).
336. *Health for all targets: the health policy for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1991 (European Health for All Series, No. 4).
337. HAVELIN, L.I. ET AL. The effect of cement types on early revision of Charnley total hip prostheses. *Journal of bone and joint surgery*, 77-A: 1543-1550 (1995).
338. ANDREASEN, A.H. ET AL. Improvement in outcome of breast cancer in Denmark. In: Roger France, F.H. et al., ed. *Case-based telematic systems*. Amsterdam, IOS Press, 1994.
339. FREEMANTLE, N. & MAYNAND, A. Something rotten in the state of clinical and economic evaluations? *Health economics*, 3: 63-67 (1994).
340. STOCKING, B. *Expensive health technology: regulatory and administrative mechanisms in Europe*. Oxford, Oxford University Press, 1988.
341. BATTISTA, R.N. ET AL. Lessons from the eight countries. *Health policy*, 30(1): 397-421 (1994).

342. PECKHAM, M. Research and development for the national health service. *lancet*, **338**: 367-371 (1991).
343. MAXWELL, R. Quality assessment in health. *British medical journal* **288**: 1470-1471 (1984).
344. BLOMHOJ, G. ET. AL. *Continuous quality development: a proposed national policy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993 (document E-UR/ICP/CLR 059).
345. BLACK, N. Research, audit and education. *British medical journal*, **304**: 698700(1992).
346. BLACK, N. Quality assurance of medical care. *Journal of public health medicine*, **12**: 87-104 (1990).
347. DONABEDIAN, A.A guide to medical care administration. Washington, DC, American Public Health Association, 1969.
348. MCKEE, M. & HUNTER, D. Mortality league tables: do they inform or mislead? *Quality health care*, 4: 5-12 (1994).
349. MANT, J. & HICKS, N. Detecting differences in quality of care. The sensitivity of measures of process and outcome in treating myocardial infarction. *British medical journal*, **311**: 793-796(1995).
350. BERGREM, H. ET .AL. Diabetes care in Europe. The St Vincent Declaration coming of age? *Diabetes, nutrition and metabolism*, 9: 330-336 (1996).
351. *Medical audit, a first report: what, why and how?* London, Royal College of Physicians, 1989.
352. ANKONE, A. & SPREEUWENBERG, C. Artsen werken samen van Ierland tot Kyrgyzstan [Doctors collaborate from Ireland to Kyrgyzstan]. *Medisch Contact*, 48(6): 165-167 (1993).
353. SCRIVENS, E. ET. AL. Accreditation: what can we learn from the Anglophone model? *Health policy*, **34**: 153-226 (1995).
354. ZAVARTN1K, J.J. Strategies for reaching poor blacks and Hispanics in Dade County, Florida. *Cancer*. 72 (3): 1088-1092 (1993).
355. BLACK, N. & JOHNSTON, A. Volume and outcome in hospital care: evidence, explanations and implications. *Health services management research*, 3(2): 108-1 14 (1990).
356. SOWDEN, A.J. ET AL. Volume and outcome in coronary artery by-pass graft surgery :true association or artefact? *British medical journal*, **311**: 15 1-155 (1995).
357. HALEY, L.R.W. *Managing hospital infection control for cost-effectiveness: a strategy for reducing infectious complications*. Chicago, American Hospital Publishing Inc., 1986.
358. STAEHR JOHANSEN. K. WHOCARE: hospital infection surveillance and feedback programme. *Health care computing*, **859**: 366 (1992).
359. EDDY, D. Practice policies, what are they? *Journal of the American Medical Association*, **263**: 877-880 (1990).
360. GRIMSHAW, J.M. & RUSSELL, I.T. Achieving health gain through clinical guidelines: II - ensuring that guidelines change medical practice. *Quality in health care*, 3: 45-52 (1994).

361. LOMAS, J. ET AL. Do practice guidelines change practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *New England journal of medicine*, **321**: 1306-1131 (1989).
362. KOSECOFF, J. ET AL. Effects of the National Institutes of Health Consensus Development Program on physician practice. *Journal of the American Medical Association*, **258**: 2708-2713 (1987).
363. McKEE, M. & CLARKE, A. Guidelines, enthusiasms, uncertainty, and the limits to purchasing. *British medical journal*, 310(6972): 101-104 (1995).
364. OXMAN, A. ET AL. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association journal*, 153(10): 1473-1431 (1995).
365. JENSEN, L.P. & SCHROEDER, T.V. HOW can vascular registers help us to improve risk benefit relations in vascular surgery. The Danish experience. In: Swedenborg, J. and Blonme, L, ed, Risk benefit aspects of vascular surgery. Stockholm, Karolinska Institute, 1994.
366. EUROPEAN FORUM OF MEDICAL ASSOCIATIONS AND **WHO**. *Policy Of medical associations regarding quality of care development. Workshop on the project to develop policies and mechanisms for national medical associations regarding quality of care development, Utrecht, 28-29 January 1993*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993 (document E-UR/ICP/HSC021 (QBD/01/A)
367. MCCARTHY, G.J. Involving physicians in TOM. To gain physician support for quality management, hospital administrators must treat physicians as customers. *Health progress*, 74(10): 33-35 (1993).
368. KRUEGER, N.E. & MAZUZAN, J.E., JR. A collaborative approach to standards, practices. Setting the stage for continuous quality improvement. *AORN journal*, **57(2)**: 467, 470-475, 478-480 (1993).
369. BORGIONS, J. ET AL. *Developpement continu de la qualite des soins: proposition de politique nationale*. Brussels, Ministere de la sante publique et de l'environnement; Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document).
370. SORLI, J. ET AL. *Quality in health care: a proposed national policy*. Ljubljana, Ministry of Health, 1996.
371. *The obstetrical quality development through integrated use of telematics project: European consensus conference on quality assurance indicators for perinatal care*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993 (document EUR/ ICP/CLR 066).
372. PIWERNETZ, K. ET AL. DiabCare quality network in Europe. *St Vincent Declaration newsletter*, 7: 15-16 (1995).
373. MOLLER, I. ET AL. Manual on quality assurance indicators in oral health care. *The ORATEL Project: telematic system for quality assurance in oral health care, 'CEC Project A2029'*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992 (document EUR/ICP/ORH 120).
374. STAEHR JOHANSEN, K. Continuous surveillance of surgical wound infections. In: *Hospital management international 1989*. London, International Hospital Federation, 1989, pp. 365-367.

375. *Quality, assurance indicators in mental health care. Report on a WHO consensus meeting.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (document EUR/ICP/CLR 062).
376. WARNER, M. *Implementing health care reforms through substitution.* Cardiff, Welsh Institute for Health and Social Care, 1996.
377. EXPERT ADVISORY GROUP ON CANCERS. A Policy framework for commissioning cancer services. A report by the Expert Advisory Group on Cancers to the Chief Medical Officers of England and Wales. London, Department of Health, 1995.
378. VAN BEEKUM, D. & HAERKENS, E. Moving technology from the hospital to the home: a systematic approach. In: Costin, D. & Warner, M.M., ed. *From hospital to home care: the potential for acute service provision.* London, King's Fund Institute, 1992.
379. VAN BEEKUM, D. & HAERKENS, E. Moving technology from the hospital to the home: a systematic approach. In: Costin, D. & Warner, M.M., ed. *From hospital to home care: the potential for acute service provision.* London, King's Fund Institute, 1992.
380. GASPOZ, J.M. ET AL. Cost-effectiveness of a new short-stay unit to "rule out" acute myocardial infarction in low risk patients. *Journal of the American College of Cardiology*, 24: 1249-1259 (1994).
381. BRILLMAN, J.C. & TANDBERG, D. Observation unit impact on emergency department admission for asthma. *American journal of emergency medicine*, 12: 11-14 (1994).
382. CONNETT, G.J. ET AL. Audit strategies to reduce hospital admissions for acute asthma. *Archives of diseases in childhood*, 69: 202-205 (1993).
383. Rossi, P. ET AL. Improving quality in emergency services to reduce hospital admission. *Quality assurance in health care*, 5: 127-129 (1993).
384. SWIFT, P.G. ET AL. A decade of diabetes: keeping children out of hospital. *British medical journal*, 307: 96-98 (1993).
385. KORNOWSKI, R. ET AL. Intensive home-care surveillance prevents hospitalization and improves morbidity rates among elderly patients with severe congestive heart failure. *American heart journal*, 129: 762-766 (1995).
386. ELLENCWEIG, A.Y. ET AL. The effect of admission to long-term care program on utilization of health services by the elderly in British Columbia. *European journal of epidemiology*, 6(2): 175-183 (1990).
387. CHANG, J.I. ET AL. Patient outcomes in hospital-based respite: a study of potential risks and benefits. *Journal of the American Board of Family Practitioners*, 5: 475-81 (1992).
388. STUCK, A.E. ET AL. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *New England journal of medicine*, 333: 184-189 (1995).
389. PATHY, M.S.J. et al. Randomised trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet*, 34: 890-893 (1992).
390. PAYNE, S.M.C. Identifying and managing inappropriate hospitalisation. *Health services research*, 22: 709-769 (1987).

391. WESTPHAL, M. ET AL. Changes in the average length of stay and average charges generated following institution of PSRO. *Health services research*, 74:253-265 (1979).
392. WICKIZER, T.M. ET AL. Does utilisation review reduce unnecessary hospital care and contain cost? *Medical care*, 27: 632-647 (1989).
393. WERNEKE, U. & MACFAUL, R. A criticism of the paediatric appropriateness evaluation protocol. *Archives of disease in childhood* (in press).
394. INGUS, A.L. ET AL. Appropriateness of hospital utilization. *Medical care*, 33: 952-957(1995).
395. BARE, M.L. ETAL. Appropriateness of admissions and hospitalisation days in an acute-care teaching hospital. *Revue depidemiologie et de saute pecblique*, 43: 328-336 (1995).
396. VICTOR, C.R. & KHAKOO, A.A. Is hospital the right place? A survey of inappropriate admissions to an inner London NHS trust. *Journal -of-public health medicine*, 16: 286-290 (1994).
397. VICTOR, C. ET AL. The inappropriate use of acute hospital beds in an inner London District Health Authority. *Health trends.*, 25: 94-97 (1993).
398. NAMDARAN, F. ETAL. Bed blocking in Edinburgh hospitals. *Health bulletin*, 50 (3): 223-227 (1992).
399. McCLARAN, J. ET AL. Chronic status patients in a university hospital: bed day utilization and length of stay. *Canadian Medical Association journal*, 145: 1259-1265(1991).
400. APOLONE, G. ET AL. A survey of the necessity of the hospitalisation day in an Italian teaching hospital. *Quality assurance in health care*, 3: 1-9 (1991).
401. HYNES, M. ET AL. Patients 21 days or more in an acute hospital bed: appropriateness of care. *Irish journal of medical sciences*, 160: 389-392 (1991).
402. ANDERSON, P. ET AL. Use of hospital beds: a cohort study of admission to a provincial hospital. *British medical journal*, 297: 910-912 (1988).
403. COID, J. & CROME, P. Bed-blocking in Bromley. *British medicalJournal* 292: 1253-1256(1986).
404. POPPLEWELL, P.Y. ET AL. Peer review of utilisation of medical beds at Flinders Medical Centre. *Australia and New Zealand journal of medicine*, 14:226-230(1984).
405. SEYMOUR, D.G. & PRINGLE, R. Elderly patients in a general surgical unit: do they block beds? *British medicalJournal*, 284: 1921-1923 (1982).
406. MURPHY, F.W. Blocked beds. *British medicalJournal*, 1: 1395-1396 (1977).
407. RUBIN, S.G. & DAVIES, G.H. Bed blocking by elderly patients in general hospital wards. *Age and ageing*, 4: 142-147 (1975).
408. DEPARTMENT OF HEALTH. *Economies of scope and scale in health services: summary of evidence*. Leeds, NHS Executive, 1995.
409. *Report of an independent review of specialist services in London. Cardiac services. Renal Services. Neurosciences*. London, H.M. Stationery Office, 1993.
410. OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT. *The quality Of medical care: Information for consumers*. Washington, DC, Government Printing Office, 1988.

411. LUFT, H.S. ET AL. *Hospital volume, physician volume and patient outcomes: assessing the evidence*. Ann Arbor, MI, Health Administration Press Perspectives, 1990.
412. HARDING, M. ETAL. Management of a malignant teratoma: does referral to a specialist unit matter? *Lancet*, **341**: 999-1002 (1993).
413. MCARDLE, C. & HOLE, D. Impact of variability amongst surgeons on postoperative morbidity and mortality and ultimate survival. *British medical journal*, **302**: 1901-1905 (1991).
414. CROMWELL, J. ET AL. Learning by doing in CABG surgery. *Medical care*, 28 (0:6-18(1990).
415. KELLY, J.V. & HELLINGER, F.J. Heart disease and hospital deaths: an empirical study. *Health services research*, 22(3): 369-395 (1987).
416. *Report of the national confidential enquiry in perioperative deaths*. London, Royal College of Surgeons, 1992.
417. HANNAH, E.L. ET AL. Improving the outcomes of CABG surgery in New York State. *Journal of the American Medical Association*, **271**: 10 (1994)
418. FRAM, A, ETAL. Is there a rationale for regionalizing organ transplantation services? *Journal of health politics, policy & law*, 14: 1 (1989).
419. LAWTON, R. ET AL. The effects of patient, hospital and physician characteristics on length of stay and mortality. *Medical care*, 29(3): 251-253 (1991).
420. GARNICK, D.W. ET AL. Surgeon volume vs hospital volume: which matters more? *Journal of the American Medical Association*, **262**: 4 (1989).
421. KELLY, J.V. & HELLINGER, F.J. Physician and hospital factors associated with mortality of surgical patients. *Medical care*, 24: 9 (1986).
422. BANTA, H.D. Future health care technology and the hospital. *Health policy*, 14(1):61-73(1990).
423. *Alma-Ata 1978: primary health care*. Geneva, World Health Organization, 1978 (Health for All Series, No. 1).
424. WHITE, K.L. *Healing the schism: epidemiology, medicine and the public's health*. New York, Springer-Verlag, 1991.
425. MCKEOWN, T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis*. Oxford, Basil Blackwell, 1979.
426. TARIMO, E. & WEBSTER, E.G. *Primary health care: concepts and challenges in a changing world. Alma-Ata revisited*. Geneva, World Health Organization, 1994 (document WHO/SHS/CC/94.2).
427. MULLAN, F. Community-oriented primary health care: an agenda for the 80's. *New England journal of medicine*, **307**: 1076-1078 (1982).
428. WRIGHT, R.A. Community-oriented primary care. The cornerstone of health care reform. *Journal of the American Medical Association*, 269(19): 2544-2547 (1993).
429. GODINHO, J. ET AL. Tipping the balance towards primary health care: a research project of the Commission of the European Communities. *European journal of public health*, 2(3-4): 129-219 (1992).
430. MARINKER, M. *The end of general practice. The 1994 Bayliss Lecture*. London, Private Patient Plan Ltd., 1994.

431. STARFIELD, B. ETAL. The influence of patient-practitioner agreement on the outcome of care. *American journal of public health*, 71: 117-123 (1981).
432. *The challenge for nursing and midwifery in the 21 st century - the Heathrow debate*. London, Department of Health, 1994.
433. SALISBURY, C.J. & TETTERSELL, M.J. Comparison of the work of a nurse practitioner with that of a general practitioner. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 38: 314-316 (1988).
434. SPITZER, W.O. ET AL. The Burlington randomized trial of the nurse practitioner. *New England journal of medicine*, **290(5)**: 251-256 (1974).
435. FELDMAN, M.J. ET AL. Studies of nurse practitioner effectiveness. *Nursing research*, **36(5)**: 303-308 (1987).
436. AUDIT COMMISSION. The virtue of patients: making best use of ward nursing resources. London, H.M. Stationery Office, 1991.
437. CARR-HILL, R. ET AL. Skill mix and the effectiveness of nursing care. York, Centre for Health Economics, University of New York, 1992.
438. NATIONAL HEALTH SERVICE. *Evaluation of nurse practitioner pilot projects*. London, Touche Ross & Co., 1994.
439. SHI, L. ET AL. A rural-urban comparative study of nonphysician providers in community and migrant health centers. *Public health reports*, **109(6)**: 809-815(1994).
440. OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT. *Nurse practitioners, physician assistants and certified nurse-midwives: a policy analysis, health technology case study*. Washington, DC, Government Printing Office, 1986.
441. COOPER, M.H. Jumping on the spot - health reform New Zealand style. *Health economics*, 3: 69-72 (1994).
442. CHERNICHOVSKY, D. & CHINITZ, D. The political economy of health system reform in Israel. *Health economics*, 4: 127-141 (1995).
443. DE LEEUW, E. & POLMAN, L. Health policy making: the Dutch experience. *Social science & medicine*, 40(3): 331-338 (1995).
444. JOHNSON, N., ed. *Private markets in health and welfare*. Oxford, Berg, 1995.
445. JAMES, J.H. Reforming the British National Health Service: implementation problems in London. *Journal of health politics, policy and law*, 20(1): 191-210(1995).
446. WALT, G. & GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health policy*, 9(4): 353-370 (1994).
447. CLIMPER, G.E. Should we plan for contradiction in health services? The Jamaican experience. *Journal of health policy*, 8(2): 113-121 (1993).
448. IMMERGUT, E. *Health politics: interests and institutions in Western Europe*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992.
449. WLODARCZYK, C. Expert network on health and health care financing strategies in countries of central and eastern Europe, or on the advantages of neighbourly cooperation in health care reforms. *Antidotum*, 1 (Suppl.): 8-21 (1993).
450. HEGINBOTHAM, C. & MAXWELL, R. Managing the transitions: a Western European view of health care development in Eastern Europe. *European journal of public health*, 1(1): 36-44 (1991).

451. PIERSON, P. *Dismantling the welfare state?* Cambridge, Cambridge University Press, 1994.
452. MOHAN, J. *A national health service?* New York, St Martin's Press, 1995.
453. PEABODY, J.W. ET AL. Health system reform in the Republic of China. Formulating policy in a market-based health system. *Journal of the American Medical Association*, 273(10): 777-781 (1995).
454. FIGUERAS, J. ET AL. Health care systems in Southern Europe: is there a Mediterranean paradigm? *International journal of health sciences*, 5(4): 135-146(1994).
455. MARTINEZ, J. & SANDIFORD, P. *Health sector reforms in central America*. Liverpool, Liverpool School of Tropical Medicine, 1995.
456. MILLS, A. ET AL., ed. *Health system decentralization; concepts, issues and country experience*. Geneva, World Health Organization, 1990.
457. MARMOR, T. & HAMBURGER, T. *The missing alternative: how Washington elites pushed single-payer reform plans off the agenda*. In: Marmor, T., ed. *Understanding health care reform*. New Haven, Yale University Press, 1994.
458. BORTSSOV, V. & RATHWELL, T. Health care reforms in Bulgaria: an initial appraisal. *Social science & medicine*, 42(11): 1501-1510 (1995).
459. CLEAVES, P. Implementation amidst scarcity and apathy: political power and policy design. In: Grindle, M., ed. *Politics and policy implementation in the Third World*. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1980.
460. KLEIN, R. Big bang health care reform - does it work? The case of Britain's 1991 National Health Service reforms. *Milbank quarterly*, 73(3): 299-337 (1995).
461. GLADSTONE, D. & GOLDSMITH, M. Health care reform in the UK: working for patients? In: Seedhouse, D., ed. *Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform*. Chichester, John Wiley, 1995, pp. 718-724.
462. ASHTON, T. From evolution to revolution: restructuring the New Zealand health system. In: Seedhouse, D., ed. *Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform*. Chichester, John Wiley, 1995, pp. 85-93.
463. BORREN, P. & MAYNARD, A. The market reform of the New Zealand health care system: searching for the Holy Grail in the Antipodes. *Health policy*, 27(3): 233-52 (1994).
464. ROBINSON, R. & LE GRAND, J., ed. *Evaluating the NHS reforms*. London, King's Fund Institute, 1994.
465. JOHANSSON, L. Decentralization from acute to home care settings in Sweden. *Health policy* (in press).
466. GROENEWEGEN, P.P. The shadow of the future: institutional change in health care. *Health affairs*, 13(5): 137-148 (1994).
467. HARRISON, S. & POLLITT, C. *Controlling health professionals. The future of work and organization in the National Health Service*. London, Open University Press, 1994 (State of Health Series).
468. WILDING, P. *Professional power- and social welfare*. Henley-on-Thames, Routledge and Kegan Paul, 1984.

469. GRINDLE, M. & THOMAS, J. *Public choices and policy change*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1991.
470. BROMMELS, M. Contracting and political boards in planned markets. la-Saltman, R.B. & von Otter, C, ed. *Implementing planned markets in health care*. Buckingham, Open University Press, 1995, pp. p. 86-109.
471. RICHARDSON, J, *Policy styles in Western Europe*. London, George Allen and Unwin, 1982.
472. STEINMO, S. & WATTS, J. It's the institutions, stupid! Why comprehensive national health insurance always fails in America. *Journal of health politics, policy and law*, 20(2): 329-372 (1995).
473. ZAHKOVIC, G. ET AL. Reform of the health care systems informer socialist countries: problems, options, scenarios. Neuherberg, Institut fur Medizinische Informatik und System forschund (Medis), 1994.
474. MIERZEWSKI.P. Reform experiences. Facing the challenges. *Antidotum*. 1 (Suppl.): 68-70 (1993).
475. JONCZYK, J. The Polish dilemma and proposals for change. *Antidotum*, 1 (Suppl.): 81-84 (1993).
476. PECK, E. Power in the National Health Service: a case study of a unit considering NHS trust status. *Health services management research*, 4(2): 120-130(1991).
477. TENDLER, J. & FREEDHEIM, S. Trust in a rent-seeking world: health and government transformed, in Northeast Brazil. *World development*, 22: 1771-1791 (1994).
478. *Health and the economy - overview* Mexico City, Fundacion Mexicana para laSalud, 1995.
479. KEEN, J. ETAL. Doctors and resource management: incentives and goodwill. *Health policy*, 24(1): 71-82 (1993).
480. GLENNERSTER, H. ET AL. *Implementing GP fundholding*. Buckingham, Open University Press, 1995.
481. BARRETT, S. & HILL., M. Policy, bargaining and structure in implementation theory: towards an integrated perspective. *Policy and politics*, 12(3): 219-240(1984).
482. ANSOFF, I. & MCDONNELL, C. *Implementing strategic management*. Hemel Hempstead, Prentice Hall, 1990.
483. REICH, M.R. *Political mapping of health policy*. Boston, Harvard University, 1993.
484. FREEMAN, R.E. *Strategic management*. London, Pitman, 1990.
485. LOMAS, J. Retailing research: increasing the roie of evidence in clinical services for childbirth. *Milbank quarterly*, 71(3): 439-475 (1993).
486. FRIEND, J. & HICKLING, A. *Planning underpressure*. Oxford, Pergamon Press, 1993.
487. SALTMAN, R.B. A conceptual overview of recent health care reforms. *European journal of c health*, 4(2): 287-293 (1994).

Ekler-Yazarlar, yazı başlıkları ve makaleleri

ANELL, ANDERS; BARNUM, HOWARD

The allocation of capital and health sector reform.

BANTA, DAVID; GULASCI, LASZL6

Outcomes of health care in Europe.

BOBADILLA, JOSE LUIS

Setting health priorities in the newly independent states.

BURY, JACQUES

Contribution from training and research in public health.

CALNAN, MICHAEL; HALIK, JANOS; SABBAT, JOLANTA

Citizen participation and patient choice in reformed health systems.

CAMPBELL, SALLY

The role of nursing in primary health care.

CHINITZ, DAVID; PREKER, ALEXANDER; WASEM, JURGEN

Balancing competition and solidarity in health financing.

CONTANDRIOPOULOS, ANDRE-PIERRE; LAURISTAN, MARJU; LEIBOVICH, ELLEN

Values, norms and the reform of health care systems.

DOYLE, NICK; LETHBRIDGE, JANE

health, health promotion and intersectoral action.

EDWARDS, NIGEL; HENSHER, MARTIN; WERNEKE, URSULA

Changing hospitals in Europe.

FAWCETT-HENESY, AINNA

Changing the boundaries of care: substitution of health services across the acute primary care interface.

Primary health care nursing in Europe: facing the changes.

FUENZALIDA-PUELMA, HERNAN

Regulation of health insurance.

GARCÍA- BARBERO, MÍLAGROS

An education and training strategy for HFA.

- GERVAS, JUAN
Cross-national analysis of "WHO country profiles" on general practice in Europe.
- GUDEX, CLAIRE; S ORENSEN, JAN
Evaluating the impact of health care reforms on health and clinical outcome.
- GUNTERT, BERNHARD
Strengthening decentralised provider management.
- HAM, CHRIS; HONIGSBAUM, FRANK
Priority setting and rationing health services.
- HUNTER, DAVID; VIENONEN, MIKKO; WŁODARCZYK, CEZARY
Optimal balance of centralized and decentralized management responsibilities.
- JOLLY, DOMINIQUE
Evolution of hospitals in Europe: past, present and future.
- KANAVOS, PANOS
Health expenditures in CEE: friend or foe?
- KOKKO, SIMO; HAVA, PETR; ORTUN, VICENTE; LEPPÖ, KIMMO
The role of the state and health care reforms.
- KUTZIN, JOSEPH; KINCSES, GYULA
What is the appropriate role for patient cost sharing in European health care systems ?
- LOVELACE, CHRISTOPHER; SEDGWICK, JOAN
Policy, strategies and reform trends in Canada and New Zealand.
- MCKEE, MARTIN
challenges and their implications, for health services. Improving quality of care.
- MCKEE, MARTIN; BOJAN, FERENC
Reforming public health services.
- MOSSIALOS, ELIAS
The usual suspect and the failure of cost containment: a study of regulating expenditure on medicines in selected European countries.
- PHILALITHIS, ANASTAS
Primary health care: policy and development.

- PREKER, ALEXANDER; GOLDSTEIN, ELLEN; CHELLARAJ, GNANARAJ; ADEYI, OLUSOJI
Central and eastern Europe: trends in health status, health services and health finance during the transition.
- RATHWELL, THOMAS
Review of implementation of health care reforms in the European Region.
- RATHWELL, THOMAS; WALT, GILL
An action plan for implementing health system reform.
- ROCHAIX, LISE; MAREK, MICHAEL
Performance-tied payment systems, for physicians: evidence, from selected countries.
- SAVAS, SERDAR; SHEIMAN, IGOR; MAARSE, HANS; TRAGAKES, ELIE
Contracting models and provider competition in Europe.
- STAEHR JOHANSEN, KLRSTEN; ANDERSEN, JØRGEN STEEN; ROGER FRANCE, FRANCIS; BABIC, DRAZEN
Fostering quality of care development.
- STOBBELAAR, FRANS
Ensuring value for money from Pharmaceuticals in CEE and NIS countries.
- TRAGAKES, ELLIE
Comparative review of health care financing systems in the European Region.,
- TRAGAKES, ELLIE; VIENONEN, MIKKO
Health care reforms in the European scene.
- TSOUROS, AGIS; LIPP, ALISTAIR
"Leader ship for health 0": reforming public health services.
- VAN DER VELDEN, KOOS
The contribution of general practice to health: can GPs move from primary care to primary health care.
- WALT, GILL
Implementing health care reforms: a framework for discussion.
- WARNER, MORTON
Implementing health care reforms through substitution. Implications for the primary health care sector.
- WILEY, MIRIAM
Financing operating costs for acute hospital inpatient services in selected countries in the European Region.