

SAĞLIK HİZMETİ KRİZİ: REFORMLAR VE KRİZİ AŞMA YAKLAŞIMLARI

*Davuthan GÜNAYDIN**

Özet

1980'li yılların başından itibaren gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkenin sağlık hizmetlerinde köklü reformlara giriştikleri görülmektedir. Bu reformların nedeni olarak her ne kadar sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma ya da evrensel kapsayıcılığı sağlama olduğu iddia edilse de gerçekte amaçlanan, artan sağlık hizmetleri maliyetlerine vatandaşların ortak edilmesi ya da kamunun sunduğu sağlık hizmetlerinin özel sektöre devredilmesidir. Bu amaçla hayata geçirilen en önemli reform girişimi, merkezi otoritenin yetkilerinin daha alt kamu birimlerine ya da özel sektöre devredilmesini öngören desentralizasyondur. Diğer yandan maliyetlerde yaşanan patlamaların kamu maliyesi üzerindeki etkilerini azaltmak amacıyla, maliyet kısıtlamaları ve maliyet paylaşımı uygulamalarının da hayata geçirildiği görülmektedir. Bu reform sürecinde gelişmekte olan pek çok ülkenin, evrensel kapsayıcılığa sahip bir sağlık sistemi kurmaya giriştiği de görülmektedir.

Anahtar Kelimeler; Sağlık Hizmetleri, Desantralizasyon, Sağlık Hizmetleri Krizi, Evrensel Kapsayıcılık, Maliyet Paylaşımı, Maliyet Kısıtlamaları.

Health Care Crisis: Reforms and Approaches of Overcome the Crisis

Abstract

Since the beginnig of 1980, we have seen lots of developed and developing countries' going about rooted reforms on health service. Although it is claimed that the reasons for these reformsa re to increase the quality or to set universal coverage of health service, the real aim is to participate citizens to increasing health cost or to sublet public health service to private sector. Fort this reason the most important

* Dr. Öğ. Gör. Ulş. Ok. Gaziemir/İzmir.

reform attendance to enliven is decentralization which foresee the sublet of central authority to lower part of public units or to private institution. Moreover to reduce the effects of cost explosion on public finance cost restriction and coast sharing applications are applications are seen. In this reform process plenty of developing countries' setting up health system which has üniversal coverage are also observed.

Key Words; *Health service, Decentralization, Health service crisis, Üniversal coverage, Cost sharing, Cost restriction.*

1. GİRİŞ

1945 yılından itibaren “altın çağ” olarak adlandırılan bir döneme giren refah devletlerinde eğitim, sosyal adalet, sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinde önemli gelişmeler yaşandı. Fakat bu hizmetler arasında sağlık, insani boyutu ile sosyal harcamalar içerisinde en çok kaynak ayrılan alan olarak, ayrıcalıklı bir yere sahip oldu. Bu durum savaş nedeniyle sağlık hizmetlerinden yoksun kalmış, yıpranmış, yoksul ve hükümetlere güvenini yitirmiş halk kitlelerinin, kapitalist sistem ile barışmalarının da yolunu açmıştır.

1970’lerin ortalarına kadar süren bu altın çağda refah devletleri halklarına, ekonomide yaşanan gelişmelerin sağladığı imkânlar ve sosyalist baskılar karşısında, bir sosyal devletten beklenen tüm olanakları sundular. Evresel kapsayıcılık ilkesi ile tüm halkın refah hizmetlerinden koşulsuz yararlanması ve tam istihdam konularında büyük başarılar sağlandı. Bütün sosyal göstergelerin refah devletinden yana olduğu ve hiç bitmeyecek sanılan bu refah ortamı, 1970’lerde yaşanmaya başlayan petrol krizleri ile sarsılmaya başladı. Bu dönemde ekonomik krizlere çözüm aranırken de ilk akla gelen ve en çok tırpanlanan sosyal devlet uygulamaları oldu

1980’lerden itibaren gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkenin sağlık sistemlerinde önemli reform uygulamalarını hayata geçirdiğini görüyoruz. Özellikle ülkelerin sahip oldukları refah rejimlerinde yaşanan dönüşümlerle paralellik gösteren bu reformların sürükleyici gücü olarak da neo-liberal politikalarla güçlenen küreselleşme gösterilmektedir

Refah devletinin krize girmesinden sonra uygulamaya konulan sağlık politikaları, kamunun sağlık sistemi içinde oynadığı rolün tekrar kurgulanmasını ifade eder. Kamu artık hizmet sunmaktan çok, sağlık hizmetleri piyasasını düzenleyen ve kurallar koyan bir yapıya bürünmektedir. Böylelikle sağlık hizmetlerini sunan ve finanse edenlerin ayrışması sağlanmış, kamu hastaneleri özerk bir yapıya kavuşturularak, desantralize bir hale getirilmiştir. Bu yeni yapılanmada özel sektör sağlık hizmeti sunucuları ön plana çıkmış, kamu hastaneleri ile birlikte bütünlükçü bir yapı içerisinde, sağlık hizmeti sunma yönünde düşünceler dile getirilmeye başlanmıştır. Ayrıca maliyetlerde yaşanan artışlarla mücadele

etmek için, maliyet paylaşımı ve maliyet kısıtlamaları gibi politikalar uygulamaya konulmuştur. Yeni sistem içerisinde sağlık bakanlığının bazı görevleri de yerel yönetimlere devredilmiştir.

Bu çalışmada öncelikle sağlık hizmetlerinde yaşanan reform girişimlerinin nedenleri açıklanmaya çalışılmaktadır. Daha sonra, çalışmanın ana unsurunu oluşturan sağlık hizmetleri krizine getirilen çözüm önerileri tartışılmaktadır. Çalışmanın sonuç bölümünde ise, genel çözüm yaklaşımları karşısında Türkiye'nin izlemesi gerek yol ve sağlık sistemi önerisinde bulunmaktadır.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE REFORM İHTİYACI DOĞURAN NEDENLER

1950'lerin sonlarından 1970'lerin başlarına kadar geçen zaman, refah devletinin altın çağı olarak değerlendirilmektedir. Bu dönemde yaşanan ekonomik gelişmeler ve güçlenen sosyalist baskılar karşısında refah rejimleri halklarına, bir sosyal devletten beklenen tüm olanakları sunmuşlardır. Refah devletinin iki temel göstergesi olan evrensel kapsayıcılık ilkesi ile tüm halkın refah hizmetlerinden koşulsuz yararlanması ve tam istihdam konularında bu dönemde büyük başarılar kaydedilmiştir. Bütün sosyal göstergeler refah devletinden yana idi. Fakat hiç bitmeyecek sanılan bu refah ortamı, 1970'lerde yaşanmaya başlayan petrol krizleri ile sarsılmaya başlamıştır. Küresel çapta yüksek enflasyon, düşük ekonomik büyüme ve tam istihdamın yerini, yüksek işsizliğe bıraktığı bu dönemde, refah devletine olan güven de sarsılmaya başlamıştır (Andersen, 1994: 30; Eikemo vd., 2008: 593; Andersen, 2010: 35).

1970'lerden itibaren karşılaşılan ekonomik krizlere çözüm aranırken ilk akla gelen ve en çok tırpanlanan sosyal devlet uygulamalarıdır. Işıklı (2007)'ya göre aslında krizlerin nedeni sosyal devlet değildir. Esas neden zenginliğin ve demokrasinin yalnızca ayrıcalıklı bölgelere dağılmış olmasıdır. Bu durumun bir sonucu olarak da İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemden itibaren altın çağını yaşamaya başlayan refah devleti, 1970'lerden itibaren demokrasi ve refah rejimleri arasındaki konsensüsün bozulması ile birlikte çatırdamaya başlamıştır.

Refah devletinde bir hak olarak görülen ve devlet eliyle sunulan sağlık hizmetleri, 1970'lerin sonlarından itibaren sermayenin girdiği krizden kurtulmanın yollarından biri olarak görülmeye başlanmıştır. Kamudan tasviye edilmeye başlanılan sağlık hizmetleri, serbest piyasada değeri belirlenen bir metaya doğru evrimleşmiştir. Böylece hem kamu kaynakları özel sermayeye doğru akmaya başlamış hem de özel sektör karlı bir yatırım alanı bulmuştur (Üzmez, 2006: 47).

Refah devleti ile ilgili çalışmalar, endüstrileşmenin refah devleti harcamalarını arttırdığı yönündedir. Geleneksel tarım toplumundan, endüstrileşmenin neden olduğu toplumsal yaşantıya geçiş süreci, kamu harcamalarında artışı da beraberinde getirmiştir. Bu süreçte akrabalık ilişkilerine dayalı toplumsal yapı tahrip olmuş, toplumsal harcama talepleri artmıştır. Devlet, eğitim ve sağlık başta olmak üzere pek çok alanda yeni harcamalar yapmak zorunda kalmıştır. Endüstrileşme ile artan işgücü ihtiyacı daha çok emeğin istihdam edilmesine neden olmuştur. İşgücüne katılan emek sahiplerinin hastalık, yaşlanma, iş kazaları, meslek hastalıkları ve maruz kaldıkları diğer olumsuzlukları gidermek için devlet daha fazla alanda varlığını hissettirmek zorunda kalmış bu da devletin yaptığı harcamaların artmasına neden olmuştur (Myles ve Quadagno, 2002: 34-35).

Roberts vd. (2009) ülkeleri sağlık alanında reform yapmaya iten dört gücün varlığından söz etmektedir. Bunlar; sağlık hizmetlerinin artan maliyetleri, vatandaşların sağlık hizmetlerinden beklentilerinin artması, hükümetlerin beklentiler karşısında ödeme kapasitesinin sınırlı olması ve son olarak da geleneksel fikirler karşısındaki şüpheciliktir.

Dünya Sağlık Örgütü de sağlık hizmetlerinde reform ihtiyacının ortaya çıkma nedenlerinden birini, geleneksel sağlık hizmetlerinin neden olduğu sorunlara bağlamaktadır. Geleneksel sağlık hizmetlerinin neden olduğu problemlerden ilki tersine hizmet (inverse care)'dir. Bu durum sağlık hizmetlerine erişimle gelir arasında doğru bir orantı olduğunu ifade etmektedir. Sağlık ihtiyacı olan ancak geliri az kişiler, sağlık hizmetlerine erişimde zorlanırken; geliri fazla olan kişiler ise sağlık hizmetine ihtiyaç duymaları halinde, hizmetlere daha kolay erişirler. Kamu harcamaları da zenginler lehinedir. İkinci sorun fakirleştiren hizmet (impovershing care)'dir. Sosyal güvencenin olmaması durumunda, cepten yapılan harcamaların bireyleri fakirleştirmesidir. Yılda 100 milyon insanın bu nedenle fakirleştiği tahmin edilmektedir. Üçüncüsü parçalı ve parçalayan hizmet (fragmented and fragmenting care)'dir. Aşırı branşlaşmanın, aile ve bireye yönelik bütüncül sağlık hizmeti sunmayı zorlaştırmasıdır. Dördüncüsü güvensiz hizmet (unsafe care)'dir. Sağlık hizmetlerinin hijyenik olmayan ortamlarda verilmesine bağlı olarak ortaya çıkan hastane enfeksiyonları ve hatalı uygulamalar nedeniyle, önlenemez ölümlerin sıklığıdır. Sonuncusu yanlış yönlü hizmet (misdirected care)'dir. Sağlık hizmetlerinde kaynakların yanlış tahsis edildiğini ifade etmektedir. Genellikle tedavi edici hizmetlere büyük kaynaklar ayrılırken, koruyucu hizmetlerle hastalık yükünün %70'nin önlenmesi mümkündür (WHO, 2008: XIV).

3. SAĞLIK HİZMETLERİ KRİZİ ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

3.1. Merkezi Otoritenin Yetki Paylaşımına Yönelik Politikalar (Desantralizasyon)

Desantralizasyon, kamu yetki ve işlevlerine ait sorumlulukların merkezi hükümetten daha aşağı kurumlara, yarı bağımsız hükümet kuruluşlarına veya özel sektöre devridir (Litvack ve Seddon, 2009: 28). Dünya Bankası'nın tanımına göre ise, etkinliğin ve verimliliğin artırılması için hükümetlerin, sağlık hizmetlerinin yönetimini ve planlamasını yerel yönetimlere devretmesidir (World Bank,1993: 128). Bessert (2006)'e göre ise, yerel yöneticilerin mali, idari ve yönetim konularındaki kabiliyetleri ile ilgili bir kavramdır. Saltman ve Figüeras (1998)'a göre de desantralizasyon, sağlık hizmetlerinin sunumundaki gelişmeleri teşvik etmek, kaynakların ihtiyaçlara göre dağıtımında tahsisinde maksimizasyonu sağlamak halkın, önceliklerin tespiti sürecine katılımının sağlanması ve sağlık sistemindeki eşitsizliklerin azaltılması için etkili bir araçtır.

Desantralizasyon, sağlık sektöründe yaşanan reform girişimlerini desteklemek amacıyla 1990'lı yıllardan itibaren tartışılmaya başlanan bir konudur. Önceleri yönetsel bir reform olarak, verimlilik ve hizmet kalitesini artırma amacı taşıırken, daha sonraları demokrasi anlayışı içerisinde, yerel nüfusun sorumluluk ve idari fonksiyonlara katılımını teşvik eğilimi içerisine girmiştir. Hatta sağlık hizmetleri reformunun en önemli unsuru olarak görülmeye başlanmıştır (Bossert, 2009: 1-2).

Merkezi yönetimin tercihleri doğrultusunda, yerel halkın ihtiyaçlarına en uygun cevabın verilebilmesi amacıyla, sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu, çekici bir kavram olarak görülmüştür. Merkezi yönetim sisteminin katı bürokratik yapısı, hizmet sunumunda verimlilik ve yeniliklere ayak uydurma gibi konularda yeterli duyarlılığı gösterememiştir. Bu noktada desantralizasyon, toplumsal katılımın, yerel düzeyde kendi kendine yeterliliğin ve kamu görevlilerinin sorumluluk anlayışını geliştiren önemli bir politik hedef olmuştur (Saltman ve Figüeras, 1998: 44).

Desantralizasyon teknik, politik ve finansal nedenlerden dolayı başvurulan bir yöntemdir. Teknik olarak, hizmet sunumunun iyileştirilmesi için etkili bir yönetim anlayışı geliştirmeyi amaçlar. Politik olarak, yerel katılım ve özerkliği arttırmak için otoriter gücün yeniden dağılımı ile etnik ve bölgesel farklılıkların neden olabileceği gerilimleri azaltmak amacına yöneliktir (Brinkerhoff, ve Leighton, 2002: 1-3). Finansal olarak ise, verimliliği artırmak amacı ile yerel yönetim birimlerine gelirler ve gelir kaynakları üzerinde daha fazla kontrol yetkisi vermeyi amaçlar (Haji vd.,

2010: 397). Daha geniş anlamda desantralizasyonun amaçları şöyle sıralanabilir (Bossert ve Beauvais, 2002: 14);

- Yerel tercihler göz önünde bulundurularak, verilecek hizmetlerin tespit edilmesi ve bu suretle harcamaların belirlenerek, kaynak verimliliğinin ve hizmet etkinliğinin artırılması,
- Hizmet sunumu ve kullanımı esnasında maliyet bilincinin yerleştirilmesi ve böylece hizmet üretim sürecinin verimliliğinin artırılması,
- Yerel yönetimin ve hizmet kullanıcılarının performans değerlendirme sürecindeki etkinliklerinin artırılması, sağlık çalışanlarının motivasyonunun yükseltilmesi,
- Sağlık hizmeti sunumunun yerel yönetim sistemi içine yerleştirilmesi suretiyle sorumluluk ve şeffaflık bilincinin geliştirilmesi,
- Belirli bir sistem oluşturarak, sağlık hizmetlerinin planlanması, kaynak tahsisi, gözetimi ve değerlendirilmesi süreçlerine halkın katılımının sağlanması,
- Marjinal ve yoksul grupların sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırarak hizmet sunumunda eşitliğin artırılması,
- Sağlık hizmetlerinin sunumunu finansmanından ayırarak özel sektörün rolünün artırılmasına olanak vermesidir.

Desantralizasyonun başarıya ulaşması için, politikacıların desantralizasyon ile neyi amaçladıklarını doğru belirlemeleri çok önemlidir. Burada iki unsur ön plana çıkmaktadır. Bunlardan ilki karar yetkisinin belirlenmesidir. Karar vermeye yetkili kılınan yönetim birimi ve bu birimde yetkili kılınan kişinin ne düzeyde kararlar verebileceğinin belirlenmesi gereklidir. Bunu belirleyen unsurlar aynı zamanda desantralizasyonun şeklini de belirlemiş olur. Eğer yetkili kılınacak merciler, sağlık bakanlığının yerel teşkilatı ise “dekonsantrasyon”, yerel bölgede seçimle iş başına gelen belediyeler ise “devolüsyon”dan söz etmek mümkündür. İkinci önemli unsur, yerel yönetimlere devredilecek işlevler ve bu işlevlerle ilgili devredilmesi planlanan yetkililerdir. Karar alanı olarak adlandırılan bu çerçeve mali, örgütlenme, insan kaynakları ve yönetim konularının sınırlarını belirler (Bossert, 2006: 17). Desantralizasyon türleri şunlardır (Saltman, Figüeras, 1998: 384-385).

DEKONSANTRASYON: Yetki ve sorumluluğun merkez teşkilatlardan taşra teşkilatlarına transfer edilmesidir. Politik bir kavram olmakla beraber, yetkinin birkaç basamak aşağıya devredilmesidir. Yalnızca idari yetkinin devri söz konusu olması nedeniyle, desantralizasyonun dar kapsamlı halidir. Bu da radikal değişimler yapmak istemeyen hükümetlere

cazip gelmektedir. Bu modelde iki tip yerel idare birimi kurulmaktadır. Bunlar; merkezdeki bakanlığa bağlı yerel personel (dikey dekonsantrasyon) ve yerel idareye bağlı sağlık personeli ve diğer personeldir. (yatay dekonsantrasyon) (Vrangbaek, 2007: 47). Dekonsantrasyonda ortaya çıkan iki önemli sorun, sağlık hizmetleri harcamalarının çok yüksek olması buna karşın, yerel yönetimlerin kaynak oluşturmadaki sorunları ve birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonunun zorluğudur.

DELEGASYON: Tanımlanmış görevlerin, planlama ve uygulama yetkisinin üst mercilerin doğrudan denetimi olmadan özerk kuruluşlara devredilmesidir. Daha esnek bir yönetim sisteminin oluşması sağlanır. Sağlık hizmetlerinin özerk kuruluşlara devredilmesi sağlık bakanlığının rolünü politika ve strateji üretme boyutuna indirgemiştir

DEVOLÜSYON: Dekonsantrasyona göre daha radikal değişimler içerir. Politik desantralizasyon olarak da tanımlanır (Vrangbaek, 2007: 48). Yetki ve sorumluluğun merkezi hükümet teşkilatından daha düşük seviyeye devridir.

ÖZELLEŞTİRME: Özelleştirme desantralizasyonun en uç noktasıdır. Merkezi hükümet işlevlerinin, kar amacı ile faaliyet gösteren kurumlara devredilmesidir. Öğretide en çok tartışılan desantralizasyon şeklidir.

Desantralizasyondan istenilen başarıyı elde etmek için uygulanması gereken asgari koşullar vardır (Bossert ve Beauvais, 2002: 14; Litvack ve Seddon, 2009: 8). Bunlar; desantralizasyonun çerçevesi, hizmet sorumlulukları ve fonksiyonları açısından, finansman ve mali yetkilerle bağlantılı olmalıdır. Böylece yerel siyasetçilere, kendi kararlarının sonuçlarına katlanma zorunluluğu getirir. Yerel halk, hizmetlerin maliyetleri ve sunum seçenekleri hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Yerel halkın ihtiyaçlarını ve tercihlerini yansıtabilecek ve siyasetler üzerinde bağlayıcı etkisi olacak bir sistemin geliştirilmesi gerekir. Böylece halkın güveni ve katılımı sağlanmış olur. Bilgi sistemi şeffaf olmalıdır. Böylece yerel halk, yönetimin performansını izleyerek tepki verebilecektir. Bu da yerel yöneticileri ve memurları daha duyarlı olmaya teşvik edecektir. Desantralizasyonun yasal ve kurumsal araçları, siyasi hedefleri desteklemek için tasarlanmış olmalıdır.

Sağlık sektöründe desantralizasyonun planlanması ve yürürlüğe konmasında bazı problemlerle karşılaşılabilir. Bu problemlerden en önemlisi, yetki ve sorumluluğun yanlış eşleştirilmesidir. Bu probleme idari, mali ve ya sektörel desantralizasyon çalışmaları esnasında karşılaşılabilir. Yetki ve sorumluluk konusunda yaşanan sorunlar genellikle vergi toplama-harcama ve personel konularında ortaya çıkar. Örneğin, kamu sağlık hizmeti çalışanlarının sorumluluğu yerel yönetimlere devredilmesine rağmen,

merkezi yönetim işe alma, işten çıkarma ve terfi ettirme gibi konularda yetkiyi elinde tutmaktadır. Benzer şekilde yerel yönetimler, sağlık harcamalarından sorumlu tutulurken, harcamaların karşılandığı vergilerin toplama yetkisi merkezi hükümetlerdir. Bir diğer önemli problem amaçlar arasındaki farklılaşmadır. Bölgesel sağlık hizmeti sunucuları bazı durumlarda bölgesel tedavi ihtiyaçlarını, ulusal düzeyde sunulan önleyici ve temel sağlık hizmetlerine tercih edebilir. Bölgesel hedefler ulusal hedeflerin önüne geçebilir. Bunun sonucu olarak kaynak tahsisi optimaliteden uzaklaşabilir. Bazı durumlarda da yerel yönetimler için sağlık bakım harcamaları diğer harcamalardan daha az öncelikli olabilir. Bu durum sağlık hizmetlerinin kaynaqsız kalmasına neden olabilir (Brinkerhoff, ve Leighton, 2002: 6). Ayrıca desantralizasyon, bölgeler arasındaki çapraz sübvansiyonu engelleyip, eşitsizliklerin artmasına da neden olabilir (Bankauskaite ve Saltman, 2007: 15).

Tablo 1. Sağlıkta Desantralizasyonu Engelleyen ve Destekleyen Unsurlar

| ENGELLER | DESTEKLER |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Kurumlar arası iletişim kopukluğu ve uygulamada karşılaşılan sorunlar • Politik kontrol yetersizliği ve merkezi otoritenin zayıflaması gücünü yitirmesi • Kuruluşların ve hizmetlerin aşırı derecede parçalanması sonucu kalite ve verimliliğin düşmesi, genel bakışın kaybedilmesi • Aşırı güçlenen özel sektör tekellerinin bu güçlerini olumsuz kullanma eğilimleri • Politika ve çıkar gruplarının baskılarında artma • Kamu statüsünde azalma • Hakkaniyet ve hasta hakları konularının Değerlendirilmesindeki güçlükler • Kaynak, finansman kararlarında sıkıntılar, maliye bakanlığının kadro ve bütçeyi belirlemesi • Altyapı, eğitim, akreditasyon, lisans problemleri • Yerel örgütlerde yeterli yönetsel ve işletme kapasitesi bulunmaması • Görev belirsizliği, "iç kültür oluşturulması" eksikliği | <ul style="list-style-type: none"> • Yeniliklerin uygulanması için merkezi otoritenin cevabının beklenmesine gerek olmaması • Yerel boyutta ihtiyaçların tespiti ve bu ihtiyaçlara cevap verebilme • Politikacıların etkisinden kurtulma, politika ve çıkar gruplarının baskılarında azalma • Değişikliklere kısa sürede cevap verebilme • Hizmet alıcı ile direkt ilişki nedeniyle problem ve ihtiyaçların hızlı saptaması saptanması ve yenilikçi çözüm olanaklarının kullanılabilmesi • İş yerinde isteklendirme ve üretkenlik • İnsan kaynakları konusunda ihtiyaca göre yerel çalışanların işe alımı, istihdam ve motivasyonu • Merkezin, hizmetin sunumundan uzaklaşıp daha çok denetleyici bir hale gelmesi • Kamu kuruluşlarında rekabetin artması • Maliyet sınırlaması, yenilikçilik |
| <p>Kaynak: Haydar Sur, Türkiye'de Sağlıkta Desantralizasyona İlişkin Genel Öneriler ve Değerlendirmeler. Makro Bakış, Sağlık Politikaları Gündemi, Sayı 4, Ofset Matbaacılık, 2006, s. 23.</p> | |

3.2. Kaynak Sorununa Çözüm Politikaları

3.2.1. Maliyet Kısıtlamaları

Sağlık sektöründe maliyetlerin kontrolüne yönelik politikalar, 1980'lerden itibaren uygulamaya konulan sağlık reformlarının en önemli unsuru haline gelmiştir. Maliyet kontrolü kavramı ile sadece maliyetlerin azaltılması kastedilmemektedir. Politik tercihler doğrultusunda, harcamaların artması da öngörülmüş olabilir (Park vd., 2007: 48). Dolayısıyla maliyet kontrolü, harcamaları azaltmaya yönelik değil, belirlenen çerçeveler doğrultusunda sınırlamayı amaçlayan ve sağlık sistemini sürdürülebilir kılmaya yönelik bir politikadır (Chamchan ve Carrin, 2006: 73).

Maliyet kısıtlamalarına yönelik politikalar, sağlık harcamalarının toplam gelir içindeki payının artması ile çekici hale gelmiştir. Maliyetlerdeki artışın en önemli nedeni, nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak artan hizmet talebi ve hızla gelişen yeni teknolojilerin neden olduğu pahalı tedavi olanakları gösterilmektedir. Bu durum, özellikle kamu fonları ile finanse edilen sistemlerde, reformların başlıca konularından birinin, maliyet kısıtlamaları olmasına neden olmuştur (Gericke vd., 2009: 410). Maliyet kısıtlamalarına yönelik politikalar 1970'lerde yaşanan küresel ekonomik durgunluk dönemine kadar gider. Ancak birçok ülkede 1990'lardaki bütçe açıklarına bağlı olarak 1990–1995 yılları arasında yaygınlık kazanmıştır (Park vd., 2007: 1-2).

Maliyet sınırlandırması yalnızca sağlık harcamalarının kısıtlanması ya da azaltılması değildir. Aynı zamanda ülkelerin, sağlık sistemlerini ayakta tutabilmek için, doğru miktarda kaynağı sağlık hizmetlerine tahsis etmelerini sağlayan bir yaklaşımdır (Carin, 2006: 28).

Sağlık hizmetlerinin maliyetinde yaşanan artışlar hükümetleri, sağlık harcamalarını kontrol altında tutmaya yönelik politikalar üretmeye zorlamıştır. Bu politikaları iki temel kategoride değerlendirmek mümkündür. Bunlardan ilki, sağlık hizmetlerinin finansmanı için ayrılan kaynakların, genel vergiler veya sosyal güvenlik katkı paylarının yükseltilmesi suretiyle arttırılmasıdır. Aslında Gayri Safi Yurtiçi Milli Hasıla (GSYİH)'da meydana gelen artışlara bağlı olarak, sağlık harcamalarına ayrılan kaynakların da arttırılması doğaldır. Yine ülkenin benzer konumdaki ülkelerle, benzer sağlık koşulları sağlama arzusu da sağlık harcamalarına ayrılan kaynağın arttırılmasını haklı kılan nedenlerdendir. Sağlık harcamaları için ayrılan kaynağın ne düzeyde olduğunu değerlendirmenin matematiksel bir formülü yoktur. Bu, kamu harcamalarının düzeyi ile sağlık harcamalarına verilen öneme bağlıdır. Sağlık harcamalarını kontrol altında tutmaya yönelik diğer uygulamalar ise, arz ve talebi etkilemeye yönelik stratejileri içerir (Saltman ve Figüeras, 1998: 79).

DSÖ'ne göre de kaynak yaratmaya yönelik politikalar iki noktaya odaklanmaktadır. Bunlardan ilki, kamu sağlık harcamaları için ayrılan kaynağın artırılmasıdır. Bu yöntem, genel vergilerden sağlığa ayrılan payın artırılması ya da sosyal güvenlik katkı paylarının artırılması şeklinde olabilir. Kaynak sıkıntısını gidermeye yönelik ikinci uygulama; sağlık hizmetlerinin arz ve talebini etkileyen uygulamalardır. Bu uygulamanın amacı, sağlık hizmetleri harcamalarını kontrol altında tutmaktır. Sağlık hizmetleri reformu kapsamında en çok tartışılan ve kabul gören yöntem olarak ön plana çıkmaktadır (Park vd., 2007: 79).

Maliyet sınırlandırması, ülkelerin sağlık harcamaları için doğru harcama miktarının ne olduğunu sorgulayan bir politika meselesidir. Ekonomik unsurların yanı sıra toplumsal tercihler de bu politikaların belirlenmesinde önemli bir güce sahiptir. Örneğin Gayrisafı Milli Hasıla (GSMH) içinde sağlık harcamalarının oranının artması yalnızca maliyet patlaması ile açıklanamaz. Bu aynı zamanda halkın daha iyi sağlık hizmeti tercihinin bir sonucudur (Carin ve Hanvoravongchai, 2002: 2). Maliyet sınırlandırma stratejileri, hizmet sunumunun azaltılması ya da verimliliğinin artırılması şeklindeki yaygın ancak yanlış anlayıştan farklı olarak, sağlık harcamalarının belirlenen çerçeveler içerisinde tutulmasını hedefler. Harcamaların artırılması öngörüldüğü takdirde bu mümkündür. Maliyet sınırlandırma politikalarının bir sonucu olarak maliyetlerde azalmayla beraber, verimliliğin de artması olası bir durum olarak değerlendirilebilir (Saltman ve Figüeras, 1998: 79).

Sağlık harcamalarının seviyesini ve artışını kontrol etmenin ilk yolu, hizmet sunuculara (hastaneler, doktorlar, yöneticiler vb) ödemeler yöntemidir (provider payment methods). Bu, sağlık hizmetlerinin ücretlerini direkt etkileyen bir yöntemdir. Aynı zamanda hizmet sunucuların niceliğini etkilemek suretiyle, sağlık hizmetlerinin kalitesini de endirekt olarak etkiler¹. İkinci yöntem hasta davranışlarını etkilemektir (influence the behaviour of patients) Bu, katkı payı (co-payment), sigorta kapsamındaki hizmetlerin bir kısmının sigortalı tarafından karşılanmasını (co-insurance) ve kullanım ücretlerini (user charge) içerir. Bu yöntemlerle; hastaların sağlık hizmetlerini kullanım sayısı ve şekli üzerine etki amaçlanmıştır (Carin ve Hanvoravongchai, 2002: 4).

¹ Örneğin Almanya ve Fransa aile hekimliği uygulamasını görünüşte sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak için kullansa da bu yolla aynı zamanda talep ve harcamaları da sınırlandırmaktadır. Her iki ülkede de maddi özendirme yoluyla, hastaların taleplerini yönlendirilmeye çalışılmıştır. Ayrıntılı bilgi için bakınız: Zeynep Or, Chantal Cases, Melanie Lisac, Karsten Vrangbaek, Ulrika Winblad, Gwyn Bevan, "Are Health Problems Systemic? Politics of Access and Choice Under Beveridge and Bismark Systems", **Health Economics, Policy and Law**, 5, 269–293, Cambridge University Press 2010, s.290.

Bu yöntemlerden başka politikacılar, çeşitli maliyet sınırlandırma politikalarına başvurabilirler. Bunlar, arz ve talep yönlü politikalarlardır. Arz yönlü politikalar, sağlık hizmetleri arzı üzerine direkt etki eden, tıbbi teknolojiler ve personelin niceliğini etkilemek, sağlık hizmetlerinin niceliğini ve yapısını tedavi protokolleri, reçete rehberlikleri ve klinik davranışların gözlenmesi suretiyle etkilemek, ayakta ve yatarak tedavilerin birinci basamakta hizmet veren doktorlar vasıtasıyla sevk zinciri oluşturulmak suretiyle olabilir. Sağlık hizmetlerinin arzının kısıtlanmasına yönelik politikalar, sağlık hizmetlerinin fiyatlarının artmasına ve tekelci bir yapılaşmaya neden olabilmektedir. Bu nedenle arza yönelik politikalar beraberinde fiyat kontrol stratejilerini de getirmektedir. Genel vergilerle finanse edilen ulusal sağlık hizmetleri sisteminde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin tek sunucusu ve finansörü olan ülkelerde, sağlık hizmetleri arzı kontrol altındadır (TÜSİAD, 2004: 116). Talep yönlü politikalar ise, ilaç kullanımını kısıtlamaya yönelik bilgilendirici hizmetler ve önleyici sağlık hizmetleri gibi parasal olmayan önlemler ile hastaların hizmet karşılığı yaptığı ödemelerden oluşan parasal önlemlerdir (Carin ve Hanvoravongchai, 2002: 3).

Sağlık hizmetlerinde maliyetleri azaltmaya yönelik politikalar genellikle arzı etkilemeyi hedefler. Sağlık hizmetleri arzı çok farklı şekillerde kontrol altına alınabilir. Bunların arasında en çok başvurulan yöntemler; kamu hizmet sunucuları için maksimum harcama düzeyini belirleyen bütçeler tayin etmek, doktorların hizmet üretimini kısıtlama amacıyla hasta yatağı sayısını azaltmak, sağlık personelinin maaşlarını kontrol altında tutmak, sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan malzemelerin miktarını ve maliyetlerini kontrol etmek, daha pahalı olan yatarak tedavi yerine ayakta tedavi olanağı sağlayan, birinci basamak sağlık hizmetlerini daha verimli hale getirmek, teknoloji kullanımını kontrol altında tutmak ve doktorların yetkisi dahilindeki bütçeleri sınırlandırmaktır (Saltman ve Figueras, 1998: 81).

Maliyetleri kontrol etmek için talep mekanizmasının kullanıldığı da görülür. Piyasa ağırlıklı strateji olarak da değerlendirilen bu maliyet kontrol yaklaşımında esas olan, tüketicilerin sağlık hizmeti kullanımlarını etkilemektir (Lu vd., 2009: 2). Bunun için, bireyler sağlık sigorta primlerinin bir kısmına katılırlarsa, kendileri açısından maliyet avantajlı sigortayı seçecekleri, ya da sağlık hizmetlerini kullanım esnasında, bir miktar ödeme yaparlarsa sağlık hizmetlerini kullanırken daha bilinçli olacakları varsayılmaktadır (TÜSİAD, 2004: 117).

Talep odaklı maliyet sınırlandırma politikalarının temelini maliyet paylaşımı stratejileri oluşturmaktadır. Aşağıda maliyet paylaşımı stratejileri detaylı bir şekilde anlatıldığından burada değinilmeyecektir. Maliyet

paylaşımı dışında başvurulmuş en önemli yöntem “katılmamayı seçme hakkı”dır. Bu yöntemde zorunlu sağlık sigortası kapsamına girmeyip, özel sağlık hizmetlerinden yararlananlara, gelir vergisi indirimi gibi ayrıcalıklar sağlanır. Bu uygulama ile amaçlanan, maliyetlerin bir kısmını bireylere kaydırarak, kamu tarafından finanse edilen hizmetlere olan talebi azaltmaktır. Bu genellikle yüksek gelir seviyesine sahip kişilere uygulanmaktadır. Vergilerle finanse edilen, nüfusun tamamı sağlık sigortası kapsamında olan ülkelerde uygulanan bir tedbir değildir. Bu modelde birey sigortasız kalabileceği gibi, özel sigortadan da yararlanabilir. Bu sisteme getirilen en büyük eleştiri sosyal dayanışmayı yıprattığı şeklindedir (Saltman ve Figüeras, 1998: 82).

3.2.2. Maliyet Paylaşımı

Sağlık hizmetlerinin talep tarafını temsil eden maliyet paylaşımı, sağlık hizmetleri kullanıcılarının hizmet karşılığı yaptıkları doğrudan ödemeleri kapsar. Neo-klasik ekonomi teorisine göre maliyet paylaşımının amacı, sosyal sigorta ya da özel sigorta uygulamalarında talebin sınırlandırılmasıdır (Saltman ve Figüeras, 1998: 84). Maliyet paylaşımı sağlık hizmetlerinden yararlananların kısmen cepten yaptıkları harcamaları kapsayan bir maliyet sınırlandırma yöntemidir (Remler ve Grence, 2009: 293).

Maliyet paylaşımı sağlık hizmetinden yararlananlarda maliyet bilinci oluşturmak suretiyle, sağlık hizmetlerine olan talebi azaltmak için sıkça kullanılan bir kavramdır. Teoride, maliyet paylaşımının verimlilik ve maliyetleri sınırlandırma konularında etkin bir araç olup olmadığı tartışılmaktadır². Genel kabul gören anlayış, düşük gelir grupları için etkili sübvansiyon önlemleri alınmadığı sürece, maliyet paylaşımı politikalarının adaleti sağlama ve hizmetlere erişim konularında sorunlara neden olabileceğidir. Özellikle sağlık sistemlerinin yeterince gelişmediği ülkelerde maliyet paylaşımı, talep yönetiminden çok, gelir elde etme amacı taşımaktadır (Kalisch vd., 1998: 131; Saltman ve Figüeras, 1998: 84-85; Remler ve Grence, 2009: 295).

² Almanya’da yapılan bir araştırmada, göreceli küçük maliyet paylaşımı değişikliklerinin, kısa dönemde, sağlık harcamaları üzerinde olumlu etkisi olmasına rağmen, uzun dönemde, hasta davranışlarının eski haline döndüğü gözlenmiştir. Aynı araştırmanın sonucunda, maliyet paylaşımının verimliliği arttırmak için çok başarılı bir yöntem olmadığı ve eşitlik üzerinde de negatif bir etki yaptığı ortaya çıkmıştır. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Christiati A. Gericke, Matthias Dehn, Matthias Wistvar, Busse, “Cost-Sharing in the German Healthcare System: Effects of Health Reforms on Efficiency and Equity”, **Journal of Management & Marketing in Healthcare**, Vol. 2 No. 4, Henrv Stewart Publications, 2009, s.423-424.

Maliyet paylaşımı yöntemi, sağlık hizmetlerinde yaşanan maliyet probleminin giderilmesi için etkili bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü insanlar sağlık hizmetlerine ulaşabilmek için daha fazla ödeme yapmak zorunda kalırsa, hizmetlerden yararlanma oranları azalacaktır. Aslında bu durum ilk bakışta sağlık maliyetlerinin azalması gibi görülse de eğer yeterli önlemler alınmazsa uzun dönem daha önemli sağlık sorunlarının yaşanmasına ve harcamaların artmasına neden olabilmektedir (Remler ve Grence, 2009: 294).

Genel olarak maliyet paylaşımı düzenlemeleri dört kategoride incelenmektedir. Bunlardan ilki katkı payıdır (co-payment). Bu sistemde hastalar kullandıkları her tıbbi hizmet veya malzeme karşılığında sabit bir ücret öderler. (Örneğin her doktor muayenesi için belirlenen sabit bir miktarın ödenmesi) İkinci yöntem müşterek sigorta (co-insurance) yöntemidir. Bu yöntemde sağlık sigortası yaptıran kişiler, yaptırdıkları sigorta kapsamındaki hizmetlerin belirli bir yüzdesini cepten öderler. Üçüncü yöntem ön ödemedir. Bu yöntem sigorta yaptıranın, sigorta kapsamının aktif hale gelebilmesi için, önce yapması gereken harcamayı kapsar.(Örneğin hasta, hastane masraflarının ilk 10 TL lik kısmını, sigortanın aktif hale gelebilmesi için, cepten ödemesi gerekir.) Son uygulama ise maksimum cepten ödeme tavanı (Maximum out-of-pocket or ceilings)'dır. Bu yöntemde sigortalı, belli bir dönem içerisinde belirlenen miktarda harcama yaptıktan sonra sigorta devreye girer (Örneğin sigortalının 1000 TL harcamasından sonra sigorta, yılın geri kalanının tamamında sağlık harcamalarını karşılayacaktır) (Oxley ve Macfarlan, 1994: 76; Leidl, 1998: 183-184; Ağartan, 2007: 227; Gericke vd., 2009: 424).

Sağlık hizmetleri sektöründe arz yönlü politikalar, talep yönlü politikalara göre daha güçlüdür. Bu durum maliyet paylaşımının, maliyetleri sınırlandırma konusunda güçlü bir politik araç olmasını engellemektedir. Her ne kadar arz yönlü politikalar, tüketicilerin hizmet kullanımını sınırlasa da maliyetlerin azaltılmasında etkili olmayacaktır. Bunun nedeni maliyet sınırlamasında temel belirleyici gücün hizmet sunucuları olmasıdır (Saltman ve Figüeras, 1998: 86).

Maliyet paylaşımı uygulamalarında gelir durumu dikkate alınmadığında düşük gelir grubundaki insanlar için katkı payı ve sigorta ödemeleri bir yük olacaktır. Bu nedenle maliyet paylaşımı politikalarının başarılı olabilmesi için düşük gelir grupları cepten yapılacak ödemelerden muaf tutulmalı ya da bu ödemeleri karşılayacak önlemler alınmalıdır. Aksi takdirde maliyet paylaşımı politikaları ile ancak düşük gelir grubundaki insanların sağlık hizmetlerinden uzak kalması sağlanmış olurken, gelir düzeyi nispeten yüksek insanlar için pek fazla bir etki yapmayacaktır (Saltman ve Figüeras, 1998: 100).

OECD ülkelerinden edinilen tecrübelerle göre başarılı bir maliyet paylaşımı; şeffaf, basit ve anlaşılır olmalıdır, maliyet tasarrufu sağlanmalıdır, yönetsel olarak uygulanabilir pratiklikte ve düşük maliyetli olmalıdır, sağlık hizmetlerinin maliyetine, hizmeti kullananlar dahil edilmelidir, sağlık hizmetlerini kullananlar, maliyet paylaşımı için teşvik edilmeli, hastalar da hizmet kullanımında maliyet bilinci ve düşüncesi oluşturulmalıdır (Pia vd., 2009: 1).

Tablo 2. Düzenlemeye Dayalı ve Piyasa Ağırlıklı Maliyet Kontrolü Stratejileri

| Düzenlemeye Dayalı Maliyet Kontrolü Stratejileri | Örnekler |
|---|--|
| Arzın kontrolü | Yatırım harcaması kısıtlamaları (yeni inşaatlar, teknolojik yenileştirmeler vb.) |
| | Hekim arzının kısıtlanması: Örnekler: Eğitim programlarının kapasitelerinin düzenlenmesi; Yabancı tıp fakültesi mezunları için çalışma engelleri |
| Fiyatların kontrolü | Düzenlenmiş fiyatlar: Örnekler: Geri ödeme formülleri Kişi başı ödemeler Teşhise Dayalı Hastalık Sınıflandırılması Kaynağa bağlı izafi değer skalası Sabit bütçeler |
| Kullanım kontrolü | Kamu sektörü sponsorluğunda uzman görüşü |
| Piyasa Ağırlıklı Maliyet Kontrolü Stratejileri | Örnekler |
| Talep tarafı girişimleri | Maliyet paylaşımı: Prim Maliyetlerinin paylaşılması Muafiyetler ve katkı payları |
| Piyasa işleyişinin geliştirilmesi | Tüketicilere daha iyi bilgi sağlanması. Örnek: Sunucu "karneleri" Anti-tekel düzenlemeleri |
| Fiyat/değer açısından piyasa rekabeti | Fiyat/değer açısından sigortacılar arasında rekabet Fiyat/değer açısından sunucular arasında rekabet |
| Kullanım kontrolü | Sunucular, sigortacılar ve ödeme yapanlar, Tarafsız kurum yönetimi kullanım incelemesi |
| Kaynak: TÜSİAD, Sağlık Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri, Yayın No.TÜSİAD-9/2004-09/380, Lebib Yalkım Yayınları, İstanbul, 2004. s. 119. | |

3.3. Uygun Bir Finans Modelinin Seçimi ve Nüfusun Tamamını Sağlık Hizmetleri Kapsamına Almaya Yönelik Politikalar

Özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrası artmaya başlayan sağlık harcamaları, 1990'lardan itibaren ülkelerin sağlık hizmetleri finansman düzenlemelerini gözden geçirmelerine neden olmuştur. Bu aynı zamanda tüm nüfusu kapsayacak bir sistemin kurulması anlayışını, modern sağlık hizmetleri anlayışının temeline oturtmuştur (WHO, 2000: 95). Dünyadaki hemen bütün ülkeler için, halkın tamamını kapsayacak ve onları sağlık hizmetlerinin mali risklerine karşı koruyacak bir finans sisteminin teşkil edilmesi en önemli politika konularından birini oluşturmaktadır. Bu bağlamda evrensel kapsayıcılık (universal coverage), adaletin sağlanması açısından en adil ve objektif kavram olarak ön plana çıkmaktadır. Evrensel kapsayıcı sistemlerde amaç, herkesin uygun bir maliyetle yeterli sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanmasıdır (Intyre vd., 2008: 871). Evrensel kapsayıcılık iki temel esasa dayanmaktadır. Bunlardan ilki "yeterli sağlık hizmeti" diğeri, nüfusun tamamını kapsayan "herkes için sağlık" anlayışıdır. Evrensel kapsayıcılığa yönelik sağlık finansman politikaları, bireylerin ve hanehalkının sağlık harcamalarındaki payını risk havuzları (society risk pooling) vasıtasıyla etkiler. Risk büyük oranda dağıtılmak suretiyle, bireylerin sağlık hizmetlerini kullanımı nedeniyle katlanmak zorunda oldukları mali risklerin azaltılması sağlanır. Aynı zamanda mali risklerin azaltılması, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerini de kolaylaştırır (Carrin ve James, 2004: 3).

Bir politika amacı olarak evrensel kapsayıcılığın sağlanması, hem sağlık hizmetlerinde istenilen toplumsal seviyeye ulaşmayı hem de sağlık bakımı hizmetlerinin kullanılması esnasında, cepten yapılan ödemeler nedeniyle doğabilecek problemlerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olur. Başka bir ifadeyle kapsayıcılığın amacı, tüm halkın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini kullanması ve bu hizmetleri kullanırken cepten yapılan ödemelerin mahsurlarından etkilenmemesidir (WHO, 2009: 81).

Evrensel kapsama ulaşabilmek için uygulanabilecek iki ana sistemden söz etmek mümkündür. Bunlardan ilki, genel vergi gelirlerinin sağlık hizmetlerinin finansmanında ana kaynağı teşkil ettiği sistemdir. Ulusal sağlık hizmeti (National Health Service) olarak da yaygın bir şekilde adlandırılan bu sistemde, sağlık hizmetleri kurulan bir hizmet ağı vasıtasıyla sunulur. İkinci sistem sosyal sağlık sigortası sistemidir. (Social Health Insurance) Bu sistem, bütün halk için zorunlu üyelik sistemi gerektirir. İşçiler, serbest çalışanlar, işverenler ve hükümetler sosyal sigorta sistemine katkı payı ödemek zorundadırlar. Bu ödeme, işçi ve işveren için genellikle işçilerin maaşları üzerinden yapılmaktadır. Serbest çalışanlar ya sabit bir oran üzerinden ya da tahmini gelir düzeyleri üzerinden belirlenen oranda

prim öderler. Hükümetler, işsizler ve enformel sektörde çalışan düşük gelir grupları için prim ödeyebilir. Sosyal sigorta sistemi ya kendi hizmet sunum ağına sahiptir ya da akredite özel ve kamu kurumlarından hizmet satın alır ya da her ikisinin karışımından yararlanırlar (Normand ve Buse, 2002: 59; Carrin ve James, 2004: 3-4).

Ülkelerin yukarıda bahsedilen iki sistemi bir arada kullandıkları da görülmektedir. Bu sistem karma sağlık finansman sistemi (Mixed Health Financing Systems) olarak adlandırılır. Bu sistemde halkın bir kısmı genel vergi finansmanı kapsamındadır. Genellikle düşük gelir grubu ve marjinal gruplar bu kapsama dahil edilir. Diğerleri sosyal sağlık sigortası kapsamındadır. Bu sistemde bir veya daha fazla sayıda, bütünüyle veya kısmen devlete ait veya devlet tarafından kontrol edilen, sağlık sigorta sistemleri mevcuttur. Alternatif olarak özel sağlık sigorta sistemi de mevcut olabilir. Yine bunlar da devletin düzenleme otoritesine tabidirler (Carrin ve James, 2004: 4).

Gelişmekte olan pek çok ülkede, evrensel kapsayıcılığa sahip bir sağlık sisteminin kurulması kolay değildir. Bu ülkelerde vergi temelli bir sistemin kurulması, vergi toplama sisteminin kurumsal altyapı eksikliği ve vergi tabanın zayıflığı nedeniyle güçtür. Sosyal sigorta sistemi ile evrensel kapsayıcılığın sağlanması ise, enformel sektör çalışanları ve serbest meslek sahiplerinin fazlalığı nedeniyle zordur (Criel vd., 2005: 799).

Tablo 3. Bazı Ülkelerin Evrensel Kapsayıcılığa Geçiş Tarihi

| ÜLKE | YIL | TOPLAM NÜFUS İÇERİSİNDE SİGORTALI ORANI (%) |
|------------|------|--|
| Avusturya | 1920 | 18,3 |
| | 1923 | 32,7 |
| | 1924 | 34,0 |
| | 1925 | 34,3 |
| | 1970 | 91,0 |
| | 1980 | 99,0 |
| | 2000 | 99,0 |
| Kanada | 1970 | 100 |
| | 1980 | 100 |
| | 2000 | 100 |
| Fransa | 1921 | 22,9 |
| | 1970 | 95,7 |
| | 1980 | 99,3 |
| | 2000 | 99,8 |
| Almanya | 1920 | 31,7 |
| | 1925 | 32,0 |
| | 1970 | 88,0 |
| | 1980 | 91,0 |
| | 2000 | - |
| İngiltere | 1921 | 35,2 |
| | 1922 | 35,0 |
| | 1925 | 35,0 |
| | 1970 | 100 |
| | 1980 | 100 |
| | 2000 | 100 |
| Japonya | 1927 | 3,3 |
| | 1970 | 100 |
| | 1980 | 100 |
| | 2000 | 100 |
| Kore | 1970 | - |
| | 1980 | 29,8 |
| | 2000 | 100 |
| Lüksemburg | 1922 | 16,6 |
| | 1970 | 100 |
| | 1980 | 100 |
| | 2000 | 100 |
| Norveç | 1920 | 21,3 |
| | 1925 | 21,6 |
| | 1970 | 100 |
| | 1980 | 100 |
| | 2000 | 100 |

Kaynak: İLO, Social Health Protection. An ILO Strategy Towards Universal Access to Health Care, Social Security Policy Briefings Paper 1, First Published, Geneva, 2008, s. 19-20

3.3.1. Sosyal Sigorta Sistemi Vasıtası İle Evrensel Kapsayıcılığın Sağlanması

Gelişmekte olan ülkelerde, cepten yapılan sağlık harcamalarının fazlalığı hanehalkı üzerinde dikkate değer oranda bir finansal yük getirmektedir. Bu ülkelerin, sağlık hizmetlerine erişimi arttırma ve cepten yapılan sağlık harcamalarının neden olduğu yoksulluğu azaltmak için evrensel kapsayıcılığa sahip bir sistem kurmaları gerekmektedir. Mathauer ve Carrin, ülkelerin evrensel kapsayıcılığı sağlayabilmek için altı darboğazı aşması gerektiğini vurgulamaktadır. Bunlar, uygun bir finans yapısı ve teşvik için kural koyma, kuralları yenileme, kurallara uyum ile kuralların uygulanmasının güçlendirilmesi, organizasyon kapasitesinin ve uluslararası organizasyonlarla işbirliğinin güçlendirilmesidir (Mathauer ve Carrin. 2010: 11-12).

Ulusal sağlık finans sistemleri, sağlık hizmetlerine erişimi sağlarken, hane halkını sağlık harcamalarının yıpratıcı etkilerinden korumalıdır. Bu, cepten yapılan sağlık harcamalarını azaltıcı bir sistem ile sağlanabilir. Her ne kadar evrensel bir formül olmasa da evrensel kapsayıcılığa ulaşmak için iki temel gereklilik vardır. Bunlardan ilki, bütün herkes için zorunlu olmalı ve herkes katkı payı ödemelidir. Yoksulların katkı paylarının bir kısmı ya da tamamı devlet tarafından ödenebilir. İkincisi, sağlık hizmetlerine erişemeyen ve reçete hizmetlerinden yararlanmayan hiç kimse olmamalıdır (Cavagnero vd. 2010: 9).

Sigorta fonları için ödenen katkı payları sigortalının gelirine bağlıdır. Genel olarak üyelerin maaşlarından belli bir oranda kesinti yapılır. Bazen de bir tavan oran belirlendiği durumlar da söz konusu olabilmektedir. Bu sistem iki eşitlikçi uygulama ile karakterize edilir. İlki, katkı payının üyenin sağlık statüsü ile bağlantısının olmaması ve aynı zamanda üyenin varsa, eş ve çocuklarının da aynı katkı payı ile otomatik olarak sağlık hizmetlerinden yararlanmasıdır. Diğeri ise primlerin genel vergilerden bağımsız olarak toplanmasıdır. Böylece fonlar politik mücadelelerden korunmaktadır (Saltman, 2004: 6).

Genel olarak sosyal sağlık sigortası sistemleri, aynı temel ilkelere dayanmasına rağmen, uygulamada farklılıkları olduğu görülmektedir. Buna neden olan en önemli unsur, ülkelerin sosyal, ekonomik ve siyasi yapılarında görülen farklılıklardır. Sistemin tüm nüfusu kapsayacak şekilde geliştirilebilmesi için, bazı koşulların varlığı gereklidir. Bunlar, sosyal sigortayı zorunlu hale getirerek, risklerin geniş bir alana yayılmasını sağlamak, katkı paylarını karşılayacak işveren gereksinimi, kamu veya kar amacı gütmeyen kuruluşlar vasıtasıyla sigorta hizmeti sağlanması ile düşük ve yüksek gelir grupları arasında dengeli bir mekanizma geliştirilmesidir (Saltman ve Figüeras, 1999: 116).

Sosyal sağlık sigortası sisteminin kurulup, bütün nüfusun sisteme dahil edilmesi kolay bir süreç değildir. Bunu gerçekleştirmek pek çok ülkenin onlarca yılını almıştır. Geçiş sürecini, sosyal sağlık sigortası ile ilgili ilk hukuki düzenlemenin yapılması ile hedeflere ulaşılan tarih olarak ele aldığımızda bu süreç Avusturya'da 79, Belçika 'da 20, Almanya 'da 127, İsrail'de 84, Japonya'da 36 ve Lüksemburg'da 72 yıl sürmüştür. Fakat yalnızca geçiş süreci tek başına bir şey ifade etmemektedir. Değerlendirmeyi yaparken bu zaman periyodunda ne kadar nüfusun kapsama dahil edildiği de önemlidir. Çünkü sosyal sağlık sigortasını uygulama iradesinin ortaya konulduğu ilk yıllardan başlayarak, tüm nüfusu kapsama dahil etmek için geçen süreçte, ilk yıllar ile daha sonraki yıllar arasında ulaşılan kapsama oranları açısından farklılıklar vardır. Doğrusal bir süreçten söz etmek mümkün değildir. Örneğin kayıtsız çalışan işçiler ile serbest çalışanların kapsama alınmaları genellikle daha sonraki dönemlerde olmuştur. Uygulamaların da gösterdiği gibi % 25-% 50 arasındaki kapsayıcılığa ulaşmak, % 50 den % 75 e ulaşmaktan daha az zaman alması mümkündür. Avusturya'nın geçiş süreci incelendiğinde 1890-1930 yılları arasında kalan ilk 40 yıllık zaman içinde % 7 den % 60'a çıkan bir orana ulaşılrken, 1930-1967 yılları arasında % 96'ya ulaşılmıştır. Almanya'da 1883-1930 yılları arasındaki 47 yılda % 10'dan % 50'ye ulaşılrken, kalan 58 yılda % 88'e ulaşılmıştır. Kosta Rica 'da ise 1961 yılında % 17'lik orana ulaşmak için 20 yıl geçmesine rağmen, bunun ikiye katlanması müteakip 5 yıl içinde olmuştur (Carrin ve James, 2004: 4-6).

Sosyal sağlık sigortası vasıtasıyla evrensel kapsayıcılığın sağlanma hızını belirleyen bazı faktörler vardır. Bunlardan ilki, ülkenin genel gelir durumudur. İkincisi ülkenin ekonomik yapısıdır. Ülkede formel ve enformel sektörün büyüklüğü ile istihdamın tarım, sanayi yada hizmet sektöründe yoğunlaşma oranları, evrensel kapsayıcılığın sağlanmasında belirleyicidir. Üçüncüsü, nüfusun şehir ve kır oranıdır. Hizmet sunum kalitesi açısından şehir nüfusunun fazlalığı avantajdır. Dördüncü unsur, yönetsel kapasitedir. Beşincisi, ülkedeki toplumsal dayanışma anlayışının yaygınlığı ve sonucusu da stewardship³ (kâhyalık)'dır (Carrin ve James, 2004: 10-11).

Sosyal sağlık sigortası ile evrensel kapsayıcılığı sağlamanın pek çok güçlü ve zayıf yönleri vardır. Güçlü yönlerinden en önemlisi, sağlık

³ Stewardship' in henüz dilimize yerleşmiş genel kabul gören bir karşılığı yoktur. Sur, stewardship'i "sahip çıkma" olarak Türkçeye çevirmektedir. DSÖ stewardship'i, halkın sağlığını etkileyebilecek tüm sektörlerde uygulanacak politik eylemler olarak tanımlamaktadır. Genellikle sağlık bakanlığının sorumluluğunda daha iyiye ulaşmak için dikkatli ve sorumlu yönetim anlayışıdır. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Haydar Sur, "Sağlık Politikası Gündemi", Makro Bakış, Sayı 4, Yıl 2006, s.24.

hizmetleri için daha fazla kaynak yaratma olanağı sağlamasıdır⁴. Sosyal sağlık sigortası, genellikle kaynak yaratma açısından etkili ve kolay bir yol olarak görülür. Sisteme katkı payları, işverenlerce bordro üzerinden düşüldüğü için, toplanmasının genel vergilerden daha kolay olduğu kabul edilir. Ayrıca işçilerin kesilen paraların gittikleri yeri bilmeleri ve onlar için hayati öneme haiz olduğunu düşünmeleri nedeniyle katkı payı ödemeye, vergiden daha istekli oldukları görülür (Gottret, Schieber, 2006: 86).

Vergi temelli sağlık sistemlerine göre bütçe düzenlemelerinden daha az etkilenmesi, sosyal sağlık sigortası sisteminin bir diğer avantajıdır. Bordrodan tahsil edilmiş primlerle finanse edilen sistemler, vergi temelli sistemlerde görülen senelik bütçe görüşmelerinden etkilenme konusunda daha avantajlıdır. Bu nedenle daha sabit bir gelir kaynağı olarak görülür. Fakat karar mekanizmalarınca, formel sektörde çalışan ve bordro üzerinden prim ödeyenler dışında, sistemin daha fazla kesimi kapsamaması istendiğinde, sosyal sağlık sigortasının yalnızca katkı payları ile finanse edilmesi yeterli kaynak yaratmayabilir. Aslında evrensel kapsayıcılığın gereği olarak işsizler, öğrenciler ve yoksullar da sisteme dahil edilmek zorundadır. Bu da genel vergiler aracılığı ile sistemin sübvansede edilmesi anlamına gelir. Ayrıca pek çok ülkede fon açıkları için hükümetler garanti verirler. Sistemin bir diğer üstün yanı, gelirin tekrar dağıtımının gerçekleşme olasılığının yüksekliğidir. Bireylerden ailelere, gençlerden yaşlılara, düşük riskliden yüksek riskliye çapraz bir sübvansiyon söz konusudur. Ayrıca risk durumu, katkı payı oranında herhangi bir değişiklik yaratmaz (Gottret, Schieber, 2006: 86).

Sosyal sağlık sigortası sistemi geniş bir organizasyon yapısı içerisinde, genellikle ülkedeki hemen bütün hastane ve doktorlar ile sözleşme yapabilmektedir. Aynı zamanda sigortalılar, profesyonel tıbbi kuruluşlar, sendikalar, meslek örgütleri, belediyeler, bölgesel ya da ulusal hükümetler ile ilaç firmaları gibi tedarikçiler de sistemin bir parçasıdır. Sisteme dahil olan bütün bu unsurlar, kendi kendine yönetimin geleneksel yapısını oluştururlar. Ayrıca sigortalılar, hastane ve doktorlar arasından seçim yapma şansına sahiptirler (Saltman, 2004: 7-8).

Yukarıda bahsedilen pek çok üstünlüğünün yanı sıra, sosyal sağlık sigortası ile evrensel kapsayıcılığın sağlanmasının pek çok dezavantajı da

⁴ Özellikle düşük gelirli ülkelerde yapılan araştırmalar, bu ülkelerin vergi altyapılarının yetersizliği nedeniyle, vergi temelli bir sağlık sisteminin kurulmasının, ülkede mevcut eşitsizliği azaltmayacağı, ancak uygun düzenlenmiş bir sosyal sigorta sistemi, sağlık hizmetlerine erişimdeki engellerin azaltılabileceği tespit edilmiştir. Ayrıntılı bilgi için bakınız: Xenia Scheil–Adlung, Abay Asfaw, Frikkie Booysen, Karine Lamiraud, Emmanuel Renaud ve diğerleri, **What is the Impact of Social Health Protection on Access to Health Care Health Expenditure and Improvement? A Comparative Analysis of Three African Countries**, ILO, WHO, OECD, Discussion Paper Number 2, Geneva, 2006, s.17.

vardır. Bu sistemde yoksulların sistem dışı kalma olasılıklarının yüksek olması, en büyük ve en önemli sorun olarak görülmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde formel sektörde çalışanların azlığı, prim toplama konusunda sıkıntılar yaratmaktadır (Doetinchem vd., 2006: 36). Kapsama dahil olmayan enformel sektör çalışanlarının sisteme dahil edilmesi de çok zor ve masraflıdır. Bu kesimde çalışan işçilerin genellikle ücra bölgelerde yaşıyor olması, sistemin bir parçası olmakla kazanacaklarını tam anlayamamaları ve gelir seviyelerinin düşük olması, sisteme dahil edilmelerini zorlaştırmaktadır. Ayrıca pek çok gelişmekte olan ülkedeki vergi yönetimi zayıflıkları, kırsal kesim ve enformel sektör çalışanlarından prim tahsilatını da zorlaştırmaktadır (Gottret, Schieber, 2006: 87).

Sosyal sağlık sigortası sisteminin temelini oluşturan bordro üzerinden yapılan katılım payı bazı durumlarda olumsuz ekonomik etki yapabilmektedir. Teoride, uzun vadede çalışanlardan kesilen pirimin çalışanlara tekrar aktarılmasına rağmen, ürün ve emek piyasasının çok rekabetçi olmadığı ülkelerde, çalışanlar yaptıkları katkı payı nedeniyle, maaşlarında görülen azalmayı kısa vadede karşılayamazlar. Bu nedenle sosyal güvenlik katılım payları işçi maliyetlerini arttırabilir. Bu da daha yüksek bir işsizlik oranına neden olabilir. Bu durum ülkenin rekabet gücünü azaltabilir ve yatırımlar için caydırıcı bir ortama neden olabilir. Sonuç olarak da ekonomik büyüme yavaşlayabilir (Gottret, Schieber, 2006: 88).

Vergi temelli finans modellerine nazaran sosyal sağlık sigortası sistemi, daha karmaşık ve pahalı yönetim giderleri gerektirir. Sistemde her birim ayrı ayrı ve bir bütünlük içinde yönetilmek zorundadır. Üyelerin masrafları etkin bir şekilde karşılanmalıdır. Sistemin kötüye kullanımının engellenmesi için tüketim alışkanlıkları kontrol edilmelidir. Aynı zamanda rezervlerden yapılan harcamalar, ileriye dönük ödeme yeteneklerinin sağlanması da dahil, önemli miktarda para, yönetimin sorumluluğuna verilmektedir. Hükümetler dolandırıcılığı engellemek için, etkili bir gözetim ve denetim sistemi uygulamalı ve etkinliği teşvik etmelidir. Bu nedenle sosyal sağlık sigortası sisteminde yönetim masrafları, vergi temelli sistemlerden daha yüksektir. Birimler uygun bir şekilde yönetilmedikleri sürece sistemin başarılı olması mümkün değildir.

Sosyal sağlık sigortası sistemi, vergi temelli sistemlerde olduğu gibi sağlık hizmeti talebini arttırmaktadır. Bu durum da giderlerin artmasına neden olmaktadır. Eğer düzenleyici mekanizmalarla birlikte kullanılmazsa, gereğinden fazla hizmet sunulmasına neden olabilir. Ayrıca sendika üyeleri, işveren örgütleri, memurlar ve bölgesel otoriteler aracılığı ile yönetilen fonlarda, bu grupların baskıları nedeniyle radikal önlemlerin alınması güçtür (Gottret, Schieber, 2006: 88-89).

Yukarıda da belirtildiği üzere sosyal sağlık sigortası ile evrensel kapsayıcılığı sağlamak pek kolay olmamaktadır. Bu süreçte ortaya çıkan dört temel zorluktan bahsedilebilir (Carrin, 2002: 4-6). Bunlar;

- Nüfusun belirli bir kitlesine, sosyal sağlık sigortasını bir zorunluluk olarak kabul ettirmek kolay olmayabilir. Çünkü katkı seviyelerine bakılmadan herkes için aynı derecede sağlık hizmeti garanti edilmekte ve aynı hizmet sunulmaktadır. Bu durum, sosyal dayanışmanın zayıf olduğu ülkelerde eleştirilmektedir.
- Sağlık sigorta sistemi, prim karşılığında belirli bir düzeyde sağlık hizmeti kalitesini garanti eder. Fakat bunu gerçekleştirecek yeterli alt yapı (yeterli sayıda ve iyi yetişmiş insan kaynağı, sağlık hizmetleri için gerekli tesisler, ilaç sektörü, laboratuvar hizmetleri v.b.) sağlanamazsa, sisteme geçilme esnasında prim ödemeyi reddetmeye kadar uzanabilecek sorunlarla karşılaşılabilir. Bir diğer durumda da sağlık hizmeti sunanlar sosyal sağlık sigortası sistemine razı olmayabilir. Bunu en önemli nedeni yeni sistemin gelirlerine negatif etki yapacağını düşünmeleridir.
- Hükümetler sosyal sağlık sigortası sistemini kuracak ve uygulayacak yeterli yönetsel kapasiteye sahip olmayabilir. Fon yönetimleri sağlık sigortasının önemini halka anlatmalı, bugünkü sağlık durumlarının ilerde değişebileceği konusunda ikna etmelidir. Aynı zamanda prim oranları ve toplama yöntemlerinin belirlenmesinde, ülkenin içinde bulunduğu durum göz önüne alınarak en doğru kararları verebilmelidirler.
- Düşük politik özgürlükler nedeniyle, birçok sosyal problemler açıkça konuşulamaz. Bu durum sistemin yerleştirilmesi ve içinde bulunduğu darboğazların aşılması için, bilimsel ve politik tartışma ortamının doğmasını engeller. Bu da sosyal sağlık sigortasının gelişmesinde gecikmelere neden olur.

3.3.2. Vergi Temelli Sağlık Sistemleri Vasıtasıyla Evrensel Kapsayıcılığın Sağlanması

Vergi temelli sağlık sistemleri ile evrensel kapsayıcılığı sağlamanın en önemli avantajı, sistemin kuruluşu ile birlikte otomatik olarak, nüfusun tamamını kapsam içine alması ve geniş kapsamlı sağlık teminatı vermesidir. Bu sistemin enformel sektör çalışanları da dahil olmak üzere, tüm vatandaşlara yayılımı kolaydır. Teminatların anlaşılabilirliği, risk seçim problemlerini önler. Tüm vatandaşların aynı havuzda toplanması, sistemi potansiyel olarak çok etkin kılar. Sistem bu hali ile teorik olarak, evrensel

kapsayıcılığı sağlamada en eşitlikçi finans modeli olarak ön plana çıkmaktadır (Gottret, Schieber, 2006: 77).

Bu sistem ile evrensel kapsayıcılığı sağlamanın en önemli avantajı, bordro üzerinden alınan katkı payları ile finanse edilen sosyal sağlık sigorta sisteminden farklı olarak, vergiye bağlı olan ve olmayan çok geniş bir gelir kaynağına sahip olmasıdır. Finans kaygısı çok geniş bir nüfusa yayılır. Sosyal sigorta sisteminde bu durumun aksine, finans kaygısı formel sektör çalışanları üzerine yoğunlaşır. Bir çok gelişmekte olan ülkede enformel sektörün ağırlık oranının yüksek olduğu değerlendirildiğinde, finans baskısı daha hissedilir hale gelmektedir. Vergi temelli sistemlerde finansman, katma değer vergisi, satış vergileri ve ithalat vergilerine dayandığından nüfusun çok büyük bir kısmını etkiler (Sayedoff, 2004: 3; Gottret, Schieber, 2006: 77-78).

Vergi temelli sağlık sistemlerinde sorumluluk, hiyerarşik olarak organize edilmiş entegre sistemlerden oluşmaktadır. Bu durum, sistemin yönetimini diğer karmaşık modellere kıyasla daha kolay ve etkili kılmaktadır. Parlamentodan sağlık bakanlığına veya bazı durumlarda yerel otoritelere uzanan hiyerarşik bir emir komuta zinciri vardır. Yönetimde sağlanan bu sadelik, sistemin daha az maliyetle organize edilmesine olanak vermektedir. Bu da sistemin gelişmekte olan pek çok ülkede kurulmasını kolaylaştırmaktadır. Bazı ülkelerde karar ve koordinasyon açısından belirsizlikler yaşansa da, sağlık sistemlerinin desentralizasyonu çalışmaları kapsamında bu durumun çözüleceği tahmin edilmektedir (Carrin vd., 2005: 78; Gottret, Schieber, 2006: 78).

Sistemin en önemli dezavantajı, finansman genel bütçeden sağlandığından, elde edilecek fon miktarının, her sene yapılacak bütçe görüşmelerinin sonucuna bağlı olmasıdır. Bu durum fon miktarının, politik önceliklerin değişmesine veya krizlere bağlı olarak etkilenmesine neden olur. Sağlık bakanlığı da diğer kurumlar gibi, aynı kaynaklar için mücadele etmek zorundadır. Bu durum sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların yetersiz kalmasına ve hizmet kalitesinin düşmesine neden olabilir. Vergi tabanı çok küçük olan düşük gelirli ülkelerde bu sorun daha fazladır. Bu durum katkı payına dayalı finans modellerinde yoktur (Gottret, Schieber, 2006: 78-79).

Vergi temelli sistemler uzun süredir uygulanmakta olan ülkelerde, pek çok açıdan eleştirilmektedir. Bu eleştirilerin önemli bir çoğunluğu verimsizlik üzerine odaklanmaktadır. Temel eleştiriler; eski altyapı, yetersiz sayıda sağlık personeli, küçülememe, öncelik belirlemede yanlışlıklar, tekel gücünün kötüye kullanılması, özel sektörle karşılaştırıldığında eskimiş teknoloji ve acil olmayan tedavilerdeki uzun bekleme listeleridir. Burada

dikkati çeken husus, eleştirilerin finansman konusundan çok, hizmet sunumu üzerine odaklanmasıdır (Gottret, Schieber, 2006: 80).

Sistemin bir diğer zayıf yönü, hükümetlerin sistemden direkt olarak mesul olması nedeniyle, politik baskıya maruz kalma olasılıklarının yüksek olmasıdır. Toplumdan, sağlık hizmetleri sektöründe çalışanları temsil eden sendikalardan ve memurlardan gelen baskılara duyarsız kalamazlar. Bu durum, verimsizlikle sonuçlanan kararların alınmasına yol açmakta, hastane kapatılması veya birleştirilmesi, personel azaltımı, gibi reformların gerçekleştirilmesine engel olabilmektedir (Gottret, Schieber, 2006: 81).

3.3.3. Özel Sağlık Sigorta Sistemi

Özel sağlık sigortası sistemi ile evrensel kapsayıcılığı sağlamak gerçekte, ulusal bir sağlık sistemi oluşturma çabası ile ters düşmektedir. Özel sağlık sigortaları genellikle, sosyal sigorta ya da vergi temelli sağlık sistemlerinin, ya belirli koşullara bağlı olarak sisteme dahil olamayan bireylere ya da sağlanan hizmetlere ilave hizmet arayışında olanlara yönelik, bütünüleyici bir sistemdir.

Özel sağlık sigortasında toplumsal dayanışmadan söz etmek mümkün değildir. Bunun temel nedeni sağlık sigortası yapan kurum ile birey arasındaki, bireyin sağlık durumunu yansıtan risk-ayarlı prim ödeme sözleşmesidir. Bu sistemde kronik hastalığı olanlar ve risk oranı yüksek kişiler, risk oranı düşük bireylere göre daha fazla prim ödemek zorundadır. Bu durum toplumsal dayanışmanın risk paylaşımı ve sağlık hizmetlerinden hakkaniyetle yararlanma ilkelerine aykırıdır (Böckmann, 2009: 131).

Colombo ve Tapay (2003)'a göre özel sağlık sigortalarının sağlık sistemlerine olan katkıları dört boyutta incelenebilir. İlk olarak özel sağlık sigortası bireylere finansal koruma ve sağlık hizmetlerine erişim imkânı sağlar. Belirli bir grup için tek sigorta türüdür. Özellikle kamu sigorta fonlarına dahil olma imkânı olmayan kişiler, özel sağlık sigortası vasıtasıyla, hastalıkların neden olabileceği risklere karşı kendilerini koruyabilirler. Kamu sigorta fonlarına dahil olanlar ise özel sigorta vasıtası ile kamu fonlarının açıklarına karşı koruma sağlayabilirler. Bu özellikleri ile özel sigortalar, daha fazla kaynağın sağlık sistemlerine aktarılmasını sağlayarak, kapasitenin ve hizmetlerin genişlemesine, bekleme listelerinin azalmasına olanak verir. Özellikle demografik yapıdaki değişimler nedeniyle, bireylerin uzun dönemli bakım ihtiyaçlarının artmasına bağlı olarak artan maliyetleri, kamu fonları ile paylaşarak sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlamaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerin özel sağlık sigortasına olan ilgileri çok eski değildir. Özellikle bu ülkelerin bir kısmında, cepten yapılan ödemelerdeki büyük artışlardan vatandaşlarını korumak isteyen

hükümetlerce, özel sağlık sigortaların kurulması teşvik edilmiştir. Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS) da serbest piyasanın sağlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde, gelişmekte olan ülkelerde yaygınlaşmasını önermiştir. Özel sigortaların uygun bir şekilde teşvik edildiği ülkelerden edinilen tecrübeler, özel sağlık sigortalarının ülkenin bireysel ve kamu sağlığının gelişmesine katkı yaptığı şeklindedir. Fakat bunun için hükümetlerin güçlü bir kâhyalık ve sağlam bir altyapı oluşturmaları şarttır (Sekhri vd., 2005: 1-2).

Sekhri ve Savedoff (2004)'a göre aslında uygun bir şekilde düzenlediğinde özel sağlık sigortası, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerine erişimi ve adaleti sağlamada, birçok nedenden dolayı olumlu rol oynamaktadır. Bu nedenlerin ilki, cepten yapılan sağlık harcamaları, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı için çok yaygın bir yöntemdir. Bu durum, dikkate değer oranda bir finansal yükün hanehalkına yüklenmesine neden olmaktadır. Bu boyutuyla özel sağlık sigortaları hanehalkına, sağlık hizmetlerini kullanım anında cepten yapacakları harcamalardan kaçınma olanağı vermekte, onlara finansal koruma sağlamaktadır. İkinci olarak, pek çok gelişmekte olan ülkede kişi başına düşen kamu sağlık harcaması yıllık 10 doların altındadır. Bu ülkelerde istihdamın büyük bir kısmı enformel sektördedir. Bu nedenle vergi veya sosyal sağlık sigortası için katkı payı toplama yetenekleri azdır. Dolayısıyla sağlık hizmetleri için kamunun finansal koruma sağlama olanakları sınırlıdır. Özel sigorta sistemleri uygun bir şekilde düzenlendiğinde, kamusal koruma yeteneği gelişinceye kadar, sağlık hizmetlerinin finansmanı için temel teşkil edebilir. Üçüncü olarak, birçok OECD ülkesinde halen kullanılmakta olan sosyal sağlık sigortası ve vergi temelli sigorta sistemleri, gönüllü yardımlar ile özel sağlık sigortaları temelinde geliştirilmiştir. Son olarak, özel sağlık sigortalarının varlığı, evrensel kapsayıcılığı başarmış ülkeler için bile önemlidir. Özel sigorta fonları, kamu sistemlerine ek ve onların boşluklarını dolduracak şekilde, ülkenin sağlık finans bütünlüğüne katkı yapmaktadır.

Özel sağlık hizmetlerinin, sosyal sağlık sigortalarına ilave bir sistem mi yoksa ülkelerin uzun dönemli sağlık hizmetleri için, evrensel kapsayıcılığı sağlamada başlıca yöntem olup olmadığının temel belirleyicisi, hükümetlerin bireysel sağlık hizmetlerinin finansmanında sorumluluğa bakış açısıdır. Bazı ülkelerde sağlık hizmetlerine erişim ve evrensel kapsayıcılığın sağlanmasının sorumluluğu hükümetlere verilirken, bazı ülkelerde hükümetlerin sorumluluğu yoksullar ve dezavantajlı gruplarla sınırlıdır (WHO, 2004: 243).

Hükümetlerin sağlık hizmetlerinin finansmanındaki rolünün sınırlı ya da geniş olup olmadığına bakılmaksızın, hizmetlerin sunulmasında

kâhyalık ile kamu ya da özel finansmandaki yanlışlıklara karşı sorumlulukları vardır. Özellikle cepten yapılan ödemelerin fazla olduğu ülkelerde, sigorta şirketleri en düşük riske sahip sigortalıları seçip, dezavantajlı grubu risk havuzu dışında bırakabilir (WHO, 2004: 243).

Ülkelerin özel sağlık sigortaları ile nüfusun tamamını sağlık sistemine dahil etme eğilimleri farklılıklar gösterir. Hükümetlerin teşvik politikaları, özel sigortalar ile kamu sigortaları arasında organik ilişkiler, halkın bireysel sigorta sistemine dahil olma yönündeki geleneksel tavırları, özel sigorta sisteminin başarısını doğrudan etkileyen unsurlardır. İşverenlerin özel sigorta katılımını destekleme yönündeki eğilimleri de sistemi etkilemektedir. Birçok OECD ülkesinde işverenler özel sağlık sigortasının artması yönünde dikkate değer bir rol oynamaktadır. Ancak, işveren desteği ile özel sigorta fonlarının artması, vergiden muaf tutma şeklindeki politikalarla desteklenmedikçe istenilen sonuç alınamamaktadır (Colombo ve Tapay, 2003: 26).

OECD ülkelerinde özel sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinin finansmanında çok küçük bir oranı temsil etmekle beraber bazı ülkelerde başlıca finansman yöntemidir. Bu ülkelerde nüfusun yaklaşık % 30'nun özel sigorta kapsamında ve özel sigortanın birincil koruma modeli veya kamu sistemlerini destekleyici bir model olduğu görülmektedir. Bu ülkelerde politikacılar özel sağlık sigortasının evrensel kapsayıcılığı sağlamada anahtar role sahip oldukları kanaatinde dirler⁵.

Her ne kadar özel sağlık sigortaları üniversal kapsayıcılığı sağlamak için kullanılsa da, iyi yapılandırılmış ve düzenlenmiş bir özel sağlık sigortası, hedefe ulaşmak için bir kaynak olarak kullanılabilir. Özel sağlık sigortasını, evrensel kapsayıcılığı sağlamada başlıca yöntem olarak kullanan bazı ülkelerde, dezavantajlı gruplar ve yoksullar, kamu fonları ile finanse edilmektedir. Hatta bazı durumlarda hükümetin bu grup adına özel sektörden sağlık hizmeti satın aldığı da görülür. Fakat bu kamu kaynakları ile finanse edildiğinden, özel sigorta anlamına gelmez (WHO, 2004: 242).

Maynar ve Dixon (2002)'a göre özel sağlık sigortasının başarı ile uygulanmasının için piyasada rekabet ortamının sağlanması şarttır. Bunun için de insanların, farklı fonlara ait temel teminat paketlerini

⁵ ABD özel sağlık sigortasının evrensel kapsayıcılığı sağlamak için başlıca yöntem olan tek OECD ülkesidir. 2000 yılında toplam sağlık harcamasının % 35 i özel sağlık sigortaları aracılığı ile olmuştur. Fransa, Almanya, Kanada ve Hollanda'da bu oran % 10-15 arasında, İsviçre'de % 10, İrlanda, İspanya, Yeni Zelanda ve Avusturya'da % 4-10 arasında diğer OECD ülkelerinde % 4 civarındadır. Ayrıntılı bilgi için bakınız: Francesca Colombo, Nicole Tapay, **Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems**, OECD Health Working Papers No. 15, Head of Publications Service, France, 2004, s.7-8.

karşılaştırabilmeleri gerekmektedir. Eğer bu tür bir düzenleme yapılmamışsa rekabetin pozitif rolü büyük oranda azalmaktadır. Birçok ülkede insanlar sunulan teminat paketleri hakkında yeterli bilgiye sahip değildir ve faydaları konusunda şüphelidirler. Ayrıca özel sigorta fonları da primlerin belirlenmesi konusunda pek çok dezavantaja sahiptir. Kamusal sigorta fonlarından farklı olarak özel sigortalar, prim oranlarını risk oranları doğrultusunda belirlerler. Risk oranları bireysel ya da bir gruba yönelik olarak belirlenir. Sigorta firmaları büyük oranda, sağlık hizmetlerine daha az ihtiyaç duyan, sağlıklı genç insanlara yönelmektedir. Hatta kendine piyasa olarak sadece işçi gruplarını seçen sigorta firmaları vardır. Amaç, riski mümkün olduğunca çok sigortalıya dağıtarak azaltmaktır. Bunun yanında fakir ve ortalamanın üstünde risk taşıyan insanların özel sigorta kapsamına dahil edilmesi zordur. Benzer şekilde, daha çok sağlık hizmetine ihtiyaç duyan yaşlıların sisteme dahil edilmesi ancak çok yüksek oranda bir prim ödemek kaydıyla mümkün olmaktadır.

4. SONUÇ

1980'lerin başlarından itibaren özellikle yapısal uyum politikaları ve benzeri uygulamalar ile IMF ve DB tarafından ekonomik kısıkaca alınan ülkelerde, pek çok sosyal devlet uygulamalarına olduğu gibi, sağlık hizmetlerine de uygulama yöntem ve biçimleri konusunda baskılar yapılmaya başlanmıştır. Ortaya çıkan en önemli baskı, hizmetlerin kamu marifetiyle sunulmasından vazgeçilmesi yönündedir. Ülkelere verilen borçlar karşılığında kendilerine sunulan ve uygulama yönünde baskılar yapılan düzenlemeler hükümetlere, sosyal harcamalarını azaltmayı ve bu hizmetlerin piyasa koşullarında sunulmasını sağlayacak düzenlemeler yapılmasını istemektedir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülke, sağlık sistemlerinin içine düştüğü sıkıntıları gidermek ve daha iyi sağlık hizmeti sunmak adına pek çok reform girişiminde bulunmaktadırlar. Bu reformların sistemi, içinde bulunduğu mali sıkıntıdan kurtarma amacı taşıdığı savunulsa da gerçekte pek çoğu, kamu sağlık hizmetlerinin küçülmesi, piyasanın daha etkin kılınması ve neo-liberal politikalar doğrultusunda, sağlık hizmetlerini küresel sermayeye açmaktan başka bir amaç taşımamaktadır. Bu durum yalnızca gelişmemiş sağlık sistemlerine sahip ülkelerde değil, İngiltere gibi yerleşik ve gelişmiş sağlık sistemlerine sahip ülkeler için de geçerli olabilmektedir.

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde DB ve IMF destekli reform girişimlerinin sonuçlarından elde edilen veriler, bu ülkelere dayatılan reformlar neticesinde ileri teknolojiye sahip sağlık hizmetlerine çok kolay erişebilen ve üst düzey sağlık göstergelerine sahip mutlu bir azınlık meydana

gelirken, yoksulların sağlık hizmetlerine erişimleri önündeki engellerin daha çok arttığı yönündedir.

Diğer taraftan bütün bu gelişmeler karşısında ortaya iki farklı görüş çıkmaktadır. Bunlardan ilki, sağlık hizmetlerinde yaşanan bu gelişmelerin refah devletini küçülttüğünü iddia etmektedir. Diğer görüş ise, kamu ve özel sektörün birlikte hareket etmesinin bir küçülmeyi değil, sağlık alanında devlete daha çok düzenleme yetkisi vererek kontrol alanını genişlettiğini ve dolayısıyla da refah devletinde iddia edildiği gibi bir küçülmenin olmadığı yönündedir.

Gerçekten de sağlık hizmetleri sektörü açısından devletin rolünün azaltılmasının neo-liberal politikaların “ekmeğine yağ sürüp sürmeyeceği” tartışma konusudur. Zira pek çok alandan farklı olarak sağlık hizmetlerinde yaşanan reform girişimleri, harcamaları azaltmaktan çok arttırmaktadır. Çünkü genel reform ilkeleri, kamunun özel sektörden daha çok hizmet satın alması yönündedir.

Sağlık hizmetleri alanında yaşanan bütün bu gelişmelerin Türkiye’ye yansımaları incelendiğinde, Türkiye’nin de küreselleşmenin neden olduğu çoklu baskı unsurlarının etkisinde kalarak, sağlık hizmetlerinde sürekli bir reform arayışı içerisinde olduğu görülmektedir. Genel olarak da Türkiye, benzer gelir düzeyine sahip OECD ülkelerinden daha kötü sağlık göstergelerine sahiptir.

Türk sağlık hizmetleri reform süreci incelendiğinde, temsilcisi olduğu Güney Avrupa refah rejimlerinden ayrıldığı görülmektedir. İspanya, İtalya, Portekiz ve Yunanistan gibi Güney Avrupa refah devletleri 1980’lerin başlarından itibaren genel vergilerle finanse edilen ulusal sağlık hizmetleri modeline geçmelerine rağmen, Türkiye’nin uyguladığı sosyal sağlık sigortası sisteminde herhangi bir değişiklik yaşanmadığı, hatta son reformlar ile bu sistemin pekiştirilmeye çalışıldığı gözlenmektedir. Gerçekte, Türkiye’de tüm nüfusu kapsayan bir sağlık sisteminin var olduğunu iddia etmek güçtür

Sağlık, temel insan hakkı olarak, en önemli ve ayrıcalıklı bir yere sahiptir. Bu nedenle Anayasasında sosyal devlet olduğunu belirten Türkiye’nin, evrensel kapsayıcılığa sahip bir sağlık sistemi kurma yönünde sağlık reformlarını şekillendirmesi gerekmektedir.

Bütün bu değerlendirmeler ışığında Türkiye için bir sağlık sistemi önermek gerekirse; öncelikle Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde halen uygulanmakta olan sistemin başarılı olup olmayacağı konusunda öngörude bulunmak için çok erkendir. Böyle bir değerlendirmeyi yapabilmek için sistemin tamamen yerleşmesini ve eksiksiz uygulanmasını beklemek gerekmektedir.

Ancak Türkiye’de kurulacak sağlık hizmetleri sisteminin öncelikli olarak tüm vatandaşlara eşit ve kullanım esnasında ödeme yapmak zorunda kalmayacakları bir sistem çerçevesinde kurgulanması gerektiği, evrensel sağlık hizmetleri normları gereğidir. Her ne kadar Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında birinci basamak sağlık hizmetleri tüm vatandaşlara ücretsiz sunulsa da ileri tetkik ve tedaviler için ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine erişim dezavantajlılar ve “kayıt dışı yoksullar” için hala önemli bir problemdir.

Bu nedenle vergilerle finanse edilen ve daha eşitlikçi bir yaklaşımı temsil eden “ulusal sağlık hizmetleri” modelinin, Türkiye’de evrensel kapsayıcılığın sağlanması için en uygun model olacağı değerlendirilmektedir. Bu nedenle orta ve uzun vadede bu modele geçiş için eksiklikler giderilerek altyapı hazırlıklarının tamamlanması, Türkiye’nin öncelikli hedefleri arasında olmalıdır. Altyapı hazırlıkları tamamlanana kadar da halen uygulanmakta olan sosyal sağlık sigortası modelinin ülkenin içinde bulunduğu sosyo-ekonomik koşullar doğrultusunda yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Bu maksatla; istihdam temelinde sağlık hizmeti sağlananlar ve fakir olduklarını belgelemek suretiyle sağlık hizmetlerine erişebilen bireyler haricinde, kayıt dışı çalışan ve bu nedenle de sosyal sağlık sigortası sisteminden yararlanamayan, aynı zamanda da yoksul olduklarını belgeleyemedikleri için de sağlık hizmeti alamayanların ve dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine erişimini sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Adlung, Xenio Scheil, Aboy Asfow, Frikkie Booyesen, ve diğerleri. (2006), *What is the Impact of Social Health Protection on Access to Health Care. A Comparative Analysis of Three African Countries*, WHO, Discussion Paper Number 2, Geneva.
- Ağartan, Tuba. (2007), “Sağlıkta Reform Salgını”, *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar*, 1. Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Andersen, Gosta-Esping. (1994), *After the Golden Age: The Future of the Welfare State in The New Global Order*, UNSISD, Occasional Paper No.7 World Summit For Social Development, Geneva.
- Andersen, Gosta- Esping. (2010), “Toplumsal Riskler ve Refah Devleti”, *Sosyal Politika Yazıları*, Ayşe Buğra, Çağlar Keyder, (drl.), 4. Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Brinkerhoff, Derick ve Charlotte Leighton.(2002), *Insights for Implementers: Decentralization And Health System Reform*, PHRplus No.1.

- Bossert, Thomas J. ve Joel C. Beauvais. (2002), “Decentralization of Health Systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: A Comparative Analysis of Decision Space”, **Health Policy and Planning**,17(1):14–31,Oxford University Pres.
- Bossert, Thomas J. (2006), “Sağlık Sistemlerinin Desantralizasyonu”, Haydar Sur (çev.), **Makro Bakış**, Sayı 4.
- Böckmann, Roman. (2009), “The Private Health Insurance: Demarketization of a Welfare Market?”, **German Policy Studies**, Vol. 5, No. 1.
- Bankauskaite, Vaida ve Richard B. Saltman. (2007), “Central Issues in the Decentralization”, **Decentralization in Health**, Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite, Karsten Vrangbaek (ed.), *Europen Observatory on Health Care Systems and Policies Series, First Published, Berkshire, Open University Press.*
- Chamchan, Chalermopol ve Guy Carrin. (2006), “A Macroeconomic View of Cost Containment: Simulation Experiments for Thailand”, **Thammasat Economic Journal**, Vol.24, No.2.
- Carin, Guy. (2006), “A Macroeconomic View of cost Containment: Simulation Experiments for Thailand”, **Thammasat Economic Journal**, Vol.24, No.2.
- Carin, Guy ve Piya Hanvoravongchai. (2002), **Health Care Cost-Containment Policies in High Income Countries: How Successful Are Monetary Incentives? WHO Discussion Paper Number 2, Geneva.**
- Carin, Guy ve Chris James. (2004), **Reaching Universal Coverage Via Social Health Insurance: Key Design Features in The Transition Period, WHO Discussion Paper Number 2, Geneva.**
- Carrin, Guy, C. James ve D. Evans. (2005), **Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System, Technical Briefs For Policy Maker, Nunber 1, WHO, Geneva.**
- Colombo, Francesca ve Nicole Tapay. (2003), **Private Health Insurance in Australia: A Case Study, OECD Health Working Paper No.8, Paris.**
- Colombo, Francesca ve Nicole Tapay. (2004), **Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems, OECD Health Working Papers no.15, Head of Publications Service, France.**
- Chunling Lu, Rİchard G. Frank ve Thomas G. Mcguire, (2009), ”Demand Response to Cost Sharing Under Managed Health Care”, **Contemporary Economic Policy**, Vol. 27, No. I, January.
- Criel, Bart, Mario-Pia Waelkens ve Guy Carin. (2005), “Community Based Health Insurance in Developing Countries: A Study of Contributions to the Performance of Health Financing Systems”, **Tropical Medicine and International Health**, Volume 10, No.8, Blackwell Publishing.
- Cavagnero, Eleonora, Guy Carrin ve Ruben Torres. (2010), **A National Social Health Insurance Plan for Argentina: Simulating its Financial Feasibility, WHO Discussion Paper Number 4, Geneva.**

- Carin, Guy. (2002), "Social Health Insurance in Developing Countries: A Continuing Challenge", *International Social Security Review*, Vol. 55, 2/2002.
- Doetinchem, Ole, Bernd Schramm ve Jean-Olivier Schmidt. (2006), *The Benefits and Challenges of Social Health Insurance for Developing and Transitional Countries, Financing Health Care: A Dialogue Between South Eastern Europe and Germany*, Laaser Ulrich; Radermacher Ralf (ed.), *Series International Public Health*, Vol. 18, Lage.
- Evans, Timothy. (2005), *Universal Coverage: From Concept to Implementation, Extending Social Protection in Health Developing Countries' Experiences, Lessons, Learnt and Recommendations*, *International Conference on Social Health Insurance in Developing Countries*, ILO, GTZ, WHO, Berlin.
- Eikemo, T.A., C.Bambra, K. Joyce ve Espen Dahl. (2008), "Welfare State Regimes And Income-Related Health Inequalities: A Comprasion of 23 European Countries", *European Journal of Public Health*, Vol.18 No.6, Oxford University Pres.
- Gericke, Christiati A., Matthias Dehn, Matthias Wistvar ve Reinhard Busse. (2009), "Cost-Sharing in the German Healthcare System: Effects of Health Reforms on Efficiency and Equity", *Journal of Management & Marketing in Health Care*, Vol. 2 No.4.
- Gottret, Pablo ve George Schieber. (2006), *Health Financing Revisted: A Practioner's Guide* The World Bank, Washington D.C.
- Haydar Sur, (2006), *Türkiye'de Sağlıkta Desantralizasyona İlişkin Genel Öneriler ve Değerlendirmeler*. Makro Bakış, Sağlık Politikaları Gündemi, Sayı 4, Ofset Matbaacılık.
- Haji, Mahjabeen, Varatharajan Durairaj, Pascal Zurn, ve diğerleri. (2010), "Emerging Opportunities for Recruiting and Retaining a Rural Health Workforce Through Decentralized Health Financing Systems", *Bulletin of the World Health Organization*, 88.397-399.
- İşıklı, Alpaslan. (2007), "Neoliberal Küreselleşme, Sosyal Devlet ve Kemalizm", *Ankara Üniversitesi Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayını*, No: 595, Prof. Dr. Cahit Talaş Anısına Güncel Sosyal Politika Tartışmaları, Ankara.
- Intyre, Diane Mc, Bertha Garshong, Gemini Mtei, Filip Meheus ve diğerleri. (2008), "Beyond Fragmentation and Towards Universal Coverage: Insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania", *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 871-876.
- İLO. (2008), *Social Health Protection. An İLO Strategy Towards Universal Access to Health Care*, *Social Security Policy Briefings Paper 1*, First Published, Geneva.
- Litvack, Jennie ve Jessica Seddon. (2009), *Decentralization Briefing Notes*, *World Bank İnstitute Working Papers*, <http://siteresource.worldbank.org/WBI/Resourse/wbi37142.pdf> (19.04.2009)

- Leid, R. (1998), *Health Care and its Financing in the Single European Market*, IOS Pres, Amsterdam, 1998:1-10.
- Maynard, Alan ve Anna Dixon. (2002), *Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience, Funding Health Care: Options for Europe*, Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kutzin (ed.), Open University Pres, First Published, Buckingham.
- Mathauer, Inke ve Guy Carrin. (2010), *The Role of Institutional Design and Organizational Practice For Health Financing Performance and Universal Coverage*, WHO Discussion Paper Number 5, Geneva.
- Myles, John ve Jill Quadagno. (2002), “Political Theories of the Welfare State”, *Social Service Review*, March.
- Normand, Charles ve Reinhard Buse. (2002), *Social Health Insurance Financing, Funding Health Care: Options for Europe*, Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kutzin (ed.), Open University Pres, First Published, Buckingham.
- Or, Zeynep, Chantal Cases, Melanie Lisac, ve diğerleri, (2010), Gwyn Bevan. “Are Health Problems Systemic? Politics of Access and Choice under Beveridge and Bismark Systems”, *Health Economics, Policy and Law*, 5, 269–293, Cambridge University Press.
- Oxley, Horward ve Maitland Macfarlan. (1994), *Health Care Reform Controlling Spending on increasing Efficiency*, OECD Ekonomik Departman Working Paper NO.149.OECD Publishing, Paris.
- Park, M., T. Braun, G.Corrin ve D. Evans. (2007), *Payments and Cost-Containment Lesson from OECD Countries*, WHO Technical Briefs For Policy Makers, Number 2, Geneva.
- Roberts, Marc J., William Hsiao, Peter Berman ve Michael R. Reich. (2009), *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz*, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 784, Onur Matbaacılık, Ankara.
- Remler, Dahila K. ve Jessica Grence. (2009), “Cost – Sharing: A Blunt Instrument”, *Annual Review of Public Health*, Volume 39.
- Saltman, R.B. J.Figüeras. (1998), *Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Ankara.
- Saltman, Richard B. (2004), “Social Health Insurance in Perspective: the Challenge of Sustaining Stability”, *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Richard B. Saltman, Reinhard Busse, Josep Figueras (ed.), Open University Pres, First Published, New York.
- Schneider, Pia, George Schieber ve Jack Langenbrunner. (2009), *Evidence on Cost-Sharing in Health Care: Applications to Hungary*, <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/376278-1202320704235/SchneiderCoPaymentsHealthHungaryFeb152008.pdf> (Erişim: 18.11.2009)

- Saltman, Richard B. (2004), “*Social Health Insurance in Perspective: the Challenge of Sustaining Stability*”, **Social Health Insurance Systems in Western Europe**, Richard B. Saltman, Reinhard Busse, Josep Figueras (ed.), Open University Press, First Published, New York.
- Saltman, R.B. J.Figüeras. (1999), “Avrupa ülkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi”, **Toplum Ve Hekim**, Cilt 14,Sayı 5.
- Sur, Haydar. (2006), “Sağlık Politikası Gündemi”, **Makro Bakış, Sağlık Politikaları Gündemi**, Sayı 4, Ofset Matbaacılık.
- Savedoff, William.(2004), **Tax Based Financing for Health Systems: Options and Experience**, Discussion Paper Number 4,WHO, Geneva.
- Sekhri, Nealam, William Savedoff ve Shivani Tihripathi. (2005), **Regulation Private Health Insurance to Serve The Public Intirest**, Policy Issues for Developing Countries, WHO Discussion Paper, Department Health System Financing, Geneva.
- Sekeri, Neelam ve William Savedoff. (2004), **Private Health Insurance: Implications for Developing Countries**, Discussion Paper Number 3, WHO. Geneva, 2004.
- TÜSİAD. (2004), **Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri**, Yayın No.TÜSİAD–9/2004–09/380, Lebib Yalkım Yayınları, İstanbul.
- Üzmez, Onur. (2006) “Küreselleşmenin Türkiye’de Sağlık Sektörü Ve Sağlık Harcamaları Üzerine Etkisi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Vrangbaek, Karsten. (2007), **Towards a Typology for Decentralization in Health Care**, Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite, Karsten Vrangbaek (ed.), Decentralization in Health Care, European Observatory on Health Systems and Policies Series, First Published, Berkshire, Open University Press.
- WHO. (2009), **The European Health Report, Health and Health Systems**, Publications WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO. (2008), **World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever**, Switzerland.
- WHO. (2004), **Regional Overview of Social Health Insurance in South-East Asia**, Regional Office for South-East Asia, New Delhi, July 2004.
- http://whqlibdoc.who.int/searo/2004/SEA_HSD_274_eng.pdf (Erişim:25.09.2009)
- WHO. (2000), **Health Systems Improving Performas**, Health Report 2000, Geneva.
- World Bank. (1993), **World Development Report, Investing In Health**, First Published, Oxford Universty Pres, New York.

