



TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI

SAĞLIK REFORMUNUN DOĞRU YAPILMASI

Performans ve
Hakkaniyetin
Geliştirilmesi
İçin Bir Kılavuz

Marc J. Roberts • William Hsiao • Peter Berman • Michael R. Reich

REFİK SAYDAM HIFZISSIHA MERKEZİ BAŞKANLIĞI
HIFZISSIHA MEKTEBİ MÜDÜRLÜĞÜ

Sağlık Reformunun Doğru Yapılması

Performans ve Hakkaniyetin
Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz

Marc J. Roberts

William Hsiao

Peter Berman

Michael R. Reich

“ Telif hakkı © 2004 Oxford University Press, Inc.’e aittir.”

“Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz” asıl olarak İngilizce yayımlanmıştır. Bu çeviri Oxford University Press ile Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü arasında yapılan anlaşma uyarınca yayımlanmaktadır.

“Copyright © 2004 Oxford University Press, Inc.”

“Getting Health Reform Right. A Guide to Improving Performance and Equity was originally published in English. This translation is published in accordance with the agreement made with Oxford University Press and Republic of Turkey, Ministry of Health, Refik Saydam Hygiene Center Presidency, School of Public Health.”

Telif Hakkı Sahibi:

© Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı
Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2009

Tüm hakları Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğüne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi: “editör/yazar adları, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, basım yeri, basım yılı” belirtilmesi şeklinde olmalıdır. 5846 sayılı yasa gereği Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğünün onayı olmaksızın tamamen veya kısmen çoğaltılamaz.

ISBN No : 978-975-590-308-8

Sağlık Bakanlığı Yayın No : 784

HMM Yayın No : 2010-21

Baskı : Onur Matbaacılık Ofset Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.
Matbaacılar Sitesi 35. Cad. 558. Sk. No: 47 İvedik/ Ankara
Tel: 0 312 394 08 90 , Faks: 0 312 394 08 91



Yazarlar

Marc J. Roberts

William Hsiao

Peter Berman

Michael R. Reich

Çevirinin Editörleri

Baş Editör

Prof. Dr. Recep AKDAĞ

Editörler

Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU

Dr. Hakkı GÜRSÖZ

Uz. Dr. Banu AYAR

Dr. Hüseyin DEMİREL

Yayına Hazırlayanlar

Dilek GENÇER ÖZTEKİN

Hüseyin KOCAKULAK

Redaktörler

A. Arzu ÇAKIR

Hüseyin GÜÇ

Ayşen OCAKTAN

Sunuş

Ülkemizde 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) bugüne kadar yapılmış bütün çalışmaları dikkate alan, katılımcı ve demokratik karar süreçleriyle en uygun çözümler üretmeyi amaçlayan kapsamlı bir programdır. 2003 yılı başında hazırlanarak kamuoyuna duyurulan program, sosyalizasyon başta olmak üzere geçmiş birikim ve tecrübelerden, son dönemde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden ilham alınarak hazırlanmıştır. Bu program sayesinde sağlık hizmetlerinin; etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması amaçlanmaktadır.

Vatandaşların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini erişilebilir, kaliteli ve tatminkâr bir şekilde kullanabilmeleri, aynı zamanda bu hizmetlerin finansal sürdürülebilirliğinin sağlanması tüm reform çalışmalarının ortak hedefidir.

Temel olarak insan odaklı bir felsefeye sahip olan SDP; parçalı, heterojen ve adil olmayan bir sağlık finansman sisteminden, homojen ve adil yararlanma imkânı veren bir yapıya geçişi sağlamaktadır. Hizmet sunumu açısından ise, farklı toplum kesimlerine farklı hizmetler sunan parçalı yapı yerine toplumun tüm kesimlerine hakkaniyetli hizmet arzı sağlayan bir yapıya dönüşümü gerçekleştirmeyi hedeflemiştir. Bunların yanında tüm hizmet basamaklarında var olan altyapı ve ekipman eksikliklerine odaklanılarak var olan yetersizlikleri giderme ve iyileştirme sağlama yönünde atılacak olan adımlar öncelenmiştir. Bu sayede bölgeler arasında önemli ölçüde altyapı, ekipman ve insan kaynağı eksiklikleri büyük oranda giderilmiştir.

SDP'nin amaçlarıyla uyumlu olarak 2006 yılında hazırlanan 9. Kalkınma Planı; sağlık hizmetlerinde erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığının planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması ve genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulmasını öngörmektedir. Bu eksende yürütülen SDP, ulusal politikanın bütünleyici bir parçasıdır. Bu programın gerçekleşmesi ile sağlık hizmetleri, geleceğin hızla değişen ve dönüşen sağlık önceliklerini karşılayabilecek dinamik bir zemin kazanmaktadır.

Sağlık sistemi reformu, daimi bir süreçtir. Uygulamanın bu ilk safhalarında Türkiye'nin "devasa" bir reformu, etkili bir şekilde hayata geçirebilen birkaç orta gelirli ülkeden biri olduğu görülmektedir. SDP, hem Türkiye'nin sosyal yardım sisteminde önemli bir iyileşme kaydettiğini göstermekte hem de aynı zorluklarla mücadele etmekte olan diğer ülkelere "iyi bir uygulama" örneği teşkil etmektedir. Fakat programın nihai başarısı ve sürdürülebilirliği, ülkemiz yetkililerinin hâlen üzerinde çalışmakta oldukları zorlu politika ve uygulama kararlarına bağlı olacaktır. Uluslararası tecrübelere göre, uzun vadede sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliğini sağlamak ve Türk insanının sağlık durumu ve refahını sürekli olarak iyileştirmek için doğru politikalar seçmek ve bu politikaları etkili bir şekilde uygulamak gerekecektir.

Sağlık Bakanlığımız tarafından uygulanmakta olan SDP kapsamında yapılacak çalışmalarda kaynak olarak kullanılması açısından bu kitabın faydalı olacağına inanıyoruz. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ihtiyaç duyulan konularda, bu tür yayınları Türkçeye kazandırmaya devam edecektir.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

Türkçe Baskıya Ön Söz

Bu kitabın amacı, farklı ülke tecrübelerinden faydalanarak sağlık reformunu gerçekleştirme sürecinde olan ülkelere, öneriler sunup yardımcı olmaktır. Kitapta sağlık sektörü reformu; performans, ulusal koşullar, teşvikler ve etik çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Hiç şüphesiz sağlık sektöründe bir reform programı uygulamak, reformun teorisini oluşturmaktan ibaret değildir. Ülkelerin kendilerine has özellikleri olmakla birlikte, toplumların sağlık durumu ve ihtiyaçları arasında da farklılıklar mevcuttur. Bu nedenle tüm ülkelerde uygulanabilecek ortak bir modelin varlığından söz etmek mümkün değildir. Ancak, ana sorunlara yönelik çözüm önerileri ve eylem planları oluşturulurken, daha önce bu süreci yaşamış olan ülkelerin reform süreçlerinden, uluslararası bilgi birikiminden, ülke düzeyinde var olan tecrübeden faydalanarak ülke ihtiyaçlarına uygun bir modeli hem teorik hem de pratik anlamda hayata geçirmek önem arz etmektedir.

Sağlık reformu çalışmalarının yöneldiği ana hedefler, sistemin performansını artırmak ve sürekli artma eğilimi gösterecek olan sağlık harcamalarını kontrol altında tutabilmektir. Ancak reform kapsamında üstlenilen görevlerin başarıyla yürütülebilmesi için farklı kurumların iş birliği gerekmektedir. Bu nedenle reform sürecinin başarıya ulaşması için, diğer paydaş kurumların desteğinin sağlanması kaçınılmazdır.

Sağlık reformu, tanımı gereği hakların ve uygulamaların daha da ileri taşındığı bir çalışmadır. Yakın geçmişte birçok ülke ile birlikte ülkemizde de sağlık reformu çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaların bazılarında uygulamada başarı elde edilirken bazılarında hâlen sorunlar yaşanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), hem hizmet sunan hem de hizmet alan bakımından insan merkezli bir değişim hedeflemektedir. SDP temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunu diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturmayı hedeflemektedir. Genelde toplumu oluşturan bireylerin, özelde ise hastaların ve sağlık çalışanlarının durumlarını iyileştirmek bu konuda yapılacak yeniliklerin hareket noktasını oluşturmaktadır.

Türkiye, nüfusun sağlık ihtiyaçları ve bu ihtiyaçları finanse edecek ekonominin yetkinliği üzerinde önemli etkileri olacak demografik, epidemiyolojik geçişler ve beslenme geçişleri ile karşı karşıyadır. Bu değişen nüfus yapısının, sağlık sistemi ve bireylerin karşı karşıya kalacağı hastalık yükü üzerinde önemli etkileri olacaktır. Türkiye'nin sağlık sistemi ve sağlık finansmanı; sağlığın teşviki, korunması ve bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisine yönelik etkin politikalar gerektirmektedir. Başarılı finansman reformları yapan ülkeler, özenli bir şekilde, eş zamanlı olarak hizmet sunum sistemlerini değiştirmişlerdir. Yetkililerimiz, bu tür değişikliklerin gerekliliğinden dolayı, erişim açısından kapasitenin artırılması, kalitenin iyileştirilmesi, etkinliğin artırılması ve özel sektör için uygun bir rolün geliştirilmesi amacıyla SDP'yi özenle tasarlamışlardır.

Sağlık Reformu ile ilgili çalışmalar yürütmekte olan Sağlık Bakanlığımız ve ilgili sektör çalışanları tarafından kaynak olarak kullanılması açısından bu kitabın faydalı olacağına inanıyoruz. Emegi geçen herkese teşekkür eder, çalışmalarında başarılar dileriz.

Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU
Hıfzısıhha Mektebi Müdürü

Teşekkür

Bu eserin Türkçeye çevrilmesi ve yayımlanmasına katkılarından dolayı;

Sağlık Bakanı Sayın Prof. Dr. Recep AKDAĞ, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Sayın Prof. Dr. Nihat TOSUN, Sağlık Bakanlığı eski Müsteşarı Sayın Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Sayın Prof. Dr. Adnan ÇİNAL, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Sayın Dr. Yasin ERKOÇ, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanı Sayın Doç. Dr. Mustafa ERTEK, Strateji Geliştirme Başkanı Sayın Memet ATASEVER, Proje Yönetimi Destek Birimi eski Direktörü Sayın Adnan YILDIRIM ve Proje Yönetimi Destek Birimi Direktörü A. Celalettin TARHAN'a;

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürü Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU, Müdür Yardımcıları Dr. Hakkı GÜRSÖZ, Dr. Mustafa KOSDAK ve Mektep Genel Sekreteri Dilek GENÇER ÖZTEKİN'e;

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü çalışanları Uz. Dr. Banu AYAR, Aydanur SARAÇ DİRİMEŞE, A. Arzu ÇAKIR, Hüseyin KOCAKULAK, Hakan Oğuz ARI, Hüseyin GÜÇ ve Ayşen OCAKTAN'a;

ve çalışmada emeği geçen herkese teşekkür eder, başarılı çalışmalarının devamını dileriz.

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

Ön Söz

Geçen on yıllarda, birçok hükümet, sağlık hizmetleri sistemlerinde reform yapmak ve sistemlerini yeniden organize etmek için çaba sarf etmiştir. Yeni sigorta sistemleri oluşturmuş, temel sağlık hizmetlerinin sunum şeklini değiştirmiş, hastane yönetimini yeniden yapılandırmış, hükümetin sağlık hizmetleri sunum sistemini desantralize etmiştir. (Bunların hepsi daha iyi performans ve hakkaniyet arayışı içinde gerçekleştirilmiştir.) Oysa bu reform çabalarının çoğunluğu ümit kırıcı sonuçlar vermiştir. Hastalar halen yetersiz hizmetten, doktorlar düşük maaşlardan ve bütçe yapıcılar ise sağlık sektörünün maliyetlerinden şikayet etmektedir. Bazı ülkeler, başarılı reform çalışmaları gerçekleştirmişken bunu yapmayan ülkeler, benimsedikleri planları uygulama yönünde çaba sarf etmiştir; ama halen bir sonraki adımda ne yapmaları gerektiğini bilmemektedir.

Bu kitabın amacı, kendilerini sağlık sektörü reformuna kapılmış hissedenlere yardımcı olmaktır. Başlığımızdan da anlaşılacağı gibi bu, reform yapanlara, sağlık sistemlerinin performansını geliştirme konusunda yardımcı olacak ve sonuçların hakkaniyetine özel olarak odaklanacak pratik öneri sunmak amacıyla tasarlanmış bir kılavuz kitaptır. Her ne kadar akademik literatürden fazlaca faydalanmış olsak da bu projeyi bir akademik uygulama olarak gerçekleştirme amacını gütmedik. Bunun yerine, kitap, dünya çapında sağlık sektöründeki karar vericilere uzun yıllardır verilen kurslar ve seminerler ile farklı hükümetlerle kurduğumuz danışmanlık ve öneri sunma ilişkileri temel alınarak hazırlanmıştır.

Sağlık sektörü reformuna yönelik yaklaşımımızın dört kritik özelliği bulunmaktadır. Birincisi, sağlık sektörünü bir sonuca varmak için kullanılan bir araç olarak görüyoruz.

Reformcuların sistemlerini sonuçlarına göre değerlendirmelerini, sorunları performans eksiklikleri bakımından tanımlamalarını ve önerilen sonuçları -söz konusu eksiklikleri telafi etme konusunda ümit verici olup olmadıkları bakımından- değerlendirmelerini istiyoruz. Bu yaklaşım; sorunun tanımlanması, nedensel teşhis ve politika geliştirilmesi bakımından analitik olarak sağlam bir yöntem ortaya koymaktadır. Bu tür bir yöntem, genellikle sağlık reformu çabalarında eksik kalmıştır. Bu yöntemin eksikliği ise umut kırıcı sonuçların alınmasından kısmen sorumludur.

Yaklaşımımızın ikinci bir önemli özelliği, yerel koşullara karşı hissettiğimiz derin hassasiyet ile uluslararası deneyimin kombinasyonuna yönelik taahhüttür. Bu kitapta, reformculara, tek “doğru cevap” olduğuna inandığımız şeyi anlatmıyoruz. Bunun yerine, kendi ulusal koşullarının ekonomik kaynaklarına, siyasi durumlarına ve idari kapasitelerine uygun olacak cevaplar geliştirmek üzere kullanacakları yöntem ve araçları sunuyoruz. Dünya çapındaki reform deneyimine dayalı olarak bu seçimler için kılavuzluk sunuyoruz; ancak bu her zaman yerel içerik koşuluna bağlı olmalıdır. Yine, yakın zamandaki birçok umut kırıcı gelişmenin; ulusal uzmanlar ve kurumlar tarafından beğenilen bazı politika çözümlerinin eleştirel olmayan bir şekilde -yerel koşullar yeterince anlaşılmadan- savunulmasına bağlı olduğuna inanıyoruz.

Üçüncü önemli taahhüdümüz, sağlık sektörü reformunun sorunlarına yönelik çok disiplinli bir yaklaşımdır. Şunu kabul etmek gerekir ki ilgili konseptlerin ve yöntemlerin kapsamı göz korkutucu düzeyde geniş. Ancak, durumun önemli özelliklerini göz ardı eden dar analizler, sadece beklenmedik sonuçlardan veya beklenmedik zorluklardan kaynaklanan başarısızlığı davet etmektedir. Para akışları ve teşvikler herhangi bir sağlık sisteminin anlaşılmasında çok önemli olduğu için, ekonomik analizimizi kapsamlı bir şekilde kullanıyoruz. Ancak şuna da inanıyoruz ki teşvik tek başına her şeyi açıklamamaktadır. Bu yüzden, doktorların, hastanelerin, hastaların ve diğer aktörlerin davranışını açıklamak için organizasyonel teoriye ve sosyal psikolojiye büyük ölçüde dayanıyoruz. Buna ek olarak şunu öne sürüyoruz ki sadece teknik konulara dikkat edilmesi hiçbir zaman bir reformcunun gerçek durumları tam olarak anlaması ve gerçek durumlarda etkili olmasına izin vermeyecektir. Bu yüzden, sağlık sektörü reformu için siyasi içeriğin anlaşılması ve reformu ileri taşıyabilecek siyasi stratejilerin geliştirilmesine dikkat ediyoruz. Son olarak, sağlık sektörü politikasının kaçınılmaz olarak etik seçimleri içerdiğini öne sürüyoruz. Bu yüzden, reformcuların seçimleri makul bir şekilde anlayıp tercih yapmaları için temel siyasi ve ahlaki felsefe zemini önemlidir.

Etik konusundaki bu nokta, yaklaşımımızın nihai kritik özelliğini ortaya koymaktadır. Sağlık sektörü reformunun hakkaniyet yönleri, bu kitapta sürekli ele alınan bir temadır ve bu, hem bizim kişisel değerlerimizi hem de uluslararası topluluğun benimsemiş olduğu “Yeni Bin Yıl Kalkınma Hedefleri”nde ifade edilen endişeleri yansıtmaktadır. Hakkaniyet konusundaki görüşlerin dünya çapında nasıl farklılık gösterdiğini açık bir şekilde kabul ediyor ve tartışıyoruz. Aynı zamanda, kendi etik görüşlerimizi de sunuyor ve sağlık sisteminin performansında, hakkaniyetin nasıl farklı reform çabalarından etkilendiğini gösteriyoruz.

Her ne kadar daha sistematik analizlerin sağlık sektörü reform çabalarında bir fark teşkil edebileceğine inansak da zorluklar konusunda tecrübesiz değiliz. Sağlık sistemleri son derece kompleks ve genellikle politika inisiyatiflerine beklenmedik şekillerde

reaksiyon göstermektedir. Statükodan faydalananlar, değişime karşı direnmeye devam edecektir. Reform savunucuları, genellikle, yerel gerçekleri göz ardı etmektedir ve uluslararası kurumlar, kendi iç dinamikleri ve teşviklerine cevap vermektedir. Yine de şuna inanıyoruz ki, reform hakkında düşünmenin hem derinliği hem de genişliğinde kaydedilecek bir ilerleme, daha iyi performans sonuçlarına yol açabilecektir. Bu kitapta ele almak istediğimiz nokta da budur.

Bu hedefleri amaçlayan bir çalışmanın hazırlanması, altı yıllık yoğun iş birliğini gerektirmiştir. (Bu çalışma, sayısız toplantının, bilgi notunun, konuşmanın ve yüzleşmenin bir ürünüdür.) Bölümler, çoğunlukla birçok kez yazılmış ve eleştirilmiş, düzenlenmiş ve gözden geçirilmiştir. Bazıları için yazıma daha çok ağırlık verilmiş, diğer bazıları içinse eleştiri daha ağırlıklı olmuştur. Bazıları, kavramlarımızın oluşturulmasına odaklanırken bazıları, yıllar boyu ve zorlukla kazanılan deneyimlerden edinilen katkıyı ortaya koymuştur. Dördümüzün birlikte yapmış olduğu bu çalışmayı iki veya üçümüz hazırlamazdı.

Projenin başlatılması için çaba sarf eden ve 1996 yılında “Sağlık Sektörü Reformu ve Sürdürülebilir Finansman Flagship Kursu” olarak bilinen önemli bir öğretim programını organize etmeye başlayan kişi Paul Shaw’dur. Shaw; Hsiao’dan, sağlık sistemleri değerlendirme ve teşhisi konusunda bir giriş modülü için sorumluluk almasını talep etmiştir. Hsiao; daha sonra Berman, Reich ve Roberts’le anlaşmış ve iş birliğimiz başlamıştır.

1997 yılının yazında, kursun ilk sunumu için arka plan notları ve öğretme materyallerinden oluşan altı bölümlük bir set hazırladık. Söz konusu kurs, birçok ülkeden 90 katılımcı ile Washington, D.C’de sonbahar ayında gerçekleşti. Bu arka plan dokümanları bu kitabın ilk taslağı olmuştur. 1998 yılının yazında, Dünya Bankası, gelecek yılın kursu için söz konusu materyalleri yeniden yazması ve genişletmesi için Roberts’i tutmuştur. Bu tekliften sonra, dördümüz, arka plan dokümanlarını bir kitap haline dönüştürmek için iş birliği yapmayı kabul ettik. Birçok Flagship kursunda -hem Washington’da hem yurt dışında- her yıl el yazılarının daha sonraki versiyonlarını kullandık. 2002 yılının ikinci yarısında ve 2003 yılının kışında, Roberts ve Reich, Hsiao ve Berman’ın kritik katkıları ile, anahtar temaları vurgulamak, farklı bölümleri birleştirmek, tutarlılık sağlamak ve metne bir ortak biçim vermek amacıyla el yazısını revize ettik.

Kitap, Bölüm 1’de açıklandığı üzere altı anahtar kavramsal katkıya dayanmaktadır. Burada bunların her biri için ilk kaynağı belirtiyoruz.

Politika döngüsü formülasyonu, Roberts’in, sağlık politikası konusunda verdikleri bir kurs için, bir iş arkadaşı Christian Koeck ile yaptığı çalışmadan gelmektedir.

Etik çerçeve, Roberts ve Reich tarafından on yıldan fazla bir süre halk sağlığı etiği konusunda vermiş oldukları bir kurs için, iş arkadaşı Karl Lauterbach ile birlikte geliştirilmiştir.

Kullandığımız siyasi analiz, Reich tarafından, Policymaker -politika oluşturanlar- adı verilen yazılımla geliştirilmiştir (David Cooper ile birlikte).

“Sağlık sistemleri amaçlara varmak için araçlardır.” konsepti ve “performans hedefi formülasyonu”, Hsiao tarafından, birçok ülkedeki araştırmaları ve danışman rolü temelinde geliştirilmiştir. Roberts ve Berman, bunları ve bunların etik çerçeve ile ilişkilerini ayrıntılı olarak hazırlamışlardır.

Kontrol düğmesi kavramsallaştırması -kapsamlı olarak konuşmalarımızda

derinleştirilmiş ve geliştirilmiş olan üç spesifik “düşmeden” (organizasyon, düzenleme ve davranış)- Hsiao tarafından geliştirilmiştir.

Teşhis ağacı yaklaşımı Roberts’ten gelmektedir.

Şimdi, spesifik bölümlerin temel olarak yazılışı konusunda birkaç söz söyleyelim: Bölüm 1 (Giriş) ve Bölüm 2 (Politika Döngüsü), Reich’in katkısı ile Roberts tarafından yazılmıştır. Bölüm 3 (Etik), Roberts ve Reich tarafından yazılmıştır. Bölüm 4 (Politika) Reich tarafından yazılmıştır. Bölüm 5 (Hedefler) ve 6 (Performans) Roberts tarafından yazılmıştır. Bölüm 7 (Teşhis ve Politika Geliştirme) Berman ve Roberts tarafından yazılmıştır. Bölüm 8 (Finansman), Hsiao ve Roberts tarafından yazılmıştır. Bölüm 9 (Ödeme) Hsiao, Bölüm 10 (Organizasyon) Roberts ve Berman ve Bölüm 11 (Düzenleme) Hsiao ve Roberts tarafından yazılmıştır. Bölüm 12 (Davranış) Reich tarafından yazılmıştır. Bölüm 13 (Sonuç), hepimizin katkılarıyla Roberts tarafından yazılmıştır. Tabi ki hepimizin, bölümlerin tamamına önemli görüşlerle yaptığı katkılar, bu listede yeterli şekilde yansıtılmamıştır.

Bu kadar karmaşık ve süre gerektiren bir proje, birçok kişinin desteğini gerektirmiştir. En öncelikli olarak Dünya Bankasından Anne Johansen’e teşekkürü borç biliriz. Birçok Flagship kursunun organizatörü ve eş öğreticisi olarak kendisi sürekli olarak fikirlerimizi açıklama konusunda bizi teşvik etmiş ve yıllar boyu önemli destek sağlamıştır. Bu çalışmayı başlatmış olan Paul Shaw ve yine Dünya Bankası Kurumundan çok değerli Hadia Karam da eleştirici, yorumcu ve ortak olarak destek sağlamışlardır. Farklı Flagship kurslarında eğitim vermiş ve düşünce şeklimize büyük ölçüde katkı sağlamış olan kişiler arasında Ricardo Bitran, Alex Preker, Melitta Jakab, Alan Maynard, George Schieber, April Harding ve Jurgen Wassam sayılabilir. Desantralizasyon konusundaki çalışmasını kapsamlı bir şekilde kullandığımız ve bize birçok bölüm konusunda değerli yorumlarını sunan Harvard’daki arkadaşımız Tom Bossert’e de teşekkür ederiz. Pat Stout, Ted Green ve Lisa Bates Bölüm 12 (Davranış) konusunda son derece yardımcı yorumlarda bulunmuşlardır. Ayrıca, bölgesel kurslarda bizimle birlikte eğitim veren iş arkadaşlarımıza -özellikle Macaristan Budapeşte’den Miklós Szócska ve Tamás Evetovits- destekleri için teşekkür ediyoruz.

Bu birçok yılda hazırlanan çalışmaya kısmen, ilk müfredat geliştirilmesi için Dünya Bankasından Hsiao’ya verilen hibe ve Joe Cook’un yönettiği program aracılığıyla Edna McConnel Clark Vakfından Reich’e verilen bir hibe destek sağlamıştır. Washington’da Flagship kursu ve dünya çapında ortak kurumlarda verilen kurslarda hazırlık ve eğitim için, her birimiz Dünya Bankasından destek aldık. Ayrıca, Harvard Halk Sağlığı Okulu’ndan, özellikle Nüfus ve Kalkınma Çalışmaları Merkezinden Dekan Barry Bloom ve departmanlarımızdan (Nüfus ve Uluslararası Sağlık, Sağlık Politikası ve Yönetim) almış olduğumuz gizli ve açık destekler için şükranlarımızı sunarız.

Birçok kişi, bu kitabı yazma konusundaki çabalarımızda bizi destekledi. 2001 taslağının biçimini ve sürekliliğini geliştirme yönünde yardım eden Donal Halstead’a teşekkür etmek isteriz. Karin Lockwood, Iris Boutros ve Andrew Mitchell’in araştırma yardımı ve bibliyografya yardımına teşekkür ediyoruz. Carl Magitta, kitap boyunca rakamların tasarlanması ve hazırlanmasında bizimle çalışmıştır. Yazım ve revizyonlar konusunda bize yardımcı olanlar arasında Katrina Meyer, Betsy Barker, Vanessa Bingham, Margaret Ou, Terri Saint Amour ve Stephanie Baldock yer almaktadır. Revizyonların son aşamasında, Arthur Stokes; deşifre ve uzun el yazımı düzeltmelerimizin eklenmesi ko-

nusunda mükemmel kelime işleme hizmeti sunmuştur. Ayrıca, kritik noktalarda grubun ilerlemesini kolaylaştıran ve nezaket ve kararlılıkla projeyi destekleyen -eş yazarlarıyla birlikte- eş yazarımıza (Reich) özel katkılarından dolayı teşekkür ederiz. Onun çabaları olmasaydı bu kitabın ne zaman bitirileceğini veya bitirilip bitilmeyeceğini kimse bilemezdi.

Son olarak, Washington'da, Harvard'da ve dünya çapında Flagship kurslarına katılan yüzlerce katılımcıya teşekkür etmek istiyoruz. Bu katılımcıların enerjisi, fikirleri, önerileri ve cevapları paha biçilmez değerdir. Çünkü bunlar ve biz bu kitabın gelişen versiyonlarını hazırlama mücadelesine giriştik. Çabalarımızın, dünya çapında sağlık hizmetleri sistemlerinin performansını ve hakkaniyetini geliştirmek için, her gün yapmış oldukları yaşamsal iş konusunda, onlara yardımcı olacağını umuyoruz.

Boston
Cambridge
Boston
Cambridge

Marc J. Roberts .
William C. Hsiao
Peter Berman
Michael R. Reich

İçindekiler

I. SAĞLIK SİSTEMİNİN ANALİZİ

1. Giriş, 3
2. Sağlık Reformu Döngüsü, 21
3. Sağlık Sektörünün Performansının Değerlendirilmesi: Etik Teori, 40
4. Siyasi Analiz ve Stratejiler, 61
5. Sağlık Sistemlerinin Değerlendirilmesi İçin Hedefler, 90
6. Sağlık Sistemi Performansının Değerlendirilmesi, 110
7. Teşhisten Sağlık Sektörü Reformuna, 126

II. KONTROL DÜĞMELERİ

8. Finansman, 153
9. Ödeme, 190
10. Organizasyon, 212
11. Düzenleme, 247
12. Davranış, 281
13. Sonuçlar, 308

I

SAĞLIK SİSTEMİNİN ANALİZİ

Sahnenin Kurulması

Dünya çapında hükümetler, sağlık sektörü reformuna girişmektedir (Mills ve arkadaşları, 2001; OECD, 1996; Berman, 1995). Doğu Avrupa'nın geçiş ekonomileri, birçok yeni sosyal sigorta programı ile doludur. Güney Amerika'daki ülkeler, sağlık sigortası kapsamlarını hem kırsal hem de kentsel alandaki yoksulları kapsayacak şekilde genişletmenin yollarını aramaktadır. Afrika'da, mali desantralizasyon, hastaneler için ilave gelir üretmiştir; ancak bu zengin ve yoksul bölgeler arasında daha fazla eşitsizlik ortaya çıkartmıştır. Verimliliği geliştirmek için, birçok ülke, yeni ödeme sistemleri ve sağlık hizmetleri sunumunu organize etmek için yeni yollar denemiştir.

Ancak, çatışma halindeki siyasi hesaplamalar, ekonomik etkiler ve etik endişeler daha sık bir şekilde karışık ulusal tartışmalara yol açmıştır: Doktorların daha fazla para yönündeki talebi ile nasıl başa çıkacağız? Sosyal sigortayı yoksulları kapsayacak şekilde genişletirken, tıp hizmetleri için olan maliyetleri düşürmek için hangi stratejiler vardır? Kamusal olarak sağlanan sağlık merkezleri sistemini genişletmeli miyiz, yoksa daha çok özel uygulama yapan aile hekimlerine doğru mu hareket etmeliyiz? Hastalardan daha fazla cepten harcama yapmalarını talep etmeli miyiz; yoksa genel vergi gelirlerini daha fazla mı kullanmalıyız? Cevap daha yeni teknoloji midir yoksa daha az yeni teknoloji mi? Daha fazla doktor mu; yoksa daha az tıp fakültesi mi? Yeni hastaneler inşa etmek mi; yoksa sigarayı önleme kampanyalarına daha fazla para harcamak mı?

Bu tür sorulara yönelik yaklaşımımız, bir amaca yönelik araç olarak sağlık hizmetleri

sistemine bakmaya dayanmaktadır. Sağlık hizmetleri sisteminin iyi mi kötü mü işlediğini bilebilmek ve ümit verici reformları belirleyebilmek için, bu perspektifin akılda tutulması önemlidir. Bizim yöntemimiz hedefleri açık bir şekilde tanımlama, yetersiz performansın nedenlerini sistematik olarak teşhis etme ve performansta gerçek değişiklikler sağlayacak reformlar üretme ihtiyacına odaklanmaktadır. Özel bir ulusal içerikte olması olası şeylerin doğru bir araç-sonuç analizine dayalı olarak, reformun stratejik olması gerektiğini öne sürüyoruz. Reformlar, reformcuların niyetlerine dayalı olarak değil, fiili olarak sağladıkları değişikliklere dayalı olarak belirlenmelidir.

Özel sağlık sektörü reform fikirlerinin savunucuları, her zaman bu standardı karşılayan argümanlar sunmaz. Bunun yerine, kritik analiz veya yansıtma olmaksızın, ister desantralizasyon ya da aile hekimliği, ister temel sağlık veya özel sigorta olsun, favori fikirlerinin benimsenmesi konusunda ısrarcı olurlar (Sen and Koivusalo, 1998; Hearst and Blas, 2001). Genellikle reform savunucuları, geliştirmek istedikleri performans sorunlarını belirlememek veya örneğin önerdikleri reformun söz konusu geliştirmeye nasıl yardımcı olacağını açıklamamaktadırlar.

Deneyimlerimizde, sağlık sektörü reformunun zor bir süreç olduğunu biliyoruz (Berman, 1995; Wilsford, 1995). Aşağıda ele aldığımız gibi (Bölüm 4), mevcut kurumlar ve çıkar gruplarının genellikle, değişime karşı açıkça cephe almak için hem nedenleri hem de kaynakları vardır. Sonuç olarak, sağlık sektörü reformu sürecine başlamak hem siyasi hem de ekonomik çok etkisi yapabilmektedir. Bir bütçe krizi, hükümet koalisyonunda bir değişiklik, bir kamusal skandal, sağlayıcıların bir grevi veya bunların kombinasyonu ve diğer benzer olaylar. Bu, bir ülkenin sağlık sektöründeki önemli değişikliklerin sık yaşanmadığı anlamına gelmektedir. Bu yüzden, reformcuların, zaman geldiğinde önemli değişiklik fırsatını enerjik bir şekilde kullanmaya hazırlıklı olması gerekmektedir.

Ancak, bir krizin her zaman yapılması gereken şey hakkında birlik sağladığına inanma konusunda o kadar iyimser değiliz. Değerler, çıkarlar, siyasi felsefeler ve kurumsal sorumluluklardaki farklılıklar kendilerini hissettirecektir. Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ile anlaşmaya varma yanlısı olmayacaktır. Doktorlar, zorunlu olarak hastane yöneticileri ile aynı fikirde olma durumunda değildir; yerel yöneticiler de ilaç şirketlerinin yöneticilerinin görüşlerine katılmak zorunda değildir. Bu nedenle, arka plandaki değerler -ve bu değerlerin farklı hedeflere ve farklı reform önceliklerine sebep olma yolları- hakkında kafamızın net olmasının önemini vurguluyoruz. Sadece hedefleri ve değerleri açıklığa kavuşturarak reformcuların istediği değişikliklere ulaşma konusunda, umut içeren bir politika üretmek mümkündür.

Deneyimler aynı zamanda bize şunu göstermiştir ki, karmaşıklığı nedeniyle bir sağlık hizmetleri sisteminin davranışının kontrol edilmesi kolay değildir. Ödeme programlarını değiştirdiğinizde, doktorlar ve hastaneler, gelirlerini savunma yönündeki davranışlarını değiştirme eğiliminde olacaktır (Gilman, 2000; Dowling, 1977). Hastaneler üzerinde bazı düzenlemeler uyguladığınızda, raporlar normale göre daha fazla uyumluluk gösterecek şekilde ayarlanabilir. Yeni bordro vergileri oluşturduğunuzda, bazı ticari işletmeler bunlardan kaçınmanın yollarını arayacaktır (Ron ve arkadaşları, 1990). Ayrıca, sistemdeki nedensel ilişkiler de karmaşıktır. Verimliliği artırmak için hastanelere teşvik verip hastane müdürlerinin yetkisini artırmadığınızda, yeni program çok az değişikliğe neden olacaktır. Birkaç rakibin olduğu durumlarda rekabetçi ihale prosedürünü uyguladığınızda, fiyatlarda ve maliyetlerde umulan azalma gerçekleşmeyebilir.

Sağlık sisteminin bu özellikleri -karmaşıklığı, değişime karşı direnci, içindeki perspektiflerin çeşitliliği- sağlık sektörü reformuna epizodik ve devrimsel bir nitelik kazandırmaktadır. Bazı iç veya dış şoklar, ulusal dikkati sağlık sektörü reformuna odakladığında, sistemin özel bir yapısı genellikle kritik olarak tanımlanmakta ve bu daha sonra ana reform çabalarının bir hedefi haline gelmektedir. Ancak, ilk reform adımları genellikle yeni, beklenmedik sorunlara neden olmaktadır. Reformun ilave adımları (genellikle daha az dramatik) beklenebilmektedir. Sonuç olarak, ilk değişiklikler, daha sonraki eylemler tarafından uyarlanmakta, mükemmelleştirilmekte ve değiştirilmektedir -hatta bazen parçalarına ayrılmaktadır-. Sağlık reformu döngüsünü Bölüm 2’de ele alıyoruz.

Ayrıca, sonuçlar üzerine odaklandığımızdan, bu kitap boyunca, uygulanabilirlik ve uygulama konularının göz önüne alınması konusunda ısrarcı olacağız. Uluslararası deneyim, önemli bir fikir ve kılavuzluk kaynağı olsa da okuyucuyu, diğer ülkelerde iyi işleyen politikaların her zaman sizin özel içeriğinize göre değerlendirilmesi gerektiğinin akılda tutulması konusunda uyarıyoruz. Her bir ulus farklıdır ve basitçe taklit etmek çok nadir olarak önerilmektedir. Reformcuların kendilerine sorması gereken birçok soru vardır: Veri sistemlerimiz ne kadar iyidir? Mahkemelerimiz ne kadar saygı görmektedir? Yöneticilerimiz ne kadar enerjiktir? Yukarıda belirttiğimiz gibi, politika ihtiyaçlarının gerçekçi ve kendi kendini eleştiren bir şekilde geliştirilmesi gerekmektedir. Bu şüphecilik ve kendi kendini inceleme, bir reformcunun kendi ulusal kapsamında makul bir başarı şansına sahip planlara ulaşmasına yardımcı olabilir.

Sağlık Sektörü Reformu İçin Gelişen İçerik

Birkaç yıl önce bu kitap üzerinde çalışmaya başladığımızda, sağlık sektörü reformu, son derece farklı koşullara sahip olan ülkelerin sağlık sistemlerindeki sorunları çözmenin bir yolu olarak desteklenmiştir. Ara dönemde, gelişim konusundaki uluslararası tartışmalar -hem gelişmenin merkezi bir hedefi olarak hem de diğer refah çıktılarını geliştirmenin bir aracı olarak- sağlık alanında daha da fazla vurgulanmaya başlamıştır (Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu, 2001). Felsefi bir perspektiften bakıldığında, Amartya Sen, sağlığın; gelişme için gerekli olan insan kapasitelerinin önemli bir unsuru olduğunu öne sürmüştür. Ekonomik bir perspektiften bakıldığında, halk sağlığı; ulusal düzeyde ekonomik büyümenin bir sebebi olarak tanımlanmıştır (Bloom ve Canning, 2000). Buna ek olarak, yetersiz sağlık, hane halkının yoksulluğuna bağlanmıştır. Önlenebilir hastalıkların akut epizotlarının, hane halklarının yoksulluk ve bunalıma düşmesinin ana nedeni olduğunu gösteren çalışmalar bunu göstermektedir (Liu ve arkadaşları, 2003). Özetle, sağlık hizmetlerinin hem geliştirilmiş sağlık statüsü hem de genel kalkınma hedefleri bakımından önemli olduğu konusunda bir uzlaşmaya varılmıştır.

Tarihsel olarak, halk sağlığı bilim adamları, nüfus sağlığındaki önemli kazanımları, daha iyi beslenme, sağlığı koruma, konut edinme ve eğitimden kaynaklanan daha sağlıklı davranışlar gibi gelişmelere bağlamıştır (Preston, 1975). Daha yakın zamanlı kanıtlar şunu göstermiştir. Sağlık hizmetleri, aynı zamanda yoksul ülkelerdeki sağlık gelişmelerinin önemli bir kısmını da teşkil etmektedir (DSÖ, 1999) ve doğru temel sağlık hizmetleri paketinin uygulanması, mortalite ve morbidite oranlarında önemli azalmalara neden olabilir (Dünya Bankası, 1993; Gwatkin ve arkadaşları, 1980). Bu nedensel

bağlantılar, sağlık sektörü reformunun, sağlık ve gelişme konusunda oynayacağı önemli bir rolü olduğunu öne sürmektedir.

2003 yılında, bu kitap basıma hazırlandığında, uluslararası kalkınma politikası tartışmaları, yoksulluğun azaltılması için spesifik hedefler olan Bin Yıl Kalkınma Hedefleri (MDG)'ne ulaşma konusunda odaklanmıştı ki buna, bulaşıcı hastalıkların kontrol edilmesi ve çocuk hastalıklarının yönetilmesi gibi birkaç özel sağlık çıktısı dâhildir (IMF ve ekibi, 2000). Uluslararası kurumlardan destek olan ülkeler, sağlık sektörü de dâhil olmak üzere kalkınma yatırımlarına yönelik kapsamlı kılavuzlar olarak Yoksulluk Azaltma Stratejisi Doküman (PRSP)'lerini geliştirmektedir (Dünya Bankası, 2001). Buna ek olarak, AIDS, Tüberküloz ve Sıtma İle Mücadele İçin Küresel Fon, bu üç hastalık için yeni finansal kaynakları harekete geçirmek üzere kurulmuştur. Ancak, bu yeni kampanyalar, yoksulluğun azaltılması ve hastalıkların kontrol edilmesi konusunda odaklandığı için, sağlık sektörü reformunun dili ve sağlık sistemi analizi perspektifi daha az dikkat çekmiştir. (Bu talihsiz bir gelişmedir.)

Politika tartışması gelişirken, geri plandaki sorunlar baki kalmaktadır. Şu anda uluslararası düzeyde odak noktası olan acil sağlık sorunlarına hitap etmek, genellikle etkili sağlık hizmetleri sistemlerini gerektirmektedir ki bunlar halen birçok ülkede mevcut değildir. Örneğin, HIV/AIDS'in önlenmesi ve tedavisi, hasta ve yetersiz beslenen çocuklar için entegre hizmet sağlanması, özellikle yoksul ve dezavantajlı olanlar için erişilebilir yüksek kaliteli hizmetleri sağlayabilecek sağlık hizmetleri sistemlerini gerektirecektir. Geniş anlamda şu kabul edilmektedir ki birçok gelişmekte olan ülkede, sağlık sektörü, önemli düzeyde reform olmadan bugünün sorunlarına cevap verememektedir. Ülkeler, söz konusu fonları etkili bir şekilde kullanmak için kurumlara ve altyapılara sahip olmadığı sürece, finansmandaki yüksek düzeyde artışlar bile yeterli olmayacaktır. Kısaca, bu kitabın konusu hem zaman hem de aciliyet bakımından devam etmektedir.

Kavramlar ve Perspektifler

Sağlık sektörü reformu sürecine yönelik yaklaşımımız, takip eden bölümlerde sistematik olarak ele alacağımız altı önemli unsuru bir araya getirmektedir. İlk beş nokta, Bölüm 2–7 arasında ele alınmaktadır ve yöntemlere odaklanılmaktadır. Altı kavram seti, 8-12 arasındaki bölümlerde, sağlık hizmeti sistemlerinin ve reform opsiyonlarının analiz edilmesi için, bir çerçeve sağlamaktadır. Bu altı unsur şu şekildedir:

- *Politika döngüsünün* tanımı ve bir reformcunun, sürecin her bir aşamasında başa çıkmak için hazırlıklı olması gereken anahtar görevlerin tanımlanması (Bölüm 2).
- Reform gündemini tanımlamaya yardımcı politika hedefleri ve öncelikleri için, etik temeller aracılığıyla düşünmeye yardımcı olmak için hazırlanan *etik teori* kılavuzu (Bölüm 3).
- *Sistematik siyasi analize giriş*; çünkü siyaset, sağlık reformu döngüsünün her bir adımında önemlidir. Siyasi analiz erken aşamada ve genellikle proje döngüsü boyunca gerçekleştirilmelidir (Bölüm 4).
- Performansı değerlendirmek için kılavuz olarak işlev görecek bir dizi *esas sağlık sistemi performansı hedefleri ve ara performans ölçüleri*. Bu hedefleri, etik teori ile bağlantılandırıyoruz (Bölüm 5 ve 6).

- Etkili bir şekilde öğretilebilecek ve uygulanabilecek *sağlık sistemi teşhisine yönelik sistematik bir yaklaşım*. “Teşhis Ağacı” adı verilen tekniği kullanarak belirlenen performans sorunlarından, bunların nedenlerine ve nedenlerinin nedenlerine doğru geri yönde çalışma fikrine dayanmaktadır. (Bölüm 7)
- Sağlık sistemi performansını etkilemek için, reformcuların elinde bulunan opsiyonları -ödeme, finansman, organizasyon, düzenleme ve davranış- özetlemek için, *beş sağlık sistemi “kontrol düğmesi”* çerçevesi. Bu kategoriler hem teşhis sürecinin gerçekleştirilmesi hem de daha iyi performansa ulaşmak için bağımsız politikaların geliştirilmesi için odak sağlamaktadır (Bölüm 8–12 arası).

Bu fikirleri ve teknikleri birleştirerek uygulayıcıların, amaçlanan hedeflere ulaşmak için, işletilebilir reform üretmek için, daha iyi şansı olacaktır. Sonuç bölümünde (Bölüm 13), Kısım I'deki yöntem bölümlerinden ve Kısım II'deki bağımsız tartışmalardan birlikte ders çıkartıyoruz. Ancak, tercih edilen tek çözüm kümesi sunmak amacıyla *değiliz*. Çünkü ülkeler, bir yaklaşımın evrensel olarak uygulanamayacağı kadar farklıdır. Ülkeler, ekonomik gelişim düzeyleri, sosyal koşulları, siyasi değerleri, hastalık yapıları ve kurumsal düzenlemeleri bakımından önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Ülkeler, kişi başı gelir bakımından, yılda birkaç yüz dolardan, yirmi bin dolara ve daha fazlasına kadar farklılık göstermektedir. Bazı ülkelerde, canlı doğan çocukların yarısı beş yaşından önce ölmektedir; diğer ülkelerde ise çocuk ölümü çok nadirdir. Doktorların 10.000 veya 20.000 nüfusa bir doktor düşecek kadar az olduğu birçok ülke olduğu gibi, birkaç yüz nüfus başına bir doktorun düştüğü ülkeler de mevcuttur (DSÖ, 2000; 79).

Ulusal koşullardaki diğer farklılıklar da aynı düzeyde dikkat çekicidir. Bazı ülkelerde, kamu hizmeti güvenilir ve enerjiktir; diğer ülkelerde ise bozulmuştur ve etkisizdir (Hodess ve arkadaşları, 2001). Bazı ülkeler maden veya tarımsal kaynaklar bakımından zengindir; diğer ülkelerde zor iklimler ve yetersiz topraklar mevcuttur (Sachs, 1999; Bloom ve Sachs, 1998) Bazı ülkeler, salgın bulaşıcı hastalıklar veya AIDS salgınından şikâyet etmekteyken bazıları, artan kronik hastalıklarla mücadele etmektedir. Birçok ülke hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan hastalıkların yükü ile yüz yüze kalmaktadır. Bazı ülkelerde, göreceli olarak stabil siyasi koşullar ve iyi yönetim mevcutken diğer ülkeler, siyasi terör ve kararsızlık konusunda uzun yılların deneyimine sahiptir. Bu faktörler hem sağlık sektörü reformu sorunlarının nasıl belirlendiğini hem de işlemesi en olası çözüm türlerini etkilemektedir.

Buna ek olarak ülkeler, sağlık hizmetleri sistemleri dâhilinde farklı hedefler peşinde koşmaktadır. Ülkeler, zenginlere ve fakirlere, kente ve kırsal kesime verimli veya verimsiz hizmet verenlere eşit bir şekilde hizmet sunup sunmamaları bakımından ciddi ve meşru farklılıklara sahiptir. Sağlık koşulları, öncelik olarak hitap etmeye çalıştığı konular bakımından farklılık göstermektedirler: Anne ve çocuk mortalite yükü ile örneğin, çalışan yetişkinlerde kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik koşullar. Ülkeler aynı zamanda, vatandaşların, sağlıksız davranışları desteklemesi durumunda, kişisel alışkanlıklarını veya kültürlerini değiştirme yönünde nasıl zorlanacaklarına ilişkin görüşleri bakımından da farklılık göstermektedir. Kısaca, sorunlar sadece ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle kalmayıp, aynı zamanda değerler, hedefler ve etik bakımdan da farklılık göstermektedir (Hollander, 2002). Bu yüzden, şuna inanıyoruz ki sağlık

reformu için bir plan geliştirmek, felsefe ve sosyal değerlerle doğrudan çalışmayı gerektirmektedir.

Son olarak, ülkeler siyasi sistemleri bakımından farklılık göstermektedir. Bazı ülkelerde, seçimli demokrasi varken bazılarında tek partili sistemler vardır. Bazı ülkeler de kalıtsal monarşik düzenle yönetilmektedir. Demokrasiler arasında, bazı anayasalarda iktidar merkezleştirilmişken bazı anayasalarda desantralize edilmiştir. Bazı seçim sistemleri, sosyal sigorta taraflarını teşvik ederken bazıları, teşvik etmemektedir. Bazı siyasi sistemler, hükümet dışı örgütlerin faaliyetlerini teşvik ederken bazıları, baskın iktidar yapısına meydan okuyabilecek grupları bastırmaktadır. Buna ilaveten, bir ülke içindeki farklı gruplar, liderlik ve geçmişlerine bağlı olarak, iktidar ve pozisyon bakımından farklılık göstermektedir. Siyasi yapılar, siyasi uygulamalar ve siyasi özgürlükteki bu farklılıklar, sağlık reformu süreçlerini etkilemektedir. Buna, sorunların ve çözümlerin nasıl tanımlandığı ve siyasi olarak uygun politika türleri dâhildir.

Sunduğumuz sağlık reformu analizi, bu yüzden bağlamsaldır. (Hem sorunlar hem de çözümler özel duruma bağlıdır.) Hedefimiz, spesifik bağlamlarda sorunları ve çözümleri analiz etmek için kavramsal araçlar sunarak o bağlamlılığı göstermektir.

Bazı Temel Tanımlar

İlerlemeden önce, bazı tanımsal konuları ele almamız gerekmektedir. Tanımlara yönelik yaklaşımımız pragmatiktir. Terimleri, analizimiz ve okuyucularımız için en faydalı olacak şekilde kullanmak istiyoruz. Örneğin, neyin sağlık hizmetleri sisteminin parçası olduğu ve neyin olmadığı arasında, sistemin sınırları üzerinde zaman ve enerji harcamaya değer olup olmadığı konusunda herhangi bir keskin çizgi bulunmamaktadır. Şunu öne süreceğiz, bir pragmatik analiz, bu sistemin, hedef nüfusun *iyi olma hali* bakımından sonuçlarına odaklanmalıdır. Analitik ağ, reformcuların, nüfusun yaşam düzeyini geliştirmek için etkilemek isteyebilecekleri tüm güçleri ve faktörleri içerecek kadar geniş olmalıdır.

“Sağlık Sektörü” Nedir?

Hedeflerimizi akılda tutarak “sağlık sektörü” ve “sağlık hizmetleri sistemi” terimlerini, bu kitap içinde, aşağıdakileri içerecek ve birbirlerinin anlamı yerine geçecek şekilde kullanıyoruz:

- Sağlık hizmetlerini sunan herkes -özel veya kamusal, batılı veya geleneksel, lisanslı veya lisanssız, doktorlar, hemşireler, hastaneler, klinikler, eczaneler, köy sağlık çalışanları ve geleneksel şifacılar dâhil-.
- Bu hizmetleri finanse eden para akışları -resmi veya gayriresmi araçlar vasıtasıyla veya doğrudan hastaların ceplerinden-.
- Sağlık hizmeti sürecine özel girdiler sağlayanların faaliyetleri -tıp ve hemşirelik okulları, ilaç ve cihaz imalatçıları dâhil-.
- Hizmet sağlayanları kontrol eden, finanse eden ve etkileyen finansal araçlar, planlayıcılar ve düzenleyiciler. (Sağlık bakanlıklarını, finans ve planlama, sosyal ve özel sigorta kurumlarını ve düzenleme organlarını içerir.)
- Koruyucu hizmetler sağlayan kurumların faaliyetleri (Örneğin, bağışıklama, aile

planlaması, bulaşıcı hastalık kontrolü, beslenme, sigara içme ve madde kullanımı konusunda eğitim. Bunlar kamu veya özel, yerel, ulusal veya uluslararası olabilir.)

“Sağlık Sektörü Reformu” Nedir?

“Reform” kelimesiyle ne ifade ettiğimiz konusunda benzer pragmatik bir görüş benimsiyoruz. Bizim için “reform”, *sağlık hizmetleri sisteminin performansını geliştirme yönünde önemli, amaçlı bir çabayı* içermektedir. Reformlar en az iki boyutta farklılık göstermektedir: 1) Sağlık hizmetleri sisteminin değiştirilen yönlerinin sayısı, 2) Değişikliklerin hangi radikallikte geçmişteki deneyimden farklılık gösterdiği. Ancak, tekrar tekrar vurgulayacağımız gibi –özellikle 8 ile 12 Bölümlerdeki özel opsiyonları tartışırken- başarılı reform, genellikle bir dizi bağımsız ve karşılıklı olarak destekleyen müdahalenin uygulanmasını içermektedir –özellikle sistemin bir parçasında geçmişteki uygulamadan önemli bir farklılık varsa-.

Bir “Kontrol Düğmesi” Nedir?

“Kontrol düğmesi” terimini bir metafor olarak kullanıyoruz. Spesifik bir sonuç üretmek için, bazı kompleks sistemlerin performansını değiştirmeyi düşünün. Örneğin, bir hedefe güvenli ve hızlı bir şekilde ulaşmak için istenilen irtifa, hız ve yakıt ekonomisini elde etmek amacıyla farklı kontrolleri ayarlayan bir büyük uçan pilotlarını düşünün. Bir çelik fabrikasında, üretim aşamasındaki farklı adımlarda kontrolleri ayarlayan, kontrol odasındaki operatörleri düşünün: Maden eritme ocaklarındaki sıcaklık, işlenen ham maddelerin karışımı ve diğer anahtar parametreler. Her durumda, sistem yöneticileri, sistemin nasıl işlediğini ve sistemin ne ürettiğini tespit eden ayarları seçerler.

Benzer şekilde, bir sağlık sisteminin “kontrol düğmesini”, hükümet eylemi ile *ayarlana* bir şey olarak algılıyoruz. Ayrıca, kontrol düğmesindeki ayarlamalar veya değişiklikler, *sağlık sistemi performansının önemli nedensel belirleyicileri olmalıdır*. Bir başka deyişle, kontrol düğmelerimiz, sağlık sistemi yapısının ve işlevinin, sağlık sistemi performansı bakımından önem ifade eden ve sağlık reformunun bir parçası olarak değişime tabi olan somut alanlarını tanımlar. Bu bilgiler ışığında, sağlık reformunun bir parçası olarak değiştirilemeyen sağlık sistem performansındaki faktörler, bir “kontrol düğmesi” bölümü değildir. Tam tersine, sağlık reformunu değiştirebilecek her şey değildir. Sadece sağlık sisteminin hedef popülasyonu nasıl etkilediğini önemli ölçüde tespit eden faktörler, “kontrol düğmesinin” yönleridir.

Kontrol düğmesi yaklaşımı, tabi ki sağlık sistemlerinin anlaşılması için tek yöntem değildir. On yıllar boyunca, uzmanlar hem zengin hem de yoksul ülkeler için dünya çapında sağlık sistemlerini parçalara ayırmış, analiz etmiş, değerlendirmiş ve karşılaştırmıştır. Yaklaşımımız için bir bağlam sağlaması bakımından, sağlık sistemi analizinin bazı alternatif modellerini kısaca inceleyeceğiz.

Yakın zamanlı bir yaklaşım, Dünya Sağlık Örgütü’nün, dünya çapındaki sağlık sistemi performansı analizidir (DSÖ, 2000). DSÖ, farklı ölçüleri birleştirmek için kompleks bir formül kullanarak bir dizi göstergeye göre ulusal sağlık sistemlerini sıralamıştır. Ancak, her ne kadar DSÖ raporu, sağlık hizmetleri sistemlerinin “işlevlerini” ele almış olsa da yetersiz performans için nedenler ve çareler konusunda kapsamlı bir analiz içermektedir.

İkinci bir yaklaşım, sosyologlar tarafından benimsenen yaklaşımdır (Roemer,1993; Raffel, 1984). Sosyologlar tipik olarak ulusal sağlık sistemlerini tanımlamak ve karşılaştırmak için kapasite göstergelerini -hastane yatağı, doktor ve hemşire sayısı-, hükümet programları tanımlarını ve belli sağlık göstergelerini -bebek mortalite oranı ve yaşam beklentisi- kullanmıştır. Bu analizler, genellikle tanımlayıcı ayrıntılar sağlamaktadır. Ancak, performans kazanımları sağlamak için bir sağlık sisteminin nasıl değiştirileceği konusunda nadiren kılavuzluk etmektedir.

Üçüncü bir yaklaşım, kaynak akışlarına odaklanmıştır. 1990'ların başında, Jeremy Hurst, sağlık sistemlerini, nüfus grupları ve kurumlar arasındaki fon akışları ve ödeme yöntemleri bakımından incelemiştir (Hurst, 1992). Bu yaklaşımdaki, Ulusal Sağlık Hesapları şeklindeki yakın zamanlı gelişmeler, gelir kaynaklarından aracılar vasıtasıyla sağlayıcılara para akışlarının yardımcı bir portresini sunmaktadır. Ancak yine politika değişiklikleri ile performans çıktıları arasında bağlantı kuran bir açıklayıcı model bulunmamaktadır.

Son olarak, ekonomi, sağlık sektörünün anlaşılması için daha kavramsal bir çerçeve sağlamaktadır -sadece sınırlı başarı elde etmiş olsa da- (Jack, 1999; Feldstein, 1993). Bu kısmen, bir ulusun ulusal sağlık sektörünün fiili olarak birçok farklı pazardan oluşmasına bağlıdır -farklı coğrafi alanlardaki farklı hizmetler için-. Ancak, bu bireysel piyasalar çok nadir olarak ayrıntılı bir şekilde çalışılmakta ve bunların etkileşimi, iyi anlaşılmamaktadır (Yett ve arkadaşları, 1975; Feldstein, 1974). Ayrıca, ekonomi arz ve talep paradigmasını kullanmaktadır -burada fiyatlar, tüketicilere ne kadar satın alınacağını ve üreticilere ne kadar satılacağını işaret etmektedir-. Ancak, birçok ülkede, sağlık hizmetleri sisteminin büyük bir kısmı piyasa ilkeleri üzerinden organize olmamaktadır. Ayrıca, piyasaların olduğu yerlerde bile, bunlar genellikle mükemmel rekabetçi durumda değildir. Doktorlar, çoğunlukla hasta davranışı yoluyla tespit edebilmektedir. Rekabetçi idealinden bu ayrılmalar göz önüne alındığında, mikroekonomik teoremin, makro düzeydeki sağlık çıktıları için veya ulusal sağlık harcamalarının büyüme oranı için birkaç açıklama sunması şaşırtıcı değildir (Gerdtham ve Jonsson, 2000).

Sağlık Reformunun Arkasındaki Güçler

Bu tanımları akılda tutarak şimdi ülkeler arasında sağlık sektörü reformunun genel yapılarının bazılarını inceleyebiliriz. Dört güç, dünya çapında ülkelerin sağlık reformlarında itici güç durumundadır. Bunların göreceli rolleri bir yerden başka bir yere farklılık göstermektedir. Ancak, bu dört güç, belli yaygın ikilemlere neden olmuştur. Şu anda globalleşen dünyada birçok ülke giderek bununla yüzleşmektedir.

Birinci güç, sağlık hizmetlerinin *artan maliyetidir*. Neredeyse her ülkede, artışlar hükümetleri, sağlık sistemlerine yönelik politikalar ve yaklaşımlar konusunda yeniden düşünmeye zorlamaktadır. İkinci olarak *beklentiler artmaktadır*; çünkü vatandaşlar hem genel olarak devletten hem de özelde sağlık hizmetleri sisteminden daha fazla şeyler talep etmektedir. Üçüncü olarak hem maliyetler hem de beklentilerdeki artışlar, hükümetlerin, sağlık hizmetleri maliyetlerini *ödeme kapasiteleri konusunda limitlerle* yüz yüze kaldığı bir zamanda meydana gelmektedir. Son olarak, mevcut tartışma aynı zamanda sağlık sektörüne yönelik *geleneksel yaklaşım hakkında* giderek büyüyen *şüphecilikten* etkilenmektedir. Reformcular için, bu baskılar hem bir meydan okuma hem de bir fırsat teşkil

etmektedir. Meydana okuma olmasının nedeni, daha fazla şeyin talep edilmesi ve daha fazla opsiyonun analiz edilmesinin gerekmesidir; fırsat olmasının nedeni, sonuçta ortaya çıkan krizin genellikle değişim ve yeniliğe doğru daha fazla açıklığa yol açmasıdır.

Bu dört güç, farklı ülkelerde önemli düzeyde farklı yollarda işlemektedir. Dünyanın en yoksul ülkeleri özellikle uluslararası finansal kurumlara dayanmaktadır. Bu yüzden sağlık sistemi değişiklikleri, dış yardımın bir koşulu olarak talep veya empoze edilebilmektedir. Buna ek olarak HIV/AIDS salgını, dünyanın, bu salgını karşılamak için en az kaynağa sahip olan ülkelerinden bazıları üzerinde ciddi sıkıntılar teşkil etmektedir (Dünya Bankası, 1997). Diğer orta ve düşük gelirli ülkelerde, vatandaşların yüksek sağlık hizmetleri maliyetlerinden korunma yönündeki talepleri, hükümetlerin, kalkınma ilerledikçe sürdürülebilir finansman stratejileri aramalarına yol açmıştır. Drama nasıl gelişirse gelişsin, hükümetler, harcamak istedikleri ve harcayabildikleri şeyler arasındaki ya da onların ve vatandaşlarının ne istedikleri arasındaki anlaşmazlığı çözmek için, mücadele etmekte ve dünya çapında sağlık hizmetleri sistemleri bakımından ortak bir sorun kümesi haline gelen problemlerle başa çıkmaya çalışmaktadırlar.

Güç #1: Artan Maliyetler

Neredeyse her yerde, sağlık hizmetleri maliyetleri kararlı bir şekilde artmaktadır. Dünyanın daha müreffeh ülkelerinde, sağlık harcamaları 1970 yılında ulusal gelirin ortalama % 5'inden, 1997 yılında % 8,1'ine yükselmiştir –kişi başı gelir bile önemli düzeyde artmıştır-. Yoksul ülkelerdeki veriler daha az güvenilir olmakla birlikte, bu ülkelerde de benzer yapılar bulunabilir.

Maliyetleri yukarı iten bir faktör de nüfusun yaşlanmasıdır. Örneğin, 65 yaş ve üzerindeki nüfusun yüzdesinin Asya'da 2000 yılı ile 2050 yılı arasında %6'dan % 18'e ve aynı dönemde Latin Amerika'da % 5,5'ten % 18'e artması beklenmektedir. Bunun nedeni sadece beklenen yaşam süresindeki artış değil, aynı zamanda birçok ülkede doğum oranlarının düşmüş olmasıdır (Casterline, 2001). Dahası, doğum oranlarının yüksek olduğu bazı daha yoksul ülkeler, şu anda ikili bir hastalık yükü ile karşı karşıya kalmaktadır (DSÖ, 1999; Murray ve Lopez, 1996). Daha genç ve daha yaşlı topluluklar büyüdükçe bu ülkelerin çocuk ishal hastalığından giderek artan koroner arter hastalığı oranlarına kadar her şeyle mücadele etmesi gerekmektedir.

Belli bir ölçüye kadar, bu gelişmeler sağlık hizmeti sisteminin başarısını yansıtmaktadır. Şu anda daha fazla vatandaş, kronik hastalığı olacak kadar uzun yaşamaktadır. Biz yaşlandıkça, damarlarımız sertleşmekte, eklemlerimiz katılaşmakta, karaciğerimiz ve böbreklerimiz daha az verimli çalışmakta, kalbimiz yorulmakta ve zihinlerimiz bulanıklaşmaktadır. Eğer bu durumlar ortaya çıkmadan önce daha fazla insan ölürse kişi başı sağlık harcaması daha düşük olacaktır. Bu tür “başarı yetersizlikleri” birçok ülkede *artan engellilik düzeylerine* yansımaktadır (Murray ve Lopez, 1996). Şurası ironiktir ki başarılı nüfus stabilizasyon politikaları ve sağlık hizmeti sistemleri olan ülkeler, bu yolda daha hızlı ilerlemektedir. Aslında, sağlık hizmetleri sistemlerinin çocuk mortalite oranını düşürme konusundaki başarısı da söz konusu yaş grubundan hizmet talebini artırmaktadır.

Dünya çapında, doğumda beklenen yaşam süresi 1960 yılında 50,2 yıldan (UNDP, 1997; 167), 1995-2000 döneminde 66,7 yıla artmıştır (UNDP, 2000; 189) ve dünyanın

çoğu kesiminde halen artmaktadır. Azalan mortalite oranları birçok faktöre bağlıdır. Örneğin, iyileşen beslenme ve barınma, genişleyen temiz su tedariki imkânları ve daha iyi kanalizasyon bertaraf sistemleri. Aşılama ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü dâhil olmak üzere temel sağlık hizmetleri de bir rol oynamıştır. Ancak nedeni ne olursa olsun, düşük mortalite, tıbbi hizmete ihtiyacı olan insanların sayısını artırmaktadır.

Yaşlanmanın, sağlık hizmeti maliyetleri üzerindeki etkileri komplekstir (Mahal ve Berman, 2001). Özellikle kapsamlı ve pahalı hastane sistemleri olan yüksek gelirli ülkelerde, en yaşlı gruplar arasındaki yüksek hizmet maliyetinin büyük bölümü ölümle son bulan hastalıklarla ilişkilidir. Beklenen yaşam süresi arttıkça ve söz konusu hastalıklar yaşamın daha sonraki döneminde ortaya çıktıkça bazı yaşlı ancak çok yaşlı olmayan gruplardaki sağlık hizmetleri maliyetleri de gerçekten düşebilir. Halen, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, yaşlanma ciddi bir şekilde sağlık sektörü finansmanı sorununu karmaşık hâle getirmektedir. Bu özellikle bordro vergili sistemlerde böyledir; çünkü yaşlanma, söz konusu vergileri ödeyen nüfus yüzdesini azaltmaktadır.

Diğer epidemiyolojik gelişmeler, özellikle de AIDS, özellikle ciddi düzeyde etkilenen ülkelerde olmak üzere maliyet artışlarına katkı sağlamaktadır (UNAIDS, 2001). Doğu Avrupa’da, alkolik olma ve intihar oranlarındaki artış, ciddi sistematik sorunlara neden olmuştur. Rusya’da ve eski Sovyetler Birliği’nin birçok cumhuriyetinde, erkek yaşam beklentisi, sonraki Sovyet döneminde beş on yıla kadar düşmüştür (McKee ve Shkolnikov, 2001; Shkolnikov ve arkadaşları, 2001). Çiçek ve çocuk felciye karşı kazanılan başarılarla rağmen, diğer bulaşıcı hastalıklar -tüberkülozdan dang ateşi hastalığına kadar farklı hastalıklar- dünyanın bazı bölgelerinde artış göstermekte ve sağlık reformcularına karşı meydan okumaktadır.

Sağlık hizmetleri mal ve hizmetlerinin satıcıları da artan maliyetlere katkıda bulunmaktadır. Birçok yoksul ülkede büyük, özel, hizmet başı ücret bazlı temel sağlık sektörleri bulunmaktadır. (Bu önemli düzeyde yüksek harcamaya neden olma eğilimi olan bir durumdur.) (Bennett ve arkadaşları, 1997; Hanson ve Berman, 1998). İlaç ve eczacılık şirketleri de piyasadan faydalanmak istemekte ve artık her organ, sistemi için ilaçlar sunmaktadır – saçınızı yeniden çıkartmak, depresyonunuzu tedavi etmek, kolesterolünüzü ve tansiyonunuzu düşürmek, ülserinizle mücadele etmek ve cinsel işlevinizi artırmak için hazırlanan ilaçlar gibi-. Bu bileşenlerin dünya çapında pazarlanmasına yönelik çabalar, her gün artmaktadır. Yoksul ülkelerde, geleneksel tıp da artık daha yaygın hâle gelmekte ve özel şirketler tarafından, modern paketlerde, modern pazarlama yöntemleri ve fiyatlarla patent verilmektedir.

Yeni teknoloji, sağlık hizmeti maliyetlerinin yükselmesinde özellikle önemli bir güçtür. Ekonomik ve profesyonel olarak yenilikçiliğin getirdiği en büyük kazanımlar, ödeme yapacak bir kitle için önceden çözülemeyen sorunlara yüksek fiyatlı çözümlerin geliştirilmesinden gelmektedir. Bunun aksine, mevcut teknolojide maliyetten tasarruf eden değişikliklerin geliştirilmesine eşlik eden bilimsel prestij veya kâr yüksek değildir. Teknolojik ilerlemenin birim maliyetleri düşürdüğü durumlarda bile, eğer değişim, fazla karşılanmamış talebe neden olursa toplam maliyetler yine artabilmektedir (Roberts ve Clyde, 1993). Örneğin, Afrika’da HIV/AIDS için antiretroviral ilaçların fiyatlarında yakın zamanda yaşanan dramatik azalma kesin olarak bu ilaçlar üzerindeki *toplam harcamayı* azaltmayacaktır.

Kronik hastalıkların prevalansının artması da sağlık sigortası piyasasına zarar ver-

mektedir. Kronik hastalıkların dünyasında, gelecekte hasta olacakların çoğu hâlihazırda bugün zaten hastadır. Sigorta satıcıları hasta insanlara satış yapmaya çalışmayacağı veya bu tür bir satış, ancak çok yüksek fiyattan yapacağı için, en fazla sigorta kapsamına ihtiyaç duyan kişiler olan hastalar, genellikle sigorta satın alamayacaktır. Bunun aksine, eğer sigorta maliyetleri ortalama riskleri yansıtırsa bu durumda en sağlıklı olanların sigorta satın almama konusunda teşvikleri olacak, orantısız olarak sadece hastaları herhangi bir sigorta programının dâhilinde bırakacak ve sistemdeki “risk havuzlaması” miktarını azaltacaktır (Phelps, 1997).

Güç #2: Artan Beklentiler

Dünya çapındaki ikinci güç - artan beklentiler üç kaynaktan gelmektedir: Ekonomik, sosyal ve siyasi. Ülkeler geliştikçe, vatandaşları sağlık konusunda daha fazla harcama yapmayı istemektedir. Bu artan beklentiler hem bakım hem de tedavi için daha fazla ve daha maliyetli hizmetlerin kullanılmasını gerektirmektedir. Dünyanın, yakın zamana kadar önemli düzeyde gelişme kat etmiş olan doğu Asya gibi bazı bölgelerinde, beklentilerdeki artış önemli düzeyde olmuştur.

Tipik olarak, ulusal sağlık hizmetleri talebi ulusal gelir kadar ve bazı durumlarda ondan daha hızlı artmaktadır. Şu anda şunu fark ediyoruz ki sağlık hizmetleri harcamaları tarihsel olarak yoksul ülkelerde azımsanmıştır. Bunun nedeni, söz konusu sistemlerde yaygın olan önemli düzeydeki özel ve cepten harcamaların tam olarak hesaba katılmaması olmasıdır (Berman, 1997). Yakın zamanda yapılan hane halkı anketlerinin bir sonucu olarak birçok bilim adamı, şu anda eskiye göre ulusal gelirin ulusal sağlık harcaması üzerindeki etkisini daha düşük tahmin ve kabul etmektedir. Oysa, sağlık hizmetleri harcaması, gelirle orantılı olarak artsa bile, ülkelerin sağlık hizmetlerini –gelir arttıkça– mobilize etme baskısı altında oldukları ilave para miktarı önemli düzeydedir. Ayrıca, kamu sektörüne giden bu harcamanın payı –örneğin, yeni sosyal sigorta programlarıyla– genellikle artmakta; bu da kamu finansmanı konusunda ilave baskı oluşturmaktadır.

Küresel sosyal gelişmeler, bu talepleri takviye etmektedir. Filmler, televizyon ve internet –seyahat ve göçlerle birlikte– birçok ülkenin vatandaşına, dünyanın yüksek gelirli ülkelerinde yaşama hayalini vermiştir. Bu tür bir maruziyet, materyalizmin yükselmesine ve geleneksel değerlerin kaybedilmesine katkıda bulunmuştur. Dünyadaki insanlar, mümkün olduğu kadar genç, sağlıklı kalmak ve mümkün olduğu kadar tüketimde bulunmanın –giderek daha fazla– arzu edilebilir bir şey olduğunu kabul etmektedir. Birçok ülkedeki sağlık sistemleri, bu hedefleri gerçekleştirme yönünde giderek artan bir baskı altındadır.

Artan beklentiler, hastaların en son ve en iyi hizmeti, en iyi teknolojileri ve en yeni ilaçları istemesine yol açmıştır. Başka yerde bu imkânların bulunduğunu bilen insanlar, kendi yerel sağlık merkezleri veya daha küçük hastanelerdeki hizmet kalitesi konusunda daha şüpheci olmuştur –belki de haklı olarak–. Dolayısıyla, bölgesel merkezler ve akademik tesisleri çoğunlukla tercih etmektedir. Birçok düşük gelirli ülkede, artan kentsel, orta ve üst sınıflar, hükümetler üzerinde, pahalı yüksek teknolojili hizmetler sağlaması –CT tarayıcılarından organ nakillerine kadar– ve ulusal sağlık bütçesinden birkaç elit kuruma daha fazla pay ayırması konusunda baskıda bulunmaktadır (Barnum ve Kutzin, 1993).

Artan demokrasi, bu baskıları takviye edebilmektedir. Yüksek düzeyde organize

olmuş otoriter bir devletin halkı, hükümetleri hangi sağlık hizmetini vermeyi uygun görüyorsa o hizmeti kabul etme eğilimindedir. Açık bir siyasi düzenin aktif, kendi kendine tercihte bulunan vatandaşlarının bu tür düzenlemelerle tatmin olma ihtimali azdır. Ayrıca, rekabetçi bir siyasi düzendeki siyasi liderler, bu tür popüler endişelere cevap verirler ve sağlık sektörü reformundan kaynaklanan potansiyel kazanımlar hakkında vaatlerde bulunarak artan beklentilere katkıda bulunurlar.

Güç #3: Ödeme Kapasitesinin Sınırlı Olması

Dünyadaki ekonomik düzende, yakın zamanda yaşanan değişiklikler birçok ülke için hem sorun hem de fırsat ortaya çıkartmıştır. Ancak, birçok hükümet, artan maliyetler ve beklentilerin ortaya çıkardığı talepleri karşılama konusunda baskı altındadır.

Dünya çapında, yirminci yüzyılın ikinci yarısı birinci yarısına göre daha iyi geçmiştir. Bazı yerel çok yıkıcı savaşlar ve önemli bölgesel ekonomik çöküntüler yaşanmıştır. Ancak bunlardan hiçbirisi, yüzyılın ilk elli yılında yaşanan iki dünya savaşı ve dünya çapındaki büyük bunalımın yerini tutamaz. Bu barış ve refah ortamı, birçok kişiye ve kuruma, yurt dışında yatırım yapma fırsatı ve finansmanını temin etmiştir. Aynı zamanda, ulusal hükümetler, finansal ve parasal politikalarının giderek daha fazla ulusal sermaye akışları ve finansal kurumlar tarafından kısıtlama altına alındığını tecrübe etmektedir. Uluslararası yatırımcılar, eğer çok fazla açık vererek sosyal ve sağlık hizmetleri için ödeme yapmaya çalışırsanız devletinizin tahvillerini satın almayacaktır. Mali bir istikrarsızlık endişeleri varsa özel sektör projelerine yatırım yapmayacaktır. Uluslararası Para Fonu (IMF) veya Dünya Bankasından gelen krediler, bir ülkenin açıklarını azaltmasını, kamu sektörü harcamalarını kontrol etmesini ve zamanında geri ödeme yapmasını gerektirmektedir (Weil ve arkadaşları, 1990).

Birçok ülkede yakın zamanda yaşanan ekonomik büyüme, sağlık hizmetleri için daha fazla finansmanın temin edileceği anlamına geliyor gözükmemektedir. Ancak, genellikle sağlık sektöründeki maliyetler ve talep daha da hızlı bir şekilde büyümektedir. Ekonomik büyüme de son derece dengesiz olmuştur. 1990'ların ortasına kadar, bazı Asya ülkeleri rutin olarak yıllık % 5'ten daha fazla ekonomik büyüme oranlarına ulaşmışken birçok Afrika ülkesi, negatif veya sadece marjinal düzeyde pozitif büyüme yaşamıştır (Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu, 2001).

Birçok ülke, mali kapasitelerinin ciddi anlamda kısıtlanması ile karşı karşıyadır. Birincisi, birçok düşük gelirli ülke için, fon toplama kapasitesi yerel olarak çok sınırlıdır. Düşük gelirli ülkeler, Gayri Safi Yurt İçi Hasıllarının (GSYH'lerinin) sadece % 20'sini vergilerden karşılarken yüksek gelirli ülkelerin GSYH'sinin % 42'si vergilerden karşılanmaktadır (Schieber ve Maeda, 1997). Bu fonlar için birçok rekabetçi kullanım söz konusudur. Vatandaşlar daha iyi yol, konut ve eğitim istemektedir. Ekonomik gelişmenin desteklenmesi için, alt yapı yatırımlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu arada, çok uluslu kurumlar, ulusal hükümetlerden vergi imtiyazları talep etmekte ve bunların karşılanmaması durumunda ayrılma tehdidinde bulunmaktadır. Yurt içi firmalar, uluslararası rakiplere karşı koruma ihtiyaçlarını dile getirmektedir. Sonuç olarak, genellikle GSYH'sinin sadece % 1'i veya % 2'si, ulusal yardımdan ayrı olarak kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır (Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu, 2001).

Ayrıca, mevcut uluslararası ekonomik düzendeki bağlantılar önemli tehlikeleri taşıyabilmektedir. Dünya kahve fiyatları düştüğünde, Kenya ve Etiyopya'daki bütçe açıkları birden artmaktadır. Eğer Brezilya para biriminde devalüasyon yaparsa bu durumda Arjantin'in üçüncü ülkelere ihracatları bundan etkilenmektedir. Çünkü, Brezilya malları artık Arjantin mallarından daha ucuzdur. Eğer, Kuala Lumpur'da gayrimenkul piyasası çökerse bu durumda Malezya, daha az ithalat yapar ve endüstrileri, daha fazla ihraç etmeye çalışmak için fiyatlarını kısar (Bunlar, Malezya'nın komşuları için ciddi ekonomik sorunlara neden olabilecek eylemlerdir). Eğer bir para birimi düşerse uluslararası spekülasyon baskısı diğer para birimine geçmektedir.

Yoksul ülkelerde, ekonomilerin giderek daha sofistike hâle gelmesi bu ülkeleri, sadece bu tür birbirine bağımlılığa daha sıkı bağlamaktadır. Eskiden ucuz radyo yapan ülkeler, şu anda daha gelişmiş bilgisayarları monte etmektedir. Bir zamanlar tekstil imal eden fabrikalar, artık aynı bilgisayarlar için çip üretmektedir. Brezilya, ABD'de jet uçağı satmakta; bilgisayar şirketleri Hindistan'da programlama ofislerine güvenmektedir.

Bu ekonomik süreçler, siyasi baskılarla kesişmekte ve bir ülkenin sağlığa tahsis etmeye karar verdiği para miktarını etkilemektedir. Birkaç ülkede, siyasiler, emekli sandıkları da dâhil olmak üzere sosyal programlarla ilgili tutamayacakları seçim vaatlerinde bulunmuştur. Bu programlar, iflas ettikçe veya ekstra vergi gelirlerini tükettikçe, diğer tüm harcamalar -sağlık harcamaları dâhil- baskı altında kalmaktadır. Buna cevap olarak sağlık sektörü savunucuları, genellikle sağlık hizmetleri finansmanına daha korunmuş bir statü vermek için bu finansmanı genel bütçeden çıkartmanın -örneğin, yeni sosyal sigorta programları oluşturarak- yollarını aramaktadır.

Aynı zamanda, sağlık hizmetleri sisteminin içindeki sağlayıcılar, gelirlerini muhafaza etmek ve haklarını korumak için mücadele etmektedir. Doğu Avrupa'da, komünist rejim altında oluşturulan büyük sağlık hizmeti sunum sistemlerinin korunması zorlaşmıştır. Çünkü hükümetler, ekonomik büyümeye yeniden başlamak ve uluslararası rekabetçi güçlerini yeniden kazanmak için çalışmaktadır (Goldstein ve arkadaşları, 1996; Healy ve McKee, 2001). Hükümetler harcamaları kontrol etmeye ve enflasyonu önlemeye çalıştıkça doktorlara, hemşirelere ve diğer sağlık personeline yapılan ödemeleri sınırlandırarak sağlık hizmetleri harcamalarını aşağı çekme eğiliminde olmuştur. Bunun mukabilinde bu gruplar, azalan gelirlerini artırmak için siyasi sistem içinde ümitsizce çalışmaktadır.

Bu siyasi gelişmeler ve ekonomik kısıtlamalar, sağlık sisteminin içinde ve dışında önemli sosyal ve entelektüel değişiklikler bağlamında meydana gelmektedir. Bu kapsamlı değişiklikler, sağlık reformunun itici gücü olan dördüncü gücü temsil etmektedir.

Güç #4: Geleneksel Fikirler Hakkında Şüphelilik

Piyasaya global dönüş, azalan sosyal dayanışma ve paralelinde birçok ülkede hükümet girişimlerine yönelik hareketlere doğru bir eğilim meydana getirmiştir. Doğu Avrupa ve eski Sovyetler Birliğinde, merkezi olarak planlanan ve devletin sahip olduğu kurumsal eski modele geniş anlamda güven kalmamıştır (Daha yaşlı vatandaşlar bile sistemin sağladığı güvenceyi nostalji ve esefle anmaktadır). Birçok düşük gelirli ülkede, kötü yönetim, yetersiz politikalar ve açık yolsuzluk, kısıtlı kaynakların boşa harcanmasını ve

kamu sektörü hakkında yaygın şüpheciliği ortaya çıkartmıştır.

1980'lerden bu yana, hükümet karşıtı mesajın savunucuları, dünya çapındaki görüşlerini agresif olarak savunmuştur. Özel vakıflar ve uluslararası kurumlardan gelen danışmanlar, girişimciler ve uzmanların tamamı buna katılmıştır. Sağlık sektöründe, siyasi liderler kendilerini, piyasayı savunan yaklaşımın, sorunlarının tamamı için çözüm teşkil ettiği argümanı ile yüz yüze kalır durumda bulmuştur (Griffin, 1989).

Bu tartışma, sağlık sektörünün ötesine uzanmaktadır. Yetersiz düzeyde yönetilen devlet bürokrasisi ve verimsiz devlet şirketleri, kısmen siyasi avantajları nedeniyle çoğalmıştır. Kamu sektörünün, hizmet sağlamak yerine iltimas amacıyla, çıktılar yerine istihdama yönelik kullanılması hükümetlerin bir siyasi temel oluşturmaya imkân tanımaktadır. İşçiler tanınmaktadır, organize edilmesi kolaydır ve genellikle işe alındıkları için siyasi liderlere minnettardırlar. Diğer taraftan kullanıcıların tanınması ve organize edilmesi zordur ve fazla şeylerini riske atmazlar. Bu faktörler, genellikle yeterinden fazla personel içeren, yetersiz yönetilen, maliyeti yüksek kamu sektörüne, yardımcı personele sahip olmayan, yetersiz tesislere ve yoksun hizmete neden olmaktadır.

Ülkelerin para eksikliği giderek artınca bu tür düzenlemeler konusunda, daha fazla eleştiri söz konusu olmuştur. Siyaset ile istihdam arasındaki bağlantıyı kesmek için, birçok kurumsal reform teşebbüsünde bulunulmuştur. Bunlar, hükümet faaliyetlerini denetleyen yarı bağımsız kamu kurumlarının oluşturulmasından, açık özelleştirmeye kadar farklılık göstermektedir. "Hükümetin yeniden icat edilmesi" gibi fikirler, bugün dünya çapında sağlık reformuna ilişkin tartışmalara hakim durumdadır (Osborne ve Gaebler, 1992; Saltman ve von Otter, 1995).

Bu entelektüel hareket çok yaygın olduğu için, okuyucuların bu konulardaki görüşümüzü bilmesini isteriz. Yeni düzenlemelerin mevcut uygulamadan daha iyi performans sergileyip sergilemeyeceği kompleks ampirik bir sorudur. Bu kitapta ele alacağımız gibi, çıktıların tahmininde bulunurken şeytan genellikle ayrıntılarda gizlidir –özellikle konu kurumların nasıl yönetildiği ve idare edildiği ile ilgili ise (bk. Bölüm 10)-. Bizim görüşümüze göre, piyasa modelinin sağlık hizmetlerine uygulanabilirliği özel koşullara göre değişmektedir. Belli bir piyasa, makul sayıda verimli, bağımsız rakibi destekleyecek yeterlilikte mi? Kullanıcılar akıllı bir şekilde nasıl seçim yapacaklarını veya bu konuda kendilerine yeterli bilgi verilip verilemeyeceğini biliyorlar mı? Rekabetçi baskılardan kaynaklanan tasarruflar, yüksek işlem maliyetlerini karşılamak için kullanılan kaynaklardan daha fazla olacak mı -yani, tüm satın alma ve satmanın düzenlenme maliyetleri-? Bizim görüşümüze göre, sağlık reformcuları politika konusunda karar vermeden önce bu soruların cevabını vermelidirler. Bu kitap, reformcuları, gerekli analizleri gerçekleştirmek için ihtiyaçları olan analitik araçlarla donatmak üzere tasarlanmıştır - hem açık fikirli hem de etkili yollardan-.

Özet

Bu giriş bölümünün ana noktalarını özetleyelim:

- Sağlık hizmetleri sisteminin hem içinde hem de dışındaki ekonomik, sosyal ve siyasi güçler, sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapma konusunda yaygın baskılara neden olmaktadır.

- Yeni teknoloji -yeni ilaçlar dâhil- ve aynı zamanda nüfus yapısı ve hastalık yapılarındaki değişiklikler, kişi başı sağlık hizmeti maliyetlerini artırmaya devam etmektedir.
- Gelişen uluslararası ekonomik sistem, özellikle yoksul ülkelerde, genellikle hükümetlerin ve özel sektörün bu yüksek maliyetleri karşılama kapasitesini sınırlandırmaktadır. Bunun nedeni, kısa dönemli krizler ve uzun dönemli rekabetçi baskılardır.
- Devlet ve piyasa hakkındaki entelektüel inançlardaki geniş kaymalar, sağlık sektörü için politikalar da dâhil olmak üzere tüm ekonomik çözümler piyasa rekabeti ve özelleştirmenin geniş anlamda desteklenmesi sonucuna yol açmıştır.

Bugün birçok ülke, ödeyebilecekleri düzey ve sağlık sektöründe sağlamak istedikleri düzey arasında bir boşlukla karşı karşıyadır. Ekonomiler ilerledikçe beklentiler artmaya devam etmekte, ülkeler daha demokratik hâle gelmekte ve dünya çapında medya temelli imajlar yayılmaktadır. Neredeyse bütün ülkelerde, sağlık hizmetleri maliyetleri, değişen demografik özelliklere, gelişen hastalık yapılarına ve yeni teknolojiye bağlı olarak artmaktadır. Bu değişikliklerin etkileri ile ciddi bütçe açıkları ve sağlık için sınırlı ekonomik kaynakları olan ülkelerde, farklı, açık ve eşitlikçi siyasi ve sosyal süreçlerle mücadele edilmektedir.

Aynı zamanda, sağlık reformu için yeni fikirlere doğru global bir hareket vardır. Bununla birlikte sağlık reformunun doğru yapılmasının gerçekten de kompleks bir sosyal fenomen olduğu kabul edilmektedir. Ne kadar karmaşık olursa olsun, bu kitaptaki görüşlerin, analistlere ve karar vericilere, sağlık reformunun girdaplı süreçlerini anlama ve yönetme konusunda yardımcı olacağına inanıyoruz. Analizimize sağlık reformu döngüsü ile başlıyoruz.

Kaynaklar

- Barnum, Howard; and Joseph Kutzin. 1993. *Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Bennett, Sara; Barbara McPake; and Anne Mills, eds. 1997. *Private Health Providers in Developing Countries: Serving the Public Interest?* Atlantic Highlands, NJ: Zed Books.
- Berman, Peter, ed. 1995. *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Berman, Peter. 1997. "National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications." *Health Economics* 6(1): 11-30.
- Bloom, David E.; and David Canning. 2000. "The Health and Wealth of Nations." *Science* 287: 1207, 1209.
- Bloom, David; and Jeffrey Sachs. 1998. "Geography, Demography, and Economic Growth in Africa." *Brookings Papers on Economic Activity* 2: 207-95.
- Casterline, John B., ed. 2001. *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*. Washington, DC: National Academy Press.
- Commission on Macroeconomics and Health. 2001. *Macroeconomics and Health: Investing in*

- Health for Economic Development*. Geneva: World Health Organization.
- Dowling, William L. 1977. "Perspective Reimbursement of Hospitals." In Lewis E. Weeks and Howard J. Berman, eds., *Economics in Health Care*. Germantown, MD: Aspen Publishing.
- Feldstein, Martin S. 1974. "Econometric Studies of Health Economics." In: M. Intriligator and D. Kendrick, eds. *Frontiers of Quantitative Economics*, Vol. 2. Amsterdam: North-Holland Publishing Company.
- Feldstein, Paul J. 1993. *Health Care Economics*. Fourth edition. Albany: Delmar Publishers.
- Gerdtham, U.G.; and B. Jonsson. 2000. "International Comparisons of Health Expenditure." In: Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse, eds. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier.
- Gilman, Boyd H. 2000. "Hospital Response to DRG Refinements: The Impact of Multiple Reimbursement Incentives on Inpatient Length of Stay." *Health Economics* 9(4): 277-94.
- Goldstein, Ellen; Alexander S. Preker; Olusoji Adeyi; and Gnanaraj Chellaraj. 1996. *Trends in Health Status, Services, and Finance: The Transition in Central and Eastern Europe*. World Bank Technical Paper No. 341, Social Challenges of Transition Series, Vol. 1. Washington, DC: World Bank.
- Griffin, Charles. 1989. *Strengthening Health Services in Developing Countries Through the Private Sector*. Discussion Paper No. 4. Washington, DC: World Bank, International Finance Corporation.
- Gwatkin, Davidson R.; Janet R. Wilcox; and Joe D. Wray. 1980. *Can Health and Nutrition Interventions Make a Difference?* ODC Monograph No. 13. Washington, DC: Overseas Development Council.
- Hanson, Kara; and Peter Berman. 1998. "Private Health Care Provision in Developing Countries: A Preliminary Analysis of Levels and Composition." *Health Policy and Planning* 13(3): 195-211.
- Healy, Judith; and Martin McKee. 2001. "Reforming Hospital Systems in Turbulent Times." *Eurohealth Special Issue 2001*, 7(3): 2-7.
- Hearst, Norman; and Erik Blas. 2001. "Learning from Experience: Research on Health Sector Reform in the Developing World." *Health Policy and Planning* 16 (Suppl): 1-3.
- Hodess, Robin; Jessie Banfield; and Toby Wolfe. 2001. *Global Corruption Report 2001*. Berlin: Transparency International. Available from www.transparency.org. Accessed June 2002.
- Hollander, Christopher, ed. 2002. "Five-Nation Survey: U.S. Adults Least Satisfied with Health System." *The Commonwealth Fund Quarterly* 8(1): 1-3.
- Huber, Manfred. 1999. "Health Care Expenditure Trends in OECD Countries, 1970-1997." *Health Care Financing Review* 21(2): 99-117.
- Hurst, Jeremy. 1992. *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris: OECD.
- IMF, OECD, United Nations, and World Bank. 2000. *A Better World For All: Progress Towards the International Development Goals*. New York: United Nations. Available from www.paris21.org/betterworld/. Accessed June 2002.
- Jack, William. 1999. *Principles of Health Economics for Developing Countries*. Washington, DC: World Bank.
- Liu, Yuanli; William C. Hsiao; and Keqin Rao. 2003. "Medical Spending and Rural Impoverishment in China." *Health Policy and Planning*, forthcoming.
- Mahal, Ajay; Peter Berman. 2001. *Health Expenditures and the Elderly: A Survey of Issues in*

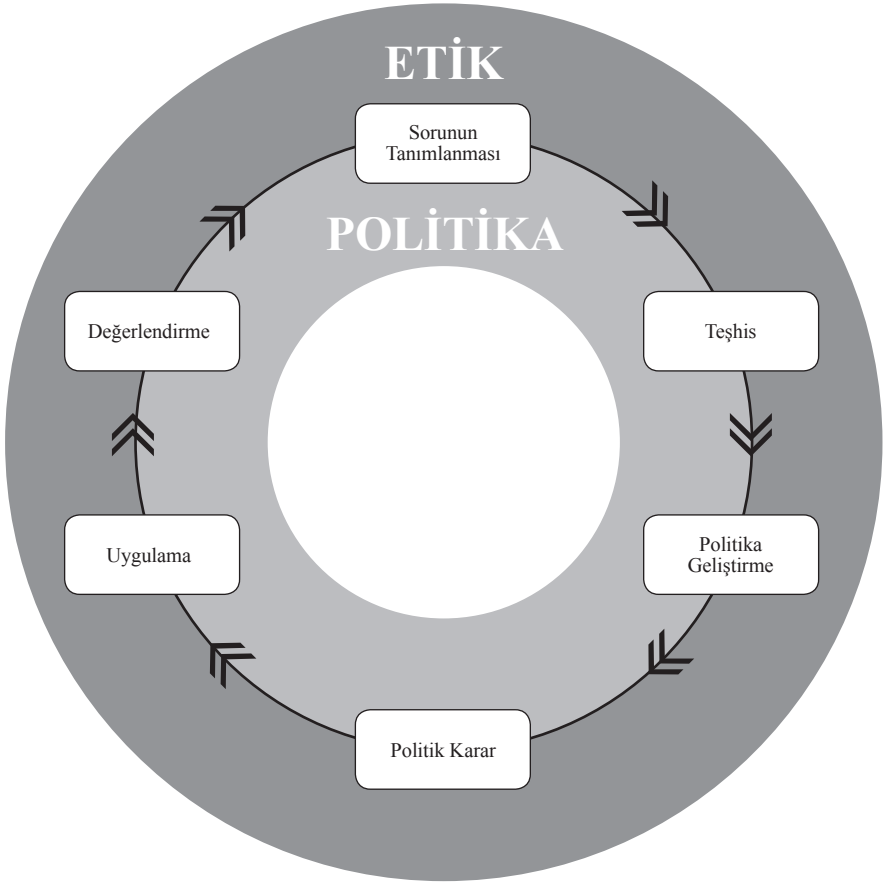
- Forecasting, Methods Used, and Relevance for Developing Countries*. The Global Burden of Disease 2000 in Aging Populations, Research Paper No. 01.23. Cambridge, MA: Harvard Burden of Disease Unit, December.
- McKee, Martin; and Vladimir Shkolnikov. 2001. "Understanding the Toll of Premature Death among Men in Eastern Europe." *British Medical Journal* 323: 1051-5.
- Mills, Anne; Sara Bennett; and Steven Russell. 2001. *The Challenge of Health Sector Reform: What Must Governments Do?* Basingstoke, England: Palgrave.
- Murray, Christopher J.; and Alan D. Lopez, eds. 1996. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I)*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and World Bank.
- OECD. 1996. *Health Care Reform: The Will to Change*. Health Policy Studies No. 8. Paris: OECD, Directorate of Education, Employment, Labour, and Social Affairs.
- Osborne, David; and Ted A. Gaebler. 1992. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Phelps, Charles E. 1997. *Health Economics*. 2nd ed. Reading, MA: Addison-Wesley. (See Chapters 10, 11, and 12).
- Preston, Samuel. 1975. "The Changing Relation Between Mortality and Level of Economic Development." *Population Studies* 29(2): 231-48.
- Raffel, Marshall W, ed. 1984. *Comparative Health Systems: Descriptive Analyses of Fourteen National Health Systems*. University Park, PA: Pennsylvania State University Press.
- Roberts, Marc J.; with Alexandra T. Clyde. 1993. *Your Money or Your Life: The Health Care Crisis Explained*. New York: Doubleday.
- Roemer, Milton I. 1993. *National Health Systems of the World*. New York: Oxford University Press.
- Ron, Aviva; Brian Abel-Smith; and Giovanni Tamburi. 1990. *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*. Geneva: International Labor Organization.
- Sachs, Jeffrey. 1999. "Helping the World's Poorest." *The Economist* 14 August, 17-20.
- Saltman, Richard B.; and Casten von Otter, eds. 1995. *Implementing Planned Markets in Health Care: Balancing Social and Economic Responsibility*. Philadelphia, PA: Open University Press.
- Schieber, George; and Akiko Maeda. 1997. "A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries." In: George Schieber, ed., *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997*. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, DC: World Bank.
- Sen, Amartya. 1999. *Development as Freedom*. New York: Knopf.
- Sen, Kasturi; and Meri Koivusalo. 1998. "Health Care Reforms and Developing Countries: A Critical Overview." *International Journal of Health Planning and Management* 13: 199-215.
- Shkolnikov, Vladimir; Martin McKee; and David A. Leon. 2001. "Changes in Life Expectancy in Russia in the Mid-1990s." *The Lancet* 357(9260): 917-21.
- UNAIDS. 2001. *AIDS Epidemic Update, December 2001*. Available from www.unaids.org. Accessed June 2002.
- UNDP. 1997. *Human Development Report 1997*. New York: Oxford University Press.
- . 2000. *Human Development Report 2000*. New York: Oxford University Press.

- Weil, Diana E. C; Adelaida P. Alicbusan; John F. Wilson; Michael R. Reich; and David J. Bradley. 1990. *The Impact of Development Policies on Health: A Review of the Literature*. Geneva: World Health Organization, 5-38.
- Wilsford, David. 1995. "States Facing Interests: Struggles over Health Care Policy in Advanced, Industrial Democracies." *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 20(3): 571-613.
- World Health Organization. 1999. "The Double Burden: Emerging Epidemics and Persistent Problems." In *World Health Report 1999: Making a Difference*. Geneva: World Health Organization.
- . 2000. *World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.
- World Bank. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- . 1997. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. New York: Oxford University Press.
- . 2001. *Poverty Reduction Strategy Sourcebook*. Washington, DC: World Bank. Available from www.worldbank.org/poverty/strategies/index.htm. Accessed June 2002.
- Yett, Donald; Leonard Drabek; Michael D. Intriligator; and Larry J. Kimbell. 1979. *A Forecasting and Policy Simulation Model of the Health Care Sector: The Human Resources Research Center (HRRC) Prototype Micro-Econometric Model*. Lexington, MA: Lexington Books.

Birinci Bölümde, sağlık sektörü reformunun bir döngü olarak değerlendirilebileceği fikrini ortaya koyduk. Şimdi, bu süreci daha ayrıntılı olarak analiz etmek istiyoruz. İdeal formunda, politika değişikliği süreci altı aşamalı bir döngüde hareket eder. (Sorunlar belirlenir, bir neden analizi yapılır, planlar geliştirilir, reform girişimleri konusunda siyasi bir karar verilir, daha sonra söz konusu reformlar uygulanır ve sonuçları değerlendirilir). Politika yapıcıların ele alması gereken yeni sorunlar ortaya çıktıkça döngü tekrar başlar (Şekil 2.1).

Tabi ki gerçek dünyada, reform çok nadir olarak bu kadar basit bir şekilde gerçekleşir. Bunun yerine, reform çabaları farklı yerlerde başlayabilir, aşamalar atlanabilir veya birden fazla aşama aynı zamanda olabilir. Örneğin, sağlık reformcuları bir *teşhis* ile başlar, şöyle der: “Tüm sorunlarımızın nedeni, devlet klinikleri ve hastanelerinin, iyi hizmet sağlamak için yeterli kaynağının olmamasıdır.” Reform savunucuları, favori *çözümleri* ile başlayabilirler: “Ülkemizin ihtiyacı olan şey, yeni bir ulusal sosyal sigorta programıdır.” Ancak, reform süreci ne şekilde gelişirse gelişsin, politika döngüsü söz konusu deneyimi analiz etmek için kullanışlı bir yol sağlar ve uygulayıcılara, reform sürecinin bir parçası olarak ele almaları gereken görevleri hatırlatır.

Bu kitabın bazı ana temalarını vurgulamak için Şekil 2.1’i tasarladık. Özel olarak, “etik” ve “siyaset” bileşenleri bize karar vericilerin, reform döngüsü boyunca etik ve siyasi konularla yüz yüze kaldığını hatırlatmaktadır.



ŞEKİL 2.1. Politika Döngüsü

“Doğru öncelikler nelerdir” ve “Siyasi baskılar nasıl yönetilebilir” gibi sorular, sağlık sektörü reformu çabalarına hakimdir. Bizim yaklaşımımız, sağlık politikalarının etik temellerinin açık bir şekilde incelenmesini öngörmekte ve tüm sağlık sistemlerimizin değerlerinin aynı olduğu veya olması gerektiği nosyonunu reddetmektedir. Tüm politika pozisyonlarının -bizimki dâhil- etik boyutları içerdiğine inandığımız için, bu kitap değerlerimizi ve hedeflerimizi daha açık hâle getirmeyi amaçlamaktadır. Böylece okuyucular, perspektifimizin onlar için ne kadar yararlı olduğunu belirleyebilir. Aynı zamanda, sağlık sektörü reformu sürecinin sadece teknik olduğu görüşünü de reddediyoruz. Bunun yerine, reform prosesinin tüm aşamalarında, siyasi faktörlerin doğrudan ve kapsamlı bir şekilde değerlendirilmeye alınması çağrısını yapıyoruz.

Şekil 2.1’de altı aşama belirlemiş olsak da en fazla ilk dört aşamaya odaklanıyoruz. Problemin tanımlanması, teşhis, politika geliştirilmesi ve siyasi karar. Ancak bu bölüm, tüm altı aşamanın bir genel özetini sunmakta ve bunların bizim yaklaşımımızla nasıl ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda ilk dört aşama Bölüm 3 ve 7’de daha

ayrıntılı olarak ele alınmakta ve Kısım II’de her bir “kontrol düğmesi” için olan bölüm bunu takip etmektedir. Her ne kadar uygulama konusunda bir bölümümüz olmasa da dünya çapındaki deneyimlerimize dayalı olarak, her bir kontrol düğmesi bölümünde, o uygulama konusunda pratik bir kılavuzluk sağladık. Bizim görüşümüze göre, sağlık reformu opsiyonlarının saf teorik tartışmaları çok değerli değildir. Sağlık reformunu daha da ileri taşımak için, reformcuların gerçekçi bir şekilde kendi özel ulusal bağlamlarında bir politikanın uygulanmasının zorluklarını değerlendirmeye alması gerekmektedir. Kitap boyunca bu kişilere yardımcı olmaya çalışıyoruz.

Son olarak, Şekil 2.1’in dairesel yapısı, daha önce vurguladığımız bir noktanın altını çizmektedir: Bir sağlık hizmetleri sisteminin sorunlarını, bir kerede ve herkes için çözülebilmesi nadirdir. Ülkeler geliştikçe, sağlık hizmetleri sistemlerinin yeni zorluklara cevap vermesi gerekmektedir. Ayrıca, başarılı reform, genellikle popüler beklentiler ortaya çıkartır ve bu yüzden ilave reform talepleri artar. Ancak, reform süreci de mükemmel değildir. Reformcular genellikle niyet edilmeyen sonuçlarla karşılaşır veya planlardaki başlangıçta açık olmayan kusurları fark ederler. Bu nedenlerle, reform döngüsü tipik olarak tekrar ve tekrar oluşur. Şimdi sağlık reform döngüsünün her bir adımını ayrıntılı bir şekilde ele alalım ve her birinin gerektirdiği kritik görevleri inceleyelim.

Politika Döngüsü

Adım #1: Sorunun Tanımlanması

Sağlık sektörü reformunda en çok göz ardı edilen ancak en önemli adımlardan birisi, sorunun tanımlanmasıdır. Sağlık hizmetleri sistemleri, performansa ilişkin yüzlerce istatistiğin hazırlanmasını sağlamıştır. Ancak, kamunun dikkatini çekmek için hangileri uygun bir odak teşkil etmektedir? Performans ne zaman “sorunludur” ve bu yüzden, reform için uygun bir hedeftir? Bölüm 1’de ele aldığımız gibi, bir tür şok veya kriz, genellikle reform sürecini başlatır. Ancak o zaman bile, rekabet hâlindeki çıkarların tipik olarak, sorunun nasıl tanımlanması gerektiği ve neyin uygun bir çözümü teşkil ettiği konusunda farklı bakış açıları vardır.

Aşağıdaki hipotetik örneği değerlendirin: Bölge çapında yaşanan bir ekonomik gerilemeden etkilenen bir orta gelirli ülkeyi hayal edin. Maliye Bakanlığı, sağlık sektörünün, hükümetin sınırlı bütçesinden çok fazla tükettiğini öne sürerken; tıp birlikleri, “sorunun” doktorların maaşlarının enflasyonla birlikte artırılmaması nedeniyle sağlık hizmetlerinin kalitesinin yetersiz olmasına bağlı olduğunu söylemektedir. Bu arada, sosyal sigorta fonunun yöneticileri, “sorunun” hükümetin emekliler için prim paylarını ödeyememesinden kaynaklandığını söylerken; hastane müdürleri birliği, yeni teknoloji için sermaye ayrılamamasının “gerçek sorun” olduğunu öne sürmektedir. Reform hakkındaki tartışmanın temeli olarak sorun tanımının kabul edilmesinde başarılı olan grubun, sağlanan çözümler ve benimsenen politikalar üzerinde büyük bir etkisi olacaktır.

Sorunun tanımlanması hakkında düşünürken iki tür soru sorabiliriz. Birincisi *normatif veya kuralcıdır*: İyi bir sorun tanımlaması yapılmasını sağlayan nedir? Yetersiz performans alanının, diğer alandan daha uygun bir önceliğe sahip olmasını sağlayan

nedir? Bu soruların cevaplanması etik ve felsefeyi içermektedir. Bu konuyu kısaca aşağıda ele alacağız ve daha sonra sağlık sektörü reformunun etik yönlerinin daha ayrıntılı bir tartışmasını Bölüm 3'te vereceğiz.

İkinci tür soru, *deneyisel* veya *tanımlayıcıdır*: Sorunların nasıl algılandığını, hangi sosyal süreçler şekillendirmektedir? Reformcuların yüz yüze geldiği sorun tanımını hangi faktörler belirlemektedir? Sorun tanımının nasıl olduğunu ve sağlık sektörü reformunun siyasi boyutlarının nasıl yönetilmesi gerektiğini Bölüm 4'te ele alıyoruz.

Daha önce belirtildiği gibi, sorun tanımına yönelik normatif yaklaşımımız, sağlık sektörünün, *sonuçlar* bakımından sorunların tanımlanması bağlamında bir *amaç* olarak değil, bir *araç* olarak görülmesi yönündedir. Bir sonraki bölümde ele alındığı gibi, farklı teoriler, hangi sonuçların en fazla önemli olduğu konusunda farklı perspektifler sunmaktadır. Her şeye rağmen, Bölüm 5'te, sağlık sektörü reformu ile ilgili ana etik perspektiflerini yansıttığına inandığımız özel performans hedefleri kümesini tartışacağız (Hsiao, 1999). Bu tür endişelerden birisi, nüfusun *sağlık durumu*dur. İnsanlar ne kadar uzun yaşamaktadır, hangi engellilikleri vardır ve bunlar farklı popülasyon grupları arasında nasıl değişiklik göstermektedir? İkinci çıktı kümesi, sağlık hizmetlerinin, bir toplumun vatandaşları arasında sağladığı *memnuniyet* derecesidir. Üçüncü çıktı kümesi, *finansal risk korumasını* içermektedir. Sağlık hizmetleri sisteminin, bireyleri, hastalığın üretebileceği ciddi finansal yüke karşı koruyabilme kapasitesidir. Bu önerileri aşağıda ayrıntılı bir şekilde açıklayacak ve savunacağız.

Sonuçlara ilişkin bu odağı, sağlık reformcularının benimsemesi zor olabilir. Özel bir politikaya ilişkin güçlü taahhütleri olan savunucular, genellikle reform sürecine favori çözümleri ile başlarlar. Özdeyişte de denildiği gibi “Elinde çekiç olan bir adamın gözüne her şey çivi gibi gözükür”. Bunlar, rekabetçi sağlık sigortası fonlarını veya daha fazla aile hekimliği veya özerk hastaneleri benimsemeyi savunmakta, bu politikanın sağlık sisteminin performansını nasıl artıracaklarını açıklayamamaktadır. Dahası, hükümetteki birçokları, performans odaklı olmaya alışık değildir. Bunun yerine odak nokta, bütçelerin harcanması, üretim hedeflerinin karşılanması veya kuralların takip edilmesi yönündedir. Bunlar için, sorunlar, neyin yapıldığı neyin yapılmadığının *sonuçları* bakımından değil, özel normların veya kuralların yerine getirilememesi bakımından tanımlanmaktadır (Barzelay ve Armajani, 1992).

Dünya çapındaki deneyimlerimizden şunu anlıyoruz ki aklın eski alışkanlıkları kolay kolay teslim olmamaktadır. Bilim tarihçisi T.S. Kuhn'un açıkladığı gibi, temel çerçevelendirme varsayımları, ki bunlara “paradigmalar” adını veriyoruz, genellikle özel bir soruna ilişkin düşünüş tarzımızı şekillendirmektedir (Kuhn, 1962). Açık araçlar amaçlar analizine ve kritik stratejik düşünmeye yönelik vurgumuz, bir tür “paradigma değişimini” temsil etmektedir (bu, sağlık sektörü reformu hakkında düşünmenin yeni bir yoludur). Başlangıçta ne kadar acayip gözükürse gözüksün, bu odak noktasının sonuçlar bakımından değeri konusunda kendimizden eminiz. Bu perspektif, reformcuları, hedefleri belirlemek ve önerdikleri reformları ile bu hedefler arasında bağlantı kurmak konusunda zorlamaktadır. Sonuç olarak, reformcular, hedefleri hakkında, amaçları ne olursa olsun ulaşma şanslarını artıracak şekilde açık ve özelleştiren olma eğilimindedir.

Bu perspektif, verilerin, sorunları tanımlama ve öncelikleri belirleme konusundaki rolünün açıklanmasına yardımcı olmaktadır. Bazı sağlık sektörü planlayıcıları, sorunları tanımlamak için gerekli olan tek şeyin iyi veriler olduğunu öne sürüyor gözükmekte-

dir. Ancak dünya bu şekilde hareket etmemektedir. Birçok reform, iyi veriler olmadan ileriye doğru hareket etmektedir. Birçok iyi belgelenmiş sorun, reform programlarında göz ardı edilmektedir. Örneğin, ciddi şekilde hastalanan Çinli köylülerin yaşadığı finansal zorluklar çok iyi bilinmektedir, ancak bu, ülkenin politika yapıcılarını harekete geçirmek için yeterli olmamıştır (Liu ve arkadaşları, 1996).

Ayrıca, normatif bir bakış açısı ile bakıldığında, veriler tek başına sağlık reformunun sorunlarını ve önceliklerini tam olarak tanımlayamamaktadır. Herhangi bir politika kararı, açık veya gizli hem bilim hem de etik konularına dayanmalıdır. Örneğin, birçok ülkede kadınlar erkeklerden daha uzun yaşamaktadır (UNDP, 2000). Bunun, erkeklerin maruz kaldığı ve kamu politikasının düzeltilmesi gereken bir eşitsizliği temsil edip etmediği, sadece verilerle belirlenemez.

Oysa verilerin oynayacakları hayati rolleri vardır. Bilgiler tek başına, özdeki değer farklılıklarına dayalı çatışmalı pozisyonları uzlaştırmak için yeterli olmayabilir. Ancak bilimsel anlayış, opsiyonların tanımlanması ve sonuçların netleştirilmesinde yardımcı olabilir. Veriler, tartışmanın daha dürüst bir şekilde yapılmasını ve mevcut seçeneklerin rızaya dayalı bir şekilde anlaşılmasını sağlar. Bu nedenle, uzmanların, siyasi sürecin, sağlık reformu için neyin önemli olduğunu anlamasına yardımcı olma konusunda özel bir sorumluluğu vardır. Aksi takdirde, mitler, ideoloji ve grup çıkarları tartışmaya hakim olacak ve tartışmayı yönlendirecektir.

Sorunun tanımlanması sürecinde verilerin önemli bir kullanımı da “kıyaslama” adı verilen bir süreçtir ki bu, kalite yönetimi literatüründen alınmış bir terimdir (Deming, 1982; Juran ve Gyrna, 1980). Endüstriyel kapsamda, yöneticiler, kıyaslamayı, makul olarak ulaşmayı bekledikleri performans düzeylerini belirlemek için, rekabetçi işlerin maliyetlerine, kusur oranlarına veya üretkenliklerine baktıklarında kullanmaktadırlar. Sağlık sektörü reformunda, kıyaslama, bir ülkenin kendisinin gelir ve harcama düzeylerine benzer düzeylere sahip, sağlık performansı özellikle etkili olan ülkelere bakması anlamına gelmektedir. Bu yüzden, Tayland’daki reformcular, Sri Lanka’da neden sağlık hizmetlerine daha az harcama yapıldığı halde daha uzun yaşam beklentisi olduğunu merak edebilirler ve kendi sorunlarını tanımlamak için bu olguya odaklanabilirler. Benzer şekilde, Latin Amerika ülkeleri, kendi hedeflerini belirlerken Küba veya Kosta Rika’nın sağlık istatistiklerine bakabilirler (PAHO, 2001). Ülkeler arasındaki farklılıklara rağmen, uluslararası kıyaslamalar, performans sorunlarının bir tartışması için faydalı bir başlangıç noktası olabilir (başka kıyaslama şekilleri de bulunmaktadır, bunlar daha ayrıntılı olarak Bölüm 6’nın sonunda tartışılmıştır.)

Adım #2: Sağlık Sektörü Sorunlarının Nedenlerinin Teşhis Edilmesi

Tıpkı bir doktorun semptomlardan nedenlere ilerlemesi gibi, bir sağlık sektörü reformcusunun da bir *teşhis yolculuğu* yapması gerekmektedir (bk.Bölüm 7). Sağlık sistemi sonuçlarına dayalı olarak sorunları tanımladıktan sonra, bir sonraki görev, başarısız sonuçların nedenlerini belirlemek için geriye doğru çalışmaktır. Doktorlar, anatomi ve fizyolojiyi incelerler. Sağlık sektörü reformcuları, *sağlık sektörünün beş kontrol düğmesi* adını verdiğimiz şeyleri inceleyerek sorunların nedenini araştırmalıdır.

Bu basit bir görev değildir. Ünlü bir Japon kalite geliştirme uzmanımız, teşhis sürecinin, açık olarak gözükene arkasında, ötesinde ve altındaki nedenleri araştırmak

için “beş kere ‘neden’ diye sorulması” gerektirdiğini öne sürmektedir (Ishikawa, 1988). Sistemin neden belli bir şekilde davrandığını anlamak için daha da derinleri kazmak lazımdır.

Örneğin, Çin’in kentsel alanlarında, sağlık hizmetlerinin beklenenden daha yüksek maliyette olması sorununu açıklamaya çalışan araştırmacılar, belli ilaçların normalin dışında yüksek düzeyde kullanıldığını keşfetmiştir (Dünya Bankası, 1997). Bir teşhis yolculuğuna çıkıldığında, aşağıdakiler ortaya çıkmıştır:

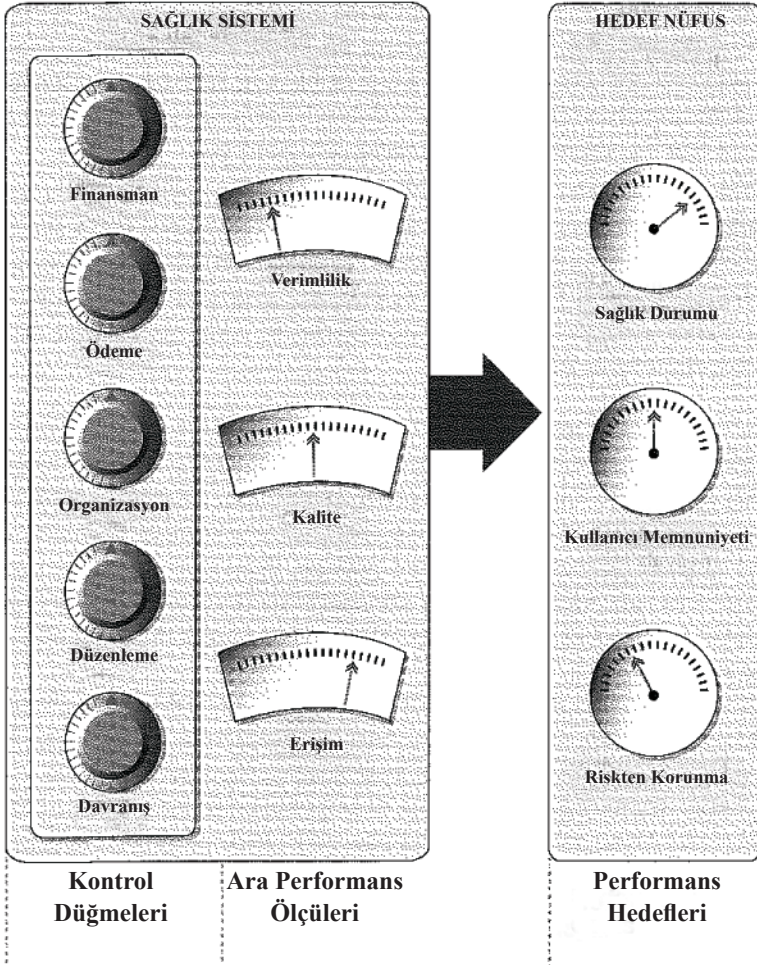
- Bütçe baskılarına cevaben, Çin hükümeti hastanelere verilen ödemeleri önemli ölçüde düşürmüştür.
- Bu durumda hastaneler, hükümet ve endüstri çalışanlarını kapsayan sigorta fonlarından gelen gelirlere ya da hasta ödemelerine güvenmeye zorlanmıştır.
- Sigorta geri ödemesi için ücret programı, yüksek teknolojiye görüntüleme sistemlerini ve en yeni ilaçların dağıtılmasını özellikle kârlı hâle getirmiştir.
- Geleneksel Çin bitki tıbbi uygulamasına dayalı olarak, hastaneler doğrudan hastalarına doktorlarının verdiği ilaçları satmıştır. Aynı şekilde, ülkenin ayakta tedavi hizmetlerinin çoğunu sağlamaktadırlar.
- Doktorlarını etkilemek için, hastaneler, doktorların reçetelerinin getirdiği hastane kârlarına dayalı olarak onları tazmin etmeye başlamıştır.

Sonuç olarak, çoğu kârlı ilaçlar için reçete oranları dramatik bir şekilde arttı (Dai, 1993; Gao, 1996). Bu sürecin anlaşılması, tek başına bu “hastalık” için “tedaviyi” tespit etmemektedir (Birisi hastane finansmanını, sigorta sistemini, fiyat listesini, doktor ödeme programlarını veya ilaç düzenlemelerini değiştirebilir). Ancak, sorunun nedenlerinin teşhis edilmesi, etkili bir cevap oluşturmaya yönelik gerekli bir adımdır.

Sağlık Sektör Reformu İçin Beş Kontrol Düğmesi

Sağlık sektörü reformunun teşhis ve politika geliştirme süreçlerini kolaylaştırmak için, bu kitapta beş “kontrol düğmesi”ne başvuruyoruz. Bu beş kategori, reformcuların, sistem performansını geliştirmek için ayarlaması gereken mekanizmaları ve süreçleri kapsamaktadır. Daha önce belirttiğimiz gibi, her önemli neden kontrol düğmelerinin birinin bir parçası değildir; çünkü sağlık sektörü reformu tarafından değiştirilebilir olmayabilir (Şekil 2.2). Sağlık sistemi reformu için beş kritik kategori –beş kontrol düğmesi- konusundaki seçimimiz, bir sağlık sisteminin sonuçlarını belirleyen ve söz konusu sonuçları değiştirmek için kullanılabilecek en önemli faktörlere ilişkin değerlendirilmiş yargılarımızı yansıtmaktadır. Aşağıda beş kontrol düğmesini kısa ve öz bir şekilde sunuyoruz, bunlar daha ayrıntılı bir şekilde Bölüm 8 – 12 arasında ele alınmaktadır. Aşağıda tanımladığımız kontrol düğmelerinin bir listesi yer alıyor, her birinin kısa bir tanımını da ekledik.

Finansman, sağlık sektöründeki faaliyetler için ödenilen paranın toplanmasını sağlayan tüm mekanizmaları ifade etmektedir. Bu mekanizmalar vergileri, sigorta primlerini ve hastaların yaptığı doğrudan ödemeleri içermektedir. Para toplayan kurumların tasarımı –örneğin, sigorta şirketleri, sosyal sigorta fonları- bu kontrol düğmesinin bir parçası olduğu gibi, kaynakların farklı önceliklere tahsisini teşkil etmektedir (Bölüm 8).



ŞEKİL 2.2. Sağlık Sektörü Reformu İçin Beş Kontrol Düğmesi

Ödeme, ücretler, kişi başı ödeme ve bütçeler gibi paraların, sağlık hizmetleri sağlayıcılarına -doktorlar, hastaneler ve kamu sağlık çalışanları- transfer edilmesi için kullanılan yöntemleri ifade etmektedir. Bu yöntemler karşılığında, sağlayıcıların nasıl davranacağını etkileyen teşvikleri oluşturmaktadır. Doğrudan hastalar tarafından ödenen para da bu kontrol düğmesine dâhil edilmektedir (Bölüm 9).

Organizasyon, sağlık hizmetleri piyasalarında sağlayıcıların, rollerinin ve işlevlerinin karışımını ve dâhili olarak sağlayıcıların nasıl çalıştığını belirlemek için kullandıkları mekanizmaları ifade etmektedir. Bu mekanizmalar tipik olarak, hükümet hizmet sunumunu oluşturan sağlayıcıların rekabetini, desantralizasyonunu ve doğrudan kontrolünü etkileyen ölçüleri içermektedir. Bu, kimin ne yaptığı ve kimin kimle rekabet ettiğini ve bunun yanında müdürlerin nasıl seçildiği ve çalışanların nasıl ödüllendirildiği gibi sağlayıcıların yönetsel iç çalışma biçimlerini içermektedir (Bölüm 10).

Düzenleme, devlet tarafından, sağlık sisteminde bulunan sağlayıcılar, sigorta şirketleri ve hastalar gibi aktörlerin davranışlarını değiştirmek için kuvvetin kullanılmasını ifade etmektedir. Şunu belirtmek isteriz ki bir düzenlemenin kitaplarda olması, o düzenlemenin uygulandığı veya yürürlükte olduğu anlamına gelmez. Düzenlemenin amaçlandığı şekilde çalışmasını sağlamak için reformcuların aklında tutması gereken noktaları göz önüne alıyoruz (Bölüm 11).

Davranış hem hastalar hem de sağlayıcılar dahil olmak üzere sağlık ve sağlık hizmetlerine ilişkin olarak bireylerin nasıl hareket ettiğini etkilemeye yönelik çabaları içermektedir. Bu kontrol düğmesi, sigaraya ilişkin kitlesel medya kampanyalarından, HIV'den korunmak için cinsel davranış değişikliklerine, doktorların davranışlarını etkilemek için tıbbi toplumun kullanılmasına, vatandaşları sağlayıcı seçimlerine ilişkin kısıtlamaları kabul etmeleri yönünde ikna edilmelerine kadar her şeyi içermektedir (Bölüm 12).

Bu kontrol düğmeleri üzerindeki “ayarlar”, sağlık sistemi performansının birçok yönünü açıklamaktadır. *Finansman*, hangi kaynakların mevcut bulunduğunu tespit eder. *Ödeme*, söz konusu kaynakların hangi koşullarda sağlayıcılara temin edileceğini belirler. *Organizasyon*, mevcut sağlayıcı organizasyon türlerini ve bu organizasyonların nasıl performans göstereceğini şekillendiren iç yapılarını belirler. *Düzenleme*, söz konusu davranışlar üzerine ciddi kısıtlamalar koyar. Son olarak, *davranışı* değiştirmek yönündeki çabalar, bireylerin, sağlık sektörü organizasyonlarına nasıl cevap verdiğini etkiler, bu da organizasyonların yüz yüze geldiği fırsatları şekillendirir.

Okuyucuların 8-12 arası Bölümlerde de göreceği gibi, reform sürecinde yardımcı olacağını umduğumuz şekilde, her bir kontrol düğmesi için farklı “ayarlar” -yani farklı politika seçenekleri- belirledik. Örneğin, her ne kadar bazı ekonomistler vergi ile desteklenen tüm finansman programlarını bir araya toplasa da genel gelir finansmanını sosyal sigorta programlarından ayırdık. Çünkü bunlar, gerçek dünyadaki politika tartışmalarında ayrı alternatifleri temsil etmektedir. Analizimiz aynı zamanda önemli teorik fikirleri de yansıtmaktadır. Örneğin, Singapur Tıbbi Tasarruf Hesabı Programı’nı, “hasta ödemeleri” başlığı altında inceledik -bir sigorta biçimi olarak değil-. Çünkü bizim görüşümüze göre, herhangi bir sigorta düzenlemesinin özünde bulunan teorik olarak önemli risk yayma özelliğini barındırmamaktadır. Benzer şekilde, biz sonuçlarla ilgilendiğimizde, literatürdeki “hizmet karşılığı ödeme -remuneration- -iç ödemeler-” ve “harcamalarını karşılama -reimbursement- -dış ödemeler-” terimleri arasında çok fazla ayırım yapmıyoruz. Bunun yerine, ödeme sistemlerini, olası teşvik etkilerine dayalı olarak sınıflandırıyoruz -her iki bağlamda da-.

Bu kontrol düğmelerinin kullanımı hakkında düşünüldüğünde, üç tema ortaya çıkmaktadır. Birincisi, önemli reform, genellikle birden fazla kontrol düğmesinin kullanılmasını gerektirmektedir. Örneğin, birçok ülke şu anda yeni sosyal sigorta programlarını değerlendirmektedir. Oysa, yeni düzenlemelerin, söz konusu programların borç ödeme gücünü sağlama ile erişim ve risk paylaşımını geliştirmesi gereken gibi gözükmektedir. Hastaların davranışlarını değiştirmelerini sağlamak için kaydedilecek sosyal pazarlama çabaları da uygun hizmet kullanımını teşvik etmek ve hem hastalar hem de sağlayıcılar tarafından suistimali önlemek için gerekli olabilir. Benzer şekilde, hastane organizasyonlarının, sağlayıcıların yeni finansman sisteminin

oluşturduğu teşviklere cevap vermesini sağlayacak şekilde değiştirilmesi gerekebilir.

İkinci bir nokta, bir kontrol düğmesinin değiştirilmesinin, genellikle diğer kontrol düğmelerinde de değişikliklere yol açmasıdır. Örneğin, yeni bir sosyal sigorta sisteminin kurulmasının, sağlayıcılara ödeme yapma yöntemini değiştirme olasılığı vardır. Benzer şekilde, doktorlara daha sıkı bir şekilde ruhsat verilmesi yoluyla kalitenin düzenlenmesi, bazı sağlayıcıları ortadan kaldırabilir ve hizmet sunum sisteminin organizasyonunu değiştirebilir. Reformcular, tamamlayıcı veya takviye edici politika değişiklikleri sağlamak için, bu etkileşimleri kullanmayı göz önüne almalıdır.

Üçüncüsü, hükümetler, kontrol düğmesi ayarlarını değiştirmeye yönelik farklı yollardan hareket ederler. Özel olarak belirtmek gerekirse hükümetler, genellikle vergiler yoluyla sağlık sistemi için gelirin çoğunluğunu toplarlar ve sağlık hizmetleri sunum sisteminin büyük bir kısmını doğrudan işletirler. Bu gibi durumlarda, hükümetler, meydana gelen şeyi etkilemek için doğrudan yetkilerini kullanabilirler (örneğin, hastane yönetimini değiştirerek veya yeni bir finansman programı uygulamaya koyarak). Diğer durumlarda, hükümetler, ödeme, satın alma veya düzenleyici politikalar yoluyla, hükümet dışındakilerin davranışlarını değiştirmek için dolaylı yoldan hareket eder. Bu yüzden, hükümet sağlık sisteminde hem *yönlendirici rolleri* -politika yoluyla- hem de *kürek çekme* rollerini -sunum yoluyla- üstlenir (Osborne ve Gaubler, 1993).

Ancak, kontrol düğmeleri her şeyi açıklamaz. Diğer kültürel ve yapısal faktörler de sağlık sektörünün çıktılarını etkilemektedir. Örneğin, bir ülkenin düzenleme kurumlarının neden etkili bir şekilde işlemediğinin anlaşılması, bir ülkenin, sağlık reformcuları tarafından kolaylıkla değiştirilemeyen faktörlerini yani siyasi kurumlarını ve kültürel geleneklerini -sosyal sermayesi dâhil (Putnam, 1993)- anlamamızı gerekli kılabilir.

Diğer sektörlerdeki güçler de bir nüfusun sağlık durumunu etkilemektedir. Bu, DSÖ'nün sağlık için sektörler arası eylem çalışmasında ortaya konmuştur (DSÖ, 1986). Örneğin, sağlık durumu, güçlü bir şekilde eğitim sisteminden, özellikle de kızların ve kadınların eğitiminden etkilenmektedir. Araştırmalar şunu göstermektedir ki Güney Hindistan'daki eğitimli bir kadının, bir çocuğun hastalığını anlaması, aile ve sağlık klinikleri dâhilinde harekete geçmesi daha olasıdır (Caldwell ve arkadaşları, 1983). Tarım ve endüstri için kalkınma politikaları da hem olumlu hem olumsuz birçok yoldan sağlık durumunu etkilemektedir. Örneğin, böcek ilacına maruz kalma, gelir üretme, gıdaların elverişli olması ve beslenme etkileri gibi (Weil ve arkadaşları, 1990). Su kaynağı geliştirme projeleri, tropik hastalıklar için vektör ortamlarını etkileyen çevresel değişiklikler yoluyla toplumların sağlığını etkileyebilir. Örneğin, yeni barajların, sistozomiyasin yayılmasının artışı üzerindeki etkisi, Mısır, Sudan, Tanzanya, Zimbabve ve diğer ülkelerdeki uluslararası deneyimlerde açıkça ortaya konmuştur (DSÖ, 1986; 115). Makroekonomik politika da gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık durumu üzerinde birçok etkiye sahiptir. Bu 1980'lerdeki yapısal düzenleme politikalarına ilişkin tartışmalarda ortaya konmuştur (Bell ve Reich, 1988).

Sağlığın geliştirilmesine yönelik kapsamlı bir yaklaşımın, sektörler arası işbirliği ve koordinasyon gerektirdiğini öne sürenlerin görüşlerine katılıyoruz. Ancak çizgilerimizi bir yere kadar çizmemiz gerekiyordu ve bu yüzden sağlık sektörü dışındaki faktörlerin rolünü burada değerlendirmeye almamayı tercih ettik. Oysa, söz konusu faktörlerin rolünün anlaşılması, sağlık reformcularının, yüz yüze kaldıkları sorunları

anlamalarında yardımcı olacaktır. Otomobil tasarlayan mühendisler, yer çekimini değiştiremez; ama yerçekiminin etkilerini akılda tutarak çalışmaları gerekmektedir.

Adım #3: Politika Geliştirilmesi

Bir sorunun nedenleri teşhis edildiğinde, bir sonraki soru ne yapılacağıdır. Sorun için doğru çözüm nedir? Nedenlere hitap etmek için uygun politika nedir? Politika geliştirme süreci görüldüğünden daha zordur. Bu bölümde, öncelikle neden yeni politika fikirlerinin geliştirilmesinin zor olduğunu ve bu fikirlerin nereden geldiğini ele alacağız. Aynı zamanda, politika döngüsünde, politikayı tasarlarlarken politika, uygulama ve değerlendirme konularına, *ileriye dönük* bakılmasının neden önemli olduğunu açıklamak isteriz. Son olarak, opsiyon geliştirme *sürecinin*, politika döngüsünün daha sonraki aşamalarında olacak şeyleri nasıl etkilediğini değerlendireceğiz.

Yeni Fikirler

İnsan düşüncesi, ağırlıklı olarak varsayım ve alışkanlıklara tabidir. Ayrıca, baskın paradigmalarda soruların nasıl sorulduğunu, hangi kanıtların kabul edilebilir olduğunu ve hangi tür cevapların meşru olarak değerlendirildiğini ve soruların ne yönde etkilediğinden bahsettik. Meslekler, tipik olarak üyelerini belli bir paradigma içinde eğitmekte; pratik ve deneyim yoluyla bu düşünüş tarzlarını takviye etmektedir (Goode, 1969). Örneğin, ekonomistler, her şeyi fiyat ve piyasa cinsinden görme eğilimindedirler. Halk sağlığı uzmanları ise daha çok epidemiyoloji ve koruyucu hizmetler konularına odaklanmaktadır. Güçlü kurumlar, belli bir alan dâhilinde özel bir paradigma benimsediğinde ve bunu desteklediğinde, değişim çok daha zor olmaktadır. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü birçok on yıl boyunca “temel sağlık hizmetleri” kavramını destekledi. Bu, alternatif politika yaklaşımına dikkatin yoğunlaştırılmasını önemli düzeyde engelledi (Tarimo ve Webster, 1997; WHO, 1978).

Bu durumda reformcular, yeni fikirleri nerede arayacaktır? Uluslararası öğrenme yardımcı olabilecek bir yaklaşımdır. Örneğin, eğer ülkeniz kentsel sağlık klinikleri geliştirmek isterse söz konusu klinikler konusunda diğer ülkelerin deneyimleri ile onların başarı ve başarısızlıklarından öğrenilen dersleri incelemek mantıklı olacaktır. Tabi ki ekonomik koşullar ve siyasi kurumlar farklılık gösterdiği için, diğer ülkelere gelen fikirlerin yerel koşullara göre uyarlanması gerekmektedir. Ancak, dünya çapında politika deneyiminin hacmi geçen yıllarda önemli düzeyde olduğu için, uluslararası deneyimler, reformcuların çalışmalarına başlaması için faydalı bir zemin teşkil etmektedir.

Sağlık sektörü dışındaki politika yenilikleri de diğer bir yeni fikir kaynağıdır. Örneğin, Bangladeş’te, hükümet dışı kalkınma kurumu olan Bangladeş Kırsal İlerleme Komitesi (BRAC), mikro finansman için bir program uygulamış ve gelir getirici faaliyetler başlatmak isteyen küçük gruplara krediler vermiştir. Paralar, genellikle kadın üyelerin oluşturduğu bir köy örgütlenmesi tarafından yönetilen bir döner kredi sermayesi aracılığıyla toplum düzeyinde sağlanmıştır (BRAC, 2000). Topluluk tarafından yönetilen bu döner sermaye fikri, Bölüm 8’de açıklandığı gibi, şu anda sağlık sigortasının toplum finansmanı için, bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Benzer şekilde, Bölüm 12’de sosyal pazarlama konusundaki tartışmamızda, bir ticari bağlamda geliştirilen fikirlerin nasıl sağlık sektörü ile ilgili uygulamalarının olduğunu gözden geçirdik.

Üçüncü bir fikir kaynağı ise teoridir. Gerçek hayat örneklerinde yer bulmayan argümanlar hakkındaki şüpheciliğimizi hâlihazırda açıklamıştık. Oysa, uygulama konuları uygun şekilde göz önüne alındığı sürece, teori faydalı bir harekete geçirme ve ilham kaynağı olabilir. Örneğin, sözde pazarlar ve satın almacı -sağlayıcı ayırımına yönelik argümanların temelleri ekonomik teoriye dayanmaktadır- (Enthoven, 1988).

İleri Bakmak

Sağlık sektörü reformuna etkili bir plan geliştirmek için, reformcular, siyasi kararlar ve uygulamanın ilerisini düşünmeli ve bu görevleri akılda tutarak politika tasarlamalıdır -teşhis konusunda Bölüm 7’de daha ayrıntılı ele aldığımız gibi-.

İleriye dönük olarak düşünmenin ilk türü politikayı içermektedir (bk. Bölüm 4). Mantıklı reformcular, politikalarını geliştirirken bunların siyasi kabul edilebilirliği hakkında düşünmeye başlarlar. Benimsenme şansı düşük olan ideal bir plan neden geliştirilsin?

Benzer değerlendirmeler uygulama için de geçerlidir. Ülkelerin idari kapasite ve vatandaşların yönetime karşı olan tutumları bakımından nasıl farklılık gösterdiklerini kaydetmiştik. Örneğin, Macaristan, her bir kabul türü için hastanelere sabit bir ücret ödeyerek başlamıştır. Ancak, geri ödemeleri artırabilmek için birçok hastane neredeyse tüm bebek doğumlarını “komplike” olarak rapor etmiştir (Evetovits, 2002). Sağlayıcıların sistemi oyuna getirme eğiliminde olduğu bir ülke, bu yüzden bu tepkileri, politika tasarımı göz önüne almalıdır. Benzer şekilde Tayland’daki bazı klinikler, saha ziyaretinde birimizin şahit olduğu üzere, sadece ciddi hastalar için tıbbi kayıtları tutmaktadır. İnsan gücü eksiklikleri göz önüne alındığında, bu, sınırlı kaynaklarının mantıklı bir şekilde kullanımı olabilir. Ancak bu, daha kapsamlı veri gerektiren belli düzenleme opsiyonu türlerinin, sağlık reformcularının elinde bulunmadığı anlamına da gelir.

Diğer bir uygulama konusu da tam ölçekli ulus çapında uygulamaya derhal başlamak mı yoksa daha sınırlı pilot projesi yaklaşımını benimsemek mi gerektiğidir. Reformun genellikle, değişim için bir fırsat penceresi açan bir kriz bağlamında gerçekleştiğini kaydetmiştik. Böyle durumlarda, halkın dikkati soruna odaklanmışken ve destekleyici güçler harekete geçmişken doğrudan sadece o yönde cesur bir girişimde bulunmak çekici olabilir. Diğer taraftan, bir deneysel veya demonstratif proje, yaklaşımı öğrenmeye imkân tanımaktadır. Ülke çapında benimsemeden önce neden yeni fikir, planın mantığındaki eksiklikler ve uygulama zorluklarını açığa çıkartmak için birkaç şehir veya bölgede uygulanması ki?

Politika yenilikçiliğinin bir deney olarak değerlendirilmesi, reformcuların rekabetçi teklifleri değerlendirmesine imkân tanımaktadır. Örneğin, Çin’deki yakın zamanda yapılan sağlık sigortası reform çabalarında, ulusal programa son hâli verilmeden önce, başlangıçta iki ve daha sonra yirmi belediye farklı deneysel programlara dâhil edilmiştir (Yip ve Hsiao, 2001). Diğer taraftan, deneysel programlar enerji ve hevesliliği tetikler. Bu, deneysel program, sistem çapında benimsenebilir düzeye geliştirildiğinde benzerine ulaşılması zor bir başarı düzeyini sonuç verecektir. Bazı durumlarda, demonstrasyon projesi hiçbir zaman geniş ölçeğe büyütülmez, bu yüzden proje geniş sağlık sistemi üzerinde az etkisi olacak şekilde sınırlı bir deneyim olarak kalır.

Tasarım Süreci

Reform planlarının tasarlanması görevi, siyasi olduğu kadar analitiktir. Bu hem reform fikirlerinin *içeriği* ile hem de fikirlerin geliştirilme *süreci* ile ilgilidir. Bu tasarım süreci, reform için desteği harekete geçirmede anahtar bir adım olabilir. Bu yüzden, politika geliştirme süreci hem teknik olarak sağlam hem de siyasi olarak uygulanabilir bir planı üretmelidir.

Bu bağlamda, politika tasarımının nasıl yapılmaması gerektiğine yönelik klasik bir örnek, Başkan Bill Clinton zamanında ABD’de başarısız olan bir sağlık reformu planıdır (Skocpol, 1996). Teknik uzmanlar, kapalı kapılar arkasında planı geliştirmiş; büyük çıkar gruplarına veya Kongre’deki siyasi liderlere sınırlı bir şekilde danışmışlardır. Sonuç olarak, önceden sigortasız hastalardan ilave gelir alacak olan hastaneler gibi reformlardan faydalanması beklenen gruplar bile, reformu desteklemede yavaş davrandılar ve bu konuda hevesli görünmediler. Benzer şekilde, süreç dışında bırakılan yasama liderleri de plan için hiçbir zaman sorumluluk hissetmediler. Sonuç olarak, Kongre’deki komitelerden hiçbiri -hepsi Demokratlar tarafından kontrol ediliyordu-, Clinton planının ana fikirlerini içeren bir taslak yasa çıkartamadılar.

Politika geliştirme sürecine farklı perspektifleri olan grupların dâhil edilmesi, Bölüm 7’de ele aldığımız gibi, siyasi ve teknik sonuçlara hizmet edebilir. Potansiyel destekçilere tasarım sürecinde bir rol vermek, bunların fiili destekleyicilere dönüştürülmesine yardımcı olabilmektedir. Süreç aynı zamanda yeni fikirler için bir test zemini sağlar ve uzmanları, kendi heveslerinin tutsakları olmaktan korur. Fiili olarak sistemde çalışanların dâhil edilmesi, etkili uygulama şanslarını geliştiren esas değişikliklerle sonuçlanabilir. Tabi ki çok fazla “katılım”, reformcuların süreçten istediklerine ve ihtiyaç duyduklarına ulaşma kapasitelerini sınırlandırabilir. Bu yüzden reformcuların, reform grubunun günlük işleyişini denetlemesi, üyeler ve görevli personeli veya ayrıntılı politika geliştirme işi için kurulacak olan komitenin iş tanımını tasarlaması gerekir. Politika tasarım sürecinin dikkatli bir şekilde yönetilmesi, önemli düzeyde beceri ve deneyim gerektirir ve uzun dönemde reformun başarısı için anahtar olabilir.

Adım #4: Siyasi Karar

Şekilde 2.1’de gösterildiği gibi, politika döngüsündeki her bir aşama, sorunun tanımlanması, politika geliştirilmesi ve uygulamayı içeren politika unsurlarından etkilenebilir. Ancak bir reform önerisinin benimsenmesi, genellikle hükümetin yasama ve yönetsel dalları tarafından gerçekleştirilecek siyasi karar verme süreci için bir odak noktası temin etmektedir. Bölüm 4’te sağlık reformu politikaları daha ayrıntılı bir şekilde ele alınacağı için, bu bölümde sadece bu süreçleri kısa ve öz olarak ele alacağız.

Sağlık reformu tipik olarak zorlu siyasi sorunlarla yüz yüze kalmaktadır. Mevcut sistemde büyük payı olan organize olmuş çıkar grupları -örneğin, doktorlar, hastane sahipleri ve ilaç eczacılık endüstrisi- reforma karşı çıkma eğilimindedir. Diğer taraftan, sağlık reformunun amaçlanan faydalancıları -örneğin, hastalar, yoksullar ve yetersiz hizmet alanlar- genellikle daha güçsüzdür ve daha kötü organize olmuştur. Sağlık sistemi dâhilinde bazı potansiyel faydalancıları -örneğin, eğitilecek olan yeni aile hekimleri- mevcut olmayabilir, bu yüzden etkili bir rol oynamayabilirler. Siyasi karar

verme sürecinde her zaman yaşandığı gibi, gelecek geçmişe göre daha az temsil edilme eğilimindedir (Banfield ve Wilson, 1972).

Sağlık sektörü reformunun benimsenmesi sadece bir siyasi taahhüt ve risk alma konusu değildir (*siyasi irade*). Aynı zamanda etkili bir siyasi strateji ve koalisyon oluşturma becerisidir (*siyasi beceri*). Diğer beceriler gibi, siyasi beceriler de analiz edilebilir ve anlaşılabilir, öğretilebilir ve öğrenilebilir (Sağlık reformcuları için, siyasi beceriler önemlidir). Önerilen bir reformun benimsenip benimsenmeyeceği, destekleyicilerinin -ve muhaliflerinin- becerilerine, taahhüdüne, kaynaklarına ve kullandıkları siyasi stratejilere dayalıdır.

Sağlık sektörü reformu hizmetinde, siyasi olarak zeki olma konusunda utanç verici bir durum yoktur. Politikalar, hükümetlerin işlerini yapma ve toplumların kararlarını verme biçimidir. Demokratik devletlerde, seçimli ve yasamalı politikalar anahtar konu olabilir. Tek partili sistemlerde, bürokratik politika birbirine yakın bir rol oynar. Kararlar, kurumların ve bölümlerin kontrol için savaş halinde olduğu, devlet araçları dâhilinde yapılan mücadelelerle alınır. Bu yüzden sağlık reformunun sonuçları ile ciddi anlamda ilgilenen bir kişi, içinde çalıştığı sistem ne tür bir sistem olursa olsun, siyasi düşünmeyi ve stratejik hareket etmeyi öğrenmelidir.

Tüm durumlarda anahtar, bir politik görev, güçlü bir destek koalisyonu oluşturmaktır. Bölüm 4'te ele aldığımız gibi bu, önerilen politikanın kabul edilmesini sağlamak için yeterli kolektif siyasi gücü olan grupların ve bireylerin tanımlanması anlamına gelmektedir. Sağlık reformu ile ilgilenen siyasi stratejiciler, anahtar grupların gücünü ve pozisyonunu haritalandırmalı ve gerekli desteği üretecek stratejiler geliştirmelidir. Bu stratejiler aynı zamanda ülkenin kurumsal ve siyasi yapısını da hesaba katmalıdır. Buna ek olarak, politika bir plan benimsendiğinde sona ermez, reformun dürüst bir şekilde uygulanıp uygulanmadığı konusunda önemli bir rol oynamaya devam eder -bu da bizi döngüdeki bir sonraki aşamaya taşır-.

Adım #5: Uygulama

Amerikalı siyaset bilimci Arron Wildavsky, uygulanmadıkları sürece iyi fikirlerin çok fazla değerinin olmadığını öne sürmüştür (Pressman ve Wildavsky, 1973). Birçok, iyi olduğu iddia edilen sağlık reformu fikirlerinin başarısız olduğunu, bunun nedeninin *uygulamada* bunların iyi fikirler olmadığı -kesin olarak uygulanamadıklarından dolayı- görüşünü savunmuştur.

Sağlık sektörü reformu, *her zaman* kurumların ve bireylerin farklı davranmasını gerektirmektedir. Bu tür değişiklikler olmadan, yeni hiçbir şey başarılamaz. Oysa değişime neredeyse her zaman direnç gösterilir. Bunun bir nedeni psikolojiktir. Yeni prosedürler ve yapılar yabancıdır ve alışılmış değildir. Birçok kişi için, bir şeyin sadece yeni olması bile anksiyete ve dirence neden olur. Eski bir özdeyiş olan “Bildığın şeytan, bilmediğin şeytandan iyidir.” ifadesi bu fikri içermektedir. Değişime karşı direnç aynı zamanda değişimin, bazı gruplar ve bireyler için maliyet getirmesi nedeniyle de ortaya çıkar. Yeni prosedürlerin ve düzenlemelerin öğrenilmesi zaman ve çaba gerektirir. Mevcut hiyerarşiler memnun olmayabilir. Eski sistemden faydalananlar çok şey kaybedebilirler. Dahası, eski sistemde en başarılı olanların kaybedecek çok şeyi vardır; bu yüzden mevcut durumda güçlü olanlar genellikle reforma karşı en muhalif olanlardır.

Değişimi engelleyen diğer bir güç de hepimizin alıştığımız düşünme tarzını bırakma konusunda yaşadığımız zorluktur. Geçmişte yavaşça oluşmuş ve iyice yerleşmiş olan düşünce ve davranış yapılarının üzerimizde güçlü bir kontrolü olabilir. Ayrıca, yerleşik etkileşim yapıları genellikle bir karşılıklı beklentiler ağı tarafından güçlü bir şekilde desteklenmektedir (bu, örneğin kültür, sınıf, pozisyon ve cinsiyetten etkilenmektedir). Eğer bir doktor bir hemşireye farklı muamele etmek isterse veya bir hasta bir doktorla farklı bir ilişkide bulunmayı isterse beklenen davranışla uyumlu olma konusunda her türlü baskı ile karşı karşıya kalacaklardır. Çoğumuz için bu varsayımlar -kültürümüzün diğer özellikleri gibi- görünmezdir. Oysa, sağlık reformunun uygulanması, bu aynı kültürel yapılardan bazılarının değiştirilmesine bağlıdır ki bu çok zor olabilen bir süreçtir.

Değişime karşı olan direncin üstesinden gelmek, sofistike liderliği gerektirmektedir. Oysa, böyle bir liderlik genellikle fazlaca mevcut değildir. Sağlık sektörü reformcuları -sağlık veya maliye bakanlıkları dâhil- genellikle doktorlar, siyasetçiler veya ekonomistlerdir. Bunlardan çok azının büyük bir şirketin üst düzey yöneticisi olarak deneyimleri vardır ve nadiren yönetim becerilerinin önemini tam olarak anlarlar. Birçok ülkedeki akademik tıbbın hiyerarşik yapısı göz önüne alındığında, kıdemli akademik doktorlar bu bağlamda özellikle yetersiz olabilir. Genellikle, bu kişiler, sadece talimat verilmesinin yeterli olmadığını, bir sağlık sisteminde reform yapılmasının, bir ameliyat odasında operasyon yapmaktan farklı olduğunu bilmemektedir. Sağlık reformunun uygulanması birçok temel organizasyonel görevi içermektedir. Bir uygulama planının geliştirilmesi, planı gerçekleştirmesi için bir takımın toplanması ve bunlara görevlerin verilmesi, programların geliştirilmesi ve koordine edilmesi ve dâhil olanlara motivasyon ve geri bildirimin sağlanması. Bakanların genellikle bir yıldan ve sıklıkla iki yıldan daha az bir süre hizmette kaldıkları düşünülürse uygulama konusuna yeterince odaklanılmaması şaşırtıcı durmamaktadır. Ancak, durum bu olduğunda, sonuçlar orantılı olarak umut kırıcıdır.

Gerçek değişimin sağlanması için, sağlık sektörü reformu sürekli ve yakından izlenmelidir. Böylelikle sorunlar belirlenebilir ve düzeltici tedbirler alınabilir. Bu yüzden uygun bir raporlama sistemi, başarılı politika uygulaması için anahtar durumdadır (Behn, 2001). Ancak ilgili bilgilerin toplanmasında birçok sorun ortaya çıkabilir. Sağlayıcıların yanlış beyanda bulunması ve hatta yalan söylemesi için teşvikler önemli olabilir. Kolayca elde edilebilen veriler, reformcuların ilgilendiği -ve davranışı değiştiren teşviklere neden olabilecek- performansı kesin bir şekilde ölçmeyebilir. Bu yüzden, reformcular için bir anahtar görev, maliyetlerle veri kalitesini ve işletim kolaylığı ile hileye karşı direnci dengeleyen bir izleme sistemi tasarlamaktır. Böyle bir sistem etkili uygulama ve aynı zamanda sağlık reformunun değerlendirilmesi bakımından önemlidir.

Adım #6: Değerlendirme

Deneyimli değerlendiriciler, başarılı değerlendirmenin, yeni bir program uygulanmadan çok önce başlaması gerektiğini bilirler. Değişen bir dünyada yeni bir politikanın etkilerinin belirlenmesi temelde zordur. Genellikle gündeme gelen soru, meydana gelen şeyin reformun bir sonucu mu olduğu yoksa her halükarda olacak olan bir şey mi olduğudur. Veri toplama kısıtlı olan idari ve organizasyonel kaynakları tükettiği için, eğer

değerlendirme sürecinin hem etkili hem de sürdürülebilir olması isteniyorsa bir dizi ciddi stratejik karar verilmelidir.

En basit değerlendirme yaklaşımı öncesi ve sonrasının karşılaştırılmasıdır. Bu, reformlar uygulandıkça sonuçların zaman içinde nasıl değiştiğinin incelenmesini içermektedir. Ancak bu yaklaşım, değerlendirmecilerin, diğer durum veya olaylarda oynanan rolü tespit etmesine izin vermez. Örneğin, sağlık durumundaki gelişmeler, yeni bir finansman veya doktor ödeme programının uygulanmasından ziyade, ekonomik büyümedeki bir artışa bağlı olabilir.

Bu sorunun klasik çözümü, bir “kontrol grubunun”, yani yeni bir program veya politikaya tabi olmayan ancak deney grubu ile aynı şekilde incelenen bir popülasyonun tespit edilmesidir. Bu, “farklılıklardaki farklılık” yaklaşımına izin verir; deney ve kontrol grupları öncesi ve sonrası arasındaki farklılıklarını karşılaştırır. Bu yaklaşım, en iyi bir demonstrasyon proje stratejisi ile bağlantılı olarak işler. Çünkü ülke çapındaki bir reform, karşılaştırma amacıyla bir kontrol grubunun kullanılmasına izin vermez (Smith ve Morrow, 1996; Rossi, 1998).

Herhangi bir kontrol grubu mevcut olmadığında, değerlendirmenin birçok geri çekilme seçeneği olacaktır. Belki de ülkenin farklı bölgeleri, potansiyel şaşırtıcı değişkenlerin sonuçları etkileme ölçüsüne göre farklılık gösterebilir. Alternatif olarak, benzer bir komşu ülke, bir temel referans çizgisi teşkil edecek bir şeyler sağlayabilir. Değerlendirme sürecinin tasarlanmasında bu konuların ciddi bir şekilde düşünülmesi gerekmektedir. Ancak yeni bir politika için en basit öncesi ve sonrası karşılaştırması, iyi “öncesi” verileri olmadan yapılamaz. Bu yüzden sağlık reformcuları, yeni bir politika veya program benimsenmeden çok önce temel referans verilerini toplamalıdır.

Bu kitapta sağlık sektörü reformunun değerlendirilmesi ile ilgili birçok konuyu inceleyemsek de reformcular, kanıta dayalı değerlendirmede verilerin rolü hakkındaki birkaç anahtar dersi akıllarında tutmalıdır. Birincisi, veri toplama işi bedava değildir ve daha iyi verilerin toplanması tipik olarak daha maliyetlidir. Değerlendirme için iyi bir program, maliyetlerin fayda ile dengelenmesidir. İkincisi, veri toplama maliyeti tipik olarak raporlama yapan kişilere yüklenmektedir. Eğer, iyi verilerin sağlanmasının bunlara getireceği maliyetler çok yüksekse bunlar yetersiz veri sağlayacaklardır. Örneğin, kuzey Gana’da bir bölgede doğumhane verileri üzerinde yapılan bir çalışma, veri kalitesine ilişkin birçok sorunu su yüzüne çıkartmıştır. Bu yüzden toplanan bilgilerin bir çoğu “sorgulanabilir doğrulukta” kabul edilmiştir (Allotey ve Reidpath, 2000). Ebeler, kayıt tutma işleminin kendileri için zaman alıcı olduğunu, rakamların yıllık raporun ötesinde analiz edilmediğini ve bu yüzden bu çabanın çok az değeri olduğunu rapor etmiştir. Yazarlar, ebeleri veri toplama konusunda daha iyi iş yapmaya yönelik olarak uyarmanın başarı getirmeyeceği sonucuna varmıştır. Çünkü elde edilen bilgilerin hemşireler bakımından herhangi bir pozitif veya negatif sonucu yoktur. Kısaca, hemşirelerin, daha iyi bilgi elde etmek için zaman ve çaba harcamalarını gerektirecek herhangi bir nedeni yoktur.

Üçüncüsü, çok fazla veri toplamak mümkündür. Fazla veri toplama “veri mezarlıkları” oluşturabilir, -burada yığınlarca “ölü” veri toplanır-. Bunlar, analiz edilmeyecek kadar fazladır. Önerilen bir veri toplama çabası için herhangi bir yöneticinin sorması gereken anahtar soru şudur: “Verileri topladığımda onları nasıl kullanacağım?” Fiili kararlarla bağlantılı olmayan veriler, genellikle onlara bakamayacak kadar meşgul olan kişiler tarafından erken aşamada mezara gömülecektir.

Güvenilir bilgi elde etmek için uygulanacak bir strateji, organizasyonların kendi amaçları için topladıkları verileri kullanmaktır. Söz konusu verilerin doğru bir şekilde toplanma ve kaydedilme olasılığı daha fazladır; çünkü müdürler kurumu işletmek için bunlara ihtiyaç duyarlar. Bazı ülkelerde, bordro verileri, kişisel kayıtlar veya hastane taburcu kayıtları da göreceli olarak doğru olabilir. Bu tür kayıtlar mevcutsa hükümet kurumlarına gönderilecek raporlar, arka plandaki kaynaklara göre potansiyel olarak doğrulanabilir durumdadır ve bu süreç raporlamanın kesinliğini artırabilir.

Özetle, değerlendirmenin sağlık reformcuları için erken aşamada göz önüne alınması gerekmektedir. Yeni bir programın uygulanışı sonrasına kadar bekletilemez. Uygulamadan önce referans verileri toplanmalı ve idari sistemler, değerlendirme akılda tutularak tasarlanmalıdır. Sağlık sektörü reformunda amaçlanmayan sonuçlar, sıklıkla ortaya çıkabilmektedir. Bir fark oluşturmak için, sağlık reformcuları değerlendirmeyi ciddiye almalıdır. Böylelikle söz konusu sonuçlar tespit edilip ele alınabilecektir. İlginçtir ki reformcular, toplanan veriler, tüm politika döngüsünde yeniden başlayacak yeni sorunların olduğunu ortaya çıkarttığında değerlendirmenin iyi yapıldığını bileceklerdir.

Özet

Bu bölüm, sağlık sektörü reformu için politika döngüsüne ilişkin bir giriş sunmuştur. Daha sonraki bölümlerde, beş ana temaya daha fazla dikkat ederek, döngünün seçilen yönlerini daha ayrıntılı olarak ele alacağız.

Adım #1: Sorunun Tanımlanması

Sağlık sistemleri, sosyal sorunlara verilen sosyal cevaplardır. Sorunun tanımlanması ve sağlık reformu öncelikleri her zaman değer seçimlerine dayanmaktadır. Bu seçimlerin açık bir şekilde beyan edilmesi ve incelenmesi gerektiğine inanıyoruz. Bu seçimlere ilişkin yaklaşımımız, Bölüm 3'te ele aldığımız *etik teoriye* yönelik bir kılavuzu içermektedir.

Sağlam politika geliştirme süreci için, sorunlar, *sağlık sistem performans hedefleri* olarak tanımlanmalıdır. Her ne kadar sağlık reformcuları birden fazla amaca sahip olsa da sağlık sistemi hedeflerinin –ki bunlar bizim deneyimimize göre sağlık reformu ile en ilgili olan öğelerdir– tanımlanabileceği bir kısa listenin hazırlanabileceğine inanıyoruz. Bunları Bölüm 5'te ele aldık ve bunların Bölüm 3'te sunulmuş olan etik teorisi fikirleri ile bağlantısını kurduk.

Adım #2: Teşhis

Performansı geliştirmek için potansiyel çözümleri belirleyebilmek amacıyla, sağlık sistemi performansının değerlendirilmesi, yetersiz performansın nedenlerinin bir teşhisini gerektirmektedir. Sistematik, öğretilebilir ve uygulanabilir bir teşhis yöntemi tasarladık. Sağlık sistemi teşhisine yönelik bu yaklaşımı Bölüm 7'de ele aldık.

Adım #3: Politika Geliştirilmesi

Sağlık sistemleri kompleks sistemlerdir, geniş politika stratejilerini nihai sonuçlarla bağlantılandıran birçok adıma sahiptir. İki önemli kriteri karşılayan nedensel faktörleri içeren beş kontrol düğmesinden oluşan bir kavramsal çerçeve öneriyoruz. Bunlar sağlık sistemi performansının önemli belirleyicileridir ve politika reformu ve etkili uygulama aracılığıyla manipüle edilebilirler. Bölüm 8-12 arasında, bu mekanizmaların ve süreçlerin ayrıntılı bir tartışmasını veriyoruz. Her bir kontrol düğmesi için, müdahalelerin tasarımı, uygulaması ve farklı reform stratejilerinin beklenen etkisi konusunda pratik kılavuz sağlıyoruz.

Adım #4: Siyasi Karar

Sağlık reformunda, siyaset politika döngüsünde önemli bir konudur ve siyasete ilişkin görüşlerimizi bu kitabın her bölümüne dâhil ettik. Bölüm 4'te ele alındığı gibi, sistematik *siyasi analiz* ve bu analizin *siyasi stratejiler* geliştirmek için kullanılması, etkili reform için önemlidir. Bu kitapta siyasi analiz konusunda yapılan vurgu, bunun erken aşamada ve genellikle politika döngüsü boyunca yapılması gerektiği konusundaki görüşümüzü yansıtmaktadır.

Bu beş unsur -etik teorinin önemi, açık bir şekilde belirlenen sağlık sistemi performans hedefleri, sağlık sistemi teşhisine yönelik stratejik bir yaklaşım, sağlık sistemi kontrol düğmelerinin kullanılması ve siyasi analiz-, bu kitapta yeni ve faydalı bilgilerin özünde yer almaktadır. Bu noktalar ayrıntılı olarak, sağlık reformunun doğru yapılması yönündeki yaklaşımımızı açıkladığımız daha sonraki bölümlerde ele alınmaktadır.

Kaynaklar

- Allotey, A. Pascale; and Daniel Reidpath. 2000. "Information Quality in a Remote Rural Maternity Unit in Ghana." *Health Policy and Planning* 15(2): 170-76.
- Banfield, Edward C; and James Q. Wilson. 1972. "Power Structure and Civic Leadership." In: Fred M. Cox, John L. Erlich, Jack Rothman, and John Tropman, eds., *Strategies of Community Organization*. Itasca, IL: Peacock, 112-22.
- Barzelay, Michael; with the collaboration of Babak J. Armajani. 1992. *Breaking Through Bureaucracy: A New Vision for Managing in Government*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Behn, Robert D. 2001. *Rethinking Democratic Accountability*. Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Bell, David E.; and Michael R. Reich, eds. 1988. *Health, Nutrition, and Economic Crises: Approaches to Policy in the Third World*. Dover, MA: Auburn House.
- BRAC. 2000. *Annual Report 2000*. Dhaka, Bangladesh: BRAC. Available from www.brac.net. Accessed June 2002.
- Caldwell, John C; P. H. Reddy; and Pat Caldwell. 1983. "The Social Component of Mortality Decline: An Investigation in South India Employing Alternative Methodologies." *Population Studies* 37(2): 185-205.

- Dai, D. 1993. "A Review of the Health Care Reform." *Chinese Journal of Health Economics* 4: 28-30.
- Deming, W. Edwards. 1982. *Quality, Productivity, and Competitive Position*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Enthoven, Alain C. 1988. *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Amsterdam: Elsevier.
- Evetovits, Tamás. 2002. Health Services Management Training Center, Semmelweis University, personal communication.
- Gao, F. W. 1996. "The Simple Methods of Prediction for Pharmaceutical Market." *Chinese Pharmaceutical Information* 2(1): 15-21.
- Goode, William J. 1969. "The Theoretical Limits of Professionalization." In: Amitai Etzioni, ed., *The Semi-Professions and Their Organization*. New York: The Free Press, 266-313.
- Hsiao, William C. 1999. *Primer on Health Care Policy for Macroeconomists*. Preliminary draft. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Ishikawa, Kaoru. 1988. *What Is Total Quality Control? The Japanese Way*. Translated by David J. Lu. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Juran, Joseph M.; and Frank M. Gryna, Jr. 1980. *Quality Planning and Analysis*. New York: McGraw-Hill.
- Kuhn, Thomas S. 1962. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Liu, Yuanli; Shanlian Hu; Wei Fu; and Wiliam C. Hsiao. 1996. "Is Community Financing Necessary and Feasible for Rural China?" *Health Policy* 38(3): 155-71.
- Osborne, David; and Ted Gaebler. 1993. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*. New York: Plume.
- PAHO. 2001. *Health Systems Performance Assessment and Improvement in the Region of the Americas*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Pressman, Jeffrey L.; and Aaron Wildavsky. 1973. *Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Putnam, Robert D. 1993. "Social Capital and Institutional Success." In: Robert D. Putnam, with Robert Leonardi and Rafaella Y Nanetti, *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rossi, Peter; Howard Freeman; and Mark Lipsey. 1998. *Evaluation: A Systematic Approach*. 6th edition. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Skocpol, Theda. 1996. *Boomerang: Clinton's Health Security Effort and the Turn Against Government in U.S. Politics*. New York: W.W. Norton.
- Smith, Peter G.; and Richard H. Morrow, eds. 1996. *Field Trials of Health Interventions in Developing Countries*. London: MacMillan.
- Tarimo, Eleuther; and E. G. Webster. 1997. *Primary Health Care: Concepts and Challenges in a Changing World—Alma-Ata Revisited*. Geneva: World Health Organization.
- UNDP. 2000. *Human Development Report 2000*. New York: Oxford University Press.
- Weil, Diana E.C.; Adelaida Alicbusan; John F. Wilson; Michael R. Reich; and David J. Bradley. 1990. *The Impact of Development Policies on Health: A Review of the Literature*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 1978. *Primary Health Care—Report of the International Conference on Primary Health*

- Care, Alma-Ata*. Health for All series, No. 1. Geneva: World Health Organization.
- . 1986. *Intersectoral Action for Health: The Role of Intersectoral Cooperation in National Strategies for Health for All*. Geneva: World Health Organization.
- . 2000. *World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.
- World Bank. 1997. *Financing Health Care: Issues and Options for China*. Washington, DC: World Bank.
- Yip, Winnie; and William C. Hsiao. 2001. “Economic Transition and Urban Health Care in China: Impacts and Prospects.” Prepared for the Conference on Financial Sector Reform in China, Cambridge, MA, September 11-13, 2001, sponsored by the Center for Business and Government, John F. Kennedy School of Government.

3

Sağlık Sektörünün Performansının Değerlendirilmesi: Etik Teori

Toplumun ne yapması *gerektiği* hakkındaki argümanlar her zaman etik konusu ile ilgilidir. Bu, öne sürdükleri iddia tamamen teknik olduğunda ve değerleri içermediğinde de böyledir. Örneğin, ekonomistler, genellikle etik konusuyla ilgilenmediklerini, sadece ekonomik verimlilikle ilgilendiklerini öne sürerler. Halk sağlığı uzmanları, genellikle, benzer pozisyonlar alırlar ve etikle ilgilenmediklerini, sadece halkın sağlığını koruduklarını öne sürerler. Verimliliğin veya sağlığın, toplumun ulaşmaya çalıştığı hedef olduğunu nasıl bilebiliriz? Verimliliğin adaletle ihtilaf halinde olduğunu veya sağlığın geliştirilmesine yönelik çabaların, bireysel özgürlük kısıtlamalarına yol açtığını varsayalım. Neden sağlık veya verimliliğe bu hedeflerin üzerinde değer verilmeli?

Bu kitap, sağlık sektörü performansı konusunda karar vermenin, etik analizi gerektirdiği konusundaki derin kanaatimize dayanmaktadır. Bu bölümde bu tür kararları vermek için temel olarak üç ana etik bakış açısını ele alacağız: *Faydacılık, liberalizm ve toplumculuk*. Bölümdeki amacımız, tek başına ahlaki felsefeyi araştırmak değil, bunu, sağlık sektörü reformu hakkında karar vermek için bir araç olarak kullanmaktır. Sağlık reformu tartışmalarının arkasında yatan daha büyük etik bakış açılarını anlamak, politika analistlerine ve politika yapıcılara, işlerini daha etkili yapma konusunda yardımcı olabilir. Bunlar, kendi pozisyonlarını daha iyi açıklayabilir ve savunabilir; diğerlerinin pozisyonlarını daha iyi anlayabilir ve onlara cevap verebilir.

Ele alacağımız birinci doktrin olan *faydacılık*, bir politika konusunda sonuçlarına göre karar vermemiz gerektiğini söyler. Faydacılık, bir kararın, bir toplumdaki bireysel iyi oluş hâlinin geneli üzerindeki etkilerini inceleyerek sonuçları değerlendirir. Bu bakış açısı, dünya çapında birçok sağlık reformu çabasını harekete geçirmektedir.

İkinci öğreti olan *liberalizm*, haklar ve fırsatlara, insanların nereden başladıklarına odaklanır, nereye vardıklarına değil. Bu görüş de aynı şekilde sağlık sektörü reformu tartışmaları üzerinde önemli bir role sahiptir. Vatandaşların sağlık hizmetleri –hatta sağlığın kendisine- hakkı olduğu konusundaki genel iddia liberal endişeleri yansıtmaktadır.

Üçüncü bakış açısı olan *toplumculuk*, önemli olan konunun, kamu politikasının oluşturmaya çalıştığı toplum türü ve onun içinde yaşayan birey türleri olduğunu söyler. Bu görüşe göre, toplumların, üyelerini, toplumun erdem ve iyi davranış nosyonlarını paylaşacak şekilde yetiştirme yükümlülüğü vardır. Toplumculuk hem sonuç odaklı hem de haklar odaklı düşünüşle çatışma halinde olabilir. Çünkü erdemin aşılınması, iyi oluş halini maksimum düzeye çıkartmayan veya bireysel özgürlüğü kısıtlayan eylemlere neden olabilir.

Bu bölümde, bu üç etik teoriyi ele alıyoruz ve bunların sağlık sektörü reformu bakımından etkilerini inceliyoruz. Aynı zamanda, bu geniş yaklaşımların her birinin dâhilindeki görüş noktalarındaki farklılıklardan bazılarını da inceliyoruz. Bölüm 5 ve 6’da, bu teorilerin, sağlık reformu konusunda karar vermek için kullanılan farklı kriterlerle nasıl ilişkili olduğunu tartışacağız ve etik analizin, reform sürecinde önceliklerin belirlenmesi hakkında bir reformcuya nasıl yardımcı olabileceğini ele alacağız.

Etik Teori #1: Faydacılık

Sağlık sektörünün performansına ilişkin etik kararlar verme sorununa en yaygın yaklaşım, sonuçlara dayanmaktadır. Bu yaklaşım, genellikle “amaçların araçları doğruladığını” varsaymaktadır. Bir toplumdaki bireyleri nasıl etkilediğini sorarak bir politika hakkında karar vermemiz gerektiğini ve toplumun iyi oluş halinin genelini en çok geliştiren opsiyonu seçmemizi söyler. Sağlık reformu konusunda karar verirken yardımcı olması için, birçok daha spesifik sorunun cevaplanması gerekmektedir. Kimin iyi oluş hali önemlidir ve ne kadar? Aynı şekilde, iyi oluş halinde sağlık reformu amaçlarına yönelik olarak nasıl pratik bir şekilde ölçülebilir? Bu sorulara nasıl cevap verileceği konusunda iki önemli entelektüel gelenek bulunmaktadır: Özel faydacılık ve nesnel faydacılık. Her iki yaklaşım da en çok “iyi” olanı üretmek için kaynakların verimli bir şekilde kullanılmasına çalışır (ancak, bunların yöntemleri ve etkilerinde önemli farklılıklar bulunmaktadır).

Öznel Faydacılık

İlk pozisyon, bireylerin kendilerini en mutlu edecek şeyler hakkında, en iyi kararı kendilerinin vereceklerine inanan İngiliz felsefeci Jeremy Bentham’ın (1748-1832) çalışmasından türemektedir. İnsanların, özel zevklerine ve tercihlerine dayalı olarak, farklı durumlarda farklı “fayda” düzeyleri deneyimlediğini öne sürmüştür. “Fayda” derken, insanların sahip oldukları iç mutluluk hislerini kastetti ve doktrini *faydacılık* olarak bilinmeye başladı. Bir eylemin doğruluğunun, ürettiği zevk ve acıyı toplayarak

“hedonik -haz alma ile ilgili- hesaplama” ile tespit edilebileceğini önerdi. Doğru eylem “en fazla sayıda en büyük mutluluğu” üreten eylemdir (Bentham, 1789). Bu felsefeye göre, sağlık hizmetleri sisteminin performansını değerlendirmenin yolu, sistemin insanları ne kadar mutlu yaptığını tespit etmek ve sistemin ürettiği faydayı ortaya çıkartmak için bu ölçümleri toplamaktır.

Bentham, tüm tatların eşit olarak geçerli olduğunu öne sürdü. Bu bakış açısı, değerlendirmeyi desantralize etmektedir; çünkü tüm bireyler, kendileri için kendi mutlulukları konusunda karar vermektedir. Bentham’ın pozisyonuna “*özel faydacılık*” adını veriyoruz. Belli bakış açılarına göre bu son derece hiyerarşik olmayan bir konsepttir. Tüm bireylerin önemli olduğunu ve eşit derecede önemli olduğunu belirtir. Bir politika konusunda karar vermek, her bir politika seçeneği için herkesin fayda düzeyinin toplanmasını ve daha sonra en fazla mutluluk veya faydayı sonuç veren politikanın seçilmesini gerektirir.

Ekonomistler, bu analitik çerçeveyi bir adım daha ileri götürürler. Hangi eylemin en büyük toplam faydayı ürettiği konusunda karar vermek için *maliyet fayda* analizinin kullanılmasını savunurlar. Bu, bir politikanın veya bir programın tüm potansiyel faydalanıcılarının, faydaları mukabilinde ne kadar *ödeme yapmak istediklerinin* bulunmasını içermektedir. Eğer tahmin edilen faydalar maliyetlerden daha fazla ise bu durumda politika, en fazla sayı için en fazla iyiyi desteklemeli ve bu şekilde benimsenmelidir. Bu yüzden bu analiz parasal bakımdan hem maliyetleri hem de faydaları değerlendirmektedir (Mishan, 1988; Culyer ve Newhouse, 2000).

Ekonomistler, faydaları maliyetlerle karşılaştırmaktadır; çünkü bir programın maliyetleri fiili olarak programı uygulamak için ekonomide başka bir yerde vaz geçtiğimiz faydaları temsil etmektedir. Bu feragat edilen faydalara *fırsat maliyetleri* adı verilmektedir. Ekonomistler, bir rekabetçi ekonomide, bir girdi için fiyatın –iş gücü veya ekipman gibi– girdinin üretebileceği çıktılarının değeri ile belirleneceğini öne sürmektedir. Bir işçi, ilave bir saat daha çalışarak 10 dolara satılabilecek mallar üretebilirse saate 10 dolar kazanabilir. Eğer bir programın maliyeti 100.000 dolar ise bu durumda girdileri ekonominin bir başka yerinde 100.000 dolar değerinde mal üretebilecek demektir. Bu yüzden, maliyet fayda analizi gerçekte bir fayda-fayda analizidir. Özel faydacılar bize, kazandığımız faydaların, vazgeçtiğimiz faydalarından daha fazla olduğu faaliyetleri seçmemizi söylerler.

Resmi maliyet fayda analizini kullanarak önerilen sağlık reformlarını değerlendirmek kolay bir şey değildir. Bunun bir nedeni, insanların hizmetler için ne kadar ödemeyi isteyebileceklerini tespit etme konusunda yaşanan zorluktur. Genellikle, bir kılavuz ilke olarak onların ödediğini kullanamayız, çünkü hiç bir şey ödemeyebilirler (örneğin, bir devlet kliniğinde ücretsiz hizmetler için). Eğer ödeme istekliliğini değerlendirmek için anketleri kullanırsak insanlar anketlere dürüst bir şekilde cevap verecek midir? Bir varsayımsal fayda için ne ödeyeceklerini bile biliyorlar mı?

Her halükarda, özel faydacılık, sağlık reformu konusundaki tartışmalarda son derece etkili olmuştur. Politika yapımcılar, genellikle sağlık hizmetlerini tahsis etmek için piyasaları kullanmak konusunda zorlanmışlardır –özellikle ekonomistler tarafından-. Özel faydacıların piyasalar konusundaki hevesliliğinin arkasındaki temel fikir şudur: Piyasalar iyi işlediğinde, tüketicilerin sadece ödeme yapma isteklilikleri, üretim maliyetlerinden fazla olan mal ve hizmetleri satın almadadır. Bu öneriler, tüketi-

cilerin tam bilgisinin olduğu ve piyasaların mükemmel bir şekilde rekabetçi olduğu ekonomik modellere dayanmaktadır. Bu tür bir piyasa sistemi, öznel bir faydacı perspektiften bakıldığında arzu edilebilir özelliklere sahiptir. Özel olarak, bu, ekonomide kullanılmamış hiç bir kazanımın olmadığı bir duruma yol açar. Bu yüzden bir kişinin faydasını artırmanın tek yolu, diğer bir kişinin faydasını azaltmaktır. Bu tür bir piyasa kümesi, bu durumda kaynaklarının tahsisinde verimli olarak değerlendirilir (Graaf, 1967). Bu duruma, kavramı ilk olarak tanımlayan İtalyan ekonomistin anısına, “Pareto Optimal” adı verilir.

Ne yazık ki, çoğu gerçek zamanlı sağlık hizmetleri piyasaları, mükemmel rekabet koşullarını karşılamaktan ve bu yüzden Pareto Optimal’dan uzaktır (Arrow, 1963). Birincisi, hastalar, tipik olarak ne tedavisi almaları gerektiğini söylemeleri için doktorlara güvenmektedir. Bu, doktorların, hastaların “acenteleri” olarak hizmet kararlarını, doktorların menfaatlerine uyan şekillerde etkilemelerini mümkün kılmaktadır. Örneğin, hizmet başına ücret alan doktorların, gereksiz veya uygun olmayan hizmeti teşvik etmeleri için her türlü nedenleri vardır -buna “tedarikçinin neden olduğu talep” adı verilir (Folland ve, 2001; Feldstein, 1993). Alıcıların da aldıkları hizmetlerin klinik kalitesi konusunda karar verme bakımından önemli zorlukları vardır. Satın aldıkları ilaçların kimyasal bileşeninin, reklamda gösterildiği gibi olup olmadığını ya da cerrahın operasyonu becerili bir şekilde gerçekleştirip gerçekleştirmediğini söyleyemezler. Tekelci gücünün güçlü unsurları da eklendiğinde, sağlık hizmetleri pazarlarının genellikle, ekonomistlerin “piyasa başarısızlığı” adı verilen bir durumla karakterize olduğunu görüyoruz. Bu nedenlerle, Bölüm 11’de tartıştığımız gibi, sağlık hizmetleri piyasaları genellikle bu eksikliklerle mücadele etmek için ağır bir şekilde düzenlemeye tabi tutulmaktadır.

Sağlık hizmetleri piyasaları için heveslilik, önemli hakkaniyet konularını göz ardı etmektedir. Bir piyasada, her bir şahsın tüketimi, bireysel gelirine dayanmaktadır. Durumu “Pareto Optimal” olsa da yoksul olanlar tipik olarak daha az, genellikle zenginlerden çok çok az düzeyde alacaklardır. Aslında, yoksulun en yoksulu temel hizmetlere para bile yetiremeyecektir. Sonuç olarak, hakkaniyetli erişim sağlama ile ilgilenenler -bu, bizim paylaştığımız bir endişedir-, piyasaları nasıl ve nerede kullanmak ve piyasalar kullanıldığında ters etkileri ile nasıl mücadele etmek gerektiği konusunda dikkatlice düşünülmelidir. Her halükarda, piyasa temelli argümanlar yakın zamanda önemli siyasi etki kazanmıştır. Bu, öznel faydacı düşüncesin sağlık reformu tartışmasına girmesi için bir temel teşkil etmiştir.

Bir öznel faydacı bakış açısının ortaya çıkardığı hakkaniyet konularını vurgulamanın diğer bir yolu, bu yaklaşımın kolaylıkla, yoksullara, ödeme yapamayacakları için maliyetli hizmetleri sağlamamamız gerektiği sonucuna varabileceğini görmektir. Bu tür hizmetler, öznel faydacıların koyacak olduğu maliyetlerden fazla faydalar için ödeme istekliliği testini geçemeyecektir. Bir öznel faydacı buna cevaben şunu savunabilir. Eğer, yoksulların durumunu mümkün olduğu kadar iyileştirmek istiyorsa onlara para vermeli ve istedikleri gibi harcamalarını sağlamalıyız. Eğer, yoksullar için diğer şeyler, sağlık hizmetlerinden daha değerli ise bu onların seçimi olacaktır.

Bu akıl yürütme şekli, öznel faydacıların, sağlığın özel bir mal olmadığı, vatandaşların seçimlerine göre satın aldıkları veya almadıkları mallardan bir tanesi olduğu görüşünü yansıtmaktadır. Her kişi kendisini mutlu edecek şeyin ne olduğunu yine kendisi bildiği

için, kişilerin seçimlerine saygı gösterilmelidir. Ancak, bireysel seçim konusundaki bu görüşüm optimizmi, birçok eleştirmen için gene de garanti değildir (Dworkin, 1993). Sosyal politikayı tamamen bireylerin istekleri ve kararlarına dayandırmaya hazırlıklı değildirler. Bunun yerine, bir alternatif olarak nesnel faydacı yaklaşıma yakın gözük-mektedirler.

Nesnel Faydacılık

Peki ya sağlık reformunun sonuçlarına göre değerlendirilmesi gerektiğine inanıyor; ancak kişilerin her zaman sağlıklarını etkileyen eylemler hakkında iyi seçimler yaptığı konusunda şüphe duyuyorsanız ne olacak? Örneğin, hükümetler, sigara tüketicilerine istediklerini veren piyasaları destekleyecek şekilde hareket etmeli midir? Eğer hastalar, tehlikeli veya etkili olmayan ilaçlar isterse veya ehliyetsiz doktorların himayesinde olmak isterlerse hükümet insanların bu seçimleri yapmasına izin vermeli midir?

Bireysel iyi oluş durumunu desteklemek isteyen ancak bireysel seçimlerin güvenilirliği ve geçerliliği hakkında şüpheli olan reformcular, kararlarını, bir uzmanlar grubu tarafından nesnel terimlerle tanımlanan bireysel iyi oluşa dayandırmayı savunmaktadır. Bu uzmanlar, iyi oluş halinin "rasyonel olarak bilinebilir" bileşenlerini içeren bir endeks geliştirmektedir ve bu endeks, daha sonra herkesin koşullarını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Bu pozisyon *nesnel faydacılık* olarak bilinmektedir (Griffin, 1986).

Nesnel faydacılığın halk sağlığında uzun bir geçmişi vardır. On dokuzuncu yüzyılda, Florence Nightingale, İngiliz Ordusuna, yaralı olanları ölüme terk etmek yerine onları tedavi etmenin yeni askerleri eğitmekten daha az maliyetli olduğunu göstermiştir (Nightingale, 1858). II Dünya Savaşı'ndan önce ve sonra, sağlık statüsü endekslerini geliştirme konusunda birçok girişimde bulunulmuştur. Nesnel faydacılık yaklaşımları da klinik araştırmada geniş kapsamlı olarak kullanılmış, burada "yaşam kalitesi" ölçüleri, alternatif tedavilerin sonuçlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir (McDowell ve Newell, 1987). Bu aynı zamanda, Dünya Bankası (1993) ve DSÖ (2000) tarafından gerçekleştirilen Engelliliğe Göre Ayarlanmış Yaşam Süresi (DALY) veya Kaliteye Göre Ayarlanmış Yaşam Süresi (QALY) gibi ölçümler aracılığıyla hastalık yüklerinin analizinin arkasındaki felsefi pozisyonudur. Bu yaklaşım, "tavşan için en büyük patlama" anlayışı ile politikaların benimsenmesini bize öğütlemektedir. Burada "tavşan" sağlık kazanımı olarak ölçülür. Şurası açıktır ki bu yaklaşım sağlık kazanımlarını, maliyet fayda analizindeki gibi parasal ifadelerle dönüştürmemektedir.

Daha geniş olan politika analizi dünyasında, nesnel faydacılık *maliyet etkililik analizi* için temel sağlamaktadır. Bu yaklaşım, farklı etiketler altında sağlık sektörünün ötesinde de kullanılmıştır. II Dünya Savaşı sırasında, İngiliz matematikçiler, askeri operasyonları gerçekleştirmenin en iyi yolunu hesaplamak için bu tür yöntemler kullanmıştı -örneğin, İngiliz Kanalı'nda düşürülen bir pilotu aramak-. Bu da *operasyonlar araştırması* teriminin ortaya çıkmasına neden olmuştur. 1950'lerde, farklı silah sistemlerinin karşılaştırmalı verimliliğini değerlendirmek için ABD'de Rand Corporation'da benzer teknikler uygulanmış, buna da daha sonra *sistemler analizi* denilmiştir (Quade ve Miser, 1985).

Nesnel faydacılar, Bentham'ın desantralize etmeye çalıştığını merkezileştirmiştir. İyi oluş halini ölçmek için tek bir endeksin kullanılması, tercihlerdeki bireysel farklılıkları göz ardı etmektedir. Bir şahıs, bu daha kısa bir yaşam süresi anlamına gelse bile, fiziksel

engellilikten veya kronik ağrıdan uzak kalmak isteyebilir. Diğer bir şahıs, yaşam ne kadar acı verici olursa olsun mümkün olan en uzun ömrü isteyebilir. Bu değişikliklerin nesnel bir faydacı hesaplamasında herhangi bir yeri yoktur.

Sağlık kazanımlarının pratik ölçümü, birçok teknik sorunla yüz yüze kalmaktadır. Bir kritik soru, yaşam uzunluğundaki bu uzatmaların, yaşam kalitesindeki gelişmelerle nasıl birleştirileceğidir. QALY ve DALY yöntemleri benzer -ve çelişkili- bir çözüm kullanmaktadır. Sağlık durumu, sıfırdan -ölüm için- bire -mükemmel sağlık- kadar olan bir ölçek kullanmaktadır. Uzmanlar, her bir hastalığa veya engelliliğe, bu ölçek üzerinde bir yerde özel bir yaşam kalitesi skoru vermektedir. İyi sağlıklı bir yaşam ömrü, bir birimlik kazanım olarak hesaplanmaktadır. Belli bir engellilik yaşarken geçen bir yıl, bunun bir kesri olarak hesaplanmaktadır. Örneğin, bir birimin yedide biri. Bu durumda yaşamın uzatılmasının değeri, kurtarılan kişinin yaşam kalitesinin, sağlanan yıl sayısı ile çarpılması sonucu elde edilmektedir. Kalitedeki bir artış, kalitedeki kesirsel kazanımla devam ettiği yıl sayısının çarpımı olarak ölçülmektedir. Bu yüzden, 0,8 kalite düzeyindeki bir kişiye beş yıl eklenmesi, 4 QALY üretecek şekilde hesaplanır. Çünkü $5 \times 0,8 = 4$ QALY. Bu yaklaşımdaki önemli bir sorun, birçok kişinin, yaşamı kurtarmaya, engelliliğin hafifletilmesinden daha fazla önem veriyor gözükmesidir. Bu, yöntemin varsayımları ve hesaplamaları hakkında temel soruları gündeme getirmektedir.

Bu yaklaşımın bir örneği, ABD'deki Oregon Sağlık Planı idi. 1994 yılında, eyalet, Medicaid programının -düşük gelirli bireyler için bir sigorta planı- kapsamında olan tüm tıbbi tedavileri, harcanan dolar başına üretilen QALY bakımından sıralamaya yönelik bir çalışma gerçekleştirdi ve kapsamı, sadece en maliyet etkili müdahalelerle sınırlandırmayı önerdi (Bodenheimer, 1997). Plan daha sonra kökten değiştirildi, bunun nedeni analizin sonuçlarından halkın memnun kalmamasıydı, çünkü program yaşamı kurtaran müdahalelere yeterince değer vermiyor gözüküyordu (Hardon, 1991).

Bir sağlık durum endeksi kaçınılmaz olarak farklı sağlık kazanımı türlerinin göreceli arzu edilebilirliği hakkındaki değer yargılarını içermektedir. Örneğin, fiziksel engellilikle karşılaştırıldığında zihinsel engellilik ne kadar ciddidir? Farklı yaşlarda kaybolan yaşam yılları eşit veya eşit değil şeklinde hesaplanacak mı? Örneğin, DALY endeksi, orta yaştaki ömür yılı sayısını, genç veya yaşlı vatandaşların kaybettiği yıllardan daha değerli görmektedir (Murray, 1994). Bu farklı değerlendirme, örneğin, yaşlıların özel erdem kaynağı olarak değerlendirildiği bir toplumdaki sosyal değerlerle tutarsız olabilecek özel bir üretkenlik odaklı bakış açısını yansıtmaktadır. Bu yaklaşımın kullanıcıları bu yüzden, tüm toplumların veya bireylerin sağlık sonuçlarını aynı şekilde değerlendirmedeği itirazını öne sürmelidir (Anand ve Hanson, 1997). Uygulamada, bu yaklaşımın savunucuları, özel bozuk sağlık durumlarındaki sağlık kazanımlarını ve kayıplarını değerlendirmek için tek bir ağırlık kümesi seçmek için, uzman panelleri toplamış ve uzlaşma teşkil etme yöntemlerini kullanmıştır. (Murray, 1994).

Nesnel faydacı sağlık reformcuları, sağlık kazanımlarının kapsamlı bir ölçümünü kullanmadan da ilerleyebilirler. Örneğin, birçok sağlık bakanlığı yüksek öncelikli hedef alanlarını belirlemek için bebek mortalite oranı (IMR) gibi ölçüleri kullanmakta veya önerilen bir politika müdahalesi ile kurtarılan beklenen yaşam sayısı bakımından politikaları analiz etmektedir. Bu daha sınırlı endeksler, DALY'ler gibi kapsamlı ölçeklere göre daha az veri ve analiz gerektirmektedir. Bunların dezavantajı, kapsamlı olmadıklarından, durumun bozuk bir resmini verebilmeleridir. Örneğin, yerel

bir hastanede yeni doğan yoğun bakım biriminin geliştirilmesinin, alanın gözlemlenen IMR'sini *artırma* etkisine neden olabilir. Çünkü yeni doğan hasta bebekler, ölü doğum yerine yeni doğan ölümü olarak sayılacak kadar çok yaşayabilmektedir. Bu yüzden, herhangi bir kısmi endeksin dikkatli bir şekilde uygulanması gerekmektedir.

Herhangi bir sağlık istatistiğini yorumlarken bir dizi pratik sorun ortaya çıkabilir. Örneğin, bazı ülkelerde, rapor edilen IMR'deki farklılıklar, bebeklerin ne zaman gerçekten “doğmuş” kabul edileceği konusundaki yerel uygulama farklılıklarını veya fiili mortalite oranlarından ziyade uzak köylerden alınan verilerin toplanmasında bürokratik yetkinlikteki farklılıkları yansıtmaktadır.

Diğer pratik bir zorluk ise nedenselliğin değerlendirilmesidir. Sonuç temelli analizi kullanmak için, geçmiş deneyimlerin sonuçları değerlendirilmeli ve gelecek politikaların etkisi tahmin edilmelidir. Güvenilir tahminlerin yapılması genellikle komplikedir. Bir ülkenin, bir “dikey” bağışıklandırma programından, bağışıklandırmanın temel sağlık hizmetleri sistemine entegre edildiği bir sisteme geçişi değerlendirdiğini varsayın. Bir nesnel faydacı için, bu değişimin beklenen maliyet tasarrufları, bağışıklandırma kapsamındaki bir düşüşten kaynaklanabilecek sağlık sonuçları tahminine göre dengelenmelidir. Bağışıklandırma kapsamının etkilerinin değerlendirilmesi, yeni programın nasıl uygulanacağı konusunda bir değerlendirmeyi gerektirmektedir. Değişiklikler atlanan vakaları, aşıları etkili tutmak için soğuk zincirin korunmasını ve süresi geçmiş aşılardan kullanıma eğilimini nasıl etkileyecektir? Sonra, bu değişiklikler, zaman içinde sağlık durumunu etkilemek için nasıl birleştirilecektir? Bu tahminlerin yapılması kolay değildir, oysa bir nesnel faydacı, önerilen her bir politika değişikliği için bu tür bir analizi üstlenmelidir.

Bazı Faydacı Komplikasyonları: Belirsizlik ve Zaman

Faydacı analizindeki iki teknik sorunun ilaveten kısaca değerlendirilmesi gerekmektedir: Belirsizlik ve zaman. Sağlık reformunun sonuçları belli ölçüye kadar her zaman belirsizdir ve bazı sonuçlar birkaç yıl geçmeden ortaya çıkmayacaktır (Weinstein ve Stason, 1977; Wenz, 1986).

Özel faydacılar için, belirsiz kazanımlara değer verilmesi en azından teoride açıktır. Belirsiz faydalar ve maliyetler, etkilenen kişilere, belirsizliğin, kendileri için kazanım veya maliyetlerin değerini ne kadar değiştirdiğini sorarak değerlendirilebilir. Belirsizlik doğrudan her bir şahsın ödeme istekliliğine dâhil edilmektedir.

Ancak bu yaklaşım, bir dizi karmaşık varsayım ve etkiyi beraberinde getirmektedir. Özel olarak, bu, insanların, sadece B çıktısını mı A çıktısını mı tercih edeceklerinin değil, aynı zamanda bir tercih yerine diğerine *ne kadar fazla* değer vereceğinin varsayılmasını gerektirmektedir. Şahısların söz konusu sonuçların tutarlı ve stabil değerlendirmelerine sahip olup olmadıkları, önemli bir tartışma ve deneysel araştırma konusu olmuştur. Bu değerlendirmeler, etkideki *kazanım*, olasılıktaki bir değişime dayalı olduğunda -örneğin, özel bir hastalıktan ölme olasılığındaki bir değişim gibi- özellikle önemli olmaktadır.

Gelecekte meydana gelen faydalar sorunu da benzer konuları gündeme getirmektedir. Burada tartışma, *indirim oranı* adı verilen kavram üzerinde odaklanmaktadır. Finansal piyasalarda, bu yılın getirilerinin göreceli değeri ile gelecek yılın getirilerinin değeri arasındaki ilişki, faiz oranı olarak ifade edilmektedir. Örneğin, % 7'lik bir oran, gelecek

yıl, borç alan birinin borç verene, bugün borç aldığı miktardan 1,07 kez daha fazla bir miktarı ödemesi gerektiğini ifade etmektedir. Bu tür piyasalarda, gelecek yılın doları, bu yılın dolarından daha az değerli olacaktır. Bu süreç, gelecekte daha ileri bir zamanda ortaya çıkan kazanımlar için tekrar eder. Gelecekteki kazanımların değerindeki azalmayı hesaplamak için kullanılan prosedüre *indirim* adı verilir ve hesaplamalarda kullanılan faiz oranına *indirim oranı* adı verilir. Bu oran, analistin, gelecekteki faydaların mevcut değerini hesaplamasına yardımcı olur; böylelikle aynı parasal koşullar üzerinden mevcut maliyetlerle karşılaştırılabilirlerdir (Parsonage ve Neuburger, 1992; Folland ve arkadaşları, 2001; Olsen, 1993).

Sağlık reformunu değerlendirirken “Gelecekteki sağlık faydaları indirilmeli midir ve eğer indirilecekse hangi oranda indirilmelidir?” soruları sorulur. Bazı analistler şunu öne sürmektedir ki bir sosyal politika konusu olarak gelecekteki kazanımlar, mevcut kazanımlarla aynı şekilde değerlendirilmelidir. Çünkü indirim, etkili bir şekilde geleceğe yönelik bir ayrımcılık teşkil etmektedir. Diğerleri şuna inanmaktadır. Eğer, indirimi kullanmazsak bu durumda “yatırım paradoksu” adı verilen bir durumla karşılaşırız ki bu, aşağıdaki örnekte ele alınmaktadır. Mevcut sağlık harcamasından 100.000 dolar aldığımızı ve bunu bankaya koyduğumuzu farz edelim. Bilim, her zaman ilerlediğinden ve zaman içinde yatırım üzerinden faiz kazanabileceğimizden, 100.000 dolar on yıl içinde bugüne göre çok daha fazla sağlık kazanımı üretecektir. Bu yüzden, indirim olmazsa harcamanın büyük çoğunluğunu geleceğe erteleyeceğiz.

İndirim oranının, kısa döneme karşı uzun dönemli kazanımlar üreten politikaların göreceli cazibesi üzerinde önemli bir etkisi olabilir. % 7’lik bir indirim oranıyla, bugünden itibaren on yıl sonraki kazanımlar, şu andakilerin yarısı değerindedir –ve şimdiden kırk yıl sonraki kazanımlar, mevcut değerlerinden % 6’dan daha az değerli olacaktır. Daha düşük indirim oranları, gelecekteki faydalara daha fazla göreceli değer vermektedir -uzun dönemli kazanımlar- ve uzun dönemli kazanımlar vadeden projeler için, kısa dönemli kazanımlar vadeden projelere göre daha uygun olacaktır (Keler ve Crein, 1983).

İndirim oranının nasıl belirleneceği konusunda iki önemli argüman bulunmaktadır. Bir düşünce okulu, piyasa temelli faiz oranlarını öne sürmektedir. Bu okul, bir ülkenin finansal piyasalarındaki oranlara benzer oranları veya özel sektör girişimcilerinin kazandığı getiri oranlarını kullanmayı önermektedir. *Piyasa indirim oranlarının*, yatırımcılara açık olan fiili fırsatları –ve bu yüzden, özel sektörden kaynakları çekmenin ve bunları kamu sektörüne harcamanın fırsat maliyetini- yansıttığını öne sürmektedirler (Marglin, 1967).

Diğer analistler şuna inanmaktadır ki özel sermaye piyasaları iyi işlev görmemektedir ve toplum, farklı zamanlarda meydana gelen kazanımların değeri hakkında bağımsız bir yargıda bulunmalıdır. Bunlar, bu ayrı değerlemeye dayalı olarak bir *sosyal indirim oranının* kullanılmasını öne sürmektedirler (bu daha çok nesnel bir faydacı pozisyonu temsil etmektedir). Analizden bir piyasa oranının mı yoksa sosyal oranın mı kullanıldığının, önceliklerin belirlenmesi konusunda önemli bir etkisi olabilir. Çünkü bazı politikaları –örneğin, hepatit B aşılması-, faydaları oldukça ileri bir gelecekte ortaya çıkartmaktadır. Bu politikalar, yüksek bir indirim oranı kullanıldığında daha az cazip durmaktadır (örneğin, grip aşılardan elde edilen ivedi kazanımlara kıyasla).

Faydacı yaklaşımı değerlendiren sağlık reformcuları için nihai bir sorun, pozisyo-

nun özünde bulunan ve sonucun adil veya hakkaniyetli olmasından bağımsız olarak mevcut kaynaklar için en büyük kazanımın üretilmesi konusundaki taahhüdün merhametsizliğidir. Bütün olarak toplam sonuçlar faydalı olduğu süreç, özel bireyler veya spesifik gruplar için negatif sonuçlar kabul edilebilir. Faydacı politika yapıcılar, kurtarılması çok pahalı olan hastaları göz ardı edebilmekte ve çoğunluğun faydası için bazılarını fedakarlık yapabilmektedir. Faydacı mantık takip edildiğinde, bir can kurtarma botunda bulunan yolcular, kazanımlar kayıplardan daha fazla olduğu sürece arkadaşlarını öldürebilir ve onları yiyebilir. Biz de dâhil olmak üzere birçok sağlık reformcusu bu hakkaniyet konusundaki odak eksikliğini ciddi bir sakınca olarak değerlendirmektedir; bu, sağlık reformu için önceliklere karar vermek için farklı bir yaklaşıma yol açan bir sezgidir.

Etik Teori #2: Liberalizm

Felsefe dilinde, faydacılar bazı şahısları araç, bazılarını da amaç olarak tedavi etme istekliliğindedir -diğer bazılarının iyiliği için bazılarının kurban edilmesi-. Ancak çoğu reformcu için, bu tavır, kurban edilenlerin menfaatlerini ciddi düzeyde değerlendirmeye almamaktadır. Bu şahısların hakları yok mudur ve bunlar tedavi ettiklerimiz kadar saygıyı hak etmemekte midir? Eğer bu fikirleri ciddiye alacaksak, bunları felsefi olarak nasıl temellendirebiliriz ve bunlar sağlık sektörü reformu bakımından ne ifade edecektir?

Bireysel saygınlık ve özerklik kavramları ile ilişkilendirilen en etkili filozof, on sekizinci yüz yıl Alman filozofu Kant'tır. Kant'a göre, tüm insanların *ahlaki eylem* (Kant, 1788) kapasitesi, yani neyin ahlaki olarak doğru olduğunu bilme ve ahlakilik ilkelerini takip edip etmemeye karar verme gücü bulunmaktadır. Modern Kantçılar şunu öne sürmektedir: İnsanlar yaşam hakkında kendi kararlarını geliştirme ve uygulama kapasitesine sahip olduğu için -felsefeciler buna "yaşam planları" demektedir- bunların bunu yapmaya da hakları vardır. Bu haklar, her bir şahıs insanoğlu statüsünden türediği için, bunlar evrensel olarak görülmekte ve tüm siyasi sistemlerin bunlara saygı duyması gerekmektedir (O'Neill, 1989). Karşılıklı saygıya dayalı bu görüş, doğrudan faydacılığın, bazı kişilere araçlar olarak muamele etme isteğine karşı çıkmaktadır. Şu anda "liberaller" adı verilen Kant'ın yaklaşımının felsefi takipçileri, devletlerin nasıl işleyeceği ve politikaların nasıl tespit edileceği konusunda argümanlar geliştirmiştir (Rawls, 1971).

Liberaller için önemli olan kavram *haklardır* (tüm bireylerin, insanîyetlerinin erdemi gereğince birbirleri üzerinde öne sürecekleri iddialardır). Karşılıklı saygı ilkesinin verdiği haklar, liberaller tarafından iki şekilde yorumlanmaktadır. *Özgürlükçüler*, sadece *negatif hakların* korunmayı hak ettiğine inanmaktadır (Nozick, 1974). Bu haklar, bireysel özgürlüğü garanti etmektedir. Böylelikle insanlar, kişisel seçim üzerinde devlet ihlali olmaksızın istediklerini yapabilmektedir. Siyasi alana genişletildiğinde bu formülasyon, konuşma özgürlüğü, meclis ve siyasi katılım gibi temel siyasi ve medeni hakları sonuç vermektedir. Özgürlükçüler, devletin, bireysel mülkiyet haklarının ve kişisel özgürlüğünün korunması üzerinde sınırlı bir rolü olmasını isterler. Tipik olarak ilaç kullanımı konusundaki kısıtlamalara, kürtaj sınırlandırmalarına ve hatta doktorların ruhsatlandırılmasına karşı çıkarlar. Çünkü bu eylemler bireysel seçim özgürlüğünü kısıtlamaktadır.

Bunun aksine, *eşitlikçi liberaller*, seçim hakkının, uygun kaynaklar olmadan anlamsız olduğunu savunmaktadır. Diğerlerine ahlaki aktörler olarak gerçekten saygı göstermenin, bizim onlara, anlamlı seçimi olası kılan ön şartları sağlamamızı gerektirdiğini

öne sürerler. Bu yüzden, herkesin adil bir fırsat eşitliğini temin etmek için, gerekli asgari düzeyde hizmet ve kaynaklara yönelik *pozitif bir hakkı* vardır (Daniels, 1985). Açlıktan ölmek üzere olan, evsiz, eğitimsiz ve hasta birinin anlamlı bir seçim için çok fazla fırsatı bulunmamaktadır. Ancak soru şudur: Karşılıklı saygı ilkesi, devletin pozitif hakları güvence altına alması için, neyi sağlamasını gerektirmektedir? Özel olarak, sağlık hizmetleri veya sağlık konusunda tek başına bir hak söz konusu mudur? Bu sorunun sağlık sektörü reformcuları bakımından önemli etkileri bulunmaktadır.

Pozitif haklar argümanları, genellikle, ömür süresi bakış açısından bakıldığında daha kötü durumda bulunan kişilerin yanında olan bir *yeniden dağıtım*ı bakış açısına yol açmaktadır. Yani, sağlık hizmetleri sistemi, kendi yaşam planlarını hâlihazırda geliştirmek ve uygulama şansı bulmuş olan yaşlıların ömrünü uzatmak yerine, erken ölüm ve engellilik konularını önlemeye öncelik verilmesini sağlamalıdır. John Rawls (1971) bu bakış açısına “doğruluk olarak adalet” adını vermektedir.

Eşitlikçi liberaller, pozitif hakların sağlık hizmetleri sisteminde tam olarak nasıl ele alınması gerektiği konusunda, kendi aralarında ayrılığa düşmüşlerdir. Bazıları, herkesin ahlaki kapasitesine saygı duymanın en iyi yolunun, geliri adil bir şekilde dağıtmak ve bireyleri, istedikleri sağlık hizmetlerini -veya sağlık sigortasını- satın alma konusunda serbest bırakmak olduğunu öne sürmektedir (Dworkin, 1993). Bu liberaller için, sağlık, insanların satın almakta serbest olduğu gıda ve giyecek gibi diğer mal ve hizmetlerden farklı değildir. Sağlık veya sağlık hizmetlerine ilişkin herhangi bir özel hakkın olmadığına inanırlar.

Diğer eşitlikçi liberaller, toplumun sağlığa ilişkin özel bir yükümlülüğünün olduğuna inanmaktadır (Daniels, 1985). Ancak, burada yine bir ayırım vardır. Bazıları, anahtar noktanın, herkes için asgari düzeyde sağlık hizmetleri sağlamak olduğunu düşünürken diğerleri, kritik konunun, bireylerin fiili *sağlık durumu* olduğuna inanmaktadır. Bir başka deyişle, eğer vatandaşların sağlık hakları varsa bu hakların, kliniklerin mevcudiyeti veya vatandaşların ortalama yaşam beklentisi ile karşılanıp karşılanmadığına karar vermeli miyiz? İkinci düşünce şunu öne sürmektedir ki eğer toplum herkese belli fırsatlar tanıyacaksa hizmete erişim yeterli değildir. Bu pozitif haklar bakış açısı, hükümetleri, herkes için asgari bir yaşam miktarı veya kalitesinden ve bu asgariyi garanti etmek için gerekli olan sağlık hizmetlerini sağlamakla sorumlu kılmaktadır.

Hükümetin, sağlık statüsü düzeyinden veya sağlık hizmetlerine erişimden sorumlu olup olmayacağı konusundaki anlaşmazlığın, devlet ve birey arasındaki ilişki bakımından önemli etkileri bulunmaktadır. Şu andaki bozuk sağlığın çoğunluğu, her bir şahsın kendi davranışına dayanmaktadır. Sigara içmek, diyet, madde kullanımı, egzersiz ve farklı türlerde risk alma faktörlerinin hepsi önemli sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir. Hükümetin herkesin sağlığından sorumlu olduğunu söylemek, toplumun, bu konular hakkındaki bireysel seçimleri etkilemekle sorumlu olduğu anlamına gelir.

Diğer taraftan, eğer toplum, sadece hizmetleri sağlamakla sorumlu ve insanların onları kullanıp kullanmamasından sorumlu değilse bu durumda bireylerin kendi sağlıkları hakkında daha fazla sorumluluğu bulunmaktadır. Bu durumda sağlık durumu, bir özsel hak değil, bir bireysel seçimin sonucu haline gelmektedir. Bu bakış açısı, Amartya Sen’in, toplumun, bireylerin yapabileceği seçimler için değil, vatandaşların seçebileceği fırsatlar oluşturmak için (buna “kapasiteler” adını vermektedir) sorumlu olması gerektiği yönündeki argümanı ile tutarlıdır. (Sen, 1999)

Sağlığa ilişkin bir hak öne sürmek halen birçok soruyu cevapsız bırakmaktadır. Eğer, şahısların asgari bir sağlık statüsüne sahip olma hakkı varsa bu asgari düzey ne olmalıdır? Toplumun, sağlık durumlarını biraz da olsa artırmak için çok yüksek maliyetli hizmetlere ihtiyaç duyan çok hasta şahıslara karşı olan sorumluluğu üzerinde sınırlamalar var mıdır? Her şeyden öte, toplumun kaynakları sınırlıdır ve söz konusu hizmetleri sağlamak için gerekli para, diğer vatandaşlardan, bunların fırsatlarını etkili olarak azaltan yollarla sağlanmaktadır. Ayrıca, eğer bozuk sağlık kendi davranışlarından kaynaklanıyorsa insanlar ne tür bir hizmet almalıdırlar? Uygulamada, sağlık sektörü reformu sürecinde eşitlikçi hedeflere yönelik kararlı olan herhangi bir toplum, bu sorulara siyasi ve ekonomik destekli cevaplar bulmak zorundadır. Bu cevaplar, kısmen ülkenin ekonomik gelişme düzeyine dayanacaktır.

Liberalizm ve Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık -veya sağlık hizmetleri- konusunda ne kadar harcama yapılacağına karar verirken liberaller için kritik bir konu, vergilendirmenin meşruiyetidir. Özgürlükçüler için, tek başına bırakılma konusundaki negatif hak, bir kişinin kendi mülkiyetine sahip olma hakkını da içerir. Bu yüzden bu kişiler için vergilendirme hırsızlıktır. Savunma ve polis gibi asgari devlet hizmetlerini sağlamak için sınırlı vergi almayla yetinebilirler. Ancak kaynakların yeniden dağıtılmasını amaçlayan vergilendirme temelde meşru değildir. Çünkü bir şahsa -vergi ödeyen- diğer şahsın -faydanın alıcısı- amacına yönelik bir araç olarak muamele etmektedir.

Diğer taraftan eşitlikçi liberaller, kısmen yeniden dağıtımcı vergilendirmeyi onaylamaktadır. Çünkü toplumda mevcut olan refah dağılımının çoğunluğu, saygı duyulmayı hak etmeyen yollarla ortaya çıkmıştır. Aristokratlar güç ve zafer yoluyla refah elde etmişlerdir. Servetler tekelleşme veya yolsuzlukla elde edilmiştir. Bazı şahıslar üstün eğitim veya aile yakınlıkları nedeniyle yüksek gelirler elde etmektedir. Çünkü ayrıcalıklı sosyal gruplara doğmakla şanslı addedilmektedir. Bu kazanımlar *sosyal piyango* bir sonucudur. Çünkü, eşitlikçi liberallere göre, bu tür avantajları ellerinde bulunduran şahıslar, bunları hak etmek için hiçbir şey yapmamıştır (Rawls, 1971; Rawls, 1999). Elde ettikleri kazanımlar yoksullara yardım etmek için meşru şekilde vergilendirilebilir. Mülkiyet hakları, bu farklı gayrimeşru kazanımların vergilendirilmesiyle ihlal edilmez; çünkü kazanımların kendisi uygun şekilde elde edilmemiştir.

Özde bulunan becerideki farklılıklara bağlı olarak ödüllerdeki farklılıklar bile meşru değildir. Çünkü kimse kendi biyolojik avantajlarını hak etmemektedir. Bu tür avantajlardan elde edilen kazanımlar, bireysel çabaların sonucu değildir. Bu *doğal piyango*ya bağlı gelir farklılıkları, sosyal piyangoya bağlı farklılıklar gibi, yeniden dağıtımcı süreçlere yönelik olarak devlet tarafından söz konusu edilebilir.

Bölüm 5 ve 8’de ele aldığımız gibi, sağlık reformu bağlamında, eşitlikçi liberaller, sağlık hizmetlerini, yeniden dağıtımcı vergilerle finanse etmenin en iyi yol olacağını öne sürmektedir. Bu yüzden, kapsamlı gelir vergileri bordro vergilerinden daha iyidir; çünkü bordro vergileri yatırım gelirini hariç tutmaktadır. Eşitlikçi liberaller için, yatırımlardan elde edilen gelirler genellikle çabaya bağlı değildir ve bu yüzden yeniden dağıtımı finanse etmek için uygun bir fon kaynağıdır.

Yazarlar da dâhil olmak üzere birçok eşitlikçi liberal, ABD sağlık sistemini,

diğer sanayileşmiş ülkelerdeki hakkaniyet temellerine kıyasla özellikle tartışılabilir bulunmaktadır. ABD, sağlık hizmetlerinin çoğunluğunu, maliyetlerin gelirden bağımsız olarak herkes için aynı olduğu özel, prim temelli sigorta programları aracılığıyla finanse etmektedir. Sonuç olarak, ABD’de sağlık hizmetlerinin tüketimi, yelkenli gibi pahalı tüketim mallarının tüketimi, bir şahsın ödeme gücünü yansıtmaktadır. Zengin insanların daha büyük botları vardır, orta sınıfın ortalama botları vardır ve yoksullar yüzmektedir -veya batmaktadır-. Aynı şey sağlık hizmetleri için de doğrudur. ABD’deki sigortasızların çoğunluğu, düşük gelirli ailelere mensuptur.

Bir toplumda, sağlık veya sağlık hizmetlerinin dağılımının “adil olmayışı” hakkındaki herhangi bir iddianın, temelde eşitlikçi liberal etiğine dayanma olasılığı yüksektir. Örneğin, çoğu yoksul ülkede, kırsal alanlarda, sağlık harcaması kentsel alanlara göre çok düşüktür ve beklenen yaşam süresi daha kısadır. Bu sorun, sağlık reformunun odak noktası olmalı mıdır? Cevap, soruya cevap verenlerin değerlerine dayalı olacaktır. Eşitlikçi liberaller, muhtemelen bu eşitsizliği düzeltmeye büyük öncelik vereceklerdir. Herkesin belli asgari fırsat düzeyine sahip olmasını sağlamak için, dağıtımın tabanını yükseltmeyi savunacaklardır. Diğer taraftan, hedefleri sağlık durumunu maksimuma çıkartmak olan nesnel faydacılar, kırsal alanlara karşı kentsel alanlarda farklı müdahalelerin maliyet etkililiğini bilmek isteyecek; en büyük etkinin nerede başarılabileceğine dayalı olarak bir karar verecektir. (Hakkaniyete ilişkin tutumlar konusuna daha ayrıntılı olarak Bölüm 5’te farklı felsefi bakış açılarından bakacağız.)

Derin farklılıklara rağmen, liberalizm ve faydacılık arasında bazı temel benzerlikler de bulunmaktadır. Her iki doktrin de evrenselidir; tüm insan toplumları için tek bir ahlaki standart geliştirmeyi amaçlamaktadır. Buna ek olarak bireye -*bireysel* iyi oluş haline ve *bireysel* haklara- odaklanmaktadır. Her iki bakış açısı da bu yüzden insan yaşamının sosyal yapısını göz ardı ettikleri nedeniyle eleştirilmiştir (Sandel, 1982). Liberalizmi eleştirenler, liberalizmin bireyselci görüşleri nedeniyle önemli toplumsal değerlerin göz ardı edildiğini öne sürmektedir. Faydacılar, eğer yabancılara yardım etmek daha fazla fayda sağlayacaksa kendi ailenizi, arkadaşlarınızı veya vatandaşlarınızı yabancılar üzerine tercih edemeyeceğinizi öne sürerek yanılmaktadır (Williams, 1973). Benzer şekilde, sağlık statüsünü artırma konusundaki faydacı yaklaşımlar, toplumun, ahlaki kuralları hakkındaki görüşleri ile çatışma içinde olabilir. Örneğin, ABD’deki, uyuşturucu kullanıcılarına temiz enjektör ve lise öğrencilerine gebeliği önleyiciler dağıtma konusundaki tartışmaları göz önüne alın (Moss, 2000). Bu tartışmalar, iyi oluş hali veya haklara dayalı olmayan etik bakış açılarından kaynaklanmakta, bunun aksine erdemin telkin edilmesi ve toplumun desteklenmesine odaklanmaktadır. Bu da bir sonraki argüman kategorisine neden olmaktadır.

Etik Teori #3: Toplumculuk

Ele almak istediğimiz etik teoriye yönelik üçüncü büyük yaklaşım şunu öne sürmektedir: Kamu politikası konusunda karar verirken önemli olan konu, devletin oluşturmayı amaçladığı toplum tipi veya kişi tipidir. Bu bakış açısı, toplumun yapısı üzerine odaklanmakta ve *toplumculuk* adını almaktadır. Bu teori, bir toplumun yapısının, toplumu oluşturan bireylerin yapısına bağlı olduğunu öne sürmektedir. Bu yüzden devlet, bireylerin iyi yapıda geliştirmelerini sağlamalı ve iyi bir toplum oluşturulmasına yardımcı olmalıdır.

Tıpkı iki tür faydacı -nesnel ve öznel- ve iki tür liberal -özgürlükçü ve eşitlikçi- düşünceyi ele aldığımız gibi, toplumcuları da ikiye ayıracağız. Birinci grup, iyi birey ve iyi toplum için tek bir evrensel model olduğuna inanan *evrensel toplumculardır*. Bunun hem laik hem de dinsel alanda birçok örneği vardır. Dünyanın, başkalarını kendi dinine girmeye çağıran tek tanrılı dinleri -İslam ve Hristiyanlık- evrensel toplumculuk biçimleridir. Aynı şekilde insanın doğa ile ilişkisini değiştirmek isteyen ekolojik eylemcilerin pozisyonu da bu şekildedir. Erkekler ve kadınlar arasında farklı bir ilişkiye sahip bir toplum oluşturmak isteyen feminist hareket de bu türdendir. Aynı şey, devrimci Mao-ocular için de söylenebilir. Bu örneklerde görülebileceği gibi, bu başlık altında bulunan önemli ahlaki pozisyonlar oldukça farklılık göstermektedir -faydacı veya liberal kamp-lardaki farklılıklardan çok daha fazla düzeyde-.

Doğu Asya'daki sağlık sektörü reformcuları ile yakından ilişkili bir toplumcu bakış açısı, Konfüçyüsçülük olarak bilinen doktrindir. Konfüçyüs (MÖ 551 – 479) ve takipçilerinin yazılarında savunulan bu bakış açısı, insanların hem birey hem de toplum olarak, “beş ilişki” yoluyla nasıl davranmaları gerektiğini belirtmektedir. İnsan etkileşimi ailede başlamakta ve devlete doğru genişlemekte ve bu iki toplumsallık alanı arasında farklı bir Konfüçyüsçü süreklilik sağlamaktadır. Konfüçyüsçülüğün temel literatürü olan ve topluca Dört Kitap olarak bilinen eserler, kişinin hak ve görevlerine ilişkin içsel bir bakışa ve spesifik toplumlar dâhilinde insan etkileşimlerinin anlaşılmasına dayalı, evrensel bir insaniyet görüşü sunmaktadır (Bloom, 1996).

Görev, sorumluluk ve sosyal rollerin yerine getirilmesi konusundaki Konfüçyüsçü argümanlar, Yunan filozofu Platon'un ünlü eseri olan *Cumhuriyet'e* benzemektedir. Ancak, bazı önemli farklılıklar bulunmaktadır. Platon, aileyi, vatandaşlığın sosyal yükümlülüklerinden özel olarak ayrılma şeklinde değerlendirmektedir. Diğer taraftan Konfüçyüs aileyi, yönetici ve tebaası ile kamusal ve özel konular bakımından insan etkileşiminin temel modeli olarak değerlendirmektedir (Bloom, 1996; 134). Konfüçyüsçü etik, birçok ülkede bireysel ve sosyal değerleri etkilemeye devam etmektedir. Örneğin, Singapur hükümetinin, düzeni sağlamak ve bireysel erdemi telkin etmek için gücü kullanma konusundaki istekliliği, bu bakış açısını ifade etmektedir (Bell, 1997; Wong, 1996; Kuah, 1990).

Toplumculuğun ikinci tipi, tarihsel olarak antropolojiden ve Boas ve Mead gibi bu alandaki yirminci yüz yılın öncülerinden etkilenmektedir. (Boas, 1932; Mead, 1964) Bu bakış açısı, dünya çapındaki farklı kültürel uygulamaları kabul etmekte ve bireylerin bu kültürle ne ölçüde dâhil olduğuna dikkat çekmektedir. Bu *göreceli toplumculuk* biçimi, her bir toplumun, kendi normları ve sosyal organizasyon modeli konusunda karar vermesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu toplumcular, ahlaki, özde bağlamsal olarak ele almakta, özel kültürel gelenekler konusunda karar vermek için toplumun dışında evrensel bir yer vermemektedir.

Kadınların sünnet edilmesi gibi bazı uygulamalar, yerel toplumsal normların kabul edilebilirliğine yönelik akut bir soru sormaktadır (Obermeyer, 1999). Bazı görececi toplumcular, bu uygulamayı desteklemekte ve buna dışarıdakiler tarafından da saygı gösterilmesi gerektiğini öne sürmektedir. Çünkü, bunun o kültüre ait olan insanlar için derin bir anlamı vardır ve yaşamlarının gerekli bir parçasını teşkil etmektedir. Nesnel faydacılar, bu uygulamaya, kadın sağlığına zarar verdiği gerekçesiyle karşı çıkmaktadır. Liberaller, bu uygulamayı, karşı çıkılabilir olarak değerlendirmektedir. Çünkü kızlara,

izinleri olmaksızın yaşamlarının erken aşamasında empoze edilmekte ve onların uzun dönemli yaşam fırsatlarını sınırlandırmaktadır.

Her bir toplumun kendi normlarını tanımladığına inananlar, toplumun sınırları ve toplumun temsilcileri konusunda karar vermemelidir. Birçok etnik ve dinsel azınlıklar, daha geniş toplumun normlarından uzaklaşma hakkını ve kendi topluluklarını oluşturma hakkını öne sürmüştür. Bu tür anlaşmazlıklar konusunda nasıl karar verilmelidir? Latin Amerika ülkelerindeki Katolik çoğunluklar, toplum değerlerine ilişkin kendi yorumlamalarına dayalı olarak tüm vatandaşlar üzerinde boşanma ve kürtaja ilişkin görüşlerini meşru olarak empoze edebilir mi? Eğer uygulamaları çoğunluğa zarar veriyorsa, İsrail, Hindistan veya İran'daki dinsel azınlıkların hakları ne olacaktır? Çoğunluğun bunu ahlak dışı olarak değerlendirdiği bir ülkede aynı cinsten olan insanların evlenmeyi veya evlat edinmeyi istediklerini düşünün. Yirmi yıl öncesine kadar, İsviçre'de kadınlar oy kullanamıyordu ve İsviçreli bir sınırlandırmayı geleneksel bir uygulamaya olarak savunuyordu. Bir toplumun meşru olup olmadığına kim karar verir ve değerlerini desteklemek ve bunlara uyumluluğu sağlamak için bir toplum ne kadar güç kullanılabilir? Eğer görececi toplumcular, sağlık sektörü reformu konusundaki kararlara kılavuzluk yapacaklarsa bunlar kritik sorulardır.

Toplumcu argümanları, sağlık reformu alanında birkaç şekilde ortaya çıkmaktadır. Bazıları için, halk sağlığında, sağlıklı bir yaşam sürmek bir erdem meselesidir, sadece sağlık statüsünü iyileştirmenin bir yolu değildir. Örneğin, bazı halk sağlığı savunucuları, tütün veya damar içi ilaç kullanımına, sadece sağlıksız olduğu için değil, etik olarak da karşı çıkılabilir ve kendi kendine zarar verme davranış biçimi olarak değerlendirebilir. Bu görüşlerin savunucuları, bazı bireylerin tütünün zevkini tercih ettiği veya egzersiz yapma zevklerini reddettiği -sağlık sonuçlarına rağmen- olgusuyla ikna olmamaktadır. Bu seçimler, bir öznel faydacı -sigara içen mutluluk arar- veya bir liberal -sigara içenin hakları vardır- için kabul edilebilir olacaktır. Ancak halk sağlığı toplumcuları bunlara karşı çıkacaktır -doğru yaşam biçiminin takip edilmediği savıyla-.

Toplumcular, aynı zamanda özel bazı sağlık hizmetleri hakkında da güçlü görüşlere sahip olabilirler. Birçok ülkede, dini muhafazakarlar, toplumcu temellere dayalı olarak kürtaj veya aile planlama hizmetlerinin mevcut olmasına karşı çıkmaktadır. Bazı ülkelerde -örneğin, Japonya-, ölümü, kalp durması şeklinde tanımlama uygulaması, nakil için mevcut organ sayısını sınırlandırmaktadır (Kimura, 1998). Nesnel faydacı temeller üzerinden argümanda bulunan halk sağlığı uzmanları bu tür toplum normlarını değiştirmeye çalışmalı mıdır? Bazı ülkeler -örneğin, Avusturya-, aile aktif bir şekilde buna karşı çıkmadığı sürece, ölen kişilerin organ donörleri olduğunu varsaymaktadır. Bu durumun, çok açık sağlık statüsü kazanımları vardır. Ancak aynı zamanda bu, liberaller için de bazı sorunlar teşkil etmektedir (Kennedy ve arkadaşları, 1998; Veatch ve Pitt, 1995). Diğer ülkeler, yerel geleneklerine aykırı olsa da diğerlerinin yaptıklarını takip etmeli midir? Geleneksel tıp uygulamalarına ilişkin sorular da benzer konuların altını çizmektedir. Eğer samimi bir inanan, tıbbi bir sorunu tedavi etmek için şeytani ruhları çıkartmaya çalışan dinsel bir şifacıyı ziyaret ediyorsa şifacının tıp uygulamacılarına ilişkin ulusal kanunlardaki kuralları takip etmesi zorunlu kılınmalı mıdır? Bu örnekleri verirken sağlık reformu gündemini tanımlamak için, toplum normlarını kullanmanın nasıl diğer değerlerle çatışmalara neden olabileceğini göstermek istiyoruz. Bu konular çok önemli olduğu için, sağlık sektörü reformu için öncelikleri belirleme sürecinde bunlara özel dikkat e-

dilmesi gerektiğine inanıyoruz ve bunları Bölüm 5'te ayrıntılı bir şekilde ele alıyoruz.

Bu bölüm, bir toplumun sağlık reformunda neye ulaşması *gerektiğine* nasıl karar vereceğini sorarak sağlık reformunun normatif boyutlarını vurgulamıştır. Etik analiz, farklı toplumsal pozisyonlarda neyin varsayıldığını ve kabul edildiğini vurgulayarak ve bunların sonuç temelli ve haklar temelli perspektiflerle ilişkisinin altını çizerek reformculara bu süreçte yardımcı olabilir.

Gereçeklendirme Sorunu

Bu üç temel etik pozisyonla yüz yüze kalan bir reformcu, hangisinin doğru olduğu sorusunu sorabilir. Bir etik görüş yerine diğerini tercih etmek için eldeki argümanlar nelerdir? Gereçeklendirme hakkındaki sorular, meta etik alanına girmektedir veya bunlar etiğin kendi yapısı hakkındaki sorulardır.

Bir etik pozisyonu gerçeklendirme sorunu söz konusu olduğunda, farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Dinsel inanış, bu yaklaşımlardan biridir. Diğer bir yaklaşım da insanoğlunun, ahlaki anlamak için özel bir yetisinin olduğu görüşüdür. Bu bağlamda ahlaki doğru, bize hislerimiz veya sezgilerimizle açıklanmaktadır. Üçüncü bir görüş, mantık veya aklın ahlakın içeriğini belirleyebileceğini öne sürmektedir (Harman, 1977). En geniş kapsamlı olarak kabul edilen modern argüman, ahlaki gerçekçiliktir (Puntham, 1990). Bu görüşe göre, ahlakın içeriği, uygun şekilde anlaşılıp işlendiğinde, kendi deneyimimizden öğrenilebilmektedir. Ahlaki gerçekçiler, ahlaki doğrunun var olduğunu ve keşfedilebileceğini öne sürer, ve ahlaki olguların, insan doğasının anlaşılması, insan ihtiyaçlarının analiz edilmesi ve sosyal yaşamın gereksinimlerinin değerlendirilmesiyle öğrenilebileceğine inanırlar.

Postmodern ekole bağlı diğer çağdaş düşünürler, etiğin herhangi bir temelci yoldan gerçekleştirilemeyeceğini öne sürer (Lyotard, 1984). Bunun yerine, postmodernler, etiğin sanat veya şiir gibi üretildiğini savunur. Ahlaki argümanlar konusunda karar vermek için kullanılacak kriterler, tıpkı bir sanat geleneğine hakim olan stilistik normlar gibi, kurumun dâhilinde olan kurallara dayanmaktadır. Ancak bu kurallar, daha temel ilkelere türetilemez. Bunların daha derin bir gerçeklendirmesi yoktur ve olamaz. İnsanların “adalet” “iyi oluş hali” veya “gelenek” gibi kavramları tanımlamak için kullandıkları kelimeler, sadece, insanlar tarafından fikirleri ifade etmek için icat edilmiş olan sembollerdir. Tıpkı Gotik mimari veya halk müziğinin insanlar tarafından icat edilmiş olması gibi (Johnson, 1993).

Bir postmodern sağlık reformcusu yine de ahlaki karar verme sorunları kavramalıdır. Eğer herhangi bir temel gerçeklendirme yoksa bu durumda tüm ahlaki değerler ve eylem yolları aynı düzeyde zorlayıcıdır? Önde gelen Amerikalı postmodernist olan Richard Roty (1989), temelde gerçekleştirilemiyor olsalar da ahlaki yargıların mümkün olduğunu öne sürmektedir. Ona göre, kendi iyiliğimizi düşünerek hareket etmek ve başkalarını kendi bakış açımızı kabul etmeye ikna etmeye çalışmak dışında herhangi bir seçimimiz yoktur. Örneğin, Roty, her ne kadar bu ahlaki pozisyonun yüksek kanun veya temel ilkelere atfen doğru olduğunu kanıtlayamasa da insan hakları hareketinin desteklenmesini savunmaktadır. Roty (1993), John Dewey (1929) tarafından öne sürülen pragmatizm doktrininin modern bir versiyonunu öne sürmektedir. Roty, dünyayı daha iyi bir yer yapmak için -ki bunu en iyi şekilde biliyoruz- işe yarayan ah-

laki görüşlerin kabul edilmesini önermektedir. Rotry'nin kişisel seçimi, bir tür eşitlikçi liberalizmdir. Kendisi şiirsel ve kehanet araçları ile bu ahlaki perspektifin daha geniş anlamda kabul edilmesini amaçlamaktadır. Çünkü tek başına rasyonel argümanın yeterli olmayacağını düşünmektedir.

Bir Etik Pozisyon Geliştirmek

Bu etik teorileri, karşılıklı olarak birbirlerini reddediyormuş gibi ifade ettik –ki bizden önceki birçok felsefeci de bunu yapmıştı-. Ancak böyle bir saf yaklaşım, birçok sağlık reformcusunun görevlerinde ve işlerinde uygulayabilecekleri durumla tutarlı değildir. Sağlık reformu sürecine yardımcı olmak için, farklı teorilerin, rekabetçi görüşler olarak değil, birbirlerini tamamlayıcı unsurlar olarak ele alınması gerektiğine inanıyoruz. Bu sorumluluğun ciddi bir şekilde ele alınması, neden bazı kişilerin, yukarıda sunmuş olduğumuz etik perspektiflerden birden fazlasını kabul ederek karışık bir pozisyonun benimsemesine karşı çıktığını açıklamaya yardımcı olmaktadır.

Ciddi bir reformcu, nasıl kamu politikası bakımından uygun olan ancak kişisel değerlerine uygun olmayan bir etik pozisyon geliştirebilir? Buna yönelik bir yaklaşım hem ileri hem de geri doğru gitmektedir, yani karşı çıkan bir teori ile başlanarak bunun uygulamaya yönelik etkileri araştırılabilir. Aynı zamanda, bunun tersi de yapılabilir Arzu edilebilir uygulama konusunda sezgilerle başlamak ve politika pozisyonunu destekleyecek teorik duruşa doğru geriye gitmek. Teorik varsayımların ve politika sezgilerinin çelişki içinde olduğu durumlarda -ki genel durum böyledir- yapılacak iş bunlardan birisi ya da her ikisini birden düzenlemektir. Bu şekilde hem spesifik sezgiler hem de daha genel teorik fikirler başarılı bir şekilde, felsefecilerin *yansıtıcı denge* adını verdikleri iç tutarlılık arayışında değiştirilebilir. (Rawls 1971).

Bu tekrarlı süreç, özel bir teorik pozisyonun sınırlarını açığa çıkartabilir. Örneğin, sağlığın maksimum düzeye çıkartılması konusunda nesnel bir faydacı görüş benimseyen bir kişi, o hedefe ulaşmak için kullanılan zorlama düzeyine kısıtlama getirecektir. Belki de bu sınırlamalar, karşılıklı saygı konusundaki liberal fikirlerin ona karşı durduğu sezgisel itiraz pozisyonundan kaynaklanmaktadır. Kendi kendine yaptığı değerlendirmelerden ve farklı vakaları göz önüne aldıktan sonra, karışık bir pozisyona ulaşabilir ki buna “hakların kısıtlandığı faydacılık” adı verilebilir.

Karışık etik pozisyonlara yönelik tavrımız, daha genel -etik teori görüşümüze dayanmaktadır. Etik konuların normalde kamu politikası tartışmalarında tartışıldığı basitleştirilmiş terimlerin kesinlikle farkındayız. Çoğu sağlık sektörü reformu tartışmasında kullanılan kelimeler -örneğin, “haklar” veya “iyi oluş hali” veya “toplum” veya tek başına “sağlık” gibi kelimeler - fiili sorunların karmaşık yapısını mükemmel bir şekilde yansıtmamaktadır. Aynı peyzajın, ressamlar tarafından keskin farklı biçimlerde çizilmiş resimleri gibi, farklı etik teoriler herhangi bir manzaraya ilişkin farklı perspektifler yakalamakta ve dikkatimizi farklı özelliklere ve yapılara çekmektedir. Her bir yorum genel manzaranın tam olarak anlaşılmasına katkıda bulunabilir, bu kısmen izleyicinin her bir perspektifi kabul edebilme istekliliğine bağlıdır.

Ancak, sağlık reformcularının, kendi etik görüşlerinde tutarlılık ve uyumluluk peşinde olmaları gerektiğine inanıyoruz. Yani, “açık büfe etiği” tanımında ifade edildiği gibi, önümüzde duran farklı teorilerden sadece birini tutup seçmekten daha fazlasını

yapmalıyız. Eğer yapacağımız tek şey bu ise bu durumda etik teori, bir vitrin dekorasyonu haline gelmekte, daha önceden seçilmiş olan pozisyonun, herhangi bir analitik güç olmaksızın benimsenmesi olarak kendini göstermektedir.

Uyumluluk ve açıklık, birkaç nedenle çok önemlidir. Öncelikle, bunlar birinin görüşlerini daha açıklanabilir kılmaktadır. Bu, sağlık reformu teklifleri hakkındaki kamusal tartışma bakımından önemlidir. Uyumluluk ve açıklık, anlaşma ve anlaşmazlık için potansiyel teşkil etmekte, diğerlerinin neyin önemli olduğunu anlamalarına ve etik pozisyonlarını, bağlantısız argümanların karmaşasının izin vereceğinden daha etkili bir şekilde değiştirmelerine veya savunmalarına izin vermektedir. Açıklık, şeffaflık ve hesap verebilme sorumluluğuna katkıda bulunmaktadır. Eğer söz konusu değerleri açık bir şekilde ifade edemezlerse reformcuların kendi politika önerilerinin ötesindeki değerler için hesap verilebilir kılınması daha zor hâle gelmektedir (Roberts ve Reich, 2002; Gutmann ve Thompson, 1996)

Bu yüzden karışık etik görüşün savunucuları, özel seçimleri için uyumlu bir mantık çerçevesi sağlamaya hazırlıklı olmalıdır. Başta verdiğimiz, fayda arayışında olmanın belli haklarla sınırlandırılacağına inanan kişi örneğimizi ele alın. Bu kişi, bu iki ilkenin bulunduğu yere neden sınırların çizildiğine ilişkin nedenler sunabilmeli ve diğerlerine, neden bu tür bir faydacı hedef ve hak karışımını kabul etmeleri gerektiğini açıklayabilmelidir.

Ayrıca, sağlık reformu için bir etik duruşun geliştirilmesinin devam eden bir süreç olduğu ile bir kerelik ve herkes için olan bir iş olmadığını anlamaları önemlidir. Sağlık sistemi sorunlarının karmaşıklığı ve etik analiz kategorilerinin sınırları, sürecin devam etmesini sağlamaktadır. Bölüm 2’de ele alındığı gibi reformcular, sağlık sektörü reformu döngüsünde dolaşırken etik olarak, aynı zamanda bilimsel ve siyasi yönden gelişmeli ve bir şeyler öğrenmelidir.

Özet ve Tartışmalar

Bu bölümde ele aldığımız etik teorinin kendine has soruları vardır, bu sorular çözülmemiş konuları yansıtmaktadır:

- Faydacılara göre, iyi oluş hali nasıl ölçülmelidir?
- Liberallere göre, insanların hangi hakları vardır?
- Toplumculara göre iyi bir toplumun sınırları ve değerleri nelerdir?

Her bir etik teori, sağlık reformunda alınması gereken kararlara kılavuzluk yapabilecek önemli anlayışlar sunmaktadır. Faydacılar sonuçlara odaklanmakta –insanların nereye varacağı-; liberaller haklar ve fırsatlara odaklanmakta –insanların nereden başladığı-; toplumcular üretmeye çalıştığımız birey ve toplum türlerine odaklanmaktadır.

Bu kitabın dört yazarı, özünde belli eşitlikçi anlayışları bulunan etik bir bakış açısını ele almıştır. Ulusların, vatandaşları arasında durumu en kötü olanların kullanabileceği fırsatları geliştirmeyi bir öncelik olarak değerlendirmesi gerektiğine inanıyoruz. Bu, söz konusu bireylerin sağlık, ekonomik ve sosyal statülerinin geliştirilmesi için uyumlu bir çabanın sarf edilmesi anlamına gelmektedir. Bu taahhüt, hükümetlerin, toplumun en dezavantajlı grupları için hem finansal risk korumasını sağlamasını hem de temel sağlık hizmetlerine etkili erişim sağlamasını gerektirmektedir. Ancak şuna da inanıyoruz ki bu tür hedeflere ulaşmak için, maliyet etkililik ve verimlilik konuları göz önüne alınmalıdır.

Sınırlı kaynaklarla hiçbir ülke, özellikle de yoksul bir ülke, mümkün olan en düşük maliyetle hedeflere ulaşma zorunluluğunu önemsememeyi kaldıramaz.

Ancak, tüm reformcuların bizim bakış açımızı paylaşması gerektiğine inanmıyoruz. Bunun aksine, farklı etik teorilerini incelememizin nedeni, ahlaki görüşlerde bir derecede çoğulculuk olduğunu kabul etmemizdir. Herkes, bu konuları aynı şekilde değerlendirmeyecektir. Pratikte, yerel kültür ve politika, farklılığın olmasını sağlayacaktır. Ulusal politikalarını formüle ederken bu tür farklılıkları göz önüne almak reformcuların sorumluluğu altındadır.

Aslında, sağlık reformuna dâhil olan herkes, kendileri için kişisel değerlerinin neler olduğuna ve bu değerleri ne düzeyde iletirmek istediklerine karar vermelidir. Bu süreçte, siyasi kurumlar ve iktidar yapıları kişisel değerlerle çakışan cevaplar verdiğinde zor sorular ortaya çıkmaktadır. Eğer parlamento veya başbakan veya sağlık bakanı, sizin katılmadığınız bir politikayı destekliyorsa siz bu kararları hangi meşruiyet ölçüsünde tartışacak, protesto edecek veya göz ardı edeceksiniz? Cevap, kararı üretmiş olan sürecin kalitesine bağlı olabilir. Süreç ne kadar hesap verebilir, açık ve demokratik olursa muhaliflerden de gelse cevap o kadar saygıdeğer olacaktır (Applbaum, 2000).

Cevap aynı zamanda konunun reformcu tarafından ne kadar önemli olarak değerlendirildiğine bağlı olabilir. Dar teknik konular üzerindeki tartışmalar yerine temel ilkeleri içeren anlaşmazlıkların tartışmaya açılması daha faydalı olacaktır. Yine de reformcular, uzmanlıkları ve yetkileri ile birlikte gelen sorumluluktan kaçınamazlar. Siyasi liderler, genellikle ne istediklerini bilmemektedir. Yasalar muğlak veya çelişkili politikalar üretebilir. Siyasi süreç bir insan kurumudur. (Eğer sağlık sektörü reformu başarılı bir şekilde üstlenilmek isteniyorsa bu süreç anlaşılmalı ve yönetilmelidir.)

Sağlık reformu çabaları bakımından politikanın merkezi konumda olduğu göz önüne alındığında, bu süreçlerin anlaşılmasına ve bunların nasıl etkileneceğinin incelenmesine geliyoruz. Gelecek bölümlerde hem etik hem de politikanın kritik roller üstlendiği bir bağlamda, reform önceliklerini belirleme sorunlarına döneceğiz.

Kaynaklar

- Anand, Sudhir; and Kara Hanson. 1997. "Disability-Adjusted Life Years: A Critical Review." *Journal of Health Economics* 16: 685-702.
- Applbaum, Arthur I. 2000. *Ethics for Adversaries: The Morality of Roles in Public and Professional Life*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Arrow, Kenneth J. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care." *American Economic Review* 53: 941-73.
- Bell, Daniel A. 1997. "A Communitarian Critique of Authoritarianism: The Case of Singapore." *Political Theory* 25(1): 6-32.
- Bentham, Jeremy. 1789. *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. Edited by J. H. Burns and H. L. A. Hart. New York: Oxford University Press, 1996.
- Bloom, Irene. 1996. "Confucian Perspectives on the Individual and the Collectivity." In: Irene Bloom, J. Paul Martin, and Wayne L. Proudfoot, eds., *Religious Diversity and Human Rights*. New York: Columbia University Press, 114-51.

- Boas, Franz. 1932. *Anthropology and Modern Life*. New York: W. W. Norton.
- Bodenheimer, Thomas. 1997. "The Oregon Health Plan—Lessons for the Nation." *New England Journal of Medicine* 337: 651-5, 720-3.
- Culyer, Anthony J.; and Joseph P. Newhouse. eds. 2000. *Handbook of Health Economics*. New York: Elsevier.
- Daniels, Norman. 1985. *Just Health Care*. New York: Cambridge University Press.
- Dewey, John. 1929. *The Quest for Certainty: A Study of the Relation of Knowledge and Action*. New York: Putnam.
- Dworkin, Ronald. 1993. "Justice in the Distribution of Health Care." *McGill Law Journal* 38: 883-98.
- Feldstein, Paul J. 1993. *Health Care Economics*. Albany, N.Y: Delmar Publishers.
- Folland, Sherman; Allen C. Goodman; and Miron Stano. 2001. *The Economics of Health and Health Care*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Graaff, J. de V. 1967. *Theoretical Welfare Economics*. New York: Cambridge University Press.
- Griffin, James. 1986. *Well Being: Its Meaning, Measurement and Moral Importance*. New York: Oxford University Press.
- Gutmann, Amy; and Dennis Thompson. 1996. *Democracy and Disagreement*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hardon, D. C. 1991. "Setting Health Care Priorities in Oregon: Cost-effectiveness Meets the Rule of Rescue." *Journal of the American Medical Association* 265: 2218-25.
- Harman, Gilbert. 1977. *The Nature of Morality: An Introduction to Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Johnson, Mark. 1993. *Moral Imagination: Implications of Cognitive Science for Ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kant, Immanuel. 1788. *Critique of Practical Reason*, English trans. by L.W. Beck. New York: Liberal Arts Press, 1956.
- Keeler, Emmett B.; and Shan Cretin. 1983. "Discounting of Life-saving and Other Non-monetary Effects." *Management Science* 29: 300-6.
- Kennedy, I.; R. A. Sells; A. S. Daar; et al. 1998. "The Case for 'Presumed Consent' in Organ Donation." *The Lancet* 351: 1650-2.
- Kimura, Rihito. 1998. "Organ Transplantation and Brain-Death in Japan: Cultural, Legal and Bioethical Background." *Annals of Transplantation* 3(3): 55-8.
- Kuah, Khun E. 1990. "Confucian Ideology and Social Engineering in Singapore." *Journal of Contemporary Asia* 20(3): 371-83.
- Lyotard, Jean Francois. 1984. *The Postmodern Condition: A Report on Knowledge*. Trans. By Geoff Bennington and Brian Massumi. Minneapolis, MN: University of Minneapolis Press.
- Marglin, Stephen A. 1967. *Public Investment Criteria: Benefit-Cost Analysis for Planned Economic Growth*. Cambridge, MA: MIT Press.
- McDowell, Ian; and Newell Claire. 1987. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- Mead, Margaret. 1964. *Continuities in Cultural Evolution*. New Haven, CT: Yale University Press.

- Mishan, Edward J. 1988. *Cost-Benefit Analysis*. London: George Allen and Unwin.
- Moss, A. R. 2000. "Epidemiology and the Politics of Needle Exchange." *American Journal of Public Health* 90: 1385-7.
- Murray, Christopher J. L. 1994. "Quantifying the Burden of Disease: The Technical Basis for Disability-Adjusted Life Years." *Bulletin of the World Health Organization* 72(3): 495-509.
- Nightingale, Florence. 1858. *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency, and Hospital Administration of the British Army*. London: Harrison and Sons.
- Nozick, Robert. 1974. *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic Books.
- Obermeyer, Carla Makhlof. 1999. "Female Genital Surgeries, the Known, the Unknown and the Unknowable." *Medieval Anthropology Quarterly* 13: 79-106.
- Olsen, J. A. 1993. "On What Basis Should Health Be Discounted?" *Journal of Health Economics* 12: 39-53.
- O'Neill, Onora. 1989. *Constructions of Reason: Explorations of Kant's Practical Philosophy*. New York: Cambridge University Press.
- Parsonage, M.; and H. Neuberger. 1992. "Discounting and Health Benefits." *Health Economics* 1: 71-6.
- Putnam, Hilary. 1990. *Realism with a Human Face*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Quade, Edward S.; and Hugh J. Miser, eds. 1985. *Handbook of Systems Analysis: Overview of Uses, Procedures, Applications, and Practice*. New York: North-Holland.
- Rawls, John. 1971. *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- (Samuel Freeman, ed.). 1999. *Collected Papers: John Rawls*. Cambridge, MA: Harvard University Press. See in particular "Distributional Justice" and "Distributional Justice: Some Addenda."
- Roberts, Marc J.; and Michael R. Reich. 2002. "Ethical Analysis in Public Health." *The Lancet* 359: 1055-9.
- Rorty, Richard. 1989. *Contingency, Irony, and Social Solidarity*. New York: Cambridge University Press.
- Sandel, Michael J. 1982. *Liberalism and the Limits of Justice*. New York: Cambridge University Press.
- Sen, Amartya. 1999. *Development as Freedom*. New York: Knopf.
- Veatch R. M.; and J. B. Pitt. 1995. "The Myth of Presumed Consent: Ethical Problems in New Organ Procurement Strategies." *Transplant Proceedings* 27: 1888-91.
- Weinstein, Milton C; and William B. Stason. 1977. "Foundations of Cost-Effectiveness Analysis for Health and Medical Practices." *New England Journal of Medicine* 296: 716-21.
- Wenz, Peter S. 1986. "CBA, Utilitarianism and Reliance Upon Intuitions." In: George J. Agich and Charles C. Beyley, eds., *The Price of Health*. Boston, MA: D. Reiche Publishing Co.
- Williams, Bernard. 1973. "A Critique of Utilitarianism." In: J. J. C. Smart and Bernard Williams, eds., *Utilitarianism For and Against*. New York: Cambridge University Press.
- Wong, J. 1996. "Promoting Confucianism for Socioeconomic Development: The Singapore Experience." In: Tu Wei-ming, ed., *Confucian Traditions in East Asian Modernity*.

- Cambridge, MA: Harvard University Press.
- World Bank. 1993. *World Development Report: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. 2000. *World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.

Tüm politika reformları gibi sağlık sektörü reformu da temelde bir siyasi süreçtir. Bölüm 2’de vurguladığımız gibi, akıllı politika geliştiriciler, politika analizine politika döngüsünün erken aşamasında başlar, politika analizini politika geliştirildikten sonra ertelemeyiz. Bir politikanın siyasi etkilerinin değerlendirilmesini beklemek, benimseme olasılığı az olan tekliflere neden olabilir. Politika geliştirme konusundaki teknik iş ve fizibilite değerlendirmesi konusundaki siyasi işin *aynı zamanda* olması gerekir. Politika analizi ve siyasi stratejiler, politika döngüsünün her bir aşamasında gerekmektedir. Şekil 2.1’de gösterildiği gibi “siyasi karar” kutusu ile sınırlı kalması gerekmez.

Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık reformu savunucuları, her zaman yüz yüze kaldıkları siyasi meydan okumaları görmemiş veya ihtiyaç duydukları siyasi stratejileri geliştirmişlerdir. Ana sağlık reformlarının sınırlı siyasi analizine verilecek bir örnek, 1993 tarihli *Dünya Kalkınma Raporu*dur (Dünya Bankası, 1993). Bu rapor, ülkelerin yoksul ülkelerde sağlık yatırımlarının verimliliğini geliştirmek için neler yapması gerektiğine ilişkin yedi bölüm içermektedir. Ancak sağlık sektörü reformu sürecine ilişkin sadece beş paragraf vardır (Reich, 1997). Ayrıca, rapor, sağlık sektörü reformu konusundaki “sürekli ve karmaşık mücadele” ismini verdiği sürecin nasıl yönetileceği konusunda birkaç somut veya spesifik fikir sağlamıştır. Basitçe şu gözlemlerde bulunmuştur: “Sağlık sektöründe geniş kapsamlı reformlar, sadece yeterli siyasi irade olduğunda ve sağlık sektöründeki değişiklikler, kapasiteli planlayıcılar ve yöneticiler tarafından tasarlanıp uygulandığında mümkündür.” (Dünya Bankası, 1993; 15). Sağlık sisteminin performansı konusundaki *2000 Dünya Sağlık Raporu*, paydaşların harekete geçirilme-

sinin önemi konusunda bir paragraf ekleyerek politikanın rolüne daha fazla değinmiştir. (DSÖ, 2000; 134). Ancak bu rapor, politikayı, daha kapsamlı “önderlik” işlevi dâhilinde sınıflandırmıştır. Bu terim, hükümetin, sosyal refah konusundaki sorumluluğu ile güven ve meşruiyet konusundaki endişesini ifade etmektedir (s.119). DSÖ raporu, siyasi analiz veya siyasi stratejiler konusuna çok az değinmiştir, biz ise bunların, sağlık sistemi performansını geliştirme çabalarının önemli bileşenleri olduğunu düşünüyoruz.

O zaman sağlık reformcuları, planlarının benimsenerek uygulamaya koyulma şanslarını artırmak için siyasi stratejileri nasıl geliştirmeli ve uygulamaya koymalıdır? Bizim yaklaşımımız, sistematik ve sürekli siyasi analizin önemini vurgulamaktadır. Öncelikle, genelde kamu politikası ve özelde sağlık sektörü reformu için gündemin nasıl belirlendiğini ele alıyoruz. Daha sonra, paydaş analizini kullanarak bu gündem belirleme sürecinin nasıl yönetileceğini ele alıyoruz. Bu, hükümetin içinde ve dışında, politika seçimi sürecini etkileyebilecek ilgili gruplar ve bireylerin analiz edilmesinin sistematik bir yoludur. Daha sonra, bir politika reformunun benimsenme şansını artırmak için dört temel siyasi strateji sunuyoruz ve kazanan bir siyasi koalisyonun nasıl oluşturulacağı konusunda müzakere teorisinden dersler çıkararak sonlandırıyoruz. Son olarak, sağlık reformcularının yüz yüze kaldığı kişisel kararlar da dâhil olmak üzere siyasi strateji oluşturmanın bazı etik yönlerini ele alıyoruz.

Sağlık Reformu İçin Gündem Belirleme

Belli bir ülke için sağlık reformu gündemini ne belirler? Buna verilecek naif bir cevap şu olabilir: “Kamunun dikkati, sağlık hizmetleri sisteminin performansının başarısız olduğu alanlara odaklanmaktadır.” Ancak, politika yapımcıların, kamunun dikkat noktaları olarak tanımladığı sorunlar, uzmanların başarısız veya yüksek öncelikli olarak tanımladığı sorunlar olmayabilir. (Bu konuyu Bölüm 2’de ele alıyoruz.) Örneğin, Gana’da, rahim kanserinin hastalık yükü göğüs kanserini fazlaca aşmaktadır. Ancak farklı sosyal ve siyasi süreçler nedeniyle politika odağı rahim kanserinden çok göğüs kanseri üzerine odaklanmaktadır (Reichenbach, 1999). Bu örnekte de ortaya konulduğu gibi “olgular”, sağlık sektörü reformu için öncelikler belirlemede kendileri adına konuşmamaktadır. Daha geniş olarak ifade etmek gerekirse kamu politikası odağı için seçilen konuların, etik analize dayalı olarak birinin yapacağı seçimlere veya performans hedeflerinin bir değerlendirmesine karşılık gelmesi gerekmez. (Bu konu Bölüm 3 ve Bölüm 5’te ele alınmıştır.)

Uygulamada, sağlık sektörü sorunları, daha geniş sosyal ve siyasi süreçler aracılığıyla kamu sorunları olarak tanımlanmaktadır (Reich, 1995). Konular bir kamu dikkati konusu olarak siyasi yaşama girip çıkmaktadır. Buna “konu dikkat döngüsü” adı verilmektedir (Downs, 1972). Gündem belirleme sürecindeki konulara odaklanan kamu dikkatini belirleyen önemli faktörlerden bazılarını göz önüne alalım.

Kitle iletişimi hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, bu kamusal tartışma konu döngüsünü şekillendirmede önemli bir rol oynamaktadır. Medya, özel sorunları kamusal sorunlar haline dönüştürebilir, kamu ve siyasi elitler arasında farkındalık

oluşturabilir ve kamusal tartışmanın sınırlarını ve sembollerini şekillendirebilir. Konu döngüsü, kısmen ekonomik teşviklerden etkilenir. Gazeteler, dergiler, radyo ve televizyon istasyonları, ister doğrudan satış ister reklam yoluyla olsun, sirkülasyondan gelen gelirlere dayanmaktadır. Okuyucular, dinleyiciler ve izleyiciler haberleri kısmen eğlence olarak tüketmektedir. Zaman içinde hikâyeler eskidikçe ve sıkıcı olmaya başladıkça medyanın izleyicileri ve okuyucuları çekebilmek için yeni, ilginç konular bulmak için her türlü nedeni mevcuttur. Medyanın spesifik konulara olan ilgisi aynı zamanda özel siyasi partilerin sahipliği veya onlarla olan ilişkilerden de etkilenebilir ve devletin siyasi eleştirisi konusunda toleransının olmaması ve temel özgürlüklere saygı duymasıyla sınırlandırılabilir -basın özgürlüğü gibi-.

Önerilen çözümlerin bulunabilirliği de bir konunun tanımlanmasını etkilemektedir. Bölüm 2’de kaydettiğimiz gibi, bir sorunun tanımlanması, bir “çözümün” bulunması ile ilgilidir. Bu genellikle aktif bir süreçtir ve çözümü desteklemek için çalışan kararlı bir şahsın veya örgütün bulunmasına bağlıdır. Örneğin, uluslararası kurumlar bazen, misyonlarına uygun spesifik çözümlere dikkati odaklamak ve ülkelerde siyasi gündem belirlemek konusunda anahtar bir rol oynamıştır (Reich, 1995). Örneğin 1970’lerde ve 1980’lerde, UNICEF, yüksek bebek mortalite oranlarını çözmeye yönelik Büyümenin izlenmesini, Oral rehidrasyonu, Emzirmeyi ve Aşılama’yı (GOBI) destekleme yönünde çaba sarf etti (UNICEF, 1985). Uluslararası kurumlar, politika çözümlerini desteklemek için farklı birçok araç kullanmaktadır ki buna güçlü teşvikler ve diplomatik baskı dâhildir. Bu araçlar, hedefli kredileri ve ödülleri ve yardımları için farklı koşulların uygulanmasını içermektedir. Bu durumlarda, uluslararası kurumlar *politika girişimcileri* haline gelmektedir -yani, özel bir konuyu ve özel bir çözümü desteklemek isteyen aktörler- (Kingdon, 1995).

Ulusal kapsamlarda, aynı zamanda politika girişimcileri de mevcuttur. Örneğin, çocuk pornografisi konusundaki yasal girişimlere başarılı bir şekilde odaklanmış olan Japon kadın parlamenterler grubunun çabalarını (Strom, 1999) veya kendi düşen gelirlerini sağlık reformu için bir sorun olarak tanımlamaya çalışan Doğu Avrupa’daki doktorların çabalarını (Bossert ve Wlodarczyk, 2000) ele alın. Bir grubun, siyasi ve sosyal dikkati sağlık sisteminin özel bir yönüne odaklama kapasitesi, birçok faktöre dayanmaktadır ki buna, kendi kaynakları, daha geniş ortamın özellikleri ve siyasi zamanlama dâhildir. Hem ulusal hem de uluslararası düzeylerde sağlık reformu savunucuları genellikle politika girişimcileri olarak işlev görmektedir. Bu rolleriyle, politika döngüsünü (Bölüm 2’de sunulmuştur) ve döngünün her bir aşamasında reformu desteklemek için siyasi gündemi nasıl en etkili şekilde etkileyebileceklerini anlamaları gerekmektedir.

Bir kriz, bir konuyu siyasi gündeme koymak için bir fırsat teşkil edebilir (Rochefort ve Cobb, 1994). Kriz, dikkate alınması gereken, sağlık sistemi sorunlarını vurgulayan deprem gibi doğal bir afet veya bir ekonomik kriz gibi, insanların neden olduğu ve dikkati maliyetli bir şekilde ithal edilen ilaçlara odaklayan ve önemli ilaç politikalarının uygulanması için güç sağlayan bir afet olabilir. Bazı durumlarda, siyasi girişimcilerin özel bir politika reformunu uygulamaya koyması için yıllara ihtiyacı vardır ve sadece doğru kriz ve siyasi koşul kombinasyonu bir araya geldiğinde başarıya ulaşılmaktadır. Bu durum, 1983 yılında Bangladeş’te siyasi diktanın yönetimi ele geçirmesi ile

gerçekleştirilen ilaç eczacılık politika reformu örneğinde gözlenebilir (Reich, 1994 b).

Siyasi döngüler ve zamanlama da bir ülkenin politika gündemine hangi konuların gireceğini etkilemektedir (Heclo, 1974). Dikkati daha çok spesifik konulara odaklayarak farklı gruplar ve bireyler, özellikle seçim zamanlarında siyasi avantaj için mücadele etmekte ve politika gündemine ilişkin endişelerinin kabul edilmesine çalışmaktadır. Bir konu bariz hâle geldiğinde, bir politika önerisi alternatif teklifler oluşturma eğilimine girer. Bu arada rekabet halindeki gruplar, her bir grubun avantajına olacak şekilde konuya sahip çıkma yoluna girer. Bir konu siyasi gündeme girdiğinde, diğer konuları gündem dışına itme eğilimindedir. Bir ülke bir seferde sadece sınırlı sayıda önemli sosyal reform konusunu göz önüne alabilir. Politika girişimcileri sadece sorunu alternatif sorunlardan daha çekici bir şekilde tanımlamakla kalmamalı, aynı zamanda rakip konulardan daha çekici hale gelmesine çalışmalıdır. Bu yüzden, siyasi zamanlama önemlidir; çünkü politika değişimi için fırsat penceresi genellikle sınırlıdır ve beklenmedik olaylara maruz kalabilir (Kingdon, 1995). Politika girişimcilerinin, pencerenin ne zaman açılacağı, ne kadar süre açık kalacağı ve politika değişikliklerinin pencere içinden nasıl hızlıca geçirileceği –kapanmadan önce- konusunda bir anlayış geliştirmesi gerekmektedir.

Politika gündemindeki değişiklikler, aynı zamanda siyasi sisteme yeni aktörler girdiğinde de gerçekleşir. Örneğin, yeni sağlık bakanı genellikle görevi devraldıktan kısa süre sonra yeni bir politika tanımlamaya girişir. Bu tür önerilerin amacı sadece sosyal sorunları çözmek değil, aynı zamanda gelecek nesiller için bir politik miras oluşturmak ve bakanın, süresi dolduğunda görevde kalmayı ve ödül almayı hak ettiğini göstermektir (bu arada, bakanların görev sürelerinin kısa olduğu, birçok gelişmekte olan ülkede altı ay ile bir yıl arasında değiştiğinin altı çizilmelidir).

Bakanın politik gündemi nasıl tanımlayacağı, daha geniş düzeydeki siyasi teşviklerle ve devlet başkanının görüşleri de dâhil olmak üzere spesifik politikaların algılanan maliyetleri ve faydaları ile şekillenecektir. Bir sağlık bakanı tarafından gerçekleştirilecek bu gündem belirleme süreci, Mısır’da, 1983 yılında okul yaşındaki çocuklar için sağlık sigortası getirilmesi konusunda, yeni bir politika tasarlama yönündeki kararda ortaya konulmaktadır (Nandakumar ve arkadaşları, 2000). Kolombiya’da, sağlık bakanı senatörlerle birlikte çalışarak sağlık reformu kanununun geçirilmesini sağlamak için, anahtar yasama organları ile ittifaklar geliştirmiştir (González-Rossetti ve Ramírez, 2000). Bu örnek, bir politika girişimcisinin, gündem belirlemek için bir strateji geliştirirken spesifik politika ortamının siyasi koşullarını nasıl göz önüne alması gerektiğini göstermektedir.

Politika girişimcileri aynı zamanda sistemin nasıl daha iyi hâle getirileceği konusunda inançları temelinde hareket etmektedir –bunlar genellikle kişisel deneyimlerin ve bir ahlaki liderlik hissinin şekillendirdiği inançlar ve değerlerdir- (Coles, 2000). Ruh hastaları için daha iyi hizmet verilmesini savunanlar, ruhsal hastalığı olan bir aile üyesine sahip olabilir ve bu yüzden yetersiz hizmet ve bunun aile üzerindeki etkisi konusunda kişisel deneyim yaşamış olabilirler. Bir trafik kazası nedeniyle kişisel kayıp yaşamış olan bir politikacı, güvenliği artırmak için emniyet kemerlerini zorunlu kılan yasaların çıkartılması yönünde baskı yapabilir. İdeoloji ve profesyonel eğitim, bir politika girişimcisinin seçtiği konuları etkileyebilir. Örneğin, halk sağlığı çalışanları genellikle korunmanın değerli olduğuna inanırlar ve bu inançları, ele alınacak sorun

seçimleri ve tanımlamalarını etkilemektedir.

Hükümetteki ani değişiklikler, sağlık sektörü reformu için bir fırsat teşkil edebilir. Örneğin bu, bir askeri dikta darbe ile yönetime geldiğinde söz konusu olabilir. Ancak otoriter liderler bile, güçlü çıkar grupları ve yeni politika muhalifleri ile mücadele etmek için siyasi stratejiler tasarlamalıdır. Bangladeş'te, 1983 yılındaki yeni askeri hükümet, görevinin başlangıcında yeni ilaç eczacılık politikalarını hızlı bir şekilde kabul etmiş ve uygulamıştır. Ancak doktorlar birliğinden gelen kalıcı muhalefet nedeniyle yedi yıl sonra yeni bir sağlık politikası çıkartmaya zorlanmıştır (Reich, 1994 b). Şili'de, Pinochet rejimi, 1979 yılında sağlık reformuna tıp ve halk sağlığı gruplarından gelen önemli muhalefetle başa çıkabilmiştir. Ancak askeri hükümetin içinden ve dışından gelen direnç nedeniyle reformların uygulanması için beş ile on yıl arası bir süre gerekmiştir (Jimenez de la Jara ve Bossert, 1999).

Bir toplumun genel kültürü, aynı şekilde bazı konuların kamuda gündeme getirilmesini kolaylaştırarak ve diğer konuları tabu olarak engelleyerek gündem belirleme sürecini etkilemektedir (Douglas ve Wildavsky, 1982). Bu değerler ve inançlar, zamanda özel bir anda özel bir ülkenin kültürü ve geleneklerine -veya ülke dâhilindeki bir topluluğa- özgü olma eğilimindedir. Örneğin, bazı ülkelerde, kız çocukları için yüksek bebek mortalite oranlarını veya zengin yabancılara böbrek satışının gerçekleştiği bir serbest pazarın bulunduğunu tartışmak bir tabudur.

Şunun hatırlanması önemlidir ki kültürel inançlar statik değildir ve zaman içinde değişir. Bu yüzden bir kere kamusal tartışma alanının sınırlarının dışında olarak değerlendirilen konular, sorunlar ve kamusal sorunlar şeklinde tanımlanmaya başlayabilir. Örneğin, konuyu Mısır'da ve dünya çapında tartışmaya açan ve 1994 yılında Kahire'de gerçekleştirilen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'na kadar, kadın sünneti birçok ülkede tabu olarak değerlendiriliyordu (Seif el Dawla, 1999). Bu durum, bir zamanlar tabu olan konuların, nasıl farklı siyasi ve kültürel sonuçlara neden olan sağlık reformu tartışmasına ilişkin kamusal konular haline geldiğini göstermektedir. Kamusal değerlendirme konularının tanımlanması ve seçiminde kültürel değerlerin rolünün anlaşılması, sağlık reformcularına, hangi sorunların nasıl ele alınacağını planlamaları konusunda yardımcı olabilir ki bu konuyu aşağıda ele alıyoruz.

Tabi ki gündem belirleme süreçleri tahmin edilemez olabilir. Kararlı, becerikli ve güçlü bir lider, düşünülemez olanı düşünebilir hâle getirebilir. Bir kriz, bir sorun hakkında dikkati odaklayabilir ve siyasi hesaplamaları değiştirebilir. Bu da politika değişimi için beklenmedik bir fırsat oluşturabilir. Siyaset bilimcisi John Kingdon (1995), başarılı politika değişimi için en iyi fırsatların, üç olay akışının bir araya geldiğinde ortaya çıktığını öne sürmüştür. 1) Nesnel durum, sorun akışı 2) Bir olası çözümün bulunması, politika akışı 3) Siyasi olayların akışı siyasi akış. Kingdon'a göre, bu üç akış çakıştığında, bazı politika cevaplarının ortaya çıkması muhtemeldir -her ne kadar cevap sorunu çözemesede de-.

Bu yüzden sağlık reformcularının, siyasi olayların akışını değerlendirme ve yönetme kapasitesine -nadiren eğitim aldıkları beceriler- ve aynı zamanda nesnel durumu analiz etme ve olası çözümleri tasarlama kapasitesine -genellikle eğitim aldıkları beceriler- sahip olması gerekmektedir. Sağlık reformcularının, kamu politikası için gündemlerin nasıl belirlendiği ve bunların sağlık reformu için gündem belirleme süreçlerini nasıl değiştirebileceğini anlaması gerekmektedir. Kısaca, sağlık reformcularının,

ülkelerindeki gündem belirleme süreçlerinde tanımlandığı şekliyle sorunu kabul etmesi gerekmemektedir. Sağlık reformcuları, ele alınması gerektiğini düşündükleri sorunları tanımlamak için, etik teoriyi (Bölüm 3'te ele alınmıştır) ve performans hedeflerini (Bölüm 5'te ele alınmıştır) kullanabilirler. Bu bağlamda, politika gündemini şekillendirmek için, bu sorun tanımlarının kamusal olarak kabulünü genişletmek amacıyla siyasi süreçleri kullanmalıdırlar.

Bu yüzden sağlık reformcuları, merkezi olarak belli bir politika önerisinin *siyasi fizibilitesi* ile ilgilenmelidir. Öneri kabul edilebilir ve uygulanabilir mi? Ancak fizibilite kavramı ikilemli bir evet/hayır değişkeni değildir. Fizibilite sıfırdan bire kadar değişiklik gösterebilecek olasılıkları içermektedir. Bir politikanın kabul edilmesini sağlama olasılığı duruma ve savunucularının -ve muhaliflerinin- becerilerine ve kararlılıklarına bağlıdır. Her bir grubun elinde hangi siyasi kaynaklar bulunmaktadır ve her biri bu özel savaşı gerçekleştirmek için ne düzeyde hazırlıklıdır? Teknik tekliflerin siyasi sonuçlarını değerlendirme, duygusal kamusal çıkışlar yapma ve kilit siyasi aktörlerle özel anlaşmaları müzakere etme gibi farklı görevlerde ne düzeyde zeki ve etkili şekilde rol almaktadırlar? Bireyleri ve kurumları, sınırlı siyasi kaynaklarını ve sermayelerini bu özel reform çabası yönünde taahhüt etme konusunda ikna edebilirler mi?

Burada liderlik önemlidir. Becerili siyasi liderler, becerili generaller gibi, daha az kapasiteli veya daha az enerjik olanların zorlanacağı savaşları ve kampanyaları kazanabilir (Heifetz, 1994). Bu yüzden, bir politikanın uygun olup olmadığını sormak kısmen reformun savunucuları, onların -ve muhaliflerinin- yaratıcılığı, kararlılığı ve becerileri hakkında soru sormak demektir. Sağlık hizmetleri reformunun kabul edilmesi genellikle, pozisyonlarını gayretle savunacak olan güçlü çıkar sahiplerinin üstesinden gelinmesi veya bunların yönünün değiştirilmesi anlamına gelmektedir.

Bu yüzden, sağlık reformunu, siyasi olarak uygun şekilde inşa etmek, bazı belirsiz "siyasi irade" tezlerinden ziyade, Dünya Bankasının 1993 *Dünya Kalkınma Raporunda* belirttiği gibi, siyasi becerileri, siyasi analizi ve siyasi stratejileri gerektirmektedir. Sağlık reformuna dâhil olan oyuncular, reformun olası siyasi maliyetleri ve faydalarını ilişkin kendi hesaplamalarını yapar ve buna uygun şekilde pozisyon alır ve kaynaklarını harcar. Sağlık reformunun savunucularının, her bir oyuncunun perspektifinden bu hesaplamaları anlaması ve daha sonra bu hesaplamaları etkileyecek ve reform lehine olasılıkları öne çıkaracak stratejiler inşa etmesi gerekmektedir. Bu süreç, siyasi verilerin toplanması ve analizini gerektirmektedir. Bu duruma, farklı oyuncuların farklı reform tekliflerine ne tür cevap verme ihtimalleri olduğu konusundaki öznel değerlendirmeler dâhildir. Bu yüzden bu, sağlık sektörü reformunun politikalarının iyi bir şekilde anlaşılmasını gerektirmektedir.

Sağlık Sektörü Reformu Politikaları

Sağlık sektörü reformunun politikalarının nasıl yönetileceğini anlamak için dört faktör özellikle önemlidir. Bu faktörler, bir konu olarak sağlık reformunun kökenlerini, reform politikalarının içeriğini ve benimsenen programlarının uygulanışını etkilemektedir. Dört faktör şunlardır:

- **Oyuncular:** Reform sürecine dâhil veya politikanın kaderi üzerinde tartışmaya girebilecek olan şahıs ve grup kümesi,
- **Güç:** Her bir oyuncunun siyasi oyundaki göreceli gücü -her bir oyuncunun elinde bulunan siyasi kaynaklara dayalı olarak-,
- **Pozisyon:** Oyuncunun politikayı destekleme veya reddetme durumu ve her bir oyuncu için politika lehine veya aleyhine yönelik kararlılığın yoğunluğu da dâhil olmak üzere her bir oyuncunun aldığı pozisyon -yani oyuncunun, politikayı desteklemek veya politikaya karşı direnmek için harcayabileceği kaynak oranı-,
- **Algılama:** Sorunun ve çözümün tanımlanması ve özel oyuncular için önemli ve sembolik sonuçlar da dâhil olmak üzere politikanın kamusal algılanışı.

Bu dört faktör –oyuncular, güç, pozisyon ve algılama- sağlık reformcularının kabul ettiği siyasi stratejiler aracılığıyla etkilenebilir. Bu bölümün esas amacı, etkili siyasi stratejilerin nasıl tasarlanacağı konusunda kılavuzluk sağlamaktır.

Tabi ki önerilen bir politikanın siyasi fizibilitesi, bu dördünün dışında diğer faktörlerden de etkilenir. Bir politikanın içeriğinin değiştirilmesi, oyuncular arasında siyasi maliyetlerin ve faydaların dağılımını etkileyebilir ve böylelikle siyasi fizibilite hesaplamasını değiştirebilir. Buna ek olarak, bazı kilit oyuncular tarafından benimsenen stratejiler de diğerlerinin davranışını değiştirebilir. Bir oyuncu, diğer oyuncuların gücünü ve pozisyonunu değiştiren eylemlerde bulunabilir. Bazen bu değişiklikler, oyunun kendi kurallarını değiştirir. Sağlık reformcuları için diğer önemli faktörlerin değiştirilmesi veya manipüle edilmesi zor veya imkânsızdır ki buna, kökeni derinlerde olan kültürel inançlar, siyasi kurumların yapısı, uluslararası kurumlar tarafından sunulan teşvikler ve doğal veya ekonomik felaketlerin meydana gelişi dâhildir.

Politika oluşturulması ve siyasi fizibilite hakkında düşünmek için uygun bir metafor ne olabilir? Birincisi, politika oluşturma, tüm oyuncuların eşit olduğu ve sadece önceden belirtildiği şekilde hareket edebilecekleri bir dama oyununa benzemez. Bu daha çok, farklı oyuncular için farklı hareketlerin olduğu ve karşıya geçtiklerinde piyonların kral olabileceği satranç oyununa benzemektedir. Ancak önemli bir fark vardır. Politika oluşturmada, oyunun kuralları stabil değildir ve oyun ilerledikçe değişebilir -beklenmedik veya ani bir şekilde-. Bir politikanın fizibilitesi, kurallar ve bunları kimin kontrol ettiğine göre belirlenebilir. Hiçbir oyuncuya kuralların değişmeden kalacağı garanti edilemez.

Buna ek olarak, sağlık sektörü reformu politikasını zor bir süreç haline getiren -belki de diğer tüm politika reformu türlerinden daha zor hâle getiren- belli *sistemik özellikleri* bulunmaktadır. Bunlar, aşağıdakileri içermektedir:

- **Teknik Karmaşıklık/Zorluk:** Sağlık sektörünün onarılması kolay değildir. Birçok parça ve kısım birbiri ile ilişkilidir ve birçok sonuç ortaya çıkabilir -hem amaçlanan hem de amaçlanmayan-. Kapsamlı bir sağlık reformunun tasarlanması karmaşık bir teknik süreçtir. Çünkü sağlık reformcuları beş kontrol düğmesini farklı yönlerde çevirmektedir. Reformcular genellikle sistemin birçok parçasını aynı zamanda geliştirmeye çalışmakta, bu da programın hem ayrıntılarının hem de genel etkisinin uzman olmayanlar tarafından anlaşılmasını zorlaştırmaktadır. Bu teknik sorun-

lar, oyuncular üzerindeki etkisi ve kamusal karmaşıklığa neden olma potansiyeli nedeniyle siyasi sorunları ortaya çıkartmaktadır.

- **İyi Organize Olmuş Gruplar İçin Odaklanmış Maliyetler:** Sağlık sektör reformu çabaları genellikle doktorlar (genellikle, ulusal tıp birlikleri şeklinde iyi organize olmuştur) veya ilaç eczacılık endüstrisi (genellikle bir endüstri birliği şeklinde organize olmuştur) gibi iyi mobilize edilmiş, güçlü gruplar için odaklanmış yeni maliyetlere neden olmaktadır. Bu odaklanmış maliyetler sorunu, eğer gücü yüksek olan gruplar kendi çıkarlarını korumak için reforma karşı çıkmak için harekete geçerse reform için önemli siyasi engellere neden olabilir.
- **Organize Olmamış Gruplar İçin Dağılmış Faydalar:** Sağlık sektörü reformu genellikle yeni faydaların önceden dezavantajlı olan gruplara, örneğin yoksullar veya kırsal kesim sakinlerine odaklanmasına çabalamaktadır. Bu gruplar genellikle iyi organize olmamıştır veya siyasi olarak bağlantılı değildir. Buna ek olarak, bu değişiklikler, her bir şahıs için iddiasız faydalarla sonuçlanabilir. Düşük gelirli gruplar arasında dağılan maliyetler, reform için önemli siyasi desteğin mobilize edilmesini zorlaştırabilir.

İyi organize olmuş gruplar için odaklı maliyetlerin ve iyi organize olmamış gruplar için dağılmış maliyetlerin kombinasyonuna Mancur Olson (1965), kolektif eylem ikilemi adı vermektedir. Bu kolektif eylem ikilemi politikasının üstesinden gelinmesi, sağlık reformcularının önünde duran önemli bir sorundur. Yukarıda tarif edilen sağlık sektörü reformunun üç özelliği, birlikte önemli siyasi sorunları teşkil etmektedir. Ancak bunlar aynı zamanda, özellikle paydaş analizinin gerçekleştirilmesinde ve siyasi stratejilerin tasarlanmasında, sağlık reformu politikasına yönelik ortak yaklaşımlara da izin vermektedir.

Siyasi Analiz

Reform için siyasi stratejiler tasarlama konusundaki temel yapı taşı, paydaş analizidir. (Reich, 1996). Bu üç aşamada gerçekleşir. Birincisi, ilgili grupların ve bireylerin belirlenmesidir. İkincisi, eldeki siyasi sorun üzerindeki güçlerini tespit etmek için siyasi yapıdaki rollerinin ve siyasi kaynaklarının değerlendirilmesidir. Üçüncüsü, önerilen politikaya ilişkin mevcut pozisyonlarının -kararlılık düzeyleri dâhil- ve arka plandaki çıkarlarının değerlendirilmesidir. Bu analiz, Şekil 4.1’de gösterildiği gibi, Dominik Cumhuriyeti’ndeki sağlık reformu vakası için görsel olarak sunulabilir (Glasman ve arkadaşları, 1999). Paydaş analizi, ilgili grupların ve bunların güç ve pozisyonlarının açık bir şekilde anlaşılmasıyla tamamlandığında, bir sağlık reformcusu bir sonraki aşamaya geçebilir -reformun benimsenme şansını artıran siyasi stratejiler tasarlamak-. Bu paydaş analizi gerçekleştirme ve siyasi stratejileri tasarlama konusundaki analitik görevlere bir bilgisayar yazılım programı olan *PolicyMaker* (Politika Yapıcı) (Reich ve Cooper, 1996) destek olabilir ki bu program, politika analistlerini, politika hakkında nasıl stratejik düşünecekleri konusunda eğitmek için geniş kapsamlı olarak kullanılmıştır.

Yüksek Destek	Orta Destek	Düşük Destek	Mobilize Değil	Düşük Muhalefet	Orta Muhalefet	Yüksek Muhalefet
Teknik İşbirliği Ofisi (Sağlık Reformu için)		Başkan	Kilise	Dominik Sosyal Güvenlik Bürokrasisi Kurumu	Özel Klinisyenler	Dominik Tıp Birliği
Uluslararası Kalkınma Bankaları		Partido de Liberacion Dominicana	Basın	Sivil Toplum Kuruluşu	Organize Sektördeki Çalışanlar	
		Dominik Sosyal Güvenlik Kurumu Direktörü	Ulusal Sağlık Komisyonu			
		Sağlık Bakanı	Üniversiteler			
		Sağlık Bürokrasisi Bakanlığı	Faydalanıcılar			

Yüksek Güç

Orta Güç

Düşük Güç

ŞEKİL 4.1. 1995 Yılında Dominik Cumhuriyeti'nde Sağlık Reformundaki Ana Oyuncular İçin Pozisyon Haritası

Paydaş analizi için güvenilir bilgilerin elde edilmesi -farklı oyuncuların pozisyonları ve gücü hakkında- çok zor olabilir. Sofistike siyasi oyuncular, örneğin, güçlerini maskeleyerek veya abartarak, kritik politika konularına ilişkin müzakerelerde avantaj kazanmak için kasti olarak başkalarını yanlış yönlendirebilir. Bazen, böyle bir tartışmada iki tarafı da oynayabilirler. Bir oyuncunun gücünü, belli bir düzeyde değerlendirseniz bile, belli bir konuya ilişkin ne kadar çaba harcayacaklarını bilmeniz zor olabilir. Kamusal beyanlar, anahtar oyuncuların kamusal pozisyonlarını açığa vurabilir, ancak bu pozisyonlar, oyuncuların bir karar için baskıya maruz kaldıklarında nihai olarak alacakları fiili pozisyonları temsil etmeyebilir. Analistlerin tespit edecekleri en önemli görev, paydaşların *esas* pozisyonu ve gücüdür -hangi pozisyonlardan vazgeçmek iste-

medikleri ve hedeflerinin karşılanmasını sağlamak için ne miktarda kaynak mobilize edecekleri-. Bu bilgilerin bulunması, spesifik oyuncular hakkında fazla kaynakların elde edilmesini ve dikkatli bir şekilde karar verilmesini gerektirir (bunlar, analist ekibinin farklı perspektiflerden değerlendirdiği sorulardır).

Paydaş analizi, iki farklı analiz modelini birleştirmektedir. Bunlardan birisi, çıkar grup analizidir (Lindblom, 1965). Bu, özel işletmeler ve sivil toplum kuruluşları da dahil olmak üzere özel bir yönde hükümeti hareket ettirmeye çalışan sosyal grupların anlaşılmasından oluşmaktadır. İkinci analiz modeli, bürokratik politikaları incelemektedir ve hükümet dahilindeki kurumlar ve bireyler arasındaki rekabete odaklanmıştır (Downs, 1967). Sağlık sektörü reformu ile ilgili paydaşlar iki tür oyuncuyu içermektedir. Hükümet dışındakiler ve hükümet içindekiler. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık sektörü reformu için, Dünya Bankası, UNICEF veya Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası örgütlerin faaliyetleri de göz önüne alınmalıdır.

Sağlık sektörü reformu tipik olarak aşağıdaki çıkar grubu türlerini içermektedir:

- **Üretim Grupları:** Doktorlar, diş hekimleri, hemşireler, eczacılar ve diğer sağlık sektörü çalışanları ve bunların birlikleri, yerel ve uluslararası ilaç eczacılık şirketleri ve ekipman imalatçıları,
- **Tüketici Grupları:** Hastalık temelli kurumlar, yerel ve bölgesel tüketici grupları, kadın örgütleri, sigortalı çalışanları temsil eden birlikler, emekliler ve askeri gruplar,
- **Ekonomik Gruplar:** Sağlık sigortası programları olan işletmeler, sağlık politikalarından etkilenen endüstriler (ör. tütün çiftçileri, ilaç satıcıları) ve işlerini kazanan veya kaybeden işçiler,
- **İdeolojik Gruplar:** Siyasi partiler, reform organizasyonları, tek konuya odaklanan savunucular -örneğin, çevreciler, kürtaj karşıtı eylemciler-,
- **Sağlık Geliştirme Grupları:** Çok taraflı kalkınma bankaları, çift taraflı yardım kurumları, uluslararası sağlık örgütleri, sivil toplum kalkınma kuruluşları.

Bu çıkar grubu listesi örnektir. Sağlık reformcularının ellerinde bulunan politikaya dayalı olarak spesifik siyasi koşullara göre listeyi uyarlaması ve en önemli gruplara ve bireylere odaklanması gerekmektedir. Analiz için çıkar grubu oyuncuları listesi konusunda karar vermek, mobilize edilme olasılığı yüksek olan gruplar veya politika tartışmasındaki güç dengesini etkilemek üzere mobilize edilecek olanlar hakkında karar verilmesini gerektirmektedir.

Benzer şekilde, bürokratik grupları incelerken, bir siyasi analist, hangi aktörlerin göz önüne alınması gerektiği ve farklı çizgilerin nereye çizileceği konusunda karar vermelidir. Sağlık Bakanlığı tek oyuncu mudur, yoksa bakanlık ve yakınındaki personel gibi farklı gruplar var mıdır ve bunlar ayrı grup olarak değerlendirilmekte midir? Bu tür sorulara verilecek tek bir doğru cevap bulunmamaktadır. İyi bir siyasi analizin gerçekleştirilmesi bir sanat olduğu kadar bir bilimdir de. Hedef, bağımsız bir şekilde hareket edebilecek ve önemli politika kaynaklarını kontrol edebilecek önemli oyuncuları belirlemektir. Ancak çok fazla ayrı oyuncuları değerlendirmek, analizi hantal ve sınırlandırıcı hâle getirmektedir.

Sağlık Bakanlığına ek olarak, aşağıdaki hükümet aktörleri, genellikle sağlık sektörü reformu tartışmalarında ve kararlarında önemli roller oynamaktadır:

- **Maliye Bakanlığı:** Özellikle eğer reform sağlık hizmetlerinin finansmanında değişiklikleri ve Sağlık Bakanlığının bütçesindeki değişiklikleri içeriyorsa,
- **Sosyal Güvenlik Kurumu:** Özellikle eğer reform teklifi , sağlık hizmetleri sunumunda değişiklikleri ve devlet sağlık tesislerinin yeniden organizasyonunu içeriyorsa,
- **Ekonomi veya Planlama Bakanlıkları:** Eğer reform teklifi, genel ekonomik büyüme hakkında hesaplamalar veya borç affı konusunda kararları büyük olasılıkla içeriyorsa,
- **Yerel veya Bölgesel Yönetimler:** Eğer reform teklifi desantralizasyonu içeriyorsa beklenir,
- **Eğitim Bakanlığı:** Okul sağlık politikaları ve tıp fakültelerini etkileyen politikalar için,
- **Tarım, Ticaret ve Sanayi Bakanlığı:** Alkol, tütün, ilaç eczacılık veya tıbbi ekipman politikaları için.

Paydaş listesi derlerken analistin, her bir oyuncu için önerilen politikanın etkilerini değerlendirmesi gerekmektedir. Politika kimi ilgilendiriyor? Kimin hareket etmesi muhtemeldir -veya kim hareket etmeye ikna edilebilir?- Kimin sonucu etkileme potansiyeli vardır? Kimin reformun sonuçlarından pozitif veya negatif şekilde etkilenme olasılığı yüksektir?

Analist aynı zamanda kritik siyasi aktörleri de değerlendirmelidir. Söz konusu politika üzerinde özel gücü olan bireyler veya gruplar. Bazı durumlarda, güçlü bir şahsın politika reformunun benimsenmesi üzerinde veto gücü bulunabilir. Birçok durumda, özel bir grup bir politikanın uygulanıp uygulanmayacağını bile belirleyebilir. Liderlere özellikle dikkat edilmesi gerekmektedir. Başbakan veya cumhurbaşkanı, özel senatörler veya valiler, önemli parlamento gruplarının ve siyasi partilerin liderleri, hepsi önemli olabilir. Medya şirketleri, özellikle de özerk bakış açılarına, partilere veya gruplara yakın olduğu belirlenenler incelenmelidir. Medya organizasyonlarının editörleri veya yöneticilerinin kendi siyasi gündemleri bulunmaktadır ve bu aktörlerin sağlık sektörü reformunun siyasi analizinde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Güç ve Etki Kaynakları

Oyuncuların -politika teklifi ile ilgili gruplar ve bireyler- bir listesini belirledikten sonra, bir sonraki adım, her bir oyuncunun gücünü ve etkisini tahmin etmektir. Bu, her bir oyuncu için aşağıdakilerin bir değerlendirmesinin yapılmasını gerektirmektedir.

- Oyuncunun siyasi kaynakları ve siyasi sistemdeki yeri ki bu, politika kararlarını etkileme konusundaki potansiyel kapasitelerini belirlemektedir.
- Oyuncunun çıkarları, pozisyonu ve kararlılığı ki bunlar, oyuncuların kaynaklarının -ve bu kaynakların ne kadarının- politika tartışmasında nasıl kullanılacağını etkileyecektir.

Siyasi kaynaklar iki şekilde olabilir: Maddi ve maddi olmayan (bk. Tablo 4.1). Maddi kaynaklar arasında para, organizasyon, insanlar, oylar, ekipman ve ofisler vardır ki bunların tamamı bir grubun politika sürecini etkileme kapasitesini etkilemektedir. Para, siyasi katkılar sağlayabilir ve uzmanlık, medya erişimi ve organizasyonel destek gibi diğer kaynakları satın alabilir. İnsanlar literatür dağıtabilir, miting ve gösterilere katılabilir ve özel politika konularında devlet yetkilileri nezdinde lobicilik faaliyetlerinde bulunabilir. Bir kararın bir seçim süreciyle mi yoksa bir yasama süreciyle veya komite aracılığıyla mı yoksa genel seçimle mi alındığına bağlı olarak oylar önemli olabilir. Organizasyonun geri plandaki düzeyi bir grubun tesirini etkileyebilir. Mevcut alt yapıya -ofisler, personel, elektrik, telefon hizmetleri, faks makineleri ve bilgisayarlar- sahip gruplar, politika sürecinde önemli bir avantaja sahiptir. Bu gruplar halihazırda kendilerini organize etmenin işlem maliyetlerini ödemiştir ve bu yatırımı, eldeki konuları etkilemek için kullanabilir. Diğer taraftan yeni bir grubun, organize olma maliyetlerini ödemesi gerekmektedir: Üyeler tutmalı, bir personel tayin etmeli, materyal geliştirmeli ve sistemleri inşa etmelidir. Bu maliyetler, değişime karşıt önyargıyı ve siyasi sistemlerin ataletini takviye edebilir. Çünkü yeni gruplar -ki bunlar yeni bir politika ile ortaya çıkabilir- henüz çıkarlarını ifade etmek ve savunmak için organize olmamıştır.

İkinci siyasi kaynaklar kümesi maddi olmayan kaynaklardır. Bu kaynaklar, politika ve soruna ilişkin bilgileri ve ilgili uzmanlığı içerir ki bunlar, grubun bir pozisyon geliştirmesine izin vermektedir. İki önemli maddi olmayan kaynak, grubun uzmanlığı ve meşruiyettir. Üyelerinin, ister kişisel irtibatlarla ister geçmişteki yakınlıklarla, anahtar karar vericilere erişimi olan gruplar, gücü elde bulunduranlarla bağlantısı olmayanlara göre daha iyi performans sergilemektedir. Sağlık reformcuları aynı zamanda lobicilik sürecini yönetmek için siyasi becerilere gereksinim duymaktadır. Nereye gideceğini, kiminle konuşacağını ve basının ilgisinin nasıl çekileceğini bilmek, bir grubun politika etkisini artıracaktır.

TABLO 4.1. Siyasi Güç Kaynakları

MADDİ	MADDİ OLMAYAN
Para	Bilgi
Organizasyon	Liderlere erişim
İnsanlar	Medyaya erişim
Oylar	Uzmanlık
Ekipman	Meşruiyet
Ofisler	Beceriler

Siyasi kaynakların bu analizi, neden özel grupların sağlık sektörü reformunu şekillendirirken oynadıkları rolü, üstlendiklerini açıklamaya yardımcı olmaktadır. Doktorlar etkili olma eğilimindedir, çünkü bunlar genellikle iyi organize olmuştur. Refah düzeyleri yüksektir, beceriklidir, uzmandır ve diğer oyuncular tarafından meşru gözü-

mektedir. Dahası her üst düzey karar vericinin kişisel bir doktoru vardır. Dolayısıyla, tıp birlikleri, genellikle, tedarikçi ödemesi gibi çıkarlarını doğrudan etkileyen konular başta olmak üzere ilgili konuları, değerlendirilmek üzere siyasi gündeme getirecek ve sağlık sektöründeki politikaları etkileyecek iyi bir konumda bulunmaktadır (Marmor ve Thomas, 1972). Uluslararası ilaç ve eczacılık şirketlerinin genellikle finansal kaynakları ve siyasi bağlantıları nedeniyle önemli düzeyde etkisi vardır. Ancak sınırlı düzeyde halka yakın örgütlenmeleri ve sınırlı sosyal meşruiyetleri vardır ki bu, özel konulardaki güçlerini kısıtlayabilmektedir. Refah düzeyi yüksek olmayan veya iyi organize olmamış gruplar -kırsal kesim yoksulları gibi-, menfaatlerini etkili bir şekilde savunmaya başlamadan önce önemli engellerle yüz yüze kalmaktadır. Kısaca, siyasi güç ve siyasi kaynaklar toplumda eşit bir şekilde dağıtılmamıştır -ve bu dağıtım sağlık reformu politikalarını etkilemektedir-. Sonuç genellikle yukarıda belirtilmiş olan bir tür kolektif (eylem ikilemidir ki bu, reformun önündeki temel siyasi engellere neden olmaktadır).

Farklı türdeki siyasi kaynakların değeri, kısmen siyasi sistemin yapısına dayanmaktadır. Bir ülkedeki, konuşma özgürlüğü ve örgütlenme özgürlüğü olarak ifade edilen demokrasi düzeyi, grup faaliyetlerini kökten etkileyebilir. Bu faktörler, bir toplumdaki güç dağılımını ve siyasi süreçte oluşan katılım türlerini şekillendirir. Birçok gelişmekte olan ülkede, çıkar grupları iyi bir şekilde organize olmamıştır ve hükümetteki siyasi elitler, karar verme sürecine hakimdir (Grindle ve Thomas, 1991). Yine de, sağlık politikası için, doktor birlikleri, ticari birlikler ve ilaç eczacılık imalatçılarının birlikleri genellikle çıkarlarını etkileyen politikalar üzerinde önemli düzeyde etkiye sahiptir. Ayrıca, politika tartışmalarında hükümet dışı örgütlerin rolü, tüm ekonomik ve sosyal politika reformu türleri için gelişmekte olan ülkeler dâhilinde ve uluslararası düzeylerde büyümektedir (Matthews, 1997). Bu nedenle, mevcut sağlık sisteminin hem ekonomik hem de siyasi çıkarları belli çıkar gruplarına nasıl dağıttığı ve diğer grupların faydalarını nasıl kısıtladığını değerlendirmek önemlidir (Reich, 1994a).

Siyasi tartışma üzerinde yaptıkları siyasi analizlerinin bir parçası olarak sağlık reformcularının, farklı oyuncuların elinde bulunan siyasi kaynakların bir envanterini tutması önerilmektedir. Maddi kaynakların maddi olmayan kaynaklardan ayrılması önemlidir. Çünkü oyuncular stratejilerini kaynaklarına dayalı olarak inşa etmektedir. Bu şu anlama gelmektedir ki maddi kaynaklar bakımından zayıf olan oyuncular -örneğin, sınırlı parası ve ekipmanı olan oyuncular-, genellikle maddi olmayan kaynaklara dayanan siyasi stratejilere güvenecektir -örneğin, protesto eylemleri veya meşruiyete yönelik meydan okumalar-. Kendi siyasi kaynaklarınızı bilmeli ve stratejilerinizi bununla uyumlu olarak geliştirmelisiniz. Maddi kaynaklarınız bulunmasa bile, geniş sosyal değerlere bağlayan semboller akılcıca kullanarak bir politika tartışmasında size önemli iltimas kazandırabilecek siyasi stratejileri yine de tasarlayabilirsiniz. Diğer taraftan, güçlü siyasi aktörler, bir politikaya ilişkin pozisyonlarını, politika gündemini kontrol eden yollarla güçlü bir şekilde savunulan kültürel dünya görüşleri ile bağlantılandırarak yeni bir politika konusunun ciddi bir şekilde değerlendirilmesini önlemek için sembolik stratejiler kullanabilirler. (Cobb ve Ross 1997)

Siyasi yapı unsurları da farklı sosyal grupların iltimasını etkilemektedir. Örneğin, bazı gelişmiş ülkelerde, medya temelli seçim ve politika kampanyaları önemlidir.

Bu, parası olanların etkisini artırır, çünkü paranın kamusal tartışmalarda televizyon reklamcılığının yapılması için yaşamsal önemi vardır. Rekabetçi seçimin olmadığı veya devletin radyo veya televizyon yayınına kontrol ettiği ülkelerde, para, özel bir politika pozisyonunu desteklemek için yayın zamanı satın almak bakımından daha az önemlidir. Ancak bozulmuş bir siyasi sistemde, para genellikle karar vericilere erişim kazanmak için veya özel bir politika kararını satın almak için önemlidir. Parlamenter sistemlerde, orantılı temsil, kazananın tek üyelikli seçim bölgelerinin tamamını aldığı yasal sistemlere kıyasla, siyasi liderleri azınlıklara daha fazla odaklanmaya zorlayabilmektedir. Diğer taraftan, tek üyeli seçim bölgesi olan sistemler, sallantıda olan koltukları kontrol edebilecek coğrafi olarak konsantre olmuş gruplara bir avantaj vermektedir. Ancak bu sistemler, günlük durumdaki kararlı inanıcı gruplarının -ki bunların orantısız temsildeki etkisi daha fazladır- etkileri önünde engeller teşkil etmektedir.

Bir grubun mevcut siyasi rekabet yapısındaki rolü, grubun tesirini etkileyebilmektedir. *Sallantıda olan ve temel* gruplar arasında önemli bir ayırım yapılmaktadır. Sallantıda olan bir grup, bir seçimde herhangi bir parti için oy verebilecek veya hükümet yanlısı veya hükümete karşı olabilecek bir yasama grubu olabilir. Bunun aksine bir temel grup, bir partinin kemik desteğini sağlayan sağlam bir üyedir.

Birçok çıkar grubu için, stratejik soru, iktidardaki koalisyonun, grubun görüşlerine dikkat çekecek şekilde nasıl ikna edileceğidir. Bazı durumlarda, bir çıkar grubu, rekabet halindeki tarafların, grubun desteği için yarışmasına neden olmak için sadakatini belirsiz tutma yollarını arayabilir. Örneğin, güçlü sağlık hizmetleri çıkarları, her iki siyasi partiye de ağırlıklı olarak katkıda bulunmaya karar verebilir. Diğer taraftan siyasi liderler, bir yandan sallantıda olan grupların koşullu sadakatini çekmeye çalışırken diğer taraftan taban gruplarının sadık desteklerine dayanarak siyasi güçlerini genişletmeye çalışacaktır. Ancak sallantıda olan bir gruptan destek alabilmek için çok fazla açılmak, taban grubun devam eden desteğini tehdit edebilir ve bir siyasetçinin geri çekilmesine neden olabilir. Bunun bir örneği, Mart 2002'de Hindistan'da Başbakan Atal Behari Vajpayee'nin durumu olarak gösterilebilir. Kendisi, Bharatiya Janata Partisinin temelinde bulunan Hindu milliyetçilerini, Ayodhya'daki eski bir caminin yerine bir Hindu tapınağı inşa etme konusunda yatıştırmaya çalışırken bir yandan da hükümeti ve Müslüman seçmenler için laik ittifakları içeren sallantıdaki gruplara karşı durmaya çalışıyordu (Duggin, 2002).

Çıkar grupları, bu yüzden siyasi sistemdeki rollerini ya yöneten koalisyonda ya da muhalefette bulunan siyasetçilerden imtiyaz aramak için bir kaynak olarak kullanılmaktadır. Seçimler sırasında, gruplar, normal koşullar altında zor olabilecek politikalar konusunda imtiyazlar veya vaatler elde edebilirler. Bu yüzden seçimler, göreceli olarak güçsüz olan grupların, sağlık imkânlarının dağılımı veya sağlık hizmetlerine erişim gibi sağlık politikası konuları üzerindeki etkilerini genişletmesine yönelik fırsatlar sağlayabilir. Ayrıca, bir ülke içindeki devam eden siyasi mücadele veya bir ekonomik kriz, çıkar gruplarının ve bürokratik aktörlerin, sağlık sektöründeki politika kararlarını şekillendirme konusundaki güç dağılımını ve mevcut fırsatlarını değiştirebilir.

Pozisyon ve Kararlılık

Bir grubun siyasi kaynaklarını bilmek, bu kaynakların kullanılıp kullanılmayacağını

veya bunların nasıl kullanılacağına tahmin edilmesini sağlamaz. Bu yüzden paydaş analizinin, her bir grubun politika konusunu nasıl değerlendirdiği ve pozisyonunun ne olduğunu değerlendirmesi gerekmektedir.

Bu yöndeki bir adım, grubun çıkarlarının değerlendirilmesidir. Bunlar, grubun kendisi için bile net olmayabilir ve de bir grubun kendi çıkarlarının peşinde koşması gerekmez. Ancak birçok durumda, çıkarlar politika pozisyonlarını şekillendirmektedir. Örneğin, doktorların gelirlerinin önerilen bir ödeme planı altına düşeceğini bilmek, tıp birliklerinin plana karşı çıkma olasılığının olduğunu göstermektedir. Bir politikanın beklenen ekonomik sonuçları genellikle o politika üzerindeki siyasi pozisyonları belirlemektedir.

Ayrıca, oyuncuların açık olarak üstlendiği pozisyonların incelenmesi de önemlidir. Pozisyonlar, sizin anladığınız şekilde onların çıkarlarına karşılık gelmekte midir? Eğer gelmiyorsa, bu farklılık nasıl açıklanabilir? Bunun nedeni bazı grupların kafasının karışmış olması mı taktik olarak ilerliyor olmaları mı yoksa sizin bilmediğiniz bir şeyleri biliyor olmaları mıdır? Aynı şekilde farklılıklar, kamusal pozisyonlarla özel pozisyonlar arasında, bir grubun yapacağını söylediği ile fiili olarak yaptığı şey arasında da vuku bulabilir. Bazı durumlarda, siyasi ideoloji, bir oyuncunun sağlık sektörü reformuna ilişkin pozisyonu konusunda iyi bir habercidir. Örneğin, Şili'deki Pinochet rejimi, kamu politikasına yönelik piyasa odaklı yaklaşımı ile tutarlı olacak şekilde sağlık politikasında önemli değişiklikleri benimsemiştir (Jimenez de la Jara ve Bossert, 1995). Diğer durumlarda, ideoloji, pozisyonun iyi bir habercisi olmayabilir, çünkü siyasi eylem genellikle hem çıkarları hem de pazarlık yapma ve uzlaşma istekliliğini ve aynı zamanda değerleri içermektedir. Örneğin, Kosta Rika'da, ticaret birlikleri ve komünistler, rekabeti ortaya çıkartmak ve bürokrasiyi verimlilik ve kalite konusunda daha ilgili hâle getirmek için sosyal güvenliği özelleştirme konusundaki çabaları desteklemeye istekliydiler (Ramirez ve arkadaşları, 1998).

Bu analizin bir parçası olarak, bir konuya ilişkin her bir grubun mevcut pozisyonunun yoğunluğunu tanımlamamız gerekmektedir. Grup, pozisyonunu desteklemek için mevcut kaynaklarının ne kadarını kullanmak istemektedir? Örneğin, grup lideri zamanının ne kadarını konuya harcamaktadır? Grup finansal kaynaklarının önemli bir kısmını konuya harcamakta mıdır? Bu, grubun, misyonunun bir parçası olarak tamamen mücadele etme konusunda kararlı olduğu bir konu mudur veya kararlılık ılımlı, daha az kaynak yoğun, daha çok "sadece bir şeyler yapmak" şeklinde midir?

Etkili siyasi stratejilerin geliştirilmesi, kilit grupların neden pozisyonlarını üstlendiklerinin anlaşılmasını gerektirmektedir. Burada iki varsayımsal örnek yer almaktadır. Birincisi, maliye bakanlığının, kırsal sağlık hizmetlerini desteklemek için bütün vergilerinde yapılacak bir artışa karşı çıktığını varsayalım. Bu, genel bir bürokratik refleksin bir sonucu mudur ya da bakanının aklında, para için farklı, spesifik bir kullanımın bulunmasının bir sonucu mudur? Eğer bu ikinci durumsa o zaman söz konusu alternatif bakan için ne derece önemlidir? Kendi konumunu muhafaza etmek için genel arzusunun haricinde hareket eden bir bakan, alternatif bir program konusunda kesin kararlı birisine göre daha farklı bir siyasi sorun teşkil etmektedir. İkinci bir örnekte, ulusal sağlık sigorta planındaki yeni ücret programına şiddetle karşı çıkan bir tıp birliği düşünün. Bu karşı çıkmanın nedeni, üyelerinin çoğunluğunun yeni sistemi içten bir şekilde anlaması ve bu şekilde karşı çıkması mıdır yoksa küçük bir yüksek gelirli uzmanlar grubunun

bu pozisyonu savunması mıdır? Eğer durum ikincisi ise bu durumda birliğin liderleri, iç seçmenlerini memnun etmek için sembolik bir protesto yapmak isteyebilir ve eğer birliğin çoğu üyesi ters etkilerden korunabilecekse bir anlaşma yapmayı kabul edebilir. Diğer taraftan, eğer birliğin başkanı politikanın aksine hareket ediyorsa söz konusu şahıs görevde kaldığı sürece veya şahsın karşılanabilecek özel bir talebi olmadığı sürece, resmi pozisyonun değiştirilmesi zor olabilir.

Bu yüzden grup seferberliğinin yoğunluğu, kısmen politikanın grup menfaatlerini ne düzeyde etkileyeceği beklentisine ve sonuçların nasıl algılanacağına bağlıdır. İyi organize olmuş bir grubu -özellikle son derece kararlı üyelerinin sayısının az olduğu bir grubu- etkilediği açıkça kabul edilen kararlar genellikle üst düzeyde seferberlikle sonuçlanmaktadır. Örneğin, bir temel ilaçlar politikası aracılığıyla yüksek maliyetli ilaçların ithalatını kısıtlama konusundaki bir devlet politikası, muhtemelen çok uluslu ilaç eczacılık şirketlerinden ve bunların endüstri birliklerinden güçlü bir şekilde muhalefet gelmesiyle sonuçlanacaktır. Diğer taraftan, yetersiz düzeyde organize olan grupların üyeleri üzerinde marjinal etkisi olduğu düşünülen kararlar, fazla seferberliğe neden olmayabilir. Örneğin, kırsal kesimdeki kliniklerde hastalar için kullanıcı ücretlerini artırma konusundaki bir politika, kırsal alanlardan gelen hastalar tarafından protesto edilmesiyle sonuçlanmayabilir.

Önemli siyasi partilerin pozisyonları, sağlık sektörü reformu bakımından kritik olabilir. Taraflar koalisyonlar olduğu için, pazarlık, program ve pozisyonları geliştirme sürecinin temel bir kısmını teşkil etmektedir. Eğer bir parti sağlık sektörü reformunu, gündemi için bir öncelikli konu olarak kabul etmişse bu durumda reform savunucuları için işin yoğunluğu zaten tamamlanmış demektir. Sağlık reformunun siyasi konularını yönetme konusunda yardımcı olması için partilerin kullanılması, siyasi stratejilerin geliştirilmesinde göz önüne alınacak olan bir seçenektir ki bu konuyu daha sonra tartışacağız.

Reform için Siyasi Stratejiler

Bir sağlık reformcusu, kazanan bir koalisyonun ilerlemesine yardımcı olacak siyasi stratejileri nasıl geliştirebilir? Yukarıda, sağlık sektörü reformunun -ve daha genel olarak siyasi reformun- siyasi fizibilitesinin, oyuncuların *pozisyonu* ile her bir oyununun *gücü*, seferber edilen *oyuncuların* sayısı, sorun ve çözümün *algılanışı* ile şekillendiğini kaydettik. Reform planlarının benimsenmesi ve uygulanması olasılığını artırmak için, reform savunucularının bu faktörlerin her birini yönetmek için siyasi stratejilere ihtiyacı vardır. Aşağıda, reform için dört siyasi strateji kümesini göz önüne alıyoruz.

Pozisyon Stratejileri: Oyuncuların Pozisyonunu Değiştirmek İçin Pazarlık

İlk siyasi strateji kümesi, oyuncuların pozisyonunu değiştirmek için mevcut güç dağılımı dâhilinde pazarlık yapılmasını içermektedir. Bu, anlaşmaları, vaatleri, ticareti ve tehditleri içerebilir.

Bir yaklaşım, farklı aktörlerin daha lehte olması, taraf değiştirmesi veya daha az muhalif olmaları için politikanın spesifik bir unsurunun değiştirilmesidir. Eğer gelirin bir kısmı sağlık hizmetleri için kullanılırsa ve kalanı diğer hükümet işlerine ayrılırsa

(muhtemelen bu bakanın kişisel projelerini de içerecektir) maliye bakanı, kırsal kesim sağlık hizmetleri için daha yüksek sigara vergisi konulması konusundaki teklife karşı çıkmamayı muhtemelen kabul edecektir. Bir başka örnekte, bir ülkenin, hastaneler için gün başı uygulamadan başvuru başı uygulamaya geçiş yapmayı önerdiğini varsayalım. İlk üç yıl için, hiçbir kurumun söz konusu süre içinde gelir kaybetmeyeceğini garanti eden bir tazmin etme kuralı varsa özel hastanelerin sahipleri belki de yeni ödeme sistemine karşı çıkmayacaktır.

İkinci bir pazarlık tipi, konular arası alış verişlerdir, burada bir konuya ilişkin işbirliği yapılmasına mukabil, farklı bir konuda bazı imtiyazlar alınabilir. Bu tür bir “politikacılar arasında karşılıklı yardımlaşma” birçok siyasi bağlamda normaldir. Eğer tıp birliği, yeni ödeme programını kabul ederse belki de bakanlık, kalabalık -yani istenilen- alanlarda çalışabilecek doktor sayısı üzerinde yeni limitler getirilmesini kabul edecektir. İl valiliklerinin, merkezi hükümetten, finansal bakımdan sorunlu olan il hastaneleri için sorumluluk üstlenmesini talep ettiğini varsayalım -bunun mukabilinde, merkezi hükümete daha fazla gelir gidecek şekilde ulusal vergi gelirlerinin bölünmesi için farklı bir formülü kabul etme teklifinde bulunabilirler-. Her ne kadar bu örneklerdeki ticaretler ilgili konularda olsa da durum her zaman bu şekilde olmayabilir. Eğer hükümet genel istihdamı artırma yönünde yeni çabalarda bulunma sözü verirse belki de birlikler sağlık sigortası programını desteklemek için bordro vergilerinde bir artışı kabul edecektir.

Pazarlıklar, vaatleri içerebileceği gibi tehditleri de içerebilir. Doktorlar, maaşlarının artırılmaması durumunda grev tehdidinde bulunabilir. Tüketiciler, sağlık yardımları azaltılırsa gösteri yapma tehdidinde bulunabilir. İlaç eczacılık şirketleri, ülke bir fiyat kontrol programı uygularsa tesislerini kapatmakla tehdit edebilir. Bazen tehdit, işbirliğinin durdurulacağı şeklindedir. Örneğin, küçük işletmelerin sahipleri, genel katkı tavanları düşürülmediği sürece, kazançlarını beyan etmeyi reddedeceklerini ve kazançlar üzerinden vergi ödemeyi bırakacaklarını söyleyebilirler.

Kilit oyuncuların pozisyonlarını değiştirmek için etkili bir pazarlığın inşa edilmesi, zeka, beceri ve deneme yanılma uygulamasını gerektirmektedir. Müzakere ve anlaşmazlığı çözme konusundaki beceriler, bu stratejiler için özellikle önemlidir. Bir oyuncunun pozisyonunu değiştirmenin neye mal olacağını bilmek, fiili bir teklif veya tehdidi gerektirebilir. Pazarlık, politikanın içeriğinin değiştirilmesini içerebilir. Bu durumda, sağlık reformcusu, değişikliğin, politikanın beklenen etkililiğini nasıl etkileyeceğini tespit etmelidir. Destekleyici bir koalisyon üreten, ancak reformun genel hedeflerini göz ardı eden bir mutabakat, siyasi olarak uygun olabilir. Fakat teknik olarak etkisiz ve hatta amaca zararı dokunan bir reformu ortaya çıkartabilir. Sonuçlarla -örneğin, performans hedefleri- ilgilenen birisi için, bu tür bir mutabakat iyi bir anlaşma olmayacaktır.

Güç Stratejileri: Güç Kaynaklarının Dostları Güçlendirmek ve Düşmanları Zayıflatmak İçin Dağıtılması

İkinci siyasi stratejiler kümesi, kilit oyuncular arasında güç dağılımını değiştirmeye yönelik olarak tasarlanmıştır. Bir grubun politika süreci üzerindeki etkisi kısmen kaynaklarına bağlı olduğu için, reform savunucuları, destekleyicilerin maddi ve maddi olmayan siyasi kaynaklarını geliştirmek ve muhaliflerin kaynaklarını geriletmek için

stratejiler benimseyebilir. Bazı örnekler aşağıda yer almaktadır:

- Reformu destekleyen gruplara para, personel veya tesis vermek veya bunları ödünç vermek,
- Uzmanlıklarını artırmak için destekleyicilere bilgi ve eğitim sağlamak,
- Müttefiklere, anahtar karar vericilere lobicilik yapması için geniş erişim sağlamak,
- Müttefiklere, meşruiyetlerini geliştirmek için medya zamanı ve dikkati sağlamak; dikkatlerini uzmanlıklarına, tarafsızlıklarına, ulusal sadakatlerine ve diğer pozitif sosyal değerlere odaklamak.

Sağlam bir siyasi analist, aynı zamanda bunun tersini de muhalifler için yapabilir:

- İnsanları onlar için çalışmaması ve onlara katkı sağlamaması yönünde teşvik ederek muhaliflerin kaynaklarını azaltmak; bunu yaparken grubun meşruiyetine, dürüstlüğüne veya motive edici kaynaklarına saldırmak,
- Örneğin bilgi sağlamayarak muhaliflerle işbirliği yapmayı reddetmek; bunları bilgisiz ve devre dışı bırakmak,
- Muhaliflerin anahtar karar vericilere erişimini azaltmak,
- Medyayı muhaliflerden bahsetmeme konusunda yönlendirmek, onların uzman olmadığını, kendi isteklerine hizmet ettiklerini, sadakatsiz olduklarını vs. vurgulamak.

Bu güç stratejiler, tüm durumlarda etkili veya etik olmayabilir. Yukarıdaki liste, her zaman yapılması gerekenleri içeren bir liste değil, bir stratejistin göz önüne alması gereken güç odaklı hareket türlerine ilişkin bazı örnekleri içermektedir. Hangi güç stratejilerinin seçileceği konusunda karar vermek, sağlık reformuna dâhil olan oyuncuların -hem lehte hem karşıt olanlar- ve sağlık reformu savunucularının elinde bulunan güç türlerinin değerlendirilmesini ve farklı güç stratejilerinin spesifik oyuncular üzerindeki olası etkisi hakkında yargıda bulunulmasını gerektirmektedir.

Oyuncu Stratejileri : Yeni Dostlar Oluşturarak ve Düşmanların Cesaretini Kırarak Oyuncuların Sayısını Değiştirmek

Reform savunucuları aynı zamanda dost ve düşman kümesini değiştirmeye çalışan siyasi stratejileri de göz önüne almalıdır. Bu stratejiler, henüz organize olmamış olan oyuncuları seferber etmeye ve halihazırda organize olan oyuncuları dağıtmaya yönelik olabilir. Bu, sağlık reformunun amacına yönelik olan siyasi aktörleri kullanarak ve muhalifleri uzak tutarak seferber edilen oyuncu dengesini değiştirmek anlamına gelmektedir. Bir siyasi tartışmaya dâhil olan siyasi aktörlerin sayısı ve dengesi, siyasi fizibilitenin anahtar bir faktördür (Schattschneider, 1960).

Grupların harekete geçirilmesi, insanların, uzun zamandır göz ardı ettikleri bir konuya dâhil olmanın önemsiz olmayan maliyetlerini veya yeni bir grup oluşturmanın önemli maliyetlerini ödemeleri konusunda ikna edilmesini gerektirmektedir. Bazen, daha önceden dâhil olmayan bir grubun seferber edilmesi, basit bir şekilde konunun

grubun dikkatine sunulmasını gerektirebilir (grup ne olup bittiğini bildiğinde, bir pozisyon almaya karar verebilir). Eğer ülkenin tıp öğrencileri önerilen bir harç artışını protesto etmeye başlamamışsa bunun nedeni bu öneriyi henüz duymamış olmaları olabilir. Öğrenci grubunu -veya liderlerini- öneri ve önerinin sonuçları konusunda bilgilendirmek, öğrencileri bir destek grubu olarak seferber etmek için yeterli olabilir. Ancak, bir grubun içindeki rekabet halindeki bölümlerin, grubun çıkarları, değerleri ve politikanın sonuçları konusunda farklı görüşleri olabilir ve bu yüzden politikaya ilişkin farklı pozisyonlar üstlenebilir. Bu da grubun bir bütün olarak harekete geçirilmesini zorlaştırır.

Organize olmayanların harekete geçirilmesi daha komplikedir. Çünkü bu genellikle politika tartışmasına katılabilecek bir organizasyon oluşturmak için önemli kaynakların -zaman ve para- ayrılmasını gerektirmektedir. Örneğin, işçiler yeni bir rekabetçi özel sağlık sigortası programının sonuçları konusunda endişeli olabilir. Ancak bir birlik olarak hâlihazırda organize olmuş durumda değilse önerilen politika -ve primler ve müşterek ödemeler üzerindeki potansiyel etkileri- konusunda kolektif bir görüş geliştirmeleri zor olabilir. Ayrıca bir grup olarak çıkarlarını koruma yönünde harekete geçmeleri zorlaşabilir.

“Görünüş” ve çıkar nedenleriyle bir kamusal pozisyonu kolayca üstlenen bir grubun seferberliğinin sona erdirilmesi de bu şekildedir. Bazı durumlarda, bir grup, kilit çıkarlarını tartıştıktan sonra pozisyonunu değiştirebilir. Burada gruba, konuya ilişkin bahisin, onların düşündüğünden daha farklı olduğu ve diğer konuların kendilerini daha fazla ilgilendirmesi gerektiğini açıklama yönünde bir şans doğabilir.

Sağlık reformcuları, siyasi liderleri seferber etme veya bunların cesaretini kırma potansiyelini de değerlendirmelidir. Siyasi liderler için argüman, genellikle, kendi çıkarları ve kamusal çıkarların karışımına ilişkin bir değerlendirmedir. Onlara, sizi desteklemenin -veya size karşı çıkmamanın- nasıl onlar için siyasi avantaj -veya dezavantaj- teşkil edeceğini ve bunun, onların dâhil olması bakımından neden iyi -veya kötü- bir konu olduğunu gösterin.

Kamu çıkarları konusundaki liyakat temelli argümanlar, bazen siyasi çıkarlara dayalı argümanlar kadar güçlü olabilir. Orijinal bir örnek şöyle verilebilir: “Senatör, sizi seçenlerin bunu yapmanızı istediğini biliyorum, ancak onlar dar görüşlü davranıyorlar. Bu politika, ülkeyi şu yönlerden olumsuz etkileyecektir.... Bu yüzden, belki bölgenizdeki insanlar için bu konuya ilişkin bir iki konuşma yapmanız gerekebilir; ancak bu politika konusunda aktif olarak bize karşı çalışmanız gerekmiyor.”

Negatif tarafta, size muhalif olan koalisyonları nasıl böleceğinizi veya güçlerini kıracağınızı değerlendirmeniz önemlidir. Tıp birliğinin, yüksek maliyetli prosedürlerde yapılacak geri ödemeleri sınırlandırmasından dolayı -ki bunun bazı doktorların geliri üzerinde olumsuz etkisi olacaktır- yeni bir sigorta programına karşı çıkmaya karar verdiğini varsayalım. Temel sağlık hizmetleri sağlayan doktorları, taraf değiştirmeleri ve planı desteklemeleri yönünde ikna etmek mümkün olabilir. Eğer temel sağlık hizmetleri, doktorlarının çıkarlarını farklı bir bakış açısından görme konusunda ikna edilebilirlerse böylelikle tıp birliği bölünebilir.

Seferber edilmiş oyuncuların sayısını ve dengesini değiştirmenin son yolu, karar verme alanını değiştirmektir. Örneğin, politika kararını yürütme organından yasama organına taşımak, savunucuların, yeni politikacı gruplarını mobilize etmesine veya

reformun önündeki belli siyasi engelleri bypass etmesine izin verebilir. Bu durum, Kolombiya’da, cumhurbaşkanının önceliğinin emekli reformu olmasından dolayı, sağlık bakanının sağlık reformunu yürütme organının gündemine taşıyamaması örneğinde gerçekleşmiştir. Bu yüzden, konuyu yasama organına taşımış, yasa organı da sağlık reformunu, emeklilik reformu yapmak için bir koşul haline getirmiştir (González-Rossetti ve Ramírez, 2000). Ancak politika alanının değiştirilmesinin beklenmedik sonuçları olabilmektedir. Örneğin, 40 ilaç eczacılık şirketi, AIDS ilaçları için patent haklarını korumak amacıyla bir Güney Afrika ilaç kanununu mahkemeye verdiğinde; eylemciler, dünya çapında sivil toplum gruplarını, davaya ve ABD hükümetinin kanunu değiştirme yönündeki çabalarına muhalif olarak seferber etmiştir (Bond, 1999). Şirketler daha sonra davayı geri çekmiş ve ABD hükümeti, politikaya ilişkin pozisyonunu değiştirmiştir. Bu durumda, şirketler, yasal argüman bakımından değil, siyasi seferberliğin ve kamuoyunun kendilerini konuyu tamamen yasal bir alanda çözmeye ve nasıl engelleyebileceği konusunda yanlış hesaplama yapmıştır.

Bu yüzden siyasi stratejiler, seferber edilen oyuncuların sayısını değiştirmek ve böylelikle sağlık reformunun siyasi fizibilitesini etkilemek için kullanılabilir. Yeni oyuncular politika tartışmasına girebilir ve kontrol edici pozisyonlar alabilir. Mevcut oyuncular pozisyonlarından ayrılabilir veya pozisyonlarını değiştirebilir, etkisiz olabilir veya kenar çizgilerinde bekleyebilir. Sağlık sektörü reformunun savunucularının bu farklı olasılıkları değerlendirmeye alması ve gündemlerinin lehine olarak seferber edilmiş oyuncu dengesini değiştirebilecek stratejiler seçmesi gerekmektedir.

Algılama Stratejileri: Sorunun ve Çözümün Algılanışının Değiştirilmesi

Şimdiye kadar, siyasi stratejiyi paydaşlara odaklanarak ele aldık. Oyuncular, onların güçleri ve pozisyonları. Birçok bağlamda, bu yaklaşım en kullanışlı ve pragmatik yaklaşım olabilir. Örneğin, tek partili bir siyasi sistemde, ilgili siyasi rekabetin büyük çoğunluğu, iyi organize olmuş çıkar grupları ve yerleşik bürokratlar arasında gerçekleşecek ve sınırlı konsültasyon süreçleri dâhilinde olacaktır. Bu gibi durumlarda, doğrudan kamuya başvurmak, siyasi karar vericileri etkilemeyebilir. Ancak, açık ve rekabetçi siyasi sistemlerde, medya aracılığıyla kamuya ve özel hedeflenmiş gruplara başvurmak, bir konunun genel algılanışını değiştirebilir. Bu yaklaşım, bürokratik ve siyasi liderleri ve aynı zamanda kitlesel muhatapları etkilemek için etkili bir siyasi strateji olabilir. Göreceli olarak kapalı siyasi sistemlerde bile, bir konunun yeniden şekillendirilmesi, anahtar oyuncuların pozisyonlarını ve gücünü değiştirebilir ve böylece reformun siyasi fizibilitesini etkileyebilir.

Algılamalara yönelik siyasi stratejiler, insanların bir politika konusu hakkında nasıl düşündükleri ve konuştuklarını, konunun nasıl tanımlanıp şekillendirildiğini ve hangi değerlerin bahis olduğunu değiştirmeyi amaçlayabilir (Majone, 1989). Bir konunun algılanışı, her zaman önemli ulusal semboller veya değerlerle nasıl bağlantılı olduğundan (veya bağlantılı olmadığından) etkilenir: Reform, ulusun kimliğini kökten geliştirmeye yönelik midir? Bu bağlantı, bir konuya ülkenin siyasi gündeminde verilen önceliği etkileyebilir.

Algılama stratejileri, insan zihninin nasıl çalıştığı ile ilgilidir. İnsanoğlu genellikle komplike durumları algılamakta sorun yaşar ve karmaşık bir gerçeği anlayabilmek

için daha basit yollar arar (Simon, 1957). Bu özellikle, gerçeğin karmaşık, sonuçların belirsiz olduğu ve çatışma durumundaki hedeflerin söz konusu olduğu durumlarda doğrudur (bunların tamamı sağlık sektörü reformu için geçerlidir). Bu gibi durumlarda, sağlık reformcularının kamusal algılamaları yönetmesi gerekmektedir. Çünkü bunlar, sorunların nasıl tanımlandığı ve hangi çözümlerin kabul edilebilir addedildiğini değiştirir. Siyasi tartışmanın merkezinde, politika reformunun sembolleri olan imajların ve sözlerin anlamı konusunda bir mücadele söz konusudur (Edelman, 1977). Sorun nasıl karakterize edilmektedir, seçimler nasıl tanımlanmaktadır ve konu nasıl şekillendirilmektedir?

Aşağıdaki örneği değerlendirin: Bir ülke, vatandaşlarının tekel durumundaki ulusal sigorta programından katkılarını almalarını izin veren bir özel sağlık sigortası önerisinde bulunmaktadır. Muhalifler bu öneriyi “özelleştirme”, ulusal dayanışmada felaket gibi bir azalma ve korumanın kaybedilmesi şeklinde nitelemektedir. Çünkü yeni sigorta programı altındaki kapsam, bir nesil içinde ilk kez azaltılacaktır. Diğer taraftan, destekleyiciler değişimi, bireysel aboneler için seçeneklerde artış ve etkili olmayan devlet bürokrasisine karşı bir meydan okuma olarak nitelemektedir. Hangi formülasyonun geniş anlamda kabul göreceğine bağlı olarak, kamu ve anahtar oyuncular reform çabasını oldukça farklı koşullardan değerlendirecektir. Kısaca, bir konunun yeniden şekillendirilmesi siyasi koşulları önemli düzeyde değiştirebilir. Bu durumun da seferber edilen oyuncular, bunların güçleri ve pozisyonları bakımından ve reformun fizibilitesi konusunda önemli sonuçları olacaktır.

Bir kişi, bir konuya ilişkin kamusal algılamalarını nasıl değiştirir? Birçok farklı olasılık vardır. Birisi olgu ve değerleri öne sürebilir, konuyu yeniden şekillendirebilir veya konuyla ilişkilendirilen anahtar sembolleri tanımlamaya çalışabilir. Örneğin, bir avukat, bir muhalifin sorun tanımının yetersiz verilere dayandığını, sorunun diğer ulusal önceliklere kıyasla önemsiz olduğunu, sorunun uygun maliyetlerde tespit edilebilir olmadığını veya sorunun kamusal değil özel bir sorumluluk konusu olması gerektiğini öne sürebilir. Bazı vatandaşların, hırslı sosyal güçlerin liyakatsiz kurbanları olarak tanımlanması, kamusal tartışmanın yeniden şekillendirilmesinin ve siyasi dengein değiştirilmesinin etkili bir yolu olabilir. Diğer bir teknik, önerilen politikayı, geniş anlamda kabul edilen sosyal değerlere bağlamak için önemli ulusal sembolere başvurmaktır -örneğin, saygı gören bir siyasi figür veya popüler bir şarkıcı gibi-. Siyasi seferberlik, verilerle ilgili olduğu kadar hissiyatla da ilgilidir ve değerler sağlık sektörü reformuna karşı çıkmak ve aynı zamanda reformu desteklemek için kullanılabilir.

Temel sosyal değerlerin sağlanmasına dayalı stratejiler de kullanılabilir, 1990'ların başında ABD'deki Clinton sağlık reformuna ilişkin tartışmalarda göze çarpmaktadır. Clinton'un muhalifleri, Clinton planını kendi yaşamlarını tehdit eden bir plan olarak sunan, kurgusal bir orta sınıf evli çifti olan “Harry ve Louise” temalı televizyon reklamı dizisi hazırlamıştı. Sağlık sigortası endüstrisinin sponsorluğunda yapılan bu reklamlar, Clinton planının mevcut sağlık sigortası için seçim özgürlüğünü sınırlayacağı ve “hükümet tarafından yönlendirilen” bir sağlık sistemi oluşturacağı konusunda derin bir korkuya neden oldu (Johnson ve Broder, 1996; 16). Bu kampanya, Amerikan orta sınıfının derinden hissettiği sosyal değerlerle bağlantılıydı. Bu değerlere hükümet karşıtı hissiyat da dâhildi ve yaşam standartlarının bozulmasına ilişkin korkular barındırıyordu.

Bunun aksine, Clinton sağlık reformunun savunucuları, kamusal algı alanında başarısız oldular. Reform teklifi o kadar karmaşıktı ki basit bir açıklama ile ifade edilemiyordu (Star, 1995). Örneğin, öneri, yönetilen rekabet için yeni kurumları içeriyordu, buna ilk olarak “sağlık sigortası satın alma kooperatifleri” veya HIPC’ler adı verilmişti (bu, çok az kişinin anlayabileceği, telaffuz edebileceği veya hatırlayabileceği bir fıkırdı). Bunlar “sağlık ittifakları” şeklinde yeniden isimlendirildi, bu biraz daha sıcak duruyordu. Ancak yine çoğu insan için kapalı kaldı. Genel olarak reform taraftarları etkili semboller bulma, planın nasıl işleyeceğini açıklama, politikanın neyi başaracağını veya temel sosyal değerleri nasıl destekleyeceğini ifade etme konusunda başarısız oldular. Anahtar konumdaki teknokratlardan birisinin de sonradan ifade ettiği gibi “Birçok insan ne önerdiğimizi anlayamıyordu. Çoğu politika uzmanının bile tamamiyle anlayamayacağı kadar çok bölüm ve bir sürü yeni fikir vardı.” (Starr 1995, 25).

Teknik beceriler konusunda eğitilen sağlık reformcuları, genellikle kamusal algılamaları şekillendirme konusunda siyasi stratejiler tasarlama işinde zorlanmakta ve genelde bunları uygulama konusunda da hazırlıklı değillerdir. Ancak bu algılama stratejileri, sağlık sektörü reformunun desteklenmesi için genel siyasi stratejinin önemli bir bölümünü teşkil etmektedir. Eğer reformun destekleyicileri, algılama stratejileri alanını göz ardı ederse muhaliflerinin öne sürmüş olduğu stratejilerle yüz yüze kalma olasılıkları yüksektir.

Müzakereler ve Siyasi Stratejiler

Birçok siyasi strateji, bir müzakere sürecini içermektedir. Yakın zamanda, bu tür süreçlere ilişkin yapılan sistematik araştırmalar, müzakerelerin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için yöntemler belirledi. Burada sağlık sektörü reformu ile ilgili olan müzakereye ilişkin dersleri kısaca gözden geçiriyoruz.

Birinci nokta, *müzakerelerin*, konu, kazan kaybet koşullarında değil, *kazan kazan koşullarında* yapılandırıldığında *genellikle başarılı olduğudur*. Müzakerede önemli olan konu, yeteri sayıda katılımcının anlaşmayı desteklemeyi istemesini ve böylelikle kazan kazan sonuçlarının elde edilmesini sağlayacak şekilde *değer üreten* çözümlerin aranmasıdır (Fisher ve Ury, 1981; 73). Bunun aksi yönündeki “Ben kazanırım, sen kaybedersin” yaklaşımı, farklılıkları sivrileştirilen ve mutabakatı daha da zorlaştıran bir *değer bölme* müzakeresini temsil etmektedir. Yukarıdaki pazarlık stratejileri konusundaki tartışmamızda, savunucuların statükoyu geliştirdiği ve potansiyel muhaliflerin de kazançlı çıktığı düzenlemelere ilişkin birkaç örnek verdik. Örneğin, eğer reform planı yeni gelir kaynaklarını ortaya çıkartmışsa bu durumda potansiyel kazanımlar, bir kazan - kazan durumu potansiyelini geliştirecek şekilde bölünebilir. Mısır’da, okul çocukları için uygulanan yeni bir devlet sağlık sigortası planı, büyük ölçüde sigaraya konulan yeni vergilerle finanse edilmişti. Bu, prim ödemesinin çocuk sayısı fazla olan yoksul kırsal kesim aileleri üzerindeki hakkaniyet etkileri konusunda endişe duyan parlamentodaki kilit politikacıların öneriyi kabul etmesini sağladı (Nandakumar ve arkadaşları, 2000). Tabi ki yeni gelir kaynakları bulmak her zaman mümkün değildir ve kazanan bir koalisyonun herkesi içermesi gerekmez. Diğer taraftan, konunun kazan kaybet koşullarında

formüle edilmesi, potansiyel destekçileri aktif *muhalefet* pozisyonuna itebilir.

Bir kazan kazan anlaşması arayışında müzakere konusundaki ikinci bir ders, diğer tarafların, *üstlendikleri pozisyonlara değil, gerçek çıkarlarına cevap vermektir* (Fisher ve Ury, 1981; 41). Her şeyden öte, bir pozisyon, müzakerelerde avantaj üretecek şekilde tasarlanmış bir duruş olabilir. Bir ülkedeki hastaneler, kesinlikle bütçe sorumluluğunu kabul etmeyeceklerini bildirebilirler. Ancak bu fikre muhalif oluşları, kendi maliyetlerini yönetme konusunda otorite eksikliklerine bağlı olabilir -örneğin işe alma ve işten çıkartmaya ilişkin-. Eğer bir müzakereci, genişletilmiş özerklik ve bütçe sorumluluğunun kombinasyonunun, hastanelerin menfaatine olacağını bilirse bu durumda hastanelere bu anlaşmanın sunulması onların desteğini kazanabilir.

Üçüncü ders, *bazı değer bölücü çatışmaların kaçınılmaz olabileceğidir*. Örneğin, konu nasıl yeniden şekillendirilirse şekillendirilsin, doktorlar daha fazla ödeme almak isterken sağlık bakanlığı onlara daha az ödeme yapmak isteyebilir -maliye bakanlığından gelen baskı nedeniyle-. Bu gibi durumlarda, ele alınacak bir yaklaşım, özel bağımsız yüzleşmeyi, *ilke temelli müzakere* ile değiştirmektir ki burada, taraflar, sorunlarla ayrıntılı olarak başa çıkmadan önce, anlaşmazlıkları halletmek için kullanacakları bir ilkeler kümesi konusunda önceden mutabık kalmaya çalışırlar (Fisher ve Ury, 1981; 84). Örneğin, ulusal bütçenin ne kadarının sağlığa ayrılması gerektiği veya bordro vergilerinin ne olması gerektiği konusunda mutabık kalabilir. Daha sonra ücret programındaki spesifik kalemler hakkında konuşmadan önce, hangi kısmın maaşlara gitmesi gerektiği konusunda karar verir. Bu yaklaşım, yüzleşme ve muhalifliğin keskin kenarlarını yapıcı bir şekilde yumuşatabilir. Çünkü genel ilkeler konusunda bir mutabakat sağlandığında bunun ardından ayrıntılar da gelebilir.

Dördüncü bir kılavuz ilke, müzakerecilerin, *duygusal tonu ve enerjiyi, negatif yönde değil pozitif yönde kanalize etmesidir* -veya en azından tarafsız ve profesyonel ortamın tesis edilmesine çalışması-. Müzakere bir insani süreçtir, mantık kadar hislerle de doludur. Bu yüzden müzakerecilerin başarıya ulaşmak için mantıksal içerik kadar duygusal boyutları da yönetmesi gerekmektedir (Fisher ve Ury, 1981; 19).

Müzakerelerin tonu önemlidir. Çünkü reform çok nadiren tek seferde halledilen bir olay olmaktadır. Aksine, reform genellikle devam eden bir süreç ve bağlantılı konuşmalar dizisidir. Çünkü politikalar zaman içinde tasarlanmakta, benimsenmekte, uygulanmakta ve değiştirilmektedir. Pazarlığın bir turunda yapılan hamlelerin daha sonraki turlar üzerinde etkileri vardır. Bu, uzun bir oyun dizisinde yapılan hamleler olarak anlaşılmalıdır. Bu müzakere dizisinde, başarılı mutabakatlar, gelecekte de başarılı mutabakatların yapılmasını muhtemel kılacaktır. Bunun aksi de doğrudur. Kritik bir boyut, oyuncular arasındaki güvendir. Örneğin, farklı ülkelerdeki farklı endüstrilerin, iş ilişkileri ortamları konusunda farklılıkları vardır. Bazı işverenler ve birlikler her zaman birbirleri ile çatışma halinde iken diğerleri sorunları işbirliğiyle çözebilmektedir. Tekrarlı bir şekilde yaptıkları müzakereler sayesinde, zaman içinde karşılıklı olarak birbirlerini takviye eden güven veya güvensizlik döngülerine dâhil olmuşlardır. Aynısı ülkeler arasında da gerçekleşebilir. Siyasi yorumcular Orta Doğu barış sürecindeki “momenti” tartışırken, artan veya azalan güven ilişkileri hakkında konuşmaktadırlar. Benzer şekilde, sağlık sektörü reformcularının güvenin, hedeflerine ulaşmayı kolaylaştırıcı veya zorlaştırıcı rolünü değerlendirmesi gerekmektedir.

Müzakerelerin gerçekleştirilmesi aynı zamanda kendinizin ve diğerlerinin

anlaşılmasını gerektirmektedir. Başkalarının çıkarlarının ne olduğunu bilmeden onların çıkarlarına odaklı önerilerde bulunamazsınız. Önce kendi amaçlarınızı anlamadan kendi temel hedefinizden fedakarlık yapmaksızın ne gibi anlaşmalar yapabileceğinizi bilemezsiniz. Tüm muhtemel destekleyicileri, muhalifleri ve onların güçlerini, pozisyonlarını sistematik bir şekilde analiz etmedikçe hangi grupların kazanan bir koalisyonu teşkil edebileceğini bilemezsiniz. Her iki taraftaki ilk önerilerin genellikle azami pozisyonları temsil ettiğini anlamalısınız. Kendi taban çizginizi açık bir şekilde tanımlamalısınız -Müzakere Edilen Bir Anlaşmaya En İyi Alternatif (BATNA)- (Fisher ve Ury, 1981; 104). Bir oyuncu anlaşma olmaksızın ne kadar iyi durumda olursa -BATNA'sı ne kadar yüksek olursa- anlaşmaya o kadar az ihtiyacı olacaktır -ve çıkarları konusunda fazla ısrarcı olacaktır-. BATNA'nızı -ve diğer tarafların BATNA'sını- bilmeniz bu anlamda görüşünüzü ne kadar sert bir dille öne sürdüğünüzü bilmeniz bakımından önemlidir ki bu, müzakerelerin tamamen sonlandırılmasını riske atar.

Müzakere için analiz yapılması, ciddi bir zaman ve enerji yatırımı gerektirmektedir. Yukarıda belirttiğimiz gibi, sağlık sektörü reformu esas olarak siyasi bir süreçtir. Seçim, müzakere yapıp yapmama konusunda değildir, müzakerelerin nasıl yapılacağı konusundadır. Bir sağlık reformcusu zeka, beceri ve dayanıklılık bakımından müzakereye ne kadar hazırsa politika sürecinde başarı şansı o kadar fazla olacaktır.

Siyasi Stratejiler ve Etik

Sağlık reformu politikalarının, sadece bir araçsal veya Makyavelce -kurnazca- sorun olarak ele alınmaması gerektiğine inanıyoruz. Sağlık reformcuları, siyasi stratejilerinin etik boyutlarını ve istedikleri politikaları nasıl çıkartacaklarını değerlendirmek zorundadır. Değerler sağlık reformunun sadece özünü değil, aynı zamanda sürecini de şekillendirmektedir. O zaman bir sağlık reformcusu, reform için siyasi sürecin etiğini nasıl değerlendirir.

Sağlık reformcularının, toplumun, hükümet politikası konusunda karar vermek için kullandığı siyasi süreçte aktif katılımcılar olabileceğini, olması gerektiğini ve neredeyse kaçınılmaz olarak olacağını düşünüyoruz. Bu yüzden, devlet yetkililerinin rolü konusundaki klasik kamu yönetimi görüşü -yani siyasetçilerin politika yaptığı ve bürokratların uyguladığı- bu yetkililerin, kendilerinin ne yapacağı konusunda karar vermelerini sağlayacak seçimleri içermemektedir.

Reformcuların kendilerinin farklı hedefleri bulunacaktır ve bu hedefler her zaman birbiriyle örtüşmeyecektir. İnsanların her zaman kariyerde ilerleme, mali güvenlik, güç ve etki konusunda kişisel hedefleri bulunur. Aynı zamanda toplumu daha iyi bir yer haline getirmek için daha geniş hedefleri vardır. Bölüm 3'te ele almış olduğumuz etik perspektifler, bu ikinci endişeleri yansıtmaktadır. Bunlar arasında, insanların genellikle farklı örgütler ve gruplarla ilgili hedefleri bulunmaktadır -bir siyasi partiye duyulan sadakat, bakanlıktaki iş arkadaşları ile özdeşleştirilme veya bir meslek grubu için duyulan endişe gibi-.

Kişinin hedefleri birbirine paralel olduğunda karar almak kolaydır. Eğer halk, bakanlık, tıp meslek odası ve kişisel olarak bir reformcu politikadan faydalaniyorsa

bu durumda reformun agresif olarak izlenmesi kolay olur. Ancak hedefler paralel olmadığına ne olur? Sağlık reformunun ülkeye yardımcı olacağını, ancak eğer reformcu bunu tam olarak destekleme konusunda kararlı olursa reformcunun kariyerine -veya ailesine- zarar verebileceğini düşünün. Reformcunun, kendi mevcut kurumunun birçok işlevinin özelleştirilmesi veya diğerlerine devredilmesi durumunda ülkenin daha iyi durumda olacağına inandığı durumu düşünün. Bu sadece bireysel reformcu için değil, aynı zamanda birçok arkadaşı ve iş arkadaşı için de ciddi bir sorun olabilir.

Reform planı formüle edildiğinde ve bir siyasi stratejiler kümesi tasarlandığında; savunucular, kendilerini gerekli çabalara adanmanın maliyetlerini ve faydalarını değerlendirmek isteyebilirler. Bu, “Bu çabanın başarılı olma olasılığı nedir?” sorusunun sorulmasını da içerir. Bu reforma ulaşıldığında edinilecek kazançlar, bu çabanın gerektireceği zaman, çaba, para, hissiyat ve çatışmaya değecek mi? Bu kararların verilmesi zorlu vicdan muhasebesinin yapılmasını içermektedir. Maliyetlerin ve faydaların değerlendirilmesi de belirsizlik ve maddi olmayan konularla doludur. Etkili olabilmek için, sağlık reformcularının, politika değişikliği yapmak isteyen diğer liderler gibi, kişisel durumları ile daha geniş sosyal dönüşüm arasında bağlantı kurabilmek için hem içe dönük hem de dışa dönük olması gerekmektedir (Heifetz 1994)

Reform süreçlerinin etiğinin diğer yönü, teknik uzmanların yükümlülükleri olarak şeffaflığı ve kamusal müzakerenin sağlanmasının önemi hakkındaki kendi etik görüşlerimizden kaynaklanmaktadır (Landy ve arkadaşları, 1990). Siyasi süreç dâhilinde, kamu müzakeresi için kritik rol, sağlık reformunda hiçbir kolay cevabın olmadığı konusundaki inancımızdan kaynaklanmaktadır. Elde bulunan farklı analitik ve siyasi paradigmlar, tipik olarak sağlık sistemlerine ilişkin sınırlı bir perspektif sağlamaktadır. Sonuç olarak hem sorunlar hem de çözümler yapay olarak sınırlandırılmış gözükmektedir. Öyle ki önemli sorunlar göz ardı edilmekte ve alternatif çözümler ciddi olarak değerlendirilmemektedir. Bu koşullarda, kamu müzakeresi olgu ve değerlerdeki belirsizliklerin tanımlanmasına yardımcı olabilir, özel bir topluluk için önemli olan konuların belirlenip ele alındığı sosyal bir süreçte katkıda bulunabilir ve yenilikçi kamu politikası tasarımı ve demokratik kararlara yol açabilir.

Bu anlamda teknik uzmanların, siyasi strateji değerlendirmelerinde etik yükümlülükleri bulunmaktadır. Birincisi, uzmanlar, reform sürecinin özünde bulunan sorunlar konusunda bilinçli olmalıdır. Özellikle de uzmanların, olguya ilişkin belirsizlikleri ve değer konusundaki anlaşmazlıkları gizleme potansiyelini göz önüne almalıdır. İkincisi, uzmanlar, kendi değerlerinin ve kişisel etik durumlarının, kamu politikası hakkındaki seçimlerine ilişkin önerilerini nasıl şekillendirdiğinin bilincinde olmalıdır -bu kitapta bizim takındığımız tavır gibi-. Üçüncüsü, uzmanların, toplumlara, belirsiz olgular ve zor değer seçimlerini içeren politika kararları ile yüzleşmesinde yardımcı olmak için, kamu şeffaflığı ve açıklığını teşvik etme konusunda etik bir yükümlülüğü vardır. Bu konular hakkındaki kamu şeffaflığının, sağlık sektörü reformu hakkında “daha iyi” sosyal tercihlerle sonuçlandığını ispatlayacak kanıtlarımız yok. Ancak bu yaklaşımın bireylere saygı duyulmasını desteklediğine, hoşgörülü ve destekleyici, demokratik bir toplumun inşa edilmesine yardımcı olduğuna inanıyoruz. (Gutmann ve Thompson 1996)

Uzmanlar ve yetkililer aynı zamanda, uygulama sürecinde ciddi etik seçimlerle yüz yüze kalmaktadır. Bu durum, özellikle verilen kararlara veya seçilen politikalara tam olarak mutabık kalmadıklarında geçerlidir. Teknik olarak hatalı veya etik olarak

saptırılmış olduğuna inanılan bir politikadan en iyi şekilde yararlanmak için mücadele etmenin nasıl zor olduğu konusunda her zaman bir seçim vardır. Ancak soru, yetkililerin, politikayı uygun olduğuna inandıkları –ancak politika yapanların amaçlamadığı– yönde hareket ettirmek için, uygulamada ne kadar fazla muhakemelerini kullanabilecekleridir. Burada, olgu ve değer konuları arasında önemli bir ayrımın yapılması gerektiğine inanıyoruz.

Değer konularına ilişkin, sorulacak kritik bir soru, başlangıçta politikayı formüle etmiş sürecin meşruiyet derecesidir. Applbaum (2000), söz konusu süreçler, demokratik temsilin prosedürel şartlarını ne kadar fazla karşılırsa bir idarecinin politikaya dâhil bulunan felsefi taahhütlerle kendini o kadar bağlı hissedeceğini öne sürmüştür. Biz de bunu kabul ediyoruz-. Ancak bu, bir “hepsi ya da hiçbiri” türü bir yargı değildir. Bu, yetkililerin, uygulama sürecinde yasal veya politika dilindeki muğlaklıkları veya anlaşmazlıkları çözmek konusunda, kendi değerlerini yerleştirebilecekleri ölçü konusunda değişken ve kesin olmayan sınırlar koymakla ilgilidir.

Diğer taraftan, teknik uzmanlar, bir reform çabasının işleyişini geliştirmek için, kendi uzmanlıklarını ve muhakemelerini uygulayabilir ve uygulamalıdır. Ancak, onların sorumlulukları bakımından önemli olan yine kararları hakkındaki şeffaflığı ve hesap verme sorumluluğunu geliştirmektir. “Güçlülere karşı doğruyu söyleme” (Wildavsky, 1979) ve parlamento veya bakanlara, politikalarının, amaçlanan sonuçlara ulaşmayacağını anlatma rolü çoğunlukla kolay değildir. Ancak, vicdanlı reformcuların, reform döngüsü boyunca bu rolü oynamalarının beklendiğine, inanıyoruz.

Bu mücadeleler, sağlık sektörü reformunu basit bir teknik süreçten daha fazla bir şey yapmaktadır (bu, sosyal değerler ve kişisel taahhütler için bir test etme zemini). Değişim için bir plan kurgularken, sağlık reformcularının temel ilke, kimlik ve çıkar konuları ile yüzleşmesi gerekmektedir. Sağlık sektörü reformu, teknik düzeyde olduğu kadar kişisel düzeyde de karmaşık olabilmektedir. Savunucular, sağlık reformu yolculuğuna çıktığında, siyasi meydan okumaların ve etik ikilemlerin teknik konularla nasıl çakıştığını ve bu çakışmalara hem kamusal hem de kişisel düzeylerde nasıl hitap edeceklerini anlamalıdır.

Kaynaklar

- Applbaum, Arthur I. 2000. *Ethics for Adversaries: The Morality of Roles in Public and Professional Life*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Bond, Patrick. 1999. “Globalization, Pharmaceutical Pricing and South African Health Policy: Managing Confrontation with U.S. Firms and Politicians.” *International Journal of Health Services* 29(4): 765-92.
- Bossert, Thomas; and Cesary Wlodarczyk. 2000. *Unpredictable Politics: Policy Process of Health Reform in Poland*. Data for Decision Making Project Paper No. 74. Boston, MA: Harvard School of Public Health.
- Cobb, Roger W.; and Marc Howard Ross, eds. 1997. *Cultural Strategies of Agenda Denial: Avoidance, Attack, and Redefinition*. Lawrence, KS: University Press of Kansas.
- Coles, Robert. 2000. *Lives of Moral Leadership: Men and Women Who Have Made a*

- Difference*. New York: Random House.
- Douglas, Mary; and Aaron Wildavsky. 1982. *Risk and Culture*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Downs, Anthony. 1967. *Inside Bureaucracy*. Boston, MA: Little, Brown.
- . 1972. "Up and Down with Ecology—The 'Issue-Attention Cycle.'" *The Public Interest* 28(Summer): 38-50.
- Duggin, C. W. 2002. "Court Bars Hindus' Rite Where They Razed Mosque." *The New York Times*, March 14: A9.
- Edelman, Murray. 1977. *Political Language, Words That Succeed and Policies That Fail*. New York: Academic Press.
- Fisher, Roger; and William Ury. 1981. *Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving In*. New York: Penguin Books.
- Glassman, Amanda; Michael R. Reich; Kayla Laserson; and Fernando Rojas. 1999. "Political Analysis of Health Reform in the Dominican Republic." *Health Policy and Planning* 14: 115-26.
- González-Rossetti, Alejandra; and Thoams J. Bossert. 2000. *Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: A Comparative Analysis of Chile, Colombia, and Mexico*. Boston, MA: Harvard School of Public Health/Data for Decision Making Project, June.
- Grindle, Merilee S.; and John W. Thomas. 1991. *Public Choices and Policy Change: The Political Economy of Reform in Development Countries*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Gutmann, Amy; and Dennis Thompson. 1996. *Democracy and Disagreement*. Cambridge, MA: Belknap Press of the Harvard University Press.
- Heclo, Hugh. 1974. *Modern Social Politics in Britain and Sweden*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Heifetz, Ronald A. 1994. *Leadership Without Easy Answers*. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.
- Jimenez de la Jara, Jorge; and Thomas T. Bossert. 1999. "Chile's Health Sector Reform: Lessons from Four Reform Periods." In: Peter A. Berman, ed., *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Boston: Harvard School of Public Health. Distributed by Harvard University Press, 199-214.
- Johnson, Haynes; and David S. Broder. 1996. *The System: The American Way of Politics at the Breaking Point*. Boston, MA: Little, Brown.
- Kingdon, John W. 1995. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2nd edition. New York: HarperCollins.
- Kuhn, Thomas S. 1962. *Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Landy, Marc K.; Marc J. Roberts; and Stephen R. Thomas. 1994. *The Environmental Protection Agency: Asking the Wrong Questions from Nixon to Clinton*. Expanded ed. New York: Oxford University Press.
- Lindblom, Charles E. 1965. *The Intelligence of Democracy: Decision Making Through Mutual Adjustment*. New York: Free Press.
- Majone, Giandomenico. 1989. *Evidence, Argument and Persuasion in the Policy Process*. New Haven, CT: Yale University Press.

- Marmor, Theodore R.; and David Thomas. 1972. "Doctors, Politics and Pay Disputes: 'Pressure Group Politics' Revisited." *British Journal of Political Science* 2: 421-41.
- Matthews, Jessica T. 1997. "Power Shift." *Foreign Affairs* 76(1): 50-66.
- Nandakumar, A. K.; Michael R. Reich; Mukesh Chawla; Peter Berman; and Winnie Yip. 2000. "Health Reform for Children: The Egyptian Experience with School Health Insurance." *Health Policy* 50: 155-70.
- Olson, Mancur. 1965. *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ramírez, Claudio Arce; Julia Li Vargas; Luis Bernardo Sáenz Delgado; Ana Lorena Solís Guevara; María Isabel Solís Ramírez; Thomas Bossert; Alejandra González; and Michael Reich. 1998. *Ejercicio de Mapeo Politico de Tres Opciones de Politica de Desconcentración de Los Servicios de La Caja Costarricense de Seguro Social*. San Jose, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social, December.
- Reich, Michael R. 1994a. "The Political Economy of Health Transitions in the Third World." In: Lincoln C. Chen, Arthur Kleinman, and Norma C. Ware, eds., *Health and Social Change in International Perspective*. Boston, MA: Harvard School of Public Health, 413-51.
- . 1994b. "Bangladesh Pharmaceutical Policy and Politics." *Health Policy and Planning* 9(2): 130-43.
- . 1995. "The Politics of Agenda-Setting in International Health: Child Health Versus Adult Health in Developing Countries." *Journal of International Development* 7: 489-502.
- . 1996. "Applied Political Analysis for Health Policy Reform." *Current Issues in Public Health* 2: 186-91.
- . 1997. "Review of World Development Report: Investing in Health (New York: Oxford University Press, 1993)." *Economic Development and Cultural Change* 45: 899-903.
- Reich, Michael R.; and David M. Cooper. 1996. *PolicyMaker: Computer-Assisted Political Analysis*. Software and Manual. Brookline, MA: PoliMap. (<http://www.polimap.com>)
- Reichenbach, Laura Jean. 1999. *The Politics of Priority Setting: Reproductive Cancers in Ghana*. Doctoral dissertation. Boston, MA: Harvard School of Public Health.
- Rocheftort, David A.; and Roger W. Cobb, eds. 1995. *The Politics of Problem Definition: Shaping the Policy Agenda*. Lawrence, KS: University Press of Kansas.
- Schattschneider, E. E. 1960. *The Semi-Sovereign People: A Realist's View of Democracy in America*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Seif El Dawla, Aida. 1999. "The Political and Legal Struggle Over Female Genital Mutilation in Egypt: Five Years Since ICPD." *Reproductive Health Matters* 7(13): 128-36.
- Simon, Herbert A. 1957. *Models of Man: Social and Rational: Mathematical Essays on Rational Human Behavior in a Social Setting*. New York: Wiley.
- Starr, Paul. 1995. "What Happened to Health Care Reform?" *The American Prospect* Winter: 20-31.
- Strom, Stephanie. 1999. "Japan's Legislators Tighten the Ban on Under-Age Sex." *The New York Times*, May 19.

- UNICEF (United Nations Children's Fund). 1985. *The State of the World's Children 1985*. New York: Oxford University Press.
- Wildavsky, Aaron. 1979. *Speaking Truth to Power: The Art and Craft of Policy Analysis*. Boston, MA: Little, Brown.
- World Bank. 1993. *World Development Report: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. 2000. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.

Bölüm 3'teki felsefi tartışmalardan, sağlık hizmetleri sisteminin performansına ilişkin yargılara nasıl geçiş yapabiliriz? Farklı etik teorilerin savunucuları, söz konusu performansın değerlendirilmesi için farklı kriterleri ortaya koyabilirler -veya farklı performans hedeflerine ulaşmanın önemi konusunda farklı görüşler savunabilirler-. Bu, söz konusu yargılar hakkında söyleyeceğimiz tek şeyin “duruma göre değişir” olduğu anlamına mı gelmektedir?

Her ne kadar tüm performans yargıları, değerle ilgili olsa da şuna inanıyoruz ki sağlık sektörü reformcuları pratik bir konu olarak sorunları tanımlamak ve çözümleri değerlendirmek için sınırlı sayıdaki performans hedefine odaklanmayı genellikle faydalı bulacaktır. Bu bölümde, bu tür bir *performans hedefi kümesi* öneriyoruz, yani 1) Nüfusun sağlık durumu 2) Sistemden vatandaşların aldığı memnuniyet düzeyi 3) Vatandaşların kötü sağlığın finansal risklerinden korunma derecesi (bk. Şekil 2.2). Bu hedeflerin nasıl ölçülebildiğini ve bir ulusun performansının nasıl değerlendirilebileceğini tartışacağız. Sağlık sektörü ve toplumun geri kalanı arasındaki bağlantıların, performans yargılarını nasıl etkilediğini de inceliyoruz. Özel olarak, maliyet değerlendirmelerinin ve sosyal değerlerin ve aynı zamanda siyasi süreçlerin, sağlık sektörü reformu için gündem belirlemede bir rolü olması gerektiğini öne süreceğiz.

Öncelikle, performans hedeflerinin nasıl seçileceğini ele alıyoruz. Daha sonra,

önerdiğimiz farklı hedefleri açıklıyor ve savunuyoruz. Daha sonra, sağlık sektörü ile daha geniş sosyal ve ekonomik alan arasındaki mali ve siyasi bağlantıları inceliyoruz. Gelecek bölümde “ara performans ölçüleri” adını verdiğimiz konuyu ele alıyoruz – verimlilik ve kalite gibi-. Bu ölçüler, burada ele aldığımız nihai hedeflere ilişkin performansın belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Bu bölümde, bir kişinin sağlık sektörü reformu konusunda düşündüğünü var sayıyoruz ve bizim önerimiz, bu bireyin yapması gereken seçimler ve vermesi gereken kararlara yöneliktir.

Tabi ki bizim önerimiz kişisel yargılardan, deneyimden ve değerlerden etkilenmektedir. Performans hedeflerinin seçilmesi mekanik bir süreç değildir. Kendi etik endişelerimizin gücünden kaçamadığımız için, zaman içerisinde bunları kabul etmeye çalışacağız. Böylelikle, farklı görüşlere sahip olanlar, açık ve aşık bir şekilde değerlendirici sorular sormak için yine bizim çerçevemizi kullanabilecektir.

Performans Hedeflerinin Seçilmesi ve Kullanılması

Performans hedeflerini hassas bir şekilde seçebilmek için, analist hedeflerin amacını bilmelidir. Örneğin, DSO’nun yakın zamanda yayınladığı Dünya Sağlık Raporu, tüm ülkelerin sağlık hizmetleri sistemlerini tek bir ölçek üzerinde sıralamaktadır. Bu rapor, her bir ülke için az sayıda sayısal ölçünün inşa edilmesini gerektirmiştir. Bunlar daha sonra basit bir formülle birleştirilebilir. Bizim görevimiz farklıdır. Biz, sağlık sektörü reformu süreci dâhilinde öncelikle dikkat edilmesi gereken performans sorunlarını belirlemek istiyoruz. Bu durum, sayısal skorları bizim amaçlarımıza yönelik olarak daha az kullanışlı; ayrıntılı tanımlayıcı verileri de daha kullanışlı kılar.

Bölüm 2’de belirtilmiş olan bir noktayı tekrarlamak gerekirse performans ölçüleri, sağlık sektörünün *neticelerini, akıbetlerini veya sonuçlarını* yansıtmalıdır. Sonuçlarla başlama konusundaki bu ısrar, yaklaşımımızın ayırt edici özelliklerinden biridir. Bir reformcu daha sonra, söz konusu yetersiz performansın nedenlerini tespit etmek için bir “teşhis yolculuğuna” (Bölüm 7’ye bk.) çıkabilir ve daha sonra söz konusu performansı geliştirmek için mantıklı reform stratejileri geliştirebilir (aynı tür kriterler, uygulandıklarında politikaları değerlendirmek için de kullanılabilir).

“*Sorun*” terimini “*performans sorunu*” anlamında kullanırken evrensel kullanımdan uzak bir kullanımı ifade ettiğimizin farkındayız. Örneğin, doktorlar genellikle “*sorun*” kelimesini, “*neden*” kelimesini ifade etmek için kullanır (genellikle bir hastaya şöyle söylerler: “Maalesef, sizin sorunuz kanser”). Birçok sağlık sektörü reformcusu da analizlerini, bizim önerdiğimiz şekilde formüle etmemektedir. “Ülkenizdeki sorun nedir?” diye sorulduğunda, sistemin belli yönleri bakımından cevap verirler: “Temel sağlık hizmetlerimiz yeterli değil.” veya bir tür reform önerisi şeklinde cevap verebilirler: “Sosyal sigortayı uygulamaya geçirmemiz gerekmektedir.” Bunun aksine, bu tür beyanların aslında performans sorunlarının potansiyel *nedenleri* veya potansiyel *çareleri* ile ilgili olduğunu öne sürüyoruz. Bu cevaplar, performans sorunu hakkında verilen tanımlamalar değildir. Bir ülkenin doktor iş gücünün değişmesi gerektiğini veya sağlık hizmetleri finansmanının yeniden organize edilmesi gerektiğini, ancak sistemin bu özellikleri, kabul edilmeyen sonuçlara yol açıyorsa bilebiliriz.

Bu, bir sonraki soruyu ortaya çıkarmaktadır (yani, bir ülkenin performansı konusunda, tanımladığımız farklı hedeflere ilişkin nasıl yargıda bulunulabilir). Özel olarak

reformcular, sağlık durumu dağılımı, memnuniyet veya riskten korunma konularının hangi parametreleri veya yönleri ile ilgilenmelidir? Yine, sağlık sektörü reformuna kılavuzluk yapma hedefine dayalı olarak bu kararları vermeyi öneriyoruz. Bu bağlamda, bir ülkenin, bir veya iki basit özet istatistiğe -örneğin, beklenen yaşam süresi- dayalı genel ortalama performansı, bir sağlık sektörü reformu çabasının erken aşamalarında faydalıdır. Örneğin, bir ülkenin, komşularına ve geçmişteki performansına kıyasla yetersiz performansı, reform konusunda kamusal desteği harekete geçirebilir.

Bu amaçlarla, farklı alternatif istatistiksel ölçüler arasında -aritmetik ortalama, ortanca (medyan), tepe değeri (mod)- yapmak için fazla bir neden yoktur. Bunlar arasındaki fark, genellikle siyasi dikkati odaklama veya kamusal desteği düzenleme görevleri ile büyük ölçüde ilgisiz olan spesifik teknik konuları içermektedir. Aynı durum, toplumdaki sonuç varyasyonunun daha doğru ölçülmesi için de doğrudur. “Ortalama” çoğu kişi için sezgisel bir anlam ifade etse de çok az kişi standart sapma, çeyreklikler arası uzaklık (IQR) veya Gini katsayısı gibi varyasyon ölçülerini sezgisel olarak anlayabilecek düzeydedir (Wagstaff ve Van Doorslaer, 1993). Bu yüzden, bu tür istatistiksel alternatifleri tartışmak için çok fazla zaman harcamıyoruz.

Ayrıca sonuçların *hakkaniyeti* de çoğunlukla reformcular -ve uluslararası donörler- için en önemli konudur. Bu yüzden, reformcuların, bir üçe iki matrisi bağlamında düşüncelerini öneriyoruz: Üç performans hedefi ve her biri için uygulanacak iki etik test. Birinci etik test, ortalama performansla yapılacak bir karşılaştırmadır. İkincisi, performans ölçülerinin dağılımının hakkaniyetinin değerlendirilmesidir. Bir reformcu bakış açısından bakıldığında, sonuçların dağılımı -bölgesel, gelir veya etnik gruplar temelinde- genellikle istatistiksel ölçümlere göre daha ilgili değerlendirme imkânı sağlayacaktır. Hakkaniyeti artırma yönündeki çabalara kılavuzluk sağlaması bakımından, kötü durumda olanların -göreceli olarak yetersiz sağlık durumuna sahip olanlar gibi- belirlenmesi gerekmektedir.

Farklı ülkeler, sadece hakkaniyete farklı *değerler vermekle* kalmamakta, aynı zamanda hakkaniyeti farklı *tanımlamaktadırlar*. Bazı ülkelerde, zengin ve fakir insanlar arasında yaşanan hizmet bakımından her türlü fark, bir sorun olarak değerlendirilmektedir -örneğin, Danimarka-(Andersen, 1984). Diğer ülkeler, daha kötü durumda olanların durumunu geliştirmeye ve bu arada durumu iyi olanların da daha iyi hizmet almasına izin vermeye odaklanmaktadır -örneğin, Avustralya- (White, 1995). Ülkeler, aynı zamanda, hakkaniyet konusunda bazı performans hedeflerine, diğer ülkelere göre daha fazla ağırlık vermektedir. Örneğin, bir ülke, vatandaşların memnun olmasından ziyade, sağlık sonuçlarında hakkaniyet sağlama konusunda daha istekli olabilmektedir.

Özel bir performans hedefi kümesi seçmek, sağlık sektörü hakkındaki kamusal tartışma için özel bir odak seçmek demektir. Bu tür kararlar nasıl verilmelidir? Önerdiğimiz ilk kriter, siyasi ilgililiktir. Dünya çapında birçok hükümetle birlikte çalıştığımız için, belli konularla sürekli yüz yüze kaldık. Bölüm 4’te ele aldığımız gibi, reform sürecinde politikaların hem önemi hem de meşruiyetine inandığımız için, herhangi bir performans hedefi konusundaki görüşümüz, bu önemli siyasi ve sosyal endişeleri yansıtmalı ve içermelidir. Çünkü bu endişeler, dünya çapında sağlık sektörü reformuna yön vermiştir -ve vermektedir-. Reformcular, sunmuş olduğumuz çerçeve dâhilinde hem kendilerinin hem de diğerlerinin önde gelen endişelerini kabul edebilmeli ve ifade edebilmelidir.

İkinci olarak performans hedefleri, Bölüm 3'te ele alındığı gibi sağlık sistemine ilişkin ana alternatif felsefi perspektifleri yansıtmalıdır. Faydacılar, liberaller ve toplumcular kendi görüşlerinin ifade edildiğini görmedikçe, çerçeve onlar için işe yaramayacaktır. Birlikte ele alındığında ölçüler kümesi, reform sürecinde önemli olan kritik etik konuları kapsamalıdır. Bu konulara ilişkin anlaşmazlıklar, hedeflerin tanımlanması ve uygulanacak farklı etik testlerin önceliği konusundaki farklı görüşler bakımından ifade edilebilir olmalıdır.

Hedefleri seçme konusundaki üçüncü temelimiz, nedensel bağılıktır. Sağlık politikası seçimlerinden önemli düzeyde etkilenen performans ölçülerini istiyoruz. Örneğin, sağlık sektörü, vatandaşların genel mutluluk düzeyini etkilese de bu iyi oluş hali, sağlık hizmetlerinin dışında birçok farklı faktöre bağlıdır. Diğer taraftan, sağlık sektörünün kendisinden memnun olmak, büyük ölçüde, sektörün içinde ne olduğuna bağlıdır. Bu yüzden, memnuniyetin ikinci, daha dar yönü, nedensel bağımlılık testini karşılarken genel mutluluk düzeyleri bunu karşılamamaktadır.

Göreceğimiz gibi, performans ölçülerinin kullanılabilir bir şekle konulması, tanım, ölçüm vs. konusunda birçok ilave kararı gerektirmektedir. Bu kararların da bazı özel değerleri ve öncelikleri yansıtmaları gerekecektir. Bu ayrıntıların dürüst bir tartışması, büyük olasılıkla ilave etik tartışmaları açığa çıkartacak ve teşvik edecektir –ve herkes nihai formülasyondan eşit düzeyde memnun olmayacaktır-.

Sağlık Sektörü Performans Hedefleri

Sağlık Durumu

Toplumun sağlık durumu, bizim ilk performans hedefimizdir. Çoğu kamusal tartışmanın ve politika üretiminin konusu olarak bu, kesinlikle siyasi ilgililik testini geçmektedir. Bu aynı zamanda felsefi ilgililik testini de geçmektedir. Nesnel faydacıların merkezi endişelerini içermektedir (çünkü, bunlar için sağlık durumu, iyi oluş halinin anahtar bir bileşenidir). Bu aynı zamanda birçok eşitlikçi liberal için de fırsatın kritik bir yönüdür. Buna ek olarak toplumun sağlık durumu, aynı zamanda nedensel bağımlılık testini de karşılamaktadır. Diğer faktörler (örneğin, gelir ve eğitim) sağlık durumunu etkilerken, sağlık sektörü faaliyetlerinin sağlığın kendisi üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır.

Tablo 5.1'de belirtildiği gibi, bir sağlık durumu endeksi oluşturulması, birçok kararı gerektirmektedir (Arnesen ve Nord, 1999; Anand ve Hanson, 1997). Her ülke, bu kararları farklı alma eğilimindedir. Örneğin, ülkelerin hepsi farklı yaşlarda kaybedilen yaşam süresini aynı şekilde saymayacak ya da mevcut ve gelecekteki faydalar konusuna aynı ilgili değeri vermeyecektir -yani aynı indirim oranını kullanmayacaktır-. Ancak, şuna inanıyoruz ki tüm reformcuların bunu ayrıntılı ölçmeyi nasıl seçtiklerinden bağımsız olarak, toplumun sağlık durumuna odaklanmaya başlamaları gerekmektedir.

Hangi sağlık sorunlarına öncelik verilmesi gerektiği konusunda karar verirken bir ülke, en fazla zarara neden olan hastalığa özel olarak dikkat etmek isteyebilir. Eğer bir ülke, alkolikliğe veya tüberküloz artışına ya da neonatal tetanoza bağlı olarak vatandaşlarının çoğunu kaybediyorsa bu durumda bu koşulların kontrol edilmesi, reform çabalarının odak noktasını teşkil edebilir. QALY'ler veya DALY'ler gibi, sofistike

hastalık yükü ölçülerinin mevcut olmadığı ülkeler, prevalansın -diğer karşılaştırılabilir ülkelere göre veya geçmiş performanslarına göre- daha yüksek olduğu durumları hedefleyerek işe başlayabilir. (Bir ülkenin bu tür sorunlar için her şeyi yapabileceği sorunu, aşağıda ele aldığımız gibi ülkenin öncelikleri ile de ilgilidir.)

TABLO 5.1. Bir Sağlık Durumu Endeksi Oluşturmak İçin Gerekli Kararlar

-
- Farklı engellilik ve hastalık türleri ne kadar önemlidir? Örneğin, engelliliği ölçmede, sadece işlevsel engellilik mi önemlidir, yoksa “sessiz” fizyolojik koşullar da ilgili midir?
 - Farklı yaşlarda kaybedilen yaşam yıllarının göreceli değeri nedir?
 - Ekonomik olarak verimli veya sosyal olarak değerli olanlar, işsiz veya emekli olanlara göre daha fazla mı değerlidir?
 - Bir kişinin sağlıkla ilgili olmayan durumu, yaşam değerleri üzerinde ne gibi bir etkiye sahiptir? Bazı hastalıklar, zenginlerde ortaya çıktığında, zenginlerin tedavi edici hizmetleri satın alabilmelerinden dolayı daha az ciddiyete mi sahiptir?
 - Farklı hastalıklar veya ölüm nedenlerine yönelik kamusal tavırlar önemli midir? Örneğin, ABD halkının özellikle kanser ölümlerinden uzak kalmaya istekli olması, ölümün önlenmesinden edindiğimiz kazanımlar konusundaki değerlendirmelerimizi etkilemeli midir?
 - Ölüm ve engellilik nasıl birleştirilebilir? Engelli olmayanların yaşamları, engellilerin yaşamlarından daha mı değerli?
 - Gelecekteki kazanımlar “indirilecek” mi -yani, mevcut kazanımlara göre daha az değer verilecek- ve eğer böyleyse hangi oranda indirilecek?
 - Belirsizliğe nasıl hitap ediliyor? Sadece ortalama etkilerin en iyi tahmini mi yapılıyor –ve bunların olacağına ilişkin güven derecesindeki farklılıklar göz ardı mı ediliyor– yoksa bu kadar riske karşı duyarsız olunmamalı mı?
-

Sağlık durumunun dağılımının hakkaniyeti konusunda endişe duyan reformcular, nüfus içinde sağlık sonuçlarının varyasyonu hakkındaki bilgilere ihtiyaç duymaktadır. Örneğin, bazı bölgeler, etnik gruplar veya sosyo ekonomik gruplar, diğerlerine göre beklenen yaşam süresi veya anne mortalitesi bakımından daha kötü durumda mı -örneğin, Hindistan’daki kabile halkları veya Malezya’daki ada şehirleri-? Gerçekte bu süreç, dikkat edilmesi gereken performans sorunlarının belirlenmesi için, bir *gösterge* olarak ülkenin kendi ortalama performansını kullanmaktadır (gösterge uygulamasının farklı biçimlerini, öncelik belirleme konusunu ele alırken genel olarak değerlendireceğiz).

Farklılıklar belirlendiğinde, ülkelerin, bunların düzeltilmesinin ne kadar önemli olduğu konusunda karar vermesi gerekmektedir. Sağlık durumu en kötü olanların çoğunluğunun durumunun iyileştirilmesi mi yoksa dağılımın ortasına doğru olan vatandaşların deneyiminin geliştirilmesi mi daha önemlidir? Örneğin, Çin’de, kırsal kesimdeki yoksulların sağlık durumu gözle görülür düzeyde düşüktür (Sağlık Bakanlığı, PRC,1999). Ancak bunlar, kentteki işçilere göre siyasi ve ekonomik bakımdan genel-

likle daha az önemli olarak değerlendirilmektedir. Bu tür tavırlar, sağlık sektöründe politika yapımını nasıl etkilemelidir? Benzer şekilde, yaşam beklentileri ulusal ortalamaya göre beş yıl -veya daha fazla- düşük olan ve bebek ve anne ölüm oranları ulusal ortalamanın iki katı olan Hindistan'daki kabile halkları (Peters ve arkadaşları, 2002) ya da Orta Avrupa'da Roma (Ringold, 2000; Puportka ve Zadori, 1998) örneklerinde olduğu gibi, ülkeler, dezavantajlı etnik azınlıklara yardımcı olma konusuna ne düzeyde önem vermelidir? Bu soruya verilecek cevaplar, kaçınılmaz olarak her bir ülkenin değerleri ve siyasi süreçleri ile şekillenecektir.

Eşitlikçi liberaller olarak biz, sağlık durumları yetersiz düzeyde olanların sağlığına, özellikle dikkat edilmesine yönelik güçlü etik argümanların olduğuna inanıyoruz. Bazen, temel hizmetlerin yetersiz hizmet alanlarını kapsayacak şekilde genişletilmesi, genel -ortalama- sağlık durumunu artırmanın verimli bir yoludur. Temel sağlık hizmetleri çok maliyet etkili olabilir. Aslında, coğrafi alanları arasında gözle görülebilir şekilde eşit olmayan düzeylere sahip olan bazı ülkeler -örneğin, Türkiye- , daha fazla eşit sağlık harcaması olan benzer durumdaki ülkelere göre -örneğin, Şili- daha düşük ortalama sağlık durumuna sahiptir (DSÖ, 1996). Bunun nedeni, ekonomistlerin "azalan verim" adı verdiği durumdur. Sınır bakımından, en iyi durumda olanlara daha fazla harcama yapmanın getirdiği kazanımlar, genellikle en kötü durumda olanlara daha fazla harcama yapmanın getirdiği kazanımlardan daha azdır.

Diğer taraftan, bu argümanlar her zaman doğru olmayacaktır veya doğru olsa da her zaman zorlayıcı olmayacaktır. En yetersiz sağlık durumuna sahip olan gruplara hizmet verilmesi özellikle zor olabilir. Bunlar uzak alanlarda yaşayabilir veya sosyal ve ekonomik birçok engelle mücadele ediyor olabilir. Örneğin, Nepal'de, en yakın sağlık ocağına yürüyerek birkaç günde ulaşabilen köyler bulunmaktadır. Ayrıca, her ülkenin liderliği bizim özel değerlerimizi paylaşmamaktadır. Farklı birçok siyasi değerlendirme -ulusal elitlerin memnun edilmesinden, siyasi olarak güçlü kentli işçilerin teskin edilmesine kadar - halihazırda iyi hizmet verilenler için hizmet konusunda daha fazla harcama yapma yönünde baskı üretebilir.

Ancak, önemli olan sağlıkta hakkaniyet konusundaki görüşlerimiz değildir. Reformcular, hangi sorunlara odaklanılacağını ve hangi reformların savunulacağını bilmek için bu konulara ilişkin *taahhütlerini* netleştirmelidir. Fakirlerin belli düzeyde asgarilere erişimi olduğu sürece, zenginlerin kendileri için daha iyi hizmet satın alması kabul edilebilir midir? "Adalet", zenginlerin erişim sahibi olduğu pahalı ve yaşam kurtaran teknolojinin aynısı için, devletin yoksullara ödeme yapmasını gerektirir mi -bu teknoloji, sağlık durumu kazanımları üretmek için maliyet etkili bir yol olmasa bile?- Bunu yapmak pahalı olsa da kötü durumda olanlara yardımcı olmak ne kadar önemlidir? Kaynakların tanım olarak çok sınırlı olduğu yoksul ülkelerde, bunlar özellikle zor sorular olabilir. Her halükarda, reformcular, ülkelerinde sağlık durumunun dağılımına nasıl reaksiyon göstereceklerine karar vermek için cevap aramalıdır.

Vatandaşların Memnuniyeti

İkinci performans hedefimiz, vatandaşların, sağlık sektörünün sağladığı hizmetlerden memnun olma derecesidir. Felsefi olarak, böyle bir hedef, ekonomistlerin savunduğu öznel faydacı görüşle paralel gitmektedir. Siyasi olarak, sistemin, vatandaşların iste-

diklerini sağlama konusundaki yetersizliği, genellikle reformun önemli bir kaynağıdır. Ayrıca, bu hedef bize, sağlık durumu üzerindeki etkisinden ayrı olarak, sağlık sisteminin farklı özelliklerini anlama imkânı verir. Örneğin, hizmet sunum süreci ne düzeyde erişilebilir ve hizmet odaklıdır? Memnuniyet düzeyini bir performans hedefi olarak kullanarak, vatandaşların kendilerine verilen hizmeti nasıl değerlendirdikleri ve nasıl hizmete cevap verdiklerini göz önüne alıyoruz.

Burada bizim yaklaşımımız yine, sadece “meşru” memnuniyetleri göz önüne alan yakın zamandaki DSÖ formülasyonundan uzaklaşmaktadır (Murray ve Frenk, 1999). Bu yaklaşımı reddetme konusundaki nedenlerimiz hem felsefi hem de pratiktir. Felsefi olarak, memnuniyet bir öznel faydacı yaklaşımdır. Bu çerçeve içinde, bizim “meşruiyetlerine” ilişkin görüşümüze göre, bir başkasının memnuniyet düzeyini değerlendirmek için elimizde bir temel bulunmamaktadır. Ayrıca, vatandaşların sağlık hizmetleri sisteminden memnuniyeti, muhtemelen o sistemin farklı özelliklerine etkileşimli olarak dayanacaktır. Örneğin, çoğu kimse, aldıkları hizmet klinik bakımdan mükemmel olduğunda yetersiz hizmete tolerans gösterme konusunda daha isteklidir. Bu gibi durumlarda “memnuniyeti” bölüp parçalarını, tüketici deneyiminin farklı parça ve bölümlerine tahsis edemeyiz.

Ülkeler, tanımladığımız şekilde memnuniyetin artırılması ile diğer hedeflere ulaşılması arasında bazı dengelemelerle karşılaşabilir. Örneğin, hastalar uygun olmayan hizmetten memnun kalabilir – gereksiz enjeksiyonlar gibi-. Bu gibi isteklere cevap verilmesi, bir ülkenin, olabilecekten daha düşük sağlık durumuna ve daha yüksek maliyetlere sahip olmasına neden olabilir. Yetersiz sağlık alışkanlıkları olanlar, davranışlarını değiştirmek için hiçbir çabanın yapılmaması gerektiğini önerebilir. Çünkü bu alışkanlıklar, kendi memnuniyetlerini artırmaktadır. Bu tür çatışmaları bastırmak veya bunlardan sakınmak -dengeleme kararları vermeden önce bazı reformcuların “meşru olmadığına” inandığı memnuniyetlerin kaldırılması yoluyla- konusundaki karar bize hantal ve örtbas edici bir yaklaşım gibi gözükmektedir. Bunun yerine, eğer özel bir ülkedeki reformcular farklı nedenlere bağlı olarak belli vatandaş isteklerine cevap vermemeye karar verirse siyasi hesap verme sorumluluğu onların bunu açık bir şekilde söylemelerini ve seçimlerini açık bir şekilde savunmalarını gerektirir.

Ne şekilde tanımlanırsa tanımlansın, memnuniyetin ölçülmesi o kadar kolay değildir. Ekonomistlerin çözümü, bireylerin, farklı tür faydalar için *ödeme istekliliğini* belirlemeye çalışmaktır (Weinstein ve arkadaşları, 1996). Örneğin, insan yaşamına ilişkin bir değer belirlemek için, bireylere, farklı ödemeler mukabilinde özel riskleri üstlenme isteklilikleri konusunda varsayımsal sorular sorulmuştur. (Buna, şarta bağlı değerlendirme çalışmaları adı verilir.) (Ham mitt, 2000). Bu çalışmalar, söz konusu karar teorisinin rasyonel olduğunu söylediği davranış ile tipik seçim yapıları arasında bazı sistematik tutarsızlıklar olduğunu ortaya koymuştur. Örneğin, hasta insanlar yaşam kalitelerini, iyi oldukları duruma göre daha yüksek olarak derecelendirebilir (Rosser ve arkadaşları, 1992).

Memnuniyeti tespit etmeye yönelik alternatif bir yaklaşım, bir tür kullanıcı anketi kullanmaktır -insanlara, sağlık hizmetleri hakkında neyi sevdikleri ve neyi sevmediklerini sormak- (Cleary, 1999). Bu tür anketler, doğrudan maliyet tahminleri ile karşılaştırılabilir olan parasal değerleri göstermemektedir. Ancak bunlar, reformcular için, özellikle de sistemin özel hizmetleri veya özellikleri hakkında bilgi temin et-

mek istiyorlarsa değerli kılavuzluk sağlayabilmektedir. Bu tür çalışmalar, belli teknik sorunlarla yüz yüze kalmaktadır -örneğin, cevap verenlerin, özellikle de düşük durumdaki cevap verenlerin, sorulara “evet” cevabı verme eğilimi-. Ancak, Avrupa’da ve ABD’de, güvenilir anket araçlarının geliştirilmesi ve geçerlenmesi için kapsamlı çalışmalar gerçekleştirilmiştir (Coutler ve Cleary, 2001).

Bir ülkenin, memnuniyet düzeyine ilişkin performansı konusunda karar vermek aynı zamanda hakkaniyet değerlendirmelerini de içermektedir. Mutlu ve mutsuz olanlar için, memnuniyet kazanımları aynı düzeyde önemli midir? Burada yine farklı felsefe mensupları arasında farklılıkların olması muhtemeldir. Düşünüş şekillerinin kökeni ekonomide olan öznel faydacıların çoğunluğu, genel memnuniyetin -dağılımının değil- önemli olduğunu öne sürecektir. Eşitlikçi liberaller için, bazılarının diğerlerine göre muamele görme biçiminden daha fazla memnun olduğu bir durum, eşit saygı nosyonlarını ihlal edecektir. Bunlar, özellikle memnun olmayan popülasyondaki grupların geliştirilmesi ile ilgileneceklerdir.

Özetle, vatandaşların sağlık sistemi konusundaki memnuniyetlerini geliştirmenin önemli bir performans hedefi olması gerektiğine inanıyoruz. Ancak, bu kararları vermek için farklı birçok metodolojik ve felsefi konunun çözümü kavuşturulması gerekmektedir. Vatandaşların memnuniyeti büyük ölçüde sistemden etkilenmekte ve geniş kapsamlı olarak tartışılmaktadır. Vatandaşların memnuniyeti, ayrıca felsefi temellidir ve siyasi konularla ilgilidir. Öne sürdüğümüz gibi ilgi noktası, uzmanların bu reaksiyonları sevip sevmemesinden bağımsız olarak, vatandaşların *tüm* reaksiyonları olmalıdır. Tabi ki bu hedef, diğer hedeflerle çatışma içinde olduğunda veya vatandaşların reaksiyonları etik olarak sorunlu olduğunda bu konular, öncelik kararları vermeye veya ulusal performansı değerlendirmeye çalışan sağlık reformcuları tarafından doğrudan ele alınmalıdır.

Finansal Riskten Korunma

Finansal riskten korunma, çoğu sağlık sektörü politika yapma sürecinin ana hedefidir ve sıklıkla sağlık reformu politikasının odak noktasındadır. Bu büyük ölçüde sektörün nasıl finanse edildiğinden etkilenmektedir. Buna ilaveten, finansal olarak yoksullaşmayı -ve bununla ilişkili fırsat kayıplarını- önlemek, eşitlikçi liberaller için felsefi olarak önemli bir konudur. Onlar için, herkese asgari düzeyde bir ekonomik fırsat sunmak, erken engellilik veya ölümü önlemek kadar önemlidir. Kısaca, finansal riskten korunmanın kritik bir performans hedefi olarak sayılması için birçok zorlayıcı neden vardır.

Ancak, finansal risk korumasının sağlanması, popülasyonun, sağlık hizmetlerinin tüm maliyetlerini engellemesine izin vermez. Aslında bu yapılamaz. Yabancı yardım göz önüne alınmadığında, bir ülkedeki tüm sağlık hizmetleri maliyetleri sonuç itibarıyla doğrudan ya da dolaylı bir şekilde vatandaşları tarafından ödenmektedir. Bir ülkenin gelir dağılımının ortasında bulunanları, rutin sağlık hizmetlerinin maliyetlerine karşı korumak mümkün değildir. Eğer bu maliyetleri doğrudan ödemezlerse bunu farklı vergiler aracılığıyla dolaylı olarak yapacaklardır. Risk korumasının elde edilmesi için önemli olan, insanlara, ciddi bir hastalığın büyük ve tahmin edilemez maliyetlerinin önlenmesi konusunda yardımcı olmaktır (yani, vatandaşlardan gelen gelirlerin bir havuzda toplanarak ciddi şekilde hasta olanlar için, hizmet sağlamak amacıyla kullanıldığı, bir risk yayma veya sigorta işlevinin sağlanmasıdır).

Finansal riskin ölçülmesi karmaşıktır, çünkü belli bir riskin önemliliği hem riskin büyüklüğüne hem de riske maruz kalan şahsın ekonomik durumuna -gelir ve varlıkları-bağılıdır. Bir kişi yoksulluk düzeyine ne kadar yakın olursa o kişinin yapacağı daha az bir harcama bile, o kişiyi yoksulluk sınırının altına çekebilir. Bu yüzden, daha fazla risk korumasına ihtiyaçları olacaktır.

İlave bir komplikasyon, finansal riskin sağlık durumunu da etkileyebileceğidir. Ciddi anlamda hasta olanlar, eğer üzerlerindeki mali yük, hizmet almamaya karar vermelerine katkıda bulunursa uygun şekilde tedavi göremeyebilirler. Bu yüzden risk korumasının olmamasından dolayı aldıkları yara, azalan sağlık durumu olarak ortaya çıkar, bir mali kayıp olarak değil.

Finansal riskten korunmanın boyutu nasıl tasvir edilebilir? En basit veriler –örneğin, sigorta kapsamının boyutuna ilişkin veriler –sadece kısmi olarak bilgilendirmektedir. Çünkü bazı ülkeler –örneğin, Hindistan, Mısır ve çoğunlukla Doğu Avrupa-, sınırlı düzeyde sağlık sigortası sağlayabilmektedir. Sağlık sigortası yerine daha çok devlet kurumlarında ücretsiz -veya ücretsiz yakın- sağlık hizmetlerine dayanmaktadırlar. Bu tür sistemler, hizmetlerin erişilebilirliğine, kalitesine ve hastaların yüklenmesi gereken maliyetlere bağlı olarak -ilaçlar, tedarikler ve el altından yapılan ödemeler dâhil- belli düzeyde risk koruması sağlamaktadır. Ancak tüketiciler, tam olarak kamu sektörüne güvenmediğinde, hastalıklar meydana geldiğinde özel hizmetleri satın almaya zorlanabilirler. Bunun da finansal durumları bakımından potansiyel olarak ciddi etkileri olabilir (Berman, 1998; Nandakumar ve arkadaşları, 2000).

Ayrıca sigorta kapsamı bir “evet ya da hayır” değişkeni değildir. Sınırlı düzeyde sigortaya sahip olanlar yine de ciddi bir hastalık durumunda, önemli finansal risklerle yüz yüze kalabilirler (faydacılar için, bazı vatandaşların, hizmetin maliyet etkili olmayan kullanımını teşvik edecek şekilde “çok fazla” sigortaya sahip olması mümkündür) (Gilied, 2001).

Riskten korunma boyutunu, bireylerin, hastalık nedeniyle yoksullaştırılması ya da gelirlerinin olmaması nedeniyle uygun tedavi almaktan alıkonma olasılıkları -olgudan önce- veya sıklıkları -olgudan sonra- temelinde karar vermeyi öneriyoruz. Bir finansman sistemi, bu tür olayların bireysel düzeyde meydana gelmesi muhtemel değilse ve bu yüzden bu olaylar nüfusta nadir ise bu kriterlere dayanabilir. Bu ölçü hem riskin büyüklüğünü hem de şahsın ekonomik durumunu birleştirmektedir. Hakkaniyet açısından bakıldığında, nüfustaki gruplar arasında bu olasılıktaki farklılıklar, risk korumasını genişletmek için öncelikler konusunda karar verme ile kesin olarak ilgilidir. Aslında, birçok ülkenin yakın zamanda sosyal sigorta sistemlerini sağlamlaştırmasına veya genişletmesine neden olan tam olarak da bu risklerdir (Kolombiya’dan Tayvan’a kadar: Kolombiya Sağlık Sektörü Reformu Projesi 1996: Lu ve Hsiao, 2003).

Bizim önerdiğimiz ölçü, halkın, mevcut riskten korunma düzeyinden memnuniyetini hesaba katmamaktadır. İnsanların tepkileri, bu ölçü yerine, vatandaşların sağlık sistemi konusundaki genel memnuniyet düzeyleri göz önüne alınarak anlaşılabilir. Benzer şekilde, risk korumasının olmamasının sağlık durumu üzerindeki etkileri, sağlık durumu dağılımına yansımaktadır.

Bu şekilde tanımlanan finansal risk düzeylerinin belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin kullanımı ve harcamalara ilişkin hanehalkı anketleri verilerini gerektirmektedir. Bu tür çalışmalar, özellikle yoksul ülkelerde pahalı ve zor olabilmektedir. Ancak, bu hedefe

ilişkin ulusal performansın dikkatli bir değerlendirmesini yapmakla ilgilenen bir reformcu, bu tür bir araştırmayı desteklemeye hazırlıklı olmalıdır.

Daha Geniş Sosyal ve Ekonomik Sisteme İlişkin Sağlık Sektörünün Performansı

Sağlık sektörü performansı konusundaki analizimizi tamamlayabilmek için, sağlık politikasının, daha geniş sosyal ve ekonomik sistemi hem etkilediği hem de bundan etkilendiği olgusunu göz önüne almalıyız. Hükümetler sağlıktan ayrı olarak iç politika alanında birçok şey yapmaktadır. Bu faaliyetlere, “sosyal ve ekonomik politika sistemi” adını verelim. Bu sistem ve sağlık sektörü arasındaki ilişkiler oldukça karmaşıktır. Her bir sistemdeki tüm değişkenler, potansiyel olarak diğer sistemdeki tüm değişkenleri etkilemektedir. Özel olarak, politika kararları hem doğrudan sağlık ve sağlık dışı performans hedeflerini etkileyecek şekilde hem de dolaylı olarak verimlilik veya erişim gibi sistemin farklı özellikleri üzerindeki etkileri yoluyla işlev görmektedir. Buna ek olarak, tüm bu değişkenler, siyaset, kültür, tarih ve kurumlar gibi birçok farklı genel faktörden etkilenmektedir.

Bu etkileşimler her iki yönde gerçekleşmektedir. Örneğin, sigara içmeyi azaltmak için konulan tütün vergileri, tütünü geçinen bölgelerdeki ekonomik büyümeyi ters yönde etkileyebilir. Bunun tersine, genel sosyal ve ekonomik politika geliştirmeleri -örneğin, bir hükümetin bölgeselleşme konusundaki kararlılığı- sağlık sektöründe değişimlere neden olabilir. Basit bir şekilde belirtmek gerekirse sağlık sektörü politikası izole bir şekilde değerlendirilemez.

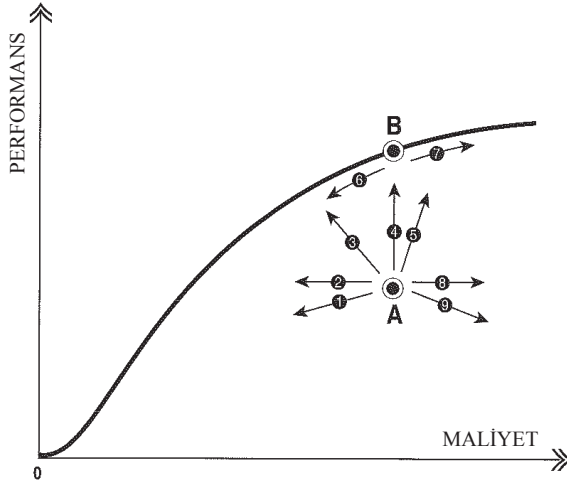
Sağlık sektörü ve toplumun geri kalanı arasındaki bu bağlantıları hesaba katmak için, sağlık sektörü politika yapım sürecine iki ana faktörün bilgi sağlaması gerekmektedir. Birincisi, sistemin maliyetidir; çünkü bu sağlık sektörünün toplum üzerindeki yükünü ve toplumun diğer hedeflere ulaşmak için ne kadar para vereceğini etkilemektedir. Diğer faktör, reform ile toplum normları ve toplumdaki kültürel uygulamalar ve bunların siyasi süreçte ifade edilme yolları arasındaki ilişkiyi içermektedir.

Sorunun Tanımlanmasında Maliyetin Rolü

Birinci bölümde, sağlık sektörü reformu konusundaki dünya çapındaki kapsamın sıklıkla bir ülke dâhilinde, bir taraftan artan maliyetler ve artan beklentiler ile diğer taraftan sınırlı ödeme kapasitesi arasındaki çatışmayı içerdiğini öne sürmüştük. Aslında, siyasi dikkati çeken genellikle maliyet *düzeyi* değil, maliyetteki ani *değişikliklerdir* -hatta maliyet artış oranındaki değişikliklerdir-. Ancak, bu dikkatin sonucu bir tür algılanan *maliyet performans ikilemidir*.

Uluslararası veriler şunu göstermektedir ki aynı düzeydeki sağlık harcaması, farklı ülkelerde oldukça farklı sonuçlar vermektedir. Bazı ülkeler, diğer ülkelere göre çok düşük harcama düzeyleri ile iyi sonuçlar almaktadır. Bu yüzden, daha fazla para harcamak -her ne kadar yardımcı olabilse de-, sağlık sektörünün performansını artırmak için gerekli ya da yeterli olmayabilir. Örneğin, bir ülkedeki mevcut yönetim sistemi ve organizasyonel yapı, mevcut kaynaklardan daha iyi performans alınmasına izin verecek düzeyde olabilir. Hatta ilave fonların büyük ölçüde israf edildiği bir durum da söz konusu olabilir. Bu yüzden, eğer daha çok para daha iyi sonuçlar üretecekse öncelikle ilave gelirleri mahsup etme kapasitesi artırılmalıdır.

Maliyet, sağlık sektörü ve daha geniş sosyal ve ekonomik sistem arasındaki önemli bir bağlantıdır. Kısa vadede, sağlık için kullanılabilir olan meblağ kalıcı harcamalar olabilir -bunlar ülkenin ekonomisi ve diğer hükümet programları ve harcamaları ile belirlenir-. Kamu fonlarının kullanılabilirliği, reformcuların cevap vermesi gereken bir kısıtlama olabilir. Ancak, daha geniş vadeli bakış açısından, finansman düzenlemeleri sabit değildir. Reformcular ya genel -örneğin, yeni sosyal sigorta programları- ya da hedeflenen amaçlara yönelik olarak -kırsal kesim hastanelerindeki kullanıcı ücretleri gibi- yeni kaynakların harekete geçirilmesi için programlar geliştirebilir. Ancak yine sağlığa harcanan her para, diğer amaçlar için kullanılabilir olmayan paradır. Bu tür dengeler, herhangi bir ülkenin maliyet performans ikileminin özünde bulunmaktadır.



ŞEKİL 5.1. Maliyet Performans İkilemleri

Maliyet performans ikilemleri farklı şekiller alabilir. Çoğu sağlık sistemleri tam olarak verimli değildir. Bu yüzden, Şekil 5.1’de A noktası ile temsil edilen durumdadırlar. Burada mevcut harcama ile daha fazla performans mümkündür. Bu ülkeler, böyle bir durumda maliyet ve performans arasındaki ilişkinin nasıl değiştirileceğine ilişkin beş seçimle karşı karşıya kalmaktadır. Bunlar, şekildeki oklarla gösterilmiştir:

1. Maliyeti önemli düzeyde azaltmak için bir şekilde azalan performansı kabul etmek.
2. Sonuçları azaltmaksızın mümkün olduğu kadar fazla tasarruf etmek.
3. Hem maliyetleri azaltmak hem de performansı artırmak için verimliliği artırmak.
4. Cari bütçe için performansı maksimuma çıkartmak.
5. Performansı, daha fazla paranın gerekli olacağı ölçüde artırmak.

Bazı spesifik örnekleri göz önüne alın. Ermenistan veya Tacikistan gibi ülkeler, savaş veya iç savaş sonrasında, maliyetlerin azaltılmasına odaklanmayı gerekli görebilir. Bu durumda Şekil 5.1’de 1 veya 2’de gösterilmektedir (Feachem ve arkadaşları, 1999). Diğer taraftan, büyümekte olan Brezilya veya Rusya gibi ülkeler, esas olarak performansın artırılması ile ilgilenebilir – maliyetler bir şekilde artsa da-. Bu durum 4 veya 5’te gösterilmektedir (Wines ve Zuger, 2000).

Buna ek olarak, Şekil 5.1, tam olarak verimli olan -yani B noktasındaki- bir ülkenin elinde olan seçimleri göstermektedir (ki bu durumun çok yaygın olmadığına inanıyoruz). Bu durumda, maliyet ve performans birlikte yukarı çıkmalı ve aşağı inmelidir -şekilde 6 ve 7'de gösterilen değişiklikler-.

Ayrıca gerçek dünyada, 8 benzeri değişiklikler de bazen vuku bulmaktadır. Bu durumda maliyet, performansta herhangi bir artış olmaksızın artmaktadır -örneğin, torpilli istihdamı artırma yönünde siyasi baskılar olduğunda-. Hatta 9 gibi hareketlerin -maliyetler arttığında ve performans azaldığında- olduğu bilinmektedir. Anekdot niteliğindeki kanıtlar şunu göstermektedir ki yakın zamanlarda yapılan yeni düzenleyici kontroller, ABD Tıp Hizmetleri sisteminde sadece bu durumu ortaya çıkartmıştır.

Sağlık reformundaki farklı oyuncular, genellikle ülkenin karşı karşıya olduğu maliyet performans ikileminin yapısına ilişkin farklı pozisyonlardır. Maliye bakanlıkları, genellikle ülkenin A noktasında olduğunu ve 3 -daha fazla performans ve daha düşük maliyet- gibi bir değişimin gerekli olduğunu öne sürer. Sağlık bakanlığı, bunun aksine, sistemin B noktasında olduğunu ve 6 -daha fazla sağlık için daha fazla harcama- noktasına doğru hareketin tek uygun cevap olduğunu öne sürer. Ülkenin A noktasında olduğunu tam olarak kabul etmek sağlık bakanlığı için zor olabilir. Bunun nedeni, sorumluluklarını ne kadar yetersiz düzeyde gerçekleştirdiğini yansıtmasıdır.

Maliyetin farklı yönleri, farklı bağlamlarda dikkat noktası haline gelme eğilimindedir. Hükümetler genellikle sadece kendi bütçe maliyetlerine bakmaktadır. Diğer taraftan, yoksul ülkelerde bile, sağlık harcamalarının önemli bir kısmı doğrudan hastalardan gelmektedir. Bu yüzden, sadece hükümet harcamasına bakmak, eğer sağlık sektörünün topluma yüklediği toplam yük bizi ilgilendiriyorsa yeterli değildir. Aslında, kapsamlı bir değerlendirme parasal olmayan maliyetleri içerecektir -örneğin, hastalar ve aile üyelerinin harcadığı zaman ve çaba gibi-. Çünkü bunlar, sağlık sektörünün genel ekonomik yükünün -*fırsat maliyeti*- bir parçasıdır. Aslında, Ulusal Sağlık Hesapları'nın ayrıntılı çalışmaları bile parasal olmayan maliyetleri kapsamamaktadır (Sauer Born ve arkadaşları, 1995; Popkin ve Doan, 1990).

Bir ülke, sağlık sektörünün maliyetinin uygun olup olmadığını nasıl bilebilir? Bu konudaki bir yaklaşım, sağlık sektörünün *dışına* daha fazla yatırım yapmanın getirdiği kazanımlarla daha fazla *içer* yatırım yapmanın getirdiği kazanımları karşılaştırmaktır. Öznel faydacılar, bu tür kazanımların karşılaştırılması için ölçme çubuğunun, tüketici memnuniyet düzeyindeki değişiklikler olacağını söylemektedir. Bunun aksine, nesnel faydacılar hem sağlık hem de sağlık dışı sektörlerin faaliyetlerinden gelen kazanımları ölçmek için bir endeksi formüle etmelidir. Bu durumda, sağlığa daha fazla para harcamanın getireceği sağlık artışlarının, diğer bazı hedeflere -örneğin, çevrenin korunması veya eğitim- daha az harcamanın sonucunda ortaya çıkabilecek olan zarardan daha değerli olup olmadığı sorusunu sormalıdır.

Hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın, analizin kapsamı ne kadar geniş olursa kazanımları ve kayıpları karşılaştırmak o kadar zorlaşacaktır. Bütçe kaynaklarının travma hizmetlerinden ruh sağlığına kaydırılmasını desteklemek için, fiziksel acı ve şikayet ile ruhsal hastalıkların bilişsel zararları arasında nasıl bir denge kurulacağına karar vermek zordur. Ancak, bu ikisinden herhangi biri ile genişletilmiş temel eğitimin kazanımları veya tehlike altındaki türlerin daha fazla korunmasının getireceği kazanımlarla nasıl dengeleneceğine karar vermek daha da zordur.

Uygulamada, toplumlar bu sorulara aşamalı olarak, makul bir denge arayışında har-cama düzeylerini ve finansman düzenlemelerini adım adım değiştirerek cevap verir. Bu tür kararlar, özellikle bir ülke, sağlık durumu hedeflerine ulaşacak şekilde bir sağlık hizmetleri sistemini finanse edemeyecek durumda olduğunda zordur. Maalesef, bu bugün birçok düşük ve orta gelirli ülkedeki durumdur. Burada yine şuna inanıyoruz ki sorumlu reformcuların, vatandaşlara yüz yüze kaldıkları seçenekleri açıklama ve etkili sosyal cevapları şekillendirme konusunda lider rolü üstlenmesi gerekmektedir. Kaynakların ve bilginin her zaman sınırlı olduğu bir dünyada tüm sorunlar çözümlenemez.

Maliyetlerin Dağılımının Analizi

Sağlık sektörü reformunun önceliklerinin belirlenmesi açısından bakıldığında, sadece maliyetlerin düzeyi değil, aynı zamanda maliyetlerin dağılımı da çok önemlidir. Bu tür dağıtımsal konular, genellikle yoğun siyasi ilginin odak noktasıdır. Ancak bu tür konular, genellikle yanlış anlaşılır ve aslında bunlar yaygın olarak varsayıldığından daha muğlaktır. Yine de bu, her bir ülkenin kendi etik kararlarını vermesi gereken diğer bir alandır. Bu durumda, bu karar, sağlık hizmetleri finansman sisteminin ne kadar “yoksul destekçisi” olmasını istediği hakkındadır.

Sağlık sektörünün finansman yükünün hesaplanmasına ilişkin ilk zorluk, bir vergi ödeyen kişinin nihai olarak bunun yükünü taşımayabiliyor olmasıdır. Örneğin, bir işverenin sosyal sigorta katkısı muhtemelen çalışanlar için daha düşük maaş, mal sahipleri için daha düşük kâr ve kullanıcılar için daha fazla fiyatın bir kombinasyonu sonu-çlanacaktır. Özel bir verginin yükünün nasıl “kaydırıldığı”nın tespit edilmesi, genellikle sofistike istatistiksel araştırma gerektirecektir (Gruber, 1997; Gruber, 1994). Diğer taraftan, sağlık sektörü finansmanı politikası, genellikle bu karmaşıklıkları göz ardı etmektedir. Çünkü çıkar grupları, birbirlerine doğrudan ödeme sorumluluğunu yüklemeye odaklanmaktadır.

Başka komplikasyonlar da vardır. Devletin sağlık harcamalarındaki artışlar, bazen diğer hükümet programlarında yapılan kesintilerle finanse edilmektedir. Gerçekte yeni faaliyetlerin ödemesini, kısılan programlardan faydalarını kaybedenler yapmaktadır. Ayrıca, birçok ülkede, sağlık harcamalarının bir kısmı veya tamamı, birçok farklı gelir kaynağına dayanan genel hükümet fonlarından gelmektedir. Ancak o zaman, sağlık harcamaları nedeniyle hangi programların olması gerektiğinden daha düşük olduğunu ya da hangi vergilerin olması gerektiğinden daha yüksek olduğunu nasıl bilebiliriz (Rosen, 2001)?

Uygulamada eğer, harcamadaki ayarlamaların marjinal etkisi ile—sağlık harcamasının genel yükünün dağılımından ziyade- ilgileniyorsak bu tür sorulara cevap vermek genellikle daha kolaydır. “Eğer hükümet, tüm sağlık harcamalarını kaldırırsa ekonomide tüm fiyatlar, gelirler ve vergi yükleri ne olacaktır?” sorusuna cevap vermek nadi-ren mümkündür. Ancak sağlık sistemi reformcuları için, marjinal soru ne kadar kolay olursa genellikle o kadar ilgili olmaktadır. Her şeyden öte, özellikle güçlü bir politika cevabını ortaya çıkartma olasılığı fazla olan şey, finansman sistemindeki herhangi bir değişikliğin artırımı etkileridir. Ayrıca, bazı maliyet yükleri o kadar kapalı veya analizi zor değildir -özellikle cepten maliyetlerin dağılımı-. Bu harcama, finansal riskin

-ve riskten korunma ihtiyacının- muhtemel nedenidir. Diğer taraftan, teknik olarak basit ancak siyasi olarak güçlü bir şekilde, bütün finansman programının adil olmasına ilişkin tartışmalar da düzenli olarak gündeme gelmektedir.

Maliyetlerin dağılımını değerlendirirken ekonomistler, genellikle farklı gelir gruplarına ne olduğuna odaklanma eğilimindedirler (bu “dikey hakkaniyet” adını verdikleri bir kavramdır) (Pechman, 1985). Karmaşık tarihsel nedenlere bağlı olarak, böyle bir analiz için kritik referans noktası, bir verginin, yoksulların ve zenginlerin gelirlerinden aynı *yüzde* üzerinden alınmasıdır. Böyle bir vergiye “orantısal” adı verilir. Daha ağırlıklı olarak zenginlere düşen bir vergi -yani, gelirlerinin daha fazla oranına isabet eden- “artan” vergi olarak adlandırılmaktadır. Fakirlerin gelirinden daha fazla vergi alınmasına “gerileyen” vergi uygulaması adı verilmektedir.

Kullanıcı ücretleri ve sigorta primleri açık bir şekilde gerileyen türdendir. Zenginlerden ve yoksullardan aynı miktarda para almaktadırlar ve bu da yüzde bakımından yoksullar üzerinde daha fazla bir yük teşkil etmektedir (ancak, şunu kaydetmeliyiz ki zenginler gerileyen sistem altında yoksullara göre daha yüksek vergiler ödeyebilmektedir -bu vergiler, gelirlerinin daha düşük bir oranına isabet etse de-). Bordro vergileri ile finanse edilen sosyal sigorta programları biraz gerileyen türdendir. Kazanılan gelir -yatırım gelirinin aksine-, düşük gelir düzeylerinde genel gelirin daha büyük bir yüzdesidir. Bu yüzden, kazanılan gelir üzerinden alınan bir vergi, daha düşük gelire sahip olanların toplam gelirinden daha yüksek bir yüzde almaktadır. Buna ek olarak, birçok ülke, bir şahsın ödediği genel bordro vergileri üzerinde bir üst limite sahiptir. Bu limit, önemli ölçüde sistemin gerileyen olma özelliğini artırmaktadır. Satış veya katma değer vergileri de orta düzeyde gerileyendir -eğer varsa hangi malların, vergilendirmeden muaf olduğuna bağlı olarak-. Çünkü tüketim, daha düşük gelir düzeylerinde gelirin daha yüksek bir yüzdesidir. Sadece lüks mallar üzerinden alınan vergiler veya kapsamlı gelir vergileri -marjinal oranların arttığı- artandır. Diğer taraftan, sağlık sektörünün finansmanı için, orta düzeyde gerileyen programlar da yeniden dağıtıcı nitelikte olabilir -eğer zenginler, aldıkları hizmetlerin maliyetlerinden daha fazla ve yoksullar, bundan daha az öderse-.

Bu tür olasılıkları hesaba katmak için, reformcuların, sağlık hizmeti maliyetlerinin dağılımını değerlendirirken, eş zamanlı olarak faydaların dağılımını da hesaba katmalarını öneriyoruz. Örneğin, yetersiz düzeyde işleyen kamu maliyesi sistemine sahip olan ülkelerde, yerel olarak toplanan -ve elde tutulan- gelirler, kırsal alanlardaki artan hizmetleri finanse etmenin tek güvenilir yolu olabilir. Kullanıcı ücretlerine dayandığında, bu tür programların finansmanı oldukça gerilemektedir. Ancak bu hikâyenin sadece yarısıdır (diğer yarısı da geliştirilmiş hizmettir). Eşitlikçi liberallerin endişeleri (hiç kimsenin belli asgari düzeyde ekonomik fırsatın altına itilmesi gerektiğini savunurlar) yoksulların en yoksul olanlarının bu ücretlerden muaf tutulmasıyla karşılanabilir.

Ekonomistler, aynı zamanda finansal yükü “yatay hakkaniyet” bakımından da analiz ederler. Bu kavram, aynı ekonomik düzeydeki insanlara, aynı şekilde muamele edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Sağlık reformu kapsamında, bu bağlamda en kapsamlı konular bölgesel olma eğilimindedir. Eğer bir ülke sağlık hizmetleri finansmanını yerel veya bölgesel düzeylere kaydırırsa daha yoksul alanların, zengin alanlarla aynı düzeyde hizmet sağlamak için daha yüksek vergi ödemesi gerekmektedir. Bu neden-

ledir ki mali desantralizasyon yönündeki bazı programlar -örneğin, Şili'dekiler-, aynı zamanda bir bölgeler arası dengeleme fonu içermektedir. Benzer şekilde, dağınık kırsal kesim topluluklarına hizmet sunma maliyetleri tipik olarak yüksek olduğu için, yerel finansman, kırsal alanların ya daha fazla ödemesi ya da daha az alması gerektiği anlamına gelir. Ekonomistler, bu tür bölgeler arası farklılıkların, yatay hakkaniyet ilkesini ihlal ettiğini öne sürmektedir. Belli diğer vergiler -örneğin, sigara veya alkole konulan vergiler- yatay hakkaniyet konularını öne çıkarabilir. Bunlar, sadece seçilen tüketiciler üzerinde yük teşkil etmemekte, aynı zamanda vergilendirilen endüstrilerin bir parçası olan çiftçiler, çalışanlar ve iş adamları üzerinde de orantısız bir etkiye sahip olabilmektedir.

Kültürel Bağlam ve Siyasi Süreç

Sağlık sektörü reformu ve daha geniş siyasi ve sosyal sistem arasındaki ikinci önemli bağlantı, her bir spesifik toplumun değerleri ve politikalarında yatmaktadır. Yine, maliyet konuları gibi, bu güçler de kısa vadede kısıtlama olabileceği gibi uzun vadede değiştirilebilir. Bu tür etkileşimler üç farklı bağlamda ortaya çıkabilir: 1) Performans hedeflerinin tanımı ve bunlara tahsis edilen göreceli önem - ki bu durum, sonuç itibarıyla reform önceliklerine yol açmaktadır- 2) Bir ülkenin seçtiği reform stratejilerinde 3) Spesifik politikaların ayrıntılandırılmış tasarımı.

Konu, hedeflerin tanımlanması ve önceliklendirilmesine geldiğinde, yukarıda birçok teknik konunun - sağlık durumunun nasıl ölçüleceği gibi - değer seçimlerini içerdiğini kaydetmiştik. Ayrıca, Bölüm 4'te tartıştığımız gibi, reform önceliklerinin belirlenme süreci her zaman siyasidir ve işletmelerin şiddetli rekabetini, kültürel tabuları, ekonomik ve siyasi çıkar gruplarını içerir.

Ekonomi veya matematik geçmişine sahip olanlar için, aşağıdaki formülasyon yardımcı olabilir. Performans hedefleri “sağlık sektörü performans alanını” tanımlayan bir şeklin eksenleri olarak görülebilir. Ancak alternatif sonuçlar arasında fiili olarak karar vermek, aynı zamanda o alandaki farklı sonuçları sıralayan veya karşılaştıran bir “ nesnel işlevi” gerektirmektedir (Edwards ve Newman, 1986). Uygulamada bu sıralama, her bir ülkenin siyasi sisteminden kaynaklanmaktadır (bu sistem de her biri kendi etik ilke ve kişisel çıkar kombinasyonlarına göre hareket eden reformcular, savunucular ve siyasi liderlerden etkilenmektedir). Bu yüzden nesnel sağlığın önemine kıyasla hakkaniyet, risk ve öznel memnuniyete ilişkin görüşler, hedeflerin belirlenmesi ve reform önceliklerinin tayin edilmesi sürecinde rol oynamaktadır ve oynamalıdır.

Kültür ve politikanın reform sürecine girdiği ikinci yol, politika tasarım sürecinde ülkelerin değerlendirdiği geniş stratejilerdir. Hükümete güveniliyor mu güvenilmiyor mu? Özel piyasalar sağlık hizmetleri için de geçerli mi? Zenginlere nasıl daha yüksek düzeyde vergi koyabiliriz? Programlar ülke çapında her yerde tek biçimde mi olmalıdır? Etnik azınlıkların veya siyasi muhaliflerin kontrolü altında olsalar bile yerel hükümetlere güvenebilir miyiz?

Geniş kültürel ve siyasi tavırların derin bir şekilde siyasi müzakere ve karar verme sürecine dâhil olma olasılığı vardır -en düşünceli eylemcilerin bile fark edemeyeceği şekilde-. Bunlar, ülkenin siyasi sisteminde zaman içinde evrimleşmiş ve kolayca değiştirilemeyen geniş “stratejileri” veya “standart çalışma prosedür-

lerini” yansıtmaktadır. Tabi ki yeterince ciddi bir kriz, varsayımların sorgulanmasına veya eski kuralların revize edilmesine neden olabilir. Ancak, bunu gerçekleştirmek için gerekli enerji ve çaba önemli düzeyde olabilir. Bu yüzden, hangi politikanın değerlendirilebileceğine ilişkin bu tür kısıtlamalar, sağlık sektörü reformu tartışmasını şekillendirmek konusunda önemli bir görev üstlenecektir. Örneğin, önceden kamusal olan acil hizmetler sistemini özelleştirme işi Slovakya’da kolay olmuştur, ancak Sri Lanka’da gündeme bile alınmamıştır (bu farklı tarihsel ve kültürel tutumları yansıtmaktadır).

Kültür, politika ve sağlık hizmetleri reformu arasındaki üçüncü bağlantı, toplumların doğrudan sağlık sektörünü etkileyen birçok geleneği ve tabusu olması nedeniyle ortaya çıkar. Potansiyel olarak ilgili kültürel normların listesi her şeyi içermekten çok uzaktır. Ancak, bazı örnekleri burada sunabiliriz. Birincisi, kürtaj, resüsitasyon ve doktorun yardımcı olduğu intihar gibi yaşam ve ölüm konuları ile ilgili inançlar bulunmaktadır. İkincisi, tütün ve alkolden, kafein ve kokaine kadar farklı maddelerin kullanımı ile ilgili gelenekler vardır. Üçüncüsü, eşcinselliğin veya evlilik öncesi cinsel ilişkinin yasaklanmasından, fuhuş ve doğum kontrolüne ilişkin görüşlere kadar cinsellik konusunda birçok norm bulunmaktadır. Birçok toplumun, insan bedenine -canlı veya ölü- nasıl muamele edileceği konusunda görüşleri vardır. Bunlar, kan naklinden erkek sünnetine kadar farklı uygulamaların kabul edilebilirliğini şekillendirmektedir. Örneğin, esas ölümün “beyin ölümü” olarak değil “kalp ölümü” olarak kabul edildiği Budist ülkelerinde, organ nakli konusunda gerçek bir organ eksikliği bulunmaktadır. (Lock 1995)

Daha geniş sosyal dinamikler de sağlık durumunu etkilemektedir –gıda dağılımının aile için yapılarından (örneğin, yetişkin erkeklerin önce yemesi) tıbbi hizmetlerin kullanımında cinsiyet temelli varyasyonlara kadar-. Batı biyolojik tıbbının rolüne ilişkin sosyal normlar da birçok ülkede sistemi etkilemektedir. Liste daha da devam eder: Geleneksel olarak doğuma eşlik edeceklerin rolü, erkeklerin ve kadınların farklı cinsiyetten doktorlar tarafından muayene edilme durumu, hastaların doktorlarla açıkça konuşma istekliliği. Önerilen her bir politikayı değerlendirirken reformcular, ne ölçüde bu normların ihlal edileceği ve bunun siyasi fizibilite ve uygulanabilirlik bakımından ne ifade ettiğini göz önünde bulundurmalıdır. Çok çalışmak bazen zıt politikaların siyasi olarak benimsenmesine yardımcı olmaktadır ve üretici sosyal pazarlama çabaları (Bölüm 12’de ele alacağımız gibi) tutumları değiştirebilmektedir. Bu yüzden kültürel kısıtlamalar biraz elastiktir. Ancak, bunlar her zaman mevcuttur ve değerlendirilmesi gerekmektedir.

Reformcuların ne kadar yerel geleneklere saygı duyacağı muhtemelen onların etik perspektifine bağlı olacaktır. Göreceli toplumcular için, yerel geleneklerin ve değerlerin herhangi bir ülkenin sağlık politikası bakımından merkezi önemi vardır. Liberaller için, bireyler gerçekten bunu yapmak istiyorlarsa geleneksel davranışları takip etmekte serbest olmalıdır. Ancak saygı duyulması gereken toplumsal norm değil, bireysel seçimdir. Bu yüzden özgürlüğü veya fırsatı kısıtlayan toplum normları -örneğin, Taliban’ın kız çocuklarının eğitime karşı çıkması- eşitlikçi liberallerin karşı çıkabileceği bir durumdur. Özne faydacılar için, eğer toplumsal geleneklerin gözlenilmesi bir kişinin faydasını artırıyorsa bu durumda söz konusu şahıs bunu yapmakta özgür olmalıdır. Ancak yine, toplumcuların aksine ve liberaller gibi, özne faydacılar

için gelenek, tek başına bir amaç değil, araçtır. Nesnel faydacıların daha fazla hedef odaklı olma olasılığı yüksektir -yerel geleneklere sadece sağlık durumunu artırdığı sürece saygı duymak (örneğin, hasta uyumluluğunun artırılmasını kolaylaştırarak)-.

Özel olarak dikkat etmemiz gereken bir “gelenek” grubu, şu anda Batılıların hasta seçimi ve hastanın bilgilendirilmesi sonucu onayının alınması bilgi verilmiş onay hakkındaki görüşleridir. Bu görüşler, hastaların tüm önemli tedavi kararlarını kendilerinin vermesini ve bunu yaparken doktor tarafından, hastaya koyduğu teşhis ve farklı tedavi yollarının sonuçlarının tam olarak açıklanmasına dayalı bir yol izlenmesini savunmaktadır. Bu tür normların evrensel uygulanabilirliği konusunu savunanlar, hastaların bu şekilde tedavi edilmesinin, temel insan haklarına saygı anlamına geldiğini öne sürmektedir. Bunun aksine, göreceli toplumcular, bu normları özel bir kültürel uygulama olarak görmekte ve bunların sadece geniş kabul gördüğü ülkelerde takip edilmesi gerektiğine inanmaktadır. Örneğin, bazı Doğu Asya toplumlarında, yaşlı hastalara çok nadir olarak ölümcül bir teşhis söylenmekte ya da bu hastalara, doktorlarına veya bu hastaların ailelerine tedavileri konusunda kritik kararları verme hakkı tanınmamaktadır.

Her ne kadar ülkeler bu -ve diğer tüm- etik konularda kendi kararlarını verme durumunda olsalar da muhtemel bir uzlaşma noktası, toplumda uygulama bu olduğunda ya da özel bir hasta bu seçimi -yerel uygulamaların aksine- icra etmek istediğinde hastanın seçimine saygı duymak olabilir. Bu koşullardan hiçbirinin karşılanmadığı ve hem toplumun hem de şahsın diğer yolları tercihte bir sorunları olmadığına, reformcuların, kendi yargılarını ve standartlarını, özel bir ulusal sistemde çalışan doktorlar ve hastalara karşı duran yargı ve standartlarla değiştirmemesi gerektiğini düşünüyoruz.

Özet

Bu bölümde, bir sağlık sektörünün performansı konusunda, üç performans hedefi -sağlık durumu, vatandaş memnuniyeti ve riskten korunma- bakımından karar vermeye ilişkin durumları ele aldık. Ayrıca, bir ülkenin bu alanların her birindeki kazanımlarını değerlendirmek için, iki tür test veya yargının uygulanması gerektiğini öne sürdük -hem bir ülkenin ortalama performansı hem de ülkenin hakkaniyet temelinde ne durumda olduğu-. Yoksulluğun azaltılması ve temel ihtiyaçların karşılanması konusundaki yakın zamanlı uluslararası vurgular, bir ülke tarafından da paylaşıldığı ölçüde, hakkaniyet konusunun önemi artacaktır. Ayrıca, hakkaniyet yargılamalarında bulunurken sonuçların bölge, gelir ve etnik köken bakımından dağılımına ilişkin göreceli ayrıntılı verilerin de oldukça önemli olma olasılığının olduğunu öne sürdük.

Ayrıca sağlık sektörü -ve performansına ilişkin kararlar- ve daha geniş sosyal ve ekonomik sistem arasındaki bağlantıyı inceledik. Bu tür iki bağlantı üzerinde odaklandık: Sağlık sektörünün maliyeti ile sosyal ve siyasi süreçlerin sağlık sektörü reformu üzerindeki etkisi. Performansa ilişkin her türlü yargıya, bu iki bağlantı tipini hesaba katarak ulaşmamız gerektiğini ileri sürdük. Tekrar tekrar vurguladığımız gibi maliyetler -ve maliyet artışları- genellikle reformu ortaya çıkartmaktadır. Kültür ve politika, sorunun tanımlanmasını, önceliklerin belirlenmesini ve bir ulusun gerçekçi olarak göz önünde bulundurabileceği seçenek türlerini şekillendirmektedir.

Daha önce şunu belirtmiştik ki nihai performans konusundaki bu odak, sağlık sek-

törü reformunun tartışılma biçiminde bir “paradigma kaymasını” yansıtmamaktadır. Tarihsel olarak bu tür konuşmalar, bu değişkenlere odaklanmamıştır. Ancak, bunun yerine sistemin yapısal özelliklerine veya “verimlilik”, “kalite” veya “erişim” gibi değişkenlere odaklanmıştır. Bu terimlerin en iyi şekilde “ara performans ölçüleri” adını verdiğimiz ölçülere atfen anlaşılabileceğine inanıyoruz. Sistemin bu özellikleri, sistem hedeflerine ilişkin performans düzeyinin tespit edilmesine yardımcı olmaktadır. Ancak bunlar, kendi başına nihai hedefler değildir. Bu “ara” değişkenler hem geniş kapsamlı olarak tartışıldığı hem de teşhis sürecinde yardımcı bir rol oynayabileceği için, gelecek bölümde bunların anlamı ve rolünü daha ayrıntılı olarak inceleyeceğiz.

Kaynaklar

- Anand, Sudhir; and Kara Hanson. 1997. “Disability-Adjusted Life Years: A Critical Review.” *Journal of Health Economics* 16(6): 685-702.
- Andersen, B. Rold. 1984. “Rationality and Irrationality of the Nordic Welfare State.” *Daedalus* 113(1): 109-39.
- Arnesen, Trude; and Erik Nord. 1999. “The Value of DALY Life: Problems with Ethics and the Validity of Disability Adjusted Life Years.” *British Medical Journal* 319: 1423-5.
- Berman, Peter. 1998. “Rethinking Health Care Systems: Private Health Care Provision in India.” *World Development* 26(8): 1463-79.
- Cleary, Paul D. 1999. “The Increasing Importance of Patient Surveys.” *British Medical Journal* 319: 720-1.
- Colombia Health Sector Reform Project. 1996. *Report on Colombia Health Sector Reform and Proposed Master Implementation Plan, Final Report*. Boston, MA: School of Public Health, Harvard University.
- Coulter, Angela; and Paul D. Cleary. 2001. “Patients’ Experience of Hospital Care in Five Countries.” *Health Affairs* 20(3): 244-52.
- Edwards, Ward; and J. Robert Newman. 1986. “Multiattribute Evaluation.” In: Terry Connolly, Hal R. Arkes, and Kenneth R. Hammond, eds., *Judgment and Decision Making: An Interdisciplinary Reader*. New York: Cambridge University Press.
- Feachem, Zwana; Martin Henscher; and Laura Rose, eds. 1999. *Implementing Health Sector Reform in Central Asia: Papers from a Health Policy Seminar Held in Ashgabat, Turkmenistan, in June 1996*. Economic Development Institute. Washington, DC: World Bank.
- Gilied, Sherry A. 2001. “Health Insurance and Market Failure.” *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 26(5): 957-65.
- Gruber, Jonathan. 1994. “The Incidence of Mandated Maternity Benefits.” *American Economic Review* 84(3): 622-41.
- . 1997. “The Incidence of Payroll Taxation: Evidence from Chile.” *Journal of Labor Economics* 15(3): S72-101.
- Hammitt, James K. 2000. “Valuing Mortality Risk: Theory and Practice” *Environmental Science and Technology* 34(8): 1396-1400.
- Lock, Margaret. 1995. “Contesting the Natural in Japan: Moral Dilemmas and Technologies

- of Dying.” *Culture, Medicine and Psychiatry* 19(1): 1-38.
- Lu, Jui-Fen Rachel; and William C. Hsiao. 2003. “Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons From Taiwan.” *Health Affairs* 22(3): 77-88.
- Ministry of Health, PRC. 1999. *Reports on the 1998 National Health Services Survey Results*. Beijing, China: Ministry of Health, Center for Health Statistics and Information.
- Murray, Christopher J. L.; and Julio Frenk. 1999. *A WHO Framework for Assessing the Performance of Health Systems*. Discussion Paper No. 3, Global Programme on Evidence. Geneva: World Health Organization.
- Nandakumar, A. K.; Mukesh Chawla; and Maryam Khan. 2000. “Utilization of Outpatient Care in Egypt and Its Implications for the Role of Government in Health Care Provision.” *World Development* 28(1): 187-96.
- Pechman, Joseph. 1985. *Who Paid the Taxes, 1966-85?* Washington, DC: Brookings Institution.
- Peters, David H.; Abdo S. Yazbeck; Rashmi R. Sharma; G.N.V. Ramana; Lant H. Pritchett; and Adam Wagstaff. 2002. *Better Health Systems for India's Poor: Findings, Analysis, and Options*. Health, Nutrition, and Population Series, Human Development Network. Washington, DC: World Bank.
- Popkin, Barry M.; and Rebecca M. Doan. 1990. “Women’s Roles, Time Allocation and Health.” In: John Caldwell, Sally Findley, Pat Caldwell, Gigi Santow, Wendy Cosford, Jennifer Braid, and Daphne Broers-Freeman, eds., *What We Know About Health Transition: The Cultural, Social, and Behavioural Determinants of Health*. Health Transition Series No. 2 (Vol 2). Health Transition Centre, Australian National University.
- Puportka, Lajos; and Zsolt Zadori. 1998. *The Health Status of Romas in Hungary*. Budapest: Roma Press Center. Available from www.worldbank.hu/4roma.html. Accessed June 2002.
- Ringold, Dena. 2000. *Roma and the Transition in Central and Eastern Europe: Trends and Challenges*. A World Free of Poverty Series (Vol. 1). Washington, DC: World Bank.
- Rosen, Harvey S. 2001. *Public Finance*. 6th Edition. Boston, MA: McGraw-Hill/Irwin, 1984.
- Rosser, Rachel; Michaela Cottee; Rosalind Rabin; and Caroline Selai. 1992. “Index of Health-Related Quality of Life.” In: Anthony Hopkins, ed., *Measures of the Quality of Life*. London: Royal College of Physicians.
- Sauerborn, Ralner; Issouf Ibrango; Adrian Nougara; Matthias Borchert; M. Hein, Justus Benzler; E. Koob; and H. Jochin Diesfeld. 1995. “The Economic Costs of Illness for Rural Households in Burkina Faso.” *Tropical Medical Parasitology* 46(1): 54-60.
- Wagstaff, Adam; and Eddy van Doorslaer. 1993. “Equity in Refinance of Health Care: Methods and Findings.” In: Eddy van Doorslaer, Adam Wagstaff, and Frans Rutten, eds., *Equity in Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Weinstein, Milton C; Joanna E. Siegel; Marthe Gold; Mark S. Kamlet; and Louise B. Russell. 1996. “Recommendations of the Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine.” *JAMA* 276(15): 1253-8.
- White, Joseph. 1995. *Competing Solutions, American Health Care Proposals and International Experience*. Washington, DC: Brookings Institute Press.

- WHO. 1996. *Health Care Systems in Transition: Turkey*. Copenhagen: World Health Organization. Available from www.who.dk/observatory/Hits. Accessed June 2002.
- Wines, Michael; with Abigail Zuger. 2000. "In Russia, the Ill and Infirm Include Health Care Itself." *The New York Times*, 4 December.

Deneyimler bize göstermektedir ki bir sağlık sektörü reformcusu, başarısız sonuçların nedenlerini anlamaya çalıştığında, sistemin belli yönleri genellikle önemli bir rol oynamaktadır. Sistemin bu özellikleri, kendi başarılarına performans zorluklarının kökenindeki nedenler ya da nihai sonuçlar düzeyinde zorlukların açığa çıkışı değildir. Ancak, bir reformcu genellikle sistemin özelliklerini analiz etme konusuyla fazlaca ilgilenecektir. Çünkü bunlar, kökendeki nedenlerle nihai performans hedeflerini bağlantılandıran zincirlerdeki kritik bağlantılardır. Bu sistem özelliklerine ilişkin verilere, *ara performans ölçüleri* adını veriyoruz. Gelecek bölümde, Bölüm 2’de belirtmiş olduğumuz bir kavram olan “teşhis yolculuğu” fikrini biraz ayrıntılı olarak ele alacağız (Berwick ve arkadaşları, 1991). Bu tür bir yolculuk, spesifik bir performans sorununun tanımlanması ile başlar ve daha sonra birkaç ardıl adımla bu sorunların nedenlerini incelemeye girer. İnanıyoruz ki bu süreç, genellikle bir sağlık sektörü reformcusunun, belli sağlık sistemi özellikleri temelinde -örneğin, verimlilik veya kalite gibi- performans eksikliklerini açıklamasına yardımcı olacaktır. Bu bölüm, bu kavramların nasıl tanımlanabileceği ve ölçülebileceğinin açıklanmasına ayrılmıştır.

Örneğin, bir ülkenin, sağlık sektörü reformu ile ele alınacak kritik bir öncelik olarak kırsal alanlardaki yetersiz sağlık durumunu tespit ettiğini varsayalım. Bu durumun neden

geliştğini incelerken araştırmacılar, kırsal kesimde yaşayanların hizmete erişiminin olmadığını veya kullanılabilir hizmetlerin klinik kalitesinin yetersiz olduğunu tespit edebilir. Ancak bu keşifler, hikâyenin sonu olmayacaktır. Potansiyel bir reformcu bu durumda hizmetlerin neden kullanılabilir olmadığı veya kinik olarak yetersiz olduğunu sormak durumundadır. Her halükarda, sistemin özelliklerindeki sorunları belirlemek -bu durumda, yetersiz erişim ve kalite- teşhis bakımından yardımcı bir adım olabilir. Çünkü bu bulgu, ilave analiz için kullanışlı bir odak haline gelebilir.

Son bölümde ele alındığı gibi, bu ara performans ölçüleri yıllar boyunca literatürde oldukça kapsamlı bir şekilde tartışılmıştır. Bu boyutlardaki yetersiz performans, genellikle -ve bizde yanlışlıkla- sağlık sektöründeki “sorun” veya diğer sorunların “nedeni” olarak tanımlanmıştır. Bizim görüşümüz, bu sonuçların yanlış olduğu yönündedir. Bunun yerine, burada ele alacağımız değişkenler, nedensel olarak köken nedenlerle nihai performans hedefleri arasında aracılık etmektedir.

O zaman, teşhis sürecinde özel olarak dikkat edilmesi gereken ara performans tedbirleri nasıl tanımlanmalıdır? Bu konuda oluşturacağımız her liste, bir kontrol listesi işlevi göreceği için, performans hedeflerimize ilişkin önemli nedenler olan değişkenleri belirlemek istiyoruz. İkincisi, sistemin, siyasi ve politika tartışmasında bariz olabilecek yönlerini istiyoruz. Eğer diğer gözlemciler, eleştirmenler ve ilgili tarafların özel bir ölçü üzerinde odaklanma olasılığı yüksekse sağlık sektörü reformcuları, teşhis çalışmalarında o faktöre özel olarak dikkat etmelidir. Üçüncüsü, vurguladığımız değişkenler, sağlık sektörü reformu seçimlerinden etkilenmelidir. Eğer bunlar politika ve sonuç arasında etkili bir “iletim” rolü oynayacaksa hem cevap verici nitelikte hem de etkili olmalıdırlar.

Bu kriterleri uygulayarak özellikle dikkat edilmesi gerektiğine inandığımız yaygın olarak tartışılan üç ara performans ölçüsü belirledik: *verimlilik, erişim ve kalite*. Bu terimlerin tamamı kafa karıştırıcı anlamlara ve kullanımlara sahiptir. Bu yüzden, eğer okuyuculara, teşhis sürecini kesin bir şekilde anlamaları için bir çerçeve sunmak istiyorsak burada iyi bir kavramsal açıklama yapmamız gerekecektir.

Bu terimlerden her birini gözden geçirdikten sonra, “stratejik sorun tanımlaması” sorumuza geri döneceğiz. Bir reformcu hem nihai performans hedefleri hem de ara performans ölçülerine ilişkin bilgileri, sağlık sektörü reformu için, öncelik belirlemek için bir temel olarak nasıl kullanabilir?

Verimlilik

Ekonomi ve politika literatüründeki belki de hiçbir terim, “verimlilikten” daha fazla farklı biçimlerde tanımlanmamıştır. Bütün bunları birleştiren temel fikir, belirli sınırlı kaynaklarla kişinin hedeflerine mümkün olduğu kadar fazla ulaşmasıdır. Bu açık bir şekilde arzu edilebilir bir şey olduğu için, “verimlilik”, açıkça, tartışmasız bir hedef olarak önemli bir retorik -konuşma sanatı- değer kazanmıştır. Bu, farklı tarafların, terimi kendi kavramsal çerçeveleri dâhilinde kullanma konusundaki istekliliklerini açıklayabilir. Burada, terimin farklı kullanımlarına ilişkin örnekler yer almaktadır:

- Ekonomistler, bir ekonominin, öznel faydacıların karşı çıkacağı bir tür sonuç üretmesi durumunda, “verimli” olabileceğini söylemektedir. Yani hiç kimse, bir

başkası mutsuz edilmeden mutlu yapılamaz. Bölüm 3'te ele alındığı gibi, bu tür bir duruma "Pareto Optimal" adı verilmektedir (Reinhardt, 2001).

- Endüstri mühendisleri bir tesise, eğer birim çıktı başına asgari maliyetle işliyorsa "verimli" adını vermektedir (Carr ve Howe, 1964).
- İş yöneticileri, kıt yatırım parasının kullanımını, azami oranda getiri üretmesi durumunda "verimli" olarak tanımlamaktadır. Bu kullanım bazen, farklı sektörlerdeki harcamaları karşılaştırırken bütçe çalışmaları sırasında maliye bakanlığında da kendini göstermektedir (Bierman ve Smidt, 1993).

O zaman "verimliliği" nasıl tanımlamalıyız? Sağlık sektörü reformunda, iki anahtar görüş ilgilidir: Hizmetlerin nasıl üretildiği ve hangi hizmetlerin üretildiği. Bir sistem, bütün olarak doğru hizmetler üretildiğinde -kişinin hedeflerine göre- ve bunlar, doğru şekilde üretildiğinde "verimli" olarak değerlendirilmektedir. Bu durum, bizi, verimliliğe ilişkin iki spesifik nosyona götürmektedir.

Bunlardan birincisi *teknik verimlilik* (buna aynı zamanda üretim verimliliği adı verilmektedir). Bu, bir hizmet veya bir malın, asgari maliyette üretildiği durumları ifade etmektedir. Alternatif, ancak buna denk bir formülasyon da paramızdan aldığımız azami çıktı olarak ifade edilebilir. Örneğin, hastanede gün başı maliyet, mümkün olduğu kadar düşük müdür veya kullanılabilir bütçe ile mümkün olduğu kadar fazla hasta tedavi edilebilmekte midir? Bu yüzden bu kavrama, doğru personel, ekipman, tedarik ve tesis karışımına sahip olup olmadığımız konusundaki sorular dâhildir. "Teknik verimlilik", bir şeyleri *nasıl* ürettiğimizle ilişkili olduğu için, bu, temel olarak sağlık sistemi yöneticilerinin sorumluluğundadır.

Sağlık hizmetlerinde, binlerce farklı tipte hizmet bulunmaktadır. Bunların her biri asgari maliyet üzerinden üretildiğinde -yani teknik olarak verimli olduğunda-, ekonomistler sonucu "üretim olasılık sınırı" üzerinde olarak tanımlamaktadır. Bu durum, bir çıktıdan daha fazla alabilmenin tek yolunun, diğerinden daha az üretmek olduğu anlamına gelmektedir.

Verimliliğe ilişkin ikinci bir kavram da *tahsis verimliliği*dir. Bu, bir ülkenin genel hedeflerine ulaşmak için doğru çıktı grubunu üretip üretmediği ile ilgilidir. Bir başka ifadeyle, üretim olasılığı sınırı üzerinde doğru noktada mıdır? Ekonomistler, genellikle "tahsis verimliliğini", kullanıcı memnuniyetini azami düzeye çıkartan çıktı kümesini ifade etmek için kullanmaktadır. Sağlık planlayıcıları, özel bir hizmet kümesinin sağlık durumu kazanımlarını azami düzeye çıkartıp çıkartmadığını sorduklarında, tahsis verimliliği etkinliği hakkında konuşmaktadır (bu kavrama bazen "etkililik" adı verilmektedir) (Crystal ve Brewster, 1966). Bu yüzden, tahsis verimliliğini geliştirmek, sağlık sisteminin ürettiği çıktı karışımını -örneğin, daha az kozmetik ameliyat ve daha fazla temel sağlık- değiştirmeye çalışan herkesin yüz yüze kaldığı gizli sorundur.

Aşağıdaki örneği değerlendirin: Eski Sovyetler Birliği'nin bir parçası olan ülkeler -Belarus gibi-, DSÖ tarafından, DSÖ'nün hastalıkları ortadan kaldırma kampanyasının bir parçası olarak ulusal kızamık aşılmasına önemli yatırım yapma konusunda teşvik edilmektedir. Oysa, aşılama için fonların diğer kullanımları ile karşılaştırıldığında -örneğin, Hepatit B veya grip-, kızamık kontrolünün mevcut fonlarla azami sağlık durumu kazanımını elde etmesi apaçık bir durum değildir. Dar bir ulusal perspektiften

bakıldığında, durumun prevalansı düşüktür. Aşılamadan elde edilen kazanımlar düşük ve maliyetler yüksektir. Sınırlı fonları, bu tür bir programa harcayıp harcamamaya karar vermek, esas olarak bir tahsis verimliliği konusudur.

Genel çerçevemiz en az üç potansiyel olarak çatışan hedef kabul ettiği için, tahsis verimliliğinin bizim perspektifimizden değerlendirilmesi kaçınılmaz bir şekilde karmaşıktır. Öncelikle, her bir hedefi nasıl değerlendirmeyi önerdikleri tarif edilmeli -hakkaniyet yönleri dâhil- ve daha sonra bunlar arasında yapmak istedikleri dengelemeler belirtilmelidir. Ancak, bundan sonra reformcular, hedeflerine mümkün olduğu kadar fazla ulaşış ulaşmadıklarını bilebilirler.

Ayrıca, doğru çıktı karışımı genellikle bir derece konusu olabilir. Birçok tıp hizmeti, ekonomistlerin “azalan marjinal getiri” adını verdiği bir durumu sergiler. Yani, en uygun durumda olan ve spesifik bir tedavi türüne en iyi cevap veren hastaları tedavi etmek -bu oldukça pahalı bir hizmet olsa da- oldukça maliyet etkili olabilir. Ancak, aynı tedavi daha az uygun olan vakalara teşmil edildiğinde, hizmetin maliyet etkililiği genellikle azalacaktır. Çünkü, vaka başı maliyet artacak ve vaka başı faydalar azalacaktır. Bu yüzden, ilgili olan konu genellikle “diyalize evet ya da hayır” veya “kardiyak bypassa evet ya da hayır” değil, sistemin *ne düzeyde* diyaliz veya kardiyak bypassı sağlayacağı ve bunu hangi hastalara sağlayacağı ile ilgilidir (Weinstein ve Stasson, 1977).

Teknik ve tahsis verimliliğini geliştirmek, sağlık hizmetleri sisteminin, mevcut kaynaklarla daha iyi performans sergilemesine izin vereceği için, maliyet performans kısıtlamasında bulunan ülkeler, genellikle, verimliliği sağlık sektörü reformu aracılığıyla geliştirmeye çalışırlar. Ancak, siyasi olarak tahsis verimliliğini geliştirmek, teknik verimliliğe göre daha zor olabilmektedir. Teknik etkinliği yükseltmek için, çıktı üretim maliyetlerini azaltmak kolay değildir. İşçiler, genellikle değişime direnmektedir ve hizmet sunumunun geliştirilmesi, önemli bir çabanın harcanmasını gerektirebilir. Her halükarda, böyle yapmak, göreceli olarak doğrudan bir yönetim görevidir. Bunun aksine, tahsis verimliliğini geliştirmek, üretilenin değiştirilmesi anlamına gelmektedir. Bunun, azaltılan çıktıların üretimine ve tüketimine dâhil olanlar üzerinde, çok yüksek maliyetlere neden olma olasılığı yüksektir. Bazı kaynakların -insan ve para- bazı faaliyetlerinden diğerlerine kaydırılması -örneğin, ileri teknoloji hizmetlerinden temel sağlık hizmetlerine- genellikle ciddi bir dirence maruz kalmaktadır.

Tanımlarımız göz önüne alındığında, verimlilik ve hakkaniyetin -veya en azından sıklıkla- çatışma halinde olduğu, sık ve kafa karıştırıcı iddia konusunda ne yapmalıyız. Bu görüş, ortalama sağlık durumunu azamiye çıkartmak anlamında, “verimlilik” terimini çok dar olarak kullanmaya dayanmaktadır. Bu bağlamda, kırsal alanlardakilere hizmet etmek “verimli olmayabilir”. Eğer, hakkaniyet bakış açısıyla harcanmış olsaydı aynı parayla daha fazla DALY veya QALY üretililebilirdi. Ancak, “verimli” kelimesinin tanımını bu kadar dar bir şekilde kısıtlamamak için, her türlü neden vardır. Bizim çerçevemizde, sistemin “verimliliği” -hem tahsis hem de teknik- asgari maliyetlerle toplumun hedeflerine ulaşış ulaşmadığı ile tespit edilir. Bu yüzden, bir ulusal sağlık sisteminin hakkaniyet hedeflerine ulaşmada verimli olup olmadığını sormak, makul olabilir. Örneğin, bu uygulama, asgari maliyetlerle kırsal alanlarda sağlık durumu kazanımları sağlayabilir mi? Bu yüzden, bizim kullanımımızda, verimlilik ve hakkaniyet terimlerini zıt yerlere konumlandırmamak için bir neden yoktur. Doğru şekilde anlaşıldığında, verimliliğin artırılması fiili olarak hakkaniyeti geliştirebilir -kendi hakkaniyet hedefle-

rimize ulaşmayı daha düşük maliyetli hâle getirerek- (Reinhardt, 2001).

Özetle, her iki verimlilik türü de istenilen sonuçlarla girdilerin ilişkisini ifade etmektedir. Teknik verimlilik, çıktıları “doğru şekilde”, asgari maliyetle üretmek anlamına gelirken tahsis verimliliği, hedeflerimize ulaşmayı azamiye çıkartmak için “doğru çıktıları” üretmek anlamına gelmektedir. Bir sağlık hizmetleri sistemi hem teknik hem de tahsis olarak verimli olmadığı sürece, ulaşabileceği en yüksek düzeye ulaşamaz. Bu nedenledir ki verimlilik, ara performans ölçüleri listesinde uygun bir madde durumundadır. Verimli olmama, yetersiz performansın bir nedeni olabilir. Ayrıca, sistemin teşviklerinin veya organizasyonunun değiştirilmesinin, en azından uygun şekilde yapılrısa verimlilik üzerinde bir etkisi olabilir. Bir ulusun performans hedeflerini başaramamasının kökenini araştırma yolu; birçok teşhis yolculuğunun kötü sonuçlardan, kötü verimlilikten geriye doğru, bu verimli olmamanın daha derin kaynaklarına bakmak olarak sonuçlanacaktır.

Erişim

Sağlık sektörü reformu tartışmasında *erişim*, genellikle önemli bir konudur. Erişim eksikliği, genellikle kırsal alanlarda yetersiz sağlık durumunun ve yoksullar arasında düşük memnuniyet düzeylerinin bir nedeni olarak görülmektedir. Bu kavramın bir ara performans ölçüsü olarak rolünü tam anlamak için, terimin kullanıldığı farklı şekilleri çözmemiz gerekmektedir.

Birincisi, “erişim” bazen basit bir şekilde hizmetlerin spesifik bir alanda sunulup sunulmadığını ifade etmektedir. Burada, sorun *fiziksel elverişlilik*dir, bu nüfusla karşılaştırıldığında elde bulunan girdilerin -yataklar, doktorlar veya hemşireler- dağılımı ile ölçülür. Terimin sezgisel anlamını daha yakın bir şekilde yansıtan ikinci bir nosyon, *etkili elverişlilik*dir; yani vatandaşların hizmeti alması ne kadar kolaydır? Fiziksel elverişlilik ve etkili elverişlilik arasında farklar ortaya çıkabilir. Çünkü farklı engeller -örneğin, maliyet, seyahat süresi, yetersiz hizmet- insanları, fiziksel olarak kullanılabılır olan tesisleri kullanmaktan uzak tutabilir.

Ancak, etkili elverişliliği doğrudan değerlendirmek için, fiyatlar, hizmet düzeyleri, bekleme süreleri ve kültürel kabul edilebilirlik konusunda yeterli veri toplamak kolay olmayabilir. Sonuç olarak, “erişim” terimi genellikle *kullanımı* ifade edecek şekilde kullanılmaktadır. Hastane kabulleri veya ayaktan tedavi ziyaretlerinin kişi başı ölçümleri, farklı popülasyon grupları için hesaplanır ve düşük kullanımı olanların erişiminin yetersiz olduğu söylenir. Aslında, kullanım etkili elverişliliğin sadece kısmi bir yansımasıdır. Çünkü hastalar, elverişli olsa bile hizmetleri kullanmamayı tercih edebilir. Ancak, düşük kullanımın hasta tercihini yansıtabileceği olasılığını göz ardı eder ve düşük kullanımın *her zaman* hizmet önünde engeller olduğu anlamına geldiğini öne sürerek etkili elverişlilik, bağımsız bir kavram olmaktan çıkar. Çünkü, artık kullanımdan ayrı bir şekilde ölçülemez.

İlk bakışta, “etkili elverişlilik” olarak tanımlanan “erişim”, açıkça bir ara performans ölçüsüdür. Bu hem sağlık durumunu hem de tüketici memnuniyetini etkilemektedir. Ayrıca, etkili elverişlilik hangi hizmetlerin hangi yerlerde ve hangi fiyatlar üzerinden sunulduğundan açıkça etkilenir ve sistemin finansmanı, ödemesi ve organizasyonu neyin hangi koşullar üzerinden sunulduğunu etkiler. Bu yüzden bu değişken hem politikanın

bir sonucu hem de performansın bir nedeni olma bakımından testi karşılamaktadır.

Ancak, bazıları etkili elverişliliğin, bir performans hedefi olarak -amaç olarak, araç değil- düşünülmesi gerektiğini öne sürerler. Bazı eşitlikçiler -Amartya Sen gibi-, hükümetin hizmetleri elverişli hâle getirme, daha sonra da vatandaşların seçtikleri veya seçmedikleri şekilde kullanımda bulunmasına izin verme yükümlülüğünde olduğunu öne sürmektedir (Sen, 1999). Bu görüşte, sağlık hizmetlerinin etkili elverişliliği, performans hedefi olmalıdır, sağlığın kendisi değil. Benzer şekilde, bazı topluncular, farklı topluluklara doğru davranmanın bir aracı olarak sağlık hizmetlerinin dağıtılmasına odaklanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin fiziksel elverişliliğindeki değişiklikler -yani bir yerel hastaneyi açacak mıyız yoksa kapatacak mıyız-, genellikle yoğun siyasi anlaşmazlığın odak noktasında bulunmaktadır. Aslında, gelişmiş olan ülkelerde, fiziksel elverişlilikteki çokça karşı konulan değişikliklerin sağlık durumu üzerinde, çok az gözlenebilir etkisi olacaktır. Çünkü, hizmet düzeylerinin her durumunda yüksek kalma olasılığı vardır (Kolata, 2002).

Denge noktasında, erişimin bir nihai performans hedefi olmaktan ziyade bir ara performans ölçüsü olarak daha uygun olduğuna inanıyoruz. Etkili elverişlilik, sağlık ve memnuniyeti etkilemektedir. Buna ek olarak, fiziksel elverişlilik konusundaki çelişkiler, kullanıcı memnuniyeti bakımından değerlendirilir ki bu, bizim çerçevemizde bir performans hedefidir. Örneğin, hizmetlerin elverişli kılınması, ekonomistlerin “opsiyon talebi” adını verdiği bir durumu ortaya çıkartabilir (bu durum, vatandaşların, kullanıma bile elverişli bir şeylerinin olmasına verdiği değeri gösterir) (Pazner, 1974).

Liderlerin veya çıkar gruplarının, sağlık veya memnuniyet kazanımlarının bulunmaması durumunda bile, fiziksel elverişliliğin genişletilmesini öne sürdüğü durumlar olduğunu kabul ediyoruz. Bazen bu talepler, toplum normlarını yansıtmaktadır ki bu -son bölümün sonunda tartışıldığı gibi-, sağlık sektörü reformu süreci üzerinde kısıtlama teşkil edebilmektedir. Diğer durumlarda, sağlık hizmetlerini koruma veya genişletme isteği, bir himaye veya durum kazanımları üretme konusu olabilir. Bu tür endişeler, önemli bir siyasi gerçekliği temsil edebilse de bunların performans hedeflerimize dâhil edilmesi gerekmemektedir.

Erişimin -yani etkili elverişliliğin-, sağlık durumunun ve memnuniyetin geliştirilmesi için bir araç olarak değerlendirilmesi önemli etkilere neden olmaktadır. Bu örneğin, her şehrin belli hizmetlere sahip olması gerektiği -böyle bir durum “adil” olduğu için- yönündeki argümanları, bu imkânlar, istenilen memnuniyet ve sağlık durumu dağılımı düzeyini teşkil etme yönündeki maliyet etkili bir planın parçası olmaması durumunda, şüpheyile değerlendirilmelidir. Ayrıca, eğer hizmetler sadece sonuçları üretmeleri durumunda değerli ise bu durumda, bunun tersi de doğrudur. Hizmetlerin bulunmaması, sonuçlar memnun edici olmadığında en belirgin düzeydedir. Sağlık reformuna ilişkin fiili tartışmaların nadir olarak tam bu şekilde gerçekleştirildiğini fark ediyoruz. Ancak, özellikle sınırlı kaynaklardaki ülkelerde, erişimi bir ülkenin istenilen sağlık ve memnuniyet dağılımındaki hedeflerine ulaşmak için bir araç olarak görmek, aksini iddia edecek olanlar üzerine faydalı bir tartışmacı yük koymaktadır. Bu tarz düşüncün, sağlık sektörü reformu için öncelikler hakkındaki tartışmalarda daha fazla analitik tartışmayı desteklediğine inanıyoruz.

Kalite

Kalite, önerdiğimiz üçüncü ara performans hedefidir. Kendisi için değil, ancak bir ülkenin performans hedeflerine ulaşmasındaki rolü bakımından değerlidir. Yetersiz kalite, tıpkı yetersiz erişim gibi, genellikle performans yetersizliklerinin bir açıklaması olarak öne sürülmektedir. Verimlilik gibi, “kalite” herkesin yanında olması gereken bir şey gibi gözükmektedir. Savunucular, her zaman kavramı tahsis etmeye çalıştığı için, terim birçok farklı şekilde kullanılmaktadır. Bu yüzden, “kalite” bazen hastanın bakış açısından tanımlanmakta, bazen doktorun perspektifinden tanımlanmaktadır. Bazen özel bir vakaya yapılan tedaviye, özel bir hastanenin sağladığı hizmete veya bir bütün olarak ulusal sisteme uygulanmaktadır. Bu yüzden, daha önce olduğu gibi, ilk görevimiz kavramsal açıklamadır.

“Kalite” hakkında düşünmenin en basit yolu parçalanmış düzeydedir; yani, belli bir karşılaşmada özel bir hastanın tedavisinin bir özelliği olarak ele almaktır. Daha kapsamlı yargılamalar -hastanelerin veya ulusal sistemlerin- bu tür karşılaşma düzeyindeki deneyimlerin toplamını -ortalamalarını- yansıtmaktadır. Karşılaşma düzeyinde bile, “kalite” terimi, farklı birçok fenomeni ifade etmektedir (bk. Tablo 6.1). Bunun arkasından, yargılamayı *kimin* yaptığından yola çıkarak farklı ölçülebilir kalite yönlerini tanımlamaya çalışıyoruz. Farklı bireylerin -örneğin, farklı doktorlar, hastalar, siyasetçiler-, farklı kalite boyutlarına farklı düzeylerde önem verebilir.

Deneyimlerimiz, “kalite” teriminin üç ana kullanımını ortaya çıkartmaktadır (bunların ikisinin alt bileşenleri vardır). Birincisi, tabloda gösterildiği gibi, “kalite”, basitçe bir hastaya sağlanan hizmetin miktarını ifade etmek için kullanılabilir. Örneğin: “Teyzem en kaliteli hizmeti gördü. Onun için her şeyi yaptılar.” Sistemlerinin kalitesinin “yüksek” olduğunu öne süren Amerikalılar, genellikle terimi bu şekilde kullanmaktadır.

“Kalitenin”, sağlık çalışanlarının tipik olarak kullandığı ikinci temel anlamı *klini kalitedir*. Bu, hizmet sağlayanların becerilerini -örneğin, cerrahın tekniği- ve doğru teşhis ve tedavi kararlarını içermektedir. Bu aynı zamanda uygun hizmetleri sağlamak için doğru girdilerin -örneğin, ilaçlar, ekipman- elverişli olup olmadığına bağlıdır.

TABLO 6.1. Sağlık Hizmetlerinde *Kalite* Teriminin Anlamları

MİKTAR	KLİNİK KALİTE	HİZMET KALİTESİ
	İnsan Girdileri:	Otel Hizmetleri: Yiyecek, Temizlik,
	Beceri, Karar Verme.	Sosyal Olanaklar.
	İnsan Kaynaklı Olmayan Girdiler:	Uygunluk: Seyahat ve Bekleme
	Ekipman ve Tedarikler,	Zamanları, Randevu Gecikmeleri.
	Üretim Sistemi.	Kişiseler Arası İlişkiler:
		Hizmet, Nezaket, Saygı.

Kalite aynı zamanda, insan ve insan kaynaklı olmayan girdileri birleştirerek fiili olarak teslim edilen hizmetler halinde sunan, üretim sistemine bağlıdır (Berwick ve arkadaşları, 1991).

Genellikle klinik kalite konusunda karar vermekte zorlanan hastaların öne sürdüğü üçüncü geniş tanım, *hizmet* kalitesini içermektedir (Cunningham, 1991). Buradaki alt kategorilerin kendisi çok boyutludur. Öncelikle, otel hizmetlerini belirtiyoruz, çünkü bu, otellerin faal olduğu alanlarda sosyal olanaklar ve kalite düzeyini içermektedir: Yiyecek, temizlik, fiziksel tasarım, mobilyalar, vs. Uygunluk; seyahat süresini, bekleme süresini, açılış saatlerini ve bir randevuya ulaşmak için gerekli olan zamanı. Kişiler arası boyut, sağlayıcıların nazik ve duygusal olarak destekleyici olup olmadığını, hastalara uygun bilgilerin verilip verilmediğini ve saygıyla muamele görüp görmediklerini içermektedir. Hizmet sürecinde, hastaların rolü konusunda kompleks konular bulunmaktadır (bu konuları, son bölümde ele aldık ve biraz sonra bu konulara geri döneceğiz).

Kalitenin ölçülmesi, genellikle ayrıntılı verileri gerektirmektedir. Özel olarak hizmet kalitesi farklı yollardan ölçülebilir. Örneğin, idari sistemler, bekleme zamanları ve bir randevuyu almadaki gecikmeler gibi parametrelere ilişkin veriler üretebilir. Özel amaçlı kalite izleme sistemleri de oluşturulabilir. Örneğin, Hindistan'ın bir eyaletinde, hastaneler şu anda periyodik -ılan edilmemiş- kalite denetimlerine tabidir. Harici bir yüklenici bu denetimleri üstlenmekte ve sonuçları eyalet düzeyindeki merkez ofisine iletmektedir. Hasta raporları, hizmet kalitesindeki eksikliklerin belirlenmesinde de faydalı olabilir. Bu duruma, kişiler arası ilişkiler alanındaki eksiklikler dâhildir.

Klinik kalite değerlendirmesi, yakın zamanda önemli büyüklükte literatür oluşturmuş olan bir faaliyettir (Brennan ve Berwick, 1996; Palmer ve arkadaşları, 1995). Klinik hizmetlerin -örneğin, hasta kayıtlarında kaydedildiği gibi- uzman görüşü ile karşılaştırılması, söz konusu kayıtlar doğru olduğu sürece uygun tedavinin verilip verilmediğini tespit etmenin bir yoludur. Ancak, böyle bir değerlendirmenin yapılması pahalı ve zaman alıcıdır. Kalite, aynı zamanda, enfeksiyon oranları, operasyonda ölüm oranı ve benzeri gibi sonuç verileri ile de dolaylı olarak ölçülebilir. Üretim sistemlerinin klinik ve hizmet kalitesinde nasıl farklılıklar üretebileceğinin anlaşılması (bu, Toplam Kalite Yönetimi yaklaşımının odak noktasındadır) daha ayrıntılı çalışmaları gerektirir.

Sofistike kalite verilerinin toplanması ve yorumlanmasındaki zorluk, neden birçok ülkenin kalite alanındaki süreçleri veya sonuçları izlemek ve değerlendirmek yerine, ağırlıklı olarak *girdileri* -örneğin, eğitim şartları- düzenlemeye odaklandığını açıklamaktadır (bu noktayı, düzenleme bölümünde daha ayrıntılı olarak ele alacağız). Aslında, girdilere bakılması (sağlık merkezinin doktoru, gerekli ilaç ve ekipmanları var mı?) genellikle -her ne kadar mükemmel düzeyde olmasa da- hastalar için klinik kaliteyi değerlendirmenin tek yoludur.

Sadece kalitenin ortalaması değil, aynı zamanda dağılımı da -yani kimin yetersiz kaliteye tabi olduğu- kalite sistemi ve sistem performansı arasındaki bağlantı bakımından önemlidir. Örneğin, bir ülkenin, hastaların bölgesel veya ulusal merkezlerde tedavi olmak için, yerel sağlık ocaklarını atlaması konusuyla ilgilendiğini düşünelim. Böyle bir durum hakkında, ne yapılacağına karar verilmesi hem klinik hem de hizmet kalitesinin -mevcut hizmetlerin miktarının da- yerel düzeyde analiz edilmesini gerektirmektedir. Eğer taşradaki kalite yetersizse bu durumda, atlama durumunu önlemek daha zor olacaktır. Ayrıca, bu tür yetersiz kalitenin devam etmesine izin vermek, hakkaniyet konularının gündeme gelmesine yol açabilir. Çünkü bu durum, genel-

likle hizmet almak için uzaklara yolculuk yapmak zorunda olan, zaman veya parası olmayan yoksulların dezavantajına olacaktır. Örneğin, büyük şehirlerdeki hastanelerin aşırı kullanımının sağlık bakanlığı tarafından önemli bir sorun olarak görüldüğü Sri Lanka'daki durumu değerlendirin. Sorun, Sri Lanka'da, vatandaşların bir hastaneye kabul edilme konusunda ısrar etme haklarının bulunması ile daha da zorlaşmaktadır. Ayrıca, doktorların performanslarına dayalı olarak sağlık ocaklarına tayin edildikleri ve en iyi performans sergileyen doktorların -genellikle çoğunun- kırsal alanlardan uzak durduğu da doğrudur. Bu yüzden, bu durumla başa çıkmak, kesinlikle taşradaki klinik kalitenin geliştirilmesi yönünde çabaları gerektirmektedir.

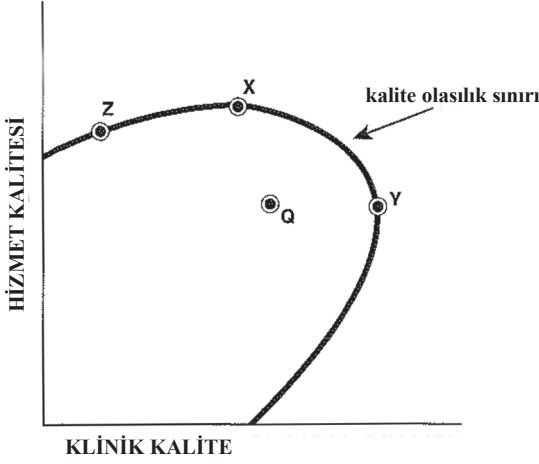
Bir sağlık hizmeti sisteminin ürettiği kalitenin uygun olup olmadığı konusunda karar vermek, karmaşık yargıları içermektedir. Tıpkı bir arabanın farklı kalite boyutlarının olması gibi -yakıt ekonomisi, hızlanma, yolcu kapasitesi gibi-, herhangi bir sağlık hizmetleri sistemi de bu şekildedir. Bir kaliteden fazla olması -bagaj kapasitesi veya hasta seçimi- diğer kalitenin daha az olmasına neden olabilir -yol tutuş veya doğru klinik karar verme-. Arabalarda veya hizmette kalitenin artışı, yargıda bulunan kişinin değerlerine bağlı olarak, maliyete değmeyebilir. Aslında, verilmesi gereken üç karar bulunmaktadır (Rosen, 1974).

Bir reformcunun sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin sorması gereken birinci soru, özel bir teknik verimlilik türünü içermektedir. Üretilen her bir hizmet, yapılan maliyetler göz önüne alındığında muhtemel en yüksek kalite ile sonuçlanıyor mu? Verilen bir maliyet için, maksimum elde edilebilir kaliteden daha azını üreten bir hizmet, teknik olarak kalite üretiminde verimli değildir.

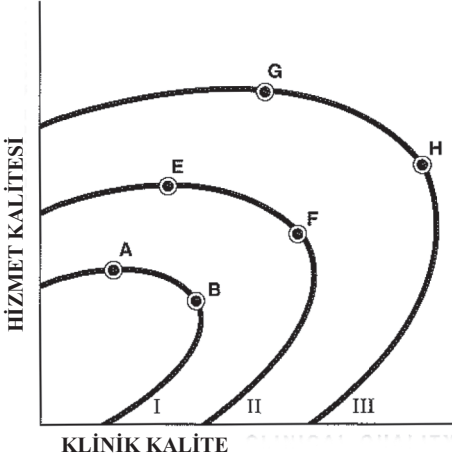
Bunu görmek için, Şekil 6.1'deki 1. grafiği göz önüne alın. Burada özel bir sağlık hizmeti için, "kalite olasılık sınırı" gösterilmektedir. Bu grafiğin çizilmesini mümkün kılmak için, "klinik" ve "hizmet" kalitesinin her birinin tek büyüklüğünün olduğunu varsaydık. Ancak "sınır" birçok boyutun olduğu bir alanda düşünülebilir. Hizmet birimi başına belirli bir harcama düzeyi için, herhangi bir tıp hizmetleri sistemi sadece sınırlı düzeyde klinik veya hizmet kalitesi üretebilir. Grafiği, hizmetin ya da klinik kalitenin çok düşük olması durumunda kalitenin diğer yönlerinin bundan olumsuz etkilendiğini göstermek için çizdik. Ancak, bu argüman için zorunlu değildir. Burada anahtar nokta şudur ki kalitenin üretilmesinde teknik bakımdan verimli olabilmek için, bir hizmet, sonucu sınırdaki (X,Y veya Z) olacak şekilde organize edilmelidir - Q ile aynı noktada değil-.

Müdürlerin sınırın üzerinde mi yoksa en azından yakınında mı olduğunu bilmesi için, bir tür gösterge uygulaması gerekmektedir. Örneğin, verilen herhangi bir sağlık hizmetleri tesisini, benzer maliyet düzeylerine sahip olanları bulmak için diğer ülkelerdekilerle karşılaştırabiliriz -veya kendi ülkemizdeki farklı bölgelerle-. Daha sonra, göreceli bekleme zamanlarını, tesislerin temizliğini veya hizmet hakkındaki hasta raporlarını karşılaştırarak hizmet kalitesini değerlendirebilir. Klinik tarafta, girdi elverişliliğine -ilaç var mıydı röntgen cihazı çalışıyor muydu- veya çıktı göstergelerine -yara enfeksiyonları, ameliyatta ölüm oranı- bakabiliriz. Reformcular için soru şudur: "Elimizdeki bütçe ile elde edebileceğimiz tüm kaliteyi elde edebiliyor muyuz?" Bu formülasyon, kesin olarak bir reform programı konusunda karar vermek için önemlidir. Yetersiz kalite performansının, yetersiz yönetimin mi düşük bütçenin mi yoksa her ikisinin mi sonucu olduğu konusunda önemli bir fark vardır.

Grafik 1



Grafik 2



ŞEKİL 6.1. Özel Bir Sağlık Hizmeti İçin (Grafik 1) ve Üç Farklı Bütçe Düzeyinde (Grafik 2) (I, II, III) Kalite Olasılık Sınırları

İkinci bir kalite sorusu söz konusudur. Bir hizmet, kalite olasılık sınırında işliyorsa bile, “üreticiler, uygun bir kalite karışımı sunuyorlar mı?”. Bu soru, ne tür arabanın tasarlanacağı sorusuna benzemektedir. Eğer, yeni bir klinik için bir inşaat bütçesi elimizde varsa daha rahat bir bekleme odasına daha fazla ve yeni bir röntgen makine-

sine daha az mı harcamalıyız, yoksa tam tersi mi? Sınır bakımından, X'te mi Y'de mi yoksa arada bir yerde mi olmalıyız? (Sınırı çizme şeklimiz göz önüne alındığında, Z'de olmak için bir neden yoktur. Çünkü her iki boyutta da daha iyi performans mümkündür.)

Ayrıca, üçüncü bir kalite konusu daha vardır. Şekil 6.1'deki 2. Grafik'te gösterildiği gibi, belli bir hizmet için herhangi bir sayıda kalite olasılık sınırı mevcuttur. Bunların her biri farklı bir *bütçe* düzeyine dayanmaktadır -grafikte I, II ve III-. Bu yüzden üçüncü görev, her bir hizmet için harcama *düzeyinin* değerlendirilmesidir. Bu da sonuçta o hizmet için hangi kalite düzeylerinin üretilebileceğini tespit eder. Bu, başlangıçta belirttiğimiz kalitenin *miktar* yönüdür. Burada önemli olan konu, her bir hizmete hangi düzeyde kaynak ayırdığımızdır.

Farklı felsefi görüşlere sahip olan farklı reformcular, kaliteye ilişkin olarak sağlık hizmetleri sisteminin performansı konusunda nasıl yargıda bulunacaktır? Sağlığın azami düzeye çıkartılması ile ilgilenen nesnel faydacılar, belli bir bütçe için azami klinik kaliteyi üretmek isteyecektir -yani, Grafik 1'de kalite olasılık sınırı üzerinde X gibi bir noktada-. Operasyonlardan elde edilen sağlık durumu kazanımını artırmanın bir yolu olup olmadığına görmek için, hizmetlerin nasıl yönetildiğine bakacaklardır. Daha sonra, paranın en büyük sağlık durumu kazanımını üretmek ve tasarlanmış bir şekilde farklı hizmetlere harcanıp harcanmadığını görmek için, marjinal maliyet etkililik analizine dayalı olarak bütçe düzeylerini değerlendireceklerdir.

Ancak, dikkat edersek sınır çizme şeklimiz, faydacıların, hizmet kalitesini azaltarak her zaman klinik kaliteyi artırabileceklerini varsayarak bir yanlış yapacaklarına işaret etmektedir. Belli bir noktanın ötesinde, hizmet düzeylerinin düşürülmesi kullanımdan caydırır, hasta uyumluluğunu düşürür ve iletişimi engeller. Bunların tamamı daha yetersiz klinik sonuçlara yol açabilir. Bazı gerçek sistemler -özellikle yoksul ülkelerdeki devlet klinikleri- kesinlikle bu paradoksal durumda olabilir.

Kullanıcı memnuniyetini azami düzeye çıkartmakla ilgilenen öznel faydacılar, biraz farklı bir değerlendirme süreci ile karşı karşıya kalmaktadır. Hastalar hem klinik hem de hizmet kalitesinin birçok farklı yönü ile ilgilendiği için, öznel faydacılar, her bir hizmetin kalite karışımı ve harcama düzeyinin, kullanıcıların değişen bireysel tercihlerine optimum bir cevabı temsil edip etmediği konusunda karar vermelidir. Böyle bir görevin açık zorluğu, neden bu kadar çok öznel faydacının sağlık hizmetlerinde -ve başka her yerde- piyasaları kullanmayı desteklediğini açıklamaya yardımcı olmaktadır. Piyasalar, herkesin tercih ettiği hizmet kümesini, kalite karışımı ve düzeyini seçmesine -ve bunlar için ödeme yapmasına- imkân verir. Tabi ki bu, kullanıcıların -yani hastaların- kalite düzeyleri konusunda yargıda bulunabildiğini varsaymaktadır. Bu durum, konu klinik kalite olduğunda şüphelidir. Bu yüzden, bazı öznel faydacılar bile piyasaları kalite amaçlarına yönelik olarak düzenleyecektir (bu konuyu Bölüm 11'de ele alacağız).

Pratik reformcular için, daha iyi yönetim yoluyla hem hizmet hem de klinik kaliteden daha fazlasının alınması ilk reform önceliği olmaktadır. Bu özellikle bütçeler kısıtlı olduğunda doğrudur. Ancak sağlık durumu ve memnuniyet sonuçları düşük olduğunda ve sağlık hizmetleri halihazırda iyi yönetiliyor olduğunda, harcamayı -ve bu yüzden kaliteyi- artırıp artırmama sorusu muhtemelen ilgili bir soru olacaktır (bu, Şekil 5.1'de 5 veya 7 gibi bir hareketin istenmesi anlamına gelmektedir). Benzer şekilde, eğer iyi yönetilen bir sistem iyi sağlık üretiyor; ancak memnuniyet düzeyini düşük yapıyorsa -veya tam tersi- kalite karışımının değiştirilmesi sorusu bir reformcunun ele alması

gereken sorulardan biri haline gelmektedir.

Özetle, kalite önemli bir ara performans ölçüsüdür ve hem sağlık durumunu hem de kullanıcı memnuniyetini etkiler. Üç önemli ancak ayrı kalite konusu belirledik. Birincisi, kalite -farklı boyutlarda-, verilen bütçe dâhilinde mümkün olduğu kadar yüksek düzeyde midir? İkincisi, sistem, her bir hizmet için verilen bütçe düzeyi dâhilinde doğru kalite karışımını üretebilmekte midir? Üçüncüsü, miktar sorusudur. Bütçe düzeyleri, her bir hizmet için uygun kalite düzeylerini üretecek şekilde konulmuş mudur? Bir anlamda, bütçenin hizmetler içinde kalite düzeylerini geliştirmek için yeniden tahsis edilmesi, tahsis verimliliğini artırmak için çıktı karışımını değiştirmek gibi bir görevdir.

Sistemin kalite özellikleri, farklı politika kararlarından etkilenmektedir. Kalite olasılık sınırına ulaşma ve aynı zamanda kalite karışımını belirlemek için günlük sorumluluk, sağlık hizmetlerinin yöneticilerine aittir. Sistemin organizasyonunun birçok özelliği -yöneticilerin nasıl seçildiği ve ödüllendirildiği dâhil -bu işi nasıl yaptıklarını etkileyecektir. Finansman, ödeme sistemleri ve düzenleyici rejimler, yöneticiler için teşvikleri belirleyecektir. Bu yüzden, bunlar da sistemin kalite performansını etkilemektedir. Her halükarda bir nokta açıktır. Sistemin kalitesi konusunda yargıda bulunmak, basitçe “daha fazlası daha iyidir” mantığı değildir. Kaynaklar hem ülke için hem de sağlık sektörü için her zaman sınırlıdır. Kalite üretme konusunda verimli olan bir sistem için bile, ne miktarda kalitenin - ve hangi boyutlarda toplumun genel hedeflerine ulaşma kapasitesini en üst düzeye çıkartacağı sorusu baki kalmaktadır.

Bir Stratejik Performans Sorunu Odağı Geliştirmek

Son iki bölümde, reformcuların kullanabileceği ve kendi özel koşullarına uyarlayabileceği, sorun tanımlı çerçevesi sunmayı tercih ettik. Bu çerçeve, üç performans hedefini, üç ara performans hedefini ve iki etik testi içermektedir -ortalama ve dağılım-. Aynı zamanda, analizde maliyet ve kültürün oynaması gereken rolleri de açıkça değerlendirmektedir. Çünkü bunlar, sağlık sektörü ile daha geniş sosyal ve ekonomik sistem arasındaki önemli bağlantıları temsil etmektedir. Bu analitik yapının karmaşıklığı, sağlık sektörü reformunda sorunları tanımlama ve alternatif çözümleri değerlendirmenin zor ve karmaşık bir görev olduğu gerçeğini yansıtmaktadır. Bu karışıklığın göz ardı edilmesi, yanlış bir basitliğe neden olmaktadır. Bu durum, ilgililik için retorik -konuşma sanatı- ve karmaşıklık için sloganlar konusunu değiştirmektedir.

Bütün bunları söyledikten sonra, gelecekteki reformculara hangi performans hedeflerine odaklanmaları gerektiği konusunda bazı önerilerde bulunmak istiyoruz. Bu öneriler, bu ve önceki bölümlerin farklı noktalarını bir araya getirmektedir. Önerimizin özünde şu yer almaktadır: Stratejik düşünün! Bir sorun tanımının seçilmesi, uzun sağlık sektörü reformu sürecindeki ilk adımdır ve bu kararın geniş kapsamlı etkileri göz önüne alınarak yapılmalıdır.

Bölüm 1’de ele aldığımız gibi, reform süreci genellikle bir reformcunun kontrolü dışında olan olayların bir sonucu olarak başlamaktadır. Ekonomi kötüleşir, beklentiler veya sağlık maliyetleri artar, siyasi değişim meydana gelir vesaire. Bizim öne sürdüğümüz, reformcuların inisiyatif alarak hem siyasi tartışmayı hem de siyasi gelişim sürecini kontrol altında tutan sorunun tanımlanmasını etkilemesi gerektiğidir.

Önceliklerini netleştirmek için reformcular, sağlık sektörü reformu için bir odak seçme sürecindeki etik, siyasi ve bağımsız değerlendirmeleri sentezlemenin bir yolu olarak kendilerine üç soru sormalıdır.

- Sağlık sektörü performansındaki hangi gelişmeler etik olarak en önemlidir?
- Makul olarak hangi yetersiz performans alanlarında bir şeyler yapılması düşünülebilir?
- Bu konuya odaklanmanın siyasi sonuçları ne olacaktır?

Birinci soruya özel olarak dikkat edilmesi, değerlere öncelik verilmesini içermektedir. İkinci soru, etik olarak önemli konularla başa çıkabilmek için, herhangi bir ümit verici politika veya programın olup olmadığıdır. Bu tür ölçüler, bu sorunun kişinin kendi ülkesinde siyasi ve pratik olarak uygulanabilir olma olasılığının olup olmadığının değerlendirilmesini gerektirmektedir. Çünkü, ancak o zaman bir reformcu özel bir soruna odaklanmanın faydalı sonuçlar üreteceği konusunda karar verebilir. Bu tür girişimlerin maliyeti, kullanılabilir fonlarla karşılaştırıldığında, bu tür bir analizin anahtar bölümünü teşkil etmektedir. Üçüncü soru, siyasi sonuçların değerlendirilmesini öne sürmektedir. Bir bakıma politika ve fizibilite, bir değere bağlı yaklaşım temelinde “ekranlar” veya “kısıtlamalar” olarak görülebilir. Bu yüzden, bizim önerimiz şu şekilde özetlenebilir: *Neyi başarmak istiyorsanız onunla başlayın ve onun gerçekleşmesini sağlamak için, teknik olarak uygun ve siyasi olarak kabul edilebilir bir yol olup olmadığına bakın.*

Her şeyden öte kontrol düğmeleri, sağlık sektörünün performansını tespit eden tek güç değildir. Bunun yerine, manipüle edilemez faktörler, özel bir performans sorununun özünde yer alabilir. Özel bir sorun alanında kapsamlı bir araştırma yapmadan, siyasi olarak uygun ve etkili bir politika seçeneğinin mevcut olup olmadığını bilmek her zaman kolay olmayabilir. Size önerimiz, fizibilite sorularını, reform yolunda çok fazla mesafe kat etmeden *önce* göz önüne almanızdır.

Bu sorulara verilecek olan cevapların hepsinin aynı yöne işaret etmeyebileceğinin farkındayız. Liderler bazen, bu tür bir odak, siyasi endişelere hitap ettiğinden, çok fazla başarı olasılığı olmayan sorunlara odaklanabilmektedir. Amerika’nın “uyuşturucuyla mücadele” sorunu bu bağlamda akla gelmektedir. Bu tür sembolik eylemlerin her zaman yanlış ya da uygun olmadığını söylemiyoruz. Bunun yerine, bizim yaklaşımımız, reformcuların, başarısız olması muhtemel gözükmeyen bir hedefi seçmeden önce gerçekten neyin önemli olduğu konusunda bilinçli olması gerektiği yönündedir.

Bu sorular, aynı zamanda bize stratejik sorun tanımlama sürecinin “kurumla ilgili” olması gerektiğini hatırlatmaktadır. Yani, verilen bir kararın siyasi sonuçlarının, farklı aktörler için farklı olması muhtemeldir. Maliye bakanı, sağlık sektörü reformunun en önemli hedefleri konusunda, sağlık bakanından farklı görüşlere sahip olabilir. Örneğin, yeni sosyal sigorta fonunun borç ödeyemez duruma gelmesi durumunda her ikisi de eşit düzeyde sorumlu tutulmayabilir. Benzer şekilde, kırsal kesimdeki yoksulların sağlık durumuna odaklanmak, küçük çiftçilerin desteğini almaya çalışan taraflar için, siyasi olarak avantajlı olabilir. Ancak ticaret birlikleri, seçmenlerinin etrafında kurulan taraflara daha az yardımcı olacaktır. Aslında, bir sorun tanımını soyut bir bakış açısından ele almanın bir yolu yoktur -felsefecilerin “hiçbir yerden bakış” adını verdiği durum-. Bunun yerine, özel bir sorun tanımının seçilmesi, özel bir bireyin veya grubun şartlarına bir cevap olarak görülmelidir.

Reformcular, bir sorun tanımlı konusunda karar verdiğinde, genellikle değerlendirecek bir *kapsam* sorunu ile karşı karşıyadırlar. Bazıları oldukça dar bir şekilde bir veya iki spesifik performans parametresine odaklanmayı tercih edebilir -kırsal yoksul alanlardaki yüksek bebek ve anne mortalite oranları gibi-. Böyle bir sorun tanımlı, göreceli olarak hedeflenmiş reform kümesine yol açabilir; örneğin yeni geri ödeme mekanizmalarının geliştirilmesi veya belli tesis veya eğitim programlarına seçici yatırımı gibi. Diğer taraftan, daha geniş sorun tanımlamaları, daha geniş ve daha komplike reform gündemine yol açabilir. Riskten korunmanın geniş eş zamanlı başarısızlıkları, sağlık hizmetleri sisteminden popüler memnuniyetsizlik ve yüksek maliyetler hakkındaki endişeler, reformcuları çok daha fazla hırslı bir reform programına yönlendirebilir. Ülke yeni bir sosyal sigorta fonu, doktorlar ve hastaneler için yeni ödeme programları ve hastane organizasyonunun yeni biçimlerini oluşturmaya -hepsini bir anda- karar verebilir. Başa çıkacak sorunların kapsamına ilişkin kararlar verirken, reformcuların az ya da çok hırslı bir gündemin idari ve siyasi fizibilitesi hakkında daha dikkatli düşünmesi önerilmektedir.

Pratik bir konu olarak, reformcuların ilerleyecekleri bir yol, “gösterge uygulamasıdır”. Yani, ulusal performans, farklı standartlarla karşılaştırarak performansın hem yetersiz hem de potansiyel olarak geliştirilebilir olduğu yerleri görmektir. Bu süreç farklı şekillerde ortaya çıkabilir.

- **Etik Gösterge:** Performansı genel kabul gören normlarla karşılaştırmak
- **Dâhili Gösterge:** Performansı ülke içindeki gruplar veya bölgeler arasında karşılaştırmak.
- **Tarihsel Gösterge:** Performansı, bir ülkenin daha önceki performansı ile karşılaştırmak.
- **Harici Gösterge:** Performansı, diğer benzer durumdaki ülkelerin performansı ile karşılaştırmak.

Karşılaştırmaların ilk iki türü, etik önem konusuna hitap etmektedir. Eğer bir ülkenin performansı, kabul edilen normların -örneğin, bin yılın kalkınma hedefleri- ışığı altında yetersizse bu ele alınması gereken bir konunun olduğunu ortaya çıkartmaktadır. Geniş kapsamlı iç değişiklikler de özellikle hakkaniyetin bir öncelik olduğu ülkeler için, etik konuları gündeme getirmektedir. Son üç karşılaştırma türü -dâhili, tarihsel ve harici gösterge uygulaması- fizibilite konusuna hitap etmeye yardımcı olabilir. Eğer, bir keresinde daha iyi yapmışsak veya eğer bizim gibi olan diğer ülkeler, daha iyi yapıyorsa veya bazı bölgelerde daha iyi yapmışsak bütün bunlar, geliştirmenin mümkün olduğunu göstermektedir.

Şunu kaydetmemiz gerekmektedir ki politika konusunda, sadece etkililiği bağlamında değil, maliyet etkililiği bağlamında yargıda bulunulmalıdır. Daha önceki bir bölümde ele aldığımız gibi, maliyet her zaman, gizli veya açık bir şekilde sorun tanımının bir parçasıdır. Ne yazık ki, sınırlı kaynakların olduğu bir dünyada, bazı çok önemli sorunlar maliyet nedenlerine bağlı olarak çözülemeyebilmektedir -Güney Afrika’daki AIDS sorununun bize trajik olarak hatırlattığı gibi-. Tabi ki, maliyet bu durumda *tek* engel olmaktan çok uzaktır.

Öncelikleri seçme sürecinde, farklı etik teorilerin savunucuları farklı endişeleri vur-

gulama eğiliminde olacaktır. Nesnel faydacılar, genel sağlık durumunun maliyet etkili bir şekilde geliştirilmesine odaklanacakken, özel faydacıların asıl endişesi kullanıcı memnuniyeti olacaktır. Herkese belli düzeyde asgari fırsat sunmak isteyen eşitlikçi liberaller, -bir toplumdaki- durumu daha kötü olanların sağlık ve ekonomik durumuna odaklanma eğiliminde olacaktır. Bu yüzden, sağlığa ek olarak, yoksullar için finansal riskten korunma da onlar için oldukça önemli olacaktır. Nesnel faydacılar, belli toplum normlarını rasyonel kaynak tahsisine yönelik engeller olarak görecektir -göreceli toplumcuların savunduğu kadar-. Klinik kaliteye karşı hizmet kalitesinin göreceli önemi konusunda herkes mutabık kalmayacağı gibi, hizmet süreci dâhilinde hastalara bir seçim hakkı verilmesine de aynı öncelikte bakmayacaklardır. Ancak, bu, hangi performans sorunlarının öncelik haline getirilmesine karar vermenin bir *seçim* olduğunu göstermektedir (bu seçim, düşünceli ve tedbirli bir şekilde yapılmalıdır).

O zaman özetle belirtmek gerekirse sorunun tanımlanması -öncelikli olarak dikkat edilecek performans alanlarının seçilmesi- sağlık reformcuları için, kritik bir stratejik karardır. Bu, dikkatin nasıl odaklandığını, hangi müdahalelerin denendiğini ve nihai olarak reformcular hakkında nasıl yargıda bulunulacağını etkilemektedir. Bu, kıt olan siyasi ve sosyal kaynakları başka yola değil de belli bir yola tahsis etme konusundaki seçimdir. Bu seçimlerin birçok düzeyde yankısı olacaktır -dâhil olan bireyler ve organizasyonlardan bir bütün olarak topluma kadar-. Bu seçimler, şeffaf ve ileri dönük bir şekilde yapılmalıdır. Başka nasıl, bir reformcu, fiili olarak reformun gerçekleşmesini sağlama gibi zor bir iş için -ki bu her şeyden öte bütün sürecin ana konusudur- mümkün olan en iyi temeli kurabilir ?

Kaynaklar

- Berwick, Donald M.; A. Blanton Godfrey; and Jane Roessner. 1991. *Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bierman, Harold; and Seymour Smidt. 1993. *The Capital Budgeting Decision: Economic Analysis of Investment Projects*. 8th Edition. New York: Macmillan.
- Brennan, Troyen A.; and Donald M. Berwick. 1996. *New Rules: Regulation, Markets, and the Quality of American Health Care*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Carr, Charles R.; and Charles W. Howe. 1964. *Quantitative Decision Procedures in Management and Economics, Deterministic Theory and Applications*. New York: McGraw-Hill.
- Crystal, R. A.; and A. W. Brewster. 1966. "Cost Benefit and Cost Effectiveness Analyses in the Health Field: An Introduction." *Inquiry* 3(4): 3-13.
- Cunningham, Lynne. 1991. *The Quality Connection in Health Care: Integrating Patient Satisfaction and Risk Management*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Kolata, Gina. 2002. "Research Suggests More Health Care May Not Be Better." *The New York Times* 21 July.
- Palmer R. H.; A. G. Lawthers; J. DeLozier; N. J. Banks; L. Peterson; and B. Duggar. 1995. *Understanding and Choosing Clinical Performance Measures for Quality Improvement: Development of a Typology*. Washington, DC: Agency for Health Care Policy Research.
- Pazner, Elisha A. 1974. "Optimal Pricing and Income Distribution." In: Richard E. Caves

- and Marc J. Roberts, eds., *Regulating the Product: Quality and Variety*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Reinhardt, Uwe E. 2001. "Can Efficiency in Health Care Be Left to the Market?" *Journal of Health Politics, Policy and Law* 26(5): 967-92.
- Rosen, Sherwin. 1974. "Hedonic Prices and Implicit Markets: Product Differentiation in Pure Competition." *Journal of Political Economy* 82(Jan/Feb): 34-55.
- Sen, Amartya. 1999. *Development as Freedom*. New York: Knopf.
- Weinstein, Milton C; and William B. Stasson. 1977. "Foundations of Cost-Effectiveness Analysis for Health and Medical Practices." *New England Journal of Medicine* 296:716-21.

Sağlık sektörü reformcularının hangi performans sorunlarına odaklanmaları gerektiğine karar vermeleri -yani, stratejik önceliklerinin ne olduğuna karar verdiğinde- ve daha sonra politika döngüsünün sonraki aşamalarına devam etmeleri gerekmektedir. Bu, her şeyden önce, ilgili oldukları yetersiz performansın nedenlerini bulmak anlamına gelmektedir. Bu sürece “teşhis” adını veriyoruz. Daha sonra, durum hakkında ne yapmaları gerektiğine karar vermeleri gerekmektedir. Bu sürece de “politika geliştirme” adını veriyoruz. Bu bölümde, bu faaliyetleri tartışacağız ve daha etkili sağlık sektörü reformu üretmek için, bunların nasıl gerçekleştirileceği konusunda öneri sunacağız.

Teşhise ilişkin olarak, temel strateji “geriye doğru çalışmaktır”. Geliştirmek istediğiniz yetersiz performansın nedenlerini keşfedene kadar “neden” diye sormaya devam edin. *Bir teşhis yolcuğu* adı verilen bu sürecin amacı, bir “teşhis ağacı” inşa etmektedir (bu, aşağıda ayrıntılı olarak açıkladığımız bir analitik cihazdır). Bu ağaç, politika müdahaleleri ile değiştirilebilecek veya modifiye edilebilecek nedensel faktörlerle yetersiz performansın yönleri arasında bağlantı kurmaktadır. Daha sonraki görev olan *politika geliştirme*, nedenleri -veya etkisini- değiştirecek ve böylelikle sağlık sektörü performansını geliştirecek bir politika dizisinin hazırlanmasını içermektedir.

Bu görevleri gerçekleştirirken okuyucularımızın, bazı basit kılavuz ilkelere

odaklanmasını istiyoruz. Bunlardan birincisi, “süreç sorunlarıdır”. Farklı sağlık reformu görevlerinin nasıl gerçekleştirildiğinin, gerçekte ne olduğu üzerinde önemli bir etkisi olabilir. Örneğin, kritik aktörlerin ve çıkar gruplarının kendilerine danışıldığını hissedip hissetmediği, bunların herhangi bir reform planına yönelik tutumlarını etkileyecektir. Bu neticede hem reform ölçülerinin benimsenme politikalarını hem de seçilen politikanın nasıl etkili bir şekilde uygulandığını etkileyebilmektedir.

İkinci kılavuz ilkemiz “taklit et, ancak uyarla”dır. Çünkü, yeni görüşlerin icat edilmesi zordur, kanıtlanmış yaklaşımların taklit edilmesi daha çok önerilir. Diğer taraftan, yerel koşullar değiştiği için, başarılı bir şekilde taklit, başka yerden gelen görüşlerin, yerel koşullara uyarlanması ve ayarlanmasını içermektedir.

Üçüncü kılavuz ilkemiz “kanıt kullan”dır. Yakın zamanda, tıpta, alınan ilime dayalı klinik uygulamadan, “kanıta dayalı tıp” yönünde büyük bir hareket olmuştur. Burada kararlar, ilgili bilimsel literatürün dikkatli bir şekilde çalışılmasını takip eder. Bu yaklaşımın savunucuları, doktorların genellikle bilimsel olarak gerekçelendirilmemiş uygulama yapıları geliştirdiğini öne sürmektedir. Örneğin, bazı doktorlar rutin bir şekilde tonsilleri çıkartmakta veya herhangi bir gerçek neden olmadığında histerektomiler gerçekleştirmektedir. Aynı durum, öncelikle özel bir ülkedeki performans sorunlarını belirlemeden ve favori müdahalelerinin o performansı artırıp artırmayacağını dikkatli bir şekilde analiz etmeden, özelleştirme veya desantralizasyon gibi favori çareleri rutin bir şekilde öne süren bazı sağlık sektörü reformcuları için de söylenebilir. Bu tür eleştirel olmayan hevesliliğe karşı çıkmak için, kanıta dayalı reformu öne sürüyoruz. Burada politikalar, sorunların, nedenlerin ve olası etkilerin dikkatli analizine dayanmaktadır.

Aşağıdaki örneği değerlendirin: Yeni bağımsız olmuş bir Doğu Avrupa ülkesinin, erkeklerde azalan beklenen yaşam süresini -kardiyak sorunlarına ve artan intihar oranlarına bağlı olarak- bir öncelikli performans sorunu olarak belirlediğini varsayalım. Bazı reformcuların, ülkenin, sağlık hizmetleri sisteminin performansının geliştirilmesine yardımcı olmak için, rekabetçi özel sağlık sigortası geliştirilmesini savunduğunu varsayalım. Savunucular, bu yeni finansman düzenlemelerinin, erkeklerde beklenen yaşam süresi üzerinde nasıl ve neden olumlu bir etkiye sahip olduğunu açıklayamadığı sürece, bu hareketin bir anlamı olmayacaktır -aslında bu tür bağlantının olduğu konusunda şüpheliyiz-.

Teşhis ve politika geliştirme işini yürütürken, reformcuların, Bölüm 2’de belirtmiş olduğumuz çerçeveyi kullanmasını öneriyoruz. Yani beş “kontrol düğmesi”. Her bir kontrol düğmesi, sistemin belli özelliklerine ve hükümetlerin, sağlık sektörü performansını geliştirmek için, her bir alanda kullanabileceği stratejilere odaklanmaktadır. Örneğin, hükümetler, sağlık hizmetlerini finanse etmek için hangi verileri kullandığını, doktorlara nasıl ödeme yapıldığını veya hastaneleri nasıl organize edip yönettiklerini değiştirebilir. Bu kitabın II. Kısımında, bu politika seçeneği kümelerinin her birini biraz ayrıntılı olarak gözden geçirecek ve farklı yaklaşımların olası sonuçlarını tartışacağız.

Kontrol düğmesi çerçevesi, aynı zamanda teşhis aşamasında yardımcı bir organize edici cihaz olabilir. Çünkü, o aşamada görev, sadece nedenleri tanımlamak değil, aynı zamanda hükümet eylemi ile değiştirilebilecek nedenleri tanımlamaktır. Kontrol düğmeleri, bu yüzden bir menü veya alış verişi listesi sağlayabilir (bu, neticede

hükümet eylemi için, temel teşkil edebilecek teşhis yolculuğuna yönelik olası son noktalar kümesidir).

Bu noktayı, farklı bir şekilde değerlendirelim. Bir veya daha fazla kontrol düğmesindeki potansiyel olarak etkili değişikliklerin belirlenmesi, teşhis görevinin sonu ve politika geliştirme görevinin başlangıcıdır. Analistler, öncelikle nedenlere doğru geri yönde çalışırlar. Daha sonra, bu nedenleri değiştirmek için politikalar aramalı; nedenlerden başlayarak, farklı politika değişikliklerinin bir sonucu olarak geliştirilmiş sağlık sektörü performansı tahminlerine doğru ileri yönde çalışmalıdırlar.

Bu bölümde, bir teşhis ağacının genişletilmiş örneği yoluyla çalışmaya başlayacak ve teşhisle kontrol düğmeleri arasında nasıl bağlantı kurulacağını tartışacağız. Ancak, bir “tek sorun” analizi sunmadan önce, reformcuların daha hırslı, daha farklı yönlü bir çabanın –yani, büyük bir sağlık sektörü reformunun- gerçekten gerekli olduğu sonucuna varma ihtimallerinin yüksek olduğu koşulları tartışacağız.

Bölümün ikinci yarısında, odağımızı politika geliştirme konusuna yönlendiriyoruz. Öncelikle bazı süreç endişelerini tartışacağız ve daha sonra alternatif öneriler konusunda yargıda bulunacak bazı tarama kriterlerini inceleyeceğiz. Son olarak, sürecin her iki evresinde kanıtları nasıl bulup kullanacağımızı tartışacak, birkaç nihai uyarı ve gözlemle sonlandıracağız.

Önemli Sağlık Sektörü Reformu Çabalarının Başlangıcı

Şimdiye kadar, bir seferde tek bir spesifik performans sorununa odaklanmış gibi, sağlık sistemi teşhis ve politika geliştirme sürecini tartıştık. Böyle bir yaklaşım, parça parça programlı girişimleri öne çıkartır. Örneğin, yeni bir anne sağlığı programı veya çocuk bağışıklandırmasına yönelik genişletilmiş çabalar. Ancak, daha önce kaydettiğimiz gibi, ülkeler, genellikle bir dizi birbirleri ile bağlantılı performans sorunu ile yüzleşir. Her bir spesifik sorun için teşhis, sağlık hizmetleri sisteminin belli ortak özelliklerinin, önemli nedensel faktörler olduğunu ortaya çıkartabilir. Bu farklı sorunlarla etkili bir şekilde başa çıkabilmek için, çoklu müdahaleler gerekebilir. Bu yüzden bu tür bir analiz, bir ülkeyi, önemli sağlık sektörü reformu çabalarına götürebilecek bir yoldur.

Bu bağlamda, -Bölüm 5’te tarif edilen- maliyetin kilit rolü konusuna tekrar dönmeliyiz. Sağlık sektörünün performansından memnun olmayan -ve maliyet kısıtlamaları ile yüz yüze olan- bir ülke, zorluklarının nedenlerini izah etmeye çalışırken genellikle karmaşık ve çok taraflı bir analiz yapmaya zorlanacaktır. Birçok farklı nedenin ortaya çıkması muhtemeldir. Örneğin, teknik verimsizlik -ödeme sistemine bağlı olarak yetersiz teşviklere ve hatalı örgütlenmeye bağlı olarak yetersiz yönetime neden olduğu-, tahsis verimsizliği -finansman sisteminden yetersiz kaynak tahsisine bağlı olarak-, yetersiz kalite ve sınırlı erişim gibi. Program bazlı düzeltmeler mümkün olmayacaktır. Bunun nedeni, koordine edilmemiş bütün bir yeni girişim dizisi için, ödeme yapacak yeterli paranın olmamasıdır. Yine, sistemi kökten bir şekilde değiştirme çabasıyla birkaç kontrol düğmesinde önemli değişikliklerin yapıldığı çok taraflı bir reform, muhtemelen bunun cevabı olacaktır (Kolombiya Sağlık Sektörü Reformu Projesi, 1996).

Ayrıca burada bir tutarlılık konusu da söz konusudur. Çoklu program çabaları, koor-

dine edilmemiş ve hatta tutarsız olma riskini taşımaktadır. Temel sağlık hizmetlerinin il düzeyine indirilerek desantralizasyonu öne sürülebilir ya da merkezileştirilmiş bir ulusal aşılama programının gerçekleştirilmesi gerektiği savunulabilir. Bu tür anlaşmazlıklarla bütünlük bir şekilde mücadele etmek, bir bütün olarak sistemin revizyonuna koordineli bir şekilde bakılmasını ve planlama yapılmasını gerektirebilir.

Ayrıca, tipik olarak reformcuların elinde bulunan sınırlı siyasi ve teknik kaynaklar konusu vardır. Fazla sayıda performans sorununu, birbirlerinden izole bir şekilde ele almak, bu kaynaklara yönelik çok büyük bir talebin olmasına neden olabilir. Bunun yerine belli ortak ve daha geniş temel sorunlara odaklanmak, potansiyel olarak sınırlı reform enerjilerinin maliyet etkili bir şekilde kullanımı olabilir -tabi ki bu değişikliklerin mümkün olduğu varsayıldığında-.

Son olarak, bütünlük ve geniş kapsamlı bir reform çabasının siyasi değeri olabilir. Çünkü genellikle, bir dizi dar program tabanlı girişim yerine daha dramatik ve dikkat çekici gözükmetedir. Nüfusa daha fazla ümit veren kapsamlı reformlar, etkili bir siyasi strateji olarak görülebilir - özellikle nüfus mevcut sistemden memnun değilse- (Edelman, 1984).

Aşağıdaki örneği değerlendirin. Bir ülkenin, kırsal yoksul kesimde hem anne ölümlerinde gözle görülür fazlalık hem de beklenen yaşam süresinin düşük olması konusuyla ilgilendiğini varsayalım. Bu sorunların nedenlerini arayan teşhisler, muhtemelen benzer sonuçlar verecektir. Yetersiz hizmet kalitesi ve kullanımın olmaması tekrar tekrar ortaya çıkacaktır. Aynı bütçe temelli kamu sistemi, bu alanların tamamına hizmet sağladığı için, böyle bir duruma verilecek uygun bir cevap, kırsal alanlarda hizmeti geliştirmek ve kullanımı artırmak için, birkaç kontrol düğmesini kullanarak birçok uçlu saldırıda bulunmak olabilir. Bu, maliyetleri artırmadan performansı geliştirmeye yönelik olarak tasarlanmış, kompleks bir sağlık sistemi reform programına yol açabilir. Örneğin, önemli otorite, yerel topluluklara bırakılabilir. Bu toplulukların da ilave fonlar üretmek için yerel sigorta programları -toplum finansmanı- oluşturmalarına izin verilebilir. Bu toplulukların aynı zamanda, yerel sağlık merkezleri işletmek için -mevcut kaynaklardan daha iyi sonuç elde etmek amacıyla- kişi başı ödeme veya teşvik ödemesi temelli olarak Sivil Toplum Kuruluşları veya özel uygulamacılarla sözleşme imzalamasına izin verilebilir.

Önemli sayıda belirgin değişiklik içeren böyle bir program, önemli riskleri ve talepleri içerecektir. Ancak aynı zamanda, önemli siyasi desteğin sağlanması olasılığına sahip olmak için, yeterli düzeyde dramatik olacaktır. Bu aynı zamanda, bir dizi reformun, bütünlük ve tutarlı bir şekilde birçok konuya aynı anda hitap etme umudunu vermektedir.

Burada bir örnek verebiliriz. Bir ülkenin, resmi sektörde çalışanlarla -devlet ve büyük işverenler- serbest mesleğe sahip olanlar veya devlet dışı sektörde çalışanlar arasında sağlık durumu ve risk koruması bakımından mevcut farklılıklar konusuyla ilgilendiğini varsayalım. Bu sorunların her biri için teşhis yolculuğu, muhtemelen, sadece resmi sektörde olanların sosyal sigorta kapsamında olduğunu, iş gücünün diğer kısımlarının, devlet hastaneleri veya özel doktorları kullandığını ve hizmet için cepten ödeme yaptığını ortaya çıkartacaktır. Böyle bir ülke, yeni birleştirilmiş sosyal sigorta sistemi tesis etmeye karar verebilir. Bu, resmi olmayan sektördeki çalışanlar arasında hizmete erişimi artıracığı gibi şu anda ellerinde olmayan risk korumasını da

sağlayacaktır. Bu aynı zamanda, hastanelere daha fazla özerklik ve yöneticilerine daha fazla otorite vermesini sağlayan reformla birlikte, yeni sigorta fonu ile seçici sözleşme tesis ederek çabalara katkıda bulunabilir. Bu tür birçok yönlü reform, bir dizi spesifik teşhis yolculuğuna dayanmalıdır. Ancak, ele alınacak olan karmaşık, kesişen nedenler kümesi nedeniyle, aralarında bağlantıya sahip bir değişiklik portföyüne duyulan ihtiyaç ortaya çıkmaktadır. Her zamanki gibi, bu bölümde daha sonra ele aldığımız *siyasi fizibilite* ve *idari uygulanabilirlik* hesaplamaları, bir reformcunun bu yolda hareket etme kararını etkilemelidir.

Bu tür bir analizin, önerilerini herhangi bir özel beklenen performans kazanımı ile bağlantılandırmadan, önemli politika değişikliklerini savunan reformcuların argümanlarında gizli durumda bulunma ihtimali vardır. Ancak, bizim deneyimize göre, bu genelde rastlanan bir durum değildir. Herhangi bir sistematik teşhis analizi sunamamanın, kötü tasarlanmış veya yetersiz düşünülmüş reform fikirlerini yansıtmaya olasılığı daha yüksektir. Aslında, çoklu boyutlarda performans geliştirmek üzere tasarlanmış olan kompleks bir reform programı, daha basit ve daha ortalama reform alternatiflerine göre daha fazla düşünülmeyi gerektirmektedir. Bu tür kompleks programların potansiyel olarak tamamlayıcı ve çelişkili nedenleri özellikle açıkça analiz edilmeyi gerektirmektedir.

Bir Sağlık Sistemi Teşhis Ağacı Geliştirmek

Bir teşhisin nasıl yapılacağına ilişkin spesifik bir örnek vermeden önce, böyle bir sürecin muhtemelen neyi bulacağına ilişkin beklentilerimizi ayarlamamız gerekmektedir. Sağlık sektörünün karmaşıklığı göz önüne alındığında, A'nın nedeninin B ve sadece B olması ve B'nin nedeninin C ve sadece C olması nadir bir durumdur. Bunun yerine:

- Birkaç aşama veya neden dizisi olması muhtemeldir.
- Her bir etkinin nedeni birden fazla olabilir.
- Her bir nedenin birden fazla etkisinin olması muhtemeldir.
- Nedenler ve etkiler birbirleri ile farklı şekillerde etkileşime girebilir ve takviyede bulunabilir.
- Her bir neden kamu politikası ile manipüle edilebilir durumda değildir.
- Değişiklik, bir seferde birden fazla neden üzerinde hareket edilmesini gerektirebilir -yani, birden fazla kontrol düğmesini değiştirmek gerekebilir.

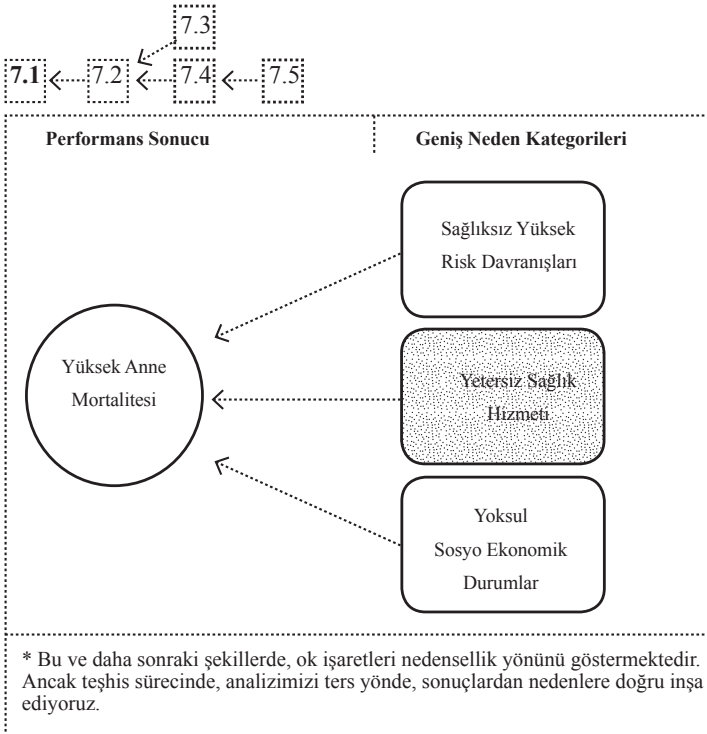
Bu uyarıları dikkate alarak, bir teşhis yolculuğuna ilişkin spesifik bir örneğe bakalım. Bunu yapmak için, *sağlık sistemi teşhis ağacı* adını verdiğimiz bir analitik araç kullanacağız. Bu, okuyucunun aşına olabileceği diğer iki ağaç şeması tipine benzer, ancak bunlardan farklıdır. Bunlardan birisi bir karar ağacıdır. Bu sistem, belirsiz koşullar altında kararların analiz edilmesi için kullanılır. Bir karar ağacının her bir dal ayrım noktasında, karşılıklı olarak birbirini içermeyen bir dizi *olaydan* biri meydana gelir -ya şans eseri olarak ya da karar verici seçimiyle- (Behn ve Vaupel, 1982). Ancak, bir sağlık sistemi teşhis ağacında, bir analist, her bir dal ayrımı noktasında özel bir durum için farklı olası nedenleri temsil etmektedir. Nedenlerden birkaçının aynı

zamanda mevcut olması mümkün olabilir. Karar ağacının tersine, yolların karşılıklı olarak birbirini içermediği ön kabulü yoktur.

Sağlık sektörü teşhis ağacı, klinik tıpta teşhis sürecinde gizli olan ağaç şeması türünden de farklıdır. Bu ağaçlar, aynı zamanda nedenselliği içeriyor olsa da normalde her bir dalda, alternatif neden kümesinden sadece bir tanesi seçilecektir. Hastanın şu veya bu hastalığı vardır (Tiemey ve arkadaşları, 2001). Sağlık sektörü teşhisinde, birden fazla neden -birden fazla “hastalık”- genellikle aynı zamanda mevcut olmaktadır.

Aşağıdaki örneği değerlendirin. Bir ülkenin hükümetinin, benzer diğer ülkelerle karşılaştırıldığında, özellikle kırsal kesimdeki yoksullar arasında fark edilebilir düzeyde yüksek anne mortalite oranı olduğunu varsayalım. Siyasi ve felsefi temellerde, hükümetin bu oranı geliştirmeyi bir öncelik haline getirmeye karar verdiğini varsayalım. Teşhis sürecinin nasıl işlediğini görmek için, bu örnek üzerinden çalışacağız.

Birinci adım, *geniş nedenler kategorisini* değerlendirmektir. Şekil 7.1, gelişmekte olan ülkelerde genellikle, bu tür sağlık sorunlarına katkıda bulunan üç olası nedeni listelemektedir: Yüksek risk davranışı, yetersiz sağlık hizmetleri ve yoksul sosyo-ekonomik koşullar.

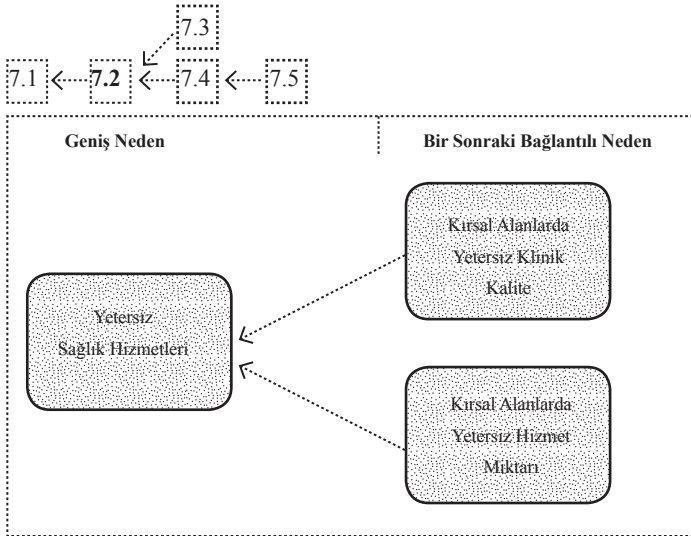


ŞEKİL 7.1. Nedensel Zincirde Geriye Doğru Çalışmaya Başlamak

Sağlık sektörü reformunun bir parçası olan ülke, sağlık hizmetleri sistemi dışındaki nedenlere hitap edemeyecektir. Her halükarda bunlar, sağlık sektörü reformunun, sorunu çözmede oynayabileceği role ilişkin gerçekçi beklentiler yakalamak için, analizde göz önüne alınmalıdır (DSÖ, 1986).

Hangi bağlantıların önemli olduğunu tespit etmenin bir yolu, daha iyi performans gösteren benzer ülkelere kıyasla ülkenin kendi durumunun değerlendirilmesidir. Her iki ülkede de benzer şekilde işlev gören olası bir nedensel etmenin, performanslarındaki farklılıklardan sorumlu olması muhtemel değildir. Örneğin, eğer bilinen davranışsal risk faktörleri -örneğin, zor fiziksel işçilik, sigara içme- bizim ülkemizle daha iyi durumdaki ülkeler arasında aynı ise bu durumda, bu nedenler muhtemelen yüksek anne mortalite oranımızdan sorumlu değildir. İkinci bir analiz çizgisi, bir ülke dâhilindeki sonuç farklılıklarından faydalanmaktır. Örneğin, bölgeye veya sosyo ekonomik gruba göre. Daha sonra, sonuçlardaki farklılıklara paralel olan potansiyel nedenlerde farklılık olup olmadığını araştırabiliriz. Böyle bir ilişki, bir nedensel bağlantının olduğunu kanıtlamaz. Ancak, konunun daha fazla incelenmesine olanak tanıyacak kadar şüpheyi yol açmalıdır (Rossi ve Freeman, 1998).

Benzer sosyo ekonomik koşullara ve davranış yapılarına sahip diğer ülkelerin daha iyi anne mortalite düzeylerine ulaştığını varsayalım. Bu, potansiyel kritik bir faktör olarak sağlık hizmetlerine odaklanma ihtiyacını ortaya koymaktadır. Şekil 7.2’de gösterilmiş olan diğer bir sorun, ülkenin sağlık hizmetlerinin hangi yönlerinin “yetersiz” olduğudur. Bu ikinci aşama, bir nedensel analizin nasıl yetersiz performansın ardıl nedenleri -ve bu nedenlerin nedenleri- üzerinden geriye uzandığını göstermektedir. Sağlık sistemi teşhis ağacı, söz konusu olan nedensel zincirleri izlemenin ve hartitalandırmanın sadece bir yoludur.



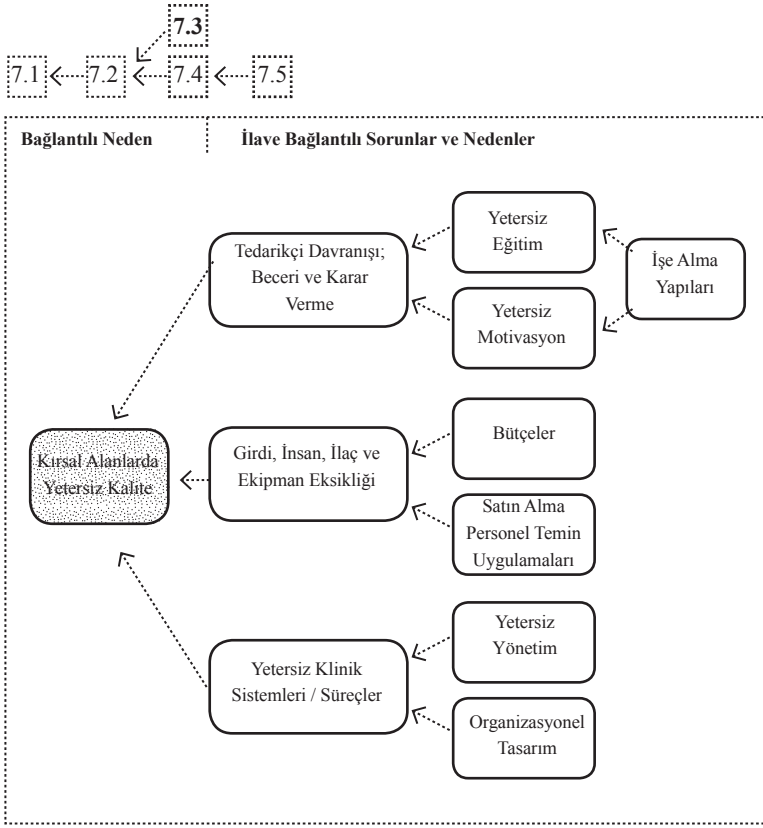
ŞEKİL 7.2. Zincir Boyunca Geriye Doğru Bir Sonraki Adım

Şekil 7.2’de gösterilen iki nedenin göreceli katkısının sıralanmasında ilk adım, kullanıma bakmaktır. Vatandaşlar ne hizmeti almaktadır? Örneğin, eğer kişi başı antenatal bakım ziyaretleri ve hastane doğum oranları, daha iyi performans gösteren ülkelere benziyorsa sorun muhtemelen hizmet miktarı değildir. Diğer taraftan daha düşük kullanım oranları, bir miktar sorununun söz konusu olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, bir hastaneye başvuran hastalar arasındaki ölüm oranı -yine uluslararası göstergelere göre-, klinik kaliteye ilişkin bilgi sağlayabilir. Kırsal kesimdeki yoksullar arasındaki anne ölüm oranları, özellikle önemli olduğundan, söz konusu popülasyon için hizmet kalitesi ve miktarının, ülkenin geri kalanı ile karşılaştırılması önemli olabilir. Buna ek olarak, daha önce kaydettiğimiz gibi, ağaçtaki her bir kesişim noktasında, seçenekler karşılıklı olarak birbirini dışlamaz. Ülkenin farklı bölgelerinde farklı derecelerde hem kalite hem de miktar sorunları olabilir.

Analistler nedensellik ağacında, geriye doğru hareket ettikçe yeni politika girişimleri ile değiştirilebilecek faktörleri belirlemeye çalışmalıdırlar. Örneğin, verilerin, yetersiz klinik hizmet kalitesinin -özellikle kırsal alanlarda- anne ölümlerine katkıda bulunduğunu varsayalım. Bu, söz konusu yetersiz klinik kalitenin olası nedenlerine Bu şeklin ilk iki dalı, doğrudan anlaşılabilir durumdadır. Birincisi, sağlayıcılarla ilgili bir sorun var mı? Bölüm 6’da tartıştığımız gibi, değerlendirme becerileri ve karar verme, genel olarak klinik kayıtlara bakılmasını içerecektir. Bir anne ölümü vakaları numunesinde verilen hizmetin incelenmesi, ilerlemeye yönelik bir yol olabilir (Lockyer ve Harrison, 1994). Eğer bu vaka çalışması, klinik kalite konularını ortaya çıkartırsa bu ilave incelemenin yapılmasına neden olmalıdır. Birincisi, hastalara nasıl hizmet verileceğine ilişkin doğru kararlar alındı mı? Alternatif olarak, söz konusu olan durum, sağlayıcılar doğru şekilde hareket etmeye çalışsa da personel, tesisler, ekipmanlar, ilaçlar veya diğer tedarikler gibi kritik girdilerinin olmaması nedeniyle doğru hareket edememeleri midir? (Berwick ve arkadaşları, 1991)

Diğer bir olasılık şudur ki klinik sistemlerdeki sorunları ortaya çıkartabiliriz -yetersiz iletişim, kayıtların kaybolması ve benzeri-. Şekil 7.3’ün üçüncü dalı, bu son olasılığı yansıtmaktadır. Klinik kaliteyi tartışırken bahsettiğimiz gibi, genellikle yetersiz sonuçlardan sorumlu olan, hizmet sisteminin organize olma şeklidir. Bölüm 10’da (Organizasyon) göreceğimiz gibi, toplam kalite yönetimi hareketinin amacı çoğunlukla, bu sistemlerde değişiklik yapmayı amaçlamaktadır (Deming, 1982; Juran ve Gryna, 1980).

Bu nedenlerden her biri ilave sorulara neden olmaktadır. Yanlış kararların alındığını varsayalım. Bunun nedeni, insanların daha iyisini bilmemeleri mi -eğitim- yoksa yeterince gayret etmemeleri midir -motivasyon-? Eğer girdiler sınırlı ise bu genel bütçe kaynaklarının bir sorunu mu yoksa satın alma ve personel işlemlerinin nasıl gerçekleştirildiğine ilişkin bir sorun mudur? Eğer klinik sistemler ve süreçler sorunlu ise sorun kurumlar dâhilindeki yetersiz yönetim mi yoksa sistem içinde hizmetin organize olma şekli midir? Yoksa her ikisi midir? Nedensel zincirde geri doğru hareket ettikçe çalışmamızı, spekülasyon üzerine değil kanıt üzerine temellendirmemiz zorunluluğu konusunda dikkatli olmamız gerekir.

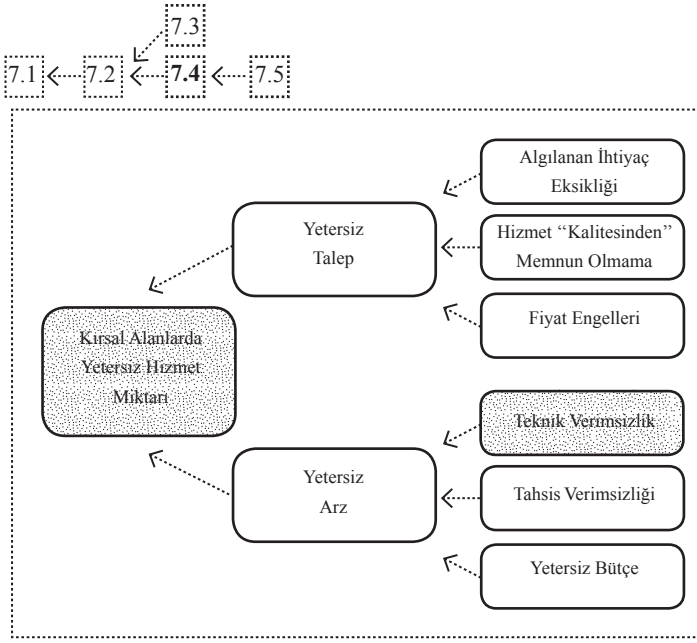


ŞEKİL 7.3. Zincir Boyunca Daha Fazla Geriye Doğru Adım

Daha da geriye gitmek, kontrol düğmelerinin altında bulunan faktörleri ortaya çıkartmaya başlar. Eğer işçilerin, motive edilememesinin veya klinik sistemlerin uygun şekilde inşa edilememesinin -yetersiz yönetim nedeniyle- nedeni nedir? Bunun nedeni, organizasyonda kalite üretmek için, teşvikin bulunmaması mı yoksa yöneticilerin daha iyi performans sergilemesi için, teşvikin bulunmaması mıdır? Yoksa yöneticilerin daha iyi performans sergilemek için, gerekli beceri ve yetkiye sahip olmaması mıdır? (Roberts, 1975) Burada, başlangıçta kaydedilmiş olan ilkelerin ifadesini görüyoruz -yani, nedenlerin birden fazla etkiye sahip olabileceği ve etkilerin birden fazla nedeninin olabileceği-. Şurası açıktır ki bunun karşılığında bu dip notların her biri, ilave analizi teşvik edebilir. Örneğin, neden eğitim daha iyi değil veya neden doktorlar daha fazla motive olmuyor?

Alternatif olarak, Şekil 7.2’de gösterilen değerlendirmenin, kırsal alanlarda kullanılan yetersiz miktardaki hizmeti, yetersiz performansın temel nedeni olarak gösterdiğini varsayalım. Bu durumda gerekli olan ilave çalışma, Şekil 7.4’te gösterilmektedir.

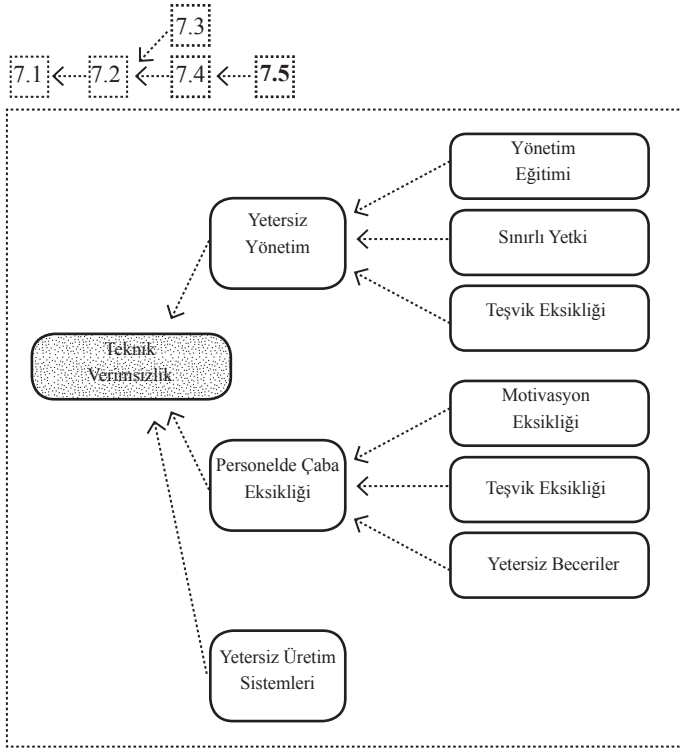
Hizmet miktarı neden yetersiz olabilir? Açıklama, arz ya da talep tarafında olabilir. Tedarik tarafında, en doğrudan açıklama, basit fiziksel elverişliliği içerebilir.



ŞEKİL 7.4. Düşük Hizmet Kullanımının Olası Nedenleri

Daha fazla hizmet sunmak için, gerekli personel, tedarikler ve kapasiteye sahip klinikler ve hastaneler mevcut mu? Eğer durum böyle ise bu durumda ya hastalar mevcut olan hizmetleri kullanmıyordur ya da “fiziksel elverişlilik”in “etkili elverişlilik” haline gelmesini engelleyen engeller vardır (bu kavramları, Bölüm 6’da “erişimi” açıklarken ele almıştık). Eğer hizmetler fiziksel olarak mevcut değilse “neden” sorusunun sorulması, farklı olasılıklara yol açmaktadır (belki de bu faaliyetler için bütçe çok düşüktür). Alternatif olarak, eğer harcama düzeyleri, daha yüksek kullanım olduğu diğer bölgeler veya diğer ülkelerle karşılaştırılabilir düzeyde ise bu durumda, hizmetlerin bulunmaması ya teknik verimsizliğe -yani, yüksek birim maliyetin daha düşük hacme neden olması- ya da tahsis verimsizliğine -yani, maliyet etkili performans perspektifinden yanlış hizmet karışımının üretilmesi- bağlı olabilir. Durumun bunlardan herhangi biri -ya da tamamı- olduğu ortaya çıkarsa farklı kontrol düğmeleri ile oynayarak değiştirilebilecek nedenleri belirleme noktasına daha da yaklaşıyoruz.

Diğer taraftan, eğer hizmetler fiziksel olarak elverişli olup kullanılmıyorsa sorun talep tarafındadır. Öncelikle, algılanan ihtiyaç eksikliği olabilir (yani, yerel kültür kurumsallaştırılmamış veya geleneksel hizmet sunumunu güçlü bir şekilde savunabilir). Alternatif olarak, hizmet “kaliteleri” hizmeti cazip kılmayabilir (Mehrotra ve Jarrett, 2002). Doğrudan kurumlara ya da sağlayıcılara yönelik gayriresmi ödemeler şeklinde kullanıcı ücretlerinin mevcut olması veya hastaların ilaçlar ve tedarikler için ödeme zorunluluğu buna neden olabilir. Bu örnek, arz ve talebin nasıl tam olarak ayrılmaz olduğunu göstermektedir. Çünkü düşük talep, arzın yapısına bağlı olabilir.



ŞEKİL 7.5. Teknik Verimsizliğin Olası Nedenleri.

Bunu görmek için, Şekil 7.5'teki gibi ilave bir nedensel bağlantı kümesini takip edelim. Sistemin teknik olarak verimli olmadığını -yüksek maliyetli olduğunu- varsayalım. Neden durum böyle olabilir? Yetersiz yönetim mi işçilerin çabalarının olmaması mı üretim sistemindeki başarısızlıklar mı? Örneğin, çalışmaların, kliniklerin kuramsal olarak yeterli personeli olsa da doktorların gerçekte günde sadece birkaç saat çalıştığını ve öğleden sonralarını özel uygulamalara harcadıklarını ortaya koyduğunu varsayalım (Berman ve Sakai, 1993). Bu yüzden, doktor başına rapor edilen vaka yükü düşük ve ortalama maliyetler yüksektir. Bunu hesaba katabilmek için, teşhis yolculuğunun daha derine inmesi ve personel teşviklerine, organizasyonel kültüre, hesap verebilme sistemlerine -veya bunların bulunmamasına-, yöneticilerin nasıl seçildiğine ve ödüllendirildiğine ve buna benzer diğer konulara bakması gerekmektedir. Bu analiz, yolculuğun sonuna neden olabilir, yani, durumun, potansiyel olarak değiştirilebilir yönlerinin belirlenmesi. Ancak, şunu hatırlayın ki çoklu, etkileşim halinde bulunan nedenler söz konusu olabilir ve daha iyi sonuç üretmek için çoklu etkileşimli politikalar gerekebilir.

Şunu hatırlayın, bu analizde yaptığımız gibi, Bölüm 6'da belirtmiş olduğumuz oldukça fazla sayıda ara performans ölçüsü durumu bir yönden ortaya koymuştur. Verimlilik, erişim ve kalitenin farklı yönleri, tüm potansiyel nedensel zincirlerde bir

rol oynamıştır. Ancak, şuna da dikkat edin ki “teknik verimlilik” ve “klinik kalite” gibi kategoriler, teşhis ağacının dallarının sonlarında gözükmemektedir. Bunun yerine, bunlar yolculuğun orta kısmında gözükmemektedir. Bunların tek başına görünmesi ilave incelemeyi gerektirmektedir.

Daha önce belirtildiği gibi, bu şekillerdeki geçiş yolları karşılıklı olarak birbirini dışlamamaktadır. Şekil 7.2’ye geri dönersek hem miktar hem de kalite sorununa sahip oluruz (aynı nedenler her ikisine de yol açabilir). Örneğin, hastanelere, performans için herhangi bir teşvik oluşturmamayan bir şekilde ödeme yapılabilir. Bu da neticede hem yetersiz kalitede klinik hizmetlere neden olur hem de hizmet miktarını sınırlandıran teknik verimsizliğe yol açar. Ayrıca, eğer tüm ağacı bütün dallarıyla birlikte görsek yetersiz kaliteye katkıda bulunan birçok faktörün, aynı zamanda teknik verimsizliğin de potansiyel nedenleri olduğunu görebiliriz. Bunun nedeni, yetersiz performans gösteren kurumların tipik olarak her şeyin üretiminde verimsiz olmasıdır. Hem niceliksel hem de niteliksel bakımdan. Ayrıca, bir eksiklik, birçok etkileşimde bulunan nedenin sonucu olabilir.

Nedensel zincirde geriye doğru gidersek spesifik çareleri tanımlamamıza imkân tanıyan daha da spesifik nedenleri tanımlayabiliriz. Bu teşhis süreci bizi, sağlık sistemi kontrol düğmelerine geri yönlendirir.

Teşhisle Kontrol Düğmeleri Arasında Bağlantı Kurmak

Şimdiye kadar “kontrol düğmelerinin”, bir teşhis yolculuğuna çıktığımızda, sağlık sektörü performansını geliştirmek için, olası müdahalelerin değerlendirilmesi için, bir çerçeve sağladığını tartıştık. Gerçekte bunlar bir seçenekler listesi sunmaktadır. Kullanımlarını göstermenin bir yolu olarak, şu anda yüksek anne mortalite örneğini bir adım daha ileri düzeyde inceliyoruz.

- **Finansman:** Eğer gerçekten bir hizmet miktarı sorununuz varsa bu hizmet için, bütçeyi genişletmek amacıyla yeni veya ilave finansman kaynakları arayabilir miyiz? Alternatif olarak, tahsis verimliliğini artıracak şekilde mevcut fonların harcanma biçimini değiştirebilir miyiz?
- **Ödeme:** Eğer bir motivasyon sorununuz olduğunu anlarsak bu ister organizasyon düzeyinde ister bireysel tedarikçi düzeyinde olsun, hizmetlerin hem miktarını hem de kalitesini geliştirecek şekilde ödeme şeklimizi veya ödediğimiz oranları değiştirebilir miyiz?
- **Organizasyon:** Eğer ölçek ekonomisini ve koordinasyonu kolaylaştıracak şekilde organize olmamışsak, eğer hastalar kültürel engellerle karşılaşıyorsa veya belli tedarikçi tiplerini tercih ediyorsa bu sorunların üstesinden gelebilmek için, farklı anne sağlığı hizmetlerini kimin sağladığı konusunda ne gibi değişiklikler yapabiliriz? Eğer konu teknik verimlilik, klinik veya hizmet kalitesi ise tedarikçilerin organize olma biçimini, onların performansını artıracak şekilde değiştirebilir miyiz?
- **Düzenleme:** Hizmetlerin kalitesini ve miktarını artırmak veya kullanımını artırmak için kullanabileceğimiz düzenleme araçları var mı?
- **Davranış:** Eğer talep tarafında önemli nedenler varsa anneleri, elverişli olan hizmetleri kullanımlarını artıracak şekilde etkilemeye çalışabilir miyiz?

Şuna dikkat edin ki anne mortalitesi konusunda önemli gelişmeler kaydedebilmek için, muhtemelen farklı eylemleri eş zamanlı olarak gerçekleştirmemiz gerekecektir. Örneğin, yöneticilere, verimliliği artırmak için, artırılmış yetki verecek şekilde yeniden organize olduğumuzu varsayalım. Bu muhtemelen, izole olarak yapıldığında, yöneticilere performanslarını artırma konusunda güçlü bir sebep verecek şekilde ödeme reformu ile -örneğin, teşvik temelli sözleşme- bağlantılı olarak yapılmasına göre daha az etkiye sahip olacaktır. Benzer şekilde, yetersiz performans sergileyen bir hizmet sistemine aktarmak için, daha fazla para toplamak -finansman yoluyla-, ödeme ve organizasyonda tamamlayıcı değişiklikler olmadan çok az etkiye sahip olacaktır.

Bu sorunun, talep tarafında davranış değişiklikleri sağlamak söz konusu olduğunda, benzer etkileşim türleri muhtemelen ortaya çıkacaktır. Şüpheli hastaları, yeniden organize edilmiş anne sağlığı hizmetlerimizi, kullanımlarını artırma konusunda ikna etmeye çalıştığımızı varsayalım. Bu yeniden organizasyonun, hizmeti kullananlar için, pozitif deneyim üretecek şekilde klinik kalite ve hizmet “kalitelerinde” değişiklikler sağlaması gerekmektedir. Aslında, gerçekten bir fark oluşturabilmek için, daha fazla para toplamamız -finans- ve hastaları yeni hizmetlerin, himayelerine geçeceği konusunda ikna etmeye çalışırken bile -davranış-, bunu yeni teşvik programları -ödemecilik- aracılığıyla yeniden yapılandırılmış -organizasyon- sağlayıcılara teslim etmemiz gerekebilir.

Bu müdahalelerin göreceli önemi ve ilgililiği, aynı zamanda içeriği, bir ülkenin durumunun özel yönlerine bağlı olacaktır. Örneğin, eğer hizmetler doğrudan sağlık bakanlığı tarafından işletilen tesislerde sağlanıyorsa bağımsız uygulayıcılar tarafından sunulma durumlarına göre, iç organizasyonlarını etkilemek daha kolay olacaktır. Bu ikinci durumda, teşvik ödemelerinin veya düzenleme kısıtlamalarının daha büyük bir rol oynama olasılığı yüksektir. Kısıtlayıcı bütçesel uygulamalar ve yetersiz yönetimle kısıtlanan ve makul olarak iyi motive edilmiş çalışanların sağladığı kamusal hizmet sunum sistemine sahip bir ülkenin, personelin olumsuz ve ilgisiz olduğu ülkeye göre daha farklı organizasyonel değişikliklere ihtiyacı olacaktır.

Aynı zamanda şunu da fark etmeliyiz ki her sağlık sektörü reformcusu, birden fazla önemli değişiklikten oluşan iddialı bir program konusunda karar kılmayacaktır. Yetki veya kaynakları bulunmayabilir veya siyasi ve idari fizibilite daha orta düzeyde bir çabaya işaret edebilir. Eğer durum böyle ise tarif ettiğimiz analiz türünün bir sonucu olarak kararın verilmesi gerektiğine inanıyoruz.

Politika Geliştirme Süreci

Sağlık sektörü reformunun konusu hakkında daha fazla şey söylemeden önce, süreç hakkında daha fazla konuşmalıyız. Deneyimler göstermektedir ki süreç, konu kadar önemli olabilmektedir. Aslında bunlar birbirine sıkı bir şekilde bağlıdır. Özel olarak, çıkar gruplarının politika geliştirme sürecine dâhil edilmesi, en az dört işleve hizmet eder.

Birincisi, etkilenenlerin katılımı, politika yapımcıların, çıkar gruplarının endişelerini duyarak hesaba katmasına izin verir. Bu reform girişimlerinin hem kabulünü hem de etkililiğini artırabilir. Bölüm 4’te ele aldığımız gibi, bir destek koalisyonu kurmanın yolu, bir reformun, reformculara kıyasla kendileri için daha önemli olan özellikleri

konusunda anahtar seçmen gruplarıyla uzlaşmaya varmaktır. Bu seçmenlerin politika geliştirme sürecine dâhil olmasına izin vermek, endişelerinin ne olduğunu öğrenmenin ve bunları hesaba katmanın bir yoludur (Heymann, 1987).

Ayrıca, bu tür endişelerden haberdar olmak bir politikanın başarılı uygulama şanslarını artırabilmektedir. Örneğin, önerilen yeni bir düzenleme sistemine uymak, hastanelerin mevcut veri sistemleri ve idari kapasite göz önüne alındığında, pratik olmayabilir. Politika geliştirme sürecinde bu konular hakkında bir şeyler öğrenmenin, amaçlandığı şekilde işleyecek bir program oluşturma bakımından kritik önemi olabilir.

İkincisi, katılım, bir planın kabulünü artırabilir. Çünkü, bunu geliştiren sürecin psikolojik ve felsefi meşruiyetini artırır. İşitilmek, katılımcılara bünyeye alındıklarını düşündürür. Bunun üzerine katılımcılar, istedikleri her şeyi almasalar da endişelerinin onaylandığını hissederler (Cobb ve Ross, 1997). Diğer taraftan dışlama, düşmanlık ve şüphe oluşturma bakımından hem duygusal hem de sağ görülü olarak işlev görür. Ayrıca, demokratik toplumlarda, çıkarlara kulak verilmesini sağlamak, sadece katılanlar arasında değil, aynı zamanda başka herkes için sürecin -ve ürünlerinin- meşruiyetini artırabilir (Almond ve Verba, 1963).

Üçüncüsü, katılım çıkar gruplarını, diğer seçmen gruplarının endişeleri ve onların reformcular üzerinde uyguladıkları baskılar konusunda eğitmeye yarayabilir. Örneğin, doktorların, hastanelerin, birliklerin ve tüketicilerin taleplerinin neler olduğunu öğrenmesi muhtemeldir. Bu reformculara, neden herhangi bir çıkar grubunun taleplerine olumlu bir şekilde cevap veremedikleri konusunda bir mazeret ve bir açıklama vermektedir.

Dördüncüsü, katılım, katılımcıları, nihai olarak ortaya çıkan tekliflerin ayrıntıları konusunda eğitir. Örneğin, eğer yerel hükümetler, bir sağlık sektörü desantralizasyon önerisini hazırlama sürecine dâhil edilmişse bunun kendi sorumlulukları bakımından ne ifade ettiğini bilme olasılıkları daha yüksektir. Bu, ilgili grupların, herhangi bir reformu anlamalarına izin verir. Bunun kendileri için olan sonuçlarını, daha iyi tahmin etmelerini sağlar ve onları bu sonuçlara karşı hazırlar. Bunun mukabilinde belirsizliklerini ve endişelerini azaltır ve böylelikle değişime karşı dirençlerini en azından biraz düşürür.

Aynı zamanda, katılımın çok aşırı gidebilmesi de mümkündür. Çıkar gruplarının becerilerinin ve kapasitelerinin, politika geliştirme sürecini etkileme bakımından oldukça farklı olduğu konusunda önemli kanıtlar bulunmaktadır (Kweit ve Kweit; Kathlene ve Martin, 1991). Daha fazla kaynak ve uzmanlığı olan gruplar, daha fazla etkiye sahip olma eğilimindedir. Bu yüzden, bir katılımcı süreçte güçler dengesi, reform savunucularının, farklı çıkar gruplarının endişelerine verdikleri göreceli önemden oldukça farklı olabilir.

Birkaç kez vurguladığımız gibi, konu sağlık sektörü reformu olduğunda, bu dengesizlik genellikle sürece yönelik muhafazakar bir önyargının olmasına neden olur. Organize olmuş gruplar, özellikle tedarikçiler, uzman olmayan ve organize olmamış olanları bunalabilir. Örneğin, yoksul ve kırsal kesimdeki tüketicilerin, özellikle daha teknik konulardaki reform tartışmalarında etkili bir sesleri olması için, nadiren kaynakları olabilir. Ayrıca, reformun oluşturabileceği yeni kurumlar veya organizasyon biçimleri, kendi çıkarlarını savunmak için henüz mevcut değildir.

Buna ek olarak, katılımcı süreçler kolayca oybirliğine yönelik bir talebe dönüşebilir.

Bu, sağlamlaştırılmış çıkarları veto eder, bu da gerçek bir değişim için herhangi bir umudu zedeler. Bu aynı zamanda, kasti olarak muğlak olan raporlara veya yasal dillere yol açabilir (bunun tam olarak nedeni, farklı perspektiflere sahip olanların uzlaşmayı kabul etmesine izin vermektir). Bu sonuç, sadece zor seçimleri uygulama aşamasına erteler (ki burada yine iyi organize olmuş çıkarlar hakim olacaktır. Bölüm 11’de ele aldığımız düzenleme konusundaki gibi) (Ackeman, 1974; Landy ve arkadaşları, 1990). Aslında, güçlü çıkarlar önemli konularda muğlak dili -erteleme amaçlı- halka daha az görünür olan bir idari süreçte daha fazla etkiye sahip olmak için, bazen stratejik olarak destekleyebilir.

Bu gözlemlerin tamamı şunu ortaya koymaktadır. Çıkar gruplarının katılımı, reformcular tarafından liderliğin üstlenilmesi konusundaki ihtiyacı artırır, azaltmaz. Reformcular, prosedürlerini ve üyeliğini tanımlayarak, herhangi bir katılımcı süreci şekillendirmek için çok daha fazla şey yapabilir: Sorular hazırlayabilirler, gündemler belirleyebilirler, alternatifleri belirtebilir ve etkileri analiz edebilirler. Aynı zamanda, müzakerenin limitlerini dürüst bir şekilde açıklayabilirler ve açıklamalıdır. Hangi eylem seçenekleri ve alanlarının masada olduğu, hangilerinin olmadığını belirtebilirler ve belirtmelidirler.

Ayrıca, bir teşhis veya politika geliştirme sürecinden sorumlu olanlar, geniş insan gruplarının nadiren ciddi analitik çalışma yapma kapasitesine sahip olduğunu anlamalıdır. Bunlar, başlangıçta “beyin fırtınası” yapabilir ve yeni fikirler üretebilir ve sonuç olarak, masaya konulan teklifler üzerinden seçici eleştiride bulunabilir. Ancak, beyin fırtınasından geliştirilmiş bir politika seçeneğine gitmek -bunun etkilerinin analizi ile birlikte- gibi zor bir iş, büyük bir toplantının yapacağı iş değildir. Bu, organize edilmiş ve disiplinli personel kaynaklarını gerektirmektedir. Sofistike yöneticiler, personel işini yapanların arka planı, eğitimi, politikaları ve ön yargılarının sonucu etkileyebileceğini bilmektedir. Bu durum, özellikle verilerin kıt veya kesin olmadığı durumlarda geçerlidir. Genellikle sağlık sektörü reformunda da durum bu şekildedir (bu noktaya biraz sonra tekrar döneceğiz). Bu katılımcı süreci -ve ilişkili personel işini- sadece disiplinli ve sofistike bir şekilde, yönetme konusundaki ihtiyacı takviye eder.

Bu işin yapılmasını sağlamak için, sağlık reformu savunucuları, genellikle, politika tasarımı ve politikanın benimsenmesi süreçlerini yönetmek üzere bir “değişiklik ekibi” organize etmektedir (González Rosetti ve Bossert, 2000). Bu ekipler, politika değişikliğini desteklemenin karmaşıklıklarını yönetmek için, hükümetin hem içinde hem de dışında farklı gruplarla çalışmakla sorumludur. Değişiklik ekibi, sadece politika tasarımı için teknik kapasiteye değil, aynı zamanda ilgili grupları ve şahısları mobilize etmek için siyasi kapasiteye ihtiyaç duyar. Değişiklik ekibinin yeri, kurumsal ortama ve reform savunucularının yerine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Değişiklik ekibi, cumhurbaşkanının veya başbakanın ofisinde bir danışma grubu olabilir. Ekip aynı zamanda, sağlık bakanına öneride bulunacak bir yasama komisyonu veya tek seferlik olarak kurulmuş bir komite olabilir. Ekonomik politika reformunda tespit edildiği gibi (Waterbury, 1992), değişiklik ekibinin bileşimi, yeri, teşvikleri ve gücü, başarılı sağlık sektörü reformu olasılıklarında önemli bir fark teşkil edebilir.

Latin Amerika’daki üç sağlık reformu vakasındaki -Şili, Kolombiya ve Meksika- değişiklik ekiplerinin analizi, birkaç ortak özellik bulmuştur: İdeolojik kaynaşma, yüksek teknik beceriler, izole çalışma ve politika ağlarını kullanma (González Rosetti ve Bossert, 2000; 50). Bu ülkelerdeki ekipler, birkaç bakanlık ve kurumla birlik-

te çalıştılar. Özellikle de maliye bakanlığı, planlama bakanlığı, cumhurbaşkanlığı ve bazen silahlı kuvvetler. Yeni bir politikayı formüle edecekler teknik şahıslardan oluştuğunda; aynı zamanda hükümet kurumları ile yapılacak bürokratik savaşları üstlenecek, çıkar gruplarından gelecek baskıları yönetecek, yeni bir kanun hazırlama konusundaki yasal süreci yönlendirecek ve reformun uygulamasını başlatacaklardır. Bu yüzden bir değişiklik ekibinin oluşturulması, bu vakalarda tek başına önemli bir siyasi stratejiyi temsil etmektedir. Ancak ekipler, aynı zamanda bu sağlık reformu sürecinin sorunlarına hitap edecek ilave siyasi stratejiler inşa etmiştir -ve bazen Kolombiya ve Şili örneğinde olduğu gibi-, değişimi yakalamak için, en yüksek siyasi düzeylerden desteğe gereksinim duymuştur.

Son olarak, politika alternatiflerini üretme süreci hakkında bir şeyler söylemeliyiz. İnsanların sorun çözmesi ve biliş sistemleri konusunda yapılan araştırmalar, yeni fikirlerin oluşturulmasının aşırı derecede zor olduğu nosyonunu desteklemektedir (Barzelay ve Armajani, 1992). Genelde insanların, alışıktıkları kavramlar ve paradigmalardan bağımsız, “kutunun dışında” düşünceleri oldukça zordur. Bütün bunlar, bölümün başında ilan etmiş olduğumuz dersi vurgulamaktadır: “Taklit edin, ancak uyarlayın.”

Taklit etme farklı biçimlerde olabilir. Diğer ülkelerdeki sağlık sektörü girişimlerinden alınan fikirler, belli bir kaynaktır. Diğer bir olasılık da diğer politika alanlarında geliştirilen fikirlerin sağlık kapsamına uyarlanabilmesidir. Örneğin, desantralizasyon, eğitimde işe yaramışsa muhtemelen bu sağlık hizmetleri için de geçerli olacaktır. Eğer karayollarında, dışarıdan hizmet alma, iş kalitesini artırmışsa hastane, çamaşırhane veya gıda hizmetleri için de öğrenilecek dersler olabilir.

Genel teorik argümanlar da yeni fikirler verebilir. Belki de ekonomideki rekabet veya hukuktaki haksız fiil sorumluluğu hakkındaki görüşler, reform girişimlerini önerebilir. Ancak burada bazı uyarılarda bulunmamız gerekiyor. Özel olarak ekonomistler, her sorunu çözmek için piyasaları kullanma konusunda -her zaman sağlık sektörü için geçerli olmayan teorik modellere dayalı olarak- kolayca aşırı hevesli hâle gelebilmektedir (Reinhardt, 2001). Bu ve diğer yeni fikirler için, kılavuz ilkimizin “ancak uyarlayın” kısmına dikkat etmek önemlidir.

Özetlemek gerekirse: Sürecin içerik, politikalar ve uygulama üzerinde bir etkisi vardır. Katılım sadece bir manevra değildir. Bu hem bir öğrenme hem de bir öğretme aracıdır. Bir politikayı önemli düzeyde geliştirebilmekte ve kabul edilebilirliği üzerinde önemli bir etkisi olabilmektedir. Ancak, kontrolden çıkabilmekte ve bir reformcunun yaşamını aşırı zor hâle getirebilmektedir. Bu yüzden, politika geliştirme sürecinin stratejik olarak yönetilmesi gerekmektedir. Sağlık sektörü reformu hakkındaki diğer her şey gibi, öngörü de dikkatli analiz, kendi kendine eleştirel düşünce, başarı veya başarısızlık gibi konularda önemli katkılarda bulunabilmektedir.

Politika Müdahaleleri için Tarama Testleri

Güvenilir politikalar belirlendiğinde, reformcuların ciddi bir fizibilite ve uygulama analizi yapması gerekmektedir. Bu analiz, bir program benimsendikten önce ve sonra olası politikaları, yerel adetleri, kapasiteleri ve kurumları, elverişli finans ve insan kaynaklarını hesaba katmalıdır. Analiz, politika müdahalelerinin, istenilen performans değişikliklerini üretmek için, nasıl işlev göreceği hakkında güvenilir bir hikâyenin

oluşturulmasını sağlamalıdır. Bunun yapılması her zaman kolay değildir. Sağlık sektörü ve onun bağlı olduğu sosyal ve ekonomik sistemler hakkındaki bilgimiz, kesin veya tam olmaktan uzaktır. Genellikle tüm olası reformların tüm olası sonuçlar üzerindeki etkisini tam olarak tahmin edemiyoruz. Ancak, reform önerilerinin, genel tahminsel değeri olan belli özellikleri bulunmaktadır (özel bir önerinin olası etkinliğini test etmek için, bu özellikleri arayabiliriz).

Uygulanabilirlik

Önemli olan konu, bir reform uygulandığında, sistemin performansına gerçekte ne olduğudur. Bu yüzden reformcuların, ülkelerinin, önerilen bir yeniliği desteklemek için gerekli kurumsal ve sosyal ön şartlara sahip olup olmadığını araştırması gerekmektedir. Örneğin, yeni programı gerçekleştirmesi gereken hükümet kurumlarının gerekli teknik becerileri ve yönetsel gelişmişliği var mıdır? Mevcut veri toplama sistemleri, gerekli olacak bilgileri üretebilir mi? Konu, önerilen düzenlemelerin icra edilmesine geldiğinde, mahkemeler ve polis ne düzeyde güvenilirlerdir? Ayrıca özel çıkarlardan gelen etki konusu vardır. Farklı gruplar –kabile liderleri ve siyasi partilerden tıp topluluklarına kadar- uygulama sürecinde hangi rolü üstlenecektir? Bu güç, bir programın gerçek etkisini zayıflatacak mıdır? Bütün bu faktörler, özel bir politikanın gerçekte neyi başaracağını tespit edilmesinde yardımcı olacaktır (Pressman ve Wildavsky, 1973; Davies ve Davies, 1975).

Sosyal ve kültürel koşulların ve normların da uygulama üzerinde bir etkisi olacaktır. Otorite topluma karşı ne düzeyde riayetkârdır? Hükümet, işleri halletmek için güç kullanmayı ne düzeyde istemektedir ve toplumun gözünde bu çabalar ne düzeyde meşrudur? Tek başına kurallara uyma kavramı değer görmekte midir yoksa geniş anlamda hiçe sayılmakta ve saygı gösterilmemektedir? İnsanlar, kendi davranışları hakkında bildirimde bulunmaları talep edildiğinde yalan mı söyleyecek yoksa doğru mu söyleyecektir?

Politika döngüsünü tartışırken vurguladığımız gibi (Bölüm 2), akıllı politika tasarımcıları, politika geliştirme sürecinde bu konuları dikkatli bir şekilde göz önüne almaktadır. İlkesiz olanları teşvik edecek ödeme sistemleri ve bunların izlenmesi için, elverişli olmayan verileri gerektiren düzenlemeleri önermemektedirler. Akıllı reformcular, Danimarka'dan gelen bir düşüncenin otomatik olarak Uganda'da kopyalanacağını varsaymaz. Bunun yerine, kültürel bin yıla ve çevrelerinin organizasyonel kapasitesine uygun olan programlar arayacaklardır.

Siyasi Fizibilite

Politika geliştirme işi gerçekleştirenlerin, siyasi karar verme süresini öngörebilmesi gerekmektedir. Bölüm 4'te, siyasi analiz ve siyasi strateji fikirlerini tartıştık ve bunların siyasi fizibiliteyi nasıl etkilediğini gösterdik. Bölüm, fizibilitenin bir "evet" veya "hayır" yargısı olmadığını vurgulamıştır. Bu, sadece bir plan lehine veya aleyhine kimin hareket ettiğine değil, aynı zamanda benimsenmesi için kimin bir planın hangi kaynakları genişletmeye ve hangi riskleri almaya hazırlıklı olduğuna dayanmaktadır. Aynı zamanda, bir planın muhaliflerinin siyasi becerilerine dayanmaktadır. Bu durum-da bile sonuç neredeyse her zaman belirsizdir.

Bu yüzden reformcuların kendilerine, özel bir programın benimsenmesi için mücadele etmek amacıyla kendilerinin ve müttefiklerinin ne kadar hazırlıklı olduklarını sormaları gerekmektedir. Bunların gerçek seçimi, onaylanması daha kolay olan bir plan ile, siyasi olarak benimsenmesi daha zor olan ancak daha fazla etki vaat eden bir plan arasında yapılabilir. Bu yüzden, reform savunucularının özel durumuna dayalı -örneğin, siyasi kaynaklar, hedefler, felsefe- bir siyasi maliyet fayda hesaplaması, siyasi fizibilite için yapılan herhangi bir “tarama testinin” özünde yer almaktadır. Bölüm 4’te kaydettiğimiz gibi, kritik denge, reformcu için kişisel maliyetlerle bir bütün olarak toplum için faydaları içerebilir.

Siyasi Kontrol Edilebilirlik

Siyasi tasarımdaki nihai bir konu, yeni düzenlemelerin ve kurumların, etkili demokratik siyasi kontrole tabi olup olmayacağıdır. Bu tür bir kontrol, durumun birçok özelliğine dayanmaktadır. Birincisi, politikanın sonuçlarını halk bilecek midir? Yani neticeler ölçülebilir mi ve bu sonuçlar şeffaf mı? İkincisi, bir politikanın sonuçlarını bildiğimizde, performansı hakkındaki bilgilere cevap olarak bunu değiştirmek için mekanizmalar var mı? Son olarak, bu değişiklikleri yapmak için yetkisi olanlar siyasi olarak hesap verme sorumluluğuna sahip mi? Yani, eğer vatandaşlar mutsuzsa, memnuniyetsizliklerini etkili bir şekilde ifade edebilecekleri ve daha fazla reform talep edebilecekleri siyasi eylem kanallarına sahipler mi?

Bu tür bir kontrol edilebilirlik için genel argüman, kısmen herhangi bir reformun olası eksikliğine dayanmaktadır. Eğer değiştirilmesi zor olan yeni kurumlar ve düzenlemeler teşkil edersek başlangıçtaki çabalarımız, kolayca reformun daha sonraki aşamalarında bir engel haline gelebilir (Rawls, 1996). Siyasi kontrol edilebilirliğin de genel olarak uzun vadede daha iyi sonuçlar üreteceğine inanıyoruz. Siyasi bir sesi olan tüketiciler, hastalar ve vatandaşların, sağlık sisteminden daha iyi performans talep etmesi ve elde etmesi daha çok muhtemeldir. Ayrıca, sonuçlar bir kenara bırakılırsa eşitlikçi liberaller olarak biz, insanların, kendileri üzerinde daha büyük bir etkiye sahip olan siyasi politikaları, şekillendirebilmeleri gerektiğine inanıyoruz.

Ancak bu test de çelişkilidir ve sağlık sektöründeki bazı insanlar, reform ürünleri üzerindeki siyasi kontrolü sınırlandırmak isteyebilir. Örneğin, Doğu Avrupa’daki geçiş ekonomilerinde, doktorlar, genellikle genel bütçe sürecinden izole olmuş sosyal sigorta fonlarının kurulmasını desteklemiştir (Feldstein, 2001). Birçok rekabet halindeki talebin baskısı altında, ülkelerin siyasi kurumlarının, istedikleri sağlık hizmeti finansman düzeylerini üretebileceğine inanmamaktadır.

Siyasi hesap verme sorumluluğunun, spesifik durumlarda istenmeyen sonuçlar üretebileceğinin farkındayız. Örneğin, şeffaflık, yasama süreci üzerinde baskı oluşturmak için, meydana gelen olaylar hakkındaki bilgileri kullanan özel çıkar gruplarının etkisini artırabilir. Bu tür düzenlemeler, aynı zamanda yasama görevlilerinin, ulusal çıkarlara uygun olduğuna inandıkları teklifleri, söz konusu teklifler seçmen gruplarının yerel çıkarlarını göz ardı ettiğinde, desteklemelerini zorlaştırmaktadır.

Yardımsız diktatörler veya güçlü teknokratlar, eğer özel bağımsız değerleriyle mutabık kalırsa “iyi” sonuçlar üretebilmektedir. Bu riskli ve uzun süreli bir stratejidir. Buna ek olarak, birisinin politika tekliflerinin tam sonuçlarını tahmin edememek,

revizyonları önlemeye çalışmanın karşısında duran güçlü bir argümandır. Bu yüzden, sağlık sektörü reformunun bir parçası olarak kurumlara siyasi hesap verme sorumluluğu için, şeffaf mekanizmaların tesis edilmesini öneriyoruz.

Teşhis ve Terapi İçin Kanıt Bulunması ve Kullanılması

Kanıt temelli sağlık politikaları, kanıt gerektirir! Oysa birçok düşük ve orta gelirli ülkede, yeterli kanıt bulunmamaktadır. Ancak, ironik bir şekilde, veriler ve bilgiler mevcut olsa bile, bunlar genellikle iyi kullanılmamaktadır. Bu yüzden, bilgilerin elverişliliği ve etkin kullanımları ile ilgilenmemiz gerekmektedir. Sağlık Araştırmaları Küresel Forumu'nun yakın tarihli raporu şunu kaydetmiştir: "Diğer global kamu menfaatleri gibi, global sağlık ve global sağlık araştırması da yetersiz yatırımdan etkilenmektedir." (2000).

Nedenleri belirlemek ve sağlık sektörü reformunun sonuçlarını tahmin etmek için, ne tür bilgileri kullanabiliriz? En arzu edilebilir olan bilgiler, politika ile performans arasında bağlantı kuran, güvenilir istatistiksel sonuçları üreten iyi tasarlanmış çalışmalardır. Ancak bu çalışmalar, klinik tıbbı göre sağlık sistemleri çalışmalarında çok daha az bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri sistemleri, karmaşık ve çeşitlidir. Ayrıca, çalışılacak az vaka vardır -yani, göreceli olarak az ülke-. Bu yüzden, potansiyel olarak ilgili birçok değişkenle başa çıkmak için, yeterince geniş bir numuneye sahip olmak zordur. Buna ek olarak, bu verilerin toplanması zor olduğu için, genellikle bunlar eksiktir veya güvenilir değildir (Williams, 2000). Ayrıca, fazla sayıda hasta üzerinde çalıştığımız şekilde, tek bir sağlık sistemi üzerinde -fazla sayıda sistemden hiç bahsetmiyoruz - kontrollü denemeler gerçekleştirmek neredeyse imkânsızdır.

Diğer bir arzu edilebilir kanıt kaynağı hem deneysel hem de deneysel olmayan sahaları -kontrol grupları olarak işlev görmesi için- kapsayan ve karşılaştırmalı performans verilerini rapor eden pilot projeler üzerinde gerçekleştirilen iyi tasarlanmış çalışmalardır. Ancak, bunlar da göreceli olarak nadirdir. Farklı ülkelerdeki benzer müdahalelerin karşılaştırmalı analizi, daha sık rastlanan bir durumdur ve nedenselliğin olası yapılarının aydınlatılmasında oldukça yardımcı olabilir (Frankel ve Doggett, 1992). Örneğin, bazıları iyi bazıları kötü gerçekleşen bir toplum finansmanı girişimleri grubunu incelediğimizi varsayalım. Bu durumda, bu tür müdahalelerin başarılı ön koşulları konusunda bazı fikirler geliştirebiliriz. Kullanımı daha zor ancak yine de değerli olanlar -ve belki de özellikle ulusal düzeydeki değişiklikler için en yaygın olanlar- tek bir ülkedeki politika değişikliğinin etkilerine ilişkin raporlardır (Collins ve arkadaşları, 1996). Bu tür raporlarda başarı veya başarısızlık nedenlerinin belirlenmesi zor olabilir, ancak bunlar yine kıskırtıcı veya anlamlı da olabilir.

Farklı türlerdeki çalışmalara ilaveten, ekonomik teşviklerin veya siyasi sembollerin etkilerine ilişkin genel teorik argümanlar da özel bir vakaya ilişkin olarak geliştirilebilir. Örneğin, eğer X işini yapmak için doktorlara Y işine göre daha fazla para ödüyorsa doktorlar, genellikle X işini Y işinden daha fazla yapacaktır. Ancak, burada dikkatli olmamız gerekmektedir. Çünkü teorik argümanlar, hastanelerin doğru bir şekilde rapor edip etmeyeceği veya yerel piyasaların rekabetçi olup olmadığı gibi önemli yerel ayrıntıları içermeyebilir. Bu, teşhis ve tahmin için üçüncü bir temel nedene yol açmaktadır. Yani, ayrıntılı yerel bilginin aydınlatıldığı analistin kendi

deneyimi ve yargısı. Bu, özel bir politika veya programın, neden spesifik bir ülkede işleyebileceğini görme konusunda yardımcı olabilir.

Sağlık sistemleri araştırmasının, sağlık reformu için yapılacak teşhis yolculuklarını destekleyebilecek, farklı yönlerine ilişkin kapsamlı kılavuzluk sağlamak, bu bölümün kapsamının dışındadır. Ancak, bir şeylerin başlamasını sağlamak için bazı kısa ve öz önerileri burada veriyoruz.

1990’larda, sağlık sisteminin performansına ilişkin verilerin derlenmesi konusunda, önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkeler için, bu, Kalkınma İçin Sağlık Araştırması Uluslararası Komisyonu raporlarını, Dünya Bankasının 1993 *Sağlıkta Yatırım* raporunu ve en yakın zamanlı DSÖ’nün *Sağlık Sistemleri: Performansı Geliştirmek* (2000) raporlarını içermiştir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü’nün yıllık yayını olan *Sağlık Verileri*, OECD üye ülkeleri hakkında çok değerli veri kaynağı sağlamaktadır. DSÖ ve Avrupa Sağlık Hizmeti Sistemleri Gözlemevi tarafından yayınlanan Orta ve Doğu Avrupa ülkelerine ilişkin ulusal raporlar -“Geçiş Sürecindeki Sağlık Hizmeti Sistemleri” veya HIT serileri- da oldukça yardımcıdır. Bu önemli raporların her biri, sağlık sisteminin özellikleri ve sonuçları konusunda önemli miktarda bilgi içermektedir.

Ancak, bu global referanslardaki verilerin elverişliliği ve kalitesi düzensizdir. Farklı ülkelerin Dünya Bankasının 1993 raporu ve DSÖ’nün 2000 raporuna verdiği cevaplar, oldukça karışıktır. Farklı eleştiriler, bireysel ülke rakamlarının bazen bölgesel ortalamalardan yola çıkarak tahmin edildiğini göstermiştir. Buna ek olarak, ulusal sağlık harcamaları bilgileri bazen önemli düzeyde “veri doldurma” işlemine dayalı olmuştur. İyi yerel kaynakların mevcut olduğu, ancak uluslararası derleyiciler tarafından bilinmediği durumlarda, bunlar daha güvenilir -ve güvenmeye değer- bir alternatif olabilmektedir.

Üç ana performans kriterinden, sağlık durumuna ilişkin kanıtlar en çok geliştirilenlerdir. Bebek ve beş yaş altındaki çocukların mortalitesi ve yaşam beklentisi gibi geleneksel sağlık durumu ölçüleri, artık DALY’ler gibi yeni birleşik hastalık yükü ölçüleri ile desteklenmektedir (DSÖ, 2000). Birçok ülke şu anda, Demografik ve Sağlık Anketleri (DHS) ve Yaşam Standartları Ölçüm Anketleri (LSMS) gibi, standartlaştırılmış anket araçlarını kullanarak önemli ulusal sağlık durumu bilgileri toplamaktadır. Bunlar, iyi yapılmış, daha küçük boyuttaki çalışmalardan elde edilen verilerle desteklenmektedir. Bunlar, spesifik sağlık sorunları ve popülasyon gruplarına ilişkin ilave ayrıntılar sağlayabilmektedir.

Finansal koruma ve vatandaşların memnuniyetine ilişkin kanıtlar, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde daha sınırlıdır. Örneğin, sağlık hizmetlerinin finansal yükünün dağılımına ilişkin kanıtlar, ulusal sağlık hesapları çalışmalarından veya hane halkı anketlerinden elde edilebilmektedir (Makinen ve arkadaşları, 2000). Ancak, riskten korunma kavramı, hizmetin finansal yükünün, hane halkının finansal durumu üzerindeki etkisi ile ilgilidir. Burada elde az sayıda genel veri bulunmaktadır. Bu sonuçlar, sadece sağlık sistemine değil, aynı zamanda diğer sosyo ekonomik faktörlere de dayanmaktadır. Kullanıcıların sağlık sistemlerinden memnuniyetine ilişkin ölçümler, geniş kapsamlı olarak OECD ülkelerinde oylama yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Ancak, düşük ve orta gelirli ülkelerde memnuniyete ilişkin çok az kanıt bulunmaktadır. DSÖ’nün (2000) *Sağlık Sistemleri: Performansın Geliştirilmesi* isimli raporundaki

çabaları kayda değerdir. Ancak bu bilgiler, genellikle teşhis amacıyla kullanılacak kadar ayrıntılı değildir.

Bireysel ülkelerin, ulusal anketlerden ve spesifik çalışmalardan elde edilen, finansal koruma ve kullanıcı memnuniyetine ilişkin bazı verileri bulunabilir. Teşhisçilerin, bu bilgileri derleyerek gözden geçirmesini ve yapabiliyorlarsa geliştirmesini şiddetle öneriyoruz.

Konu birçok ara performans özelliği ve sağlık sisteminin performansının belirlenmesine yardımcı olan diğer faktörlere geldiğinde, iyi haber, önemli kanıtların mevcut olmasıdır. Burada anahtar veri kaynaklarından bazıları yer almaktadır:

- Ulusal sağlık hesapları, sağlık hizmetleri maliyetlendirme çalışmaları, sigortacıların ve diğer ödeyicilerin finansal kaynaklara ilişkin finansal raporları, etkinliğin değerlendirilmesi için kullanılabilecek maliyet ve çıktılara ilişkin veriler sağlamaktadır.
- Hane halkı anketleri ve sağlık bilgi sistemi raporları, erişim ve kullanıma ışık tutmaktadır.
- Kalite çalışmaları ve sağlık bilgi sistemi raporları, hizmetin klinik kalitesine ilişkin bilgiler sağlamaktadır.
- Hükümet istatistikleri, meslek örgütlerinin istatistikleri ve tesis temelli çalışmalar; tesislerin elverişliliği, insan gücü, ekipman ve tedarikler ve hizmet hacimlerine ilişkin veriler sağlamaktadır.
- Uluslararası ilaç eczacılık piyasası verileri, devlet ve özel piyasa istatistikleri ilaç eczacılık ürünlerinin elverişliliği ve kullanımına ilişkin bilgi sağlamaktadır.

Deneyimlerden şunu biliyoruz ki neredeyse her ülkede sağlık sistemlerinin analizi için, oldukça fazla ilgili bilgi bulunmaktadır. Ayrıca şunu da biliyoruz ki bu bilgilere kolayca erişilemeyebilir. Bu bilgilerin genellikle, dikkatli bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Yardımcı olan bilgilerin çoğunluğu, devlet veya uluslararası kurumlar, yerel veya yabancı vakıflar ve danışmanlık şirketleri tarafından yapılan çalışmalarda yayınlanmamış olacaktır. Bu yüzden, ilgili bilgilerin takip edilmesinde “veri girişimciliği” gerekebilir.

Burada, reformcuların mevcut verileri daha verimli bir şekilde kullanabilmesi için bazı yollar yer almaktadır:

- **Literatürü Bilmek:** Uluslararası yayınlar ve internet aracılığıyla güncel bilgilere erişmek, giderek daha kolay hâle gelmektedir. İlgili literatürü belirlemek ve literatüre aşina olmak için zaman ayırın. Çözmeye çalıştığınız sorunla yüzleşen veya sorun hakkında düşünen ilk kişi olma ihtimaliniz yoktur.
- **Öneri Alın:** Literatürü ve diğer ülkelerin deneyimini gözden geçirmenizde, size yardımcı olacak ulusal ve uluslararası uzmanlık mevcuttur. Büyük uluslararası kurumlar ve Avrupa Gözlemevi veya Sağlık Sistemleri Araştırma İttifakı gibi uluslararası ağlar, yardımcı olabilmektedir. Ancak, caveat emptor -alıcının dikkatli olmasını sağlayın-. Öneriler hakkında şüpheci olun, özellikle de satacak bir şeyleri olanlardan gelen önerilerde – örneğin, maliyetli bir bilgisayar destekli bilgi sistemi-.

- **Hızlı Değerlendirmeler Gerçekleştirin:** Birçok soru, güvenilir bir açıklama geliştirmek için, önemli bir araştırma projesini gerektirmez. Sadece önemli bir konuya ilişkin ayrıntılı kanıtların bulunmaması, güvenilir tahminler elde etmek için hızlı ve göreceli olarak ucuz yöntemlerin olmadığı anlamına gelmez. Bu tahminler, politika amaçlarına yönelik yeterli olabilir.
- **İyi Araştırmaları Destekleyin:** Son noktaya rağmen, “hızlı ve düşük kalitede” çalışmalar ve değerlendirmelerde, gerçek sorunlar ortaya çıkabilir. Güvenilir uygulamalı araştırmalar, daha geçerli ve güvenilir kanıt sağlayabilir. Bahisler ne kadar fazla olursa hata yapmak da o kadar daha maliyetli olacaktır. Deneyimlerimize göre, çoğu düşük ve orta gelirli ülkeler, sağlık sistemleri araştırmasına ciddi anlamda yetersiz yatırım yapmaktadır. Ancak, bu araştırmalar zaman, planlama ve kaynak gerektirdiği için, eğer verileri, gerçekten ihtiyacınız olduğunda elde etmeniz gerekiyorsa, iyi bir öngörü ve geleceğe yönelik düşünme gerekmektedir.

Teşhis ve Politika Geliştirme: Bazı Nihai Gözlemler

İyi bir ulusal sağlık sistemi teşhis işi gerçekleştirmek için, sağlık sistemi reformcuları, iyi hazırlıklı, meraklı, dikkatli ve deneyimlerden bir şeyler öğrenmeye istekli olmalıdır. Sağlık sektörü reformu “bilimi” halen gelişiminin erken aşamasındadır. Burada akıldan tutmanızı önerdiğimiz bazı noktalar yer almaktadır.

- **Potansiyel Olarak Manipüle Edilebilir Değişkenleri Belirleyene Kadar Nedensel Zincirde Geriye Doğru Hareket Edin:** Sağlık sektörü teşhis işi, belirtilerden nedenlere, kritik hedeflere ilişkin başarısız performanstan, bu sonuçları neyin ürettiğine doğru gitmektedir. Bu süreç, her zaman açık değildir. Politikalar amaçlanmayan sonuçlara neden olabilir ve kötü yönetilebilir. Şahıslar, bir şeyi yaptıklarını iddia edebilir ve uygulamada başka bir şey yapıyor olabilir. Açık ve şüpheli bir zihin ve genellikle üst düzey enerji ve meraklılık gerekmektedir.
- **Hızlı Sonuçlara Atlamayın:** İdeoloji veya önyargılara dayalı olarak sorunun *gerçekten* ne olduğuna erken aşamada karar vermek çekicidir. Ne yazık ki kararlı ve samimi bir şekilde, inananlarda, teşhis sürecine kısa devre yaparak atlamak az rastlanır bir durum değildir. Bu bir şanssızlık olabilir. Çünkü yanlış nedenlerin belirlenmesi, kötü bir şekilde tasarlanmış olan politikalara neden olabilir. Bu sadece değerli enerjiyi yanlış yönlendirmekle ve kıymetli bir fırsatı kaçırmakla kalmayacak, aynı zamanda reformun genel olarak güvenilirliğine de zarar verecektir.
- **Bilimsel Olun Yargısal Değil:** Teşhis değerlendirici yargılar, bilimsel analizi perdelediğinde yoldan sapmış olabilir. Eğer kurumlar veya şahıslar, bizim onaylamadığımız şekilde hareket ederse sorunun onlar olduğu konusunda karar verme eğiliminde oluruz. Aslında, her kötü aktör önemli değildir ve kötü davranış daha büyük güçlerin sonucu olabilir. Bu yüzden, teşhis sürecinde tarafsız kalmak önemlidir. Özel bir politika için siyasi desteği seferber etmeye çalıştığınızda, hırs için fazlaca zaman -ve ihtiyaç- olacaktır. Bu arada, açık ve kendinden şüpheli analiz gerekmektedir.
- **Sayıları Kullanın:** Sağlık sektörü reformcuları için önemli olan her şeyin, sayılara indirgenebileceğine inanmıyoruz. Her ülkenin, bir analistin isteyebileceği iyi kalitedeki verilerin tamamına sahip olabileceğine -veya bunlara güç yetirebileceğine

- fazla inanmıyoruz. Sayılarla belgelenemeyen sorunların göz ardı edilmesi çok aptalca olabilir. Afet planlayıcıları şunu bilmektedir ki içinden ses gelmeyen *sessiz alanlar*, en kötü şekilde etkilenmiş yerler olabilir. Aynı durum, sağlık sisteminin performansı için de geçerlidir. En yoksul ve kötü durumdaki alanlardan hiç veri alamayabiliriz. Ancak, bütün bunlara rağmen, veriler çok yardımcı olabilir. Veriler, ön yargılara ve zamanından önce verilen kararlara ilişkin bir kontrol olabilir. Veriler, bilimsel bir tutumun desteklenmesine yardımcı olabilir. İster DALY'ler ister diğer sağlık durumu göstergeleri olsun, ister Ulusal Sağlık Hesapları ister vatandaşların tutumlarına ilişkin anketler olsun, veriler ön yargılara ilişkin önemli bir belirleyici olabilir. Bilgileri akıllıca kullanmak için, reformcuların verilerin nereden geldiğini, sınırlarını, atladığı noktaları ve varsayımlarının ne olduğunu bilmesi gerekmektedir. Ancak, bu sadece, bu tür bir anlayışa gerekli yatırımın yapılmasına duyulan ihtiyacı artırır.

Kaynaklar

- Ackerman, Bruce A. 1974. *The Uncertain Search for Environmental Quality*. New York: Free Press.
- Almond, Gabriel A.; and Sidney Verba. 1963. *The Civic Culture: Political Attitudes and Democracy in Five Nations*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Barzelay, Michael; with Babak J. Armajani. 1992. *Breaking Through Bureaucracy: A New Vision for Managing in Government*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Behn, Robert D.; and James W. Vaupel. 1982. *Quick Analysis for Busy Decision Makers*. New York: Basic Books.
- Berman, Peter; and Suomi Sakai. 1993. "The Productivity of Manpower and Supplies in Public Health Services in Java." In: Anne Mills and Kenneth Lee, eds., *Health Economics Research in Developing Countries*. New York: Oxford University Press.
- Berwick, Donald M.; A. Blanton Godfrey; and Jane Roessner. 1991. *Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Cobb, Roger W.; and Marc H. Ross. 1997. "Denying Agenda Access: Strategic Considerations." In: Roger W. Cobb and Marc H. Ross, eds., *Cultural Strategies of Agenda Denial: Avoidance, Attack, and Redefinition*. Lawrence, KS: University Press of Kansas, 25–45.
- Collins, David H.; Jonathan D. Quick; Stephen N. Musau; and Daniel L. Kraushaar. 1996. *Health Financing Reform in Kenya, The Fall and Rise of Cost Sharing, 1989-1994*. Stubbs Monograph Series No. 1. Boston, MA: Management Sciences for Health.
- Colombia Health Sector Reform Project. 1996. *Report on Colombia Health Sector Reform and Proposed Master Implementation Plan, Final Report*. Boston, MA: School of Public Health, Harvard University.
- Davies, J. Clarence, III; and Barbara S. Davies. 1975. *The Politics of Pollution*. Indianapolis, IN: Pegasus.
- Deming, W. Edwards. 1982. *Quality, Productivity, and Competitive Position*. Cambridge, MA: MIT Center for Advanced Engineering Study.
- Edelman, Murray. 1984. *The Symbolic Uses of Politics*. Urbana, IL: University of Illinois Press.

- Feldstein, Paul J. 2001. *The Politics of Health Legislation, An Economic Perspective*. Chicago: Health Administration Press.
- Frankel, Stephen; with Aileen Doggett, eds. 1992. *The Community Health Worker: Effective Programmes for Developing Countries*. New York: Oxford University Press.
- González-Rossetti, Alejandra; and Thoams J. Bossert. 2000. *Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: A Comparative Analysis of Chile, Colombia, and Mexico*. Boston, MA: Harvard School of Public Health/Data for Decision Making Project, June.
- Heymann, Phillip B. 1987. *The Politics of Public Management*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Juran, Joseph M.; and Frank M. Gryna, Jr. 1980. *Quality Planning and Analysis*. New York: McGraw-Hill.
- Kathlene, Lyn; and John A. Martin. 1991. "Enhancing Citizen Participation: Panel Designs, Perspectives, and Policy Formation." *Journal of Policy Analysis and Management* 10: 46-63.
- Kweit, Mary G.; and Robert W. Kweit. 1987. "Citizen Participation: Enduring Issues for the Next Century." *National Civic Review* 76(May/June): 191-98.
- Landy, Marc K.; Marc J. Roberts; and Stephen R. Thomas. 1990. *The Environmental Protection Agency: Asking the Wrong Questions*. New York: Oxford University Press.
- Lockyer, Jocelyn M.; and R. Van Harrison. 1994. "The Role of Chart Review, Analysis and Continuing Medical Education in Physician Performance Enhancement." In: D. A. Davis and R. D. Fox, eds., *The Physician as Learner—Linking Research to Practice*. Chicago: American Medical Association.
- Makinen, Marty; H. Water; Margie Rauch; Naila Almagambetova; Ricardo Bitran; Lucy Gilson; Diane McIntyre; Supasit Pannarunothai; A. Loreno Prieto; Gloria Ubilla; and Sujata Ram. 2000. "Inequalities in Health Care Use and Expenditures: Empirical Data from Eight Developing Countries and Countries in Transition." *Bulletin of the World Health Organization* 78(1): 55-65.
- Mehrotra, Santosh; and Stephen Jarrett. 2002. "Improving Basic Health Service Delivery in Low-Income Countries: 'Voice' to the Poor." *Social Science and Medicine* 54(11): 1685-90.
- Pressman, Jeffrey L.; and Aaron Wildavsky. 1973. *Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Rawls, John. 1996. *Political Liberalism*. New York: Columbia University Press.
- Reinhardt, Uwe E. 2001. "Can Efficiency in Health Care Be Left to the Market?" *Journal of Health Politics, Policy and Law* 26(5): 967-92.
- Roberts, Marc J. 1975. "An Evolutionary and Institutional View of the Behavior of Public and Private Companies." *American Economic Review* 65(2): 415-27.
- Rossi, Peter; Howard Freeman; and Mark Lipsey. 1998. *Evaluation: A Systematic Approach*. 6th edition. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tierney, Lawrence M.; Stephen J. McPhee; and Maxine A. Papadakis, eds. 2001. *Current Medical Diagnosis and Treatment 2002*. 41st edition. New York: McGraw-Hill.
- Waterbury, John. 1992. "The Heart of the Matter? Public Enterprise and the Adjustment Process." In: Stephan Haggard and Robert R. Kaufman, eds., with contributions by Peter Evans. *The Politics of Economic Adjustment: International Constraints, Distributive Conflicts, and the State*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Williams, Alan. 2000. "Science or Marketing at WHO? A Commentary on 'World Health 2000'." *Health Economics* 10(2): 93-100.
- World Health Organization. 1986. *Intersectoral Action for Health: The Role of Intersectoral Cooperation in National Strategies for Health for All*. Geneva: World Health Organization.
- 2000. *World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.

II

KONTROL DÜĞMELERİ

İnceleyeceğimiz ilk kontrol düğmesi, finansmandır - sağlık sektörü faaliyetlerini finanse etmek için, paranın kullanılan mekanizmaları ve paranın nasıl kullanıldığı, yani tahsis-. Para toplandıktan sonra nasıl ödeme yapıldığı, “ödeme” kontrol düğmesi başlığı altında ele alınmaktadır. Bunu bir sonraki bölümde değerlendireceğiz.

Finansman, bir sağlık sisteminin performansı üzerinde son derece önemli bir etkiye sahiptir. Ne kadar paranın kullanılabilir olduğunu, mali yükü kimin taşıdığını, fonları kimin kontrol ettiğini, risklerin nasıl havuzlandığını ve sağlık hizmetleri maliyetlerinin kontrol edilebilir olup olmadığını belirler. Bunun karşılığında bu faktörler, kimin hizmete erişimi olduğunu, kimin katastrofik tıbbi harcamalardan dolayı yoksullaşmaya karşı korunduğunun ve nüfusun sağlık durumunun tespit edilmesine yardımcı olur. Finansman sorunları için, sihirli bir çözüm yoktur. Herhangi bir finansman yöntemi aracılığıyla toplanan tüm paralar -yabancı katkılar hariç- doğrudan veya dolaylı olarak vatandaşlardan gelir. Her bir ülkenin karar vermek zorunda olduğu konu, hangi kaynakların ne ölçüde kullanılacağıdır. Bu sorular, bu bölümün konusunu oluşturmaktadır.

Tartışmamız şu şekilde organize edilmektedir: Bir sonraki bölüm, bir ülkenin, hangi finansman yöntemi kombinasyonlarının kendisi için en uygun olduğunu değerlendirirken kullanacağı anahtar kriterleri içermektedir. Karışımın, büyük ölçüde sosyal değerler ve politikalara bağlı olduğunu ve olması gerektiğini savunacağız. Daha sonra, farklı finansman yöntemlerini tanımlayacak ve bunların avantajlarını ve dezavantajlarını tartışacağız. Daha sonra, finansman sisteminin oluşturduğu fonların nasıl tahsis edileceği sorusunu tartışacağız. Sosyo ekonomik kalkınmanın farklı

aşamalarındaki ülkeler için, hangi finansman programlarının uygun olduğu konusunda bazı koşullu önerilerle kapatacağız.

Bir Finansman Stratejisi Seçerken Değerlendirilecek Noktalar

İster açıktan ister gizli olsun, her ülkenin finansman stratejisi konusunda karar vermesi gerekir (bu karar, sağlık sistemini finanse etmek için, hangi finansman yöntemi kombinasyonunun kullanılacağı ile ilgilidir). Bu bölümde, beş yöntem tarif edilmektedir: Genel gelir, sosyal sigorta, özel sigorta, hastalar tarafından doğrudan ödeme ve toplum finansmanı. Birçok ülke, bu yöntemlerin bir kombinasyonunu kullanmaktadır. Örneğin, Birleşik Krallık büyük ölçüde sağlık sistemini finanse etmek için, genel gelirlere dayanan bir ülke olarak algılanmaktadır. Ancak, gerçekte, sağlık fonlarının sadece % 76'sı genel gelirlerden gelmektedir; % 12'si sosyal sigorta katkılarından, % 10'u özel sigortadan ve % 2'si doğrudan cepten ödemelerden gelmektedir (OECD Sağlık Verileri, 2002). Hindistan da sağlık hizmetlerini finanse etmek için, büyük ölçüde genel gelirlere dayanıyor şeklinde algılanmaktadır. Ancak gerçekte, toplam sağlık harcamalarının sadece % 20'si genel gelirlerden gelmekte, % 70'ten fazlası cepten harcama yapan hastalardan ve % 10'dan daha azı diğer kaynaklardan gelmektedir (Peters ve arkadaşları, 2002).

Ülkeler, sağlık sistemlerinin performansını geliştirmek için, daha iyi finansman stratejileri ararken, birkaç önemli faktörün değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sosyo Ekonomik Gelişme

Açık bir şekilde belirtmek gerekirse finansman ve organizasyonel düzenlemesine ilişkin aynı yapı, tüm ülkelere uygulanamaz. Birleşik Krallık'ta işe yarayan bir sistem, Kenya'da yaramayabilir. Diğer taraftan, her ülkeye farklı muamele etmeli miyiz? Ülkeleri kategoriler halinde gruplandırarak her grup içindeki ülkeler için, genel sonuçlar çıkartabilir miyiz? Birkaç nedene bağlı olarak bunu, kişi başı GSYH'ye bağlı olarak yapmanın mümkün olduğuna inanıyoruz (Hsiao, 2000).

Bir ülkenin fonları mobilize etme kapasitesi, büyük ölçüde kişi başı geliri ile korelasyon halindedir. Gelir, hane halklarının sağlık hizmetleri için ödeme yapma kapasitesini ve hizmetlere yönelik taleplerini belirler. Gelirle yüksek düzeyde korelasyon halindeki diğer önemli faktörler arasında, bir ülkenin vergi gelirlerini elde ettiği vergi matrahı; kamu sektöründe istihdam edilen işçilerin sayısı -ki bu sosyal sigorta ile ne kadar paranın toplanacağını etkiler- ve maddi olarak desteklenmesi gereken yoksul hane halkı sayısı yer almaktadır.

Farklı yöntemler, aynı zamanda bir ülkenin alt yapısı ve kamu ve özel yönetimdeki ehliyeti üzerinde de daha fazla veya daha az talep teşkil etmektedir. Bu faktörler de kişi başı gelirle son derece ilişkilidir. Ortalamada düşük gelirli ülkeler de ekonomik faaliyetlerinin büyük bir yüzdesinin kayıt dışı ekonomi alanında -kayıt dışı yasal gelir veya yasal olmayan faaliyetlerden gelen gelir- gerçekleşmesi bakımından yüksek gelirli ülkelere ayrılmaktadır. Schneider (2002), Meksika, Filipinler, Mısır ve Tayland'daki kayıt dışı ekonomilerin, resmi GSYH'lerinin yüzde elliden fazlasını teşkil ettiği tahmininde bulunmuştur. Japonya ve ABD gibi yüksek gelirli ülkelere-

ki kayıt dışı ekonomi, resmi GSYH'lerinin yüzde onundan daha azdır. Bu, finansman seçimleri ile ilgilidir. Çünkü kayıt dışı ekonominin gelirinden vergi veya sosyal sigorta katkıları tahsil etmek mümkün değildir. Bu nedenle, ülkeleri kategoriler halinde gruplandırmanın bir yolu olarak kişi başı GSYH'yi kullanıyoruz (Hsiao, 2000).

Ülkelerin gelir düzeyine göre sıralanması, kullandıkları finansman yöntemlerini, farklı kaynaklarla toplayabilecekleri para miktarını ve böylelikle düşük düzeydeki sağlığın finansal risklerini havuzlama potansiyelini analiz etmemize yardımcı olur. Birinci kategorimiz, tüm düşük gelirli ülkeleri içermektedir. Burada vergi fonları genellikle toplam sağlık harcamalarının % 40'ı ile % 60'ını finanse etmekte; % 10 ile % 15 arası, sosyal sigorta ile finanse edilmekte -çoğunlukla memurları kapsar-; % 40 ile % 50 arası, hastaların doğrudan cepten ödemelerinden gelmektedir. Özel sigorta, göz ardı edilebilecek düzeydedir ya da hiç yoktur. Çünkü çok az sayıda hane, özel sigorta satın almaya para yetirebilir ve sahte sigorta alacaklarını önlemek için, gerekli idari koruma mevcut değildir.

Bir ülke endüstrileştikçe, kişi başına düşen gelir arttıkça ve bu durum, ülkeyi orta gelirli bir ülke haline getirdikçe, genellikle sosyal sigorta genişler. Çünkü, kamu sektöründe çalışanların sayısı artar. Özel sigorta ortaya çıkmaya başlar, ancak yine oynadığı rol düşüktür. Toplam milli sağlık harcamalarının önemli bir kısmı, halen genel gelir veya hastaların doğrudan ödemeleri ile finanse edilmektedir. Bu ülkeler, ikinci kategorimize dâhil olmaktadır. Birinci ve ikinci kategoriler arasındaki en büyük fark, toplam sağlık harcamalarının, farklı kaynaklardan finanse edilen göreceli oranı ve özel sigorta ve sosyal sigortadan finanse edilen hizmetlerin büyüklüğüdür. Bu tür hizmet, genellikle diğer finansman kaynakları mevcut olduğunda gelişir ve genellikle, doğrudan işletilen kamu sektörü tesislerinde mevcut olan hizmet kalitesinden fark edilebilir düzeyde yüksek bir kalite sunarlar.

Üçüncü kategori, ABD hariç olmak üzere, sağlık hizmetlerine evrensel erişimi güvenceye almak için, bir finansman sistemi tesis eden tüm yüksek gelirli ülkeleri içerir. Tablo 8.1 sağlık finansmanı geliştirmenin bu üç aşamasını sunmakta, her bir kategorideki ülkelere örnekler vermektedir. Aynı zamanda, her bir aşamada tipik olan sağlık hizmetleri finansman ve organizasyonunun bir özetini sunmaktadır.

Mali Kapasite

Bir finansman stratejisi için, anahtar soru şudur: Sağlık sektöründe istenilen harcama düzeyini karşılayacak şekilde yeterli parayı seferber edebilmekte midir? Mali kapasite bağlama bağlıdır. Herhangi bir stratejinin sonuçları, bir toplumun ekonomik yapısına -kamu sektöründe çok sayıda çalışan var mı- ve hükümetin idari kapasitesine bağlı olacaktır. Ayrıca, toplanabilecek para miktarı, sadece ekonomik temele değil, aynı zamanda bir ülkenin, sağlık sektörü harcamasını artırmak için, diğer alanlardan ne kadar vazgeçmek isteyeceğine -örneğin, yüksek iş gücü maliyetleri bakımından uluslararası rekabet, emekli maaşı veya eğitim konusunda daha düşük harcama- bağlı olacaktır. Bu yüzden, belli bir finansman stratejisi ve bir ülkenin sağlık sektörü finansman hedefleri arasında bir eşleştirme veya yanlış eşleştirme hakkında düşünmek faydalı olacaktır. Reformcular, bir ülkenin sağlık finansman sisteminin "sürdürülebilirliğini" tartıştığında, aslında bu soru üzerine odaklanmaktadırlar. Her bir finansman yöntemine bu perspektiften hızlıca bakalım.

TABLO 8.1.1. Ekonomik Gelişmenin Farklı Aşamalarında Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Sunumunun Gelişimi

AŞAMA I
(ÜÇ KATMANLI SİSTEM)

AŞAMA II
(BÖLMELİ FİNANSMAN
VE SUNUM)

AŞAMA III
(EVRENSEL KAPSAM**)

156

Genel Gelir	Yoksul (\$1,800'dan az)*	Düşük Gelirli (\$1,800-\$4,800)*	(\$12,000'dan fazla)*
Finanse Edilen ve Donör	Halk Sağlığı, Koruma Devlet Sağlık Tesisleri (Klinikler, Hastaneler)		Ulusal Sağlık Hizmeti (U.K., N.Z.) Medisave ve Katastrofik Sigortası (Singapur) Ulusal Sağlık Sigortası (Kanada, Avustralya) Bismarkçı Sosyal Sigorta (Almanya, Japonya)
Sosyal Sigorta	(%50-%60) Sadece Memurlar İçin	(%40-%50) (%10-%20)	Halk Sağlığı Hizmeti (%20-%40) Sosyal Sigorta (Doğrudan/Dolaylı sunum) (%30-%60)
Özel Sigorta	İhmal Edilebilir	(%5-%10)	Özel Sigorta (%15-%40)
Kendi Kendine Ödeme	Özel Hastaneler ve Klinikler Eczacılar Yerel ilaç sağlayıcıları (%35-%45) Mali, Nijerya, Tanzanya, Kenya, Yemen, Bangladeş, Hindistan		Kendi Kendine Ödeme (%15-%25)
			Türkiye, Şili, Meksika, Arjantin, Brezilya, Lübnan, Venezuela, Tayland, Malezya

* Kişi başı GSYH, 1997 PPPS (Kamu Özel Ortaklığı)

** ABD ve Hong Kong hariç

Kaynak: Hsiao 2000.

Bir ülkenin genel gelirden para toplama kapasitesi, farklı vergi matrahlarının büyüklüğüne –özel bir vergiye tabi olan ekonomik faaliyet hacmi– dayanmaktadır. Her ne kadar bu kapasite, genel ekonomik gelişme düzeyi ile yakından ilişkili olsa da, özel faktörlerin de bir rolü olabilir –örneğin, petrol gibi vergilendirilmesi kolay kaynakların bulunması, küçük çiftçiler gibi vergilendirilmesi zor sektörlerin büyük rolü–.

Sosyal sigorta için, mali kapasite, işverenlerden ve işçilerden katkı toplama kapasitesine dayanmaktadır. Ancak, daha küçük firmalar uygun kayıtlar tutamayabilir ve kavramsal düzeyde, küçük bir çiftçinin veya iş sahibinin kazançlarının –iş gücü geliri- kârlarından –sermaye geliri- ayrılması kolay değildir. Oysa sadece iş gücü geliri-nin vergiye tabi olması beklenir. Bazı ülkeler, bu sorunu çözmek için serbest meslek erbabından gelecek standart bir katkıya başvurmuştur. Örneğin, Macaristan’da, bu, asgari ücret kazanan birisinin gelirine dayandırılmaktadır. Bu da küçük iş adamlarının oldukça lehine olan bir kuraldır.

Genel olarak, bir ülkenin idari alt yapısı ne kadar sofistike olursa ve vatandaşları ne kadar işbirlikçi olursa bir sosyal sigorta sistemi de iş büyüklüğü ölçeğinde, o kadar azalma olacaktır. Ancak, düşük orta gelirli ülkelerde, bu çok uzak değildir. Bu gibi durumlarda, sosyal sigorta genellikle sadece büyük şirketlerde –örneğin, ondan fazla çalışanı olanlar- ve kamu sektöründe istihdam edilen işçiler için etkili bir şekilde uygulanabilir.

Özel sigorta, ödeyebilen ve sigortalanmak isteyen kişilerden gelecek fonları, seferber edebilir. Üst düzeyde gelire sahip kişiler, diğerlerine fayda sağlayan vergileri ödemek yerine, kendileri için daha geniş ve daha yüksek kalitede hizmet sağlamak için özel sigorta satın almayı daha çok isteyebilir. Ancak, özel sağlık sigortası aracılığıyla seferber edilen fonların, yoksullar için finansman sağlaması kolay değildir. Böyle bir sistemde, özel sigortası olmayanlar –buna para yetiremedikle-rinden dolayı– sağlık hizmetlerine erişmeden umutsuz ve zor durumda kalabilirler.

Özellikle, yoksul kırsal toplumlarda, toplum temelli finansmanın, sağlık hizmetleri için fon toplama bakımından sadece sınırlı bir kapasitesi bulunmaktadır. Oysa bu şekilde seferber edilen kaynaklar, temel sağlık hizmetleri ve bazı hastane hizmetlerinin finansmanında mütevazı, ancak önemli kazanımlar sağlayabilir.

Son olarak, çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde, hastalar tarafından doğrudan cepten ödemeler yaygındır. Yakın zamanda yapılan Ulusal Sağlık Hesapları (NHA) çalışmaları, yoksul ülkelerdeki göreceli olarak yoksul halk arasında bile, ayaktan tedaviye önemli düzeyde harcama yapma istekliliği ve kapasitesi olabileceğini öne sürmektedir –özellikle doktorlara ve hemşirelere yapılan gayriresmi ödemeleri ve kliniklerin sağlamadığı ilaçlar ve tedarikler için yapılan ödemeleri dâhil ettiğimizde-. USH (NHA) çalışmaları şunu göstermektedir ki kapsamlı vergi finansmanlı halk sağlığı hizmetleri olan ülkelerde bile, bağımsız özel pratisyen hekimler, doğrudan hastaların ödemesini yaptığı ayaktan tedavinin yüksek bir oranını sağlamaktadır.

Daha yüksek gelirli ülkelerde, cepten ödemeleri kullanma kapasitesi daha da fazladır. Çünkü, hanehalkı gelirleri daha yüksektir. Bu tür ülkelerde, seçilen hizmetler sigorta kapsamında olmayabilir –ilaçlar veya dış hekimliği gibi-. Diğer durumlarda, hastaların, resmi olarak bir şeyler için, kamu tarafından sağlanan veya sigorta edilen hizmetler için bile –kullanıcı ücretleri veya eş ödemeler- ödeme yapması gerekebilir.

Ayrıca, sigortanın kapsamında, muafiyet tutarı -ön uçta- veya tahditler -arka uçta- şeklinde boşluklar olabilir.

Uygulanabilirlik

Fonların toplanması; kayıtları oluşturmak, muhasebe ve denetim sistemlerini kurmak ve idari kurumları organize etmek için para harcanmasını gerektirir. Eğer rekabetçi, özel sigorta şirketleri varsa para; pazarlama, satışlara ve kârlara harcanacaktır. Bu yüzden, önemli bir soru, toplam harcamanın ne kadarlık kısmının, farklı finansman düzenlemeleri altındaki idari harcamalara ve kârlara gittiğidir.

Özel olarak özel sigortaların, son derece yüksek idari maliyetleri vardır. ABD sigorta şirketleri, toplam gelirlerinin % 25 ila % 30'u arasını, hasta hizmetleri dışındaki harcamalara sarf etmişlerdir -satış, idare ve kâr-. Buna ek olarak, ABD'de doktorların ve hastanelerin, diğer ülkelerdekine göre çok daha yüksek idari maliyetleri vardır. Çalışmalar şunu göstermektedir ki Amerikan hastanelerinde, işgal edilen her bir yatak için, iki tam zamanlı idari çalışan vardır. Bu rakam Alman hastanelerindeki rakamın on katıdır (Köeck ve arkadaşları, 1998).

Doğru düzenlemeler -örneğin, tüm sigorta şirketlerinde kullanılacak tek biçim talep formlarının belirtilmesi- bu maliyetleri belli düzeyde düşürebilir. Her halükarda, yük önemli düzeyde kalmaktadır. Özel sağlık sigortası piyasaları, çok komplike sistemlerdir. Özel sigorta rotasını izleyen ülkeler, sadece bu yüksek işlem maliyetlerini ödemeye değil, aynı zamanda bu piyasaları izlemek, analiz etmek ve düzenlemek için de önemli düzeyde kapasite geliştirmeye hazırlıklı olmalıdır. Aksi takdirde, farklı sosyal hedeflere ulaşamayacaklardır.

Uygulanabilirliğin ikinci bir anahtar yönü, bir ülkenin idari kapasitesidir. Ülke, bir finansman programını etkili bir şekilde uygulamak için, gerek duyduğu idari sistemlere ve insan kaynaklarına sahip mi? Bu endişeler, zayıf idari sistemlere sahip olan ülkelerin, diğer zeminlerde bunlar arzu edilebilir gelir kaynakları olmasa bile, tahsil etmesi en kolay olan vergilere -örneğin, ithalat vergileri ve katma değer vergileri- dayanmasına neden olmaktadır. Örneğin, satış vergilerinin tahsili gelir vergilerinin tahsiline göre daha kolaydır. Çünkü, satış vergisi tahsil edecek iş yerlerinin sayısı, gelir vergisini tahsil edecek hanelerin sayısından daha düşüktür ve iş yerlerinin kayıtları evlerin kayıtlarından daha iyidir. Ayrıca, "siyah" veya "gri" kaynaklardan gelen gelirler, harcadığında vergilendirilebilir -tüketim vergileri yoluyla-. Ancak bu kaynaklar, muhtemelen gelir vergisi tahsilatçılarına rapor edilmemektedir. Ancak, birçok yoksul ülkede olduğu gibi, kayıt dışı sektörde çok fazla küçük satıcının olduğu durumlarda, bordro ve satış vergilerinin idaresi zor olabilir.

Uygulanabilirlik, aynı zamanda bir finansman programının sosyal kabul edilebilirliğine bağlıdır. Vatandaşlar, aldatacak mı aldatmayacak mı? Herhangi bir sistemin kapsamı, büyük ölçüde genel olarak halkın hükümete karşı olan tutumuna ve özel olarak vergi ödemelerine bağlıdır. Gönüllü uyumluluk düzeyleri hem ülke içinde hem de uluslararası düzeyde oldukça farklılık göstermektedir. Halkın meşru olarak gördüğü programların kullanılmasının başarılı olma olasılığı çok daha yüksektir (bu uygulanabilirlik konularının çoğu, Bölüm 11'deki düzenlemeye ilişkin tartışmamızda yeniden ele alınacaktır).

Bu konuya ilişkin verilebilecek özel bir örnek şudur. Birçok sosyal sigorta programında, gizli durumda bulunan sosyal sözleşmenin, bunların kabul edilebilirliği ve bu yüzden gelir elde etme kapasitesi üzerinde önemli bir etkisi olabilir. Vatandaşlar, fonlar ayrıldığında ve katkıda bulunmayanların havuzun bir parçası olmadığı durumda, katkıları mukabilinde hizmet alma olasılıklarının daha yüksek olduğunu hissederler. Bu kısmen Kolombiya'nın neden resmi ve kayıt dışı sektörler için iki ayrı sosyal sigorta fonu tesis ettiğini açıklamaktadır. Bu tür düzenlemelerin bir ülkenin çıkarlarına en iyi şekilde hizmet edip etmediği, vaka temelinde yapılacak bir analizi gerektiren karmaşık bir siyasi konudur. Bu konu, bizim mevcut tartışmamızın kapsamı dışında kalmaktadır.

Siyasi Hesap Verme Sorumluluğu

Bir demokraside, paranın nasıl harcanacağına ve ne kadar fazla para harcanacağına ilişkin kararlar, hükümet gücünün temel ifadesidir. Demokratik siyasi teori perspektifinden bakıldığında, bu seçimler, vatandaşların süreç üzerinde uygun şekilde kontrole sahip olmasına izin veren bir şekilde yapılmalıdır. Finansman sisteminin birkaç özelliği, bu hesap verme sorumluluğunu etkilemektedir. Finansman süreci üzerinde yetkiye sahip olan bir kişi, demokratik süreçle seçime tabi midir? Eğer idareci tayin edilmiş bir teknokrat ise idareciyi, yetkisi seçim kararlarına tabi olan birisine bağlamak için, bir hesap verme sorumluluğu zinciri mevcut mudur?

Ancak ideal siyasi hesap verme sorumluluğu birçok ülkede çelişkili durumdadır. Siyasi sürece duyulan güvensizliğin fazla olduğu yerlerde, bazıları sağlık finansmanı kararlarının, siyasi süreçlerden izole edilmiş kurumlar tarafından verilmesini tercih ederler. Bu eğilim, özellikle, kamu bütçeleri büyük baskı altında olan ülkeler için doğrudur. Bu ülkelerdeki çıkar grupları, sağlık finansmanının genel bütçe sürecinden izole edilmesinin, sağlık sektörüne kaynak akışını artıracak ve böylelikle sağlayıcılar için, daha fazla gelir üreteceğini ummaktadır. Bu durum, neden yeni sosyal sigorta programlarının birçok ülkedeki tıp birlikleri tarafından desteklenmediğini açıklamaya yardımcı olmaktadır -örneğin, hem Polonya hem de Kolombiya'da-.

Finansman Yöntemlerine Karar Vermek için Kriterler

Az önce gözden geçirilen dört değerlendirmeye ek olarak, bir finansman yöntemini ve ilişkili organizasyonel düzenlemeleri değerlendirirken göz önüne alınması gereken diğer bazı anahtar kriterler de bulunmaktadır. Özel olarak, bunlar hakkaniyet, risk havuzlaması ve ekonomik etkilerdir.

Hakkaniyet: Finansman doğrudan sağlık hizmetlerinin maliyetinin dağılımını etkilediği için, açık olan bir soru, mali yükü kimin üstleneceğidir. Fonların nasıl kullanıldığı, doğrudan sağlık hizmetlerinin dağılımını etkilediği için, ikinci bir soru, faydaları kimin aldığıdır. Yük ve faydanın dağılımının değerlendirilmesinin iki farklı boyutu bulunmaktadır. Dikey hakkaniyet, yükün, zengin ve yoksullar arasında dağılımını ifade etmektedir. Yatay hakkaniyet, farklı bölgelerde yaşayan halk da dâhil olmak üzere, aynı gelir düzeyindekiler arasında adalet teşkil etmekle ilgilidir.

Risk Havuzlaması: Hastalıklar ve bunlarla ilişkili sağlık hizmetleri maliyetleri, toplum içinde eşit bir şekilde dağılmamaktadır. Kanser hastalığı, bazılarını etkilerken diğerlerini etkilememekte; ishal bazı çocukları vururken bazılarını dokunmamaktadır. Diğer taraftan, bazı insan grupları daha yüksek sağlık riskleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Yaşlı insanların gençlere göre daha fazla hastalık ve engellilik durumları vardır. Diyabeti olan hastalar, ortalama insanlara göre daha sık sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. Hastalığın belirsizliği, risklerin havuzlanabileceği bir finansman stratejisine duyulan ihtiyacı dile getirmektedir. Ancak, belirlenebilir yüksek ve düşük risk gruplarının olduğu durumda, görev o kadar kolay değildir. Gençler ve sağlıklı insanlar gibi düşük risk grupları, yüksek risk grupları ile havuzlanmak istemezler. Çünkü havuzlama, düşük risk grupları için maliyetleri yukarı çekmektedir. Örneğin, Çin’de, daha genç işçileri istihdam etmek eğiliminde olan ortak girişim şirketleri, daha yaşlı işçilere sahip olma eğiliminde olan yerleşik endüstrilerdeki işçilerle, sosyal sigorta havuzunda bulunmaya şiddetle karşı çıkmaktadır.

Sağlık risklerinin havuzlandırılabilmesi, fonların seferber edilmesine yönelik beş yöntem arasında önemli derecede farklılık göstermektedir. Genel gelirler, eğer, herkes için erişilebilir olan sağlık hizmetleri için veya yüksek risk gruplarının primlerine destek çıkmak için kullanılırsa riskleri havuzlamaktadır. Zorunlu sosyal sigorta, kapsamın az çok evrensel olması kaydıyla, önemli risk havuzlaması sağlayabilmektedir. Özel grup sigortası, sadece seçilen bir grup dâhilinde sağlık risklerini havuzlayabilmektedir. Örneğin, özel bir şirketin işçileri veya bir meslek grubunun üyeleri gibi. Tabi ki hastaların cepten ödemeleri de risk havuzlaması sağlamamaktadır.

Ekonomik Etkiler: Bir ülke, maaşlar gibi seçilen bir faaliyet üzerinden vergi ödeme konusunda bir firma veya bir şahsı zorladığında, firma ve şahıs, ne kadar çalışılacağı ve kazanılacağı konusundaki kararlarını değiştirebilir. Farklı seçeneklerin, yatırım, istihdam fırsatları ve iş gücü arzını teşvik etmek veya caydırmak üzerinde farklı etkileri olacaktır. Bu yüzden kısa ve uzun dönemde, ekonomik faaliyet karışımı ve düzeyini etkileyecektir.

Finansman Seçenekleri

Bizim finansman seçenekleri tipolojimiz, para toplama sürecinin mali ve organizasyonel yönlerinin bir karışımıdır. Bu hem alternatif yöntemlerin kullanıldığı ekonomik kaynakları hem de finansmanın gerçekleştirildiği organizasyonel düzenlemeleri yansıtmaktadır. Bizim seçeneklerimiz, en iyi “ideal yöntemler” kümesi olarak düşünülebilir - her bir alternatif son derece stilize edilmiş saf bir vakadır.

Ancak, özel olarak çoğu finansman sistemi saf değildir. Bunun yerine, çoğu ülke karıştırıp eşleştirmeli bir yaklaşım seçmiştir. Bu yaklaşım, özel siyasi ve ekonomik geçmişine dayalı olarak bir ülkenin yapmak istediği hedeflerinde, dengelemeleri yansıtan kompleks şekillerde yöntemleri birleştirmektedir. Örneğin, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki genel gelir sistemleri, genellikle hastaların kullanıcı ücretlerini ödemesini gerektirmektedir ve ilaç gibi belli tıbbi harcama türlerini kapsamamaktadır. Benzer şekilde, çoğu özel sigorta programları, hastaların, tedarikçilere önemli doğrudan ödeme yapmasını gerekli kılmaktadır.

Kategorilerimizin amacı, finansman sistemlerini karakterize etmek ve analiz etmek için, bir çerçeve sağlamaktır. Şimdi bu beş ana finansman yöntemini ele alacağız.

Genel Gelir

Genel gelir finansmanında, farklı hükümet faaliyetlerini desteklemek için, birçok vergi türü kullanılmaktadır. Bu yüzden, sağlık sisteminin diğer hükümet tarafından finanse edilen programlarla fonlar için rekabet etmesi ve düzenli hükümet bütçe süreci aracılığıyla kaynak edinmesi gerekmektedir.

Hükümet gelirleri, gelir ve kâr vergilerinden, katma değer ve satış vergilerine, ithalat vergilerine ve madenlerden alınan kârlara ilişkin vergilere kadar farklılık göstermektedir. Her birisi, farklı vatandaş grupları üzerinde yük teşkil etmektedir. Özel bir ülke tarafından kullanılan vergilerin karışımı, genellikle durumuna bağlıdır. Düşük gelirli ülkeler, genellikle toplanması kolay gelir kaynaklarına -ithalat ve ihracat ücretleri veya kanal vergileri, Mısır veya Panama örneği- dayanmaktadır. Diğer kaynaklar -gelir ve katma değer vergileri-, daha geniş veri sistemlerini ve daha üst düzey gönüllü uyumluluğu gerektirmektedir.

Geniş temelli vergiler, otomatik olarak ekonomi, zaman içinde büyüdükçe sağlık için daha fazla kaynak üretmektedir. Diğer taraftan, tahsilatlar, iş döngüsü boyunca kısa dönemde artmakta ve azalmaktadır. İleriye dönük gelir vergileri ve kârlar üzerine konulan vergiler gibi bazı vergiler, hem kısa vadeli iş döngüleri hem de uzun vadeli büyüme bakımından diğerlerine göre daha hassastır. Büyüme insanları daha yüksek gelir vergisi dilimlerine taşıırken ve hem marjinal hem de ortalama tahsilatları artırırken, kârlar iş döngüsüne karşı oldukça hassastır. Bunun aksine, bordro ve satış vergileri, GSYH'ye göre, yüzde bakımından biraz daha az değişmektedir. Ulusal gelirden önemli düzeyde sallanmalar olurken -1997 yılındaki Asya ekonomik krizi veya Arjantin'de yakın zamanda yaşanan sıkıntılar gibi- hükümetler, hangi vergi karışımını kullandıklarından bağımsız olarak kendilerini sağlık harcamalarını koruma konusunda sıkı baskı altında hissedebilirler. Bunun özellikle nedeni, durgunluk zamanlarında diğer harcama türleri konusundaki taleplerin de artmasıdır.

Genel vergi finansmanı, demokratik siyasi sistemlerde yüksek derecede siyasi hesap verme sorumluluğu sunmaktadır. Çünkü, anahtar kararlar doğrudan yasama sürecinde alınmaktadır. Bu yüzden, finansman düzeyi kontrol edilebilmekte ve karar vericiler eylemleri nedeniyle hesap verme sorumluluğuna tabi tutulmaktadır. Diğer taraftan, vergi imtiyazı gibi mekanizmalar aracılığıyla gizli vergi desteği -örneğin, sağlık hizmetleri harcamalarının, bir kişinin gelir vergisi yükümlülüğünü azaltmasına izin vermek-, şeffaf değildir ve kontrol edilemez. Bu tür programlar aracılığıyla ne kadar gelirin kaybedildiğini bilmek zor olduğu gibi, bunlardan kimin faydalandığını kontrol etmek de zordur.

Genel gelir finansmanının öne çıkarttığı ilgili bir vergi yapısı konusu da finansman yükünün, hükümet düzeylerine dağılımı sorunudur. Aşağıda daha ayrıntılı bir şekilde ele alacağımız gibi -organizasyon konusundaki Bölüm 10-, ülkeler, çok nadir olarak sağlık hizmeti sistemlerinin işletilmesi konusundaki sorumluluğu yerel ve bölgesel hükümetlere devretmektedir. Bu bazen mali olarak baskı altındaki ulusal hükümetler tarafından, yerel veya bölgesel yönetimleri, hizmet sunum sistemini desteklemek üzere kendi vergilerini kendileri toplamaları konusunda zorlamak için gerçekleştirilmektedir.

Örneğin, birkaç yıl önce Polonya, en büyük şehirlerin, Büyük Şehirler Kanunu adı verilen bir kanun altında, yerel hastaneler için işletim sorumluluğunu üstlenmesini sağlamaya çalıştı (Roberts ve Bossert, 1998). Şehirlerin çoğunluğu, maruz kaldıkları

yükümlülükleri fark ettiklerinde, bu kurumları ulusal yönetimlere iade etti. Diğer ülkeler de -örneğin, Çin ve Hindistan-, sağlık bütçesinin önemli bir bölümü, eyalet veya il gelirlerinden kaynaklanmaktadır. Bir sonraki bölümde ele alacağımız gibi, bu tür düzenlemeler, mali kapasitede önemli düzeyde bölgeler arası farklılıklar olduğunda -ki tipik olarak durum böyledir- önemli hakkaniyet sorunlarını gündeme getirmektedir.

Alternatif Vergilerin Dikey ve Yatay Hakkaniyeti

Bölüm 6'da ele aldığımız gibi, vergi yükü, vergileri ödeyenlerin üzerinde kalma-yabilir. Bunun yerine hükümetler, sağlık için daha fazla para tahsis ettiklerinde, diğer hizmetlerden kısımtadırlar. Bu durumda, artık kendilerine hizmet sağlanmayan diğer hizmetlerin faydalanıcıları, daha yüksek sağlık sektörü maliyetlerini ödeyen kimse-ler haline gelmektedir. Aynı durum, hükümet vergi imtiyazları aracılığıyla bazı faa-liyetleri desteklediğinde de geçerlidir. Ödeme yapanlar, kaybedilen geliri karşılamak için, toplanan diğer vergileri ödeyenler olabilmekte veya vergi imtiyazları dolayısıyla kaybedilen para nedeniyle engellenen diğer faaliyetlerin potansiyel faydalanıcıları ola-bilmektedir.

Buna ek olarak, bir vergiyi doğrudan ödeyenler, nihai olarak yükü taşıyan kişiler olmayabilmektedir. Örneğin, işverenler genellikle bordro vergilerinin maliyetlerinin bir kısmını, daha düşük maaş şeklinde işçilere geri kaydırmaktadır. Benzer şekilde, ev sahiplerine konulan gayrimenkul vergileri, daha pahalı kiralar şeklinde kiracılara yansıtılabilmektedir. Bu tür bir kayma ister olsun ister olmasın ve hangi düzeyde olur-sa olsun, ilgili piyasaların farklı özelliklerine dayanmaktadır. Bu konularda çok fazla ekonomik literatür bulunmaktadır (Musgrave ve Musgrave, 1989; Atkinson ve Stiglitz, 1980)

Dikey Hakkaniyet: Hâlihazırda artan , orantısız ve gerileyen vergileri açıkladık (bk. Bölüm 5). Birçok ülkede, sadece -sermaye gelirleri üzerindeki vergiler de dâhil olmak üzere- kapsamlı gelir vergileri, gerçek anlamda artan olmaktadır. Çünkü, sadece söz konusu vergiler, daha yüksek gelir düzeylerindeki insanların gelirinin daha büyük bir kısmını alabilmektedir. Bunun aksine, bordro vergileri az düzeyde gerileyendir; çünkü, toplam gelirin bordrolardan gelen oranı, daha yüksek gelir düzeylerine düşmektedir. Bu tür programlar, eğer herhangi bir kişinin bordro vergi katkısı üzerinde bir sınır varsa daha da gerileyen olabilmektedir (durum bazen böyle olabilmektedir). Tüketim vergi-leri -satış ve katma değer vergileri- de orta derecede gerileyendir. Çünkü harcanan ve vergilendirilen gelir yüzdesi, tasarruf edilenin aksine, yüksek gelirlerde daha düşüktür. Bu nedenledir ki bazı tüketim vergisi programları, yoksulların gelirlerinin yüksek bir yüzdesini harcadıkları gıda gibi mallar üzerinden, vergi muafiyeti uygulamakta veya daha düşük oranda vergi uygulamaktadır. Benzer nedenlerle, genellikle zenginlerin ge-lirlerinden daha fazlasını harcadıkları lüks kalemler üzerinde, daha yüksek vergilerin olduğunu görüyoruz.

Bir vergi sisteminin dikey hakkaniyetini -dengede ne kadar yeniden dağıtıcı olduğunu- anlamak için sadece yüklere değil, aynı zamanda faydaların gelir grupları tarafından dağılımına bakmamız gerekmektedir. Son tahlilde, net faydaların dikey hakkaniyeti -faydalar eksi yük- hakkaniyet bakış açısından özellikle önemli olacaktır. Zenginlerin göreceli olarak değilse de mutlak olarak daha fazla ödediği gerileyen

vergiler bile -bordro vergileri gibi-, bir yeniden dağıtımcı sistemi destekleyebilir. Eğer hizmetler geniş kapsamlı olarak mevcut olursa bu durumda yoksullar, aldıkları hizmetlerin maliyetinden daha azını ödeyecekken, zenginler daha fazlasını ödeyecektir.

Yatay Hakkaniyet: Vergi temelli finansmanın yatay hakkaniyeti, konulan vergilerin türüne göre değişiklik gösterir. Geniş tabanlı ulusal vergilerde yatay hakkaniyet konuları söz konusu olmamaktadır. Ancak, daha dar kapsamlı vergilerde -örneğin, tütün veya alkol vergileri- söz konusu olabilir. Özellikle, orta düzeyde alkol tüketimi sağlığı iyileştiriyorsa içki veya sigara içenlerden daha fazla ödeme yapmalarını talep etmek adil midir?

Yakın zamanda, birçok ülke, sağlık hizmetleri için kontrol ve mali sorumluluktan, alt ulusal düzeye geçiş yapmıştır. Bu tür programlar, ciddi yatay hakkaniyet konularını gündeme getirebilir. Çünkü, daha müreffeh alanlar, aynı hizmeti yoksul alanlara göre daha düşük vergi oranları üzerinden veya daha iyi hizmetleri aynı vergi oranı üzerinden finanse edebilmektedir.

Bu nedenle, mali desantralizasyon yolunu seçen ülkeler, genellikle bölgeler arası denkleştirme fonları tesis etmeyi gerekli görmüşlerdir. Bu tür uzun süreli sistemlere sahip olan ülkeler -İskandinav ülkeleri ve Kolombiya gibi- artık yerel kaynakları tamamlamak için, daha fazla ulusal vergilere dayanmaktadır.

Ancak, bir denkleştirme programının inşa edilmesi oldukça karmaşık olabilir. Çünkü, sadece ihtiyacı değerlendirmekten daha fazla şey yapılmalıdır -nüfus, hastalık ve gelir-. Ayrıca yoksul bölgelerin, kendi vergi çabalarını azaltmasını ve komşularının kolektif çabalarına dayanmasını önlemek için, teşvikler de sunmalıdır. Vergilendirme kararlarının desantralizasyonu, tabana doğru yarış oluşturma riskine neden olmaktadır. Çünkü, bölgeler, vergileri azaltarak iş kazanmak için, rekabet edecektir. Daha zengin -ve siyasi olarak daha güçlü- bölgeler, genellikle bir bölgeler arası yeniden dağıtım sistemini oluşturmaya karşı çıkmaktadır. Bunun kesin olarak nedeni, kendi avantajlarını ortadan kaldırma tehdidine yol açmasıdır.

Ayrıca, sağlık finansmanı için, vergi tabanı olarak daha küçük alanların kullanılmasında idari sorunlar da söz konusudur. Gelirin nereden kazanıldığı veya nereye harcandığı -ve bu yüzden vergi gelirlerini kimin aldığı- sorunu daha da karmaşık hâle gelmektedir. Bu nedenledir ki yerel hükümetler, genellikle arazi gibi taşınmaz varlıkları vergilendirmektedir: En azından bunların hangi yargı çevresinde bulunduğunu herkes bilmektedir.

Risk Havuzlaması

Genel vergi gelirinin risk havuzlaması üzerindeki etkileri, hükümetin vergi gelirlerini farklı sağlık programları arasında nasıl tahsis ettiğine bağlıdır. Düşük gelirli ülkelerde hükümetin sağlık bütçesi, çoğunlukla, hastaların ücretsiz veya para destekli sağlık hizmetleri alabildiği devlet hastaneleri ve kliniklerini finanse etmek için harcanmaktadır. Bu yaklaşım *de facto* -fiili olarak-, kamu hastanelerini kullanan hastalar için maliyetleri havuzlamaktadır. Ancak, daha iyi devlet hastaneleri, genellikle daha büyük şehirlerde bulunmaktadır. Hizmetler ayrıca yoksul olmayan kent vatandaşları tarafından daha yoğun olarak kullanılmaktadır. Bu koşullar altında riskler, kırsal kesimdeki yoksullar gibi, daha sınırlı erişime sahip olanlar için havuzlanmamaktadır.

Ekonomik Etkiler

Sağlık hizmetlerini finanse etmek için, genel vergi gelirinin kullanılmasının ekonomik etkileri, hangi özel vergilerin kullanıldığı ve bunların düzeylerine bağlıdır. Teoride, yüksek bir gelir vergisi oranı, üst gelire sahip bireylerin çalışma istekliliğini azaltmalıdır. Ancak gerçekte çalışmalar, üst gelirli bireyler için, iş gücü tedarikinin marjinal gelir vergisi oranlarına karşı hassas olmadığını göstermektedir (Feldstein, 1995). Yüksek iş gücü maliyetleri, aynı zamanda bir ülkenin uluslararası rekabetçiliğini azaltabilir; yatırım ve ekonomik büyüme hızını yavaşlatabilir. Sermaye piyasaları, giderek daha fazla uluslararası hâle geldikçe bu konuların önemi artmaktadır.

Burada, vergilere ilişkin biraz daha muğlak bir konuyu kaydetmek istiyoruz. Bu, bazı ekonomistler için oldukça önemli bir konu olan *fazla yük* kavramıdır. Mallar üzerine vergi konulduğunda, alıcılar, aksi türlü ödeyeceklerinden daha yüksek bir fiyat ödemekte ve satıcılar daha az para kazanmaktadır. Vergi, ödenen ile alınan arasında bir takoz işlevi görmektedir. Sonuç olarak, verginin sıfır olduğu mükemmel düzeyde rekabetçi olan piyasada, bu durumun aksine göre daha az şey alınır ve satılır. Ekonomik bir bakış açısından bakıldığında, bu çıktı kaybı bir sorun teşkil eder. Çünkü kullanıcılar, artık üretilmeyen mallara üretme maliyetinden daha fazla ödeme yapmayı isteyecektir. Oysa, vergi sayesinde, artık bu kazanımı elde etmenin bir yolu yoktur. Vergiye bağlı olarak çıktıdaki ayarlama ne kadar fazla olursa kayıp o kadar fazla olacaktır. Bu, kullanıcıların ödeme istekliliği ile kaybedilen marjinal çıktıyı üretme maliyeti arasındaki farkla ölçülmektedir. Bu farka, bir verginin fazla yükü adı verilmektedir (Musgrave ve Musgrave, 1989).

Buna cevap olarak bazı ekonomistler, çıktılarda en düşük değişikliğe neden olan vergileri savunmaktadır. Bu, kullanıcıların, fiyatlar artsa bile neredeyse aynı miktarda almaya devam edecekleri mallar üzerinde, daha yüksek vergiler anlamına gelmektedir. Ekonomistler, bu tür talebe “elastik olmayan” talep adını vermektedir. İronik olarak bu tür mallar, genellikle insanların, kendilerine çok önemli olduğu için satın aldıkları mallardır -tıp hizmetleri ve temel gıda maddeleri gibi-. Bu yüzden talebi elastik olmayan malların vergilendirilmesi, bizim dikey hakkaniyet endişemizi ihlal etme eğilimindedir (bu bazı ekonomistleri, bu tür bir yaklaşımı savunmaktan alıkoymamaktadır) (Myles, 1995).

Özet

Genel vergi geliri hem zengin hem de yoksul ülkelerdeki sağlık sistemleri için ana finansman kaynağıdır. Uluslararası deneyimler göstermektedir ki, bir ülke daha zengin hâle geldiğinde, vergi tabanı daha genişlemektedir. Hükümetin vergi toplama kapasitesi arttıkça sağlık harcamalarının daha fazla bir kısmı, genel gelirlerden finanse edilmektedir. Genel gelir finansmanı da siyasi olarak kontrol edilebilir ve hesap verilebilirdir. Bu finansman kaynağı hem yatay hem de dikey hakkaniyet endişelerini karşılamak için yönlendirilebilir; ancak yönlendirilmesi gerekmez. Son olarak, iyi bir uzun süreli büyüme potansiyeline ve geniş bir nüfusta sağlık risklerini havuzlama kapasitesine sahiptir.

Diğer taraftan, genel gelirin kontrol edilebilirliği, siyasi sistem zayıf olduğunda, yolsuzluk ve adam kayırmaya yatkın olduğunda bunu cazip olmaktan çıkartabilmektedir. Hükümet, kötü işlev gördüğünde, vergi gelirlerinin kamu tarafından kabul edilebilirliği

ve bu yüzden tahsil edilebilirliği ile ilgili sorunlar olabilmektedir. Bu durum, özellikle sınırlı idari ve yürütme kapasitesine veya özellikle olumsuz veya vergiden uzaklaştıran vatandaşlığa sahip ülkelerde gözlenmektedir.

Belli hizmet türleri -kamu sağlığı ve koruyucu hizmetler veya yoksullara yönelik hizmetler- genellikle vergi ile desteklenmektedir. Bu durum, özellikle diğer yöntemlerin bir ülkenin sağlık hizmetleri finansman sistemine hakim olduğu durumlarda söz konusudur (Scheiber ve Maeda, 1997). Bunun nedeni vergilerin yeniden dağıtılabilir olması ve geniş bir tabandan toplanabilmesidir. İyi işleyen ekonomisi ve güçlü idaresi olan ülkelerde, vergi finansmanı sağlık sektörü için önemli düzeyde fon üretebilmektedir. Ancak bu koşullar, tüm ülkelerde karşılanamamaktadır. Bu, ikinci finansman seçeneğine duyduğumuz ilgiyi açıklamaktadır: Sosyal sigorta.

Sosyal Sigorta

Üç özellik, sosyal sigortayı özel sigortadan ayırmaktadır. Birincisi, sosyal sigorta *zorunludur* (yeterliliğe sahip gruptaki herkes sigortalı ve belirtilen primi -katkı- ödemelidir). Bu katkı, genellikle maaşın bir yüzdesi olarak belirtilir. Bir kişi asgari sayıda ödeme yaptığında, söz konusu kişi belirtilen faydaları almaya hak kazanmaktadır.

İkincisi, çoğu sosyal sigorta primleri bir sosyal anlaşmayı temsil etmektedir. Kanunen, katkı oranı ve faydaların, sadece idari eylemle ayarlanması kolay değildir. Bunun yerine bunlar, kanunda veya değiştirilmesi zor bir düzenlemede belirtilirler. Bu yüzden sosyal sigorta, sigorta kapsamında olanlarla sistem arasındaki gizli bir sözleşmeye dayanmaktadır. Vatandaşlar, fonların, sisteme ait olanlara sağlanacak hizmeti adil ve etkili bir şekilde finanse etmek için, kullanılması beklentisiyle belli bir miktarı ödemeyi kabul ederler.

Üçüncüsü, her ne kadar çoğu maliye bakanlıkları karakteristik vergilere karşı çıksa da sosyal sigorta programları, tipik olarak sadece bu tür bir gelire dayanmaktadır. Sonuç olarak, bu programların özel bir avantajı vardır. Oy kullananların talep ettiği sigorta faydaları, açık bir fiyat etiketi ile birlikte gelmektedir (düşüncelerini eyleme döndürmek zorundadırlar).

Sosyal sigorta programlarının herkesi kapsamı zorunlu değildir. Birçok ülkede, birden fazla sistem bulunmaktadır. Çoğu programlar sadece kamu sektöründe çalışanları kapsamaktadır. Bir ülke evrensel bir kapsam sağlamaya karar verdiğinde, hükümet tipik olarak emeklileri, işsizleri, yoksulları ve kayıt dışı sektör çalışanlarını ve hatta bazı küçük iş adamlarını ve çiftçileri desteklemek için genel vergi gelirlerini kullanmalıdır.

Sosyal sigorta, genellikle iki yoldan biri şeklinde organize olmaktadır. Bismarckçı modelde, planlar farklı kâr amacı gütmeyen kurumlar tarafından tesis edilip yönetilmekte; endüstriyel, coğrafi veya mesleki çizgilerle ayrılmaktadır. Bunlara, genellikle *hastalık fonları* adı verilmektedir. Hastalık fonları mensupları, rekabet edebilme konusunda sınırlı bir kapasiteye sahiptir (Saltman ve Figueras, 1997). Avrupa ve Latin Amerika'daki çoğu sosyal sigorta planı bu türdendir. Bu çoklu organizasyonel düzenleme, fayda paketlerinde bazı farklılıklara ve kullanıcılar tarafından belli düzeyde -her ne kadar genellikle sınırlı olsa da- seçime izin vermektedir. Ancak bu, ters seçim ve yüksek idari maliyetler riskini ortaya çıkartmaktadır. Bu eksikliklerin üstesinden gelebilmek için, Tayvan gibi birçok ülkenin, siyasi süreçlerin günlük kontrolünün dışında

tek bir yarı devlet kurumu tarafından idare edilen programları bulunmaktadır (Roemer, 1993; Raffel 1984).

Ekonomi literatürü, genellikle sosyal sigorta finansmanını, hükümet vergi finansmanından ayıramaz olarak tanımlamaktadır. Ancak sosyal sigorta uzmanları, buna şiddetle karşı çıkmaktadır (Ball, 2000; Meyers; 1981). Ekonomistler, sosyal sigortayı vergi tarafından finanse edilen bir program olarak görmektedir; çünkü katkı zorunludur. Ancak bu görüş, genel vergi geliri ile finanse edilen sigorta ile -örneğin, İsveç- sosyal sigortayı -örneğin, Almanya, Japonya ve Tayvan- birbirinden ayıran önemli sosyal ve kurumsal farklılıkları göz ardı etmektedir. Birincisi, sosyal sigorta programları için ödenen katkılar -primler-, bu programlara özgüdür ve genel vergilerden ayrılmıştır. Ödeme gücünü koruyabilmek için, genellikle sosyal sigorta fonu gerekmektedir. Ancak bu, mali olaylarda daha fazla şeffaflık ve hesap verme sorumluluğu üretme eğilimindedir. Aynı zamanda, sosyal sigorta tüm vatandaşlar için bir hak değildir. Sadece uygun olanları ve asgari katkı şartlarını karşılayanları kapsamaktadır. Aldıkları faydalar, genellikle katkıları ile ilgilidir. Sonuç olarak, insanlar özel faydaları alma hakkı mukabilinde bir prim katkısı ödediklerini algırlar. Başka deyişle, faydalar, hükümet yardımı değildir.

Finansal Yükler ve Faydaların Hakkaniyeti

Sosyal sigorta programlarının hakkaniyet etkileri, bunların ayrıntılarına dayanmaktadır. Bunlar önemli düzeyde farklılık gösterebilmektedir. Bordro vergilerinin dikey hakkaniyeti, zenginlerin gelirinin ne kadar vergi sisteminden kaçtığına -sermayeden olduğu için- ve herhangi bir katkı sınırı olup olmadığına dayanmaktadır. Yatay hakkaniyet, bazı grupların -örneğin, küçük iş adamları ve çiftçiler- yasal kayırcılık veya basit bahanelere bağlı olarak adil vergi yüklerini ödemekten kaçıp kaçmadığına dayanacaktır. Eğer birçok sosyal sigorta planı varsa ve bazıları -üyelerinin daha lehte karışımından dolayı- daha düşük vergi oranları veya aynı fiyat için, daha iyi hizmet sunabiliyorsa yatay hakkaniyet azalacaktır. Genellikle durum bu şekilde olmaktadır. Çünkü yüksek gelire sahip işçilerin planlarında sadece daha fazla gelir yoktur. Aynı zamanda yüksek gelire sahip işçiler, ekonomik durum ve sağlık durumu arasındaki korelasyon göz önüne alındığında, daha küçük hasta nüfuslara sahiptir. Bu yüzden Almanya'da, 1990'larda hastalıklar arası fon transferi uygulanana kadar, beyaz yakalı işçiler için olan planlarda bordro vergisi oranları, mavi yakalı işçiler için olan planlardan daha düşük olmuştur.

Hem ekonomik teori hem de ampirik gözlemler şunu göstermektedir: Birkaç yıllık orta dönemde, işçiler, sağlık sigortası primlerinin en fazla payını ödemektedir -ister doğrudan primleri yoluyla, ister düşük maaş biçiminde, işverenler nominal olarak önemli bir paya katkı sağlasa bile-. Ekonomik bakımdan, prim maliyetleri, işçilere *geri doğru kaydırılmaktadır*. Çalışanların, maliyetleri, daha yüksek fiyatlar şeklinde *ileri doğru kaydırmak* yerine, işçilere kaydırma yeteneği, herhangi bir işçi birliğinin ne kadar güçlü olduğu da dâhil olmak üzere, işgücü piyasasındaki koşullara bağlıdır.

Risk Havuzlaması

Sosyal sigorta sadece mensuplarının sağlık risklerini havuzlar. Çoğu program,

sadece resmi sektördeki çalışanları kapsadığı için, sadece onların sağlık riskleri havuzlanmaktadır. Eğer hükümetler, kapsam dâhilinde olmayanların risklerini sınırlandırmak isterse ilave finansman ölçülerine başvurmaları gerekmektedir. Örneğin, vergi gelirlerini kullanmak, yoksullar, yaşlılar, kırsal kesim nüfusu için sigorta kapsamı sağlamak vs. gibidir.

Ekonomik Etkiler

Sosyal sigorta maliyetlerinin ekonomik büyüme üzerinde bir etkisi var mıdır? Eğer toplam iş gücü, maliyetleri prim değişikliklerinden önemli düzeyde etkilenmezse bu durumda cevap “çok fazla değil” olacaktır. Ancak, gerçek iş gücü piyasalarında sertlikler ve eksiklikler vardır. Güçlü birliklerin ve yüksek bordro vergilerinin olduğu ülkelerde, gerçek iş gücü maliyetleri, yüksek sosyal sigorta primleriyle artırılabilir. Eğer maliyetlerden bir kısmı daha yüksek fiyatlara doğru kaydırılırsa bu durum, bir ülkenin uluslararası düzeyde rekabet etme kapasitesini azaltabilir ve uluslararası şirketleri, iş gücü maliyetlerinin daha düşük olduğu yerlerde üretimi genişletme yönünde teşvik edebilir. Ayrıca, yüksek iş gücü maliyetleri, işverenleri, genişleme durumunda bile işçi ilavesi yapmaktan caydırabilir. Bu da orta vadeden uzun vadeye kadar işsizlikte bir artışa neden olabilir.

Uygulanabilirlik

Uygulanabilirlik, sosyal sigorta programlarının üstünde durduğu bir konudur. Birçok endüstriyel ekonomide, büyük işletmeler iş gücünün önemli bir kısmını istihdam etmektedir. Hatta küçük işyerlerinin bile makul istihdam kayıtları vardır. Ayrıca, sosyal sigortanın sosyal sözleşme yapısı, vatandaşların ödeme yapma istekliliğini artırabilmektedir. Çünkü, ayrı bir idareye sahip olan özel bir fona, üyelerine değerli bir şey verme konusunda daha çok güvenilmektedir. Vatandaşlar şöyle düşünür: “En azından dürüst olmayan bu politikacılar ellerini ‘parama’ uzatamaz.”

Diğer taraftan, sosyal sigorta için umutlar, her zaman yerine getirilmemektedir. Sosyal sigorta sistemi, başka bir hükümet işlevi olarak görülebilir ve geçmişteki meşru olmayan rejimlerle ilişkilendirilebilir. Örneğin, bazı komünizm sonrası ülkelerde, vergi kaçırma sosyal sigorta sisteminde oldukça yaygındır (Schneider, 2002).

Macaristan’da hem küçük hem de büyük ölçekli işletmeler bordro vergilerini kaçırmaya çalışmıştır. Küçük ölçekli işletmeler, asgari ücretleri ancak karşılayabildiklerini öne sürerken; büyük ölçekli işletmeler, vergilendirilmiş olan nakit çalışan tazminatını mümkün olduğu kadar vergilendirilmeyen aynı desteğe (örneğin, ev, araba) kaydırmaktadır (Preker ve arkadaşları, 2002). Buna ek olarak, hükümet, emekliler ve diğerleri için olan “payını” finanse etme konusunda, isteksiz davranmıştır. Bu yüzden, sonuçta ortaya çıkan sosyal sigorta sisteminde, savunucularının umduğu hem mali kapasite hem de popüler kabul eksikliği vardır.

Özel Sigorta

Özel sigorta, alıcıların, alıcının ödeme gücünden ziyade risklerini yansıtacak şekilde

primleri ücretlendiren bağımsız, rekabetçi satıcılardan -kâr amacı güden veya gütmeyen- gönüllü olarak sigorta satın almalarını ifade etmektedir. Sigorta alımları bireysel veya grup temelli olarak gerçekleşebilmektedir.

Yakın zamanda, iki ana argümana bağlı olarak, sağlık sektörü finansmanı için bir mekanizma sağlayan, farklı özel sigorta biçimlerine dünya çapında duyulan ilgi artmıştır. Birincisi, özel sigortanın ilave kaynakları seferber edeceği argümanıdır. Ödeme yapmayanlar, kapsam dâhilinde olmayacağından, vergi kaçırma sorunu en aza indirilebilir. Aynı zamanda, özel sigortanın savunucuları, insanların bir plan ve bir taşıyıcı seçtiğinde, sağlık hizmetlerine ödeme yapmak için, kendilerini daha güçlü ve daha istekli hissedeceğini öne sürmektedir.

İkinci bir argüman, farklı tutumlara ve değerlere sahip olanların -ki buna farklı gelir düzeylerindeki de dâhildir- farklı sağlık sigortası planlarını tercih edeceğidir. Özel sigorta için rekabetçi bir piyasanın, farklılık kazanmış ürün erimleri sunarak cevap vereceği öne sürülmektedir. Bu konu, kamu tarafından kontrol edilen bir sosyal sigorta tekelinin, yapmak için hiçbir teşvikinin veya eğiliminin olmayacağı bir şeydir.

Özel sigorta, ekonomi büyüdükçe genellikle artmaktadır. Çünkü, sigorta alıcılarının kendi çıkarlarına hitap etmektedir. İşverenler, iş güçlerini sağlıklı tutmak, işçilerden daha fazla sadakat kazanmak ve işçilerin, para yetirilemeyen sağlık faturaları ile karşı karşıya kaldıklarında, mali yardım konusundaki itirazlarından kaçınmayı isterler. Çalışanlar, genellikle, sağlık hizmetleri harcamalarını önceden ödemek için, sigorta isterler. Bunun nedeni, riskten korunmak ve ölçek ekonomisi ve sadece diğer sağlıklı işçilerle risk havuzlaması nedeniyle karşılaştırılabilir sosyal sigortadan, daha az maliyete sahip olan özel grup sigortasının finansal avantajlarıdır. Bu nedenlere bağlı olarak, bazı orta gelirli ülkelerde, en iyi ödeme alan işçilerden, sosyal sigorta programlarına katılmamayı tercih etmek ve serbest piyasa rekabeti adına, prim almak ve bunları özel sigorta satın almak için kullanmak -şu anda Şili'deki sistemin izin verdiği gibi- yönünde önemli bir baskı vardır.

Rekabetçi özel sigortanın en ciddi başarısızlığı, *risk seçimi* sorunudur. Hastalığın giderek daha fazla kronik hastalık anlamına geldiği bir dünyada, sağlık hizmetleri maliyetleri daha çok yıllık temelde tahmin edilebilir hâle gelmiştir. Bu yıl hasta olanların gelecek yıl hasta olma olasılığı yüksektir. Herhangi bir sigorta havuzundaki insanların en hasta olan % 5 veya % 10'u, genellikle toplam maliyetin % 60'ı ile % 70'ini teşkil etmektedir (Hsiao, 2000). Bu olgular, rekabetçi sigorta şirketlerine, sadece sağlıklı kişilere poliçeler satması yönünde inanılmaz teşvikler sunmaktadır. Eğer, hastalara satış yaparlarsa yoksullardan bile kâr elde etmek için, çok yüksek fiyatlandırma yapma konusunda teşvik edilmektedirler.

Bu ikinci uygulama, tabi ki hastalara, sağlıkları konusunda sigorta şirketlerine karşı yalan söyleme yönünde güçlü teşvikler teşkil etmektedir. Eğer düzenleyiciler, şirketlerin tüm kullanıcılara, aynı oran üzerinden sigorta satmasını gerekli kılsa bu durumda, sağlıklı kişiler sigorta satın almama eğiliminde olacaktır. Çünkü bu, cazip olmayacak düzeyde pahalı olacak ve düşük hastalık riskleri, kapsamın buna değmemesine yol açacaktır. Bu durum, bir *sigorta ölüm spiraline* neden olabilir. İyi riskler, bir sigorta havuzunu terk ettikçe, kayıplar yükselmek, oranlar artmak zorundadır. Daha da fazla, sağlıklı kişilerin ayrılması, havuzda sadece en hasta ve en pahalıların kalmasına yol açmaktadır.

Bunun tersi olan durum da ortaya çıkabilmektedir. Sigorta şirketleri, özellikle sağlıklı

olan poliçe sahiplerini çekmeye çalışmakta ve bu arada hasta olanlarını dışarıda tutmaya çabalamaktadır. Hastalara satış yapmayı reddedebilir, mevcut durumları kapsam dışı bırakabilir, hastalanan kişilere yeniden poliçe yapmayı reddedebilir, poliçelerini iptal edebilir veya çok yüksek fiyat uygulayabilirler. Bu uygulamaların hepsi, risk seçimi ve ödeme alan sağlık kuruluşlarının en pahalı hastalara yönelmesi olarak bilinmektedir. Ayrıca bunlar, sigortaya en çok ihtiyacı olanların, özel sigorta sisteminde kapsam harici tutulacakları anlamına gelmektedir.

Finansal Yükler ve Faydaların Hakkaniyeti

Özel sigortanın hakkaniyet bakımından etkileri, genellikle olumsuzdur. Gelirle hiç farklılık göstermeyen primler, genellikle üst düzeyde gerileyen niteliktedir. Aslında, ekonomik durum ve sağlık durumu arasındaki ters ilişki göz önüne alındığında, risk temelli primler, tipik olarak yoksulların *daha fazla* ödeme yapmasına neden olmaktadır. Gelire göre değişmeyen, düzenlenmiş tek biçim oranlar bile, diğer finansman opsiyonlara göre daha fazla gerileyici niteliktedir. Benzer şekilde, riskten korunma bakış açısından bakıldığında, rekabetçi özel sigorta piyasaları, arzu edilecek niteliklerin çoğundan yoksun olmaktadır. Çünkü, düşük gelire sahip olanlar, sigortaya para yetirememektedir. Kısaca, ciddi hastalıklar bakımından finansal olarak en çok riskte olanlar, özel sigortaya daha az gücü yetebilenlerdir.

Yatay hakkaniyet bakış açısından sorulacak soru, hangi karşılaştırmaların bizi ilgilendirdiğidir. Risk temelli primlere sahip olan özel sigorta piyasalarının, yüksek risk gruplarında olanlara daha fazla ödeme yaptığı belirtilmektedir. Bireylerin sağlık hizmetleri maliyetlerindeki koşullarda, hangi farklılıkları etkilemek istediğimiz bir felsefe ve politika konusudur.

Risk Havuzlaması

Özel sigorta, sosyal sigortaya göre daha küçük gruplar arasında riskleri havuzlandığı için, bu yöntem tipik olarak sosyal sigortaya göre daha düşük -ve genel gelir finansmanına göre daha az- risk havuzlaması sunmaktadır. Buna ek olarak, yüksek riskler ve maliyetlere sahip olan gruplar -özellikle kronik hastalar ve emekliler- tipik olarak hariç tutulmaktadır. Buna cevap olarak, bazı ülkeler ya herkes için eşit oranları gerekli kılmak -*toplum derecelendirmesi*- ya da izin verilebilir fiyat farklılıkları alanını sınırlandırmak -*derecelendirme bantları*- için özel sigorta piyasalarını düzenlemiştir. Ancak, düzenlemeye ilişkin Bölüm 11'de ele aldığımız gibi bu yaklaşımlar, önemli düzeyde idari karmaşıklık ve sigorta şirketleri tarafından genel bir kurala uyma tutumunu gerektirmektedir. Bunlar, aynı zamanda siyasi olarak popüler olmayabilir. Çünkü, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, özel sigortanın satın alıcılarının kaçınmaya çalıştığı risk havuzlamasının bir miktarını yeniden empoze etmeye çalışmaktadırlar.

Ekonomik Etkiler

Özel sigorta yönündeki bir argüman, rekabetçi sigorta pazarlarının, sağlık hizmeti maliyetlerini düşürdüğü iddiasıdır. Kullanıcı peşinde koşan sigortacılar, fiyatları

azaltacaktır ve para kazanmak için sağlayıcılara, ücretlerini düşürme konusunda baskı yapacaklardır. Düşük gelirlerle yüz yüze kalan sağlayıcılar, bu durumda maliyetleri düşürmek için, çalışmalarını yeniden organize edeceklerdir. Komünizmin çöküşü, piyasa ideolojisinin prestiji ve iyi finanse edilen partizanların savunuculuğu, piyasayı destekleyici bir perspektife yönelik eğilimi takviye etmiştir (Rodrik, 1997).

Bu iddianın test edilmesine yakın bir şeyler sunan tek sağlık hizmetleri piyasası ABD'dir (bu ülke, son 50 yıl boyunca esas olarak özel işverenin satın aldığı, rekabetçi grup sigortasına dayanmıştır). 1990'larda, sigorta planları arasındaki rekabet arttıkça ekonomik teoremin de tahmin ettiği gibi, sağlık hizmetleri maliyetleri üzerinde bunun belli etkileri olmuştur. Ancak tüketiciler, piyasaya hakim olmak üzere ortaya çıkartılan, yönetilen hizmet planlarından hizmet almak için, kendi kapasitelerine konulan sınırlamalardan memnun olmamıştır. Sonuç olarak, sigortacılar son yıllarda tedarikçileri kontrol etme yönündeki çabalarını azaltmıştır. ABD'deki maliyetler yılda % 10'luk bir orandan % 15'e çıkmaya başlamıştır. Ayrıca, kısmen parçalı bir özel sigorta sisteminin çok yüksek işlem maliyetleri nedeniyle, ABD, dünyadaki herhangi bir ülkeye göre en yüksek genel sağlık hizmeti maliyetlerine sahiptir -büyük bir farkla-.

Uygulanabilirlik

Bir özel sigorta finansman sistemini oluştururken ülkeler, bir dizi kritik tasarım konusu ile yüz yüze kalmaktadır. Birinci konu, sözleşmelerin, bireysel temelde mi yoksa grup temelinde mi satılacağıdır. ABD piyasası, büyük ölçüde işveren gruplarına dayanmaktadır. Bu, bireylerin farklı risk havuzlarına girme veya bunlardan çıkma seçimini ve böylelikle sistemin stabilitesini bozma yönündeki teşviklerini ve olasılıklarını sınırlandırmak için yapılmaktadır. Grupların küçük olduğu durumda bile, en azından düşük işlem maliyetlerinin toplu bir şekilde satın alınmasının farklı türlerine ilişkin deneyimler olmuştur (Zelman, 1996).

İkinci tasarım konusu da sigorta işletmelerinin yapısıdır. Özellikle de kâr amaçlı veya kâr amaçsız olma arasında yapılan seçimdir. Eğer şirketler, kâr amaçsız ise bunlar devlet kurumu mudur yoksa bağımsız STK (Sivil Toplum Kuruluşu) türü işletmeler midir yoksa bir tür birlik veya topluluğun sponsorluğunu üstlendiği kooperatifler midir yoksa farklı bir tür müdür?

Üçüncü seçenek kümesi, hükümetin rolü ile ilgilidir. Satıcılar, hangi düzenleme ve lisanslama biçimlerine tabi tutulacaktır? Örneğin, hükümetler, belli finansal yedek düzeyleri konusunda ısrar edecek, primleri düzenleyecek ve asgari kapsam için koşulları belirleyecek midir?

Son tasarım soru kümesi, sigorta şirketleri ve sağlık hizmetleri sağlayıcıları arasındaki ilişki ile ilgilidir. Hükümet, sigortacılar ve tedarikçiler arasındaki ilişki üzerinde, herhangi bir düzenleyici kontrol uygulamakta mıdır? Örneğin, tedarikçiler ve sigortacılar, bir Amerikan sağlık sürdürme kurumu gibi, bir tür düzenleme şeklinde birleştirilebilir mi? Bu seçenekler, yasak mıdır gerekli midir yoksa isteğe bağlı mıdır? Hükümet, ABD hükümetinin sözleşme yaptıkları tedarikçilerle, sigortacı planlarının ilişkisini düzenlediği gibi, sigorta planlarının tedarikçilere nasıl ödeme yapacağını düzenleyecek midir?

Daha geniş olarak ifade etmek gerekirse bu piyasaların rekabetçi yapısını

şekillendirme konusunda, hükümetin rolü bulunmaktadır. Kaç firmaya izin veriyorlar veya kaç firmayı teşvik ediyorlar? Her bir rakip hangi coğrafi alanlara veya nüfus gruplarına karşı durabilir veya bunlarla birlikte çalışabilir.

Özel sigorta seçeneği bu yüzden hükümeti, sağlık finansmanı sisteminin işletilmesi işinden hariç bırakmamaktadır. Bunun yerine, hükümetin gündemine, hükümetin doğrudan sunum veya genel vergi finansmanına dayanması durumunda yüz yüze kalacaklarından daha yeni ve farklı olabilecek bir dizi kompleks düzenleyici ve yönetim konusunu getirmektedir.

Ne yazık ki hükümetler, bu yeni sorumlulukları üstlenecek kadar iyi donanımlı olmayabilir. Hükümetin, makul rezerv şartları koymak için, sigorta ve finansal analiz yapma kapasitesi mevcut mudur? Rekabetçi sigorta piyasaları hakkında, söz konusu piyasaları etkili bir şekilde oluşturmak ve kontrol etmek için, yeterince bilgi sahibi mi? (bu, şirketlerin iyi riskleri çekmeye çalıştığı bir durumda, ülke için yeni bir fenomen olabilir). Ödeme alan sağlık kuruluşlarının en pahalı hastalara yönelme ve hitap etme davranışını fark edebilir, düzenleyebilir mi? Poliçelerin satıldığı fiyatları veya koşulları, kontrol edebilecek mi? ABD’de sigorta düzenlemelerine ilişkin yaşanan deneyimler şunu göstermektedir. Bu görevleri başarılı bir şekilde gerçekleştirmek için, üst düzeyde analitik yetkinlik ve siyasi bütünlük gerekmektedir.

Özel sigortada, satın alınan sigorta miktarı, bireysel işlerin ve tüketicilerin ellerinde desantralize hâle getirilmiş bir karar olarak kalmaktadır. ABD’deki özel sigorta kapsamının oranındaki düşüş, primler arttıkça, birçok tüketicinin sigorta satın almaya son verdiğini göstermektedir. Hükümetin bu konuya ilişkin ne yapabileceği konusunda sınırlar vardır. Tabi ki hükümet, Şili’deki durum gibi, özel sigorta satın alımlarını teşvik etmek için, yardımlar sunabilmektedir (Dünya Bankası, 1995). Ancak bir yardımın verilmesi, sigortadan, vergi temelli finansmana doğru hareket edilmesine yol açmaktadır. Sigorta oranlarının kontrol edilmesinin kendine has zorlukları bulunmaktadır. Eğer oranlar, çok düşük olarak belirlenirse bu durumda şirketler, işten kaçacaktır. Tıpkı artık emekli vatandaşlara özel poliçeler sunmayan ABD’deki sigortacıların yaptığı gibi (Buchmueller, 2000). Eğer oranlar çok yüksek olarak belirlenirse bu durumda, sigorta birçok kişi için para yetirilemez hâle gelecektir.

Özel sigortanın savunucuları, bu durumun, sağlık sektörünün finansman sorunlarına bir çözüm olduğuna inanmaktadır. ABD’deki piyasanın cazibesi ve özel sigorta firmalarının ürettiği inanılmaz gelirler; acımasız girişimcilerden, serbest piyasa savunucularına ve nakit paraya ihtiyacı olan doktorlara kadar farklı tarafların oluşturduğu olası olmayan bir grup ittifakına neden olmuştur. Ancak bu yaklaşım, riskten korunma ve hakkaniyet bakış açısından, yüksek idari maliyetler ve düşük performans bakımından önemli sorunlara neden olmaktadır. Karmaşık düzenleme yapılmasına duyulan ihtiyaç, bu programları düşünen birçok ülkenin gerçekçi olarak üstesinden gelemeyeceği büyük bir sorun teşkil etmektedir.

Cepten Ödemeler

Dördüncü bir finansman yöntemi, bireysel hastaların, doğrudan ceplerinden tedarikçilere ödeme yapması ve bu harcamaların, sigorta planları gibi üçüncü taraflardan geri ödemesinin yapılmamasıdır. Kullanıcı ücretleri, cepten ödemelerin bir alt kategorisidir.

Kamu sektörünün sağladığı hizmetler için, yapılan ödemeleri ifade etmektedir.

Sağlık sektörü reformcuları, iki nedene bağlı olarak bu tür finansman yaklaşımı ile ilgilenmiştir. Birincisi, özellikle düşük gelirli ülkelerde, kullanıcı ücretleri, genellikle, taşradaki kurumlar ve faaliyetler için, ilave gelir elde etmenin idari olarak uygun bir yolu olarak görülmektedir. Buradaki fikir, yerel olarak toplanan paranın, yerel olarak harcanması yönündedir. Bunun, rüşvet, yolsuzluk ve genel giderlere bağlı sızıntıyı azaltacağına inanılmaktadır. Çünkü, yerel tahsilat ve harcama, hesap verme sorumluluğunu ve şeffaflığını artıracaktır. Eğer bu ödemeler, yerel tesislerdeki hizmetlerin kalitesinin artırılmasına katkıda bulunursa hastaların hizmet için, ödeme yapma konusunda daha istekli olacakları umulmaktadır.

Genellikle ekonomistlerin öne sürdüğü ikinci bir argüman da sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sağlanmasının, tahsis bakımından verimsiz bir aşırı kullanımı teşvik edeceği yönündedir. Bunların analizi, öznel faydacıların, sağlık hizmetleri sisteminin amacının, ödeme istekliliği ile ölçülen kullanıcı memnuniyetini artırmak olması gerektiği yönündeki önermeye dayanmaktadır (Pauly, 1990). Hizmetlerin fiyatı, sıfır olursa ekonomistlere göre kullanıcılar, bu hizmetleri, bunların kendileri için değeri, üretim maliyetlerinden daha az olsa bile kullanacaktır. Sonuç olarak, eğer düşük değerli hizmetler üretilmezse daha fazla toplam kullanıcı memnuniyeti sağlanabilecektir. Bu durumda, bu hizmetleri üretmek için kullanılan kaynaklar, ekonomide kullanıcılara daha değerli bir şeyi üretmek için, başka bir yerde kullanılabilir. Kullanıcı ücretleri ve bunların sigortalı hastalar -yani eş ödemelere- için benzerliği, arzu edilebilir bir durum olarak görülmektedir. Çünkü bunlar, kullanıcıları, kendileri için en düşük değere sahip olan hizmetleri tüketmekten caydırarak en kötü yanlış tahsisin önüne geçmektedir.

Bu iki argümanın tam olarak tutarlı olmadığını fark edebilirsiniz. Gelir elde etmek amacıyla kullanıcı ücretlerini savunanlar, yüksek değerli hizmetleri fiyatlandırmayı istemekte; bunların kullanımının, ücret konulduğunda çok değişmeyeceğini öne sürmektedir. Bu savunucular, aynı zamanda, düşük gelirli olanların bu ücretleri ödemesine yardımcı olma fikrini de desteklemektedir. Aksi takdirde, onların tüketimleri ağır bir şekilde etkilenebilir.

Bunun aksine, verimliliğe göre fiyatlandırmayı savunanlar hem üretilmesi pahalı hem de kullanıcılar için düşük değerli olan hizmetlerin fiyatlarını artırmayı istemektedir. Onlara göre, hastalardan yapılacak doğrudan ödeme uygulamasının bir sonucu olarak kullanımdaki düşüşler, bunların programına muhalif değildir. Bundan ziyade, söz konusu düşüşler, ilk planda ücretleri belirleme konusundaki kararın uygunluğunun bir işareti olarak görülmektedir.

Başka bir karmaşıklık da söz konusudur. *Arzın yarattığı talep* olasılığı, bazı sağlık hizmetlerinin hastalar için, fazla klinik değerleri olmasa da tüketilebileceği anlamına gelmektedir. Bu olduğunda, tahsis verimsizliği hakim olacaktır -kullanıcı ücretlerinde bile-. Aslında, tahsis verimliliğinin artması veya azalması, iki dengeleyici etkiye dayanmaktadır. Bunlardan birisi, ücretlerin, hastaları, düşük değere sahip hizmetleri satın almaktan caydırma yönündeki etkisidir. Diğeri de söz konusu ücretlerin, tedarikçilere sağladığı, uygun olmayan kullanımı artırma yönündeki teşviklerdir. Bu etkinin büyüklüğü, farklı birçok faktöre bağlı olacaktır. Bu duruma, tedarikçilerin profesyonel normları, bunların eğitimi ve ücret gelirlerinin klinik karar vericilere akış yolları dâhildir.

Şu anda bir ülkede, doğrudan hasta ödemeleri aracılığıyla toplanan paranın miktarının belirlenmesi, genellikle zordur. İyi verilerin toplanmasının maliyeti, önemli düzeyde olabilir. Çünkü, karmaşık hanehalkı sağlık harcaması anketleri, bunu yapmanın tek yolu olabilir. Aynı zamanda, söz konusu harcamanın kontrol edilmesi kolay değildir. Çünkü, özel piyasanın büyük çoğunluğu düzenlenmemektedir. Devletin yönettiği sistemlerde ve gizli veya açık bir şekilde yasadışı durumlarda, gayriresmi veya kanunsuz ödemeler, yaygın olarak mevcuttur.

Gayriresmi ödemeler, genellikle sağlık hizmetleri sistemi için, bütçe desteğinin zor makroekonomik koşullarla azaltıldığı ve tedarikçilerin gelirlerini koruma konusunda ümitsiz olduğu durumlarda artmaktadır. Yerel gelenekler de önemlidir. Bazı ülkelerde, bu tür ücretlerin, sadece doktorlar tarafından değil, aynı zamanda hemşireler tarafından da iyi hizmet verilmesinin sağlanmasını garanti etmesi beklenmektedir. Bunlar, sahalarda çalışan ve en aktif veya kahraman -cerrahi ve obstetrik /jinekoloji gibi- olarak görülen tedarikçiler için, daha yüksek olma eğilimindedir. Bu ödemeler, farklı ülkelerde farklı isimler altında anılmaktadır. Örneğin, “bahşişler” “el altından ödemeler” “kara para” ve “gri para” gibi. Ekonomik bakış açısından, bu ödemeler, cepten finansmanın bir türünü teşkil etmektedir. Çünkü yasal kullanıcı ücretlerinin sahip olduğu finansman yükü ve talep üzerinde benzer etkilere sahiptir.

Ulusal Sağlık Hesaplarına (USH) ilişkin, yakın zamanda yapılan çalışmalar şunu göstermektedir. Birçok yoksul ülkede, göreceli olarak yoksul kişiler arasında bile, a-yaktan hizmetlere para harcama konusunda önemli düzeyde isteklilik ve ödeme kapasitesi olabilmektedir -özellikle eğer gayriresmi ödemeler dâhil edilmiş ise- (Berman, 1997). Bu bulgu, ücretlerin belli ortamlarda önemsiz olmayan bir rol üstlendiği karışık sistemler oluşturma olasılığını ortaya çıkartmaktadır.

Diğer taraftan, genelde akut hizmetler için talep, rutin ve koruyucu hizmetler için olan talebe göre, fiyata daha az hassastır ve fiyatın kullanım üzerindeki etkisi, düşük gelirli kişiler arasında daha yüksektir (bunu bir sonraki bölümde ele alacağız). Bu şu anlama gelmektedir. Düşük değerli kullanımları caydırmak için konulan ücretler, kullanıcıların sağlıklarını olumsuz etkileyecek şekilde, kullanımı kısımasına yol açacaktır. Bu durum, halk sağlığı ve koruyucu hizmetleri kullanmayı teşvik etmek için, yollar bulma ihtiyacını göstermektedir. Ne yazık ki kronik hastalıkların olduğu bir dünyada, bu tür birçok durum, sıradan klinik hizmetlerden ayırt edilememektedir. Çünkü koruma, genellikle bazı hastalıklar geliştikten sonra gerçekleşmektedir. Bu tür faaliyetlere, “ikincil önleme” adı verilmektedir. Örneğin, kalp krizi geçiren bir kişinin sigarayı bırakmasının sağlanması. Yoksullar için yardım sağlamaya ve kullanıcı ücretlerinin kullanımı caydırıcı etkisini mahsup etmeye yönelik mekanizmaların uygulanması kolay değildir.

Doğrudan ödemeler, kurumsal desteğin bir kaynağı olarak vergi fonlarına faydalı bir tamamlayıcı olarak kullanılabilir. Ancak, cepten ödemelerin, zenginler dışındakiler için, modern yatan hasta hizmetlerinde önemli bir mali temel teşkil edebileceği konusu şüphelidir. Bu tür bir hizmet pahalıdır ve bu hizmet için talep nadirdir. Ülkeler, özellikle bir ülke, belli bir siyasi ve ekonomik gelişmişlik düzeyine ulaştığında, risk havuzlaması finansmanı geliştirmek için -yani bir tür sigorta- önemli düzeyde baskıyla yüz yüze kalmaktadır.

Hakkaniyet ve Riskten Korunma

Hem riskten korunma hem de hakkaniyet perspektiflerinden bakıldığında, cepten ödeme, sağlık finansmanı için en kötü olası sistemdir. Hem hasta olan hem de yoksul olanlar ya hastalıklarının tedavi edilmemesi ya da yoksullaşma –veya bunların birleşimi– riski ile yüz yüze kalmaktadır. Dikey hakkaniyet bakış açısından bakıldığında, doğrudan ödemeler, özellikle yetersiz sağlık ve düşük gelir korelasyonu söz konusu olduğunda son derece gerileyen niteliktedir. Bunlar özel sigortadan bile daha kötüdür. Özel sigortalar, en azından, grup satın alması olduğunda veya oranlar düzenlendiğinde, belli düzeyde risk havuzlama olasılığı sunmaktadır.

Birçok ülkede, hizmet için ücret kullanan uygulayıcılar, belli düzeyde fiyat ayrımcılığı uygulamakta, zenginlere yoksullara kıyasla daha fazla ücret kesmektedir. Bu tür uygulamalar, hakkaniyeti artırırken tedarikçilerin gelirlerinin azami düzeye çıkartılmasına yardımcı olur. Zenginlere daha fazla ve fakirlere daha az ücret keserek tedarikçiler, yoksulların daha fazla toplam hizmet satın almasını teşvik eder ve doktorlar için daha fazla gelir elde edilmesini sağlar. Bu uygulama, kullanılabilir fazla zamanı olan ve ilave hizmet sağlamanın marjinal maliyetleri, yoksullara kesilen ücretlerden daha düşük olan herhangi bir satıcı için net kazanım sağlamaktadır.

Tıbbi Tasarruf Hesapları

Doğrudan ödemenin özel bir yöntemi olan *tıbbi tasarruf hesapları*, uluslararası düzeyde sağlık reformu tartışmalarına dikkat çekmiştir. Prototip örnek, Singapur'da bulunmaktadır (Hsiao, 1995). Bu program, yaşlı ve sağlık hizmetlerini fazla kullanan nüfusta bir artış olacağı beklenerek rezerv oluşturma konusunda bilinçli bir stratejiyi içermiştir. Politika, zorunlu tasarrufu öngörmüştür -maaşların yüzdesi olarak-. Bu tasarruflar, özel bireysel tasarruf hesaplarında birikmektedir. Bunlar daha sonra yatan hasta hizmetleri için, ödeme yapmak amacıyla kullanılabilir. Bunun yerine, kendilerini veya ailelerini, tıp hizmetlerini cepten ödeme konusunda teşvik etmek amacıyla büyük çaba sarf edilmektedir. Bir şahıs veya aile için kullanılabilir olan bakiyeler, onların ödeme yapmış olduğu miktarlar olduğu için, bir bütün olarak nüfus çapında düşük risk havuzlaması vardır.

Singapur politikasının birçok yönünün yorumlanması gerekmektedir. Sistem, öncelikle işçileri, daha sonraki yıllarda fazla olacak tıp harcamalarını tahmin ederek şimdiden tasarruf yapmaya zorlamak ve böylelikle mevcut gelirin geleceğe kaydırılmasını sağlamak üzere tasarlanmıştır. Bireysel hesaplarda önemli bakiyeler birikene kadar ve insanlar halen genç iken sistemin üyeleri, aktif bir şekilde hesaplarını hizmet için ödeme yapmak amacıyla kullanmaktan caydırılmaktadır. Bunun yerine, kendilerini veya ailelerini, tıp hizmetlerini cepten ödeme konusunda teşvik etmek amacıyla büyük çaba sarf edilmektedir. Bir şahıs veya aile için kullanılabilir olan bakiyeler, onların ödeme yapmış olduğu miktarlar olduğu için, bir bütün olarak nüfus çapında düşük risk havuzlaması vardır.

İkinci olarak, cepten ödeme yapacak olan kişilerin temel hastane hizmetlerine para yetirmesini mümkün kılmak için, hastaneler, çok yataklı koşulları ifade eden C sınıfından, tek yataklı odaları ifade eden A sınıfına kadar farklı hizmet düzeyleri sağlamaktadır. En düşük hizmet sınıfı, genellikle vergi geliri ile desteklenmektedir. Bu da ortalama gelir sahibi olan kişilerin hizmetleri kullanmasını mümkün kılmaktadır (tıp hizmetleri değişmemektedir, sadece tesisler değişmektedir). Bu uygulamanın, cepten ödeme programlarının olumsuz hakkaniyet yönlerine hitap etmesi amaçlanmaktadır.

Ancak Singapur, yatan hasta hizmetleri için- destek sağlanan koşullar için bile- ödeme gücü olmayan birçok kişinin olduğunu keşfetmiştir. 1990 yılında ülke, işçilerin sağlık tasarruf hesaplarından yapılan çekmelerle primleri ödedikleri bir katastrofik sigorta planını ekleyerek tasarruf programını revize etmiştir (Lim, 1998).

Üçüncü olarak, Singapur, aynı zamanda, vaka başına yardım sistemine sahiptir. Çünkü, sosyal çalışmacılar ne bireylerin ne de ailelerinin gerekli olan miktarı ödeyemediğini tespit etmiş ve hem hakkaniyet hem de risk havuzlaması konuları ile başa çıkmak durumunda kalmıştır.

Bu kompleks program, on yıl boyunca değiştirilerek doğrudan ödemenin, hakkaniyet sorunlarına hitap edeceği şekle gelmiştir. Singapur'un göreceli olarak kendine has sosyo-kültür durumunun, programın işlevinde önemli bir rol oynadığı genellikle kabul edilmektedir. Bu bölge hem tasarruf hem de aile sorumluluğunun derin köklere sahip değerler olduğu, coğrafi olarak küçük, göreceli olarak müreffeh Çin toplumundan müteşekkildir. Ülkenin yetkin ve karmaşık bir hükümet finansman sistemi bulunmaktadır. Ağırlıklı olarak kültürel normlara dayanan bu tür kompleks bir programın diğer ortamlara devredilip edilemeyeceği -çektığı tüm uluslararası dikkate rağmen- açık değildir.

Uygulanabilirlik

Cepten ödemelerin en büyük avantajı, uygulanabilirlik alanındadır. Satıcılar ödeme yapmayanlara hizmet sunmayı reddedebildiği için, alıcıların fiili olarak ödeme yapmasını zorunlu kılmaktadır. İşlemler ani olarak gerçekleşmektedir. Herhangi bir ilave kayıt tutma yükü oluşturmaz. Olağan ticari süreçleri -örneğin, çekler, nakit, kredi kartları- kullanabilmektedir. Hükümetin bakış açısından bakıldığında, bu ödeme sistemi, esas olarak kendi kendine uygulanan bir sistemdir ve işlemesi için önemli kamu bütçesi kaynağını gerektirmemektedir. Ancak, kullanıcı ücretleri çok yüksek olarak belirlendiğinde ve satıcılar hastalara hizmet vermeyi reddedemediğinde (bu durum, Amerikan hastanelerinde, sigortasız olan bir kişinin acil servis tedavisinde söz konusudur) satıcıların olaydan sonra parayı tahsil etme maliyetleri çok yüksek olabilmektedir (Creese, 1997).

Ücretler, tedarikçiler için aşırı kullanımı teşvik etmektedir. Bu da önemli düzeyde karşılayıcı hükümet düzenleme çabalarına yol açmaktadır. Bu maliyetler, uygun şekilde, doğrudan ödeme programının maliyetinin bir bölümü olarak değerlendirilmektedir. Doğrudan ödeme finansman sistemlerinin teşvik sorunlarına hitap etmek için, birçok kalite girişi -örneğin, tedarikçilerin düzenlenmesi ve lisanslanması gibi- ve fiyat düzenleme faaliyeti geliştirilmiştir. Aynı zamanda, potansiyel aşırı kullanımı sınırlandırmak için, tedarikçi sayısını sınırlamak ve kurumları lisanslamak amacıyla çabalar sarf edilmiştir. Bunları düzenlemeye ilişkin konuları 12. Bölümde ele alacağız.

Özet

Doğrudan hasta ödemelerinin idaresi kolaydır ve bunlar potansiyel olarak etkili gelir kaynaklarıdır. Bunlar, dikey hakkaniyet ve risk havuzlaması perspektifinden bakıldığında, ciddi sorunları ortaya çıkartmaktadır. Tüketicilerin uygun olmayan aşırı kullanımını caydırırken bile, doktorlar ve diğer tedarikçiler üzerindeki teşvik etkileri

aracılığıyla uygun olmayan kullanımı teşvik etmektedirler. Doğrudan ödemeler, pahalı hizmetlerin evrensel kapsamını finanse etme kapasitesine sahip değildir. Oysa, hasta ödemeleri, sağlık sektöründe bulunmayan kaynakları seferber etme yetkileri nedeniyle birçok ülke için cazip olmuştur.

Toplum Finansmanı

Bu finansman yönteminde toplumlar, yerel temelli ön ödeme programları aracılığıyla temel sağlık hizmetleri ve ikinci basamak hizmetlerinin sunumunu işletmekte ve kontrol etmektedir. Tipik toplum finansmanı planları altında, temel sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu, entegre durumdadır. Ancak, ikinci basamak ve üçüncü basamak hizmetlerinden ayrılmaktadır. Tedarikçiler ya toplum tarafından tutulan bireyler ya da kâr amacı gütmeyen STK'lerdir.

Dünyanın düşük gelirli ülkelerinin birçoğu, köy düzeyinde güvenilir kırsal kesim sağlık hizmetlerini finanse etmek ve sunmak için, farklı yollar bulmuşlardır. Genellikle doktorların, devletin işlettiği kliniklerde görev yapmasını sağlamak zordur. Doktorlar kaçmakta veya hizmet sunmayı reddetmekte, düzenli olarak hizmet sunumuna katılmamakta veya kültürel olarak hassas olmayan düşük kaliteli kullanıcı hizmetleri sağlamaktadır. Aynı zamanda, kırsal kesimde yaşayanların mevcut hizmetler ve tesislere duydukları güven, düşük düzeydedir. Bunun sonucu olarak, geleneksel şifacıları veya halkın uyguladığı tedaviyi kapsamlı olarak kullanmakta; akut olarak hasta olduklarında, ilçe veya bölge hastanelerine yolculuk yapmaktadır.

Birçok yoksul ülkede, genel vergilendirmeden, ilave gelir elde etmek de zordur. Kayıt tutma yetersiz, yolsuzluk, verimsizlik ve vergi kaçırma yaygın olabilir. Bu koşullar, toplum finansmanına yönelik yakın zamanda artan ilgiye katkı sağlamıştır. Burada önemli görüş, yerel olarak, köy düzeyinde temel sağlık hizmetleri için, para toplamak ve harcamaktır. Teoride, yerel kontrol, şeffaflık ve hesap verme sorumluluğunu üretecektir. Bu da bunun mukabilinde dürüst, verimli ve kültürel olarak yetkin hizmetlerin sağlanmasına yardımcı olacaktır.

Ümit edilen, söz konusu finansman ve idari düzenlemelerin, yerel halk için cazip ve güvenilir olduğunun kanıtlanması ve finansal olarak katkıda bulunma isteklerinin artırılmasıdır. Toplum finansmanının savunucuları, göreceli olarak yoksul yerel halk tarafından harcanan meblağların önemli bir kısmının geleneksel şifacılar, alternatif tıp uygulayıcılarına ve özel çalışan Batılı doktorlara gittiğini ortaya koymaktadır. Bunlar, temel kamu sağlığı ve temel sağlık hizmeti faaliyetlerini desteklemek için, bu fonlara erişme olasılığından etkilenmektedir.

Model bir toplum finansman programı, yerel siyasi hesap verme sorumluluğunun, toplumun işlettiği temel sağlık hizmetlerinin ve neredeyse evrensel olan ön ödemenin bir kombinasyonunu içermektedir. Burada önemli olan kavram, maaşla çalışan doktorların oluşturduğu, toplum temelli küçük bir sağlık sürdürme organizasyonudur. İkinci basamak -hastane- hizmetleri, bu programlardan bazıları tarafından kullanılmaktadır. Ancak, bu pahalı olabilmekte ve geniş bir kapsam alanının ekonomik olarak yaşatılabilir olmasını gerektirebilmektedir. İyi olan kişilerin durumunun korunması ve hastalar tarafından ters seçimin sağlanması için, evrensel -yani zorunlu- üyelik tasarlanmıştır. Toplum kaynakları, diğer yollardan da mobilize edilebilmektedir. Örneğin, bina inşa

etmek için işgücü yoluyla.

Temel sağlık hizmetlerini finanse etmek için, yerel fonları toplama konusundaki birçok deneyim, yukarıda tanımlanan ideal programın sadece belli kısımlarını uygulamıştır. Üyelik -ve ödeme-, genellikle gönüllü temellidir. Kapsam dâhilindeki hizmetlerin alanı oldukça sınırlı olabilmektedir -örneğin, yerel olarak finanse edilen, döner ilaç fonu-. Finansman, önceden ödemeden ziyade ağırlıklı olarak hizmet başı ödeme, şeklinde olabilir veya yerel katkılardan değil, ulusal vergi kaynaklarından gelebilir.

Etkili kırsal kesim sağlık hizmetleri, bazen merkezileştirilmiş vergi finansmanından ve kamu hizmetlerinden sağlanmaktadır. Sri Lanka, Küba ve Kerala -güney Hindistan’da-, gelir düzeylerine göre ortalamanın oldukça üstünde sağlık durumuna ve kırsal alanlarda bile yoğun, etkili kamu tedarikçi ağlarına sahiptir. Toplum finansmanının savunucuları, buna şu şekilde cevap vermektedir. Bu tür örnekler, merkezileştirilmiş devlet yolu aracılığıyla başarı için istisnai, tarihsel, siyasi ve kültürel koşulların gerektiğini göstermektedir.

Yerel mali temele ilişkin bir sınır da olumsuz ekonomik zamanlarda, ayakta kalmanın zor olabilmesidir. Tek bir kırsal alan, ülke bütününe göre, tipik olarak daha az çeşitli ekonomiye sahiptir. Örneğin, Malezya, son otuz yıl boyunca büyümek için kaly, çay, Hindistan cevizi yağı, petrol ve ileri teknoloji imalatına dayanmıştır. Ülkenin bazı bölgelerine, ciddi bir şekilde zarar vermiş olan ticari mal fiyat döngüleri, başka yerdeki büyüme ile tazmin edilmektedir. Ancak, bireysel bir köy, bu tür bir portföy çeşitliliğinin faydalarına genellikle sahip değildir.

Hakkaniyet ve Riskten Korunma

Toplum finansmanının hem ön ödemeli hem de zorunlu olduğu durumlar, belli miktarda riskten korunma imkânı sağlayabilmektedir. Ancak, genel gelirlerle desteklenemedikleri sürece, toplum finansmanı programları orta düzeyde kaynak seferber edebilmektedir. Çünkü dâhil olan çoğu haneler, düşük gelirlidir. Ayrıca, ikinci basamak hizmetlerinin sınırlı kapsamının, eğer vatandaşlar, ciddi hastalığın finansal risklerinden korunacaksa toplum finansmanının diğer programları -örneğin, vergi ile desteklenen hastaneler- ile tamamlanması gerektiği anlamına gelmektedir. Hastaların kapsam dâhilindeki havuza ters şekilde seçildiği, zorunlu olmayan programlar, daha düşük risk koruması sağlamaktadır. Söz konusu programların kapsamında olan nüfusun göreceli olarak küçük ve coğrafi olarak konsantre yapısı göz önüne alındığında, bunlar, epidemiler veya doğal afetler gibi lokal olumsuz olaylara karşı, sigorta sağlamak için yeterli risk dağıtımı sağlayamamaktadır.

Dikey hakkaniyet bakış açısından ele alındığında sorulacak önemli bir soru, ön ödeme sisteminin yapısıdır. Özel olarak, primler gelire göre değişmekte midir? Kişi başı veya aile başı programlar, bazı istisnalar veya yardım mekanizmaları olmadığı sürece, yoksulların en yoksulunu hariç tutacaktır. Ulusal bir perspektiften bakıldığında, göreceli olarak yoksul yerel halkı, ülkenin elitleri için, sağlık hizmetlerine destek vermeye devam ederken kendi sağlık hizmetleri için, ödeme yapmaya zorlama konusunda ciddi adalet sorunları ortaya çıkmaktadır. Diğer taraftan, eğer program, yoksul toplumlara, aksi takdirde bulunmayacak hizmetleri sunarsa katılımcılar ödediklerinden daha

fazlasını kazanabilir.

Yatay hakkaniyet paradoksal bir konudur. Daha fazla yerel idari ve organizasyonel kapasiteye ve toplum liderliğine sahip alanlar, söz konusu programları oluşturmak ve işletmek söz konusu olduğunda, daha iyi performans sergileyebilmektedir. Bir bakıma, en fazla şikâyetle sahip olanlar, söz konusu programların tesis *edilmediği* veya kötü işlev gördükleri alanlarda yaşayan ve bu yüzden, daha az hizmet alan alanlarda yaşayan kişiler olacaktır. Yerel kültür ve kapasitede -örneğin, etnik veya kültürel gruplar arasında-, önemli farklılıkların olduğu ülkelerde, bu farklılıklar önemli bir konu olabilmektedir. Çünkü, toplum finansmanı bazı yerlerde diğerlerine göre daha etkili işleyecektir.

Uygulanabilirlik

Desantralize edilmiş her programda olduğu gibi uygulanabilirlik, yerel düzeyde kapasite ve liderliğe bağlı olacaktır. Bu, taşrada, kapasite oluşturma konusunda yatırım yapma ihtiyacı olduğu anlamına gelmektedir. Diğer taraftan, yerel halkın, toplum temelli program konusunda güven kazandığı durumda, primlerin tahsilatı çok daha kolay hâle gelebilir.

Bazı yerel alanlar, toplum finansmanını adapte edemeyebilmektedir. Köylerde kabile, aile, etnik köken, din ve ekonomik durum bakımından önemli iç mücadeleler ve bölünmeler olabilmektedir. Bu durumlarda, kolektif bir toplum çabası teşkil etmek, zor veya olanaksız olabilmektedir. Bu yüzden, merkezi hükümetlerin, bu tür programları tasarlarlarken mevcut olan organizasyonel ve teknik kapasite sınırlamalarını değerlendirmesi gerekmektedir. Eksik olan uzmanlığı temin etmeleri ve her bir özel durumun gerçekçi bir değerlendirmesine bağlı, geçici veya kalıcı olarak organizasyonel destek sağlamaları gerekebilir.

Özet

Toplum finansmanının ana avantajları, bu girişimlerin üretebileceği güvenilirlik, sürdürülebilirlik ve bunların sunabilecekleri mütevazı, ancak değerli risk korumasıdır. En büyük kazanımlardan bazıları, finansman alanında değildir. Tedarikçiler, etkili yerel kontrole tabi tutulduğu zaman, hizmetlerin artan verimliliği ve cevap verme niteliğindedir. Avustralya'nın bazı bölgelerindeki Aborijin toplulukları için, vergi ile finanse edilen, toplum tarafından kontrol edilen sağlık hizmetlerine ilişkin göreceli olarak iyi deneyimler, programın bu yönünün önemini göstermektedir.

Ancak, bir kez daha uygulamanın özel yönleri önem kazanmaktadır. Gerekli kurumsal ön gereklilikleri inşa etmeye dikkat edilmelidir -hem teknik hem de siyasi anlamda-. Aksi takdirde, bu tür girişimler, merkezi hükümetin çözemediği bir sorunun, daha kötü durumda olan ve daha az donanıma sahip bölgesel ve yerel yönetimlere kaydırılması ile sonuçlanır. Ayrıca, "pilot projeler" üstlenildiğinde, geri planda kalan topluluklara da dikkat edilmelidir. Genellikle, daha iyi olanlar başarılı alanlardır -siyasi ve ekonomik olarak-. En düşük kapasite ve en fazla ihtiyacı olanlar -örneğin, Hindistan'daki kabile alanları, Malezya'daki çay gayrimenkulleri- en az dikkati çekerler.

Bir Finansman Kaynağı Olarak Yabancı Yardım

Birçok yoksul ülke, sağlık sektörleri için, finansman kaynağı olarak yabancı yardıma dayanmaktadır. Bu tür yardımlar, genellikle, bir fiyat mukabilinde verilmektedir –yani, donörlerin spesifik hedefler konusundaki kararlılığı-. Bu kararlılıklar, donör endişesi, donör değerleri ve donör politikalarının bir kombinasyonu ile motive edilmektedir. Örneğin, ulusal yardım kurumları ulusal yasalara karşı sorumlu iken, DSÖ yöneticileri Dünya Sağlık Meclisi’ne karşı sorumludur.

Yakın zamanda, donörler sağlık sektörü reformunu destekleme konusuna daha az odaklanmaya başladılar ve daha fazla ölçülebilir sonuçları olan, spesifik program hedeflerine odaklanma yolunu tercih ettiler –aşılama, hastalığın ortadan kaldırılması ve güvenli çocuk doğumu gibi-. Donör tercihlerinin ulusal politikaları ne ölçüde değiştirdiği veya bozduğu büyük ölçüde bir ülkenin kendi mali kapasitesine ve donör fonlarına dayanma durumuna bağlıdır. En yoksul ülkeler ve çatışma sonrası durumda olan toplumlar, genellikle bu bağlamda en hassas olan gruplardır.

Yardım alan ülkelerin aktif bir şekilde, çift taraflı ve çok taraflı donörlerle çalışmasını öneririz. Yerel koşulların önemi, yerel liderlerin ve uzmanların, herhangi bir politika seçeneği tartışmasına yapacağı katkının büyük olduğunu göstermektedir. Uluslararası uzmanların “herkese uygun bir çözüm” konusunda uygun olmayan hevesliliği, geçmişte sıklıkla kendini göstermiştir. Aynı zamanda, uluslararası deneyim, reform alternatifleri konusunda çok değerli bir kılavuz ve öneri kaynağı olabilir. Yerel reformcuların şunu fark etmesi gerekmektedir ki uluslararası deneyime yapılan her referans, saygısızlık veya “entelektüel emperyalizm” anlamına gelmemektedir. Sağlık sektörü reformu, o kadar karmaşık ve zordur ki süreci ciddiye alan herkesin, kendi kendini eleştiren bir açık zihne sahip olması bir yükümlülüktür.

Finansman Yöntemlerine İlişkin Son Yorum

Devam etmeden önce, *neyin bizim kategorilerimizin bir parçası olmadığını* belirtmeliyiz. Özel olarak, finansmanı, sistemin diğer yönlerinden ayırmaya çalıştık. Örneğin, bizim tipolojimizde, genel gelir kategorisi, hizmetlerin doğrudan kamusal bir şekilde sunumunu gerektirmemektedir -her ne kadar genelde durum bu olsa da-. Bunun yerine bu kategori, farklı hizmet sunum yöntemlerini içermektedir. Bağımsız tedarikçiler (Kanada), özel doktor ve devlet hastanelerinin bir karışımı (İsveç) ve aynı zamanda büyük ölçüde kamusal olarak işletilen hizmetlerin oluşturduğu sistemler (İngiltere). Benzer şekilde, özel sigorta kategorisi hem kâr amaçlı hem de kâr amaçsız -Amerikan Mavi Haç planları gibi- kurumları ve tüm olası yöntem kombinasyonlarında tedarikçilere ödeme yapan sigortacıları içermektedir. Hatta sigortacılar, hizmeti doğrudan sağlaması amacıyla doktorları işe alabilmekte veya hastane işletebilmektedir. Örneğin, ABD’de sağlık sigortası satan Kaiser Sağlık Planı hem kâr amaçsız hem de doğrudan hizmet sağlayıcısıdır. Oysa bunu, özel sigorta alternatifi altına dâhil ettik. Kategorimizi bu şekilde yapılandırarak ödeme ve organizasyon konularını, diğer kontrol düğmelerinin altındaki kararlar olarak ayırdık. Bu anlamda bu kategorilerin genişliği, finansman konusunda kararlar verildikten sonra bile, finansman dışı konularda halen bir dizi seçimin mevcut olduğunu göstermektedir.

Kaynak Tahsisi ve Orantılaşma

Fonlar toplandıktan sonra, bunların nasıl ve kim için kullanılacağı, genellikle kimin, hangi hizmet türlerine erişiminin olduğunun ve bu hizmetin miktarı ve kalitesinin tespit edilmesi önem arz etmektedir. Bir ülkenin buna karşılık, bu ara performans ölçülerini, nasıl gerçekleştirdiği de sağlık sonuçlarını, finansal risk korumasını ve aynı zamanda bir ülkenin sağlık sistemi ve toplam maliyetlerinin tahsis verimliliğini etkilemektedir. Bu bölümde, sağlık sektörü dâhilinde kaynak tahsisini ele alacağız (sektörler arası kaynak tahsisinin daha geniş konuları, burada ele alınamayacak kadar karmaşıktır ve değerlendirme kapsamımızın dışında kalmaktadır).

Kaynakları tahsis etme ihtiyacı, kasvetli bir olgudan kaynaklanmaktadır. İnsanların istekleri, mevcut kaynakları fazlasıyla aşmaktadır. Hükümetler, özel şirketler ve bireysel hane halkları, kıt kaynakları tahsis etme konusunda sancılı seçimler yapmak zorundadır. Diğer arzu edilen mallarla karşılaştırıldığında, sağlık hizmetleri için ne kadar harcama yapmamız gerektiğini seçmeli ve en iyi olası sonuçları elde etmek için, paramızı nasıl harcayacağımız konusunda karar vermeliyiz. Hükümetler, bu seçimleri iki düzeyde yapar. Birincisi, bir sektöre harcama yapmakla diğer sektöre harcama yapmak arasında, bir denge söz konusudur. İkincisi, belli bir sektör dâhilinde bir program ile diğerleri arasında bir denge söz konusudur. Örneğin, temel sağlık hizmetleri için daha fazla para, yatan hastane hizmetleri için daha az para anlamına gelmektedir (Bitran y Aso Cados, 2000).

Ancak tek başına tahsis kararları, “doğru bir şekilde” yapılsa bile, tek başına istenilen sonuçları vermeyecektir. Para tek başına sağlık hizmeti üretmemektedir. Fonların, kompleks üretim süreçleri aracılığıyla sağlık hizmetlerine dönüştürülmesi gerekmektedir. Bunun nasıl olduğu, sistemin teşvik yapılarından, organizasyonel yapılardan ve düzenleyici faaliyetlerden etkilenmektedir. Çok sık bir şekilde, şu argüman öne sürülmektedir. Eğer kaynaklar, uygun şekilde tahsis edilirse sağlık sonuçları geliştirilecektir. Örneğin, 1993 *Dünya Kalkınma Raporu*, sağlığın geliştirilmesi yönünde buna benzer bir yaklaşım benimsemiştir. Her ne kadar hassas kaynak tahsisi, daha iyi sonuçlar elde etmek için, yeterli olmasa da yardımcı olmaktadır. Ancak, bir ülkenin tahsis yapısının hassas olup olmadığını nasıl biliriz? Bu konu, bu bölümün konusunu teşkil etmektedir.

Tanımlar

Birçok durumda, sağlık kaynaklarının tahsisi, çok düzeyli bir süreci temsil etmektedir. Hükümetler, önce, farklı kullanıcı grupları veya kategorileri arasında kaynakları nasıl dağıtacaklarına karar vermektedir -örneğin, bölge veya hastalık türüne göre-. Bu fonlar, daha sonra kurumlara veya bireylere tahsis edilmektedir. Kaynak tahsisine ilişkin ekonomi literatürü, genellikle kaynak tahsisinden tek bir süreçmiş gibi bahsetmektedir. Bu, pazarlar, malları ve hizmetleri doğrudan bireylere tahsis ettiğinde, makul bir işlem olabilir. Ulusal sağlık hizmeti sistemlerinde, sağlık hizmetleri için fonlar, genellikle önce formülle toplumlara ve daha sonra diğer araçlarla kurumlara ve bireylere tahsis edilmektedir. Sağlık sigortası da iki düzeyli bir yaklaşım kullanmaktadır. Fayda paketinin tasarımı, fonları öncelikle hizmet türlerine tahsis etmek için kullanılmaktadır.

Daha sonra, hizmetleri bireylere orantılamak için, diğer araçlar kullanılmaktadır. Bu kitapta, kaynakların bir popülasyon grubu veya seçilen hizmet türleri arasında, nasıl tahsis edildiği konusunda ayrıma gittik -örneğin, temel sağlık ve hastane hizmetleri gibi-. Bu duruma, “*kaynak tahsisi*” adı verdik. Kıt sağlık hizmetlerinin bireylere dağıtılmasına “*orantılama*” adını verdik (Ubel, 2000; Klein, 1993).

Kaynak Tahsisi ve Orantılamanın Alternatif Yolları

Herkes, sağlık hizmeti kaynaklarının tahsis edilmesi ve orantılanması gerektiği konusunda, mutabık kalsa da bunu yapmak için, kullanılması gereken kriterler konusunda çok az mutabakat vardır. Her halükarda, bazı ülkeler, diğerlerine göre kural koyma bakımından daha açıktır. Avrupalılar, genellikle sağlık hizmetlerinin orantılanması hakkında tartışırken (Klein, 1993; Doyal, 1997), ABD neredeyse hiç tartışmamaktadır.

Diğer taraftan, çatışma halindeki değerler, sağlık hizmetlerinin orantılanması için, kullanılacak ilkeler konusunda mutabakata varılmasını zorlaştırmaktadır (Maynard, 1996; Barmum ve Kutzin, 1993). Bunun bir nedeni, *tanımlanabilir* bireyler için, açık orantılama kurallarının yaşam ya da ölüm kararlarını içermesi olabilir. Orantılama kurallarının belirlenmesindeki diğer bir zorluk, kimlerin değerlerinin baskın olacağı konusundaki anlaşmazlıktır. Hastalar, doktorlar, ödeyenler, siyasiler, halk sağlığı uzmanları vs.

Nüfus düzeyinde fonları toplumlara veya hizmet sınıflarına tahsis etmek için, birçok kriter kullanılmıştır. Örneğin, Birleşik Krallık ve Kanada, gelir ve sağlık durumuna dayalı olarak toplumlara fon tahsis etmektedir. Diğer programlar, sonuçlara odaklanmaktadır. Örneğin, Dünya Bankası, sigorta fayda paketlerinde, ilgili maliyet etkililiklerine dayalı olarak sağlık hizmetleri seçimini savunmaktadır.

Fonlar toplum gruplarına veya hizmet türlerine göre tahsis edildiğinde, sağlık hizmetlerinin halen bireylere orantılanması gerekmektedir. Hiçbir ülke, tüm olası ihtiyaçları ve istekleri karşılayacak yeterlilikte sağlık hizmetleri sağlamaya güç yetiremez. Bunun yerine, hizmetin orantılanması -yani kullanımın sınırlandırılması- için, farklı yöntemler kullanılmaktadır. *Fiyat*, sağlık hizmeti orantılaması için kullanılan ortak bir ölçüdür. Ancak, ciddi hakkaniyet etkileri bulunmaktadır. Bir alternatif olarak birçok ülke, seçilmiş bazı sağlık hizmetlerini ücretsiz -veya neredeyse ücretsiz- yaparak sınırlı tedariki orantılamak için, bekleme zamanlarına dayanmaktadır. Birleşik Krallık, bunun iyi bir örneğidir. Hastalıkların isteklerini sıfır fiyat üzerinden karşılamak için, yeterli koruyucu ve temel sağlık hizmetleri üretilmiştir. Ancak, belli pahalı cerrahi ve laboratuvar hizmetleri karşılanmamaktadır. Bu hizmetler, acil durumda olmayan hastaların, hizmet için, uzun bir zaman dilimi beklemesini sağlayarak orantılanmaktadır. Sınırlı sağlık kaynaklarını, bireysel hastalara orantılamak için, diğer araçlar da kullanılabilir. Örneğin -belki de kasti olmayarak-, belli hizmetleri daha az cazip kılıp talebi azaltarak. Bu tür uygulamalar, doktor seçiminin sunulmamasını, sağlık tesislerinde yetersiz imkânların sunulmasını, profesyonel nezaket ve kültürel olarak uygun muamele olmaksızın hizmetin sunulmasını veya hastaların uzun bekleme sürelerine maruz kalmasına neden olan fiziksel elverişliliğin sağlanmamasını içerebilir.

Farklı orantılama yöntemleri, farklı hasta gruplarını farklı etkilemektedir. Örneğin, fiyat orantılaması, yoksul hanelerin sağlık hizmetlerine erişimini zenginlere göre daha fazla engellemektedir. Yetersiz hizmetin genellikle, benzer dağıtım et-

kisi bulunmaktadır. Çünkü, üst gelire sahip olan insanlar, genellikle daha ısrarcıdır veya gayriresmi ödemeler yoluyla erişime sahip olmaktadır. Bir klinikteki bekleme zamanlarının iki mahsup etme etkisi bulunmaktadır. Yüksek maaşlı işçiler, düşük maaşlı işçilere göre daha fazla ödeme kaybetmektedir. Ancak, düşük maaşlılar, sonuçta ortaya çıkan gelir kaybına daha zor tahammül edebilmektedir.

Kaynak Tahsisinin İlkeleri ve Politikası

Bölüm 3'te ele almış olduğumuz etik perspektiflerin çoğu, hükümetlerin temel sağlık hizmetleri ve koruyucu programlara –özellikle yetersiz sağlığa sahip olan gruplar için- öncelik verdiğini göstermektedir. Bu hizmetler, bir nesnel faydacı bakış açısından ele alındığında, genellikle maliyet etkilidir. Ekonomisi kötü durumda olanların sağlık hizmetleri durumunun güçlendirilmesi, eşitlikçi liberal perspektifinden bakıldığında özellikle caziptir. Buna ek olarak, bazı öznel faydacılar, sağlık seçimleri konusunda, bireysel karmaşıklığın sınırlarını bilmektedir. Piyasa başarısızlıklarını düzeltmek ve bireysel kararları geliştirmek için, koruyucu eğitim çabaları ve aşılama için, kamu finansmanını tercih edeceklerdir.

Oysa birçok ülke, oldukça farklı seçim yapmaktadır. Vatandaşlar, kararları kendileri verdiklerinde, genellikle akut hastane hizmeti için ödeme yapma konusunda istekli-lik sergilemektedir –özellikle hayatı tehdit eden hastalıklar durumunda-. Bu durumda, vatandaşlar, hükümetlere, hastane hizmetlerinde destek olarak onları kendi tercihlerinden kurtarma konusunda çağrı yapmaktadır. Bu, temel sağlık ve hastane hizmetleri arasında, kamu kaynaklarının tahsisi bakımından önemli bir zorluğa neden olabilmektedir. Kaynakların, temel sağlık hizmetleri için ödeme yapacak şekilde tahsis edilmesi, sağlık durumunun geliştirilmesi bakımından daha fazla maliyet etkilidir. Ancak, finansal risk koruması sağlamamaktadır. Bu arada, kaynakların, yatan hasta hizmetleri için ödeme yapma amacıyla tahsis edilmesi, genellikle finansal risk koruması sağlamaktadır. Ancak, bu sağlık durumunu geliştirme konusunda daha az maliyet etkilidir. Bu, her ikisi için de ödeme yapma konusunda fon bulamayan düşük ve orta gelirli ülkelerin karşı karşıya kaldığı, en büyük ikilemdir.

Dünya Bankası ve DSÖ, hükümetleri, kamu fonlarını tahsis etme ve sosyal sigorta fayda paketlerini tasarlamak için, maliyet etkililik kriterlerini kullanma konusunda teşvik etmektedir. Ancak, halk açık bir şekilde pahalı tıbbi hizmetlerden finansal risk koruması talep etmekte ve istemektedir. Dolayısıyla birçok ülke, bu uluslararası örgütlerin önerilerini takip etmemiştir. Bunun yerine, ülkeler hem temel sağlık hizmetlerini hem de hastane hizmetlerini finanse etmek için, gerekli kamusal kaynaklara sahip olmadıklarını keşfedince, çoğu hastane hizmetleri için, maliyet etkililik bağlamında haklı bulunamayacak bir düzeyde ödeme yapmaya devam etmeye karar vermektedir. Tablo 8.2, seçilen ülkeler için kamu sağlığı bütçelerinden, hastane hizmetlerine harcanan büyük payı göstermektedir.

Sağlık finansmanı politikasının tasarımı, diğer tüm politika kararları gibi, son derece siyasi bir süreçtir. Bu süreç, sağlık sektöründeki güçlü paydaşlardan etkilenmektedir (bunlar, organize olmuş tıp, işçi birlikleri, sigorta ve ilaç eczacılık endüstrileridir). Her biri, sağlık finansmanı politikasını şekillendirme konusundaki göreceli güçlerini belirleyen -daha önce ele aldığımız gibi- siyasi kaynaklara sahiptir.

TABLO 8.2. Seçilen Ülkelerde Hastanelere Tahsis Edilen Hükümet Bütçesi Payı

ÜLKE	HASTANE PAYI
Bangladeş	%61
Burundi	%66
Çin	%61
Côte D'Ivoire	%46
Etiyopya	%49
Jamaika	%72
Meksika	%58
Filipinler	%71
Somali	%70
Türkiye	%63
Zimbabve	%54
OECD ortalaması	%54

Kaynak: Barnum ve Kutzin, 1993.

Marmor ve Barr (1992) ve Reich (1994) gibi siyaset bilimciler, uzun zamandır siyasetin kimin maliyetleri ödediği ve kimin sağlık hizmetleri aldığı faydaları konusunda, karar verme bakımından siyasetin önemli bir rol oynadığını öne sürmektedir. Yoksul ülkelerde bile, ekonomik ve siyasi elit, genellikle maliyetli ekipmanları -genellikle ithal edilen- kullanan ve kendi ihtiyaçlarına hizmet eden birkaç dünya klasındaki üçüncü basamak hastaneyi desteklemek istemektedir. Bu ülkeler ve bölgesel merkezler için - ki bunlar genellikle eğitim hastaneleridir-, ülkenin genel sağlık bütçesinden büyük bir pay almak yaygın bir durumdur. Ayrıca, en prestijli kurumların, genellikle önemli siyasi bağlantıları ve etkileri vardır. Bunlar, kendi çıkarlarını etkili bir şekilde savunmalarına izin verir.

Kaynak Tahsisi ve Hakkaniyet

Sağlık kazanımları ve finansal risk koruması arasında, tahsis verimliliği bakımından mevcut dengelere ek olarak, birçok hükümet, sağlık finansmanı kararları yoluyla hakkaniyet kazanımları elde etmeye çalışmaktadır. Bu tür hükümetler, yoksul durumda olan ve en fazla sağlık ihtiyacı içinde bulunan, ancak ödeme gücüne sahip olmayanlara maddi destek sağlamaya çalışmaktadır. Bu kazanımları elde etmek için, bir hükümet, kaynaklarını, farklı araçlar yoluyla amaçlanan faydalanicılara hedefleyebilir. Yardımlarını, gelir grubuna, bir topluluğun sağlık ve sosyoekonomik durumuna, hastane koğuşu sınıfına ve hizmet türlerine göre hedefleyebilir. Alternatif olarak bir hükümet, doğrudan yoksul topluluklar, engelliler ve yaşlılar gibi en hassas gruplara ücretsiz -veya ücretsiz yakın- hizmet sağlayabilir.

Yukarıda ele alınmış olan siyasi baskıların bir sonucu olarak uygulamada birçok ülke, sağlık kaynaklarını hakkaniyetli bir şekilde tahsis etmemektedir. Yoksul ve düşük gelirli haneler için, eşit erişim sağlamaya yönelik nominal düzeyde ücretsiz vergi destekli kamu hizmetleri bile, genellikle hakkaniyetli olmayan sonuçlara neden olmaktadır. Özel

olarak, vergi ile finanse edilen sağlık hizmetleri, kentsel orta ve üst sınıflar tarafından uygun olmayan şekilde kullanılabilir.

TABLO 8.3. Seçilen Ülkelerde Halk Sağlığı Harcaması İnsidansı

		Yardım Payı (%)	
		EN YOKSUL ÇEYREK	EN ZENGİN ÇEYREK
Sri Lanka	1979	30	9
Jamaika	1989	30	9
Malezya	1989	29	11
Brezilya	1985	17	42
Mısır	1995	16	24
Kenya	1993	14	24
Vietnam	1992	12	29
Endonezya	1989	12	29
Gana	1992	11	34
Jamaika	1989	30	9
Malezya	1989	29	11

Kaynaklar: Alailima ve Mohideen, 1984, Demery ve arkadaşları, 1995, Grosh, 1994.

Bu özellikle, hastane hizmetinin daha karmaşık biçimleri gibi, maliyetli hizmetler için söz konusudur. İnsidans analizi şunu göstermektedir. Sağlık konusundaki kamu harcamaları, Gana, Endonezya, Vietnam ve Brezilya'da orantısız bir şekilde zenginlerin menfaatine işlemektedir (bk. Tablo 8.3). Hindistan'daki çalışmalar da benzer sonuçları vermiştir.

Halk sağlığı hizmet kaynaklarının bu hakkaniyetsiz dağılımı, sağlık sektöründe, rasyonel kaynak tahsisinin önündeki temel bir zorluğun altını çizmektedir. Halk sağlığı programlarının aksine, kişisel sağlık hizmetleri, belirlenebilir bireylere doğrudan ve acil faydalar sağlamaktadır. Hasta olanların, hizmetlere erişim için, sıkı lobicilik çalışmalarında bulunması beklenebilir. Daha yüksek ekonomik ve sosyal durumu olanlar da kendileri için en değerli faydaları sağlayabilecek becerilere, kaynaklara ve bağlantılara sahip olma eğilimindedir. Bunların kişisel dengeleri, toplum için toplam sağlık faydalarını azami düzeye çıkartmaya çalışan kamu memurlarının istatistiksel hesaplamalarından çok farklı olma eğilimindedir.

Koşullu Rehberlik

Finansman politikası karmaşıktır. Çünkü, sağlık sistemlerinde peşinden koşulan birçok farklı hedef, sancılı dengeleri gerektirmektedir. Bu yüzden, kaçınılmaz olarak finansmana ilişkin kararlar, her bir ülkenin sosyal değerlerine bağlı olacaktır.

Finansman kontrol düğmesi ve beş finansman yöntemine ilişkin değerlendirmemiz, bizi üç ana sonuca götürmektedir. Birincisi, mükemmel bir finansman yöntemi yoktur.

Her bir seçeneğin artıları ve eksileri vardır. Bazıları, özel bir bağlamda diğerlerine göre daha hakkaniyetli, daha uygun veya daha sürdürülebilirdir. Ancak, her zaman dengelemeler olacaktır. İkincisi, bir ülke için optimum seçim, ülkenin belli olgu ve değer konularına nasıl hitap ettiğine bağlı olacaktır. Dikey hakkaniyet ve yeniden dağıtımlı finansman ne kadar önemlidir? Vergileri veya sosyal sigorta katkılarını tahsil etme konusunda, ne düzeyde idari kapasite vardır? Konu toplum finansmanı programlarına geldiğinde, vatandaşlar ne düzeyde olumsuz ya da kendi başına hareket etme eğilimindedir? Üçüncüsü, hangi yöntem kombinasyonu seçilirse seçilsin, ayrıntılar ve uygulama önemlidir. Örneğin, bir sosyal sigorta sisteminin yatay hakkaniyeti, küçük işletmelere nasıl muamele edildiğine bağlıdır. Bölgesel vergilere dayanan bir sistemin dikey hakkaniyeti, oluşturulan bölgeler arası dengeleme mekanizması türüne bağlı olacaktır.

GSYH'lerinin önemli bir yüzdesini sağlık hizmetlerine seferber etmek isteyen ülkeler, tutarlı ve rasyonel bir finansman stratejisi geliştirmelidir. Uygun kombinasyon, her bir ülkenin özel bağlamına dayanmaktadır (buna, sosyal değerleri, ekonomik durumu, endüstri yapısı ve idari kapasiteleri dâhildir). Özel bir bağlamda her bir kaynağın kapasitesi, durumun birçok yerel özelliğine dayanacaktır. Yine de bu, herkesin yaptığı şeyin uygun olduğu anlamına gelmemektedir. Daha iyi ya da daha kötü yapmak mümkündür. Sizin bağlamanız için neyin uygun olduğu konusunda güvenilir çıkarımlara ulaşmak için, uluslararası deneyim ve teorik değerlendirmeyi kullanmak mümkündür. Eğer, finansman kontrol düğmesinin en etkili bir şekilde ayarlanması isteniyorsa bu değerlendirmeler gerekmektedir.

Spesifik Öneriler

Aşağıda, uluslararası deneyime ilişkin yaptığımız değerlendirmemiz; ilgili siyasi ve ekonomik teorilere dayalı bazı spesifik öneriler yer almaktadır:

- Yoksulluk, tek başına temel bir finansal kısıtlama teşkil etmektedir. Yoksul haneler, sağlık hizmetleri için ödeme yapmaya güç yetiremeyebilir. Eğer bunların erişime sahip olması isteniyorsa hükümet, bunları desteklemelidir. Eğer hakkaniyet geliştirilmek isteniyorsa bu durumda, kamu harcaması yoksulları hedef almalıdır (ki şu anda çoğu düşük ve orta gelirli ülkede, durum böyle değildir).
- Dünyanın kırsal alanlarda yaşayan iki milyar yoksul halkı için, eğer özel cipten harcama, kesin olarak önceden ödemeli toplum finansmanı programları ile değiştirilmek isteniyorsa birçok hedef geliştirilmelidir. Bu tür programlar, mevcut harcamayı çok daha verimli ve etkili bir şekilde kullanabilir. Sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirebilir ve fazla tıbbi harcamalara bağlı olan yoksullaşmayı azaltmak için, risklerin bazılarını havuzlayabilir.
- Bazı ülkelerde kullanıcı ücretleri, kamusal imkânlar için ilave fonlar üretmiş; kullanıcıların, önceden ücretsiz olan hizmetleri kullanımları konusunda daha dikkatli olmalarını sağlamıştır. Ancak, birçok kullanıcı ücret programı, yüksek idari maliyetler nedeniyle sağlık hizmetleri için, net ilave fon üretmemiştir. İlave fonlar üretildiğinde de bunlar, hastaların istediği daha iyi hizmetleri sonuç vermeyebilmiştir. Dahası, birçok kullanıcı ücreti sistemi, her ne kadar genel-

likle bu potansiyel sorunu çözmeye yönelik tasarlanmış olsalar da halk sağlığı hizmetlerine, yoksulların erişimini sağlama konusunda başarılı olmamıştır. Kısaca, kullanıcı ücreti sistemleri, istenilen sonuçları verebilmesi için, dikkatli bir şekilde tasarlanmalı ve yeterli düzeyde idare edilmelidir.

- Para yetirilebilir olduğu ölçüde, sosyal sigorta programlarının etkili risk koruması sağlama bakımından büyük potansiyeli bulunmaktadır. Düşük gelirli ülkelerde, bu programlar muhtemelen resmi sektörde çalışanlarla sınırlı kalmaktadır. Ulusal gelir arttıkça, hükümetler, genel vergi gelirlerinden yardım sağlayarak bu kapsamı genişletebilir. Yüksek gelirli ülkelerde, zorunlu evrensel sistemler maliyet etkili olma eğilimindedir.
- Özel sigortanın idari maliyetleri yüksektir ve risk havuzlamasını azaltma eğilimindedir. Hakkaniyet bakış açısından bakıldığında, eğer, aksi takdirde kapsamda olmayan hizmetleri kapsama almak ve daha üst düzeyde hizmet kalitesi sağlamak yönünde tamamlayıcı bir rol -sosyal sigorta için- üstlenirse olumsuz etkiler en aza indirilebilir. Yüksek gelirli ülkelerde, yüksek gelirli bireyler, genellikle bu tür bir kapsamı talep etme eğilimindedir. Çünkü, kamusal düzenlemelerin tipik olarak sağladığından daha iyi hizmet istemektedirler.
- Eğer bir ülke, sağlık durumunu en üst düzeye çıkartmak için, kaynak tahsisinin maliyet etkili bir yapısına sahip olmayı istiyorsa temel halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri, genellikle vergi tarafından desteklenmelidir. Tahsis verimliliği bakış açısından bakıldığında, cepten ödeme veya sigorta programları, bu hizmetleri yetersiz sağlamaktadır.
- Bu gözlemler bizi, farklı gelir düzeylerindeki ülkeler için, uygun finansman stratejisi hakkında bir görüş sahibi yapmaktadır.

Düşük Gelirli Ülkeler: Resmi sektör için sosyal sigorta; kırsal alanlarda toplum finansmanı –genel gelirden orta düzeyde yardım alarak-; yoksullar için kamu hizmetleri; devlet hastanesi hizmetleri için kullanıcı ücretleri; düşük gelirliilerin muaf tutulması -tabi eğer bunlar uygun şekilde uygulanabilirse-.

Orta Gelirli Ülkeler: Genel olarak benzer bir strateji, ancak sosyal sigorta sisteminin genişletilmesi ve toplum finansmanının ikinci basamak hizmetleri kapsayacak şekilde genişletilmesi için daha fazla devlet desteği. Kamu hizmetlerinin, yoksulların erişebileceği bir şekilde yeniden organize edilmesi gerekmektedir.

Yüksek Gelirli Ülkeler: Düşük gelirli gruplara, genel vergi geliri desteği sunan evrensel sosyal sigorta önerilmektedir. Üst gelirli gruplar için, özel sigortanın önemli bir rolü olabilir.

Finansman ve Hakkaniyet

Hakkaniyet, tüm finansman seçeneklerine ilişkin tartışmamızın bir konusu olmaya devam etmektedir. Kullanıcı ücretleri, özel sigorta ve toplum finansmanına ilişkin çıkarımlarımız, kısmen hakkaniyet endişelerimizden kaynaklanmaktadır. Aynı şekilde, kaynak tahsisinin adalet yönlerine ilişkin ele aldığımız tartışma da böyledir.

Eşitlikçi bakış açısından bakıldığında, anahtar çıkış noktası, insanların iyi oluş hali için, temel bir sağlık düzeyinin gerekli olduğudur. Öğrenme, çalışma, potansiyelimize

ulaşma ve yaşamdan zevk alma kabiliyetimiz, kısmen sağlığınıza dayanmaktadır. Bu yüzden, adil ve eşitlikçi bir toplum, herkesin, rahatsızlıklardan kurtulmak ve belli bir işlev düzeyine ulaşmak için, ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine erişim sahibi olmasını sağlamak için, yeterli finansman sağlamalıdır. Hükümetler, zengin fakir her vatandaşın uygun bir hizmet düzeyine ulaşmasını sağlamak için, gerekli fonları seferber etmek amacıyla sorumluluk üstlenmelidir.

Tabi ki diğer bakış açılarının olduğunun da farkındayız. Örneğin, nesnel faydacılar, vatandaşların sağlık hizmetleri veya diğer herhangi bir konuda pozitif haklarının olduğuna inanmamaktadır. Nesnel faydacı ilkelere dayalı olarak işleyen bir toplum, gerçek gelişmiş bir iyi oluş halinin, ekonomik büyümenin en üst düzeye çıkartılması ile elde edilebileceğine makul olarak karar verebilir. Böyle bir hükümet, sadece bu ekonomik büyümeye en fazla katkı sağlayan sağlık hizmetleri için finansman sağlayacaktır. Sağlık hizmetlerine eşit erişim ve eşit sağlık durumu bir öncelik olmayacaktır.

Bölüm 3 ve 5'te etik ve performans kriterleri konularında tartıştığımız gibi, her bir ülke, kendi hakkaniyet pozisyonu konusunda ciddi kararlar vermelidir. Bizim savunduğumuz nokta, bu hakkaniyet konularına doğrudan bağlamadan, tutarlı bir finansman ve kaynak tahsisi stratejisinin geliştirilmesinin mümkün olmadığı yönündedir. Uluslararası toplumun yakın zamandaki yoksulluğun azaltılması yönündeki eğilimi, her bir ülkenin karar süreçlerine yeni bir dizi baskı ve fırsat sunmuştur. Ancak sağlık sektörü reformu, bu konu ile açık bir şekilde yüzleşmekten kaçınmaz ve kaçınmamalıdır.

Özet

Özet olarak, sağlık hizmetleri reformunu değerlendiren her ülkenin, sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği konusunda, sistematik bir değerlendirme yapması gerektiğine ve kamusal tartışma için, tutarlı ve gerçekçi bir finansman stratejisi hazırlaması gerektiğine inanıyoruz. Strateji, kaçınılmaz olarak farklı popülasyon gruplarından gelen fonları seferber etmek için, finansman yöntemlerinin bir kombinasyonunu kullanacaktır. Bizim görüşümüze göre, eğer toplum, sağlık durumunu geliştirmek için, erişim hakkaniyeti ve maliyet etkili kaynak tahsisini desteklemeyi amaçlıyorsa, strateji, yukarıda ele alınmış olan önceki uluslararası deneyimlerden çıkartılacak sonuçları hesaba katmalıdır.

Daha sonraki bölümlerde ele alacağımız gibi, eğer herhangi bir finansman stratejisinin başarılı olması isteniyorsa ödeme, organizasyon, düzenleme ve davranış konusunda önemli tamamlayıcı çabaların sarf edilmesi gerekmektedir. Ancak, basit olarak belirtmek gerekirse tek başına daha fazla para toplamak, bunların iyi harcanacağı anlamına gelmez. Hizmet sunum sisteminin nasıl işlediğine dikkat etmeden para toplamaya odaklanmak da çok fazla bir şey ifade etmemektedir.

Son olarak, ülkeler ve siyasi liderleri ve teknik uzmanları, finansal durumları konusunda gerçekçi olmalıdır. Başlangıçta belirttiğimiz gibi, tüm kaynaklar bir yerden gelmektedir. Hepsinin bir "fırsat maliyeti" vardır. Sadece dürüst bir liderlik, ülkelerin, sınırlı kaynaklar gerçeğinin bize yüklediği farklı seçimlerle yüzleşmesine yardımcı olabilir. Gerçek olmayan vaatler veya denetimsiz olarak dar çıkar grubu kazanımlarının peşinde koşma, sadece uzun sürecek çatışma ve vatandaşta düş kırıklığının tohumlarını ekecektir.

Kaynaklar

- Atkinson, Anthony; and Joseph Stiglitz. 1980. *Lectures in Public Economics*. New York: McGraw-Hill.
- Ball, Robert. 2000. *Insuring the Essentials: Bob Ball on Social Security*. New York: The Century Foundation Press.
- Barnum, Howard; and Joseph Kutzin. 1993. *Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, and Financing*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Berman, Peter. 1997. "National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications." *Health Economics* 6(1): 11-30.
- Bitran y Asociados. 1998. *Targeting Public Subsidies for Health*. Washington, DC: Economic Development Institute, World Bank.
- Buchmueller, Thomas C. 2000. "The Health Plan Choices of Retirees Under Managed Competition." *Health Services Research* 35(5): 949-76.
- Creese, Andrew. 1997. "User Fees." *British Medical Journal* 315(7102): 202-3.
- Doyal, Lenh. 1997. "The Rationing Debate: Rationing Within the NHS Should Be Explicit: The Case For." *British Medical Journal* 314(7087): 1114-8.
- Feldstein, Martin. 1995. "The Effect of Marginal Tax Rates on Taxable Income: A Panel Study of the 1986 Tax Reform Act." *Journal of Political Economy* 103(3): 551-72.
- Hsiao, William C. 1995. "Medical Savings Accounts: Lessons from Singapore." *Health Affairs* 14(2): 260-6.
- . 2000. *What Should Macroeconomists Know About Health Care Policy? A Primer*. IMF Working Paper No. 136. Washington, DC: Fiscal Affairs Department, International Monetary Fund.
- Klein, Rudolf. 1993. "Dimensions of Rationing: Who Should Do What?" *British Medical Journal* 307(6899): 309-11.
- Köeck, C. M.; A. Minnick; M. J. Roberts; K. Moore; and N. Scholz. 1998. "Use of Administrative Personnel in Hospitals: A Three-Nation Comparison." *Wiener Klinische Wochenschrift* 110:789-95.
- Lim, Meng-Kin. 1998. "Health Care Systems in Transition II. Singapore, Part I. An Overview of Health Care Systems in Singapore." *Journal of Public Health Medicine* 20(1): 16-22.
- Marmor, Ted; and Michael S. Barr. 1992. "Making Sense of the National Health Care Reform Debate." *Yale Law and Policy Review* 10(2): 228-82.
- Maynard, Alan. 1996. "Rationing Health Care." *British Medical Journal* 313(7071): 1499.
- Meyers, Robert J. 1981. *Social Security*. 2nd edition. Bryn Mawr, PA: McCahan Foundation.
- Musgrave, Richard A.; and Peggy B. Musgrave. 1989. *Public Finance in Theory and Practice*. New York: McGraw-Hill.
- Myles, Gareth D. 1995. *Public Economics*. New York: Cambridge University Press.
- OECD. 2002. *OECD Health Data 2002: A Comparative Analysis of Thirty Countries*. Paris, France: OECD.
- Pauly, Mark V. 1990. "Financing Health Care." *Quarterly Review of Economics and Business*. 30: 63-80.
- Peters, David H.; Abdo S. Yazbeck; Rashmi R. Sharma; G. N. V. Ramana; Lant H. Pritchett; and Adam Wagstaff. 2002. *Better Health Systems for India's Poor: Findings, Analysis, and Options*. Health, Nutrition, and Population Series, Human Development Network.

- Washington, DC: World Bank.
- Preker, Alexander S.; Melitta Jakab; and Markus Schneider. 2002. "Health Financing Reforms in Eastern and Central Europe and the Former Soviet Union." In: Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras, and Joe Kutzin, eds., *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham, England: Open University Press.
- Raffel, M. W., ed. 1984. *Comparative Health Systems: Descriptive Analysis*. University Park, PA: Pennsylvania State University Press.
- Reich, Michael R. 1994. "The Political Economy of Health Transitions in the Third World." In: Lincoln C. Chen, Arthur Kleinman, and Norma C. Ware, eds., *Health and Social Change in International Perspective*. Boston, MA: Harvard School of Public Health.
- Roberts, Marc; and Thomas Bossert, 1998. *Health Care Options for Polish Municipalities: The Implications of International Experience*. Working Paper. Boston, MA: International Health Systems Program, Harvard School of Public Health.
- Rodrik, Dani. 1997. *Has Globalization Gone Too Far?* Washington, DC: Institute of International Economics.
- Roemer, Milton I. 1993. *National Health Systems of the World, Volume 2*. New York: Oxford University Press.
- Saltman, Richard B.; and Josep Figueras, eds. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
- Scheiber, George; and Akiko Maeda. 1997. "A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries." Prepared for the Conference on Innovations in Health Care Financing, March 10-11, Washington, DC.
- Schneider, Friedrich. 2002. *The Size and Development of the Shadow Economies of 22 Transition and 21 OECD Countries*. Discussion Paper No. 514. Bonn, Germany: Institute for the Study of Labor.
- Ubel, Peter A. 2000. *Pricing Life: Why It's Time for Health Care Rationing*. Cambridge, MA: MIT Press.
- World Bank. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- . 1995. *Chile: The Adult Health Policy Challenge*. Washington, DC: World Bank.
- Zelman, Walter A. 1996. *Changing Health Care Marketplace: Private Ventures, Public Interests*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Beş kontrol düğmemizden ikincisi ödeme sistemidir. Daha önceki bölümde, paranın toplanma yollarını ele aldık. Şimdi, bu paranın nasıl ödendiğini tartışmalıyız. Sağlık sektörü için fonları seferber eden tüm kurumlar (hükümetler, sosyal ve özel sigorta planları, toplum finansmanı programları), hangi kurumlara ödeme yapılacağına, bunlara ne için ödeme yapılacağına ve bunlara ne kadar ödeme yapılacağına karar vermelidir. Bu kararlar, sağlık hizmetleri sistemindeki tüm kurumların ve bireylerin eylemlerini etkileyen güçlü teşvikler oluşturmaktadır. Bu bölümde, ödeme programlarının hem alıcılar hem de satıcılar için oluşturduğu ödeme sistemlerine ve bu teşviklerin sağlık sektörü reformunun amaçlarını geliştirmek için nasıl ayarlanabileceğine bakacağız.

Deneyssel kanıtlar tutarlı bir şekilde şunu göstermektedir ki finansal teşvikler, sağlık sektöründe organizasyonel ve bireysel davranış üzerinde en önemli etkilere sahiptir (Cutler ve Zeckhauser 2000). Devletin bireyleri ceza tehdidi “kumpası” ile uyumluluğa zorlama gücüne dayanan düzenlemenin aksine finansal teşvikler, davranış değişikliklerini sağlamak yönünde parasal ödüle dayanmaktadır.

Bu teşviklerin sağlık hizmetleri sistemi üzerinde birçok etkisi bulunmaktadır. Bunlar, hizmetlerin hem miktarını hem de kalitesini etkilemektedir. Yeni teknoloji için daha fazla ödeme yaparsanız, hastaneler MRI makineleri satın almak için kuyruğa girecektir. Bir hastanın kaldığı her gün için hastanelere daha fazla ödeme yaparsanız, kalış süreleri artacaktır. Sezaryen doğum için daha fazla ödeme yaparsanız, bu doğumların oranı artacak ve normal doğum oranı azalacaktır. Doktorları maaşa bağlarsanız,

daha az hasta bakacaklardır. Onlara vizite başı ödeme yaparsanız, daha fazla hasta bakacaklardır. Aslında, Organizasyon konusundaki 10. Bölümde ele alacağımız gibi, ödemenin sistemde hangi sağlayıcı türlerinin mevcut olduğu konusunda büyük bir etkisi vardır. Ayrıca sağlık sisteminin maliyeti üzerinde de doğrudan bir etkisi vardır; çünkü sağlık hizmetleri için toplam harcama, hizmet birimi başına fiyatın, hizmet hacmi ile çarpımının bütün ülke için toplanması ile bulunur.

Ödeme sadece sistemin organizasyonunu etkilemekle kalmamaktadır; bunun tersi de doğrudur. Organizasyon da ödeme seçeneklerini etkilemektedir. Örneğin, finansman kurumları (hükümetler veya sigorta planları), sağlayıcılara (hastaneler ve klinikler) doğrudan sahip olup onları yönettiğinde, hastaneler için global bütçeler veya doktorların maaşa bağlanması gibi belli ödeme yöntemleri açık bir şekilde ilgili hale gelecektir. Finansman kurumları ve sağlayıcılar bağımsız olduğunda ve piyasa koşullarında birbiriyle ilişkide olduklarında, hizmet başı ödeme veya kişi başı ödeme gibi diğer ödeme yöntemleri ilgili hale gelmektedir.

Bu bölümde ele alacağımız tartışma, ödemeye ilişkin politika kararlarının yoğun siyasi yapısının varlığını kabul etmektedir; çünkü bu bağlamda politika kararlarının güçlü etkileri bulunmaktadır. Sonuçta ortaya çıkacak çatışma da devam edici bir nitelikte olacaktır. Bir ödeme yöntemi seçildiğinde, ödeme düzeyine karar verilmelidir. Bu düzey enflasyonu, üretim maliyetlerindeki değişiklikleri, bütçe baskılarını ve diğer faktörleri yansıtacak şekilde ayarlanmalıdır. Bu düzeylerin belirlenmesi, tipik olarak alıcılar ve satıcılar arasında önemli bir çekişme konusu haline gelmektedir. Tedarikçiler ödemelerin- gelirlerini artırmak için -mümkün olduğu kadar yüksek olmasını istemektedir. Diğer taraftan ödeyenler, maliyetlerini düşük tutacak şekilde ödeme düzeylerinin mümkün olduğu kadar düşük olmasını istemektedir.

Ödeme kontrol düşmesine ilişkin bu bölüm, beş bölüm halinde organize edilmiştir. Öncelikle, finansal teşviklerin sağlık sistemi performansını nasıl etkilediğini kısaca açıklayacağız. Bir sonraki bölüm, bir ödeme sistemi tasarlarlarken ele alınacak dört anahtar faktörü tartışmaktadır. Daha sonra temel ödeme yöntemlerini açıklayacak ve analiz edeceğiz. Son olarak, hangi ödeme yöntemlerinin kullanılması gerektiği konusunda reformculara bazı koşullu kılavuz ilkeler sunacağız.

Ödemenin Sonuçlar Üzerindeki Etkisi

Ödeme sistemlerinin teşvik etkileri kısmen, hem talep hem de arz tarafında, ekonomistlerin *ahlaki tehlike* adını verdiği duruma dayanmaktadır (Arrow, 1963; McGuire ve Pauly, 1991). Örneğin, talep tarafında, eğer hastalar, sağlık hizmetleri için ödeme yapmak zorunda değilse, daha fazla miktarda hizmet talep edeceklerdir. Hastaların ödediği fiyat da, hizmeti nerede ve ne zaman talep edeceklerini etkilemektedir. Hiçbir alternatif tedarikçi olmadığı durumlarda bile, yüksek ücretler, hastaların doktorlardan kaçınmasına ve küçük hastalıkları kendilerinin tedavi etmesine yol açabilecektir.

Arz tarafında, ödeme sistemi doktorlardan ve hastanelerden karmaşık cevaplar temin etmektedir. Ödemeden gelen teşvikler, doktorların toplam çalışma saatlerini veya saat başına tedavi edilen hasta sayılarını ve çalışma zamanlarını (kamu sektöründe, özel sektörde veya her ikisinde de) değiştirmesine neden olabilir ve hatta özel bir hastayı nasıl tedavi edecekleri (ör. ameliyat yapıp yapmama gibi) konusunda onları etkileyebilir.

bilir. Ödeme aynı zamanda hastanelerin davranışını da etkilemektedir. Hastanelerin, ödeme değişikliklerine cevap olarak yatış sürelerini, kabul oranlarını ve hizmetlerin miktarını değiştirdikleri bilinmektedir.

Ödemenin hizmet hacmi üzerindeki etkisi, doktorların hizmetleri için oluşacak talebi belirleyebilme güçlerinden kaynaklanmaktadır. Tıbbi bilgileri hastalarının tıbbi bilgilerinden çok üstün olduğu için, doktorlar hastalarına bir sonraki randevuya ne zaman gelecekleri, hangi ilaçları kullanacakları, hangi uzmanları görecekları, hangi laboratuvar testleri veya cerrahi tedavilere başvuracakları konularında öneride bulunarak onların hizmet kullanımını olumlu veya olumsuz yönde değiştirebilir. Sağlayıcılar bu gücü, -ödeme sistemi bağlamında- gelirlerini artırmak, profesyonel pozisyonlarını geliştirmek, iş güçlerini azaltmak veya çıkarları için ne uygunsa onu yapmak için kullanabilir.

Ödemenin, hem alıcıların hem de satıcıların davranışında neden olduğu değişikliklerin, Bölüm 5 ve 6'da ele aldığımız hem ara performans ölçüleri hem de performans hedefleri üzerinde bir etkisi vardır. Örneğin, hastaların ödediği fiyat, kullandıkları hizmetlerin hacmini etkilemektedir. Bu da sonuçta sağlık durumlarını etkilemektedir. Bu hastaların hizmet için cepten ödeme yaptığı ülkelerdeki yoksul halkın neden en kötü sağlık durumuna sahip olduğunu açıklayan bir durumdur (bunun nedeni, ihtiyaç duyulan hizmetler için ödeyecek paralarının olmamasıdır). Alternatif olarak, eğer hizmet ücretsiz olursa, hastalar, maliyet etkili olmayan ilaçlar veya tedavileri talep edebilirler. Burada, hastanın talebinin karşılanması, teknik verimliliği azaltır ve sağlık hizmetleri maliyetlerini artırır. Halk, özellikle maliyetli olduğunda sağlık sistemi açısından “daha az olan”dan memnun hale gelecektir. Bu yüzden, ödeme ve sağlık sektörü performansı arasında birçok bağlantı bulunmaktadır.

Ödemenin hizmet kalitesi üzerindeki etkisi de aynı şekilde önemli olabilir. Eğer *kalite hizmet miktarı* (bk. Bölüm 6) olarak tanımlanıyorsa, bu durumda hizmet için ödeme gibi ödeme sistemleri, miktarı ve dolayısıyla kaliteyi artıracaktır. Bunun tersine, hastanelere kabul başına sabit bir ücret ödemek, bunların; hastaları “daha hızlı ve hasta” bir şekilde taburcu etmesine neden olacaktır. Klinik kaliteyi (beceri ve karar) veya hizmet kalitesini (tesisler, kullanışlılık ve hizmet) etkilemek için ödemenin kullanılması daha zordur. Tıbbi bilgi, genel olarak sınırlıdır ve bu bilginin özel bir duruma uygulanması genellikle oldukça belirsizdir; çünkü hastalar herhangi bir tedaviye çok farklı cevaplar verebilmektedir. Bu, karar vermeye veya sonuçlara dayalı olarak kalite için ödeme yapmayı zorlaştırmaktadır; çünkü bunlar genellikle hem çelişkili hem de tahmin edilemezdir. Ayrıca, hizmet kalitesi büyük ölçüde çok boyutludur. Hizmetin herhangi bir yönünün göreceli önemi -ki buna hastaların kendisi karar vermektedir- bireyden bireye farklılık göstermektedir. Bu yüzden, ödemenin kalite ile bağlantılandırılmasına ilişkin tüm tartışmalara rağmen, bu uygulama halen başlangıç aşamasındadır.

Farklı ödeyiciler için farklı ödeme oranları, hastaların sağlık hizmetlerine erişimi üzerinde önemli etkilere neden olabilmektedir. Örneğin, bazı ülkelerde, aynı hizmet için farklı miktarlar ödeyen birçok farklı sigorta planı bulunmaktadır. Bu yüzden sağlayıcıların, daha düşük oranda ödeme yapan planlar altında sigortalanan hastalara hizmet vermemek için bir nedeni vardır. Hükümetin çalıştırdığı doktorların özel uygulamalar gerçekleştirdiği ülkelerde, bunlar tipik olarak daha yüksek fiyat uygulamaktadır ve düşük gelirli aileler buna parasal güç yetirememektedir. Bu da,

devlet doktorları özel hastalarına daha iyi hizmet verdiğiinde, kamu hizmetlerinde bile erişim bakımından önemli farklılıklar doğurmaktadır.

Hizmete erişim, aynı zamanda farklı hizmetler için ödenen göreceli fiyatlardan da etkilenecektir. Eğer bazı faaliyetler, diğer faaliyetlere göre daha kârlı ise (maliyetlere göre daha yüksek fiyatlar), kârlı hizmetlerin verilme olasılığı yüksek olacaktır. Eğer kişi başı oranlar (maliyetlere ilişkin olarak) bazı hastalar için diğerlerine göre daha yüksek belirlenirse, kâr getirmeyen hastalar, doktorları kendilerini hasta olarak kabul etmeye ikna etmekte zorlanabilir. Bu, Birleşik Devletler'deki Medicaid sigorta programının kapsamında olan yoksul kadınlar ve Bulgaristan'daki azınlık Romen kadınlarında ortak olan bir durumdur. Alman doktorların fiyat değişikliklerine verdiği tepkilere ilişkin yapılan bir araştırma şunu göstermektedir ki kârlılık, ne yaptıklarını belirleyen tek faktör değildir. Hasta bakımından risk de önemlidir. Bu da doktorların mesleki değerleri ile ekonomik faktörlerin bir kesişimini yansıtmaktadır. Ancak göreceli fiyatların teşvik etkileri de bu çalışmada açıktır (Mattke, 2001).

Özetle, fiyatlar ve ödeme düzeyleri, hem tüketiciler hem de sağlayıcılara önemli sinyaller vermektedir. Arz tarafından, ödeme, birçok tedarikçinin piyasaya nasıl girdiğini ve hizmetlerin nasıl üretileceğini etkilemektedir. Talep tarafında, hastalar, neyi satın alacakları ve ne kadar tüketecekleri konusunda, ödemek zorunda oldukları miktara dayalı olarak karar vermektedir. Ödeme, kıt ekonomik kaynakların paylaşılması bakımından anahtar bir mekanizmadır. Sağlık hizmetlerinin üretimini, dağıtımını ve tüketimini, ilaç kullanımını ve sermaye yatırımı yapısını belirler. Bu yüzden ödemeler ve bunların teşvikleri, sağlık sistemi performansını tespit etme bakımından önemli bir rol oynamaktadır.

Tasarım Kararları

Bir ödeme sistemini tasarlariken, sağlık reformcuları, teşviklerin, hem alıcılar hem de satıcıların davranışı üzerindeki güçlü etkilerini akılda tutmalıdır. Hem finansal ödüllerin dağıtımına hem de risk üstlenme düzeylerine dikkat edilmelidir. Göreceli ödeme düzeylerinin düzeltilmesi de sürekli göz önüne alınması gereken bir konudur. Bu bölümde, bir ödeme sisteminin tasarlanması konusunda alınması gereken temel kararlara dikkatimizi yoğunlaştırıyoruz.

Ödeme Yöntemleri

Bir ödeme sistemini tasarlariken önümüze çıkan ilk soru, hangi ödeme yönteminin kullanılacağı sorusudur. Her bir ödeme yönteminin, yöntemin kullandığı ilişkili bir faaliyet birimi vardır, bu Tablo 9.1'de gösterilmektedir. Ödeme için faaliyet birimini seçme tarzımız, sağlık hizmetlerinin tedarikini, verimliliğini ve kalitesini etkilemektedir. Örneğin, belli bir hastalık için testler, ilaçlar ve prosedürler gibi hizmetler, tek bir ödeme birimi şeklinde birleştirildiğinde (örneğin kabul başına veya gün başına gibi), hastanelerin daha az hizmet sağlamak için bir nedeni olabilir. Bu, maliyetleri düşürebilir; ancak aynı zamanda bazı hizmetlerin gereğinden az sağlanma riskini de beraberinde getirir.

Ödeme yöntemi için sekiz seçenek ve bununla ilişkili hizmet birimi Tablo 9.1'de özetlenmektedir. Her bir ödeme yönteminin oluşturduğu teşvikler ve bunların etkileri aşağıda sunulmaktadır.

TABLO 9.1. Doktorlar ve Hastaneler İçin Ödeme Yöntemleri

ÖDEME YÖNTEMİ	ÖDEME BİRİMİ	DOKTORLAR VE DİĞER SAĞLIK ÇALIŞANLARI	HASTANELER VE DİĞER SAĞLAYICI KURUMLAR
Hizmet başı ödeme	Hizmet birimi	X	X
Maaş	Zaman	X	
Maaş artı ikramiye	Zaman artı performans	X	
Kişi başı ödeme	Kayıt olan kişiler	X	X
Günlük	Günler		X
Kabul başına	Kabuller		X
Vaka karışımı	Hastalığın kategorisine		X
ayarlı, kabul	göre kabuller		
Genel bütçe	Bütçe kalemi		X
Global bütçe	Hastane harcaması		X

Ödeme Oranları

Bir ödeme yöntemi seçildiğinde, bir sonraki görev, ödeme oranının veya düzeyinin tespit edilmesidir. Bir ödeme programının sağlık sektörünün performans üzerindeki etkileri, büyük oranda oranların nasıl belirlendiğinden etkilenmektedir. Yüksek oranlar yüksek maliyetlere, gelirlere ve kârlara neden olabilir. Düşük oranlar, arzı azaltabilir veya kaliteyi düşürebilir. Fiili finansman ve ödeme sistemlerinin karmaşıklığını yansıtan bir olgu olarak, çoğu ülke farklı oran belirleme yaklaşımlarının bir karışımını kullanmaktadır. Tipik olarak beş temel teknik arasından seçim yapmaktadırlar: Masraflar, maliyetler, geçmiş uygulama, müzakere ve ihale. Uygulamada bu kararlar hem teknik hem de politik değerlendirmeleri yansıtmaktadır.

En açık ve teknik olarak basit yöntem, sağlayıcılara, gönderilen *masraflara* göre ödeme yapmaktır; çünkü bunların izlenmesi tipik olarak kolaydır. Ekonomistler şunu öne sürmektedir; eğer piyasalar rekabetçi ise bu masraflar üretim maliyetlerini yansıtacaktır. Ayrıca, rekabet, tedarikçilerin bunları mümkün olduğu kadar düşük seviyede tutmasına neden olacaktır. Ancak çoğu sağlık hizmeti piyasası özellikle rekabetçi olmadığı ve farklı piyasa başarısızlıklarından rahatsız olduğu için, bu argümanlar çok fazla zorlayıcı olmayabilmektedir. Bu nedenle, çoğu hükümet veya büyük sosyal sigorta fonu, ödemelerini masraflara dayandırmamaktadır. Ancak bazı durumlarda, özel sigorta masrafları ödemektedir. Belki de bunun nedeni, aksini yapma konusunda teknik kapasite veya ekonomik güce sahip olmamalarıdır. Ayrıca, masrafları ödemek, tedarikçi topluluğu ile aralarındaki çatışmayı da azaltmalarına izin vermektedir.

Ödeme yapanlar masrafları ödediğinde, her bir doktorun veya hastanenin oranını mı kullanacakları yoksa her bir coğrafi alan için tek bir rakam mı kullanacakları konusunda bir seçim yapmaları gerekmektedir. Örneğin, ABD Medicare sistemi, her bir bölgedeki doktor hizmetleri için “olağan ve geleneksel” oranı kullanarak başlamıştır. Aslında, ödeme yapanlar, -maliyetleri kısma umuduyla- piyasalardaki ortalama fiyatın altında bir oranı da kullanabilirler. Bu, ilaç eczacılık ürünleri için bazı ulusal ödeme sistemlerinin -ki bunlara referans fiyatlandırma sistemleri denir- nasıl işlediğini göstermektedir. Bunlara verilecek en aşırı örnek, her bir ilaç grubu için mevcut en düşük fiyatı kullanan Yeni Zelanda’dır (Woodfield, 2001).

Aşırı tedarikçi kârlarını önlemeye yardımcı olmak için tasarlanmış, masrafların açık bir alternatifi de ödeme oranlarının, her bir hizmetin *maliyetine* dayandırılmasıdır. Burada yine her bir sağlayıcının kendi maliyetlerini kullanmayla bir tür bölgesel veya grup ortalaması arasında bir seçim yapılması gerekmektedir.

Maliyete dayalı geri ödemeye yönelik iki büyük itiraz, teknik zorlukları ve teşvik edici etkileri bağlamındadır. Doktorlar ve hastaneler, birçok farklı hizmet sağlamaktadır ve her bir hizmetin maliyetlerini tespit etme konusundaki muhasebe sorunları korkunçtur. İdeal olarak, maliyete dayalı bir sistem, her bir hastanede tekdüzen muhasebe sistemlerini ve aynı zamanda tedavi faaliyetlerini ve hastalık durumlarını sınıflandırmak için tekdüzen kuralları gerektirir. Düşük veya orta gelirli ülkelerdeki çok az hastanenin bu tür pahalı ve kompleks veri sistemleri bulunmaktadır.

Teşvik bakış açısından bakıldığında, maliyete dayalı geri ödeme de bir sorundur; çünkü daha az verimli olan ve daha yüksek maliyetlere sahip olan tedarikçiler daha fazla finansman almaktadır. Bu, maliyetleri artırma yönünde önemli bir teşvik teşkil etmektedir. Maliyete dayalı sistemler genellikle bu olasılığı, sadece “makul” maliyetleri ödeyerek sınırlandırmaya çalışmaktadır. Örneğin, tavan olarak bir tür bölgesel veya grup ortalamasını (artı izin verilen bir varyasyon derecesini) kullanarak bunu yapmaktadırlar.

Maliyetlerin belirlenmesi çok zor olduğu için ve maliyetleri artırmak yönündeki teşviki en aza indirmek için, ülkeler bazen maliyetleri, bir enflasyon faktörüne göre yıllık olarak ayarlanan bir taban yılda kullanmıştır. Aslında bu ayarlama, maliyeti kontrol etme amaçlarına yönelik olarak, genel enflasyon oranının altında tutulabilir (Kanada ve Avustralya’da periyodik olarak yapıldığı gibi).

Maliyetleri kıasmaya çalışmanın diğer bir yolu da, maliyete dayalı oranları geleceğe dönük olarak belirlemektir. Böylelikle geri ödemenin yapılan tüm maliyetleri kapsamaması gerekmez. Bu, hükümete, daha fazla tahmin edilebilirlik imkanı verir ve tedarikçi teşviklerinin -özellikle kullanılan “maliyet” bir tür grup veya bölgesel ortalama ise- verimsiz hale gelmesini azaltır. Aksi takdirde, eğer bu yılın maliyetleri bir sonraki yılın oranları için temel haline gelirse, tedarikçiler bir iki yıllık gecikmeye rağmen maliyetlerini en nihayetinde kurtaracaklarını bilmektedirler.

Oran belirlemeye yönelik üçüncü önemli yaklaşım, *geçmişteki deneyimdir* (bu aynı zamanda tipik olarak yıllık ayarlama faktörü ile değiştirilmektedir). Yine bunun kullanımı da göreceli olarak basittir. Ancak teşvik ve dağıtımçı etkiler, kritik olarak temel yıl oranlarının nasıl belirlendiğine bağlıdır. Örneğin, eğer bunlar tarihsel maliyetlere dayalı olursa, tarihsel olarak verimsiz hastaneler, yetersiz geçmiş performansları için ödüllendirilirler. Böyle bir yaklaşım, aynı zamanda maliyet, teknoloji, kullanım veya tüketici talebindeki değişikliklere cevap verme bakımından da yetersiz donatılmıştır. Bu en sık olarak farklı bütçe sistemleri ile bağlantılı olarak kullanılmaktadır ki burada, mevcut yılın tahsisleri mekanik olarak önceki yılın ödemelerinden türetilmektedir.

Şu ana kadar ele alınan üç yöntemde, oran belirleme süreci göreceli olarak mekaniktir. Bunun aksine bir sonraki iki seçenek daha etkileşimli ve süreç odaklıdır. Bunlar, özellikle hizmet için ödeme yapmaya ilişkin bir sözleşme yaklaşımı bağlamında uygulanabilir (Bunu 10. Bölüm’de ele alıyoruz). Öncelikle, bazı büyük ve karmaşık ödeyiciler, oranları belirlemek için *müzakereyi* kullanmaktadır. Bu konuşmalar, bireysel tedarikçilerle veya Almanya ve Japonya örneğinde olduğu gibi, ödeyenlerle tıp birlikleri ve diğer anahtar paydaşlar arasında -ki bu durumda etkin satıcılar bir kartel

olarak hareket eder- gerçekleşebilir. Bu olasılığı önlemek için, alıcılar genellikle daha sonraki müzakerelerde bir gösterge olarak kullanabilecekleri bir oran belirlemek için düşük maliyetli bir sağlayıcı ile ilişki kurmaya çalışacaktır.

Müzakerenin bir alternatifi de *rekabetçi ihale*dir ki bu da etkileşimlidir. Rekabetçi ihale, teorik olarak teklif sahiplerinin fiili maliyetlerine yakın oranların oluşmasına yol açsa da, sağlayıcılar genellikle bu yaklaşıma şiddetle karşı çıkmaktadır; çünkü bunlar arasında daha az verimli olan kaybedecektir. Ayrıca, rekabetçi ihale, süreç iyi tasarlanmadıkça ve tüm potansiyel teklif sahiplerine uygun bilgiler verilmedikçe, başarılı sonuçlar veremeyebilecektir. Ayrıca, hükümet rekabetçi ihale sürecini yönettiğinde, siyaset devreye girebilir; zira satıcılar süreci kendi avantajlarına olarak manipüle etmeye çalışacaktır.

Bu zorlukların bir sonucu olarak birçok ülke, kendilerinin az sayıda fiyat belirlemesini gerekli kılan ödeme sistemleri bulmaya çalışmıştır. Özel olarak, birçoğu, hizmet için ücret ödeme yönteminden, ayrı kalemlerin sayısının aşırı fazla olması nedeniyle uzaklaşmıştır. Örneğin, ABD'deki sigorta programları ödeme için resmi olarak 9000'den fazla hizmet kalemi kabul etmektedir (AMA, 1994). Bunun aksine olarak, doktor hizmetleri için kişi başı ödeme yöntemi ve hastane hizmetleri için kabul başına ödemeler, birçok daha az sayıda oranın belirlenmesini gerektirir.

Oran belirleme sorunu, kaçınılmaz anlaşmazlıkları çözmek için nesnel bir temel bulma konusundaki zorlukla daha da karmaşık hale gelmektedir. Ekonomistler tipik olarak, örneğin doktorlar için doğru ödeme düzeyinin, arz ve talebi dengeleyecek bir düzey olduğunu savunmaktadır. Ancak sağlık hizmeti piyasaları mükemmel olmadığı için, bu teoremin pratikte uygulanması zordur. Örneğin doktor fazlası olan - tıp eğitiminin ücretsiz olması nedeniyle - ülkelerin durumunu düşünün. Serbest piyasa oranlarının belirlenmesi, doktorların gelirlerinde bir düşüşe neden olacaktır, bu da tedarikçi grubunun kabul edemeyeceği bir durumdur.

Bir seçenek, ödeme oranlarının, mümkün olduğu kadar siyasi etkiden izole edilmiş özerk bir kurum tarafından belirlenmesidir. Oysa bu durumda bile siyasetin her zaman oynayacağı önemli bir rol olacaktır. Bu yüzden, sağlık sektörü reformcularımıza önerimiz, bir plan seçmeden *önce* uygulama ve politika konusunda düşünmeleridir. Önerilen ödeme programını uygulamak için teknik beceri ve siyasi desteğiniz olacak mı? Uzun vadede, siyasi olarak çelişkili bir yöntemin kullanılması zordur, çünkü paydaşlar bunun işleyişini alt üst edecektir.

Ödeme Yöntemleri ve Tedarikçi Teşvikleri

Bu bölümde, ödeme sistemlerinin, sağlık hizmetleri tedarikçileri ve hastaları için oluşturduğu teşvik yapılarını ele alacağız. Dünya çapında yaygın olarak kullanılan her bir ödeme yöntemini sunacak ve her bir yöntemin tedarikçi organizasyonlarının ve sağlık çalışanlarının davranışını nasıl etkilediğini özetleyeceğiz. Her bir yöntemin sağlık hizmetlerinin, teknik verimliliğini ve kalitesini nasıl etkilediğini inceleyecek ve bu teşviklerin gücüne ilişkin yakın zamanda edinilen deneysel kanıtları özetleyeceğiz. Bir sonraki bölümde, hastaları etkileyen finansal teşvikler için de aynısını yapacağız.

Yukarıdaki Tablo 9.1'de sunulan sekiz ödeme yöntemi için teşvik yapısını analiz ediyoruz. Uygulamada, toplumlar çok nadir olarak sadece bir ödeme yöntemi kullanırlar.

Bunun yerine, ödeme sistemi; iki veya daha fazla biçim birleştirilerek özel bir duruma göre ve spesifik sağlık hizmetleri sisteminin gereksinimlerine göre ayarlanır.

Bu tartışmada, ödeme sistemlerinin, ödeyenler ve tedarikçiler arasında farklı finansal risk türlerini nasıl oluşturdukları ve bunları nasıl paylaştırdıklarını akılda tutmalıyız. Örneğin, eğer doktorlara kişi başı temelde ödeme yapılırsa (kaydolan her hasta için sabit bir ücret), hastalar beklenenden daha hasta ise bu riski üstlenirler. Bunun aksine, doktorlara hizmet için ödeme sistemi ile ödeme yapıldığında, ödeyen bu riski üstlenir.

Doktorlar ve Diğer Sağlık Çalışanları İçin Ödeme Yöntemleri

Geçen on yıl boyunca, sağlık hizmetleri organizasyonunda finansal teşviklerin rolü konusuna duyulan ilgi artmıştır. Diğer endüstrilerden etkilenen sağlık hizmetleri yöneticileri, doktorlar tarafından daha fazla maliyet azaltıcı davranışa neden olmak için finansal teşvikler tasarlamıştır. (Ancak bu finansal teşvikler genellikle diğer mesleki ve yasal kısıtlamaların aksine işlemektedir.) Organizasyonel teori ve sağlık hizmetleri konusunda yakın zamanda yapılan araştırmalar, bu tür teşviklerin tasarımında şu üç faktörün önemini vurgulamıştır: yakınlık, yoğunluk ve etkileşim (Harshbarger, 1999).

Yakınlık, bir doktorun bir hasta için verdiği kararlarla ekonomik ödülleri arasındaki bağlantının ne kadar doğrudan olduğu ile ilişkilidir. Örneğin kişi başı ödeme yüksek yakınlığa sahip bir teşvik yapısıdır. Doktorların gelirleri doğrudan tıp uygulamaları ile bağlantılıdır. *Yoğunluk*, bireysel doktorun yüz yüze kaldığı teşviklerin büyüklüğünü ifade etmektedir. Örneğin, kişi başı ödeme oranına dahil olan hizmetlerin kapsamı ne kadar geniş olursa, doktor için azami kazanç veya kayıp potansiyeli de o kadar fazla olacaktır. (Pearson ve arkadaşları, 1998). Son faktör olan *etkileşim*, doktorlar arasındaki davranışsal dinamiği ifade etmektedir. “Ödemelerim ne ölçüde diğerlerinin kararlarına bağlıdır?”

Hizmet Başı Ödeme (FFS)

Bu düzenlemede, ödeme birimi, bireysel vizitelerden veya enjeksiyonlar, laboratuvar testleri ve röntgenler gibi klinik faaliyetlerden oluşur. Bu ödeme yöntemi, sağlayıcılara, daha fazla hizmet gerçekleştirme yönünde bir teşvik verir. Bu, tedarikçinin, daha sağlıklı hastaları seçme konusunda herhangi bir teşvikinin olmadığı -asında bunun aksi doğrudur - tek ödeme yöntemidir. Hizmet başı ödeme sisteminde, tedarikçi tedavi maliyeti için hiçbir risk taşımamaktadır. Ödeyen, sigortacı veya hasta hizmetin maliyetinin tüm riskini taşımaktadır. Teorik olarak, hastaların ve üçüncü taraf ödeyicilerinin, ilave hizmet ihtiyacını sorgulaması ve daha düşük ödeme konusunda müzakere etmesi için bir nedenleri vardır. Ancak gerçekte, hastalar ve üçüncü taraf ödeyiciler, doktorların mesleki gücü nedeniyle çok nadir olarak etkili bir şekilde müzakere yapabilmektedir.

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan birçok ülkedeki çalışmalar, hizmet başı ücrete dayalı ödeme sisteminin, hizmetlerin aşırı kullanımını ve maliyetlerde bir artışı desteklediğini göstermiştir (Bamum ve arkadaşları, 1995). Tayland'da iki tedarikçi ödeme yöntemi (hizmet başı ödeme ve kişi başı ödeme) altında kaynak kullanımını karşılaştıran (Yip ve arkadaşları, 2001), ortalama yatış süresi kabul başına ilaç ücretleri ve vaka başına laboratuvar maliyetlerinde önemli farklılıklar bulmuştur. Hizmet başı ödeme altında, tedarikçiler tarafından kaynak kullanımı tutarlı bir şekilde daha fazla idi.

ABD’de yapılan bir çalışma (Krawelski ve arkadaşları, 2000) benzer sonuçları vermiştir. Kişi başı ödemesinin uygulandığı tıp grubu uygulamalarında, ödemenin hizmet başı ödeme tarafından yapıldığı uygulamalara göre maliyet önemli düzeyde düşüktü.

Her ne kadar hem teori hem de kanıtlar, hizmet başı ödemenin ödeme yöntemlerinin maliyeti artırma etkisine işaret ediyor olsa da bu yöntem, halen gelişmekte olan ülkelerde özel sektör hastaneleri ve bireysel uygulayıcılara ödeme yapmak için geniş kapsamlı olarak kullanılmaktadır. Bu, gelişmekte olan ülkelerdeki birçok hükümetin, özel sektör tedarikçilerine karşı olumlu bir ihmal etme pozisyon almasıyla açıklanabilir. Bu yüzden, tedarikçiler kendi ödeme birimlerini ve düzeylerini belirlemekte ve hizmet başı ödemeyi seçmektedir; çünkü bu en kolay, en kârlı ve en esnek yöntemdir.

Kişi Başı Ödeme

Kişi başı ödeme altında, ödeme birimi, kişi başı temelli olarak tanımlanmaktadır. Bir kişinin, bir ay veya bir yıl gibi bir süre zarfında kullanabileceği tüm hizmetler için ödeme yapmak amacıyla bir ödeme belirlenmektedir. En yaygın kişi başı ödeme, hastalığın gerektirdiği veya hastaya verilen hizmetlerden bağımsız olarak, söz konusu ay için pratisyen hekime kayıtlı olan her bir hasta başına hekime ödenen sabit bir orandır. Bu ödeme, hastanın yaşı, cinsiyeti ve sağlık durumuna göre değişebilir. Kişi başı ödeme, temel sağlık hizmetleri (pratisyen hekimler için kişi başı), uzmanlık hizmetleri (çok uzmanlıklı klinikler için kişi başı) ve yatan hasta hizmetleri (hastaneler için kişi başı) için ödeme yapmak amacıyla kullanılmıştır. Ayrıca temel sağlık, ikinci basamak ve yatan hasta hizmetlerini, tüm hizmetler için sorumluluk üstlenen tek bir kuruma ödenen bir kişi başı oran şeklinde birleştirmek mümkündür.

Kişi başı ödemeler, finansal riskin çoğunluğunu tedarikçilere devretmektedir. Bu riskler, spesifik sözleşme koşulları ve organizasyonel düzenlemelere göre değişmektedir. Örneğin, birçok Kolombiya sigorta planı, temel sağlık hizmetleri için genel pratisyen hekimlerle sözleşme yapmakta ve onlara kişi başı ödeme yapmaktadır. Karşılaştırma bakımından, Tayland’daki sosyal sigorta planları, tüm temel sağlık, uzmanlık ve yatan hasta hizmetleri için hastanelerle sözleşme yapmakta ve onlara kişi başı oran ödemektedir. Hastaneler daha sonra temel sağlık hizmetleri için pratisyen hekimlerle sözleşme yapmakta ve onlara bir kişi başı oran ödemesi yapmaktadır. Kişi başı ödeme yöntemi altındaki teşvikler, kapsanan spesifik hizmetlere göre değişmektedir. Örneğin Tayland’da, hastanelerin finansal olarak borcunu ödeyebilir duruma gelmesi ve yıl sonunda fazla kazanç elde etmek için sadece temel sağlık hizmetleri ve ilaçları değil, aynı zamanda teşhis, uzmanlık ve yatan hasta hizmetlerini de sınırlama yönünde bir teşviki bulunmaktadır.

Birçok çalışma, kişi başı ödeme altındaki teşviklerin nasıl tedarikçi davranışlarını etkilediğini göstermektedir. Iversen ve arkadaşları (2000), kişi başı ödemenin, Norveçli pratisyen hekimlerin sevk kararları üzerindeki etkisini değerlendirdi. Norveç’in, pratisyen hekimlerin sadece temel sağlık hizmetleri için tutulduğu ve kişi başı ödeme aldıkları yeni, deneysel bir ödeme sistemini uygulamaya başlamasından sonra, pratisyen hekimlerden uzmanlara sevk oranında % 42’lik bir artış olduğunu tespit ettiler. Bu düzenleme altında, Norveçli Pratisyen Hekimler hastaları daha sık bir şekilde uzmanlara sevk ettiler, kayıtlı hasta başına ortalama vizite sayısını azalttılar ve kapsamlarındaki kayıtlı hasta sayısını artırdılar. Yakın zamanda yapılan diğer bir çalışmada, Bitran (2001),

artan sağlık hizmetleri maliyetlerine cevap olarak, Arjantin sosyal sigorta planlarının, doğrudan hizmet sunumundan, kişi başı ödeme yoluyla sağlık hizmetleri satın alımına geçiş yaptığını belirlemiştir. 1997 yılında kişi başı ödemeye geçiş yaptıktan sonra, bir sigorta planı, 100 faydalanıcı başına hastanede yatırılma oranı 1997 yılında 2.83'ten, 1998 yılında 2.6'ya düşmüştür.

Kişi başı ödeme altında, tedarikçiler, risk maruziyetlerini en aza indirmek için, *risk seçimi* olarak bilinen bir uygulamayı, sadece sağlıklı ve daha az komplike durumdaki hastaları kabul etmeyi tercih edebilir (Frank ve ark. 1998). Newhouse (1996), ABD'de yönetilen hizmet planlarını incelemiş ve kişi başı ödemelerin, tedarikçileri, kaynak kullanımlarının daha verimli hale gelmesi yönünde teşvik ettiği; ancak aynı zamanda risk seçimi sorunları oluşturduğu sonucuna varmıştır.

Maaş

Bu ödeme birimi, görülen hastaların sayısından, sağlanan hizmetlerin hacminden veya maliyetinden bağımsız olarak, çalışan doktorların işte olduğu bir zaman dilimine dayanmaktadır. Maaşla ödeme alan doktorlar çok az finansal risk taşımaktadır; ancak işte harcadıkları zamanı ve çabayı azaltacak şekilde hareket edebilirler. Gelişmekte olan ülkelerde, işveren, ki bu genelde hükümettir ve finansal riski üstlenmektedir; verimliliği en üst düzeye çıkartmak için, her bir doktordan saat başına belli sayıda hasta görmesini talep edebilir.

Yakın zamanda yapılan bir çalışma, gelişmiş olan ülkelerde maaş ödemeleri ve bunların tedarikçilerin davranışı üzerindeki etkilerine ilişkin yayımlanmış 23 makaleyi incelemiştir (Gosden ve arkadaşları, 1999 ve 2001). Yazarlar, maaş ödemesinin, hizmet başı ödeme ve kişi başı ödeme yöntemleri ile karşılaştırıldığında düşük üretkenlik ile bağlantılı olduğu yönünde kesin olmayan kanıtlar bulmuştur. Özel olarak belirtmek gerekirse, maaş ödemeleri ile 1) hasta başına azalan sayıda hizmet, 2) doktor başına azalan hacimde hasta, 3) daha uzun hasta vizitesi ve 4) hizmet başı ödemeye kıyasla daha fazla koruyucu hizmet düzeyi arasında bir ilişki tespit etmişlerdir. Diğer bir anekdot ile ilgili kanıt, maaş ödemesinin, doktorları cevap verici olmaya teşvik etmediğini göstermektedir: finansal teşvikin olmaması, doktorların, hastalarını ve doktor arkadaşlarının endişelerini karşılama yönündeki hevesliliklerini azaltmaktadır (Harshbarger, 1999).

Maaş Artı İkramiye

Düz bir maaş sisteminin çok az üretkenlik teşviki olduğu için, maaş ödemesini kullanan birçok sağlık hizmetleri kurumu bunu farklı türlerde ikramiyelerle desteklemektedir. Örneğin Çin'de, hastanede çalışan doktorlar, gördükleri hasta sayısına veya reçete yazma ve tahlil yaptırma davranışlarıyla hastane için ürettikleri gelire dayalı olarak ikramiye alabilmektedir. ABD'de, doktorları istihdam eden sağlık planlarında, bireysel üretkenlik, hasta memnuniyeti veya finansal sonuçlar gibi faktörlere dayalı olarak -ister özel bir uygulama için ister bir bütün olarak plan için- birçok farklı ikramiye planı bulunmaktadır.

İkramiye planları, idari maliyet düzeyini artırmaktadır ve endüstri ve sağlık hizmetlerinde *performans başına ödeme* hareketi eleştirilmektedir (Colliver, 2002; Kohn 1999). Her halükarda, dünya çapındaki birçok tedarikçi kurum, maaş temelli sistemlerine bir ikramiye bileşeni eklemektedir.

TABLO 9.2. Doktorlar İçin Ödeme Yöntemleri: Finansal Riskler ve Teşvikler Riski

ÖDEME YÖNTEMİ	Riski Üstlenen		Tedarikçi Teşviki Konuları			
	ÖDEYEN	TEDARİKÇİ	TEDAVİ EDİLEN VEYA KAYITLI HASTA SAYISINI ARTIRMAK	ÜCRETLENDİRİLEBİLİR HİZMET BİRİMİ VEYA KONSÜLTASYON BAŞINA HİZMET SAYISINI AZALTMAK	BİLDİRİLEN CİDDİ HASTALIKLARI ARTIRMAK	DAHA SAĞLIKLI HASTALARI SEÇMEK
Hizmet Başı Ödeme	Tüm risk ödeyen tarafından üstlenilir	Tedarikçi risk üstlenmez	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Maaş	Tüm riski üstlenir	Doktor risk üstlenmez	Hayır	Uygun değil	Uygun değil	Hayır
Maaş ve İkramiye	Maaş kısmı	İkramiye kısmı	Evet	Uygun değil	Uygun değil	Evet
Kişi Başı Ödeme	“Zararı durdurma” tavanının üzerindeki miktar	Belli bir (zararı durdurma) tavanına kadar tüm riskler tedarikçi tarafından üstlenilir	Evet	Uygun değil	Hayır	Evet

Kaynaklar: Hsiao ve arkadaşları, 1999; DSÖ 1993 verileri değiştirilerek, Bodenheimer and Grumbach 1994.

Özet

Doktorlar ve sağlık çalışanları için her ödeme yöntemi, tedarikçiler için özel bir riskler ve teşvikler kümesi teşkil etmektedir. Tablo 9.2’de, ödeme yöntemlerini özetliyoruz ve her bir yöntemin doktor ve ödeyici için nasıl bir finansal ödül veya risk teşkil ettiğini ve doktorların farklı ödeme yöntemlerine muhtemel cevaplarını gösteriyoruz.

Doktorlar İçin Ödeme Yöntemleri: Finansal Riskler ve Teşvikler

Kabul Başına

Hastaneler ve tedarikçi kurumlar için ilk ödeme yöntemi, hizmet birimi olarak kabulü kullanmaktadır. Sağlanan fiili hizmetlerden bağımsız olarak özel bir hastane kalışı sırasındaki tüm hizmetleri kapsayacak şekilde sabit bir miktar ödenmektedir. Bu yöntem, finansal riskin bir bölümünü tedarikçiye devretmektedir. Genel olarak, birleştirilen hizmetlerin sayısı arttıkça, tedarikçilerin üstlendiği risk de artmaktadır. Bu sistemle, hastanelerin teşviki, kalış uzunluğunu ve her hastaya verilen hizmet miktarını azaltmak yönündedir. Kabul başına yöntemi, aynı zamanda hastanelere daha az ciddi hastalıklara sahip olan hastaları seçmek ve hastaneye yatış maliyetleri her bir hasta için alınan ücretten daha az olan hastaları bulabildikleri sürece, mümkün olduğu kadar fazla hasta kabul etmek yönünde bir teşvik sunmaktadır.

Kabul Başına Ayarlanan Vaka Karışımı

Kabul başına ödemedeki bazı eksiklikleri telafi etmek için, vaka karışımı ayarlı ödeme, hastaları, hastalık ve tedavi kategorilerine ayırmakta ve tedavisi daha maliyetli olanlar için daha fazla ödeme yapmaktadır. Bu şekilde, ortalama olarak tedavileri daha maliyetli kategorilerdeki hastalar, hastane için daha fazla gelir üretmektedir. Teşhisle ilgili gruplandırma (DRG) yöntemi, bu tür kabul başına ayarlı vaka karışımı ödeme yapmak için en yaygın kullanılan yaklaşım haline gelmiştir.

Bu tür sistemlerde, hastanelerin, kalış uzunluklarını kısaltmak, daha az hizmet sağlamak ve daha fazla hasta kabul etmek yönünde bir teşviki bulunmaktadır. Bunların aynı zamanda kârlı olan hastalara odaklanma yönünde de bir teşviki bulunmaktadır. Bunlar, göreceli olarak sağlıklı, her bir kategori dahilindeki hastalarla, ortalama olarak ödemelerin hizmet maliyetlerine kıyasla yüksek olduğu sınıflandırmalardaki hastalardır.

Yakın zamanda yapılan ve teşhisle ilgili gruplandırma (DRG) temelli ödemenin İtalya'daki etkisini değerlendiren bir çalışmada, Louis ve arkadaşları (1999), bu ödeme sisteminin uygulamaya konmasından sonra hastane yatış günlerinde % 21,1'lik bir azalma rapor etmiştir. ABD'deki bir başka çalışmada (Gilman 2000), hastanelerin, tedavi etmek için kârlı hastaları seçtiği konusunda kanıt bulunmuştur. Bu bulgular, teşhisle ilgili gruplandırma (DRG) temelli ödemenin etkilerine ilişkin daha önce yapılan bir sentez çalışmasının bulgularıyla tutarlıdır (Ellis ve McGuire, 1993).

Günlük

Günlük temelde ödeme, hastaneler için yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Verilen fiili hizmetlerden veya bunların maliyetlerinden bağımsız olarak hastanede yatış günü başına sabit bir oran ödenmektedir. Gün başına bu sabit oran, hastanelere, maliyetleri azaltmak ve testleri ve prosedürleri azaltma yönünde teşvik sunmaktadır. Hastanenin aynı zamanda hastaları hastanede daha uzun süre tutma yönünde de bir teşviki vardır. Özellikle bunun nedeni, hizmet günlerinin, kalışın sonuna doğru daha az maliyetli olma eğiliminde olmasıdır. Sonuç olarak günlük ödemeler, hastaneleri, daha yüksek yatak işgal oranına sahip olmak ve yatak kapasitelerini genişletmek yönünde teşvik etmektedir. İhtiyatlı ödeyiciler, gereksiz düzeyde uzun hastane kalışlarını kontrol etmek için kullanım değerlendirmelerini gerçekleştirmeyi gerekli görmektedir.

Çalışmalar, günlük ödeme ile ortalama yatış süresi (ALOS) arasında güçlü istatistiksel korelasyon olduğunu göstermiştir. Örneğin, Rodwin ve Okamoto (2000), Japon mercilerinin uyguladığı günlük ödemelerin etkisini incelemiş ve Japonya'da ortalama hastanede yatış süresinin, aynı teşhis kategorileri için ABD'dekinden üç kat daha fazla olduğunu bulmuştur. Apandisit vakasında, Japonya'daki ortalama yatış süresi 9,8 iken, hastanelere genellikle vaka başı ödemenin yapıldığı ABD'de kalış 3 gündür. Benzer şekilde, Slovakya'da, Langenbrunner ve Wiley (1999), ülke çapındaki günlük ödeme sistemi altında çocuk doğumu için 7,5 günlük bir ortalama yatış süresi rapor etmiştir ve bu, ABD'de teşhisle ilgili gruplandırma (DRG) sistemi altında iki gündür.

Genel Bütçe

Bu yaygın kullanılan ödeme yönteminde ödeme birimi, bir organizasyon için bir har-cama kategorisidir (ör. maaş, tedarikler, nakliye, ilaçlar). Bütçelenen miktar, tipik olarak tesisin vaka yükünün, personel sayısının ve geçmiş bütçelerin bir tür karışımına dayanmaktadır. Finansman kurumu (maliye bakanlığı), bütçeyi onayladığında, sağlayıcının -hastane veya klinik- fonları bütçe kategorileri arasında değiştirme konusunda çok az takdir hakkı vardır. Bu tip bir bütçelendirme, hastane müdürlerinin, bütçe ihtiyaçlarını normalden fazla tahmin etmesi ve bütün bütçeyi harcaması yönünde bir teşvik sağlamaktadır. Hastanelerin, daha fazla hasta kabul etme yönünde -söz konusu gösterge bütçe sürecinde önemli bir rol oynamadıkça- çok az teşviki bulunmaktadır. Sonuç genellikle üst düzeyde bir teknik verimsizliktir; özellikle de bu, bütçe kategorilerinin, yöneticilerin kaynakları değişen koşullara göre değiştirmesine izin vermeyecek kadar dar olması durumunda geçerlidir.

Langenbrunner ve Wiley (1999), Doğu Avrupa'da genel bütçe ödeme sistemlerinin etkisini çalışmıştır (bu sistemler şu anda bölgede terk edilmektedir). Şu sonuçlara varmışlardır: 1) Tesis müdürlerinin maliyet konusunda bilinçli ve yenilikçi olması yönünde çok az teşvik bulunmaktadır 2) Tesisler, sağlık hizmetlerini yetersiz temin etme eğilimindedir 3) Sağlık sonuçları ve hasta memnuniyeti konularına çok az dikkat edilmektedir 4) Sabit kaynakların -yani personel ve tesisler- düzeyini azaltmak için hiçbir gerçek teşvik bulunmamaktadır.

Global Bütçe

Bu ödeme yöntemi, önceden her şey dahil bir işletim bütçesi belirlemektedir. Genellikle kurum, belli çıktı hedeflerini karşılamalıdır -örneğin, yatak günü sayısı veya a-yaktan tedavi vizitleri sayısı gibi- aksi takdirde cezaya maruz kalacaktır. Küresel bir bütçe, hizmetleri birleştirmenin en geniş kapsamını temsil etmektedir. Bir yıl boyunca her hasta üzerinde gerçekleştirilen her hizmet, tek bir ödeme şeklinde toplanmaktadır (Ashby ve Grene, 1993).

Bir global bütçe sistemi altında yöneticilerin, üretim hedeflerine ulaşırken harcamalarını kontrol etme yönünde bir teşviki bulunmaktadır; ancak her zaman bu hedeflere ulaşmak için kararları bozma potansiyeli mevcuttur (Bishop ve Wallack, 1996). Örneğin, Alman hastaneleri, global bütçe ödeme sistemi üzerinden işlemektedir ve yatak günleri üretim hedefi olarak belirlenmektedir. Sonuç olarak Almanya, tüm endüstrileşmiş ülkeler arasında en uzun yatış süresine sahip ülkelerden biridir.

Birçok global bütçe sistemi, üretim hedefini aştığında bir hastaneye daha fazla ödeme yapmakta ve hedefe ulaşamadığında hastaneyi cezalandırmaktadır (Fan ve arkadaşları, 1998). Eğer bu tür ödemeler, ortalama maliyetlere dayandırılırsa hastaneler, gün sayısını artırarak kârlarını artırabilir; çünkü marjinal maliyetleri ortalama maliyetlerinin altında olacaktır. Marjinal maliyetlerine dayalı olarak hastanelere ödeme yapılması veya hastanelerin cezalandırılması bu sorunu çözmeye yardımcı olabilir ve bu aslında Alman sisteminin 1990'ların başında nasıl işlediğini göstermektedir.

Tablo 9.3'te, hastaneler için ödeme yöntemlerini, ödeyiciler ve hastaneler için oluşturulan teşvik yapılarını ve hastanelerin farklı ödeme yöntemlerine verdiği olası cevapları özetliyoruz.

TABLO 9.3. Hastaneler İçin Ödeme Yöntemleri: Finansal Riskler ve Teşvikler

Riski Üstlenen			Tedarikçi Teşviki Konuları			
ÖDEME YÖNTEMİ	ÖDEYEN	TEDARİKÇİ	HASTA SAYISINI ARTIRMAK	ÖDEME BİRİMİ BAŞINA HİZMET SAYISINI AZALTMAK	BİLDİRİLEN CİDDİ HASTALIKLARI ARTIRMAK	DAHA SAĞLIKLI HASTALARI SEÇMEK
Hizmet başı ücret	Tüm risk ödeyen tarafından üstlenilir	Tedarikçi risk üstlenmez	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kabul başı ayarlı vaka karışımı (ör. DRG)	Vaka sayısı riski ve vaka ciddiyet sınıflandırması	Belli bir vaka için tedavi maliyeti riski	Evet	Evet	Evet	Evet
Kabul başına	Kabul sayısı riski	Kabul başına hizmet sayısı riski	Evet	Evet	Hayır	Evet
Günlük	Yatış günü sayısı riski	Belli bir gün dahilinde hizmetlerin maliyeti riski	Evet	Evet	Hayır	Hayır
Kişi başı ödeme	“Zararı durdurma” tavanı üstündeki miktar	Belli bir tavana kadar tüm riskler tedarikçi tarafından üstlenilir (zararı durdurma)	Evet	Evet	Uygun değil	Evet
Global bütçe	Ödeyen risk üstlenmez	Tüm risk tedarikçi tarafından üstlenilir	Hayır	Uygun değil	Uygun değil	Evet

Kaynaklar: Hsiao ve arkadaşları, 1999; DSÖ 1993 verilerinden geliştirilerek, Bodenheimer ve Grumbach 1994.

Ödeme Sistemleri ve Hastalar

Ödeme sistemleri, hastaların hizmetler için ne kadar ödemeleri gerektiğini belirleyerek, hem hastaları hem de tedarikçileri etkilemektedir. Değerlendirilmesi gereken iki vaka bulunmaktadır: Hükümetin doğrudan hizmet sistemini işletme süreci ve fiyatlar üzerinde dolaylı olarak hakim olma süreci (ör. operasyonları yoluyla veya sigorta sistemini düzenleyerek). Ancak, hasta teşviklerine ilişkin tüm değerlendirmeler, hizmet için ücret ödemeleri bağlamında ortaya çıkmaktadır; çünkü hastalar tipik olarak hizmet için öncelikle bu yolla ödeme yapmaktadır.

Sağlık hizmeti sistemlerini doğrudan işleten birçok ülke, devlet tesislerinde sağlanan sağlık hizmetlerinin maliyetlerine destek olmak için vergi gelirlerini kullanmaktadır. Bu uygulama, hastaların yüz yüze kaldığı fiyatları azaltmakta, bu da talebin artmasına neden olmaktadır. Son bölümde ele aldığımız gibi sonuç, öznel faydacı bir bakış açısından bakıldığında, tahsis verimsizliği veya “aşırı yük” olabilmektedir. Hastalar, kendileri için değeri, üretim maliyetinden daha düşük olduğunda hizmeti kullanmaktadır; çünkü bu hizmet ücretsizdir. Bu nedenle, bazı ülkeler, uygun olmayan kullanımı azaltmak -ve fazla gelir üretmek- için kamu hizmetleri için kullanıcı ücretleri koymuşlardır.

Ancak birçok nominal olarak ücretsiz kamu sistemi, gerçekte hastalar için ücretsiz değildir. Genellikle tedarikler ve ilaçlar, hastalar tarafından karşılanmalıdır (piyasada onlar tarafından satın alınmalıdır) ve tedarikçiler tarafından farklı birçok rüşvet, imtiyaz ve gayriresmi ödeme beklenebilir. Buna ek olarak, hizmet aramak için gerekli zaman ve seyahat maliyetleri önemli düzeyde olabilmektedir. Bu maliyetlerin tamamı, nominal olarak ücretsiz hizmetin neden olduğu verimlilik bozulmalarının büyüklüğünü azaltabilir.

Hükümetlerin doğrudan geniş kapsamlı kamusal hizmetleri sağlamadığı durumlarda sigortanın mevcudiyeti, hastaların yapmak zorunda olduğu ödemeleri ve dolayısıyla onların teşviklerini ve davranışlarını etkilemektedir. Burada iki etkileşimli fenomen mevcuttur. Birincisi, mevcut tüm sigorta planları, kullanıcıların hastalandıkları zaman ödedikleri ücretleri düşürmektedir. Sonuç olarak, bu tür programlar, doğrudan sağlanan (ve yardım edilen) hizmetle aynı tahsis verimliliği sorunlarına neden olmaktadır.

Buna ek olarak, dünyanın birçok yerinde, sağlık sigortası bireysel temelde satın alınmamakta daha çok vergi destekli sosyal sigorta programları aracılığıyla satın alınmaktadır. Bunlar, tipik olarak önemli bir yeniden dağıtım unsurunu veya genel gelirden çapraz desteği içermektedir. Bu düzenleme, vatandaşları, kendi ceplerinden ödeme durumuna göre çok daha cömert olan bir kapsama doğru teşvik etmektedir. Özel sigortanın satın alınması için hükümet yardımlarının da benzer bir etkisi vardır. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerini sigorta yoluyla finanse eden ülkeler; genellikle tenzili muafiyetler, katkı payları, koasürans (müşterek sigorta) ve ödeme tavanlarını dahil etmektedir. Bu fiyatlandırma programlarının tamamının amacı; hastalar için, uygun olmayan hizmet kullanımlarını azaltma yönünde teşvik oluşturmaya yöneliktir.

Tenzili muafiyetler, sigorta politikası yapılan harcamaları kapsamaya başlamadan önce hastanın yaptığı ödemelerdir. Tenzili muafiyet düzeyi, bireyler veya aileler için belirlenir ve bazen gelir düzeyine dayanmaktadır.

Katkı payları, her bir doktor vizitesi veya hastane günü için hasta tarafından yapılan sabit ödemelerdir.

TABLO 9.4. Farklı Fiyatlandırma Programları Altında Finansal Riskler ve Hasta Teşvikleri

	Riskli Üstlenen		Sağlayıcı Teşviki
	ÖDEYEN (ÖR. SİGORTA VEYA HÜKÜMET)	HASTA	HASTA
Ücretsiz	Tümü	Hiçbiri	Talebi artırır.
Tam kullanıcı ücreti	Yok	Tümü	Talebi azaltır.
Tenzili muafiyet	Tenzili muafiyet üstündeki miktar	Toplam tenzili muafiyete kadarki miktar	Tenzili muafiyet miktarına ulaşana kadar talebi azalt, daha sonra talebi artırır.
Sabit katkı payı vizite başına	Tam masraf eksi katkı payı	Katkı payı	Vizite için talebi azaltır.
Müşterek sigorta (masrafların %'si)	Masrafların $\%(1-X)$	Masrafların $\%X$ 'i	Talebi azaltır (koasürans yüzdesine bağlı olarak).

Kaynak: Hsiao ve arkadaşları, 1999.

Katkı payı, hastaların, maliyetlerinin belli bir yüzdesinden sorumlu olmasını ifade etmektedir.

Ödeme tavanları, bir sigortacının yıl başına; hasta başına ödemekle sorumlu olduğu azami para miktarıdır.

Tablo 9.4, farklı fiyatlandırma programları altındaki hastaları etkileyen finansal risk ve teşviklerin dağılımını özetlemektedir. Tabloda gösterildiği gibi ücretsiz hizmette, sigortacılar tüm riski taşıırken, bunun aksi tam kullanım ücreti durumunda doğrudur. Diğer fayda tasarımları, riski böler ve genellikle hastanın talep ettiği sağlık hizmeti miktarını azaltma eğilimindedir. Tenzili muafiyetler ve katkı payları rutin hizmet üzerinde en büyük etkisi bulunmaktayken, müşterek sigorta ve tavanların daha pahalı hastane hizmetleri üzerinde etkisi olabilmektedir. Özel olarak ödeme tavanları, katastrofik bir hastalık meydana gelirse, hastalar üzerinde önemli bir risk teşkil etmektedir.

Bu fiyat etkilerinin hastalar üzerindeki etkilerinin deneysel öneminin değerlendirilmesi, *talep esnekliğinin* değerlendirilmesini gerektirmektedir. “Talep esnekliği” ifadesi, söz konusu mal veya hizmetin fiyatındaki bir yüzde değişime cevap olarak bir mal veya bir hizmet için olan talepteki yüzde değişimi ifade etmektedir. Ortalama olarak, sağlık hizmetleri için talebin fiyat esnekliği yüksek değildir; bu da bozulmaların ciddi olmayabileceğini göstermektedir. Bir başka ifadeyle, fiyatlardaki değişiklikler, genellikle sağlık hizmetleri için talepte değişikliklerle sonuçlanmamaktadır. Ancak Tablo 9.5’te gösterildiği gibi, gelişmekte olan ülkelerdeki çalışmalar, fiyat esnekliğinin düşük gelirli haneler ve çocuklar için daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu yüzden, kullanıcı ücretlerinin, hizmet, kullanım ve bu grupların iyi oluş halleri üzerinde önemli bir ters etkisi bulunmaktadır.

TABLO 9.5. Sağlık Hizmetleri İçin Talep Esnekliği: Seçilen Sonuçlar

ÇALIŞMAYER				
(YAYIN YILI)	(VERİ YILI)	Sonuçlar		
Jimenez (1989)	Etiyopya (1985)	Genel:	—0.05 ila —0.50	
Jimenez (1989)	Sudan (1985)	Genel:	—0.37	
Yoder (1989)	Svaziland (1985)	Genel:	—0.32	
Gertler &		Kırsal kesim hastaneleri		
Van der Gaag	Côte d'Ivoire	Gelir çeyreği	Yetişkinler	Çocuk
(1989)	(1985)	En düşük	—0.47 ila —1.34	—0.65 ila —2.32
		İkinci	—0.44 ila —1.27	—0.58 ila —1.98
		Üçüncü	—0.41 ila —1.18	—0.49 ila —1.60
		En yüksek	—0.29 ila —0.71	—0.12 ila —0.48
Gertler &		Kırsal kesim hastaneleri		
Van der Gaag	Peru (1985)	Genel:	—0.57 ila —0.50 —0.41 ila —0.81	
(1989)		Gelir Çeyreği	Yetişkinler	Çocuk
		En düşük	—0.57 ila —1.36	—0.67 ila —1.72
		İkinci	—0.38 ila —0.91	—0.48 ila —1.20
		Üçüncü	—0.16 ila —0.37	—0.22 ila —0.54
		En yüksek	—0.01 ila —0.04	—0.03 ila —0.09
Sauerborn et al.	Burkina Faso	Genel:	—0.79	
(1994)	(1985)	Yaş Grupları:		
		<1	—3.64	
		1-14	— 1.73	
		15 +	0.27	
		Gelir Çeyreği		
		En düşük	— 1.44	
		İkinci	— 1.21	
		Üçüncü	— 1.39	
		En yüksek	—0.12	

Kaynak: Reddy, Sanjay ve Vandenmoortele, Jan. Temel Sosyal Hizmetlerin Kullanıcı Finansmanı: Teorik Argümanların ve Deneyisel Kanıtların Değerlendirmesi, Değerlendirme, Politika ve Planlama Ofisi, UNICEF, New York, 1996.

Koşullu Rehberlik

Tablo 9.6, her bir ödeme yönteminin sağlık hizmetleri maliyetleri ve hizmetlerin miktarı ve kalitesi üzerindeki etkisini göstermektedir. Deneyisel çalışmalar, ödeme mekanizmalarının aşağıdakileri de içeren birçok değişken üzerinde ölçülebilir etkileri olduğunu göstermiştir: 1) Hastalara sağlanan tıbbi hizmetlerin türleri, 2) Yazılan ilaçların türleri ve miktarları, 3) Sağlanan hizmetlerin miktarı, 4) Hastanede yatış uzunlukları 5) Ayaktan tedavi edilen hasta oranı 6) Hastalıkların etiketlenmesi ve ciddiyeti 7) Hastaların uzmanlara sevk edilme ve verilen laboratuvar testleri sıklığı.

TABLO 9.6. Finansal Teşviklerin Etkisi

ÖDEME MEKANİZMASI	TIBBİ KARARLAR VE MALİYETLER ÜZERİNDEKİ ETKİ
Hizmet başı ödeme	Tedarikçiler, bu yöntemi destekler; hasta başına hizmet miktarı ve toplam tedarik artar; enflasyonist, fazla tedavi veya ilaçların fazla kullanımına bağlı olarak kalite düşebilir.
Vaka başı	Hastane hizmetlerinin verimliliğini artırır; kabulleri belli düzeyde artırır; kabul başına çok kısa yatış ve testlerin yetersiz kullanımı nedeniyle kalite düşebilir.
Günlük	Hizmet başı ödemeye göre daha az enflasyonist, yatış uzunluğunu önemli düzeyde artırır; gün başına hizmet miktarı azalabilir.
Kişi başı	Gereksiz hizmetleri önemli düzeyde azaltır; verimliliği artırır; hastalar yetersiz tedavi edilebilir; tedarikçiler tarafından risk seçimi yapılabilir.
Global bütçe	Verimliliği artırır; enflasyonist sağlık maliyetlerini kontrol etme konusunda en etkilidir; kalite düşebilir; hacim standardı bütçeye bağlanırsa miktar artabilir.
Maaş	Hastaların fazla tedavisi yönündeki teşviki kaldırır; saat başı çıktı miktarı azalabilir; hizmet kalitesi düşebilir; tedarikçiler hastalarını özel uygulamalarına sevk ederler.

Bu etkiler, ödeme seçiminin, bir sağlık sektörü reformcusu için kritik bir karar olduğunu göstermektedir.

Ödeme Yöntemlerinin Seçilmesi

Bu değerlendirme, hiçbir ödeme yönteminin mükemmel olmadığını vurgulamaktadır (hepsinin hem pozitif hem de negatif özellikleri bulunmaktadır). Ülkeler sağlık sistemi hedefleri ve koşulları bakımından farklılık gösterse de uluslararası deneyimler, okuyucuların bazı koşullu kılavuz ilkeleri akılda tutması gerektiğini belirtmektedir. Burada, ödeme kontrol düğmesine ilişkin beş kritik ders yer almaktadır:

- Ödeme yöntemine ilişkin kararlar, sistemin nasıl organize olduğu bağlamında değerlendirilmelidir; organizasyon ve ödeme birbirlerini tamamlamalıdır.
- Hizmet başı ödeme, sağlık hizmetleri maliyeti artışlarını teşvik eder. Ülkeler, aksini yapma konusunda önemli nedenler olmadığı sürece bu yöntemden kaçınmayı önereceklerdir.
- Maaş artı ikramiye ödeme yöntemi, sadece maaşa dayalı ödeme sisteminden üstündür. Maaş artı ikramiye ödeme yöntemi, sağlık çalışanlarını, üretkenliği artırmak ve hizmet kalitesini geliştirmek yönünde motive edebilir. Bu avantaj, özellikle uzmanlar için geçerlidir; ancak bunların hastaneler veya sigorta programları gibi kurumlar tarafından istihdam edilmesi gerekmektedir.
- Temel sağlık hizmetleri için kişi başı ödeme programı -özellikle aynı toplum içinde rekabet halinde hizmetler bulunduğu- buna destek olabilir.
- Yüksek ve orta gelirli ülkeler için, hastanelere kabul başına ödeme ve basitleştirilmiş

teşhisle ilgili gruplandırma (DRG) ödemesi arzu edilebilir teşvik etkilerine sahiptir; ancak aynı zamanda idari karmaşıklığa da neden olabilmektedir.

Düşük gelirli ülkelerdeki hastaneler için, global bütçeler tercih edilebilir. Bunun nedeni bu bütçelerin daha sınırlı idari şartlarıdır. Özellikle hizmet başı ödeme kullanıldığında, alıcıların kararları üzerinde ödemenin etkisi göz önüne alınarak hangi ölçüde bu çıkarımları ayarlamamız gerekmektedir? Tıbbi hizmetler için talebin fiyat esnekliğinin ortalama değeri yüksek olmadığından, düşük fiyatlardan ekonomik verimlilik kaybı -özellikle alıcıların tipik olarak üstlendiği maliyetler göz önüne alındığında- o kadar önemli değildir. Diğer taraftan, hastaların, talep elastikliği yüksek olduğunda bazı kullanıcı ücretlerini ödemelerini gerekli kılmak, israfı azaltabilir. Örneğin, ilaçları hastalar için ücretsiz hale getirmek, -ilaçların eve alınıp tüketilmemesi olasılığını artırarak- israfı artırabilir. Kullanımı kontrol etmeye yönelik tüm yöntemler arasında -sigorta planları için- tenzili muafiyetler, yönetilmesi en kolay olan yöntemdir. Çünkü sigorta planının binlerce küçük fatura için hastalara geri ödeme yapması gerekmemektedir.

Ödeme Düzeylerinin Belirlenmesi

Ödeme düzeylerinin belirlenmesi, reformcunun, bir dizi karmaşık piyasa ve düzenleyici faktörü değerlendirmesini gerektirmektedir. Eğer ödeme düzeyi çok düşük ayarlanırsa tedarikçiler, hükümet tarafından finanse edilen sigorta programlarını tercih etmeyecek veya hastalara ilave meblağları -kanunun neye izin verdiğiğine bağlı olarak- ücret olarak kesecek veya el altından ödemeleri tercih edecektir. Diğer taraftan, eğer ödeme düzeyleri çok yüksek ayarlanırsa sonuç, daha yüksek primler veya vergiler ve diğer kamusal amaçlar için daha az paranın mevcut olması olacaktır.

Doğru ödeme düzeyinin belirlenmesi ihtilaflı ve hassas bir konudur. Rekabet halinde tedarikçilerin olduğu ve sürecin seçici sözleşme yapma ile birleştirilebildiği durumlarda -ki bunu bir sonraki bölümde ele alacağız- rekabetçi ihale önerilmektedir. Ancak bu koşul mevcut olmayabilir veya tedarikçiler bir grup olarak böyle bir yöntemle karşı direnebilir. Maliyet verilerine dayalı olarak makul bir ödeme düzeyini belirlemeye çalışmak muhtemelen tartışmalı olacaktır; ödeyenler ve tedarikçiler çok nadir olarak ortak bir veri setini tam anlamıyla nesnel olarak kabul edecektir. Olgular konusunda mutabakata vardıklarında bile değer konularında -tedarikçi gelirlerinin sosyal olarak uygun düzeyi- anlaşmazlıkların önemli düzeyde kalma olasılığı vardır.

Ödeme sistemlerinde temel bir gerilim bulunmaktadır: Ödeyenler, ödeme düzeyini mümkün olduğu kadar düşük seviyede tutmayı istemektedir; ancak tedarikçiler seviyeyi mümkün olduğu kadar yükseğe çıkartmak istemektedir. Uluslararası deneyim şunu göstermektedir ki iki taraflı müzakere, belli koşullarda karşılıklı olarak kabul edilebilir sonuçlar verebilmektedir. Ancak, hükümetler dahil olduğunda ve durum siyasi hale geldiğinde, hükümetler muhtemelen kendilerini iyi organize olmuş tedarikçi gruplarından, sağlık hizmeti maaşlarına daha fazla kaynak ayırma yönünde önemli baskı altında bulacaktır. Bu yüzden reformcuların, farklı ödeme sistemlerinin siyasi ve ekonomik sonuçlarını önceden değerlendirmesi -ve kararlarını buna göre vermesi- gerekmektedir.

Ödeme Yöntemleri ve Hakkaniyet

Hastaların kendi faturalarını ödeyip ödememelerine bağlı olarak ödeme, iki farklı yoldan hakkaniyetle bağlantılıdır. Hastalar kendi faturalarını ödemediğinde ödeme sisteminin, farklı hastaların farklı maliyetlerini yansıtmama riski vardır. Bu gibi durumlarda yüksek maliyetli hastalar, ekonomik olarak daha az cazip hale gelebilecektir ve sonuç olarak erişim önünde engellerle karşılaşabileceklerdir. Bu engeller, zarif engellerden açık engellere, kültürel olarak hassas olmayan veya uygun olmayan hizmetlerden doğrudan hizmet sunmayı reddetmeye kadar farklılık göstermektedir. Bu yapının önemli hakkaniyet etkileri söz konusudur. Çünkü daha düşük sosyoekonomik tabakadan ve marjinal sosyal gruplardan gelen hastalar genellikle daha sağlıksızdır; tedavi rejimlerinden daha az şikâyet etmektedir ve ayrıcalıklı arka plandan gelen doktorların bunlarla başa çıkması daha zordur. Bu yüzden, ödeme sistemlerini tasarlarken, reformcuların bu risklerin bilincinde olması gerekmektedir. (Kırsal alanlara hizmet sunma konusunda özel sorunlar -bu endişenin bir ifadesi- Bölüm 10'da ele alınmıştır.)

Marjinal nüfuslar tarafından orantısız bir şekilde kullanılan spesifik hizmetler için ödemeler, maliyetlerine göre daha düşük bir düzeyde belirlendiğinde buna paralel bir konu gündeme gelebilmektedir. Bu uygulama da aynı zamanda tedarikçilerin geri çekilmesine neden olabilmektedir. Yüksek ödeme oranlarına sahip ABD'de bile, belli acil durum hizmetleri ve ruh sağlığı hizmetleri için düşük düzeydeki ödemeler, hastanelerin travma merkezlerini ve psikiyatri koşullarını kapatmasına neden olmuştur. Bu da ciddi hakkaniyet endişelerini artıran erişim sorunlarına yol açmıştır.

Bu iki endişenin ciddiyeti -ödemelerin belli hastalar için ve belli hizmet türleri için çok düşük belirlenmesi- kısmen hizmet sunum sisteminin organizasyonuna bağlıdır. Bölüm 10'da tartıştığımız gibi, iki anahtar özellikle ilgilidir. Birincisi, tedarikçi sektörü ne kadar rekabetçidir? İkincisi, tedarikçiler hangi ölçüde kâr amaçlı ilkelere dayalı olarak organize olmaktadır? Rekabetçi, kâr üreten tedarikçiler fiyat-maliyet marjlarına daha hassas olma eğilimindedir ve bu yüzden hükümetlerin, bu gibi durumlarda hakkaniyete karşı hassas ödeme düzeyleri belirleme konusunda özellikle dikkatli olması gerekmektedir.

Ödeme sistemine dahil bulunan ikinci hakkaniyet endişesi, hastalar kendi faturalarını ödediğinde söz konusu olmaktadır. Talebin fiyat esnekliği, düşük gelirli haneler için önemli düzeyde daha yüksek olduğu için, kullanıcı ücreti programlarının, ihtiyaç temelli muafiyetleri dahil etme -bu tür düzenlemelerin idari maliyetleri ve yolsuzluk potansiyeline rağmen- konusunda güçlü hakkaniyet nedenleri bulunmaktadır. Aynı nedenle, reformcuların özellikle teşvik etmek istediği hizmetler -aşılama ve koruyucu hizmetler gibi- muhtemelen kullanıcı ücretlerine hiç tabi tutulmayacaktır. Bu hizmetler, muhtemelen tedavi hizmetlerine göre tüm gelir grupları için daha yüksek bir talep fiyat esnekliğine sahip olacaktır. Her şeyden öte, seyahat zamanı ve maliyetleri, kaybedilen gelir, rüşvetler, ilaç ve tedarikleri satın alma ihtiyacı göz önüne alındığında, "ücretsiz" hizmetler bile -özellikle yoksul ülkelerdeki yoksul halk için- çok nadir olarak gerçekten ücretsizdir. Aslında, korunmanın büyük bölümü gerçekte rutin tıbbi hizmetler sırasında gerçekleştiği için, kullanıcı ücretlerine gelir temelli muafiyetler, bu hizmetleri dezavantajlı gruplara temin etmenin tek etkili yolu olabilir.

Özet

Ekonomistler bazen, ödeme sistemlerinin teşvik etkilerini fazlaca vurgulamaktadır. Zira ekonomist olmayanlar bunların etkisini hafife almaktadır. Bu bölümde belirttiğimiz gibi, ödeme programlarının sağlık sektörünün performansı üzerindeki etkisi, bunların tedarikçilerin fırsatlarını nasıl etkilediğine ve tedarikçilerin cevaben sergiledikleri değerlere ve tutumlara dayanmaktadır. Bazı doktorlar ve hastaneler, sosyal sorumluluk hissi ile “kâr getirmeyen” hastalar için hizmet sunmaktadır. Dünya çapında profesyonel normlar; doktorların, tedarikçinin neden olduğu talebi oluşturma istekliliğini -farklı ortamlarda farklı derecelerde olsa da- kısıtlamaktadır.

Diğer taraftan, reformcuların ilgilendiği performans boyutlarının tamamı kolayca ve güvenilir bir şekilde ölçülememektedir; bu yüzden tamamı için kolayca ödeme yapılamamaktadır. Sahtekarlık ve dürüst olmama riskleri her zaman mevcuttur. Yine de, ödeme sistemleri, sağlık sektörü reformcularının elinde bulunan en güçlü kontrol düğmelerinden biri olarak kalmaktadır. “Ne ödersen onu alırsın!” ilkesi genellikle her ülkenin sağlık hizmeti sisteminin ekonomisini anlamaya çalışmak için en iyi yerdur. En azından reformcular, öncelik hedefleri ile çatışan teşvikler oluşturan ödeme sistemleri koymama konusunda akıllı olacaklardır.

Kaynaklar

- AMA (American Medical Association). 1994. *Physician's Current Procedural Terminology*. 4th Edition. Chicago: American Medical Association.
- Arrow, Kenneth J. 1963. “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care.” *The American Economic Review* 53: 941-73.
- Ashby, John L.; and Timothy F. Greene. 1993. “Implications of a Global Budget for Facility-Based Health Spending.” *Inquiry* 30: 362-71.
- Barnum, Howard; Joseph Kutzin; and Helen Saxenian. 1995. *Incentives and Provider Payment Methods*. HRO Working Papers No. 51. Washington, DC: Human Resources Development and Operations Policy (HRO), The World Bank, March.
- Bishop, Christine E.; and Stanley S. Wallack. 1996. “National Health Expenditure Limits: The Case for a Global Budget Process.” *Milbank Quarterly* 74: 361-76.
- Bitran, Ricardo. 2001. *Paying Health Providers through Capitation in Argentina, Nicaragua, and Thailand: Output, Spending, Organizational Impact, and Market Structure*. Technical Paper #1. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates.
- Colliver, Victoria. 2002. “Health Care Plans Sign On to Rating System for Doctors.” *San Francisco Chronicle*. January 16, 2002: B1.
- Cutler, David M.; and Richard J. Zeckhauser. 2000. “The Anatomy of Health Insurance.” In: Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse, eds., *Handbook of Health Economics, Volume I*. Amsterdam: Elsevier, 563-643.
- Ellis, Randall P.; and Thomas G. McGuire. 1993. “Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care.” *The Journal of Economic Perspectives* 7: 135-51.
- Fan, C. P.; K. P. Chen; and K. Kan. 1998. “The Design of Payment Systems for Physicians under Global Budget—An Experimental Study.” *Journal of Economic Behavior & Organization* 34:

295-311.

- Frank, Richard G.; Jacob Glazer; and Thomas G. McGuire. 1998. *Measuring Adverse Selection in Managed Health Care*. Working Paper No. 6825. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Gilman, Boyd H. 2000. "Hospital Response to DRG Refinements: The Impact of Multiple Reimbursement Incentives on Inpatient Length of Stay." *Health Economics* 9: 277-94.
- Gosden T.; F. Forland; I. S. Kristiansen; M. Sutton; B. Leese; A. Giuffrida; M. Sergison; and L. Pedersen. 2001. "Impact of Payment Method on Behaviour of Primary Care Physicians: A Systematic Review." *Journal of Health Services & Research Policy* 6: 44-55.
- Gosden T.; L. Pedersen; and D. Torgerson. 1999. "How Should We Pay Doctors? A Systematic Review of Salary Payments and Their Effect on Doctor Behaviour." *Quarterly Journal of Medicine* 92: 47-55.
- Harshbarger, Melanie. 1999. *Note on Physician Compensation and Financial Incentives*. Cambridge, MA: Harvard Business School.
- Hsiao, William; Winnie Yip; et al. 1999. *Improving Hong Kong's Health Care System: Why and For Whom?* Hong Kong: Government Printing Department.
- Iversen, Tor; and Hilde Lurås. 2000. "The Effect of Capitation on GPs' Referral Decisions." *Health Economics* 9: 199-210.
- Kohn, Alfie. 1999. *Punished by Rewards: The Trouble with Gold Stars, Incentive Plans, A's, Praise, and Other Bribes*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Kralewski, J. E.; E. C. Rich; R. Feldman; B. E. Dowd; T. Bernhardt; C. Johnson; W. Gold. 2000. "The Effects of Medical Group Practice and Physician Payment Methods on the Cost of Care." *Health Services Research* 35: 591-613.
- Langenbrunner, John C; and Miriam M. Wiley. 1999. "Paying the Hospital: Payment Policies and Reforms in Eastern Europe and the Former Soviet Union. Issues, Options, Early Results." Washington, DC: World Bank (unpublished draft).
- Louis, D. Z.; E. J. Yuen; M. Braga; A. Cicchetti; C. Rabinowitz; C. Laine; and J. S. Gonnella. 1999. "Impact of a DRG-based Hospital Financial System on Quality and Outcomes of Care in Italy." *Health Services Research* 34: 405-15.
- Matke, Soren. 2001. *The Effect of Financial Incentives and Institutional Arrangements on Provider Behavior*. Doctoral dissertation. Boston, MA: Harvard School of Public Health.
- McGuire, Thomas G.; and Mark V. Pauly. 1991. "Physician Response to Fee Changes with Multiple Payers." *Journal of Health Economics* 10: 385-410.
- Newhouse, Joseph P. 1996. "Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production versus Selection." *Journal of Economic Literature* 34:1236-63.
- Pearson, Steven D.; James E. Sabin; and Ezekiel J. Emanuel. 1998. "Ethical Guidelines for Physician Compensation Based on Capitation." *New England Journal of Medicine* 339: 689-93.
- Rodwin, Marc A; and AtoZ (Etsuji) Okamoto. 2000. "Physicians' Conflicts of Interest in Japan and the United States: Lessons for the United States." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25: 343-75.
- Woodfield, Alan E. 2001. "Reference Pricing: Theory and Evidence from New Zealand." In: Guillem López-Casasnovas and Bengt Jönsson, eds., *Reference Pricing and Pharmaceutical Policy*. Barcelona, Spain: Springer.
- Yip, Winnie C; Siripen Supkankunti; Jiruth Sriratanaban; Wattana S. Janjaroen; and Sathirakorn Pongpanich. 2001. *Impact of Capitation Payment: The Social Security Scheme of Thailand*. Major Applied Research 2, Working Paper 4. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates.

10

Organizasyon

8 ve 9. Bölüm’de, paranın sağlık hizmetleri sistemi için nasıl toplanacağı (finansman) ve bu fonların dağıtılması için alternatif mekanizmaları (ödeme) tartıştık. Şimdi, hükümetin; sağlık hizmetleri sunum sisteminin organizasyonunu nasıl etkileyebileceğini değerlendiriyoruz. Beş kontrol düğmesinin her birinin bir organizasyonel yönü bulunmaktadır. Örneğin, bir sosyal sigorta sistemini nasıl organize etmeliyiz veya tıp topluluğuna doktorların disiplinini sağlama konusunda sorumluluk verilmeli midir? Bu bölümde, sağlık hizmetleri sunumunun organizasyonuna ilişkin daha dar soruna odaklanıyoruz.

“Organizasyon” kelimesini, hem sağlık hizmetleri sisteminin genel yapısını hem de sağlık hizmetlerini sağlayan bireysel kurumları ifade etmek için kullanıyoruz. İkinci anlamda, bir “organizasyon”, farklı malları ve hizmetleri üretmek için tanımlı bir yetki yapısı dahilinde “girdileri” (insanlar, binalar, ekipman) kullanan ayrı bir kurumdur. Bazı sağlık hizmetleri organizasyonları, bu kavrama oldukça yakındır; örneğin bağımsız bir özel hastane. Kendi evinde faaliyette bulunan bir geleneksel şifacı da bu bağlamda bir “organizasyon”dur. Diğer tedarikçiler de gerçek anlamda tanımla ilgili konuları vurgulamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından işletilen temel sağlık hizmetleri bir “organizasyon” mudur veya bu terim bütün ulusal kamu sunum sistemi için mi kullanılmalıdır? Daha iyi veya daha kötü için, birçok özel “organizasyonun” sınırları belirsizdir ve bizim yapacağımız tek şey, ilerledikçe anlamlarımız hakkında net olmaya çalışmaktır.

Organizasyon kontrol düğmesini “uygulamak” isteyen bir reformcunun, sağlık hizmeti sisteminin dört ana özelliğine odaklanması gerekmektedir:

- Sağlık hizmetleri sağlayan organizasyonların karışımı
- Bu organizasyonlar arasında faaliyetlerin bölümü
- Bu organizasyonlar arasındaki ilişkiler ve bunların siyasi ve ekonomik sistemin geri kalanı ile ilişkileri; özellikle mevcut olmaya devam etmek için ihtiyaç duydukları kaynakları nasıl aldıkları
- Bu organizasyonların dahili idari yapıları

Bazı durumlarda hükümet, sistemin bu özelliklerini değiştirmek için doğrudan hareket edebilir: Örneğin, yeni bir toplum sağlığı çalışmacıları sistemi oluşturarak veya hastanelerin, özerkliğini artırmak için hastanelerinin idaresini yeniden organize ederek. Diğer durumlarda, bir hükümet, diğer kontrol düğmeleri aracılığıyla dolaylı olarak hareket edebilir. Örneğin hükümetler, özel hastanelerin kurulmasını kolaylaştırmak için özel yatırımcılara yeni ödemeler sunabilir. Özel tedarikçilerin, aşılama gibi belli hizmetleri sunmasını zorunlu kılmak için düzenlemeyi kullanabilir. 2. Bölüm’de belirtildiği gibi, genellikle kontrol düğmeleri arasında bağlantılar vardır; bunlardan birindeki eylemler, diğerindeki eylemleri gerektirir veya bunları etkiler. Ancak bu bağlantılar, burada özellikle önemlidir; çünkü sağlık hizmetleri organizasyonu birçok farklı türde politika müdahalesinden etkilenir. Aynı zamanda, ödemenin teşvik edici birçok etkisi ve düzenlemenin zorlayıcı etkileri, eğer istenilen sonucu vermesi isteniyorsa organizasyonel değişikliklerin sağlanması veya üretilmesine -özellikle yönetimle ilgili- bağlıdır.

Alternatif Stratejiler

Sağlık hizmetleri sisteminin organizasyonunun bu şekilde anlaşılması, bizi, organizasyon kontrol düğmesini “uygulayan” üç tür müdahaleyi tanımlamaya götürmektedir.

- **“Kim Ne Yapıyor?” Stratejileri:** Birinci müdahale kümesi, yukarıda tanımlanan ilk iki özelliğe odaklanmaktadır. Yani, organizasyon karışımının veya bunlar arasındaki görevlerin bölümünün değiştirilmesi. Bu müdahaleler, sahiplikte kamu-özel karışımındaki veya yeni veya mevcut organizasyonların ölçeği ve kapsamındaki değişikliklerle sonuçlanabilir. Her zaman olduğu gibi, bizim ilgi alanımız, sadece tek başına organizasyonel özellikler değil; bunların sistem performansı üzerindeki etkileridir.
- **Teşvik Stratejileri:** İkinci seçenek, yukarıda belirtilmiş olan üçüncü özellik üzerinden hareket etmektedir (yani, sağlık hizmetleri organizasyonu ve sistemin geri kalanı arasındaki bağlantıların oluşturduğu teşvikler). Bu teşvikleri değiştirmek üzere tasarlanan iki spesifik yaklaşımı ele alacağız: rekabeti artırma yönündeki çabalar ve sağlık hizmetleri sunumunu etkilemek için sözleşmenin kullanılması yönündeki çabalar.
- **Yönetimsel Stratejiler:** Bu müdahaleler, yukarıdaki dördüncü özelliğimizi içermektedir; yani organizasyonun içinde olanları değiştirmek. Hizmet sunum sistemini

devlet işlettiğinde, bu tür değişiklikleri zorunlu kılabilir. Yönetmediği durumda, bu değişiklikleri üretmek için diğer kontrol düğmelerine dayanması gerekmektedir. Kurumsallaşma, toplam kalite yönetimi ve kamu sektörü yönetimini geliştirmeye yönelik çabalar ele alacağımız örneklerdir. Desantralizasyon stratejilerini de bu kategoriye dahil ediyoruz; çünkü bunlar, hükümetin bölümlerinin birbirleri ile ilişki kurma yolundaki değişiklikleri içermektedir. Bunlar büyük birçok uluslu şirketin iç organizasyonundaki değişikliklere benzemektedir.

Daha önceden belirttiğimiz gibi reformcular, bu değişikliklere ulaşmak için farklı *mekanizmalar* benimseyebilir. Örneğin, bir hükümet farklı tedarikçi türleri arasında işlevleri kaydırmak için ödemeyi kullanabilir. Rekabeti artırarak teşvikleri etkilemek (vakıf karıştı politika yoluyla) veya özel hastanelerin yönetiminde değişiklik gerekli kılmak için düzenlemeyi kullanabilir veya devlet hastanelerinde bu değişiklikleri yapmak için doğrudan yetkisini kullanabilir. Ancak, değerlendirdiğimiz müdahaleleri teşkil eden bu mekanizmalar değil; bu mekanizmaların ürettiği organizasyondaki değişikliklerdir.

Sağlık hizmetleri farklı “ön cephe işçileri” tarafından sunulmaktadır: doktorlar, hemşireler, teknisyenler ve hastaları gören, röntgen makinelerini çalıştıran ve aşılama yapan diğerleri. Bu insanların işlerini nasıl yaptıkları nihai olarak sağlık hizmetlerinin nasıl sunulduğunu belirlemektedir. Bu yüzden, organizasyonel değişikliklerin; bu çalışanların yüz yüze kaldığı teşvikleri, fırsatları ve yükümlülükleri ve aynı zamanda bunların becerilerini, tutumlarını ve motivasyonunu nasıl etkilediğine bakmalıyız. Konu, ön cephedeki çalışanların dünyasının özelliklerini belirlemeye geldiğinde yöneticiler, anahtar rolü üstlenmektedir. Çünkü ekipmanları satın alan, işi organize eden ve işçileri işe alan, ödüllendiren ve bazen onlara ilham veren yöneticilerdir.

Çalışanların ve yöneticilerin merkezi rolü, tanımlanmış olduğumuz üç geniş strateji sınıfı arasındaki ilişkileri netleştirmemize izin vermektedir. Teşvik stratejileri, *eğer* organizasyonlara yeterli baskıda bulunulursa performansı artırmak için gerekli olan yönetsel değişiklikleri yapacakları inancına dayanmaktadır. Ayrıca, değişmeyen organizasyonların daralacağı veya öleceği ve adapte olanların hayatta kalıp büyüyeceği konusunda bir Darvinci görüş de bulunmaktadır. Kimin ne yaptığını değiştirmeye yönelik değişiklikler, aynı zamanda işlev kazanan organizasyonların, yüksek kaliteli ve düşük maliyetli hizmet sunma konusunda yönetsel kapasiteye sahip olacağını varsaymaktadır. Bu, özel sektör savunucuların iddia ettiği bir noktadır (Herzlinger, 1999). O zaman, herhangi bir yönetsel olmayan müdahalenin başarılı olabilmesi için, yönetsel düzeyde değişimin gerçekleşmesi gerekmektedir.

Ne yazık ki, önerilen organizasyonel reformların anahtar yönetsel yönleri genellikle belirtilmemektedir. Bu yüzden bunların sonuçlarının tahmin edilmesi zordur. “Kurumsallaşmış” hastanelerin mevcut kamu sisteminden daha düşük maliyeti olacak mıdır? Sağlık merkezlerinin kontrolünün köy düzeyine desantralizasyonu hizmet kalitesini artıracak mıdır? Bir başka deyişle, bu değişiklikler daha yetkin ve sorumlu müdürler olmasını sağlayacak mıdır? Bunlar, himaye ve yolsuzluğu azaltacak mıdır? Bu sorulara verilen cevaplar, reformların nasıl gerçekleştirildiğine bağlı olacaktır. Bu yüzden, bu bölümde konu organizasyonel değişikliğin sistem performansı üzerindeki etkisini tahmin etmeye geldiğinde “şeytanın ayrıntılarda olduğu” konusunda vurgu yapacağız.

Harici teşvikler ve dâhili yönetimdeki değişiklikler, önemli ölçüde birbirlerini tamamlayıcıdır. Yöneticilere teşvik verirken bunun yanında onlara bu teşviklere cevap vermek için ihtiyaç duyacakları becerileri, yetkiyi ve kaynakları vermemek etkili bir hareket olmayacaktır. Bunun tersi de doğrudur. Eğer yöneticilerin bu konuda teşviki yoksa yönetsel yetkinin artırılması hizmetin artırılmasına muhtemelen neden olmayacaktır. Bu nedenledir ki sağlık sektöründe organizasyonel reform konusunda yazan birçok yazar, “tutarlı” değişime ihtiyaç olduğunu görmüştür (Harding ve Preker, 2002). Bunların gözlemlerinin geri planında olan estetik değil, -aynı reform paketi içinde- daha iyisini yapma *kapasitesi* ile daha iyisini yapmanın *nedenlerini* birleştirme ihtiyacıdır.

Bazı reformlar, harici teşviklerle dahili yönetsel değişiklikleri birleştirmektedir (birçok desantralizasyon veya özelleştirme çabası gibi). Ancak, analitik açıklık için, bu tür karışık reform çabalarının farklı yönlerini ayrıca değerlendireceğiz.

Tüm reform çabalarının yönetsel düzeyle bağlantısını vurgulamak için, reformun “Organizasyonel Performansın Altı Anahtarı” adını verdiğimiz anahtarları reformun nasıl etkilediğini tekrar tekrar inceleyeceğiz (bk. Tablo 10.1). Bu altı faktör, organizasyon için teşviklerin neden yöneticiler ve çalışanlara kadar indiğini belirlemektedir. Bunlar aynı zamanda, bu teşviklere cevap verdiklerinde çalışanlar ve yöneticilerin dayandığı beceriler ve tutumlara odaklanmayı önermektedir.

Alternatif Stratejilerin Etkileri

Organizasyon kontrol düğmesindeki değişikliklerle reformcular, neyi başarmayı ummaktadırlar? Bu tür değişiklikler, Bölüm 5 ve 6’da geliştirmiş olduğumuz kategoriler bağlamında sistemin performansını nasıl etkilemektedir?

Erişim ve riskten korunmayı geliştirmek için, reformcular kimin ne yaptığını değiştirebilir. Örneğin, kırsal kesim alanlarında erişim ve hakkaniyeti geliştirmek için birçok ülke, toplum temelli sağlık çalışanlarını geliştirmeye çalışmıştır. Örneğin 1980’lerde Endonezya’da daha dağınık düşük düzeydeki tesislerin -alt merkezler gibi- kırsal kesimdeki yoksullara ulaşma bakımından; daha geniş, daha fazla personeli olan sağlık ocağına sahip kesimlere göre daha etkili olduğu belirlenmiştir (Berman ve arkadaşları, 1987; Berman ve arkadaşları, 1989).

Rekabet gibi teşvik stratejileri maliyetleri düşürebilir (teknik verimliliği artırabilir) ve hizmet kalitesi ve kullanıcı memnuniyetini geliştirebilir. Sözleşme, aynı zamanda verimliliği artırmak ve kaliteyi geliştirmek için de kullanılabilir. Desantralizasyonu savunanlar, benzer etkilere sahip olacağını ummaktadırlar (Bossert, 1998). Yönetsel teşvikler de düşük maliyetler ve daha fazla kalite üretmeye odaklanmaktadır. Eğer bu müdahalelerden herhangi biri işe yararsa, sağlık durumu ve memnuniyet artırılabilir. (Maliyet tasarruflarının daha fazla hizmete ve dolayısıyla sağlık durumu kazanımlarına dönüştürülüp dönüştürülmemesi -veya sağlık dışı faydaları üretmek için kullanılıp kullanılmaması- siyasi sisteme dayanmaktadır.)

Ancak, bu değişikliklerin riskler ve dengelerle birlikte söz konusu olduğunu göreceğiz. Fazla rekabet, tedarikçinin neden olduğu talebe, tahsis verimsizliğine ve sağlık durumu düşüşlerine neden olabilir. Bu aynı zamanda tedarikçileri yoksullara yardım etme konusunda isteksiz kılabilir; böylelikle erişimlerini ve sağlık durumlarını düşürür.

TABLO 10.1. Organizasyon Performansının Altı Anahtarı**Organizasyon İçin Teşvikler**

Organizasyonun hayatta kalmak ve büyümek için ihtiyacı olan kaynakları elde etmek için ne yapması gerekir?

Rakiplerden, kullanıcılardan, düzenleyicilerden, bütçeyi hazırlayanlardan, hibe verenlerden vs. gelecek ne gibi diğer kısıtlama veya fırsatlar bulunmaktadır?

Yöneticiler İçin Teşvikler

Yöneticiler nasıl ödüllendirilmekte veya cezalandırılmaktadır?

Bu, organizasyonun performansı ile nasıl bağlantılıdır?

Hangi raporlama, denetim ve hesap verme sorumluluğu kanalları mevcuttur?

Mevcut organizasyonları dışındaki potansiyel kariyer yolu nedir?

Yöneticilerin Becerileri ve Tutumları

Yöneticiler beceri ve tutum bakımından işlerine ne kazandırmaktadır?

Bunlar eğitim, seçim, öğretim ve iş deneyimi ile nasıl şekillendirilmektedir?

Yöneticiler işlerini nasıl görmektedir?

Sorumluluklarına ilişkin görüşleri nelerdir?

Yöneticilerin Yetkisi

Yöneticiler -hem içte hem de dışta- ürünler, fiyatlar, üretim süreçleri, satın alma, personel vs. konularında ne gibi kararlar verebilir?

İşe alıp işten çıkartabilirler mi?

Yatırım kararları verebilirler mi, strateji seçebilirler mi?

Çalışanlar İçin Teşvikler

Çalışanların aldığı ödüller ne ölçüde performanslarına veya bir bütün olarak organizasyonun performansına göre değişmektedir?

Ödemeyi, istihdamı, terfiyi vs. ne belirlemektedir?

Herhangi bir önemli parasal olmayan teşvikleri bulunmakta mıdır?

Çalışanların Becerileri ve Tutumları

Çalışanlar, beceri ve tutum bakımından işlerine ne kazandırmaktadır?

Bunlar eğitim, seçim, öğretim ve iş deneyimi ile nasıl şekillendirilmektedir?

Çalışanlar, arzu edilebilir bir faaliyet olarak organizasyonun “ürünü” konusunda ne ölçüde kararlıdır?

Benzer şekilde, iyileştirilmiş erişim adına, yoğun bir uzmanlaşmamış tedarikçi ağı üretmek için kimin ne yaptığını değiştirmek teknik kalitenin azalmasına neden olabilir.

Bu stratejilerin “kendi kendine uygulanmadığını” göreceğiz. Kontrolün yerel düzeye incek şekilde desantralize edilmesinin sonuçları, yerel idari ve siyasi kapasiteye dayanacaktır. Sözleşme verimliliği artırmak için değil, siyasi himayeyi dağıtmak için kullanılabilir. Sonuçlardaki “strateji içi” değişiklikler -ki bunlar ayrıntılı tasarım ve

uygulamaya dayanmaktadır- belki de bu kontrol düğmesi için en kapsamlı olanlardır. O zaman, bu bilinçle organizasyon kontrol düğmesini değiştirmek isteyen reformcuların elinde hangi stratejiler vardır?

Kimin Ne Yaptığını Değiştirmek

İlk strateji, organizasyonların karışımını ve görevlerin bunların arasında nasıl bölündüğünü değiştirmektir. Bu değişiklikler, genellikle, insanların organizasyonel reformu değerlendirdiklerinde ilk olarak düşündüğü şeydir. Reformcuların her zaman dikkatli bir şekilde değerlendirmedeği nokta, tedarikçilerin rolünün değiştirilmesinin sağlık sektörü performansını nasıl etkileyeceğidir. Örneğin, yeni ileri teknoloji hizmetlerinin devlet hastaneleri ya da özel girişimciler tarafından verilmesi önemli midir? Temel sağlık hizmetlerinin bağımsız pratisyen hekimler tarafından verilmesi mi (Birleşik Krallık'taki durum gibi) yoksa birden fazla uzmanı olan klinikler tarafından verilmesi mi (yakın zamanda Doğu Avrupa'nın çoğunda olduğu gibi) daha iyidir? Aşılama programları ayrı olarak mı; yoksa genel temel sağlık hizmetleri sisteminin bir parçası olarak mı en iyi şekilde organize edilir? Organizasyonel tasarımın üç genel özelliğine hitap ediyoruz: sahiplik, ölçek ve kapsam. Aynı zamanda kırsal alanlarda hizmet sunmanın özel organizasyonel sorunlarını da tartışıyoruz. Bu bölümde, kimin ne yaptığının değiştirilmesinin, hem arz hem de talep tarafındaki etkiler aracılığıyla performansı etkileyebileceğini akılda tutunuz (örneğin, hizmetlerin maliyeti aracılığıyla ve hizmetin farklı hastalar için çekiciliği aracılığıyla).

Yıllar boyunca, birçok organizasyonel geçici heves ve moda uluslararası sağlık reformu tartışmalarında öne çıkmıştır: İki örnek vermek gerekirse, entegre edilmiş temel sağlık hizmetleri ve kapsamlı üreme sağlığı programları. Sağlık sektörü reformcularını, bu tür stratejilere aşırı odaklanmama konusunda uyarmak isteriz. Genellikle bu tür yeniden organizasyonun, ön cephedeki çalışanların -veya yöneticilerinin- kapasitelerini, teşviklerini veya motivasyonunu değiştirmek yönünde çok az etkisi vardır. Sonuç olarak, bu değişikliklerin performans üzerindeki etkisi, savunucularının umduğundan daha az olabilir. Aslında, yeniden organizasyon kesin olarak çekici gözükebilir; çünkü anlamlı teşvikler veya yönetsel değişiklikler yapma konusundaki zor sorunu *bertaraf etmektedir*. Sağlık bakanlığının organizasyon şemasını veya özel sektördeki aktörlerin karışımını yeniden düzenlemek gibi aldatıcı kolay bir görevin yerini almaktadır.

Özelleştirme

Geniş anlamda savunulan bir organizasyon reformu stratejisi, hizmetlerin özel sektör sağlayıcılarına kaydırılmasını içermektedir. Ancak dünya, hem özel sektörde hem de kamu sektöründe iyi ve kötü performans örnekleri ile doludur. Malezya'da yapılan bir çalışma, özel doktorlar tarafından sunulan koruyucu hizmetlerin kalitesinin devlet kliniklerinde sağlananlara göre daha düşük ve sınırlı olduğunu bulmuştur (Aljunid ve Swi, 1997). Bunun tersine, Gambiya'daki özel misyon tesislerinin daha yüksek kalitede hizmet sağladığı tespit edilmiştir; bu da daha fazla talep ve coğrafi kapsamla sonuçlanmaktadır (Newbrander ve Rosenthal, 1997). Bu yüzden, etkili bir şekilde reform gerçekleştirebilmek için sahipliğin, sağlık hizmeti organizasyonlarının davranışını nasıl etkilediğini daha iyi anlamamız gerekmektedir.

Kamu sektörü ve özel sektör hastaneleri ve klinikleri neden daha farklı davranmaktadır? Altı anahtara tekrar bakınız (Tablo 10.1). Birinci nokta, teşvikleri içermektedir. Özel sektör, büyük ölçüde piyasalara dayanmaktadır. Kâr etmek için rekabetçi satıcıların, makul kalite ve maliyet sunarak kullanıcıları memnun etmesi gerekmektedir. Ancak, ödeme yapamayanlara -yoksullar gibi- hizmet sağlama konusunda ilgileri bulunmamaktadır.

Fonlarını hükümet bütçelerinden alan devlet sektörü organizasyonları, daha fazla hizmet sağlamaya çalışabilir ve kullanıcıların bütçelerini artırmak için hükümet nezdinde lobi çalışmaları yapacağını umar. Alternatif bir “himaye” stratejisi, hükümet üzerinde bir baskı grubu ve siyasi kaynak olarak çalışanlara güvenmeyi içermektedir. Çalışanların kullanıcılara göre belirlenmesi, etkilenmesi ve organize edilmesi daha kolay olduğu için, himaye stratejisi en yaygın yapıdır. Sonuç genellikle fazla personel, yüksek maliyet, işe alma ve satın alma konusunda siyasi katılım ve orta düzeyle yoksulluk düzeyi arasındakilere yönelik kullanıcı hizmetleridir (Osborne ve Gaebler, 1993; Barzelay ve Armajani, 1992).

Aynı zamanda yöneticilerin teşviklerinde kamu-özel farkları da bulunmaktadır. Özel sektör yöneticileri, genellikle tazminatlarının ve istihdamlarının kârlara dayandığını görmektedir. Özel şirketler, yöneticilere, firmanın kârlılığını artırmak için hisse opsiyonları sunabilir. Aslında, bazı yöneticiler sahiplerdir ve kârları doğrudan kazanmaktadır. Bunun aksine kamudaki yöneticiler, genellikle siyasetten veya memuriyetten gelmektedir ve bunlara birkaç performansa dayalı teşvik verilmektedir (Shaw, 1999; Dünya Bankası, 1997).

Kamu yöneticileri, aynı zamanda özel yöneticilere göre daha az otoriteye sahiptir. Kamu yöneticilerinin güçlerini siyasi amaçlar için kullanmasını önlemek için kamu sektöründe genellikle kısıtlayıcı satın alma ve personel sistemleri uygulanmaktadır. Ancak sonuç olarak, bunlar çalışanları için güçlü teşvik sistemleri oluşturamamaktadır. Örneğin Tanzanya ve Zimbabve’de yapılan bir çalışma, özel sektördeki hastane idarecilerinin personel alma ve işten çıkartma ve fonları bütçe kalemleri arasında kaydırma konusunda daha fazla esnekliğe sahip olduğunu ve hükümet yöneticilerinin ise zaman tüketici bürokratik kurallar ve düzenlemelerle bağlı kaldıklarını belirlemiştir (Gilson ve arkadaşları, 1997).

Kamu sektörü ve özel sektör yöneticileri, aynı zamanda becerileri ve değerleri bakımından da farklılık göstermektedir. İyi işletilen özel kurumlar, yönetim işi yapmak için gerekli eğitim, mizaç ve ilgiye sahip olan yöneticileri işe almaktadır. Birçok kamu sektörü sağlık yöneticisi, yönetim eğitimi olmayan ve bir yönetim kariyeri ile özellikle ilgilenmeyen doktorlardır. Bunlar yönetimi “gerçek işlerinden” bir ayrılma olarak görmektedir ve genellikle etkili bir yönetici olma konusunda ne bilmediklerini bilmemektedirler. Örneğin Hindistan’da, sağlık memurları blok veya ilçe düzeyindeki idari pozisyonlara yükseltilmekte ve -özel yönetim eğitimi olmaksızın- uzatmalı çalışanları ve temel sağlık müdahalelerini idare etmeleri beklenmektedir (Martinez ve Marineau, 2002).

Son olarak, kamu sektörü ve özel sektör çalışanları arasında farklılıklar olabilir. Bazı durumlarda, kamu sektörü sosyal hedeflere yönelik daha kararlı iken, özel sektör kendi ekonomik kazanımlarının peşinde olan kişilerle ilgilenmektedir. Diğer taraftan kamu sektörü, güvenli ancak heyecan vermeyen işler sağlayarak, göreceli olarak katı ve risk-

ten kaçınan kişileri çekebilmektedir. Girişimciliği ödüllendiren özel işlerin, belirsizliği ve fırsatı daha uygun bulanları çekmesi daha muhtemeldir.

Aynı zamanda şunu da vurgulamamız gerekir ki, sağlık hizmeti sahiplik seçimleri, klasik kamu-özel ikileminin öne sürdüğünden daha karmaşıktır. Genellikle kâr amaçsız, sivil toplum kuruluşları şeklinde bir “üçüncü yol” vardır. Bu tür STK’ler, genellikle yöneticiler için teşviklerle yöneticilerin hesap verme sorumluluğunu, sadece kâr odaklı olmayan yönetim kurulu ile birleştirmektedir. En iyi olasılıkla bu tür STK’ler, katı kamu kurumlarına göre daha fazla “teknik verimlilik” (kalitenin üretimindeki verimlilik dahil) sağlayabilmektedir. Ayrıca, farklı becerileri ve motivasyonları olan personeli, kâr amaçlı işler veya klasik bürokratik kamu kurumlarına göre daha fazla istihdam edebilmektedirler (Gilson ve arkadaşları, 1997).

Özetle, kamu sektörü genellikle özel sektöre göre daha fazla maliyet ve daha az kullanici cevap verebilirliği sergilemektedir. Bunun aksine özel sektör, daha esnek, acımasız ve sosyal olarak daha az sorumludur. Özel sektörün sahipliği ancak rekabetçi piyasalar, yöneticileri bu yönde çaba sergilemeye zorladığında verimlilik ve kalite sağlamaktadır. Aynı zamanda, her bir kategori dahilinde performanstaki farklılıklar da önemlidir. Yüksek performanslı kamu kurumları ve yetersiz yönetilen özel kurumlar bulunmaktadır. İyi hizmet ve düşük maliyetin iyi işletilen kamu tedarikçileri tarafından neden elde edilemediğine ilişkin herhangi bir teorik neden bulunmamaktadır. Gözlenen farklılıklar genellikle tek başına tedarikçilerin sahipliği ile belirlenmemekte, spesifik yapıların ve uygulamaların sonucu olmaktadır. Ayrıntılar ve uygulama önemlidir. O zaman sağlık reformcuları, hizmet sunmak için kamu sektörünü ve özel sektörü kullanma arasında nasıl bir seçim yapmalıdır?

Bu kararın, bir ülkenin koşullarının ve değerlendirilen özel faaliyetin birkaç yönüne bağlı olması gerektiğine inanıyoruz.

- **Düzenleyici Kapasite:** Daha fazla teknik uzmanlığı, göreceli olarak kanunu göz ardı eden vatandaşlık anlayışı ve iyi işleyen yasal ve idari araçları olan bir hükümet, özel sektör tedarikçilerinin fazlalıklarını daha kolay bir şekilde kontrol edebilir.
- **Reform Öncelikleri:** Piyasalar, verimlilik konusunda daha iyi performans sergilerken hakkaniyet konusunda daha kötü performans sergilemektedir. Sahiplik seçimi, bu hedeflerin göreceli önemine dayanabilir.
- **Kamu Sektörünün Yönetimsel Kapasitesi:** Kamu sektörü ne kadar uzman, daha iyi yönetilir ve daha az himaye odaklı olursa özelleştirme o kadar az zorlayıcı olacaktır.
- **Kullanıcıların Karmaşıklığı:** Kullanıcılar ne kadar karmaşık olursa özel piyasalara dayanmak o kadar kolay olacaktır. Kullanıcılar, dış hekimliği konusunda beyin cerrahisine göre daha kolay karar verebilirler.
- **Profesyonel Özdisiplin:** Sağlık hizmetleri, satıcılar hasta suistimalini sınırlayan profesyonel normları kabul ettiğinde ve bu tür davranışların uygulanmasına yardımcı olacak etkili resmi disiplin sistemleri olduğunda daha iyi işleyecektir.

Bu değerlendirme, öncelikle ülkelerin özel ve kamu hizmet sunumunun bir karışımını -özel bir alandaki hedeflerine, alıcı karmaşıklığına, profesyonel davranışa ve diğer faktörlere bağlı olarak- isteyeceklerini göstermektedir. İkincisi, bu değerlendirme, kamu

sektörünün etkili bir şekilde işlev görmesini sağlamak konusunda en az donanımlı olan ülkelerin genellikle özel piyasaları kamusal amaçlara ulaşmak için disipline etme konusunda en az becerili olanlar olduğunu ortaya çıkartmaktadır. Bu, mevcut kamu organizasyonlarının yetersiz olduğunu düşünen ancak kâr amaçlı, özel tedarikçilerin hakim olmaya çalışması durumunda ne olacağını analiz etmeyen reformcular için bir uyarı niteliğindedir.

Ölçek ve Sağlık Sektörü Performansı

Reformcuların yüz yüze geldiği ikinci bir sistem tasarımı seçimi, farklı tedarikçi organizasyonlarının ölçeğidir. Ölçek, performansı birkaç şekilde etkilemektedir. Birincisi, daha büyük ölçek maliyetleri düşürebilir. Örneğin daha büyük hastaneler, uzmanlaşmış ekipmanı ve personeli tam olarak kullanabilir (röntgen makineleri veya laboratuvar kan analiz edicileri ve bunlarla ilişkili teknisyenler; Feldstein, 1993). İdari maliyetleri (ör. müdürün maaşı) geniş bir hasta tabanına yayılabilir. Bu avantajlar, farklı sağlık hizmetleri faaliyetleri için farklılık gösterebilir. Hastaneler, 300 ila 400 yatağa kadar düşük maliyetlerden faydalanabilir. Temel sağlık hizmetleri, birçok doktorun aynı tesiste çalışmasından çok az maliyet avantajı edinebilir veya hiç edinemez.

Daha büyük ölçek, klinik kaliteyi kolaylaştırabilmektedir. Bir şeyden daha fazla yapmak -en azından potansiyel olarak- o işte daha iyi olmayı sağlayabilir. Bu “pratik etkiler” hem bireysel hem de ekip düzeylerinde geçerli olabilir. Klinik beceriler hem mevcut “üretilen iş” oranına (ay başına kaç vakanın görüldüğü) ve hem de tedarikçilerin özel bir vakaya ilişkin toplam kümülatif deneyimine bağlıdır. Bu avantajlar, yakın yıllarda daha fazlalaşmıştır; zira tıbbi bilgi artmış, tıp ekipmanı ve teknolojileri daha çok, o konuyu bilenler tarafından anlaşabilecek hale gelmiştir. Birçok hastalık yaygın olmadığı için son derece uzmanlaşmış bir hizmet birimi veya uzmanlaşmış doktorları desteklemek için yeterli vaka sağlamak için fazla bir popülasyon temeli gerekmektedir.

Buradaki sorun, birkaç büyük sevk merkezinin olmasının, ana metropol merkezlerinin dışındakiler, özellikle yoksullar ve kırsal kesim halkı ve marjinal gruplar için erişim sorunlarına neden olmasıdır. Bu yüzden, klinik kalite arayışı, en yetersiz sağlık durumuna sahip olan gruplar arasında daha düşük sağlık durumuna neden olabilir (Dünya Bankası 1993). Rakiplerden gelen baskı olmadan, bu merkezler potansiyel maliyet avantajlarına ulaşamazlar; çünkü bunu yapmak için yeterince çalışmayacaklardır. Ayrıca yeniden bölgesel organizasyonun aksine işleyen siyasi baskılar da vardır. Bölgesel merkezler olmak üzere seçilmemiş olan kasabalardaki tedarikçiler ve siyasi liderlerin bu düzenlemelere gayretli bir şekilde direndiği bilinmektedir.

Ayrıca, boyut arttıkça maliyetlerin de arttığı, iş büyüdükçe maliyetin artma durumu da olabilmektedir. Büyük kurumlar genellikle koordinasyon eksikliğinden şikayet etmekte ve personelin motive edilmesini zor bulmaktadır. Çalışanlar kendilerini önemsiz hissetmekte ve bu yüzden fiili sonuçlar konusunda kendilerini sorumlu görmemektedir. Buna ek olarak, çalışanların daha az sayıda büyük merkeze sahip olan bir sistemde daha uzun mesafeler kat etmesi gerekebilir, bu yüzden iş gücü maliyetleri artabilecektir.

Temel sağlık hizmetleri düzeyinde benzer konular ortaya çıkmaktadır. Bireysel aile hekimleri, üç ile beş arası pratisyen hekimi olan küçük klinikler ve yirmi veya daha

fazla doktoru olan daha büyük klinikler arasında yapılacak bir seçim de bir ölçek konusudur. Klinik kalite, hizmet kalitesi ve etkili elverişlilik arasında da aynı dengelerden bazıları bulunmaktadır.

Oluşturulacak tesislerin ölçeği konusunda verecek herhangi bir basit önerimiz bulunmamaktadır. Büyük ölçeğin avantajları ve dezavantajları, her bir ülkenin özel durumuna bağlı olacaktır. Yoğun bir şekilde yerleşik olan kentsel ortamlar, belli sayıda rekabetçi geniş ölçekli tedarikçiyi desteklemek için yeterli nüfus sağlayabilir. Aynısı, kırsal kesim alanlarında veya hatta orta büyüklükteki şehirlerde doğru olmayacaktır. Uruguay; Özbekistan değildir. Ulaşım hizmetlerinin elverişliliği, kırsal kesimdeki halk arasında karmaşıklık derecesi, bir ülkedeki hastalık yükü ve genel ekonomik gelişmişlik düzeyi, merkezi hizmetlere karşı dağıtık hizmetlerin sonuçlarını etkileyecektir. Siyaset de çok fazla değişiklik gösterecektir. Kısmi olarak bu soru hangi performans kriterlerinin daha önemli olduğuna bağlıdır (sağlık durumuna karşı kullanıcı memnuniyeti). Çünkü ölçek, klinik kaliteyi artırabilirken, erişim hakkaniyeti ve memnuniyet düzeyini azaltabilir.

Ayrıca, daha büyük ölçekli operasyonlardan edinilen potansiyel kazanımlar otomatik olarak gerçekleşmeyecektir. Gerçekte ne olduğu, yöneticilerin -her zamanki gibi- nasıl tepki gösterdiğine bağlıdır. Bu yüzden daha büyük ölçeğin piyasa rekabeti ve organizasyonel teşvikler üzerindeki muhtemel olumsuz etkilerinin akılda tutulması gerekmektedir. Ancak sınırlı bütçelere sahip olan ülkeler için daha büyük ölçeğin maliyet ve klinik kalite avantajların bize göre ciddi bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğine inanıyoruz.

“Kapsam” – Bir Organizasyonun “Ürün Hattının” Etkisi

Hükümetler, genellikle her bir tedarikçinin üstlendiği faaliyet kümesini manipüle etmektedir. Bunların ürün hattı, ne kadar çeşitli olmaktan ziyade ne kadar uzmanlaşmıştır (yani birçok farklı şey yapıyorlar mı)? Örneğin, toplum uzmanlaşmış doğum veya kanser hastanelerini mi, yoksa her tür hasta ile ilgilenen genel hastaneleri mi desteklemelidir? Uzmanlaşmış “dikey” hastalıktan korunma programları mı yoksa entegre “yatay” temel sağlık hizmetleri mi? Aile hekimliği doktorları mı yoksa çoklu uzmanlardan oluşan temel sağlık ekipleri mi?

Çeşitlenme, örneğin eğer bir hastanenin, daha fazla hastaya hizmet sağlamak amacıyla röntgen, laboratuvar ve cerrahi odalarını kullanmasına izin verirse maliyetleri düşürebilir. Benzer şekilde, halihazırda tesisleri, buzdolapları ve hemşireleri olan bir temel sağlık hizmetleri merkezi, aşılama hizmetlerini, kendi maliyetlerine sahip tamamen ayrı bir hizmet birimine göre daha ucuza sağlayabilir (ürün hattına bir ilave olarak).

Daha geniş kapsam, aynı zamanda bir tedarikçi için gerekli nüfus temelini azaltır ve böylelikle daha yoğun (ve daha çok erişilebilir) tedarikçi kümesine izin verir. Küçük bir şehir, bir kadın doğum uzmanı için yeterli hacim sağlamayabilir; ancak aynı zamanda doğum da yaptıran bir aile doktorunu destekleyebilir. Kronik hastalıklara doğru epidemiyolojik kayma, bu noktanın önemini artırır; çünkü kronik koşulların etkili yönetimi, göreceli olarak sık hasta temasını gerektirmektedir.

Diğer taraftan çeşitlenme, uzmanlaşmanın getirdiği kazanımlardan bazılarının kay-

bedilmesi riskine neden olur. Endüstriyel deneyim, çeşitliliğe yönelik şirketlerin, herhangi bir şeyi iyi yapamama sonucuna ulaşabildiklerini göstermektedir. Bunun aksine dar bir ürün hattı olan bir organizasyon, özel bir faaliyetle özellikle ilgilenen ve bu konuda kararlı olan çalışanları çekebilir. Organizasyon bir “moral” ve açık ve dar bir misyona dayalı iyi tanımlanmış performans hedefleri geliştirebilir. İyi işletilen bir uzman kalp kurumu veya hastalık kontrol programı, bu tür bir odaktan, genellikle bir genel hastanenin veya bir genel temel sağlık hizmetleri sisteminin faydalanamayacağı bir şekilde faydalanabilir (Herzlinger, 1999).

Farklı tedarikçilerin uygun kapsamı konusunda sağlık sistemi planlayıcılarına ne tür bir öneride bulunabiliriz. Erişimin önemli olduğu temel sağlık hizmetleri için, geniş kapsam (ve bu yüzden daha küçük bir nüfus temeli) bu konuda öneride bulunabilir. Kırsal alanlarda, bu tipik olarak temel sağlık düzeyindeki tek seçenektir. Diğer taraftan, uzmanlaşmanın artırılmasıyla klinik kalitenin artırılması hedefi, neden bu kadar çok ülkenin daha zor vakalar için bölgesel veya ulusal sevk kurumlarına sahip olduğunu açıklamaktadır. Ancak her bir ülke, yerleşme yapıları, ulaşım sistemi ve önceliklerinin ışığı altında bu dengelemeleri yapabilmelidir. Farklı bölgeler veya hizmetler için farklı kararlar vermek bir anlam ifade edebilecektir.

Ancak, reformcuların şunu hatırlaması gerekmektedir ki kapsamdaki değişiklikler, *olası* olanı değiştirir, *fili* olarak ne olacağını değil. Bir röntgen makinesinin birim maliyeti, eğer daha geniş bir hizmet kapsamı, tam olarak kullanılması için yeterli sayıda vaka üretirse, düşebilir. Ancak, eğer makinenin bakımı kötü yapılırsa veya hastanede film kalmazsa veya teknisyen ehil değilse veya sıklıkla görevde değilse bu *olmayacaktır*. Bu yüzden, eğer reformların potansiyel faydalarının gerçekleşmesi gerekiyorsa yönetsel etkililik önemlidir.

Kırsal Alanlara Hizmet Sağlamak

Birçok ülkede, kırsal alanlarda hizmet sağlama konusunda özel bir “kim neyi yapıyor” sorunu ortaya çıkar. Genellikle sağlık bakanlığı bir sağlık merkezleri (birkaç hasta yatağının ve doktor personelin olduğu) ve alt merkezleri (doktor olmayan personelin olduğu ve hasta yatağının olmadığı) ağı işletmektedir. Oysa aynı şikâyetler genellikle işitilmektedir. Doktorlar uzak alanlara gitmek istememekte ve tayin edilmeleri durumunda sorumluluklarını yerine getirmemektedirler. İlaçlar eksiktir, ekipmanların bakımı yapılmamaktadır ve sonuçta ortaya çıkan yetersiz kalite kullanımı caydırmaktadır (Griffin ve Shaw, 1995; Akin ve arkadaşları, 1995).

Bütün bunların nedenleri açıktır. Genellikle kamu sektöründeki doktorlar (resmi ya da gayriresmi), gelirlerini özel uygulamalarla desteklemektedir (Sağlık Bakanlığı, Mısır 1994-95). Örneğin, Endonezya’da, özel uygulamalar, kentteki doktorların kırsal alanlardaki doktorlara göre üçte bir oranında daha fazla kazanmasını sağlamaktadır. Bu fark, kırsal kesimdeki tedarikçiler, önemli düzeyde daha yüksek kamu sektörü maaşı kazansalar bile mevcuttur (Chomitz ve arkadaşları, 1998). Yoksul kırsal kesim alanlar bu tür çok az fırsat sunmaktadır; doktorlar ve aileleri için fazla eğitim ve sosyal fırsat sağlamamaktadır. Denetçiler, uzak kesimlerdeki sağlık ocaklarını çok nadir ziyaret etmektedir ve hizmet kalitesinin izlenmesi düşük düzeydedir. Daha fazla tesis inşa etmek -ki bunların personeli, donanımı yetersiz olacak ve bunlar yetersiz

düzeyde kullanılacaktır- çok nadir olarak etkili bir cevap teşkil etmektedir. Sri Lanka ve Küba gibi, Sağlık Bakanlığının kırsal kesim alanlarında hizmet sağlayabildiği ülkeler bulunmaktadır (Hsiao, 2000). Ancak bunlar, özel vakalardır; göreceli olarak yoğun kırsal nüfusları bulunan ve kamu sektöründe üst düzey ideolojik motivasyonun olduğu küçük ülkeler.

Özel sektör, genellikle hizmetlerde ortaya çıkan boşluğu doldurmaktadır (sadece varsayılan ise). Söz konusu uygulayıcıların birçoğu Batı standartlarına göre tam yeterlilik düzeyinde değildir. Bunlardan bazıları geleneksel şifacılarıdır. Bunların en iyileri Hindistan ve Çin'deki gibi resmi programlarda eğitilmiş olabilir; ancak diğerlerinin sadece çiraklık geçmişi bulunmaktadır. Yine de diğerlerinde belli düzeyde Batı odaklı eğitimi bulunmaktadır (eczacılar, uygulayıcı hemşireler veya yardımcı personel gibi) (Fried ve Gaydos, 2002; Kakar, 1988; Shankar, 1992). Bu uygulayıcılar, düşük düzeyde düzenlemeyle ve hizmet başına ödeme temelinde çalıştığı için, yerel vatandaşların, bu tür hizmetleri kullandıklarında yetersiz kalite veya finansal riske karşı çok az koruması vardır veya hiç koruması yoktur (Berman, 1998; Clauwin, 1981).

Buna mukabil birçok hükümet, doktorların kırsal alanlarda hizmet vermesi için teşvikler sunmaktadır. Bazı Hindistan eyaletleri, tıp uzmanlık eğitimine başvuranlara bu konuda kabul önceliği vermektedir ve resmi aynı maaş ölçeğini değiştirmeyen seçici “yerleşim” veya “uygulama yapmama” ekstraları sunmaktadırlar. Kanada (Arktik topluluklar için) ve Özbekistan gibi çeşitliliğin fazla olduğu ülkeler, doktorları kırsal alana çekmek için farklı ödeme düzeyleri oluşturmuşlardır (Özbekistan'da bir doktora bir maaştan fazlası ödenmektedir; Lassey ve arkadaşları, 1997). Güney Hindistan'da bulunan Kerala'nın kırsal alanlarında, yerel yönetimlerin doktorları çekmek için eyalet çapında ek ödeme yapmasına izin verilmektedir.

Buna bir alternatif, tedarikçi türünü değiştirmektir; bunun temelinde, daha az eğitilmiş ve statüsü daha düşük olanların ve benzer kültürel arka plandan gelenlerin kırsal alana yerleştirilmelerinin daha kolay olacağı tezi yatmaktadır. Yoksul ülkeler, bu gibi kapsamlarda hemşirelere veya toplum sağlık çalışanlarına dayanmıştır. Birçok eski komünist ülkede, kırsal alanlarda hizmet *feldsher*'ler tarafından sağlanmaktadır (Roemer, 1977). Bu tedarikçiler (ABD'deki doktor asistanlarına benzer şekilde) tam olarak hazırlanmış doktorlardan önemli düzeyde daha az eğitime sahiptir; ancak bunlar bazı ulusal istatistiklerde “doktor” olarak sayılmaktadır.

Oysa, tesislerin veya hizmetlerin kapatılmasının siyasi zorlukları, ikame olarak başlayan programların -düşük maliyetlerde- tamamlayıcı niteliğe dönüşebilecekleri anlamına gelmektedir; bu yüzden umulan bütçe tasarrufları gerçekleşmeyebilmektedir. Bu yüzden yeni program başarısız olabilir; çünkü, rekabetçi bir mali ortamda girişim yeterli fon almamaktadır. Örneğin, toplum sağlığı çalışanları için olan bazı programlardaki bu takdir vaki olmuştur.

Bazı ülkeler (örneğin, Meksika), yerel hemşire personeli tarafından sağlanan rutin hizmeti desteklemek için iyi personele sahip mobil araçlarla haftalık veya iki haftalık ziyaretler gerçekleştirmektedir (Meksika Sağlık Sekreterliği, 2000). Avusturya ve Botswana uzak alanlardaki hizmeti (bu hizmet orada oturan bir hemşire tarafından verilmektedir) bir “Uçan Doktor” hizmeti ile desteklemektedir; bu uygulama hem bir tahliye sistemidir hem de doktorları uzak alanlardaki periyodik klinikleri işletmek amacıyla sisteme dahil etmek amacıyla uygulanan bir mekanizmadır (Mc Donald, 2002; O'Connor, 2001).

Bunun diğer bir alternatifi de hizmet sunumu amacıyla kamu kurumu dışındaki kurumların tutulmasıdır. Andhra Pradehs ve diğer Hindistan eyaletlerinde yönetimler, kırsal kesim sağlık merkezlerinde çalışmak üzere STK'ler seçici bir şekilde sözleşme yapmıştır. Birçok Doğu Afrika ülkesinde, kiliseye bağlı kurumlar, hükümet tarafından işletilen bölge hastanelerin yerini alacak hastaneleri işletmek için hükümet fonlarını almaktadır (Gilson ve arkadaşları, 1997). Avustralya'daki aborijin topluluklarda, bir zamanlar devlet tarafından verilen tıbbi hizmetleri sağlamak için kullanılan kamu fonları artık bazen yerel düzeyde kontrol edilen tıp hizmetlerini sağlamak için yerel STK'lere devredilmektedir (bunlar toplum kurulları tarafından denetlenmektedir). (Percy 1999)

Bu seçeneklerin avantajından yararlanmak için reformcular, bir tekdüzenli sistemin; toplumsal veya coğrafi olarak çeşitli bir ülkede en iyi yaklaşım olmayabileceğini anlamalıdır. Yaklaşım, uygulamada hakkaniyetsiz hizmeti sonuç verdiğinde hakkaniyet temelinde tekdüzenliliğin savunulması; basit bir şekilde konuşma sanatı ile gerçeği karıştırmaktadır.

Kim Ne Yapıyor ve Girdilerin Tedariki

Bir hükümet, bir hizmet sunum sisteminde kimin ne yaptığını değiştirmek için, sisteme giren girdileri değiştirmeyi faydalı -hatta gerekli- bulabilir. Örneğin, kişi başına belirlenen aile hekimlerine güvenme konusundaki bir kararın, hükümet daha fazla aile hekimi yetiştirmedikçe işe yarama olasılığı fazla yoktur. Bunun tersine, kritik sermaye ekipmanına erişimin kısıtlanması, sistem değişikliğini teşvik etmenin etkili bir yolu olabilir.

Doktorlar ve hemşireler devlet okullarında eğitildiğinde, eğitilen personel sayısı ve karışımı idari olarak değiştirilebilir. Örneğin, Avustralya'da, kırsal alanlardaki doktorların sayısını artırmak için tıp okullarının yerleri, bu roller için doktorları hazırlamaya odaklı yeni bir kuruma taşınmıştır (Wronski, 2001). Diğer durumlarda, özel tıp ve hemşirelik okulları hükümet tarafından ruhsatlandırılabilir veya bunlar (veya öğrencileri) hükümetin finansal yardımına dayanabilir. Bu mekanizmalar, mezun karışımını değiştirmek için bir araç olarak kullanılabilir.

Daha fazla doktorun eğitilmesi, fiyat rekabetinin artmasına veya tedarikçinin neden olduğu talebin artmasına neden olabilir. Doktorların aşırı fazla tedarik edilmesi, Mısır'da 1990'ların ortasında olduğu gibi, kamu sisteminin fazla personele sahip olması yönünde inanılmaz siyasi baskılara neden olabilir (Berman ve arkadaşları, 1997). Ne yazık ki sağlık sisteminin sonuçları -hükümetler, bu tür kararları çevreleyen siyasi baskılar nedeniyle eğitim kapasitesi hakkında karar verdiğinde- genellikle üstün değildir.

Hükümetler, aynı şekilde hangi tedarikçilerin spesifik sermaye ekipmanı türlerine erişimi olduğu noktasında değişiklik yapabilir. Hükümetler, bu kuralları kendi tesislerinde doğrudan uygulayabilirler. Buna ek olarak, bazı ülkelerde hükümet, özel tedarikçiler için bile önemli bir sermaye kaynağıdır. Almanya'da, neredeyse tüm hastane sermaye yatırımı -bağımsız hastaneler için bile- eyalet yönetimlerinden gelmektedir ve bunlar hangi kurumların hangi klinik alanlarda büyüdüğünü şekillendirmeye yardımcı olabilmektedir (White, 1995). Tayland, Kolombiya ve Filipinler gibi birkaç orta gelirli ülkede yönetimler, özel sağlık tesislerinin geliştirilmesini teşvik etmek için devlet yardımlı kredi programları başlatmıştır (Herrin, 1997; Griffin, 1992). Özel sektörün kendi kendini finanse ettiği durumlarda, birçok farklı düzenleyici ve ödeme aracı mevcuttur. Örneğin,

hastanelerin yaptığı yeni ekipman satın alımları Kanada’da il düzeyinde izin gerektirmektedir ve MRI makineleri gibi ileri teknoloji ekipmanları, akademik tıp kurumları ile sınırlıdır (Patel ve Rushefsky, 2002).

Teşvik Stratejileri

Teşvik stratejileri her kurumun, işleme devam etmesi için finansal kaynak tedarik etmesi gerektiği olgusundan faydalanmaktadır. Bu yüzden organizasyonların davranışını değiştirmek için reformcular, bu tür kaynakları elde etmek için yapılması gereken şeyleri değiştirebilir. Sağlık sektörü organizasyonları, genellikle kaynakları üç şekilde elde etmektedir. piyasalar, bütçe süreçleri ve hibeler. Ele alacağımız ilk strateji olan rekabet, piyasalar bağlamında işlemektedir. İkinci strateji olan sözleşme, herhangi bir bağlamda işleyebilmektedir. Bu stratejiler, karşılıklı olarak birbirlerini *dışlamamaktadır*. Örneğin, sözleşme, rekabeti artırmak veya tedarikçi karışımını değiştirmek için bir araç olabilir. İlerledikçe iki strateji arasındaki bağlantıları belirleyecek ve analiz edeceğiz.

Piyasa Rekabetinin Desteklenmesi

Bölüm 1’de ele aldığımız gibi, yakın zamanda sağlık hizmetlerini sağlamak için piyasaları kullanma konusundaki ilgi artmıştır. Reformcular için sorun, söz konusu piyasaların doğru teşvikleri seçmesini sağlamaktır. Bu, bunların makul düzeyde rekabetçi olmasını sağlamak anlamına gelmektedir.

Bir klasik piyasa durumunda, kullanıcılar (yani hastalar), neyi kimden satın alacaklarını seçmektedir ve kendi satın alımları için ödeme yapmaktadır. Bu, birçok ülkede büyük özel ayaktan tedavi hizmetleri sektörlerinde gerçekleşmektedir. Diğer sağlık hizmetleri sağlayıcıları, klasik bir piyasanın özelliklerinin bazılarıyla -tamamıyla değil- yüz yüze kalmaktadır. Örneğin, birçok ülkedeki devlet hastanelerinin bütçesel desteği bulunmaktadır; ancak bunlar kullanıcı ücretlerinden ve gayriresmi ödemelerden önemli düzeyde gelir almaktadır. Bu kombinasyon, bunları belli düzeyde piyasa teşvikine tabi kılmaktadır. Aslında, bazı devlet hastaneleri için (bugün Çin’deki ve ABD’deki çoğu devlet hastanesindeki durum gibi) bu ücretler, gelirlerinin çoğunluğunu teşkil etmektedir, bu yüzden bunlar oldukça fazla düzeyde piyasaya bağlı bir durumdadırlar (Yip ve Hsiao, 2001).

Rekabet arzu edilebilirdir; çünkü satıcıların, ilave iş kazanmak için maliyet ve fiyatları düşük tutmasını ve kullanıcılara cevap verebilmesini sağlamaktadır. Hayatta kalamayan firmaların yöneticilerinin, daha fazla çalışmak ve risk almak yönünde güçlü bir teşviki bulunmaktadır. Aslında, sahipleri tarafından yönetilen firmalar, genellikle daha başarılıdır -ve daha büyük riskleri alabilmektedirler- bunun nedeni, yöneticilerin şirketlerinin başarılarından kaybedecek ve kazanacak çok şeylerinin olmasıdır (Berle ve Means, 1991).

Rekabet de çalışanlar için teşvik teşkil etmektedir. İngiliz yazar Samuel Johnson’un yazdığı gibi “Askıya almanın getirdiği olanaklar, aklın konsantre edilmesi yönünde mükemmel işlemektedir.” Çalışanlar şunu bilmektedir ki rekabetçi bir piyasadaki adapte olmadaki başarısızlık, işlerinin kaybıyla sonuçlanabilir. Bu, onların daha fazla çalışmasını ve firmanın olanaklarını yükseltmeye yönelik olarak tasarlanmış değişiklikleri kabul etmesini sağlayabilir.

Bölüm 3'te belirttiğimiz gibi, ekonomistler, genellikle rekabetçi piyasaları desteklemektedir; çünkü bunlar teorik olarak tahsis verimliliğini ve Pareto Optimumunu destekleme konusunda arzu edilebilir niteliklere sahiptir. Ancak gerçek dünyada, rekabetin büyük değeri, maliyetleri düşürme ve hizmet kalitesini artırma yönünde olacaktır. Orta vadede, rekabet aynı zamanda, hem yeni tıbbi hizmet şekilleri (ör. yeni ilaçlar) ve yeni hizmet sunum modelleri olarak yenilikçiliği teşvik etmektedir.

Hastaların doğrudan hizmet için ödeme yapmadığı durumlarda bile, finansman ve ödeme düzenlemelerinden rekabetçi teşvikler ortaya çıkabilmektedir. Hastaneler, sigortanın kapsamında olan hastalara hizmet verme konusunda rekabet edebilmektedir. Pratisyen hekimler, hükümet tarafından kişi başı ödeme aldıklarında, hastalar için rekabet eder duruma gelebilmektedirler. Bütçe ile desteklenen hastaneler bile -eğer bütçeler sağladıkları hizmet hacmini yansıtan bir şekilde ayarlanırsa- belli düzeyde piyasa baskısı ile yüz yüze kalabilecektir. Bir piyasanın teşvik etkisi için anahtar önemde olan nokta, alıcıların seçimlerinin olup olmadığı ve paranın hastayı (veya kullanıcıyı) takip edip etmediği -para nereden gelirse gelsin- ile ilgilidir.

Birçok gerçek sağlık hizmeti piyasası, ekonomistlerin "oligopolî" adını verdiği sistemde işlemektedir. Bu piyasalarda sadece birkaç satıcı vardır, bunlar potansiyel olarak fiyatları artırmak ve rekabeti sınırlandırmak için davranışlarını koordine edebilirler. En aşırı noktada, sadece bir satıcı olabilir. Bu, bir tekeldir ve maliyetleri kontrol etme veya iyi hizmet sunma konusundaki piyasa baskısından kaçır; çünkü hastaların diğer başka bir hizmet kaynağı bulunmamaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kalite düzenlemesinin birçok çeşidi -eğitim ve lisanslama şartları dahil- sınırlayıcı rekabetin şanssız yan etkilerine sahiptir. Meslek birlikleri, hem resmi olarak (fiyat anlaşmaları aracılığıyla) hem de gayriresmi olarak (sosyal baskı aracılığıyla) rekabeti kısıtlama yönünde hareket edebilir (Brennan ve Berwick, 1996; Star, 1982). Bazı durumlarda hükümetler, tıp birliklerine yeni uygulamacıların girişini kısıtlama kapasitesi vermektedir ki bunun açık bir şekilde rekabet karşıtı etkileri bulunmaktadır.

Ekonomistler, *endüstri yapısının* özel bir piyasada rekabet düzeyini nasıl etkilediğini araştırmıştır (Boner, 1995; Caves, 1992; Hoekman, 1997). "Yapı", satıcıların sayı ve büyüklük dağılımını ve "giriş engellerinin" bulunması veya bulunmamasını ifade etmektedir. Bu tür engeller; yasal sınırları (patentler gibi), kıt kaynaklar üzerindeki kontrolü (örneğin şehirdeki tek röntgen makinesinin sahibi olunması gibi), bir satıcının işi garanti eden itibarını (ürün farklılaşması) ve ileride piyasaya girecek olanların sermaye elde etmede yaşadığı sorunları içermektedir. Daha fazla satıcı olduğunda ve yeni satıcılar için bir piyasaya girmek daha kolay olduğunda rekabetçi sonuçların ortaya çıkması daha muhtemel olacaktır. Sadece birkaç iyi korunmuş firmanın olduğu durumlarda, bunların başarılı bir şekilde hile yapma olasılığı daha yüksek olacaktır. Bu yüzden hükümet, giriş engellerinin üstesinden gelmek, satıcıların sayısını artırmak ve rekabeti artırmak için birkaç stratejiyi takip edebilir:

- **Düzenleyici Engelleri Azaltmak:** Hükümetler, lisanslama veya patent kanunlarını yumuşatabilir; tesisler veya ekipman için ilave izinler çıkartabilir veya meslek birliklerini özel yetkilerden yoksun bırakabilir.
- **Yeni Üreticileri Desteklemek:** Hükümetler, yeni girenlerin sermaye edinmesine yardımcı olmak veya kullanıcı sahibi olmalarını sağlamak için krediler, hibeler,

doğrudan yatırımlar veya uzun dönemli sözleşmeler kullanabilir. Örneğin, hükümet kredileri ile başlamış olan bir yerel aşı üreticisi, yabancı tedarikçiler üzerinde yardımcı fiyat disiplini uygulayabilir.

- **Tekelci karşıtı kanunlar uygulamak:** Birçok ülkede, fiyatlar üzerinde hileli anlaşmayı yasaklayan veya piyasaları bölme yönündeki yasa dışı anlaşmaları engelleyen tekelleşme karşıtı veya rekabeti destekleyen kanunlar bulunmaktadır. Bazı durumlarda bunlar, rekabet karşıtı birleşmeleri sınırlamaktadır. Bu kanunların uygulanmasını sağlamak ve meslek birlikleri üzerinde geçerli olabilmesini temin etmek rekabeti artırabilir.

Ancak, hükümetlerin sağlık hizmetlerinde rekabeti artırmak için ne kadar ileri gidebileceği, sektörün birçok farklı özelliği ile karmaşık hale gelmektedir. Birinci, tedarikçilere hizmet başı ödeme yapıldığında artan rekabet, hastaların bilgisizliğinden yararlanmaya ve tedarikçinin neden olduğu talep yaratılmasına yol açabilir (Yip, 1998). Bu yüzden, rekabeti destekleyen politikaların, uygun olmayan hizmet hacmini artırması konusunda gerçek bir risk bulunmaktadır. Lisanslama kanunlarının yumuşatılması, eğer daha az iyi eğitilmiş üreticiler piyasaya girerse klinik kalitesi hakkındaki endişeleri su yüzüne çıkartabilir. Ayrıca, yukarıda belirtildiği gibi, rekabet ve ölçek ekonomisinin avantajları arasında bir gerilim de söz konusu olabilir.

Sözleşme Yapma

Önceki bölümde ele alınmış olan ödeme sistemleri altında, bazı hükümet kurumları (ör. sağlık bakanlığı veya bir sosyal sigorta fonu) bir fiyat programı belirlemektedir ve tüm yeterliliği olan tedarikçilere bununla uyumlu olarak ödeme yapılmaktadır. Her ne kadar bu, sağlık hizmetleri için ödeme yapma konusunda en yaygın yaklaşım olsa da, bunun bir alternatifi vardır. Hizmetler için seçici sözleşme yapma, piyasalar mükemmel olmayan düzeyde rekabetçi olsa bile teşvik sağlamak için kullanılabilir; ancak rekabetin artırılması tamamlayıcı bir strateji olabilir (England ve ark. 1998).

Bir “sözleşme”, bir alıcı ve bir satıcı arasındaki yazılı bir anlaşmadır. Satıcı, belli mal ve hizmetleri sağlamayı kabul etmektedir ve bunun mukabilinde alıcı satıcıya belli miktarda para vermeyi kabul etmektedir. Sözleşme, anlaşmanın koşullarını belirler: satıcının neleri tedarik edeceği, alıcının ne ödeyeceği, teslimat ve ödeme tarihleri, anlaşmanın zaman birimi, yenileme hükümleri (varsa), ifa etmeme durumunda cezalar ve anlaşmazlıkları çözme süreçleri. Bir sözleşme, ödeme sistemine göre daha ayrıntılı ve esnek teşvik kümesi sağlayabilir. Uygulamada, bir düzenleme programının zorlayıcı özelliklerinden bazılarını, bir ödeme sisteminin teşvik etkileri ile birleştirmektedir.

Örneğin, bir sağlık bakanlığı, belli sabit maliyetlerle, değişken maliyetleri karşılamak için hacim temelli ödeme miktarı için bir ücret ödemeleri konusunda hastanelerle sözleşme imzalayabilir. Her bir ödemenin büyüklüğü, her bir hastanenin özel mali durumuna dayanabilir. Bu kombinasyon hem üretkenlik teşvikleri sağlayacak hem de hastanelere hacmin azalması durumunda finansal risklere karşı belli düzeyde koruma sağlayacaktır. Bu tür bir arz taraflı maliyet ve risk paylaşım felsefesi, Kırgız Cumhuriyeti’nde hükümete hastanelerle sözleşme imzalama konusunda kılavuzluk yapmaktadır ki söz konusu ülkede, hastanelere hasta başı temelde geri ödeme

yapılmakta, girişteki teşhise bağlı olarak düzeltmeler eklenmektedir (bu, Bölüm 9’da ele alınan teşhisle ilgili gruplama veya DRG mekanizmasına benzetilmektedir; Gauri, 2001).

Sözleşme yapma, devlet hastanelerinin önemli düzeyde özerklik ve bağımsızlığa sahip olduğu durumlarda özellikle yardımcı olabilir. Sözleşmeler tarafından sağlanan teşvikler, azalan doğrudan denetimin oluşturduğu boşluğun doldurulmasında yardımcı olabilir. Örneğin, bir sözleşme, bir hastanenin yoksul hastalara belli hacimde ücretsiz hizmet sağlaması gerektiğini belirtmelidir. Filipinlerde, özel hastaneler, yatak kapasitelerinin en az % 10’u miktarında yardım amaçlı olarak hastalara yatak ayırmak zorundadır (Herrin, 1997). Bir sözleşmede belirtilen çıktılar, bu hastanelerin kamu sektörünün hedeflerine yönelik olarak çalışmasını ve onları göz ardı etmemesini sağlayabilir. Kenya’daki Özerk Kenyatta Ulusal Hastanesi bu ikincisinin bir örneğini teşkil etmektedir. Daha fazla serbestlik verildiği için bir öncekine göre daha yüksek maliyete neden olmakta, açık bir şekilde daha fazla hizmet sağlamamakta ve şehir içi yoksullara verilen hizmetleri azaltmaktadır. Bu hastanenin, hükümetin hedeflerini karşılayıp karşılamadığını bilmek zordur; çünkü bir hükümet sözleşmesine göre belirli bir rolü bulunmamaktadır (İngiltere, 2000).

Sözleşme yapma aynı zamanda kimin ne yaptığında değişiklik yapmak içinde kullanılabilir. Örneğin, bir sosyal sigorta fonu, sadece belli seçilmiş bölgesel “mükemmellik merkezlerinde” belli hizmetler için ödeme yapmaya -ve sözleşmeleri sadece bu merkezlerle imzalamaya- karar verebilir (Becker). Bir bakanlık, bir tedarikçi grubundan (hastane ayaktan hasta bölümleri) diğer tedarikçi grubuna (aile hekimleri) kaydırma yapmak için sözleşme yapmayı kullanabilir.

Sözleşme yapma, aynı zamanda yönetim uygulamalarını değiştirmek için de kullanılabilir: Örneğin, hastanelerin belli nitelikleri olan yöneticileri işe almasını veya belli personel düzeylerini sağlamasını zorunlu kılarak. Benzer şekilde, bir sözleşmenin bir parçası olarak bir hastane tüm hasta ölümlerini izlemek için belli prosesler koymayı veya tüm araştırma projelerinin belli standartları karşılamasını sağlamak için bir gözden geçirme kurulunun oluşturulmasını kabul etmek zorunda kalabilir. Burada umulan şey, söz konusu değerlendirme sürecinin, doktorlar için -sadece akranlarının önünde yetersiz karar verme nedeniyle duyacakları sıkıntıyı giderme amacıyla olsa bile- yeni teşvikler ortaya çıkarmasıdır (Bsok, 1979).

Bir sözleşmenin oluşturduğu ilişki, basit bir piyasa koşullarında gerçekleşen ilişki olabileceği gibi, daha kapsamlı bir ilişki de olabilir. Basit bir sözleşme, satıcının belli tarihe kadar özel bir yere belli etkinliğe sahip birçok dozda aşı teslim edeceğini ve teslimatta belli bir meblağ ödeme alacağını belirtebilir. Anlaşma, riskler ve sorumlulukların karmaşık bir şekilde birleştirilmesini içerebilir -tıpkı bir STK’nın, belli işlevler için (bina bakımı) sorumlu olan ancak diğerlerinden (ilaç tedariki) sorumlu olmayan bazı devlet personeline sahip bir dizi sağlık merkezini işletmeyi kabul etmesi durumundaki gibi.

Karmaşık sözleşmeler, alıcılar ve satıcılar arasında belli düzeyde karşılıklı güveni gerektirmektedir. Devam eden bir ilişki içinde ortaya çıkabilecek sorunları çözmek için iki tarafın bilgi alış verişinde bulunması ve birlikte çalışması gerekmektedir (England, 2000). Bu gibi durumlarda, dar bir şekilde tanımlanan yazılı koşullar, ortaya çıkabilecek tüm beklenmedik olasılıkları karşılamayabilir. Beklenmedik gelişmelerle -örneğin, sözleşmeye bağlı olarak işletilen sağlık merkezlerinin selde zarar görmesi gibi- başa çıkmak, her bir tarafın diğer tarafın çıkarlarını ciddiye aldığı bir kararlılıkla

dayalı karşılıklı ilişkiyi gerektirmektedir.

Sözleşmeleri uygulamaya koyma süreci önemli düzeyde farklılık gösterebilir. Bazen, düşük teklif sahibinin kazanacağı resmi bir rekabetçi “ihale teklifi” süreci bulunmaktadır. Bazen teklifler kaliteye ve fiyata dayalı olarak değerlendirilmektedir ve bir “skor” verilmektedir. Bazen potansiyel teklif sahipleri niteliklerini göndermekte ve sadece nitelikli olanların teklif göndermesine izin verilmektedir. Bazen müzakereler, bir “tek kaynak” süreci olarak veya belki de gayriresmi bir rekabet halinde bulunan iki veya üç potansiyel yükleniciyle gerçekleştirilmektedir.

Deneyimler şunu göstermektedir ki resmi prosedürler, standartlaştırılmış (tanımlanması kolay) çıktılarla daha iyi işlemektedir. Karmaşık ve kendine has durumlarla başa çıkmanın tek yolu daha isteğe bağlı süreçler olabilir. Bu süreçler, büyük bir adam kayırma veya yolsuzluk riski içerdiği için, bunlara, adaletin hem görünümü hem de özünün korunması için bir dış izleme kurumu gibi bir aracın eşlik etmesi iyi olacaktır.

Sözleşme yapma sonuçları, piyasadaki rekabet düzeyine dayanmaktadır. Rekabet, sözleşme yapma işlevinin daha etkili bir şekilde işlemesine yardımcı olmaktadır; çünkü alıcılar, başka yere gitme tehdidinde bulunabilir. Bu yüzden, rekabetin desteklenmesi sözleşme yapma stratejisinin desteklenmesine yardımcı olabilir. Ayrıca, alıcı ne kadar büyük olursa, satıcıdan o kadar fazla lehte koşul talebinde bulunabilir.

Bir alıcının tek kullanıcı olduğu durumlarda -ör. bir ulusal sigorta fonu- dinamikler değişebilir. Çünkü bu durumda, eğer alıcı çok fazla talep edici olursa satıcı iflas edebilir. Böyle bir durumla karşılaşan satıcılar, siyasi olarak kendilerini koruma yönünde hareket edecek ve zor sözleşmelerin yeniden müzakere edilmesini sağlamak için iflas tehdidini kullanacaktır. Hem alıcılar hem de satıcılar tekelci olduğunda (ekonomistler buna “iki taraflı tekellilik” adı vermektedir), sonucun tahmin edilmesi zor olacaktır (Feldstein, 1993). Bu durumda, alıcının satıcıya ihtiyacı olduğu kadar (ör. bir bölgedeki tek hastane gibi), satıcıların da alıcıya ihtiyacı olacaktır (hizmetlerin tek satın alıcısı).

Rekabet sorusu, özellikle hükümetler bazen “para haricindeki piyasalar” veya “alıcı-tedarikçi ayrımı” adı verdikleri sözleşme şeklini kullandıkları zaman önemlidir. Bu stratejide, daha önceden hizmeti hem finanse etmiş hem de temin etmiş olan bir kamu kurumu, iki kuruma ayrılmaktadır. Kısaca, finansman tedarikten ayrılmaktadır. Bir alıcı kurum oluşturulmakta ve farklı satıcılarla sözleşme yapma konusunda yetkilendirilmektedir (buna önceden birleştirilmiş yapıya sahip hizmet sunum birimleri de dahildir) (England ve arkadaşları, 1998; Flynn ve Williams, 1997). Yeni satıcının bir tekelinin olduğu durumlarda, bu alıcının maliyet kontrolü yönündeki çabalarına karşı etkili bir şekilde direnebilir. Bu durum Yeni Zelanda’da gerçekleşmiştir ve orada yeni oluşturulan bölgesel sağlık kurulları, yeni bağımsız olmuş (ancak yerel olarak tekelci olan) devlet hastaneleri ile müzakere yoluna gitmiştir (Crown Sağlık Harcamaları, 1996).

Sözleşmeyi kullanmayı planlayan ülkelerin, bunu başarılı bir şekilde uygulamak için gerekli olan kapasiteleri göz önüne alması gerekmektedir. “Şartname geliştirme, sözleşme kararları verme, sözleşmeleri hazırlama ve uyumluluğu denetleme konusunda uzmanlıkları var mıdır?” Sözleşme, bir sağlık bakanlığının rolünü bitirmemektedir; ancak kurumun rolünü (ve beceriler ve personel konusundaki ilgili ihtiyaçlarını) önemli düzeyde değiştirmektedir (Bennet ve Mills, 1998).

Bu görevler özellikle sözleşmedeki “teslim edilebilirler” karmaşık olduğunda meydan okuyucu niteliktedir. Bu durumda, ayrıntılı sözleşmenin müzakere ve idare süreçleri sonuçlar bakımından özellikle önemlidir. Bazen bir kurum, sözleşme imzalamaya sürecine -kimin “kazandığı”- uygun olmayan şekilde odaklanmaktadır. Oysa, kazananın ne kazandığı (sözleşmenin koşulları) ve kazananla zaman içinde nasıl ilişki kurulacağı, sözleşmenin etkisi bakımından muhtemelen önemli olacaktır. Şunu unutmayın, sözleşme idaresi veya yenilenmeme tehdidi aksi yönde yönlendirmediği sürece, kâr amaçlı yüklenicilerin maliyetleri (ve hizmetleri) kesmek, fiyatları artırmak ve kaliteyi düşürmek yönünde her türlü teşviki bulunmaktadır.

Zambiya ve Gana, sözleşmeye para haricindeki piyasa yaklaşımının unsurlarını uygulamaya çalışmış; sağlık bakanlıklarını bir finansman veya “komisyoncu-aracı” kuruma ve bir sağlık hizmetleri sunumu kurumuna ayırmıştır. Her iki ülke de bu tip bir değişimin, geleneksel bütçe odaklı hükümet birimlerine göre daha fazla yönetim kapasitesi gerektirdiğini keşfetmiştir (Gilson ve arkadaşları, 1997; Mills ve Broomberg, 1998). Benzer şekilde, Güney Afrika’da kırsal hastanelerin işletilmesine yönelik yapılan sözleşmeler üzerinde yapılan bir değerlendirme, karışık sonuçları ortaya çıkartmıştır. Bunun nedeni hükümetin, büyük ölçüde, sözleşmeleri hazırlama, imzalamaya ve yönetme konusunda hazırlıksız olmasıdır (Broomberg ve arkadaşları, 1997).

Performans endişelerinin ötesinde, sözleşmenin diğer dezavantajları da bulunmaktadır. Sözleşme sürecindeki önemli düzeydeki iş, basit bir tek biçim ödeme sistemine göre çok yüksek idari maliyetleri ortaya çıkartmaktadır. Buna ek olarak, söz konusu takdir, himaye ve yolsuzluk risklerini yaratmaktadır. Bu yüzden bu stratejinin uygulanabilirliği kısmen ilgili kurumların becerileri ve dürüstlüğüne dayanmaktadır. Ayrıca, kendileriyle sözleşme yapılan organizasyonların yöneticilerinin, sözleşmenin oluşturduğu teşviklere cevap vermek için yetkisi, motivasyonu ve becerileri olmadıkça, organizasyonel kontrol düğmesindeki bu ayarın potansiyel faydaları gerçekleşmeyebilir.

Teşvik Stratejileri: Özet

Özetlemek gerekirse, incelediğimiz teşvik stratejileri sağlık hizmetleri sisteminin performansını nasıl etkilemektedir?

Rekabet, temel olarak maliyetlerin düşürülmesi ve kullanıcı tercihlerine cevap verebilirliğin artırılmasına hizmet etmektedir; çünkü rakiplerin başarılı olmaları için bu yönde hareket etmeleri gerekmektedir. Bu değişiklikler, sağlık hizmetleri sisteminde memnun olma düzeyini artırmalıdır. Ancak sağlık durumunun da artıp artmaması, tedarikçilerin nasıl tepki gösterdiğine ve hükümetin herhangi bir maliyet tasarrufunu kullanmayı nasıl tercih ettiğine bağlıdır. Örneğin, uygun olmayan fazla kullanımını destekleyen rekabet, klinik kaliteyi azaltacak ve maliyetleri artıracaktır. Hastaların arzu edilebilir olduğuna karar verdiği ancak sağlık durumunun artmasına katkıda bulunmayan piyasa için maliyetler veya hizmet de artabilir. Mali zararlardan uzak kalma yönündeki baskı da yoksullar için erişimi ve riskten korunmayı azaltabilir.

Sözleşmenin etkileri, nasıl uygulandığına bağlıdır. İyi uygulandığında teknik verimliliği (maliyet kontrolünü destekleyerek), tahsis verimliliğini (kaynakları yeniden yönlendirerek) ve klinik ve hizmet kalitesini (eğer sözleşme ölçülebilir performans hedeflerini içeriyorsa) artırabilir. Sözleşme, belli hacimde ücretsiz hiz-

meti gerekli kılarak -ve böylelikle sistem performansının hakkaniyetini geliştirerek erişimi artırabilir. Daha önce belirtildiği gibi, sözleşme işlem maliyetlerini artırmaktadır -sözleşmenin hazırlanması, imzalanması ve yönetilmesine ilişkin harcamalar-ki bunun göz önüne alınması gerekmektedir. Bu faaliyetler için kaynaklar önemlidir; çünkü kötü bir şekilde yapılan sözleşme, potansiyel kazanımlarına ulaşma olasılığını barındırmamaktadır.

Yönetim Müdahaleleri

Haricî teşvikleri veya kimin ne yaptığını değiştirmenin sonuçları, bu müdahalelerin sağlık hizmetleri sunumunu nasıl etkilediğine bağlıdır. Bu, kritik düzeyde sağlık hizmeti organizasyonlarının yönetimine bağlıdır. Bu bölüm, yönetsel uygulamaları amaçlayan politika değişiklikleriyle ilgilenmektedir. Bu, organizasyon kontrol düğmesindeki üçüncü strateji grubudur.

Öncelikle kamu sektörünün “yeniden yapılandırılmasını” içeren iki müdahaleyi inceleyeceğiz: desantralizasyon ve kurumsallaştırma. Daha sonra yeniden yapılandırma olmaksızın yönetsel uygulamaların değiştirilmesini ve sağlık sektörü reformunun hedeflerini geliştirmenin yolları olarak toplam kalite yönetimi ve sözleşmenin uygulanabilirliğini inceleyeceğiz.

Kamu Sektörünün Yeniden Yapılandırılması 1: Desantralizasyon

Şimdiye kadar özel veya yarı devlet tedarikçileri için teşvikleri ele aldık. Hesap verme sorumluluğunu artırmak ve tedarikçilerin performansını geliştirmek; ancak bunları kamu sektöründe bırakmak isteyen reformcuların elinde hangi seçenekler bulunmaktadır? Dünya çapında giderek daha popüler hale gelen bir cevap, desantralizasyondur.

Arka plandaki argüman, merkezleştirilmiş ulusal sistemlerin özellikle büyük ve çeşitli bir ülkede, yerel hizmet sunumunun etkili bir şekilde denetimini sağlayamadığı (veya en azından genellikle sağlamadığı) yönündedir. Mutsuz vatandaşlar, şikayetlerinin duyurulması yönünde çok fazla bürokratik engelle yüz yüze kalmaktadır. İzleyecek çok fazla tesis olduğu için, merkezdeki yöneticiler bireysel hastaneler ve kliniklerdeki performans eksikliklerini izleyemez veya bunlarla ilgilenmek için çok fazla nedenleri yoktur. Dahası, ilçe veya bölge müdürleri çok nadir olarak alanlarındaki hizmet kalitesinden dolayı sorumlu tutulmaktadırlar (kısmen bunun nedeni, performansın genellikle izlenmemesidir). Bu yüzden, bu yöneticiler de yerel yöneticilerin üzerinde etkili kontrol veya bunlar için sorumluluk sağlamamaktadır.

Burada ele aldığımız desantralizasyon türüne bazen “devretme” adı verilmektedir. Bu, yetkinin, yönetimin alt ulusal birimlerine devrini içermektedir. Temel sağlık hizmetleri için bu genellikle yetkinin yerel düzeye kaydırılması anlamına gelmektedir. Daha büyük coğrafi birimler (ör. ilçeler) daha sık olarak hastane hizmetleri için sorumluluk almaktadır. Merkezileştirilmiş bir yapının bölgesel ofislerine daha fazla yetki veren değişiklikler -ki buna genellikle “konsantrasyon dağıtılması (dekonsantrasyon)” adı verilmektedir- gerçekten de farklı bir yönetim reformu türüdür (Mills ve arkadaşları, 1990).

Desantralizasyonun savunucuları, yerel kontrolün hizmet sunumunu geliştireceğini öne sürmektedir. Yetersiz performans daha iyi görülebilecektir ve yöneticiler cevap verme konusunda daha fazla baskı hissedeceklerdir. Himaye ve yolsuzluk daha fazla görülebilecektir ve bunların çıkarttığı fiyat (yetersiz performans şeklinde) daha az kabul edilebilir olacaktır. Vatandaşlar, şikâyetlerini dinleyecek sorumlu birilerini bulacak; kendi endişelerine cevap verme sebebi olacak (seçim başarısı) birileri olacaktır. Bunun mukabilinde yöneticiler, performansları yerel veya bölgesel siyasi kurumlar tarafından sorumlu tutulacaklardır. Bütün bunların, düşük maliyetlere ve aynı zamanda daha iyi klinik ve hizmet kalitesi sağlayacağı iddia edilmektedir (Ostrom ve arkadaşları, 1993; Dünya Bankası, 1993).

İlke olarak ulusal bürokrasiler farklı yerel koşullara cevap verebilirler. Ancak desantralizasyonu savunanlar uygulamada bürokrasilerin genellikle bu tür bir farklılığı göz ardı ettiği sonucuna varmaktadır. Bunun aksine desantralizasyon yerel koşullar ve tercihlere cevap verilebilirliği artıracaktır. Örneğin, sıtmaya yatkın alanda sıtma kontrolüne daha fazla para harcanacak veya yerel halkın tercihlerine uyacak şekilde hizmet karışımı ayarlanacaktır.

Çoğu desantralizasyon, bir teşvik ve yönetsel reform karışımını içermektedir. Örneğin, yöneticiler genellikle performanslarına dayalı olarak onları işe alacak, işten çıkartacak ve ödemelerini yapacak yerel yönetim kurulları şeklinde ilave hesap verme sorumluluğu ile yüz yüze kalmaktadır. Buna ek olarak, yöneticilere personel, sözleşme yapma ve satın alma konularında daha fazla yetki verilmektedir. Bossert buna “karar alanı” adını verir (Bossert 1998). Bizim görüşümüz, bu değişikliklerin birlikte yapılması gerektiği yönündedir. Cevap verme kapasitesi olmadan teşviklerin etkili olması olası değildir. Ancak merkezin, kontrolü bırakmasının sağlanması kolay değildir. Aslında, Şili’de hükümet, öncelikle maaş belirleme sistemini desantralize etmiş ve daha sonra kamu sektörü birliklerinden gelen baskı nedeniyle yeniden merkezileştirmiştir.

Sağlık sektörünün desantralizasyonu da sağlık sektörüne ait olmayan hedeflerine hizmet edebilmektedir. Bunlar, yerel hükümetlere daha fazla sorumluluk vererek onları güçlendirmeyi veya mali sorumlulukları baskı altındaki ulusal hükümetlerden uzaklaştırmayı içerebilir. Bu gibi durumlarda hükümetler, bu diğer hedeflere ulaşmak için daha düşük sağlık sektörü performansını kabul edebilir.

Sağlık hizmetleri finansmanının desantralizasyonu ciddi hakkaniyet sorunlarını gündeme getirebilmektedir. Daha zengin bölgeler, aynı hizmetleri, daha yoksul ülkelere göre daha düşük vergilerle (veya daha fazla hizmeti aynı vergilerle) finanse edebilmektedir. Bir bölgeler arası yeniden dağıtım mekanizması kurulmadıkça yoksul bölgeler bu tür bir desantralizasyondan zarar görecektir (Bosna’da olduğu gibi) (Fox ve Wallich, 1998). Diğer taraftan, yeteri kadar güçlü yeniden dağıtıma yönelik çabalar sergilendiğinde yoksul bölgeler, desantralizasyondan fiili olarak kazanım elde edebilir. Şili ve Kolombiya’da alınan kanıtlarda da açık olduğu gibi, formül temelli yeniden dağıtım sistemi, yoksul bölgelere, önceki siyasi odaklı bütçe süreçlerine göre daha cömert davranabilmektedir (Bossert ve arkadaşları, 2003). Bu bağlamda, Bölüm 8’de tartışıldığı gibi toplum finansmanı, temel sağlık hizmetleri sunumu üzerindeki yetki ile çok yerel düzeyde mali sorumluluğu birleştiren bir desantralizasyon şekli olarak görülebilir.

Merkezden bağımsızlaştırmayı düşünen sağlık sistemi reformcuları, taşrada ne kadar teknik ve idari kapasitenin olduğunu ve bu kapasitenin ne kadar hızlı geliştirilebileceğini değerlendirmelidir. Yerel siyasi süreçlerin şeffaf olmadığı, elitlerin hakimiyeti altında olduğu ve himayenin geçerli olduğu ülkelerde, desantralizasyondan ümit edilen hesap verme sorumluluğu ve verimliliğin gerçekleşmesi zordur. Ayrıca, önemli düzeyde toplumlar arası çatışmanın olduğu ülkelerde, marjinal gruplar yerel karar verme sürecinde kendilerini kötü durumda bulabilirler.

Yerel kapasite oluşturma bazı durumlarda başarılı bir şekilde elde edilebilir. Okuma yazma oranının yüksek olduğu ve halihazırda etkili yerel yönetim konusunda önemli düzeyde deneyimin olduğu güney Hindistan'daki Kerala örneğini değerlendirin. Bilgilendirilmiş gözlemciler, 1990'larda sağlık sektörü bütçe yetkisini yerel düzeye başarılı bir şekilde devredilmesini kolaylaştırarak önemli bir eğitim çabasının olduğunu tespit etmişlerdir (Isaac ve Franke, 2002).

Diğer taraftan, teknik eğitim "sosyal sermaye"deki boşluğun üstesinden gelmeyecektir: Bu boşluk, vatandaşların, güven ve karşılıklı saygıyı içeren yollardan, ortak menfaatlerini arama yönünde işbirliği yapma isteklilikleridir (Putnam, 2000 ve 1993) Çift girişli defter tutma, başarılı demokratik vatandaşlık için gerekli olan tutumlardan daha kolay bir şekilde öğretilir. Ancak, desantralizasyonu, tüm eğitim "bittikten" sonraya kadar geciktirmek de bir yanlış olabilir. O gün hiç gelmeyebilir. Ayrıca, desantralizasyonu uygulama yönündeki baskı, "öğretilirlik dakikaları" üretebilir. Yani, performans gösterme ihtiyacı, yerel ve bölgesel yetkililerin, yeni beceri ve kavram elde etme yönündeki kabul edebilirliklerini artırabilir.

Bu yetki, yeniden dağıtım ve yerel kapasite oluşturma konusundaki gözlemler bizim şu genel sonucumuzu vurgulamaktadır: Bir politika değişikliğinin sonucu, tasarımı ve uygulanışının ayrıntılarına dayanmaktadır. Eğer potansiyel faydaların gerçekleştirilmesi bekleniyorsa desantralizasyona dâhil olan farklı seçimlerin tutarlı ve uyumlu bir şekilde yapılması gerekmektedir. Örneğin, verimliliği geliştirmek ve hizmetleri yerel koşullara daha uygun bir şekilde üretmek için, yerel karar vericilerin personel ve bütçeler üzerinde yetkisi olması gerekir. Aksi takdirde, istenen sonuçların üretilmesini nasıl umabilirler?

Desantralizasyon programı bir kez başlatıldığında, merkezi bürokrasinin rolü değişmektedir. Merkez artık kontrol etmek yerine öneride bulunmalı; emretmek yerine eğitmelidir. Yerel politikayı ulusal hedeflere doğru yönlendirmek için düzenleyici veya teşviksel cihazlar gerekebilir. Örneğin, yönetimin ikinci düzeylerine nakit transferleri, ulusal hedeflere ulaşılmasına göre ayarlanabilir. Örneğin Hindistan'da, ulusal hükümet, en iyi nüfus kontrolü performansına sahip olan eyaletlere önemli düzeyde nakit ödülü sağlamaktadır. Performansın izlenmesi de özellikle önemli hale gelmektedir. Aksi takdirde, yeni düzenlemelerin etkileri muğlak kalacaktır. Birçok merkezi yönetim biriminin bu dönüşümü kabul etmekte zorlanacağını söylemeye bile gerek yok.

Bir nihai nokta, özellikle büyük ülkelerdeki farklı bölgeler arasındaki yerel koşullar ve kapasitelerdeki farklılıklarla ilgilidir. Sonuç olarak, desantralizasyon çabalarının bölgeye göre değişmesi gerekebilir. Eyalet yönetimlerinin tamamının makul düzeyde yetkin olduğu ABD'de bile, federal hükümet, hangi teknik ve düzenleme görevlerini hangi eyaletlere tahsis ettiğini, teknik yetkinlikteki farklılıklara dayalı olarak seçmektedir.

Kamu Sektörünün Yeniden Yapılandırılması 2: Özerkleştirme ve Kurumsallaştırma

Diğer yönetsel müdahale, kamu sağlık hizmeti sağlayıcılarının -genellikle hastaneler (ancak sadece bunlar değil)- bazen “özerkleştirme” ve “kurumsallaştırma” adı verilen reformlar aracılığıyla, yeniden yapılandırılmasını içermektedir. Daha önce kamu sektörünün yetersiz performansa etki eden yapısal özelliklerinden bazılarını gözden geçirdik. Bu reformlar, performansı geliştirmek için bu yapısal özelliklerin değiştirilmesini amaçlamaktadır (Preker ve Harding, 2002; Walford ve Grant, 1998).

Bu görüş, özel sektör yönetiminin bazı yönlerini kamu sektörüne ithal eden yeni organizasyonların oluşturulmasına yol açmıştır. Yeni kurumlara “yarı kamu” veya “para-statal” (sermayenin yüzde elliden fazlası hükümetin denetiminde olan kamu kuruluşu) adı verilmekte veya bunlar “kamu şirketleri” olarak nitelendirilmektedir. Daha ortalama reformlar bazen “özerkleştirme” olarak ifade edilmekte; daha tam değişiklikler “kurumsallaştırma” olarak adlandırılmaktadır. Bu reformlarda, yöneticilere daha fazla yetki verilmektedir ve bunun mukabilinde yöneticiler yeni bir yönetim yapısına karşı (yönetim kurulu gibi) hesap verme sorumluluğu altına konulmaktadır ki bu yapı sağlık bakanlığının basit bir kolu değildir. Organizasyon kısmen veya tamamen hükümet bütçesinden, personel ve satın alma kurallarından serbest hale getirilebilmektedir ve -hasta hacmi veya teşvik sözleşmelerine dayalı olarak- farklı yeni yollardan bunlara ödeme yapılabilmektedir. (Shaw 1999)

Bu tür yeniden yapılandırma genellikle “sahiplik” veya “yönetim” gibi kritik operasyonel ayrıntılara hitap etmeyen yasal veya resmi kategoriler bağlamında tartışılmaktadır. Örneğin, eğer yeni bir yönetim kurulu oluşturursak üyeler, kurulu yetkin yöneticileri arama yönünde teşvik edecek şekilde mi seçilecektir; yoksa siyasi ve himayecilik oyunlarını mı oynayacaklardır.

Yeniden yapılanmanın performans sonuçlarını nasıl etkilediğini anlamanın bir yolu, değişikliklerin Tablo 10.1’de belirtilmiş olan “Organizasyonel Performansın Altı Anahtarı”nı nasıl etkilediğini sormaktır. Burada önemli olan nokta, kurulun kararlarının, yöneticiler ve çalışanlar için teşvikler oluşturduğudur Bu, yeni düzenlemelerin gerçekte nasıl işleyeceğini tahmin etmeye yardımcı olabilir.

- **Organizasyon İçin Teşvikler:** Etkili reform, güçlü performansa dayalı teşvikler oluşturmaktadır, burada ya hastalar (gerçek piyasalarda) ya da hükümet kurumları (para haricindeki piyasalarda) performanslarının maliyeti/kalitesine dayalı olarak tedarikçileri seçebilmektedir. Organizasyonları, bu teşviklere cevap verme yönünde teşvik etmek için tipik olarak ürettiği kârların çoğunu, hatta tamamını, elde tutmasına izin verilmektedir. Bu, birçok bürokratik bağlamda yaygın olduğu şekilde, herhangi bir fazla miktarın maliye bakanlığına devredilmesi uygulamasıyla çalışmaktadır.
- **Yöneticilere Teşvikler:** Etkili reformlar, yöneticilere performansı artırma yönünde güçlü teşvik vermektedir. Burada bir seçenek, yöneticileri işe alma, işten çıkartma ve onlara ödeme yapma yetkisini, üyelerini performans odaklı yapan bir şekilde tayin edilen bir yönetim kuruluna devretmektir. Bunun oluşması için, “yönetim” yapılarının ayrıntıları önemlidir. Yönetim tayinleri üzerinde siyasi etkinin devam etmesine izin veren reformlar, yöneticilerin teşviklerini zayıflatmaktadır.
- **Yöneticilerin Yetkisi:** Teşviklerine cevap verebilmek için, yöneticilerin personel,

satın alma, fiyatlandırma ve diğer önemli konulara ilişkin yetkisinin olması gerekmektedir. Ancak, yöneticilerin takdir hakkı genellikle çalışanlarını korumaya istekli olan birliklerden veya düşük fiyatları korumaya istekli olan kullanıcılardan gelen baskı altında sınırlı kalmaktadır.

- **Yönetisel Beceriler ve Tutumlar:** Yöneticilerin becerilerinin ve tutumlarının geliştirilmesi tipik olarak -kasıtlı olmadan- yeni yönetim yapılarına devredilmiştir. Sadece birkaç ülkenin, yöneticiler arasında reformu geliştirebilecek girişimcilik ve sosyal sorumluluk birleşimini üretmek için hükümetin ne yapacağı hakkında bir düşüncesi vardır.
- **Çalışan Teşvikleri:** Çalışanların performansının geliştirilmesi büyük ölçüde yönetimin eline bırakılmıştır. Yöneticiler işe alabildiğinde, işten çıkartabildiğinde ve ödeme ölçeklerini değiştirebildiğinde, çalışanlar için performansa dayalı teşvikler sağlayabilirler. Diğer taraftan, bazen eski personel sistemi ve bunun oluşturduğu zayıf teşvikler, aynı yerinde kalmaktadır.
- **Çalışan Becerileri ve Tutumları:** Reformcular tipik olarak ya çalışan becerilerini ve tutumlarını göz ardı etmişler veya bu konuları ele almak üzere yeni yöneticilere -bu yöneticilerin iş gücünü dönüştürmek için liderlik ve yetkinin bir kombinasyonunu kullanacağını umarak- bırakmışlardır.

Özetle, başarılı bir hastanenin yeniden yapılandırılması, makul yetkiye sahip ve performansları için ödüllendirilen kabiliyetli ve iyi eğitilmiş hastane yöneticilerinden oluşan bir kadroyu gerektirmektedir. Bu, söz konusu bireylerin eğitime, doktorlar arasında çalışmalarına ilişkin saygıyı artırma yönündeki çabalara ve meslek birliklerinin desteklenmesine dikkat edilmesini gerektirmektedir. Sadece birkaç ülke (ör. Macaristan) bu hedefe ulaşmak için gerekli eğitim ve yetkilendirme altyapısını uygulamaya başlamıştır (Fried ve Gaydos, 2002).

Uluslararası kanıtlar şunu göstermektedir ki hastane yapısının anahtar yönlerinde reform yapmayan parça parça değişiklikler, önemli sonuçlar üretmemektedir (Jakab ve arkadaşları, 2002). Yöneticilere cevap verme yetkisi ve becerisi vermeden organizasyona verilen teşvikleri artırmak ümit verici bir yaklaşım değildir. Benzer şekilde, yöneticilere yetki vermek ve bunları -harici hesap verme sorumluluğu sağlamadan- piyasa teşviklerine tabi kılmak; bunları kâr arayan ve sosyal değerleri hafife alan girişimciler haline dönüştürebilir. Temel kullanıcı kitlesinin sayısı azalmaya başladığında bir kaplumbağa çiftliğini çalıştırmaya başlayan özerkleştirilmiş Çin Lepira Hastanesi, Chengdu’da eğitim verirken duyduğumuz örneklerden biridir.

Birden fazla anlamlı değişikliğin bir etkileşim veya “devirme” etkisi olabilir; bu da organizasyonun kültürünü ve işleyişini dönüştürür. Kıdem ve himayeli işe alma devam ettiğinde, hastaneler bu gibi durumları seven çalışanları çekecektir. Diğer taraftan, yeni yöneticiler -yeni yetki ile birlikte- yeni bir ortam oluşturabilir ve etkili bir şekilde üretkenlik ve hizmet iyileştirmelerini uygulayacak daha fazla motive olmuş personeli çekebilir.

İronik bir şekilde, piyasa baskıları ne kadar fazla olursa ve hastaneler ne kadar özerk hale gelirse o kadar fazla kâr amaçlı kurum olarak hareket edeceklerdir. Bu yüzden, reformlar ne kadar kapsamlı ve etkili olursa yeniden organize olmuş hastanelerin o kadar fazla düzenlenmesi gerekecektir. Burada yine rekabet ve düzenlemenin birbirlerinin

alternatifi değil, tamamlayıcısı olduğunu görüyoruz.

Ne yazık ki himaye, siyaset ve güçlü birlikler; kritik personel kararlarının yöneticilere devredilmesini zorlaştırabilir. Siyasetçiler de daha önceden çapraz maddi destekler aracılığıyla desteklenen faaliyetler için açık bir şekilde ödeme yapma konusunda isteksiz olabilir. Bu yüzden, özerkleştirmeyi tasarlayan reformcular, etkili bir şekilde uygulanamayacak bir yaklaşım için zaman ve çaba israfını önlemek amacıyla, reform sürecinin başlangıcında siyasi fizibiliteyi değerlendirmelidir.

Burada uygulama özellikle önemlidir. Hastanenin yeniden organize edilmesi, kısa sürede istenmeyen bazı durumları tedavi edecek güçlü bir antibiyotik değildir. Bu, daha çok bir fizik tedavi süreci gibidir; sağlık sektörü performansının geliştirilmesi isteniyorsa uzun bir süre boyunca gün be güne yapılması gereken ve diğer teröpatik müdahalelerle birlikte uygulanması gereken zor, ağırlı bir iştir.

Kamu Sektörü Performansının Geliştirilmesi

Siyasi muhalefet, desantralizasyon veya özerkleştirmeyi uygulanamaz hale getirdiğinde, kamu sektörü performansının bu tür yapısal değişiklikler olmadan geliştirilip geliştirilemeyeceği sorusu gündeme gelmektedir. Bunun cevabı, destekli bir “olabilir” şeklinde olmalıdır; kısmen bunun nedeni, kamu sektörünün performansının geliştirilmesinin, herhangi bir sahiplik veya kontrol reformunun aksine değişikliklere bağlı olmasıdır.

Gerekli olan değişiklikler o kadar aşikârdır ki sadece yaygın siyasi zorluklar ve bakanlık uzmanlığının bulunmaması, neden daha kapsamlı bir şekilde tesis edilmediklerini açıklayabilmektedir. Bunun bir nedeni, kamu sektörü içindeki reformun, bakanların elinden basit bahane olan “Bunu ben yapmadım.” cevabını almasıdır ki bu cevap, bir özel veya özerk kurum güçlü çıkarlara karşı çıktığında kullanılabilir. Ayrıca, bakanların kendisi genellikle yönetsel reformun gerektirdiği uzun süreli ve siyasi olarak zor çabalar için gerekli yönetsel deneyim ve kapasiteye sahip değildir. Bir kere daha, tartışmamızı organize etmek için “Altı Anahtardan” aldığımız kategorileri kullanabiliriz.

- **Organizasyonel Teşvikler:** Finansman birkaç yolla performansa bağlanabilir. Örneğin, bütçeler, sağlanan hizmetlerin kalitesi ve miktarına dayalı olarak farklı olabilir. Ölçülen performans hedeflerinde daha iyi performans sergileyen bölgelere veya kurumlara teşvik (ör. ödül) verilebilir. Performans raporları ve derecelendirmeleri yayınlanabilir ve yüksek performans gösteren kurumlara sertifika verilebilir.
- **Yönetsel Teşvikler:** Siyaset ve himayenin rolü sınırlı olabilir ve yöneticiler, becerileri ve yönetici olarak performanslarına dayalı olarak seçilebilir, desteklenebilir ve ödemeleri yapılabilir. Gerçek hesap verme sorumluluğu oluşturan raporlama ve denetim sistemleri tesis edilebilir. Bu özellikle eğer yöneticilere daha fazla yetki verilmesi isteniyorsa önemlidir.
- **Yönetsel Beceriler ve Tutumlar:** Resmi yönetim eğitimi programları geliştirilebilir ve belli işler için bir ön şart haline getirilebilir. Yönetsel kariyer pozisyonları geliştirilebilir. Yönetsel rollerin prestiji, farklı ödüller ve yayınlama çabalarıyla geliştirilebilir. Kapasiteli adaylar, yönetim kariyerlerini takip etme yönünde teşvik edilebilir.

- **Yönetimsel Yetki:** Yöneticilerin bütçeleme, satın alma, fiyatlandırma, personel ve üretim yöntemleri konusunda daha fazla karar vermesine izin verilebilir.
- **Çalışan Teşvikleri:** Personel sistemleri, performansı ödüllendirecek ve siyasi etki ve himayeyi sınırlandıracak şekilde değiştirilebilir.
- **Çalışan Kapasiteleri ve Tutumları:** İşe alma yapıları, eğitim sistemleri ve personel uygulamaları, motive edilen çalışanları çekmek ve elde tutmak için revize edilebilir.

Bu değişiklikler, birçok kamu sektörü kurumunun performansını önemli düzeyde geliştirebilir. Bu tür ölçülere direnen -yöneticilere düşük yetki veren, geçmişine göre bütçeleri tahsis eden ve işe almak için himayeye dayanan- ülkeler için, kamu sektörü sağlık sistemi kötü performans göstermeye devam ederse sürpriz olmamalıdır.

Diğer Spesifik Yönetimsel Müdahaleler: Toplam Kalite Yönetimi ve Sözleşme İmzalaması

Herhangi bir ortamda yetkilendirilmiş yöneticilerin değerlendirmesi gereken organizasyonel performansı artırma seçenekleri nelerdir? İlk seçeneğe “Toplam Kalite Yönetimi” veya “Sürekli Kalite Geliştirmesi” adı verilmektedir (Berwick ve arkadaşları, 1991; Crosby, 1979; Dever, 1997; Palmer ve arkadaşları, 1995) Bu yaklaşım, son zamanlarda dünya çapında sağlık hizmetleri yöneticilerini giderek daha fazla çekmektedir.

Bu görüşler, bizim kullandığımız çerçeve ile uyumludur. “Toplam Kalite Yönetimi” veya “Sürekli Kalite Geliştirmesi” uzmanlarının tamamı performans ölçümünü, yönetimsel hesap verme sorumluluğunu, çalışanların dâhil edilmesini, kullanıcı hizmetlerine odaklanılmasını ve üstten gelecek liderliği savunmaktadır (Morgan ve Murgatroyd, 1994). Bunlar, düşük maliyet ve yüksek kalite için anahtar noktanın, üretim sistemlerinin dikkatli bir şekilde yeniden tasarımı olduğu görüşüne odaklanmaktadır. Aynı zamanda sistematik hedef analizinin -tıpkı bizim sağlık sistemi düzeyinde yaptığımız gibi- etkili reform için önemini vurgulamaktadırlar.

“Toplam Kalite Yönetimi” veya “Sürekli Kalite Geliştirmesi”nin anahtar bir vurgusu da daha iyi kalitenin korku veya zorlamadan gelmeyeceği yönündedir. Gelişme, bir şeyleri yapmayı kolaylaştıran ve kötü işleri yapmayı zorlaştıran bir sistemden gelmelidir. Sağlık sektöründeki hedeflenmiş kalite geliştirme çabaları -ilaç siparişi vermeyi veya envanter yönetimini geliştirme yönünde- genellikle bu yaklaşıma dayanmaktadır. Bunlara genellikle çok ihtiyaç olmaktadır. Çünkü sağlık sektöründe, işletim prosedürleri, profesyonel grupların, birliklerin ve kontrol odaklı memurların, kendi amaçlarını takip etme -sistem performansını azami düzeye çıkartmanın aksine- yönündeki çabalarını yansıtabilir. Bunlar değişmeden devam edebilir; çünkü organizasyonlar ve yöneticileri, değişikliği gerçekleştirmek için göreceli teşviklere veya kapasiteye sahip değildir.

Burada, kalite geliştirme yöntemlerine ilişkin geniş literatürün tamamını özetleyemeyiz. Burada bizim vurgulamak istediğimiz nokta, bu programların iyi yönetimin yerini alamayacağıdır. Bunun aksine, bu yaklaşımların halihazırda iyi yönetilen organizasyonlar üzerinde en büyük pozitif etkisi olmuştur. Bu yüzden, “Toplam Kalite Yönetimi” bu bölümde ele alacağımız farklı yönetimsel reformlar için bir ikame değildir. Bunun aksine, “Toplam Kalite Yönetimi” yöntemleri, yönetim kapasitesi, yöntemlerin etkili bir şekilde uygulanması için yeterli düzeyde geliştirildiğinde meyve verecektir.

Sağlık hizmetleri reformcuları tarafından yakın zamanda, genellikle değerlendirilen ikinci bir spesifik yönetim uygulaması, özel sektör firmalarının, kamu sektörü için belli hizmetleri sağlamaya yönelik sözleşme düzenlemelerini içermektedir. Bu yaklaşım için en yaygın alanlar, gıda oda hizmetleri ve çamaşırcılık gibi klinik olmayan hizmetlerdir. Ancak bu aynı zamanda klinik alanlarda da kullanılmaktadır (ör. belli laboratuvar testlerini gerçekleştirmek veya hastane hizmetleri gibi uzmanlaşmış hizmetleri sağlamak için sözleşmeler; Mill, 1998).

“Sözleşme imzalamanın” cazip yönü -bu düzenlemelerde belirtildiği şekliyle- uzmanlaşmış tedarikçilerin, bir bireysel hastanenin ulaşamayacağı özel bir işlevde (ör. çamaşırhane) ölçek ekonomilerinin avantajlarını kullanabilmesidir. Buna ek olarak, tedarikçiler genellikle tıp odaklı bir hastanenin göz ardı ettiği bir faaliyete odaklanabilir (oda hizmetleri gibi). Ayrıca, ihale sürecinin, sözleşme imzalamaya istekli firmaların, daha düşük fiyat üzerinden hizmet sağlamasına yardım edeceği umulmaktadır. Kamu sektörünün verimsiz olduğu ve reform yapmanın zor olduğu ülkelerde, sözleşme imzalama çekici bir seçenek olabilir. Bu umutlar, muhtemelen deneyimli bir rekabetçi tedarikçi grubu iş elde etmeye çalıştığında gerçekleşecektir. Bunun aksine bir tekeli ile sözleşme imzalamanın umulan maliyet ve hizmet kazanımlarını üretmesi muhtemel değildir (Mills, 1998).

Başarılı bir şekilde sözleşme imzalamak için hastanelerin şartname yazabilmesi, teklifleri değerlendirebilmesi, sözleşmelerin taslağını hazırlayabilmesi ve performansı izleyebilmesi gerekmektedir. Ayrıca, hastanelerin kendisi performanslarını artırma yönünde baskı altında olmadıkça, doğrudan hizmet sunumunda resmi olarak yapmak zorunda olduklarından daha fazla olacak şekilde sözleşmeyi iyi yapma konusunda fazla teşvike sahip olmayacaklardır. Bu yüzden, hastaneler ve yöneticilerinin, etkili bir şekilde sözleşme imzalamak için geliştirilmiş performansa dayalı teşviklere ve hesap verme sorumluluğuna ihtiyacı vardır.

Yönetimsel Müdahalelerin Özeti

Genel sağlık sektörü performansı kapsamında, yönetimsel müdahaleler biraz dar odaklıdır. Bunlar genellikle erişim veya riskten korumaya yöneltilmemektedir. Aynı zamanda bunlar nadiren tahsis verimsizliği (yani *neyin* üretildiği) sorunlarına yönelik bir cevap teşkil edebilmektedir. Bunun yerine bu reformlar, bir şeylerin *nasıl* üretildiğine -teknik verimliliğe ve geliştirilmiş hizmet ve klinik kalitesine- odaklanmaktadır. Bu anlamlı gelmektedir; çünkü organizasyonların ne ürettiği temelde harici teşvikleri ile belirlenirken, üretim sisteminin yapısı ve işleyişi önemli düzeyde bir dâhili konudur.

Bu tür reformların politikası tipik olarak çatışmada olan baskıları yansıtmaktadır. Vatandaşların yetersiz hizmetten memnun kalmaması, siyasetçiler ve yetkili çalışanlar bunlara karşı çıksa bile bu değişiklikleri destekleyebilir. Yerel hükümetlerin güçlendirilmesi gibi sağlık sektörü dışındaki endişeler de bir rol oynayabilir. Eğer bu reformlar başarılı olursa, bu durumda maliyetler daha düşük olmalıdır veya sağlık durumu ve memnuniyet daha yüksek olmalıdır. Ancak tam olarak potansiyel kazanımların bu hedefler arasında nasıl ayrıldığı, finansman ve ödeme alanlarında alınan diğer kararlara dayanacaktır.

Koşullu Rehberlik

Eğer diğer reform çabalarından gelecek potansiyel kazanımların gerçekleşmesi isteniyorsa organizasyon kontrol düğmesine dikkat edilmesi önemlidir. Finansman ve ödenimin değiştirilmesi, tedarikçilere verilecek olan fonları ve onlara verilen teşvikleri değiştirebilir. Ancak bu değişiklikler, tek başına hizmet sunum sisteminin daha iyi hizmet sunma kapasitesini artırmamaktadır. Bu kapasite geliştirilmedikçe verimlilik, kalite ve erişim gelişmeyeceği gibi genel sistem performansı da gelişmeyecektir.

Bu çıkarım, genellikle sağlık sektörü reformunda göz ardı edilmiştir. Bu kısmen göz ardı edilecek bir nokta olabilir. Reformcular orantısız bir şekilde ekonomist ya da doktor olma eğilimindedir. Ekonomistler genellikle para akışlarını değiştirmenin tek başına performansı iyileştireceğine inanmaktadır. Doktorlar klinik konulara odaklanmakta ve organizasyonel konular hakkında endişe duyan “bürokratlar” veya “katipler” tarafından işlerine müdahale edilmesi olarak gördükleri durumu değersiz addetmektedir. Bu aynı zamanda bir politika konusudur. Hizmet sunum sisteminin değiştirilmesi genellikle işlevleri ve kaynakları kaybedecek olanlar tarafından muhalefetle karşılanmaktadır. Kamu sektörünün işlevini geliştirmeye yönelik çabalar, himaye temelli siyasetçiler veya sağlamlaştırılmış birliklerden gelecek olan ağır siyasi muhalefetle yüz yüze kalabilir (Walt, 1994).

Bu zorluklara rağmen reformcuların, bu bölümün başında belirtilen sağlık hizmeti sunum sistemi hakkındaki temel bir gerçekle yüzleşmesi gerekmektedir. *Yöneticilerin hem performansı artırma yönünde teşviki hem de bu teşviklere cevap verecek kapasitesi olmadıkça tedarikçi organizasyonları etkili bir şekilde işlev görmeyecektir.* Eğer reformcular bunu gerçekleştirmek için gerekli olan değişiklikleri yapma konusunda isteksiz veya yetersiz ise bu durumda sağlık sistemi performansının ümit kırıcı olmaya devam etmesine şaşırılmamalıdır.

Teşvikler bakımından, rekabet ve sözleşmenin hem özel, kâr amaçlı tedarikçileri hem de belli düzeyde yönetimsel özerkliği olan kamu sektörü tedarikçilerini -para haricindeki piyasalar durumunda- etkilemek için nasıl kullanılabileceğini inceledik. Aynı zamanda kamu sektöründeki desantralizasyona, teşvikleri ve hesap verme sorumluluğunu artırmanın bir yolu olarak baktık.

Kapasite artırılması bakımından, farklı yeniden yapılandırma seçeneklerini (özerkleştirme ve kurumsallaştırma) ve yeniden organize olmamış kamu sektörü dahilindeki geliştirilmiş yönetimsel kapasite olasılıklarını inceledik. Ayrıca, yönetimsel kapasitenin artırılması konusunda başarılı olmak için dayanan iki özel yönetimsel yenilik kaydettik (Toplam Kalite Yönetimi ve sözleşme imzalama). Bunlar, organizasyonel performansı geliştirmek için gerekli olan becerilere, yetkiye ve teşviklere sahip olan yöneticiler için tamamlayıcı niteliktedir; onların yerini alması amaçlanmamaktadır.

Bu aynı temel anlayış, hizmet sunum sisteminde kimin ne yaptığını değiştirmeye yönelik çabalar için de geçerlidir. Bazı çabalar -örneğin faaliyetlerin özel sektöre kaydırılması- hem teşvik hem de kapasite değişiklikleri sağlamaya dayanmaktadır. Tedarikçilerin ölçeğini ve kapsamını değiştirmek gibi diğer değişiklikler, bunların potansiyel kazanımlarını üretmeye yönelik yönetim fiillerine dayanmaktadır. Sıklıkla reformcular, yönetimsel düzeyde bu değişikliklerin tek başına nasıl işe yarayacağını derinlemesine düşünmemiştir.

Reform Seçenekleri Arasından Seçmek

Ne yapılacağına karar verirken reformcular, kapsamlı ve güçlendirilmiş bir himaye sisteminde sadece önemli yapısal reformların, önemli düzeyde geliştirilmiş performans sağlayacağını fark etmelidir. Daha orta düzeydeki reformlar, yönetsel yetkinlik ve personel motivasyonları halihazırda göreceli olarak iyi olduğunda fayda sağlayabilir. Ne yazık ki bu nokta, kökten bir reformun en çok gerekli olduğu ve siyasi olarak en zor olan yerdir.

Bir ülkenin değerlendirmesi gereken desantralizasyon ve kurumsallaştırma karışımı, bir dizi değışkene dayanacaktır. Yolsuzluk veya verimsizlik yerel düzeyde daha mı iyidir; yoksa daha mı kötüdür? Gerçek yönetim gelişimlerine yol açacak şekilde yeni hastane yönetim şekilleri için siyasi onay almamızın olasılığı nedir? Ödeme ve düzenleme sistemlerimiz, özerk sağlayıcıların davranışını etkilemek istediğimiz teşvikler ve kontrolleri oluşturma konusunda ne düzeyde etkindir?

En radikal yeniden yapılandırma stratejileri, özelleştirme yolunun kat edilmesi ve piyasaya güvenilmesini içermektedir. Daha önce belirttiğimiz gibi, bunun bir ülke için bir şey ifade edip etmediği birkaç konuya bağlıdır. Sonuçta elde edilen piyasa ne düzeyde rekabetçi olacaktır? Özel tekeliler muhtemelen arzu edilebilir sonuçları vermeyeceklerdir. İkinci değerlendirme, alıcıların karmaşık hale getirilmesidir. Alıcılar seçenekler hakkında ne kadar iyi karar verirse piyasa o kadar iyi işlev görecektir. Üçüncüsü, reformcuların hedefleri nelerdir? Hakkaniyet konuları piyasanın daha az kullanımını gerektirmektedir. Kullanıcı memnuniyetine odaklanmak, piyasa sunumunu daha uygun hale getirmektedir. Ne yazık ki burada diğer başka bir zor paradoksla yüz yüze kalıyoruz. Yetersiz kamu hizmet sunumu sistemlerine sahip olan hükümetler, genellikle aynı zamanda özel tedarikçilerden etkili bir şekilde satın alma veya onları düzenleme yönündeki mali ve idari becerilere sahip değildir.

Bu sorulara cevap verirken, reformcular sağlık hizmetleri sunum sistemi dahilinde profesyonel normları sağlamanın önemini göz önüne almalıdır. “Kurum” sorunu doktorların, bunu istemeleri durumunda hastaları kolayca suistimal edebilecekleri anlamına gelmektedir (McGuire, 2000). Piyasa rekabeti, bu tür bir suistimali sınırlandıran profesyonel normları eritebilir. Aslında, piyasa ne kadar rekabetçi (ve daha iyi) olursa, tedarikçiler üzerinde kendi gelirlerini azami düzeye çıkartma yönünde o kadar fazla baskı olacaktır.

Organizasyonel Değişiklik ve Hakkaniyet

Organizasyonel değişikliklerin önemli hakkaniyet etkileri olabilir. Daha önce belirtildiği gibi, tedarikçi sınıfını (hemşireler veya doktorlar) veya uygulama belirleme yöntemini (yerel dispanserlere karşı bölge hastaneleri) değiştirmek, yoksul veya sosyal olarak marjinal gruplar için hizmetlerin fiziksel ve etkili olarak ulaşılabilmesini etkileyebilir. Bu tür değişiklikler, yerleşim ve seyahat zamanını veya hizmet sunumunun kültürel hassasiyetini ve kabul edilebilirliğini değiştirebilir.

Özel piyasaların kullanılmasının da ciddi hakkaniyet etkileri vardır. Rekabet, yoksul hastalara çapraz destek sağlamak için mevcut olan fonları azaltabilir. Bu yüz-

den, yoksullar için verilen hizmetin ödemesinin nasıl yapıldığı, rekabetçi tedarikçiler için söz konusu hizmeti vermenin cazip olup olmadığını belirleyecektir. Tedarikçiler, ne kadar fazla rekabetçi ve piyasa odaklı olursa fiyat sinyallerindeki küçük değişikliklere bile o kadar çok tepki vereceklerdir.

Adalet ve organizasyon arasındaki son bir bağlantı, desantralizasyon bağlamında ortaya çıkmaktadır. Buradaki risk, yerel sosyal ve ekonomik gelişme düzeylerinde farklılıkların, bu reformlarla daha da kötü hale getirileceği yönündedir. Daha ileri düzeydeki toplumlar, hizmetleri sunma konusunda daha elverişli durumda olacaktır ve güçlü dengeleme ölçüleri uygulanmadıkça bu, daha iyi hizmet veya daha düşük vergi oranları ile -veya her ikisiyle- sonuçlanacaktır.

Özet

Bu bölüme, “bir organizasyonun” ne anlama geldiğini -sağlık hizmetlerinin bir tedarikçisi olarak- ve “sistemin organizasyonu” ile ne anlatmak istediğimizi tanımlayarak başladık. Üç müdahale türü tanımladık: Kimin ne yaptığına ilişkin değişiklikler, teşviklerdeki değişiklikler ve yönetsel değişiklikler. Ayrıca bunların genel performansı nasıl geliştirebildiğini tartıştık.

Bu müdahalelerin birlikte çalışması gerektiğini vurguladık. Desantralizasyon veya sözleşme gibi teşvik değişikliklerinin, -bunlara yönetsel düzeyde değişiklikler eşlik etmedikçe- sonuçları değiştirmeyecektir. Benzer şekilde, ölçek ve kapsamın değiştirilmesinden elde edilecek potansiyel maliyet tasarrufları veya klinik kalite kazanımları sadece eğer yöneticiler kendi fırsatlarından yararlanırsa gerçekleşecektir. Nihai olarak, gerçek bir gelişme sağlamak için, ön cephedeki çalışanların ve yöneticilerinin davranışının değiştirilmesi gerekmektedir.

Organizasyonel değişikliklerin genellikle diğer kontrol düğmelerinin kullanımını gerektirdiğini gördük. Finansman, ödeme ve düzenleme -özellikle hedef organizasyonlar tam olarak sağlık bakanlığının yetkisi altında değilse- özel önem arz etmektedir. Örneğin Kore ve Japonya, doktorlar tarafından ilaç yazılması işlemini dağıtımdan ayırmak için düzenlemeyi kullanmıştır. Bazı tedarikçilerin büyümesine yardımcı olmak için, yöneticiler onlara daha fazla ödeme yapabilir veya onlarla seçici olarak sözleşme imzalayabilir, onlara para borç verebilir veya borçlarını teminat altına alabilir. Tüm bu değişiklikler, sistemin organizasyonunu değiştirebilmektedir.

Ayrıntılar önemli olduğu ve genellikle politika düzeyinde yetersiz şekilde ele alındığı için, uygulama, organizasyon kontrol düğmesinin başarılı bir şekilde kullanılması bakımından önemlidir. Ayrıntılara daha kalıcı bir şekilde dikkat etmek ve takibe odaklanmak gerekmektedir. Reformcuların, kaçınılmaz itirazlar ortaya çıktığında siyasi desteklerinin devam edip etmeyeceği konusunda dikkatli bir şekilde değerlendirmesi gerekmektedir. Değişen organizasyon, sabırsız veya cesaretsiz kimseler için bir kurum sayılmaz. Oysa, eğer diğer reformların sağlık sektörü performansında umulan kazanımları sağlaması isteniyorsa, bunlar oldukça önemlidir.

Kaynaklar

- Akin, John S.; David K. Guilkey; and E. Hazel Denton. 1995. "Quality of Services and Demand for Health Care in Nigeria: A Multinomial Probit Estimation." *Social Science & Medicine* 40(11): 1527-37.
- Aljunid, Syed; and Anthony Zwi. 1997. "Public and Private Practitioners in a Rural District of Malaysia: Complements or Substitutes?" In: Sara Bennett, Barbara McPake, and Anne Mills, eds., *Private Health Providers in Developing Countries: Serving the Public Interest?* London: Zed Books.
- Barzelay, Michael; with the collaboration of Babak J. Armajani. 1992. *Breaking Through Bureaucracy: A New Vision for Managing in Government*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Becker, E. R.; D. C. Morris; S. D. Culler; P. D. Mauldin; L. J. Shaw; J. D. Talley; and W. S. Weintraub. 1999. "The Changing Healthcare Market and How It Has Influenced the Treatment of Cardiovascular Disease—Part 1." *American Journal of Managed Care* 5: 1119-24.
- Bennett, Sara; and Anne Mills. 1998. "Government Capacity to Contract: Health Sector Experience and Lessons." *Public Administration and Development* 18: 307-26.
- Berle, Adolf A.; and Gardiner C. Means. 1991 (c1932). *The Modern Corporation and Private Property*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Berman, Peter. 1998. "Rethinking Health Care Systems: Private Health Care Provision in India." *World Development* 26: 1463-79.
- Berman, Peter A.; Davidson R. Gwatkin; and Susan E. Burger. 1987. "Community-based Health Workers: Head Start or False Start Towards Health for All?" *Social Science & Medicine* 25(5): 443-59.
- Berman, P.; A. K. Nandakumar; M. El-Adawy; J. J. Frere; S. El-Saharty. 1997. "Egypt: A Strategy for Primary Care Reform." Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates.
- Berman, P.; D. G. Sisler; and J. P. Habicht. 1989. "Equity in Public Sector Primary Health Care: The Role of Service Organization in Indonesia." *Economic Development and Cultural Change* 37: 777-803.
- Berwick, Donald M.; A. Blanton Godfrey, and Jane Roessner. 1991. *Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bosk, Charles L. 1979. *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*. Chicago: University of Chicago Press.
- Boner, R. A. 1995. "Competition Policy and Institutions in Reforming Economies." In: C. Frischtak, ed. *Regulatory Policies and Reform: A Comparative Analysis*. Washington, DC: World Bank.
- Bossert, Thomas. 1998. "Analyzing the Decentralization of Health Systems in Developing Countries: Decision Space, Innovation and Performance." *Social Science & Medicine* 47: 1513-27.
- Bossert, Thomas; Osvaldo Larrañaga; Ursula Giedion; José Jesus Arbelaez; and Diana M. Bowser. 2003. "Decentralization and Equity of Resource Allocation: Evidence from Colombia and Chile." *Bulletin of the World Health Organization* 81: 95-100.
- Brennan, Troyen A.; and Donald M. Berwick. 1996. *New Rules: Regulation, Markets, and*

- the Quality of American Health Care*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Broomberg, J.; P. Masobe; and A. Mills. 1997. "Contracting Out District Hospital Services in South Africa." In: Sara Bennett, Barbara McPake, and Anne Mills, eds., *Private Health Providers in Developing Countries: Serving the Public Interest?* London: Zed Books.
- Caves, Richard E. 1992. *American Industry: Structure, Conduct, Performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Chomitz, Kenneth M.; Gunawan Setiadi; Azrul Azwar; Nusye Ismail; and Widiyarti. 1998. *What Do Doctors Want? Developing Incentives for Doctors to Serve in Indonesia's Rural and Remote Areas*. Policy Research Working Paper 1888. Washington, DC: World Bank.
- Claquin, Pierre. 1981. "Private Health Care Providers in Rural Bangladesh." *Social Science & Medicine* 15(2): 153-57.
- Crosby, Philip B. 1979. *Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain*. New York: McGraw-Hill.
- Crown Health Enterprises. 1996. *Briefing to the Incoming Minister*. New Zealand: Crown Company Monitoring Advisory Unit, Government of New Zealand.
- Dever, G. E. Alan. 1997. *Improving Outcomes in Public Health Practice: Strategy and Methods*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- England, Roger. 2000. *Contracting and Performance Management in the Health Sector: A Guide for Low and Middle Income Countries*. London: DFID Health Systems Resource Center.
- England, Roger; Ken Grant; and Jennifer Sancho. 1998. *Health Sector Reform: Separating Public Financing from Providing Services*. London: DFID Health Systems Resource Center.
- Feldstein, Paul J. 1993. *Health Care Economics*. Albany, NY: Delmar Publishers.
- Flynn, Rob; and Gareth Williams, eds. 1997. *Contracting for Health: Quasi-markets and the National Health Service*. New York: Oxford University Press.
- Fox, William; and Christine Wallich. 1998. "Bosnia-Herzegovina: Fiscal Federalism—the Dayton Challenge." In: Richard M. Bird and François Vaillancourt, eds., *Fiscal Decentralization in Developing Countries*. New York: Cambridge University Press.
- Fried, Bruce J.; and Laura M. Gaydos, eds. 2002. *World Health Systems: Challenges and Perspectives*. Chicago: Health Administration Press.
- Gauri, Varun. 2001. *Are Incentives Everything? Payment Mechanisms for Health Care Providers in Developing Countries*. Working Paper. Washington, DC: World Bank.
- Gilson, L.; J. Adusei; D. Arhin; C. Hongoro; P. Mujinja; and K. Sagoe. 1997. "Should African Governments Contract Out Clinical Services to Church Providers?" In: Sara Bennett, Barbara McPake, and Anne Mills, eds., *Private Health Providers in Developing Countries: Serving the Public Interest?* London: Zed Books.
- Griffin, Charles C. 1992. *The Private Sector in the Philippine Health Care System*. Washington, DC: Urban Institute.
- Griffin, C. C.; and R. Paul Shaw. 1995. "Health Insurance in Sub-Saharan Africa: Aims, Findings, Policy Implications." In: R. Paul Shaw and Martha Ainsworth, *Financing Health Services Through User Fees and Insurance: Case Studies from Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: World Bank.

- Harding, April; and Alexander Preker. 2002. "Innovations in Health Care Delivery: Autonomization, Corporatization and Privatization of Public Hospitals." In: Alexander Preker and April Harding, eds., *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Washington, DC: The World Bank.
- Health Secretariat Mexico. 2000. *Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Puebla, para la ejecución del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) en la Entidad*. Mexico.
- Herrin, Alejandro. 1997. "Private Health Sector Performance and Regulation in the Philippines." In: William Newbrander, ed., *Private Health Sector Growth in Asia: Issues and Implications*. New York: Wiley.
- Herzlinger, Regina E. 1999. *Market-Driven Health Care: Who Wins, Who Loses in the Transformation of America's Largest Service Industry*. Reading, MA: Perseus Books.
- Hoekman, B. 1997. *Competition Policy and the Global Trading System: A Developing Country Perspective*. Policy Research Working Paper no. 1735. Washington, DC: World Bank.
- Hsiao, William. 2000. *A Preliminary Assessment of Sri Lanka's Health Sector and Steps Forward*. Colombo, Sri Lanka: Institute of Policy Studies, Health Policy Program.
- Isaac, Thomas; and Richard W. Franke. 2002. *Local Democracy and Development: The Kerala People's Campaign for Decentralized Planning*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Jakab, Melitta; Alexander Preker; April Harding; and Loraine Hawkins. 2002. *The Introduction of Market Forces in the Public Hospital Sector: From New Public Sector Management to Organizational Reform*. HNP Discussion Paper. Washington, DC: World Bank. June.
- Kakar, D. 1988. *Primary Health Care and Traditional Medical Practitioners*. New Delhi, India: Sterling Publishers.
- Lassey, Marie L.; William R. Lassey; and Martin J. Jinks, eds. 1997. *Health Care Systems Around the World: Characteristics, Issues, Reforms*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Martínez, Javier; and Tim Martineau. 2002. *Human Resources in the Health Sector: An International Perspective*. London: DFID Health Systems Resource Center.
- McDonald, Roger. 2002. *Australia's Flying Doctors*. Australia: Sandpiper Press.
- McGuire, Thomas G. 2000. "Chapter 9: Physician Agency." In: Anthony J. Cuyler and Joseph P. Newhouse, eds. 2000. *Handbook of Health Economics*. New York: Elsevier.
- Mills, Anne. 1998. "To Contract or Not to Contract? Issues for Low and Middle Income Countries." *Health Policy and Planning* 13: 32–40.
- Mills, Anne; and Jonathan Broomberg. 1998. *Experiences of Contracting: An Overview of the Literature*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Mills, Anne; Patrick J. Vaughan; Duane L. Smith; and Iraj Tabibzadeh, eds. 1990. *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience*. Geneva: World Health Organization.
- Ministry of Health, Egypt, Department of Planning; and Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health. 1994-95. *Egypt Provider Survey Report*. Boston, MA: International Health Systems Program, Harvard School of Public Health.

- Morgan, Colin; and Stephen Murgatroyd. 1994. *Total Quality Management in the Public Sector: An International Perspective*. Buckingham, England: Open University Press.
- Newbrander, William; and Gerald Rosenthal. 1997. "Quality of Care Issues in Health Sector Reform." In: William Newbrander, ed. *Private Health Sector Growth in Asia: Issues and Implications*. New York: Wiley.
- O'Connor, J. 2001. "The Royal Flying Doctor Service of Australia: The World's First Air Medical Organization." *Air Medical Journal* 20: 10-20.
- Osborne, David; and Ted Gaebler. 1993. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*. New York: Plume.
- Ostrom, Elinor; Larry Schroeder; and Susan Wynne. 1993. *Institutional Incentives and Sustainable Development: Infrastructure Policies in Perspective*. Boulder, CO: Westview Press.
- Palmer, R. H.; A. G. Lawthers; J. DeLozier; N. J. Banks; L. Peterson; and B. Duggar. 1995. *Understanding and Choosing Clinical Performance Measures for Quality Improvement: Development of a Typology*. Washington, DC: Agency for Health Care Policy Research.
- Patel, Kant; and Mark E. Rushefsky. 2002. "The Canadian Health Care System." In: Khi V. Thai; Edward T. Wimberley; and Sharon M. McManus, eds., *Handbook of International Health Care Systems*. New York: Marcel Dekker.
- Percy, Fiona. 1999. *Ethics of Care: Yarrabah Community and the Practice of Public Health*. Doctoral dissertation. Boston, MA: Harvard School of Public Health.
- Preker, Alexander; and April Harding. 2002. *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Washington, DC: The World Bank.
- Putnam, Robert D. 1993. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- . 2000. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.
- Roemer, Milton I. 1977. *Comparative National Policies on Health Care*. New York: Marcel Dekker.
- Shankar, D. 1992. "Indigenous Health Services—The State of the Art." In: *The State of India's Health*. New Delhi, India: Voluntary Health Organization of India.
- Shaw, R. Paul. 1999. *New Trends in Public Sector Management in Health: Applications in Developed and Developing Countries*. Washington, DC: World Bank Institute.
- Starr, Paul. 1982. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.
- Walford, Veronica; and Ken Grant. 1998. *Improving Hospital Efficiency*. London: DFID Health Systems Resource Center.
- Walt, Gil. 1994. *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. London: Zed Books.
- Walter, P. D. 1999. "Centers of Excellence: Historic Trends and Future Decisions." *Journal of Cardiovascular Management* 10: 17-24.
- White, Joseph. 1995. *Competing Solutions: American Health Care Proposals and International Experience*. Washington, DC: Brookings Institution Press.
- World Bank. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- . 1997. *World Development Report 1997: The State in a Changing World*. New York:

Oxford University Press.

- Wronski, Ian. 2001. Personal communication. Vice Chancellor for Health Affairs, James Cook University of North Queensland, Australia.
- Yip, Winnie. 1998. "Physicians' Response to Medicare Fee Reductions: Changes in the Volume and Intensity of Supply of Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Procedures for the Medicare and Provider Sectors." *Journal of Health Economics* 17(6): 675-99.
- Yip, Winnie; and William Hsiao. 2001. "Economic Transition and Urban Health Care in China: Impacts and Prospects." Paper presented at Harvard University Conference on Financial Sector Reform in China. Boston, MA.

Bu bölümde, dördüncü kontrol düğmesini, düzenlemeyi, tartışacağız. “Düzenleme” ifadesiyle, devletin zorlayıcı gücünün, sağlık sektöründeki bireyler veya organizasyonların davranışının değiştirilmesi için kullanılmasını ifade etmek istiyoruz. Bu sade sağlık hizmetlerini sağlayan ve finanse edenler için değil, aynı zamanda ilaç-eczacılık ürünleri gibi girdileri üretenler ve sağlık çalışanlarını eğitenler için de geçerlidir.

Düzenlemenin rolünü anlamamanın bir yolu, bunun, Batı’da eğitim alan ekonomistlerin, kaynak tahsisinin bir yolu olarak piyasaları kullanma konusundaki hevesliliği ile ne kadar ilgili olduğunu sormaktır. Bir dizi güçlü varsayıma dayalı olarak, ekonomistler, mükemmel düzeyde rekabetçi olan piyasalardan oluşan bir sistemin, Pareto Optimum olan bir sonuç üreteceğini öne sürmektedir (bk. Bölüm 6). Bu durumda, hiçbir kimsenin menfaati, başkasının menfaatini kötüleştirmeden artırılmayacaktır. Piyasaları bu şekilde kullanmak isteyen hükümetler, düzenlemeyi, mülkiyet haklarına hakim olan kuralları belirlemek ve dürüst ve açık bir alış-veriş olmasını garanti etmek için kullanmaktadır (North, 1990; Fuller, 1978). Aksi takdirde, en manipülatif ve güçlü olanlar tümünü alacaktır (Oakeshott 1975). Ancak, piyasaların iyi çalıştığı durumlarda, piyasaların üreteceği iyi oluş halinin dağılımı, şu veya bu etik çerçeve bakımından kabul edilebilir olmayabilir ve bu durumda daha hakkaniyetli bir sonuç elde etmek için düzenleme kullanılır. Üçüncüsü, birçok piyasa kendi başına iyi çalışmamaktadır ve hükümetler işlevlerini geliştirmek için düzenlemeye başvurumaktadırlar (Heriot, 1997). Düzenleme eyleminin dördüncü amacı, hükümetlerin düzenlemeyi, piyasaların geliştirmesi beklenmeyen ahlaki normları geliştirmek için kullanabilmesi nedeniyle ortaya çıkmaktadır.

Bu konuların tamamı, sağlık sektöründe sık bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak, düzenleme tüm sağlık sistemlerinde önemli bir faaliyettir ve sistem performansını geliştirmek isteyenler için büyük bir kontrol düğmesidir. Örneğin, hangi sağlık hizmetlerinin sigorta paketine dahil edilmesi gerektiğini belirtmek için kuralları kullanmak, sağlık durumunu ve memnuniyeti doğrudan artırabilir. Tüketicileri yetersiz kalitedeki ilaçlara veya ehil olmayan doktorlara karşı koruyan kuralların da benzer etkileri bulunmaktadır.

Düzenlemenin genellikle diğer kontrol düğmeleri ile önemli bir karşılıklı ilişkisi bulunmaktadır. Diğer kontrol düğmelerinin etkili olabilmesi için bunlara genellikle iyi düzenlemenin eşlik etmesi gerekmektedir. Örneğin, bir ülke bir sosyal sigorta programı belirleyebilir; ancak etkili düzenleme, ehil olan nüfusu bu programa kaydolma ve primleri ödeme konusunda zorlamadıkça bu program muhtemelen iflas edecektir. Aynı şekilde, düzenleme genellikle, bireysel davranışı etkilemek üzere uygun teşvikler ve çabalar düzenleme girişimlerini tamamladığında daha etkili olacaktır (Lafont ve Triole, 1993).

Ancak düzenleme kendi kendine uygulanmamaktadır. Düzenlemenin etkili bir şekilde işlemesi için ona eşlik ettirilmesi gereken siyasi ve idari görevler yıldırıcı olabilir. Ayrıca, yetersiz şekilde tasarlanmış olan düzenleme, sağlık sistemlerinin daha iyi yerine daha kötü performans sergilemesine neden olabilir. Bu yüzden politika yapımcılar, düzenlemenin güçlü yönlerini ve sınırlamalarını anlamalı ve eğer bu aracı başarılı bir şekilde kullanmak istiyorlarsa düzenleyici girişimlerin uygulanması için neler gerektiğini bilmelidirler.

Bu bölüm, beş konu etrafında organize edilmiştir: Düzenleme nedir ve neden düzenleme yapılmalıdır? Düzenlemeler sağlık sistemlerinin performansını nasıl etkiler? Düzenlemenin başarılı olmasının önemli belirleyicileri nelerdir? Sağlık sektöründeki ana düzenleme türleri nelerdir? Son olarak, düzenlemeyi nasıl etkili bir şekilde kullanacağımıza dair bazı koşullu rehber ilkeler sunuyoruz. Düzenlemenin önemli türlerinin tanımı oldukça uzundur. Bunun nedeni, yüksek ve düşük gelirli ülkeler arasında önemli düzeyde farklılık arz eden fazla sayıdaki düzenlemelerdir. Okuyucular, kendilerini ilgilendiren özel düzenleyici alternatifler hakkında daha fazla şey öğrenmek için bu konuya seçici olarak başvurabilirler.

Düzenlemenin Tanımlanması ve Gerekçelendirilmesi

“Düzenleme” terimini, hükümetin, kurumlar ve bireyler üzerine *kısıtlama koymak için zorlayıcı gücünü* kullanmasını ifade etmek için kullanıyoruz. Bu tanım altında, teşvikler veya davranış değişiklikleri değil (bk. Bölüm 12) sadece yasal kurallara “düzenleme” başlığı altına dahil edilmektedir. Bu yüzden düzenleme, ister hükümet ister hükümetin düzenleme yetkisini devrettiği hükümet dışı organlar (ör. kendi kendini düzenleyen kurumlar) tarafından yayınlanmış olsun, bütün yasal araçları içermektedir (kanunlar, kararlar, emirler, kodlar, idari kurallara, kılavuz ilkeler) (OECD, 1996).

Bizim düzenleme tanımımız, sağlık sigortası veya sağlık hizmetlerinin satın alıcıları tarafından satıcılar üzerine konulan kural ve şartları hariç tutmaktadır. Örneğin, sosyal ve özel sigorta planları genellikle, hizmet için kim tarafından ve nasıl ödeme

yapılacağına kısıtlama koyarak tedarikçileri sınırlandırmaktadır. Bunlar düzenleme değildir; çünkü bunlar hükümetin koyduğu yasal kurallara değildir, alıcı ve satıcı arasında müzakere edilen sözleşme koşullarıdır. Bu, hükümet tek başına satın alıcı olarak hareket ettiğinde bile geçerlidir.

Yukarıda şunu belirtmiştik ki düzenlemenin amaçları farklı yollardan, ekonomik piyasaların ürettiği sonuçların mükemmelleştirilmesi veya düzeltilmesi ile ilgilidir. Birincisi, piyasa alışveriş mekanizmalarına dayanan herhangi bir toplum, *alışverişlerin ve işlemlerin dürüst ve açık bir şekilde yapılmasını sağlamalıdır* (North, 1990; Williamson, 1985). Piyasa işlemlerindeki farklı oyuncuların yasal yükümlülüklerini tanımlamak için temel bir kurallar kümesi gerekmektedir; bu kurallar oyuncuların yetkisini, sorumluluğunu ve hesap verme sorumluluğunu ayrı ayrı belirtecektir. Örneğin, sağlık sektöründe, hükümetler düzenlemeyi, üzerinde mutabık kalınan işlemlerin dürüst, şeffaf ve güvenilir bir şekilde icra edilmesini sağlamak için hem alıcılar (hastalar ve tüketiciler) hem de satıcıların (doktorlar, eczacılar, hastaneler ve sigortacılar) yükümlülüklerini ve sorumluluklarını belirlemek için kullanmaktadır.

Düzenleme için ikinci neden, piyasalar bir ekonomistin bakış açısından iyi işlediğinde ortaya çıkmaktadır. Özel olarak, *piyasalar gelirin hakkaniyetli olmayan dağılımı ve farklı sağlık ihtiyaçları ile başa çıkamamaktadır*. Örneğin, yoksul vatandaşlar, piyasa ilkelerine dayalı olarak organize olmuş hastanelerden çok az hizmet alabilmektedir; bunun kesin olarak nedeni bu kişilerin yoksul olması ve ödeme gücünün bulunmamasıdır. Aynı şekilde, bu alanların sunduğu sınırlı ekonomik fırsatlar nedeniyle, çok az doktor az gelişmiş kırsal alanlarda çalışmaktadır. Sigorta piyasaları da hakkaniyet bakış açısından reddedilebilir sonuçlar üretebilmektedir. Örneğin, düzenleme olmaksızın, bu tür piyasalar kronik hasta insanları kapsamayacaktır; çünkü bunlar, primleri ödemeye güç yetirememektedir. Tüm bu durumlar, düzenlemeyi sağlık hizmetlerine daha hakkaniyetli erişimi desteklemek ve sağlık durumunun dağılımını geliştirmek için çabalar oluşturabilir ve oluşturmuştur.

Üçüncüsü, düzenleme; sağlık sektörü piyasaları, *makul düzeyde etkili rekabet için gerekli olan koşullara sahip olmadığı* için ortaya çıkmaktadır (Hsiao, 1995). Bu tür piyasa başarısızlıkları farklı türlerde. Birincisi, tüketiciler; tükettikleri mal veya hizmetlerin kalitesi konusunda karar veremeyebilir. Bu tür sorunlar nedeniyle, ehliyet-siz doktorların kurbanı olabilir veya saf olmayan muhteviyatı olan ilaçları tespit edemeyebilirler. Hükümetler, bu durumlara farklı birçok yoldan cevap verebilmektedir. Alıcılara, seçimlerini geliştirmek için bilgi sağlayabilirler (ör. etiketleme şartlarıyla). Alternatif olarak, doktorları lisanslayarak veya satılabilecek ilaçları sınırlandırarak piyasada sunulan şeyleri kısıtlayabilirler. Halk sağlığı kapsamında, örneğin motosiklet başlıkları takmayı zorunlu kılarak, tüketicilerin kendi cehaletleri temelindeki davranışlarını sınırlandırabiliriz. Bölüm 3'te ele almış olduğumuz hasta cehaletinin özel bir ilgili şekli, doktorların hastaların fazla tüketmesine -ve böylelikle doktorların gelirlerini artırmasına- neden olma riskidir. Birçok ülke, toplam doktor veya hastane yatağı sayısını sınırlandırarak bu soruna hitap etmek için düzenlemeyi kullanır.

İkinci bir piyasa başarısızlığı türü, ekonomistlerin *harici etkiler* adını verdiği durumdur, burada kullanıcıların kararlarını diğer insanlar etkiler; ancak kullanıcı kendi kararlarını verirken bu faydaları veya maliyetleri göz önüne almaz. Burada belirtilmesi gereken klasik örnekler, bağışıklandırma ki burada aşılma çabalarının toplum-

daki diğerlerine fayda sağladığı ve hava kirliliği ki burada fabrikanın emisyonlarının yakındakileri zarar verdiğini içermektedir. Birçok hükümet, pozitif kazanımlara sahip eylemleri desteklemekte veya zorunlu kılmakta ve diğerleri üzerinde maliyete neden olan eylemleri yasaklamakta veya vergilendirmektedir. Örneğin, motorlu araçlarda far ve fren olmasını zorunlu kılmak ve hız limitleri koymak, harici faydaları artırmak ve diğer sürücülere harici maliyetleri azaltmak için yollardır (Rosen, 2002).

Harici etkinin özel bir çeşidi, bazı ekonomistlerin *liyakat malları* adını verdiği durumu içermektedir. Bunlar, yaygın ancak nitelendirilmesi zor harici faydalara sahip mallardır -temel okuma yazma bilgisi ve vatandaşlık eğitimi gibi- ve bunları hükümetler genellikle piyasanın dışından sağlar. Hükümetler, genellikle bu faaliyetlerin gerçekleştiğini görmek için düzenlemeyi kullanmaktadır (Musgrave ve Musgrave, 1989).

Üçüncü tür bir piyasa başarısızlığı bir *tekelin*, yani tek bir satıcının, veya bir *oligopolinin*, yani işbirliği halindeki az sayıda satıcının mevcudiyetini içermektedir. Böyle durumlarda, rekabet üreticileri maliyetleri ve fiyatları düşürme konusunda zorlamaz. Sonuç olarak, bazı hükümetler, rekabet karşıtı davranışları (ör. fiyat sabitleme) kontrol etmek için müdahale eder veya başlangıçta tekellerin gelişmesini önlemek için firmalar arasındaki birleşmeleri sınırlandırır (Musgrave ve Musgrave, 1989).

Son olarak, düzenleme; özel felsefi bakış açısına sahip -özellikle bazı toplumcular ve nesnel faydacılar- ve farklı birçok spesifik etik nedene bağlı olarak piyasa sonuçlarına karşı çıkan bazı kişiler tarafından desteklenmektedir. Örneğin, tüketiciler gönüllü olarak maliyet etkili koruyucu hizmetleri satın almak istemeyebilir. Bu yüzden piyasa, sağlık durumunu azami düzeye çıkarmamaktadır. Nesnel faydacılar bazen, sağlık sonuçlarını geliştirmek için bireysel davranışların düzenlenmesini vurgulayarak cevap vermektedir (ör. güvensiz seks yapan inatçı HIV enfekte bireylerin karantinaya alınması gibi). Bunun aksine toplumcular genellikle ahlaki hassasiyetlerine karşı çıkan işlemleri sınırlamak için düzenlemeyi kullanmayı istemektedir (kürtaj, seks ticareti, organ satışları).

Özetle, düzenlemeye ilişkin analizimiz, piyasanın her zaman en iyisi olduğunu veya ekonomistlerin, toplumun hedeflerinin sağlık sektörü reformuna bakmak için tek yol olduğu yönündeki görüşlere ihtimal vermemektedir. Bunun yerine, dünya çapındaki düzenlemeye yönelik çabalara bilgi sağlayan farklı etik perspektifleri içeren bir çerçeve sunuyoruz. Her bir ülkenin nasıl ilerlemeyi tercih ettiği ve peşinde koştuğu hedefler, *etik inançlarına* dayanmaktadır (bk. Bölüm 3). Bunlar da her bir ülkenin sosyal değerlerinden (Shklar, 1997) çıkartılır ve siyasi süreçlerinde ifade edilir (bk. Bölüm 4). (Bu dört düzenleme kategorisi için etik gerekçelendirmelerin tablo halindeki şekli, Tablo 11.1'de verilmektedir.)

Düzenleme ve Sağlık Sisteminin Hedefleri

Farklı düzenleme türleri, Bölüm 5 ve 6'da verilmiş olan sağlık sistemi performansının farklı yönleri ile ne şekilde bağlantılıdır? Birincisi, bir toplumun sağlığı üzerinde etkili olan veya finansal risk koruması sağlayan düzenlemeler, belirlenmiş olduğumuz performans hedeflerini doğrudan etkilemektedir.

TABLO 11.1. Düzenleme Kategorileri ve İlgili Etik Perspektifler

DÜZENLEME KATEGORİSİ	İLGİLİ ETİK PERSPEKTİFLER
Dürüst piyasa alış verişi için temel koşulların kurulması	Öznel faydacılık, nesnel faydacılık
Piyasaların yapamayacağını tekml etmek (ör. temel sağlık hizmetlerine eşit erişimin sağlanması)	Eşitlikçi liberaller, toplumculuk
Piyasa başarısızlıklarının düzeltilmesi ve kamusal ve liyakat mallarının sağlanması	Öznel faydacılık
Kabul edilemeyen piyasa sonuçlarının düzeltilmesi (örneğin tütün kullanımı)	Nesnel faydacılık, toplumculuk

Örneğin; su, gıda ve ilaçların temizlik ve güvenliğinin sağlanması, genel sağlık durumunu etkileyecektir. Benzer şekilde, sosyal sigorta planlarına zorunlu bir şekilde dahil olma, uygun tüm şahısların finansal risk korumasına sahip olmasını sağlamaktadır.

Ancak çoğu düzenleme, ara performans ölçülerini etkilemektedir. Örneğin, sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmeye yönelik düzenlemeler, başarılı olursa, sağlık sonuçlarının geliştirilmesine ve kamu memnuniyetinin artırılmasına yol açar. Piyasa başarısızlıklarını düzeltmek için düzenlemenin kullanılması verimliliği artırabilir; bu da sağlık maliyetlerini düşürebilir ve sağlık hizmetlerinin para yeterilebilir olmasını sağlar. Bu, hem hükümetleri hem de şahısları, hizmet kullanımını artırma ve bunun mukabilinde sağlık durumunu geliştirme yönünde teşvik eder. Benzer şekilde, teklici fiyatlandırmanın düzenlenmesi, sağlık hizmetlerinin fiyatlarını düşürebilir. Bunun etkili elverişlilik veya erişim üzerinde ve dolayısıyla sağlık sonuçları ve hasta memnuniyeti üzerinde pozitif bir etkisi olabilir.

Düzenleyici Başarının Belirleyicileri

Etkili düzenleme karmaşık ve çaba gerektiren bir süreçtir (Landy ve arkadaşları, 1990). Birincisi, uygun bir düzenleme stratejisinin -ne hakkında karar verildiği ve düzenlemenin nasıl yapılacağı- geliştirilmesi gerekmektedir. Daha sonra, kurumların kurulması gerekmektedir ki buna, personelin işe alınması ve verilerin toplanması da dahildir. Daha sonra ayrıntılı kuralların yazılması gerekmektedir. Daha sonra bunlar spesifik vakalara uygulanmalıdır. İzleme süreçlerinin tesis edilmesi gerekmektedir; böylelikle ihlal edenler belirlenebilir veya davranışlarını değiştirmeleri konusunda ikna edilirler ya da bunu yapmazlarsa cezalandırılırlar. Bütün bunlar, düzenlenenlerin tepki göstererek kurumu kendilerine daha hoşgörülü davranma konusunda etkilemeye çalıştığı bir bağlamda gerçekleştirilmelidir. Bu yüzden etkili düzenleme, teknik uzmanlık, idari kapasite ve siyasi desteğin iddialı bir kombinasyonunu gerektirmektedir ki bunu yapmak ülkeler için her zaman kolay değildir (Ayres ve Braithwaite, 1992).

Düzenlemenin aynı zamanda yerel koşullara göre ayarlanması gerekmektedir. Örneğin, yüksek ve düşük gelirli ülkeler genellikle sağlık sistemlerinde farklı durumlarla karşılaştığı için, düzenlemeye yönelik çabaları genellikle farklı sorunların çözülmesine yöneltilir. Çoğu yüksek gelirli ülkenin yeteri kadar; hatta fazla doktoru vardır. Bu yüzden, bu ülkelerdeki düzenlemenin genellikle arzın neden olduğu talebi karşılamak için doktor arzının sınırlandırılmasına yönelmesi gerekmektedir. Bunun aksine, birçok düşük gelirli ülkede nitelikli doktor sıkıntısı vardır ve bunların düzenlemeye yönelik çabaları genellikle doktorları, doktorların kıt olduğu alanlarda hizmet verme yönünde etkilemeye odaklanmaktadır.

Farklı sorunlarla yüz yüze kalmaya ek olarak, ülkeler düzenleyici kuruma yönelik farklı kapasite ve tutumlar geliştirmektedir. Dünyadaki düzenleyici müdahalelere ilişkin deneyimler şunu göstermektedir ki başarılı düzenleyici çabalar, her bir ülkenin durumunun üç anahtar yönüne dayanmaktadır: *kültürel tutumlar, hükümetin yetkinliği ve siyasi destek*. Biz tüm bunların düzenleyici kurumları tasarlarken göz önüne alınması gerektiğine inanıyoruz.

Kültürel Tutumlar

Düzenleyici çabaların başarısı için iki tür kültürel -genel ve özel- tutum önemlidir. Genel tutumlar vatandaşların hükümete karşı sahip olduğu görüşleri ve bunların devlet eylemine karşı verdikleri genel tepki yapısını içermektedir. Bu tür tutumlar, dünya çapında önemli düzeyde farklılık göstermektedir. Danimarka ve Singapur gibi farklı ülkelerin; hükümeti meşru olarak gören, adaletine ve yetkinliğine inanan; kurallara ve kanunlara az çok kendiliğinden uyan, kanuna saygılı vatandaşları bulunmaktadır. Bunun aksine, Macaristan ve Çin gibi farklı ülkelerin vatandaşları ise düzenlemelere uymaktan ziyade bunlardan uzak kalmanın yollarını arama eğilimindedir. Bu vatandaşlar, devletin genellikle adil ve meşru olmadığını savunmaktadırlar; kural ihlali yaygın olduğundan, gönüllü uyumluluğu aptalca olarak görmektedirler. Benzer şekilde, bazı hükümetler, ihlal edenler üzerinde sert cezalar koyma konusunda diğerlerinden daha isteklidir; öyle ki bu ihlal edenler yakalanmaları durumunda yaptırımın ciddi olacağını bilmektedir. Bir düzenleyici program tasarlarken bu kültürel faktörler göz önüne alınmalıdır.

Reformcular, aynı zamanda spesifik kültürel normların ve sosyal inançların, düzenlemenin etkililiğini etkilediğini fark etmelidir. Düzenleyiciler ve düzenlenenler, düzenlemenin ifade ettiği hedefi kabul edip etmemelerine bağlı olarak farklı tepki göstermektedir. Yerel kısıtlamalar, sosyal inançlarla uyumlu olduğunda vatandaşların uyma eğilimi daha fazladır; aksi takdirde düzenlenenler düzenlemelerden kaçmaya çalışabilir. Birçok ülkede ilaç ve alkol kullanımını kontrol etmeye yönelik çabalar başarısız olmuştur; çünkü bu çabalar kültürel inançlarla tutarlı değildir. Bu inançlar nedeniyle, düzenlemeye, bireysel davranışları düzenlemenin amacıyla daha fazla paralel hale getiren sosyal pazarlama ölçüleri eşlik etmelidir (bk. Bölüm 12).

Hükümetin Kapasitesi

Yukarıda belirtildiği gibi, düzenleyici görevler tipik olarak zor idari ve teknik konuları

gündeme getirmektedir. Tıp, biyoloji ve kimyadan kanun, ekonomi ve muhasebeye kadar farklı birçok alandan uzmanlar gerekmektedir. Kapsamlı veri ve raporlama sistemlerinin kurulması gerekebilmektedir. Denetçilerin eğitilmesi ve konuşlandırılması ve genel kuralların özel durumlara uygulanması gerekmektedir. Düzenlemelerin kurulması ve uygulanması, ilgili kurumlar üzerine yük ve sorumluluk getirebilmektedir. Neye izin verildiği ve neye izin verilmediği konusunda açık olmaya yönelik bir çabada, kurallar ve kanunlar gerçeği siyah ve beyaz olarak tasvir etme eğilimindedir. Ancak birçok gerçek yaşam durumu gri çizgilerden oluşmaktadır ve bu sözü edilen durumlarda düzenlemenin uygulanmasını zorlaştırmaktadır. Bu, düzenleyicilerin icra sürecinde önemli takdir haklarının bulunması gerektiğinin altını çizmektedir.

Bir ülkenin bu prosedürleri gerçekleştirmedeki başarısı kısmen yönetiminin organizasyonel kapasitesine bağlıdır. Yüksek kaliteli memurluk hizmetlerinin, iyi işleyen polis ve mahkeme sistemlerinin, etkili vergi beyanının vs. olduğu ülkelerde, işleyen bir düzenleyici kurum tesis etme görevi çok daha kolaydır.

Bir düzenleyici kurumun operasyonları genellikle tutarsızlığın odak noktasıdır. Düzenleyiciler, spesifik grupların davranışlarını değiştirmeye çalıştığı için, düzenlenenlerin, düzenleyici kurumun etkililiğini bozmak veya en aza indirmek için her türlü sebebi bulunmaktadır. Bunların çabaları, kuralların ve idari kararların tasarımı ve metnini şekillendirmeye çalışarak başlar ve uygulamanın tüm yönleri boyunca devam eder. Sonuçta ortaya çıkan çabalar, ikna ve etkilemeden, siyasi baskıya ve bütün bütün bozulmaya kadar değişir. Teşvik birçok farklı şekilde olabilir, rüşvetten hediye, kazançlı hükümet sonrası istihdama, düzenleyicilerin akrabaları ve arkadaşları için yapılan iyiliklere kadar birçok türü bulunur. Düzenleyici memurların baskı, ikna etme ve rüşvete nasıl cevap verdikleri, kısmen bürokratların siyasi yapısına ve profesyonelliğine dayanmaktadır.

Farklı ülkelerde yolsuzluğun yapısı ve boyutunda büyük farklılıklar bulunmaktadır. Siyasi kültürler birbirinden farklıdır. Bazı toplumlarda, bir pozisyonda bulunan bir şahsın aile veya grup üyelerine -veya hatta okul arkadaşlarına- yardım etmemesi, kötü bir davranış olarak görülebilir. Bir ülke içinde bile önemli bölgeler arası veya sektörler arası farklılıklar olabilmektedir. Hindistan'da Bihar ile Maharastra bir değildir. ABD'de, Mississippi ile Minnesota bir değildir. Her iki durumda da, ikinci eyaletin muhtemelen birincisinden çok daha fazla dürüstlük şöhreti vardır. Yolsuzluk Algılama Endeksine göre (rüşvet almaya dayalı), Kanada 9,2 oranıyla yolsuzluğun en az olduğu ülkeler arasında tutarlı durumda bulunmaktadır; ABD'nin skoru 7,8'dir ve birçok düşük gelirli ülkenin skoru 3,5 veya daha düşüktür, Nijerya ise en kötü değere sahiptir (Transparency International, 2000). Yüksek gelirli ülkelerdeki yolsuzluk genellikle -siyasi kampanyalara katkılar veya siyasi liderler için avantajlı iş fırsatlarının sağlanması gibi- daha ince şekillerde gerçekleşmektedir. Almanya ve Fransa'da yakın zamanda kampanya katkılarına ilişkin patlak veren skandallar, yüksek gelirli ülkelerde bile yolsuzluğun ciddi bir sorun olarak kaldığını göstermektedir.

Düzenlenenlerin kendilerini koruma yönündeki çabaları oldukça ustaca olabilir; tıpkı bir düzenleme kurumunun, düzenlemesi beklenen kurum tarafından "yakalanması" durumunda olduğu gibi. Bir düzenleme kurumunu yönetmek üzere tayin edilen memurların, şu anda düzenledikleri endüstride çalışmış olmaları az rastlanan bir durum değildir. Bu bazen endüstrinin kendi işlerinde tek uzmanlık kaynağı olmasına bağlı

olabilir. Diğer durumlarda, daha açık baskılar söz konusudur. Ancak sonuç olarak, düzenleyiciler, kamudan ziyade düzenlenenler için sempatik gözükmekte ve onların çıkarlarını takip etmektedirler (Stigler, 1971).

Birçok düşük ve orta gelirli ülkede, düzenlemeleri ilan edecek teknik uzmanlık, idari kapasite ve bilgi sistemleri bulunmamaktadır. Sonuç olarak, düşük gelirli ülkelerde daha az düzenleme türü bulunmaktadır ve mevcut olan düzenlemeler, kötü davranışın doğrudan kamu güvenliğini etkileyebildiği dramatik durumlara odaklanmaktadır. O zaman bile uygulama genellikle her yerde eşit düzeyde değildir ve yolsuzluk ve adam kayırmadan zarar görmektedir. Özel olarak, çoğu düşük ve orta gelirli ülke, özel sağlık hizmetlerini veya özel sigorta pazarlarını düzenlemek için çok az şey yapmaktadır. Böyle bir “bırakınız yapınlar” politikası, birçok hastayı, düzenlenmeyen yerel doktorların, özel eczacıların, kliniklerin ve hastanelerin merhametine bırakmaktadır. Ancak düzenleme yoluyla bu durumu düzeltmeye çalışan ülkelerin, bunu başarmak için teknik ve idari kapasiteye sahip olup olmadıkları hakkında gerçekçi olması gerekmektedir.

Bunun aksine yüksek gelirli ülkelerde genellikle sağlık sisteminin birçok özelliğini etkili bir şekilde düzenlemek için gerekli teknik ve yasal altyapı bulunmaktadır ki buna, tıbbi kalite, sağlık tesisleri tarafından yapılacak yatırımlar ve tıp teknolojisinin dağılımı dahildir. Ayrıca, özel sektöre dayandıkları durumunda, genellikle -ister özel tedarikçiler tarafından konulmuş olsun ister ilaç eczacılık şirketleri tarafından konulmuş olsun- tekeli fiyatları kontrol etmek için düzenlemeyi kullanabilirler ve kullanılmaktadırlar. Sigortacılar da ödeme güçlerinin iyi olmasını sağlamak ve risk seçimini azaltmak için düzenlenmektedir.

Hükümetin kapasitesi -bu yüzden, sağlık sistemi reformcularının elinde bulunan düzenleme seçenekleri de- sadece ekonomik gelişme düzeyine dayanmamaktadır. Bunun yerine, düzenleme kapasitesinin ilk değişkenimizle etkileşimli bir ilişkisi bulunmaktadır: kültürel tutumlar. Vatandaşların hükümeti desteklediği ülkelerin kapasiteli hükümet kurumlarına sahip olması daha muhtemeldir; bunun tersi de doğrudur. Düzenlemeyi kullanmayı düşünen her ülkenin hem kültürel faktörleri hem de düzenleyici kapasiteyi değerlendirmesi ve bununla uyumlu olarak düzenleyici stratejiyi formüle etmesi gerekmektedir.

Siyasi Destek

İster yasal olarak atansın ister yürütme emri ile tayin edilmiş olsun, düzenlemeler siyasi süreçler aracılığıyla icra edilirler. Tüm ülkelerin -ister resmi ister gayriresmi olsun- organize olmuş çıkar grupları vardır. Bu gruplar, ülke ister bir tek parti yönetiminde olsun, ister parlamenter demokrasi, ister babadan oğula geçen yöneticinin ya da askeri gücün yönetiminde olsun mevcuttur. Bu çıkar gruplarının düzenleme kararlarını etkilemede son derece güçlü rolleri bulunmaktadır. Bu yüzden, düzenlemeleri tasarlarken, siyasi beceriler çok önemlidir. Bu siyasi beceriler, kimin düzenlemeyi destekleyebileceğinin ve kimin düzenlemeye karşı çıkabileceğinin, hangi siyasi ittifakların oluşturulabileceğinin, hangi uzlaşmaların yapılabileceğinin, hangi siyasi stratejilerin işleyebileceğinin ve düzenlemelerin nasıl siyasi olarak kabul edilebilir şekilde tasarlanabileceğinin bilinmesini içermektedir. (Bu siyasi beceriler Bölüm 4’te tarif edilmiştir.)

Ayrıca, hem bir düzenleyici sürecin tesis edilmesi hem de etkili uygulamanın sağlanması için siyasi destek gerekmektedir. Düzenlenenler bazen uygulama evresinde önemli kararlar vermeye çalışmaktadır. Bunu yaparken, ancak bu şekilde ilgili kararlara odaklı daha az kamu dikkati ve siyasi dikkat olduğunda idari kurumları etkileyebileceklerini ümit etmektedirler. Bu tür bir *düzenleyici kapsamın* bütün çabaları değersiz kılmasını önlemek için siyasi liderlerden gelecek sürekli destek gereklidir (Stigler, 1971). Bu özellikle böyledir; çünkü düzenlemeler, genellikle spesifik vakalara uygulandığında muğlaktır ve bu yüzden düzenleyicilerin önemli düzeyde takdir yetkisi bulunmaktadır. Ayrıca düzenlenenler, her zaman imtiyazlar için baskıda bulunmaktadır. Düzenlenenden gelen kaçınılmaz baskılara karşı direnmek isteniyorsa düzenleyici kurumların iyi desteklenmesi gerekmektedir.

Düzenleyici Kurumların ve Süreçlerin Tasarımı

Bir düzenleyici girişimin sonucu, düzenleyici kurumların ve süreçlerin ayrıntılı tasarımına ve reformcuların ulusal durumunun tutumlarına, kapasitelerine ve siyasi özelliklerine nasıl cevap verdiğine bağlıdır. Hem teknik yetkinlik hem de sağlam karar verme yetisi gerekmektedir. Bir düzenlemenin konusu dikkatli bir şekilde tasarlanmalı ve metni ona göre hazırlanmalı; cezalar ihlal edenlerin verdiği zarar veya tahribin ciddiyetini karşılayacak şekilde olmalı ve yaptırımlar veya teşvikler uyumluluğu destekleyecek şekilde becerikli bir şekilde belirlenmelidir. Aksi takdirde, düzenlemenin etkili olma olasılığı azdır.

Bu yüzden düzenlemeye ilişkin sonuçlar kritik düzeyde icra sürecine, özellikle de düzenleyicilerin ihlal edenleri tespit etme, cezalandırma ve caydırma kapasitesine dayanmaktadır. Düzenleyici kurumlar, tipik olarak *sınırlı icra kaynaklarına* sahip olduğu için, sadece sınırlı sayıda ihlal edeni tespit edebilir, tutuklayabilir ve kovuşturabilir. Sadece eğer gönüllü uyumluluk, göreceli olarak yaygın olursa ve ihlaller göreceli olarak nadir olursa bu sınırlı kaynaklar, tespit ve kovuşturma olasılığı potansiyel ihlalleri caydıracak düzeyde yüksek olacak şekilde, yeterli sayıda ihlalcıyı alıkoymak için yeterli olacaktır (Roberts ve Farrell, 1978). Hep birlikte bu fenomenler, belli bir kültürde sosyal olarak kabul edilebilir olarak görülen kuralların ve yaptırımların icra edilmesinin çok daha kolay olduğunu vurgulamaktadır.

İhlalleri tespit etmek için, *düzenleyicilerin verilere ihtiyacı vardır* ki bu başka karmaşıklıkları beraberinde getirmektedir. Kolayca erişilebilir olan (ve pahalı olmayan) veriler genellikle düzenleyicilerin sahip olmak isteyeceği veriler değildir. Örneğin, kaliteyi düzenlemek isteyen bir ülke, yeni tıp mezunlarını, anatomi konusundaki bilgilerini öğrenmek için onları kolayca test edebilir. Pratik uygulama yapan doktorların bilgilerini hastaların günlük tedavisinde nasıl kullandıklarını değerlendirmek çok daha zordur. Bu yüzden, düzenleyiciler genellikle verilerin ilgililiği ve elde edilme maliyetleri arasında bir dengeleme ile yüz yüze gelmektedir. Burası, bir hükümetin teknik karmaşıklığının ve veri toplama kapasitesinin bir reform stratejisi geliştirmek için anahtar rol oynaması gereken yerdir.

İhlal edenler tespit edildiğinde, yaptırımlar uygulanmalıdır. Oysa, ceza uygulamak için gerekli olan süreç, uzun ve karmaşık mahkeme işlemlerini gerektiriyorsa icra edenlerin fazla sayıda ihlal edeni kovuşturmak için kaynağı olmayabilir. Diğer taraftan,

icra edenler uzun mahkeme işlemleri olmadan doğrudan ceza uygulayabilirse güçlerini suiistimal edebilirler. Polis, savcılar veya yargıçlar sürece dahil olduğunda, kaçınılmaz olarak icranın nasıl gerçekleşeceğine ilişkin kendi takdir yetkilerini kullanacaklardır. Kurallar onlara adaletsiz veya uygunsuz gözüktürse her zaman bunları uygulamaktan kaçınmanın yollarını bulacaklardır. Bu kültürel tavırlar sadece düzenlenenleri değil aynı zamanda düzenleyicileri de etkilemektedir.

Bu görevleri kimin maliyet etkili olarak gerçekleştirebileceği sorusuna kolayca cevap verilemez. Sorumluluk ve yetki bir hükümet kurumuna, yarı kamusal bir kuruma veya bir özel kuruma verilebilir. Yarı kamusal kurumlar genellikle doğrudan siyasi etkiden göreceli olarak izole olmalarından dolayı kullanılmaktadır; bu özellikle de hükümetin etkisiz, bozulmuş veya çıkar gruplarının etkisi altında olduğu durumda söz konusudur. Yarı kamusal kurumun, hükümet kurumlarına göre siyasetten daha fazla izole olma, çalışanları için memur statüsünün bulunmaması ve kamuya karşı daha fazla doğrudan hesap verme sorumluluğu gibi avantajları bulunmaktadır.

Hangi seçeneğin en etkili ve verimli olduğu büyük oranda spesifik organizasyonların göreceli yönetimsel kapasitesine ve ülkenin siyasi durumuna bağlıdır. Örneğin, birçok ülke ulusal tıp birliklerini doktorları disipline etmek için kullanmaktadır; çünkü bu meslek için daha çok kabul edilebilirdir. Diğer taraftan, bu düzenleme, kuralların sıkı bir şekilde uygulanamaması riskini ortaya çıkartmaktadır; çünkü süreç, düzenlemesi beklenen doktorlar tarafından “yakalanacaktır”. Buna cevap olarak hükümetler düzenleyicileri, değerlendirme konseylerinde kamu temsili için kurallar koyarak, değerlendirme süreçlerinin şeffaflığıyla ve mesleğin halka karşı hesap verme sorumluluğunun olmasıyla düzenleyebilir (Irvine, 1997).

Kendi kendine düzenleme, sağlık sektöründe ölçülmesi veya kesin olarak belirlenmesi zor olan kaliteyi güvence altına almak için kullanılmıştır (De Geyndt, 1995; Graham, 1994). Aslında, sağlık hizmetleri düzenleyicileri genellikle kendi davranışlarını rapor etmek için düzenlenenlere dayanmaktadır, bu tıpkı vergi tahsildarlarının vergi beyannamelerini almak için şahıslara veya şirketlere dayanması gibidir. Örneğin, bir hastane ameliyat komplikasyon oranı veya enfeksiyon oranı nedir? Bu gibi durumlarda, düzenlemeciler tarafından kendi amaçlarına yönelik olarak toplanmış olan verilere dayalı olarak rapor talep etmek düzenleyicinin menfaatinidir. Bu verilerin kullanılması, düzenleyenler için raporlama maliyetini düşürür ve raporlama yapmalarını daha muhtemel hale getirir. Ayrıca, düzenleyicilere, aldıkları raporların doğruluğunu kontrol etmek için bir yer verebilir. Doğru kendi kendine raporlamayı teşvik etmek için, düzenleyicilerin küçük kural ihlalleri nedeniyle düzenlenenleri çok ağır şekilde cezalandırmaktan kaçınması gerekmektedir. Çok fazla acımasız olurlarsa yanlış raporlamayı teşvik edeceklerdir; bu da güvenilmeyen verilerle sonuçlanacaktır.

Tablo 11.2 düzenlemeleri idare edebilecek organizasyonel alternatiflerin bir karışımını sunmakta ve bu düzenlemelerin bazı örneklerini vermektedir.

Sağlık Sektöründeki Ana Düzenleme Türleri

Düzenleme faaliyetlerini iki ayrı alana ayırıyoruz: sağlık hizmetleri sektörünün düzenlenmesi ve sağlık sigorta sisteminin düzenlenmesi. Düzenleme faaliyetlerini, yukarıda ele alınmış olan amaçlara göre dört kategoriye ayırıyoruz.

TABLO 11.2. Düzenlenecek Organizasyonlara İlişkin Düzenleyici Kurumların Alternatif Organizasyonu

DÜZENLİ DÜZENLENEN	DEVLET	YARI DEVLET	ÖZEL
Devlet	X	Hastalık fonları gibi sosyal sigorta planlarının düzenlenmesi	Özel şirketlerin hükümet düzenlemesi
Yarı devlet	X	X	Hastalık fonları özel tedarikçileri düzenler; hastane akreditasyonu ortak komisyonu hastaneleri düzenler
Özel	X	X	Tıp birlikleri tarafından kendi kendine düzenleme

Tablo 11.3 sağlık sektörü düzenlemelerini özetlemektedir. Bir sonraki bölümde ve Tablo 11.4'te, sağlık sigortasına yönelik düzenleyici eylemleri açıklıyoruz; yüksek gelirli ve orta gelirli ülkeler arasındaki farka dikkat etmeye devam ediyoruz.

Piyasa Alışverişi İçin Temel Koşulların Tesis Edilmesi

Yukarıda belirtildiği gibi, hükümetler; piyasa alış verişi için temel koşulları tesis etmek amacıyla bir yasal ve düzenleyici çerçeve oluşturmak zorundadır. Bu, sözleşme ve ticaret kanunu ve menkul kıymetler kanunu sistemini ve bunları uygulamak için mahkemeleri içermektedir. Bu kanunlar yolsuzluğu, ifa etmeme durumunu ve iflas durumunda yükümlülük ve sorumluluk sistemini kapsamaktadır. Bu kanunlar ve bunların icrası, modern bir piyasa ekonomisinin önemli kurumsal altyapısının bir kısmıdır. Bunların bulunmaması sağlık hizmeti piyasalarının gelişmesine zarar verirken bunlar, genellikle sağlık sektörü reform çabalarının dar gündemi dahilinde değerlendirilmemektedir.

Diğer bir temel kanun grubu, sağlık hizmetleri organizasyonlarının iç yapısını tanımlamaktadır (Bölüm 10'da ele alındığı gibi). Bu, hem kâr amaçlı hem de kâr amaçsız kurumlar için yönetim, başvuru ve sorumluluk konularını ve yönetim kurullarının rolünü ve hissedar haklarını içermektedir. Ayrıca mülkiyet haklarının da -patent ve telif hakkı koruması gibi entelektüel mülkiyet hakları dahil- tanımlanması gerekmektedir. Daha genel yasal kurumların aksine bu kurallar -özellikle sağlıktaki piyasa düzenlemelerinin, söz konusu organizasyonel tasarım konuları çözülene kadar tam olarak geliştirilemediği komünizm sonrası ülkelerde- sağlık sektörü reformcularının dikkatini çekmiştir.

Daha dar anlamda sağlık hizmetleri sisteminde, hasta hakları ve doktorların yükümlülüklerine ilişkin spesifik sorular bulunmaktadır. Bu, hem gelişen piyasalar bakış açısından hem de kendi başına bir (liberal) amaç olarak haklara saygı duyulması bakımından yakın zamanda gelişmiş ülkelerin çok ilgi duyduğu bir alan olmuştur.

TABLO 11.3 Halk Sağlığı ve Sağlık Hizmetleri Bakımından Yüksek Gelirli Ülkelerin Düzenelemelerinin Karşılaştırılması

DÜZENLEME KATEGORİSİ	YÜKSEK GELİRLİ ÜLKELER	DÜŞÜK VE ORTA GELİRLİ ÜLKELER
Piyasa alış verişi için temel koşulların sağlanması	a. Özel mülkiyet haklarının ve patentlerin tanınması ve korunması b. Sağlık hizmeti kurumlarının finansal güç ve iflas durumlarının yönetimi c. Hastaların haklarının korunması	a. Benzer, ancak daha az uygulanıyor b. Benzer c. Çok az resmi düzenleme
Piyasaların yapamayacaklarının tekmili (hakkaniyetli erişimin sağlanması gibi)	a. Yeni mezunların yetersiz hizmet alan alanlara tayini b. Hastaların acil hizmet haklarının temini	a. Benzer şekilde, daha sık b. Kamu hastaneleri acil durum hizmetleri sağlar
Piyasa Başarısızlıklarının Düzeltilmesi		Aynı
<i>A. Harici Etkiler ve Liyakat Mallarıyla Başa Çıkma</i>	Ücretsiz veya destekli programların doğrudan hükümet tarafından sağlanması, ör. sağlık eğitimi ve aşılama	
<i>B. Tüketicilere Bilinçli Seçim Yapma Konusunda Yardımcı Olmak</i>	a. Etiketleme b. Doğru reklamcılığın düzenlenmesi c. Doktorların reklam kısıtlaması	a. Çok daha az düzenleniyor b. Çok daha az düzenleniyor c. Az kısıtlama
<i>C. Kaliteye Veremeyen Alıcıları Korumak</i>	a. Gıda hijiyeni ve ilaçların saflığına ilişkin standartlar b. Doktorların, hemşirelerin, eczacıların lisanslanması c. Laboratuvarların ve hastanelerin akreditasyonu.	a. Benzer, ancak daha az uygulanıyor b. Benzer, ancak periyodik olarak yeniden lisanslama gerektirmeyebilir c. Aynı, ancak periyodik yeniden akreditasyon gerektirmeyebilir
(i) Girdileri düzenlemek		

(ii) Süreci düzenlemek	a. Kılavuz ilkelere uygulanması b. Hasta raporlaması	a. Yok b. Az ülkede var; devlet hastaneleri idari kurallara dayanıyor
(iii) Çıktıları düzenlemek	a. Standart kalite rapor kartlarının tesisi b. Sorumluluk c. Disiplin Kurulları d. Tıbbi yanlış uygulama e. Klinik denetim	a. Yok b. Çoğu ülkenin spesifik yanlış uygulama kanunu yok; ancak diğer medeni hukuk kapsamında (Hindistan istisna)
<i>D. Tedarikçinin Neden Olduğu Talebin Kontrol Edilmesi</i>		
(i) İnsan gücünün düzenlenmesi	a. Eğitim birimlerinin ve “faturalandırma” sayısının sınırlandırılması b. Yabancı tıp fakültesi mezunlarının kısıtlanması c. Çıkar çatışmalarının açıklanması	a. Birçok ülkede doktor eksikliği var. Bu yüzden politika gelişmiş ülkelerin aksine b. Yabancı mezunların teşviki c. Az ülkede var
(ii) Sermaye yatırımının düzenlenmesi	a. Yeni teknoloji ve yeni tesis inşaatının sınırlandırılması b. Ekipman ithalatının kısıtlanması	a. Çoğu ülke özel yatırımı teşvik eder b. Bazıları ithalatı teşvik ediyor
<i>E. Tekel Karşılığı</i>		
(i) Tekelin kısıtlanması	a. Vakıf karşı kanunların getirilmesi ve yıkıcı girişimlerin kısıtlanması	a. Bazı ülkelerde var
(ii) Tekelci fiyatların düzenlenmesi	a. Fiyat çizelgesinin belirlenmesi b. İlaçlar için referans fiyatlarının belirlenmesi	a. Kamu tesisleri için kullanıcı ücretlerinin belirlenmesi – özeller için değil b. Çok az ülkede var
Kabul Edilemeyen Piyasa Sonuçlarının Düzeltilmesi		
	a. Reşit olmayanlara sigara satışının yasaklanması b. Yardımlı ithalatın yasaklanması	a. Bazılarında; ancak sıkı uygulanmıyor b. Çok az ülkede var

Düşük ve orta gelirli ülkelerde, en temel iş düzenlemelerinin yürütülmesi bile zor ve farklı yerlerde farklı düzeyde olabilir. Düzenlemenin birçok spesifik şekli -örneğin hastaların hakları- genellikle birlikte bulunmamaktadır.

Hakkaniyetin Artırılması

Serbest piyasalar, sağlık hizmetlerini insanların ne için ödeme yapabilecekleri ve ödeme yapma isteklerine bağlı olarak dağıttığı için sonuçları genellikle eşitlikçi hedeflerle tutarsızdır. Bu yüzden ülkeler, sağlık hizmetlerine hakkaniyetli erişimi güçlendirmek için düzenlemeyi kullanabilir. Özel olarak birçok düşük ve orta gelirli ülke, tıp ve hemşirelik okullarının mezunlarını, belli bir süre dezavantajlı bölgelerde çalışmaya zorlamak için düzenlemeyi kullanmaya çalışmıştır. Örneğin, Mısır, Ekvator, Nijerya ve Malezya yeni tıp fakültesi mezunlarını bir veya iki yıl doktor yönünden kıt alanlarda hizmet vermek üzere tayin etmekte ve bunu zorunlu kılmaktadır. Benzer nedenlere bağlı olarak, ABD hastanelerinin tüm acil durum hastalarını, ödeme kapasitelerinden bağımsız olarak tedavi etmeleri gerekmektedir.

Piyasa Başarısızlıklarının Düzeltilmesi, Kamusal Malların ve Liyakat Mallarının Sağlanması

Bu kategori, piyasanın uygun şekilde işlememesinden dolayı ortaya çıkan tüm hükümet müdahalelerini içermektedir. Özel olarak sağlık hizmeti piyasaları, hastaların bilgilendirme sorunları (tıp hizmetlerinin uygunluğu ve kalitesi konusunda karar verememek kapasiteleri) ve tedarikçilerin tekeli gücü nedeniyle piyasanın başarısızlıklarından zarar görmektedir. Bu koşulların çoğuyla başa çıkmak için düzenleme müdahaleleri tasarlanmıştır ve gerçekte bu çabalar oldukça farklı alanlara yayılmaktadır (Feldman ve Roberts, 1980).

Harici Etkiler ve Liyakat Malları

Çoğu düzenleme olumsuz harici faktörleri azaltmayı amaçlamaktadır. Bunlar, bir şahsın kararının diğer insanlar üzerindeki ters etkileridir. Buna paralel bir hedef de diğerleri için kapsamlı faydalara sahip olan malların arz edilmesidir ki bunu yukarıda liyakat malları olarak tanımladık. Bu düzenlemeler, hıfzıssıhha şartları ve içme suyu kalitesine ilişkin kurallardan karantina ve aşılama ve silah kontrolü ve gerekli sağlık eğitimine kadar değişmektedir. Her durumda, teoride piyasaların, birçok potansiyel alıcının tek bir karardan etkilenmesi nedeniyle organize edilmesi zordur (hava kirliliği kontrolü gibi) veya alıcılar malın tüketilmesi yönündeki kararlarının tüm sonuçlarını (aşılarda alınması gibi) tam olarak hesaba katmamaktadırlar. Bu yüzden hükümetin müdahale etmesi gerekmektedir.

Tüketicilere Bilgilendirilmiş Seçim Yapma Konusunda Yardımcı Olmak

Alıcılar, genellikle gıda ve ilaç ürünlerinin içeriğini değerlendiremez veya bunların biyolojik etkilerini bilemez. Bu durumda, düzenleme iki amaç için gerekmektedir: Alıcıları bilgilendirmek ve ürünlerin, üreticiler tarafından beyan edilen muhteviyatı içerdiğinden emin olmak. Birçok ülke üreticilerin, bir ürünün içinde bulunan temel muhteviyatı paketleme üzerinde açıklamasını gerekli kılmaktadır. Yüksek gelirli ülkeler ürünlerin beyan

edilen muhteviyatı içermesini sağlamak ve bunların saflığından emin olmak için önemli düzeyde kaynak harcamaktadır. Çoğu düşük ve orta gelirli ülkede bu düzenlemeler, kaynak eksikliğine ve yetersiz idari kapasiteye bağlı olarak oldukça gevşektir.

Benzer şekilde, çoğu hastanın tıp hizmetlerinin ve ilaçların uygunluğu ve teknik kalitesi konusunda karar vermek için yeterli bilgisinin olmaması nedeniyle, hastalar aldatıcı veya doğru olmayan reklamlarla yanlış yönlendirilmeye karşı hassas durumdadır. Sonuç olarak, çoğu ülke reklamlarını doktorlar, ilaç ve eczacılık şirketleri ve hastaneler aracılığıyla düzenlemektedir. Bazı hükümetler aynı zamanda hastalara, bu tür seçimleri yapma kapasitelerini geliştirmeye yardımcı olmak için hangi bilgilerin açıklanması gerektiği konusunda düzenleme yapmaktadır.

Alıcıların Yetersiz Kaliteden Korunması

Bilgilerin sağlanması veya kontrol edilmesinin bir alternatifi de satılanların sınırlandırılmasıdır. Profesyonel kendi kendine düzenlemenin etkililiği dünya çapında gündeme geldiği için, yüksek gelirli ülkelerin hükümetleri, tıp hizmetlerinin kalitesini düzenlemeye, giderek daha fazla aktif rol oynamaktadır.

Kalite kontrolüne ilişkin Donabedian'ın kategorilerini kullanarak, hükümetleri, sağlık hizmetlerinin *girdilerini, süreçlerini* veya *sonuçlarını* düzenliyor olarak düşünebiliriz (Donabedian 1980). Girdilerin düzenlenmesinin tespiti ve uygulanışı en kolaydır; bu yüzden en yaygın olan budur. Ancak bunun daha iyi sonuçları vermeyi garanti etmesi gerekmemektedir. Hizmet süreçlerinin düzenlenmesi çok daha zordur ve bunun yapılmasına yönelik sorumluluk genellikle tıp mesleğine verilmektedir. Sonuçların düzenlenmesi ideal gözükebilir; çünkü sonuçlar, toplumun en çok ilgilenmesi gereken şeylerdir. Ancak hastalar, tedaviye farklı şekilde cevap verdiği için -hastalıklarının ciddiyetine ve özel fizyolojilerine bağlı olarak- karmaşık numune alma ve ciddiyet ayarlaması muhtemelen gerekecektir ki bu teknik olarak oldukça zordur. Buna ek olarak, tıp mesleği genellikle sonuçlara dayalı olarak düzenlemeye; çünkü başarılı olması için, kalite düzenlemesinin tıp mesleği tarafından kabul edilebilir olması gerekmektedir. Bu faaliyetlerin düzenlenmesi oldukça kapsamlı olduğu için, bunları daha ayrıntılı bir şekilde ele alıyoruz.

Girdilerin Düzenlenmesi

İlaç Onayı

Güvenlik ve etkinlik, ilaç düzenlemesi için ana motivasyonlardır. Olumsuz yan etkiye sahip olma potansiyeli nedeniyle bugün neredeyse tüm ülkeler, güvenli olduğu kanıtlanana kadar piyasada ilaçların satışını durdurmaktadır. Düzenleyici organlar, ilaç imalatçılarının ilaç etkinliğini (yani belirtildiği şekilde işlev gördüğünü) göstermesini gerekli kılabılır ve bazı ülkelerde maliyet etkililiğini göstermesi gerekebilir. İmalatçıların olası ters reaksiyonlar ve kontraendikasyonlar, ve aynı zamanda diğer ilaçlarla birlikte kullanıldığında potansiyel reaksiyonlar hakkında bilgi sağlamalıdır.

Genel olarak, yüksek gelirli ülkelerin, hayvan çalışmalarından kontrollü denemelere ve ilaç uygulandıktan sonra klinik deneyiminin izlenmesine kadar gerçekleştirdiği birçok farklı veri izlemesi ve ayrıntılı standardı bulunmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkeler genellikle bu analizler için yüksek gelirli ülkelere güvenmektedir. Aynı zamanda bazı geleneksel tıp uygulamalarını ve bitki tedavilerini, ilaç düzenlemesi rejimlerinden muaf tutmaktadır.

Lisanslandırma ve Akreditasyon

Düşük ve orta gelirli ülkelerde, sağlık hizmetlerinin kalitesini sağlamak için ana strateji, lisanslandırma ve akreditasyona dayanmak olmuştur. Bunun kısmen nedeni diğer yaklaşımların uygulama ve icra zorluklarıdır. Buna ek olarak yüksek gelirli ülkelerin düzenli sürekli eğitimi veya yeniden sertifikalandırma uygulaması bulunmaktadır.

Hindistan, Mısır ve Nijerya, doktor lisanslandırması uygulamalarının tipik örnekleridir. Akredite edilmiş bir tıp fakültesinin mezunu, gerekli dersleri başarılı bir şekilde tamamladığı ve iyi nitelikleri haiz olduğuna ilişkin kanıtları göstererek bir hükümet organına uygulama yapmaya başlamak için başvuruda bulunur. Şahsa çalışma lisansı verildikten sonra, yeniden lisanslandırma gerekmemektedir. Devam eden düzenleme ve izlemeye ilişkin yetki ve sorumluluk tıp birlikleri tarafından üstlenilmektedir (Bennet ve arkadaşları, 1994).

Yüksek gelirli ülkelerde, doktorların lisanslandırılması ve akreditasyonu iki bağımsız süreç olabilir. Bir hükümet kurumu lisanslandırmadan sorumlu iken, akreditasyon genellikle bir profesyonel akran izleme sistemi aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Örneği, Kanada'da, akreditasyon bağımsız bir kurul tarafından gerçekleştirilmektedir, bu kurulun üyelerinin %50'si tıp meslek birliklerinden gelen temsilcilerden oluşmaktadır. Bu organizasyonel yapı eğitim ve kendi kendini geliştirme konusuna daha fazla vurgu yapılmasına neden olmuştur.

Sağlık tesislerinin lisanslanması ve akreditasyonu genellikle ekipman veya yapılar hakkında gözlenmesi kolay kurallara odaklanmaktadır. Bazen pratisyen hekimlerin de özel yeterliliklerinin olması gerekmektedir. Örneğin Kenya'da, lisanslı bir özel kliniğin önemli ilaç stoku olmalı; tüm ilaçların doğru bir kaydı tutulmalı ve klinik iyi onarımlı durumda ikamet edilmeyen bir bina içinde konuşlandırılmalıdır (Bennett ve Ngalande-Banda, 1994).

Organizasyonel akreditasyon tipik olarak iki şekilden birini alır: Ya hükümet standartların belirlenmesinde doğrudan bir rol üstlenir ve bunları devam eden operasyon ve finansman için ön koşullar olarak kullanır ya da bir endüstrinin kendi kendini düzenleyen organı standartları belirler ve programa katılmayı gönüllü olarak tercih eden kurumları inceler (Kohn ve arkadaşları, 2000). Örneğin, Birleşik Krallık özel ve kamu sağlık hizmetleri sistemleri için ayrı düzenleyici yapılara sahiptir. Londra'da kurulu bulunan ve Ulusal Sağlık Sisteminde yönetim kalitesini artırmayı amaçlayan King Edward's Hastane Fonu, eski sistem için bir kısmi akreditasyon sistemi geliştirmiştir (Scrivens, 1997).

ABD, sağlık hizmetleri tedarikçi kurumları ve tıp meslek birlikleri tarafından üstlenilen kendi kendini düzenleyici girişimlere dayanmaktadır. Kâr amaçsız bağımsız bir kurum olan Sağlık Hizmetleri Kurumlarının Akreditasyonu için Ortak Komisyon (JCAHO) 18.000'in üzerinde sağlık hizmeti kurumu ve programını değerlendirmekte ve akredite etmektedir; federal ve eyalet düzenlemeleri büyük ölçüde bunun standartlarına dayanmaktadır (Flanagan 1997). Ancak JCAHO, açık ve ciddi bir eksiklik olmadığı sürece akreditasyonu vermemeye karşı isteksizdir; çünkü sigorta planları sadece akredite edilmiş sağlık kurumları tarafından verilen hizmetler için ödeme yapmaktadır. Akreditasyonunu kaybeden her kurum potansiyel mali çöküntü ile karşı karşıya kalmaktadır.

Genel olarak lisanslama ve akreditasyon sadece temel bir kalite düzeyini sağlayabilir. Eğitimden sermaye yatırıma kadar değişen girdilere odaklanan bu

kurallar, söz konusu girdilerin uygun şekilde kullanılacağını garanti etmez. Bu görev çok daha zordur, bunu bir sonraki bölümde göreceğiz.

Sürecin Düzenlenmesi

Pratik Kılavuz İlkeler

Pratik kılavuz ilkeler, klinik karar vermeyi etkilemek üzere tasarlanmış olan bir düzenleyici araçtır. Teorik olarak kılavuz ilkeler, kanıtların sistematik bir değerlendirmesine ve tıp uzmanlarının kararına dayanmalıdır. Doktorların kendilerini klinik anlamda güvenilir olarak değerlendirdiği ve uygun ödeme teşvikleri ile yüz yüze kaldıkları durumda, pratik kılavuz ilkeler bir hizmet standardı oluşturma konusunda etkili olabilir. Kanıtlar şunu göstermektedir ki doktor gruplarının kılavuz ilke geliştirme sürecine dahil edilmesi, uyumluluğu artırabilmektedir (Palmer ve Hargraves, 1996). Aslında, birçoğu pratik kılavuz ilkeleri, bizim tanımımıza göre gerçek anlamda “düzenleme” olarak kullanılmamaktadır; çünkü bunlar tedarikçi kurumlar dahilinde yapılmaktadır ve devletin zorlayıcı gücüyle desteklenmemektedir.

Kılavuz ilkeler teşviklerle tamamlandığında, uygulamayı değiştirme bakımından daha etkili olabilirler. Örneğin, Massachusetts eyaleti, anesteziye bağlı hipoksik beyin zararını azaltmaya çalışmıştır. Bunu yapmak için eyalet şöyle bir düzenleme getirmiştir: anestezi uzmanları, Amerikan Anestezi Uzmanları Birliği tarafından yayımlanmış olan kılavuz ilkeleri takip etmişlerse yanlış uygulamadan dolayı sorumlu tutulmayacaktır. Bu yeni kuralların uygulanmasından sonraki yıllarda hipoksik beyin zararı epizotları yarı yarıya düşmüştür (Brahams, 1989; Kelly ve Swatwout, 1990).

Hasta Değerlendirmeleri

Tıbbi kalitenin üç yönü bulunmaktadır: klinik ve hizmet kalitesi ve aynı zamanda miktar (bk. Bölüm 6). Yüksek gelirli ülkelerde, hasta memnuniyeti kalite değerlendirmelerinin anahtar bir yönüdür; ancak *hasta değerlendirmeleri* sağlık hizmetlerinin klinik bileşeninden ziyade hizmete odaklanma eğilimindedir. Her halükarda, hastalar klinik olarak ne yapıldığı konusunda da bilgi sağlayabilir. Örneğin, hastalar, bir teşhis konulmadan önce özel bir muayenenin yapılıp yapılmadığını ve takip eden laboratuvar testlerinin olup olmadığını rapor edebilir. ABD’de, hastaların ve toplumun, sağlık hizmetlerinin klinik ve hizmet kalitesinin değerlendirilmesine katılımı önemli düzeyde artmıştır. Doktorlara ve diğer sağlık çalışanlarına bu geri bildirimini sağlayarak yönetim başarılı bir şekilde hastaların değerlendirilmesini hizmet kalitesini artırmak için başarılı bir şekilde kullanmıştır (Palmer ve Hargaves, 1996). Ancak kılavuz ilkeler gibi bu alandaki deneyimlerin çoğunluğu resmi düzenlemeyi içermemektedir.

Sonuçların Düzenlenmesi

Çalışmalar şunu göstermektedir ki kalite güvencesi, sonuçlar izlendiğinde en etkili olabilmektedir (Chassin ve arkadaşları, 1996; Palmer ve Hargraves, 1996; Palmer ve arkadaşları, 1995). Ancak etkili sonuç yönetim sistemleri idari bakımdan oldukça çaba gerektirir ve bu yüzden düşük ve orta gelirli ülkelerin bunları uygulaması kolay değildir. Komplikasyon oranları veya planlanmamış yeniden başvuru oranları gibi güvenilir çıktı ölçülerini tespit etmek, her bir tıp prosedürü için performans standartlarını be-

lirmek, kapsamlı ve güvenilir veri tabanlarını hazırlamak için bir düzenleyiciyi gerektirmektedirler. O zaman bile, gerekli analizler, karmaşık algoritmaları gerektirmektedir. Sonuç olarak, bugüne kadar bu çabalar çoğunlukla yüksek gelirli ülkelerde sergilenmiştir. Ayrıca, sonuç verilerinin toplandığı birçok ülkede raporlar, güçlü doktor muhalefeti nedeniyle dağıtılmamıştır.

Rapor Kartlarının Standartlaştırılması

Elde edilen sonuçların yayımlanması tek başına bazen kaliteyi artırabilmektedir. Örneğin, koroner arter bypass ameliyatı için her bir hastanenin ameliyatta ölüm oranına ilişkin New York verilerinin yayımlanması sonucu, ameliyat ölümlerinde dört yıl içinde % 41’lik bir azalma gözlenmiştir. Bazı hastanelerin yayımlara cevap olarak mortalite oranını azaltmak için doğrudan adım attıklarına ilişkin raporlar bulunmaktadır (Hannan ve arkadaşları, 1989).

İskoç Ofisi de aynı şekilde acil durum yeniden başvuruları, felçten dolayı başvurudan sonra mortalite, serviks kanseri mortalitesi ve çocukluk çağı kızamık insidansına ilişkin sonuç verilerini yayınlamıştır. Her ne kadar yayımlar özel hastanelerdeki hizmet kalitesine ilişkin doğrudan bir çıkarım yapılamayacağı veya yapılmaması gerektiğine ilişkin bir uyarı ile yayımlamış olsa da bazı satın alıcılar veri yayınlarının bir sonucu olarak sözleşmelerin değiştirilmesini rapor etmişlerdir (Hsiao 1999).

ABD’de, diğer birçok “rapor kartı” çabası bulunmaktadır. Bazı dergiler ulusal veya bölgesel olarak en iyi doktor veya hastanelerin listelerini hazırlamaktadır. Sağlık sigorta planları, Sağlık Planı İşveren Veri ve Bilgi Seti (HEDIS) raporlama sisteminin kapsamındadır. Hindistan Pencap’taki idareciler, bize orda hastanelerin bir iç denetim sistemine göre derecelendirildiğini söylemiştir. Her ne kadar sonuçlar yayımlanmasa da, rekabetçi kalite iyileştirmesini teşvik etmektedirler. Raporlamanın avantajı, idari maliyetler ve ceza temelli düzenlemelerin düşmanlığı olmaksızın kullanıcı seçimini veya idari girişimleri hızlandırabilmesidir.

Klinik Denetim ve Akran Değerlendirmesi

Birleşik Krallık ve eski kolonileri genellikle tıp hizmetlerinin teknik kalitesini sağlamak için bir klinik denetim sistemine dayanmıştır. Çoğu ABD hastaneleri akran değerlendirme süreçleri organize etmiştir -bunlara Morbidite ve Mortalite Oturumları adı verilir- burada doktor grupları, hastanede ciddi komplikasyon veya ölüm yaşayan hastaların durumunu değerlendirmek için gerektiği ölçüde bir araya gelmektedir. Birçok devlette, belli ters olay sınıfları devlet düzenleyicilerine rapor edilmelidir. Bu mekanizmaların etkililiği kritik olarak profesyonel gelenek ve tutumlara -doktorların birbirleri hakkında eleştirel olma istekliliğine- bağlıdır. Bu tutumlar genellikle mevcut olmadıkları için, bu mekanizmaların eşit olmayan bir etkisi vardır.

Disiplin Kuralları

Birçok ülke doktorlarını disiplin altına almak için tıp meslek birliklerine güvenmektedir. Örneğin, kanuni bir meslek örgütü olan İngiliz Genel Tıp Kurulu, doktorların lisanslandırılması ve tıp mesleğine gelen şikâyetlerin alınması ve işlenmesinden sorumludur (Hsiao, 1999). Diğer ülkeler de devlet, tıp lisanslandırması ve disiplin kuralları oluşturmuş; bunlar şikâyetlerin işlenmesi ve doktorların disiplin altına sokulması

yönünde güçlendirilmiştir. Tıp uygulayıcılarının yaptığı mesleki yanlış hareketler için disiplin işlemleri nihai olarak yaptırımın getirilmesini gerektirebilir; bu çalışma ruhsatının iptali olabilir. Ancak bir doktorun tıpta çalışarak geçimini sağlamasını engelleyecek olan bu ceza çok nadir olarak verilmektedir. Daha düşük düzeydeki cezaların (para cezaları, ödemelerin geçici olarak durdurulması ve tekdır mektupları) çok fazla motivasyon etkisine sahip olmayabilir. Sonuç olarak, kanıtlar şunu göstermektedir ki yanlış uygulamaya ilişkin profesyonel düzenleme programlarının çoğunluğu etkili olamamıştır, bunun kısmen nedeni tıp meslek birliklerinin bu kurullar üzerindeki hâkimiyetidir. (Hsiao, 1999).

Malpraktis Sorumluluğu

Dünyadaki tüm ülkeler arasında, ABD, çıktıları kontrol etmek için doktorların malpraktis sorumluluğuna ciddi anlamda dayanmaktadır. Bir düzenleme stratejisi olarak, sistemin birçok iftira atanı vardır. Çalışmalar şunu göstermektedir ki yaralananların çoğunluğu dava açmamaktadır ve dava açanların çoğunluğu yaralanmamıştır (Weiler ve arkadaşları, 1993). Avukat ücretlerinin kullanımı, avukatların, sonuçta verilecek olan karar meblağını paylaşma (% 40'a kadar) ümidiyle dava açma konusunda hevesli olmalarına neden olmaktadır. Sempatik (ve genellikle ince eleyip sık dokumayan) yargıçlar -kaçınılmaz yaralanma durumlarında bile- genellikle büyük zarar tazminatlarına hükmetmektedir. Yine de diğer bazı ülkeler hastalarına yaralanmaları durumunda zararlarını tazmin etme yönünde bazı haklar vermektedirler (Hindistan'daki yeni Tüketiciyi Koruma Kanunu gibi) (Bhat, 1996).

Tedarikçinin Neden Olduğu Talebin Kontrol Edilmesi

Deneysel çalışmalar şunu göstermiştir ki doktorların, hastanelerin ve eczacıların, hastalar için az menfaati olan ancak genel sağlık harcamalarına neden olan mallar ve hizmetlerin fazladan kullanımına yönelik hasta talebini teşvik etme konusunda piyasa gücü bulunmaktadır (Yip, 1998). Bu yüzden birçok yüksek gelirli ülke, tedariki kontrol ederek uygun olmayan kullanımı sınırlayacakları düşüncesiyle yeni tıp tesisleri ve ekipmanlarına yapılan tıbbi işgücü ve yatırımı düzenlemektedir.

İnsan Gücünün Düzenlenmesi

Doktor arzını kontrol etmeye yönelik çabaların uygulanabileceği üç nokta bulunmaktadır: tıp okuluna giriş, mezuniyet sonrası programlara giriş ve uygulamaya giriş.

Ulusal hükümetler, doktor arzını -hem toplam sayıyı hem de uzmanlık karışımını- tıp okullarındaki bölüm sayısını ve mezuniyet sonrası asistanlık programlarını düzenleyerek (örneğin, İngiltere'de Sağlık Bakanlığı tıp fakültelerine yıllık alınacak toplam aday sayısını) belirlemektedir. 1940'lardan bu yana, komiteler eğitilecek olan doktor sayısı konusunda öneride bulunmaktadır; bu sayı tıp mesleğindeki işsizliğe ilişkin endişelere bağlı azaltmalar ve tıp fakültesinin kapasitesini kullanmak için artışlar arasında değişmektedir (Hsiao, 1999).

Kanada, farklı uzmanların nüfusa göre *ihtiyaç oranlarına* dayalı olarak tıpta insan gücüne ilişkin ulus çapında bir çalışma gerçekleştirmiştir. Sonuçta elde edilen rapor, önemli düzeyde tıp fakültesi girdisi ile geliştirilmiştir. Raporun bulgularına dayalı olarak, tıp fakültelerinden sunulan uzmanlık alanlarının sayısını ayarlaması ve tıp

öğrencilerinin uzmanlık ve coğrafi seçime ilişkin seçimlerini etkilemesi talep edilmiştir (Hsiao, 1999). Singapur, uzmanları yeni doktorların % 40'ı ile sınırlandırarak ve kalan doktorları temel sağlık doktorları olarak eğiterek arzı sınırlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 1993). Singapur, aynı zamanda yeni yabancı tıp fakültesi mezunlarının ruhsatlandırılmasını her yıl çok düşük sayı ile sınırlı tutmaktadır (Hsiao, 1999). Ayrıca bu hedeflere ulaşmak için birçok farklı dolaylı yöntem bulunmaktadır; bunlar arasında tıp fakültelerinin bütçelerindeki değişiklikler ve tıp öğrencilerine verilen burs miktarındaki değişiklikler yer almaktadır.

Yüksek gelirli ülkeler de düzenlemeleri, insan kaynaklarını yeniden dağıtmak için kullanmaktadır. Örneğin, Kanada'da doktor fazlası olacağını tahmin edildiğinde federal yetkililer, yabancı doktorların göçünü sınırlandırdılar ve kabul edilenlerin doktor yönünden kıt alanlarda hizmet vermesini zorunlu kıldılar (Hsiao, 1999).

Diğer yüksek gelirli ülkeler doktorları, ya genelde ya da belli bir alanda çalışabileceklerin sayısını sınırlandırarak tahdit etmektedir. Avustralya'da, doktorların ulusal sigorta sisteminden ödeme alması için bir fatura numarasının olması gerekmektedir. Almanya'da, bölgesel tıp birlikleri, ayakta tedavi hizmetlerindeki doktorların sayısını sınırlandırabilmektedir. Doktorların üretimi mevcut yerlerle koordineli bir şekilde olmadığında, önemli düzeyde fazla arz meydana gelebilir; bunun sonucu olarak yeni mezunların sağlık sisteminde iş bulabilmek için birkaç yıl beklemesi gerekecektir. Birçok Avrupa ülkesinde şu anda durum bu şekildedir.

Ancak arzın sınırlandırılması rekabeti azaltabilir. ABD'de, her bir uzmanlıkta uygulama yapma başvuruları, söz konusu uzmanlıktaki doktorlar tarafından yönetilen bir uzmanlık kurulu ile düzenlenmektedir. Bazı durumlarda, bu kurumlar belli bir uzmanlıkta uygulama yapmak üzere eğitilenlerin sayısını sınırlandırmıştır (anestezi uzmanları gibi). Sonuç olarak yapay bir kıtlığın oluşmasına neden olmuşlardır; bu da söz konusu uzmanların gelirini artırmıştır.

Hem yüksek hem de düşük gelirli ülkelere genellikle tıp fakültesi eğitim birimlerinin sayısını artırma yönünde siyasi baskı bulunmaktadır; çünkü bu sosyal ve ekonomik mobilite için etkin bir yol olarak görülmektedir. Sonuç olarak birçok ülke kullanabileceklerinden çok daha fazla doktoru eğitmektedir; çoğunluğunun kamu tarafından finanse edilen okullarda eğitildiği durumlarda bile bu böyledir (İtalya, Mısır ve Yemen gibi). Diğer durumlarda, düzenlenmeyen özel okulların sayısı bu duruma etkiye bulunmuştur (Japonya, Lübnan ve Hindistan'da). Bu durumlar, herhangi bir başarılı düzenleme müdahalesinden önce siyasi desteğe ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Sermaye Yatırımının Düzenlenmesi

Yatırım ve teknoloji alımı arttıkça ülkeler, genellikle uzmanlaştırılmış hizmetlere daha fazla kaynak ayırmakta ve koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine daha az kaynak tahsis etmektedir. Sağlık hizmetlerinin maliyet etkililiği ile ilgilenenler (yani nesnel faydacı endişeleri ciddiye alanlar) açısından, bu yapı; sağlık sisteminin kaynakları maliyet etkili bir şekilde kullanmasını sağlamak için özellikle yeni tıp teknolojisinde olmak üzere sermaye yatırımlarının düzenlenmesini gündeme getirmektedir.

Sermaye yatırımının düzenlenmesi teknolojinin değerlendirilmesini gerektirmektedir. Bu, artan maliyetler ve faydaların tespit edilmesi için yeni teknolojilerin mevcut uygulamalarla karşılaştırılarak değerlendirilmesi sürecidir. Bu analiz yeni bir teknoloji için zor olabilir; çünkü ilgili çalışmaların gerçekleştirilmesi zaman alır. Bu arada,

teknolojiye ilişkin deneyimler genellikle hızlı bir şekilde birikmekte ve kullanım alanlarının genişlemesine neden olmaktadır. Ayrıca, yeni teknolojilerin genellikle güçlü savunucuları vardır. Buna yeni cihazları kullanan doktorlar ve cihazları üreten imalatçılar dahildir. Bu gruplar, ciddi çalışmalar tamamlanmadan önce yeni teknolojilerin benimsenmesi için baskı yapmaktadır (Buner ve arkadaşları, 1977).

Teknolojinin satın alınması insan gücü değerlendirmeleri ile yakından bağlantılıdır. Finansal bakış açısından ele alındığında, yeni bir makinenin yıllık sermaye maliyeti, bu makinenin işletilmesi için gerekli olan personel ve tedarik maliyetlerinden çok düşük olabilir. Bu bazen yedi veya on ile bir kat arasında değişen bir orandır. Birçok Amerikan hastanesi doktorların lazer veya endoskoplar gibi yüksek teknoloji cihazlarını kullanmaya izin verilmeden önce özel bir eğitim almasını gerekli kılmaktadır. Bazı ülkelerdeki tıp ve meslek birlikleri de teknoloji kullanımının uygunluğunu değerlendirme ve sağlama konusunda bir rol almıştır.

Ulusal sağlık hizmetleri sistemlerinde, yeni sermaye tesisleri için alternatif harcamalar kararlarının maliyet etkililiği, teknoloji iktisabı ve yeni ilaçların onaylanmasına ilişkin kararlar, genel sağlık sistemi hedeflerinin karşılanmasını sağlamak için bütçesel ve planlama süreçleri ile bağlantılandırılabilir. Diğer taraftan, piyasa odaklı sistemlerde bu tür bir planlama süreci bulunmamaktadır ve bu yüzden bunlar yatırım kararlarını tespit etmek için rekabetçi piyasa güçlerine ve hükümetin düzenleme organlarına dayanmalıdır. Birçok ülkedeki siyasi ve teknik zayıflık göz önüne alındığında, bu düzenlemeler genelde eksiktir veya etkili değildir.

Tekelci Karşıtlığı

Tekellerin Düzenlenmesi

Hem özel hem de kamusal tekeller hastaları -özel sektör kâr için ve kamu sektörü kamuda çalışanların menfaatlerine uyacak şekilde- suistimal edebilir. Tekelci hastaneler, uzman klinikleri ve laboratuvarları, hizmet kalitesini tehlikeye atabilir ve tekelci fiyatlar uygulayabilir. Bu yüzden, birçok yüksek gelirli ülke, özel tekelleri önlemek için vakıf karşıtı düzenlemeler tesis etmiştir ve uygulamaktadır. Önceki bölümde ele aldığımız gibi, kamu tekellerini önlemeye yönelik stratejiler geçen on yılda ortaya çıkmıştır; bu seçici sözleşmenin uygulanmasını ve iç piyasaların oluşturulmasını içermektedir.

Düşük ve orta gelirli ülkelerde, hem kamu tekelleri hem de özel tekeller yaygındır; çünkü büyük şehirlerin dışında, sağlık tesisleri ve uzmanlıklar azdır. Bu durumlarda düzenleme, genellikle idari ve siyasi kısıtlamalara bağlı olarak özel kâr amacı güden kurumların tekelci uygulamalarının önlenmesinde pek etkili olamamıştır.

Tekelci Fiyatların Düzenlenmesi

Her ne kadar doktorların tekelci fiyat uygulama konusundaki gücü kapsamlı olarak belgelenmiş olsa da (Kesel, 1958; Bennet ve arkadaşları, 1994), birçok ülke bu kararların doğrudan düzenlenmesini, hem teknik hem de siyasi nedenlerle zor veya imkânsız bulmaktadır. Pratisyen hekimler binlerce farklı hizmet sunmaktadır. Bu yüzden bunların ücretlerinin düzenlenmesi son derece komplikedir ve her bir işlemde ayrıntılı bilgileri gerektirmektedir. Bennet ve Ngalande-Banda (1994), hiçbir Afrika hükümetinin özel çalışan pratisyen hekimlerin kestiği ücretleri düzenlemediğini tespit

etmiştir ve biz, diğer herhangi bir düşük veya orta gelirli ülkede böyle bir düzenlemenin olduğunu bilmiyoruz.

Yüksek gelirli ülkeler bile doktorların kestiği fiyatları kontrol etmekte zorlanmaktadır. Tipik olarak bu, düzenleme kapsamında değil satın alma bağlamında yapılmaktadır. Örneğin, Almanya ve Japonya'daki sosyal sigorta planları, pratisyen hekimleri temsil eden şemsiye kurumlar ile bir fiyat programı üzerinde müzakerede bulunmaktadır. Ancak her ne kadar satın almacı olarak hareket eden sosyal ve özel sigorta planları ödeyebilecekleri ücretleri belirleyebilse de düşük ve orta gelirli ülkelerde pratisyen hekimlerin hastalardan ek ücret tahsil etmesini yasaklama konusunda etkili olamamışlardır.

Birçok düşük ve orta gelirli ülke için önemli bir konu, özel pratisyen hekimler tarafından oluşturulan yüksek gelirlerin neden olduğu kamu sektöründeki dengesizliktir. Kamudaki doktorlar, bu yüksek kazançlara farklı yollarla cevap vermektedir. Bazıları tam zamanlı özel çalışma için işlerinden ayrılmaktadır. Bazıları ikili bir uygulamayı tercih etmekte, zengin hastaları devlet kliniklerinden özel kliniklerine yönlendirmektedir. Diğerleri el altından ücret almaktadırlar. Bu fiiller, kamu sektörü tedarikçilerini zayıflatmakta veya bozmaktadır. Bu arada, düşük ve orta gelirli ülkeler, kamu sektöründeki doktorlara, özel sektördeki kazançlarla rekabet edecek düzeyde ödeme yapamamaktadırlar. Sonuç olarak, bazı düşük ve orta gelirli ülkeler, kamu doktorları tarafından yapılacak özel uygulamayı, doktor bakımından kıt olan alanlarla sınırlandırmaya çalışmıştır. El altından ödemelerin yasa dışı olduğu durumlarda bile, kurallar çok nadir olarak uygulanmaktadır.

Çoğu yüksek gelirli ülkenin tekel fiyatlarını düzenlediği bir alan da, ilaç eczacılık alanıdır. Bu düzenleme genellikle sosyal sigorta sistemlerinin ilaçlar için ne ödeyeceğini belirterek işlemektedir. Ortak bir sistem olan referans fiyatlandırması, tüm bileşenleri, "terapötik olarak denk" olduğu kabul edilen sınıflara ayırmaktadır (López-Casanovas ve Jönsson, 2001). Bu durumda gözlenen fiyatların dağılımının bir parametresi (ortalama gibi), sınıfın tamamı için kullanılmaktadır. Bu programların uygulanması önemli düzeyde teknik kapasite gerektirmektedir ve bunlar şu anda Orta ve Doğu Avrupa'daki birçok geçiş ekonomisinde ve diğer orta gelirli ülkede ortaya çıkmaktadır.

Kabul Edilemeyen Piyasa Sonuçlarının Düzeltilmesi

Rekabetçi fiyatların ürettiği sonuçların, farklı etik pozisyonları ciddiye alan reformcular tarafından kabul edilebilir olması gerekmez. Sağlık durumunu en üst düzeye çıkartmak isteyenler, halkın sağlığına zarar veren tütün ve diğer malların tüketimini düzenlemeyi tercih edecek ve yaralanmaları önlemek için emniyet kemeri ve başlıkların kullanımını -bu davranışlar tamamen serbest piyasalarda gerçekleşme de- zorunlu kılacaktır. Diğerleri, farklı işlemlerin toplum değerlerini ihlal ettiğini ve bu yüzden düzenlenmesi gerektiğini düşünebilir. Bu tür toplumcu endişelerin örnekleri arasında kan transfüzyonu, organ transplantasyonu için organların satışı, kürtaj, yardımlı intihar ve belli ilaçların kullanımı yer almaktadır.

Sigorta Düzenlemesi

Şimdi, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden, sağlık sigortasının düzenlenmesine geçiş

yapıyoruz. Özel sağlık sigortası, sigortalı tarafın, gelecekte belli bir tahmin edilemeyen olayın meydana gelmesi durumunda, özel bir tazminat mukabilinde bir prim ödediği karmaşık vadeli sözleşmedir. Sigorta poliçesi, bu sözleşmeyi tanımlayan ilgili koşulları, yükümlülükleri, riskleri ve istisnaları içermektedir. Bunlar teknik bir dille yazıldığı için, bu tür sözleşmelerin anlaşılması zordur ve tüketiciler kolayca suiistimal edilebilmektedir. Özel sigortanın yaygın olduğu ülkelerde, hükümetler söz konusu suiistimali önlemek için farklı yollardan sigorta endüstrisinin düzenlenmesini uygun bulmaktadır.

Sağlık sigortası üç tür kurum tarafından sağlanabilir: devlet kurumları, yarı devlet kurumları ve özel şirketler. Hükümet tipik olarak kendi başına düzenleme yapmadığı için, düzenleme konusundaki tartışmamız son iki kategoriye içermektedir. Sigorta düzenlemelerinin çoğunluğu düzenlemenin üç amacı ile ilgilidir: Dürüst alış verişin kurallarının belirlenmesi; piyasanın yapmadığının yapılması (hakkaniyetin desteklenmesi gibi) ve piyasa başarısızlığının düzeltilmesi.

Sağlık sigortasının düzenlenmesi, sigortanın zorunlu ya da isteğe bağlı olmasına bağlı olarak değişmektedir. Zorunlu sosyal sigorta için, devlet genellikle hakkaniyet konuları, adil olmayan fiyatlandırma ve aldatıcı iş uygulamaları ile ilgilidir. Gönüllü özel sigorta için, düzenleme genellikle daha sıkı ve kapsamlıdır; çünkü yolsuzluk ve aldatma ihtimali daha yüksektir. Ancak birçok gelişmekte olan ülkede, özel gönüllü sigorta şirketleri birkaç düzenleme ile karşı karşıya kalmaktadır. Bunun kesin olarak nedeni, bu bölümde daha önce tartışılmış olan etkili düzenlemenin ön koşullarının genellikle bulunmamasıdır. Bu eksikliğin de, özel sigortanın bu durumlarda bir finansman stratejisi olarak çekiciliği üzerinde etkileri bulunmaktadır.

Tablo 11.4 farklı sigorta düzenlemesi türlerini özetlemektedir. Sigorta çok nadir olarak harici etkiler ve liyakat mallarına dahil olduğu için, bu kategoriler göz ardı edilmiştir.

Piyasa Alış Verişi için Temel Koşulların Tesis Edilmesi

Sigorta Planının Finansal Gücünün Düzenlenmesi

Finansal güç sorunları, özel sigortalarda sosyal sigorta sistemlerine göre daha fazla rastlanmaktadır. Sosyal sigorta için, yetersiz fonlar tipik olarak hükümet yardımlarıyla, katkı oranlarındaki artışlarla veya faydalardaki azaltımlarla desteklenmektedir. Özel sigorta sistemleri için, hükümetler aciz duruma düşmeyi önlemek için düzenleme yapmaktadır.

ABD, sağlık hizmetlerini finanse etmek için temel olarak gönüllü özel sigortaya dayanan tek yüksek gelirli ülkedir. Bu yüzden düzenleme konusundan en çok deneyime o sahiptir. Özel sigorta firmalarının borç ödeyemez duruma gelmesinin nedeni, çoğunlukla alacak ödemelerine kıyasla fiyatları belirleme konusundaki hatalar, yatırım rezerv fonlarının yetersiz yatırımı veya yolsuzluktur. Bir dizi iflasa tanık olduktan sonra (ki bu iflaslarda sigortacılar sözleşme yükümlülüklerini yerine getirememiştir), ulusal hükümet, özel sigortayı düzenlemekle sorumlu olan eyaletlere, mali şartlarını önemli düzeyde sıkılamaları konusunda baskı yaptı. Sonuç olarak, eyaletler şu anda sigortacıların belli asgari sermaye ve fazlalık standartlarını karşılamalarını, yatırım seçeneklerini sınırlandırmalarını ve belirlenen finansal raporlama standartlarına uymalarını zorunlu kılmaktadır. Birçok farklı kural fiyatlandırmayı, mükerrer sigortayı, rezervleri, varlık-yükümlülük eşleşmesini ve iştirakler ve yönetimle olan işlemleri ve

TABLO 11.4. Sigortanın Düzenlenmesi

DÜZENLEME KATEGORİSİ	YÜKSEK GELİRLİ ÜLKELER	DÜŞÜK VE ORTA GELİRLİ ÜLKELER
Piyasa Alış Verişi İçin Temel Koşulların Belirlenmesi		
(A) Sigorta Planlarının Finansal Gücü	a. Yeterli asgari sermaye ve fazla standartlarının belirlenmesi b. Yatırım seçeneklerinin sınırlandırılması c. Finansal raporlama şartlarının konulması d. Hem özel hem sosyal sigorta için uzun dönemli aktüerya güvenilirliği için standartların konulması	Özel sağlık sigortasının zayıf uygulama ile orta düzeyde düzenlenmesi. Genellikle satış lisanslı olan şirketler tarafından elde edilen yüksek gelirler.
(B) Satış ve Pazarlama Uygulamaları.	a. Reklamcılık b. Komisyon oranlarının açıklanması, azami satışın ve pazarlama harcamalarının sınırlandırılması c. Sigorta politikasının içeriği ve biçimi	Bazı düzenlemeler var; ancak uygulama zayıf
Piyasanın Yapamayacağı Mükemmelleştirme-Hakkaniyetli Dağıtım		
(A) Risk Havızlaması	a. Sigortanın primleri toplum temelinde belirlenmesini zorunlu kılmak b. Yeterliliğe sahip hane halklarının sigorta planlarına dahil olmasını sağlamak Sosyal sigortada maaşların yüzdesine dayalı prim	Sosyal sigorta için benzer kanunlar; ancak yetersiz uygulama Benzer
(B)Finansman ve Faydalarda Hakkaniyet		
Piyasa Başarısızlıklarının Düzeltilmesi		
(A) Risk Seçimi	a. Açık kaydolmanın zorunlu kılınması, tıbbi sigortanın yasaklanması b. Riske göre ayarlı primlerin belirlenmesi	Sosyal sigorta genelde düzenlenir; ancak özel sigorta düzenlenmez.

(devam edecek)

TABLO 11.4. Sigortanın Düzenlenmesi (Devamı)

DÜZENLEME KATEGORİSİ	YÜKSEK GELİRLİ ÜLKELER	DÜŞÜK VE ORTA GELİRLİ ÜLKELER
	c. Yüksek riskli bireyleri, fonları, geriye dönük olarak düşük ortalama riski olan sigortalılardan yüksek ortalama riskli olanlara transfer ederek yeniden sigortalamak	
	d. Sigortanın primleri toplamı temelli olarak belirlenmesini zorunlu kılmak	
(B) Ters Seçim	Kaydolanın tıbbi geçmişini ve durumunu açıklaması	Çok az düzenleme
(C) Tekelci Fiyatlandırma	Asgari zarar oranının gerekli kılınması, yani sağlık hizmetleri faydaları için asgari bir prim yüzdesi ödenmeli	Çok az ülke düzenleme yapıyor
Kabul Edilemeyen Piyasa Riskinin Düzeltilmesi		
(A) Sigortasızlar	Tüm yeterliliğe sahip nüfusun sosyal sigortaya dahil olmasını zorunlu kılmak	Aynı, ancak daha az etkin uygulama
(B) Maliyet Etkililik	Zorunlu sigortanın fayda paketini düzenleme	Benzer

finansal tablolar üzerinden raporlamayı kontrol etmektedir. Bu tür kontroller olmadan özel sigorta tesis etmiş olan ülkeler (ör. Çek Cumhuriyeti), yetersiz iş uygulamalarına bağlı olarak önemli sayıda iflas yaşamıştır.

Hükümetler, aynı zamanda sigorta endüstrisinde anahtar teknik görevler gerçekleştirenlerin nitelikleri için asgari standartlar belirlemektedir. Örneğin, prim oranları ve rezervleri belirleyen aktüerler (Skipper 1992) genellikle eyalet veya meslek topluluğu tarafından düzenlenmektedir.

Satış ve Pazarlama Uygulamalarının Düzenlenmesi

Birçok özel sigorta, her bir satış için bir komisyon alan acenteler aracılığıyla satılmaktadır. Sigorta sözleşmelerinin karmaşıklığı nedeniyle, özel sigorta planları ve bunların acenteleri ürünlerini satmak için aldatıcı satış uygulamaları kullanabilmektedir. Yüksek gelirli ülkeler, sigorta sözleşmelerinin biçimini ve içeriğini düzenleyerek potansiyel aldatmanın önüne geçmektedir. Sigorta planları, poliçe formlarını onay için düzenleyici mercilere göndermek zorundadır (Fuenzalida-Puelma, 1996). Genellikle satış literatürü ve reklamcılık da düzenlenmektedir. Ayrıca, özel sigorta planlarının satış acentelerine ve personeline satışı artırmak için fazla komisyon ödemesini önlemek için, yüksek gelirli ülkeler idare, satış harcamaları ve kârlar için kullanılabilecek prim yüzdesini sınırlandıran zarar oranı şartları belirlemektedir.

Hakkaniyetin Artırılması

Risk Havuzlamasının Düzenlenmesi

Tam rekabetçi bir piyasada, “denge fiyatı” her bir birey için beklenen pazarlama harcamaları yatırımının sağladığı kârı (riski) yansıtacaktır. Bu, daha sağlıklı olanların daha az prim ödeyeceği ve daha az sağlıklı olanların daha fazla prim ödeyeceği anlamına gelmektedir. Ancak hakkaniyeti desteklemek için birçok ülke, farklı gruplar veya şahıslar için farklı prim oranları belirlemek yerine, yüksek ve düşük risklerin bütün bir toplum için havuzlanmasını (toplum derecelendirmesi) gerekli görmektedir. Bu yaklaşım örneğin Avustralya’da kullanılmaktadır. Mükerrer sigorta da daha büyük bir nüfusta riskleri havuzlamak için bir mekanizma olarak kullanılmaktadır. Yakın zamanda, Almanya her bir hastalık fonunun bordro vergisi oranının tüm üyeler için aynı olmasını gerekli kılmış, riskleri hastalık fonları arasında eşitlemek için bir mükerrer sigorta düzenlemesinin buna eşlik etmesini şart koşmuştur (Saltman ve Figueras, 1997). ABD’de, birçok eyalet, primlerini toplam derecelendirmesine dayandırmak için kâr amaçsız bir sağlık sigorta planı olan Blue Cross’u gerekli kılmaktadır (Chollet ve Lewis 1997).

Ödeme Gücüne Göre Sağlık Primlerinin Ödenmesi

Bir ülke, riskleri havuzlamak için toplum derecelendirmesi kullandığında bile sabit bir prim ücretlendirmesi, düşük maaşlı işçilerin yüksek maaşlı işçilere göre sağlık sigortası için kazançlarının daha fazla bir bölümünü ödemesini gerekli kılmaktadır. Hakkaniyet nedenlerine bağlı olarak, birçok yüksek gelirli ülke, primlerin; sabit bir miktar yerine maaşların tekdüzen bir yüzdesine dayandığı sosyal sigorta planları oluşturmuştur. Çok-

lu yarı devlet, kâr amaçsız veya kâr amaçlı fonların işlediği durumda, Şili örneğinde olduğu gibi bunlar genellikle primleri bu şekilde belirlemek için gerekmektedir. Kolombiya bir adım ileri gitmiştir. Maaş temelli bir prim oranının ötesinde, çalışanların sosyal sigorta katkılarını derecelendirmek için bir ek ücret eklemek ve bu geliri yoksulların sigortalarını desteklemek için kullanmaktadır (Londoño, 1994).

Piyasa Başarısızlıklarının Düzeltilmesi

Risk Seçiminin Düzenlenmesi

Finansman konusundaki 8. Bölüm’de ele aldığımız gibi, sigorta planlarının, sağlıklı insanları sigortalamak ve daha az sağlıklı olanları reddetmek için risk seçimine dahil olma yönünde bir teşviki bulunmaktadır. Bu uygulamalara karşı durmak için, hükümetler; bazen planların, bir kayıt süresi boyunca kaydolmayı tercih eden herkesi kabul etmesini gerektirmektedir. Buna ek olarak, hükümetler; tıbbi sigortalamayı yasaklayarak, önceden mevcut koşulların hariç tutulmasını kısıtlayarak ve sigortacıların hasta olanlar için poliçeleri iptal etmemesini gerekli kılarak risk seçimini azaltabilmektedir. ABD’de, risk seçimi birçok piyasada ciddi bir sorun olarak kalmaktadır; çünkü sigortacıların daha az sağlıklı olanların ayrılmasını ve diğer sigorta planlarına dahil olmasını teşvik etmek için birkaç ince yolu bulunmaktadır. Bu tür sorunları ele almak için New York Eyaleti; fonları, düşük riskli sigortacıları yüksek riskli firmalara geriye dönük olarak transfer ederek bir mükerrer sigorta mekanizması oluşturmak zorunda kalmıştır.

Ters Seçimin Düzenlenmesi

Göreceli olarak sağlıklı olduğunu bilen sofistike tüketiciler, kendilerine sunulan sigorta planlarının maliyetlerini ve faydalarını hesapladıklarında bundan etkilenemeyebilirler. Kendilerine sunulan oranlar ortalama riskleri yansıtırsa satın almamayı tercih edebilirler. Bu arada, hasta olduklarını bilenler kapsama dahil olmak için acele edeceklerdir. Bu tür bir *ters seçim* (8. Bölüm’de ele alındığı gibi) sigortacıların, sağlıklı kişilerin maliyetlerini, daha az sağlıklı olanlarla havuzlamasına izin vermemektedir. Daha az sağlıklı olanları kapsamanın maliyetlerine dayalı olan primler, bu durumda çoğu kişi için para yetirilemez duruma gelebilmektedir. Zorunlu sigorta, genellikle ters seçimi caydırmak ve riskleri yaşlılar ve gençler, sağlıklı olanlar ve daha az sağlıklı olanlar arasında havuzlamak için kullanılmaktadır.

Kabul Edilemeyen Piyasa Sonuçlarının Düzeltilmesi

Sigortasızların Düzenlenmesi

Birçok ülke, sigortasız olanlar ve hizmetleri ödeme gücü olmayanlar için halk sağlığı hizmetlerine maddi destek sağlamaktadır. Bu düzenleme, sigorta kapsamı için yeterliliğe sahip olan; ancak prim ödemek zorunda olan kişileri, sigortaya kaydolma yönünde teşvik edebilir. Bu tür *sigortasız* sorunlarını düzeltmek için, birçok ülke yeterliliğe sahip olan kişilerin bir sigorta programına kaydolmasını gerekli görmüştür. Bu durumda riskler, büyük bir nüfus içinde havuzlanmaktadır ki bu sosyal sigortanın önemli avantajlarından biridir.

Maliyet Etkiliğin Düzenlenmesi

Halk eğitimi çabalarına rağmen sigorta satın alıcıları, belli koruyucu hizmetlerin faydalarını uygun şekilde anlamayabilir. Sonuç olarak, bu tür hizmetleri kapsayan sigortayı satın almayabilirler. Bu yüzden hükümetler genellikle fayda paketine hangi asgari sağlık hizmetlerinin dahil edilmesi gerektiğini belirtmek için düzenlemeyi kullanmaktadır.

Koşullu Rehberlik

Diğer kontrol düğmelerinin, düzenleme çabalarının etkili olmasını gerektirmesi gibi düzenleme de diğer kontrol düğmelerinin desteğine ihtiyaç duymaktadır. Bunun bir nedeni, düzenlemenin yapısıdır. Birçok düzenleme, kurumların ve bireylerin yapmak istediklerini yasaklamakta veya sınırlandırmaktadır. Oysa düzenleme sınırlıdır; çünkü devletin, uyumluluğu sağlama konusundaki zorlayıcı gücüne dayanmaktadır ve bu güç de sınırlıdır. Kullanıcı ve tedarikçi davranışını etkileme çabalarıyla teşviklerin birleştirilmesi, gönüllü uyumluluğu geliştirmenin bir yoludur.

Şu anda uluslararası örgütlerin sağlık bakanlıklarına, finansman rollerini bırakmaları ve bunun yerine düzenleme işlevini görmeleri yönündeki önerilerinde genellikle bu değerlendirmeler göz ardı ediliyor gibi gözükmektedir. Finansman ve ödeme sistemlerinin sunduğu teşvik potansiyelinden vazgeçmek, sağlık sektörü reformcuları için büyük bir stratejik hata olabilir. Diğer taraftan düzenlemenin teşviklerle birleştirilmesi, kuralları daha esnek yapabilir ve gönüllü uyumluluğu artırabilir.

Düşük ve orta gelirli ülkelerde, belli yüksek gelirli ülkelerin düzenlemelerini benimsemek ve bunların kendi düzenlemeleri haline getirmek yönünde girişimler bulunmaktadır. Bu yaklaşım, bir ulusal program geliştirmenin hızlı ve ucuz bir yolu gibi gözükmektedir. Ne yazık ki bu ülkelerin, kendi özel koşullarını hesaba katmadıkları sürece, düzenleme sürecinde başarılı olmaları muhtemel değildir.

Bu bölümün başında, düzenlemenin başarısının kültürel tutumlara, yönetim kapasitesine ve siyasi desteğe bağlı olduğunu vurguladık. Düzenlemenin başarı şansı, yolsuzluğun az olduğu, resmi otorite, iyi işleyen bir bürokrasi ve etkili polis ve mahkeme sistemlerini destekleme yönünde daha fazla uyumun olduğu ülkelerde daha yüksektir. Başarılı düzenleme uygulaması, düzenleyici kurumların ve süreçlerin tasarımına dayanacaktır. Birçok pratik özellik söz konusudur ki buna, düzenleyicilerin sahip olduğu kaynaklar, bunların teknik yetkinliği, eldeki veriler, ihlallerin tespiti ve yaptırımları uygulanması için süreçler, gönüllü uyumluluk derecesi dahildir. Bu bağlamda bir ülke ne kadar iyi durumda olursa, düzenleme sisteminin etkili olarak işlemesi ve gerçekte davranış değişikliği sağlaması o kadar muhtemel olacaktır. Basit olarak belirtmek gerekirse Swaziland'daki düzenleyicilerin görevi, İsviçre'deki düzenleyicilerin görevi ile aynı değildir.

Bir düzenleme stratejisi geliştirmenin bir parçası olarak, reformcuların; önerilen düzenlemelerin siyasi maliyetlerini ve faydalarını ve teknik ve idari fizibiliteyi değerlendirmek için dikkatli bir analiz gerçekleştirmesi gerekmektedir. Düzenlemeleri yapmak ve uygulamak için gerekli olan siyasi ve organizasyonel kaynaklar sınırlı olduğu için, en fazla kazanımın muhtemelen nerede olacağı konusunda karar vermek ve nasıl ilerleneceği konusunda bir genel plan geliştirmek gerekmektedir.

Plan, farklı müdahalelerin siyasi fizibilitesinin değerlendirilmesini, düzenlemelerin gerçekleştirilmesi için siyasi stratejileri, uygun düzenleme kurumlarının tesis edilmesini ve yeni kuralların uygulanmasını içermektedir.

Stratejik analizlerini geliştirirken reformcular, icra edilebilirlik konularını dikkatli bir şekilde değerlendirmelidir. İcra zorlukları, genellikle belirlemiş olduğumuz dört düzenleme kategorisine göre farklılık göstermektedir. Piyasa alış verişi için temel koşulları tanımlayan kuralların -örneğin mülkiyet haklarının ve satış ve alış kurallarının belirlenmesi gibi- uygulanması, diğer düzenleme türlerinin uygulanmasına göre daha kolaydır. Bu kuralların ihlallerinin kurbanları genellikle sofistike ekonomik aktörler olacaktır ve bunlar muhtemelen şikâyet edecek ve telafi eylemlerine başvuracaktır. Diğer taraftan, hakkaniyeti desteklemek için düzenlemenin etkili olma olasılığı azdır. Örneğin, özel klinikler ve hastanelerin yoksullara ücretsiz hizmet vermesini zorunlu koşma girişimine genellikle direnelecektir ve kurbanlar genellikle sosyal ve ekonomik olarak marjinal durumda olacak ve etkili şekilde protesto edemeyecektir. Benzer şekilde, düzenlemeyi, doktorları dezavantajlı alanlara taşımak için kullanmak zordur. Söz konusu doktorlar, klinik saatlerini göz ardı ederler, hastalara kaba bir şekilde muamele ederler, önemli tedarikleri eksiktir ve bazen sadece başka yere taşınırlar. Bu gibi durumlarda izleme ve icra sorunları korkunçtur. Bu yüzden devletin, hakkaniyet hedeflerine ulaşmak için, finansman veya organizasyon gibi diğer bir kontrol düğmesine dayanması gerekebilir (bk. Bölümler 7 ve 10).

Piyasa başarısızlıklarını düzeltmek için (ör. su, gıda ve ilaç eczacılık ürünlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlamak için) düzenleme tipik olarak yüksek gelirli ülkelerde daha fazla sosyal kabul ve kamu desteği gerektirmektedir. Bu alanlarda, devlet eylemine getirilebilecek çok az alternatif vardır ve bu tür ülkelerdeki hükümetlerin genellikle etkili bir şekilde hareket etmek için gerekli teknik ve idari kapasitesi bulunmaktadır. Bu, kültürel tutumların düzenlemeyici icra edilebilirlik üzerinde önemli bir etkisi olduğu ilkesinin iyi bir örneğidir. Diğer taraftan, birçok düşük gelirli ülke bu tür düzenleyici faaliyetlerin tesis edilmesinde zorlukla karşılaşacaktır. Halk dikkati, diğer konulara odaklanabilir ve gerekli siyasi destek ve idari kapasite mevcut olmayabilir.

Piyasa başarısızlıklarını düzeltmeye yönelik tasarlanan düzenlemenin, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve verimliliği üzerinde ve sigorta piyasalarının işleyişi üzerinde önemli bir etkisi olabilir. Ancak bu tür piyasa başarısızlıklarını düzeltme ihtiyacı, bir ülkenin piyasaya ne kadar dayandığına ve ne için dayandığına bağlıdır. Burada, bilgilendirmeden belgelendirmeye, lisanslamadan tıp uygulamasına ilişkin proses kontrollerine kadar farklı birçok müdahale olduğunu görüyoruz. Yine, daha kompleks yaklaşımlar, birçok düşük gelirli ülkenin kapasitesinin ötesinde olacaktır. Ancak hizmet sunumunu artırmaya yönelik çabalar -örneğin, hastanelere ilişkin derecelendirmeleri ve raporları yayınlayarak- yoksul ortamların tümünde bir etkiye neden olabilecektir. Her ne kadar bazı piyasa başarısızlıklarının neden olduğu zarar (ör. özel sigorta piyasalarında kaymak tabakanın seçilmesi) temelde mali olsa ve üst gelir gruplarıyla sınırlandırılabilse de diğer kalite başarısızlık türleri doğrudan sağlık durumu etkilerine neden olmaktadır.

Düzenleme ve Hakkaniyet

Biz kendimiz eşitlikçi olduğumuz için bizim değerlerimizi paylaşan ve spesifik

olarak düzenleme çabalarının hakkaniyet endişeleri ile ne kadar ilişkili olduğunu değerlendiren reformculara bazı sonuç niteliğinde yorumlar sunmak istiyoruz. Birinci nokta; yoksul, eğitimsiz ve sosyal olarak marjinal durumda olanların genellikle piyasada suistimale en hassas gruplar olduğudur. Oysa bunlar, belli düzenleyici girişimlerden -özellikle ürün etiketlemesi, rapor kartları ve açıklama kuralları gibi bilgi stratejilerine odaklanan stratejilerden- faydalanması fazla muhtemel olmayanlardır. Sınırlı karmaşıklık ve kişisel etkinlik hissinin azalması, marjinal grupların bu bilgileri etkili bir şekilde kullanmasını zorlaştırabilir. Bu nedenle, bu girişimlerden kaçınılmamalıdır; ancak reformcuların, dezavantajlı nüfuslar için düzenleyici yaklaşımların farklılaştırıcı etkililiği karşı akut düzeyde hassas olması gerekmektedir.

Ancak aynı şekilde, piyasada mevcut olan ürün veya hizmetleri kısıtlamaya -güvensiz ilaçları veya ehliyetsiz tedarikçileri kontrol ederek- yönelik çabaların daha az karmaşık alıcılara fayda sağlaması daha muhtemeldir. Çünkü bu bireyler, kendi satın alma kararları aracılığıyla kendilerini savunma kapasitesine daha az sahiptirler. Aynı zamanda, bu kısıtlamalar muhtemelen, düşük gelirli hane halklarının elinde bulunan düşük maliyetli mal ve hizmet tedarikini kısıtlayacaktır. Bu yüzden, düzenleyicilerin, alıcıları zarardan korumak ve bunların düzenleyici yetkisini, organize meslek gruplarının tekeldi pozisyonunu ve yerleşik kurumsal çıkarları takviye edecek şekilde kullanmak arasında dikkatli bir denge sağlaması gerekmektedir.

Ayrıca, yoksul hane halkları genellikle hizmetler için sadece piyasaya değil, aynı zamanda kamu sektörüne de dayanmaktadır. Bu yüzden, bunlar için klinik ve hizmet kalitesini geliştirmek için en önemli girişimler, önceki bölümde ele alındığı şekilde organizasyon kontrol düğmesinin kapsamında yer almaktadır. Aslında, kamu sektöründeki daha iyi hizmetler, hassas nüfusların, özel satıcılar tarafından suistimal edilmesini önlemeye yardımcı olacaktır; çünkü bunların tüketimini bu tedarikçilerden başka yere kaydıracaktır.

Yoksul hane halklarının aynı zamanda diğer yollardan da korunması gerekebilir. Hindistan'daki böbrek satışlarına ilişkin yakın zamanda yapılan bir çalışma, söz konusu satışların, satıcılar için uzun dönemli ekonomik faydalar sağlamadığını ve söz konusu satışlara dahil olan orantısızca yoksul kişiler arasında sağlık durumunda azalmalara neden olduğunu göstermiştir (Goya ve arkadaşları, 2002). Yeni ilaç eczacılık ürünlerinin klinik deneyleri bağlamında da benzer konular ortaya çıkabilmektedir.

Düzenlemenin, bazı bağlamlarda gerekli olabilen ancak hakkaniyet bakış açısından fazla bir anlamı olmayan diğer bir alanı, özel sigortanın düzenlenmesini içermektedir. Finansman konusundaki bölümde ve aynı zamanda bu bölümün başında ele aldığımız gibi, bu finansman programları ekonomik olarak gerileyici niteliktedir. Bunlar, finansal olarak yaşatılabilirliği güvence altına almak ve gerçek risk korumasına neden olan risk paylaşımını desteklemeye yardımcı olmak için önemli düzeyde düzenleyici müdahaleyi gerektirmektedir. Bu nedenlere bağlı olarak biz bu tür finansman programlarını savunmuyoruz. Kısmen bunun nedeni, genellikle sınırlı olan hükümet düzenleme kapasitesi üzerinde büyük bir yük teşkil etmesidir. Ancak, her ne kadar bu tür çabalar genellikle, bu tür sigortalı esas olarak satın alacak olan orta ve üst gelir gruplarına fayda sağlayacak olsa da, bunların kullanıldığı yerlerde, gerekli düzenlemenin gerçekleştirilmesi gerektiğine inanıyoruz.

Düzenleme alanındaki nihai bir hakkaniyet konusu da para yetirebilir, güvenli ve etkili ilaçların elverişli olmasını sağlamak için ilaç-eczacılık endüstrisinin düzenlen-

mesini içermektedir. Şu anda, birçok önemli hastalık için, zengin ve yoksul ülkeler arasında ilaçlara erişim konusunda önemli global bir eşitsizliğin bulunduğu kabul edilmektedir (Reich, 2000). Düzenlemenin, erişim ve politika çözümlerini şekillendirme bakımından bu eşitsizliklerin tespit edilmesinde önemli bir rolü bulunmaktadır.

Birincisi, dünyadaki birçok hükümet ilaç fiyatlarını farklı yollardan düzenlemektedir (Ess ve arkadaşları, 2003). Hindistan’da olduğu gibi bazı ülkeler perakende satış fiyatlarını, farklı ürün sınıflarına göre belirlemektedir. Japonya gibi diğer ülkeler, bireysel ürünler için ve doktorlar ve sağlık tesislerine ödemelerin dağıtılması için geri ödeme oranları belirlemektedir. Avrupa’da yaygın olan bir sistem “referans fiyatlarını” içermektedir; burada hükümet, piyasadaki fiyatlara dayalı olarak her bir ilaç sınıfı için bir satın alım fiyatı belirlemektedir ve hasta veya tamamlayıcı sigortacı, daha pahalı bir ilacın yazılması durumunda farkı ödemektedir (López-Casanovas ve Jönsson, 2001). Bu sistemler, çoğunlukla ilaç satın alımının önemli bir kısmı için ödeme yapan sosyal sigorta programları bağlamında kullanılmaktadır. İlaç fiyatlarının düzenlenmesinin amacı, hükümet ve diğer ödeyenler için maliyetleri kısarken, hastalar için ihtiyaç duyulan ilaçların elverişliliğini sağlamaktır.

İlaçlara yönelik üçüncü bir önemli düzenleme yaklaşımı, patentli ilaçlara alternatif olarak düşük fiyatlı ilaçların yerel olarak imal veya ithal edilmesidir. Bu yaklaşım geçmişte birçok ülke için, ilaç eczacılık ürünleri için patent tanımayan ulusal kanunlara dayanmıştır. Ancak uluslararası ticaret müzakerelerinin son halinde, TRIPS olarak bilinen Fikri Mülkiyet Haklarının Ticaretle İlgili Yönleri Anlaşması altında dünya çapında ilaç ve eczacılık ürünleri için ürün patentlerinin uygulanması kabul edilmiştir; ancak yoksul ülkelerde uygulamada bazı gecikmeler söz konusudur (Foster 1998). TRIPS’teki farklı anahtar maddelerin yorumlanması -ki bu ilaç eczacılık ürünleri için politikaları kapsamaktadır- uluslararası anlaşmazlıkların ana kaynağı haline gelmiştir ve önemli etik, siyasi, ekonomik ve halk sağlığı etkileri bulunmaktadır (Velásquez ve Boulet, 1999). Anahtar bir soru da, patent kısıtlamalarını gevşetecek ve bir halk sağlığı krizi ile yüz yüze kalan dünyanın en yoksul ülkelerinin gelişmiş ülkelerdeki patentler altında ilaçların orijinal versiyonlarını imal veya ithal etmesine izin verilecek kuralara hangi hastalıkların dahil edileceği sorusudur (Fleck 2003). ABD, enfeksiyonlu hastalıklarının (HIV /AIDS, sıtma, ve tüberküloz gibi) kapsamını kısıtlamaya çalışarak tartışmaları çıkmaza sokarken, diğer ülkeler enfeksiyonlu olmayan hastalıkları dahil etmeyi tercih etmiştir (örneğin astım, kardiyovasküler durumlar ve obezite gibi).

Bu fiyat, formül ve patentle ilgili düzenleyici konular, yüksek düzeyde yaygınlaşmış HIV için antiretroviral tedavi ile uluslararası ticaret alanına dahil edilmiştir. Bu durumda, hakkaniyet konuları herkesin görebileceği şekilde ortaya sunulmuştu: Üç aşamalı ilaç tedavisi geniş anlamda kullanılmaya başladığında zengin ülkelerde AIDS mortalitesi önemli düzeyde düşerken, yoksul ülkelerde bulunan dünyanın AIDS hastalarının büyük çoğunluğu, aynı antiretroviral ilaçlara erişimin olmaması nedeniyle ölmeye devam etti. Önemli kamu baskısı ve siyasi baskılar uygulandıktan sonra, bir dizi ilaç eczacılık şirketi en yoksul ülkelerde fiyatlarını düşürmeye karar verdi. Ancak halen erişim, gerekenin oldukça altında kalmaktadır. Diğer hastalıklar için de, onkosarkoz, trahom ve lenfatik filaryazis gibi hastalıklar için yeni ilaçlara erişimi genişletmek amacıyla özel-kamu ortaklıkları aracılığıyla çaba sarf edilmiştir (Reich, 2002). Her ne kadar bu çabalar, spesifik popülasyonlar için alıcı ülkeler bakımından çok yararlı olabilse de programlar, yoksul

ülkelerde ilaç eczacılık erişim sorunlarına uzun dönemli bir çözüm olmamıştır.

Ne yazık ki bu ilaç eczacılık düzenleme seçeneklerinin ortaya çıkardığı tüm karmaşık konuları inceleyemeyiz. Ancak, düzenleme ve hakkaniyet arasındaki potansiyel olarak önemli bağlantıları kaydetmezsek ihmalkârlık etmiş oluruz.

Özet

Özetle, düzenleme kontrol düğmesi, özellikle uygun şekilde teşviklerle, davranış değişikliği ile ve uygun organizasyonel düzenlemelerle birleştirildiğinde, bir sağlık sisteminin performansını artırmak için etkili bir tedbir olabilir. Her ne kadar düzenlemeleri tesis etmek göreceli olarak kolay gözükse de bunu yapmanın teknik sorunları korkutucu olabilir ve uygulama konusundaki organizasyonel ve siyasi engeller çok daha zor olabilir. Düzenleme bazı durumlarda davranışları önemli düzeyde değiştirebilir; ancak diğerlerinde etkisi önemsiz olabilir. Gerçek bir fark oluşturmak isteyen sağlık sektörü reformcularının -düzenleme yönünü izlemeden önce- muhtemel uygulama süreci, elverişli kaynaklar, yasal kapasite, siyasi destek, veri ve izleme sistemleri ve düzenlemenin oluşturacağı teşvikler hakkında dikkatli bir şekilde düşünmesi gerekmektedir.

Her ne kadar okuyucuyu düzenlemenin başarısızlık olasılıkları konusunda tekrar tekrar uyarılmış olsak da uygun düzenleme olmaksızın piyasanın neden olduğu geniş verimsizlikler ve hakkaniyetsizlikleri de aynı şekilde vurguluyoruz (Herrin, 1997; Hsiao, 1994; Nittayaramphong ve Tangcharoensathein, 1994). Bu yüzden reformcular, düzenlemeye yönelik en stratejik yaklaşımı oluştururken neyin arzu edilebilir ve neyin uygun olduğu arasında karmaşık bir dengeleme ile yüz yüze kalmaktadır.

Kaynaklar

- Ayres, Ian; and John Braithwaite. 1992. *Responsive Regulation: Transcending the Deregulation Debate*. Oxford Socio-Legal Studies No. 39. New York: Oxford University Press.
- Bennett, Sara; and Elias E. Ngalande-Banda. 1994. *Public and Private Roles in Health: A Review and Analysis of Experience in Sub-Saharan Africa*. SHS Paper Number 6, Geneva: World Health Organization.
- Bennett, Sara; George Dakpallah; Paul Garner; Lucy Gilson; Sanguan Nittayaramphong; Beatriz Zurita; and Anthony Zwi. 1994. "Carrot and Stick: State Mechanisms to Influence Private Provider Behavior." *Health Policy and Planning* 9(1): 1-13.
- Bhat, Rau. 1996. "Regulating the Private Health Care Sector: The Case of the Indian Consumer Protection Act." *Health Policy and Planning* 11(3): 265-79.
- Brahams, Diana. 1989. "Monitoring Equipment and Anaesthetic Failures." *Lancet* 1(8629): 111-2.
- Bunker, John P.; Frederick Mosteller; and Benjamin A. Barnes, eds. 1977. *Costs, Risks, and Benefits of Surgery*. New York: Oxford University Press.
- Chassin, Mark R.; Edward L. Hannan; and Barbara A. DeBuono. 1996. "Benefits and Hazards of Reporting Medical Outcomes Publicly." *New England Journal of Medicine* 334: 394-8.
- Chollet, Deborah J.; and Maureen Lewis. 1997. "Private Insurance: Principles and Practice." In: George J. Schieber, ed., *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference*. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, DC: World Bank, March 10-11.
- De Geyndt, Willy. 1995. *Managing the Quality of Health Care in Developing Countries*. World Bank Technical Paper No. 258. Washington, DC: World Bank.
- Donabedian, Avedis. 1980. *Explorations in Quality: Assessment and Monitoring, Volume I: The Definition*

- of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Ess, Silvia M.; Sebastian Schneeweiss; Thomas D. Szucs. 2003. "European Healthcare Policies for Controlling Drug Expenditure." *Pharmacoeconomics* 21(2): 89-103.
- Feldman, Penny; and Marc Roberts. 1980. "Magic Bullets or Seven Card Stud: Understanding Health Care Regulation." In: Richard S. Gordon, ed., *Issues in Healthcare Regulation*. New York: McGraw-Hill.
- Fleck, Fiona. 2003. "U.S. Blocks Deal on Cheap Drugs." *British Medical Journal* 326: 9.
- Flanagan, Anne. 1997. "Ensuring Health Care Quality: JCAHO's Perspective." *Clinical Therapeutics* 19: 1540-54.
- Foster, George K. 1998. "Opposing Forces in a Revolution in International Patent Protection: The U.S. and India in the Uruguay Round and Its Aftermath." *UCLA Journal of International and Foreign Affairs* 3: 283-323.
- Fuenzalida-Puelma; L. Hernan. 1996. *Regulation of Health Insurance: Conceptual Framework, Case Studies on Hungary and Turkey, Notes on Croatia and Lithuania*. Washington, DC: World Bank, Human Development Department.
- Fuller, Lon L. 1978. *The Morality of Law*. Revised ed. New Haven, CT: Yale University Press.
- Goyal, Madhav; Ravindra L. Mehta; Lawrence J. Schneiderman; and Ashwini R. Sehgalet. 2002. "Economic and Health Consequences of Selling a Kidney in India." *JAMA* 288(13): 1584-93.
- Graham, Cosmo. 1994. "Self-Regulation." In: Genevra Richardson and Hazel Genn, eds. *Administrative Law and Government Action: The Courts and Alternative Mechanisms of Review*. Oxford: Clarendon Press.
- Hannan, E. L.; J. F. O'Donnell; H. Kilburn, Jr.; H. R. Bernard; and A. Yazici. 1989. "Investigation of the Relationship Between Volume and Mortality for Surgical Procedures Performed in New York State Hospitals." *JAMA* 262: 503-10.
- Heriot, Gail L. 1997. "An Introduction: The Symposium on Law, Human Behavior and Evolution." *Journal of Contemporary Legal Issues* 1: 1-2.
- Herrin, Alejandro. 1997. "Private Health Sector Performance and Regulation in the Philippines." In: William Newbrander, ed., *Private Health Sector Growth in Asia: Issues and Implications*. Chichester, England: Wiley.
- Hsiao, William C. 1994. "Marketization—The Illusory Magic Pill." *Health Economics* 3(6): 351-7.
- . 1995. "Abnormal Economics in the Health Sector." *Health Policy* 32: 125-39.
- . 1999. *International Comparison of Health Systems—Special Report No. 2*. China: Government Printing Office, Hong Kong Special Administrative Region.
- Irvine, Donald. 1997. "The Performance of Doctors 1: Professionalism and Self-Regulation in a Changing World." *British Medical Journal* 314: 1540-42.
- Kelly, John T.; and James E. Swartwout. 1990. "Development of Practice Parameters by Physicians' Organizations." *Quality Review Bulletin* 2: 54-7.
- Kessel, Reuben A. 1958. "Price Discrimination in Medicine." *Journal of Law and Economics*, 1: 20-53.
- Kohn, Linda T.; Janet M. Corrigan; and Molla S. Donaldson, eds. 2000. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press.
- Laffont, Jean-Jacques; and Jean Tirole. 1993. *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Landy, Marc K.; Marc J. Roberts; and Stephen R. Thomas. 1990. *The Environmental Protection Agency: Asking the Wrong Questions*. New York: Oxford University Press.
- Londoño de la Cuesta, Juan L. 1994. *Carga de la Enfermedad en Colombia*. Santafe de Bogota, Colombia: Ministerio de Salud.
- López-Casanovas, Guillem; and Bengt Jönsson, eds. 2001. *Reference Pricing and Pharmaceutical Policy: Perspectives on Economics and Innovation*. Barcelona, Spain: Springer.
- Ministry of Health, Government of Singapore. 1993. *Affordable Health Care*. Singapore: Ministry of Health.
- Musgrave, Richard A.; and Peggy B. Musgrave. 1989. *Public Finance in Theory and Practice*. New York: McGraw-Hill.
- Nittayaramphong, Sanguan; and Viroj Tangcharoensathien. 1994. "Thailand: Private Health Care Out of

- Control?" *Health Policy and Planning* 1: 31–40.
- North, Douglass C. 1990. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. New York: Cambridge University Press.
- Oakeshott, Michael. 1975. *On Human Conduct*. Oxford, England: Clarendon Press.
- OECD. 1996. *Regulatory Reform: Overview and Proposed OECD Work Plan*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Palmer, R. H.; A. G. Lawthers; J. DeLozier; N. J. Banks; L. Peterson; and B. Duggar. 1995. *Understanding and Choosing Clinical Performance Measures for Quality Improvement: Development of a Typology*. Washington, DC: Agency for Health Care Policy Research.
- Palmer, R. Heather; and Lee J. Hargraves. 1996. "Summary: Methods, Findings and Discussions." *Medical Care Suppl*(34) 9: 3-11.
- Reich, Michael R. 2000. "The Global Drug Gap." *Science* 287: 1979-81.
- . 1994. "Bangladesh Pharmaceutical Policy and Politics." *Health Policy and Planning* 9(2): 130–43.
- . ed. 2002. *Public-Private Partnerships for Public Health*. Cambridge, MA: Harvard Center for Population and Development Studies, distributed by Harvard University Press.
- Roberts, Marc J.; and Susan Farrell. 1978. "The Political Economy of Implementation: The Clean Air Act and Stationary Sources." In: Ann F. Friedlaender, ed., *Approaches to Controlling Air Pollution*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Rosen, Harvey S. 2002. *Public Finance*. Boston, MA: McGraw-Hill/Irwin.
- Saltman, Richard B.; and Josep Figueras. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. WHO Regional Publications, European Series No. 72. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Scrivens, Ellie. 1997. "Assessing the Value of Accreditation Systems." *European Journal of Public Health* 7: 4-8.
- Shklar, Judith. 1987. "Political Theory and the Rule of Law." In: Alan C. Hutchinson and Patrick J. Monahan, eds., *The Rule of Law: Ideal or Ideology*. Toronto: Carswell.
- Skipper, Harold D., Jr. 1992. *Insurer Solvency Regulation in the United States*. Research Report 92–4. Atlanta, GA: Georgia State University, Center for Risk Management and Insurance Research.
- Stigler, George J. 1971. "The Theory of Economic Regulation." *The Bell Journal of Economics and Management Science* 2(1): 3-21.
- Transparency International. 2000. *Corruption Perception Index* (CPI 2000). Berlin: Transparency International. Available from www.transparency.org. Accessed June 2002.
- Velásquez, Germán, and Pascale Boulet. 1999. *Globalization and Access to Drugs: Perspectives on the WTO/TRIPS Agreement*. Revised. DAP Series No. 7. Geneva: World Health Organization, Action Programme on Essential Drugs.
- Weiler, Paul C; Howard H. Hiatt; Joseph P. Newhouse; William G. Johnson; Troyen A. Brennan; and Lucian L. Leape. 1993. *A Measure of Malpractice: Medical Injury Malpractice Litigation, and Patient Compensation*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Williamson, Oliver E. 1985. *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*. New York: Free Press.
- Yip, Winnie. 1998. "Physicians' Response to Medicare Fee Reductions: Changes in the Volume and Intensity of Supply of Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Procedures for the Medicare and Provider Sectors." *Journal of Health Economics* 17(6): 675-99.

Sağlık sistemi performansı ve sağlık durumu, birçok şekillerde, bireysel davranıştan etkilenirler. Cinsel ilişki pratiği ve enjektörlerin paylaşılması, HIV/AIDS durumu üzerinde önemli derecede etki eder. Hastaların ilaçlarını dikkatli şekilde alıp almadıkları, tüberküloz kontrol programlarının başarısını etkiler. Aşılamalar, yeni doğan mortalitesini etkiler. Doktorların, antibiyotikleri reçetede yazma alışkanlıkları ishal hastalıkları kontrol programlarının maliyet ve etkililik derecesini ve aynı zamanda mikrobik direnç gelişmesini etkiler. Sürücü alışkanlıkları ve emniyet kemeri kullanımı trafik kazalarında ölüm vakalarını etkiler. Kısacası, bireysel davranış, hem bireyin sağlığı üzerinde hem sağlık sistemi performansı üzerinde önemli etkiler yapabilmektedir.

Bireyler, tüm faaliyetlerinde ve bu arada hizmet sağlayıcı veya hasta olarak davranışlarında veya yerken, içerken, otomobil sürerken veya cinsel ilişkide belli kuvvetlerden etkilenirler. Bu kuvvetlerden bazıları, başka kontrol düğmeleri ile belirlenir: finansman ve ödeme sistemleri, organizasyon yapıları ve düzenleyici mekanizmalar. Ancak, davranışın, aynı zamanda kültürde, sosyal yapıda, alışkanlıklarda, değerlerde, anlayışta, inançta, tutumda ve fikirlerde temelleri vardır. Bu bölümde beşinci kontrol düğmesi tasvir edilmektedir: bireysel davranışın nüfusa dayalı müdahalelerle değiştirilmesinin yöntemleri. Buradaki başlıca ilgi konusu, sağlık sistemi performansının iyileştirilmesi ve halk sağlığı amaçlarının teşvik edilmesi için, davranış kontrol düğmesinin nasıl kullanılacağı konusudur.

Bu bölümde, önce davranış değişikliğinin sağlık-sistemi performansı ile bağlantılı temel kavramlarına bir giriş yapılmakta ve daha sonra sağlık sistemi performansı bakımından önemli olan dört ayrı bireysel davranış kategorisi tartışılmaktadır. Bunun arkasından ise sosyal pazarlama süreçlerinin temel öğelerinin tartışılması yolu ile davranış değişikliğinin nasıl sağlanacağına dair bazı tavsiyeler sunulmaktadır. Sağlık sektörü reformları

bağlamında, farklı davranış değişikliği stratejilerinin güçlü ve zayıf yanları hakkında bir tartışma ile, bu Bölüm sona ermektedir.

Davranış kontrol düğmesi, sağlık sistemi performansının iyileştirilmesi amacı ile bireysel davranışın değiştirilmesi için uygulanacak programların tasarımı, uygulanması ve değerlendirilmesi faaliyetlerini ilgilendirir. Bilgilendirme, Eğitim, ve İletişim (IEC – Information, Education and Communication) ve sosyal pazarlama alanlarında muhtelif yaklaşımların hepsi bu konu bakımından ilgilidir. Burada “sosyal pazarlama” deyiimi, özellikle, pazarlama ilkeleri üzerine kurulu müdahalelerin tasarlanması için kullanılacak bir kavramsal çerçeve anlamına gelmektedir. Bundan sonraki paragraflarda bu çerçeve ağırlık verilen bir konu olacaktır.

Bireyleri hedef alan mesajlar ile birlikte, sık olarak, diğer dört kontrol düğmesinin de eşgüdümlü şekilde uygulanması ile bireysel davranışın değiştirilmesine yardımcı olunabilmektedir. Örneğin, bir davranış değişikliği müdahalesi kapsamında, bir eğitim kampanyasını tamamlamak üzere, hizmet sağlayıcılara mali teşvik (ödeme) getirilmesi veya hizmet sağlayıcıların davranışını düzenleyen bazı kuralların olması istenebilir. Benzer şekilde, sağlık hizmetleri sisteminin organizasyon yapısı değiştirilerek, spesifik sağlık hizmeti tesislerinin hastalar tarafından kullanım şekilleri yönlendirilmek istenebilir. O halde, burada davranış kontrol düğmesi tartışılırken, gerekli hallerde diğer dört kontrol düğmesine de uygun şekilde göndermeler yapılacaktır. Ama, sağlık politikası önerilerinin siyasi kabul edilebilirliğini etkileyecek stratejiler bu bölümde tartışma konusu yapılmamaktadır; çünkü bu meseleler Bölüm 4’te ele alınmış bulunmaktadır.

Davranış değişikliği düğmesi bakımından elde olan seçenekler hakkındaki anlayış, ağırlıklı olarak sosyal pazarlama alanına dayanır ve bu alandaki birçok kavram da bu bölümde kullanılmıştır. Sosyal pazarlama alanındaki çalışmalar, Philip Kotler ve Sidney J. Levy (1969), tarafından yapılan bir çalışma ile 1969’da başlamıştır. Bu çalışmada Kotler ve Levy, Amerika’da sabundan, üniversiteye, hatta politikacıya kadar ne varsa her şeyin topluma satılmasında pazarlama yöntemlerinin kullanıldığına işaret etmektedir. Bu iki yazar, pazarlama meseleleri ile karşı karşıya olan organizasyonların, maddi, ticari bir ürün veya maddi olmayan bir toplumsal fikir pazarlıyor olmalarından bağımsız olarak pazarlama yaklaşımlarından yararlanabileceklerini savunmuşlardır. Bu bölümde, Kotler ve Levy’nin sosyal pazarlama konusunda geliştirdikleri yaklaşımın, sağlık reformu meselelerine uyarlanmasına gayret edilmiştir.

Halk sağlığı amaçlarının başarılması için bireysel davranışın değiştirilmesi gayreti, son derece yaygın olan bir ticari pazarlama bağlamında yer alır. Ticari pazarlamada ise, özel sektör kârı elde edilmesi için davranışın değiştirilmesi hedef alınır. Ticari pazarlama, modern hayatın tüm yönlerini işgal etmiş durumdadır; bu bağlamda sigaradan kahveye, bilgisayardan, prezervatiften, öksürük şurubuna kadar, her şey satılmaktadır. Her ne kadar bazı ticari pazarlama faaliyeti (örneğin prezervatif pazarlama faaliyeti) halk sağlığı amaçlarına hizmet etse de, ticari pazarlamada açık bir şekilde kamu çıkarından ziyade ticari amaçlar ön planda tutulur. Aynı zamanda, örnek olarak hazır yemek, bebek maması ve tütün ürünlerinin pazarlanmasında olduğu üzere, ticari pazarlama faaliyetinin sağlık sistemleri performansı bakımından önemli sonuçları olabilmektedir. Devlet-sosyalist rejimlerinden piyasaya dönmek üzere geçiş halinde olan ülkelerde, ticari pazarlama faaliyetinde hızlı bir tırmanış ve genişleme yaşanmıştır ve bu süreçte özel ve kamu sağlık harcama şekil ve miktarlarında dramatik değişimler meydana gelmiştir. Örneğin, 1990’da Vietnam’ın geçiş halindeki ekonomisinde büyük ölçüde düzenleme yapılmayan pazarlarında, ilaç ürünleri satışlarında bir patlama yaşanmıştır (McManus, 1998). Özel muayenehanesi olan doktorlar ve özel hastaneler tarafından yürütülen pazarlama faaliyeti de, sağlık hizmetleri

konusunda halkın beklentilerini şekillendirebilmekte ve yüksek teknoloji ekipman ve hizmetlerin (örneğin, CAT tarayıcılarının) kullanımında artışa ve Kore’de olduğu üzere üçüncü basamak hastanelerin kullanımında artışa yol açabilmektedirler (Yang, 1996).

Davranış kontrolü düğmesi, sağlık sektöründeki politika yapımcılar için, tüm bu ticari pazarlamanın olumsuz sonuçlarını dengelemenin ve bireylerin davranışlarını halk sağlığı amaçlarına hizmet edecek şekilde yeniden yönlendirmenin bir yolunu sağlamaktadır. Ticari pazarlamanın bu denli yayılmış olması, sağlık sektörü reformcularının değiştirmek istedikleri bazı davranışlara yol açmaktadır; aynı zamanda, davranış kontrolü düğmesinin başarılı şekilde kullanımında karşılaşılan bazı siyasi ve pratik engelleri de yaratmaktadır.

Bireysel davranışın değiştirilmesi yolu ile sağlık sistemlerinin performansının iyileştirilmesine yönelik gayretlerde, ticari pazarlama alanında edinilmiş olan derslerden istifade edilebilir. Ticari pazarlamada olduğu gibi, davranış değişikliği sağlamaya yönelik gayretlerde de kullanıcının merkezi rolünün tanınması; davranış değişikliği sağlamanın en kolay yolunun da kullanıcının arzu ve ihtiyaçlarına yanıt verilmesi olduğunun anlaşılması gerekmektedir. Sağlık sektörü reformcularının, kullanıcıların değerleri, inançları ve anlayışlarını hesaba katarak çalışmaları gerekmektedir. Çünkü, bunlar, neticede sağlıkla ilgili tutum, bilgi, ve davranış şekillendiren etkenlerdir. Köklü kültürel değerleri destekleyen veya bunlarla örtüşen müdahalelerin başarı şansı daha yüksek olacaktır; buna karşılık, böyle değerlerle çelişme durumunda olan müdahalelerin ise başarısızlık riski yüksek olacaktır (Bölüm 11’de benzer şekilde düzenleme bakımından da belirtildiği üzere).

Sağlık sektörü reformcularının, etkili olabilmeleri için, farklı davranış değişikliği yaklaşımlarını bir arada kullanmaları gerekmektedir. Genel olarak, reformcuların belli pratiği veya fikirleri insanların üzerine doğru “itme” yolunu aramamaları gerekir; bunun yerine, bireylerde zaten var olan mevcut değerlerin içerisine yeni, arzu edilir kavramları “çekme” yollarını aramaları gerekir.

Bireysel davranışın değiştirilmesi için uygulanan yaklaşımlar, sadece bilgilendirme gibi az zorlayıcı yaklaşımlardan, düzenleyici önlem veya yasak önlemleri gibi çok zorlayıcı önlemlere kadar değişmektedir (bk. Tablo 12.1). Bu kontrol düğmesi kapsamında olan stratejiler ise bu iki uç arasında yaklaşık orta noktadadır. Sosyal pazarlama, sadece bilgilendirmeden biraz daha fazla zorlayıcı olabilir; çünkü sosyal pazarlamada, spesifik davranış değişikliği sağlanmasını hedef alan mesajlar hazırlanmakta, paketlenmekte ve sunulmaktadır. Sosyal pazarlamada, sıkça, sadece bilgilendirmeye yönelik mesajlardan farklı olarak, duygular ve imgeciliğe dayalı etkileme ve ikna öğeleri kullanılır. Belli bir amaca yönelik olarak taraflı veya noksan bilgi verilmesinde de belli ölçüde zorlama olduğuna dikkat edilmelidir. Davranış değiştirme müdahalelerinin zorlayıcı niteliği ise önemli etik soruları ortaya çıkarabilmektedir ve bunlar daha ileride tartışılmıştır.

TABLO 12.1. Bireysel Davranışın Değiştirilmesinde Kullanılan Yaklaşımlar

Bilgilendirme	Daha az zorlayıcı
Pazarlama	
Teşvikler	↑
Kısıtlamalar	↓
Telkin etmek	
Yasaklar	Daha çok zorlayıcı

Davranış değişikliği stratejilerinin tasarlanmasında, sağlık sektörü reformcularının, her pazarlama girişiminde üç mesele ile karşılaşacaklardır (Kotler ve Levy, 1969). Birincisi, hem maddi *ürünlerin* (mal ve hizmetlerin) hem maddi olmayan *ürünlerin* (örneğin, fikir ve inançların) açık tanımlarına ihtiyaç vardır. İkincisi, ürünlerin sağlık sistemi içerisindeki spesifik *tüketicilerle* olan ilişkilerinin değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Muhtelif tüketici kategorilerinin düşünülmesi gerekir: kullanıcılar (ürünü doğrudan doğruya tüketenler), karar vericiler (sağlık sistemi için politika yapıcılar), başlıca paydaşlar (ürün bakımından spesifik çıkarları olan taraflar) ve genel olarak halk (tutumları ile ürünün kullanımını bir şekilde etkileyebilecek olan herkes). Üçüncüsü, ürünün tüketiciler tarafından kabulünü teşvik edecek *araçların* sağlık sektörü reformcuları tarafından belirlenmesine ihtiyaç vardır. Bu bölümde, sağlık konusunda davranışları değiştirmek amacı ile kullanılan araçlar, *pazarlamanın, İngilizce'ye göre dört "P"sine, Türkçeye göre ise pazarlamanın ÜTYF'sine göre*, incelenmiştir: "Doğru *Ürünün (Product)* geliştirilerek doğru *Teşvik (Promotion)* ile desteklenmesi ve doğru *Yerde (Place)* ve doğru *Fiyatla (Price)* sunulması" (Kotler ve Zaltman, 1971).

Sosyal pazarlama alanında ilk yaygın uygulamalar, 1960'ların sonunda ve 1970'lerin başında gelişmekte olan ülkelerde yürütülen aile planlaması programları kapsamında yer almıştır. O sıralarda, gelişmekte olan ülkelerde gebeliği önleyici ilaç ve aletlerin dağıtımı, ABD Uluslararası Kalkınma Ajansı yanında bazı özel vakıflar tarafından önemli bir öncelik olarak tanımlanmış ve anılan kurumlar, sosyal pazarlama alanında yeni yöntemleri desteklemişlerdir. Ulusal seviyede uygulanan ilk sosyal pazarlama projesi, Ford Vakfı desteği ile Hindistan hükümeti tarafından başlatılan, Nirodh Prezervatif Projesi olmuştur (Altman ve Pirotrow, 1980). Bu projelerde genel olarak ticari dağıtım kanalları kullanılmıştır ve bu arada tüketici talebinin yükseltilmesi için hükümet desteği ve sosyal pazarlama stratejileri kullanılmıştır. Proje aynı zamanda aile planlaması ve sağlık alanında sosyal pazarlama uygulamalarında uzmanlaşan birçok danışmanlık firmasının ortaya çıkmasına da neden olmuştur. 1997'de, gebeliği önleyici ilaç ve aletlerin sosyal pazarlaması konusunda, dünyanın her tarafında 55 ülkede 60 adet büyük ölçekli proje yürütülür olmuştur. Bu projeler kapsamında 1997'de toplam 937 milyon adet prezervatif ve 54,5 milyon kutu hap satılmıştır ve hizmet alan çiftlerin sayısında bir önceki yıla nazaran % 13 artış bildirilmiştir. Bu sonuçlar ise sosyal pazarlama yöntemlerinin başarılı şekilde uygulanmış olmasına bağlanmıştır (DKT International, 1998).

Sağlık sistemlerinde performansın iyileştirilmesine yönelik olarak, davranış değişikliği yaklaşımlarının potansiyelinden bugüne kadar tam olarak yararlanılmış değildir. Bu yaklaşımlar, şimdiye dek esas itibarı ile sağlıklı ilgili belli ürünlerin veya uygulamaların benimsenmesini sağlamaya yönelik olmuşlardır. Bu ürün ve uygulamalar ise gebeliği önleyici hap ve aletler, anne sütü ve emzirme, tütün, cibinlik (sivrisinek ve sıtmaya karşı), aşı ve ağızdan sıvı tedavisi olmuşlardır. Bir nesnenin kullanımının azaltılmasına ağırlık veren davranış değişikliği gayretleri, daha az yaygın ve daha az başarılı olmuşlardır. Bu durum kısmen daha önce de bu kitapta işaret edilmiş olan bir hususu yansıtmaktadır; yani, pazarlama, insanların derinden hissettikleri ihtiyaçlara yanıt verdiği hallerde en iyi sonuçlar elde edilmektedir. Maalesef, riskli davranışlar bakımından (sigara içmek ve belli cinsel ilişki modellerinin) "*satışı geriletme stratejisi*" faaliyeti için; yani, talebi ve tüketimi azaltmaya yönelik pazarlama faaliyeti için, yeterince iyi ikame ürünler sadece sınırlı olarak bulunmaktadır. Böyle ürünlerin mevcut olduğu hallerde ise (örneğin nikotin bantları ve prezervatifler); bunlar, ihtiyaçlara yanıt vermek bakımından ikame etmeleri beklenen ürünlerden daha az etkili olmaktadır.

Davranış değişikliği müdahalelerinin etkililik derecesini sınırlandıran başka bir etken ise farklı sorunların her birine münhasır şekilde yapılan müdahalelerin, daha genel anlamda sağlık sistemlerinin performansı meselesine sistematik bir biçimde bağlantılandırılmamış olmalarıdır. Sağlık sektöründe reform gayretleri kapsamında bazen “iletişim planları”nın geliştirilmesi yer almıştır; ancak bunlar, bir sağlık sektörü reformunun kendisinin bir parçası olmaktan ziyade, genelde, bir reform önerisinin *kabulü* süreci ile bağlantılı olmuşlardır (siyaset hakkındaki Bölüm 4’te ele alınan süreçler). Burada, sağlık reformu planları içerisinde bireysel davranışın etkilenebilmesi için birçok fırsat olduğunu ve sağlık sisteminin toplam performansının yükseltilmesi ve çekirdek kıstasların sağlanması için, davranış değişikliğinin bir sağlık sektörü reformu kapsamında temel kontrol düğmelerinden birisi olarak düşünülmesi gerektiği, belirtilmelidir.

Bireysel Davranış Kategorileri

Sağlık sektörü reform gayretleri kapsamında davranış değişikliği düğmesi nerede kullanılabilir? Burada, dört bireysel davranış kategorisinin düşünülmesi önemlidir:

- Tedavi arama davranışları
- Sağlık çalışanlarının davranışları
- Hasta uyumu davranışları
- Hayat tarzı ve hastalıktan koruyucu davranışlar

Bu kategorilerden her birisi, sağlık sektörü reformunda takip edilen önemli amaçlarla bağlantılandırılabilir; bu amaçlara çekirdek kriterler ve ara kriterler dahildir.

Tedavi Arama Davranışları

Ne zaman, nerede ve nasıl tedavi aranacağına dair tüketici kararları, sağlık sistemi performansının iyileştirilmesi bakımından, önemli bir alandır. Tedavi arayışı ile ilgili bu kararlar arasında, hizmet alınacak sağlık çalışanı türü (örneğin, uzmana karşı pratisyen hekim), sağlık tesisinin seviyesi (örneğin birinci basamak sağlık tesisine karşı üniversite hastanesi), tedavi zamanı ve yeri ve geleneksel ilaçlara karşı Batı ilaçlarının kullanılacağına dair kararlar bulunabilmektedir. Bu alandaki tüketici davranışı kapsamında, sık olarak, doktor, ebe, geleneksel tedavi ustaları ve özel sektör ilaç satıcıları dahil olmak üzere, sağlık çalışanları ile etkileşim vardır. Tedavi arama davranışı, kronik sağlık sorunları (örneğin, diyabet ve kalp hastalıkları) bakımından olduğu kadar, akut hastalıklar bakımından da (örneğin, travma ve ateşli hastalıklar bakımından da) önemlidir.

Bu alanda kapsamlı deneyim mevcut olmaması nedeni ile, bu alandaki potansiyeli göstermek için, burada hipotetik bir örnek kullanılmıştır. Hastaları, bölge hastanesine tedavi için başvurmadan evvel yerel kliniklere başvurmaya teşvik eden bir kampanya düşününüz. Buradaki amaç, hasta sevk sisteminin verimliliğinin yükseltilmesi, bölge merkezlerinde aşırı birikmenin önlenmesi ve mümkün olan hallerde tedavinin daha düşük maliyetli ortamlarda sağlanması gibi amaçlar olacaktır. Tüm bunlar, sistemin bir bütün olarak teknik verimliliğinin yükseltilmesine yardımcı olacaktır. Bu kampanyada başarı sağlanabilmesi için, hastaların yerel birinci basamak kliniklerine başvurmaktan kaçınma nedenleri hakkında araştırma yapılması ve bu kapsamda yerel kliniklerde sağlanan hizmetin kalite, maliyet ve bulunabilirliği ile ilgili hem sadece algılanan sorunlar hem gerçek sorunların incelenmesi gerekecektir. Varsayınız ki araştırma,

insanların yerel merkezlerde gördükleri avantajın, bunların erişilebilirliği (daha az seyahat süresi ve bekleme süresi), daha az rahatsız edici büyüklükte olmaları ve daha az katı bürokrasi ile hizmet vermeleri olduğunu göstermiştir. Yine varsayınız ki bu merkezlerin olumsuz görülen yanlarının ise klinik saatlerinde personel yetersizliği ve hizmet kalitesi ile ilgili endişeler olduğu anlaşılmıştır. O durumda, içerisinde, “Önce yerel sağlık merkezimize gidiniz: İyi doktorlar hemen yakınınızda!” veya “Tanındığınız yere gidiniz: Önce yerel sağlık merkezimizi kullanınız!” gibi sloganların yer aldığı bir sosyal pazarlama kampanyası hayal edebilirsiniz. Ancak, birinci basamak kliniklerinde hizmet kalitesinin iyileştirilmesi için de (organizasyon kontrol düğmesi kapsamında) gayret edilmesi gerekecektir. Çünkü insanların yerel sağlık merkezlerine gitmelerinin sağlanması -oraya gittikleri zaman karşılaştıkları durum nedeni ile hayal kırıklığına uğrarlarsa-, sizin kampanyada yer verdiğiniz önerinin kendilerinin temel ihtiyaçlarını karşılayacağına ikna olmaları için yeterli olmayacaktır.

Elbette, sadece ikna ile kalınması gerekemeyecektir. İkna, biraz daha zorlayıcı olan girişimlerle bir araya getirilebilir. Örneğin, üçüncü basamak sağlık hizmeti tesisinde hastaların ödeme paylarının artırılması ve aynı zamanda birinci basamak tesisinde ücretsiz tedavi hizmeti sağlanması ile ödemeler kontrol düğmesi de kullanılabilir. Bir geçiş kontrol mekanizması kullanılarak (bu ise düzenleyici kontrol düğmesi uygulamasına bir örnektir), bir davranış değişikliği müdahalesi kapsamında, hastaların üçüncü basamak tesisinde muayeneye kabul edilmeden önce birinci basamak doktordan bir onay almaları koşuluna da yer verilebilecektir.

Sağlık Çalışanlarının Davranışları

Tedavi konusunda hizmet sağlayıcının kararları, bu kontrol düğmesi ile ele alınabilecek ikinci bir önemli bireysel davranış kategorisidir. Hizmet sağlayıcının kararlarından önemli olanlar arasında, mesleki icra rehber kurallarına riayet hususu dahil olmak üzere, tedavinin mahiyeti; hastalıktan koruyucu tedaviye verilen ağırlık; tedavi yeri (kamu hastanesine karşı hizmet sağlayıcının özel muayenehanesi) ve hastanın başka hizmet sağlayıcıya sevk edilmesi hakkındaki kararlar bulunmaktadır. Burada hükümet tek potansiyel aktör değildir; çünkü mesleki etik meseleleri meslek kuruluşları tarafından yürütülen ve hedef kitlesi bu kuruluşların kendi üyeleri olan davranış değişikliği kampanyaları ile ele alınabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi konusunda muazzam hacimde literatür mevcuttur ve hizmet sağlayıcının davranışında değişiklik bu kapsamda sık olarak konu edilmektedir. Gelişmekte olan ülkeler bakımından bir örnek, PROQUALI projesidir; bu projede, Brezilya'nın iki eyaletinde üreme sağlığı hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi hedeflenmektedir. Projede, klinik kalitenin geleneksel kavramların ötesine geçilerek, kalite iyileştirme konusunda “yeni bir alıcıya yönelik model”e geçiş yapılmaktadır. PROQUALI yaklaşımında klinik içerisinde organizasyon yapısı değişiklikleri yanında, akreditasyon için bağımsız değerlendirme yaptırılmakta ve arkasından bir ödül töreni ile kliniğin yerel topluma tanıtımı sağlanmaktadır. Proje ayrıca performans kalitesi için yerel talebi pekiştirmek amacı ile yerel toplumun seferber edilmesini de kapsamaktadır (PROQUALI, 2000).

Bu program, hizmet sağlayıcısı ile hasta arasındaki ilişkilerin kişilerarası dinamiğinin, hizmet kalitesine dair algılamının önemli bir belirteci olabileceği ve dolayısı ile tedavi arama davranışını etkileyebileceği ve nihayet dolayısı ile sağlık durumu ve tüketici mem-

nuniyetini etkileyebileceği hususlarının kabulüne dayanmaktadır. O halde, sağlık hizmeti sağlayıcılarının tutum ve davranışlarının değiştirilmesi, hastaların hangi şekillerde tedavi aradıkları ve tedaviye nasıl yanıt verdikleri bakımından, önemli farklar yaratabilecektir.

Birçok davranış değişikliği stratejisi kapsamında, doktor ve eczanelerin reçete yazma ve kullanma şekilleri hedef alınmıştır. Reçete yazan çalışanlar, sağlık sektöründe, ticari ilaç pazarlama faaliyetlerinde başlıca hedefler arasındadırlar. Kısmen bu duruma yanıt olarak, reçete yazma davranışlarının değiştirilerek, seçilen ilaçların kalite ve maliyet etkililik derecesinin yükseltilmesi amacı ile, bir sosyal pazarlama yaklaşımı kullanılarak doktorların bilgilendirilmesi için, “akademik tanıtım” uygulaması başlatılmıştır (Soumerai ve Avorn, 1990).

Gelişmekte olan ülkelerde, özellikle doktor reçetesi olmaksızın ve sık olarak uygun eğitim almış bir eczacı ile de danışılmadan ürünlerin satıldığı ortamlarda, ilaçların akılcı şekilde kullanımını teşvik için geliştirilen stratejiler arasında, doktorların reçete yazma davranışları yanında, ticari eczanelerin de reçete yazma davranışının değiştirilmesi yönünde gayretler yer almıştır. Örneğin kampanyalarda ilaç satıcıları hedef alınarak ishal vakalarında ağızdan sıvı tedavisi satışı teşvik edilmiş antibiyotik satışının ise yapılmaması teşvik edilmiştir (Ross-Degnan ve arkadaşları, 1996). Diğer kampanyalarda ise hastaların tıbbi muayene kapsamında enjeksiyon tedavisi talep etmeleri veya beklemeleri halinde dahi enjeksiyon kullanımından kaçınılması teşvik edilmiştir.

Bu gayretlerde, tüketici memnuniyetinin pekiştirilmesi amacı ile sağlık durumunun iyileştirilmesi amacı arasında ortaya çıkabilecek çelişkiler görülmektedir. Tüketicilerin tercih ettiği tedavi enjeksiyon tedavisi olabilir; ancak bu tedavi gerekli olmayabilir veya maliyet etkili olmayabilir; hatta, enjektörlerin yeniden kullanılması ile yayılan sarılık ve HIV gibi bulaşıcı hastalıklar bakımından ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Hem hastaları hem doktorları hedef alan başarılı sosyal pazarlama gayretleri, potansiyel olarak tamamen yararsız olan bu gerilimin azaltılmasına da yardımcı olabilir.

Hasta Uyumu Davranışları

Burada söz konusu edilen bireysel davranışların üçüncü bir kategorisi ise hastaların, kendilerine sağlık çalışanları tarafından verilen tedavi talimatına uyup uyumamak konusunda verdikleri kararları kapsar. Bu kategorideki davranışlar arasında ilaç reçetelerinin kullanımı, diğer sağlık kurum veya çalışanlarına sevk talimatının yerine getirilmesi ve tedaviyi takip konusunda diğer türden davranışlar yer alır.

Hasta uyum davranışını değiştirmeye yönelik birçok strateji ilaçlar ile ilgilidir. Bu alanda davranış değişikliği stratejilerine örnekler arasında, antibiyotik reçetelerinin tam olarak alınması konusunda hastaların teşviki ile (buradaki amaç antimikrobik direncin gelişmesini azaltmaktır), kronik sağlık sorunları (şizofreni, hipertansiyon veya diyabet hastalığı gibi sorunları) olan hastaların ilaçlarını düzenli olarak ve zamanında almalarının teşviki yönündeki gayretler bulunmaktadır. Bazı hallerde, uyum sağlanması için, davranış değişikliği stratejileri, bireysel davranışın doğrudan düzenlenmesi ile birlikte uygulanabilir. Böyle bir uygulama, tüberküloz vakalarında Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi (DGTS), *Directly Observed Treatment-short course (DOTS)* programlarında mevcuttur. Doğrudan gözetimli tedavide, sağlık çalışanları hastanın ilaçlarını almasını izlerler ve bu şekilde doğru ilaç kombinasyonunun doğru zamanda alınmasını sağlarlar.

Davranış değişikliği stratejileri, annelerin emzirmede belli prosedürlerin takibi ko-

nusunda ikna edilmesi için de uygulanmaktadırlar. Örneğin, Gambia kırsal kesiminde geleneksel kırsal toplumlarda, geleneksel inanç ve modern bilginin bir araya getirilmesini öngören bir sosyal pazarlama programı uygulanmıştır. Burada amaç, emzirmenin erken başlatılması, *ağız sütü (colostrum)* ile besleme, ve altı ay süre ile sadece emzirme ile besleme gibi, en iyi emzirme pratiğinin sağlanması olmuştur (Semega-Janneh ve arkadaşları, 2001). Bu kapsamda yapılan ettütten elde edilen ilginç bir sonuç, emzirme konusunda davranışın karmaşık bir sosyal ilişkiler ağı içerisinde şekillendiği bulgusudur. O halde, annelerin emzirme alışkanlıklarının değiştirilmesine yönelik gayretlerde, eşler ve aile büyüklerinin ve özellikle hamile kadının annesinin, tutum ve etkilerinin de hesaba katılması gerekmektedir. Bu bulgu program tasarımcılarının hatırlaması gereken önemli bir derstir. Düşük ve orta gelirli ülkelerin kırsal kesimlerinde sık olarak rastlanan, aile bağlarının göreceli güçlü olduğu toplumlarda çalışılırken, bu ders özellikle geçerlidir.

Hayat Tarzı ve Hastalıktan Koruyucu Davranışları

Bireysel davranışların dördüncü kategorisi, özellikle hastalıktan korunma itibarı ile sağlıkları üzerinde önemli etkisi olan hayat tarzı alışkanlıkları ile ilgili, tüketici kararlarıdır. Bu kategorideki davranışlara örnekler arasında beden eğitimi, gıda tüketimi, tütün kullanımı, cinsel ilişkiler ve gebeliği önleyici hap ve aletlerin kullanımı ile ilgili bireysel kararlar bulunmaktadır. Bu türden davranışlar bakımından bir sağlık uzmanı veya sağlık hizmeti kurumu ile etkileşim gerekli olmayabilmektedir. Aslında bu türden davranışlar karmaşık bir dizi etkiye tabidirler; bu etkiler arasında modern ticari pazarlama etkisi kadar geleneksel kültürel beklentilerin birey üzerindeki zorlayıcı etkileri de bulunmaktadır.

Hayat tarzı değişikliği sağlamaya yönelik başarılı programlara bir örnek, alkol tüketildikten hemen sonra otomobil kullanımı şeklindeki sosyal davranışı değiştirmek amacı ile tasarlanmış olan, Harvard Alkol Projesi Görevli Sürücü Kampanyası'dır (Winsten, 1994). Proje kapsamında Hollywood televizyon yazarları en çok izlenen programların senaryolarında *görevli şoförlere* gönderme yapmak konusunda ikna edilmişlerdir. Popüler televizyon oyunu senaryolarında verilen kısa mesajlar, insanları uygun davranış şekillerini algılamalarını etkilemiş ve belli durumlarda nasıl davranılacağı hususunda sosyal modeller sağlamıştır. Proje kapsamında elde edilen bulgular, gençlerin davranışları üzerinde arkadaş ve akranlarının belirleyici etkisi olduğuna işaret etmiştir ve dolayısı ile gençlerin mevcut değerlerine hitap eden mesajlara kampanya kapsamında yer verilmiştir. Örneğin, "İyi Arkadaş, Arkadaşının Alkol Etkisinde İken Otomobil Kullanmasına İzin Vermez" gibi sloganlara yer verilmiştir.

Tütün kullanımının kontrolü alanında da, hayat tarzı davranışını değiştirmeye yönelik birçok sosyal pazarlama uygulaması örneği mevcuttur. Değerlendirmeler sonucunda, bu türden sigara karşıtı kampanyaların etkililik derecesini yükselten birden fazla etken olduğu bulunmuştur. "Tütün sorununun kaynağı olarak doğrudan doğruya tütün endüstrisini hedef alan ve itham eden reklamlar; bu endüstrinin, kârını sürdürülebilmek için, çocuk ve gençleri nasıl yönlendirdiği, aldattığı, ayarttığı ve bağımlı hale getirdiği gözler önüne seren reklamlar ve bu endüstrinin yetişkin sigara kullanıcılarını nasıl hayat boyu bağımlı tuttuğunu vurgulayan reklamlar, bu endüstrinin meşruiyetinin ve inanılabilirliğinin sorgulanması bakımından etkili olabilmektedirler." (Siegel, 1998, 130) Sigara karşıtı kampanyalardan edinilen deneyim, davranış değişikliği sağlamak üzere uygulanan sosyal pazarlama stratejilerinin, aynı zamanda düzenleme, ödeme ve

finansman şemaları ile birlikte nasıl kullanılabileceğine ve değerlendirmeye yönelik araştırmanın ise farklı ortamlarda yaygın ölçekte uygulanabilecek etkili stratejilerin geliştirilmesine nasıl yardımcı olabileceğine, işaret etmektedir.

Sosyal Pazarlamanın Temel Öğeleri

Sağlık sektörü reformcuları için, sosyal pazarlama, davranış değişikliği konusunda düşünmek ve pratik stratejiler geliştirmek için oldukça yararlı bir kavramsal çerçeve sağlamaktadır. Diğer kontrol düğmeleri kapsamında da daha başka iki başlıca yaklaşım ele alınmaktadır: teşvikler (ödeme kontrol düğmesi kapsamında) ve sınırlama ve yasaklar (düzenleme kontrol düğmesi kapsamında). Bu bölümde, sosyal pazarlamanın başlıca öğeleri gözden geçirilmektedir. Bu gözden geçirme ise *pazarlamanın ÜTYF'si* etrafında organize edilmiştir: *Ürün, Teşvik, Yer, Fiyat*. Bunlar, herhangi davranış değişikliği planında kapsanması gereken kritik boyutlar olarak alınmışlardır. Ayrıca, bireysel davranış üzerinde mümkün olan en yüksek etkinin sağlanabilmesi için, medyaya dayanan taktiklerden ayrı olarak, grup müdahaleleri ve diğer yenilikçi yaklaşımlar dahil olmak üzere, başka bazı müdahalelerin de sağlık sektörü reformcuları tarafından değerlendirilmesi gerektiği hususu, bu bölümde vurgulanmaktadır.

Burada, sağlık sektörü reformcularının davranış değişikliği sağlamaya yönelik gayretlerini, sosyal pazarlama faaliyetleri ile varılan temel bir sonuca dayanarak tasarlamaları tavsiye edilmektedir: temel değerlerin değiştirilmesi son derece güçtür. O halde davranış değişikliği stratejileri, mevcut değerler üzerine kurulu oldukları zaman en iyi şekilde netice vermektedirler. Bu strateji, ticari pazarlamanın temelini de teşkil etmektedir. Belli bir nüfusun sizin ürününüzü benimsemesinin sağlanması, bu ürünün o nüfusun arzu ve ihtiyaçlarına göre tasarlanmasını gerektirir. Bu amaç ise o nüfusun arzularının belirlenmesi ve sonra da pazarlamanın ÜTYF'sinin takibi ile başarılabacaktır.

Ürün

Sosyal pazarlamada ilk adım, ürünün spesifik bir hedef kitle için tanımlanmasıdır. Bu süreç görüldüğünden daha karmaşık olabilmektedir; çünkü, farklı potansiyel hedef kitlelerin kayda değer kapsamda analizini gerektirmektedir. Ürün tanımı ve tasarımını üç ilke yönlendirir:

Birinci ilke, *tüketiciye yönelme* ilkesidir. Etkili bir ürün tasarlanması için, pazarlamacının, tüketiciyi tanıması gerekir. Hem nicel yöntemler (örneğin, nüfusa dayalı anket araştırması) hem nitel yöntemler (örneğin, odak grupları) kullanılabilir. Ürün ve mesaj tasarımı bakımından olduğu kadar, dağıtım ve iletişim stratejileri geliştirilmesi bakımından da, tüketici hakkında bilginin ürün için hayati önemi vardır. Bu türden *biçimlendirici* araştırma, bir sosyal pazarlama için, hem ürünün hem hedef kitlenin tanımlanmasına yardımcı olmaktadır.

Tüketiciye yönelme ilkesi, davranış değişikliği stratejileri için gerekli temeli sağlamaktadır. Bireysel davranış değişikliği gayretlerinin etkili olması için, bunların, hedef kitle üyelerinin arzu ve ihtiyaçları hakkında çok boyutlu bir kavrayışa dayanmaları ve ürünün de yine arzu ve ihtiyaçları (değiştirmek üzere değil) karşılamak üzere tasarlanması gerekir.

Ürün tasarımının ikinci bir ilkesi ise, *hedef kitlenin segmentlerine ayrıştırılması* ilkesidir. Pazarlama uzmanları, nüfus gruplarının sık olarak oldukça heterojen nesneler

olduklarını ve sadece bir mesajın tüm potansiyel hedef grupların arzu ve ihtiyaçlarına yanıt veremeyeceğini öğrenmişlerdir. Bunun yerine her bir ürünün bir spesifik nüfus grubu için tasarlanması gerekir. Buradaki amaçlarımız bakımından ise, geniş bir potansiyel kitlenin davranış değişikliği için segmentlerine ayrılması ve her bir segmentin kendine has çıkarlarının, isteklerinin ve ihtiyaçlarının bir değerlendirilmesinin yapılması gerektiği anlamına gelmektedir. Sonra, her bir pazar segmenti için ayrı ayrı ürünlerin şekillendirilmesi gerekecektir. Örneğin, Brezilya’da uygulanan bir emzirme teşvik programı kapsamında sekiz ayrı hedef kitle belirlenmiştir: 1) doktor, 2) sağlık hizmetleri, 3) hastane, 4) bebek maması endüstrisi, 5) endüstri (genel olarak), 6) yerel toplum, 7) kamu görevlileri ve 8) anne. Program kapsamında, her bir hedef kitle için ayrı ürünler tasarlanmıştır. Bu vakada, doktorlar, emzirmenin tıbbi yararları hakkında bilgilendirilmiştir; yerel toplum ise ailelere psikolojik destek sağlamaları ve emziren annelere destek tesisleri sağlanması konusunda cesaretlendirilmişlerdir (Manoff, 1985, 48).

Hedef kitlenin segmentlerine ayrıştırılması tipik olarak bir nüfus grubunun psikososyal profiline dayalıdır (bu profile pazarlamacılar “psikografik” demektedirler). Burada yapılan çalışmada, hayat tarzı, kişilik, iletişim alışkanlıkları, değişime hazırlık derecesi ve algılanan ihtiyaçların analizi yapılarak, temel değerler belirlenir. Bu psikososyal karakteristikler, hedef kitlenin segmentlere ayrıştırılmasında yararlı olan diğer etkenlerle de ilişkilendirilebilirler; bu etkenler arasında, “coğrafya (bölge, vilayet, nüfus kütüğü), demografi (yaş, cinsiyet, aile büyüklüğü, meslek, ırk, sosyal sınıf) ve sosyal yapı (iş yeri, kilise, gönüllü kuruluşlar, aileler, yasama organı)” bulunmaktadır (Lefebvre ve Flora, 1988, 304).

Potansiyel hedef kitle hakkında nitel ve nicel araştırma spesifik nüfus segmentlerinin kişilik profillerinin oluşturulması için kullanılabilir. Sonra, bu profiller (örneğin, “Düşük gelirli Filipino grubunda gelenekçi erkek” gibi adlandırılan profiller) aile planlaması için sosyal pazarlama iletilerinin tasarlanmasında kullanılabilir (Piotrow ve arkadaşları, 1997, 42). Sağlık sektörü reformcuları hedef kitleyi tanımlamak için tüketici analizinin muhtelif tekniklerini kullanabilirler; spesifik nüfus segmentleri belirleyebilirler ve hedef kitlenin temel değerlerini betimleyebilirler. İnsanların kendi sağlık hizmeti ihtiyaçları ve sağlık sistemi hakkında nasıl düşündükleri ve ne hissettiklerinin anlaşılması ve alt nüfus gruplarının tanımlanması bakımından, pazar araştırması ve odak grupları önemli araçlardır. Her bir hedef kitle için uygun ürünlerin ve iletilerin tanımlanması ve her gruba ulaşmak için spesifik metotların önerilebilmesi bakımından, hedef kitle segmentlerinin doğru olarak belirlenmesi kritik önemi olan bir husustur.

Ürün tasarımının üçüncü temel ilkesi, sadece bir maddi nesne veya belli bir hizmet sağlanmasından ziyade, *temel ihtiyaçların karşılanmasıdır*. Bu ilke de ticari pazarlamanın temel prensiplerinden birine, yani, spesifik olarak, Kotler ve Levy (1969) tarafından sosyal pazarlama hakkındaki klasik nitelikli makalelerinde işaret ettikleri bir hususa dayanır. Bir sabun şirketi için, ürün sadece sabun değildir, temizlenmedir; kozmetik şirketi için, ürün makyaj malzemesi veya dudak boyası değildir, güzelliştir veya umuttur; yayın şirketi için ise ürün sadece kitap değildir, bilgidir.

Benzer şekilde, sağlık sektörü reformcularının da, etkili olabilmeleri için ürünlerine, temel ihtiyaçlara ve değerlere yanıt vermeleri bakımından işlevsel şartlar açısından bakmaları gerekir. Bir aile planlaması organizasyonu için ürün, prezervatif ve gebeliği önleyici hap ve diğer alet değildir; hayat kalitesi ve kontrollü üretilir. Bir AIDS önleme programı için, ürün sadece güvenli seks değildir, hasta olmamak ve kişinin geleceğini kontrol etmesidir.

TABLO 12.2. Bir Hedef Kitlenin Üyelerinin Arzulanan Eylemi Bakımından Ürün, Yazar ve Temel Değerler

ARZULANAN EYLEM	ÜRÜN/YARARLAR	TEMEL DEĞERLER
Sigaraya başlamanın engellenmesi	Nikotin bağımlısı olmamak Tütün endüstrisinin manipülasyonundan bağımsız olmak Bireyi tuzağa düşürmek, ayartmak, bağımlı kılmak ve öldürmek isteyen bir endüstriye karşı isyana girişmek	Özgürlük Bağımsızlık Kontrol İsyan
Güvenli seks	AIDS hastası olmamak Arkadaşlarına ve halka acı veren bir virüsten bağımsız olmak Geleceğinin kontrolüne sahibi olmak	Özgürlük Bağımsızlık Kontrol İsyan
Daha çok beden eğitimi	Fizik olarak güçlü ve cazip ve kendi görünüşüne hakim bir kişi kimliği kazanmak	Özgürlük Bağımsızlık

Kaynak: Siegel ve Doner, 1998, s 53

O halde, davranış değişikliği kontrol düğmesi, hem *maddi ürünler* (gebeliği önleme için prezervatifler veya kronik hastalıklar için ilaçlar) hem *maddi olmayan ürünler* (güvenli seks hakkında değişen görüşler veya sağlık hizmeti kalitesi hakkında değişen görüşler) ile ilgilidir. Kısacası, sağlık sektörü reformcularının, belli bir toplumdaki belli nüfus segmentinin temel değerlerine hitap eden her iki ürün türlerinin nasıl tanımlanacağı konusunu öğrenmeleri gerekmektedir.

Tablo 12.2, bazı halk sağlığı ürünlerinin nüfusun belli segmentlerinin temel değerleri ile nasıl ilişkilendirilebileceğine dair bazı örnekler içermektedir. Örneğin, gelişmiş ülkelerde, gençlerin sigaraya başlamaları sorunu düşünülürken, isyan etmek şeklindeki temel değer, sigara içmeye başlama kararları ile ilişkilendirilebilir. Çünkü gençler ebeveynlerine ve onların sosyal normlarına karşı isyan ederlerler. Sosyal pazarlama bakımından zorlu mesele, yine bu isyan temel değerinin sigara içilmesinin reddi ile ilişkilendirilmesidir (buradaki isyan, tütün endüstrisine ve bu endüstrinin gençleri sigara bağımlısı kılma amacına karşı isyan gayreti şeklinde olacaktır). Spesifik ülkelerdeki farklı nüfus segmentleri için bu temel değerlerin belirlenmesi gerekecektir; çünkü, değerler, alt kültürler ve nüfus alt grupları arasında değişebilmektedirler. Bu kapsamda karşılaşılan başlıca zorlu mesele ise arzulanan değişikliklerin spesifik hedef kitlelerde mevcut olan değerlerle ilişkilendirilebilmesidir.

Yer

Ürünler ve hedef kitlelerin belirlenmesinden sonra sosyal pazarlamacı, ürünün hedef kitleye nasıl götürüleceği konusunda çalışmaya geçer. Belirlenen ürün hedef kitleye nerede ulaştırılabilir? Belli bir yer bakımından bir karar verilmesi, ürünün ulaştırılması

ve hedef kitle için bulunabilir olması için uygun *kanalların* seçimini içerir. Bununla ilgili olarak Lefebvre ve Flora (1988, 305) aşağıdaki yorumu yapmışlardır:

“Tanımlanabilir bir nüfus grubuna erişimi olan herhangi birey, organizasyon veya kurum, sağlık iletişimi için potansiyel kanaldır. O halde, okullar, iş yerleri, sosyal organizasyonlar, kiliseler, doktor muayenehaneleri, ve kâr amacı gütmeyen muhtelif kuruluşların hepsi potansiyel iletişim kanalı olarak görülebilirler. “Hayat akış noktaları” -örneğin, kuru temizlemeciler, süpermarketler, lokantalar, otobüs durakları gibi noktalar- belli hedef kitlelere ulaşılması için daha başka kanallara işaret edebilmektedirler.”

Sağlık sektörü reformcuları, hedef kitleye ve özellikle sosyal bakımdan dezavantajlı gruplara ulaşabilmek için, iletişim kanalları hakkında yaratıcı bir şekilde düşünmek ihtiyacındadırlar. Böyle dezavantajlı gruplara, gelişmekte olan ülkelerde yürütülen aşı, AIDS’le mücadele veya veremle mücadele kampanyalarında yaygın olarak rastlanmaktadır.

İletişim kanalları, en yaygın şekilde, üç geniş kategoriye ayrılmaktadır: *Kişiler Arası Kanallar*: Buna aile, arkadaşlar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları dahildir; *Grup Kanalları*: Bu kapsamda yerel toplum ve sivil toplum örgütleri seferber edilebilmektedir; *Kitle İletişim (Medya) Kanalları*: Basın, radyo ve televizyon dahil olmak üzere (Piotrow ve arkadaşları, 1997, 73). Araştırma sonuçlarına göre, farklı kanalların bir kombinasyonu kullanılarak kritik mesajların tekrarlanması ve güçlendirilmesi halinde, daha büyük etki elde edilebilmektedir.

Örneğin, Kenya’da yürütülen bir kampanya kapsamında *Haki Yoko (Bu sizin hakkınızdır)* sloganı tasarlanmıştır; bu slogan ile kadınların ve erkeklerin kendi doğurganlıklarını kontrol etmek bakımından temel insan hakları vurgulanmıştır. Bunun arkasından birden fazla kanal kullanılarak mesajın yayılması sağlanmıştır: “Sloganı yaymak üzere radyo reklamları ve bir radyo oyunu dizisi; saha görevlileri tarafından kırsal alana ulaşmak için yapılan ziyaretler; erkek ve kadının yan yana yürüyüşünün bir görsel imajını yaratmak üzere poster ve duvar ilanları; kişiler arası iletişimi uyarmak ve ürünlerden memnun olan kullanıcıların taraftarlık işlevini kolaylaştırmak üzere tişörtler” (Piotrow ve arkadaşları, 1997 73-74). Proje sonrası yapılan bir durum takip anketi sonuçları, tek başına hiç bir kanalın, hedef kitlenin yarısından fazlasına erişemediğini; ancak, kullanılan beş kanalın hepsinin ulusal seviyede örneklem yolu ile seçilen anket grubuna toplam erişme oranının % 83 olduğunu göstermiştir. Reformcular için amaç, hedef kitleye farklı yerlerde ve farklı kanallarla ulaşmak ve böylece onların bilgi, tutum, ve davranışlarını değiştirme şansını yükseltmektir.

Değişik kanalların bulunabilir olması, yaratıcı yaklaşımlar kullanılarak ürün ve hedef kitlenin ilişkilendirilmesine imkân vermektedir. Sağlık sektörü reformcularının (radyo gibi) geleneksel medya yaklaşımlarının ötesinde bazı yöntemleri düşünmeleri ve bu kapsamda reklam, bireysel temas, sosyal gruplar ve çevresel değişiklik uygulamalarını değerlendirmeleri gerekmektedir (bk. Tablo 12.3).

TABLO 12.3. Hedef Kitlelere Ulaşmak İçin Kullanılan Kanallar

Reklam
Ücretsiz medya (örneğin, haber içerisinde olumlu bahis)
Muhtelif etkinlikler
Örgütlü gruplar
Bireysel temas
Eğlence/dinlence

Spesifik hedef kitle segmentlerinin farklı karakteristikleri ve alışkanlıkları vardır. Bunlar, bu nüfus gruplarına nerede ulaşılacağı hususunu etkiler. Örneğin, halk sağlığı teşvik kampanyaları kapsamında sık olarak çocuk hayatta kalma ürünlerinin dağıtımını amacı ile sağlık merkezleri kullanılır. Ancak, eğer sağlık merkezlerine erişim veya kullanımda sorunlar olursa – ve gelişmekte olan ülkelerde bu durumla sık karşılaşılır- o zaman ürün dağıtımı için sağlık merkezlerinin kullanımı çok fazla etkili olmayacaktır. Ağızdan sıvı tedavisi için yapılan bir hedef kitle araştırması kapsamında ürünlerin tanıtımı ve desteklenmesi için, özel ticari eczaneler (Mısır ve Endonezya’da) ve bakkal dükkanları (Honduras kırsal alanlarında) gibi, sağlık merkezlerinden daha etkili olabilen yerler olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni ise hedef kitlenin anılan türden tesisleri fiilen ve muntazam şekilde kullanıyor olmasıdır (Rasmuson ve arkadaşları; 1988, 11).

Bazı hallerde, belli bir nüfus grubunu cezbetmek ve onlara belli bir ileti veya ürün ulaştırmak amacı ile özel etkinlikler organize edilebilir. Sosyal gruplardan, davranış değişikliği sağlamak veya devam ettirmek için de yararlanılabilmektedir. Örneğin, Endonezya Aile Planlaması Programı (BKKBN) kapsamında, gebeliği önleyici hap ve aletlerin kullanımının teşviki için köy kadın gruplarından yararlanılmış ve sosyal ve ekonomik programlar yolu ile destek sağlamak için köy seviyesinde “kullanıcı klüpleri” organize edilmiştir.

ABD’de, eyalet çapında uygulanan ilk prezervatif dağıtım programında, prezervatiflerin nerelerde dağıtılacağına karar verilmesi için sosyal pazarlama yöntemleri kullanılmıştır (Cohen ve diğerleri, 1999). Program kapsamında, prezervatiflerin “güvenilir bir sağlık hizmeti tedarikçisi” tarafından dağıtılması ile hastalık önlemedeki rolüne bir yetki ve güvenilirlik verilmesi için, prezervatiflerin dağıtımı için sağlık tesisleri seçilmiştir (halk sağlığı klinikleri, yerel ruh sağlığı merkezleri ve madde bağımlılığı tedavi merkezleri). Buna ek olarak program kapsamında, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma veya HIV oranının yüksek olduğu mahallerde bulunan 1000’den fazla özel sektör iş yerinde ücretsiz prezervatif dağıtılmıştır. Bu iş yerleri arasında bakkal dükkanları, barlar, gece klüpleri, tekeli ve içki satış yerleri, güzellik salonları, berber dükkânları, dövmeciler, kuru temizlemeciler ve ucuz oteller ağırlıklı olarak yer almıştır. Program değerlendirme sonuçlarına göre, kullanıcı tarafından bildirilen prezervatif kullanımında bir artış olmuştur; buna karşılık seks partneri sayısında buna tekabül eden bir artış saptanmadığı gibi, özel sektör prezervatif satışlarında da buna tekabül eden bir azalma saptanmamıştır.

Fiyat

Davranış değişikliği müdahaleleri için fiyat belirleme, ürünün benimsenip benimsenmeyeceği veya kullanılıp kullanılmayacağı hususunu belirleyen kritik bir adımdır. Fiyat üzerinde karar verilmesi, ürünün benimsenmesinin hem parasal hem parasal olmayan maliyetlerinin, sosyal maliyetler, zaman maliyeti ve fiziksel maliyetler dahil olmak üzere, yönetilmesini de kapsar. Bu değişik maliyetler bir araya gelince, bir ürünün veya hizmetin kullanımını veya bir fikrin veya değer benimsenmesini zorlaştıran önemli engeller oluşturabilirler. Uygulamalı araştırma yapılarak, her bir ürün için ve hedef kitle grubu için, bu değişik maliyetler belirlenebilir ve ölçülebilir; ürünün kabul edilme derecesini yükseltmek amacı ile bu maliyetlerin üstesinden gelinmesinin yolları bulunabilir.

Fiyat aynı zamanda potansiyel kullanıcılar bakımından bir değer imgesi işlevi de yapabilir. Bazı hallerde, benzer ürünlere nazaran yüksekçe olan bir fiyat, o fiyatı değer yansıtan bir gösterge olarak yorumlayan alıcıları cezbedebilir. Benzer şekilde düşük bir fiyat ise potansiyel kullanıcıları, düşük değer endişesi ile, ürünü kullanmaktan kaçınmaya sevk edebilir. Fiyatın sıfır olarak belirlenmesi, yani ürünün ücretsiz bir ürün olarak tanımlanması, erişimi zorlaştıran mali engelleri azaltabilir; buna karşılık gereksiz kullanım ve israf da yol açabilir. Finansman kontrol düğmesi hakkındaki tartışma kapsamında işaret edildiği üzere (bk. Bölüm 8), iktisatçılar; ücretsiz ürünlerin, tahsis bakımından verimli olmayan aşırı kullanıma yol açabilecekleri hakkında endişe ifade etmektedirler. Diğer bir deyişle, kullanıcılar, ücretsiz bir sağlık hizmeti ürününü kullanmanın kendilerine katacağı değer o ürünün üretilmesinin maliyetinden düşük olması halinde bile ücretsiz olduğu için o ürünü yine de kullanabilirler. Bu durum ise, kaynakların başka ürün veya hizmet üretimi için kullanılması ile ekonomide daha fazla değer yaratılmış olabileceği anlamına gelmektedir.

Fiyatın başka bir işlevi daha vardır. Fiyat, hasta ile sağlık hizmeti sağlayıcısı arasındaki ilişkinin mahiyetini etkiler. Ücretsiz bir hizmet kullanırken, hastalar kendilerini güçsüz ve hediye alıyorlarmış gibi hissedebilirler. Buna mukabil, alıcı olarak, işlem üzerinde bir kontrol hakları vardır ve doktorla daha başka bir ilişkileri olur. Anekdote mahiyetinde kanıt, bu türden güçsüzlük duygusunun, düşük kalitede hizmet realitesi ile bir araya gelince, bazı ülkelerde yoksul insanların bile devlet kliniklerini kullanmak konusunda arzularını azaltabileceğine işaret etmektedir.

Bir ürünün fiyatı hakkında karar verilirken sosyal pazarlamacılar, amaçları hakkında ve faaliyet göstermeleri gereken pazar hakkında düşünmelidirler. Fiyat belirlemede başlıca üç bilgi kaynağı yararlı olmaktadır: ilgili maliyetlerin bir değerlendirmesi; rakiplerce sunulan benzer ürünlerin fiyatları; hedef kitlenin fiyat duyarlılığı (Kotler ve Roberto, 1989, 177). Bu veri türlerinden her biri, araştırma gerektirir. Sonra da sonuçların fiyatlandırma amaçlarını ve davranış değişikliği teşebbüsünün hedeflerini bir bütün olarak yansıtacak şekilde bir araya getirilmesi gerekir.

Bir sosyal pazarlama gayreti kapsamında fiyat belirlerken reformcuların, fiyat politikasının daha geniş kapsamlı amaçlarını hesaba katmaları gerekir. Nagle (1987) beş adet fiyatlandırma amacı belirlemiştir; bunlar muhtelif türden davranış değişikliği gayreti ile ilgilidir ve her biri farklı fiyatlandırma stratejilerine yol açmaktadır.

Ürünü Benimseyenlerin Sayısının Azamiye Çıkarılması

Eğer amaç bir sosyal ürünü benimseyenlerin sayısının azamiye çıkarılması ise o zaman, ürün ve hizmetler *düşük fiyatla* veya *ücretsiz* olarak sunulabilir. Bu uygulamaya örnekler arasında çocuklar için ücretsiz aşı (aşı kampanyalarında genel olarak uygulama budur) ve hamile kadınlar için ücretsiz doğum öncesi bakım (1994'te Güney Afrika'da ayrımcılık sonrası yeni hükümet tarafından kurulduğu gibi).

Yukarıda belirtildiği gibi, ücretsiz ürün ve hizmetler, bazen düşük kalite algılamasına yol açabilirler; bu durum ise kullanımdan kaçınmaya neden olabilir ve neticede ürünün benimsenme oranını düşürebilir. Buna mukabil, düşük fiyat ise aşırı kullanım ve israfı teşvik edebilir; böylece verimsizliğe neden olabilir. Sağlık sektörü reformcularının ayrıca tüketiciye olan nihai maliyeti de düşünmeleri gerekir. Sübvansiyon yolu ile sağlanan fiyat indirimleri de her zaman nihai tüketiciye ulaşmayabilir; çünkü araçlar ve perakendeciler

ürünü normal piyasa fiyatından satarak indirim kısmını da kâr olarak kendileri alabilirler (Manoff, 1985, 137). Bundan başka, daha önceki bölümlerde işaret edildiği üzere, zaman ve seyahat maliyetleri, hastanın sağlama gereken malzeme ve bazı el altından yapılan ödemeler de hesaba katılınca, ücretsiz denen bir ürün pratikte ücretsiz olmayabilmektedir. Dolayısı ile, kullanımın azamiye çıkarılmasının amaç olarak belirlenmiş olduğu hallerde, reformcular, fiyatı arzu ettikleri kadar düşük tutamayabilmektedirler.

Sosyal Hakkaniyet

Eğer bir davranış değişikliği kampanyasında, hakkaniyetli bir dağıtım amacı güdüldüyorsa, o zaman, reformcular, aynı ürün için *kademeli fiyat yapısı* uygulayabilirler; böylece göreceli yüksek gelir grupları daha yüksek fiyat öderken, düşük gelir grupları daha düşük fiyatla bu ürüne erişebilirler. Bu türden fiyatlandırma stratejileri arasında, tıbbi ameliyat prosedürleri ve gelir seviyesine göre belirlenen sigorta primlerinin kullanımı bulunmaktadır. Bazı yerel toplum finansman şemaları altında ise, toplumdaki en yoksul gruplara ödeme muafiyeti verilebilmektedir. Bölüm 8’de söz edildiği üzere, bu türden fiyat farklılaştırması aslında hizmet için ödeme ortamında çalışan serbest doktorlar tarafından sık olarak uygulanmaktadır. Bu doktorlar varlıklı hastalardan daha yüksek ücret alırken yoksul hastalardan daha düşük ücret almaktadırlar. Bu şekilde hem yoksul hastalar için daha fazla erişim sağlanmakta hem hizmet sağlayıcıya daha yüksek gelir sağlanmış olmaktadır.

Bu türden bir fiyatlandırma stratejisi uygulanarak, tedavi bedelini ödeyebilecek durumda olan varlıklı hastalar için sübvansiyon olmaksızın, yoksul hastalar için mali engeller azaltılabilir. Yalnız, kademeli fiyat uygulaması, alıcının ekonomik durumunun belirlenmesi için bir yöntem gerektirir; bu yöntemin idari işlemler maliyeti ise yüksek olabilir ve aynı zamanda kayırmaya ve yolsuzluk yapılmasına imkân verebilir. Bu türden sorunlara bazen ürün hedeflemesi sağlayan yenilikçi stratejiler uygulanarak yaklaşılabılır. Örneğin, düşük fiyatlı ürünler, sübvansiyon yapılan gıda ürünleri için uygulandığı üzere, varlıklı kullanıcıların bulunmaları muhtemel olmayan coğrafi alanlarda sunulabilir. Bu uygulamanın bir alternatifi ise fiyatın kaliteye göre değişmesine imkân verilerek, yüksek gelirli grupların yüksek kalite tercihlerinin, kendilerini sübvansiyon yapılan hizmetlerden uzaklaştırmasını sağlamaktır. Bu uygulama ise örneğin, Singapur’da hastane odalarında farklı seviyeler sunulması şeklinde görülmektedir.

Maliyet Karşılama

Eğer kullanıcılardan alınacak ücretle maliyetin karşılanması yüksek bir öncelik ise o zaman, maliyetlerin uygun bir bölümünün karşılanması için, bir *sabit fiyat* belirlenebilir. Bu türden fiyatlandırma stratejisinin bir örneği, hastanelerde, hastanın gelir seviyesine bakılmaksızın muayene için sabit bir ücret alınmasıdır; bu uygulama ile işletme maliyetlerinin bir kısmının karşılanması için bir kullanıcı ücreti alınmış olmaktadır. Kullanıcı ücreti, sağlık sektöründe birçok reform uygulaması kapsamında benimsenmiştir. Bu şekilde, devlete ait sağlık tesislerine maliyetlerinden bir kısmını -devlet tarafından sağlanan kaynaklara ek olarak- doğrudan doğruya hastalardan sağladıkları gelirle telafi etmeleri imkânı verilmiştir. Bu uygulamalarda sık olarak ortaya çıkan bir gerilim, program sürdürülebilirliğini destekleyen yüksek oranda maliyet karşılama ile ürünlerin

tüketici tarafından benimsenme derecesini yükseltmeye yönelik düşük oranda maliyet karşılama arasında ortaya çıkmaktadır.

Ne var ki kullanıcı ücreti getirilmesi, bu uygulamanın yoksul hastalar için sonuçları bakımından bazı soruların ortaya çıkmasına yol açabilir; çünkü kullanıcı ücreti yoksul hastanın sağlık hizmetini kullanmaktan kaçınmasına neden olabilir (bu durum farklı gelir grupları için talebin fiyat esnekliğini yansıtır). Örneğin, Gambia’da, cibinliklerin (sıtma ile mücadele amacı ile) böceklerle karşı ilaçlanması için ücret alınması ile ilaçlama hizmetinde kullanım oranı azalmış ve ölüm oranı ise, yükselerek, ücretsiz ilaçlama uygulamasından önceki seviyesine tekrar ulaşmıştır (D’Alessandro ve arkadaşları, 1995). Hakkaniyet gözetilen hallerde, sosyal pazarlama gayreti kapsamında, göreceli yoksul hasta için erişimin azalması sonucunu yaratacak seviyede fiyat belirlenmesinden kaçınılması uygun olacaktır.

Tüketicileri Caydırma

Belli ürün türleri için (*örneğin tütün ve alkol için*), sosyal pazarlamacılar, nesnel faydacı veya toplumcu gerekçelerle, arzu edilmeyen kullanımın azaltılması için, kasıtlı olarak *yüksek fiyat* belirler. Örneğin, bir hükümet alkol ve sigara için, bu ürünlerin tüketiminin azaltılması ve özellikle gençler gibi fiyata karşı duyarlı nüfus grupları arasında tüketimin azaltılması amacı ile yüksek vergi belirlediği zaman, bu türden bir fiyatlandırma stratejisi uygulanmaktadır. Yüksek fiyat politikası aynı zamanda, kozmetik ameliyat gibi, sağlık durumunun en yüksek seviyeye çıkarılmasına hizmet etmeyen tıbbi hizmetler için olan talebin azaltılması amacı ile de kullanılabilir. Ancak, burada da fiyatı yüksek olarak belirlenen ürünün kullanımı düşük gelirli gruplar arasında göreceli daha fazla ise o zaman, hakkaniyet sorunları ortaya çıkabilecektir. Çin’de hazırlanan bir sigara vergisi önerisinde böyle bir sorun için çözüm olarak, sigara başına sabit bir vergi belirlenmesi yerine, verginin fiyata göre değiştirilmesi yoluna gidilmiştir. Burada farklı sigaraların fiyatları arasında önemli farklar bulunmaktadır.

Kâr Maksimizasyonu

Her ne kadar kâr maksimizasyonu fiyatlandırma stratejisi sosyal ürünler için yaygın olarak kullanılsa da, uyuşturucu bağımlılığı tedavisi gibi sosyal bir ürün sunan ve aynı zamanda kâr maksimizasyonu arayan bir organizasyon hayal edilmesi mümkün olsa gerektir (Kotler ve Roberto, 1989, 176-7). Böyle hallerde benimsenebilecek olan klasik tekerci stratejisi *fiyat farklılaştırmasıdır*. Farklı pazar segmentleri için -ve her bir segment için talebin fiyat esnekliğine bağlı olarak- farklı fiyatlar belirlenir. Bir pazar segmenti fiyat artışına karşı duyarlılığı ne kadar az ise o pazar segmenti için o kadar yüksek fiyat belirlenir. Başarı ile uygulayabildikleri her yerde, özel sektör firmaları, sık olarak bu yaklaşımı uygulamaya gayret ederler. Örneğin, çok uluslu ilaç firmaları, toplam kârlarını azami seviyeye çıkarabilmek amacı ile pazar koşulları ve gelir seviyelerine bağlı olarak, aynı ürün için farklı ülkelerde farklı fiyat belirlerler.

Promosyon

Ürün, yer, ve fiyat seçildikten sonra, sağlık reformcularının, bundan sonra promosyon me-

selesini ele almaları gerekir. Buradaki amaç hedef alınan pazar segmentlerine mesajlarını ulaştırmaktır. Bu kapsamda elde açıkça tasvir edilmiş bir promosyon planı olması gerekecektir. Promosyon süreci, tüketicinin sunulan ürünü benimsemesi olasılığının yükseltilmesidir. Promosyon planı içerisinde, kampanyanın bir bütün olarak amaçlarının başarılmasına yardımcı olacak spesifik faaliyet ve malzeme belirlenir.

Promosyon planının tasarlanmasında en önemli görev, mesaj içeriği, mesajın nasıl sunulacağı ve hangi iletişim kanallarının kullanılacağı hakkında karar verilmesidir. Hedef kitleye ulaşacak ve davranışta arzu edilen değişikliği sağlayacak etkili bir iletişim stratejisinin meydana getirilmesi için, sağlık sektörü reformcularının ürün ve hedef kitle, hedef kitleye ulaşılacak olan yer ve ürünün fiyatı hakkında, daha önce üretilmiş olan kararları bir araya getirmeleri gerekecektir. Burada bu üç anahtar kararın kritik öğelerinden bazıları tartışılacaktır.

Sosyal pazarlamacılar, farklı pazar segmentlerine en etkili şekilde ulaşabilmek için, tipik olarak belli bir sosyal ürün hakkında birden fazla mesaj geliştirirler. Mesajın içeriği, ilgili ürünün dört farklı yönü hakkında bilgiye dayanabilir (Kotler ve Roberto, 1989, 225):

- Fiziksel / teknik özellikler (büyüklük, ağırlık, şekil, diğer gözlenebilir nitelikler)
- Duyularla algılanabilen özellikler (dokunma, koklama, görme, işitme veya tat duyuları ile algılanabilen özellikler)
- İşlevsel yararlar (ürünün hedef kitleye nasıl yarar sağlayacağı hakkında bilgi)
- Duygusal/psikolojik yararlar (hedef kitlenin bu ürünün kendilerine sağladığı yararları hakkında nasıl hissettiklerine dair bilgi)

Bir promosyon planının geliştirilmesinde bundan sonra yapılması gereken iş, mesajın nasıl sunulacağına dair karar verilmesidir. Burada, kullanıcı oryantasyonu önemlidir. Sağlık sektörü reformcularının, pazarlama ve satış konusundaki temel kuralı öğrenmeleri gerekecektir: “Kendi istediğiniz şeyi satmaya kalkmayınız, kullanıcının satmanızı istediği şeyi satınız.” (Kotler ve Roberto, 1989, 227). Mesajların tasarlanması bakımından pazarlamacılar, bir *duygu arkasından gelen mantık* stratejisi veya ürünün kullanıcıya yararları ile başlanması ve arkasından ürünün özelliklerine geçilmesini önermektedirler. İletide bilginin sunuluş sırasının yapılandırılış şekli, spesifik hedef kitlelere ve bunların farklı bilgi türlerine tepkilerine bağlı olacaktır. O halde, sağlık sektörü reformcularının, tüketicilerini tanımaları ve onların bilgiye, görsel etkiye ve duygu öğelerine nasıl tepki verdiklerini bilmeleri gerekmektedir.

Sigara karşıtı kampanyalardan edinilen deneyime göre, davranış değişikliğinin getirebileceği rahatsızlık ve riskleri insanların kabul etmelerine yardımcı olmak bakımından, mesajın empati içermesi ve inanılır olması gerekmektedir. Duyguyu ve gerçeği bir araya getirmek yolu ile, etkili bir mesaj, davranış değişikliğinin sonuçlarına işaret edebilir. En etkili olduğu görülen sigara karşıtı mesajlardan bazılarında, bütün kullanmanın sonuçlarına odaklanılarak, güçlü olumsuz duygulara hitap edilmektedir (korku ve keder gibi olumsuz duygulara): “hayatını kaybetmiş olan biri [sigara tiryakisi], boğaz kanseri nedeni ile ses tellerini kaybetmiş olan iki kişi ve sigara dumanına maruz kaldığı için durmadan öksüren bir çocuk” (Biener ve arkadaşları, 2000, 406). Buradaki örnek de yine, davranış değişikliği gayretleri tasarlarırken ve muhtelif müdahalelerin etkileri değerlendirilirken, hedef tüketici grupları hakkında araştırma yapılmasının önemini göstermektedir.

Promosyon planındaki üçüncü aşama ise, iletişim kanalı hakkında karar verilmesidir. Bu kapsamdaki başlıca iki strateji, kitle iletişim (büyük hedef kitlelere ulaşmak için) ve bireysel iletişim stratejileridir (bireylere veya küçük gruplara ulaşmak için). Sosyal pazarlama programlarının çoğunda, bu yaklaşımların bir kombinasyonu kullanılır. Bu yaklaşımların birbirlerini karşılıklı olarak güçlendirmeleri itibarı ile, bunlar genellikle birlikte kullanıldıkları zaman daha etkili olmaktadır (Kotler ve Roberto, 1989, 190). İletişim konusunda, “seçici iletişim” adı ile bilinen, üçüncü bir yaklaşımda ise, posta ile doğrudan pazarlama ve telefonla pazarlama faaliyeti yer almaktadır (Kotler ve Roberto, 1989, 212-20). Düşük gelirli ülkelerin çoğu için bu yaklaşım sağlık sektörü reformları bakımından göreceli daha az yararlıdır. Böyle ülkelerde ve özellikle bunların göreceli yoksul, kırsal alanlarında, okuma-yazma oranlarının düşük olması, posta hizmetinde olan aksamalar ve telefon kullanımının sınırlı olması gibi etkenlerin tümü, bu türden stratejilerin yararını sınırlandırmaktadır.

Kitle İletişimi

Kitle iletişim imkânları kullanılırken, sağlık sektörü reformcuları, iki temel seçenekle karşı karşıyadırlar: *ücretli* veya *ücretsiz* medya kullanımı. Ücretli medya kullanımında (örneğin reklam), reformcuların mesaj içeriği ve zamanlamasını kontrol etme imkânları vardır. Bazı hallerde devlet ilan imkânlarından ücretsiz yararlanmak mümkün olsa da, bütçe kısıtlamaları bu yaklaşımın etkililik derecesini azaltabilmektedir. Ücretsiz medya kullanımının daha çok rastlanan şekli, sosyal pazarlama mesajının haber içerisinde verilmesidir. Bu yöntem ise reklama nazaran daha az güvenilirdir ve kontrol imkânı daha azdır; medya tarafından potansiyel saptırma veya taraflı yansıtılma risklerine açıktır (örneğin, siyasi muhalefet tarafından kontrol edilen gazete). Aynı zamanda, bu şekildeki iletiler, hedef kitleye reklamdan daha güvenilir de gelebilir ve tipik olarak reklamdan çok daha ucuzdur.

Kitle iletişim imkânlarının kullanılması kapsamında, iyi *medya ilişkilerinin* geliştirilmesi önemlidir. Medya için malzeme hazırlamak ve habercilerle toplantı yapmak yolu ile sağlık sektörü reformcuları, medya raporlarının içeriğini bir çerçeve içine alabilirler. Bu türden gayret kapsamında basın bildirisi hazırlanması (yazılı, sesli, veya görsel), basın toplantısı organize edilmesi, seçilmiş medya mensupları ile bire bir görüşme yapılması gibi faaliyetler bulunmaktadır. Medyanın ücretsiz kullanılmasının yollarından birisi, bir *sosyal etkinlik* organize edilmesi ve bu etkinlik kapsamında habercilerin bir makale yazmalarına veya haber üretmelerine imkân verecek bir “ortam” sağlanmasıdır; böylece, bu makale veya haber sayesinde belli bir iletinin kamuoyuna götürülmesidir. Sağlık konusunda bireysel davranış değişikliği sağlamaya yönelik iletilerin sunulması için *televizyon ve radyo programları* da kullanılabilir; buna örnekler olarak, yukarıda da sözü edilmiş olan, ABD’deki Görevli Sürücü kampanyası gösterilebilir; bu kampanya kapsamındaki mesajlara çok sayıda Hollywood televizyon programında yer verilmiştir.

Bireysel Mesaj

Bireysel mesaj kullanılmasındaki ana fikir, iletinin hedef bireylere, bu iletinin *güvenilirlik* ve kabul edilebilirliğini güçlendiren bir şekilde sunulmasıdır. Bu ise, ulaşılması istenen grup üzerindeki etkili olacak şekilde, mesajın sunulması için bir *yer* ve bir *ulak*

seçilmesi anlamına gelmektedir.

Örneğin, varsayınız ki, HIV yayılma hızının azaltılması, kritik bir sağlık reformu önceliği olarak belirlenmiştir ve dolayısı ile genç erkekler arasında güvenli seks pratiğinin tercih edilmesi oranının yükseltilmesi istenmektedir. Yine varsayınız ki bu kapsamda yapılan spesifik araştırma bulgularına göre, hedef kitle üyeleri, önerilen pratik dolayısı ile bir şekilde *erkekçe* imajlarının zarar görmesinden korkmaktadırlar. Spor etkinlikleri türünden *sosyal etkinlikler* (yani, medya kullanımı sağlayabilecek etkinlikler), bu spesifik hedef kitleye ulaşılması için iyi bir ortam sağlayabilecektir. Örneğin, bir futbol maçı sırasında izleyiciler arasında prezervatif ve güvenli seks pratiği hakkında bilgi paketleri dağıtılabilir. Burada biraz hayal gücü de kullanılarak, futbol *oyuncularının* bizzat prezervatif dağıtımları düşünülebilir. Mesela, oyuncular prezervatif paketlerini maç başlamadan önce tribünlere doğru atarak dağıtabilirler (prezervatifler takım renkleri ile paketlenmiş olabilir elbette). Bu arada bir yıldız futbolcu bu dağıtım lehinde bir açıklamada bulunabilir. Neticede, gençlere, hem prezervatif kullanıp hem de sert ve maço erkek olunacağı mesajı verilmek isteniyorsa, bu mesajın verilmesi için futbolculardan daha iyisi bulunabilir mi?

Bir akran veya saygı duyulan bir otoriter karakter veya makam, belli hedef kitlelere ulaşılmasında etkili olabilmektedirler. Bu yaklaşıma ise *bireysel satış* denmektedir. Örneğin, şiddet ve müzakere stratejileri hakkında ergenlik çağındaki öğrencilere bir öğretmenden ziyade kendi okul arkadaşlarından birinin hitap etmesi daha etkili olabilmektedir. *Eğlence* faaliyeti de, geleneksel eğlence gösterileri dahil olmak üzere, belli gruplara mesaj sunulmasında yararlı olabilmektedir. Örneğin, Hindistan’da köyleri dolaşan kukla gösterilerinde tütün çiğnemenin tehlikeleri hakkında mesajlar verilebilmektedir. Yeni davranış şekillerinin oluşturulması veya güçlendirilmesi ve bireylerin bu yeni davranış şekillerine geçiş yapmalarına yardımcı olunması için, bazı mekanizmaların sağlanmasında, *sosyal gruplar* da yararlı olabilmektedir. Bu yaklaşıma örnekler arasında, ağızdan sıvı tedavisi yöntemleri veya gebeliği önleyici hap ve aletlerin promosyon faaliyetlerinde bulunan kadın örgütleri yanında, alkol kullanımı ile mücadele için bazı ülkelerde oluşturulan, kendi kendine yardım amaçlı gayriresmi toplantı grupları (Alcoholics Anonymous) sayılabilir.

Eğlenceye dayanarak promosyon yapılmasının bir örneği olarak, Mali’de 1993’te aile planlamasının promosyonu için yürütülen çoklu ortam kampanyasından söz edilebilir (Kane ve arkadaşları, 1998). Bu kampanya kapsamında geleneksel tiyatro ve müzik gösterileri ile yerel dilde ve yerel kültür ortamında sunulan geleneksel deyişler, radyo ve televizyon yayınları ile bir araya getirilmişlerdir. Buradaki amaç, gebeliği önleme konusuna ilişkin bilgi, tutum ve pratiği değiştirmek olmuştur. Yani, geleneksel sosyal değerler ile gebeliği önleyici yeni yöntemler ilişkilendirilmek istenmiştir. Spesifik mesajlar yolu ile gebeliği önleyici modern yöntemler; erkeklerin cinsel sorumluluğu; aile planlamasının sağlık ve ekonomik durum bakımından avantajları; eşler arasında sağlam iletişim ihtiyacı ve (Mali’de en yaygın din olan) Müslümanlık dininin aile planlamasına karşı olmadığı keyfiyeti hakkında bilgi sağlanmıştır. Müdahaleden önceki ve sonraki durum arasında yapılan karşılaştırma çalışması kapsamında, konu hakkında yararlı bilgide artış, tutumda arzulanır gelişme ve sosyal pazarlamacıların umduğu yönlerde pratiğin öz bildiriminde artış bulunmuştur. Yazarlar “etkinin hem olumlu hem önemli olduğu hususunun makul bir değerlendirme olacağı” sonucuna varmışlardır (Kane ve arkadaşları, 1998,320).

“Tetikleyenler”

Promosyon planı kapsamında son adım ise, ürünün benimsenmesini *tetikleyecek* olan eylemlerin kararlaştırılmasıdır. Bu tetikleme eylemleri, kullanıcının ürünü benimsemek konusunda ikna edilmesi için muhtelif türden teşvik sağlanmasını içerir (Kotler ve Roberto, 1989, 240-41). Bu kapsamda ödeme yanında organizasyon kontrol düğmeleri de devreye girebilir. Örneğin, sağlanan teşvik para şeklinde olabilir (nakit ödeme) veya sosyal statü sağlayabilir (bir ödül veya bir onay damgası) veya paradan başka maddi bir nesne olabilir (bir radyo veya diğer hediye). Bu şekilde kullanılan tetikleme tekniklerinden birisi, ürün veya hizmetin *eşantiyon* olarak ücretsiz sunulması ve böylece kullanıcının ürünü veya hizmeti denemesinin sağlanmasına çalışılmasıdır. Diğer bir tetikleme tekniği ise ürünü benimsemeyi kabul eden kişiler için *yarışmalar* veya *bahisler* düzenlenmesi, kazananlara para, ücretsiz eşya veya ücretsiz hizmet dahil olmak üzere ödül dağıtılmasıdır. Üçünü bir tetikleme tekniği ise *devamlılık programları* yapmaktır. Bu programlar altında kampanya ürün veya hizmetlerini benimseyenler, bu ürünleri veya hizmetleri her kullanışlarında kupon kazanırlar ve belli bir kupon sayısına ulaştıkları zaman, yani ürün veya hizmeti belli seviyede kullandıktan sonra belli ödüller alırlar.

Koşullu Yönlendirme

Davranış kontrol düğmesinin, çözümü zor olan bazı halk sağlığı sorunlarının bireysel davranış değişikliği sağlanması yolu ile ele alınması bakımından belli seviyede potansiyeli vardır. Bireysel davranış modelleri, sağlık hizmetlerinin kullanım eğilimlerini şekillendirir. Burada kastedilen eğilimler, örneğin, yerel sağlık merkezini kullanmak yerine doğrudan doğruya bölge hastanesine gidilmesi, diplomalı doktor tedavisi aramak yerine geleneksel tedavi edenlere ve ilaç satıcılara başvurulması ve bir sağlık sorunu ciddi hale gelene kadar ayaktan tedavi aramaktan kaçınmak gibi davranışlardır. Bireysel davranış modelleri, aşı, hamile kadınlar için doğum öncesi bakım ve kronik ve bulaşıcı hastalıklardan korunma gibi, önemli hizmetlerin kullanımı (veya gereğinden az kullanımı) üzerinde de önemli etki yapmaktadır. Bu kontrol düğmesi, sigara içmek veya alkollüyen araba kullanımı gibi yüksek riskli bireysel davranışın azaltılması yanında, motosiklet üzerinde kask kullanılmasından *doktorların ellerini yıkama alışkanlıklarına* kadar bir dizi koruyucu davranışın teşviki bakımından, önemi vardır.

Bu bölümde verilen davranış değişikliği örnekleri, bu kontrol düğmesinin, sadece bir ürünün satışı veya satış için bir ürünün yeniden tasarlanmasından daha fazlasını kapsadığını göstermektedir. Davranış değişikliği kontrol düğmesi, hedef kitlenin değerlerinin keşfedilmesi, bu değerlerle uyum içinde olacak ürün veya hizmetlerin geliştirilmesi ve bu ürün ve hizmetlerin kabul edilebilirliğini güçlendirmeye yönelik stratejilerin etki değerlendirmesini içeren ve kendisini tekrarlayan bir süreç gerektirmektedir. Tanzanya'nın kırsal alanlarında sıtma ile mücadele için köylülerin ilaçlanmış cibinlik kullanmaya teşvik edilmelerine dair örnek, bu yaklaşımın büyük ölçekte uygulanması halinde ne derece etkili olabileceğini göstermektedir (Schellenberg ve arkadaşları, 2001).

Davranış değişikliği yaklaşımlarının sağlık sistemi performansının iyileştirilmesi için

kullanılmış olduğu vakalardan birisi, Uganda’da uygulanmış olan İyileştirilmiş Sağlık Hizmetleri Sunumudur (DISH – Delivery of Improved Services for Health). Özellikle kadın ve çocuk sağlığı bakımından sağlık sistemi performansının iyileştirilmesine katkı yapacak şekilde, davranış değişikliği sağlanması için, bu bölümde tartışılmış bulunan tekniklerin birçoğu DISH kapsamında kullanılmıştır (DISH 2001). Projede, performansta iyileşme, bir dizi “En iyi Uygulama” yolu ile sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu uygulama alanları arasında üreme sağlığı entegre hizmetleri bulunmaktadır ve bu hizmetler kapsamında, kullanıcı odaklı bir yaklaşımla tek noktalı alışveriş sağlanmakta, düşük maliyetli muhtelif yerel toplum etkinlikleri organize edilmekte; bu etkinlikler ise kayda alınarak daha sonra radyo şovları şeklinde yayınlanmakta; bu şekilde DISH mesajları ile çok daha geniş hedef kitlelere ulaşılmaktadır. Her ne kadar Proje amaçları sağlık sisteminin tamamını kapsıyor değil ise de DISH kapsamında, sağlık sisteminde somut iyileşme sağlamak bakımından davranış değişikliği yaklaşımlarının başarılı şekilde nasıl uygulanacağına dair birden fazla örnek görülmektedir. Nihayet, burada söz konusu olan performans iyileşmesi ise çekirdek kıstas olan sağlık durumu ve kullanıcı memnuniyeti ile ilgili iyileşmedir.

Tüm bunlarla birlikte, davranış değişikliğinin bir sihirli değnek olmadığı belirtilmelidir. Özellikle geleneksel ticari pazarlamaya nazaran, sosyal pazarlama yöntemleri hem sorun hem zorlu fırsatlar içermektedir. Karşılaşılan güçlüklerden bazıları Tablo 12.4’te sunulmuştur.

Davranış Değişikliği Çabalarının Sınırları

Davranış değişikliği konusu ile ilgilenen araştırmacılar, sosyal ve kültürel çevrelerin bireysel kararları etkilediğinin ve cinsel ilişki gibi mahrem meseleleri kapsayan karmaşık sağlık davranışları bakımından özellikle geçerli olduğunun, giderek daha açık bir şekilde farkına varmaktadırlar (Grteen, 2003). Bu bulguya yanıt olarak, etkili AIDS önleme programlarının geliştirilmesi yönünde sarf edilen gayret kapsamında, kültürel bakımdan spesifik komitelerce kabul ve destek görececek derecede uygun müdahaleler tasarlanması hususuna ağırlık verilmiştir (Sweat ve Denison, 1995). Ne var ki bu şekildeki kültürel yerleşiklik, davranış değişikliği gayretinin sınırları konusunda ciddi meseleler ortaya çıkarmaktadır ve sağlık sektörü reformcularının bu meselelerin farkında olması gereklidir.

Davranış kontrol düğmesinin kullanılarak bir hedef kitlenin, davranışından ziyade, temel değerlerinin değiştirilmesinin, son derece zor bir mesele olduğu, halk sağlığı politika yapımcıları tarafından anlaşılması gereken bir husustur. Özel sektör reklamcıları, insanların temel değerlerinin değiştirilmesinin ne kadar güç olduğunu öğrenmişlerdir; bu ise onları bu değerleri değiştirmeye çalışmak yerine tercihleri anlamaya ve mevcut değerlerle uyuşan ürünler tasarlamaya sevk etmiştir. Aslında, temel değerlerin değiştirilmeye çalışılması, bir sosyal pazarlama kampanyasının nihai etkililiğini tehlikeye atabilmektedir. Amerikan toplumunda doğum kontrol hapları bakımından iddia olunduğu üzere, yeni ürünlerin benimsenmesinin daha geniş kapsamlı sosyal değişikliğe yol açması söz konusu olabilir. Ne var ki, geniş kapsamlı sosyal değişiklikler en sık olarak çoklu tarihsel kaymalar sırasında meydana gelir, bu durum ise, nedenler ile bireysel davranış değişikliği arasında açık bağlantılar belirlenmesini çok zor kılar.

TABLO 12.4. Sosyal Pazarlamada Karşılaşılan Sorun ve Zorluklar**Pazar - Analiz Sorunları: Sosyal Pazarlamacılar**

Hedef kitle olan tüketiciler hakkında ellerinde sınırlı temel veri vardır.

Belli başlı değişkenlerde geçerli, güvenilir ölçüm elde edilmesi zordur.

Tüketici davranışının tespit edilmiş olan belirteçlerinin her birinin etkisinin göreceli ağırlığının anlaşılması zordur.

Tüketici araştırmalarının finansmanı, onaylanması ve tamamlanmasının zamanlı sağlanmasında güçlükler vardır.

Pazarın Segmentlere Ayrılmasında Sorunlar: Sosyal Pazarlamacılar

Hedef kitlenin segmentlere ayrılmasına karşı, özellikle bu şekilde bazı segmentlerin ihmal edilmesi söz konusu ise, dirençle karşılaşılmasıdır.

Segmentlerin belirlenmesi için gerekli olan doğru davranışsal verinin sık olarak bulunamamasıdır. Sık olarak, önerilen değişikliğe karşı olumsuz eğilimde olan tüketicilerin hedef alınmasının gerekli olmasıdır.

Ürün- Strateji Sorunları: Sosyal Pazarlamacılar

Ürün veya hizmet sunumunu şekillendirmede esnekliğin genel olarak sınırlı olmasıdır.

Ürün kavramlarının formüle edilmesinde güçlüklerle karşılaşılmasıdır.

Uzun dönemli pazar konumu seçilmesi ve uygulanmasında güçlüklerle karşılaşılmasıdır.

Fiyatlandırma - Strateji Sorunları: Sosyal Pazarlamacılar

Fiyatlandırma stratejisinin geliştirilmesi meselesinin, esas itibarı ile, arzulanan sosyal davranış içine girdikleri zaman, tüketicilerin katlanmaları gereken parasal, psikik, bireysel enerji sarfı ve zaman maliyetlerinin azaltılması meselesi olmasıdır.

Fiyatların ölçülmesinde güçlükler olmasıdır.

Tüketici maliyetlerini kontrol etme imkanlarının sınırlı olmasıdır.

Kanal - Strateji Sorunları: Sosyal Pazarlamacılar

İstenen türden araçların kullanılması ve kontrol edilmesinde güçlüklerle karşılaşılmasıdır.

İletişim - Strateji Sorunları: Sosyal Pazarlamacılar

Ücretli reklamin kullanılmasının genel olarak imkansız olmasıdır.

Sık olarak, mesajlarda belli türden şikayet öğelerinin kullanılmaması yönünde bir baskı ile karşılaşılmasıdır.

Mesajlarda genel olarak büyük hacimde bilgi iletilmesinin gerekmesidir.

Mesajların anlamlı bir şekilde ön testlerinin yapılmasında güçlükler olmasıdır.

Kaynak: Boom ve Novelli, 1981

Davranış değişikliği üzerine odaklandıkları zaman bile halk sağlığı çalışanları, davranış değişikliği konusuna, tüketici ihtiyaçlarını anlamaya çalışmak ve bunlara yanıt vermeye çalışarak yaklaşmak yerine, uzmanlığı esas alan ya da ürünü esas alan bir bakış açısından yaklaşma eğilimindedirler (“Onlara ne lazım olduğunu biz biliyoruz” yaklaşımı) (Levebre ve Flora, 1988, 302). Bu türden çalışma şekli, geleneksel tıp kültürünün önyargılı bakışını yansıtır; bu kültürde psikolojiye az ağırlık verilir ve mesleki kibir vardır. Uzmanlığı esas alan yaklaşımda, davranış değişikliği, uluslararası yardım projeleri ile bağlantılı olarak, “kültür emperyalizmi” suçlamalarına da yol açabilmektedir; bu türden suçlama bağlamında “yabancı” projeler “yerel” davranış şekillerinin

değiştirilmesini hedef alan müdahaleler olarak algılanmaktadır. Bu uzman durum ise hem yapılmakta olan tüm reformların kabul edilirlilik derecesini azaltabilmekte hem de yerel koşulların farkında olunmaması nedeni ile aslında hedef kitlenin refahını desteklemeyen programların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Özellikle nüfus kontrol programları bu sorunlar bakımından eleştirilmişlerdir. Örneğin, kadınların tercih yapma imkânı en az olan zamanlarda doğum sonrası kısırlaştırma teşvik edilmiş ve desteklenmiştir; ancak birçok kadın daha sonra bu kararlarından dolayı pişmanlık duymuşlardır.

Uzmanlığı esas alan gayretlerde, sık olarak, sosyal pazarlamanın tüketiciye dönük temel yöntemleri yok sayılmakta ve davranış değişikliği sağlamak üzere etkili bir programın tasarlanması için, ihtiyaç olan tüketici araştırmasının yeterli şekilde yapılması hususu ihmal edilmektedir. Bu perspektif altında, aynı zamanda, "...uygulamadan önce fikirlerin, mesajların ve yöntemlerin hedef grup(ların) temsilcileri ile ön testlerinin yapılması..." hususuna da yeterince önem verilmemesi eğilimi mevcuttur (Levebre ve Flora, 1988, 302). Oysa, sağlık sektörü reformlarında davranış değişikliği sağlamaya yönelik gayretler kapsamında -hem nicel hem nitel yöntemler kullanılarak- *tüketiciyi tanımak, anlamak* şeklindeki ihtiyaca, fazla değeri verilemez.

Davranış Değişikliği Programlarının Etik Yönleri

Davranış kontrol düğmesinin kullanılması, birden fazla etik mesele ortaya çıkarmaktadır. Bu meselelerden birincisi, alternatif etik zorunluluklar arasındaki denge ile ilgilidir. Varsayınız ki, belli bir geleneksel kültür pratiği sağlık durumunda gerilemeye neden olmaktadır: Örneğin, kızların okula gitmemesi. Bu durumun değiştirilmesinin, bir sosyal pazarlama kampanyası altında hedef alınması açıkça gerekli gibi görülebilir. Ancak, bu meselede aynı zamanda bir yanda etkililik derecesi ile ilgili nesnel faydacı amaçlar ile diğer yanda geleneğe olan göreceli toplumcu saygı arasında, potansiyel bir çatışma da vardır. Aynı mesele, erkek çocuğa öncelik veren emzirme alışkanlıkları veya kadın sünneti pratiğinde de ortaya çıkmaktadır. Biz, eşitlikçi liberal kimliği ve bakışı ile, asgari bir fırsat seviyesinin muhafaza edilmesini, eski sosyal pratiğin muhafaza edilmesinden daha önemli olarak görmek eğiliminde olabiliriz; ama bu sadece kendi görüşlerimizdir. Burada gerçek bazı meselelerin mevcut olduğu ve sağlık sektörü reformcularının bu davranış kontrol düğmesini kullanırken böyle meselelerle ilgili anlaşmazlıklarla karşı karşıya kalabilecekleri hususunun kabul edilmesi gerekmektedir.

Bir anlamda, her türden reform gayreti için geçerli olduğu üzere, bu etik meseleler, süreçlerle ilgili olarak temel sorular ortaya çıkarmaktadır. Herhangi bir neticeci argüman bakımından, daima, bu argümanın tam olarak bilimsel temele dayanmaması veya beklenmeyen veya arzu edilmeyen yan etkilerin ortaya çıkması şeklinde, riskler mevcuttur. Örneğin, bazı sağlık promosyon kampanyalarında, diyetle belli değişiklik yapılması gibi hayat tarzı değişikliği önerilerini destekleyen, yeterli bilimsel kanıt mevcut olmayabilmektedir. Başka vakalarda ise sosyal pazarlama kampanyaları, uzun vadede halk sağlığı hedeflerine zarar veren belli değerlerin sürdürülmesine, kasıtlı olmayan bir şekilde sebep olabilmişlerdir. Örneğin, prezervatif kullanımının benimsenmesi için belli bir cinsiyete dair kişilik kalıplarının kullanılması -maço stereotipleri kullanılması- erkek ve kadın arasındaki asimetrik güç ilişkilerini güçlendirebilir ve dolayısı ile HIV önleme programlarına zarar verebilir. O halde bu türden gayretlerde, hangi türden davranışın arzu edilir veya meşru olduğuna veya olmadığına kimin karar vereceği ve bu kararların ise daha geniş kapsamlı demokratik süreçler ve toplum kontrolü ile ilgili sosyal değerlerle ne derece uyumlu oldukları hakkında, ciddi sorular ortaya çıkmaktadır (Fitzpatrick, 2001).

İkinci bir etik mesele ise devletin, hangi davranışların değişmesi gerektiğine karar vermesinden sonra, bunların değişmesi amacı ile ne kadar ileri gidebileceği, ne derece zorlayıcı olabileceği sorularını kapsamaktadır. Biz, zorlayıcılık derecesinin, kısmen elde ki sorunun mahiyetine ve toplumun değerlerine bağlı olacağına inanmaktayız. Zorlayıcı önlemler, başkalarına zarar verebilen davranışlar (örneğin, kendisinin HIV virüsü taşıyıcısı olduğunu bilen birisinin korunmasız cinsel ilişki pratiği) veya kendine zarar veren davranışlar (örneğin motosiklet sürücüsünün kask kullanmama kararı) veya topluma finansal maliyeti olan davranışlar (örneğin, tütün kullanmadan ileri gelen hastalıklarla ilgili sağlık hizmeti maliyetleri) bakımından daha çok kabul görebilir. Deneysel bir bulgu olarak, kültürel bakımdan onaylanmayan davranışlar için de (örneğin, eşcinsellik veya bazı toplumlarda alkollü içki tüketimi) daha zorlayıcı önlemlerin kabul görmesinin muhtemel olduğu söylenebilir. Bazı toplumlar ise göz önünde olan davranışlardan (örneğin emniyet kemeri kullanımından) tamamen ayrı olarak, mahrem meseleler (örneğin, prezervatif kullanımı) bakımından, zorlayıcı önlem uygulanması konusunda, isteksiz olabilmektedirler (Steinbock, 1999). Burada yine reformcular tarafından dürtüst şekilde yüzleşilmesi gereken bir dizi mesele mevcut bulunmaktadır.

Belli davranışlarda değişiklik sağlamak amacı ile teşvik sağlanması da, zorlayıcı önlemler bağlamında bazı etik meseleler ortaya çıkarmaktadır. Özellikle, promosyon programı kapsamında hangi seviyede teşvik sağlanmasının zorlayıcı önlem sayılacağı sorusu vardır. Bazı taraflar, herhangi teşvik kullanımının zorlayıcı önlem sayılması gerektiğini savunmuşlardır. Başka bazı görüşe göre ise eğer bir teşvik uygulaması, bir bireyi teşvik yokluğunda benimsemeyeceği bir davranış benimsemeye ikna ediyorsa (örneğin, bir radyoyu ücretsiz almak karşılığı vazektomi kabul etmek gibi bir davranış), o zaman, o teşvik önerisi zorlayıcıdır ve etik olarak uygun değildir. Buna karşı olan -ve özenel faydacılar tarafından desteklenen- bir argüman ise, hiç kimsenin radyoyu almaya *zorlanmadığı* şeklindeki argümandır. Eğer alışveriş alıcının çıkarına değil ise alıcı o zaman bu anlaşmayı kabul etmeyecektir. Elbette, buradaki tercihin gerçekten özgür olup olmadığı, buradaki bakış açısının merkezinde yer alan bir husus olmaktadır.

Genel olarak, zorlayıcılık derecesi, reformcunun felsefi bakış açısına bağlı olacaktır. En zorlayıcı perspektif, nesnel faydacı perspektiftir. Eğer bireysel davranışlar sağlık durumuna zarar veriyor ise o zaman, bu davranışların değiştirilmesi amacı ile yüksek zorlayıcılık derecesinin gerekçelendirilebilir olduğu varsayılır. Kısacası, amaçlar (daha sağlıklı olunması) araçlar için (davranış değişikliği sağlamak üzere zorlayıcı önlem için) gerekçe olmaktadır. Bir nesnel faydacı, spesifik alanda davranışın düzenlenmesi veya belli davranışın yasaklanması veya inatçı bireylere uygulanmak üzere, karantina (veya hapis) gibi göreceli daha zorlayıcı olan müdahaleleri, bu yaklaşımlar toplumun bir bütün olarak sağlık durumunu olumlu etkilediği sürece, tercih eder.

Buna karşılık, bir liberal ise, bireyin tercihi neye saygı gösterilmesi sağlıklı olmayan davranışla sonuçlanacak olsa bile, bireysel özerkliği azaltacak olan gayretlere muhalefet eder. Yalnız, liberaller de, bireyin seçme özerkliğine saygı gösterildiği sürece, bilgi sağlanmasına itiraz etmezler. Elbette buradaki sorun ise kendi başına bilgi sağlanmasının, halk sağlığı bakımından önemli olan ve aynı zamanda bireyde güçlü şekilde yerleşmiş davranışlar üzerinde (örneğin, cinsel ilişki konusunda davranışlar, sağlık hizmeti sağlayıcıların seçimi, su kullanım alışkanlıkları veya ilaç kullanımı konusundaki kararlar üzerinde) çok etkili olamayışdır. Liberallere tezat, bir toplumcu ise sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastaları toplum değerlerine riayet etmeye ikna için davranış değişikliği yaklaşımlarını kabul edecek ve kültürel beklentilere ters olan davranışların değiştirilmesi için göreceli zorlayıcı önlemleri de onaylayacaktır.

Zorlayıcı önlemlerin rolüne dair bu görüş farkları, felsefi açıklamaya göre, halk sağlığı konusunun merkezinde yer alan bir etik soruyu yansıtmaktadır. Müşterek amaçlar için bireysel davranış değişikliği aranmasında, ne derece ve hangi türden zorlayıcı önlemler gerçekleştirilebilir önlemlerdir? Davranış değişikliği hakkında burada sunulan tartışma, davranış kontrol düğmesini kullanan sağlık sektörü reformcuları için, etik konularda düşünme ve analiz yapmanın önemini göstermektedir.

Davranış Değişikliği ve Hakkaniyet

Davranış değişikliği gayretlerinde etik bakımdan özellikle endişe konusu olan bir mesele, bu tür gayretlerin hakkaniyet ile ilgili yönleridir. Burada başlıca iki mesele görülmektedir. Bunlardan birincisi, yukarıda tartışılmış olan teşviklerin etik yönleri ile ilgilidir. Genel olarak, yoksul bireylerin, daha yüksek gelirli grupların üyelerine nazaran, teşviklerden etkilenmeleri daha muhtemeldir. Hindistan'da aşiret mensubu yoksul bir kadın ile, aynı ülkede ancak orta sınıf mensubu bir kadın, aynı derecede "özgür" tercih hakkına sahip olmakla birlikte, bunlardan birincisinin, bir sarı (uzun, enli ipek örtü) karşılığında kısırlaştırma ameliyatı olmayı kabul etmesi, ikincisine nazaran daha muhtemeldir. Bu durum hakkında nasıl düşünebiliriz?

Çoğu kişiye cazip gelen bir argüman, bir bireye temel haklarının verilmesi veya bu hakların verilmemesine dayalı olan teşviklerin, meşru kabul edilmeyecek derecede zorlayıcı olduklarıdır (Nozick, 1974). Eğer size, "Kısırlaştırılmayı veya köleleştirilmeyi seçebilirsiniz" derirse, size karşı zorlayıcı önlem uygulandığı açıktır. Biz, burada tasvir edilen durumla, mevcut ekonomik statüleri kendilerine insanca yaşama imkanı vermeyen insanlara önemli tutarda mali teşvik verilmesi arasında, bir benzerlik olduğuna inanmaktayız. Böyle teşvikler, aynı şekilde zorlayıcıdır ve bir bireyin gerçekçi anlamda reddetmeye muktedir olamayacağı tekliflerdir. O halde, ironik bir durum olarak, yoksul kişilere sağlanacak teşviklerde zorlayıcı olmak sorunundan kaçınılması ve bu teşviklerin etik bakımdan kabul edilir olmaları için, bunların, yoksul kişilerin reddedebilecekleri derecede küçük teşvikler olması gerekmektedir. (Elbette, burada daha da derinde olan hakkaniyet meselesi ise, her şeyden önce, hedef kitlenin yoksul olmasıdır. Ne var ki bu konuda bir sağlık sektörü reformu bağlamında yapılabilecek çok fazla şey yoktur.)

Etik meselelerden ikincisi, kültürel bakımdan dışlanmış grupların davranış değişikliği gayreti karşısında savunmasız durumda olmalarıdır. Yine, yukarıda belirtildiği üzere, uzmanlığı esas alan halk sağlığı müdahalelerinin geleneksel pratiği ezip geçebileceğine dair bir göreceli toplumcu endişe mevcuttur. Dünyanın her tarafında, marjinal gruplar bu türden gayret karşısında son derece savunmasız görünmektedirler; çünkü kendilerini ve kültürlerini korumak için ihtiyaçları olan siyasi güçleri yoktur (örneğin, Doğu Avrupa'da Romenler veya Meksika'da ise Mayalar). Buradaki güçlük ise, bu türden grupların, önemli derecede olumsuz sağlık sonuçları olan bazı kültürel pratiği devam ettirmekte olmaları (Fonseca, 1996) ve böylece davranış değişikliği müdahalelerinin sınırları bakımından çok zor etik soruların ortaya çıkmasıdır.

Özet

Bu Bölümü sonlandırırken, üç hususu belirtmek istiyoruz. Birincisi, bireysel davranışın değiştirilmesinin, sağlık reformu planlarının başarılı şekilde uygulanması bakımından kritik önemi vardır. Ne var ki davranış kontrol düğmesinin etkililik derecesinin sınırları vardır ve o halde, sağlık sistemi performansında istenen iyileşmenin sağlanabilmesi için,

bu kontrol düğmesinin; finansman, ödeme, organizasyon, ve düzenleme alanlarındaki değişikliklerle bağlantılı olarak kullanılması gerekmektedir.

İkinci husus, bu kontrol düğmesi ile bireysel davranışın değiştirilmesi arandığı; ancak, sosyal yapının veya halk sağlığı politikalarının güç dinamiklerinin değiştirilmesinin aranmadığı hususudur. Buna rağmen, kamu politikası tartışmalarında pazarlama yöntemleri, sosyal sorunların ve bunlarla ilgili muhtemel politika çözümlerinin mahiyetinin kamuoyu tarafından algılanma şekli ve önerilen politikaların kabul edilebilirliğini etkileme bakımından, kritiktir. (Bu meseleler, siyasi stratejiler hakkındaki Bölüm 4 içerisinde tartışılmıştır.) Ancak, bu bölümde tartışılmış olan derslerden birçoğu reformculara siyasi bağlamı yönetmede de yardımcı olabilecektir.

Üçüncü husus ise, davranış değişikliği çalışması yapılmasının, yüksek derecede taahhüt ve kayda değer pazarlama uzmanlık kapasitesinin sağlık sektörü reformcuları tarafından seferber edilmesini gerektirdiği hususudur. Sosyal pazarlama faaliyetinin hangi koşullar altında sağlık durumu lehine davranış değişikliği sağladığı hususu, yeterince spesifik şekilde tanımlanmış değildir (Walsh ve arkadaşları, 1993, 115-16). Özellikle, hangi türden davranış değişikliği yaklaşımlarının sağlık reformları bakımından en iyi netice verdikleri ve bu yaklaşımlarının hangi koşullar altında başarı şansının en yüksek olduğu konuları hakkında, daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Yalnız, burada gözden geçirilen dersleri yok sayan, yeterince iyi düşünülmemiş veya yeterince iyi bir şekilde uygulanmayan gayretlerin; başarılı sağlık sektörü reformlarına katkı yapmasının çok muhtemel olmadığına işaret eden, yeterli kanıt bulunmaktadır. Bloom, Paul N. ve William D. Novelli, 1981. "Problems ve Challenges in Social Marketing."

Kaynaklar

- Altman, Diana L.; and Phyllis T. Piotrow. 1980. "Social Marketing: Does It Work?" *Population Reports* J-21(January).
- Biener, Lois; Garth McCallum-Keeler; and Amy L. Nyman. 2000. "Adults' Response to Massachusetts Anti-Tobacco Television Advertisements: Impact of Viewer and Advertisement Characteristics." *Tobacco Control* 9: 401-7.
- Bloom, Paul N.; and William D. Novelli. 1981. "Problems and Challenges in Social Marketing." *Journal of Marketing* 45: 79-88.
- Cohen, Deborah A.; Thomas A. Farley; Jean Roger Bedimo-Etame; Richard Scribner, William Ward; Carl Kendall; and Janet Rice. 1999. "Implementation of Condom Social Marketing in Louisiana, 1993 to 1996." *American Journal of Public Health* 89: 204-8.
- D'Alessandro, U.; B. O. Olaleye; W. McGuire; P. Langerock; S. Bennett; M. K. Aikins; M. C. Thomson; M. K. Cham; B. A. Cham; B. M. Greenwood. 1995. "Mortality and Morbidity from Malaria in Gambian Children after Introduction of an Impregnated Bednet Programme." *The Lancet* 345(8948): 479-83.
- DKT International. 1998. 1997 *Contraceptive Social Marketing Statistics*. Washington, DC: DKT International.
- Fitzpatrick, Michael. 2001. *The Tyranny of Health: Doctors and the Regulation of Lifestyle*. London: Routledge.
- Fonseca, Isabel. 1996. *Bury Me Standing: The Gypsies and Their Journey*. New York: Random House.
- Green, Edward C. 2003. *Rethinking AIDS Prevention*. Westport, CT: Praeger Publishers.
- Horsburgh, C. Robert Jr. 2000. "The Global Problem of Multidrug-Resistant Tuberculosis: The Genie Is Out of the Bottle." *JAMA* 283(19): 2575-6.
- Kane, Thomas T.; Mohamadou Gueye; Ilene Speizer; Sara Pacque-Margolis; and Danielle Baron. 1998. "The Impact of a Family Planning Multimedia Campaign in Bamako, Mali." *Studies in*

- Family Planning* 29(3): 309-23.
- Kotler, Philip; and Sidney J. Levy. 1969. "Broadening the Concept of Marketing." *Journal of Marketing* 33: 10-5.
- Kotler, Philip; and Gerald Zaltman. 1971. "Social Marketing: An Approach to Planned Social Change." *Journal of Marketing* 35: 3-12.
- Lefebvre, R. Craig; and June A. Flora. 1988. "Social Marketing and Public Health Intervention." *Health Education Quarterly* 15(3): 299-315.
- Manoff, Richard K. 1985. *Social Marketing: New Imperative for Public Health*. New York: Praeger.
- McManus, Joanne. 1998. *The Future of the Pharmaceutical Industry in Asia*. New York: Economist Intelligence Unit.
- Nagle, Thomas T. 1987. *The Strategy and Tactics of Pricing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Nozick, Robert. 1974. *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic Books.
- Piotrow, Phyllis Tilson; D. Lawrence Kincaid; Jose G. Rimón II; and Ward Rinehart. 1997. *Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health*. Westport, CT: Praeger Publishers.
- "PROQUALI Improves Health Services in Brazil." *Communication Impact!* No. 10, August 2000.
- Rasmuson, Mark R.; Renata E. Seidel; William A. Smith; and Elizabeth Mills Booth. 1988. *Communication for Child Survival*. Washington, DC: Healthcom, June.
- Ross-Degnan, D.; S. B. Soumerai; P. K. Goel; J. Bates; J. Makhulo; N. Dondi; Sututo; D. Adi; L. Ferraz-Tabor; and R. Hogan. 1996. "The Impact of Face-to-Face Educational Outreach on Diarrhoea Treatment in Pharmacies." *Health Policy and Planning* 11(3): 308-18.
- Schellenberg, Joanna R.M.A.; Salim Abdulla; Rose Nathan; Oscar Mukasa; Tanya J. Marchant; Nassor Kikumbih; Adiel Mponda; Hapiness Minja; Hassan Mshinda; Marcel Tanner; and Christian Lengeler. 2001. "Effect of Large-Scale Social Marketing of Insecticide-Treated Nets on Child Survival in Rural Tanzania." *The Lancet* 357(9264): 1241-7.
- Semega-Janneh, Isatou Jallow; Erik Bohler; Halvor Holm; Ingrid Matheson; and Gerd Holmboe-Ottesen. 2001. "Promoting Breastfeeding in Rural Gambia: Combining Traditional and Modern Knowledge." *Health Policy and Planning* 16(2): 199-205.
- Siegel, Michael. 1998. "Mass Media Antismoking Campaigns: A Powerful Tool for Health Promotion." *Annals of Internal Medicine* 129: 128-32.
- Siegel, Michael; and Lynne Doner. 1998. *Marketing Public Health: Strategies to Promote Social Change*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Soumerai, Stephen B.; and Jerry Avorn. 1990. "Principles of Educational Outreach ('Academic Detailing') to Improve Clinical Decision Making." *JAMA* 263(4): 549-56.
- Steinbock, Bonnie. 1999. "Drug Prohibition: A Public-Health Perspective." In: Dan E. Beauchamp and Bonnie Steinbock, eds., *New Ethics for the Public's Health*. New York: Oxford University Press, pp. 150-79.
- Sweat, M. D.; and J. A. Denison. 1995. "Reducing HIV Incidence in Developing Countries with Structural and Environmental Interventions." *AIDS* 9(Suppl A): S251-7.
- Wallack, Lawrence; and Lori Dorfman. 1996. "Media Advocacy: A Strategy for Advancing Policy and Promoting Health." *Health Education Quarterly* 23(3): 293-317.
- Walsh, Diana Chapman; Rima E. Rudd; Barbara A. Moeykens; and Thomas W. Moloney. 1993. "Social Marketing for Public Health." *Health Affairs* 12(2): 104-19.
- Winsten, Jay A. 1994. "Promoting Designated Drivers: The Harvard Alcohol Project." *American Journal of Preventive Medicine* 10(3 Suppl): 11-4.
- World Health Organization. 1999. *What Is DOTS? A Guide to Understanding the WHO-Recommended TB Control Strategy Known as DOTS*. Geneva: WHO.
- Yang, Bong-min. 1996. "The Role of Health Insurance in the Growth of the Private Health Sector in Korea." *International Journal of Health Planning and Management* 11: 231-52.

Geçen bölümlerde, sağlık reformcularının kendi ülkelerinde daha etkili olmalarına yardımcı olacağına inandığımız bir dizi araç ve kavram sunduk. Özel bir reçete vermekten kaçındık. Bunun yerine bir reformun nasıl “hazırlanacağı” sanat ve bilimine ilişkin daha genel rehberlik sağladık. Bu beceriler göz önüne alındığında, okuyucuların kendi reçetelerini, kendi yerel koşullarına ve özel etik taahhütlerine uyan reçetelerini geliştirmek için ilerleyebileceğini umuyoruz. Ayrıca, kendi felsefi ve bilimsel görüşlerimiz konusunda şeffaf olmaya çalıştık. Böylelikle okuyucular, sunum şeklimizi ayarlayabilir ve gerekli gördüklerine “bir tedbir” ekleyebilirler.

Tekrar tekrar sağlık reformunun doğru yapılmasının kolay bir iş olmadığı gerçeğini vurguladık. Çıkar grupları, siyasi partiler ve bürokratik kurumların farklı öncelikleri olacaktır ve bunlar farklı politikaları destekleyeceklerdir. Sabit güçler, değişime karşı direnecektir. Sağlık sistemlerinin karmaşıklığı, neredeyse tüm politikaların amaçlanmayan sonuçları ortaya çıkarabilme olasılığı olduğu anlamına gelmektedir. Ekonomik dengesizlik, siyasi kargaşa ve sosyal ve kültürel gelişmeler de, muhtemel veya gerekli görülen şeyleri etkileyecektir. Aslında, sağlık reformunun *doğru* yapılması için tek bir yol yoktur; bu yüzden bizim rehberliğimiz her zaman birçok farklı faktöre *bağlı* olmuştur.

Ancak, işleri şimdi yapıldıklarından farklı -ve daha iyi- yapmanın mümkün olduğuna inanıyoruz. Dürüst ve kendi kendini eleştiren analiz, reformcuların sağlık sektörü reformunun sonuçlarını geliştirmesine yardımcı olabilir. Sunduğumuz kavram-

lar ve yöntemler -politika döngüsü, etik çerçeve, spesifik performans kriterleri, siyasi analiz, teşhis ağaçları ve kontrol düğmeleri- bu tür bir analize katkı sağlamak üzere tasarlanmıştır. Bunlar, işin organize edilmesi, nedenlerin araştırılması ve seçeneklerin oluşturularak değerlendirilmesi için bir çerçeve sağlamaktadır. Bunlar açık bir şekilde kendi kendine uygulanmaz; ancak bunların yardımcı olabileceklerine inanıyoruz.

Bu kitapta sunulan analiz, sağlık hizmetleri sistemlerinin yapısı ve işleyişi ve sağlık sektörü reform süreci hakkında bir dizi kritik önermeye dayanmaktadır. Bu sonuç bölümünde, bu önermeleri sunacak ve bunların reform süreci için etkilerini tartışacağız. Daha sonra, kontrol düğmelerine ilişkin II. Bölüm'den edindiğimiz önemli derslerden bazılarını gözden geçireceğiz.

- *Sağlık sistemleri, farklı ve genellikle birbirleriyle çatışan hedeflere uyacak şekilde gelişmiş karmaşık sosyoekonomik kurumlardır.* Sağlık sektörü düzenlemelerinin tarihsel yerleşikliği genellikle tutarsız politikalar ve kendi kendisiyle çelişkili yapılar üretmektedir. Bir jeolojik formasyonun arka planında bulunan farklı kaya katmanları gibi, farklı politika eylem alanları genellikle, sağlık sistemini farklı yönlerde hareket ettiren farklı siyasi güçlerin ürünü olmuştur. Çıkar grupları genellikle sağlık sisteminin kurumlarını ve parçalarını almış ve onları kendi amaçları doğrultusunda yönlendirmiştir. Bu yüzden, sistemin etkili bir şekilde basit, özel, nesnel bir işlevi azami düzeye çıkarmaması şaşırtıcı değildir.
- *Bu karmaşıklığa rağmen, bir ülkenin sağlık sisteminin ürettiği sonuçlar, iyi tasarlanmış ve uygulanmış kamu politikası ile daha iyi olacak şekilde değiştirilebilir.* Yakın zamanda araştırmalar, bir sağlık sisteminin yapısının nasıl kasti eylemler aracılığıyla değiştirilebileceği ve farklı değişikliklerin muhtemel etkisinin açıklanmasına yardımcı olmuştur. Bu değişkenleri, beş kontrol düğmesinin başlıkları altında özetledik ve ortaya çıkan kanıtlar, sağlık sektörü reformu için bilimsel temeli teşkil etmektedir. Oysa, herhangi bir reform önerisinin ayrıntıları ve bunun uygulamaya nasıl konulduğu, üreteceği sonuçlar bakımından önemlidir.
- *Etkili bir reform paketinin tasarlanması, reform uygulanan özel sistemin derinden anlaşılmasını gerektirmektedir.* Tekrar tekrar herhangi bir sağlık sisteminin, farklı tür analizlerin bir kombinasyonu aracılığıyla anlaşılabilirliğini vurguladık. Ancak bu anlayışın elde edilmesi kolay değildir ve bu tür anlayışlara dayalı olarak nasıl hareket edileceği konusunda karar vermek daha da zor olabilmektedir. Açıkladığımız teşhis süreci, başarılı reform girişimleri için önemlidir. Böyle bir sürecin, bir durumun doğru yapısını açığa çıkartması isteniyorsa, tabuları ve tören halindeki düşünce tarzlarını kırması gerekmektedir. Her ne kadar uluslararası deneyim bu süreçte yardımcı olabilse de yerel koşulların, geleneklerin, kapasitelerin ve tutumların anlaşılması da aynı şekilde önemlidir.
- *Sonuçları geliştirmeye yönelik tasarlanan reformlara girişmemek, ne kadar anlaşılabilir olsa da sadece performans düşüklüğünü sürdürecektir.* Sağlık sistemindeki birçok taraf aslında, sistemin performansını artırmak için sistemi değiştirmeyi istememektedir. Bunun yerine, gelirlerini artırmak veya siyasi güç kazanmak veya yerel seçmenlere fayda kazandırmak amacındadırlar; bir başka deyişle, kendi çıkarlarını korumayı istemektedirler. Bu tür motivasyon unsurları anlaşılabilir olabilse de, genellikle istenilen performans düzeylerine ulaşmayan

bir sistemi idame etmektedir. Bu muhalefet göz önüne alındığında, değişikliğin savunucuları, reform sürecinde başarılı olmak istiyorlarsa genellikle büyük çaba harcamalı ve önemli kişisel ve mesleki riskleri üstlenmelidir.

Kritik Görevler

O zaman reformcular etkili reform üretmek için ne yapmalıdır? Bizim önerimizin kökleri, bu yayının başında sunduğumuz sağlık reformu döngüsünde yer almaktadır. Reformcuların üstlenmesi gereken kritik görevlerin tanımlanması için bir yol sağlamakta ve bunların birbirleriyle ilişkisi konusunda rehberlik sunmaktadır.

Hedeflerinizi Netleştirin

Sağlık sektörü reformu, tek bir iyi tanımlanmış sorun kümesinin çözülmesi ile ilgili değildir. Bunun yerine, genellikle bazı harici şoklara cevap olarak başlatılan karmaşık ve sürekli bir süreçtir. Tipik olarak -sadece cevap hakkında değil, aynı zamanda soru hakkında da- çok fazla anlaşmazlık olacaktır. Bu yüzden reformcular, sağlık sisteminin performansını artıracaksa, öncelikle *hedefleri netleştirerek* işe başlamaları önerilmektedir.

Bu kitapta, sağlık sisteminin bir amaca varmak için kullanılan bir araç olarak görülmesi gerektiğini vurguladık ve bu amaçları tanımlamanın bir yolu olarak performans hedefleri ve ara performans ölçüleri sunduk (Bölüm 5 ve 6). Ayrıca farklı etik teorilerin (Bölüm 3'te sunulan), farklı hedefler için farklı önceliklere yol açtığını vurguladım. Yoksullara hizmet sunulması, daha özgürlükçü ABD'ye göre, İsveç veya Danimarka gibi eşitlikçi liberal toplumlarda çok daha önemlidir. Aynı şekilde, sağlıklarını neyin geliştireceği konusunda yapılan uzman odaklı bir analize dayalı olarak, Singapur, Avrupa Birliği veya ABD; kabul edilebilir düzeyden fazla bir düzeyde vatandaşlarını zorlamaya isteklidir.

Sağlık sektörü reformu döngüsü genellikle bir harici şoka cevap olarak başlatıldığı için, reformcular kamu oyununda, özellikle de medya ve siyasi çevrelerde “sorunun” nasıl tanımlandığı konusunda bilgili olmalıdır. Genellikle özel ekonomik veya bürokratik çıkarlar tarafından farklı tanımlar desteklenecektir. Doktorlar yüksek gelir elde etmek için girişimde bulunacaktır; sosyal sigorta fonu devlet desteklerinin artırılmasını talep edecektir; maliye bakanlığı mevcut israf ve verimsizlik konularını vurgulayacaktır.

Bunlardan herhangi birini basit bir şekilde kabul etmek yerine, reformcuların, belirledikleri öncelikler ve tanımladıkları hedeflere dayalı olarak kendi sorun tanımlarını oluşturmaları gerekmektedir. Siyasi tartışmaların karmaşık siyasi dünyasında kendi perspektiflerini belirlemeleri ve desteklemeleri gerekmektedir. Bu görevi, en iyi şekilde -açık ve tutarlı bir şekilde- performans hedeflerini kendi etik pozisyonları ile bağlantılandırarak yapabileceklerini öne sürdük.

Hedeflerin netleştirilmesi özellikle önemlidir; çünkü farklı hedefler muhtemelen farklı politikalar anlamına gelecektir. Bir ulusal tesiste yüksek teknoloji hizmetler üzerine odaklanmak (Kuala Lumpur'daki Ulusal Kalp Kurumu gibi) ölçek ekonomisinin avantajlarını sağlayabilir; ancak bu aynı zamanda rekabeti de azaltacaktır. Uganda'da hastane kullanımı için kullanıcı ücretleri uygulamak, düşük değerli kullanımı caydırmak suretiyle verimliliği artıracaktır; ancak bu muhtemelen yoksulları

dışarıda bırakacaktır. Agresif bir şekilde politika belirleyerek damar içi uyuşturucu kullanımını azaltmaya çalışmak, HIV'in yayılmasını azaltma yönünde etkili olabilir (veya olmayabilir); ancak bu aynı zamanda kişisel özgürlüğü de kısıtlayacaktır.

Reform önceliklerinin seçilmesi en iyi stratejik olarak yapılabilir. Bir *etik gözden geçirmeye* dayalı olarak yapılacak bir değerlendirmeden ortaya çıkan sorunlar, bir konuyu gündeme dahil etmenin ve etkili bir politikanın kabul edilmesini sağlamanın uygunluğuna odaklanan bir *siyasi analize* ve sistem performansı üzerinde pozitif bir etkiye sahip olacak herhangi bir uygun politika müdahalesinin olup olmadığı konusunda bir *teknik analize* tabi tutulmalıdır. Bunu yaparken, farklı kıyaslama uygulamaları, geliştirme hedeflerinin belirlenmesine yardımcı olabilir.

Dürüst Bir Teşhis Gerçekleştirin

Öncelikler belirlendikten ve performans sorunları tanımlandıktan sonra, reformcuların dürüst bir teşhis gerçekleştirmesi gerekmektedir. Nedenellik yapılarını ve sistem bakımından kritik önemi olan noktaları açığa çıkartmak için bir veya birden fazla “teşhis ağacının” hazırlanmasını şiddetle öneriyoruz. Bu, “Beş kere ‘neden’ diye sormak” yönündeki öneriyi ön plana çıkartmaktadır.

Dürüst teşhis için duyulan ihtiyacı vurguladık; çünkü resmi raporlar ve tartışmalar genellikle sistemin belli tabu özellikleriyle yüzleşmeyi zor bulmaktadır. Doktorlara yapılan yaygın gayriresmi ödemeler veya siyasi destekleyicilerin işe alınması, kendi görevlerini yerine getirmeyen kırsal kesimdeki doktorlar, hastane tedariklerinin çalınması, hayali rakamlarla dolu performans raporları; bütün bunlar, teşhis yolculuklarının dürüst bir şekilde hitap etmesi gereken durum türlerinin örnekleridir.

Ancak, analize çok fazla zaman ve kaynak harcanmasının, reform çabalarını geciktirebileceği; hatta felce uğratabileceğini de kabul ediyoruz. Bunun yerine, reformcular, mümkün olduğunda mevcut çalışmaları ve verileri kullanmaya çalışmalı ve her şeyi baştan yapmaya girişmemelidir. Reformcuların ne zaman analiz yapmaya son vereceklerini bilmesi gerekmektedir. Veriler, her zaman eksik olacaktır ve daha fazla çalışma yapmanın getireceği kazanımlarla ilave maliyetlerin dengelenmesi gerekmektedir. Sağlık sektörü reformu için fırsat penceresi genellikle sınırlı bir süre açık kalmaktadır ve aniden kapanabilir.

Teşhis önerimizin anahtar bir yönü, favori çözümünüzle *başlamamanızdır*. Bunun yerine, teşhisin, sloganlar ve önyargılar yerine veriler ve bilime dayanan, kanıta dayalı bir yaklaşımı takip etmesini vurguluyoruz. Örneğin, birçok düşük ve orta gelirli ülkede, Ulusal Sağlık Hesapları çalışmaları, reformcular çoğunlukla neredeyse tamamen kamu sektörüne odaklanırken, özel sektörün ayaktan sağlık hizmetlerinin çoğunluğunu sağladığını ortaya çıkartmaktadır. Böyle bir ülkedeki yetersiz sağlık durumunun nedenlerine ilişkin dürüst bir teşhis, bu hatayı yapamaz ve yapmamalıdır.

Ulusal Bağlamınızda İşlemesi Beklenen Bir Plan Geliştirin

Ulusal sorunlara getirilecek çözümler yerel bağlama uygun olmalıdır. Bu tür sorunların tasarlanması, kültürel, siyasi ve kurumsal faktörlerin ve aynı zamanda bir ülkenin ekonomik gelişmişlik düzeyinin hesaba katılmasını içermektedir. Eğer bürokratlar sosyal sigorta fonlarından para çalma eğiliminde ise (Kazakistan’da olduğu gibi)

veya eğer firmalar çalışanlara nakit olmayan tazminatları kaydırarak bordro vergilerini kaçırma eğiliminde ise (Macaristan’da olduğu gibi), bu durumda programlar tasarlanırken bu gibi olasılıklar ele alınmalıdır.

Müdahaleler konusundaki tartışmamız beş ayrı kontrol düğmesi etrafında şekillenmektedir; ancak tekrarlı bir şekilde etkili politikanın genellikle bu sınırlar boyunca koordineli eylemi gerektirdiğini vurguladık. Verimlilik için teşvikler oluşturmak amacıyla hastanelere ödeme sistemlerini değiştirmek, hastane idarecilerine söz konusu teşviklere cevap vermek için gerekli beceriler, teşvikler ve yetki de verilmediği sürece çok fazla fayda sağlamayacaktır. Yerel temel sağlık hizmeti merkezlerinin kullanımını teşvik etmeye yönelik bir sosyal pazarlama kampanyasının, eş zamanlı olarak etkili yönetsel reformlar aracılığıyla klinik ve hizmet kalitelerini geliştirirsek, başarılı olma olasılığı daha yüksektir.

Bir kontrol düğmesi dahilinde bile, bir dizi müdahale arasında politikayı koordine etmemiz gerekebilir. Örneğin, çok az ülke sadece tek bir finansman mekanizmasına dayanmaktadır. Bu yüzden, genel finansman hedeflerimize ulaşmak için, farklı kaynakların tamamlayıcı yollardan konuşlandırılmasını sağlamamız gerekebilir. Benzer şekilde, verimli olmayan hizmetleri azaltmak yönünde teşvik oluşturmak amacıyla ödemeyi kullanmak istersek, hem doktorlara ödeme yapılma şeklini ve hem de sigortanın ödemesinin nasıl yapıldığını yeniden tasarlamamız gerekebilir.

Politikayı tasarlarken, reformcuların neyin olası olduğu hakkında gerçekçi olması gerekmektedir. Örneğin, gerçekçilik, bize sağlık hizmetleri maliyetlerinin tamamının bir şekilde ödemesinin yapılması gerektiğini hatırlatmaktadır. Bu yüzden, bir finansman sistemi hassas gruplar için risk koruması sağlayacak şekilde tasarlanabilirken vatandaşların, sağlık hizmetleri sistemlerinin genel maliyet yükünü üstlenmemelerine izin verme konusundaki ulaşılmaz hedefe erişmeyebilir. Benzer şekilde, eğer yerel siyasi liderlerin kaynakları ve yetkiyi himaye amacıyla kullanma konusunda uzun evrakları varsa, sağlık sektörünün desantralizasyonun kullanıcı hizmetlerini geliştireceğini varsayamayız.

Etkili reform sanatı, aşırı hırslı ve aşırı karamsar olma arasında bir dengeyi sağlanmasını gerektirmektedir. Her iki tür hata da mümkündür. Tüm olasılıklara ve sorunlara hitap eden mükemmel bir planı tasarlamaya çalışmak muhtemelen çok uzun, çok komplike olacaktır ve sonra beklenmedik sonuçlara bağlı olarak başarılı olamayacaktır. Bunun yerine, değişim fırsatı kendisini sergilediğinde, bazı reformları hızlı bir şekilde uygulamak ve kademeli olarak ayrıntıları değiştirmek -Singapur’un tıbbi tasarruf hesabı sisteminde yaptığı gibi- daha iyi olabilir. Diğer taraftan, sadece engellere ve zorluklara odaklanmak, reformcuların çok az girişimde bulunmasına neden olabilir. Zarfı ileri sürmek ve hesaplanan riskleri üstlenmek genellikle değişimi üretmek için gereklidir. Yine, burada daha sonraki politika döngülerinde değişiklik ve ayarlama şansı bulunmaktadır.

Reformcular, uluslararası deneyimden çok şey öğrenebilir. Kontrol düğmesi bölümleri, hem pozitif hem negatif olmak üzere farklı ülkelerden örneklerle doludur. Ancak bu deneyimleri kullanırken dikkatli olunması gerektiğini vurguluyoruz. Kanıta dayalı olun, ideoloji güdümlü değil. Kendi ulusal bağlamınızı göz önünde bulundurun: sosyal değerler, siyasi fizibilite ve teknik ve idari kapasite.

Son olarak, reformcuların, reform planlarını geliştirmek için kullanılan sürecin,

hem etkililiklerini hem de kabul edilebilirliklerini etkilediğini bilmesi gerekmektedir. Anahtar aktörlerin ve çıkar gruplarının katılımı çok değerli girdiler üretebilir, meşruiyet oluşturabilir ve potansiyel muhalifleri bünyesine alabilir. Diğer taraftan, reform planları için ittifakla destek gerekmemektedir ki bu iyi bir şeydir; çünkü gerçek bir reform herkesi mutlu etmeyebilir. Müzakere etmek mi? Evet. Tavuğu tilkiye kaptırmak mı? Hayır.

Reformcuların, bir reform planı fiili olarak uygulanırsa tilkilerin ne gibi bir tepki vereceğini değerlendirmesi gerekmektedir. Bunlar, vergilerden uzak kalmaya, düzenlemeyi göz ardı etmeye, yeni geri ödeme düzenlemeleriyle “oyynamaya” ve anlamlı yeniden organizasyona direnmeye eğilimli olacaktır. Tüm bunlar, politikanın meşru gözükecek şekilde tasarlanması gerektiğini, ilgili kurumların yeterli kaynak ve bileşen yönetimine ihtiyacı olduğunu ve gerekli verilerin (ödeme, yürütme, izleme vs. hakkında) toplanmasının makul düzeyde kolay olduğunu göstermektedir. Kısaca, politikalar etkili bir şekilde uygulanma şanslarını artıracak şekilde tasarlanmalıdır.

Siyaseti Benimseyin

Reform sadece teknik bir süreç değildir, aynı zamanda oldukça siyasi bir konudur. Siyaset reform döngüsünün tüm aşamalarına yayılmaktadır. Bu, reformcuların siyaseti benimsemesi ve siyasetten kaçınmaması gerektiği anlamına gelmektedir. Bölüm 4’te ele alınmış olan açık türde siyasi analiz ve strateji geliştirme gerçekleştirmeleri gerekmektedir. Etik, çıkarlar ve inançlardaki farklılıklar kaçınılmaz olarak reform hakkında farklı görüşlere neden olacaktır. Bu anlaşmazlıkları çözmek için şu veya bu siyasi süreçler, bir ülkenin yönetim yapısından bağımsız olarak kaçınılmaz olarak kullanılacaktır.

Reform sürecinin döngüsel yapısı nedeniyle, reform politikası sürekli olarak gelişmektedir. Reform bazı çıkar gruplarını güçlendirecek, bazılarını zayıflatacaktır ve gruplar, reform politikasının uygulanışını ve yeniden tasarımını etkilemeye çalışacaktır. Yeni harici şoklar meydana gelecektir ve bunlar, her bir ülkenin yüz yüze kaldığı gerçek ve siyasi algılamaları değiştirecektir. Reformcuların kendi teknik analizlerini yeniden değerlendirmeleri gerekmesi gibi, reform süreci ilerledikçe siyasi analizlerini yeniden yapmaları da gerekmektedir.

Bu yüzden başarılı reform, bir argümanın meziyetlerinin ne olduğu konusu değildir: Bu aynı zamanda sembolizm ve dil, siyasi beceri ve kişisel taahhüt konusudur. Reformun olasılıkları hakkında gerçekçi olunması gerektiğini vurguladık. Ancak bunun yanında reformcuların basit bir şekilde değişimin imkansız veya en azından pek muhtemel olmadığı sonucuna varabileceği konusunda bilinçli olmalıyız. Şimdiki durumu savunan güçler genellikle iyi organize olmuştur, aktiftir ve karardır. Ancak reform gene de gerçekleşir. Kolombiya’nın yeni bir sigorta sistemi vardır, Kore doktor ve eczacıların rollerini ayırmaktadır ve Macaristan hastanelere farklı ödeme yapmaktadır. Bu başarılar, siyasi süreçleri; politikalarını geliştirmek için kurnazca kullanmak isteyen reformcular tarafından elde edilmiştir.

Uygulamaya Odaklanın

Başarılı uygulama genellikle liderliği ve ayrıntılara dikkat etmeyi gerektirir. Yerel mer-

ciler kararları için daha fazla sorumluluk alacaklarsa, ilave eğitim almaları gerekebilir (Hindistan Kerala’da yapıldığı gibi). Mali bakımdan desantralizasyonun bölgeler arası hakkaniyeti göz ardı etmek (Bosna’da olduğu gibi) yerine artırması isteniyorsa (Şili’de olduğu gibi), bölgeler arası yeniden tahsis sistemlerinin dikkatli bir şekilde tanınlanması gerekmektedir.

Başarılı uygulama, performansın ölçülmesini gerektirmektedir. Burada yine gerçekçilik önemlidir. Hindistan’daki bazı bölgeler, % 120 aşılama kapsamının sağlandığını rapor etmişlerdir (verilen dozların uygun nüfusa bölünmesiyle belirlenmiştir). Daha yakından incelendiğinde ortalama olarak çocukların % 40’ına, ortalama üç doz olmak üzere aşı vurulduğu ortaya çıkmıştır. Bir ölçüm sistemine çok fazla dayanırsanız, rapordaki dürüstlük veya davranışta istenmeyen bozukluk risklerine maruz kalırsınız. ABD’de, in-vitro fertilizasyon gerçekleştiren klinikler, başarı oranlarını, güvenilir standart bir şekilde rapor etmektedir. Ancak çok az klinik zor vakalarla başa çıkmaya çalışacaktır; çünkü bu onların rapor ettikleri performanslarını düşürecektir. Bu durumlar bize, raporlara değil performansa, girdilere değil sonuçlara, sadece harcanan çabalara değil neticelere odaklanma gereğini hatırlatmaktadır.

Kurumlar (ve insanlar) hem kendi çıkarları hem de kaygı nedeniyle değişime direnecektir. Hem güvenilir ve kararlı olan hem de organizasyonel değişimin dinamiklerini anlayan liderler reform süreci boyunca personele yardımcı olmalıdır. Uygulama öylesine olmaz; planlanmalı ve rehberlik ile gerçekleştirilmelidir. Kritik görevlerin belirlenmesi ve muhtemel engellerin tahmin edilmesi gerekmektedir. Tabi ki her ne kadar her şey yapılamasa da. Yöneticilerin biriken deneyimleri uyarlamaları gerekmektedir.

Özellikle üst (bakanlık) düzeylerde, genellikle personel değişimi çok hızlı yaşanmaktadır. Sonuç olarak, reformları tasarlayanlar, uygulamayı denetleyecek kadar uzun süre yerlerinde olmayabilirler. Bu boşluk, yeni bir reform programı tasarlayanlar, parlak fikirlerini yaşayan bir gerçeğe dönüştürme konusundaki pratik adımları atacak kadar ileriye dönük düşünmezlerse reform çabalarını verimsiz kılabilir.

Hatalarınızdan Öğrenin

Başarılı reform bile genellikle yeni sorunlara yol açmaktadır. Bu yüzden reformcular hatalarından bir şeyler öğrenmeye hazırlıklı olmalıdır. Reform çabasına değerlendirme sistemlerinin entegre edilmesi gerekmektedir. Tedarikçiler ve sigortacıların verileri doğru şekilde rapor etmek için teşviklere ihtiyacı vardır. Bir deneysel yaklaşımı değerlendirmek için nedenler olabilir ve her zaman uygulamaya başlamadan önce referans bilgilerinin toplanması gerekmektedir. Reformcular, sistemin ayrıntılarından bazılarının (ve belki de önemli özelliklerden bazılarının) ilk seferde optimum düzeyde tasarlanamayacağını tahmin etmeleri gerekmektedir.

Hataların kaçınılmaz oluşu, politika döngüsünün neden bir *döngü* olduğunu açıklamaya yardımcı olmaktadır. Reform tek seferlik bir çaba veya tek seferlik bir faaliyet değildir. Reformun geniş bağlamı gelişmeye devam edecektir. Teknoloji gelişmeye devam edecektir. Beklentiler artacaktır. Maliyetler yükselecektir. Ekonomik çalkantılar olacaktır. Siyasi koalisyonlar çözülecek ve yeniden gruplaşma olacaktır. Tüm bunlar, reformcuların kendilerini uzun vadede süreç konusunda kararlı kılmaları için istek-

li olmalarını sağlamaktadır. Çünkü sağlık sektörü reform çabalarının başarısı veya başarısızlığı ancak uzun vadede belirlenebilecektir. Bir reform girişiminden öğrenilen dersler ancak uzun vadede önceki reform girişimlerini değiştirecek ve geliştirecektir.

Kontrol Düğmelerinden Öğrenilecek Dersler

Bölüm II'deki her bir kontrol düğmesi bölümünün sonunda, “koşullu rehberlik” adını verdiğimiz bir dizi yorumda bulunduk. Bu yorumların arka planındaki gerçek, gelecekteki reformculara “Duruma göre değişir” demenin yetersiz olduğunu fark etmemizdir. Bunun yerine, politikanın her bir ülkenin durumuna nasıl dayanması gerektiği hakkında bir şeyler söylemek ve bu durumun hangi yönlerinin hangi şekillerde önemli olduğunu netleştirmek yükümlülüğündeyiz. Bir ülkenin olgusal durumunun ve değer taahhütlerinin politika seçimlerini etkilemesi gerektiğine inanıyor olsak da tüm politika seçeneklerinin eşit oluşturulduğuna inanmıyoruz. Yıllar boyu edinilen uluslararası deneyim bize oldukça fazla şey öğretmiştir. Bu sonuç bölümümüzün bu kısmında, okuyuculara, ciddi hakkaniyet çıkarımlarına özel olarak dikkat çekerek, bize göre söz konusu çıkarımların ne olduğu konusunda bazı vurgulamalarda bulunmak istiyoruz.

Finansman

Finansman konusundaki tartışmamızın çıkış noktası, bir ülkenin sağlık sektörünü finanse etme kapasitesinin, ekonomik gelişmişlik düzeyi ile sınırlı olduğu gerçeği idi. Bu nedenle, bu bölümün çoğunluğunda bu ayrım analizimize kaynaklık etmiştir. Optimum düzeyde tasarlanmış bir finansman sisteminde bile ortalama düzeyde geliri olan sağlıklı bir vatandaş, doğrudan veya dolaylı olarak, kendi rutin bakımının maliyetlerini, bunun yanında risk havuzlaması için artı bir miktarı ve yoksullara yeniden dağıtılacak bir miktarı ödemek zorundadır. Söz konusu bir şahsın ne kadar ödeyebileceği ve ödeyeceği açık bir şekilde ekonomik koşullarıyla sınırlı kalacaktır.

Genel olarak, gerçek anlamda risk koruması sağlamak için, ödeme kapasitesine dayalı evrensel bir sistemin gerektiğini gözlemledik. Bu, zenginlerin yoksulları çapraz olarak desteklemesine ve sağlıklıların hastalar için ödeme yapmasına izin vermektedir. O zaman orta ve yüksek gelirli ülkelerin çoğunlukla sağlık hizmetleri sistemlerini finanse etmek için sosyal sigorta veya genel gelirlere dayanması şaşırtıcı değildir. Ülkeler kalkınma ölçeğinde yukarıya hareket ettikçe, sosyal sigorta genellikle çekici olmaktadır; çünkü böyle bir sistemde gizil durumda bulunan sosyal sözleşme genellikle vergi uyumluluğunu artırmaktadır.

Yoksul ülkelerde yapılan hane halkı anketleri, yoksul insanların bile hizmet için -özel tedarikçiler için ya da kamu sektöründeki ücretler, ilaçlar ve “bahşışlar” için- önemli düzeyde cepten harcama yaptıklarını ortaya çıkartmıştır. Bu fonları daha etkili bir şekilde kullanabilmek için, toplum finansmanı ve diğer desantralizasyon biçimlerinin çok şey sunabileceğine inanıyoruz. Ancak aynı zamanda kamu sektöründe gelişmiş yönetimin ve gelişmiş hizmet kalitesinin, vatandaşları; en azından belli düzeyde riskten koruma sağlayan bir sisteme finansal taahhütte bulunma konusunda istekli yapacağına inanıyoruz.

Son olarak, üst orta gelirli ülkelerde özel sigortanın endişe verici düzeyde geliştiğini gözlemliyoruz. Bu sistemlerde çok yüksek işlem maliyetleri bulunmakta; bunlar

karmaşık düzenlemeyi gerektirmekte ve sadece sınırlı risk paylaşımı sunmaktadırlar (özellikle bireylerin sosyal sigorta havuzlarından çekilmelerine izin verdikleri yerlerde). Birçok ülkenin, zenginlerin, kamu sisteminin sunabileceğinden daha iyi hizmetlere erişimine izin veren bu tür programların oluşturulmasına imkân tanıma konusunda elitlerden gelen baskı altında olduğunu görüyoruz. Aynı zamanda, sağlık hizmetleri sistemi için ilave finansman sağlamak amacıyla yüksek gelirli bireylerin ödeme istekliliğini harekete geçirme eğiliminin fazla olduğunu anlıyoruz. Şili’de olduğu gibi katılmamayı tercih etme modeli yerine özel sigorta yönünü takip eden ülkeler için reformcular, söz konusu sigortanın kamu kapsamının yerine geçen bir unsur değil; buna bir ek olduğu Avustralya tarzı bir yaklaşımı değerlendirmek isteyebilir.

Ödeme

Ödeme yaklaşımımız, ödeme sistemlerinin neden olduğu teşviklerin gücünü vurgulamıştır. Hiçbir ödeme sistemi mükemmel değildir. Tüm sistemler, şu veya bu şekilde tedarikçi davranışını çarpıtmaktadır ve reformcuların kendilerini en rahat hissettikleri çarpıklığı değerlendirmelidir. Bu bağlamda, reformculara genel önerimiz, tedarikçinin neden olduğu talebin enflasyon etkilerini en aza indirmek için doktorluk hizmetleri için hizmet başı ücret temelli geri ödeme sisteminden uzak durmaya çalışmalarıdır. Benzer şekilde, geleneksel bütçe sistemleri kaliteyi artırmak için çok az teşvik üretebilirken bile hastane hizmetleri için günlük ödemeler, kalış süresinin uzamasını teşvik etmektedir. Daha karmaşık alternatiflerin -paranın hastaları takip ettiği kişi başı ödeme veya kabul başına ödeme gibi- siyasi ve teknik zorluklarını kabul ediyoruz; ancak birçok durumda teşvik temelinde bunların tercih edilebilir olduğuna inanıyoruz.

Tedarikçiler ne kadar sofistike ve piyasa odaklı hale gelirse, ödeme yöntemleri de o kadar önemli hale gelecektir. Çünkü söz konusu tedarikçiler fiyat sinyallerine ve kendi fiyat-maliyet marjlarındaki değişikliklere daha agresif bir şekilde cevap verirler. Bu yüzden, farklı hizmetleri sağlamak veya farklı hastaları tedavi etmek için göreceli fiyatlara yakından dikkat edilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde, en hastalar ve başa çıkılması en zor olanlar, hizmetin önündeki engellerin artmasıyla yüz yüze kalabilir. Bu, ciddi hakkaniyet endişelerini gündeme getiren bir sonuçtur.

Ayrıca bir de ödeme düzeyleri sorunu vardır. Uluslararası deneyimler şunu göstermektedir ki tedarikçiler -kendilerine ne kadar ödeme yapılırsa yapılsın- kendi ödeme düzeylerinden hiçbir zaman memnun kalmamaktadır. Ödeme düzeylerine ilişkin sonuçta ortaya çıkan anlaşmazlık, ödemeleri belirleme sürecinin kurumsal tasarımıyla reformcular tarafından tahmin edilerek göz önünde bulundurulmalıdır.

Hastaların üstlendiği ücretlerin çok düşük olması halinde ortaya çıkacak aşırı kullanıma ilişkin ekonomik literatürde birçok konu yazılıp çizilmiştir. Bu bazı bağlamlarda (örneğin ücretsiz ilaç) önemli bir endişe olabilirken, düşük gelirli ülkelerde hizmet aramanın fırsat maliyetleri, ilaçların ikincil maliyetleri, rüşvetler vs. genel olarak aşırı kullanımı caydıracak kadar yüksektir. Bu yüzden, yüksek cepten ücretlerin muhtemel kullanımın, özellikle yoksullar üzerindeki caydırıcı etkilerine çok dikkat edilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Çünkü bunlar doğrudan risk koruması ve sağlık durumu hedeflerine yönelik işlemektedir.

Organizasyon

Sağlık sektörü organizasyonu konusundaki analizimiz, Organizasyonel Performansın Altı Anahtarı adını verdiğimiz konu üzerinde odaklanmıştır. Başarılı bir reform hem yöneticilere daha etkili çalışmak için nedenleri hem de bu teşviklere cevap vermek için ihtiyaç duydukları yetki ve beceriyi vermelidir. Bu yüzden, kamu sektörünün yeniden yapılandırılması için verilecek her öneri -ör. özerkleştirme, kurumsallaştırma veya desantralizasyon - çalışanlar ve yöneticiler için ne gibi bir fark teşkil edeceğini görmek için analiz edilmelidir. Bu nedenle “Şeytan ayrıntılarda gizlidir.” ifadesi özellikle bu tür önerilerle ilgilidir.

Reformcular, hizmet sunum sisteminde kimin ne yaptığını değiştirmeyi göz önünde bulundururken, kararlarının hem verimlilik hem de erişim bakımından etkilerinin bilincinde olmalıdır. Büyük ölçek, hizmetlerin etkili elverişliliğini azaltsa bile, hem maliyeti düşürebilir hem de klinik kaliteyi artırabilir. Bu özellikle merkezileştirilmiş hizmetlerin yolculuk süresini, cepten ödeme maliyetlerini ve bürokratik uzaklığını, kullanım bakımından ciddi bir engel olarak gören yoksullar ve marjinal gruplar için önemlidir.

Özel tedarikçilerin ve özel piyasaların kullanımına ilişkin tartışmamız, bu tür bir yaklaşımın potansiyel faydaları gerçekleşecekse rekabeti sağlama ihtiyacına odaklanmaktadır. Alıcıların karmaşık olduğu ve hükümetin hedefinin kullanıcı memnuniyeti olduğu durumda, rekabetçi piyasaların uygun olma olasılığının daha yüksek olduğunu öne sürdük. Ancak, bu piyasaların sağlık sektöründe uygun şekilde işlev görebilmesi için genellikle önemli düzeyde hükümet düzenlemesi gerekmektedir. Bu yüzden, piyasadan potansiyel gelirlerin tam olarak gerçekleştirilmesi isteniyorsa, bu tür düzenlemeleri üstlenme kapasitesi mevcut olmalıdır. Ayrıca, reformcular şunu anlamalıdır ki özel satıcılar ne kadar rekabetçi hale gelirse, bu konuda ödeme almadıkça veya buna zorlanmadıkça, sosyal önceliklere cevap verme (örneğin yoksulları koruma) eğilimleri daha az olacaktır.

Özerkleştirme, desantralizasyon veya satın alıcı-tedarikçi ayrımı gibi birçok yeniden organizasyon önerisi, merkezi idare kurumları için önemli sorunlar teşkil etmektedir. Bunların işlevleri son bulmayacaktır; ancak dönüştürülmeleri gerekecektir. Gerekli olabilecek yeni beceriler ve tutumların bakanlıklar tarafından geliştirilmesi genellikle kolay değildir.

Aynı şey, genel tipteki kamu sektörü kurumlarının işleyişini geliştirmek için gereken kurumsal düzeydeki değişiklikler için de söylenebilir. Bunlar şiddetli siyasi muhalefetle karşılaşacaktır; çünkü birçok kamu hizmet sunumu sisteminin himaye yapıları özelliğini göz ardı edeceklerdir. Bu durum, neden bu değişikliklerin daha geniş kapsamlı olarak uygulanmadığını açıklayabilmektedir. Oysa, hizmet sunum kurumları düzeyinde daha etkili yönetim olmadan, Toplam Kalite Yönetimi veya başkasına ihale etme gibi yaklaşımların etkili olma olasılığı düşük olacaktır.

Düzenleme

Düzenlemenin uygulanması genellikle zordur. Bunun nedeni, düzenlemenin, insanların yapmak istemediklerini yapmalarını sağlamak için devletin zorlayıcı gücünü kullanmasıdır. Vatandaşlar bu durumda direnmekte ve kaçınma, yolsuzluğa başvurma

veya diğer türlü süreçten uzak kalmanın yollarını arayabilir. Bu yüzden düzenleme, hem düzenleyiciler hem de düzenlenenler, sürecin hedefini genel olarak meşru gördüğü zaman en iyi işlemektedir. Bu, istekli uyumluluğu önemli düzeyde kolaylaştırmaktadır, bu da uygulama çabalarının caydırma etkisini önemli düzeyde artırmaktadır. Aynı nedenle, bir düzenleme kurumunun etkililiğini korumak için sürekli siyasi destek gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri düzenlemesini, piyasaları tesis etmek, piyasaları mükemmelleştirmek ve piyasaların yapamadığını yapmak bağlamında analiz ettik. Düzenlemenin son iki biçiminin yaygınlığı ve çeşitliliği, sağlık sektöründe piyasa yaklaşımının sınırlarını göstermektedir. Çünkü bu sektörde alıcılar, genellikle bilgi sahibi değildir ve acente sorunu son derece önemli düzeydedir. Bilgi ve sertifikalandırma stratejilerinin, eğitilmiş, karar verme becerisi olan, sosyal statü sahibi ve bu verileri kullanmak için gerekli kişisel etkinliğe sahip olan kişiler için faydalı olacağına işaret ettik. Bu yüzden, orta ve üst sınıflara kıyasla marjinal gruplarda bunların faydalı olma olasılığı daha düşüktür. Ancak aynı zamanda, daha az eğitilmiş tedarikçilerin uygulamasını sınırlandırmaya yönelik olarak tasarlanmış kalite odaklı düzenlemenin, aynı zamanda bu hassas nüfuslar için hizmetin erişilebilirliği üzerinde ters etkiye sahip olacağı paradoksuna da işaret ettik.

Birçok düzenleme biçimi, önemli düzeyde bilimsel, yasal ve ekonomik uzmanlık gerektirmektedir. Bu yüzden reformcuların stratejik olması ve hangi düzenleme girişimini üstlenecekleri konusunda karar vermek için mevcut idari kapasiteyi, veri gereksinimlerini, yürütme süreçlerini ve denetim kaynaklarını değerlendirmesi gerekmektedir. Reformcular, aynı zamanda, bu kaynakları korumak ve düzenlenenlerden gelen muhalefeti en az düzeye indirmek için, düzenleme yerine meslek birliklerinin, Sivil Toplum Kuruluşlarının veya sertifikalandırma süreçlerinin kullanılmasını düşünmelidirler.

Davranış

Bizim görüşümüze göre, sağlık sektörü reformcuları, bireysel davranışı değiştirme yönünde çabaların sağlık sektörü reformunda oynayabileceği potansiyel rolü hem azımsamakta hem de gözlerinde büyötmektedir. Gözde büyötmek, vatandaşların temel değerlerini ve tutumlarını -ki bunların aslında değiştirilmesi aşırı zordur- etkileme konusundaki gerçekçi olmayan hırslı planlar biçiminde ortaya çıkmaktadır. Azımsamak ise bu olasılıkları göz önünde bulundurmama şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Kitap boyunca davranış değişikliği konusunda kullanıcı odaklı bir yaklaşımın gerektiğini vurguladık. Reformcuların görüşlerini, kullanıcıların mevcut ihtiyaçları ve değerlerini karşılayan veya onları yansıtan bir şekilde pazarlaması gerekmektedir. Bu, söz konusu kullanıcılar üzerindeki deneysel araştırma ile başlamaları ve uygun piyasa segmentleri belirlenecek şekilde nasıl değişiklik sergilediklerini öğrenmeleri gerektiği anlamına gelmektedir. Daha sonra dört kavramı (yer, ürün, fiyat ve teşvik) birleştiren bir plan geliştirilebilir. Bu planların geliştirilmesi için -ister sağlık hizmetleri sistemindeki bireysel hastalara yönelik olsun ister tedarikçilere yönelik olsun- beceri ve karmaşıklık hareketi gerekmektedir.

Son Düşünceler

Eğer sağlık sektörü reformu çok zorsa ve reformculardan çok şey talep ediyorsa şimdiye kadar bunları okuyan okuyucular kendilerine şu soruyu soruyor olabilirler: “Neden bu zorlu yükü yüklenelim?” Bu konuyu geçen beş yıl boyunca dünya çapında birçok kursta ve çalıştayda birçok katılımcı ile tartıştık. Tabi ki bu sorunun cevabı, sürece dâhil olan her bir şahsın bireysel değerlerine dayanmaktadır. Ancak, konuya ilişkin yapmış olduğumuz konuşmalarda sürekli tekrar edilen bazı düşünceleri aktarmak istiyoruz.

Birincisi, sağlık bir toplumdaki tüm bireyler için hem fırsat hem de iyi oluş hali bakımından önemli bir bileşendir. Bu yüzden, sağlık durumunu geliştirmeye çalışanlar, her türlü etik bakış açısından gerçekten önemli bir iş yapmaktadır. Aynı durum, bireyleri hastalığın finansal risklerine karşı koruma -bu korumaya sahip olmayanlar için büyük endişe ve yoksunluğa neden olan riskler- yönündeki çabalar için de geçerlidir.

İkincisi, bir toplumda en kırılgan olanlara bu kazanımların sağlanması, bizim etik yaklaşımımıza göre, özellikle acil ve övgüye değer bir görevdir. Modern tıp biliminin sıra dışı gelişmelerine erişimi artırmak, insanların milyonlarca belki milyarlarcasının yaşamlarında inanılmaz değişikliklere neden olabilecektir. Umuyoruz ki bu bağlamda özellikle yetersiz bir iş çıkartan dünyadaki bir sanayi ülkesinden geliyor olmamız, bu noktadaki güvenilirliğimiz üzerinde bir şüphe teşkil etmez. Çünkü biz, Amerikan sistemini çok da savunmuyoruz; kısmen bunun nedeni hakkaniyet performansı düzeyinin yetersiz olmasıdır.

Üçüncüsü, bütün zorluk ve düş kırıklıklarına rağmen, sağlık sektörü reformu; bizce zekânın, enerjinin, hırsın ve eleştirel düşünmenin bir fark sağlayabileceği bir alanda gerçekleşmektedir. Bu alan, bir kişinin birçok farklı yönünü -analitik ve kişisel, yaratıcı ve amaçlı- çağrıştıran bir alandır. İnsan yaşamının birçok yönünün -siyaset ve ekonomiden kültürel güçlere, biyolojik süreçlere ve felsefi kararlılıklara- göz önüne alınmasını gerektirmektedir. Gerçekten yapmaya değer olan şeyin yapılması için, liderlik ve ustalık için fırsatlar sunmaktadır. Bu sürece katılmayı tercih edenler için bu kitabın bir kılavuz ve el kitabı, alet kutusu ve tasarım manüeli işlevi görmesini ve sunduğumuz yöntemler ve gözlemlerin, önümüzdeki yıllarda sağlık reformunu doğru yapma şansınızı artırmasını umuyoruz.



TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI

Bu kitap, tüm dünyada sağlık sektörü reformu ile uğraşan analistlerin, araştırmacıların ve yetkililerin hissettiği çok önemli bir ihtiyaca karşılık vermektedir. Sağlık hizmeti sunum sistemlerinin performansının nasıl iyileştirilebileceğine dair pratik bir rehber sağlamak amacıyla yazarlar, muhtelif analitik yöntemleri ve uluslararası tecrübeyi sentezlemiştir. Ekonomik analizler, politika stratejisi, yönetsel konular ve etik kaygıların ele alındığı bu kitap, okura; sorunların tanımlanmasına, nedenlerin teşhis edilmesine, çözüm üretilmesine ve kabul ile uygulamanın temin edilmesine ilişkin adım adım ilerleyen bir süreç sunmaktadır. Sağlık sistemleri ile bir ulusun halkının iyi olma hâline odaklanan bu kitap, okurun, her ulusun kendi durumuna göre şekillendirilmiş etkili stratejiler geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca, bu kitapta dezavantajlı grupların karşı karşıya kaldığı hakkaniyet ve zorluklar gibi konulara da özel önem atfedilmiştir.

YAZARLAR HAKKINDA

Marc J. Roberts, Ph. D., Harvard Halk Sağlığı Okulu Sağlık Politikası ve Yönetimi Bölümü'nde Politik Ekonomi ve Sağlık Politikası Profesörü

William Hsiao, Ph. D., Harvard Halk Sağlığı Okulu Sağlık Politikası ve Yönetimi Bölümü'nde Ekonomi Profesörü ve Sağlık Hizmetleri Finansman Programı Direktörü

Peter Berman, Ph. D., Harvard Halk Sağlığı Okulu Toplum ve Uluslararası Sağlık Bölümü'nde Toplum ve Uluslararası Sağlık Ekonomisi Profesörü ve Uluslararası Sağlık Sistemleri Programı Direktörü

Michael R. Reich, Ph. D., Harvard Halk Sağlığı Okulu Toplum ve Uluslararası Sağlık Bölümü'nde Taro Takemi Uluslararası Sağlık Profesörü ve Harvard Toplum ve Kalkınma Çalışmaları Merkezi Direktörü

“Sağlık Reformunun Doğru Yapılması” Kitabına İlişkin Övgüler

“Bu kitap, insanlara sürdürülebilir bir biçimde yatırım yapmaya ilişkin küresel kalkınma yaklaşımındaki boşlukları dolduruyor. Sağlık sistemi reformu, Bin Yıl Kalkınma Hedefleri'ne ulaşmak ve HIV/AIDS'in doğurduğu zorluklarla uğraşmak için uygulanacak olan her türlü uygulama planının merkezinde yer almalıdır. Burada sunulan çerçeve, kuramın ötesine geçiyor. Bu kitap, ülkelerin birbirinden farklı olan ihtiyaçlarına yanıt veren pratik bir rehber. Bu kitap, kendini sürdürülebilir insani kalkınmaya adanmış herkes için gerekli.”

Mamphela Ramphela, M.D., Ph.D.,
Yönetim Kurulu Başkanı, Dünya Bankası

“Sağlık reformuna ilişkin sistematik bir rehber niteliğinde olan bu kitap Bin Yıl Kalkınma Hedefleri'ni sağlık alanında gerçekleştirmeye çalışan politika yapıcılara yardımcı olacak çok değerli bir eserdir.”

Harvey V. Fineberg, M.D., Ph.D.,
Başkan, Ulusal Akademiler Ulusal Tıp Enstitüsü

“Bu kitap sağlık sektöründe görev yapan, konumu nedeniyle veya kendi arzusuyla “Daha önceden var olmayanları hayal et ve neden olmasın diye sor!” diyen herkese yönelik bir eserdir. Konuya titiz ve disiplinli bir yaklaşım gösteren, deneyimlerden, içgörülerden yararlanan, mesleki ve şahsi bütünlük içinde kaleme alınmış olan bu kitap okuru yönlendiriyor, derinleştiriyor ve ona ilham veriyor. Sahnede ve özellikle de gelişen dünya koşullarında yer alan içimizden bazıları için bu kitap, mücadeleye devam etme gayesi ve ümidinin yanı sıra savaşı yaralarımıza da anlam katıyor.”

Alfredo R.A. Bengzon, M.D., M.B.A.,
Mesleki Okullar Başkan Yardımcısı ve Ateneo de Manila Üniversitesi İşletme Fakültesi Dekanı

ISBN No: 978-975-590-308-8
Sağlık Bakanlığı Yayın No: 784
HMM Yayın No: SB-HM-2010-21