
SAĞLIK HİZMETLERİNDE KÜRESEL REFORM YAKLAŞIMLARI

Davuthan GÜNAYDIN*

ÖZET

Sağlık hizmetlerinde, 1980'lerin başlarından itibaren gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli reform girişimlerinin olduğu görülmektedir. Bu reformların başlıca nedeni, artan yaşlı nüfus oranı ve sağlık teknolojilerindeki gelişmelerin kamu maliyesi üzerindeki baskıları gösterilmektedir. Çözüm olarak da kamunun sunduğu sağlık hizmetlerini, piyasa aktörleri ve bireyler ile paylaşması önerilmektedir.

IMF ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlarca desteklenen bu reformların ana unsurunu, sağlık hizmetlerinin piyasa temelinde yeniden kurgulanması oluşturmaktadır. Bu yeni yapılanmada kamu, sağlık hizmeti sunmaktan çok, sağlık hizmetleri piyasasını düzenleyen, kurallar koyan ve finansman sağlayan bir rol üstlenmektedir. Böylelikle tasarruf edeceği kaynaklarla, asıl sorumluluğu olan koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verebilecektir.

* Dr., e-posta: davuthangunaydin@yahoo.com

Sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilmeye çalışılan reformlar genel olarak iki grupta değerlendirilmektedir. Bunlardan ilki, DB ve IMF tarafından desteklenen "piyasa temelli" sağlık reformudur. Bu modelde sağlık hizmetleri, piyasa ekonomisi ile ilişkilendirilmektedir. İkincisi ise, DSÖ ve UNICEF tarafından desteklenen "sosyal model"dir. Bu model, sağlık hizmetlerini insan ihtiyacı temelinde değerlendirir. Ayrıca, bu iki modele ilave olarak, her iki modelin birlikte kullanıldığı, "yaklaşımların işbirliği" olarak adlandırılabilir üçüncü bir modelden de söz etmek mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri Reformu, Sağlık Hizmetleri Sözleşmeleri, Sağlık Politikaları, Topluluk Temelli Sağlık Hizmetleri, Kamu Sağlığı Yaklaşımı, Kamu Özel Ortaklığı.

ABSTRACT

GLOBAL REFORM APPROACHES IN HEALTH CARE SERVICES

Since the beginning of 1980s, some important reform initiatives in health care elderly people and the high costs of technological developments in health care services are the main reasons of those reforms. Sharing the public health care services between the actors in the health care market and the individuals is suggested as a solution.

The main reasons of those reforms, which supported by some international foundations as WB IMF is to rebuilt the health care services on market basis. In this organization government would organize and control health care services, market he rules of the competition and provide financial support rather than providing health care service itself. With the help of those economical savings, government can give more support to preventive health care services, which are the government's main responsibility.

The reforms that are planned to be realized in the future will be evaluated in two groups. The first one of them is "the market based", which is supported by WB and IMF. In this model, health care services are related with the market economics. The second one is "the social

model”, which is supported by WHO and UNICEF. This model treats health care services at a base that health care is a commodity for human beings. It is also possible to think of a third model that can be named “cooperation of approaches” which represent a model where these two approaches given above are combined together

Key Words: *Health Care Reform, Health Care Contracting, Health Care Policy, Community Based Health Care Services, Public Health Approach, Public-Private Partnerships.*

GİRİŞ

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

1970’lerin sonlarında yaşanan ekonomik krizlerin neden olduğu ekonomik sıkıntılar ulus devletleri, kamu marifetiyle sundukları pek çok sosyal devlet uygulamasından ya vazgeçmeye ya da bu hizmetlerin kamu maliyesi üzerine yaptığı baskıları paylaşma yönünde reformlar yapmaya zorlamıştır. Özellikle uluslararası kuruluşların baskıları hükümetleri, sosyal devlet uygulamalarında, piyasa dinamiklerini kullanma yönünde düzenlemeler yapmak zorunda bıraktığı görülmektedir.

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

yönünde düşünceler dile getirilmeye başlanmıştır. Ayrıca maliyetlerde yaşanan artışlarla mücadele etmek için, maliyet paylaşımı ve maliyet kısıtlamaları gibi politikalar uygulamaya konulmuştur. Yeni sistem içerisinde sağlık bakanlığının bazı görevleri de yerel yönetimlere devredilmiştir.

Genel olarak refah devletinin pek çok görevlerinde yaşanan piyasa yönlü reform girişimlerinin, en etkilisi ve belki de toplumsal refahı en çok etkileyeni, kamu sağlık hizmetleri alanında yapılan reformlardır. Çünkü sağlık, bireysel tercihlere bırakılmayacak kadar toplumu ilgilendiren bir konudur. Bir başka deyişle, sağlık hizmetlerinde yapılacak düzenlemeler yalnızca bireyleri değil, tüm toplumu etkilemektedir.

Sağlık hizmetlerinde yapılan reformlar incelendiğinde, hemen bütün reformların ortak çabasının, tüm yurttaşların sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak olduğu görülmektedir. Bunu gerçekleştirmek için uygulanan reformlar ise; piyasa merkezli, kamu merkezli ve bu iki yaklaşımın birlikte kullanıldığı reformlar olmak üzere üç kategoride incelenebilir.

1. SAĞLIK HİZMETLERİ REFORM YAKLAŞIMLARI

Reform; daha iyi duruma getirmek için yapılan değişiklik, iyileştirme, düzeltme olarak tanımlanmaktadır¹. Yaygın bir kullanım alanı olmakla beraber, sağlık sektöründe reform kavramının neleri içerdiğine dair uluslararası düzeyde kabul edilmiş bir tanım yoktur. Yapısal sağlık reformu siyasi iradenin bir sonucu iken, örgütsel değişimler, evrimsel bir nitelik taşımakta ve siyasi otoriteden bağımsız bir şekilde gelişmektedir. Genel olarak sağlık hizmetlerinde reformu, sağlık örgütlerini ve politikalarını değiştirmeye yönelik, yürürlüğe giren faaliyetler bütünü olarak tanımlayabiliriz. İçeriğini ise; önceliklerin belirlenmesi, politikaların geliştirilmesi ve bu politikaların uygulanması sürecini kapsar².

¹ Türk Dil Kurumu Sözlüğü, 4.Akşam Sanat Okulu Matbaası, 10.Basım, Ankara, 2005.

² R. B. Saltman, J.Figuera, “Avrupa ülkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 14, Sayı 5, 1999, s. 385.

1980'lerin ortalarından itibaren hemen bütün ülkelerin politik söylemlerinin içerisinde sağlık hizmetlerinde reform yer almaya başlamıştır. Ülkeleri sağlık hizmetleri alanında reform yapmaya iten esas neden, sağlık hizmetlerinin artan maliyetidir. Maliyet artışları ülkeleri, tıbbi mal ve hizmetlerin daha ekonomik kullanımı için çözüm arayışına yöneltmiştir³. Özellikle nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıkların artmasına bağlı olarak artan bakım hizmetleri, maliyet artışına neden olan en önemli unsurlardır. Ayrıca yeni teknolojilerin gelişmesine bağlı olarak ortaya çıkan tedavi yöntemleri ve toplumun artan beklentileri de sağlık hizmetlerinin maliyetini arttırmıştır. Bu bağlamda, 1980'lerin ortalarında başlayan reformlar verimlilik, etkinlik, hasta tercihleri ve finansal baskılar doğrultusunda, sağlık sistemlerinin değişmesine yol açmıştır⁴. Sağlık politikaları reformu, yalnızca normatif değil, örgütsel ve ekonomik bir faaliyettir. Genel olarak sağlık hizmetleri reformu ile amaçlanan, sağlık harcamalarında etkinliğin ve verimliliğin artırılması, hizmetlere erişimin ulusal düzeyde sağlanması ve toplumun her tabakasına aynı kalitede sağlık hizmeti sunma yönündeki baskılara cevap vermektir.

Sağlık politikaları reformunun neleri içerdiğine dair genel kabul görmüş bir yaklaşım yoktur. Farklı bakış açıları kavramı, kendi çerçevesi içerisinde değerlendirmektedir. Fakat yaygın olarak kabul gören anlayış, sistemde yapılan küçük değişiklikleri, yapısal reformlarla bir tutmamak gerektiğidir. Genel olarak sağlık reformunun süreç ve içeriğini şöyle sıralayabiliriz⁵.

- Reform, küçük değişikliklerden farklı olarak, sistemin yapısında kalıcı değişikliklere yol açmalıdır. Politika değişimleri ile beraber planlı, sürdürülebilir ve uzun dönemli olmalıdır,

³ Friedrich Breyer, Andreas Haufler, "Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution", *International Tax and Public Finance*, 7, 445-461, Kluwer Academic Publishers, Netherlands, 2000, s. 445.

⁴ R. B.Saltman, J.Figuera, *Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Ankara, 1998, s. 384-385.

⁵ Saltman, Figueras, *Avrupa Ülkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi* s. 385.

- Bulunulan sosyo-kültürel yapıya bağlı olarak ulusal, bölgesel ve yerel yönetimlerin liderliğinde, hiyerarşik bir politik süreç içermelidir,
- Reform, ülkenin kendine has özellikleri göz önüne alınarak belirlenmeli ve belirlenen tedbirler çeşitlilik arz etmelidir.

Sağlık reformlarının ana niteliğinin dışında kalan diğer karakteristikleri ise şu şekilde sıralamak mümkündür.

Birincisi; dünyadaki tüm reform çalışmaları artık, zorunlu sigortacılığı ve genellikle "evrensel kapsayıcılığı" gerçekleştirmeye yöneliktir.

İkincisi; hemen bütün ülkelerde gerçekleştirilen reformlarla sağlık hizmetini arz edenler ile finanse edenler ayrıştırılmaktadır⁶. Sağlık hizmetini sunan ile finanse edenlerin ayrımı, hizmet sunucuları ile finansörler arasında yeni bir ilişki yaratmıştır. Satın alma teorisine göre, hizmet sunucular ile finansörler, sağlık hizmetinin nasıl sunulacağını çerçevesini belirleyen bir sözleşmeyi görüşürler. Mesela bir sağlık sigorta şirketi veya bölgesel hükümet, bir hastaneden hizmet satın alırken sözleşme, belirli bir zaman diliminde sağlık hizmeti sunucusunun sağlayacağı kalite, fiyat ve poliçe hacminin çerçevesini belirlerken, etkinlik ölçütlerinin yanı sıra, maksimum kabul edilebilir bekleme zamanlarını da içerir. Satın alma, geleneksel olarak girdi temelli fonlamadan, yeni tip poliçe bazlı fonlama değişikliğine dayanır ve sunucu ile finansör arasında ticari bir ilişkiyi işaret eder⁷.

Üçüncüsü; sağlık hizmeti talep edenlerin, sağlık hizmeti arz edeni kendi seçmesi veya hizmet sağlayıcılar arasında tercihte bulunma hakkını talep etmesidir. Böyle bir eğilimin uygulanabilmesi için birden fazla hizmet sağlayıcının olması gereklidir. Birden fazla hizmet sağlayıcının olması durumunda, aralarında kontrollü bir rekabet

⁶ Wynand P. M. M. Van De Ven, "Market-Oriented Health Care Reform: Trends and Future Options", *Soc. Sci. Res.* Vol. 43, No.5, 1996, s. 656-657.

⁷ Haans Maarse, Thomas A. Rathwell, Tamas Evetovits, Alexander S. Preker, Elke Jakuboski, "Responding to Purchasing Provider Perspectives", *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski (ed.), European Observatory on Health Systems and Policies Series, First Published, Glasgow, Open University Press, 2005, s. 263.

yaratılabilir. Hizmet sağlayıcılar arasındaki böyle bir rekabetin, sağlık hizmetinin kalitesini, çeşitliliğini ve etkinliğini arttıracığı beklenmektedir.

Dördüncüsü ve belki de en çok tartışılanı, “üçüncü-parti ödeyiciler” (Third Party Payer) arasında da bir rekabetin olmasının doğru olup olmadığıdır⁸. Dünyanın birçok ülkesinde uygulanan piyasa-merkezli reform hareketlerinde rekabetin, sağlık hizmetlerine uygulanmasının zor olduğu gözlenmiştir. Çünkü tam rekabetin hâkim olması, temel değer sağlık değil, para olacağı anlamına gelmektedir. Bu nedenle de sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında bir rekabetin olması gerektiği konusunda bir mutabakat söz konusuysen, üçüncü-parti ödeyiciler arasında rekabetin olmasının doğru olup olmadığı tartışılmaktadır. Çünkü üçüncü-parti ödeyici kurumların birbiriyle rekabet etmesinin sağlık hizmeti kalitesini ve etkinliğini düşüreceği değerlendirilmektedir⁹.

Beşincisi; birinci basamak hizmeti veren kurumların ikinci basamak sağlık hizmeti vermesine müsaade edilmesidir. Başka bir ifadeyle aile hekimlerinin, sağlık sektöründe finansal sorumluluk almaları ve kendi sağlık merkezlerini kurmalarının özendirilmesidir. Bu eğilim, hekimin kendini belli bir uzmanlık alanında geliştirmiş olmasına ve kazandığı parayı tekrar sağlık hizmetine yatırarak hizmet kalitesinin artmasına neden olmaktadır. Finlandiya’da bu uygulamaya müsaade edilmesinden sonra, 200 civarında ikinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık merkezleri oluşmuştur. Bu teze göre, bu merkezlerinin finansörleri olan aile hekimleri, sağlık konusunda risk yönetiminin sorumluluğunu almaktadırlar¹⁰.

⁸ Bir sağlık organizasyonunda hastalar “birinci tarafı” (first party), sağlık hizmeti veren kuruluşlar “ikinci tarafı” (second party) ve bu iki taraf adına finansman ilişkisini düzenleyen kuruluşta “üçüncü taraf” (third party) olarak adlandırılır. Üçüncü parti ödeyiciler, hizmet talep edenlerle ve hizmet sunucular arasında para ilişkisini üstlenen kurumlardır. Finansal araçlar olarak da adlandırılırlar. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Coşkun Can Aktan, Kadir Işık, **Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Tanımlar**, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf>, (Erişim: 28.07.2010)

⁹ Wynand, **a.g.e.** s. 657.

¹⁰ **a.g.e.**, s. 657.

Sağlık hizmetlerinde gerçekleşen reformlarda gözlenen altıncı ortak nitelik, sağlık sektöründeki yeni ve pahalı teknolojilerin herkesin kullanımına sunulmasının, zorunlu sağlık sigortası kapsamına alınıp alınmamasıdır. Bu konudaki genel kanı, toplumda ekonomik gücü olmayanlara, bu teknolojileri sunma imkânının olmayacağıdır. Bu durumda, yüksek ve pahalı teknolojilerin maliyetleri, toplumsal dayanışma içine dahil edilmez. Bu nedenle de zorunlu sağlık sigortasının kapsamı en başından belirlenmeli ve yüksek teknolojilerin kullanımıyla ilgili bir kota olmalıdır. Sigortalılara bu durumda yüksek teknolojilerin ne kadarını talep edip, ne kadar maliyete katlanacağı en başından belirtilmeli ya da zorunlu sağlık sigortasının kapsamına, hangi tanı ve tedavi hizmetlerinin girmeyeceği belirtilmelidir¹¹.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2008 yılında yayınladığı raporda, sağlık hizmetlerinin açıklarının kapatılması için dört temel reform önerisinde bulunmaktadır. Önerilerden ilki, evrensel kapsayıcılığı sağlamaya yönelik reformlardır (universal coverage reforms). Bu, sağlık hizmetlerinin tüm halkı kapsayacak şekilde sunulması gerektiğini vurgulayan bir yaklaşımdır. Evrensel kapsayıcılığın sağlanması ile sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan adaletsizliklerin engellenmiş olacağı kabul edilir. İkinci öneri, hizmet sunum reformlarıdır (service delivery reforms). Sağlık hizmetleri sunumunun, insan ihtiyaçları doğrultusunda yeniden organizasyonunu öngörür. İnsanların beklentileri ve ihtiyaçları, değişim içindedir ve sosyal olarak daha barışık olmak için, daha iyi sağlık çıktıları ortaya koymak gerekir. Üçüncü öneri, kamu politikaları reformudur (public policy reforms). Toplum sağlığı ile temel sağlık hizmetlerinin entegrasyonunu öngörür. Sektörler arası işbirliğine dayalı bir sağlık politikasının hayata geçirilmesinin gerekliliğini ön plana çıkarır. Sonuncu öneri, liderlik reformlarıdır (leadership reforms). Bir tarafta kamunun katı komuta ve kontrolü, diğer tarafta “bırakınız yapsınlar” anlayışı, iki uç arasında bir dengenin sağlanması gerekliliğini vurgular. Bu denge; dengeleyici, katılımcı ve tartışma temelli bir liderlik sistemi ile sağlanabilir¹².

¹¹ **a.g.e.**, s. 658.

¹² WHO, **World Health Report 2008, Primary Health Care Now More Than Ever**, Switzerland 2008, s. xvi.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan reformlar iki ana çerçeve içerisinde değerlendirilebilir. Bunlardan ilki ekonomik model olarak da adlandırılan piyasa temelli sağlık reformlarıdır. Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası (DB) tarafından desteklenen bu model daha çok, DB ve onun yapısal uyum projeleri ile ilişkilendirilir. Ekonomik verimlilik, kullanıcıların yaptıkları ödemeler ve katkı payları ile hizmet sunumunun özel sektöre transferini teşvik ile karakterize bir modeldir. Diğer ise sosyal modeldir. DSÖ ve UNICEF tarafından desteklenen bu model, sağlık hizmetlerinin insan ihtiyacı temelinde eşit bir şekilde sunulmasını savunur. Kurumsal olarak toplum sağlığı geliştirilmelidir. Sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulmasının yanı sıra, özel sektörün de sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yardımcı olmasını savunur (Tablo 1)¹³. Bu iki reform yaklaşımına ilave olarak, her iki modelin birlikte kullanıldığı, karma bir modelden de bahsetmek mümkündür. Sosyal ve piyasa yöntemlerinin birleştirilmesi olarak değerlendirilen bu yaklaşım, hiçbir reform yaklaşımının tek başına başarılı olamayacağını savunmaktadır.

¹³ Peter Lesli Annear, **Healthy Markets–Healthy People? Reforming Health Care in Cambodia**, School of Health Sciences, Darkin University, Burwood, 2001, s. 9.

Tablo 1: Sağlık Hizmetleri Reform Yaklaşımları

Yaklaşımlar	Destek	Ayrıt Edici Özellikler	Sonuç Göstergeleri
Piyasa Modeli	DB IMF	Hastalık yükü hesaplamaları Maliyet etkinliği Hizmet sunumu ve finansmanın ayrılması Özel sektör hizmet sunumu Kullanıcı ödemeleri	DALY's, ¹⁴ Sağlık hizmetlerinin maliyetleri, Mali tasarruf, Özel sektör ortaklığı
Sosyal Model	DSÖ UNICEF	İhtiyaç temelli yaklaşım Tıbbi hizmetleri geliştirme Kamu hizmet sunumu Hükümet finansmanı Toplumsal katılım Birinci basamak sağlık hizmetleri	Erişim, Faydalanma, Sağlık durum göstergeleri

Kaynak: Peter Lesli Annear, **Healthy Markets–Healthy People? Reforming Health Care in Cambodia**, School of Health Sciences, Darkin University, Burwood, 2001, s. 9.

1.1. Piyasa Merkezli Reform Yaklaşımları

Devletin, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde ve finansmanında başlıca aktör olduğu pek çok ülke, 1980'lerin sonlarından itibaren yeniden yapılanma sürecine girdiği görülmektedir. Bu süreci

¹⁴ DALY, bir kişinin erken ölmesi nedeni ile kaybetmiş olduğu yıllar ile herhangi bir rahatsızlığı nedeni ile sakat olarak sürdürdüğü yaşam yıllarının birlikte ifade edildiği bir ölçüdür. Hem çeşitli hastalıkların neden olduğu erken ölümlerden dolayı kaybedilen yaşam yılları, hem de ölümle sonuçlanmayan durumlarda hastalık, kaza veya yaralanmaların neden olduğu işlev kaybı ve sakatlıkları bir arada değerlendirmeye yarar. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Seval Akgün, **Hastalık Yükü Hesaplamaları Metodoloji Genel Bakış**, http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/nbd/sunumlar/uhymemudurleregitiimi/hastalikyuku/hy_meto_doloji.pdf, (Erişim: 03.04.2011).

hızlandıran temel neden, sağlık hizmetlerinin maliyetinde yaşanan artışların yarattığı ekonomik baskılardır. Bu reform sürecinde, geleneksel olarak sağlık hizmetlerinin her aşamasında var olan devletin rolü yeniden gözden geçirilmekte, bazı rolleri özel sektöre devredilmektedir¹⁵. Fakat piyasa merkezli reformlardan yalnızca devletin fonksiyonlarının ya da becerilerinin özel sektöre transferi anlaşılmalıdır, aynı zamanda deregülasyon ve desentralizasyon¹⁶ süreçlerini de kapsadığı bilinmelidir¹⁷.

Sağlık hizmetleri için tek ve basit bir piyasa kavramından söz etmek güçtür. Piyasa mekanizması; hastaların seçim hakkı, sözleşme ve ihale gibi bir takım araçları içermektedir. Bunlar, farklı ilkeler üzerine kurulmuş piyasalarda gerçekleşebilir. Aynı zamanda, hizmet sunucular arasında rekabet teşvikleri de geliştirilebilir. Piyasa tarzı teşvikler, sağlık tesislerinin kamu sektöründe süregelen mülkiyet hakkı ve işletiminde karma bir yapının oluşmasına neden olabilmektedir. Bu karma yapı; quasi market, (piyasa benzeri), iç piyasa, halka açık rekabet gibi adlarla anılmaktadır. Bu tür piyasalar kamu tarafından tasarlanıp idare edilmektedir. Bu piyasa yapısı özellikle İngiltere sağlık reformlarında önemli rol oynamıştır¹⁸.

Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması aslında pek çok çelişkiyi de bünyesinde taşımaktadır. Genel kabul gören anlayışa göre (neo-klasik görüşler hariç), sağlık toplumsal bir maldır ve bireylere sunulan hizmet, toplumun bütünü için önem taşır. Bu haliyle toplumsal dayanışmanın

¹⁵ Saltman, Figüeras, **Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi**, s. 40.

¹⁶ Desantralizasyon, kamu yetki ve işlevlerine ait sorumlulukların merkezi hükümetten daha aşağı kurumlara veya yarı bağımsız hükümet kuruluşlarına veya özel sektöre transferidir. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Jennie Litvack, Jessica Seddon, **Decentralization Briefing Notes**, World Bank Institute Working Papers, <http://siteresource.worldbank.org/WBI/Resource/wbi37142.pdf>, (Erişim: 19.04.2009).

¹⁷ Jarge A. Mera, "A Review of the Welfare State and Alternative Ways of Delivering Health Care", **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 14, Oxford University Press, 2002, s. 89.

¹⁸ Reinhard Busse, Jonas Schreyögg, Christian Gericke, **Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries, a Comprehensive Framework Approach**, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, Washington, 2007, s. 28; Saltman, Figüeras, **Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi**, s. 40.

ve ulusal kapsayıcılığın en üst seviyede olması gereken bir yapıdadır. Fakat piyasa anlayışı, her hizmetin bir mal olduğunu ve piyasada satılabileceğini savunmaktadır. Yine neo-klasik ekonomi, çapraz sübvansiyon sistemini reddederek zenginden fakire, gençten yaşlıya, sağlıklıdan hastaya şeklinde gerçekleşen dayanışmayı verimsiz ve adaletsiz bulmaktadır¹⁹.

1980'lerin sonlarından itibaren birçok ülkede, sağlık sektörünün organizasyon ve finans yapısında, bazı benzer değişiklikler ve dönüşümler gerçekleştirdiği görülmektedir. Bu değişikliklerin ve dönüşümlerin ayrıntılı bir plan ve proje dahilinde olduğunu iddia etmek zor olmakla birlikte, sağlık reformlarının "trend" olarak tanımlanacak kadar ortak bazı karakteristikleri olduğu bir gerçektir. Ancak genel olarak ifade etmek gerekirse, piyasa-merkezli sağlık reformlarının temel karakteri, birinci basamak sağlık hizmetlerini ve aile hekimliğini önemseyen ve güçlendiren vurgusudur. Aile hekimliği uygulamasının özü, bir ailenin temel sağlık hizmeti gereksinimlerinin, bir uzman tarafından belirlenmesi ve yönlendirilmesidir. Bir uzman hekimin kontrolünden geçen aile bireylerinin, ikinci dereceden sağlık hizmetine gereksinip duyup duymayacağı da bu şekilde daha ayrıntılı ve daha net ortaya çıkmaktadır²⁰.

Piyasa modelinde sağlık hizmetlerinin sunumu, bireysel tercihlerin bir sonucu olarak değerlendirilir. Sağlık hizmeti, ticarete konu bir mal olarak görülür ve hizmet sunumu, daha fazla ödemeye hazır olanlar içindir. Piyasa temelli sağlık reformlarına yapılan eleştiriler, sağlık hizmetlerinin sunumundaki teorik zayıflık ve reform girişimindeki eksikliklere odaklanmaktadır²¹.

Abbasi'nin DB tarafından desteklenen sağlık reformları ile ilgili Hindistan, Pakistan Bangladeş ve DB çalışanları ile yaptığı görüşmeleri kapsayan araştırmasına göre; DB tarafından desteklenen sağlık reformları, sağlık durumunu geliştirmekten çok uzaktadır. Bu reformlar sağlık durumundan ziyade, ekonomik sonuca odaklanmaktadır. Dayatılan sağlık politikaları ülkeden ülkeye çok az farklılık

¹⁹ Saltman, Figüeras, **Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi**, s. 41.

²⁰ Wynand, **a.g.e.**, s. 656.

²¹ Annear, **a.g.e.**, s. 59.

göstermektedir ve aslında amaçlanan ülkelerin yüksek seviyede borçlanmasını sağlamaktır. Yapısal uyum politikaları olarak adlandırılan bu durum, borçlu ülkede serbest piyasa mekanizmasının kusursuz işlemini sağlayarak, küresel sermaye için yatırım alanları oluşturmayı hedeflemektedir²².

Wynand, sağlık hizmetlerinin piyasa temelinde dönüşmeye başlaması ile birlikte bir takım eğilimlerin ortaya çıktığını savunmaktadır. Bunlardan ilki, ülkelerin evrensel kapsayıcılığa sahip bir zorunlu sağlık sigortası sistemi oluşturma çabalarıdır. İkinci eğilim ise, sağlık hizmetlerini sağlayanların ve finanse eden birbirlerinden ayrılmasıdır. Klasik ulusal sağlık hizmetleri anlayışında sağlık otoriteleri, hizmetlerin sunumundan ve finansmanından sorumludurlar. Bu, hizmet sağlayanların tekelinde bir sistemin oluşmasına ve dolayısıyla hasta odaklı bir yapı yerine, hizmet sağlayan odaklı bir yapının oluşmasına neden olmaktadır. Piyasa temelli reform sürecinde gözlenen bir diğer eğilim, hastaların hizmet sağlayanları seçme özgürlüğünde yaşanan artışlardır. Bu aynı zamanda hizmet sağlayanlar arasında bir rekabetin doğmasına da neden olmuştur. Rekabet ortamı yalnızca serbest piyasa ekonomisi koşullarına değil, aynı zamanda hükümetlerce piyasaların bu yönde düzenlenmesine bağlıdır. Piyasa temelli sağlık reformlarının en çok tartışılan konularından biri de hizmeti finanse eden sigorta kurumları arasında bir rekabetin olup olmayacağıdır. Belçika, Almanya, İsrail, Hollanda, Rusya ve İsviçre'nin rekabetçi bir piyasadan yana seçim yaptığı görülmektedir²³. Piyasa temelli dönüşümde gözlenen son eğilim, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi yönündedir. İkinci basamak sağlık hizmetlerine nazaran çok daha ucuz olan birinci basamak sağlık hizmetleri ile hastalıkların

²² a.g.e., s. 60.

²³ Merkezi hükümetler eliyle yaratılmaya çalışılan kontrollü rekabet ile sağlık hizmetini sağlayanları, finanse edenleri ve doktorları kendi aralarında hizmet kalitesini artırıcı yönde rekabete yönlendirmek amaçlanmıştır. Örneğin İngiltere'de Thatcher, Hollanda'da Dekke tarafından ve aynı zamanda Yeni Zelanda ve İsveç'te denenen sağlık reform paketleri, kontrollü rekabetin sağlık hizmetindeki sorunları çözeceğini ummuştu. Varsayıldığının aksine, sigorta şirketleri kendi aralarında rekabete girmemişlerdir. Kısaca, piyasa yöntemlerinden beklenen rekabet ve buna bağlı olumlu gelişmeler gerçekleşmemiştir. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Chris Ham, **Healty Care Reform: Learning From International Experience**, Open University Press, Birmingham, 1997, s. 23.

teşhisini ve tedavisini daha erken yapmak, toplumsal bağışıklık sistemini güçlendirerek ikinci basamak hizmetlere daha az ihtiyaç duyulmasını sağlanıp tasarruf yapma amaçlanmaktadır²⁴.

Piyasa mekanizmasının, sağlık hizmetlerine uyarlanmasına getirilen eleştirilerin yoğunlaştığı üç durum vardır. Bunlardan ilki, piyasanın yalnızca kar dürtüsü ile işleyen sistemi, sağlık hizmetlerinde ahlaksızlığa yol açabilmesidir. İkincisi, bireyler arasındaki sosyal bağların zayıflamasına neden olmasıdır. Üçüncüsü, sağlık hizmeti üreticilerinin müşterisi durumunda olmanın, insan yaşantısı için optimal olmayan sonuçlar doğurmasıdır²⁵.

Maynard ve Dixon, sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarında sunulmasında pek çok piyasa başarısızlığı (market failures) yaşanabileceğini, bunun da ancak piyasanın düzenlenmesi ile giderilebileceğini savunmaktadır. Düzenlenmemiş piyasalar bazı nedenlerden dolayı verimli çalışamazlar. Bu nedenler; bireylerin sağlık durumlarından haberdar olmaları ve bunu sigorta şirketinden saklayabilmeleri, kronik, kalıtsal ya da öncül durumlar nedeniyle, özellikle yaşlı insanların hastalanma risklerinin yüksek olması ve bu nedenle de sigorta kapsamı dışında kalma olasılıklarının fazlalığı, sigorta şirketlerinin bireylerin bugünkü ve gelecekteki sağlık durumları hakkında bilgi eksikliği nedeniyle, gelecek hakkında tahmin yapmaları ve risk oranı primini belirleme zorluğu ve son olarak hastalanma olasılığı çoğu durumda bireye bağlı olmayıp toplumsal yaşantının bir sonucu olmasıdır²⁶.

Sağlık hizmetlerini, piyasa teknikleriyle karşılamayı ve kontrollü rekabeti amaçlayan reform hareketlerinin, sağlık sektörüne yeni kazançlar getirdiği de iddia edilmektedir. Öncelikle sistemi finanse edenler, hizmet sağlayıcıların ve doktorların performansını ölçen ve hastaların memnun olup olmadığını kontrol etme imkânı sağlayan

²⁴ Wynand, a.g.e., s. 655–656.

²⁵ James Stacey Taylor, "Market Incentives and Health Care Reform", **Journal of Medicine and Philosophy**: 33, 2008, s. 503.

²⁶ Alan Maynard, Anna Dixon, "Private Health Insurance And Medical Savings Accounts: Theory And Experience", **Funding Health Care: Options For Europe**, Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kutzin(ed.), First Published, Buckingham, Open University Pres, 2002, s. 109–110.

yatırımlar yapmışlardır. Bu yatırımlar, sağlık hizmetlerinde performansı test etmeye yönelik bilgi ve sayım sistemleridir. Böylece sağlık hizmetleri veren kişilerin performansının arttığı gözlenmiş, bazı ilaçların ve özel kliniklerin etkinlikleri ölçülebilmıştır. İkinci olarak, sağlık hizmetlerinin yalnızca özel veya kamu tarafından sunulmasının yetersizlikleri de ortaya çıkmıştır. Böylece ancak kamu ve özel sektörün aynı anda çalıştığı, finansman ve maliyetin paylaşıldığı ve tarafların işbirliği içinde çalışabildikleri karma (hybrid) bir sistemin daha iyi olacağı anlaşılmıştır. Ayrıca sağlık hizmetinin, temel sağlık hizmetleri ve ikinci basamak sağlık hizmetleri olarak ikili bir sistem içerisinde değerlendirilmesinin gerekliliği anlaşılmıştır. Temel sağlık hizmetlerinin bir bütünlük içinde sunulmasının gerektiği kabul edilmiştir²⁷.

Aslında bütün bu politik uygulamalar, kamunun sağlık sistemindeki yerini tekrar belirleme çalışmalarıdır. Devletin rolünün yeniden belirlendiği bu süreçte, yönetsel ve finansal alanlarda görev ve sorumlulukları arttırılırken, hizmet sunum görevinde ciddi daralmalar yaşanmaktadır. Finans ve hizmetin birbirinden ayrıldığı, hastane yönetiminin özerkleştiği ve profesyonel yöneticilerin ön plana çıktığı bir dönüşüm yaşanmaktadır. Nihai hedef, devletin hizmet sunumundan tamamen çekildiği, yerini özel sektöre ya da sözleşmeli hekimlere bıraktığı bir sağlık sektörü yaratmaktır²⁸.

Piyasa merkezli reform yaklaşımları; sözleşme mantığının yaygınlaştırılması ve sağlık hizmetini finanse edenler ile hizmet sağlayıcıların ayrışması şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

1.1.1. Sözleşme Mantığının Yaygınlaştırılması

Sözleşme belli hizmetleri elde etmek için, özel sağlık hizmeti sunucularından belirlenmiş periyotlarda, belirlenmiş miktar, kalite ve fiyat ile hizmet satın almayı ifade eder. Bir seferlik değişimin aksine, sözleşme ile desteklenmiş devam eden bir değişim ilişkisi söz konusudur. Bu ilişki, hükümet ya da yetkili organı ile özel sektör sağlık

²⁷ Ham, a.g.e., s. 23–25.

²⁸ Tuba Ağartan, “Sağlıkta Reform Salgını”, *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar*, 1. Baskı, İstanbul, İletişim Yayınları, 2007, s. 49.

hizmeti sağlayıcıları arasındadır. Sözleşme hükümetin, ulusal sağlık hedeflerine erişebilmek amacıyla, özel sektör kaynaklarını kullanmak için uyguladığı bir yöntemdir. Hastalar içinse, sağlık hizmetinin özel sektörden satın alınmasından daha fazla şeyi ifade eder. Bu aynı zamanda, sağlık profesyonellerinin eğitimi, temizlik, gıda hizmetleri ve sağlıkla ilişkili pek çok alanı etkilemektedir. En önemlisi de hizmet önceliklerinde, kaliteyi arttırması yönünde beklentilerdir²⁹.

Hükümetlerin sağlık hizmetlerini sözleşmeler ile sunmasının temel nedenleri; sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak, yoksulların ve diğer hizmet alamayan grupların sağlık hizmetlerine erişimini arttırmak, kamunun sağlık hizmetleri finans yükünü azaltmak ve bazı özel sağlık hizmetleri eksikliğini gidermek olarak özetlenebilir³⁰. Özellikle gelişmekte olan ülkeler arasında yaygınlaşan bu sistem ile hükümetlerin mali kaynak kullanımını sınırlandırılırken, yine hükümetin elinde olan ücret ve faiz yükü el değiştirerek özel sektöre geçer³¹.

Sözleşme sisteminin aktörleri, satın alan ve hizmet sunanlardır. Sağlık hizmeti satın alıcısı, hizmet ya da ürün elde etmek için sözleşme yapan kurumdur. Bu kurum, ulusal seviyede sağlık bakanlığı ya da bölgesel düzeyde yetkili kurumlardır. Yüklenici veya taşeron ise; sağlık hizmeti sunan, kar amaçlı ya da kar amacı gütmeyen özel kurumlardır. Kar amacı güden kurumlar sahip oldukları tesisler, doktorlar, hemşireler ve ebeler vasıtasıyla kar amaçlı faaliyette bulunurlar. Kar amacı gütmeyen kurumlar, aynı zamanda sivil toplum örgütleri olarak da bilinirler. Özel kuruluşlardır, fakat görevleri sosyal ya da kamu sağlığı hedeflerine ulaşmak olarak sınırlandırılmıştır. Bir diğer kuruluş ise, belirli bir bölge ile sınırlı ve yalnızca üyelerine hizmet veren toplum kuruluşlarıdır (Community Organizations). Bunlar, bazen sivil toplum

²⁹ Robert J. Taylor, “Contracting for Health Services”, *Private Participation in Health Services*, April Harding, Alexander S. Preker (ed.), World Bank Health, Nutrition, and Population Series, Washington, 2003, s. 157.

³⁰ James E. Rosen, *Contracting for Reproductive Health Care: A Guide*, World Bank, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, Washington, 2000, s. 5–6.

³¹ Robert J. Taylor “Contracting for Health Services”, *Private Participation in Health Services*, April Harding, Alexander S. Preker (ed.), World Bank Health, Nutrition, and Population Series, Washington, 2003, s. 158.

örgütleri kategorisinde, genellikle daha küçük ve daha az resmi kurumlardır³².

Pek çok ülkede yapılmaya çalışılan sağlık hizmetleri reformunda, hizmet sunanlar ve finanse edenler arasında çeşitli sözleşme metodları ile sağlık hizmetlerinin sağlanması öncelikli konulardan biridir. Bu durum özellikle sağlık sistemlerini, hizmeti sunan ve finanse edenlerin ayrıldığı model temelinde yeniden yapılandırmak isteyen, finans ve hizmet sunumun fonksiyonları entegre, Beveridge modeli sağlık sistemlerinde daha çok görülmektedir³³. Aynı zamanda geleneksel olarak hizmet sunan ve finanse edenlerin ayrıştığı, Bismark modeli sağlık hizmetleri için de bu reform geçerlidir. Yeni anlayışta kamu sigortacılarının, hizmet sunuculara geri ödeme yapan pasif işlevinden, çeşitli sözleşme yöntemleri ile finansal olarak daha aktif hale gelmesi amaçlanmaktadır³⁴.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda pek çok farklı sözleşme yaklaşımından söz etmek mümkündür. Hükümet, bir hükümet dışı kuruluşa veya bireye, kendi sorumluluğuna ait olan bir hizmetin, yönetim veya hizmet sunum sorumluluğunu sözleşme ile devredebilir. Yönetim ve hizmet sunum sözleşmeleri ayrı ayrı olabileceği gibi, tek bir sözleşme her ikisini de kapsayabilir. Bu durumda yüklenici, yönetim sorumluluğunu yerine getireceği gibi aynı zamanda altyapı, personel, ekipman ve ilaç gibi konuları da tedarik edecektir. Örneğin yüklenici, kamu sağlık çalışanlarını kullanıyorsa yönetim sözleşmesi ile hizmet sunum sözleşmesi birbiri ile ilişkili bir hale gelmiş demektir. Ayrıca

³² Rosen, a.g.e., s. 3.

³³ Örneğin, İngiliz sağlık sisteminde ilk kez 2003 yılında uygulanmaya başlanan bağımsız tedavi merkezleri ile sözleşme yapma geleneği daha sonra 2005 ve 2007 yıllarında da devam etti. 24 özel sağlık kuruluşu ile yapılan sözleşmelerin toplam maliyetinin 5 milyar Sterlin olduğu tahmin edilmektedir. Danimarka’da da 2002 yılında yapılan değişikliklerle hasta iki ay içerisinde yerel hastanelerden hizmet alamazsa, kamu dışındaki hastanelere başvurma hakkı tanınmıştır. 2007 yılında süre 1 aya indirilmiştir. Bakınız; Irene A. Glinos, Rita Baeten, Hans Maarse, “Purchasing Health Services Abroad: Practices of Cross–Border Contracting and Patient Mobility in Six European Countries”, **Health Policy**, 95, 2010, s. 105.

³⁴ Toni Ashton, Jacqueline Cumming, Janet McLean, “Contracting for Health Services in a Public Health System: The New Zealand Experience”, **Health Policy**, 69, 2004, s. 21–22.

hükümetlerin özel amaçlar için yerel yönetimlerle sözleşme imzaladığı da görülmektedir³⁵.

Duran ve arkadaşları sağlık hizmetlerinde sözleşmeleri iki kategoride değerlendirmektedirler. Bunlar, piyasaya giriş sözleşmeleri (market entry contracts) ve süreç sözleşmeleridir (Process contracts). Piyasaya giriş sözleşmeleri, doktor ve hemşire gibi sağlık profesyonelleri ile sağlık merkezlerine verilen ve bir çeşit lisans olarak değerlendirilebilecek belgelerdir. Böylelikle sağlık hizmetlerinde kabul edilebilir bir standardın sağlanması amaçlanmaktadır³⁶.

Süreç sözleşmeleri; girdi sözleşmeleri (input contracts), performans sözleşmeleri (performance contracts) ve hizmet sözleşmeleri (service contracts) olarak üç grupta incelenmektedir. Girdi sözleşmelerine en tipik örnek hemşire ve doktorlara verilen ücretler gösterilebilir. Bu sözleşme ile aynı zamanda doktorlara çalışacakları yer ile kendilerinden beklenen başlıca hizmetler belirtilir. Performans sözleşmeleri, daha iyi sağlık hizmeti elde edebilmek amacıyla, bireylerin veya grupların performanslarını arttırmak için teşvik ve motive edici sözleşmelerdir³⁷. Örneğin; aile hekimleri ile yapılan sözleşmelerde, aşılama oranlarında yükseliş, üç aylık hamile kontrol oranlarında artış gibi kriterler belirlenebilir. Hizmet sözleşmeleri ise, sunulacak hizmetin türleri ve sunum şekilleri gibi konuları belirten sözleşmelerdir. Hizmet sözleşmeleri blok sözleşmeler, maliyet ve hacim sözleşmeleri ile vaka başına maliyet sözleşmeleri olarak üç şekilde imzalanır³⁸.

Libby’e göre özel hizmet sağlayıcıları ile sözleşme yapmanın neden olacağı rekabet, maliyetlerin azalmasını sağlayacaktır. Bu durum aynı zamanda, kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin bütçe

³⁵ Benjamin Loevinsohn, April Harding, “Buying Results? Contracting for Health Service Delivery in Developing Countries”, **Lancet**, Vol 366, 2005, s. 676–677.

³⁶ Antonio Duran, Igor Sheiman, Markus Schneider, John Overtveit, **Purchasers, Providers and Contracts, Purchasing to Improve Health Systems Performance**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, First Published, Glasgow, Open University Press, 2005, s. 188–191.

³⁷ WHO, **Consultation on Strategic Contracting in Health Systems Synthesis of the Meeting** Geneva, 2008, s. 10.

³⁸ Duran, Sheiman, Schneider, Overtveit, a.g.e., s. 191–193.

üzerindeki baskılarını azaltmak için bir maliyet kısıtlama politikası olarak da değerlendirilebilir. Diğer taraftan sözleşme, hükümeti hizmet sağlayıcı ve finanse edici rolden, yalnızca aracı konumuna da getirebilmektedir³⁹.

Günümüzde sözleşmeler, yalnızca ülke içerisindeki özel sağlık hizmetleri sağlayıcıları ile değil, farklı ülkelerin sağlık hizmeti sağlayıcıları ile de yapılmaktadır. Finansman sağlayıcılar hastaları, deneysel ya da kanıtlanmış tedavi yöntemleri için yabancı ülkelere gönderebilmektedirler. Örneğin Norveç 2001 yılında hayata geçirdiği "Ülke Dışında Medikal Tedavi Projesi" kapsamında İsveç, Danimarka ve Almanya'dan üç yıl içinde yaklaşık olarak 10000 tedaviyi Norveç Ulusal Sigorta Yönetimi vasıtasıyla satın almıştır. Hollanda da 1990 yılında ülkeler arası sözleşme yapmak için yasal düzenlemeler yapmış, bunun sonucunda da birçok sigorta, Belçika hastaneleri ile sözleşme imzalamıştır. 2008 yılında 13000 üye Belçika'da tedavi görmüştür. İngiltere'de 2002 yılından beri Fransa, Almanya ve Belçika hastaneleri ile çeşitli sözleşmeler imzalamıştır⁴⁰.

Ülke dışından sağlık hizmeti sağlayıcılar ile sözleşme yapmanın nedenleri arasında ekonomiklik ve bekleme listelerinin azaltılması önemli yer tutsa da, iklim de önemli nedenler arasında yer almaktadır. Nispeten daha yumuşak iklime sahip ülkeler, özellikle Kuzey Avrupa ülkeleri tarafından tercih edilmektedir. Örneğin Norveç, rehabilitasyon, romatizmal hastalıklar ve uzun dönemli bakımlar için Güney İspanya ile sözleşmeler imzalamaktadır. Benzer uygulamayı Almanya, Macaristan ve Çek Cumhuriyeti ile yapmaktadır⁴¹.

Sözleşme yönteminin etkinliğini değerlendirmek için yapılan ilk çalışmalardan biri olan Mills ve Broomberg'in geliştirmekte olan ülkelerde yaptığı araştırmada, her ne kadar bu sistem ile yüklenici tarafından daha düşük maliyetle aynı veya daha yüksek kalitede hizmet verilebileceği

³⁹ Anne M. Libby, "Contracting Between Public and Private Providers: A Survey of Mental Health Services in California", *Administration and Policy in Mental Health*, Vol. 24, No. 4, 1997, s. 323.

⁴⁰ Glinos, Baeten, Maarse, *a.g.e.*, s. 105.

⁴¹ *a.g.e.*, s. 106.

iddia edilse de, incelenen ülkelerde kamu hizmetleri ve sözleşme ile sağlanan hizmetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Dolayısıyla sözleşme modelinin uzun vadede etkilerini değerlendirmek için çok erkendir⁴². İngiltere'de yapılan sözleşme modelinin eşitlik ve erişim üzerine etkilerini araştıran bir başka çalışmada, sistemin yoksullar üzerinde beklenen etkileri olduğuna dair çok az bulguya rastlanmıştır⁴³. Loevinsohn ve Harding ise geliştirmekte olan dokuz ülkede (Hindistan, Pakistan, Madagaskar, Senegal, Haiti, Kamboçya, Bangladeş, Bolivya, Guetemala) yaptığı çalışmada, sözleşme yönteminin temel sağlık hizmetlerinin sunulmasında etkili bir yöntem olabileceği ve sağlık hizmetlerinin sunumunu genişletebileceği sonucuna varmıştır⁴⁴.

Sözleşme yönteminin bir çeşit özelleştirme uygulaması olup olmadığı, bu yöntem üzerinde yapılan tartışmaların özünü teşkil etmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre bu sorunun cevabı, üç farklı açıdan değerlendirilebilir. Bunlardan ilki, sözleşme yönteminin bir politik tercih olup olmadığıdır. Eğer özelleştirme yönünde bir politik tercih söz konusuysa sözleşme, bu düşünceyi gerçekleştirmek için bir araç olarak kullanılabilir. Bu tip durumlarda sözleşme özelleştirme ile ilişkilendirilebilir. İkincisi özelleştirmenin tanımı ile ilgilidir. Gerçekte, özelleştirmenin tek ve basit bir tanımı yoktur. Örneğin sağlık hizmetleri sözleşmesi, özel sağlık hizmeti sunucuları açısından, özelleştirmenin bir şekli olarak değerlendirilebilir. Çünkü sözleşme ile özel sektörün sağlık sistemi içindeki varlığı artmaktadır. Diğer taraftan sözleşme, yalnızca sağlık hizmetlerini sunan ve finanse edenleri ayıran bir yöntemdir ve hükümetin kontrol ve finans fonksiyonu bozulmamıştır. Bu nedenle de bir özelleştirme söz konusu değildir. Son olarak sözleşme, pek çok durumda var olan durumu rsmileştiren bir stratejidir. Örneğin, sağlık bakanlığı ile göreve dayanan bir sağlık organizasyon sözleşmesi, özel sektörün sistem içindeki varlığını arttırmaz. Fakat bu durumda her iki

⁴² Anne Mills, Jonathan Broomberg, *Experiences of Contracting Health Services: An Overview of the Literature*, HEFP Working Paper 01/98, LSHTM, 1998, s. 44.

⁴³ Xingzhu Liu, David R. Hotchkiss, Sujata Bose, "The Effectiveness of Contracting-Out Primary Health Care Services in Developing Countries: A Review Of The Evidence", *Health Policy and Planning*, 23, 2008, s. 2.

⁴⁴ Loevinsohn, Harding, *a.g.e.*, s. 681.

tarafın rolleri ve ortaklığın boyutu çok iyi tanımlanmalıdır. Bu durumda da özelleştirmeden söz etmek doğru olmaz⁴⁵.

Tablo 2: Sözleşme Yönteminin Avantajları ve Dezavantajları

AVANTAJLARI	DEZAVANTAJLARI
Sözleşme ile belirlenmiş sağlık çıktılarının elde edilmesinde büyük başarı sağlanır.	Sözleşmeler ile ülke düzeyinde farklılıklar yaratacak büyüklük elde edilememektedir.
Kamu kaynaklarının kullanımını daha efektif kılar.	Sözleşme, hükümetin sunduğu benzer hizmetlerden daha pahalı olabilir.
Özel sektörü kullanmak, daha fazla esneklik ve genellikle daha iyi hizmet olanağı sağlar.	Sözleşme ile sağlık hizmetleri sunumunda eşitsizlik artabilir.
Yönetimsel otonomi ve desantralizasyonu artırarak, karar mekanizmasını hızlandırır.	Hükümetlerin kapasitesi sözleşmeleri etkili yönetebilmek için sınırlıdır.
Hükümete, planlama, standartlar belirleme, finansman ve düzenleme gibi rollerine odaklanma olanağı sağlar.	Başarılı olsa bile sözleşmeler sürdürülebilir değildir.

Kaynak: Benjamin Loevinsohn, April Harding, "Buying Results? Contracting for Health Service Delivery in Developing Countries", Lancet, Vol. 366, 2005, s. 676.

⁴⁵ WHO, *Consultation on Strategic Contracting in Health Systems Synthesis of the Meetings*, s. 17–18.

Tablo 3: Başlıca Sözleşme Türleri

SEÇENEKLER	ÖZELLİKLER
Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing)	Hükümet belirli bir hizmet sağlamak için bir yükleniciye (contractor) ödeme yapar. Yüklenici, çoğunlukla kendi işçisini, ekipmanını, araç gereçlerini kullanarak hizmet sağlar.
Taahhüt (Contracting in)	Hükümet bir yükleniciye, kamu işçilerinin ve kaynaklarının yönetimi dahil olmak üzere kamu işlemleri için ödeme yapar. Örneğin bir kurum ya da kişiyi kamu hastanesini ya da sağlık merkezini yönetmek üzere kiralar
Sübvansiyon	Hükümet özel gruplara belirli bir hizmeti sağlamaları için direkt ya da vergi muafiyeti gibi endirekt finansal destek verir. Örneğin sivil toplum örgütleri, belirli bir dini gruba bağlı hastaneler gibi.
Leasing veya Kiralama	Hükümet araç gereç ve tesislerini özel kuruluşların kullanımı için önerebilir. Örneğin bir sivil toplum kuruluşu kamu imkânlarını kullanarak temel sağlık hizmeti sunabilir.
Özelleştirme	Hükümet kalıcı bir şekilde kamu sağlık olanaklarını özel bir kuruma satar. Hükümet sınırlı bir düzenleyici rol üstlenir.

Kaynak: James E. Rosen, *Contracting for Reproductive Health Care: A Guide*, World Bank, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, Washington, 2000, s. 4.

1.1.2. Sağlık Hizmetini Finanse Edenler ile Hizmet Sağlayıcıların Ayrışması

Sağlık hizmetleri sektöründe yaşanan sorunların piyasa yönlü çözümüne yönelik uygulamalardan biri de sağlık hizmetlerinin finansmanı ile sunumunun birbirinden ayrılmasıdır. Bu yaklaşım, çoğunlukla kamu yönetiminde olan finans kurumunun, özel ya da kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerini satın almasını ifade eder. Bu yönde yapılan reform çalışmalarının ilk örneği İngiliz Ulusal Sağlık Sisteminde gerçekleştirilen, “iç pazar” uygulamasıdır⁴⁶. Kamu hastaneleri arasında rekabete dayalı bir sistemi öngören bu sistemde, finansman tekliği ve sağlık hizmetleri sunum merkezleri çokluğundan yararlanılarak, maliyetler düşürülürken, hizmet kalitesinin artırılması amaçlanmıştır⁴⁷.

Bu eğilimin savunucularına göre, sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmeti ucuza almanın bilinen tek yolu, sağlık hizmeti arz edenlerin çok, ama alıcının tek olduğu sistemdir. Bu durumda, sağlık hizmeti sağlayanlar kaliteyi artırmak ve maliyeti düşürmek zorundadırlar. Çünkü tek bir sağlık hizmeti alıcısı vardır ve hizmet sağlayanlar onunla anlaşmak zorundadırlar. Ayrıca, birden fazla etkin hizmet sağlayan olduğu bir sistemde, tek bir alıcı varsa bu durumda finansör, rekabet şartlarının yarattığı iletişim ve pazarlık maliyetlerine katlanmak durumunda değildir⁴⁸.

1990’ların başlarında İsveç’teki pek çok il meclisi, yaygın olarak sağlık hizmetlerini sunan ile finanse edenlerin ayrımına dayalı

⁴⁶ İngiltere’de sağlık hizmetlerinin finansmanı ile hizmet sağlayıcılar arasında ayrışma, 1980’li yılların sonunda Muhafazakâr Hükümet döneminde Thatcher tarafından ortaya atıldı. Yeni sistem ile hükümetin, bütün hastanelere veya sağlık hizmeti sunanlara yaptığı direkt ödemelere son verildi. Yerine, Ulusal Sağlık Hizmetlerine tahsis edilen kaynaklarla yöneticiler, bütün hastaneler yerine hizmet satın aldıkları hastanelere ödeme yapmaya başladılar. Böylelikle bir çeşit iç pazar oluşturulmuştur. 1997 yılında iktidara gelen İşçi Partisi tarafından kaldırılacağı vaat edilse bile, uygulama daha da güçlenerek devam etti. Ayrıntılı bilgi için bakınız; BMA, **Commissioning and the Impact of the Purchaser–Provider Split on the NHS in England**, <http://lookafterournhs.org.uk/wp-content/uploads/commissioning-and-purchaser-provider-split-with-links-03062.pdf>, (Erişim: 02.10.2010).

⁴⁷ Ağartan, **Sağlıkta Reform Salgını**, s. 48.

⁴⁸ Wynand, **a.g.e.**, s. 660.

reformları yürürlüğe koydular. Bu reformlar, Diagnosis Related Group (DRG)’ye⁴⁹ dayalı fonların tahsisi, kamu ve özel bakım hizmetlerini sunanlar arasındaki rekabet, hastaların seçiciliğindeki artış ve sağlık hizmetini sunan ile finanse edenlerin ayrımı ile ilgilenmiştir⁵⁰. İsveç’de yapılan bir araştırmada da ortaya konulmuştur ki, sağlık hizmetini sunan ile finanse edenlerin ayrımını uygulayan şehir meclislerindeki verimlilik, geleneksel bütçeleme yaklaşımını uygulayan şehirlerle kıyaslandığında oldukça yüksektir⁵¹.

İngiltere’de de 1990’larda uygulamaya konulan bu sistem ile hastaların sağlık kurumlarını seçimde daha etkin olması amaçlanmıştır. Sağlık hizmetini finanse edenler de halk adına seçim yaparken, kalite ve etkinlik kriterleri ışığında hizmet sunucular arasında seçim yapmayı hedeflemektedirler. Ayrıca Almanya, Hollanda gibi sosyal sağlık sigortası uygulayan ülkelerde de bu sistemin uygulamaları görülmektedir⁵².

Sağlık hizmetlerini sunan ile finanse edenlerin ayrışmasının neden olduğu yararlar beş grupta değerlendirilebilir. Bunlardan birincisi, kaynakların daha maliyet etkin kullanılmasını sağlar. Örneğin, sağlık hizmetlerinin ayakta veya yatarak tedavi olanakları arasında değiştirilmesi gibi, planlama ve önceliklerin belirlenmesi suretiyle,

⁴⁹ DRG, teşhis grupları sistemine dayanan bir ödeme mekanizmasıdır. Almanya’da uygulamaya konulan bu sistem ile karşılaştırılabilir tedavi maliyetlerinin esas alınması suretiyle belirlenen teşhis grupları kullanılarak, tedavi vakalarının seçici bir şekilde sınıflandırılmasına olanak veren bir hasta sınıflandırma sistemi oluşturulması amaçlanmıştır. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Jonas Schreyögg, Oliver Tiemann, Reinhard Busse, “The DRG Reimbursement System in Germany”, **Euro Observer**, Winter 2005, Volume 7, Number 4, C. Çetin Değer (çev.), Makro Bakış, Sayı 5, 2007, s. 29.

⁵⁰ Johan Hjertqvist, **The Purchaser–Provider Split, Swedish Health–Care Reform, from Public Monopolies to Market Services**, Frontier Centre for Public Policy, 201–63, Manitoba, Canada, 2001, s. 1–2; Jhon C. Langenbrunner, Eva Orosz, Joe Kutzin, Mirian M. Wiley, “Purchasing and Paying Providers”, **Purchasing to Improve Health Systems Performance**, Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski (ed.), European Observatory on Health Systems and Policies Series, First Published, Glasgow, Open University Press, 2005, s. 243.

⁵¹ Gerdtham U. G., Rehnberg, C., Tambour, M., **The Impact of Internal Markets on Health Care Efficiency: Evidence From Health Care Reforms in Sweden**, Working Paper Series in Economics and Finance, No 170, <http://swopec.hhs.se/hastef/papers/hastef0170.pdf>, (Erişim: 11.05.2010).

⁵² Figueras, Robinson, Jakubowski, **a.g.e.**, s. 55.

kaynak tahsisin iyileştirilmesine dolayısıyla sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yardımcı olur. İkincisi, toplumunun sağlık ihtiyaçları ve beklentileri satın alma kararları içerisine dahil edilmek suretiyle, daha etkin bir şekilde karşılanabilir. Üçüncüsü, hizmet sunucuların performansı, hizmeti satın alanlara, sunucuların sorumluluk ve etkinliğini denetleme imkânı sağlayacak yöntemlerle veya finansal kolaylıklar gibi destekler sağlamak yoluyla iyileştirilebilir. Dördüncüsü, kamu tarafından işletilen sağlık sisteminin fonksiyonlarında yapılacak ayrıştırma, hiyerarşik olarak yapılandırılmış kontrol mekanizmalarından kaynaklanan idari dirençleri azaltabilir. Son olarak, fonksiyonlarda yapılacak ayrıştırma, özel sektörde olduğu gibi kamuda da rekabeti arttırmada kullanılabilir ve böylelikle piyasa mekanizması daha etkin hale getirilebilir⁵³.

Bu yönetime getirilen en önemli eleştiri, sağlık hizmetini satın alan kişi ve kurumların sistemi kötü niyetle kullanma ihtimalleridir. Başka bir ifadeyle, sigortalıların veya sağlık hizmeti tüketicilerinin temsilcisi olarak hareket eden ve onlar adına hizmet satın alan kişi ve kurumların görevlerini kötüye kullanabilecekleri endişesidir⁵⁴.

1.2. Kamu Merkezli Reform Yaklaşımları

1.2.1. Topluluk Yaklaşımı

Düşük ve orta gelirli ülkelerde, mali açıdan erişilebilir ve etkili bir sağlık sistemi kurmak kolay değildir. Özellikle cepten yapılan harcamaların fazlalığı fakirleşmeye neden olabilmektedir. Bu ülkelerde genellikle mali krizler, yapısal uyum politikaları ve kamu reformları, sağlık sistemleri üzerinde birçok olumsuz etkiye neden olmaktadır⁵⁵. Bu nedenle de sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve cepten yapılan

⁵³ Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski (ed.), **Purchasing to Improve Health Systems Performance**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, First Published, Glasgow, Open University Press, 2005, s. 4.

⁵⁴ Wynand, a.g.e., s. 661.

⁵⁵ Catherine Molyneux, Beryl Hutchison, Jane Chuma, Lucy Gilson, "The Role of Community-Based Organizations in Household Ability to Pay for Health Care in Kilifi District, Kenya", **Health Policy and Planning**, 2007–22, Oxford University Press, 2007, s. 382.

harcamaları azaltmanın tek yolu, sağlık sigortası mekanizmalarıdır. Böylelikle primlerle ya da vergilerle oluşturulan kaynaklarla risk paylaşılmış ve finansal birikim sağlanmış olur.

1978 yılında yayınlanan Alma-Ata Deklarasyonu'nda ivedilikle uygulanması gereken konuların başında, sağlık hizmetlerine katılımın topluluk bazında, maksimum seviyeye çıkarılması gelmektedir. Topluluk, sağlık hizmetlerinin finansmanında, bir topluluktaki hane halkını ifade eder. Bu topluluk bir köyü, bölgeyi veya etnik bir grubu kapsar⁵⁶. Topluluk temelli sağlık finansmanı yaklaşımı ile de çeşitli sağlık finansman düzenlemeleri tanımlanmaktadır. Bunlar, mikro sigorta⁵⁷, topluluk sağlık fonları, müşterek sağlık organizasyonları, kırsal sağlık sigortası gibi sigorta uygulamalarıdır⁵⁸.

Topluluk temelli sağlık hizmetleri, toplumun temel sağlık ihtiyaçlarını gözetir. Bu sistem, sağlık ihtiyaçları ve toplumun sosyal değerleri ile uyumlu, tercih edilir ve belirli seviyede topluluğun katılımının olduğu bir sistemi öngörür. Topluluk yaklaşımı, sağlık hizmetlerini iki yolla maksimize eder. Bunlardan ilki; inançları ve toplumsal değerleri başlangıç noktası olarak kabul ederek, sağlık hizmetlerini bölgesel ve yerel düzeyde organize eder ve gerekli hizmeti vermeyi hedefler. İkincisi ise, topluluğun sahip olduğu sağlık sistemine uyum sağlayabilir ve onu genişletebilir⁵⁹.

⁵⁶ Guy Carin, **Community Based Health Insurance Schemes in Developing Countries: Facts, Problems and Perspectives**, WHO Discussion Paper, Number 1, Department Health System Financing Expenditure and Resource, Geneva, 2003, s. 4.

⁵⁷ Özellikle mikrofinans olarak 1970'lerin ortalarında Bangladeş'te başlayan ve yoksulların düşük kredilerle kendişlerinin sahibi olmasını amaçlayan uygulama daha sonra mikro sağlık sigortası olarak da kullanılmıştır. Ayrıntılı bilgi için bakınız: Bernd Balkenhol, Craig Churchill, **From Microfinance to Micro Health Insurance, Social Reinsurance. A New Approach to Sustainable Community Health Financing**, World Bank and International Labour Office, 2002, http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/08/27/000012009_20030827151353/Rendered/PDF/265280PAPER0Social0reinsurance.pdf, (Erişim: 15.09.2010), s. 75.

⁵⁸ Björn Ekman, "Community-Based Health Insurance in Low-Income Countries: A Systematic Review of the Evidence", **Health Policy and Planning**, 19(5), 2004, s. 249.

⁵⁹ T. Plochg, N. S. Klazingo, "Community-Based Integrated Care: Myth or Must?", **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 14 Number 2, Oxford University Press, 2002, s. 94.

Topluluk yaklaşımı, tek başına bir genel sağlık yöntemi olmaktan çok, yerel düzeyde yapısal adaleti ve hakkaniyeti sağlamaya yönelik bir araç ve sağlık sektörü içinde bir gelişme olarak yorumlanmalıdır. Bu yaklaşımda, toplumun bütün sivil inisiyatifleri işbirliği yaparak, görece dezavantajlı kesimi, sağlık hizmetinden yararlanır hale getirmek temel amaçtır. Bu nedenle de sağlık hizmetinin maliyetlerinin düşürülmesine ve herkese asgari sağlık hizmetinin sağlanmasına yönelik bir “özel” finansman yöntemidir. Çünkü sağlık hizmetlerinin maliyeti düşürülüp, hizmeti talep edenlerden oldukça küçük bir katkı alınmaktadır⁶⁰. Devlet, bu yaklaşımda en önemli aktör olarak, toplumun diğer gruplarını da yönlendirir. Ancak bu yaklaşımda desentralizasyon önemli olduğundan, sağlık talebinin yerel düzeyde anlaşılması ve kamusal kurumların yerleştirilmesi de amaçlanır. UNICEF ve Dünya Bankasının desteklediği bu yaklaşımda, önemli olan ekonomik etkinlik değil, uygulanan reform paketinin bir topluluğun ihtiyaç duyduğu ve talep ettiği sağlık hizmetini tam olarak karşılamasıdır. Bu nedenle UNICEF, toplulukların sosyal yönünü incelerken, Dünya Bankası da ekonomik destekle bu reform hareketinin parçası olmuştur. Bu iki kurum, sağlık hizmetinin hem hakkaniyetli hem de etkin olması için, sosyal ve ekonomik anlamda, hakkaniyeti engelleyen kural ve kurumları, yerel düzeyde yeniden düzenlemeyi ve yapılandırmayı amaçlamaktadır⁶¹. Bamako Girişimi, bu yaklaşımı savunmuş ve uygulamış örneklerdendir⁶².

⁶⁰ WHO, **Frequently Asked Questions About Community-Based Initiatives**, Community-Based Initiative Series 8, Cairo, 2003, http://whqlibdoc.who.int/emro/2003/WHO-EM_CBI_017_E_G_eng.pdf, (Erişim: 18.10.2009), s. 14.

⁶¹ Annear, **a.g.e.**, s. 69.

⁶² Bamako Girişimi, 1987 yılında, Afrika’da yapısal uyum politikalarının ve mali krizlerin, sağlık sistemleri üzerindeki olumsuz etkilerini gidermek için WHO ve UNICEF’in Afrika Ülkeleri Sağlık Bakanları ile Bamko (Mali)’de düzenlediği toplantının sonucudur. Bu girişim, temel sağlık hizmetlerine erişimi arttırmayı amaçlamaktadır. Bunu da finansman ile ve sağlık hizmetlerinde eşitlik, verimlilik ve etkinlik sağlayarak gerçekleştirmeyi hedeflemektedir. Sağlık hizmetlerinin entegre ve minimum ihtiyaçları karşılayacak şekilde örgütlenmesinin sağlanarak, toplumun temel ihtiyaçlarına cevap vermesini öngörmektedir. Bu sistemde topluluk, özellikle köy komiteleri sistemin yönetimi ile temel ilaç ve tıbbi malzeme finansmanına katılmalıdır. Ayrıntılı bilgi için bakınız, The Bamako Initiative http://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5.pdf, (Erişim: 02.08.2010).

Sağlık hizmetleri reformunda topluluk yaklaşımı, sağlık hizmetlerine erişim sorunlarının çözümünde önemli bir yaklaşım olarak ön plana çıkmaktadır. Bu sistem, sağlık sigortası kapsamının, özellikle enformel sektör çalışanlarını içine alacak şekilde genişletilmesine olanak vermektedir. Daha çok düşük milli gelire sahip, vergi gelirleri sınırlı ve cepten yapılan sağlık harcamalarının önemli bir yer tuttuğu gelişmekte olan ülkelerde uygulanmaktadır. Topluluk yaklaşımı, sağlık hizmetlerinin finans stratejileri içinde önemini giderek artırmaktadır. Her ne kadar topluluk yaklaşımı ulusal nüfusun çok az bir oranını hedef alsada bu durum hızla değişmektedir. Örneğin Gana ve Tanzanya’da topluluk yaklaşımı, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde başvurulan önemli bir yöntem olarak kullanılmaktadır⁶³. Bu sistemde fonlar çoğunlukla çok küçük toplulukları kapsamaktadır. ILO’nun yaptığı bir araştırmada incelenen 258 topluluk temelli sağlık sigortası fonunun, % 50’ye yakınının 500’den az üyesi olduğunu tespit etmiştir⁶⁴. Ayrıca topluluk temelli sağlık hizmetlerinin sunulduğu ülkelerin çoğunda, genellikle koruyucu hizmetler, temel tedavi ve teşhis hizmetleri gibi sınırlı bir hizmet paketi sunulmaktadır. Daha kapsamlı hizmetlerin sunulduğu topluluk temelli sigorta programları ise genellikle çökmektedir. Bu sistem yaygın bir şekilde, ülkelerin yoksulluğu azaltma amacı taşıyan, mikro-finance, sosyal yardım ya da sosyal güvenlik ağı gibi programların bir parçasıdır⁶⁵.

Topluluk temelli sağlık hizmetlerinin başlatılması için, sağlık kurumlarının ve topluluğun her aşamada geniş bir planlama ve diyalogu gerekir. Aynı zamanda topluluğun geleneksel liderlerinin benimsemesi ve destek olmayı kabul etmesi de önemlidir. Sağlık hizmetlerinin başarısı, geleneksel toplumun katılım ve mobilizasyonuna bağlıdır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, topluluğun

⁶³ Sara Bennett, The Role Of Community-Based Health Insurance Within the Health Care Financing System: A Framework for Analysis, **Health Policy And Planning**; 19(3): Oxford University Press, 2004, s. 147.

⁶⁴ Jacobs, Maryam Bigdeli, Mautris van Pelt, Por Ir, Cedric Salze, “Bridging Community Based Health Insurance on Social Protection for Health Care—a Step in the Direction for Health Care”, **Tropical Medicine and International Health**, Volume 13, No 2, Blakwell Publishing, 2008, s. 140.

⁶⁵ WHO, **Social Health Insurance**, s. 4.

yaşadığı bölgede sunulabilecek şekilde örgütlenmesi sistemin başarısının temel belirleyicisidir⁶⁶

Yapılan bir araştırmada, topluluk temelli sağlık hizmetlerinin sağladığı faydalar şöyle belirlenmiştir; Öncelikle, topluluk temelli sağlık hizmetlerinin, uygulandığı bölgelerde kaynak dağılımı üzerinde olumlu bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu tip finansman düzenlemeleri ile sağlık hizmetlerinin verimliliğini olumlu yönde etkilemek mümkün olmuştur. Ayrıca, hizmet kalitesinde herhangi bir olumsuz değişikliğe rastlanmamıştır. Diğer önemli fayda, topluluk temelli sağlık hizmetleri, dikkate değer bir şekilde finansal koruma sağlamakta, üyelerinin cepten yaptıkları harcamaları önemli oranda azaltmaktadır. Aynı zamanda uygulandığı bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimi arttırdığı tespit edilmiştir⁶⁷.

Özet olarak, topluluk temelli sağlık hizmetleri, sağlık sistemlerini nüfusun tamamını kapsayacak şekilde yaygınlaştıramamış, gelişmekte olan ülkelerde kullanılan bir sistemdir. Bu sitem ile bölgesel düzeyde, yoksulların ve dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerinden yararlanması amaçlanmaktadır. Tek başına bir sağlık finansman modeli olmaktan çok, evrensel kapsayıcılığa sahip, vergilerle ya da sosyal sigorta yöntemiyle finanse edilen bir sisteme geçinceye kadar kullanılan bir ara modeldir.

1.2.2. Kamu Yaklaşımı

Kamu sağlığı anlayışı, 19'uncu yüzyılda temel hijyen sorunları ile başlamış, batı refah devletlerinin yapılandırılması ile güçlenmiştir. Özellikle 1970'lerde, kamu sağlığı kavramı, içine toplumsal sağlık anlayışını da alarak genişlemeye başlamıştır. Bu dönemde sağlık alanındaki eşitsizlikler önemli bir problem haline gelmiş, buna bağlı

⁶⁶ Örneğin, Gana'da kurulmaya çalışılan topluluk temelli sağlık sisteminin başarısı için, toplumun geleneksel liderlerinin desteğinin alınmasının, sistemin başarılı olabilmesi için anahtar öneme haiz olduğu vurgulanmıştır. Ayrıntılı bilgi için bakınız; Frank K Nyonator, J Koku Awoonor-Williams, James F Phillips, Tanya C Jones, Robert A Miller, "The Ghana Community-Based Health Planning and Services Initiative for Scaling up Service Delivery Innovation", *Health Policy And Planning*, 20(1), Oxford University Press, 2005, s. 26.

⁶⁷ Ekman, a.g.e., s. 252.

olarak da yoksul ve dezavantajlı gruplar için çeşitli uygulamalar hayata geçirilmiştir. Bu uygulamalar, nüfusun sağlık düzeyinin yükselmesine ve sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur. Bu dönemde gelişmiş toplumlarda kamu sağlığı, eşitlikçi bir anlayışa bürünmüştür⁶⁸.

Kamu sağlığı düzeyi, bir ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişliğini gösterir ve etkinliği, sadece "ekonomik" etkinlik olarak anlaşılmamalıdır. Sağlık sektöründe etkinlik, ancak sağlık hizmetlerinin toplam sağlık ve bakım talebini karşılayıp karşılamadığı, evrensel kapsayıcı olup olmadığı ve hizmetin ulaştığı kalite düzeyi hep birlikte düşünüldüğünde doğru olarak ortaya konabilir. Sağlık sektöründeki bu yeni etkinlik anlayışı, pragmatik bir yöntem olan kamu sağlığı yaklaşımı kapsamında tartışılmaktadır. Bu yaklaşımın özü, özel ve kamu sektörü tekniklerini birlikte kullanmaktır. Bu amaçla bazı kurumsal ayarlamalar yapıp, etkin bir sağlık politikası kapsamında, etkili ve kaliteli bir kamu sağlığı düzeyi yakalamak mümkündür⁶⁹.

Kamu sağlık hizmetleri sunum sistemleri, bilim ve iş camiası ile sıkı işbirliği içerisinde olması gerekmektedir. Aynı zamanda topluluk temelli organizasyonlarla da yakın ilişki içerisinde olmalıdır. Bütün bu ilişkiler, kamu sağlığı modelinin başarıya ulaşması için hayati önem taşır. Özellikle toplumsal fonksiyonlarla olan ilişkisi, sistemin başarılı olup olmadığının göstergesidir. Gerekli sağlık hizmetlerinin, bütün toplumu kapsayacak şekilde sunulmasını sağlayacak alt yapı için, önemli oranda bir kaynak gerekmektedir. Bu altyapı, merkezi ve yerel, karmaşık bir organizasyon ve yönetim sistemi gerektirmektedir. Hükümet ve sivil toplum kuruluşları da hizmet sunumu için bu altyapının içerisinde olmalıdır. Çevre sağlığı, iş sağlığı ve güvenliği, ruh sağlığı ve uyuşturucu madde kullanımına yönelik hizmetler, kamu sağlığı yaklaşımının ayrılmaz parçalarıdır. Sağlık hizmeti sağlayan kurumlar; kar amacı gütmeyen kurumlar, okullar, dini kurumlar ve iş sektörü, bu sistemin bütünleyenleridir⁷⁰.

⁶⁸ Christian Munthe, "The Goals of Public Health: An Integrated, Multidimensional Model", *Public Health Ethics*, Volume 1, Number 1, 2008, s. 40.

⁶⁹ Annear, a.g.e., s. 69.

⁷⁰ Thomas Lincoln, John R. Miles, Steve Scheibel, *Community Health and Public Health Collaborations*, Public Health Behind Bars, Springer, New York, 2007, s. 510.

Mills'e göre, sağlık sektöründe reform ihtiyacının hissedilmesi ve başlanması, varsayıldığı gibi sağlık sektörünün içinden değil, dışından gelen baskılarla başlamıştır. Başka bir ifadeyle, sağlık sektöründeki iyileştirme ve reformları, daha büyük bir değişim ihtiyacının bir parçası olarak düşünmek gerekmektedir. Çünkü sağlık reformu, "kamu yönetimi devriminin" (public management revolution) bir parçasıdır. Kamu yönetimi devrimi; devlet, piyasa ve toplum arası ilişkileri yeniden tanımlayan ve piyasa tekniklerini kamu yönetimine ve organizasyonlarına uyarlayan anlayışın adıdır. Ancak, piyasa tekniklerini kamu yönetimi alanında kullanmak, varsayıldığı gibi tamamen piyasa sistemine geçmek değildir. Bundan farklı olarak kamuya, piyasa mekanizmalarını uyarlamaktır. Bu noktada, piyasa yöntemi ile bürokratik yöntem arasında bir ayırım yapmak zorunludur. Örneğin sağlık hizmetiyle ilgili kamunun yönetim anlayışını geliştirmek, iyileştirmek ve sonuçta daha etkili bir yönetim oluşturmak bürokratik bir reform hamlesidir ve kamusal yönetim sınırlarında yapılan değişim ve gelişmelerdir⁷¹.

Bir ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişliğinin, sadece piyasa teknikleriyle artacağını iddia etmek oldukça ideolojiktir. Bu nedenle sağlık sektöründe temel kavram ekonomik etkinlik değil, hizmetin kalitesiyle birlikte, hakkaniyet, sağlık hizmetinden yararlananların maksimum tatmini, evrensel kapsayıcılığın sağlanabilmesi ve sistemin iç etkinliğinin artırılmasıdır. Başka bir ifadeyle, sadece piyasa teknikleriyle sağlık hizmetlerini yürütmenin sınırlı ve yetersiz olduğu varsayımından hareketle, kamusal iradenin temel aktör olmadığı bir sağlık sisteminin, etkin ve aynı zamanda hakkaniyetli olacağı iddiası eleştiriye açıktır⁷².

Temel olarak kamu sağlığı yaklaşımı, nüfusun sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlar. Bunu gerçekleştirmek için iki temel hususu dikkate alır. Birincisi, nüfusun sağlığını bireysel sağlık seviyesi ile ilişkilendirilir. İkincisi, gerçekleştirilmek istenen hedefler ile nüfusun sağlık yapısı arasında uyum sağlanır. Bu durum, yalnızca toplumdaki

⁷¹ Annear, a.g.e., s. 66.

⁷² a.g.e., s. 69.

bireysel sağlık durumuna ait basit istatistiksel hesapları değerlendirmekten daha karmaşık bir süreci gerektirir⁷³. Temel bir kamu sağlığı sisteminin üç bileşeni vardır. Bunlar, sağlık işgücünün kapasitesi ve yetenekleri, organizasyon kapasitesi ve bilgi veri kapasitesidir⁷⁴.

Kamu sağlığı sistemini diğer sağlık sistemlerinden ayıran bazı özellik vardır. Bunlardan ilki, hastalık ve sakatlıklardan korumaya yönelik olması, ikincisi ise bireyden çok bütün nüfusa odaklanmasıdır. Ayrıca kamu sağlığı, üç temel fonksiyonu ihtiva etmektedir. Bunlar; toplum sağlığı bilgi sistemlerini değerlendirmek, geniş kapsamlı sağlık politikaları geliştirmek ve kamu sağlık hizmetleri güvencesinin tüm topluma sunulmasıdır⁷⁵.

Özetlemek gerekirse, etkin bir kamu sağlığı yaklaşımının yönettiği bir reform, ancak bazı zorunlu öğeleri ve değişimleri kapsarsa başarılı olur. Bunlardan ilki, sağlık sektöründeki reformlar her şeyden önce yapısal ve kurumsal değişimleri içermeli ve bu değişimlerin önceden belirlenen amaçları olmalıdır. Etkin bir sağlık reformu, uzun dönemde edinilmek istenen yararlar gözetilerek yerel, bölgesel ve ulusal yönetimlerin birlikte hareket etmesiyle mümkündür. İkinci olarak, reform paketinin içerdiği yeni uygulamaların gerçeklik kazanıp uygulanabilmesi için gerekli olan politik iradenin gösterilmesi gerektiği gibi, bu yeniliklere öncülük edecek nitelikli işgücü veya teknik insan kapasitesinin de reformda ulaşmak istenilen amaçlarla örtüşmesi gerekmektedir. Çünkü reformların başarılması, reformun uygulanmak istendiği toplumsal bağlamla ilişkilidir. Başka bir ifadeyle reform hareketleri, hem gerekli olan materyal kaynağına hem de mevcut insan kapasitesine bağlıdır. Bu nedenle de reform stratejileri materyal, insan ve kurumsal kaynakların kıtlığıyla sınırlıdır. Üçüncü olarak sağlık reformu, reform sürecinde ortaya çıkacak problemleri çözecek örgütsel ve kurumsal mekanizmayı da üretebilmelidir. Her reformun "operasyonel maliyet"ini bilen, sürece katkı sağlayan profesyonel dernekler, sağlık kuruluşları, sağlık bakanlığı ve çıkar grupları

⁷³ Munthe, a.g.e., s. 40.

⁷⁴ Lincoln, Miles, Scheibel, a.g.e., s. 512.

⁷⁵ a.g.e., s. 511.

arasındaki ilişkilere ve iletişime hâkim bir yönetim mekanizmasının olması önemlidir⁷⁶.

1.3. Yaklaşımların İşbirliği: Sosyal ve Piyasa Yönteminin Birleştirilmesi

1990'ların sonlarında, sağlık sektöründe etkinlik ve hakkaniyetin birlikte sağlanması için hiçbir yaklaşımın tek başına yeterli olmadığı anlaşılmıştır. Bu nedenle de sosyal ve piyasa yaklaşım tekniklerinin birlikte kullanılmadığı ve birbiriyle işbirliği yapabilecek şekilde esnetilmediği hiçbir reform hareketinin başarılı olamayacağı iddia edilmeye başlanmıştır. Bu yeni işbirlikçi yaklaşımda, elbette ki kamusal otoritelerin yükü ve rolü daha önemlidir. Ancak kamu, kendi sorumluluğunu yalnızca sağlık hizmetini sağlamaktan ibaret görmemelidir. Başka bir ifadeyle kamunun sorumluluğu, sağlık hizmetini sağlayan olmaktan çok finanse eden ve yöneten durumuna kaymak durumundadır. Etkin ve hakkaniyetli bir sağlık sistemi için, sadece kamu sağlık hizmeti değil, özel sağlık hizmetleri de önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık konusunda bu iki kaynaktan birini dışarıda bırakmak doğru değildir. Sağlık hizmetinin finanse edilmesinde de bilinen tüm özel ve kamusal gelir yöntemleri, bağışlar ve sivil inisiyatifin yarattığı kaynaklar da dahil olmak üzere, hep birlikte kullanılmalıdır. Başka bir ifadeyle sağlık sektöründe başarı, hem finans kaynakları ve yöntemleri, hem de özel sektör yaklaşım tekniklerinin birlikte kullanılmasıyla mümkün olacağı iddia edilmektedir⁷⁷.

Kamu özel ortaklığı, finansman ve karar alma süreçlerinde, hükümet ve hükümet dışı kurumların birlikte olduğu karma (hybrid) bir

⁷⁶ Annear, **a.g.e.**, s. 69.

⁷⁷ Sağlık alanında yapılacak ortaklıkların konuları şöyle özetlenebilir; Bir ürün geliştirme, özel bir hastalığın kontrolü için hibe ya da sübvansiyonlu üretim, ürün bağı ya da dağıtım vasıtasıyla hastalık kontrolü, sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, halkın eğitimi, ürün kalitesinin geliştirilmesi ve çok yönlü çabaların kontrolü. Ayrıntılı bilgi için bakınız: Roy Widdus, "Public-Private Partnerships for Health: Their Main Targets, Their Diversity, and Their Future Directions", **Bulletin of the World Health Organization**, 79 (8), 2001, s. 717; Annear, **a.g.e.**, s. 74.

yönetim anlayışını temsil eder⁷⁸. Toplumsal katılım ve sahiplenmenin sağlık programlarının başarısı için önemli olduğu ülkelerde, sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı ile mücadele önemli bir mekanizmadır. Bu yönde gerçekleştirilen reformlar, etkili bir kamu özel ortaklığının, yenilikçi hizmet sunum stratejileri ve ulusal halk sağlığı programları için olumlu etkileri olduğunu göstermektedir⁷⁹.

Kamu özel ortaklığının üç temel belirleyici unsuru vardır. Birincisi, bu ortaklık en az bir kar amacı güden kuruluş ile bir kar amacı gütmeyen kuruluş arasında olmalıdır. İkincisi, bu ortaklıkta yapılacak faaliyetler ile sağlanacak faydaların paylaşımı yapılmalıdır. Son olarak, kamu sağlığı alanında yapılacak ortaklık, özellikle dezavantajlı gruplar için sosyal bir değer yaratmalıdır⁸⁰.

Kamu özel ortaklığı, özel sektör ve kamu arasında tesis edilmiş, kurumsal ilişkiler bütünü olarak da nitelendirilir. Operasyonel mekanizmalar, yönetim, yasal statü, şeklindeki ilişkileri ise taraflar ve ülkedeki yerleşik politik anlayış belirler. Birleşmiş Milletler, kamu özel ortaklığını; hükümet, özel kuruluşlar ve sivil toplum kuruluşları arasında gönüllülük esasına ve işbirliğine dayanan, belirlenen bir amacı birlikte gerçekleştirme gayesiyle, kaynak, sorumluluk ve risk paylaşımı olarak tanımlamaktadır⁸¹. Kamu özel ortaklığı ile elde edilebilecek avantajlar ise, kaynakların kullanılabilirliği (kamu ve özel), verimlilik ve etkinlik ile politikaların uygulanabilmesi için meşruldür⁸².

Bu sistem, sağlık bakanlığı ya da ulusal sağlık sigortası kurumu ile özel sektör arasında imzalanan bir çeşit sözleşmedir. Bu sözleşmenin

⁷⁸ Dana Karen Ciccone, "Arguing for a Centralized Coordination Solution to the Public-Private Partnership Explosion in Global Health", **Global Health Promotion**, 17: 48, 2010, s. 48.

⁷⁹ Ramesh Bhat, **Public-Private Partnerships: Lessons and Implications from Three Case Studies Managing Contracting Arrangements to Strengthen the Reproductive and Child Health Programme in India**, World Health Organization, Geneva, 2007, s. 1.

⁸⁰ Michael R. Reich, "Public-Private Partnerships for Public Health", **Nature Medicine**, Volume 6, Number 6, 2000, s. 618.

⁸¹ R.J.A. Njau, F.W. Mosh, D. De Savigny, "Case Studies in Public-Private-Partnership in Health With the Focus of Enhancing the Accessibility of Health Interventions", **Tanzania Journal of Health Research**, Vol. 11, No. 4, 2009, s. 235.

⁸² Ronald W. Mc Quaid, "The Theory of Partnership", **Public Private Partnership, Theory and Practice in International Perspective**, Stephen P. Osborne(ed.), First Published, London, Routledge, 2000, s. 21.

kapsamı klinik hizmetler olabileceği gibi, çamaşırhane hizmetleri, klinik destek hizmetleri (laboratuvar hizmetleri vb), özel klinik hizmetler (hemodiyaliz vb) ya da bütün bir hastane yönetimi için dış kaynak kullanımı olabilir. Sözleşmelerle özel sektörün sorumluluğu belirlenir. Finansman, ortaklaşa sağlanabileceği gibi, taraflardan biri de yüklenebilir⁸³.

Sağlık hizmetlerini kamu kaynakları ile finanse eden pek çok ülke, verimliliği arttırmak ve finansal istikrarı sağlamak amacıyla başlattığı reform çalışmalarında, rekabetçi piyasa düzenlemelerinin sağlık hizmetleri için de kullanılmasının, sağlık sistemlerinin verimliliği için bir tetikleyici unsur olduğu sonucuna varmıştır. Bu ülkeler piyasanın sağlayacağı bu avantajlar için kamu özel işbirliği üzerinde durmaktadır⁸⁴. Bu işbirliği tarafların, farklı derecelerde sorumluluk ve risk üstlenmesini gerektirmektedir. Genel olarak, ortak hedefler için işbölümü, risk ve ödül dengesi, sağlık hizmetlerinin veya kamu imkânlarının efektif dağılımı için gerekli düzenlemeler, işbirliğinin temel unsurlarıdır⁸⁵.

Kamu özel işbirliği, kamu ve özel sektör arasında sürekli bir işbirliğini ifade etmek için kullanılmaktadır. Sağlık hizmetleri sektöründe üç farklı şekilde uygulanmaktadır. Bunlardan ilki küresel kamu-özel sektör işbirliği, ikincisi ülke içinde sağlık hizmetlerini hem üretim hem de dağıtımını içeren ticari işbirliği ve son olarak, ülke içinde sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaklıktır. Ülke içinde uygulanan kamu-özel işbirliği ile küresel boyutta uygulanan kamu-özel işbirliğini birbirinden ayıran farklar, uluslararası organizasyonlar, ortaklıklar ve sivil toplum örgütleridir⁸⁶.

⁸³ Katja Kerschbaumer, "Public Private Partnership in Eastern Europe: Case Studies From Lithuania, Republika Srpska and Albania", *Eurohealth*, Vol 13 No 2, London, 2007 s. 7.

⁸⁴ Eila Kankaanpa, Ismo Linnosmaa, Hannu Valtonen, "Public Health Care Providers and Market Competition: the Case of Finnish Occupational Health Services", *European Journal of Health Economics*, Springer, Verlag, 2010, s. 1.

⁸⁵ Kerschbaumer, *a.g.e.*, s. 7.

⁸⁶ April Harding, Alexander S. Preker, *Private Participation in Health Services*, World Bank Health, Nutrition, and Population Series, Washington, 2003, s. 20.

Dünyada sağlık hizmetleri farklı şekillerde organize edilmektedir. Karmaşık ve birbiri ile bağlantısı olmayan bu sistemler, ülkelerin politik anlayışlarının bir yansımasıdır. Her ne kadar farklılıklar ihtiva etse de, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerin çoğu, sağlık hizmetlerini karma bir modelde sunmaktadırlar. Bu sistemde, cepten yapılan harcamalar ve sağlık hizmetlerinin piyasa tarafından sunulması, baskın anlayıştır. Bu ülkelerde kamu tarafından finanse edilen ve sunulan sağlık hizmetleri ile özel olarak finanse edilen ve piyasa şartlarında sunulan sağlık hizmetleri bir aradadır. Bu durum üç faktöre bağlanabilir. Bunlar, yetersiz kamu sağlık fonları, özel sektörün uygun düzenleyici çerçeve olmaksızın sosyal hizmet sunmasının mümkün olması ve şeffaf olmayan yönetimidir⁸⁷.

Kamu özel ortaklığının, verimliliğin artırılmasında anahtar bir rol oynamasının bazı nedenleri vardır. Bunlardan ilki, kamu temelli sistemlerde sağlık hizmetleri yöneticilerinin, karşılaştıkları problemlere esnek bir şekilde cevap vermeleri zorlaşmaktadır. Bu da uzun dönemli karar aşamalarına ve memnuniyetsizliklere neden olmaktadır. İkincisi, uzmanlık alanı daha geniş olan özel sektör imkânlarını kullanmak, pek çok fırsatın elde edilmesini sağlamaktadır. Bunlardan en önemlisi, özel sektörün sahip olduğu nitelikli iş gücü ve hasta ilişkilerinde gösterdiği müşteri odaklı yaklaşımdır. Üçüncüsü, kamu özel ortaklığı ile uzun dönemde, maliyet kısıtlama uygulamalarının başarı şansı artmaktadır. Özellikle kamuda uygulanan yüksek ücret politikalarının etkilerinin azaltılmasına olanak sağlayabilmektedir. Son olarak, kamu özel ortaklığı sağlık teknolojilerinde yaşanan gelişmelerden daha efektif yararlanılmasına neden olmaktadır⁸⁸.

Kamu özel ortaklığı şeklinde sağlanan bir çoğulculukla, yeni tedavi yöntemleri, uluslararası işbirliği ve tedavi gecikmelerinin azaltılması için daha fazla yeni kaynak yaratılabilir. Aynı zamanda daha fazla rekabet ve buna bağlı olarak da verimlilik artışı elde edilebilir⁸⁹.

⁸⁷ Sania Nishtar, "The Mixed Health System Syndrome", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 88(1), 2010 January, s. 74.

⁸⁸ Nick Bosanquet, "Public/Private Partnership: Change For Today's Patients-not Tomorrow's", *Eurohealth*, Vol 6 No 2, London, 2000, s. 41.

⁸⁹ Bosanquet, *a.g.e.*, s. 41.

Kamu özel ortaklığı, ülkelerin karşı karşıya kaldıkları finansal sorunların çözümü için yeni olanaklar yaratması açısından da önemlidir. Pek çok sağlık sistemi yaşlı nüfus artışı, pahalı teknolojilerle yapılan tedaviler ve artan kalite beklentileri nedeniyle mali sıkıntı yaşamaktadır. Bu sorunlarla baş etmek zorunda kalan hükümetler, çözüm için halkı özel sektöre yöneltmektedir. Böylelikle, hizmet sunum kalitelerini arttırırken, maliyetlerini de azaltmayı hedeflemektedirler⁹⁰.

Özet olarak kamu özel ortaklığının pek çok faydası olduğu iddia edilmektedir. Bunlar, kamu harcamalarının azalmasına neden olması, sağlık hizmetleri yönetiminde verimlilik artışına yol açması, teknik ve yönetsel uzmanlığı arttırması ve teknoloji transferidir. Bu avantajlarla sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılması beklenmektedir. Ayrıca özel ortağın, maliyet ve zamanlama yönetiminde daha başarılı olabilme olasılığı, kaynak tahsisinin daha iyi bir hale gelmesine ya da beklenen risklerin azalmasına neden olabilir⁹¹.

SONUÇ

Refah rejimlerinin yarattığı toplumsal konsensüste çok önemli katkısı olan sağlık politikalarında, 1980'li yılların başından itibaren bir değişim yaşanmaya başladığı, hemen bütün araştırmacıların kabul ettiği bir husustur. Özellikle küreselleşmenin neden olduğu baskılar, hükümetleri sağlık hizmetleri alanında yeni politikalar üretmeye zorlamıştır. IMF ve DB tarafından desteklenen reform uygulamalarının özünü, daha önce devletin sorumluluğunda sunulan hizmetlerin, küresel sermayeye faaliyet alanı yaratacak şekilde yeniden düzenlenmesi oluşturmaktadır. Bu bağlamda, gelişmekte olan ülkelere sağlık reformları karşılığında sağlanan fonlar, bu kurumlara meşru bir müdahale zemini sağlamıştır

⁹⁰ Irina A. Nikolic, Harald Maikisch, **Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector, An Overview with Case Studies from Recent European Experience**, World Bank, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, Washington, 2006, s. 1.

⁹¹ Nikolic, Maikisch, s. 5.

Uluslararası kuruluşların sağladığı fonlar ve evrensel kapsayıcılığa sahip bir sağlık sistemi kurması yönünde baskılar, ülkelerin sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur. İşte asıl sorun bu noktadan sonra ortaya çıkmaktadır. Artan sağlık harcamalarının finansmanının nasıl karşılanacağına verilen cevaplar, hükümetlerin sağlık reformlarının da şekillenmesine yol açmaktadır. Bu noktada, harcamaların GSMH'dan sağlığa ayrılan payın arttırılarak mı ya da sigorta primlerinin ve kapsamının arttırılarak mı karşılanacağı veya piyasa koşullarında bireylere mi bırakılacağı soruları ön plana çıkmaktadır.

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

KAYNAKLAR

- Ağartan, Tuba. "Sağlıkta Reform Salgını", **Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar**, 1. Baskı, İstanbul, İletişim Yayınları, 2007.
- Annear, Peter Lesli. **Healthy Markets-Healthy People? Reforming Health Care in Cambodia**, School of Health Sciences, Darkin University, Burwood, 2001.
- Aktan, Coşkun Can, Kadir Işık. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Tanımlar, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf>, (25.08.2010).
- Ashton, Toni, Jacqueline Cumming, Janet McLean. "Contracting for Health Services in a Public Health System: the New Zealand Experience", **Health Policy**, 69, 2004.

- Balkenhol, Bernd, Craig Churchill. **From Microfinance to Micro Health Insurance**, Social Reinsurance A New Approach to Sustainable Community Health Financing, World Bank and International Labour Office, 2002, http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/08/27/000012009_20030827151353/Rendered/PDF/265280PAPER0Social0reinsurance.pdf, (Erişim: 15.09.2010).
- Bennett, Sara. The Role Of Community-Based Health Insurance within the Health Care Financing System: A Framework for Analysis, **Health Policy And Planning**; 19(3): Oxford University Press, 2004.
- Bhat, Ramesh. **Public-Private Partnerships: Lessons and Implications from Three Case Studies Managing Contracting Arrangements to Strengthen the Reproductive and Child Health Programme in India**, World Health Organization, Geneva, 2007.
- BMA. **Commissioning and the Impact of the Purchaser-Provider Split on the NHS in England**, <http://lookafterournhs.org.uk/wp-content/uploads/commissionign-and-purchaser-provider-split-with-links-03062.pdf>, (Erişim: 02.10.2010).
- Breyer, Friedrich, Andreas Haufler. "Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution", **International Tax and Public Finance**, 7, 445-461, Kluwer Academic Publishers, Netherlands, 2000.
- Busse, Reinhard, Jonas Schreyögg, Christian Gericke. **Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries, a Comprehensive Framework Approach**, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, Washington, 2007.
- Bosanquet, Nick. "Public/Private Partnership: Change For Today's Patients-not Tomorrow's", **Eurohealth**, Vol 6 No 2, London, 2000.
- Carin, Guy. **Community Based Health Insurance Schemes in Developing Countries: Facts, Problems and Perspectives**, WHO Discussion Paper, Number 1, Department Health System Financing Expenditure and Resource, Geneva, 2003.
- Ciccone, Dana Karen. "Arguing for a Centralized Coordination Solution to the Public-Private Partnership Explosion in Global Health", **Global Health Promotion**, 17: 48, 2010.
- Duran, Antonio, Igor Sheiman, Markus Schneider, John Overtveit. **Purchasers, Providers and Contracts, Purchasing to Improve Health Systems**

- Performance**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, First Published, Glasgow, Open University Press, 2005.
- Ekman, Björn. "Community-Based Health Insurance in Low-Income Countries: A Systematic Review of the Evidence", **Health Policy and Planning**, 19(5), Oxford University Press, 2004.
- Figueras, Josep, Ray Robinson, Elke Jakubowski (ed.), **Purchasing to Improve Health Systems Performance**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, First Published, Glasgow, Open University Press, 2005.
- Gerdtham U. G., Rehnberg, C., Tambour, M., **The Impact of Internal Markets on Health Care Efficiency: Evidence From Health Care Reforms in Sweden**, Working Paper Series in Economics and Finance, No 170, <http://swopec.hhs.se/hastef/papers/hastef0170.pdf>, (Erişim: 11.05.2010)
- Glinos, Irene A. Rita Baeten, Hans Maarse. "Purchasing Health Services Abroad: Practices of Cross-Border Contracting and Patient Mobility in Six European Countries", **Health Policy**, 95, 2010.
- Ham, Chris. **Healty Care Reform: Learning From International Experience**, Open University Press, Birmingham, 1997.
- Harding, April, Alexander S. Preker. **Private Participation in Health Services**, World Bank Health, Nutrition, and Population Series, Washington, 2003.
- Hjertqvist, Johan, **The Purchaser-Provider Split, Swedish Health-Care Reform, from Public Monopolies to Market Services**, Frontier Centre for Public Policy, 201-63.
- Jacobs, Maryam Bigdeli, Mautris van Pelt, Por Ir, Cedric Salze. "Bridging Community Based Health Insurance on Social Protection for Health Care-a Step in the Direction for Health Care", **Tropical Medicine and International Health**, Volume 13, No 2, Blakwell Publishing, 2008.
- Kankaanpa, Eila, Ismo Linnosmaa, Hannu Valtonen. "Public Health Care Providers and Market Competition: the Case of Finnish Occupational Health Services", **European Jurnal of Health Economics**, Springer, Verlag, 2010.
- Kerschbaumer, Katja. "Public Private Partnership in Eastern Europe: Case Studies from Lithuania, Republika Srpska and Albania", **Eurohealth**, Vol 13 No 2, London, 2007.
- Langenbrunner, Jhon C. Eva Orosz, Joe Kutzin, Mirian M. Wiley. "Purchasing and Paying Providers", **Purchasing to Improve Health Systems**

- Performance**, Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski (ed.), European Observatory on Health Systems and Policies Series, First Published, Glasgow, Open University Press, 2005.
- Libby, Anne M. "Contracting Between Public and Private Providers: A Survey of Mental Health Services in California", **Administration and Policy in Mental Health**, Vol. 24, No. 4, 1997.
- Liu, Xingzhu, David R. Hotchkiss, Sujata Bose, "The Effectiveness of Contracting-Out Primary Health Care Services in Developing Countries: A Review Of The Evidence", **Health Policy and Planning**, 23, 2008.
- Lincoln, Thomas, John R. Miles, Steve Scheibel. **Community Health and Public Health Collaborations**, Public Health Behind Bars, Springer, New York, 2007.
- Litvack, Jennie, Jessica Seddon, **Decentralization Briefing Notes**, World Bank Institute Working Papers, <http://siteresource.worldbank.org/WBI/Resource/wbi37142.pdf>, (Erişim: 19.04.2009).
- Loevinsohn, Benjamin, April Harding. "Buying Results? Contracting for Health Service Delivery in Developing Countries", **Lancet**, Vol 366, 2005.
- Maarse, Haans, Thomas A. Rathwell, Tamas Evetovits, Alexander S. Preker, Elke Jakubowski. "Responding to Purchasing Provider Perspectives", **Purchasing to Improve Health Systems Performance**, Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski (ed.), European Observatory on Health Systems and Policies Series, First Published, Glasgow, Open University Press, 2005.
- Maynard, Alan Anna Dixon. "Private Health Insurance And Medical Savings Accounts: Theory and Experience", **Funding Health Care: Options for Europe**, Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kutzin (ed.), First Published, Buckingham, Open University Press, 2002.
- Mera, Jarge A. "A Review of the Welfare State and Alternative Ways of Delivering Health Care", **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 14, Oxford University Press, 2002.
- Mc Quaid, Ronald W. "The Theory of Partnership", **Public Private Partnership, Theory and Practice in International Perspective**, Stephen P. Osborne (ed.), First Published, London, Routledge, 2000.

- Mills, Anne Jonathan Broomberg, **Experiences of Contracting Health Services: An Overview of the Literature**, HEFP Working Paper 01/98, LSHTM, 1998.
- Molyneux, Catherine, Beryl Hutchison, Jane Chuma, Lucy Gilson. "The Role of Community-Based Organizations in Household Ability to Pay for Health Care in Kilifi District, Kenya", **Health Policy and Planning**, 2007.
- Munthe, Christian. "The Goals of Public Health: An Integrated, Multidimensional Model", **Public Health Ethics**, Volume 1, Number 1, 2008.
- Njau, R.J.A, F.W. Mosha, D. De Savigny. "Case Studies in Public-Private-Partnership in Health With the Focus of Enhancing the Accessibility of Health Interventions", **Tanzania Journal of Health Research**, Vol. 11, No. 4, 2009.
- Nikolic, Irina A., Harald Maikisch. **Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector, An Overview with Case Studies from Recent European Experience**, World Bank, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, Washington, 2006.
- Nishtar, Sania. "The Mixed Health System Syndrome", **Bulletin of the World Health Organization**, Vol.88(1), 2010 January.
- Nyonator, Frank K., J. Koku Awoonor-Williams, James F Phillips, Tanya C Jones, Robert A Miller. "The Ghana Community-Based Health Planning and Services Initiative for Scaling up Service Delivery Innovation", **Health Policy And Planning**, 20(1), Oxford University Press, 2005.
- Reich, Michael R. "Public-Private Partnerships for Public Health", **Nature Medicine**, Volume 6, Number 6, 2000.
- Rosen, James E. **Contracting for Reproductive Health Care: A Guide**, World Bank, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, Washington, 2000.
- Saltman, R.B. J.Figüeras. "Avrupa ülkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi", **Toplum ve Hekim**, Cilt 14, Sayı 5, 1999.
- Saltman, R.B. J.Figüeras. Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Ankara, 1998.
- Schreyögg, Jonas, Oliver Tiemann, Reinhard Busse. "The DRG Reimbursement System in Germany", **Euro Observer**, Winter 2005, Volume 7, Number 4, C. Çetin Değer (çev.), Makro Bakış, Sayı 5, 2007.

- Türk Dil Kurumu Sözlüğü, 4.Akşam Sanat Okulu Matbaası, 10.Basım, Ankara, 2005
- Taylor, James Stacey. "Market Incentives and Health Care Reform", **Journal of Medicine and Philosophy**: 33, 2008.
- Taylor, Robert J. "Contracting for Health Services", **Private Participation in Health Services**, April Harding, Alexander S. Preker (ed.), World Bank Health, Nutrition, and Population Series, Washington, 2003.
- Taylor Robert J. "Contracting for Health Services", **Private Participation in Health Services**, April Harding, Alexander S. Preker (edt.), World Bank Health, Nutrition, and Population Series, Washington, 2003.
- T. Plochg, N. S. Klazingo. "Community-Based Integrated Care: Myth or Must?", **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 14 Number 2, Oxford University Pres, 2002.
- The Bamako Initiative. http://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5.pdf, (Erişim: 02.08.2010).
- Wynand P. M. M. Van De Ven. "Market-Oriented Health Care Reform: Trends and Future Options", **Soc. Sci. Bird**. Vol. 43, No. 5, 1996.
- WHO. **World Health Report 2008, Primary Health Care Now More Than Ever**, Switzerland 2008.
- WHO. **Consultation on Strategic Contracting in Health Systems Synthesis of the Meeting** Geneva, 2008.
- WHO. **Frequently Asked Questions About Community-Based Initiatives**, Community-Based Initiative Series 8, Cairo, 2003, http://whqlibdoc.who.int/emro/2003/WHO-EM_CBI_017_E_G_eng.pdf, (Erişim: 18.10.2009).
- Widdus, Roy. "Public-Private Partnerships for Health: Their Main Targets, Their Diversity, and Their Future Directions", **Bulletin of the World Health Organization**, 79 (8), 2001.