

ROSA LUXEMBURG STIFTUNG



SAĞLIK, KAZANÇLI BİR METADIR!

**Piyasalaştırılan sağlık
sisteminin sorunları ve
masalları**

luxemburg argumente

«Bir kaç yıl içinde sağlık hizmetleri ödenebilir olmayacak» – bu söylem ülkemizde onlarca yıl boyunca gösterilen tehdit senaryosunun özünü oluşturmaktadır. Nüfusun azalması ve tıp teknolojisindeki ilerlemeler «masraf patlamasının» nedeniymiş. «Yüksek ücret yan giderleri» başlığı altında sağlık sistemi primlerinin şirketleri dünya piyasalarında rekabet edemeyecek derecede yük altına sokulduğu iddia ediliyor. Nihâyetinde «ücretsiz» tıbbî hizmetler sonucunda hastalar arasında yaygınlaşan «bedavacılık mantalitesinin» yasal sağlık sigortasına ölümcül darbeyi vurduğu ileri sürülüyor. Zorunluluk durumunu telkin eden böylesi «argümentasyonlarla» sağlık sistemindeki özelleştirmeler kaçınılmaz adımlar diyerek hızlandırılmaktadır. Dünyanın en zengin toplumlarından birinde yasal sağlık sigortası hizmetleri kısıtlanmakta, hastaneler özelleştirilmekte ve yasal sağlık sigortalarını özelleştirme girişimleri hızlandırılmaktadır. Aynı zamanda hastanelerde veya eczanelerde tıbben gerekli olmayan tedbirler artırılmakta; ilaç sanayii devasa kârlar elde etmekte ve yoksul mahalleler veya taşra bölgelerinde doktor sıkıntısı çekilirken, doktor sayısı her yıl daha da artmaktadır. Peki, tüm bunlar neden böyledir?

Bu broşür, sağlık alanında söz konusu olanın yüksek miktarda paralar olduğunu ve bu paraların büyük bir bölümünün ise henüz kapitalist çıkarların boyunduruğu altına alınmadığını göstermektedir. Sağlık sisteminde kimin neyi eleştirdiğine ve hangi teşhislere göre hangi çözümleri önerdiğine iyi bakmak gerekiyor. Birinci bölümde Almanya'daki sağlık sistemi kısaca açıklandıktan sonra, sağlık politikası tartışmalarında söylenen masallar deşifre edilecektir. İkinci bölümde farklı sorun teşhisleri ve çözümleri karşılaştırmalı olarak gözden geçirilecek ve arka planları analiz edilecektir. Üçüncü bölümde ise, kapitalist koşullar altında dahi hizmetlerin daha iyi verilebileceğini gösteren reform önerileri ve alternatifler sıralanacaktır.

İÇİNDEKİLER

Giriş: Almanya'daki sağlık sistemi	2
Masallar	
1 «Masraf patlaması»	4
2 «Ücret yan giderleri çok yüksek»	5
3 «Demografik saatli bomba»	7
4 «Bedavacılık» veya «Fullkasko mantalitesi»	11
Teşhisler	
5 Sağlıktaki eşitsizlik	13
6 İki sınıf tıbbı	14
7 Kâğıdı yok, sigortası yok, sağlığa ulaşımı yok	16
8 Kasalardaki darlık	18
9 Doktor açığı ve doktor fazlası	20
10 Pahalı hastaneler	22
11 İlaç sanayiinin selfservis dükkânı	25
Alternatifler	
12 Yurttaş sigortası – Dayanışmanın genişletilmesi	28
13 Tek tek muayenehaneler yerine, ticarî olmayan sosyal-tıp merkezleri	29
14 Gereksinim planlaması	30
15 Piyasasızlaştırma/Yeniden yerelleştirme	31
16 Sosyal eşitsizliğin önlenmesi	32
Sonuç	33
Okuma önerileri	34

GİRİŞ: **ALMANYA'DAKİ** **SAĞLIK SİSTEMİ**

Almanya'daki sağlık sistemi bir kaç yıldan bu yana «dayanışmacı sistemden», «sağlık iktisatına» dönüştürülüyor. Görüldüğü kadarıyla Alman sağlık sisteminin ortaya çıkmasını sağlayan uzlaş feshedilmiş durumda.

Burjuva-monarşist toplum düzeninin Rayh Şansölyesi Bismarck, 1883 yılında siyasî işçi hareketinin baskısıyla dünya çapındaki ilk yasal sağlık sigortasını (YSS) yürürlüğe soktu. «İşçi sigortası» olarak da adlandırılan bu sistemde, bugün de önemini yitirmemiş olan bir ihtilaf kendisini gösteriyordu: Tek tek şirketlerin sağlıklı işçilere ihtiyaçları olmasına rağmen, «sermaye» toplumsal aktör olarak hareket geçmeyip, sermaye sahipleri birbirleriyle rekabet içinde bulduklarından, insanın emek ve yeniden üretim yeteneğini güvence altına alma işlevini devlet üstlendi ve ülke çapında geçerli olan bir sağlık sistemini oluşturdu. Bu sistem öncelikle ücret parçalarının (sağlık sigortası primlerinin) dağılımıyla finanse edildi. YSS sistemi bugüne kadar son derece uyumlu olduğunu gösterdi ve temel esaslarıyla bugüne kadar ayakta kaldı.

Hastane sektörü 1990'lı yılların başına kadar kamusal veya serbest kamu yararlı hastanelerin (genellikle kilise hastanelerinin) elindeydi. Sağlık sistemindeki paraların büyük bir bölümü – yurtiçi GSMH'nın yaklaşık yüzde onu, yani 2012'de yaklaşık 280 milyar Euro – bu nedenle kamusal, kâr amacı gütmeyen kurumlar arasında dolaşımda bulunuyordu. Bu para sermaye hâline gelmedi – ve işte bu gerçek, özellikle ekonomik kriz dönemlerinde, bazılarının iştahını kabarttı.

Diğer taraftan Alman sağlık sisteminin bazı önemli bölümleri her zaman ticarî örgütlenme altındaydı: Özel sigorta tekelleri halkın yaklaşık yüzde onunu dayanışmacı YSS dışında sigortalamaktadır. Aralarında Boehringer, Ingelheim, Bayer Health Care Pharmaceutials, Fresenius Medical Care ve Siemens gibi küresel oyuncuların da bulunduğu özel tıp tekniği ve ilaç sanayii, Almanya'daki yapılanma nedeniyle büyük kârlar elde etmektedirler.

Yatılı tedaviye nazaran ayakta tedavi alanı her zaman özel sektörün elindeydi. Ülke çapında tüm uzmanlık alanlarında yerleşik doktor sayısı – ki bu ikilik dünyada başka hiç bir ülkede bulunmamaktadır – yerleşik özel doktorların çıkarlarını siyaseten çok iyi koruyabildiklerini kanıtlamaktadır.

İki alan da – yatılı ve ayakta tedavi – katı bir biçimde birbirlerinden ayrı tutulmaktadır. Finansmanları farklı mantıkla gerçekleştirilmekte ve birbirlerinden farklı olarak organize edilmektedirler. Az sayıdaki noktada iki alan sistematik bir bağlantıdadırlar, ama genellikle birbirleriyle – hastaların aleyhine olan – bir rekabet içerisindedirler. Çünkü tıp ve bakım hizmetlerindeki bütün seviyelerin ve kişilerin hizmet fikrine yabancı olan sistem ve finansman sınırları olmaksızın işbirliğine girmeleri, hastaların lehine olacaktır. Ancak bunun için sağlık sisteminin toplumsal ve makul planlaması gereklidir.

Egemen politika buna karşın, entegre hizmetler yerine, sağlık sistemine piyasa koşullarını dayatmaya çalışmaktadır. Biz ise sağlık sisteminin ticarî kaygılara göre değil, ihtiyaçlara göre ve demokratik biçimde örgütlenmesi gerektiğini – hatta bu şekilde daha iyi kalitede ve daha ucuza güvence altına alınabileceğini savunuyoruz.

MASALLAR

Sağlık reformu ve sağlıksistemi üzerine yürütülen tartışmalar da genellikle, reform diye adlandırılan tedbirleri gerçekleştirmek için belirli bir sorun durumunu telkin eden masallar hakim durumda. Aşağıda bu masalları, arkalarında duran çıkarları açığa çıkartma amacıyla ele alacağız. Çıkarlarca belirlenen sorun anlatımlarının masal oldukları açığa çıkartılırsa, o zaman sağlık sistemindeki gerçek sorunların nerede olduğunu ve hangi terapinin yardımcı olabileceğini gösteren bir teşhis ortaya çıkacaktır.

1

«MASRAF PATLAMASI»

masalı:

Sağlık sistemindeki masraflar «patladığı» için, yasal sağlık sigortası hizmetleri kısıtlanmalı ve sigortalıların ek ödemeleriyle güvence altına alınmalıdır.

Arka plan ve bilgiler:

Sağlık sisteminde masrafların yükseldiği doğrudur. Hem de Alman sağlık sisteminin dünyadaki en pahalı (ama aynı zamanda en iyi) sistemlerden birisi olmasına rağmen – sadece ABD, İsveç ve Fransa’da sağlık hizmetleri için daha fazla para harcanmaktadır. Ama aynı zamanda Almanya’daki yurtiçi GSMH dünyanın en yüksekleri arasındadır ve sürekli olarak da artmaktadır. Demek ki artan iktisadî güçle ilişkide ele alındığında, bir «masraf patlamasından» bahsedilemez – sağlık sistemi harcamaları sadece GSMH ne kadar artıyorsa, o kadar artmaktadır. Sonucu: iktisadî güce göre sağlık harcamaları GSMH’nin yüzde on – on biriyle on yıllardır aynı orandadır.

Bazıları bu yüksek ücret seviyesinden kâr elde ederken, bazıları da rahatsız olmaktadır: Şirketler çalıştırdıkları işçilerin brüt maaşlarının yüzde 7,3’üne giderlere katılmaktadırlar. Onlar bu oranı azaltmaya veya en iyisi, «yüksek ücret yan giderleri» gerekçeyle sınırlamaya çalışmaktadırlar. Devlet te tasarruf edilmesini istemektedir, çünkü – zenginler ve şirketler için vergileri düşürdüklerinden – sürekli «boş kasalardan» şikâyet etmektedir.

Diğer tarafta ise sağlık sisteminde, ya da doğru bir deyimle, sağlık sektöründe sağlık için sürekli çok ve hep artan bir biçimde para harcanmasını isteyen aktörler bulunmaktadır: ilaç ve teçhizat sanayii, özel hastane şirketleri, ama yerleşik doktorlar da. Elbette yeterince para akması, sağlık sistemi çalışanlarının çıkarınıdır. Ancak asıl sorun, bu paranın nasıl dağıtılacağı ve nereye harcanacağıdır.

Sonuç: Toplumsal olarak bakıldığında sağlık sisteminde herhangi bir masraf patlaması söz konusu değildir. Giderlerin artması, siyasî tartışmalarla üretilen zenginliğin artması ile bağlantılı hâle getirilmemektedir. Buna karşın sadece artan giderlere dikkat çekilmektedir. Böylelikle de, bilhassa YSS'nda hizmet kısıtlamaları ve hastaların yapacakları ek ödemelerle finanse edilecek tasarruf «zorunlulukları» ortaya çıkmaktadır. «Maliyetlerin yeni dağılımından» neredeyse herkes faydalanyor: sağlık sanayii, işverenler ve devlet – bir tek hastalar ve çalışanlar hariç.

2

«ÜCRET YAN GİDERLERİ ÇOK YÜKSEK»

masalı:

Sağlık sistemi büyük ölçüde şirketlerin kendi çalışanlarının brüt maaşından kestiği ve sağlık kasalarına ödediği sağlık sifortası primlerince finanse edilmektedir. Bu şekilde bu primler ücret yan giderlerinin parçası olmaktadır ve artan maliyet, artan ücret yan giderleri anlamına gelmektedir. Bu, şirketlerin rekabet yetisini azaltmakta ve sonucunda işyerlerini tehlikeye sokmaktadır. Bu nedenle şirketler için primler azaltılmalıdır.

Arka plan ve bilgiler:

Neoliberal iktisat doktrininin arz teorisi bu argümantasyonun arka planını oluşturmaktadır: Siyasetin, «arz edenlerin» – yani şirketlerin – olanaklı olduğunca iyi üretim ve birikim koşullarına sahip olmalarını sağlaması istenmektedir. Bu da şirketlerin kârlarının olanaklı olduğunca yüksek olabilmesi için, olanaklı olduğunca ucuza üretim yapabilmeleri (ürettirebilmeleri) an-

lamına gelmektedir. Şirketler bu nedenle bir taraftan ücretleri, diğer taraftan da ücret yan giderlerini azaltmaya çalışıyorlar.¹ Sosyal sigorta primleri bunlar arasında sayılıyorlar. Rekabet yetisinin teşviki için bunların siyaseten azaltılması (uzun vadede dayanışmacı sosyal sigortaların bütünüyle özelleştirilmesi) istenmektedir.

«Daha fazla sağlık, daha az istihdam demek olan şeytan döngüsünü nihâyet kırmalıyız» diyen FDP başkanı ve eski sağlık bakanı Philip Rösler gibi, FDP «sağlık sigortası maliyetlerinin ücret yan giderlerinden koparılmasını» istemektedir. Bunun ardında, «Almanya'daki işsizliğin ve işyeri kaybının en temel nedenlerinden birisi ücret yan giderleridir» anlayışı durmaktadır.

Bugüne kadar bu tez hiç kimse tarafından kanıtlanamamıştır. Fiiilen sağlık giderleri şirket maliyetlerinde herhangi bir rol oynamamaktadırlar. Sadece sendikacılar ve solcu sağlık ekonomistleri değil, işverenlere yakınlığıyla tanınan Handelsblatt (23.9.2010) bile tartışmalarda, «ücret yan giderlerinin tipik bir ihracat ürününün toplam maliyetinin yüzde birinden azını oluşturduğunu» belirtmektedir. Ver.di sendikasının hesabına göre 54,15 Euro'dan hesaplanan bir zanaatkâr saatinde sağlık sigortası gideri sadece 98 Cent'tir.²

Almanya'nın her defasında «dünya ticaret şampiyonluğu ikincisi» olduğu anımsanırsa, Almanya'da üretilen ürünlerin üretim maliyetlerinin pek de yüksek olmadığı görülür!

Buna rağmen ücret yan giderlerinin yüksek olduğu argümentasyonu, dayanışmacı ve eşit katılımlı finansmandan vazgeçip her insanın aynı primi ödeyeceği bir kafa parası sistemini yürürlüğe sokmak için kullanılmaktadır.

¹ Bu kavram, sanki önemsiz bir şeyden bahsedildiğini telkin ediyor. Aslında bu kavram başka ülkelerde veya dillerde olmayan özel bir Almanca kavramdır. Ekonomik olarak bakıldığında ücret yan giderleri «yan gider» veya işçiyeye verilen özel bir ödeme değil, ücret kaleminin bir parçasıdır. ² Bkz.: Weisbrod-Frey, Herbert: Kopfpauschale stoppen! Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft, ver.di Bundesvorstand, Bereich Gesundheitspolitik, Berlin 2010.

«DEMOGRAFİK SAATLİ BOMBA»

masalı:

Almanya'daki yaşlı insan oranının artması ve yaşlı insanların daha sık ve daha uzun hasta olmaları nedeniyle gelecekte sağlık sistemi ödenebilir olmaktan çıkacaktır. «Yasal sağlık sigortasının yapısı, organizasyonu ve finansmanı buna uygun hâle getirilmelidir» talebi bu nedenle, örneğin CDU/CSU ve FDP arasında imzalanan koalisyon sözleşmesinde yer alıyordu. «Uygun hâle getirmekten» anlaşılan, sistemin özelleştirilmesi, hizmetlerin kısılması ve finansmanda sermaye fonudur.

Arka plan ve bilgiler:

Demografik değişim (yani doğum oranının azalması) genellikle televizyonlardaki tartışma programlarında sloganvari ifade olarak kullanılmaktadır; ancak bunun ne anlama geldiği, hangi sonuçlara yol açtığı, hangi tahminlere göre bu tespitin yapıldığı hemen hiç söylenmemektedir. Bir çok bilimsel yayında da demografik değişim tezi ve bununla bağlantılı olarak sağlık sisteminin veya finansmanının zorunlu yeniden yapılanması iddiası yer alıyor. Söylenenlere «bilimsel» kisvesini giydirmek için çoğunlukla, «geleceğin sağlık sistemlerini şimdiden şekillendirmek» başlığı gibi, çeşitli başlıklarda yayınladığı broşürlerde, 2050 yılında hastalara verilecek hizmetlerin kaç Euro tutacağını hesapladığını iddia eden Fritz Beske Enstitüsünden alıntı yapılmaktadır.³

Tartışmaların hedefi yasal sağlık sigortasının şimdiye kadarki dayanışmacı ve taksimli finansmanını (gerekli olan para şimdiki sigortalılarca karşılanmaktadır), şirketlerin finansmanına katılmayacakları kafa parası veya malî piyasa aktörlerinin çıkarlarına yarayan sermaye finansmanı gibi daha farklı finansman biçimlerinin sağlık sistemini kurtaracağına inanmayan tek bir insan kalmayana dek, sorgulamaktır.

İleri sürülen bu zorunluluk iddiasını yalanlayan yeterince iyi argümentasyon mevcut. Söz konusu olan demografik değişimin

olduğunu kabul etmemek değil, burada çıkartılan sosyal sonuçların doğa yasalarıymış gibi zorunluluk olarak gösterilmesine karşı çıkmaktır.

Alman toplumu kuşaklardan beri, bugün iddia edilen sonuçlardan bir tanesinin dahi gerçekleşmediği bir demografik değişim yaşamaktadır. 1900 yılında 1 yaşlıya (64 yaş üzeri) 12,4 çalışabilecek kişi (15–64 yaş arası) düşüyordu; bu oran 50 yıl sonra 6,9; bir 50 yıl daha sonra (yani 2000’de) 4,1 oldu ve 2050’de de 2 olacağı tahmin edilmektedir. Buna rağmen bu zaman dilimi içerisinde tüm yaş grupları için maddî zenginlik büyük ölçüde arttı ve son 50 yılda demografik yaşlanmaya paralel olarak sosyal sistem genişletildi. AFC’nin iktisadî gelişmesi (yani savaş sonrası ekonomik canlılık, tam istihdam vs.) buna olanak tanıdı; demografik değişimin rol ise hemen hemen hiç yoktu.

Geçmişe bakarak gelecekteki gelişmeleri tahmin etmenin ne denli zor olduğunu Federal İstatistik Dairesi’nin 1970’li yılların ortasında 2000 yılı için yaptığı tahminler göstermektedir. Daire, hesaplamalarında nüfus sayısında 15–18 milyon insan sayısında (yalnız Batı Almanya için) yanıldı. Ancak buradaki sorun istatistikçiler değil, böylesi yanıltıcı tahminler temelinde sosyal sistemlerimizi kökünden değiştirmek isteyen siyasetçilerdir.

Diğer bir argümentasyon ise, OECD üyesi 20 sanayi ülkesi arasında yapılan karşılaştırmalı uluslararası bir araştırmada, sağlık için yapılan harcamaların yüksekliği ile bir toplumun yaş oranları arasında herhangi bir istatistik bağlantı bulunmadığı tespit edilmiştir.⁴

Demografik değerlendirmeler genellikle çalışabilir olanlar ile gerçekten çalışanların sayısının aynı olduğunu varsayar. Bu dikkate alınmazsa, o zaman demografik nedenlerden dolayı beklenen gelir azalmasının büyük bir bölümünün bugünden işsizlikten kaynaklandığı görülür. Realist olmak için çalışabilir nüfus içerisindeki kayıtlı, gizli ve görünmez işsiz olan milyonlarca insa-

4 Karşılaştırmak için bkz.: Kühn, Hagen: Demographischer Wandel und demographischer Schwindel. Zur Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung, Blätter für deutsche und internationale Politik dergisinde, 6/2004; Marmor, Theodore: How Not to Think About Medicare Reform, Journal of Health Politics, Policy, and Law, 1/2001, S. 107–117.

An illustration of a doctor in a white lab coat and a stethoscope around their neck. The doctor is holding a clipboard with a white sheet of paper. The background is a light blue color with a subtle pattern of small dots. The text is written in a blue, handwritten-style font.

Heute nur
Privatpatienten

nı katmak gerekmektedir. İşte o zaman da, demografik değişim propagandasının 30 yıl sonra söz konusu olacağını iddia ettiği biçimiyle çalışanların sırtına yüklenecek yükün bugün çoktan var olduğu görülür. Asıl sorun demek ki yaşlanma değil, istihdamın yetersiz olması ve istihdam politikalarının olmamasıdır. Ayrıca çeşitli araştırmaları, orta katmanlardan insanlar ile zenginler arasındaki kronik hastalık başlangıcının ileri yaşlarda görüldüğünü göstermektedir.⁵ Bu katmanlardan insanlar daha uzun süre sağlıklı kalmaktadırlar. Buna karşın alt katmanlardan insanların ve orta katmanların alt kesimlerinin bazı bölümleri yaşayacakları yılları sadece düşük bir maddî seviyede değil, aynı zamanda hayli genç yaşlarda başlayan kronik rahatsızlıklarla geçirmeleri tahmin edilmektedir; yaşlılığın hasta olmakla eşit olduğu kötüleşme tezi, sadece bu kesimler için geçerlidir. Toplumun yaşlanması nedeniyle yaşlı hastalar için yapılan harcamaların nedeni sosyal adaletsizliktir! Yaşlılık değil, yoksulluk insanı hasta yapmaktadır.

10

Sonuç: Demografik değişimden çıkartılan zorunluluk sonucu inandırıcı değildir. Güya «doğal» ve engellenemez gelişme diye anlatılan masal deşifre edilmeli ve sosyal sorun olarak tartışılmalıdır – nihâyetinden demografik değişime yaratıcı bir şekilde yanıt verebilmek ve tehdit maskesini alaşağı edebilmek için.

⁵ Bkz.: Reiners, Hartmut: Krank und Pleite? Das deutsche Gesundheitssystem, Frankfurt a. M. 2011; Nöthen, Manuela: Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters?, Wirtschaft und Statistik, Statistisches Bundesamt, Juli 2011, S. 665–675.

«BEDAVACILIK» VEYA «FULLKASKO MANTALİTESİ»

masalı

Tıbbî hizmetler sigortalılar ve hastalar için ücretsizdir. Ücretsiz olana değer verilmez. Sonuç: Sigortalılar, bedava olduğundan, hizmetleri müsrifçe kullanmaktadırlar.

Arka plan ve bilgiler:

Bu argümantasyonun arka planı, insanların (güya) bedava alabildiklerini düşünce-sizce harcadıkları varsayımından hareket eden bir ekonomi öğretisi kitabı modelidir («ahlaki tehlike» veya «rasyonalite tuzağı»). Örneğin bira bedavaysa, insan içebileceğinden veya aslında istediğinden daha fazla bira sipariş etmiş (ve/veya içermiş). Sanki diş doktorına kök tedavisi veya bir kalp uzmanına kalp sonda kontrolüne, tüm bunlar bedava veya sağlık sigortası primlerince ödenmiş olduğu için, öylesine keyif için gidiliyormuş gibi!

Doğru: Alman sağlık sisteminin bazı alanlarında insanlara tıbbî açıdan gerekli olmayan ilaçların verilmesi veya tıbbî tedbirlerin uygulanmasıyla bir fazlalık yaşanmaktadır. Bunu bugünlerde özellikle hastanelerde görmekteyiz.

Ancak bedava bira tezi, hastalara hangi tıbbî tedavi uygulanacağına genellikle bir doktorun, yani hizmet sunanın (ve sonucunda bundan para kazananın) karar verdiğini kaale almamaktadır. Araştırmalar,⁶ bu fazlalığın, sistemin koyduğu teşviklerden kaynaklandığını göstermektedir. Eğer bir doktor her «hareketi» ve her hizmeti için para alırsa (hizmet başı ücretlendirme), yani örneğin bir maaşla çalışmayınca, (bir küçük girişimci veya hizmet başı ücret sözleşmesi olan bir hastane doktoru olarak) olanaklı olduğunca fazla hizmete karar verme ve bunları faturalandırma yatkınlığı o denli büyük olmaktadır.

Demek ki hizmet fazlalığı sorununun nedeni hastaların tarafında değil, arz edicilerin tarafında aramak gerekiyor. Ancak soruna

hastaların tarafından yaklaşılmaktadır – hizmetlerin hizmet kataloğundan silinmesi ve «daha fazla kendi kendine sorumlulukla», ki bu şu anlama gelmektedir: Sigortalılar ya da hastalar tıbbi hizmetler için olanaklı olduğunca masrafların çoğunluğunu kendi ceplerinden karşılamaları veya en azından ek ödemeler yapmaları, dahası: bireysel özel ek sigorta yapmaları istenmektedir.

Hastalara yönelmek yerine, arz edenler ve ücretlendirme sistemi hedefe konulmalıdır – ancak bunun sonucunda da hizmetlerin hastaların aleyhine rasyonelleştirilmesi, yani tıbbi olarak gerekli hizmetlerin verilmemesi çıkmamalıdır.

Toplum, sağlık politikaları tasavvurlarının ötesinde, bir çok yaşlı ve yalnız insanın sırf «birisiyle konuşabilmek amacıyla» ev doktoruna gitmeleri sorununu ele almalıdır. Burada söz konusu olan, sağlık sistemini yok etmek yerine, birlikte yaşamının sosyal sorun olarak görülmesi gereken esaslı sorularıdır.

SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ EŞİTSİZLİK

Teşhis:

İnsanların sağlıklı veya hasta olmaları, sadece fiziksel durumları-na değil, aynı zamanda içerisinde yaşadıkları sosyal koşullara da bağlıdır. Yoksul olan daha çok hasta olmakta ve daha kısa yaşa-maktadır.

Genellikle önerilen terapi: Yardım olarak çoğunlukla bireysel tavır değişikliği yapılması önerilmektedir. Böylece toplumsal zenginliğin eşitsiz dağılımı üzerine – yapılması zorunlu olan – tartışmanın üstü örtülmekte ve hastalık rizikosu «özelleştiril-mektedir».

Arka plan ve Bilgiler:

Dünyadaki her toplumda sosyal eşitsizlik ve sağlık sıkı bir şekil-de birlerine bağlıdır – sağlık sistemi nasıl organize edilmiş olursa olsun. Almanya gibi zengin bir toplumda da sosyal ve sağlık durumları arasında bir bağlantı bulunmaktadır: Düşük gelirli, az eğitilmiş ve alt meslek statüsünden insanlar sadece hastalıklar ve rahatsızlıklardan daha çok mustarip olmakla kalmamakta, aynı zamanda yaşam beklentileri daha düşük olmaktadır.

Demek ki yoksulluk, hastalık rizikosunu önemli ölçüde yük-seltmekte ve toplum içerisindeki sağlık eşitsizliğinin büyük bir bölümünü açıklamaktadır. Sağlık eşitsizliği farklı yükler, farklı iyileşme kaynakları ve sağlık hizmetlerindeki farklılıklar ile bağ-lantılı görülebilir. Tıbbî hizmetlerin ulaşılabilirliği veya kalitesi gibi faktörler sağlıktaki eşitsizliğin açıklanmasında ikincil öne-me sahiptirler. Asıl ağırlık toplumsal katmanlara özgü çalışma, yaşama ve çevre koşulları ile buradan çıkan sağlık tehditleridir (Örneğin vardiyalı çalışmanın, özellikle gece vardiyasında çalış-manın sağlığı tehdit ettiği kanıtlanmıştır). Sosyal ve sağlık du-rumlarının birbirini etkileme ilişkisi diğer yönde de etkide bu-lunmaktadır: Sağlık durumu kötü olan insanların yoksullaşma rizikosu artmaktadır. Hastalıklar öğrenim başarısızlıklarına, bir

işyeri bulma veya orada kalabilme sorunlarına, meslekî kariyer şansının azalmasına neden olmaktadır. Bu sadece bireyler için geçerli değil: eşitlik genel olarak toplumları da daha sağlıklı hâle getirir. Toplumdaki eşitsizliğin büyüklüğü, önemli ölçüde sosyal ve sağlık sorunlarını belirler. Yoksullar ve zenginler arasındaki gelir farklılığının az olduğu toplumlarda insanlar daha yüksek yaşam beklentisine sahiptirler ve daha az hasta olurlar.⁷ Demek ki sağlık politikası angajmanı şu hedeflere yönelmelidir: zenginliğin eşit oranda dağılımı ve denkleştirici sosyal politika, iyi çalışma ve yaşam koşulları ve sağlıklı bir çevre. Ancak sağlık hizmetlerindeki sosyal eşitsizlik, sağlık politikalarıyla sadece küçük bir oranda aşılabılır.

6

İKİ SINIF TIBBI

14 Teşhis:

Almanya'da sigortalılar iki gruba ayrılırlar: Büyük çoğunluk yasal sağlık sigortasında (YSS) sigortalıyken, küçük bir azınlık özel sağlık sigortalarınınca (ÖSS) sigortalanmıştır. Özel sigortalılar doktorda daha çabuk randevu alabilmekte ve bazı alanlarda daha yüksek gidere neden olmaktadır.

Uzun zamandır uygulanan terapi: Dünya çapında neredeyse benzersiz olan özel ve yasal sigortalı ayırımını kaldırmak ve halkın bütününe dayanışmacı yasal sigorta içerisine almak yerine (bkz.: yurttaş sigortası), yasal sağlık sigortaları daha çok özel sigortalara benzeştirilmeye çalışılmaktadır. Böylelikle YYS sistemini yaşatan dayanışma ve dağılım düşüncesinin içi giderek daha çok oyulmaktadır.

Arka plan ve bilgiler:

Almanya'da sağlık sistemlerine ulaşımındaki sistemsel eşitsizlik, yüzde 90 yasal ve yüzde 10 özel sigortalı ayırımındadır. Özel sigortalılar doktorda daha az beklemek gibi bazı imtiyazlara sahiptirler, ama hizmetleri sunanların gelirlerini artırmaya yarayan, an-

⁷ Bkz.: Wilkinson, Richard/Pickett, Kate: Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind, Frankfurt a. M. 2009.

cak tıbben gerekli olmayan hizmetler veya terapilerin verilmesi rizikosuyla karşı karşıyadırlar.

YSS (2012 yılında 145 sağlık sigortası kurumu vardı) bugüne kadar dayanışma ilkesine dayanmaktadır: Herkes gelirlerine oranla eşit prim ödemekte, ama herkes – ödenmiş olan primlerden bağımsız olarak – Ortak Federal Komisyon (G-BA) tarafından siyasi kararlarla belirlenen ve tıbben gerekli olan hizmetleri almaktadırlar. Her ne kadar günümüzde bu dayanışmaya kısmen kısıtlamalar getirilmiş olsa da, bu ilke mutlaka savunulmalıdır. Bu ilke, kapitalist mantığı reddetmektedir ve bir toplumsal kazanımdır.

Bu ilkede yapılan kısıtlamalar şunlardır: Primler için bütün gelirler değil, sadece ücretler ve maaşlar temel alınmaktadır, hem de belirli bir yüksekliğe kadar (2013 yılındaki prim hesaplama sınırı ayda brüt 3.937,50 Euro'dur). Bu, üst gelir sahiplerinin avantajlı olmaları anlamına gelmektedir.

Gerçi gerçekleştirilen son sağlık reformlarıyla bazı sorunlu hizmet kısıtlamaları (özellikle gözlüklerde ve diş protezlerinde) yapılmıştır, ancak yasal sigortalılar büyük ölçüde tıbben gerekli olan bütün hizmetleri alabilmektedirler. Hastalara, YSS'nın «çok önemli hizmetleri» karşılamadığı propagandasını yapanlar, yerleşik doktorlardır. Aslında bu «çok önemli» hizmetler, doktorların özel fatura çıkarabilecekleri bireysel sağlık tedbirleridir. Bu tedbirlerin çoğunluğunun kanıtlanmış bir faydası da bulunmamaktadır. O nedenle dikkatli olmalısınız! Ve mutlaka www.igel-monitor.de adresindeki sayfadan bilgilenmeye çalışın.

Yasal sağlık sigortaları şirket değildirler ve ticarî faaliyetlerde bulunamazlar. Dayanışma ilkesi için bunu savunmak son derece önemlidir, çünkü hükümetler bir kaç yıldan beri yasal sağlık sigortası kurumlarını şirketleştirmeye ve özel sağlık sigorta şirketlerine benzetmeye uğraşmaktadırlar: Artık YSS kurumları arasında rekabet başlamıştır, bu kurumlara konkordato uygulanabilmekte ve sağlık hizmetleri için kullanılmayan prim fazlasının sigortalılara geri ödenmesi sağlanmıştır. Şu anda FDP

kartel hukukunu kullanarak YSS'ni özel şirketlere daha çok benzetmek için uğraş vermektedir. Eğer FDP bunu başarabilirse, o zaman YSS tamamen şirketleşmiş olacaktır. Bu da dayanışma ilkesinin sonu demektir.

Özel sağlık sigortaları (yaklaşık 45 şirket) YSS'dan farklı çalışmaktadırlar. Halkın sadece yüzde onu için özel tam sigorta olması, başka ülkelerde bulunmayan bir Almanya özelliğidir. Serbest çalışanlar, memurlar veya belirli bir gelir sınırını aşan kişiler (ayda brüt 4.350,00 Euro) sigortalı olma yükümlülüğü altındadırlar. ÖSS sigorta primlerini sigortalının bireysel hastalık geçmişine göre hesaplamaktadır, yani daha fazla kâr sağlayabileceği kişileri sigortalamaktadır. Özel sigortalılar doktor veya hastaneden aldıkları faturayı önce kendileri ödemekte, daha sonra da bunun sigortadan iadesini istemektedirler (masraf geri ödeme ilkesi). Özel sigortalar, dağılım ilkesi değil, sermaye fonu üzerinden işlemektedirler, yani sigortalıların ödedikleri primleri sermaye piyasasına kâr sağlama umuduyla yatırmaktadırlar (Kriz nedeniyle özel sigortalar son yıllarda devasa miktarda para kaybettiler).

16

7

KÂĞIDI YOK, SİGORTASI YOK, SAĞLIK HİZMETLERİNE ULAŞIMI YOK

Teşhis:

Almanya'da bir çok insan illegal koşullar altında yaşamaya zorlanmaktadır. Bu kişiler, resmî evrakları olmadığından – ve kendileri de ödeyemediklerinden – sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadırlar.

Terapi: Bu sorun için sağlık politikası çözüm üretmez, çünkü bu sorunun çözümü ancak iç politikada olanaklıdır. Hükümetler sınırları kapatarak ve AB yönetmelikleri yardımıyla mültecilerden kurtulmaya çalışmaktadırlar. Ama aynı zamanda yoksulların yoksullarına yardım eden gönüllü tıp bürolarına, tıp networklerine ve Malteser Göçmen Hizmetlerine müsamaha göstermektedirler.

Arka plan ve bilgiler:

Günümüzde sigortalı olma yükümlülüğü uygulamaya sokulmuş olsa da, Almanya’da hâlâ sağlık sigortası olmayan ve sağlık sistemine ulaşamayan insanlar var. Tahminlere göre 1.000 Almandan ikisi (yaklaşık 160.000 insan) sigortasız; bunlara sayıları 300.000 ile 1 milyon arasında geçerli ikâmet iznine sahip olmayan mülteciler de eklenmelidir. Bu insanların sağlık hizmetlerine ulaşımı son derece kısıtlıdır, çünkü kamu çalışanları illegalle edilmiş olan kişileri yabancılar polisine bildirmek zorunda olduklarından, İkâmet İzni Yasası’nın 87.2 maddesi ile bu insanların sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kısıtlanmıştır, ki yakalandıklarında yurtdışı edilme tehlikesiyle karşı karşıyadırlar – 2009 Eylül’ünde yürürlüğe sokulan Genel İdarî Yönetmelik «sırların korunma süresinin uzatılmasını» öngördüğünden, bir istisnadır. Bu, şu anlama gelmektedir: eğer illegalle edilmiş olan kişiler acil durum nedeniyle hastaneye getirilirse, o zaman kişi hakkında bilgilerin saklanması yükümlülüğü idarî memurlar için de geçerli olur; bu durumda faturayı – en azından teoride – sosyal daire öder. Pratikte ise bu genellikle böyle olmaktadır. Sadece özel sigortalı olan veya doğrudan nakit ödeme yapan kişiler bu durumdan kendilerini kurtarabilmektedirler. Ağır hastalıklar durumunda ikâmete müsamaha edilmesi dilekçesi verilebilmektedir.

İllegalize edilenlere sağlık hizmetlerinden faydalanma olanağını tanıyacak bir anonim sigorta kâğıdının verilmesi, geçici bir çözüm olabilir.

BOŞ KASALAR

Teşhis:

Sağlık sisteminin finansmanı giderek zorlaşmakta, sağlık sigortalarının bütçeleri azalmaktadır. Bunun nedeni olarak bir yandan «masraf patlaması» (bkz. 1.masal) anılmakta, diğer yandan da ücret yan giderlerinin artmaması için sağlık sigortalarının gelirlerini artıramadıkları ileri sürülmektedir (bkz. 2.masal).

Terapi: Sağlık sisteminin finansmanı değiştirilmek istenmekte (emek giderlerinden çıkartılmaya çalışılmakta), YSS hizmetleri kısıtlanmaya (sigortalıların bu hizmetleri kendilerinin ödemesi) veya personel sayısı azaltılmaya çalışılmaktadır – halbuki sistematik müsriflik ve gereksiz tedbirlerle mücadele etmek gerekirken.

18 Arka plan ve bilgiler:

Sağlık sistemi sosyal sigortalar primleri, ÖSS primleri, vergiler ve hane başı giderler üzerinden finanse edilmektedir. Sosyal sigorta primleri sadece ücretler ve maaşlardan – o da prim hesaplama sınırına kadar – alınmaktadır. Prim hesaplama sınırının üstünde geliri olanlar, sadece bu sınıra kadar hesaplanan primleri ödemektedirler.

Son yıllarda sağlık giderleri giderek daha çok işçilerin ve halkın sırtına yüklenmektedir. Ancak «masraf patlaması» (bkz. 1.masal) söz konusu değildir.

2011 yılında sağlık için yapılan harcamalar yaklaşık 290 milyar Euro düzeyindeydi (bu meblağ – yurt içi GSMH'nin yüzde 11,6'sına eşittir); giderlerin en büyük bölümünü 179 milyar Euro ile (yurt içi GSMH'nin yüzde yedisi) YSS karşıladı. Giderler 1990'dan beri bu seviyededir ve kişi başına yılda 3.500,00 Euro'ya eşittir. Almanya – yurt içi GSMH'na oranla – dünyanın dördüncü pahalı sağlık sistemine sahiptir. Toplam giderlerin yüzde 49'u ayakta tedavi sektöründe, yüzde 36'sı da yatakta tedavi sektöründe harcanmıştır. YSS giderlerinin yüzde 35'i yatakta tedavi sektörüne, yüzde 18'i ayakta tedavi sektörü çerçevesindeki ilaç giderlerine ve yüzde 16'sı da doktor tedavilerine harcanmaktadır.

Sağlık sisteminin finansmanı, prim hesaplama sınırı olmaksızın – veya bu sınır yükseltilerek – bütün gelir türleri üzerine kuru lursa, daha sağlam olabilir. Bu, dayanışmanın genişletilmesi anlamına gelir ve giderlerin yükünün bütün omuzlara dağılmasını sağlar. Buna da yurttaş sigortası denir (alternatiflere bkz.).

Buna karşın Birlik Partileri CDU/CSU ile FDP kafa parası modelini uygulamaya sokmak istemektedirler. Bu adım sağlık sigortası primlerinin gelir yüzdesi hesabıyla değil, «kişi başına» eşit yükseklikte ödenmesi anlamına gelmektedir – ALDI’de çalışan kasiyerden banka müdürüne kadar. CDU/CSU ve FDP koalisyonu şimdiden, her sağlık sigortasının gelirleri giderlerini karşılamaması durumunda sigortalılardan ek prim isteme hakkını uygulamaya soktu. Şu anda Sağlık Fonu’nda milyarlarca Euro bütçe fazlası olması nedeniyle yasal sağlık sigortalılarından hiçbirisi sigortalılarından ek prim ödenmesini talep etmedi.

Sigortalılar ve hastalar ödedikleri primler ve olası ek primlerin yanı sıra ilaçlar, hastane tedavisi, fizyoterapi ve yardımcı araçlar için ek ödeme yapmak zorundadırlar. Bu durum, YSS’nda bugüne kadar geçerli olan hizmet ilkesine aykırıdır: bu ilke, doktor veya hizmet sunucu ile hasta arasında herhangi bir para ilişkisinin olmamasını öngörmekteydi. Kamu, yasal olarak hastane planında yazılı olan hastane yatırım giderlerini üstlenmekle yükümlü kılınmıştır. Ancak devlet bir kaç yıldan beri bu yükümlülüğünü yerine getirmediğinden, hastanelerde 50 milyar Euro’yu aşan bir yatırım açığı ortaya çıkmıştır.

DOKTOR AÇIĞI VE DOKTOR FAZLASI

Teşhis:

Doktorların sayısı her yıl artmaktadır. Ancak aynı anda bir çok yerde doktor ve ayakta tedavi açığı ortaya çıkmaktadır.

Genellikle önerilen terapi: «Doktor açığına» doktorlara daha fazla para kazandıran tedbirlerle karşılık verilmektedir. Piyasalaştırılmış yapılanmalara ise dokunulmamaktadır.

Arka plan ve bilgiler:

Almanya'daki ayakta tedavi sektörünü, yani hastane dışındaki tıp hizmetlerini bazı özellikler karakterize etmektedir: Bir ke-re ayakta tedavi hastanelerden tamamen bağımsızdır, yani hastaneler ayakta tedavi tedbirlerine katılmamaktadır. Diğer tarafta Avrupa'nın bir çok ülkesinde sadece hastanelerde bulunan uzman doktorlar, özel muayenehanelerinde hizmet vermektedirler. Kadın doktorları, radyologlar, göz doktorları vs., bu «uzman doktorlar ikiliği» hizmetlerde kayıplara ve yüksek giderlere neden olmaktadır – ki bu gerekli bir şey değildir. Federal Sigorta Doktorları Birliği 2010 yılı sonunda toplam 155.000 doktor ve psikoterapistini kayıt altına almıştı (bunların arasında yakında emekli olacak 60 yaş üstü doktorların sayısı hayli yüksek). Sadece 1990 ve 2009 yılları arasındaki zaman diliminde yerleşik doktorların sayısında 47.000 doktor, yani yüzde 51,3'lük artış kaydedildi – nüfus artışında durgunluk olmasına rağmen. Ancak doktor sayısının artmasına rağmen doktorların kent ve taşra ile zengin ve yoksul mahalleler arasındaki orantısız dağılımı göze çarpmaktadır. Ayrıca uzman doktorların sayısı, ev doktorlarının sayısından fazladır.

Almanya'daki ayakta tedavi veya psikoterapi hizmetleri genellikle (tek başına çalışan veya başka doktorlarla ortak olan) serbest meslek sahibi yerleşik doktorlarca verilmektedir. 2004 yılında yürürlüğe sokulan Tıbbî Hizmet Merkezleri (MVZ) uygulaması ile doktorların bu merkezlerde maaşlı çalışmaları olanaklı hâle getirilmiştir. Bu önemli bir konudur, çünkü doktorlara yapılan ödemelerin biçimi farklılıklar yaratmaktadır. Doktorların tek tek hizmetlerin faturalandırılması üzerinden para kazanıyor olmaları,

tıbben gerekli olmayan hizmetlerin de uygulanması yatkinliğini artırmaktadır. Şimdiye kadar doktorların çoğunluğu tam olarak bunu yapmaktadır. 1990'lı yıllarda olası fazlalıkları engelleyebilmek için bütçe ve götürü ödeme uygulamaları yürürlüğe sokulmuştur.

2011 yılında sadece YSS sigortalara bağılı olarak çalışan doktorlara 33,1 milyar Euro ödedi. Federal Sigorta Doktorları Birliğı'nin hesabına göre, bu meblağ doktor başına ortalama 280.000,00 Euro ciro anlamına gelmektedir; bu meblağdan işletme giderleri çıkartılınca, özel doktorluk faaliyetlerinden yılda ortalama 140.000,00 Euro'luk bir gelire ulaşılabilir – ancak bu gelir farklı uzmanlık alanları arasında eşitsiz dağılmaktadır. Bunun yanı sıra her yıl Bireysel Sağlık Hizmetleri (IGeL) için 1,5 milyar Euro ve duruma göre (örneğin ilaç sanayiinin) uygulama gözlemleri için başka paralar da harcanmaktadır. Doktorların gelirlerimiz düşük biçimindeki şikâyetleri – sosyal sigortalıların ortalama gelirleri ile karşılaştırıldığında – hayli yersiz görünmektedir.

21

Muayenehanelerde ekonomik ve piyasacı düşüncelerin teşvik edilmesi, bilhassa neoliberal hükümdarlık dönemlerinde egemen politikanın isteğı doğrultusundadır. Para, giderek doktor-hasta ilişkisinin merkezî unsuru hâline getirilmektedir – gerek «doktor» hizmetlerinin piyasalaştırılması, gerekse de – yürürlükten kaldırılmış olan – muayenehane ücretleri üzerinden. Doktor-hasta ilişkisinin merkezî unsuru olması gereken hasta çıkarları yerine giderek doktorların ekonomik-kişisel çıkarları yerleşmektedir. Bu gelişme tedavi işlemlerini olumsuz etkilemektedir; şöyle ki, ya hasta gereksiz kontrollerden geçirilmektedir, ya da doktor randevuları verildiğinde özel sigortalılara öncelik tanınmaktadır, ki bu tıbbî gereksinim önceliğı ilkesine aykırıdır.

PAHALI HASTANELER

Teşhis:

Kamusal var oluş güvencesinin parçası olan hastanelerin etkinliği azalmakta ve giderek daha pahalıya mal olmaktadır.

Terapi: Hastaneler işlemlerin piyasalaştırılması ve özelleştirmeler ile fabrikalara dönüştürülmektedirler.

Arka plan ve bilgiler:

Almanya'da bulunan yaklaşık 2.000 hastane özel, kamusal veya kamu yararlı yönetim altındadır. Almanya'da son 20 yılda gerçekleştirilen büyük çapta özelleştirmeler sonucunda, hastanelerin yüzde 30'undan fazlası özel mülkiyete geçmiştir. Yatak sayısındaki durum ise farklıdır: yaklaşık 500.000 yatağın yarısı kamuya ait hastanelerde bulunmaktadır, çünkü bunlar genellikle özel mülkiyet altında olan kliniklerden daha büyüktürler. Ancak hastanelerden farklı olarak bakım ve rehabilitasyon kurumlarındaki yatakların üçte ikisine sahip olan özel sektör, en büyük hizmet sunucu durumundadır.

Günümüzde Almanya'daki hastaneler birbirleriyle rekabet içeresindedirler. Bu rekabet hastane hizmetlerinin finansmanının, bitirilmiş tedavilere uygulanan münferit götürü ödemeler veya Diagnosis Related Groups (DRG) ile sağlanmasıyla gerçekleştirilmektedir. Bu şu anlama gelmektedir: Her münferit tedavi, tıbbî tedbirlerin ve teşhislerin detaylı bir şekilde belgelenmesi temelinde yapılan masraflar belirli bir DRG hesabına uyarlanarak götürü usulü ücretlendirilmektedir. Her DRG hesaplanması, belirli bir hastanede kalma gününe eşittir: Hasta gerekli olduğundan daha az gün hastanede kalırsa, bu hastane için kâr anlamına gelmektedir. Hasta daha fazla gün kalırsa, hastane zarar etmektedir. Bu nedenle hastaneler hastaların yatakta kaldıkları süreyi olanaklı olduğunca kısaltmaya çalışmaktadırlar. Ve bunu başardılar da: 1990'lı yılların başında hastanede kalma süresi ortalama olarak 14 gün iken, bugün bu ortalama yedi günden aza düşmüştür. Tek tek her tıbbî prosedür ve teşhis için yapılan madî masrafların ortalaması sürekli olarak hesaplanmaktadır. Rasyonelleştirme tedbirlerini ve tasarrufları her defasında DRG'lerde

azaltmalar takip etmekte, böylece hastaneler her DRG için daha az para alabilmektedirler. Bu şekilde giderlerin giderek daha aşağılara çekilmesi amaçlanmaktadır.

Hastane alanındaki malî gelişme bilinçli olarak tıbbî hizmet gereksiniminin gelişimine bağlantılı hâle getirilmemektedir. Hizmet gereksinimleri hastalıkların, yaşlanmanın ve terapilerin farklılaşması sonucunda değişmektedir. Buna karşın hastanelerin malî bütçeleri temel ücret meblağının gelişimine bağlanmıştır. Bu meblağ ise yıllardan beri hastanelerin reel masraf giderlerinin çok daha gerisinde kalmaktadır. Hastaneler de – işletme anlayışı çerçevesinde – özellikle bakım ve servis alanındaki personel sayısında azaltmalar yaparak masraf kısıtlamasına gitmekte ve münferit tedavi sayılarının artırılmasına yoğunlaşmaktadırlar, çünkü her münferit tedavi için daha fazla para alabilmektedirler. Ancak bu rekabette iktisadî açıdan başarılı olan hastanelerin hastalara en iyi kalitede hizmet verebildikleri şimdiye kadar kanıtlanmamıştır ve muhtemelen iyi kalitede hizmeti verememektedirler.

23

Bununla birlikte eyaletler 1990'lı yılların başından beri, «kamu bütçelerinin azaldığı» gerekçesiyle hastane yatırımlarının çifte finansman sistemi çerçevesindeki yükümlülüklerinden adım adım uzaklaşmaktadırlar. Yatırım açığı şimdiden 50 milyar Euro'ya yükselmiştir. Bu nedenle hastaneler, işletme giderlerinin, özellikle personel masraflarını karşılamaları için aldıkları paraları tadilat işlemlerine ve yatırımlara yöneltmektedirler. Sonucunda bu paralar bakım personelinin daha iyi ücretlendirilmesi veya istihdamın artırılması için kullanılamamaktadır! Tam da bu noktada özel hastane tekellerinin piyasacı işletme modeli öne çıkmaktadır. Tekeller özelleştirilmiş hastanelere önce büyük yatırımlar yapmaktadırlar, ama sonrasında hastaneler müthiş bir masraf kısıtlaması anlamına gelen «yeniden yapılandırma» ile hem kredi giderlerini, hem de kâr dağıtımını karşılamak zorunda kalmaktadırlar. Örneğin Rhönklinikum AG 2012 yılında 93 milyon Euro ve 2011'de 156 milyon Euro kâr yapabildi.

2004 yılında DRG uygulamasının yürürlüğe sokulmasından sonra özelleştirilmiş kliniklerdeki rasyonelleştirme potansiyelleri bir kaç yıl içerisinde tükenmişti. Bunun üzerine bu klinikler – tam da «piyasa şartlarına uygun olarak» – münferit tedavi sayılarını art-

tırdılar, ki bu artış tıbbî gereksinimler üzerinden açıklanamayacak derecededir. Artışlar nihâyetinde basın ve yayın organları zerrinden yürütülen kamusal tartışmaların da konusu oldu. Artışları özellikle eklem, omurilik ve safra kesesi ameliyatları ile kardiyolojik müdahalelerde olması dikkat çekici: Federal İstatistik Dairesi'nin verilerine göre 2005 ile 2009 yılları arasında artroskopi ve diz protezlerinde yüzde 20 artış sağlanmış ve omurilik ameliyatlarında 2010 yılında 2005'e rağmen ikiye katlanan bir artış gerçekleştirilmiş. Bir karşılaştırma yaparsak: Almanya'da, İsviçre'ye nazaran diz ve kalça ameliyatları iki kat fazla yapılmakta ve hastalar neredeyse dört kat fazla olarak kardiyak kateterizasyon uygulanmaktadır.

Ancak aynı zamanda tedavi açıkları da söz konusudur: Bakım yoğunluğu DRG sistematigi içerisinde uygun bir biçimde ele alınmadığından, bakıma muhtaç, kronik veya komplike hastalıklara maruz kalan hastalara uygulanan tedaviler hastaneler için zarar anlamına gelmektedir. Bu nedenle böylesi «üretken olmayan» ve zarar getiren hastalar hastanelerde tutulmak istenmemekte, olanaklı olan en az masrafla tekrar hastaneden çıkartılmaktadırlar.

Bakım personelinin sayısının azlığı da (1996 ile 2008 yılları arasında toplam 50.000 hastane bakım personeli işten çıkartıldı) tedavi açığı olarak görülmelidir. Hastane çalışanları için ortaya şöyle bir durum çıkmaktadır: bir hastanın «kârlılığı», o hastaya nasıl muamele gösterileceğini belirlemektedir, yani temel tedbirlerin ötesinde kaliteli bakım ve tedavi alıp alamayacaklarını, hatta özel sigortalılarda olduğu gibi tıbbî olarak gereksiz işlemlerin uygulanıp uygulanmayacağını belirlemektedir. Hastalara karşı gösterilen bu piyasa anlayışı, günümüzde hastanelerdeki süreçleri giderek daha güçlü olarak belirler hâle gelmiştir. DRG ücretlendirme sistemindeki «prosedürlerin» sürekli değerlendirilmesi ve «hizmetleri artırabilen» baş hekimlere verilen bonus sistemleri, olası alternatifleri göz önünde tutmayan, hasta için rizikolu işlem anlamına gelen ve – ülke ekonomisi çerçevesinde de – son derece pahalı olan tıbbî tedbirlerin uygulamaya sokulması tandansını artırmaktadır, ki bunlar sağlık çalışanlarının makul ve uygun tıbbî tedaviler uygulamalarını giderek zorlaştırmaktadırlar.

İLAÇ SANAYİNİN SELF SERVİS DÜKKÂNI

Teşhis:

İlaç sanayii, Alman sağlık sisteminden bolca kâr sağlamaktadır. Burada söz konusu olanlar büyük güce sahip olan – aynı zamanda büyük kârlar yapan tekellerdir. Buna rağmen bu tekeller kâr yapma olanaklarının azalmış olmasından ve Almanya'nın mevkiî olarak çekiciliğini kaybettiğinden şikâyet etmektedirler.

Terapi: Şimdiye kadar sağlık sisteminde uygulamaya sokulan hiç bir «reform» ilaç sanayiinin gücüne dokunamadı – görüldüğü kadarıyla hangi partiden olursa olsun, siyasetçiler arasında yaptıkları lobi çalışmaları son derece başarılı. İlaç sanayii daha fazla kâr yapmak için Me-too-preparatlarla patent korumasını baypas etmekte veya yeni hastalıklar «icat» etmektedir.

Arka plan ve bilgiler:

Hastalıklar, sanayileşmiş kapitalist toplumlarda giderek daha çok ilaçlarla tedavi edilmektedir. Bu nedenle de son yıllarda ilaçlar için yapılan masraflar aşırı derecede artmıştır. 2010 yılında YSS'nin ayakta tedavi sektöründe ilaçlar için yaptığı harcamalar ilk kez 30 milyar Euro sınırını aştı. Bu meblağ bütün hizmet giderlerinin yüzde 18,2'sine eşittir ve yerleşik doktorlara yapılan ödemelerden yüksektir. Hastanelerin ve özel sigortalıların ilaç gereksinimi ile reçetesiz verilen ilaçlar dahil, 2011 yılındaki toplam ilaç giderleri 39,4 milyar Euro'ya ulaştı. Dünya ilaç piyasasının hacmi 2012 yılı için 750 milyar Euro olarak tahmin ediliyordu. Şu anda Almanya'da toplam 59.000 ilaç piyasaya sürülmüş durumda; positif liste adı verilen listeleri tutan Avusturya gibi ülkelerde ise sadece 10.000 ilaç piyasaya sürülmüştür.

Patentli orijinal preparatlar ile genel preparatlar arasında fark konulmuştur. Yeni izin verilen ilaçlar üzerindeki patentler üreticilerine yıllar boyu ekstra kâr yapma fırsatını tanımaktadır ki alternatif yokluğunda bu kârlar hayli yüksek sayılır. Patent koruma süresi bittikten sonra aynı ilaçlar başka üreticiler tarafından (Generika adı altında) daha ucuza üretilebilirler. Patent koruma süresi genellikle ufak değişiklikler yapılarak uzatılmaktadır. Bu değişiklik-

lerin hastalar için herhangi bir getirisi olmamaktadır (böylesi değişikliklere Me-too-preparatları denilmektedir).

Kâr marjını sürekli yüksek seviyede tutma baskısı altında olan ilaç sanayii, yeterince patent korumalı ilaç üretememe sorunuyla karşı karşıyadır. Gerçek yenilik bulmak neredeyse olanaksız hâle gelmiştir. İlaç üreticileri, ilaçların pahalı olan fiyatlarını gerekçelendirmek için araştırma ve geliştirme masraflarının çok yüksek olduğunu iddia etmektedirler. Bu giderler güya yüzlerce milyon Euro tutuyormuş. Ancak ABD’ndeki bağımsız sağlık ekonomistleri giderlerin çok daha düşük olduğunu tespit ettiler ve reklam giderlerinin araştırma ve geliştirme giderlerinin iki katı olduğuna dikkat çekmekte. ⁸

Hangi ilacın üretilip, piyasaya sürüleceğine, halkın ihtiyaçları değil, hangi ilacın (en yüksek) kârı getireceği belirlemektedir. Ağıt veya kronik hastalıkların tedavisi için giderek Biologika üretimi (bakteriler, insan veya fare hücreleri veya ürünlerinden üretilen ilaçlar) olağan konseptlerin yerine konulmaktadır. Böylelikle aşırı yüksek kârlar sağlanabilmektedir.

İlaç tekelleri sisteme için büyüme zorunluluğu nedeniyle hastalık tanımlarını genişletmekte ve yeni hastalıklar icat etmektedirler («Disease mongering»): Yüksek tansiyon veya kan lipitleri gibi hastalık rizikoları hastalık olarak görülmekte, yaşlanma gibi fizyolojik durumlar hastalık olarak tanımlanmakta, çekingenlik sosyal fobi hâline getirilmekte, kellik hormon eksikliği olarak ilân edilmektedir. Bu girişimin hedefi, para ödeyebilecek hasta (!) sayısını artırmak ve ilaç piyasasını genişletmek veya yeniden düzenlemektir – hem de sanayiinin, bilim insanlarının, doktorların, hasta gruplarının ve medyanın yardımıyla. Örneğin «Helios» klinikleri ilaç ve tıp tekniği üreticisi Fresenius şirketine aittir; önde gelen psikotrop üreticisi Janssen-Cilag ilaç tekelinin ise Aşağı Saksonya’da «entegre hizmetler» sözleşmesi ile psikoloji hastalarının tedavisine doğrudan katılımı sağlanmıştır.

14 Mittwoch

15

Donn

7
8 8.00 Uhr

9
10
11
12
13
14
15
16
17
Vorsorge-
untersuchung

75,- Euro

7

8

9

10

11

YURTTAŞ SİGORTASI - DAYANIŞMANIN GENİŞLETİLMESİ

Genel ek primler veya finansmanını kafa parası veyahut sermaye fonu biçiminde tamamıyla değiştirerek – YSS'nın dayanışma ilkesinin içini oymak yerine, Yurttaş Sigortası biçiminde dayanışmanın genişletilmesi en azından sağlık sisteminin mali sorunlarının çözümünü sağlayabilir. Ancak bu öneriyi iyice incelemek gerekiyor.

Dayanışmacı Yurttaş Sigortası herkesin üye olması durumunda işlerlik kazanabilir; bu durumda özel sağlık sigortası uygulaması yürürlükten kaldırılmalıdır, ya da en fazla ek sigorta hizmetleri için olanaklı kılınmalıdır. Böylece Avrupa'da benzersiz olan yasal ve özel sağlık sigortası uygulaması nihâyet sonlandırılmış olacaktır. Yurttaş Sigortasının finansmanına bütün gelir türleri temel alınmalıdır: Yani insanlar maaşlardan, özel ödemelerden, kira ve sermaye kârlarından elde ettikleri gelirlerine oranla Yurttaş Sigortasına prim ödemelidirler. Prim hesaplama sınırı yükseltilmeli, uzun vadede uygulamadan kaldırılmalıdır. Adaletsizlikleri engellemek için kısmi muafiyetler uygulanmalıdır. Parite yeniden sağlanmalıdır: Şirketler, çalışanlarının ücretler ve maaşlar üzerinden hesaplanan primlerinin yarısını ödemelidirler. Ek ödemeler ve özel primler kaldırılmalıdır.

Yurttaş Sigortası prensibi, gelecekteki istikrarlı finansmanını sağlamak açısından bakım sigortası için de uygundur. Böylece bugünkü yüzde 15,5'lik YSS prim oranı yüzde 10,5'e indirilebilir. Böylelikle maaşlar ve ücretler ile emeklilik aylığı üzerinden primleri hesaplanan sigortalılar yüzde 8,2 yerine sadece yüzde 5,2 oranında prim ödeyebilirler. Bakım sigortasındaki prim oranı, hizmet kalitesinin artırılmasına rağmen, bu şekilde sürekli olarak yüzde 2 düzeyinde tutulabilir.⁹

⁹ Yurttaş Sigortası ile ilgili bütün hesap örnekleri, DIE LINKE partisinin 2011 yılında yaptırdığı bir araştırmanın sonuçlarından alınmıştır. YEŞİLLER ve SPD'de aynı sonuçlara varmışlardır. Bkz.: Gesundheit und Pflege gerecht finanzieren. Studie zur solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung der Fraktion DIE LINKE im Bundestag, 26.8.2011.

Bu arada: FDP ve CDU/CSU'lu siyasetçilerin çoğunun sosyalist uygulama diye eleştirdikleri, Avusturya gibi Avrupa Birliği'nin «olağan» kapitalist ülkelerinde uzun zamandan beri yürürlüktedir. Avusturya'da herkes için yasal dayanışmacı sağlık sigortası yıllardan beri yürürlüktedir.

13

ÖZEL MUAYENEHANELER YERİNE, TİCARİ OLMAYAN SOSYAL TIP MERKEZLERİ

Ayakta tedavi hizmetlerini küçük özel teşebbüs olan özel muayenehanelere bırakmak yerine, bu hizmetler Tıp Hizmetleri Merkezlerinde (MVZ) istihdam edilecek profesyonel çalışanlarının (doktorlar, terapistler, bakım elemanları vs.) görevi hâline getirilebilir. Bu merkezler ve poliklinikler aynı zamanda – ticarî olmayan – hastanelere bağlanabilir veya bunlarla ortak çalışabilirler. Burada yüksek kalifiyeli ve iyi eğitilmiş, psikososyal eğitimden geçmiş ve bilimsel araştırmalara dayanan bir tıp anlayışına sahip doktorlar özel bir rol oynamaktadırlar; bu doktorların görevi, hizmetlerinin merkezine sosyal muhiti ve doğal çevresiyle insanı koyarak koordine edici, sürekli ve yüksek kaliteli çalışmalar gerçekleştirmek olmalıdır. İlaç tekellerinin temsilcilerinin muayenehanelerde ve hastanelerde eğitim çalışması yapmaları yasaklanmalı, bunun yerine yeni geliştirilmiş ilaçlar üzerine bilgi veren ve gelişme eğitimleri sunan bağımsız kurumlardan faydalanılmalıdır.

Bu sosyal tıp merkezleri önleyici tedbirler alanında da angajman göstermeli ve yerel yapılarla sıkı işbirliğine girerek, hastalıkların engellenmesi için çalışmalar yürütmelidirler. Bakım hizmetleri çalışanları, hizmet sunucular ile sosyal hizmet çalışanları ve öz örgütlerin (kamu yararlı) üyeleri bu işbirliği içerisine alınmalıdır. Hastalık önleyici alanlarda, hasta hizmetlerinde ve rehabilitasyonda çalışan farklı meslek gruplarının ağları oluşturulmalıdır. Bugüne kadar böylesi öneriler, doktorların büyük çoğunluğunun muhafazakârlığıınca engellenmişti. Ama artık genç tıp çalışanları ve doktorlar özel muayenehanelerde çalışmak yerine, tıp merkezlerinde istihdam edilmeyi öncelemektedirler.

GEREKİNİM PLANLAMASI

Sağlık hedeflerinin tanımlanması ve bu tanımlanmaya yönelik olan hizmet yapılanmalarının inşası, siyasî tartışma ve demokratik kontrolü gerekli kılan bir toplumsal görev olarak algılanmalıdır. Bilhassa ilgililerin (yani sigortalılar, hastalar, hizmet sunucular ve doktorlar, sağlık sigortaları, devlet kurumları gibi) bu sürece katılımı sağlanmalıdır. İktisadî çıkarlardan bağımsız bir hizmet araştırması, demokratik sağlık planlamasının ön koşulu- dur. Sorun, bunun inşasıdır.

Planlama, özel grupların çıkarlarına ve nasıl olduğu belli olmayan bir piyasanın görünmez ellerine bırakılmamalıdır. Siyasî sorunlular olarak özellikle yerel yönetim kurumları gereksinim planlamasına sıkı bir biçimde bağlı kılınmalıdırlar. Ayakta tedavi ile yatakta tedavi sektörleri arasındaki şimdiye kadarki katı sektörel sınırları aşabilecek, küçük alanlı bölgesel hizmet planlaması hedeflenmelidir. Etkin bir araç-gereç yönetmeliği (bu 1990'lı yıllarda Avrupa Birliği'nin baskıları sonucunda yürürlükten kaldırılmıştı), gereksinim planlamasının bir unsuru olacaktır. Sonuç itibarıyla Amerika'yı yeniden keşfetmeye gerek yoktur, o kadar da eski olmayan bir çok deneyimden faydalanmak olanaklıdır.

Hizmet açığı olan bölgelerde (örneğin Doğu Almanya'nın taşra bölgeleri veya yoksul mahallelerde) – ve elbette sadece oralarda değil – yerel yönetimlerin taşıyıcılığı altında ayakta tedavi hizmet merkezleri kurulmalıdır. Bu merkezlere tıp hizmetleri ve psiko-sosyal çalışmalar entegre edilebilir. Ayrıca hizmet sunucularının hizmet açığı olan bölgelerde daha fazla angajman göstermeleri için nelerin yapılabileceği düşünülmelidir.

Hastanelerin ve ayakta tedavi sektörünün gereksinimleri, iki sektörün birlikte ele alınması temelinde beraberce planlanmalı ve buna uygun olarak bölgesel ve yerel düzeyde karşılanmalıdır.

PIYASASIZLAŞTIRMA/YERELLEŞTİRME

Hessen CDU örgütü, hastanelerin özelleştirilmesinde öncü rol oynamıştı. Ancak Hessen CDU'su bile, Rhönklinikum AG tekeline satılan Giessen/Marburg Üniversite Hastanesi'nin içinde bulunduğu durum nedeniyle, yeniden kamusallaşma üzerine düşünülmektedir.¹⁰ Çünkü Rhön tekelinin kâr beklentileri ile kaliteli bir hizmet sunumu birbirlerine aykırı düşmektedirler.

Sağlık sistemine geri dönmeyen her özel hastane kârı (örneğin Rhönklinikum AG gibi anonim şirketlerin hissedarlarına dağıttıkları kâr payları veya diğer özel sermaye kârları) YSS'nda sigortalı olanların dayanışmacı sistemine zarar vermektedir. Uzun vadede bunun önüne geçmek gerekmektedir. Özel hastaneler yeniden kamusallaştırılmalıdırlar, ama bu kamusal hastanelerdeki eski yapılara dönüş anlamına gelmemektedir: doktorlar lehine olan hiyerarşi egemenlikleri ve belirli kamusal idarelere özgü olan bürokratik yapılanmalar, hastaların çıkarına değildir ve aşılması gerekmektedir.

Hastaneler arasındaki iktisadî rekabet ve hastaneleri giderek daha fazla masraf tasarrufuna, ama aynı zamanda münferit tedavi sayılarını artırmaya zorlayan DRG mantığı hemen kaldırılmalıdır. Sektörün piyasalaştırılmasından önce haklı olarak eleştirilen (hastane tedavisindeki uzun süreler gibi) sorunları yeniden üretmeden kamu ilkesinin nasıl uygulanacağı üzerine bir tartışma yürütülmelidir.

1970'li yıllarda geliştirilen, ama maalesef uygulamaya sokulmayan «sınıfsız hastane» konseptine nasıl bağlantı kurulacağını düşünmek gerekmektedir. Baş hekim hiyerarşisinin kaldırılması, YSS ve ÖSS sigortalıları arasındaki farklı muamelelerden vazgeçilmesi ve doktorların, hemşire ve bakıcıların, idare çalışanlarının, yerel yönetim temsilcileri ve hasta temsilciliklerinin içerisinde olduğu demokratik, katılımcı ve kolektif hastane yönetimi uygulaması, bu konseptin ana başlıklarıydı.

¹⁰ Bkz.: Stompfe, Philipp: Genossenschaftsrechtliche Organisation des Universitätsklinikums Marburg, Marburg 2012. Philipp Stompfe CDU Marburg parti ve meclis grubu başkanıdır.

SOSYAL EŞİTSİZLİĞİN ÖNLENMESİ

Sosyal eşİtsizlik, insanı hasta yapar. Bir toplumdaki sosyal farklılıklar ne kadar az olursa, herkesin sosyal ve sağlık durumu o denli iyi olur. Yoksulluk, hasta olma rizikosunu önemli ölçüde artırmaktadır ve halk arasındaki sağlık eşİtsizliğinin nedenidir. Sağlıklı yaŐamdaki sosyal eşİtsizlik, sağlık politikalarınca sadece kısmen aşılabılır; belirleyici olan dağılım politikaları ile istihdam, eğitim, sosyal ve aile politikaları gibi sosyo politika alanlarının sosyal yönelimidir. Bu nedenle eşit oranlı zenginlik dağılımı, denkleştirici bir sosyal politika, iyi çalışma ve yaşam koşulları ile sağlık bir çevre, sağlık politikası angajmanının yönelmesi gereken hedeflerdir. Hastalıkların önlenmesi için belirleyici olan, sağlıklı toplumsal koŐullardır.

SONUÇ

Alman sağlık sistemi önemli ölçüde toplumsal ve siyasî planlamanın değil, aksine pastadan pay almaya çalışan güçlü çıkar gruplarının (arz edicilerin hakimiyetinin) bir ürünüdür. Bu nedenle Alman sağlık sistemindeki – hastaların iyiliği için aslında birlikte çalışmaları gereken alanlar – ayakta ve yatakta tedavi sektörleri – birbirlerinden ayrılmışlardır; bu nedenle iktisadî rekabet hakimdir ve bu nedenle aynı anda hizmet açıkları ve fazlalıkları ile karşılaşmaktayız.

Halbuki çok Şey daha farklı ve daha iyi yapılabilir: Finansman, bütün omuzlara eşit oranda dağıtılabilir ve böylece daha adil olabilir. Daha iyi bir gereksinim planlamasıyla açıklar ve fazlalıklar kapatılabilir. Tıbbî gereksinim ve rasyonel ilaç terapisi hedeflenerek, hem daha yüksek kaliteli hizmet sunulabilir, hem tasarruf yapılabilir. Ve önleyici yaklaşımlar ile daha iyi bir sosyal politikayla hastalıkların ortaya çıkması engellenebilir veya en azından sınırlandırılabilir.

Kısacası: bu ülkede yaşayan herkes için aynı parayla (belki de daha az parayla) yüksek kaliteli hizmetler sunulabilir – tabii sağlık sistemi iktisadî çıkarlara bağlı olmadan ve makul bir biçimde organize edilmesi Őartıyla.

OKUMA ÖNERİLERİ

- Böhlke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Thorsten: Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg 2009. (Böhlke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Thorsten: Hastanelerin özelleştirilmesi)
- Deppe, Hans-Ulrich: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Frankfurt a. M. 1987. (Deppe, Hans-Ulrich: Siyaset olmadan hastalık tedavi edilemez)
- Deppe, Hans-Ulrich: Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, 3. aktualisierte Aufl., Frankfurt a. M. 2005. (Deppe, Hans-Ulrich: Sağlık sisteminin sosyal anatomisi üzerine. Almanya’da neoliberalizm ve sağlık politikaları)
- Hoffmann, Peter: Fabrik Krankenhaus?! Zur Ökonomisierung der Krankenhäuser, in: Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin 3/2012, www.vdaee.de [unter: Rundbriefe]. (Hoffmann, Peter: Hastane fabrikaları mı?! Hastanelerin piyasalaştırılması üzerine. «Zeitschrift für eine soziale Medizin» adlı dergide, Sayı 3/2012)
- Kühn, Hagen: Leere Kassen. Argumente gegen einen vermeintlichen Sachzwang, in: Blätter für deutsche und internationale Politik 6/2003, www.wzb.eu/sites/default/files/u13/leere_kassen.pdf. (Kühn, Hagen: Boş kasalar. Sözde zorunluluk gerekçesine karşı argümentasyonlar. «Blätter für deutsche und internationale Politik» adlı dergide, Sayı 6/2003)
- Kühn, Hagen: Demographischer Wandel und demographischer Schwindel. Zur Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung, in: Blätter für deutsche und internationale Politik 6/2004, www.wzb.eu/sites/default/files/u13/demogr_wandel.pdf (Kühn, Hagen: Demografik dönüşüm ve demografik dalavere. Yasal sağlık sigortası tartışmaları üzerine. «Blätter für deutsche und internationale Politik» adlı dergide, Sayı 6/2004)
- Pickett, Kate/Wilkinson, Richard: Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind, Berlin 2009. (Pickett, Kate/Wilkinson, Richard: Eşitlik mutluluktur. Adil toplumlar neden herkes için daha iyidir)
- Rakowitz, Nadja: Kritik der politischen Ökonomie des Gesundheitswesens, www.links-netz.de/K_texte/K_rakowitz_gesundheit.html (Rakowitz, Nadja: Sağlık sisteminin ekonomi politiğinin eleştirisi)

- Rakowitz, Nadja: Bis auf die Knochen, in: konkret 9/2012.
(Rakowitz, Nadja: Kemiklere kadar. Konkret dergisinde, Sayı 9/2012)
- Reiners, Hartmut: Krank und pleite? Das deutsche Gesundheitssystem, Frankfurt a. M. 2011. (Reiners, Hartmut: Hasta ve müflis? Alman sağlık sistemi)
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 2., aktualisierte Aufl., Bern 2006.
(Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas: Sağlık politikası. Sistematik bir giriş. Güncelleştirilmiş ikinci baskı)

- www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/zahlen/aok/zuf_2012_web_final.pdf
- www.aok-bv.de/lexikon/a/index.html
- www.bukopharma.de
- www.igel-monitor.de
- www.pillen-checker.de
- www.unabhaengige-patientenberatung.de/startseite.html
- www.gutepillen-schlechtpillen.de

Impressum

luxemburg argumente Nr. 6

Rosa-Luxemburg-Stiftung tarafından yayımlanmıştır.

V. i. S. d. P.: Stefan Thimmel

Franz-Mehring-Platz 1 · 10243 Berlin · www.rosalux.de

ISSN 2193-5831 · Redaktionsschluss: Juni 2013

Yazar: Dr. Nadja Rakowitz

Redaksiyon: Dr. Antonella Muzzupappa, Dr. Sabine Nuss

Fotoğraflar: Photo-K/Fotolia, Sayfa 9; Birgit Reitz-Hofmann/Fotolia, Sayfa 27

Çeviri: Hakan Yılmaz

Dizgi/Üretim: MediaService GmbH Druck und Kommunikation

Gedruckt auf Circleoffset Premium White, 100 % Recycling

AKTUELLE VERÖFFENTLICHUNGEN



Sabine Reiner

«ALTE KASSIEREN! JUNGE ZAHLEN NUR DRAUF!»

Mythen und Fakten zur Rentenpolitik

Die Älteren werden immer mehr und immer älter. Wer soll die Rente künftig finanzieren? Klar ist: Das Rentenproblem ist kein biologisches, sondern ein ökonomisches und politisches.

**luxemburg argumente Nr. 7,
November 2013, ISSN 2193-5831**

Download unter:

www.rosalux.de/publication/40003



Wolfgang Pomrehn

ARMUTSRISIKO ENERGIEWENDE?

Mythen, Lügen, Argumente

Die Energiewende ist beschlossen und wird gleichzeitig von Schwarz-Gelb torpediert. Was ist dran an den vielen Mythen, Lügen und Argumenten, mit denen die Öffentlichkeit aktuell bearbeitet wird?

**luxemburg argumente Nr. 4,
März 2013, ISSN 2193-5831**

Download unter:

www.rosalux.de/publication/39097

ROSA LUXEMBURG STIFTUNG

