



# İSVİÇRE SAĞLIK SİSTEMİ

Yazan : Peter ZWEIFEL

## I. TARİHÇE ve ARKA PLAN

İsviçre 1848'de küçük ülkelerin birleşmesiyle kuruldu. 13.yy'da şehirlerin büyümesiyle kamu hastaneleri yapıldı. Daha önceleri sağlık hizmetleri manastırlarda verilmekteydi. Genç İsviçre'nin de içinde bulunduğu savaşlar nedeniyle, tıp, Avrupa'ya cerrahi ağırlıklı olarak girmiştir. Savaşlar toplumsal hijyeni kötü yönde etkilemişti ve kanalizasyon sisteminin de olmaması nedeniyle kolera çok can almaktaydı. Daha sonra sanayileşme ve şehirleşme, tüberkülozu halk sağlığı açısından en önemli tehdit haline getirdi. Buna karşın, öncelikle sağlık sorunları yerine, 1877'de çıkan Fabrika Yasasıyla, çalışma koşullarının düzeltilmesine önem verildi.

İsviçre'de sağlık finansmanı, büyük ölçüde gönüllü kuruluşlar tarafından oluşturulan ortak fonlar tarafından karşılanırken Bismack liderliğindeki Almanya'da, 1833'de İşçilerin sağlık sigortalarıyla ilgili ulusal bir proje yürürlüğe girmişti. Sonunda 1911'de kabul edilen Hastalık ve İşgöremezlik Yasası "Hastalık Fonlarını" sosyal sağlık sigortalarına dönüştürdü. Fakat poliçeler, standart süreçleri ve birkaç ilacı ancak kapsıyordu. Ayrıca finansal durumu da oldukça istikrarsızdı. 1930'larda ve 1940'larda Parlamento iki grip salgını nedeniyle sübvansiyon yasası çıkartmak zorunda kalmıştı. II. Dünya Savaşı'ndan sonraki hızlı ekonomik büyüme, Kanton'ların hastanelerini modernleştirmelerine ve büyütmelerine yardımcı oldu. 1911'de çıkan yasa 1964'de gözden geçirilerek birçok ilacın ve hastane hizmetinin sigorta kapsamına alınmasını sağladı. Bu da İsviçre Sağlık Sektörü'ndeki genişleme atılımının ilk aşaması oldu. Bununla birlikte ayakta hizmetlerin maliyetteki payı %25'ten %10'a düştü. 1964 yılı birkaç yönden bir dönüm noktası oldu. Örn. azalmakta olan hekim sayısı artmaya başladı. Ayrıca sigortalı başı-

na yapılan sağlık harcamasında 1970'lerin sonlarına değin süresi bir artış başladı. İşin ilginç yanı, giderlerdeki patlamanın ancak 1980'lerde olmasıdır.

## II. SİSTEMİN ANAHTLARI

### A. İsviçre Sağlık Sisteminin Kaynakları :

1960'lardan bu yana İsviçre'de sağlık alanında önemli yatırımlar yapıldı. Esas sorunun hekim sayısındaki yetersizlik olduğu düşünülüyordu. Gerçekten de 1960 ve 1965 arasında nüfusa göre hekim sayısı yetersizdi. Kuşkusuz nüfusun bu göreceli fazlalığında yabancı işçilerin rolü büyüktü. Bu dönemde nüfus/hekim oranı 10 000'de 8.7'ye dek düştü. Pratisyen sayısındaki düşüş daha da belirgindi. Buna karşın 1968'e dek Latince bilmek tıp fakültesine girebilmenin bir koşulu olarak kaldı. On yıl sonra nüfus/hekim oranı 10 000'de 12'ye dek çıktı. Bu yüzölçümü doğru 10 000'de yirmi olması planlanıyor. Diş hekimlerinin sayısı da aynı oranda artmaktadır. Bu arada, diş hekimliği hizmetlerinin kazalar sonucu oluşan hasarlar dışında sigorta kapsamı dışında olduğunu belirtmekte fayda var. Eczaneler sistem içindeki en stabil öğelerdir; bunun nedeni de Almanca konuşulan kantonların kırsal kesiminde çalışan hekimlerin ilaç satma izinlerinin olmasındandır. Ülkede akut hastalıklar için, %75 kapasiteyle çalışan ve kişi başına ortalama 14,3 gün yatış süresine sahip 282 (her 10 000 kişiye 4.4) hastane vardır. Aynı sayıda da kronik hastalara hizmet veren ve %92 kapasiteyle çalışan özel dal hastaneleri bulunmaktadır (ortalama yatış süresi 206 gün). Bunun dışında 76 Psikiyatri Kliniği ve sınıflandırılmamış 39 hastane daha vardır. Yatak sayısında 1970'den bu yana düzenli bir artış kaydedilmiştir. İsveç'ten sonra (10 000 kişiye 160 yatak) en fazla yatak kapasitesine sahip ülke (10 000 kişiye 127 yatak) İsviçre'dir. İsveç'te de olduğu gibi bu yatakların çoğu konuya ait hastanelerdir. Hastane personeli sayısı 1970'ten 1980'e dek ikiye katlanmıştır. Ayrıca hemşire sayısı da yeterli

\* Bu makale *Advances in Health Economics and Health Services Research, "Switzerland", in Supplement 1: Comparative Health Systems, pp:77-101'den çevrilmiştir.*

\*\* Çeviri Özeti: Dr. Hasan EKERBİÇER

düzele gelmiştir. Böylece sağlık sektörü, bankacılık sektöründen sonra istihdamda en büyük sektör olmuştur. Sonuç olarak, İsviçre'de sağlığa ayrılan kaynakların çoğu hastanelere gitmektedir; hekim sayısının hızla artması buna karşılık eczacı sayısının azalması beklenmektedir.

## B. Sağlık Sektöründe Anlaşmalara Bağlı İlişkiler

### 1. Sigortacılar ve Sigortalılar :

Bazı şehirlerdeki düşük gelir grupları dışında İsviçre'de sigorta zorunlu değildir. Buna karşın toplumun %97'sinin ayaktan sağaltım ve hastane hizmetlerini içeren bir sigortası vardır. Bu sigorta 1911 yılında çıkan yasa uyarınca, 450 Hastalık Fonu tarafından sunulur. Sigortalılar hastalık dönemi başına 300 İsviçre frankına değin olan giderler için 30 frank öderler. Bunun üstündeki tutarlarda toplam giderin %10'u alınır. 1987'de Federal Mahkeme Hastalık Fonlarına 50 franka değin kesinti yapma izni vermiştir (yüksek tutarlarda %10 kesinti hakkı saklı kalarak).

### 2. Sigortacılar ve Hekimler :

Birkaç istisna dışında her kantonda bir Medikal Birlik ve Sigortacılar (fonlar) Birliği bulunur. Bu iki örgütün temsilcileri biraraya gelirler ve ücreti, paraya çevrilebilir bir kredi puanı olarak belirlerler. Sigortacılarla hekimler arasında anlaşmazlık çıktığında kanton yönetimi devreye girer ve anlaşmazlığı giderir. Hastalık Fonlarının son zamanlarda kredi puanı ücretlerini düşük tutma çabaları da pek etkili olamamıştır. Çünkü hekimler yaptıkları uygulamaları daha ayrıntılı faturalayarak kredi puanlarını yükselip düşük ücretlendirmeyi kompanse etmişlerdir.

### 3. Sigortacılar ve Hastaneler :

Hastalık Fonları temel sigorta paketlerinde hastanelerin "halk koşullarında" sağaltım ve yatış giderlerini karşılamak zorundadırlar. Ücretlendirme konusunda Hastalık Fonları, küçük kantonlarda tek tek hastanelerle veya büyük kantonlarda Hastaneler Birliği ile anlaşmaya varırlar. Anlaşmazlık durumunda son söz yine kanton yönetimindedir.

Hastalık Fonları 1960'ların sonlarından başlayarak müşterilerine bütün hastane hizmetlerini (yarı özel bir koşutta yatma ve/veya tıbbi sağaltım) kapsayan sigorta paketleri pazarlamaya başladılar. Fakat hastaneler yarı özel hastalara yapılan ekstra hizmetleri faturalandırma hakkına sahiptiler. Bu tür bir sigorta belli bir limite dek giderleri karşılıyordu. Daha sonra yapılan değişikliklerle bütün giderleri karşılayan sigorta paketleri ortaya çıktı. Hastaneler de bu-

na karşılık yüksek teknoloji gerektiren pahalı yöntemlerle çalışmaya başladılar.

## C. Sağlık Sektörünün Finansmanı

İsviçre'de sağlık hizmetleri 3 yolla finanse edilir. Birincisi kişilerin yaptığı özel ödemelerdir ki toplamın %30'unu bunlar oluşturur. Bunların da büyük bir bölümü dış hekimlerine yapılan ödemelerdir. Hastanelere yapılan özel ödemeler sigortacı tarafından geri ödendiği için bu %30 oranı biraz abartılıdır. İkinci yol kişilerin ödediği primlerdir. Kalanı da devlet tarafından sübvans edilir.

**Kişisel sigortalarda en büyük pay kamu fonlarıdır.** Sağlığa harcanan her 3 İsviçre frankından 1'i kamu fonlarından gelir. Kısaca İsviçreliiler sağlık hizmeti alabilmek için üç şekilde ödeme yaparlar: Doğrudan, sigorta primi ve genel vergi olarak.

## III. HİZMETİN DEĞERLENDİRİLMESİ

### A. İsviçre'de Sağlık Sektörünün Verimliliğine İlişkin Ölçütler

Sağlık hizmetinde ürün, poliklinik sayısı ve yatak işgal oranı ile değerlendirilir. Ekonomik olarak bakarsak bunlar hizmet üretiminin girdileridir. Çıktılar ise sağlık düzeyinin yükselmesi, cerrahi girişimlerde başarı oranları ve morbidite hızlarındaki düşüşlerdir. Örn. bebek ölüm hızı yüzyılın başından bu yana düşüş göstermektedir. Şu anda erkeklerde binde 10'un altında, kızlarda ise binde 0.8'in altındadır. Doğuşta yaşam beklentisi ise artış trendini sürdürmektedir. Halen kadınlarda 80, erkeklerde 78 yıldır. Son on yılda, emeklilik yaşından (65) sonraki dönemde ortalama yaşam beklentisinin artışı dikkat çekicidir. Bu olumlu rakamlar sağlık hizmetlerinin etkisiyle mi ortaya çıkıyor; yoksa ana etken, kişisel üretkenliğin artması mı? Bu konuda bugüne değin doyurucu bir çalışma yapılmamıştır, fakat varolan çalışmalar her iki etmenin de eşit olarak etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Bir sağlık sisteminin performansı, toplumda en çok ölüme neden olan sorunların çözümüne ne denli kaynak ayırdığı ile de ölçülebilir. Bugün, İsviçre'de mortalite listelerinin başında kardiyovasküler hastalık ölümleri vardır (tüm ölümlerin %40'ı). İkinci sırada (%26) malign neoplazmalar gelmekte ve bunları kazalar, zehirlenmeler, şiddet olayları izlemektedir. Almanya'da yapılan bir çalışmada da benzer oranlar bulunmuş ve bunların ekonomiye getirdikleri yük hesaplanmış; kazaların birinci sırayı, kardiyovasküler hastalıkların ikinci sırayı, neoplazmaların üçüncü sırayı aklığı ortaya çıkmıştır. Fakat sağlık hizmetlerindeki öncelikler bu sıraya

uymamaktadır. Gastrointestinal hastalıkların tedavisine ayrılan kaynaklar toplamın %28'i iken, bu hastalıkların sağaltımının ekonomik getirisi yalnızca %9.6'dır. Kardiyovasküler hastalıklar ve neoplazmalara ise sırasıyla %15 ve %5 kaynak ayrılmaktadır. Bu rakamlar halk sağlığını tehdit eden etmenlerle sağlık sisteminin çabaları arasında bir tutarsızlık olabileceğini göstermektedir. Girdilerdeki tutarsızlıklara bakıldığında, kaynakların harcanmasında, hizmeti alanlardan veya vergi ödeyenlerden çok, hizmeti sunanların seçimlerinin etkili olduğu kuşkusuz uyanmaktadır.

### B. Sistemde Maliyet Patlaması

Hastalık Fonlarına dayanan istatistiklere göre 1960'ların ortalarından bu yana harcamalarda büyük bir artış görülmektedir. Eldeki veriler toplam sağlık harcamalarının 1980'de 12 milyar Mark'ı, 1984'te 15 milyar İsviçre Frank'ını aştığını gösteriyor. Bu da İsviçre'de Toplam Yurtiçi Gelir'in (TYİG, GSMH) %7'si anlamına gelmektedir. 1960'larda bu oran %3 dolayındaydı, bugün ise yalnızca hastanelerin payı %3'tür.

1960'ların ikinci yarısında ve 1970'lerin ilk yarısında, sigortalı başına yapılan toplam sağlık harcaması ikiye katlandı. 80'lerin ikinci yarısında artışın daha yavaş fakat gene de nominal TYİG artışından daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık sistemi finansörleri olarak fonların payı göreceli olarak düşüğünden, 1974-1982 arası sağlık harcamalarının TYİG'deki payı %7 olarak gerçekleşmiştir.

Maliyet patlamasına gelince; 1971, 1973 ve 1975'te sağaltım giderlerinde ani artışlar görülmüştür. Bu artışlar her hizmetin dahil olduğu sigortalının yürürlüğe girerek primlere yansımalarıyla olmuştur. 1977 ile 1982 arasında ayaktan sağaltım faturaları %50 artmıştır. Aynı dönemde hekim ücreti endeksi %22 artmış ve ilaçta tüketici endeksi birim fiyatlardan daha fazla yükselmiştir. Sonuç olarak şunu söylemek yanlış olmaz: İsviçre'de sağlık harcamalarının ani artışı sağaltım maliyetlerindeki (özellikle hastanelerdeki) ani artışı yansıtmaktadır. Son 20 yıldaki bu artış *maliyet patlaması* deyimini hak etmiştir.

### IV. GENEL EKONOMİNİN ETKİLERİ

1974'teki ekonomik durgunluğa dek sağlık hizmetlerinin maliyeti İsviçre'de bir sorun değildi. 1974-1976 yılları arasındaki ekonomik gerileme Federal Hükümet'in Hastalık Fonlarına kişi başına yaptığı sübvansiyonu önce dondurmasına sonra da %5 kısmasına neden olmuştu. Ekonomik baskılar, top-

lam harcamalarının %17'sini sağlığa ayırdıkları için, Kanton düzeyinde de hissedilmişti. Bütçelerinin %13'ünü sağlığa ayıran Birlik'ler de bu durumdan oldukça etkilenmiştir. **Herşeye karşın sağlık sektörü, tasarruf önlemlerinin dışında tutulmuştur.**

Kamu bütçelerinin daraltılmasına karşılık, İsviçre'li seçmen hastane yatırımlarının durmasını istememektedir. Bu yüzden sağlık sektörü, Birlik bütçelerindeki payını artırmaktadır.

### V. UZUN ERİMLİ PLANLAMA ve GELECEKTEKİ REFORMLAR

Günümüzdeki eğilimler devam ederse gelecek İsviçre'nin bütün İYİG'i sağlık sektörüne ayrılmış olacaktır! Diğer batılı sağlık sistemlerinin de sorunu olduğu gibi Cadillac varken kimse Volkswagen'a binmek istemiyor. Eğer bu soruna kısa sürede bir çözüm bulunmazsa aşağıda ele alınacak sorunlarla başa çıkmak olanaksızlaşacaktır.

#### A. Hekim Fazlalığı

1960'ların başında İsviçre'li vergi yükümlülerinden tıp fakültelerinin ve araştırma merkezlerinin büyütülmesi için özveride bulunmaları istendi. Buna karşılık aynı veya düşük maliyette daha iyi tıbbi hizmet alacakları sözü verildi. 1980'lerde birçok hekimin piyasaya girmesi bu sözü gerçekleştirmek için iyi bir fırsat yarattı. Hastalar ödedikleri para karşılığı daha fazla *hekim zamanı* alabildiler. Fakat bu kazanç, varolan sigorta koşulları nedeniyle, hekim yoğunluğu ile çok da orantılı olamadı. Eğer sigortalılar hekim seçme şansına sahip olabilirlerse, hekimlerarası rekabet nedeniyle faturaların %70'-80'inde düşüş sağlanabilecektir.

#### B. Hastane Yatağı Fazlalığı

Uzmanlar, var olan 80 000 yataktan 10 000'inin gereksiz olduğunu tahmin etmektedirler. Buna karşın bazı bölge hastanelerinde modernizasyon ve kapasite artırma çabaları vardır. Gereğinden fazla yatağı olan bazı şehirlerde de kronik hastalıklarda yatak sıkıntısı çekilmektedir. Bu dengesizlikler hastanelerin kamu tarafından finanse edilmesinin yanı etkileridir.

#### C. Hastalık Fonlarından Finansal Eşitsizlik

Bugün bir İsviçre vatandaşının içinden seçim yapabileceği 450 adet fon vardır (1930'larda 1 000'in üzerinde idi). Bu fonların birçoğu da zarar etmektedir. Her ne kadar temel sigorta paketinin standardize edilmesine çalışılıyorsa da, Hastalık Fonları halen birçok seçeneği olan sigorta paketleri sunmaktadırlar. Bu da onların finansal sorunlarla karşılaşmalarına neden

olmaktadır. Finansal güçlükleri aşmak için fonların sundukları seçenekleri sınırlamak bir çözüm yolu olabilir. Ayrıca sigorta sisteminde bazı değişiklikler yapmak gerekebilir. Örn. bir yıl boyunca bütün sağlık harcamaların kendi cebinden ödeyen sigortalının priminde indirim yapmak gibi.

## VI. SONUÇ VE ÖZET

Bu makalenin girişinde, kısa bir tarihten sonra, sağlık sistemine ayrılan kaynaklara değinilmektedir. Hastanelerin, sistemin önemli bir parçası olduğu görülmektedir. Bunun nedeni belki de İsviçre'de Hastalık Fonlarının, hastanelerin halk koşullarında yatarak sağaltımının tümünü karşılaması, ayaktan sağaltımda ise belli bir oranda katkı payı almalarındandır. 1986'ya dek yürürlükte olan "katkılı sigorta" (co-insurance) kuralının, etik tehlikeleri ortadan kaldırmakta yetersiz kaldığı ve aynı şekilde tıbbi örgütler ve Hastalık Fonları tarafından belirlenen ücret tarifelerinin yarattığı maliyet şişkinliğini azaltmakta da yetersiz olduğu ortadadır. Varolan finansal yöntemler, halen fonların, birliklerin ve karton hükümetlerinin maliyetleri artırmasına izin vermektedir.

Elde yeterli veri olmamasından dolayı, İsviçre sağlık sisteminin performansı basit vital istatistiklere dayanılarak değerlendirilmiştir. Fakat özellikle hastalıkların ekonomik maliyeti ve bunlarla ilgili bazı rakamlar Almanya ile benzerlik göstermektedir. Özellikle

hastane sektöründe maliyetler artarken, elimizde, sağlığa ek kaynak ayırmanın, toplumun yaşam beklentisini artıracaklarını gösteren bir kanıt yoktur. Sağlık Kanton'un sorumluluğunda olmasına karşın, kullanılmayan hastane bölümlerinin kapatılmasını engelleyen yerel mevzuat düzenlemeleri en çok Birlik'leri etkilemiştir. Günümüzde sağlık sisteminden en çok faydayı yaşlılar elde etmektedir. Bunun nedeni de düşük prim ödeyip yüksek prim ödeyenlerin avantajlarından faydalanmalarıdır. Sistemin politikayla içiçe olması nedeniyle, Hastalık ve İşgöremezlik Yasası'nın değişmesi veya yukarıda sözü edilen üç sorunun çözülmesi yakın gelecekte pek olası gözükmemektedir. Bu sorunların çözülmesi için İsviçre'li vergi yükümlülerinden sağlık için daha fazla katkı payı istenmesi düşünülmemelidir. Hem vergi ödeyip hem de zaten yeterli olan kaynaklara katkıda bulunmaları düşünülemez. Yasal katkı payı, eğer sigorta primleri veya vergiler kısılsa, ancak o zaman kamuoyu tarafından benimsenebilir. Fakat Hastalık Fonları, sunacakları yeni seçeneklerle bu sorunu aşabilirler. Örn. hizmeti sunanın seçilebilmesi (Tercih Edilen Hizmet Sunucu) veya sigortadan az yararlananın daha az prim ödemesi gibi. Bu seçenekler hizmeti sunanların rekabetine neden olacağından, fiyatları denetlemek kolaylaşacaktır ki, ekonomistlere göre de en etkin yol rekabettir.

**Teşekkür** Gerekli düzeltmeleri yaparak makaleye son biçimini veren Doç. Dr. Ahmet SALTİK'a katkılarından dolayı teşekkür ederim.

