

- natal and under 5 mortality in Istanbul based on representative samples of burial records, Proceedings of Seminar on Measurement of Maternal and Child Mortality, Morbidity and Health Care: Interdisciplinary Approaches. Publ. IUSSP '1991) (baskıda)
4. David RJ, Siegal E: Decline in neonatal mortality, 1968 to 1977; better babies or better care\* Pediatrics 71:531-40 (1983).
  5. Fişek N.: Çocuk sağlığı yönünden sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetimi H. Günöz, O. Neyzi (ed). 0-6 Yaş Çocuğun Korunması. 5. ve 6. Pediatri Günleri Raporları, Kent Basımevi, İstanbul (1985).
  6. Harrison KA: Childbearing, health and social Priorities: a survey of 22774 consecutive hospital births in Zaria, Northern Nigeria, Br J Obstet Gynaecol 92 (suppl 5): 1-119 (1985).
  7. Hacettepe University Institute of Population Studies, 1988 Turkish Population And Health Survey (1989).
  8. Kaumitz AM, Spence C et al: Perinatal and maternal mortality in a religious group avoiding obstetrics care. Am J Obstet Gynecol 150 826-31 (1984)
  9. King M: Health is a sustainable state. Lancet 336: ii, 664-667 (1990).
  10. Köhler L, Jacobsson G: Children's health and well being in the Nordic countries. Clin Dev Med no 98, Oxford: Meckeith Press (1987).
  11. Lucas SB, Mati JKG, Aggarwal VP, Sanghvi H: Pathology of perinatal mortality in Nairobi, Kenya. Bul Soc Path Ex 76: 579-583 (1983)
  12. Macfarlane A: The downs and ups of infant mortality. BMJ 296:230-1 (1988).
  13. Mosley, WH: Child survival: reseach and policy. Population and Development Review (Suppl) 10: 3-25 (1984).
  14. Pickkala P, Enkkola R et al: Declining mortality, 1968 to 1978. Br J Obstet Gynaecol 87: 833-38 (1980).
  15. Shorter FC: "Türkiye'de bebek ve çocuk ölümlülüğündeki azalmalar-sayım tahminleri". The Population Council Regional Papers West Asia and North Africa. 34:19-20, (1989).
  16. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Ölüm İstatistikleri 1987. Ankara (1989).
  17. UNICEF, Measuring Real Development, The State of the World's Children, pp 75-87 (1989).
  18. WHO Maternal Mortality A Global Factbook WHO/MCH/MSM/91.3 ISBN 92 4 1590017.

## Genel Sağlık Sigortası çözüm olabilir mi?

Doç. Dr. Osman HAYRAN

Uzun yıllardır sözü edilen Genel Sağlık Sigortası'nın ne getirip ne götüreceğini anlamak için benzer uygulamaların geçmişine ve ülkemizdeki gerçeklere bir göz atmakta yarar vardır.

Sağlıklı insan gücü demek olan sağlık yatırımları genellikle uzun vadede yüz güldürücü sonuçlar yarattığından özellikle gelişmekte olan ülke politikacıları-

nın pek önemsemediği, öncelik tanımadığı yatırımlardır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçimi ne olursa olsun finansman konusu bu ülkelerde her zaman sorun olmuştur.

**İnsanların sağlıklı yaşaması için gereken para kimlerden ve hangi yöntemle bulunmalıdır?...** Bu soruya çok kaba bir yaklaşımla üç türlü yanıt verilebilir:

1. Kişiler sağlık hizmeti için kendi ceplerinden harcama yapmalıdır.

2. İster hasta ister sağlam olsun her vatandaşın sağlıklı yaşaması için devlet genel bütçeden harcama yapmalıdır.

3. Her vatandaş sağlık için her an belirli miktarlarda para ayırmalı, bir havuzda biriken bu paralar gerektiğinde hasta olanlar için kullanılmalıdır.

Bu üç yanıtın birincisi gerek sosyal devlet anlayışıyla gerekse sağlığın bir insan hakkı olduğu gerçeğiyle bağdaşmayacağı için doğru sayılamaz.

İkincisi ülkemizde halen yürütülmeye çalışılan uygulamadır. Devlet vatandaşlardan vergi toplamaktadır ve toplanan bu vergilerin bir kısmı vatandaşların sağlıklı yaşaması için kullanılmak zorundadır. Ancak politik nedenlerle bu para ağırlıklı olarak başka yatırım alanlarına kaydığından sağlığa ayrılan pay yetersiz kalmaktadır.

Nitekim, iktidarda kim olursa olsun ülkemizde yıllardır genel bütçeden sağlığa ayrılan payın %3-4'leri geçemediği bilinmektedir.

Üçüncü yanıt sağlık alanında sigortacılığın temelini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında sigortacılık uygulaması aslında bir risk paylaşımıdır. Bu paylaşım risk altındaki bir grup için sınırlı kalabileceği gibi tüm toplum için de sözkonusu olabilir. Ülkemizdeki Sosyal Sigortalar Kurumu sınırlı uygulamanın bir örneğidir.

Sanayilemiş ülkelerde özellikle sanayi devrimini izleyen yıllarda bazı toplum gruplarının gönüllü olarak örgütlendiği ve sağlıklarını korumak için bir fon oluşturdukları, kendilerine sağlık hizmeti verecek örgütler kurdukları bilinmektedir. Ekonomik ilişkilerin griftleşmesine, sağlık alanında üstün teknoloji kullanımına ve risk gruplarının artışına paralel olarak gönüllü sigortacılığın zamanla zorunlu sigortacılığa dönüştüğü ve bu anlamda bir uygulamanın ilk kez 1883'te Almanya'da başlatıldığı daha sonra diğer Avrupa ülkelerinin de aynı yolu izlediği görülmektedir.

Çeşitli aşamalardan geçen sigortacılık günümüzde çeşitli ülkelerde farklı şekillerde sürdürülmektedir.

Bazı uygulamalar yalnızca doktor ve ilaç ücretini kapsarken, bazıları hastane masrafını da kapsamaktadır.

Bazı ülkelerde yıllık kişi başına ödene ve harcama temel alınırken, bazılarında doktora her başvuru için yada yapılan her işlem için ödeme temel alınmaktadır.

Bazı uygulamalarda fonlar işyeri bazında oluşturulurken, bazılarında coğrafi bölge bazında oluşturulmaktadır.

Bazı uygulamalarda fonların kontrolü çalışanlarda

\* Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanı.

iken, bazılarında hem çalışan hem de işverendir. Bazılarında ise kontrol tamamen hükümetlerin elinde bulunmaktadır.

Sanayileşmiş ülkelerin sigortacılık uygulamaları ile geçmişte sağlık için sağlam bir alt yapı oluşturdukları, bir yandan ekonomik kalkınmayı sürdürürken bir yandan da ivedi sağlık sorunlarını çözüme kavuşturdukları görülmektedir.

**Altyapısı oluşan ve vergi gelirleri, genel bütçe payı ile mevcut sistemi yürütebilecek duruma gelen İngiltere gibi ülkelerin daha sonra sigortacılığı bırakarak ulusal sağlık sistemi uygulamasına geçtikleri dikkati çekmektedir.**

Sigortacılık uygulamasını ısrarla sürdüren almanya, Fransa gibi bazı ülkelerde ise yapılan hataların sistemi açmaza soktuğu ve sistemin yürümesi için genel bütçeden giderek artan oranlarda sübvansiyon gerektiği gözlenmektedir.

**Bu deneyimlerin ışığı altında sağlık alanında bir finans modeli olarak sigortacılığın şu sakıncalarından söz edilebilir:**

- Sigortacılık özünde bir sosyal güvenlik sistemi olması nedeniyle hizmet, çalışan gruplara ve kentsel kesime yönelmektedir. Kırsal kesimden de prim toplandığı halde yatırımlar ağırlıklı olarak kentsel kesime yapılmaktadır.

- Çözümü kolay bazı temel sağlık sorunları için yüksek teknoloji kullanımını teşvik etmekte, teknoloji duplikasyonuna ve israfına neden olmaktadır.

- İyileştirici hizmetler teşvik edilirken koruyucu hizmetler geri plana itilmektedir.

- Sağlık hizmetlerinin maliyetleri artmaktadır.

- Sosyal sorunların tıbbi sorunlar olarak değerlendirilmesine yol açmakta ve gereksiz tedavi harcamalarına neden olmaktadır.

**Bu sakıncaların önlenmesi, hataların yapılmaması için genel ya da sınırlı sağlık sigortası uygulamalarında özellikle şu noktalar üzerinde durulması önerilmektedir:**

- Kurulan sağlık sigorta sistemleri öncelikle çalışan kesimleri ilgilendirdiğinden kontrol, genellikle Çalışma Bakanlıklarının elinde olmaktadır. Oysa fonların ve sistemin kontrolü mutlaka Sağlık Bakanlıklarının elinde olmalıdır.

- Kurulacak bir sigorta sistemi, düzenli ve zorunlu olarak prim ödeyen işveren ve çalışanlara yönelik sağlık hizmetini değil, tüm sağlık hizmetlerini uygun teknoloji ile ve maliyeti arttırmadan finanse etmelidir.

- Sistemin başarısı için ilk basamak sağlık hizmetleri çok iyi örgütlenmeli, gerçekçi, yürütülebilir bir sevk zinciri kurulmalıdır.

- Sistem içinde yer alan hekimlere işlem ya da hizmet başına değil, kişi başına ödeme yapılmalıdır.

- Sınırlı sigorta uygulamalarında sistem, hekimlerin kamu sektöründen kaçışına neden ola-

**cak kadar çekici olmamalıdır.**

**- Sınırlı uygulamalarda hekimler için özendirici ve ödüllendirici düzenlemeler yapılmalı, örneğin, kırsal kesimde en uzun süre hizmet veren hekimlere daha çok sigortalı kişi verilebilmelidir.**

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı için bu hataların yapılmayacağı bir genel ya da sınırlı sağlık sigortası uygulaması gerekli midir?... Gerekli ise başarıya ulaşabilir mi?...

Bu soruları yanıtlamak için önce Sağlık Bakanlığınca Price Waterhouse firmasına hazırlatılan "Sağlık Master Plan Etüdü"ne bir göz atmakta yarar vardır.

*"Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı olağanüstü karmaşık özellikler taşımaktadır. Bu durum öncelikle sağlık hizmetleri veren ve bunları finanse eden kurum ve kuruluşların sayıca fazla olmalarından doğmaktadır. Sektörün ikinci bir özelliği de Türkiye'de sağlık harcamalarının yarısından çoğunun yapıldığı özel sektörden bilgi alınamaması ya da alınan bilginin güvenilir olmamasıdır." (sayfa: 92)*

*"Toplam sağlık harcamalarının %55'i özel sektör tarafından yapılmakta olup bunların çoğu hastane dışı hizmetler içindir. Fonlar açısından ise 3 önemli kaynak göze çarpmaktadır: Genel bütçe, Sigorta fonları ve Kişisel harcamalar.*

*Genel bütçenin payı yaklaşık %30,*

*Kişisel harcamaların payı yaklaşık %50,*

*Her çeşit sigorta fonlarının payı ise yaklaşık %20'dir. (sayfa: 94)*

*"Türkiye'nin son yıllarda Gayri Safi Milli Hasılasının (GSMH) yaklaşık %3.5'ini sağlık için barcadığı, bunun da yaklaşık %1.5'inin sağlık hizmeti sağlayan kamu kuruluşları tarafından barcadığı gösterilmiştir. Dünya Bankasına göre Türkiye'nin GSMH'si tüm orta gelirli ülkelerinkinden daha yüksektir. Buna göre Türkiye'nin sağlık hizmetlerine ayırdığı finansmanın GSMH oranı açısından orta gelir grubundaki ülkelere daha yüksek olması beklenirken, Türkiye kendisinden çok daha fakir olan Endonezya dışında hepsinden daha düşük bir oran bildirmektedir." (sayfa: 125)*

*"En alttaki %40 aile toplam gelirin %11'ini, yüksek düzeydeki %20 ise toplam gelirin %55'ini paylaşmaktadır... Kişi başına özel sağlık harcamasının da aynı biçimde çarpık olduğunu söylemek mümkündür. Sağlık için kişisel olarak düşük harcama yapanların sigorta tarafından finanse edilen ya da vergi tarafından finanse edilen sağlık hizmetinden daha fazla yararlanması da olası değildir. Düşük gelir grubu aynı zamanda sigortası olmayan gruptur. Genel bütçe tarafından karşılanan büyük ölçüde harcamadan geniş halk kitlesinin yararlanmadığı, bundan sadece faal ve emekli kamu görevlileri ve aileleri ile askerler gibi küçük katmanların yararlandığı görülmektedir. (sayfa: 128)*

Aynı raporda ilk basamak sağlık hizmetlerinin örgütlülüğüne, sevk zincirinin yokluğu ya da işlemeyişine, zorunlu hizmete rağmen hekim dağılımının dengesizliğine, tüm hekimlerin üçte birinden fazlasının

özel çalışıyor olmasına ve sağlık yöneticisi eksikliğine dikkat çekilmelidir.

Buna göre ülkemizde sağlık alanındaki **temel sorunun finans sorunundan öte örgütlenme sorunu olduğu** ortaya çıkmaktadır. Bugün için öyle bir örgütsüzlük vardır ki hangi finans modeli seçilirse seçilsin iflas etmeye mahkum görünmektedir. **Sağlık hizmetleri, bırakınız "serbest piyasa" kurallarını sanki "başboş piyasa" kurallarına tekedilmiş durumdadır.**

Böyle bir ortamda tüm vatandaşlara sağlık güvenesi sağlamak ve özel çalışan hekimlerden de hizmet satın alabilmek amacıyla kurulacak bir sigorta sistemi hangi sağlık örgütünü ve sağlık hizmetini finanse edecektir?...

Sağlığa ilişkin güvenilir istatistiklerin yıllardır bir türlü toplanamadığı bir ülkede sigortanın harcamaları hangi verilere ve önceliklere göre planlanacaktır?...

Aslında, iktidarlardan etkilenmeyen, kalıcı bir sağlık politikası ve bu politikanın öngördüğü uygulamaları gerçekleştirebilecek bir sağlık örgütlenmesi olan gelişmekte olan ülkelerde **iyi planlanmış bir sigorta uygulamasının pek çok avantajı olabilmektedir. Bu avantajları şu şekilde sıralamak mümkündür:**

- Geriatrik yaş grupları için daha fazla sağlık harcaması gerektiğinden, özellikle Türkiye gibi nüfusun genç olduğu ülkelerde sigortacılık harcamalar açısından daha avantajlıdır.

- Gelişmekte olan ülkelerde kısa sürede sağlık alt yapı ve teknolojisini geliştirmek, daha sonra ulusal sağlık sistemine geçmek yönünden politik avantajı olan bir yöntemdir. Çünkü iyi planlandığı taktirde kısa sürede sonuç alınabilmektedir.

- Çalışanların sigorta pirimlerinin ve sağlık harcamalarının tamamı ya da bir kısmının işveren tarafından verilmesi durumunda, işverenin koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermeye zorlanması açısından avantajlı sayılabilir.

- Sağlığın finansı olayının bütçe dışına konulması ile bunun iktidarlar açısından önem taşıyan savunma, eğitim, sanayi, tarım gibi alanlarla rekabete girmesi engellenmiş olduğundan iktidarlar için politik avantajı vardır.

- Sigorta sistemi ile vatandaşın pirim toplamak da aslında bir tür vergi toplamaktır. Ancak bu tür bir vergi, yalnızca sağlık için harcanacağından ve diğer sektörlerin bu vergiden pay alması engelleneceğinden avantajlıdır.

Konunun uzmanı sağlık ekonomistleri, sağlık sigortasının işlevini şu şekilde belirlemiştir: **"Sağlık sigortası özellikle kentsel bölgelerde sağlık harcamalarına işveren ve çalışanların katkıda bulunmasını sağlayarak, vergi gelirlerinden ayrılan payın koruyucu ve ilk basamak hizmetleri için daha fazla kullanılmasını amaçlı güder."**

Ülkemizde kurulacak bir genel sağlık sigortası sisteminin bu anlamda bir işlevi başarabilmesi, öncelikle koruyucu ve ilk basamak sağlık hizmetlerini verecek örgütlerin oluşturulmasına, bu alanda uzmanlaşmış

sağlık yöneticilerinin sayıca artmasına bağlıdır. Yoksa, avantajları vardır, gelişmiş ülkelerin pek çoğu bunu uyguluyor biz neden uygulamayalım türünden yaklaşımlarla genel sağlık sigortasına sarılmak yeterli değildir.

Bugün için sağlık piyasasında devletin ve vatandaşın cebinden çıkan önemli miktarlarda para dönmektedir. Bu para plansız, kontrolsüz harcanan bir paradır... Yapılması gereken gerçekçi bir örgütlenme ile bu parayı zaptı rapt altına almak ve daha verimli kullanımını sağlamaktır...

Devletin sağlık hizmetleri için genel bütçeden ayırdığı payın yetersiz olduğu doğrudur, ancak diyelim ki bu pay %3-4'lerden %15-20'lere çıktı... Biraz önce ana hatları çizilen tabloda bir düzenlemenin sağlanması mümkün müdür?... Kaldı ki **her gelişmekte olan ülke gibi Türkiye'de de genel bütçe payı yönünden sağlık sektörünün, savunma, sanayi ya da tarım sektörü ile rekabete girebilmesi ne derece gerçekçidir?...**

**Özetle yapılması gerekenler:**

• **Özellikle kentsel kesimde başta ilk basamak olmak üzere tüm sağlık hizmetlerinin sağlıklı bir örgütlenmeye kavuşturulması;**

• **Sevk zincirinin kurulması;**

• **Sağlık için toplanan vergi ya da pirimlerin bütçe dışında bir yerde toplanarak diğer sektörlerle rekabete girmeden harcanması;**

• **Birbirinden bağımsız ve farklı olan sağlık kuruluşlarının hizmet akışının bir standarda kavuşturulması,**

• **Harcamaların tek elden yönetilmesi, ancak bunun izmet sunumunda ve yönetiminde merkeziyetçi değil tersine yerinde, bölgesel anlamda gerçekleştirilmesi;**

• **Ve en önemlisi hizmeti sunanlar ile alanlar arasındaki para alışverişine son verilmesidir.**

Bunları gerçekleştirmek için bünyemize uyan bir sağlık sigortacılığının desteklenmesi gerekir. Ancak genel bir sağlık sigortası uygulamak yerine kentsel kesimdeki ilk basamak ve tedavi edici hizmetlerin finansmanının sigortacılık ile karşılanması, devlet bütçesinden sağlığa ayrılacak payın ise ağırlıklı olarak kırsal kesime ve temel sağlık hizmetlerine harcanması uygun olacaktır.

#### KAYNAKLAR:

1. Price Waterhouse firmasınınca Sağlık Bakanlığı için hazırlanan "Sağlık Master Plan Etüdü", 1990.
2. Abel-Smith, B.: Funding Health For All: is insurance the answer?. World Health Forum, 7(1): 3-33, 1986.
3. Carrin, G.: Community financing of health care. World Health Forum, 6(4): 601-607, 1988.
4. Genel Sağlık Sigortası Sempozyumu, Nevşehir Deman Oteli, 15-17 Mart 1990.