

GÖZLEM-GÖRÜŞ

KİŞİSEL SAĞLIK SİGORTASI: ÖZEL SİGORTA ŞİRKETLERİNİN SİGORTASI

İlker BELEK*

Türkiye’de sağlık sektörü önemli sorunlar yaşıyor. Hatta bu konuda son derece uzun bir liste oluşturmak bile olanaklı. Listenin neleri kapsayacağı, nelere öncelik tanıyacağı, bir ölçüde de, sorunları değerlendirenlerin konuya hangi konumdan baktıklarıyla ilgilidir. Örneğin, sağlık hizmetlerinden yararlananlar açısından sektörün en önemli sorunu doğal olarak uzayan kuyruklar; toplumda sağlıkla ilgili duyarlılık oluşturmaya çalışan medya açısından ise hekimlerin ilgisizliği olabilmektedir.

Her ne şekilde değerlendirilirse değerlendirilsin, Türkiye’de toplumun, sahip olduğu kaynaklar dikkate alındığında hiç de hak etmediği bir sağlık düzeyinde bulunduğunu kabul etmek gerekir. Nitekim kişi başı ulusal gelir bakımından Türkiye’nin Dünya ülkeleri sıralamasındaki konumu 50.lik iken, en önemli sağlık göstergelerinden birisi olan Çocuk Ölüm Hızı bakımından konumu 80.liğe düşebilmektedir. Yani sağlık açısından yerimiz, hiç de beğenmediğimiz ekonomik konumumuzun bir o kadar daha gerisindedir. Türkiye’de mevcut çocuk ölüm hızı binde 55 iken; sahip olduğu ulusal gelir ile başarabileceği hız binde 32’dir. Bu durumda Türkiye’de, her yıl, her bin çocuktan 23’ü, Türkiye’nin sahip olduğu parasal kaynaklarla ölmemesi gerekirken ölmektedir. Bütün bunlar Türkiye sağlık sektöründe kaynak sıkıntısına ek başka sorunların; kaynakların kullanımındaki kötü yönetime işaret eden sorunların bulunduğunu düşündürmektedir.

Yukarıdaki tablo sorunların varlığının yanısıra, aynı zamanda bu sorunların, şu anki kaynaklarla bile önlenabilir olduğunu göstermektedir. Konuya bu şekilde bakıldığında durumun oldukça trajik bir görüntü sergilediği de ortaya çıkmaktadır.

Sağlık Sektöründeki Sorunlar Nereden Kaynaklanıyor?

Başlangıçta da belirlendiği gibi, herkes kendi bulundu-

ğu konumdan sorunları farklı algılayabilir. Bu bir dereceye kadar normaldir. Ancak bütün bunların ötesinde, görünürdeki yumağın kaynağını saptamak, deyim yerindeyse sorunların özünü ortaya çıkarmak, bugün her zamankinden daha fazla gereklidir.

TTB bu karmaşa ortamı içinde, başangıçta bir kaç noktanın ortaya çıkarılmasını ve bunlar üzerinden bir çalışmanın geliştirilmesini gerekli bulmaktadır. Şöyle ki:

1) Sağlık sektöründeki sorunları yaratan ortamın temel bileşenlerinden birisi, finansal kaynakların yetersizliğidir. Örneğin Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payı yalnızca %3.7’dir, bu bakımdan Türkiye ancak Gine, Somali, Mali gibi ülkeler arasındadır ve aynı oran Avrupa ülkelerinde %10 kadardır. Sağlık için ayrılan finansal kaynakların en önemli göstergelerinden bir diğeri de genel bütçeden Sağlık Bakanlığı için ayrılan paydır. Bu oran Türkiye’de %3 civarındadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün Türkiye gibi ülkeler için genel bütçenin en az %10’unun Sağlık Bakanlığı için ayrılmasını önerdiğini söylemek sorunun boyutlarını ortaya çıkarmak bakımından yeterli olacaktır. Bir de buna bu oranın Avrupa ülkelerinin hiçbirisinde %10’un altında olmadığını eklersek, konunun bu yönüyle ilgili çerçevesi bir eksiğiyle tamamlanacaktır. Sözünü ettiğimiz eksik ise Türkiye’de toplumun yaklaşık %35’inin hiç bir sağlık güvencesinin bulunmayışdır. Özellikle kamu eliyle örgütlenen sosyal güvenlik sistemlerinin eksikliği, sosyal güvencesi olmayan toplumsal kesimlerin sağlık hizmetini kullanımlarında önemli bir engel oluşturmakta, bu da varolan eşitsizlikleri artırmaktadır.

2) Sağlık hizmetlerinin alt yapısında önemli eksiklikler bulunmaktadır. Örneğin hizmet basamaklandırılmış değildir ve isteyen hiç gerekmediği halde üniversite hastanesine doğrudan başvurabilmektedir. Bütün araştırmalarda ortaya çıktığı gibi bu uygulama sistemi tam bir karmaşa ortamına sokmakta, hastanelerde gereksiz hasta yığılmalarına ve sağlık hizmetinin maliyetinin artmasına neden olmaktadır. Alt yapıyla ilgili diğer bir sorun da

özellikle birinci basamak sağlık kurumlarının yani sağlık ocaklarının yetersizliği ve dengesiz dağılımıdır.

3) Türkiye sağlık sektöründeki karmaşasının önemli nedenleri arasında, özel sağlık sektörünün konumunu özellikle vurgulamak gerekir. Dünya'da Batılı ülkelerin hiçbirisinde özel sağlık sektörü Türkiye'deki kadar genişlemiş durumda değildir. Örneğin Avrupa ülkelerinde toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının payı %5-10 arasında değişmektedir. Bunun nedeni, bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin devletçe sunulması zorunluluğunun pratik olarak da kabul edilmiş olmasıdır. Bilindiği gibi sosyal devlet olgusunun en temel bileşenlerinden birisi de budur. Şu noktanın da altını özellikle çizmek gerekir: Bir ülkede özel sağlık harcamalarının artışı, o ülkenin diğer ekonomik, sosyal göstergeler bakımından da geriye düşmesiyle doğru orantılıdır. Bunu tersten de ifade edebiliriz: Bir ülkede özel sağlık harcamaları ne kadar fazlaysa, tek başına bu bulgu bile o ülkenin genel olarak geri kalmış bir ülke olduğunu göstermeye yeterlidir. Türkiye'de özellikle 1980 sonrası dönemin ekonomik politikaları, pek çok başka şeyin yanı sıra, sağlık sektöründe, devletçe desteklenen aktif bir özelleştirme sürecinin başlatılmasına da denk gelmektedir. Üstelik; a) Dünyanın hiçbir yerinde özel sağlık sektörünün verimlilik ölçütleri bakımından daha iyi sonuçlar verdiğine ilişkin tek bir bulgu bile ortaya konulamamışken, b) özelleştirme politikaları sonrasında varolan sağlık eşitsizliklerinin derinleştiğine ilişkin pek çok veri varken, c) özelleştirme ile sağlık sisteminin maliyetlerinde ciddi artışlar meydana gelmişken.

Bütün bunları belki de, tek bir başlıkta toplamak uygun olacaktır. Türkiye'de hükümetlerin ve özellikle de 1980 sonrası hükümetlerin ve genel olarak da ekonomik politikaların, sağlık hizmetlerindeki devlet sorumluluğunu görmezden gelen bir tavır içinde olduğunu görüyoruz. Finansal kaynaklardaki kısıtlılık, Sağlık Bakanlığı bütçesinin yetersizliği, buna karşılık özel sağlık sektörünün devletin kaynaklarıyla ortadaki boşluğu doldurmak üzere özellikle desteklenmesi ancak bu şekilde açıklanabilir.

Bu temel politik tercihtir ve Türkiye'de böyle bir tercih söz konusudur.

İşte, devletin asli görevleriyle bağdaşmayacak biçimde geliştirilmiş bulunan bu tercih farklılaşması sağlık sorunlarının temelini oluşturmaktadır denilebilir.

Türkiye Sağlık Sektörünün Ana Sorunları Nelerdir?

Sağlık sektörümüzün sorunları üzerinde anlaşmak daha kolaydır. Nitekim bu bakımdan, sağlık sistemini değiştirmeye yönelik Sağlık Bakanlığı ile süreci izleyen ve önerilerde bulunan demokratik kitle örgütlerinin, sendikaların ve bu arada da TTB'nin bu konuda benzer çözümlemeler geliştirdiklerini söyleyebiliriz:

1) Türkiye'de sağlık sisteminde finans yetersizliği vardır. İki büyük sağlık hizmeti üreticisi kurumun; Sağlık

Bakanlığı ve SSK'nın finansal kaynakları iyice kısıtlanmıştır. Bu ortamda bu iki kurum neredeyse hiç bir yatırım yapamamaktadır.

2) Hizmet üretiminde kurumlar arasında iletişimsizlik, denetimsizlik, kurumların ve sağlık personelinin bölgelere dağılımında dengesizlik vardır. Birinci basamak sağlık sistemi son derece bozuktur. Birinci basamak ile hastaneler arasında olması gereken sevk sistemi işletilmemektedir. Birinci basamak sağlık kurumlarının olanakları yetersizdir. Kaynakların önemli kısmı hastanelere aktarılrken, koruyucu sağlık hizmetlerinin asıl üreticisi olan birinci basamaklı kurumlar desteksiz bırakılmaktadır.

Böylece sağlık sisteminin finansman ve hizmet üretimi bileşenlerinin her ikisinde de önemli, giderek büyüyen, yıllar boyu ihmal edilmeleri sonucunda iyice derinleşmiş, ancak çözümü olanaklı sorunlar yaşandığını saptayabiliyoruz.

Sağlık Bakanlığı Sorunlarla İlgili Neler Öneriyor?

Sağlık Bakanlığı 1990'ların başından itibaren Dünya Bankası gibi bir uluslararası finans örgütünün teknik desteğini de arkasına alarak yukarıdaki sorunlar için kendi çözümlerini geliştirmeye çalışmaktadır. Ancak bunların hiçbirisinin Türkiye'ye özgün olmadığını, Dünya Bankası tarafından Türkiye gibi az gelişmiş sınıftaki ülkelere önerilen şablon nitelikli projeler olduğunu en başta saptamak gerekir. Aradan geçen 7-8 yıllık dönem içinde sağlık sektörümüzün yaşadığı sorunların çözülmesi bakımından üç önemli projenin ortaya atıldığını gözlüyoruz:

1) Birinci basamak sağlık sisteminin sorunlarının çözümü bakımından Aile Hekimliği modeli.

2) Hastanelerdeki hizmet sorunlarının çözümü bakımından hastanelerin özelleştirilmesi.

3) Sağlık sektörünün yaşadığı finansman krizinin çözülmesi bakımından da sağlık sigortası.

Bu modellerin ayrıntılı analizi TTB tarafından çeşitli zamanlarda gerçekleştirilmiş ve bu çalışmaların tümü ilgili çevrelere çeşitli araçlarla duyurulmuştur. Bu nedenle burada son günlerin gündemdeki konusu sağlık sigortası ile ilgili temel noktaların altının bir kez daha çizilmesiyle yetinilecektir. Ancak geçerken şu kadarının genel düzeyde bir kez daha dile getirilmesi yararlı olacaktır:

Sağlık Bakanlığı geliştirdiği projelerde son derece önemli tutarsızlıklar sergileyebilmektedir. Örneğin birinci basamak için kimi kez varolan sağlık ocakları sisteminin kullanılacağı, kimi kez de tümünden aile hekimliği sistemine geçileceği belirtilebilmiştir. Aynı şekilde hastanelerle ilgili olarak kimi kez özelleştirme, kimi kez de özleştirme modellerinden söz edilebilmiştir. Bu tutarsızlığın oldukça

kaygan bir zemin yarattığı ve bu kuruma olan güveni önemli oranda yok ettiği kabul edilecektir. Bu durumda, şimdi yeniden gündeme sürülen ve daha önceden savunulan biçimiyle yine farklılık gösteren sağlık sigortası modelinin ciddiyet katsayısının ne olduğu konusunda önemli kuşkuvarın uyanması doğal karşılanmalıdır. Bütün bunlara rağmen Türkiye sağlık sektörünü her bakımdan derinden etkileyecek böyle bir projenin değerlendirilmesi, TTB açısından en azından toplumsal bir sorumluluk durumundadır.

Sağlık Bakanlığı Bu Ortamda Ne Önermektedir?

Sağlık Bakanlığı'nın son olarak açıkladığı Kişisel Sağlık Sigortası modeliyle önerdikleri şu şekilde toparlanabilir:

1) Bir kamu sigortacılığı modeli önerilmektedir. Yani SSK'nın ve Bağ-Kur'un benzeri bir yapı kurulacaktır. Ancak, bu yapı kimi bakımlardan da SSK ve Bağ-Kur'dan önemli farklar gösterecektir.

2) Bu yeni sigorta sistemi şu anda herhangi bir sosyal güvenlik sistemi kapsamında bulunmayan yaklaşık %35'lik toplum kesimini kapsamayı hedeflemektedir.

3) Sistemin idaresi amacıyla bir Başkanlık kurulacaktır.

4) Sigortalananaklardan toplanacak prim miktarı, Türkiye'deki toplam kişi başı sağlık harcaması kadar olacaktır. Ancak prim miktarı Bakanlar Kurulunca her yıl yeniden belirlenecektir.

5) Başkanlık primlerin oluşturacağı fonu idare edecek ve bu fonu kullanarak, özel sigorta şirketleri aracılığıyla (özel sigorta kuruluşlarının bulunmadığı yerlerde doğrudan) kamu ve özel hizmet üreticilerinden hizmet satın alacaktır.

6) Satın alınan hizmet SSK ve Bağ-Kurluların yararlanabildikleri hizmet kadar olacaktır.

7) Ancak bu hizmet paketi için kişilerden katkı payı da alınabilecektir.

8) Belirlenen hizmet paketi dışında kalan başka hizmetlerden yararlanmak isteyenler, bu hizmetleri özel sigorta şirketleriyle anlaşarak sağlayabileceklerdir.

9) Prim ödeyemeyecek durumda olanlara devlet katkısı sağlanacaktır.

Önerilen modelin bu şekilde; primler aracılığıyla bir kamu fonu oluşturan, bu kamu fonunu özel sigortalar aracılığıyla kullanan ve özel sigortalılarla kamu ve özel hizmet üreticilerinden hizmet satın alan bir sistem oluşturmayı hedeflediği söylenebilir. Kısaca bu model oldukça "karma" bir modeldir ve çok kısa sürede, içinde bulunduğumuz karmaşa ortamının derinleşmesine katkıda bulunması hiç de şaşırtıcı olmamalıdır.

Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi İçinde Bulunduğumuz Karmaşayı ve Finans Yetersizliğini Çözebilir mi?

Kişisel sağlık sigortası sisteminin, şu anda sosyal güvencesi olmayan toplum kesimlerini hedefleyen ayrı bir sigorta sistemi olarak düşünüldüğünü görüyoruz. Böylece Sağlık Bakanlığı finansmanla ilgili orijinal modelinden bir kez daha sapma göstermiş oluyor. Çünkü, şimdiye dek çoğunlukla, varolan finans kurumlarının birleştirilmesi gerektiğinden söz edilmişti ve bu yönüyle bu vurgu doğruydı. Dolayısıyla, önerilen modelle Türkiye'deki çok başlı sağlık sektörü içinde ayrı bir baş daha yaratılmak istendiği ortaya çıkmış bulunuyor. Bu, karmaşa ortamına bir renk daha katmak anlamına gelmektedir.

Sağlık sistemlerinde gerek finansmanda, gerekse hizmet üretiminde çok parçalılık her zaman maliyet artırıcı bir unsur olarak işlev görür. Finansör kuruluşlar ne kadar çok parçalı ise, bu çok parçalı finansör yapı karşısındaki hizmet üreticileri ne kadar çok parçalı ise sağlık hizmetindeki yönetsel maliyetler o kadar kabarır. Bu sonuç doğaldır. Çünkü aynı işlevi gören birden fazla yönetim, tek bir yapının yönetiminden daha pahalıdır. Bunun en güncel örneği muhafazakar hükümetler tarafından parçalanarak "özerkleştirilen" ve piyasa koşullarında rekabete açılan İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi'dir. Dolayısıyla, çok başlılığı daha da artıran kişisel sağlık sigortasıyla yönetsel maliyetlerin daha da artmasını beklemeliyiz.

Yukarıda da belirtildiği gibi, Türkiye'de sağlıkta bir finansman sıkıntısı vardır. Bu hem Sağlık Bakanlığı harcamaları ve bütçesi, hem de toplam sağlık harcamaları için geçerlidir. Türkiye'de kamu sağlık harcamaları olması gerekene göre düşük tutulduğu için, özel sağlık sektörü boşluk bulmakta ve bu boşluğu doldurmaya talip olmakta, kamu tarafından yaratılan boşluk, özel sağlık sektörünün piyasasını oluşturmaktadır. Özel sektör bu piyasaya devlet destekli olarak girmektedir. Bütün bunlara rağmen Türkiye'de kişi başı sağlık harcaması yıllık rakam 103 dolar kadardır. Aynı rakam Avrupa ülkeleri için 1000 ile 1500 dolar arasında değişmektedir. Bu rakamlar Türkiye'deki sağlık harcaması miktarının ne kadar düşük olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Nitekim finansman sıkıntısının anlamı da budur. Türkiye, insanların sağlığı için Avrupa ülkelerinin ancak %8-10'u kadar harcaması yapan bir ülkedir. Buradan çıkan sonuç şudur: Türkiye'deki finansman sorununu çözmek istiyorsa mevcut 103 doların üzerine en azından bir kaç yüz dolar daha katacak bir mekanizma kurmalıdır.

Dolayısıyla Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği prim miktarıyla, yani yapılmakta olan kişisel sağlık harcaması kadar prim miktarıyla, yukarıda özetlenen sorunu çözmek olanaksızdır. Bu prim sistemi, ancak, şu anda özel sağlık sektöründe başı boş bir şekilde dolaşmakta olan parayı prim adıyla merkezileştirmek dışında bir etki gösteremez; kişi başına yapılan sağlık kaynaklarının artırılmasına hiç yaramaz.

Şu noktaları belirlemiş olduk: Bu sigorta sistemi sağlık sektörümüzde dönmekte olan parayı artıramaz. Her bir insanımız için yapılan sağlık harcaması miktarında değişiklik yaratamaz. Dolayısıyla finansman sorununu çözemez. Ancak özel sektörde dönmekte olan ve zaten önemli oranda sosyal güvencesiz toplum kesimlerince yapılan harcamaların akış yönünü değiştirebilir. Kısaca, şu anda sosyal güvencesiz olan toplum kesimleri, bu sosyal güvenlik sistemiyle şu ankinden daha nitelikli, daha fazla sağlık hizmetine ulaşamazlar. Bütün bunlara ek olarak, bütün maliyetlerin üzerine, bir de bu sistemi işletmek için gereken yönetimsel maliyetleri eklemiş oluruz.

Bunlar dışında, bu başlık altında değerlendirilmesi gereken, başka ufak tefek noktalara gelince. Bunlarla ilgili olarak soru yanıt şeklinde ilerlemek ve bu projenin bu soruların yanıtlarını vermesini beklemek belki en pratik yol olacaktır:

Bu sistem insanlarımıza SSK kadar bir hizmet paketi önermektedir. O halde bu haliyle kimsenin memnun olmadığı bir sigorta sistemini önermekteki mantığını açıklamalıdır. Bütün bunlardan çıkan sonuç, Türkiye’de insanların varoldan daha iyisini hak etmediklerinin savunulduğu mudur?

İnsanlarımıza teminat paketi dışındaki hizmetlerden yararlanabilmeleri için özel sağlık sigortaları önerilmektedir. O halde, bu sistem kendisini nasıl ve ne hakla bir kamu sigortası olarak nitelediği konusuna açıklık getirmelidir.

Teminat paketi dışında, ek bir teminat paketinin düşünülmesi ve bu paket için insanlarımızın özel sigortalara yönlendirilmesi, doğaldır ki akıllarda, asıl teminat paketinin olduğu güvencesiz, belirsiz olabileceği şüphesini uyandırmaktadır. O halde bu şüphenin mutlaka dağıtılması sağlanmalı ve asıl teminat paketinin evrensel niteliklere ne derece uygun olacağı sorusu yanıtlanmalıdır.

Bütün bunların ötesinde “niçin özel sigortalar ve özel hastaneler?” sorusu da yanıtlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı, kendi pazar hacimlerini Türkiye’de bir türlü artıramayan özel sigortaların sigortacılığını mı üstlenmektedir? Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin yönetimini özel sigortacılık şirketlerine ve tedavi edici hizmetlerin üretimini de özel hastanelere bırakmayı mı planlamaktadır?

Bütün bu sorulara verilmesi gereken en özet yanıt; Türkiye’de özelleştirmenin ve özel sağlık sigortacılığının desteklenmesine yönelik yeni bir arayışa yönelindiği biçiminde olmalıdır.

Sağlıkta Finansman Sorununu Nasıl Çözeriz Ya da Nasıl Bir Sağlık Finans Sistemi?

Bu soru yalnızca Türkiye’yi ilgilendiren bir soru değil. Soru son yıllarda bütün Dünyada, gelişmişle, gelişme-

mişle, emperyalistyle, sömürülenle bütün ülkelerde önemle gündemde duruyor. Gündemdeki bu soruna yanıtların merkezdeki güçlü ülkeler ve finans odakları tarafından üretildiği ise çok açık. Uluslararası finans çevrelerinin sağlık sektörüne doğrudan müdahil olmalarının arkasındaki asıl neden, bu sektörde dönen çok önemli hacimdeki para. Bu para şimdiye dek, yani sosyal devlet formu içinde, kamu ve devlet kurumları eliyle toplandı, denetlendi ve kullanıldı. Hizmet de daha çok devlet eliyle üretildi. Şimdi, yani sağlık sektörünün önemli bir talep alanı haline geldiği günümüzde, özel sermaye sağlık alanını karlı bir sektör olarak saptamış bulunuyor. Kısaca özel sektör sigortacısıyla, sağlık hizmeti üreteneyle sağlık sektöründen kar elde etmek istiyor.

Bunun için de iki şey gerekiyor: 1)Sektörün devletten olabildiğince temizlenmesi. Özel sermayeye alan açılması. 2)Sektörde başı boş dönen paranın denetim altına alınması. Yani, paranın, para yaratan para (sermaye) olarak merkezileştirilmesi. Burada da özel sigorta şirketleri devreye giriyor.

Sonuçta sağlık sektörü, sosyal devlet tartışmaları içinde teorik olarak; yukarıdaki anlamında ise pratik olarak önemli bir gündem maddesi oluşturmuş durumdadır. İşte bu tartışmalar sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması olarak biçimleniyor.

Şimdi, bu genel değerlendirmenin ardından “nasıl bir finans sistemi?” sorusuna yeniden dönebiliriz. Türkiye’de oluşturacağımız ya da geliştireceğimiz finansman sistemi şu üç noktaya çözüm getirmelidir: a) Şu anda sosyal güvencesiz olan, tıbbi bakım hizmetinden yararlanmak için, hizmeti kullandıkları anda ceplerinden para ödemek zorunda kalan toplumsal kesimleri de kapsamalıdır. b) Sağlık harcamalarını daha yüksek düzeye çıkarmalıdır. c) Varolan eşitsizlikleri ortadan kaldırmaya yönelik bir etki yaratmalıdır. Bütün bunları nasıl ve hangi sistemle sağlayabiliriz? Bu soruya yanıt bulmaya çalışmadan önce biraz ara verip Dünyada genel olarak sağlık finansman sistemlerinin nasıl düzenlendiğine ve bunların avantaj ve dezavantajlarına bakmak, sağlam bir tartışma temeli oluşturmak bakımından yararlı olacaktır.

Dünyada bilinen üç temel finansman bulunuyor. Bunlar özel finansman sistemleri, kamu sağlık sigortacılığı sistemi ve genel vergilerden oluşturulan ulusal sağlık sistemleridir.

Özel finansman; özel sigortacılık uygulamalarını ve hizmeti kullanım anında yapılan cepten harcamaları kapsar. Bu sistemin bir sistem olarak değerlendirmesi de esasen pek uygun değildir. Çünkü çok önemli oranda bireylerin ödeme gücüne bağlıdır. Dolayısıyla parası olanın kendisini sigortalayabildiği, sağlık hizmetini kullanabildiği eşitsizlikçi bir ortam yaratır. Varolan eşitsizlikleri de derinleştirir. Dünya Sağlık Örgütünün de belirttiği gibi, toplumdaki parası olan, ayrıcalıklı toplum kesimlerinin, ayrıcalıklı gereksinimlerine yanıt vermek

üzere ortaya çıkan ayrıcalıklı bir sistemdir. Özel finansman modellerinin toplumsal sağlık sorunlarının çözümünde toplumsal bir araç olarak düşünülmesi olanaklı değildir. Özel sigortalar ve özel sağlık kurumları arasında herhangi bir eşgüdüm sağlamak da olanaksız olduğundan yönetsel maliyetlerin en fazla oranda arttığı model de budur. Bu nedenlerle, Sağlık Bakanlığının son önerisi olan kişisel sağlık sigortası modelini onaylamak ve bu modelden Türkiye'nin sağlık sorunlarına çözüm üretmesini beklemek olanaksızdır. Çünkü kar amacıyla kurulmuş özel sigorta şirketlerinden, toplumsal sağlık sorunlarının çözümünde aracılık yapmalarını beklemek doğru değildir.

İkinci sistem olan kamu sigortacılık sistemi Almanya başta olmak üzere Batı Avrupa ülkelerinde bu yüzyılın başından beri uygulanmaktadır. Bu sistemler tamamen kamu kurumu niteliğinde olup, sağlık hizmetini de önemli oranda kamu kurumu niteliğindeki sağlık kuruluşlarından satın alırlar. Yani kamu sigortacılığı sisteminde parayı toplayan da, fonu işleten de, hizmeti satın alan da, hizmeti üreten de kamu kurumu niteliğindedir. Ancak hizmeti üreten ile, onu satın alan kurumlar birbirinden ayrıdır. Bu nedenle bu sisteme Kamu Sözleşmesi Sistemi de denilmektedir. Görüldüğü gibi Türkiye'de önerilen kişisel sağlık sigortası sistemi bu bakımdan da, Avrupa'daki kamu sigortası modellerinden önemli bir fark göstermektedir. Bu fark, Türkiye'de sistemin içine özel sigortacılık şirketlerinin sokulmuş olmasıdır. Bu nedenle Türkiye'de önerilen modelin kelimenin gerçek anlamıyla kamu sigortası olarak nitelendirilmesi de uygun değildir.

Üçüncü model olan ulusal sağlık sisteminde ise, hizmet genel bütçeden ayrılan fonla finanse edilir ve hemen tamamen devlet (Sağlık Bakanlığı) tarafından üretilir. En bilinen örneği İngiltere'dir. Türkiye'deki Sağlık Bakanlığı teşkilatı da bu tür bir yapılanmadır. Finansman ile üretimin aynı kurum tarafından üretiliyor olması nedeniyle, bu modele Kamu Entegre Sistemi de denilmektedir.

Yukarıda özel finans sistemlerinin bir sistem olarak kabul görmediğini ve en eşitsizlikçi, en maliyetli (pahalı) sistemler olduğunu belirlemiştik. Bu nedenle Dünyada sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırılması tartışmaları son iki modelin hangisinin daha iyi olduğu ekseninde gelişmektedir. Yani, sağlık finans sistemindeki sorunları çözmek bakımından Türkiye'nin önünde gerçek anlamda iki seçenek bulunmaktadır. Ve maalesef kişisel sağlık sigortası modeli orijinal olarak bunların ikisine de uymamaktadır. Karşımıza kamu sigortacılığı ile özel sigortacılık karışımı oldukça garip bir oluşum çıkarılmaktadır.

Bu iki seçeneğe gelince; bunların birbirleriyle karşılaştırılması hem akademik, hem de iş yapmaya niyetli pratik uygulama bakımından önem taşımaktadır. Ülkelerin verilerini kullanarak yapılan araştırmalar ve Dünya'da farklı sistemleri uygulayan ülkelerin deneyimleri bu tür karşılaştırmalarda kullanılan ölçütler ise eşitlik, makro ve mikro etkinliktir. Sistemlerden hangisi eşitlikçi ve etkin ise o

sistemin tercih edilmesi en akla yakın gelen yoldur.

İlk karşılaştırma aşamasında şu noktayı belirginleştirmek gerekir: Sistemler içinde en eşitlikçi olanı ulusal sağlık sistemidir. Sigorta sisteminde uygulanan prim sisteminin, genel vergiler dışında sağlık için özel ek bir vergi niteliği taşıması, vergi sistemini regresif kılan, geniş halk kesimleri üzerine ek bir vergi yükü bindiren etki göstermektedir. Böylece, özellikle gelir dağılımı dengelerinin iyice bozulmuş olduğu ülkelerde, prim adıyla ek bir verginin alınması, toplumsal fon tabanının daha fazla oranda, dar gelirli toplum kesimlerinin üzerine oturtulması sonucunu doğurmaktadır. Oysa bu gibi durumlarda asıl yapılması gereken, vergi tabanının kar, faiz ve rant ile geçinen sermaye kesimlerine kaydırılmasıdır. Nitekim genel vergi sistemiyle işletilen ulusal sağlık sistemlerinin daha eşitlikçi olmasının, ortaya çıkardığı progresif finans etkisinin nedeni de budur.

Sağlık sistemini geliştirmek niyetinde olan, halkın gereksinimlerine yanıt üretmek isteyen siyasal iktidarlar, vergi sistemini progresif kılarak, hem sağlık hizmetlerine ayırdıkları kaynak miktarını artırmış, hem de artan fonu, daha fazla oranda, yüksek gelirli kesimlerden aldıkları vergilerle oluşturdukları için eşitlikçi yönde bir müdahalede bulunmuş olmaktadır. Türkiye'de önerilen sistemin açmazı bu noktada düğümlenmektedir. Bu sistem, daha önce de söz edildiği gibi; ya ek bir kaynak üretemeyecek, yalnızca özel sektörde başı boş dönmekte olan kaynağı özel sigortaların denetimine sunacaktır. Ya da ek bir kaynak yaratmayı, yani kişi başı sağlık harcamalarını bir ölçüde de olsa artırmayı başarabilse bile, bunu zaten dar gelirli olan, zaten sosyal güvencesiz olan toplum kesimlerinin (ağırlıklı olarak köylülerin) üzerine ek bir vergi bindirerek yapabilecektir. Bu da eşitsizlikleri ağırlaştırıcı bir sonuç yaratacaktır.

Etkinlik konusuna gelince. Sağlık finans sistemi anlamında etkinlik, eldeki kaynakların tedavi edici hizmetlerden çok koruyucu sağlık hizmetlerine; ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerden çok birinci basamak sağlık hizmetlerine aktarılması demektir. Finansman sistemlerinin her ikisi de, bu anlamda yapısal etkiler taşıdıkları için etkinlik bağlamındaki tartışma içinde de özel bir konumları vardır.

Kamu sigortası sistemleri, kaynakları daha fazla oranda tedavi edici hizmetlere yönlendiren yapısal bir özelliğe sahiptirler. Bilindiği gibi halkın ve genel olarak hükümetlerin tedavi edici sağlık hizmetlerini tercih eden bir eğilimi bulunmaktadır. İşte sigorta modeli halktaki bu doğal eğilimi daha da artırıcı bir etki göstermektedir. Ve bu etki Moral Risk olarak bilinmektedir. Hükümetler de genellikle sigorta modelini tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanı için uygulamaktadır. Nitekim Türkiye'de de, önerilen son model yalnızca tedavi edici sağlık hizmetleri için düşünülmüştür. Böylece sigorta uygulamasıyla oluşturulan ek kaynağın, ya da denetim altına alınan fonun tedavi edici sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi durumu söz konusudur ve uygulama düzeyindeki bu tercih,

halkın doğal tedavi yönelimli tercihi ile birleştğinde sağlık sistemi bakımından hiç de tercih edilmeyen bir sonuç ortaya çıkmakta ve sistem bütün olarak tedavi yönelimli bir nitelik kazanmaktadır. İşte sigorta modelini etkinlik bakımından dezavantajlı kılan durum da budur.

Genel vergilerle finanse edilen ulusal sağlık sisteminde ise finansmanla hizmet üretiminin entegre biçimde sunulması ve sağlık hizmetlerinin de koruyucu ve tedavi edici olarak bu sistem içinde entegre edilmesi, etkinliği artıran yapıdır. Bir kere, merkezi yürütme aygıtı, kaynakları hangi sorunlara, hangi alanlara kaydıracağına karar verme, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri, birinci basamakla diğer basamakları uygun noktada dengeleyebilme şansına sahip olabilmektedir.

Kısaca ulusal sağlık sistemi, yani genel vergilerin sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılması; sigorta modeline göre daha eşitlikçi, daha etkin, koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamağı öncelediği için daha az maliyetli bir sistem yaratmaktadır. Deneyimler ve araştırmaların gösterdiği sonuç budur.

Deneyimlerin en tipik örneği İngiltere'dir. İngiltere sağlık harcamaları ile sağlık sonuçlarını en optimum düzeyde birleştirebilmiş Batılı ülkedir. Diğer Batılı ülkelere göre daha az sağlık harcaması yapmakta, ancak sağlık harcamalarını hemen tümüyle devlet eliyle gerçekleştirerek, özel sigortacılık sistemine dayalı ABD'ye göre daha iyi toplumsal sağlık sonuçları elde etmektedir.

Bu bölümde son olarak enflasyon ve prim düzeyi ilişkisinden de söz etmek gerekir. Çünkü özellikle enflasyonun yüksek olduğu ülkelerde, sağlık hizmeti gibi zaten pahalı olan bir hizmetin üretimi daha da sorunlu olmaktadır. Her sene yapılacak ayarlamaların, prim düzeylerinin en azından enflasyon oranında artırılmasını gerektireceği açıktır. Bu ise hizmetin finansmanındaki yükün daha fazla oranda yoksulların üzerine binmesi anlamına gelecektir. Gelirleri gerçek anlamda günden güne düşen dar gelirli-lerin, en azından enflasyon oranında artış gösterecek prim-leri nasıl ödeyebilecekleri çok zor bir sorudur. Şüphesiz ortada ikinci bir seçenek vardır. O da prim düzeyinin daha az artırılmasına karşılık, yararlanım paketinin daraltılmasıdır. Bir kaç sene içinde, Türkiye'de sigorta sisteminin bir finans kirizine girmesi, bu krizden kurtulabilmek için, yararlanım paketinin daraltılmasının gündeme getirilmesi kaçınılmazdır. Esas olarak bu konuda fazla birşey söylemeden, kısa yoldan SSK ve Bağ-kur'a bakmak bile yeterli olabilir.

Sayılar Neler Söylüyor ?

Elde, yukarıdaki öngörülerini destekleyecek somut veriler de vardır. İşte bunlardan bir kaç:

Batı Avrupa ülkelerinin verileriyle yapılan istatistik analizler, kamu sigortacılığı sistemi uygulayan ülkelerin,

ulusal sağlık sistemi uygulamaları durumunda bebek ölüm hızlarını %10 kadar daha düşürebileceklerini gösteriyor. Bu sonucun, bebek ölüm hızını etkileyebilen pek çok değişkenin etkisinin kontrol edilmesinden sonra elde edilmiş olması özellikle önemlidir.

Amerika'da, bir kamu sigortası sistemi olan Medicare 1970'lerin başında hastane masraflarının %70'ini karşılayabilmekteydi. Bu oran son yıllarda birinci basamak bakım hizmeti veren hastaneler için %48'e, ikinci basamak hastaneler için %30'a, üçüncü basamak hastaneler için ise %15-18'e düştü.

İtalya'da 1980'li yıllarda kamu sigorta fonlarının içine düştüğü finansal krizin çözümü, genel vergileri kullanan ulusal sağlık sistemine geçilmesiyle bulundu.

İspanya'da bir kamu sigorta sistemi olan ve nüfusun %85'ini kapsayan INSALUD'un harcamaları 1980'li yıllar içinde gerçek anlamda %22 arttı. Buna karşılık özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde varolan sorunlar daha da derinleşti. Yatırımların birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi zorunluluğuna karşın, harcamaların %60'ı hastanecilik hizmetlerine aktarılmaktaydı. Toplam harcamaların ise yaklaşık %80'i hastaneler tarafından yutulmaktaydı.

Finlandiya ve Norveç gibi yüksek gelirli ülkeler bile, kamu sigorta fonları üzerindeki yükü azaltmak açısından hizmet paketinin kapsamını daraltmak, yani hizmetten fedakarlık etmek zorunda kalmıştır.

Dünya Bankası'nın önerileriyle sigorta uygulamasına geçen Güney Kore ve Filipinler'de de ilginç sonuçlar yaşanmıştır. 1978-86 arasındaki dönemde Güney Kore'de prim gelirlerindeki artış 3 kat kadarken, giderlerdeki artış tam 23.5 kat olmuştur. Filipinler'de sigortanın hastane masraflarını karşılama oranı 1971'de %70 iken, 1988'de %33'e inmiştir.

Türkiye'ye Nasıl Bir Sağlık Finans Sistemi Gerekliyor?

Türkiye'de, sağlık finansmanı ile ilgili olarak genel düzeyde üç şeye gereksinim bulunuyor. Bunlardan ilki, bütün nüfusun sağlık güvencesi kapsamına alınması, ikincisi sağlık hizmetleri için ek kaynak yaratılması, üçüncüsü ise sistemin devlet eliyle ve entegre tarzda işletilmesidir. İlki devlet açısından siyasi, toplum açısından ise vicdani bir sorumluluk. İkincisini pratik koşullar dayatıyor. Türkiye kişi başına 100 Dolar sağlık harcaması ile bile (özellikle özel sektörde dönen sağlık harcamalarını devlet elinde toplayarak) daha iyisini yapabilir. Ancak bunun bir sınırı vardır. Üçüncü gereksinim ise, her şeyden önce eşitlik ve etkinlik tartışmalarının işaret ettiği gerçektir.

Bu noktada ek kaynağın yaratılması mekanizması özel önem taşımaktadır. Her ne isimle olursa olsun, ödeme gücü zaten daralmış toplumsal sınıflar üzerine ek bir yük

getirecek her tür finans mekanizmasına, eşitsizlikleri derinleştireceği için karşı çıkılmalıdır. Sigorta sistemi bu nedenle eşitsizlikçi bir sistemdir.

Finans sıkıntısının aşılmasının en kolay yolu tüketim vergilerinin artırılmasıdır. Bu yol özellikle antidemokratik ülkelerde kolaydır. Sağlık sigortası da bir tür tüketim vergisidir. Uygulaması, vergi vermeyen, zengin, silah ve uyuşturucu kaçakçılığıyla geçinen, rantçı, faizci, sömürücü sınıflardan vergi almaktan daha kolaydır. Ancak, yinele-yelim sorunu çözmez.

Türkiye'nin kaynağı vardır. Ancak kaynak yanlış ellerde ve yanlış alanlardadır.

Öte yandan, oluşturulacak sağlık finans sisteminin bu yanlışlıkların çözümüne de katkıda bulunma şansı vardır ve bu şansın kullanılması gerekir.

Kaynak elde etmede iki yol önerilebilir: 1) Zengin toplumsal sınıfların vergilendirilmesi ve yoksul sınıflar, ücretliler, maaşlılar, köylüler üzerindeki vergi yükünün hafifletilmesi. Sermayenin, rantın, karın, kayıt dışı ekonominin elindeki kaynakların kamulaştırılması ve gerektiği biçimde vergilendirilmesi, bu ülkenin önüne hayal bile edilemeyecek kadar kaynak koyacaktır. 2) Askeri sektörlerden sağlık sektörüne kaynak aktarımı. Kaynaklarımız yanlış yerde savaştadır, askeri ve polisiye harcamalardadır. Sağlık sektörü karşısında, askeri sektörlerin kayırılması en önemli makro etkinsizlik göstergesidir. 11 adet bombardıman uçağı yerine 135 milyon çocuğa eğitim olanağı sunulabilmektedir. Bir akıllı mayının maliyeti ile bir yılda ishalden ölen üç milyon insanın tedavisinin yapılabilmesi olanaklıdır vb. Sağlık sektöründe kaynak sıkıntısından söz edenlerin, Türkiye'yi savaş ortamında tutan siyasi tercihlerini değiştirmeleri, ya da sağlıktan söz etmemeleri gerekir.

O halde sağlık finans sistemiyle ilgili önerilerimizi şu şekilde özetleyebiliriz:

1) Sağlık sisteminin finansmanında genel vergiler kullanılmalıdır. Vergi sistemi karın, rantın, faizin, kayıt dışı ekonomi sektörlerinin üzerine oturtulmalıdır. Genel vergilerle oluşan bütçenin sektörlere tahsisatında sosyal sektörlerin önceliği olmalıdır. Savaş, üzerinde geliştiği sorunun çözümü değildir.

2) Hizmet üretimi ile finansman sistemi devlet elinde entegre edilmelidir.

3) Sağlıkta özel sektöre doğru her tür kaynak aktarımına ve özelleştirmenin her biçimine son verilmelidir. Türkiye'de sağlık sektörünün içinde bulunduğu krizin en önemli nedeni devletin bu alandaki sorumluluklarını (kaynak yokluğu, verimsizlik gibi) çeşitli gerekçelerle yerine getirmiyor oluşudur. Özel sağlık sektörünün toplumsal nitelikli sağlık sorunlarının çözümünde sorumluluk yüklenmesini beklemek boşunadır, bu yönde propaganda yapmak ise halkı yanıltmak anlamına gelir. Dolayısıyla, özelleştirmeci her iktidardan, halkın parasıyla oluşturulan fonları, ne hakla özel girişimcilerin, kar peşinde koşanların, bir avuç ayrıcalıklının kullanımına sunduğu konusunda hesap sorma hakkımız vardır.

Yukarıdaki üç icraat Türkiye'ye ne kazandırır? Öncelikle bol kaynak sağlar. Bu kaynakla sağlık ocakları alt yapımızı geliştirebiliriz. Bugün 5000 olan sağlık ocağı sayımızı, gerekli olduğu gibi 10000 civarına çıkarabiliriz. Bu kaynakla sağlık personelinin tatmin edecek bir ücret düzeyi sağlayabiliriz. İyileştirilmiş çalışma koşulları ve ücret ile sağlık personelinin motivasyon düzeyini artırabiliriz. Bütün bunlar hizmetin verimliliğini artırır. Kaynakların dağılımındaki eşitsizliği azaltır. Devletin asli sorumluluk alanına dönmesiyle, toplumun kaynaklarının, devlet eliyle, toplum yararına kullanılmasının olanağı yaratılmış olur. Dikkat edelim kişisel sağlık sigortası projesinin bunların hiçbirisiyle ilgili tek bir iddiası bile yoktur. Kişisel sağlık sigortası projesi yatırımcı, üretken bir anlayışın ürünü değildir. Kişisel sağlık sigortası projesi sağlığı alınıp satılır bir mal olarak gören, ancak alım satım işleminde bile kendisine güvenemeyen, tutuk bir tüccar zihniyetin yansımasıdır.

Bu modelden toplumsal sağlık düzeyini artıracak bir gelişme çıkmaz. Ancak bu model özel sağlık sigorta şirketlerine bol bol kar yazar.

Bu ülkede her yıl Sağlık Bakanlığı bütçesi kadar bir para özel sektörde dönüyor. Bu ülkede devlet kendi hastanelerini onarmak, teknolojik olarak yenilemek, sağlık ocağı olmayan köylere sağlık ocağı yapmak yerine, elindeki kaynakları özel hastane kuracak özel müteşebbislere, karşılıksız veriyor. Bu müteşebbisler, esasen toplumun olan, köylünün olan, işçinin olan bu kaynakları; ancak zenginlerin, büyük kentlilerin kullanabilecekleri hastaneler yapmak için kullanıyorlar.

Bu oyun size de soygun olarak gözüküyor mu? Siz de bu mekanizmayı felsefi anlamda saçmalık (absurd) olarak tanımlamıyor musunuz? Gerçekten Türkiye'nin kaynağı yok mu?