

**H**erhangi bir ülkenin sağlık sisteminin değerlendirirken sağlık için ne kadar çok para harcadığından çok, nüfusunun ne kadar yüksek bir sağlık düzeyine sahip olduğuna bakmamız gerekir. Çünkü harcama tek başına bir amaç değildir, araçtır. Nitekim kişi başına düşen ulusal gelir bakımından Türkiye'nin dünya sıralamasındaki konumu ellincilik iken en önemli sağlık göstergelerinden birisi olan çocuk ölüm hızı bakımından sekseninciliğe düşebilmektedir. Türkiye'de mevcut çocuk ölüm hızı binde 55'tir. Oysa, ülkemiz sahip olduğu ulusal gelirle çocuk ölüm hızı binde 32'ye kadar indirilebilecek durumdadır. Bunun sağlanamıyor olması kaynakların ne kadar kötü yönetildiğinin en açık göstergesidir.

Bütün dünyada sağlık harcamalarının artışı, milli gelir artışından daha hızlıdır. Bir başka deyişle, milli gelirin giderek artan bir bölümü sağlık harcamalarına ayrılmaktadır. Örneğin ABD'de 1950'li yılların başında milli gelirin %5'i sağlığa harcanırken bugün bu oran % 14'e çıkmış durumdadır. Aynı oran İngiltere'de % 7 dolayındadır. Şüphesiz bu oranın yüksek oluşu tek başına olumlu bir gösterge olarak görülemez. Çünkü harcamaları arttıran, savurganlığa yol açan bir sistem olursa, aynı hizmet kalitesini sağlayabilmek için daha yüksek miktarlarda harcama yapılması kaçınılmazlaşır. ABD'de olan da budur; özel sigorta sistemine dayandığı için sağlık sistemi harcamaları artmakta, savurganlığa yol açmaktadır. Buna karşılık İngiltere, milli gelirinin % 7'sini sağlık hizmet sektörüne ayırmasına rağmen, sağlık göstergeleri bakımından durumu ABD'den daha farklıdır.

Dünya genelinde finansmanla ilgili gelişmelere baktığımızda özel finansmandan kamusal finansmana doğru bir kayış görmekteyiz. Türkiye gibi bir ülkede piyasa mekanizmasının sağlık hizmetini üretmesi, sunması, bunu tüm nüfusa yeterli ölçüde sunması nesnel olarak olanaklı değildir. Türkiye'de ancak gelir dağılımında en yüksek geliri, yani milli gelirin % 50'sini alan %20'lik kesim ancak piyasadan sağlık hizmeti alır. Geri kalan %80'lik kesim ise piyasadan hizmet satın alamaz.

Özel sigorta son yıllarda bazı ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de belli bir genişleme gösteriyor. Fakat bu genişleme bir süre sonra doygunluğa ulaşacaktır.

# KİŞİSEL SAĞLIK

Özel sigorta Türkiye'nin sağlık sisteminde ancak sınırlı bir yere sahip olabilir.

## SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ YENİDEN YAPILANMANIN ANA BİÇİMLERİ

Sağlık sistemi reform çalışmaları bir yandan toplam sağlık harcamalarının, bir yandan da kamu sağlık harcamalarının toplam içindeki payının sınırlanmasını hedeflemektedir. Bu amaçla da sağlık sistemlerinin organizasyon ve finansman boyutunda önemli değişiklikler hedeflenmektedir. Bu hedeflerle uyumlu temel stratejiler ise aşağıdaki biçimde özetlenebilir:

1. Mevcut kamu kaynakları dışında ek kaynak mekanizmalarının yaratılması, katkı payı ya da kullanıcı ödentisi denilen sistem.

2. Verimliliği arttırmak için kamu sağlık sektörü içine piyasa kurallarının ve rekabet unsurunun sokulması.

3. Kamu sağlık kurumlarının parça parça ya da toptan özelleştirilmesi ve özel sektörün çeşitli teşviklerle tıbbi bakım hizmetlerine sokulması.

Sağlık sektörü reformlarındaki yönelim; sağlık sektörünün gerek finansman gerekse üretim olarak kamunun dışında yapılandırılmasıdır. Yani, sağlık sistemlerinin reforme edilmesinde asıl amacın özelleştirme yönünde olduğunu saptamak durumundayız. Bu üçlü reformasyon stratejisi ise, politik bir tercih olarak ortaya çıkmaktadır.

## SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME VE BİÇİMLERİ

Sağlıkta özelleştirme kavramı sadece kamu mülkiyetindeki kurumların özel sektöre devredilmesi anlamına gelmemekte, aynı zamanda daha geniş kapsamlı bir reformasyonu ifade etmek üzere de kullanılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü özelleştirmeyi özel sektör hizmet sunumunu ve finansmanı yaygınlaştıran, kolaylaştıran veya uyaran hükümet politikaları olarak tanımlamaktadır. Dolayısıyla sağlık sistemi açısından özelleştirme, hükümet dışı aktörlerin sağlık hizmetlerinin üretim ve

finansmanına giderek daha fazla oranda katıldıkları bir süreci ifade etmektedir. Bu anlamda da iç piyasa olarak tanımlanan ve kamu sağlık sektörü içine piyasa unsurlarının sokulması şeklinde gelişen değişiklik de özelleştirme olarak nitelenmektedir.

Türkiye'de neo-liberal ekonomik politikalarla sağlık sektörünün özelleştirmeci tarzda yeniden yapılandırılması Dünya Bankası'nca hazırlanan bir proje çerçevesinde başlatılmış ve yürütülmektedir. Yani Türkiye'de özelleştirme, sosyal devleti artık sırtında bir kambur olarak taşımak istemeyen hükümetlerin aktif veya pasif politikaları olarak gündeme gelmektedir.

Özelleştirme konusunda özenle uygulanan ve tamamen bilinçli olan yaklaşımlar şöyle özetlenebilir:

1. Kamu kaynaklarından yeterli payın sağlığa ayrılmaması,

2. Sağlık Bakanlığı ve SSK'da yatırımların uzun bir süredir sıfır denecek düzeyde olması,

3. Kamu kurumlarında çalışan sağlık personelinin yetersiz ücret nedeniyle özel sektöre kaymasının sağlanması,

4. Çok sayıda tıp fakültesi ve diğer sağlık elemanı yetiştiren fakülte açılarak sağlık personeli açısından işsizlik yaratılması.

## ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI

Ülkemizde 1990 yılında hastalık sigortası uygulaması başlamıştır. On şirketle başlayan bu uygulama 1997 yılında 46 sigorta şirketine ulaşmıştır. 1991 yılında 19 sigorta şirketinin topladığı prim 48.1 milyar Türk Lirasıdır. 1996 yılında 45 şirket 8.4 trilyon lira toplamıştır. Bu rakam 1995'te 3.21 trilyondur. Hastalık sigortası uygulaması yapan özel şirketler, bir yıl içinde karlarını neredeyse üç katına çıkarmıştır.

Özel hastaneçilik yapanlar özel sigortacılığa yöneliyorlar. Örneğin Bayındır. Aksi de geçerli: özel sigorta şirketleri de hastane açmaya yöneliyor. Merkez Sigorta Giriş'le özel hastane, Koç Şark Sigorta da Amerikan Vakfı Hastanesi açıyor. Diğer taraftan da Sağlık Bakanı açıklama yapıyor: özelleştirilecek hastaneler özel sağlık



# K SİGORTASI

sigortası uygulamasına geçecek.

Özel hastanecilik alanında girişimde bulunan yabancı sermayenin özel sigortacılık için şirket kurma girişiminde olduğu gözleniyor. Şirket kurarak özelleştirme sonrasına hazırlık yapanların sayısı bir hayli fazla. Son örneklerden bir tanesi ABD'li HCC'nin Ankara'da Medex International Sağlık ve Sigorta Destek İdari Hizmetleri A.Ş.'yi kurmasıdır.

Batılı ülkelerin hiçbirinde özel sağlık sektörü Türkiye'deki kadar genişlemiş durumda değildir. Örneğin Avrupa'da toplam sağlık harcamaları payı %5-10 arasında değişmektedir. Bu devletlerde sağlık hizmetinin devlet tarafından sunulması zorunluluğu pratik olarak da kabul edilmiştir. Oysa ekonomik tarihimizde de bir dönemeç olan 1980'den sonra ülkemizde sağlık sektöründe özelleştirme devletçe desteklenen aktif bir süreç olarak ortaya çıkmaktadır. Üstelik dünyanın hiçbir yerinde özel sağlık sektörünün toplam sağlık hizmetlerinde verimlilik ölçütleri bakımından daha iyi sonuçlar verdiğine ait bir bulgu yokken...

Özelleştirme politikaları ile sağlıkta eşitsizlikler yoğunlaşmaktadır. Özelleştirme ile sağlık sisteminde maliyet artışları ciddi boyutlara varır.

## SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN ÖNERİSİNİN ÇERÇEVESİ NEDİR?

Sağlık Bakanlığı'nın kişisel sağlık sigortası önerisinin çerçevesi şu şekilde özetlenebilir:

1. SSK'nın ve Bağ-Kur'un benzeri bir yapı altında kamu sigortacılığı modeli önerilmektedir. 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. Sigortalanacaklardan toplanacak prim miktarı, Türkiye'deki toplam kişi başı sağlık harcaması kadar olacaktır. Ancak prim miktarı Bakanlar Kurulu'na 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-Kur'uların 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 ödemeyecek durumda olanlara devlet katkısı sağlanacaktır.

Önerilen model; primler aracılığıyla bir kamu fonu oluşturan, bu kamu fonunu özel sigortalar aracılığıyla kullanan ve özel sigortalara kamu ve özel hizmet üreticilerinden hizmet satın alan bir sistem oluşturmayı hedeflemektedir. Bu model "ne sadece kamu, ne de sadece özel" sigorta sistemini öneren ve bu haliyle oldukça "karma" bir modelidir.

## KİŞİSEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ VE SAĞLIK SİGORTASI İDARESİ BAŞKANLIĞI:

1. Yasa 22 madde, altı geçici maddeden oluşurken, hemen her önemli düzenlemeyi çıkarılacak 18 yönetmeliğe bırakarak tamamen hükümetlerin inisiyatifine ile keyfi yönetimler ortaya konulabilecek hale getirilmiştir.

2. 21.500.000 kişinin prim ödeme ve takipleri özel sağlık sigortalarıyla yapılacaktır ki, bu durum daha baştan bir dizi çıkmazı beraberinde getirmektedir. Sigorta kapsamına alınacak söz konusu kişiler çoğunlukla işsiz veya informal alanda çalışma yapan kişilerdir. Bu kişilerin prim ödemeleri ve toplanması oldukça sorundur.

3. Personel Rejimi: Kamu sağlık sigortası sistemi ile ilgili yasanın personelinin içinde tek bir hekim, eczacı, diş hekimi kadrosunun bulunmaması düşündürücü olmaktan öte, sağlığı tamamen finans olarak görmekten başka anlam ifade etmemektedir.

4. Finansmanla uğraşan şirket, karşısındaki sorumlu kurum hizmetin karşılığını ödemediği takdirde haciz ve iflas hükümleri dışında kalmaktadır.

5. Hizmet sunumunda SSK ve Bağ-Kur örnek alınmıştır. Ancak bu kurumlarda ilaç katılım payı %20 iken yasa ile %50'ye çıkarılmaktadır. Bu durumda ekonomik olanakları yetersiz olan kişiler hizmetten yararlanamayacaklardır.

6. Hizmetlerin özel sağlık sigorta şirketlerinden alınması hizmetin oldukça pahalı ve içinden çıkılmaz hale gelmesine neden olacaktır.

Sağlık hizmetinin bu haliyle verimsiz olduğu, bunun da nedeninin kamu sektörü olduğu vurgulanıp, özelleştirmenin yeni kaynak yaratacağı, hem verimliliği hem de kaliteyi arttırmada başlıca çözüm yolu olacağı iddia edilmektedir. Ancak, özelleştirmelerin daha nitelikli hizmet sunumunu sağlayacağı doğru değildir. Kötü piyasa koşulları altında bu doğru olsa bile, daha nitelikli hizmetin verilmesini sağlayan şey, para güdüsü olacaktır. İnsana verilen değer değil. Dolayısıyla hiç kimse, özelleştirmelerle birlikte yaygın sağlık hizmeti vermek adına kentlerin varoşlarına veya bölgesel ekonomik eşitsizliklerin had safhada olduğu alanlara hastane yaptırılacağını aklından geçirmemelidir. Sonuçta, sağlıkta özelleştirme politikalarına geçiş sürecinin bir parçası olan kişisel sağlık sigortası sistemi, parası olan bir kesim için daha nitelikli ve kısmen yaygın bir sağlık hizmeti ağı anlamına gelebilecekken, parası olmayan çoğunluk içinse, bu hizmetlerin neredeyse hayatlarından silinmesi demek olacaktır. Sağlık alanında yapılan özelleştirmelerin sağlık personeli için anlamı ise, öncelikle iş güvencesinden yoksunluk ve kar baskılı bir ortamda her an işten çıkarılma tehdidiyle çalıştırılmaktır. Kimi durumlarda ise, kişisel kazancın insan sağlığını koruma görevinin önüne geçmesidir. Sağlık meslek örgütlerinin ve sendikalarının en azından ilk etapta zayıflatılması ve yavaş yavaş çökertilmesidir. Sağlıkta özelleştirme, devletin toplumsal sorumluluklarını yoksayan ve "paran kadar sağlık" anlayışı dahilindeki bir ekonomik politikanın sonucudur.

**Türk Eczacıları Birliği  
Merkez Heyeti**

