

## 5. MODEL OLARAK BAZI SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KISA ANALİZİ

Ulusal sağlık politikasını saptayabilmek için, bir "model" e gereksinme bulunmaktadır. Yukarıdaki temel görüş ve ilkeler ele alındığında, tartışılabilir başlıca iki modelin bulunduğu görülmektedir. Bunlar:

- a) Genel Sağlık Sigortası Sistemi
- b) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Modeli

Bu modellerin irdelenmesi ile varılacak sonuçlar çerçevesinde gerçekçi bir sağlık politikası ve planlaması yapılabileceği görüşü, Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti'nde egemen olmuştur.

### 5.1. Genel Sağlık Sigortası

#### 5.1.1. Tanım ve Niteliği

Genel sağlık sigortası, gelecekte ortaya çıkacak hastalık riskine karşı bireylerin, sağlık hizmetlerinin finansmanına gelirleri ile orantılı olarak katılımlarının sağlanmasıdır. Alınan primler devletin öteki gelirlerinden ayrı bir fonda toplanır ve yapılacak yardımlar bu fondan ödenir. Bazen, sigorta finansmanına devlet de katılır. Bu katkı, ödeme gücü olmayanların primlerinin ödenmesi gibi olabilir. Primler giderleri karşılamıyorsa, devlet aradaki açığı kapatarak da katkıda bulunabilir. Sigorta, uygulama alanı içindekiler için zorunlu; yardımlarsa sigortalılar için haktır.

Yıllardır sağlık hizmetlerinin düzeltilmesi çabalarında sağlık sigortasına umut bağlanmış ve halkımız bir tür beklenti ile koşullandırılmıştır.

Sağlık sigortasını halkımız "sağlığın sigortası, sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulacağına güvencesi" olarak beklemektedir. Oysa, gerçek tamamen farklıdır. Gerçekte sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinin bedelinin bu hizmeti kullananlar tarafından ödenebilmesinin güvencesidir. Yani, sağlık hizmetini sunan kesime (hastaneler ya da özel hekimler, kamu kurumları), hizmet karşılığında bedel ödenebilmesi sağlık sigortasının garantiye alınır. Oysa, hastanın ve kişilerin bulunduğu yerlerde ve yörelerde sağlık hizmetlerinin daha iyi olacağı, daha iyi sunulacağı gibi temel sağlık konularına hiçbir katkısı yoktur. O halde, sigortalanacak olanlar gerçekte hizmeti kullanan olan hastalar değil, kamu kurumları ve yurttaşlardan -yani toplumdan- toplanan primlerle ödenen bedeli paylaşacak olanlardır. Hastanelere gerekli tıbbi araç-gereç satıcıları, tüketilen ilacı üreticiler, özel hastaneler vs'dir.

Genel sağlık sigortasının bu gerçek yanının çok iyi belirlenmesinde yarar vardır. Her insan, her yaşta hastalanabilir. Sağlıklı oldukları zaman prim ödeyerek sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesine katkıda bulunan bireyler, hastalandıkları zaman bu hizmetlerden ücretsiz olarak yararlanır. Sigorta fonları hkmet denetimi altındadır, kr amacı gtmez. Zorunlu sağlık sigortası özel bir örgüt aracılığı ile sağlık vergisi toplayan bir kamu kuruluşu görünümündedir.

### 5.1.2. Uygulamanın Yararları

- a) Hkmet yönünden: Ek bir finansman kaynağı bulmak ve yeni bir hizmet başlatarak siyasi avantaj sağlamaktır.
- b) Halk yönünden; hkmetin yaptığı sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu yerlerde, yurttaşlar sigortalanarak daha iyi sağlık hizmetine kavuşabilirler.
- c) Hekim yönünden; serbest hekim seçimine dayanan bir genel sağlık sigortası, en fazla hekimlere yarar sağlar. Bu uygulamayla hekimlere başvuran hasta sayısı artır.
- d) İlaç sanayi yönünden; yapay olarak pompalanan ilaç tüketimi, sektörün krhlığını artırır.

### 5.1.3. Dünyadaki Uygulama

Gelişmiş lkeler, yurttaşlarına etkin bir sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu etkinlik, hem koruyucu hem de iyileştirici hekimlikte söz konusudur. Bu hizmetlerin finansmanı bazı ülkelerde sağlık sigortası fonlarıyla, bazılarında ise vergilerle sağlanmaktadır. Sağlık giderlerinin genel btçeden veya zorunlu sigortalar fonundan ödenmesinde, siyasi rejim farkları rol oynamamaktadır. Yugoslavya gibi sosyalist bir ülkede önemli kaynak sigorta fonu olmasına karşın, İngiltere gibi kapitalist bir ülkede zorunlu sigorta rgt kaldırılmıştır. Günümüzde genel eğilim, sağlık hizmetlerinin giderek vergilerle karşılanması yönündedir.

Az gelişmiş ülkelere gelince; bunlarda ne zorunlu, ne de ihtiyari sigorta kurumları gelişmiştir. 111 az gelişmiş ülkeden 46'sında hiçbir sağlık sigortası yoktur. Geri kalan 65 ülkeden yalnızca 33'nde bazı nüfus grupları için zorunlu sigortalar, 27'sinde yalnız işverenin işçiye bakma zorunluğu ve ikisinde de gönüllü sigorta kuruluşları vardır. Geri kalan 3 ülkede ise, sağlık hizmeti devletin görevidir. Görülüyor ki, tüm dallarda olduğu gibi, sosyal güvenlik kurumlarıyla da gelişmişlik arasında doğrudan bir bağ ortaya çıkmaktadır.

Dünya'da Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Almanya, Danimarka, Fransa gibi gelişmiş ekonomilere sahip ülkelerde uygulandığı görülmek-

tedir. Zorunlu sağlık sigortası uygulanan ülkelerden bazı ortak özellikleri nedeniyle bu sistem uygulanabilmektedir. Bunlar:

- a) Kişi başına düşen milli gelirleri yüksektir.
- b) Gelir dağılımı dengelidir.
- c) Pek çoğunda tüm sigorta dalları (işsizlik dahil) mevcuttur.
- d) Eğitim düzeyleri yüksek ve altyapıları yeterli olduğundan koruyucu hikemlik ve çevre sağlığı fazla sorun oluşturmaz, tedavi edici hizmetlere ağırlık verilmiştir.
- e) Personel ve yatak sayıları ihtiyaca cevap verebilir ve dengeli dağılmıştır (10.000 kişiye ortalama 100 yatak. Bizde, 10.000 kişiye 22 yatak düşüyor).
- f) Kişilerden alınan primlere devlet katkısı yüksektir (İsveç: kişiden alınan % 1, sağlık hizmetleri harcamaları % 23; Türkiye: 1945-%3.1, 1965-% 4.1, 1875- %3.5, 1983- %2.9, 1985 bütçesinde % 2.4).
- g) Nüfusun % 80'i şehirde yaşar, hizmetlerin yapılması kolaydır.
- h) Hekim dağılımı dengelidir (Bizde % 60'ı üç büyük şehirde bulunuyor; 2000'i Ankara'da).
- i) İşsizlik oranı % 3-% 8; bizde ise % 19.8'dir (1984).
- j) Pek çoğunda ilaç hammaddeleri yeterlidir ve ilaç ihraç edebilirler (Bizde ise % 80'i ithal ediliyor).
- k) Adaletli vergi sistemleri mevcuttur. Toplam vergi gelirlerinin gayrisafi milli hasıladaki (GSMH) yeri Türkiye'de % 23.7, Yunanistan'da % 31.8, Portekiz'de % 33, Batı Almanya'da % 37, İtalya'da % 39.9, Avusturya'da % 41, Fransa'da % 44, İsveç'te % 50.7'dir.

#### 5.1.4. Türkiye Koşullarında Sağlık Hizmetleri Açısından Bu Modelin Olumsuz Yönleri

- a) Zorunlu genel sağlık sigortası uygulamasında, çağdaş sağlık kavramı içinde koruyucu ve tedavi edici hizmetin bir bütün olarak yürütülmesi ilkesi zedelenecektir, çünkü bu yöntemde tedavi edici hizmetlere ağırlık verilir.
- b) Oysa, Sosyal Devlet'in temel sağlık politikasında, insan sağlığıının korunması ve hastalıkların tedavi edilmesi temel haklardan en önemlisi olup bir kamu görevidir.
- c) Bu sistemde, hekimlerin kamu hizmetinden özel hekimliğe kaymaları kolaylaşır.
- d) Pratisyen/uzman hekim dengesizliği artar, hekimlerin serbest tababetin daha verimli olduğ u uzmanlık dallarına yönelmeleriyle sonuçlanır.
- e) Hekimlerin toplumun gelir düzeyi yüksek kesiminin yerleşim

yerlerinde birikmesine neden olarak, ülkemizdeki dengesiz hekim dağılımı sorunu büyütür.

f) Zorunlu genel sağlık sigortasının uygulandığı ülkelerde aile hekimi, köy hekimi, genel pratisyen hekimlik gibi birkaç yüzyıllık birikim vardır. Oysa, ülkemizde serbest hekimlik daha çok uzmanlık alanlarındadır. Özel muayenehanelerin, sağlık örgütlerinde ilk başvuru yeri olarak görev yapması olanaksızdır.

g) Sağlık insangücü ve tesislerinin yetersiz olduğu yerlerde sağlık sigortası kurmak bir kısım halkın sorununu çöze bile, büyük kitle -prim ödemesine karşın- az ve yetersiz hizmetle karşılaşabilir.

h) Hastalanan halk, parasını ödemiş olmanın verdiği hak ve tedavi masraflarını sigortanın ödeyeceği düşüncesiyle, sigorta olanaklarını israftan kaçınmaz. Bunun sonucu, sağlık hizmeti maliyeti hızla yükselir ve bu artış gelişmekte olan ülkelerin ekonomisine büyük bir yük olur.

i) Sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmek için, koruyucu ve iyileştirici hizmetleri entegre etmek gereklidir. Kendi sağlık örgütünü kuran bir sağlık sigortasının, sonunda koruyucu hizmetle iyileştirici hizmeti birbirinden ayırması az gelişmiş ülkeler için büyük bir kayıptır.

j) Özellikle Türkiye gibi, bireylerin sağlık konusundaki eğitiminin yetersiz kaldığı ülkelerde, genel sağlık sigortasının doğuracağı kaynak israfı önemli boyutlara varabilir. İlaç tüketimi çok artabilir. Genellikle halkımızda ilaç tüketimine doğru bir eğilim vardır. Bu eğilim, ilaç israfına ve ilaç tüketiminin artımına neden olarak, ekonomiye zarar verir.

### 5.1.5. Sonuç

Konuya bu yönleri ile bakıldığında ve sağlık hizmeti bir kamu görevi olarak koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bütünü anlamında çerçevelendiğinde, genel sağlık sigortası ülkemiz açısından bir model olamaz. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti ise, temel model olarak kabul edilebilir.

### 5.2. Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, 1961'de yürürlüğe giren sayılı kanunla uygulanmaya başlamıştır. 1984 yılında bütün ülkeye yaygınlaştırılmıştır. Sistemin gerektirdiği örgütte önemli bir fizik yapı, bilgi ve deneyim birikimi vardır. Ancak, bir türlü amacına erişemeyen sosyalleştirme uygulamasını içinde bulunan karmaşadan çıkarmak, reorganize etmek ciddi ve geniş kapsamlı bir reform niteliğinde olacaktır.

#### 5.2.1. Sosyalleştirilmenin Temel Koşulları

### a) Sağlık Hizmetlerinin Birleştirilmesi ve Tek Elden Yönetimi

Bugün dağınık durumda olan sağlık hizmetlerinin her kademede birleştirilmesi ve tek elden yönetimi şarttır. Modelin en önemli parçası olan ilk basamak sağlık hizmeti, sağlık ocakları dışında diğer kurum ve kuruluşların ilk basamak sağlık hizmeti veren birimleri (SSK sağlık istasyonları, dispanserleri, KİT'lerdeki poliklinikler ve benzerleri) sosyalleşme örgütüne devredilmeli ve onların hizmet ilkeleri ve standartları içerisinde yeniden düzenlenmelidir. En alt birimden başlamak üzere, sağlık hizmetinin her kademesinde bir entegrasyon sağlamak şarttır. Yataklı tesislerin entegrasyonu kademeli biçimde, bir geçiş süreci içinde gerçekleştirilmelidir.

### b) Yönetimde Reorganizasyon

Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinin sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı sorumludur. Bugüne kadar, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı eliyle verilen sağlık hizmetlerine ek olarak bir sosyal güvenlik hizmeti olan sosyal yardım hizmetleri bakanlık bünyesinde gelişmemiştir.

Sosyal Devlet kavramı içinde, gerek sağlık ve gerekse sosyal güvenlik birbiri arasında birlik, bütünlük ve uyum bulunan bir kurumlar bütünüdür.

Sosyal güvenlik hizmet kurumları bir bütün olarak ayrı bir yönetim biriminde toplandığı takdirde, Sağlık Bakanlığı ülkenin tüm sağlık sorunlarından sorumlu olacaktır. Yinelemek gerekirse, sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nca bir tek birimde ve tek elden yürütülmelidir. Bu örgütlenmede, merkezden en uç birime kadar eksikler tamamlanmalı, örgüt yeniden ele alınmalıdır.

### c) Tam Süre Çalışma İlkesi

Sosyalleştirmenin başarısının temel koşullarından birisi de, kamu sağlığı hizmetlerinde zorunlu tam süre ilkesinin uygulanmasıdır. Yöresel farkları karşılayacak, mahrumiyet, eleman bulunmasındaki zorluk tazminatı, iş riski, nöbet veya acil vak'a tazminatları gibi yan ödemeler ile hekimin emeği karşılanırsa ve başka özendirici önlemler alınabilirse, hekimlerin kamu sağlık hizmetlerinde tam gün çalışmaları olanaklı kılınabilir. Daha önceki uygulamaların olumlu ve olumsuz sonuçları da dikkate alınarak, ayrıntılı uygulama yöntemleri araştırmalarla saptanmalı ve kademeli bir biçimde uygulamaya geçilmelidir.

d) Özel Hekimliğin Düzenlenmesi

e) Sağlık Hizmetlerinde Eğitim ve İstihdam

Sağlık hizmetinin başarısında en önemli kesim, sağlık personeldir. Sağlık personeli; hekimler, eczacılar ve destek sağlık personeli (hemşire, hastabakıcı, ebe, sağlık memuru ve sağlık teknisyeni) ile yataklı tedavi kurumlarının yöneticilerinden oluşur.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinin başarısı için, her şeyden önce, sağlık personelinin bütününe modelin amacına uygun eğitilmeleri ve yeterli sayıda bulunmaları gerekir. İstihdam ilkeleri doğru saptanmalı, personel açığına göre kısa ve uzun vadede önlemlerle bu eksiklik giderilmelidir. Sağlık personelinin niceliği kadar -ve ondan da önemlisi- niteliğine büyük önem verilmelidir.

Temel sağlık sınıfı elemanlarının eğitimi Tıp Fakülteleri ile işbirliği içinde yeniden düzenlenmeli; çağdaş sağlık, Diş Hekimliği ve Eczacılık Fakülteleri kavramı ve ülkemizin gerçekleri ve gereksinimi doğrultusunda, genel-pratik tababet uygulayacak nitelikte hekim, diş hekimi ve eczacı yetiştirilmesi sağlanmalıdır.

f) Sağlık Sorunlarına İlişkin Yasal Mevzuat

Kabul edilen politikanın uygulamadan gelen sonuç ve sakıncalarını da dikkate alarak, sağlık hizmetlerine ilişkin yasal mevzuatın bütünü sisteme gereklerine uygun olarak yeniden düzenlenmelidir.

g) Mali Kaynak

Sağlık hizmetlerinin gereğince yerine getirilmesinin en önemli koşulunun parasal sorun olduğu tartışmasızdır. Dünyanın her yerinde sağlık hizmeti tüketici bir hizmet olduğu için, devlet bütçelerinden önemli bir pay alır. Ülkemizde bu yıl % 3'ün altında bulunan bu pay, diğer ülkelerde çok farklıdır. Mali kaynak, devlet bütçesinden, vergi gelirlerinden ayrılan paylar ve sigortaların katkılarından sağlanır.

Diğer ülkelerin sağlık hizmetlerine harcadıkları para, milli gelirlerinin (genel bütçe + sigortalar) % 9 - % 25'i arasında değişmektedir. İsviçre'de % 21, İngiltere'de % 19.8, Fransa'da % 18.8, Venezuela'da %25.12, Yugoslavya'da % 21.3, İran'da %9.1, Seylan'da % 14.9, Filipinler'de % 9.2 (1961-63).

Türk Eczacıları Birliği, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dayalı bir sağlık politikasının finansmanının, bütçeden sağlık hizmetleri-

ne gerçekçi ve yeterli bir pay ayrılması ile uygulanabilir olduğuna inanmaktadır. Devletin bir sağlık fonu oluşturması, dolaylı bir vergi sistemi veya uygun görülecek bir yöntemle sağlık hizmetlerine mali kaynak sağlanması mümkündür.

Bugün sağlık hizmetleri için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na ayrılan pay dışında kendi sağlık hizmetlerini yürüten ayrı kurumlara da değişik oranlarda pay ayrılmıştır. Bunların bütünüün Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bütçesinde toplanması, önemli bir katkı yaratacaktır. Kullanılan hizmet ve tüketilen ilacın israfını önlemek üzere, kişilerin küçük ölçüde katkıları da sağlanmalıdır. Türkiye'de sağlık hizmetlerine ayrılan mali kaynak bütünüünü saptamak için, ilk başlangıç olarak, ülkemizde genel bütçeden 1984 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na ayrılan % 2.6'lık pay dışında, SSK ve diğer kurumların sağlık bütçeleri ve sağlık hizmetlerine ayrılan payların dökümü yapılarak sağlık hizmeti için gerekli mali kaynak saptanmalıdır.