



SAĞLIK SİGORTASI AÇMAZI

Dr.Nevzat EREN*

GEÇMİŞİ

Sağlık hizmetlerini sigorta ile finanse etmenin Avrupa'daki geçmişi üç yüzyıla yakındır. İlk uygulaması da 17'nci yüzyılın ikinci yarısındadır.

17'nci yüzyıl İngiltere başta olmak üzere Avrupa'da sanayi devriminin yaşandığı yüzyıldır. Bu devrim başlarda, merkanti-denilen bir aşamadan geçmiştir. Dünya pazarlarını ele geçiren Avrupa ülkeleri, geri kalmış ülkelere dokuma ürünleri başta olmak üzere, üretim malları satıyorlardı. Sömürü, gelişmemiş ülkelere pahalı "mamul mallar" satıp, onların işlenmiş mallarını ucuzla kapatmak temeli üzerine kurulmuştu. Kazancı artırmanın yolu daha çok mal üretip satmaktan geçiyordu. Üretim, büyük işyerlerinde birçok işçinin bir arada çalışması ile artırılıyordu. Sanayileşmenin bu ilk aşamasına "merkantalizm" adı veriliyor (1).

Anamal birikiminin hızlanması için daha çok işçiye, daha ucuz emeğe gerek vardı. Oysa kentlerde, işgücünü satan insan sayısı sınırlı idi. Diğer yandan, ilk gelişen sanayi dalı olan yünü dokuma sanayinin ana girdisi olan yünü de, ucuz fiyatla sağlamak gerekiyordu. Merkantalist sanayi başlarda, bu iki darboğazla karşı karşıya kalmıştı. Bu darboğazlar şöyle aşıldı:

Anamalcılar kırsal alanlarda, koyun yetiştirmek için büyük çiftlikler kurdular. Böylece, yün fiyatlarını kendileri denetler duruma geldiler. Eskiden beri bu topraklar üzerinde yaşayan köylüler, "topraksız çiftçiler" durumuna düştüklerinden kentlere göçtüler. Tıpkı günümüzde gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi, büyük kentlerin çevresinde uçsuz bucaksız, sağlıklı geçekondu bölgeleri oluştu. Koyun çiftlikleri büyüyip çoğaldıkça gecekondular da büyüdü, nüfusları hızla çoğaldı. Gecekondulardaki işsiz nüfus o denli çoğaldı ki, açık bir işin istekli işçi sayısı her zaman üç ya da dörtten fazla idi. Böylece emeğin değeri de anamalcılarca denetlenilebilir olmuştu. Çünkü, günümüzde de olduğu gibi, emeğini satanlar arasında bir yarış başlamıştı. Ücretler giderek düştü, yoksulluk yaygınlaştı. Hastalık nedeni ile işe devamsızlık (absentizm) yüzünden üretim aksamaya başladı.

Oysa sanayileşmenin bu ilk aşamasında fazla üretim mekanizasyona değil, insan gücüne dayalı idi. Soruna, anamal birikimini engellemeyecek bir çözüm bulmak gerekiyordu. O çağda emekçinin sağlığı, doğrusu işvereni doğrudan ilgilendirmiyordu. Anamalcıların bu iş için kaynak ayırmaya niyetleri de yoktu. Ancak işyerlerine, üretimi sürdürecekt sayıda sağlıklı işçiler

"Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin giderek pahalulaşması ve hemen her zaman yüzde ellinin üzerinde gerçekleşen enflasyon hızı, sigortacılığın üçüncü açmazını oluşturmaktadır."

* Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu Üyesi



de gerekli idi. Hastalanan işçilerin sağlık hizmetinin satın alabilecek parasal güçleri de yoktu.

Sorun, çalışan kişilerin hastalandıklarında kullanılmak üzere, bir sandığa para yatırmaları sağlanarak çözüldü. Sağlık sigortasının batılı ülkelerde başlangıcı böyle oldu. Giderek değişikliklere uğradı, karmaşıklaştı.

Bizim ülkemizde sağlık sigortasının sözü bin dokuz yüz kırklı yıllarda başladı. Ancak uygulama, ellili yıllarda Sosyal Sigortalar Kurumu ile gerçekleşmeye başladı. Kırklı yılların ülkemizde açık pazar ekonomisine geçişin, ellili yılların ise kırdan kente göçün başlayıp hızlandığı, gecekondulaşmanın yaygınlaştığı yıllar olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Herkese zorunlu sağlık sigortası uygulaması altmışlı ve yetmişli yıllarda, birçok kez gündeme geldi. Her seferinde, değişik nedenlerle uygulamaya konulamadı. En son 1982 yılında Milli Güvenlik Konseyi Genel Sekreterliği'nin Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde topladığı Sağlık Kurultayı'nda tartışıldı ve şimdilik uygulanması olanaksız görülerek "uygulanmaması" karara bağlandı.

BUGÜNÜ

Sağlık Sigortası başlarda, işçilerin sağlık hizmeti alanlarını finanse etmek için düşünülmüştü. Yani, hastalanan bir kişi bir sağlık kurumundan sağlık hizmeti alacak, sigorta bu hizmetin gerektirdiği harcamaları ödeyecektir. Başka bir anlatımla sigortalanan, kişinin sağlığı değil, iyileştirici sağlık hizmeti alması için gereken paradır. Günümüzde sigortanın uygulandığı ülkelerin pek çoğunda durum böyledir. Ülkemizdeki Sosyal Sigortalar Kurumu'nda olduğu gibi, sigorta kurumunun sağlık örgütü kurması az görülen bir olgudur. Bunun nedeni, sigortanın bir "hizmet verme modeli" değil, herhangi bir modelle verilen sağlık hizmetini finanse etmek için düşünülen bir "yöntem" olmasıdır. Burada hemen akla şu soru geliyor: Sağlık hizmetlerini finanse etmenin yöntemleri nelerdir?

Sağlık hizmetlerini finanse etmede belli başlı 3 yöntem vardır. Bunlar şunlardır:

1. Birinci yöntemde finansmanın büyük bir bölümü sigorta primi ya da güvenlik vergisi adı altında halktan alınan paralarla sağlanır. Bu yöntem dünya nüfusunun yüzde 18'ini oluşturan ve gene dünyanın en zengin ulusları olan Batı Avrupa ülkeleri, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Japonya ve benzeri 23 ülkede uygulanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün saptamalarına göre en pahalı yöntemdir.

2. İkinci finansman yöntemi 22 sosyalist ülkede uygulanmaktadır. Bu ülkelerin nüfusu dünya nüfusunun yüzde 33'ünü oluşturmaktadır. Bu yöntemde sağlık hizmeti, tümüyle kamu bütçesinden finanse edilir. Bazı uygulamalarda yurttaşlardan çok küçük bir katılım istenmektedir.

3. Üçüncü yöntemde halk, devletin kurduğu sağlık örgütünden olabildiğince yararlanır. İlaç başta olmak üzere, bazı hizmetlerin finansmanını halk, kendisi karşılar. Dünya nüfusunun yüzde 49'unu oluşturan 108 Asya, Afrika ve Güney Amerika ülkelerinde bu yöntem uygulanmaktadır.

Bir de, İngiltere, İsveç ve benzeri 23 ülkede gözlenen "genel sağlık sigortası" yönteminden "ulusal sağlık hizmeti" yöntemine geçmekte olan ülkelerde gözlenen "ara yöntem" vardır ki, bu 23 ülke, belli bir zaman sonra, tüm sağlık harcamalarını kamu bütçesinden karşılamayı planlamışlardır.

Görüldüğü gibi, sağlık hizmetlerini tek bir yöntemle finanse eden bir ülke yeryüzünde yoktur. Her ülke, kendi koşulları ve gereksinimlerine göre ara ya da karma yöntemler kullanmaktadır (2) (4) (5):

SİGORTANIN ÖZELLİKLERİ

İster hastalanan bir kişinin her türlü iyileştirme ve esenlendirme hizmetleri ve ilaç harcamala-

rını, ister çarpışan bir otomobilin hasarını karşılasın, sigortanın temel mantığı "edim ve karşı edim", daha açık bir söyleşiyle "külfet ve nimet" ilkesine dayanır. Sigortacılık sözcükleri ile açıklarsak, şu anda herhangi bir hizmet alımına gereksinimi olmayan kişiler gelecekteki gereksinimlerinin karşılanması için bir ödeme yapmakta, prim yatırmaktadırlar. Gereksinim ortaya çıktığında ise, gereken harcamayı sigorta karşılamakta, ya da bu hizmeti kendi kurumunda, hastadan bir ödeme istemeksizin yaptırmaktadır. Yurttaş, gelecekteki bir gereksinimi için bugünden para biriktirmekte, her ay (ya da yılda bir, iki kez) cebinden belli çoklukta bir parayı kuruma yatırmakta, cebinden para çıkmaktadır. Peki, sağlık harcamalarının kamu bütçesinden karşılanması durumunda ne olmaktadır?.. Kamu bütçesinin pek büyük bir yüzdesini yurttaşların verdiği vergiler oluşturduğundan ne değişmektedir? Sigorta yönteminin açmazı, kanımızca bu sorunun yanıtında yatmaktadır. Sağlık harcamalarını kamu karşılasa yurttaşların vergi oranını artırmak gerekecektir. Sözelimi, kamu bu durumda yüzde kırk yerine yüzde kırkbeş vergi alacaktır. Yüzde beşlik fark sağlık harcamalarına ayrılacaktır. Yurttaşlar açısından gelirinin yüzde beşini vergi ya da prim olarak sağlığa ayırmanın ayrımı önemsizdir. Ancak, bu yüzdeyi prim olarak veren yurttaşların tutumlarında öyle bir değişim olmaktadır ki, prime ve sigortaya karşı çıkanları bu değişiklik haklı çıkaracağına benzer. Bu değişiklik şöyle açıklanabilir:

Vergi, yurttaşlar açısından bir görünmeyen gider, alışılmış giderdir. Vergi ile sağlık hizmetlerini finanse etmek, bireylerin tutumunda bu nedenle bir değişikliğe yol açmamaktadır. Oysa, bordrosunda sağlık için şu kadar para kesildiğini gören, ya da bir vezneye belli çoklukta para yatıran kişilerde sağlık hizmeti tüketimi eğilimi artmaktadır. Öylesine artmaktadır ki, sağlık sigortası uygulanan tüm ülkelerde, aşırı sıklıkla da gereksiz sağlık hizmeti tüketimini önlemek büyük sorun olmaktadır. Bu sorun sıklıkla da çözülememektedir. İngiltere ve diğer 23 ülkenin sigorta yönteminden ulusal sağlık yöntemine geçmekte oluşlarının temel nedeni budur (3).

ÜLKENİN EN ÖNEMLİ SAĞLIK SORUNU

Bu arada başka bir önemli nokta gündeme gelmektedir. Acaba ülkemizin en önemli sorunu finansman yetersizliği midir? Kalkınma planlarının sağlıkla ilgili bölümlerinde finansmanın önemli bir sorun oluşturmadığı bilinmektedir. Beş yıllık kalkınma planının beşinde de bu uygulanmaktadır. Tersine, sağlık sektörüne ayrılan ödeneklerin harcanamaması sorun oluşturmaktadır. Örnek olarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nı alırsak, bu bakanlığın 1982 bütçesinin 7 milyar lira-lık bölümü harcanmayıp geri verilmiştir (% 13.9) Gene kalkınma planlarında, doğru olarak saptandığı gibi, ülkemizin başta gelen sağlık sorunu yeterli çokluk ve nitelikte sağlık hizmeti üretilmemesidir. Bu üretimin az veya niteliğinin düşük olması, zorunlu sağlık sigortası uygulamasının ikinci açmazını oluşturmaktadır. Yukarıda da belirtildiği gibi prim ödeyen yurttaş hem daha çok, hem de daha nitelikli hizmet isteyecektir. Otuz yılı aşkın SSK uygulamasını hizmet sunumundaki (arzdak) artışın istem (talep) artışına göre çok yavaş, nitelik gelişmesinin ise önemsiz denecek kadar yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. SSK'nın sağlık hizmetlerinin kapsamında bulunan yurttaşlar arasında yapılan bir araştırma, bu kurumun verdiği sağlık hizmetlerini beğenenlerin ancak yüzde yirmi dolayında olduğunu, bu yüzde yirminin önemli bir bölümünü de yüksek konumlu sigortalı ve işçilerin, başka bir anlatıyla "özel ilgi" görenlerin oluşturduğunu ortaya koymuştur (6).

Bu açıdan sigorta, hizmet tüketimini artırarak sağlık örgütünü zorlayacak, yeni bir hoşnut olmayanlar kitlesi yaratacak, belki de toplumsal bunalımlara, patlamalara yolaçabilecektir. Yurttaşların sağlık hizmetinden şimdi de hoşnut olmadığı akla gelebilir. Prim ödeyen yurttaşların hoşnutsuzluğu, her halde şimdiki hoşnutsuzluktan çok daha fazla olacaktır.

Sağlık hizmeti üretimini artırıp niteliğini de yükseltmeden zorunlu sağlık sigortası uygulamak, üzerinde uzun uzun düşünmeyi gerektirecek önemde görünmektedir.

SİGORTACILIK VE ENFLASYON

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin giderek pahalılaşması ve hemen her zaman



yüzde ellinin üzerinde gerçekleşen enflasyon hızı, sigortacılığın üçüncü açmazını oluşturmaktadır. Örnekleterek, bir bireyin 1989 yılındaki yıllık sigorta priminin 1000 lira olduğunu varsayalım. Bir yıl sonra bu para, enflasyon nedeni ile 1500 liraya çıkacak, 1989 yılında 1000 liraya alınabilecek sağlık hizmeti de, 1500 liraya çıkacaktır. Aradaki bu 500 liralık açık nasıl karşılanacaktır? Sigorta uygulayıcıları bu soruna üç çözüm getirmektedirler.

1. İlk çözüme **kapitalizasyon** adı verilmektedir. Belli bir yılda bin liraya bir bireyin sağlığını sigortalamak yeterli iken, sözgelimi 1500 liraya sigortalanan, artan 500 lira ile yatırımlar yapılmakta, bu yatırımların geliri ile enflasyonist baskıların primleri pek çok yükseltmesi önlenmeye çalışılmaktadır. Bu çözümün iki önemli nedenle ülkemizde başarılı olamayacağı söylenebilir. Birinci neden, son derece kısıtlı bir gelirle yaşama savaşı veren büyük halk kitlelerinden fazla primi toplamanın olanaksız denecek kadar zor olacağıdır. İkinci neden ise, bu fazla prim toplansa bile, bunun enflasyon hızına eşit gelir getirecek taşınmazlara yatırılmasında karşılaşılabilecek güçlüklerdir. Bu artan paranın son derecede az gelir getiren yatırımlara gideceğini, Emekli Sandığı'nın yatırımlarına bakarak anlamak kolaydır.

2. İkinci çözüme ise **repartisyon** adı verilmektedir. Bu uygulamada yıllık harcamalar yurttaşlara paylaştırılmaktadır. Bu durumda, yurttaşlar her yıl, gerçek enflasyon artışı ve sağlık hizmetlerindeki pahalılaşıma kadar fazla para, prim ödeyeceklerdir. Repartisyon yönteminde yıllık prim artışları, yıllık enflasyon hızları yüzde 10 dolayında olan zengin ülkelerde bile, karşılanamayacak kadar yüksek bulunmuş, bu nedenle de İngiltere, İskandinav ülkeleri ve diğer 23 ülke, ulusal sağlık hizmeti yöntemine dönme kararı almışlardır. Repartisyon yönteminde ayrıca, yurttaşların geliri yıllık gerçek enflasyon hızı kadar artırılmadıkça, ya yurttaşın geliri daha az, ödeyeceği prim daha çok artacak, böylece yurttaşın gelirinde bir azalma olacak, ya da prim yeterince yükseltilmediği için verilen hizmetin niteliğini, bu günkü yetersiz durumunda tutmak bile olanaksızlaşacaktır.

3. Üçüncü çözüm ise sigorta primi olarak paraları "**güncel faizle**" bankaya yatırmaktır. Bu yöntemi de bazı kuruluş ve uluslar denemişlerdir. Hızlı enflasyon bu parayı kullanan yatırımcıların paranın faizini bile ödemeyecek duruma düşmelerine, giderek iflasların artmasına, anaparanın toplumda yaygınlaşmasına yerine belli ellerde toplanmasına yol açmıştır.

PRİM TOPLAMA SORUNU

Zorunlu genel sağlık sigortası uygulamanın **dördüncü** açmazını prim toplama sorunları oluşturmaktadır. Prim ödemesi gereken kişileri dört ana başlıkta toplama olanağı vardır(7).

1. Memurlar ve Kamu Görevlileri,
2. Esnaf
3. Serbest Meslek Sahipleri, Sanayiciler ve Ticaretle Uğraşanlar ve
4. Tarım Sektöründe Çalışanlar.

Ülkemizde uygulanan vergi düzeni incelendiğinde yukardaki gruplardan yalnız memurlar ve kamu görevlilerinden prim alınabileceği anlaşılmaktadır. Oysa yasalara göre bunları kamu şimdiden sigortalamıştır, kazanılmış hakları vardır. Bundan geri dönüş, bir toplumsal hoşnutsuzluk yaratmayacak mıdır? İkinci ve üçüncü gruptaki kişilerden gerçek gelirlerine göre prim almak olanaksızdır. Bu olanaklı olsa idi, ülkemizin süregelen ve önemli bir sorunu olan vergi kaçırımları önlenebilirdi. Tarım sektöründe çalışanların durumu ise ortadadır. Bu gruba asgari ücreti uygulamada uğranılan başarısızlık gözler önündeyken, prim toplanabileceğini düşünmek olmayacak bir iştir. Dolayısı ile, gene sabit gelirli yurttaştan prim alınacak, diğerlerinden alınamayacak, ya da gerçek gelirlerine göre çok az bir prim alınabilecektir.

KİMLERE YARAR SAĞLAYACAK

Zorunlu sağlık sigortasının geçici bir süre için bile olsa, yarar getireceği kesimler yok mudur? Vardır. Bu kesimler ilaç sanayicileri ile tıbbi araç-gereç satanlardan oluşmaktadır. Hizmet sunumunu artırıp niteliğini yükseltmek uzun zaman alacağından, artan istem (talep) başlarda fazla ilaç tüketilerek karşılanmaya çalışılacaktır. Nitekim SSK poliklinikle-



rinin işçilere verdiği sağlık hizmeti, bir naylon torba içinde, sekiz on kutu ilaçtan oluşmaktadır. İlaç tüketiminin artması ilaç sanayiindeki ölü kapasitenin çalışır duruma gelmesi ve günlük cirolarının artması sonucunu verecektir. Aynı zamanda ilaç ve ilaç hammaddesi için ayrılan dış ödeme de, birkaç katına çıkacaktır. Bu durum ilaç sanayicilerinin yararına, ülkenin zararına değildir. Ancak hemen belirtelim ki, bu yarar çok kısa süreli olacaktır. İlaç harcamalarının astronomik boyutlara ulaştığını gören yöneticiler, ivedilikle sigortanın kendi ilaç firmalarını kuracaklardır. Ülkemizde SSK uygulamasında bu böyle olmuştur. Önemli sayıda nüfusa hizmet veren Ordu Sağlık Hizmetleri'nde de böyle olmuştur. Gene kısa bir süre sonra, sigortacılar tıpkı ordu sağlık hizmetleri ve SSK'de olduğu gibi, kendi ilaç fabrikalarını da kurmak isteyecekler ve kuracaklardır.

SONUÇ

Zorunlu Genel Sağlık Sigortası uygulaması, aşağıda belirtilen nedenlerden gerçekçi bir yaklaşım değildir.

1. Genel Sağlık Sigortası uygulaması bir "sağlık örgütlenme modeli" değil, bir finansman yöntemidir. İnsanın sağlığını değil, sağlık harcamalarını sigorta etmeyi amaçlamaktadır. Bu finansman, yukarıda açıklandığı gibi, sağlanamayacaktır. Sağlandığı varsayılsa bile, sağlık örgütlenme modelimizin gözlenen aksaklıkları artarak sürecektir. Çünkü, üretimi az olan, niteliği düşük olan bir hizmetin daha çok tüketilmesi sonucunu verecektir. Toplumsal konumu yüksek olanlar hizmeti alabilecek, düşük olanlar hiç almayacak, kitleler arasındaki toplumsal ayrım giderek daha derinleşecektir. Bu, ülkenin huzuru açısından asla istenmeyecek bir sonuç olacaktır.

2. İstem artışı, genel kültür düzeyi daha yüksek olan kentlerde daha fazla olacak, hekimler istemin fazla olduğu büyük kentlerde daha çok toplanacaklardır. Giderek, orta büyüklükteki il merkezlerinde bile hekim bulmak sorun olacak, sağlık hizmetine asıl gereksinimi olan kırsal bölgelere hekim bulmak ise, tümüyle olanaksızlaşacaktır.

3. Ülkemizin asıl sorunu olan koruyucu hekimlik hizmetleri duracaktır. Zorunlu hizmet hekimleri bile, muayenehane açmak hakları bulunduğu için, koruyucu hekimlik hizmetlerini bir yana bırakacaklardır.

4. İlaç sanayicilerinin yararları çok kısa süreli olacaktır. İlaça ödenecek astronomik bedeli önlemek zorunda kalacak olan yönetim, kendi ilaç sanayisini veezczaneleri açmak durumunda kalacaktır.

Sorunun çözümü, ulusal sağlık örgütlenme modelimiz olan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi"nin daha etkin çalışmasını sağlayacak önlemlere yakından bağlıdır. Hem daha çok ve yüksek nitelikli sağlık hizmeti üretmenin, hem de ilaç sorunu ve diğer finansman sorunlarının önlemleri birbirlerini karşılıklı etkileyen etkenler durumundadır.

Bu sorunlara getirilebilecek çözüm önerileri ayrı bir incelemenin konusu olabilir. □

KAYNAKLAR:

1. Eren, N. Genel Sağlık Sigortası Sorunu, Ankara Tabip Odası Bülteni, Cilt:1, Sayı:3, Aralık 1975, S:27-30.
2. Gürsoy, G. Yeni Sağlık Politikası, Cumhuriyet, 12.01.1984, Sayı:21327, S:2
3. Caner, H., Sağlık Sigortası Çıkması, Bilim ve Sanat, Sayı: 42, Haziran 1984, S:18-21.
4. Yazıcıoğlu, N. Sağlık Alanında Tekelleşme, Cumhuriyet, 14.01.1984, Sayı: 21329, S:2.
5. Hilton, T., The Three World Systems Of Medical Care Trends and Prospects World Health Forum, I:78-86 (1980)
6. Eren, N., Ankara Kentinde Toplanan Sağlık Verilerine Göre Ülke İçin Örgütlenme Önerileri, DPT Yayını, No: 1687, SPD No: 314.
7. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sosyal Güvenlik Sektör Raporu, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Yayın No: DPT:1846, SBP:352, Ankara, Kasım 1982, S:111-194.

* (Bu yazı Sağlık İş Kolunda Sendika Gazetesi'nin 2. ve 3. sayılarından alınmıştır.)