

DERLEME

NASIL BİR SAĞLIK SİSTEMİ?

III

SİGORTA DEĞİL, GENEL VERGİ

İlker BELEK*

Bu yazı "Nasıl Bir Sağlık Sistemi?" başlıklı çalışmanın üçüncü bölümü oluyor. İlk bölümde, çalışmanın ana başlığını oluşturan soruya yanıt verebilmek için gereken ilkeler belirlenmiş ve daha sonra da sağlık sisteminin üretim temelli olarak örgütlenmesi gereği üzerinde durulmuştu. İkinci bölümde ise kamucu bir sağlık sisteminin neden bir gereklilik olduğu incelenmiş ve özelleştirmenin sağlık ve sağlık sistemi üzerindeki etkilerine değinilmişti.

Bu kez sağlık sisteminin finans mekanizmaları üzerinde bir tartışmaya yer verilecek ve bu kapsam içinde sigorta ile genel vergi sistemi değerlendirilecektir. Bunun için sosyal güvenlik sistemlerinin gelişimi, son yıllarda sosyal güvenlik sistemlerindeki değişimi zorlayan dinamikler, çeşitli ülkelere ilişkin uygulama örnekleri ve sigorta ile genel vergi sistemlerinin karşılaştırılması konuları ele alınacaktır. İki sistem arasındaki karşılaştırma yine eşitlik ve verimlilik üzerindeki etkileri bakımından yapılacaktır.

1. SOSYAL GÜVENLİK POLİTİKALARI

Sosyal güvenlik (social security) kavramı, gelecekteki kimi risk durumlarına karşı toplumsal düzeyde oluşturulan koruma mekanizmalarını tanımlamak için kullanılmaktadır. Koruma mekanizması toplumsal düzeylidir, bir kamu kurumu tarafından yönetilir, işletilir ve gelecekteki riskler düşünümlere örgütlenir.

Bu sistemin güvencesi içerisine hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi sorunlar, riskler girer.

Sosyal güvenlik kavramı ilk kez 1935 yılında ABD'de çıkarılan "Sosyal Güvenlik Yasası" ile kullanılmıştır. Şu tür

programlar sosyal güvenlik sistemlerinin içinde yer almaktadır: Sosyal sigorta (social insurance), sosyal yardım (social assistance), genel bütçeden finanse edilen yararlanımlar (benefits financed by general revenue), aile yararlanımları (family benefits).

Bu yazının bundan sonraki bölümlerinde sosyal güvenlik sistemlerinin sağlıkla ilgili bölümleri ele alınacaktır. Bu çerçevede bakıldığında sosyal güvenlik sistemlerinin içinde iki ana yapının bulunduğu saptanmaktadır. Bunlar sosyal sağlık sigortacılığı ve genel bütçeden finanse edilen sağlık sistemleridir. Bugün de sağlık sistemlerinde finansman boyutunda gözlenen tartışmalar bu iki sistemin tercihi ya da güçlü/zayıf noktaları üzerinde sürdürülmektedir.

Sağlık hizmetlerine fon yaratmak için, sigorta ve verginin dışında iki uygulama daha bulunmaktadır. Bunlardan birisi özel sigortacılık (private insurance), diğeri ise hizmeti kullanım anında cepten yapılan ödemelerdir (out of pocket payments). Her ikisi de "isteğe bağlı" olarak değerlendirilebilir ve özel niteliklidir. Özel finansman modelleri bu çalışmanın bir önceki bölümünde, özelleştirme başlığı içine alındığı için bu bölümde incelenmeyecektir. Bugün sağlık sistemleriyle ilgili tartışmalarda, fon oluşturma açısından bir sistem olarak ele alınabilecek olanlar sosyal sigorta ve genel vergi sistemleridir. Bu nedenle fon oluşturma tekniklerinde sistem boyutlu değişiklikler söz konusu olduğunda akla gelenler de bu ikisi olmaktadır.

Sosyal sağlık sigortası ilk kez Almanya'da 1883 yılında Bismark hükümeti tarafından uygulanmaya başlanmıştır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin sigorta fonlarıyla finanse edildiği sağlık sistemlerine Bismarkçı sağlık sistemleri de denilmektedir. Almanya'daki ilk uygulama hastalık sigortacılığı biçiminde olmuş, sonradan 1884 ve 1889 yıllarında iş kazası ve yaşlılık sigortaları da sisteme eklenmiştir.

* Yrd. Doç. Dr., Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

Sigorta sistemi 1930'larda Avrupa, Latin Amerika, ABD ve Kanada'ya, 2. dünya savaşından sonra da Afrika ve Asya ülkelerine yayılmıştır. Sosyal güvenlik politikalarının gelişiminde ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü)'nün önemli rolü olmuştur. 1952 yılında yapılan bir ILO toplantısında sosyal güvenliğin minimum standartları belirlenmiş, daha sonraki yıllarda da uygulamayı zenginleştirmeye yönelik adımlar atılmıştır. Bugün dünyanın pek çok ülkesinde sosyal güvenlik sistemleri yaşlılık, analık, hastalık, iş kazası, meslek hastalığı, aile yardımı gibi çok çeşitli kamusal koruma mekanizmalarını içermektedir.

2. SOSYAL GÜVENLİK POLİTİKALARI NASIL BİR TOPLUMSAL ORTAMDA YAYGINLAŞTI ?

Sosyal güvenlik politikalarının 2. dünya savaşının sonrasında yaygınlaşmasının arkasında şu türden nesnel etkenlerin bulunduğu söylenebilir:

1-) İkinci dünya savaşı yıllarında savaş ortamından iyice bunalan kitlelerin, savaş sonrası döneme ilişkin artan ekonomik, sosyal ve siyasal beklentileri.

2-) Savaş yıllarında tamamen yıkılan Avrupa kıtasının ve Uzak Doğu'nun, savaş sonrası dönemde yeniden imar edilmesi çalışmalarının da etkisiyle ortaya çıkan ve 1970'lerin ortasına kadar uzanan yaklaşık 30 yıllık dönemi kapsayan kapitalizmin genişleyici uzun dalgası. Kapitalizmin genişleyici uzun dalgası kapitalist sistemin (yeni bir formda olmak üzere) stabilizasyonuna ve kar oranlarının artmasına olanak tanımıştır. Sonuç olarak, genişleyici dalga içinde geniş toplum kesimlerine yönelik sosyal ve ekonomik hakların organizasyonuna olanak tanıyan bir ortam doğmuştur.

3-) 2. dünya savaşı sonrası dönemde bilimsel teknolojik gelişmelerdeki atılım. Fordist olarak tanımlanan yeni kapitalist üretim sisteminin daha kalifiye emek gücüne gereksinim duyması ve Fordist üretim sisteminin yoğun emek gücüne ileri derecede bağımlılığı. Fordist üretim sisteminin kesintisiz biçimde işleyebilmesi ve kar oranlarının sürekliliğinin sağlanması bakımından, Fordist emek gücünü sağlıklı biçimde üretim hattında hazır tutmak gereği doğmuş, bu da işçi sınıfının ve emekçilerin sağlık hakkının devlet tarafından garanti altına alınması zorunluluğunu yaratmıştır.

4-) Avrupa kıtasında işçi sınıfının yürüttüğü sendikal ve siyasal mücadelenin etkisi. Bu mücadele genel olarak bir hak arama mücadelesidir ve sınıf mücadelesi kendisine ait haklar dizini yaratmayı bu dönemde başarmıştır. Öyle ki sınıf mücadelesine konu olan çeşitli sosyal başlıklar (sağlık, eğitim, çalışma, vb.) aynı dönemde Birleşmiş Milletler Anayasası'na da alınmak durumunda kalmıştır.

5-) 2. dünya savaşı sonrası dönemde ilk kez bir sistem olarak örgütlenen sosyalizm tarafından yaratılan ve tam da yukarıda anılan sosyal haklar dizinine ilişkin olan

ideolojik çekim alanı. Batı'da iş başına gelen hükümetler bu çekimin kendi toplumları üzerindeki etkisini azaltabilmek, karşılayabilmek açısından sosyal güvenlik sistemlerini kabul etmek zorunda kalmışlardır.

Yukarıda sıralanan etkenlerden bir kısmının ekonomik, bir kısmının ise siyasal nitelikli olduğu görülecektir. Savaş sonrası dönem için Avrupa'nın siyasal renginin sol olduğunu saptamak yanlış olmayacaktır. Bunu yaratan ise gerek ulusal, gerekse uluslararası düzeyde işçi sınıfı mücadelesinin ulaştığı etkinlik düzeyidir. Bu mücadele kapitalizmi sosyalleştirmiş, vahşi kapitalizmin sınır tanımaz kar hırsının denetim altına alınmasını sağlamıştır. Sosyal güvenlik politikalarının yaygınlaşmasının arkasındaki temel etken olarak işçi sınıfının yürüttüğü sınıfsal mücadeleyi belirlemek bu nedenle doğru olacaktır.

Esasen, bu türden bir etki, sosyal güvenlik politikalarına konu olan son 120 yıllık dönemin en başından beri söz konusudur. Hatırlanacağı gibi, Avrupa kıtası, 19. yüzyılın ortasından itibaren işçi sınıfının genel nitelikli siyasal hareketlenmesine tanık olmuştur. Bu hareketlenmenin doruk noktası hiç şüphesiz 1871 Paris Komünü'dür. Bu dönem boyunca bütün Avrupa, genel anlamda sosyalist nitelik taşıyan, Marksist sosyalizm tarafından önemli derecede yönlendirilen ve o dönem için sosyal demokrat diye isimlendirilen partilerin etkisi altında kalmıştır. İşte işçi sınıfının bu siyasal kalkışması kapitalizmi kendisine çeki düzen vermek konusunda uyarıcı olmuştur. Bilindiği gibi bunun ilk kez farkına varan da Bismark'tır. Nitekim Bismark yazdığı bir mektupta şöyle demektedir:

"Sosyal Demokrat hareketin kontrol edilmesi, basit bir biçimde sosyal demokrat aşırılıkların baskılanması ile gerçekleştirilemez. Bu iş işçilerin pozitif olarak geliştirilmesi ile başarılmak zorundadır." (Aktaran Navarro, V.; 1999: 33)

Yukarıdaki saptamadan anlaşılacağı gibi Bismark Almanyası Sosyal Demokrat hareketin basıncını kabul etmiş, sosyal güvenlik politikaları ile bu baskıyı kabullendiğini göstermiş, bir yandan da işçi sınıfını kapitalist sisteme bağlayabilmek açısından bu politikaları bir araç olarak kullanmıştır.

3. SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMLERİYLE İLGİLİ BAZI TEKNİK AÇIKLAMALAR

Gerek sosyal (kamu) sağlık sigortası sistemi, gerekse genel vergi sistemi sağlık hizmetleri için kamucu fon oluşturma teknikleridir. Ancak gerek kaynak yaratma sürecinde kesintinin yapıldığı toplum kesimlerinin geliri üzerindeki etkileri bakımından, gerek kaynakların yönetimi bakımından yarattıkları etkiler nedeniyle gelirin yeniden dağıtımı üzerinde de etkileri vardır.

Sosyal güvenlik sistemlerinde nüfusun ve hizmet kapsamının genişlemesi, ancak ekonomik ilişkilerin düzenli olduğu koşullarda olanaklı olabilir. Ekonomik kriz dönemlerinde, işsizliğin yüksek olduğu, düzenli istihdamın az olduğu durumlarda sosyal güvenlik sisteminde de kriz yaşanır. Bu, özellikle piyasa ekonomisi kurallarında geçerlidir (Maydell, B.; 1994: 502).

3.1. Sosyal Sağlık Sigortası

Kamu sigortasıdır. Üyelik zorunludur. Ancak sigortalanacak toplum kesiminin düzenli ve belli bir gelire de sahip olması gerekir. Bu nedenle kırsal nüfusa, marjinal sektörde çalışanlara, işsizlere uygulanması son derece zordur. Gelişmiş ve yüksek gelirli ülkelerde nüfusun tamamının kapsanması olanağı varken, kırsal ekonomiye dayanan, gelişmekte olan, geri kalmış ülkelerde kapsayıcılık daha dar kalmaktadır. Sigorta fonu ile garanti altına alınan hizmetlerin kapsamı da (yararlanım paketi) fonun, dolayısıyla ülke ekonomisinin gücüyle ilişkilidir.

Sigorta bir risk paylaşım programıdır. Bireyler gelecekte yaşama olasılıkları bulunan sağlık sorunları ya da sağlık gereksinimleri için, bugünden belli bir fona prim ödeyerek geleceklerini garanti almayı hedefler. Fon, yüksek ve düşük gelirli bireylerin, yüksek ve düşük sağlık riski olanların katkılarından oluşur. Sağlık sorunu ya da sağlık gereksinimi durumunda ise fon kaynakları bireyler arasında gereksinime göre dağıtılır. Böylece yüksek gelirli bireylerden düşük gelirli bireylere, az sağlık sorunu yaşayanlardan, çok sağlık sorunu yaşayanlara doğru kaynak aktarımı sağlanmış olur. Kamu sigortasının sosyalliği de buradan kaynaklanır. Sonuç olarak toplum yoksul ve sağlığı bozuk olan bireylerini, zengin ve sağlığı yerinde olan bireylerin katkılarıyla korumayı, iyileştirmeyi hedefler. Bunun anlamı ekonomik ve sağlık açısından risklerin paylaşımıdır (risk sharing).

Sigorta fonu ilke olarak üç kaynaktan beslenir. Bunlar işçi, patron ve devlet katkılarıdır. Katkı (prim) oranı işçinin ücretinin belli bir yüzdesi ile ifade edilir. Gelir düzeyi ne olursa olsun bütün sigortalılardan kesilen oran aynıdır. Bazen, prim gelirin artan oranlarına artan miktarlardaki oranlarda uygulanır. Ancak bu daha seyrek rastlanan bir tercihtir. Bu nedenle sigorta uygulaması orta derecede progressif bir finansal etkiye sahiptir.

Sosyal sigortanın eşitlik üzerindeki etkisi, kapsanan nüfusun ve yararlanım paketinin genişliğine bağlıdır. Eğer nüfusun dar bir kesimi kapsanabiliyorsa, sigortalanamayan nüfusun özelliklerine göre eşitsizlikçi bir sonuç ortaya çıkabilecektir. Düşük gelirli ülkelerin pek çoğunda durum böyledir. Bu ülkelerde belirli bir işi ve geliri olan, genellikle de endüstride istihdam edilen nüfus sigortalanabilmekte, bu da var olan sağlık hizmetlerinin, sağlık hizmetlerinden zaten daha iyi yararlanan bu gruba yönlendirilmesi sonucunu yaratmaktadır. Sonuç olarak kırsal nüfus, işsizler, belli bir geliri olmayanlar hem sağlık güvencesinden, hem de sağlık hizmetlerinden daha da yoksun kalmaktadır. Öte yandan, yüksek gelirli ülkelerde, geliri en yüksek olan toplumsal kesimlerin sosyal sigorta programlarına üyeliği kendi isteklerine bırakılmaktadır. Buradaki temel gerekçe bu kesimlerin kendi sağlık gereksinimlerini öteden beri kendi özel kaynaklarıyla çeşitli kanallardan karşılayabiliyor olmalarıdır. Yüksek gelirli nüfusun sigortalanmak zorunda tutulmaması zengin/yoksul ayrımının kabulü biçimindeki geleneksel ayrımın kabulü ve geliri yeniden dağıtıcı

herhangi bir programa gerek duyulmadığı anlamına gelmektedir.

Sigortanın, hem eşitlik, hem de verimlilik üzerinde belirleyici olan iki ana etkisi vardır. Bunlar Moral Risk (Moral Hazard) ve Yanlı Seçim (Adverse Selection) olarak bilinen etkilerdir.

Moral risk, sigortalanan nüfusun, belirlenmiş bir sağlık hizmetinden (sağlık) yararlanmak üzere prim ödüyor olmasına bağlı olarak gereksiz hizmet tüketme eğiliminde olmasıdır. Kısacası moral risk, "ödenen paranın karşılığını çıkarma" şeklindeki psikolojik bir yönelimdir. Moral risk etkisiyle ortaya çıkan hizmet tüketimi gereksiz olduğu için, sigortanın sağlık hizmetinin toplam maliyetini gereksiz biçimde artırdığı söylenmektedir. Moral riskin minimize edilebilmesi için kimi kez hizmetten yararlanım anında para alınması önerilmektedir. Yani kullanıcı ödentileri sosyal sigorta sisteminde gereksiz hizmet kullanımını azaltmanın bir yolu olarak kullanılabilir. Ancak bunun, sosyal güvencesizlerin hizmet kullanımını olumsuz etkilemenin ötesinde, gereksiz hizmet kullanımını ne kadar azaltabildiği son derece şüphelidir.

Moral risk ile ilgili diğer bir önemli nokta, "nasıl olsa parasını ödedim" düşüncesiyle hizmeti gereksiz şekilde kullananların, daha çok, tedavi edici sağlık hizmetlerini talep etmeleridir. Bir başka deyişle hizmet talebi koruyucu sağlık hizmetleri şeklinde değil, tedavi edici sağlık hizmetleri, ilaç ve tıbbi teknoloji yönünde olmaktadır. Bu tercih toplam sağlık hizmeti maliyetinin daha da artmasına yol açmaktadır. Sigortalıların daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerini talep etmelerinin sonucunda, sağlık kaynaklarının tedavi edici sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi, tahsisatla ilgili verimliliği azaltan bir etki göstermektedir. Sağlık kaynaklarının gereksiz biçimde sigortalı nüfusa yönelmesi, sosyal güvencesiz toplum kesimlerinin hizmetten yararlanımını olumsuz etkilemekte, bu da sağlıktaki eşitsizliklerin artması sonucunu doğurmaktadır.

Yanlı seçim, sigortalı nüfusta sağlıklı olanlara ya da sağlıksızlara doğru ortaya çıkacak kaymayı tanımlamak için kullanılır. Dolayısıyla iki ana biçimi vardır. İlkinde sigorta kurumu, maliyeti azaltmak için daha sağlıklı olan bireyleri sigortalamaya ve risklileri dışlamaya yönelir. Bu durum özel sigorta şirketleri için ve aynı nüfusa yönelik olarak birden fazla kamu sigorta kurumunun varlığında geçerlidir. Böyle bir durumda riskin sağlıklı olanlar ve sağlıksızlar arasında paylaşımı hedefi gerçekleştirilemeyecektir. İkinci durum ise üyeliğin zorunlu olmadığı sigorta için ortaya çıkar. Böyle bir durumda üyeliği tercih edenler genellikle sağlık riskleri fazla olan bireyler, yaşlılar, kadınlar, daha önceden sık sağlık sorunu yaşamış olanlar ya da yeni bir sağlık sorunu yaşayanlar olacaktır. Bu tür yanlı seçimi engellemek için yapılması gereken iki şey vardır. Birincisi üyeliğin bütün nüfusu kapsayacak şekilde zorunlu kılınmasıdır. İkincisi ise hizmetten yararlanımın, prim ödenmeye başlanan tarihten bir süre sonra başlatılmasıdır. Böylece akut hastalık yaşayanların, hastalık anındaki tercihlerinden kaynaklanacak yanlı seçimin önüne geçilmiş olur.

Sosyal sigortayla ilgili bir diğer sorunlu nokta, bu sistemin yönetimi için ayrı bir yönetsel organizasyonun gerekmesidir. Bu nedenle sosyal sigorta yönetsel maliyetleri artırıcı bir etkiye de sahiptir. Yönetim kapasitesinin genel olarak az gelişmiş olduğu düşük gelirli ülkelerde ise sistemin kurulması ve işletilmesi iyiden iyiye zordur.

Sonuçta sigorta sisteminde gerek moral risk, gerek yanlış seçim maliyeti artırıcı, verimliliği düşürücü, kaynakları daha çok oranda tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelten, eşitliği bozan etkilere sahiptirler. Eşitsizlikçi etki yukarıda anılan iki etkinin ötesinde (primlerin toplanma yönteminin yarattığı kısmi regresif etki nedeniyle) sigorta sisteminde zaten mevcut olan bir olumsuzluktur.

3.2. Genel Vergi Sistemi

Genel vergi sistemi, sağlık hizmetlerinin bütçeden finanse edilmesi anlamına gelir. Vergi gelirleri, devlet gelirlerinin önemli bir kısmını oluşturur. Vergi, gelirden (ücret, maaş, kar), servetten ve tüketim maddelerinden alınabilir. Vergi gelirlerinin toplam ulusal gelir içindeki payı ve vergi gelirlerinin kendi içinde vergi türlerine göre dağılımı (vergi tabanının yapısı) doğrudan doğruya politik kararlarla ilintilidir. Vergi sisteminin yapısı sonuç olarak, toplumsal sağlık düzeyini ve toplumsal sınıfların sağlık hizmeti kullanımını da etkileyecektir.

Gelir vergisi gelirle orantılı olarak alınan bir vergidir. Gelir vergisi yükünü, siyasal erkin tercihleri ile belli bir toplumsal sınıfın üzerine kaydırmak olanağı vardır. Örneğin iktidar belli bir gelir düzeyine kadar olan sınıfları, işsizleri, vb. vergiden muaf tutabilir. Ya da vergi oranını gelir ile orantılı biçimde belirleyebilir. Vergi oranının, gelirin artışıyla orantılı biçimde artırılmasına progresif nitelikli vergi sistemi denir. Vergi oranının, gelir artışının tersine azaltılmasına ise regresif nitelikli vergi sistemi adı verilmektedir. Bu durumda ekonomik bakımdan zor durumda olan toplumsal sınıfların ekonomik durumunun iyileştirilmesi ve sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılması için gereken şey, vergi sisteminin progresif bir şekilde örgütlenmesidir. Progresif vergi sistemi, progresifliğiyle orantılı biçimde, gelirin zenginlerden yoksullara yeniden dağıtılması olanağını da verecektir. Böyle bir tercih toplumsal eşitsizlikleri azaltıcı bir etkiye sahipse de yüksek gelirli toplumsal grupların tepkisiyle karşılaşacaktır.

Servetten alınan vergiler ise daha zengin toplumsal grupların vergilendirilmesi anlamına gelecek ve progresif bir etki gösterecektir.

Tüketim vergileri toplumdaki tüm bireylerin üzerine, gelirlerinden bağımsız biçimde ve her bir tüketim maddesi için belirlenmiş oranlarda yayılacaktır. Sınıfsal olarak değerlendirildiğinde, tüketim vergilerinin önemli bir kısmını işçilerin, emekçilerin ve köylülerin ödediği söylenebilir. Çünkü anılan bu kesimler toplumun çok önemli bir çoğunluğunu oluştururlar. Bu nedenle tüketim vergileri genel olarak regresif niteliklidir.

Yukarıdaki kısa bilgilerden sonra şu saptamayı yapmak

gerekli görünmektedir. Tek başına, sağlık sisteminin genel vergilerle finanse edilmesi gerektiğini savunmak, sağlığa ve sağlık hizmetine asıl gereksinimi olan toplumsal sınıfların çıkarlarını geliştirmek açısından yeterli olmayacaktır. Çünkü genel vergi sistemi pekala regresif bir nitelikte örgütlenmiş olabilir. Bir başka deyişle zengin toplumsal sınıflar vergiden önemli oranda muaf tutulmuş ve vergi yükü dar gelirli toplumsal sınıfların üzerine bindirilmiş olabilir. Regresif yapıdaki sağlık finans mekanizmasının toplumsal sağlık sorunlarının çözümüne özel bir katkı getirmesini beklemek olanaksızdır. Nitekim Türkiye’de bu konuyla ilgili sorun, daha fazla oranda böyle bir tercihle uyumludur.

Öte yandan progresif nitelikli bir vergi sisteminin, sigorta sistemine göre daha verimli ve eşitlikçi olduğu yönünde önemli veriler bulunmaktadır. Progresif vergi sisteminin yeniden dağıtımçı etkisi (zengin sınıfları daha çok vergilendirmek yoluyla, geliri toplumsal sınıflar arasında yeniden dağıtan etki) eşitsizlikleri azaltacak, moral risk ve yanlış seçim etkileri vergi sisteminde görülmediği için de genel vergi sistemi daha verimli bir sonuç yaratacaktır. (Bu yazının buraya kadar olan bölümü için kaynak olarak bkz. (Belek, İ.; 1994: 55-58, 85-91.)

Bugün genel vergi sisteminin, sigorta sistemine göre daha progresif nitelikte bir etkiye sahip olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Buna karşılık sigorta sistemlerinin çoğu regresif yani eşitsizlikçi niteliktedir. Bunun nedeni katkı paylarının ücret ya da gelir içinde sabit bir oran olarak belirlenmesi ve sigortaya tabi kılınan gelirin bir üst sınırının olmasıdır. Bu durumda, geliri belirlenmiş bu tavan düzeyinin üzerinde olanlar, gelirlerinin çok daha az bir oranını prim olarak ödeyeceklerdir. Sigorta sistemini regresif yapan da budur (Saltman, R.B., Figueras, J.; 1997: 134-135).

Genel vergi sistemiyle ilgili yazılanlardan sonra şu noktanın mutlaka göz önünde bulundurulması gerekir: Progresif nitelikli genel vergi sistemi, eşitsizlikçi bir sosyo ekonomik formasyon olan kapitalizm koşullarında, eşitsizlikleri bir ölçüde daraltmanın yoludur. Sınıfsal nitelikli eşitsizliklerin ortadan kaldırılması açısından hiç bir işe yaramaz. Çünkü sınıfsal eşitsizliklerin ortadan kaldırılabilmeleri için sınıfları ortadan kaldıracak bir siyasal değişiklik gerekir ki, bunun yolu kapitalizm içinde gerçekleştirilen finansal reformlar olamaz.

4. SON YILLARDA SAĞLIKTA SOSYAL SİGORTA TERCİHİ NEDEN ÖNE ÇIKIYOR/ÇIKARTILIYOR?

Gerçekten de son yıllarda, özellikle düşük gelirli ülkelerde ve eski sosyalist ülkelerde sağlık hizmetlerine fon yaratmak üzere sosyal sigorta tercihinin öne çıktığı görülmektedir. Bunun asıl nedeni, bu çalışmanın çeşitli bölümlerinde belirtildiği gibi, dünya ekonomisinin içine girdiği ve bütün ülkeleri son 25 yıldır etkisi altında bulandıran ekonomik krizdir. Bu, DSÖ tarafından da yapılan bir saptamadır (WHO; 1987: 20-27).

Ekonomik kriz ortamında sağlık sektörüne kaynak ayırmak özellikle güç olmaktadır. Sağlıktaki kaynak sorunu

öncelikle ekonomik durumu zaten kötü olan ve kapitalist dünya sisteminin periferinde yer alan ülkeler için geçerlidir. Dünya Bankası gibi finans örgütleri bu ülkelerin sağlık için genel bütçeden daha fazla kaynak ayırmalarının olanaksız olduğunu söylemektedir. Saptamaya göre, düşük gelirli ülkelerde koruyucu sağlık hizmetlerinin genel bütçeden ayrılan kaynaklarla örgütlenmesi ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından da ek bir finans yolu olarak (bir dizi özel finans mekanizmasının da harekete geçirilmesiyle birlikte) sigortaya geçilmesi mantıklı olacaktır (World Bank; 1987: 1-6). Sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere ek kaynak mobilize etmek ve sabit bir fon oluşturmak bu şekilde başarılacaktır (Carrin, G., De Graeve, D., Deville, L.; 1999: 860). Sigorta uygulamasıyla hükümetlerin elindeki zaten kıt olan kamu kaynakları primer önceliği olan ve maliyet verimlilik oranları yüksek (koruyucu) hizmetlere tahsis edilebilecek, sigorta gelirleriyle de tedavi edici hizmetlerin finansmanı sağlanacaktır. Kısacası, bu tercih içinde, sigorta koruyucu sağlık hizmetlerine kamu kaynağı aktarmanın yolu olarak önerilmektedir (Normand, C.; 1999: 867).

Dünya Bankası yayınlarında sağlık sigortacılığı, sağlık hizmetleri sunumuna özel sektörü dahil etmenin önemli bir aracı olarak da tanımlanmaktadır (Griffin, C.C.; 1990: 22). Bu senaryoya göre, sigorta ile oluşturulan fonlar, sağlık hizmetinin özel sağlık sektöründen satın alınması için kullanılacaktır. Fark edileceği gibi, burada organizasyona yönelik olarak da bir değişiklik planlanmakta ve sağlık sisteminin üretim ile finansman boyutlarının ayrılması düşünülmektedir. Böyle bir hazır fon olmadıktan sonra, düşük gelirli ülkelerde özel sağlık sektörüne piyasa garantisi sunma olanağı bulunmamaktadır.

Görüldüğü gibi, son yıllarda sağlık sigortası modelinin öne çıkarılmasının arkasındaki temel varsayım, pek çok ülkede, mevcut genel bütçe gelirlerinin sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakları gereken düzeye çıkarmak açısından yeterli olmadığı, genel bütçe havuzunu artırmının olanaklarının bulunmadığı, bu durumun da ek bir kaynak mekanizmasının yaratılmasının zorunluluğunu gösterdiğiidir.

Sağlık sigortası tercihi ile saptanan gerçek, bu ülkelerdeki gelir dağılımı eşitsizliklerinin giderilmesi açısından gerekli olan progressif nitelikli bir vergi reformunun bugünkü sınıfsal dengeler içinde gerçekleştirilmesinin olanaksız olduğudur. Vergi tabanının yüksek gelirli toplumsal sınıflara oturtulmaması, kamu gelirlerinde önemli yetersizliğe neden olmaktadır. Sonuçta sağlık ve diğer kamu hizmetlerinin finansmanında, doğrudan doğruya hizmetten yararlanacaklara sigorta adıyla ek bir vergi getirilmesinden başka bir yol kalmamaktadır.

Bu nedenle sağlık sektöründeki kaynak yetersizliğine bağlı olarak geliştirilen sigorta tercihinin, ancak verili politik ortam içinde anlamlı olduğunu görmek gerekir. Ülkeler progressif nitelikli vergi sistemini kur(a)madıkları için, daha regressif nitelikli bir finans sistemi olan sigortaya yönelmektedirler.

5. SAĞLIKTA SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMLERİ İÇİN DÜNYA TABLOSU

Bu alt bölümün amacı fon oluşturma mekanizması olarak kullanılan sosyal sigorta ve genel vergi sistemlerinin dünyadaki örneklerini toparlamaktır. Sosyal sigorta ve genel vergi sistemi arasındaki tartışmada bir tercih yapmayı sağlayacak veri zenginliğini ortaya dökülebilmekte böyle bir tartışma yararlı olacaktır. Değerlendirme "Avrupa bölgesi" ve "gelişmekte olan ülkeler" olmak üzere iki ana başlık altında yapılacak ve her grup kendi içinde ayrıca ayrıntılandırılacaktır. Gelişmekte olan ülkelere bazılarında kısa da olsa ayrıca değinilecektir.

Bugün dünyada yaklaşık 150 ülkede sağlık dışında başka hakları da garanti altına alan bir sosyal güvenlik sistemi vardır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kapsanan rüfus sınırlıdır ve yalnızca formal sektördeki işçileri içermektedir; yararlanım paketi genellikle minimaldir; kaynaklardaki, gelirdeki ve kapsamdaki yetersizliklere sıklıkla yönetsel yetersizlikler eklenmekte ve sorunlar daha da büyümektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, formal sektörün büyüklüğü sosyal güvenlik sistemlerinin gelir tabanının genişliğini de belirler. Afrika'da bu tabanın toplam içindeki oranı %10 kadardır. Latin Amerika ülkelerinde oldukça yüksektir ve Asya'da ülkeden ülkeye değişmektedir. Eski sosyalist ülkelerde ise, planlı ve merkezi bir yapıdan piyasa ekonomisine geçişin sonucu olarak formal sektör daralmakta ve informal sektör ile kendi hesabına çalışanların oranı kontrolsüz biçimde artmaktadır. Bu ülkelerde 1990 sonrasında içine düşülen ve halen yaşanmakta olan ekonomik kriz de sosyal güvenlik sistemleri açısından önemli bir risk oluşturmaktadır (Gillion, C.; 1994: 28 ve Roberts, J.L., Mierzewski, P.; 1993: 2-3).

Yukarıda yapılan saptamaları daha da somutlayacak ekonometrik analizlerin sonuçlarına göre, bir ulusun sağlık bakımı için ayırdığı kaynakların toplamı ulusal gelir ile ileri derecede ilişkilidir (güçlü korelasyon). Buna karşılık, vergiden ya da zorunlu sigorta primlerinden elde edilen gelirlerin toplam sağlık harcamaları içindeki oranı ile toplam sağlık harcamaları arasında böyle bir ilişki yoktur. Bu da göstermektedir ki, sağlık hizmetleri için daha fazla kaynak yaratabilmenin yolu ekonomik büyümedir. Bunun dışında vergi sisteminden sigorta sistemine geçmenin kaynak yaratmak açısından bir işlevi yoktur (Maarse, H.; 1993: 3).

5.1. Avrupa Bölgesi

Avrupa bölgesinde, 'da 24, Hollanda'da 53, İsviçre'de 200, Almanya'da 1100. Son yıllarda, meydana gelen birleşmeler sonucunda bu sayılarda azalma eğilimi gözlenmektedir. Örneğin Almanya'da hastalık sigortası fonu sayısı 1883 yılında 22000 idi. Birleşmelerin ana nedeni üyeliğin daha geniş bir nüfus dilimine yayılması sonucunda üye sayısının artmasıdır.

Fonlar Fransa ve Lüksemburg'ta mesleki gruplar zemininde organize edilmiştir. Hollanda'da son yıllara kadar coğrafi bölgelere göre idi. Belçika'da dinsel ya da politik gruplar zemininde bir örgütlenme vardır. Avusturya ve Almanya'da fon organizasyonu mesleki, dini ya da işletme zemininde olabilmektedir.

Sigorta fonlarına üyelik Avusturya, Belçika, Fransa ve Lüksemburg'ta zorunludur. İsviçre'de genel olarak isteğe bağlıdır. Ancak dört kantonda ve bazı belediyelerde zorunlu, bazı kantonlarda ise yalnızca bazı gruplar için (örneğin yaşlılar, çocuklar ve düşük gelirli) için zorunludur. Üyelik, Almanya ve Hollanda'da belli bir gelir düzeyinin altında geliri olanlar için zorunludur. Bu gelir düzeyinin üzerinde geliri olanlar Almanya'da ya zorunlu sigortayı ya da özel bir sigortayı seçmekte serbesttirler. Hollanda'da ise bu gruptaki insanlar ya özel sigortayı tercih ederler ya da sigortasız kalırlar.

Kapsanan nüfusun genişliği ve bu nüfusun yararlandığı hizmetler bakımından dört değişik yapının bulunduğu görülmektedir. İlk yapı neredeyse tüm nüfusun kapsandığı ve yararlanım paketinin bütün hizmetleri içerdiği Avusturya, Fransa ve Lüksemburg gibi ülkelerdir. İkincisi, hemen bütün nüfusun yine zorunlu sigorta fonunun kapsamına girdiği, ancak bazı bireylerin yalnızca kısmi bir hizmetten yararlanabildikleri Belçika, Hollanda gibi ülkelerdir. Belçika'da nüfusun %15'i (kendi hesabına çalışanlar) yalnızca önemli (major) riskler için sigortalı iken, nüfusun kalan kısmı hem önemsiz (minor) hem de önemli riskler için sigortalanmışlardır. Hollanda'da kapsayıcı hizmet nüfusun %60'ına sunulmaktadır. Kalan nüfus yalnızca kronik hastalıklara karşı sigortalıdır. Üçüncüsü, neredeyse bütün nüfusun isteğe bağlı sigortaların kapsamına girdiği İsviçre'dir. Dördüncüsü, nüfusun belli bir bölümünün sigorta kapsamına girdiği ülkelerdir. Örneğin Almanya'da nüfusun yaklaşık %90'ı sigorta sisteminin kapsamındadır.

Bütün ülkelerde prim düzeyleri gelirle ilişkili ve sabit oranlıdır (flat rate). Prim ödemeleri işçi ve patron arasında paylaşılmıştır. Örneğin Avusturya, Almanya, Lüksemburg ve Hollanda'da primlerin yarısı işçi, kalanı da patron tarafından ödenmektedir. Belçika ve Fransa'da ise patron payı daha fazladır. Katkı payları konusu ilgili taraflar arasında ve değişik düzeylerde görüşülse de son karar merkezi hükümet vermektedir. Avusturya, Fransa, Almanya ve İsviçre'de prim miktarı sigorta fonları arasında değişebilmektedir. Bu değişiklik fonların üye profillerinin değişikliğinden kaynaklanmaktadır. Prim oranları gelirin %5.6'sı (Avusturya) ile %19.4'ü (Fransa) arasındadır.

Belçika ve İsviçre'de bireyler istedikleri sigorta fonunu seçebilmektedir. Bu serbetlik kısmen Almanya'da da (beyaz yakalılar için) geçerlidir. Diğer ülkelerde ise sigorta fonunu seçme hakkı yoktur, bireyler meslek ya da coğrafi bölgeye göre sigortalanmaktadır.

5.1.b. Sigorta sistemine geçmekte olan Avrupa ülkeleri

İsrail nüfusunun çoğu 1995'te çıkan bir yasa ile sigortalanmaktadır. Sigortalanma isteğe bağlıdır. Sigortalılara evrensel bir yararlanım paketinin sunulması planlanmaktadır.

Türkiye'de nüfusun bir kısmı sigortalıdır. Bütün nüfusu kapsayacak ve varolan sosyal güvenlik sistemlerini birleştirecek bir çalışma halen sürdürülmektedir.

Eski Doğu Almanya'da sosyalizm döneminde merkezi olarak denetlenen ve vergiye dayalı bir finans sistemi vardı. Birleşmeden sonra, 1991 yılında hastalık fonlarının oluşturulmasına başlandı. Sağlık finans sistemindeki bu değişiklik iki Almanya'nın birleşmesi sürecindeki görüşmelerde kararlaştırılmıştı. Nüfusun önemli bir kısmı için zorunlu sigortalılık getirildi. Primlerin gelire oranı ilk yıl için %12.8 olarak belirlenmişti.

5.1.c. Gelişmiş genel vergi modeline sahip olan Avrupa ülkeleri

İrlanda, İngiltere ve İskandinav ülkeleri bu gruptadır. Bu ülkelerde de bu yüzyılın başlarında sigorta sistemi vardı. Ancak zaman içinde şu farklılıklar ortaya çıktı: Sosyal güvenlik kapsamına alınan nüfus genişletilirken, devlet daha fazla sorumluluk üstlenerek sistemi genel vergilerle finanse etmeye başladı. Bütün nüfus sistemin kapsamına alınırken, sigorta fonlarına yapılan katkı payları sağlık hizmetine ulaşmayı belirleyen etken olma özelliğini yitirdi. Hastalık fonları, devletten ayrı yapılar olmaktan çıktılar. Sağlık hizmeti sunumu giderek kamu sektörünün sorumluluğu durumuna geldi.

Sigorta sisteminden vergi sistemine geçiş 2. dünya savaşından sonra tamamlandı. Bu ülkelerin bazılarında sigorta halen tamamlayıcı bir unsur olarak varlığını sürdürmektedir.

Sigorta sistemine sahip ülkelerin tersine, gelişmiş genel vergi modeline sahip bu ülkelerde nüfusun tamamı ve bütün sağlık hizmetleri (evrensel hizmet paketi) vergi temelli finans yapılarının güvencesi altındadır. Yine sigorta sisteminin tersine, bütün bireyler aynı tür hizmetlere ulaşabilirler. Yalnızca İrlanda bunun dışındadır. İrlanda'da yalnızca yoksullar (nüfusun üçte ikisi) bütün hizmetlere parasız ulaşabilirken, zenginler bazı hizmetler için cepten ek ödeme yapmak zorundadırlar. Bu da pozitif eşitsizlikçi bir tutumdur. Sigorta sistemlerinde prim miktarlarının ve yararlanım paketlerinin toplumsal gruplar arasında değişebildiği hatırlandığında, vergi sistemini uygulayan ülkelerdeki sağlık finans ortamının daha eşitlikçi olduğu anlaşılacaktır.

5.1.d. Vergi sistemine geçmekte olan Avrupa ülkeleri

Bunlar Güney Avrupa ülkeleridir. Bu ülkeleri bir önceki gruptakilerden ayıran özellik, sigorta sisteminden vergi sistemine geçişi daha geç (1970'lerin sonu ile 1980'lerin ortaları arasında) başlatmış olmalarıdır. Bunda da siyasal

ortamın daha geç demokratikleşmiş olmasının etkileri saptanabilir.

Bu ülkelerin sistem değiştirmelerindeki amaç, önceden sistemin kapsamına alınamayan nüfus kesimlerinin de kapsanabilmesi ve bütün nüfusa evrensel nitelikli hizmet sunulabilmesidir. Ayrıca sağlık finans sistemindeki parçalı yapının ortadan kaldırılması şeklindeki bir amacın da etkili olduğu belirtilmektedir.

Geçiş aşaması halen tamamlanmamıştır. Örneğin Yunanistan'da hastanecilik hizmetleri genel vergilerle finanse edilirken, ayaktan tedavi edici hizmetlerde sigorta primleri kullanılmaktadır. İtalya'da sosyal sigorta fonu, bugün de toplam sağlık harcamalarının %40'ını karşılamaktadır.

5.1.e. Sigorta sistemine geçen eski sosyalist ülkeler

Bu ülkelerde vergi sistemi halen tamamlayıcı bir unsurdur. Genel bütçe katkısı ya prim ödeyemeyecek durumdaki toplum kesimlerinin gereksinimlerini karşılamak üzere ya da tıp eğitimi, tıbbi araştırmalar için kullanılmaktadır.

Sağlık sigortası finansal ve yönetim açısından devletten bağımsızdır. Böylece sigorta fonları yarı kamusal kurum niteliği göstermektedir. Hükümetlerin, fonlar üzerinde değişen derecelerde denetimi vardır.

Bazı ülkelerde merkezi bir sigorta fonunun yanı sıra özelleşmiş hastalık fonları da vardır (Çekoslovakya, Estonya, Macaristan, Slavakya, Slavenya). Böyle olsa da merkezi fon nüfusun çok önemli bir kısmını sigortalamakta ve yerel ya da özel sigorta fonlarını denetlemektedir. Arnavutluk'ta ise tek bir sigorta fon yapısı bulunmaktadır.

Bütün nüfusun zorunlu olarak sigortalanması düşünülmektedir. Macaristan'da geliri yüksek olanlar kapsam dışı kalabilmektedir. Sıklıkla, farklı sigorta fonları tarafından sunulan hizmet kapsamı bakımından farklılıklar olmaktadır. Ancak temel bir hizmet paketinin bütün nüfus için sunulması planlanmaktadır.

Prim düzeyleri gelirle ilişkili olup, sabit bir miktardadır. Genellikle işçi ve patron arasında paylaşılmaktadır. Primin gelir içindeki oranı %3.6 (Rusya) ile %13.5 (Çekoslovakya ve Slavakya), patron payı/işçi payının oranı da 100/1 (Estonya) ile 50/50 (Slovenya) arasında değişmektedir.

Çeşitli sağlık sigortası fonları olabilse de, bunların topladığı primler merkezi fona gönderilmekte, buradan da yeniden (bölgelerin yaş ve cins yapıları dikkate alınarak) bölgelere aktarım yapılmaktadır. Böylece parasal kaynakların gereksinime göre kullanılabilmesi hedeflenmektedir.

Bu gruptaki ülkelerin tümünde, sağlık sigortası

uygulanmasından sonra sağlık için yapılan toplam harcama miktarında, önceki döneme göre artış olduğu belirtilmektedir. Sağlık finansmanındaki sorumluluğun sigorta fonlarına verilmesi, başlangıçta hükümeti de (Maliye Bakanlığı) memnun etmişti. Ancak zamanla sigorta fonlarının eksikliklerinin ortaya çıkması ve finansal açıkları kapatmak için hükümetin devreye girmek zorunda kalması sigorta fonları ile maliye bakanlıkları arasında ciddi gerilimlere yol açmıştır. Bunun da ötesinde, sigortaya geçişle birlikte sağlık harcamalarındaki artışın yetersiz maliyet kontrolünden kaynaklanabileceği de belirtilmektedir.

Sigorta fonlarının geliri, ekonomik olarak aktif olmayanların, işsizlerin ve emeklilerin sağlık giderlerini karşılamaya yetmemektedir. Bu durumun finans sistemleri açısından önemli bir açmaz olduğu söylenebilir.

Genel bütçe sisteminden sigorta sistemine geçiş, sanayi ve hizmet sektörlerindeki emek maliyetlerini artırmıştır. Bu nedenle işletmeler çalıştırdıkları işçileri bildirmemek eğilimi göstermektedir.

Sağlık, emeklilik ve işsizlik primlerinin toplamı örneğin Macaristan'da toplam ücretin %60.8'ini bulmaktadır. Diğer ülkelerde de benzer oran söz konusudur. Buna rağmen merkezi devlet bütçesinden katkı olmaksızın, sigorta fonlarının hastalık giderlerini karşılaması olanaksız olmaktadır.

5.2. Gelişmekte Olan Ülkeler

5.2.a. Formal sektöre yönelik sigorta sistemi uygulamaları

Son yıllarda sigorta sistemine geçmekte olan Asya ülkelerinin çoğunda eskiden var olan finans sistemi genel bütçedir. Son değerlendirmeler 26 Asya ülkesinden 23'ünün sigorta sistemine yöneldiğini göstermektedir. Buradaki spektrum Orta Asya'daki eski sosyalist ülkelerden, Vietnam, Çin gibi koşulları son derece farklı olan ülkelere kadar uzanmaktadır. Bunların ortak olan sosyoekonomik özellikleri şöyle sıralanabilir: Devlet fonlarına bağımlılık ve sağlık hizmetleri de içinde olmak üzere bir dizi kamu hizmetinin devlet tarafından sunulması. Liberal ekonomik (her zaman politik olanları eşlik etmese de) reformlar. Gelir düzeyine göre görece daha iyi sağlık düzeyi. Görece büyük bir sağlık hizmet alt yapısı.

Geçiş sürecinin sonucunda devlet kaynakları azalmıştır. Bu da sağlık için ayrılan kamu kaynaklarının düşmesine neden olmuştur. Vietnam ve Çin için bu düşüş mutlak değilse de görecedir. Örneğin Çin'de devlet tarafından kullanılan kaynakların ulusal gelir içindeki oranı 1980'de %30 iken, 1990'ların başında %12'ye inmiştir.

Asya ülkelerinde sigortaya geçişin iki temel nedeni vardır. Birincisi, bütçe paylarındaki mutlak ya da görece düşüşü tersine çevirmek için ek kaynak yaratmaktır. İkincisi ise sağlık hizmetini satın alacak ayrı bir kurumsal yapı

oluşturmaktır. Birincisi en önemlisi olarak görülmektedir.

Eskiden devlet mülkiyetinin egemen olduğu eski Orta Asya sosyalist ülkelerinde bile ekonomideki kriz bütçe dışında ek kaynak yaratmayı güçleştirmektedir. Bu nedenle ülke nüfuslarının halen önemli kısmı kapsam dışındadır. Kapsanabilen nüfuslar önemli oranda devlet ve büyük özel sektör işletmelerinde çalışanlardır. Sistem teorik olarak zorunlu olsa da küçük özel firmalarda ve kendi hesabına çalışanlar prim ödemekten kaçınmaktadır. Bugün nüfusların yaklaşık %25'i formal sektörün dışındadır ve sosyal güvenceye alınmaları olanağı bulunmamaktadır. Bu gruplar içine işsizler, kendi hesabına çalışanlar, kendileri çalışmayıp bağımlı olanlar ve küçük işletmelerde çalışanlar girmektedir.

Sigorta sistemine geçen bu ülkelerde sigortaya geçiş sürecini etkileyen üç ana etkenin bulunduğu bildirilmektedir: Geçiş süreciyle birlikte olan etkenler, yapısal özellikler ve ülkeye özel hazırlayıcı etkenler.

Geçiş özellikleri ekonomik durumla ilişkilidir. Geçiş süreci ekonomik yapı ve istihdam olanakları üzerinde önemli etki yapmıştır. Devlet işletmeleri özelleştirilmiş, parçalanmış ya da kapatılmıştır. Bu nedenle devlet istihdamı azalırken, küçük işletmelerde artış olmuştur. Emek gücü önemli oranda informal sektörde çalışmak zorunda kalmış, vergi tabanı da daralmıştır. Kamu sağlık sektörünün güç duruma düşmesi, nitelikli personelin kamudan kaçışı sonucunu yaratmıştır. Hastaneler hizmetten yararlanım anında cepten ödeme yapabilecek hastaları tercih etmeye ve kamu güvencesindeki hastaları reddetmeye başlamışlardır. Ekonomik kriz vergi, sosyal güvenlik paylarının toplanmasını güçleştirmektedir. Bu durum özellikle eski sosyalist ülkeler için geçerlidir. Kamu sağlık fonlarının güvence altına alabildiği yararlanım paketi genellikle çok küçüktür. Bu durum bu fonlara üye bireylerin güvensizliğine neden olmaktadır. Nitekim sosyal güvenlik kurumuna yapılan ödemenin yanında, hastalık durumunda cepten ödeme yapmak genel bir kural durumundadır. Bu da bireyleri sigorta kurumuna üyelikten caydıran bir sorundur.

Yapısal özellikler ülkelerin gelir elde etme potansiyelleriyle ilişkilidir. Nüfusun endüstriyel sektörde çalışması ödentilerin toplanmasında kolaylık sağlamaktadır. Ancak düzensiz kentleşme ve nüfus yoğunlaşması yönetsel maliyetleri artırmaktadır. Kırsal nüfusun fazlalığı sigorta sisteminin genişletilmesini engelleyen en önemli yapısal özelliktir. Ayrıca ülke ulusal gelirinin artış hızı da etkili olmaktadır. Sigorta programlarının uygulanmasını etkileyen yapısal özellikler nüfus yoğunluğu, kentte yaşayan nüfus oranı, endüstride çalışan nüfus oranı ve kişi başı gelir olarak belirtilmektedir. Sıralanan ölçütler bakımından iyi durumda olan ülkelerde sigorta sisteminin geliştirilmesi kolay olmaktadır.

Ülkeye özel etkenler ise oluşturulan fonların yönetimindeki sorunlarla ilgilidir. Kimi ülkelerde sigorta fonlarındaki yolsuzluklara ilişkin olaylar bildirilmektedir.

Fonun finansal olarak iyi değerlendirilmemesi enflasyon karşısında kayba neden olmaktadır. Çoğu kez gelirler ile giderler arasındaki ilişki iyi hesaplanamamakta, bu da yararlanım paketinin denetlenememesine yol açmaktadır. Programa katılımın artırılması için başlangıç aşamalarında geniş yararlanım paketi sözü verilmekte, ancak sonradan eldeki gelir ile bu sözün tutulması olanaksız olmaktadır. Bu da sonuçta halkın sigorta sistemine karşı güvensizliğini artırmaktadır (özel olarak Uruguay). Satın alınacak sağlık hizmetinin kalite ve nicelik olarak iyi denetlenememesi bir diğer sorundur. Bu sorun doğrudan doğruya yönetsel kapasiteyle ilgili olup, bu ülkelerde aşılması oldukça zor görünmektedir.

Sonuçta geçiş sürecindeki Asya ülkeleriyle ilgili olarak söylenebilecek en genel gerçek, bu ülkelerdeki sigorta uygulamasının ülkelerin ekonomik durumlarından ileri derecede etkilendiğidir. Ekonomik durum düzelmedikçe, sağlık hizmetleri için ek kaynak yaratma mekanizması olarak ele alınan sigorta sisteminin bu amaca hizmet etmesi olanaksız görünmektedir (Asya ülkeleri için bkz. Ensor, T.; 1999).

Sahra Altı Afrika (SAA) ülkelerinde de sigortanın temel hedefi beklenmedik sağlık gereksinimleri için hazır bir fon oluşturmaktır. SAA ülkelerindeki sağlık sosyal güvenlik sistemleri şu şekilde gruplanabilir: a) Genel vergilerle finanse edilen ve evrensel nitelikli sağlık hizmetini parasız sunan sistemler: Tanzanya. b) Formal sektörde çalışan bütün emek gücünü kapsayan zorunlu sigorta sistemleri: Senegal. c) Hükümet çalışanları için özel olarak oluşturulmuş sağlık sigortaları: Sudan. d) Hükümet çalışanları için indirim sağlayan sistemler: Etyopya. e) Sınırlı yararlanım sağlayan diğer kamu programları: Kenya. f) Patron tarafından o işyerindeki çalışanlar için oluşturulan sigorta fonları: Kongo Demokratik Cumhuriyeti (eski Zaire).

SAA ülkelerinde hastalık dağılım ve sıklıklarıyla ilgili bilgi yoktur. Oysa bu bilgi sigorta prim miktarını hesaplamak bakımından gereklidir. Bu durum, sigorta fonlarının açık biçimde moral riske maruz kalmasına neden olmaktadır. Özellikle kesimde gelirdeki dalgalanmalar ve belirsizlikler nedeniyle düzenli prim toplamak güçtür. Bu nedenle sigorta fonları düzenli geliri olup, düzenli prim ödeyebilecek durumdaki formal sektör çalışanlarına yönelmektedir.

SAA'da ekonomik durumun kötülüğü birden fazla çeşit sigorta uygulamasının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Temel olarak dört çeşit kamu sağlık sigortası sistemi vardır: Toplum temelli sağlık sigortası, formal sağlık sigortası, patron temelli sağlık sigortası ve sosyal sağlık sigortası.

Toplum temelli sağlık sigortası genellikle gönüllülük esasına dayanır ve sağlık gereksinimlerinin tümünü kapsamaz (evrensel değildir). Genellikle belli bir bölgede uygulanır. Örneğin Zaire'de Bwamanda sigorta planında sigortalıların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri sağlık merkezlerinden sevk edilmeleriyle olanaklı olmaktadır. Hastane harcamalarının %80'i karşılanır.

Üyelik isteğe bağlı olsa da, yanlı seçimden kurtulmak için ailenin bütün bireylerinin üyeliği zorunlu tutulmuştur. Toplum temelli sağlık sigortası uygulamasından önce dikkatli bir değerlendirme ve planlama gerekir. Örneğin bölgede hizmet alt yapısının yetersiz olması ya da sağlık hizmetlerinin hükümet tarafından parasız sunuluyor olması sigortayı anlamsız kılacaktır.

Formal sağlık sigortası yalnızca formal sektör çalışanlarını kapsar. SSA ülkelerindeki ekonomik koşulların bozukluğu bu sigorta türünü yaygınlaştırmaktadır.

Patron temelli sigorta: Zimbabve'de nüfusun %5.6'sı, Güney Afrika'da %20'si ve Namibya'da %4'ü bu tür sigorta programlarının kapsamındadır. Yararlanım paketi çok değişik olabilmektedir. Prim miktarı ücretin belli bir oranı olarak hesaplanır ve hem işçiden hem de patrone kesinti yapılır. Zimbabve'de işçi ve patron katkı paylarının oranı 50/50 şeklindedir ve patron katkı payı vergiden muafdir. Bu da sistemi hükümetin de sübvansede ettiği anlamına gelmektedir. Hizmet genellikle özel sektörden ve hizmet başı ödeme yapılarak satın alınmaktadır.

Sosyal sağlık sigortası: Katkı hem işçiden hem de patrone gelir. Prim miktarı aktüeryal riskten bağımsız ve sabittir. Zorunlu ya da isteğe bağlı olabilmektedir. Kapsam genellikle formal sektörde çalışanlarla sınırlıdır. Yararlanım paketi programdan programda değişebilmektedir. Programların çoğunda ödeme biçimi hizmet başıdır.

Kamusal nitelikli herhangi bir sağlık sigortası programının kapsamındaki nüfus %3 (Mali) ile %25 (Kenya) arasında değişmektedir ve Kenya dışındaki ülkelerin tümünde %15'in altındadır. Bu ülkelerin çoğunda hükümet en önemli patron durumunda olduğundan programdan yararlananlar çoğunlukla hükümet çalışanlarıdır. Bu da kırsal kesimin ekonomik dezavantaj konumunu daha da belirginleştirmektedir.

SAA ülkelerinde bir yandan ekonomik kriz, öte yandan Yapısal Uyum Programları işsizleri ve kendi hesabına çalışanları artırmakta, bu gelişmeler de sigorta tabanını daraltmaktadır.

Hizmetin çoğunlukla hizmet başına yapılan ödemelerle satın alınması tedavi edici sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların artmasına neden olmaktadır. Yönetsel kapasitedeki farklılıklar ve yetersizlikler yönetsel harcamalarda değişiklikler yaratmaktadır. Örneğin Mali'de yönetsel harcamaların toplam harcamalar içindeki oranı %50, Kenya'da %14 ve Zimbabve'de %10 kadardır.

Bütün bunlar SAA ülkeleri için sigorta seçeneğinin oldukça tartışmalı olduğunu göstermektedir (SAA ülkeleri açısından ayrıntılı değerlendirme için bkz. Sikosana, P.L.N., Dlamini, Q.Q.D., Issakov, A.; 1997: 39-46).

Afrika ülkelerinde görece büyük bir nüfusun informal sektörde çalışması nedeniyle nüfusun önemli kısmına yönelik evrensel nitelikli sigorta sistemi oluşturulamamaktadır. Hatta iyi bir sigorta sisteminin kurulabilmesi için formal sektörde çalışan nüfusun ve

ulusal gelirin artması gerektiği belirtilmektedir. Bu koşullarda sigorta sisteminin yaygınlaştırılması, formal sektör çalışanlarının kapsanması ile olmakta, bu da var olan eşitsizlikleri daha da artırmaktadır. Bunun nedeni Afrika ülkelerinde formal sektörde çalışan nüfusun az sayıda ve refah düzeyinin diğer toplum kesimlerine göre daha yüksek olmasıdır. Örneğin, formal sektördeki nüfusun oranı Burundi'de %6, Güney Afrika'da %19; sağlık harcamalarından aldıkları pay sırasıyla %30 ve %50'dir. Kaynakların ekonomik durumu zaten iyi olan formal sektör çalışanlarına kayması, finansmanın, insan gücünün daha fazla oranda kentlerde toplanması anlamına da gelmektedir. Bu ise tahsisat verimliliğinin düşmesi demektir (Kutzin, J., 1997)

5.2.b. Informal sektöre yönelik sigorta sistemi uygulamaları

Gelişmekte olan ülkelerde nüfusun önemli kısmının formal sektör dışında (informal sektörde) yer alması ve oluşturulan sağlık sigortası fonlarının kapsamının formal sektörle sınırlı kalması, hükümetleri, uluslararası kuruluşları, hükümet dışı kuruluşları informal sektördeki nüfusa yönelik sağlık koruma mekanizmalarının örgütlenmesi yönünde hareketlendirmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde informal sektördeki istihdam, kentteki formal sektör istihdamından daha hızlı büyümektedir. Kentsel informal sektördeki emekgücü oldukça heterojendir. Bütün bunlar informal sektördeki sigorta uygulamalarını güçlendirmektedir. Bu programlar önemli oranda gönüllülük esasına dayanmakta, bu da yanlı seçim sorununu gündeme getirmektedir. Bundan kaçınmak için nüfus kapsamının olabildiğince geniş tutulması, bunun için de üyelikte birim olarak bireyin değil ailenin ya da topluluğun seçilmesi gerekmektedir. Bu ise informal sektörde çalışanların ekonomik durumlarının kötülüğü nedeniyle uygulanması oldukça zor bir seçenektir. Üyelik geniş bir tabana yayılamaması durumunda, yanlı seçimin getireceği maliyet artışından kaçınmanın yolu sağlık riskleri yüksek (yüksek maliyetli) grupların programdan dışlanması (bir başka yanlı seçim) olarak ortaya çıkmaktadır (WHO; 1997). Görülebileceği gibi bütün sınırlılıklar ülkelerin ekonomik durumlarıyla bağlantılıdır. Dolayısıyla çözüm olarak sunulan seçeneğin (sigorta) aslında sorunun bir parçası olduğu söylenebilir.

DSÖ geliştirmekte olan ülkelerde informal sektörü hedefleyen 82 sağlık sigorta programını (Afrika'da 31, Güney Asya'da 16, Güney Doğu ve Doğu Asya'da 29, Latin Amerika'da 6 adet olmak üzere) değerlendirerek programları iki ana gruba ayırmıştır: Yüksek maliyetli ancak görülen sağlık sorunlarını sigortalayanlar (Tip 1) ve düşük maliyetli ancak sık görülen sağlık sorunlarını sigortalayanlar (Tip 2). Tip 2 programların bir kısmı sevk edilerek kullanılan hastanecilik hizmetlerini de yararlanım paketi içine almıştır (tip 2 + sevk).

Tip 1 programlar genellikle hastane temellidir ya da hastaneler tarafından işletilmektedir, geniş bir coğrafi bölgede örgütlenmişlerdir, prim hesaplamada aktüeryal hesap yaparlar ve ancak bazı maliyetlerin karşılanmasını

hedefler. Tip 2 olanlar ise toplum temellidirler, köysel alanda örgütlenmişlerdir, prim düzeyi genellikle ödeme gücüne göre belirlenir. Tip 2 programlar hastane harcamalarını içermediği için uygunsuz olarak değerlendirilir. Hükümetin hastanecilik hizmetlerini sunduğu durumlarda uygun olabilirler. Tip 1 programların temel amacı hastanecilik hizmetlerinin maliyetinin karşılanmasıdır. Tip 2 programların amacı ise hizmetin yaygınlaştırılmasıdır. Programların önemli kısmı için üyelik isteğe bağlıdır ve hükümet dışı organizasyonlar tarafından yönetilirler.

Hastane temelli programların içinde en çok bilineni ve iyi işleyeni Zaire'deki Bwamanda bölge hastanesi sigorta programıdır. Bu programda da üyelik ekonomik olaylarla yakından ilişkilidir. Ekonomik kriz dönemlerinde üye sayısının düştüğü bildirilmektedir. Çok düşük ve çok yüksek gelirliler için üyelik daha az tercih etmektedir. Sigortalılar sigortasızlara göre daha fazla sağlık hizmeti kullanmakla birlikte (ameliyatlar için 10 kat, annelik hizmetleri için yedi kat), sigortalılar arasında da hastaneye uzaklığa göre değişen kullanım farklılıkları vardır. Hastaneye uzaklığı 35 kilometreden fazla olanlarda kullanım belirgin olarak düşmektedir ve bu durum herni operasyonu için de geçerlidir. Bu veriler, sigorta uygulamasının bu tür koşullarda mesafeye bağlı hizmet kullanım engelini çözemediğini göstermektedir. Ancak sigortalılar arasındaki uzaklığa bağlı eşitsizliğin, sigortasızlar arasındaki uzaklığa bağlı eşitsizlikten daha az olduğu da gözden kaçırılmamalıdır (Criel, B., Van der Stuyft, P., Van Lerberghe, W.; 1999). Sağlık kurumuna olan uzaklık, prim düzeyi ile birlikte, isteğe bağlı sigorta programlarının tercihini belirleyen en önemli etkidir (Desmet, M., Chowdhury, A.Q., Islam, K.; 1999).

Kimi programlar daha önceden başlatılmış ve daha kapsamlı bir toplumsal kalkınma projesinin bir parçası olarak örgütlenmiştir (Filipinler'de, Uganda'da, Hindistan'da, Bangladeş'te; Endonezya'da). Bu durumun sigorta programının başarısını artırdığı belirtilmektedir. Örneğin Filipinler'de La Union eyaletinde sigorta seçeneği, toplum temelli bir ana çocuk sağlığı projesinin bir parçası olarak ve sonraki yıllarda gündeme gelmiştir. Proje, merkezi Londra'da bulunan ve 40 değişik ülkede benzeri çalışmaları kar amacı gözetmeksizin yürüten bir hükümet dışı organizasyonuna aittir (Filipinler örneği için bkz. Ron, A., Kupferman, A.; 1996).

İnformal sigorta programlarında nüfus ya coğrafi olarak ya da yapılan işe göre belirlenmektedir. Üyelik aile/hane, bireysel, köy ya da kooperatif temelli olabilmektedir. İncelenen programların yaklaşık yarısı aile/hane temellidir. Bireysel temelli programların dezavantajı yanlı seçime fırsat vermesidir.

82 programın yalnızca 12'si zorunlu ve evrensel üyelik kurallarına sahiptir. Bunlarda da primlerini düzenli toplayabilenlerin sayısı çok azdır. Zorunlu olmayan programlarda ise kapsanan nüfus çok küçüktür. Toplumsal temelli programlarda, belli bir yöredeki nüfusun %25'ini

üye yapabilen programların sayısı bile azdır. İsteğe bağlı programlarda yoksulların üyeliği iyiden iyiye düşüktür.

Primler belirlenmiş sabit bir miktar üzerinden nakit olarak toplanmakta ve aynı ödeme kabul edilmemektedir. Yalnızca 10 programda prim düzeyi gelirle orantılı biçimde belirlenmektedir. Bunun nedeni yönetsel kapasitedeki yetersizliktir. Prim toplama genellikle ürünün elde edildiği mevsimlerde yapılabilmekte, bu da üyelik oranını düşürmektedir.

Programların yarısında ödeme biçimi ücret ve bütçe aktarımı şeklindedir (42 programda). İkinci en sık kullanılan ödeme biçimi hizmet başı ödemedir (11 programda). Hizmet başı ödeme özellikle Tip 1 programlar için geçerlidir. Hizmet başı ödeme, birincil ya da ikincil bakım veren özel sektör için de kullanılmaktadır.

Programların çoğunda yararlanım paketi iyi tanımlanmamıştır. Yararlanım paketini geniş tutan sigorta programları, kısa sürede finansal güçlük içine girmişler ve riskli nüfus gruplarını dışlamak zorunda kalmışlardır. Programların pek azı sağlık eğitimi ve koruyucu sağlık hizmetlerini yararlanım paketine dahil etmektedir. Programların hemen hiçbirisi hizmet kalitesini artırmaya yönelik denetim mekanizmalarına (finansal mekanizmalar da içinde olmak üzere) sahip değildir. Çünkü bu da yönetsel kapasitelerin belli düzeyde gelişmiş olmasını gerektirmektedir.

Örneğin Guatemala'da toplam 65 bin kişilik bir nüfusu kapsayan Barilla belediyesindeki Assaba programı için, yararlanım paketi başlangıç aşaması olarak bütün ayaktan ve yataklı tedavi hizmetlerini içerecek biçimde belirlenmiştir. Ancak kısa sürede finansal sıkıntının baş göstermesi üzerine, hastane yatışları ciddi ishal ve ciddi solunum sistemi enfeksiyonları için üç gün, kazalara bağlı yaralanmalar için bir gün, ameliyatlar için dört gün, komplike doğumlar için üç gün ve komplikasyonlu yeni doğanlar için iki güne sınırlanmıştır (Ron, A. 1999: 942).

Yönetsel masraflar bütün harcamaların %5-17'si arasındadır. Bu oran Batı'daki oranlardan çok yüksektir. Üstelik, yönetsel maliyetlerdeki bu yükseklik, maliyet artışı sağlayacak aktif ve etkin bir hizmet denetiminin yapılmadığı bir yönetsel ortamda ortaya çıkmaktadır.

Hastane temelli programların hastanecilik hizmetlerine odaklanmış olması tahsisat verimliliğini düşüren bir etkidir. Hizmet başı ödeme gereksiz hizmet kullanımına neden olmaktadır. Gereksiz hizmet kullanımı ve maliyet artışı özellikle Tip 1 programlar için söz konusudur.

Programların çoğunda primler sabit bir düzeyde toplanmaktadır. Bu da regresif bir sonuç yaratmaktadır. Geliri az olup, sabit primi ödeyemeyenlerin sayısı çoktur. Bunlar için ise sübvansiyon mekanizmaları sınırlıdır. Prim ödeyemeyecek durumda olanlar, hizmet kullanım anında

cepten ödemeye zorlanmaktadır. Gana'da prim miktarı ailelerin gelirinin %5-10'unu oluşturmaktadır. Burundi'de ailelerin %27'si programa kaydolamamalarının nedeni olarak finansal güçlükleri belirtmektedir. Meksika'da daha önceden programa kayıtlı olanların %20'si çıkmak zorunda kalmıştır ve bunun asıl nedeni finansal güçlüklerdir.

Sağlık hizmeti kullanımı en fazla oranda sağlık kurumuna yakın yerlerde oturan sigortalılarda artmaktadır. Sonuç olarak kuruma uzak yerlerde yaşayanlar programdan çıkmaktadır. Bu da yanlış bir seçim olmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunun yetersiz olduğu koşullarda sigortanın hizmet kullanımını artırıcı etkisi gözlenmemektedir.

Birden fazla programın olduğu ülkelerde, hükümet finansal açıdan güç durumda olan programları ne kadar sübvansese de, programlar arasında önemli eşitsizlik olmaktadır (informal sektördeki sigorta uygulamalarının genel değerlendirmesi için bkz. Bennett, S., Creese, A., Monasch, R.; 1998).

5.2.c. Çin

Çin Halk Cumhuriyeti 1949'da kurulduğunda sağlık sistemi son derece yetersizdi. İzleyen 40 yıl içinde toplum temelli bir sağlık sistemi kuruldu. Sağlık sistemi, köy, kasaba ve kentte olmak üzere üç basamaklıydı. Kırsal sağlık hizmetlerinin finansmanı komünlerin inisiyatifiyle 1955 yılında oluşturuldu ve 1960'larda kırsal kooperatif tıp sistemi adını aldı.

Finansman açısından birbirini tamamlayan bir kaç program vardı. Tümünde de sistem merkezi hükümet, yerel kolektif birimler ve ailelerin katkılarından oluşmaktaydı. Yerel kolektif fonların katkısı ortalama %50 kadardı. Çiftçilerin katkısı ise yıllık gelirlerinin %0.5'i ile %2'si arasında değişmekteydi. Toplumsal örgütlenmenin temeli olan komünlerin pek çoğu kendi sağlık merkezlerini kurmuşlar ve maliyetini de karşılamaktaydılar.

Bilindiği gibi Çin 1970'lerden beri önemli bir değişiklik yaşamakta ve piyasa ilişkilerine geçmektedir. Bunun sonucunda hükümet harcamalarının toplam ulusal gelir içindeki payı önemli oranda düşmüştür: 1978'de %31.6, 1996'da %11.1. Devlet mülkiyetindeki işletmeler eyaletlere devredilmiş ya da özelleştirilmiştir. Ekonomik büyümenin hızı artsa da gelir eşitsizliği de genişlemiştir. Nüfusun en yoksul %40'lık diliminin toplam gelirden aldığı pay yalnızca %17.4'tür.

Bu değişiklikler içinde sağlık sektörü açısından önemli olanları şunlardır: Finansal yönetimin desantralizasyonu, hükümet birimleri ile hizmet üreten birimler arasındaki ilişkilerin değişimi, komünlerin yönetsel yapılarını devralan kasaba yönetimlerinin kurulması ve önceden işlevsel olan pek çok sağlık ödeme programının çökmesi

Hastane ve sağlık merkezlerine hükümet katkısı yarı yarıya azalmıştır. Bu nedenle bu birimler gelirlerini ilaç satışları ve pahalı teknolojilere dayalı hizmetlerin üretilmesi ile elde etmeye başlamışlardır. Yönetim ve finansman sorumluluğunu üstlenen kasaba yönetimlerinin bir kısmının çalışanların ücretlerini bile ödeyemedikleri bildirilmektedir. 1970'lerde komünlerin %90'ı kendi sağlık birimine sahipken ve bunların toplam harcamalar içindeki payı %20'nin üzerinde iken, 1990'larda kendi sağlık birimine sahip komünlerin oranı %10'a ve bunların sağlık harcamaları içindeki payı da %2'ne inmiştir. Bunun anlamı periferdeki sağlık sisteminin çökmesi, sevk sisteminin ortadan kalkmasıdır. Kolektif finansman mekanizmalarının yıkılması ve devlet katkısının minimize edilmesinin sonucu sağlık hizmetinden yararlanımın ödeme gücüyle bağlantılı bir durum alması olmuştur. Düşük gelirli olan ailelerde sağlık harcamalarının toplam gelir içindeki oranı diğerlerine göre belirgin biçimde yüksektir. Ancak kişi başı sağlık harcaması daha yüksek olan aileler yüksek gelirli ailelerdir.

Sağlık sisteminin çöküşü sonrasında sağlık sorunlarının ve eşitsizliklerin artışı 1994'te kırsal kooperatif sağlık sistemlerinin yeniden kurulması çabalarının uyarıcısı olmuştur. Bu programlar aynı yerellikteki bir komite tarafından yönetilmekte ve kaynakları ailelerin ödemelerinden ve yerel hükümetlerin katkılarından gelmektedir. Bunun, eski kapsayıcı sağlık sisteminin desantralize bir tarzda yeniden kurulması çabası olduğu söylenebilir.

Programların sundukları yararlanım paketlerinin çok farklı olduğu görülmektedir. Programlara katılım gönüllülüğe bırakılmıştır. Hedef, 2000 yılına kadar komünlerin %70'inde kırsal kooperatif tıp sisteminin bu yeni tarzda, yeniden kurulmasıdır. Uygulama pilot olarak yedi eyaletin (province) 14 ilinde (county) başlatılmıştır. Finansal açıdan güç durumdaki yerelliklerin bir üst yönetsel birimler tarafından sübvansese edilmesi teorik olarak zorunlu olsa da, bunun pratikte işlemediği ve yerel hükümetlerin çoğunun finansal sıkıntı içinde oldukları bilinmektedir.

Çoğu programdaki katkı payları sabit bir ödeme düzeyi olarak belirlenmiştir. Ancak katkı payı miktarı ailelerin ödeme gücü dikkate alınarak saptanmaktadır. Sonuçta fon miktarı düşük olmakta ve hizmet fiyatlarının %50'den azı geri ödenebilmektedir. Geri ödeme oranının düşüklüğü hizmete ulaşımı güçleştirmektedir ve sistemin cepten ödemelere bağımlılığını ağırlaştırmaktadır. Bütün bunlar, sigorta uygulamasının, aileler üzerindeki sağlık maliyetini azaltmadığını göstermektedir.

Hane gelirinin yeterli olduğu bölgelerde bütçe dışı kaynakların kullanımı giderek artmaktadır. Yoksul bölgelerde ise zengin bölgelerden gelecek sübvansiyona bağımlılık artmakta, ancak bu gerçekleşmemektedir. Yoksul bölgelerdeki sağlık kurumlarının personel bulması ve mevcutlarını da çalışmaya devam ettirmesi zor

olmaktadır. Kurumda personel tutmanın yolu ücretlerin artırılmasıdır. Bu da sağlık kurumlarını ilaç satmaya ve yüksek teknolojiyi gereksiz yere kullanmaya yönlendirmektedir (Bloom, G., Shenglan, T.; 1999; Carrin, G., Ron, A., Wang, S.C. ve diğerleri; 1996: 2-21 ve Carrin, G., Ron, A., Yang, Hui ve diğerleri; 1999)

Sistemin desantralize edilmiş olması il hükümetlerinin yönetim, planlama ve koordine etme becerisini ortadan kaldırmıştır. Sonuç olarak, Çin piyasa ekonomisine geçişle birlikte sağlık hizmetlerine verilen önemin azalmasının, sağlıkta piyasa kurallarının devreye girmesinin ortaya çıkardığı sorunları yaşamaktadır. Piyasa kurallarının sağlık sisteminde yarattığı olumsuzluklar 1990'ların başında anlaşılmiş, bunun üzerine eski komünal sağlık ilişkilerini yeniden diriltmek istenmiştir. Ancak bu da piyasa ilişkilerinin geçerli olduğu ortamda ve desantralize bir yönetim yapısı içinde denenmektedir. Bu koşullarda bölgeler arasındaki eşitsizlikleri azaltacak kaynak transferlerini (zengin/yoksul bölgeler ve yönetsel düzeyler arasında) gerçekleştirmek, yoksulluğun bir sonucu olan kaynak yetersizliklerini sigorta uygulaması ile aşmak olanaklı olamamaktadır.

5.2.d. Tayland

Tayland'da nüfusun %56'sını kapsayan (toplam 31.4 milyon kişiyi), kamu tarafından organize edilen dört sağlık sosyal güvenlik sistemi bulunmaktadır. Bu programlardan ilki genel vergilerle finanse edilen, nüfusun %27'sinin üye olduğu kamu yardım programıdır. Düşük gelirli, 60 yaş üzerindeki ve ilkokul öğrencileri bu programın üyesidir. İkinci program hükümet çalışanlarına yöneliktir. Genel vergilerle finanse edilir. Nüfusun yaklaşık %10'unu kapsar. Üçüncü sistem zorunlu sağlık sigortası sistemidir. İşçi, patron ve hükümet katkılarıyla finanse edilir. 10'dan fazla işçi çalıştıran bütün formal sektörü kapsar. Yalnızca çalışanlara yöneliktir, işçilerin aileleri yararlanamaz. Nüfusun yaklaşık %7'si bu kapsamdadır. Sonucu sistem isteğe bağlı sigorta sistemidir.

Bunların içinde üçüncüsü kamu sağlık sigortası niteliğindedir. Sistemin finansmanına katkıda bulunan tarafları temsil eden üçlü bir yönetim yapısı vardır. Hastaların hastane seçme hakları tanınmıştır. Hastane ödemeleri işçi başına yapılmaktadır. Sigorta yönetimi hastanelerle sözleşme yaparak hizmet almaktadır. Özel hastanelerin sisteme katılımı giderek artmaktadır. Sözleşmeli özel hastanelerin oranı 1991'de %13 iken 1995 yılında %33'e yükselmiştir. Özel hastanelere kayıtlı olan işçilerin oranı ise %17'den %60'a çıkmıştır.

Ödemelerin kişi başına yapılması, hastaneleri yüksek riskli hastalara hizmet vermektan alıkoymaktadır. Belli işlerde çalışanlara ve yaşlı işçilere hizmet verilmek istenmemektedir. Aynı sorun tedavi biçimini de etkilemektedir. Nitekim cerrahi gereken hastalara uzun süre ayaktan bakım verildiği bildirilmektedir. Bu durum özellikle özel hastaneler için geçerlidir. Özel hastaneler elektif cerrahi (inguinal herni, tiroid) ve kanser

kemoterapisi vermek istememekte, böyle hastaları da kamu hastanelerine kaydolmaları yönünde yönlendirmektedirler. Bu durum sigortalı işçilerin anlaşmalı hastaneleri kullanımını azaltmaktadır. Sigortalıların sözleşmeli hastaneleri kullanım oranı genel nüfusun kullanım oranının %63'üdür. Hastanelerin patronlarca belirlenmesi, hastaneler ile işçilerin sağlık gereksinimleri arasındaki büyük mesafenin nedeni olarak belirlenmektedir. Özel hastaneler, sözleşme sürecinde avantaj elde etmek için işletme yöneticilerine finansal promosyanlar dağıtmaktadır. Denetim ise diğer ülkelerde olduğu gibi zordur.

Bütün sistemin (ayaktan tedavi edici hizmetler de içinde olmak üzere) hastaneler üzerine kurulması kaynak tahsisatında verimsizlik yaratmaktadır. Program hastanecilik hizmetlerinin yaygınlaşmasına neden olmuştur. İşçilerin çok olduğu Bangkok bölgesinde 100 yataklı özel hastaneler çoğalmıştır. Sonuç olarak hastane yatağı sayısı gerekenin çok üzerindedir. Bu hastaneler ayaktan tedavi hizmetleri sunmaktadır. Son bir kaç yıldır da özellikle bilgisayarlı tomografi kullanımından aşırı kar elde etmektedirler (Tangcharoensathien, V., Supachutikul, A., Lertiendumrong, J.; 1999; Tangcharoensathien, V.; 1993).

5.2.e. Vietnam

70 milyon nüfusu olan Vietnam'da 1987 yılında ekonomik ve sosyal iklim değişmiş ve merkezi olarak planlanan ekonominin yerine piyasa ekonomisi geçirilmeye başlanmıştır. Sonuçta kamu kaynakları ve sağlık sektörü için ayrılan kaynaklar da azalmıştır. Hükümet 1992 yılında kamu ve özel sektördeki ücretli ve bu mesleklerden emekli olanlar için zorunlu sağlık sigortası yasasını çıkarmıştır. İşçi aileleri zorunlu sigorta kapsamına alınmamakta ve onların sigortalılık durumu isteklerine bırakılmaktadır.

994 sonuna kadar nüfusun %5.5'ü olan 4.5 milyon kişi sigortalıdır. Sigorta yararlanım paketinin belirsiz olması sisteme üyelikte motivasyonu kırmaktadır. Ücretli işçilerin yanı sıra bu nedenle bildirilmemekte ve sisteme üye olamamaktadır. Bununla birlikte sigorta primlerinin yanı sıra cepten ödemelerin de bulunması üyelik motivasyonunu kıran bir diğer etkidir.

İşçi ile ailesinin sigortalılık koşulları arasındaki farklılık aile içinde ve aileler arasında eşitsizlik yaratmaktadır. Bu eşitsizlik özellikle düşük gelirli ücretli aileler için geçerlidir.

Prim miktarları ücretin %3'ü olarak belirlenmiştir. Ancak sermaye sahipleri maliyetten kaçınmak için bütün işçilerin primlerini en düşük ücret düzeyi üzerinden ödemektedir.

Sağlık çalışanlarının ücretleri fon harcamaları içinde değildir ve merkezi bütçeden karşılanmaktadır. Fonun %8'i yönetim masraflarına gitmektedir. Hizmet ödemeleri hizmet başı sistemiyle yapılmaktadır. Hizmet başı

ödemenin başlaması hastane yatış sürelerini uzatmış ve sigorta sistemini finansal sıkıntı içine sokmuştur. Gerek ayaktan, gerekse yataklı hizmetlerde harcamaların yaklaşık %80'i ilaç harcamaları şeklindedir. Bu sorun, ödeme sisteminin kişi başı ödeme biçimine dönüştürülmesi gerektiği düşüncesini uyarmaktadır.

Sistemin yönetimi sağlık bakanlığı içindeki bir kurum tarafından yapılmaktadır. Yararlanım paketinin tedavi edici sağlık hizmetlerini içermesi, kaynak tahsisatında koruyucu sağlık hizmetleri aleyhine sorun yaratmaktadır. Oysa suyla bulaşan hastalıklar morbidite ve mortalitenin temel nedenidir. Bu nedenle, sigorta gelirlerinin bir kısmının temiz su sağlama ve sanitasyon programlarına yönlendirilmesi zorunluluğu vardır (Ron, A., Carrin, G.; 1993)

6. SAĞLIK SİGORTASI İLE İLGİLİ GENEL DEĞERLENDİRME

Kamusal sağlık sigortası gelecekteki beklenmedik sağlık sorunlarına ya da planlı sağlık müdahalelerine (periyodik muayeneler gibi) yönelik olarak oluşturulan bir finansal koruma mekanizmasıdır (Sigorta sistemlerinin genel değerlendirilmesi için bkz. Kutzin, J.; 1997a: 17-26 ve WHO, 1993: 27-32).

Sigortayla ilgili en önemli beklenen etki sağlık sektöründe kullanılan kaynakların artırılması ya da ek kaynak yaratılmasıdır. Yararlanım paketinin evrensel nitelikte bütün nüfus için örgütlenebildiği ülkelerde sağlık hizmetine ulaşımın önündeki finansal engellerin zayıflatılacağı söylenebilir. Ancak formal sektörde çalışan nüfusun küçük olduğu ülkelerde evrensel nitelikli yararlanım paketi uygulanabilir değildir.

Kamu sağlık sigortasının kaynak tahsisi üzerinde etkili vardır. Gerçekten de sağlık sigortası, kaynakların sağlık sisteminin basamakları arasındaki dağılımını (birinci, ikinci, üçüncü basamaklar ya da koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri), sevk sisteminin kullanımını ve tıbbi teknoloji kullanımını etkileyebilir. Ya da sağlık sigortasının sağlık sistemi üzerindeki etkilerini bu başlıklar üzerinden değerlendirmek gerekir.

Sigorta sisteminin isteğe bağlı olduğu ülkelerde (ABD endüstrileşmiş ülkeler içinde bunun örneğidir) sigortasızlar ile sigortalılar arasında önemli hizmet kullanım eşitsizlikleri olmaktadır. Bu durumda, yalnızca yoksullar değil, sağlık açısından riskli (sağlığa en çok gereksinimi) olanlar da sağlık güvencesinden yoksun kalmaktadır. ABD, sağlık sigortası sisteminin bu yapısı nedeniyle riski yöneten değil, riskten kaçan ülke olarak değerlendirilmektedir.

Sigortanın yalnızca formal sektörde çalışan küçük bir grubun sağlık hizmetlerini finanse etmesi (pek çok orta ve düşük gelirli ülkede durum böyledir), kamu kaynaklarının bu küçük grup tarafından kullanılmasına ve eşitsizliklerin artmasına neden olmaktadır. Hükümetlerin sistemin finansmanını sübvansiyonla etmesi de sorunu çözmemektedir. Çünkü bu ülkelerde istihdamı yaratan asıl güç devlet sektörüdür. Bu nedenle devlet sübvansiyonu yine formal sektörde çalışanlara gitmektedir.

Örneğin Endonezya'da hükümet çalışanlarına kamu hastanelerini parasız kullanma hakkı verilmiştir. Sonuçta hükümet çalışanlarının kamu hastanelerini kullanma sıklığı genel nüfusun beş katına ulaşmıştır. Benzer durumun Burundi için de örneklendiği hatırlanacaktır. Sigorta sisteminin nüfusun %90'ını kapsadığı Brezilya'da bile, sistemden en çok yararlananların refah düzeyi en yüksek gruplar olduğu bildirilmektedir. Aynı durum Kore Cumhuriyeti için de geçerlidir. Bütün örneklerde kaynaklar daha çok kentlerde toplanmakta ve hastalar hizmeti kullanım anında, sosyal güvenceli olsalar da, bir kısmı hekimleri memnun edebilmek amacıyla olmak üzere, cepten ödeme yapmak zorunda kalmaktadırlar. Bütün bunlar yoksulları hizmetten uzaklaştıran uygulamalardır. Kolombiya'da nüfusun %20'si sağlık sigortasına sahiptir ve bu kesim toplam sağlık harcamalarının %60'ını kullanmaktadır.

Çoğu Afrika ülkesinde uygulanan gönüllü sigorta sistemi ya da sağlık kartları da özellikle (sağlık kartını satın alamayacak kadar) çok yoksul olanların hizmete ulaşamama sorununu çözmemektedir.

Daha önceden de değinildiği gibi sigorta sistemlerinde sıklıkla kullanılan ödeme biçimi hizmet başı ödemedir. Hizmet başına ödeme, hizmeti üreten tarafından yaratılan talep nedeniyle hem toplam sağlık harcamalarını, hem de toplam sağlık harcamaları içindeki tedavi edici sağlık hizmetleri payını artırmaktadır. Bunun nedeni, hizmet başı ödemedeki tedavi edici sağlık hizmetlerinin hizmeti üreten için yüksek oranda gelir bırakıyor olmasıdır. Nitekim Brezilya'da sosyal güvenlik sistemi tarafından kapsanan nüfusun oranı 1960'lardan sonraki 30 yıl içinde %25'ten %90'a yükselirken, sağlık harcamaları da hızla artmıştır. Aynı dönemde tedavi edici sağlık hizmetlerinin toplam sağlık harcamaları içindeki oranı %36'dan %85'e; hastanecilik hizmetlerinin oranı da %40'dan %70'e ulaşmıştır. Bu sorun da özellikle sigorta yönetiminin yetersiz olduğu pek çok ülke için geçerlidir.

Tüketicinin sağlık kurumunu seçme özgürlüğünün olduğu ülkelerde, tercih ikinci, hatta üçüncü basamaklara yönelmekte (hastane temelli sigorta sistemlerinin tümü, Çin, Kore, ABD), bu da maliyetleri artıran bir uygulama yaratmaktadır. Bu nedenle İngiltere'de ulusal sağlık sistemi içinde, Tayland'da sağlık kartı uygulamasında ve Zaire'de Bwamanda sigorta programında, sigorta haklarından yararlanabilmek için birinci basamaktan sevk zorunluluğu getirilmiştir.

Çin ve Kore örnekleri tıbbi teknoloji kullanımının, sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılma yönteminden, sigorta sisteminin bu hizmetleri ne oranda kapsadığından ve ödemenin ne şekilde yapılmakta olduğundan etkilenmekte olduğunu göstermektedir. Çin'de, bu yazının daha önceki bölümlerinde açıklanan ve gelir elde etmeyi hedefleyen ilaç ve teknoloji kullanım stratejileri nedeniyle, ilaç ve özelleşmiş teknoloji kullanımı artmıştır. Çin'de ve Kore'de hastaneler arasında teknoloji kullanımı ile hasta çekme yarışı vardır. Bunun sonucu Kore'de her 200 yataklı hastaneye bilgisayarlı tomografi cihazı alınması

olmuştur. Kore'deki kişi başı litotripsi cihazı sayısı hem Kanada'dan hem de Almanya'dan daha yüksektir.

Brezilya, Çin, Kore ve ABD örnekleri, hizmet başı ödemenin geriye yönelik (retrospektif; hizmet kullanıldıktan sonra) yapılmasının maliyet artışı açısından en riskli yöntem olduğunu göstermektedir. Hizmet başı ödemenin geri ödeme dışında başka bir yolla gerçekleştirilmesinin olanaksız olduğu da hatırlanmalıdır.

1980'lerdeki sağlık harcaması verileri sağlık harcamalarındaki artışın bazı ülkelerde (Danimarka, İsveç, Almanya ve İngiltere) daha düşük düzeyde kaldığını, bazılarında orta (Kanada ve Japonya), bir ülkede de (ABD) yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Ülkeler arasındaki bu farkın nedeni hizmet başı ödeme ve özel sektörün yeterince iyi denetlenmemesidir. Örneğin Kanada ve Japonya ayaktan tedavi edici hizmetler için hizmet başı ödeme yaparlarken, Kanada yataklı tedavi hizmetlerindeki maliyeti kontrol etmek için global bütçe yöntemini kullanmakta, Japonya'da insangücü maliyetini denetlemek için, hekimlere ücret yöntemiyle ödeme bulunmaktadır. Maliyet artışının en düşük olduğu grup ise çeşitli maliyet sınırlayıcı yöntemleri bir arada kullanmaktadır: Ücretle ödeme, kişi başı ödeme, global bütçe. Ancak dikkat edilirse maliyet artışı en düşük olan grupta sigorta sistemini uygulayan tek ülke Almanya'dır. Orta derecede harcama artışı olan ülkelerin ikisi de sigorta sistemine sahiptir. ABD'de ise özel sigorta sistemi hakimdir. Dolayısıyla maliyet artışı açısından ülkeler arasında saptanan farklılıkların yalnızca ödeme biçiminden kaynaklanmadığını da belirlemek gerekir. Öte yandan sigorta sistemlerinin yaygın olarak kullandığı ödeme biçimi hizmet başı geri ödemedir. Yani ödeme biçimi ile sigorta sistemi arasında da bir ilişki var gibidir.

Sigorta sisteminin eşitlikçi etkisi, kapsayıcılığıyla doğrudan ilişkilidir. Tüm nüfusu kapsayamayan sistemler eşitlikçi olamayacaktır. Öte yandan özel sigorta şirketlerinin varlığı da eşitsizlikleri uyaracaktır. Özel sigorta şirketleri arasındaki rekabet risksiz nüfusun seçimi yolunda bir yanlı seçime yol açabilir. Örneğin Şili'de sosyal güvenlik sistemi, 1980'lerde, Allende sonrası dönemde önemli bir dizi değişim geçirmiştir. İlk radikal değişiklik, sağlık bakım fonunun, işsizlik, emeklilik ve hastalık fonlarından ayrılması olmuştur. İkinci büyük değişiklik ise bütün fon yönetimlerinde özel sigorta şirketlerine alan açılmasıdır. Sonuçta bugün sağlık bakım hizmetleri üç kurum tarafından finanse edilmektedir: 1) ISAPRE denilen özel sigorta fonları. 2) Ulusal sağlık fonu (FONASA). 3) Sağlık Bakanlığı. Teorik olarak her işçinin bunlardan herhangi birisini tercih etme hakkı vardır. Pratikte ise ISAPRE yalnızca yüksek gelirli tarafından seçilebilmekte, yoksullar ise Sağlık Bakanlığı güvencesinde kalmaktadır. Sonuç olarak, bugün Şili'deki sosyal güvenlik sistemi eşitsizlikçidir. Zenginler daha iyi hizmetten yararlanabilmektedir. Özel sigorta şirketleri yalnızca bazı tedavi masraflarını karşılamakta ve bireyleri risk durumlarına göre seçmektedir. Yaşlılar ve ciddi hastalığı olanlar için belirlenen prim miktarı daha yüksektir. Bu sorun, bütün sözleşmelerin yıllık olarak yenilenmesi uygulamasıyla

birlikte daha da belirginleşmektedir. Böylece, bir kişi bir kez ciddi hasta olarak tanımlandığında, bir sonraki yıl yeniden özel bir sigorta şirketi tarafından sigortalanması olanaksız olmaktadır. Hükümet ise yoksullara hizmet sunmak ve masraflı tedavileri üstlenmek zorunda kalmaktadır. Bu durum hükümeti finansal açıdan zora sokmaktadır. 1990'ların başında ISAPRE kapsamındaki nüfus, toplamın yalnızca %11.5'u idi. Artan eşitsizlikleri de dikkate alan hükümet özel sigorta şirketlerini denetleyici bazı önlemleri yaşama geçirmeye çalışmaktadır.

Az sayıdaki formal sektör çalışanın sigortalanabildiği düşük ve orta gelirli ülkelerde, sigorta sisteminin kurulmasıyla açıkta kalacak hükümet kaynaklarının toplumun yoksul kesimlerine aktarılacağı yönündeki beklenti hiç bir ülkede gerçekleşmemiştir.

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin ayrı ayrı finanse edilip ayrı kurumlarca yönetildiği örneklerde, kaynakların çok önemli oranda tedavi edici sağlık hizmetlerine yöneldiği görülmektedir. Bu sonuç, hizmetler üçüncü bir el tarafından hizmet başı ödemeyle geri ödendiğinde özellikle belirginleşmektedir. Hizmetler entegre edildiğinde bu tahsisat verimsizliğinin etkisinin sınırlanması olanaklı olmaktadır. Bunun nedeni eldeki kaynakların, yönetici kurum tarafından gereksimlerin gözetilerek koruyucu sağlık hizmetlerine yönlendirilebilmesidir. Entegre hizmetin çeşitli örnekleri vardır. Yeni Zelanda ve ABD'deki Sağlık Bakım Organizasyonları (Health Maintenance Organizations) örnek olarak verilebilir. Ancak bu sistemlerde de başka değişkenlerin sistemin genel verimliliği üzerinde etkili olduğu anlaşılmaktadır. Örneğin Macaristan'da birinci basamaktaki hekimler kişi başına ücretlendirilirken, diğer basamaklardakilerin finansmanında başka yöntemlerin kullanılması, birinci basamaktaki hekimlerde hastaları daha yukarı seviyelere yönlendirme biçiminde bir eğilimin gelişmesine (kendi pratiklerindeki maliyeti minimize etmek için) neden olmuştur. Tersine, kişi başı ödemenin bir hizmet paketiyle ilişkilendirildiği uygulamalarda (İngiltere ve Tayland) maliyeti genel olarak minimize etmek, sevkleri azaltmak yönünde bir eğilim gelişmektedir. Bütün bunların ortaya çıkardığı bir başka sonuç, sağlık sistemlerini eşitlikçi ve verimli kılmak için hükümetlerin müdahalesinin gerektiğidir.

7. SONUÇLAR

Bu yazıda sağlıktaki sosyal güvenlik sistemleri içinde yer alan sağlık sigortacılığı ve genel vergi sistemi karşılaştırılmıştır. Sigortacılık, son yıllarda popülerize olması nedeniyle, daha ayrıntılı biçimde ele alınmış, uygulanmasından elde edilen sonuçlar değerlendirilmiştir. Özel sigortacılık ise sosyal bir finansman modeli olarak kabul edilmemiştir. Şimdiye kadar toparlananlardan anlaşıldığı gibi uygulama biçimleri ülkeden ülkeye büyük farklılıklar gösterebilmektedir. Bütün bunlara karşın bazı genel noktaların saptanması da olanaklıdır:

1-) Batılı ülkelerde sağlıktaki sosyal güvenliğin "kendiliğinden" diye nitelenebilecek bir gelişme süreci

olmuştur. Bu ülkelerde sosyal güvenlik sistemleri, çok önemli oranda sınıf mücadelesi tarafından belirlenen bir hak olarak zaman içinde kazanılmıştır. Bazı ülkelerde niçin sigorta sisteminin, diğerlerinde ise niçin genel vergi sisteminin ortaya çıktığı da tamamen bu "kendiliğinden" gelişmenin özellikleriyle ilgilidir. Navarro'nun bu konudaki yorumu aradaki farklılıkları yine sınıf mücadelesinin biçim ve boyutları içinde kavramamız bakımından yardımcı olabilir. Buna göre, Batılı ülkelerde sosyal güvenlik sistemlerinin gelişimini belirleyen temel güç işçi sınıfının sendikal ve siyasal hareketinin durumudur. İşçi sınıfının zayıf olduğu ülkelerde (Navarro'nun piyasa tipi refah kapitalizmi dediği ABD, Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda gibi ülkeler) sosyal güvenlik sistemlerinin gelişmesi geç olmuş ve sistemlerin kapsamı ve evrenselliği hep dar kalmıştır. İşçi sınıfının güçlü olduğu ülkelerden bir kısmında (Navarro'nun korporatist kapitalizm diye nitelediği Almanya, Avusturya gibi ülkeler) ise, burjuvazi işçi sınıfı ile köylüler arasındaki politik uzaklıktan da yararlanarak, işçi sınıfının taleplerinin bir kısmını kabul ederken, bunları sisteme entegre edecek bir çerçeve oluşturmayı da başarmıştır. Örneğin sağlık sigortası bağlamında ele alınırsa, sigorta sistemleri ekonomik sektörler özelinde ayrı ayrı oluşturulmuş, böylece sınıfsal güç parçalanmaya çalışılmıştır. İşçi sınıfının köylüler ve küçük burjuvaziyle birlikte davranabildiği ve burjuvazi ürezinde topyekün bir hakimiyet kurabildiği Batılı ülkelerde ise (bunun en tipik örnekleri İskandinav ülkeleridir) bütün sosyal güvenlik sistemlerini devlet finanse etmek ve yönetmek zorunda kalmıştır (Navarro, V.; 1989: 393-397).

Gelişmekte olan ülkeler şeklinde nitelenen ülke gruplarında sağlıktaki sosyal güvenlik sistemlerinin bir dizi kısıtlama çerçevesinde geliştikleri söylenebilir. Söz konusu kısıtlılıkların bir kısmı ekonomik niteliklidir ve bu, bu ülkelerin dünya kapitalist sisteminin çevresinde yer almalarıyla ilişkilidir. Dolayısıyla bu ülkeler bütün tarihleri boyunca ciddi ekonomik sıkıntı yaşamışlar ve sıra sosyal güvenlik sistemlerine geldiğinde bu ekonomik sıkıntı daha da ciddi olarak ortaya çıkmıştır. İkincisi, yine bu ülkelerin bağımlı konumları nedeniyle, uygulanacak modellerin sosyal güvenlik alanında da kendilerine dışarıdan dayatılmasıyla ilgilidir.

Örneğin sosyalist ülkelerde, eskiden genel vergi sistemleri uygulanırken, sosyalizmin yıkılışı sonrasında içine düşükleri ekonomik kriz ortamında sigortacılık ek kaynak bulmanın tek yolu olarak ele alınmaya başlanmış ve dışarıdan da aynı seçenek dayatılmıştır. Öte yandan, eskiden hemen hiç bir sosyal güvenlik sistemine sahip olmayan düşük gelirli ülkelerde ise, hükümetler zengin toplumsal sınıflardan vergi toplayamadıkları için, sosyal güvenlik sistemlerinin finansmanını, bu sistemlerden yararlanacak toplumsal sınıfların üzerine doğrudan yıkmak seçeneğinden başka bir tercih yapamamışlardır. Sonuç olarak "gelişmekte olan" ülkelerde sigorta seçeneği bazı "zorunluluklar" ve genel vergi sisteminin uygulanmasındaki "olanaksızlıklar" nedeniyle ortaya çıkmıştır.

2-) Sigorta sisteminin temel amacının sağlık sektörü

için ek kaynak yaratmak olduğu anlaşılmaktadır. Bunun ötesinde, sağlık piyasasında başı boş dolaşmakta olan paranın merkezileştirilmesi ve bir sonraki adımda da merkezileştirilen paranın bir sermaye işlevi görmek üzere özel sağlık kuruluşlarına açılması söz konusudur. Bu ikinci gerekçe, özellikle sağlık gereksinimi için harcama yapabilecek toplumsal potansiyeli bulunan ülkeler için geçerli olabilmektedir.

Ancak bir üstteki maddede söz konusu edilen türden olanaksızlıkların, değişik biçimlerde de olsa, sigorta sisteminin uygulama sürecinde de yaşandığı izlenmektedir. Gerçekten de ekonomik kriz ve kaynak sıkıntısı yaşayan bir ülkenin, sağlık gereksinimleri için kaynak ayırmak olanağı bulamayan nüfusunun, sigorta sistemi açısından bir kaynak tabanı olarak işlev görebilmesinin de bir sınırı olacaktır. Nitekim bütün deneyimler böyle bir sınıra işaret etmektedir. Ekonomik sıkıntı içindeki ailelerden prim toplayabilmek son derece zor ve düzensiz olmaktadır. Aynı ülkelerde formal sektörün küçüklüğü hem vergi, hem de prim tabanını daraltmakta, böylece de başlanılan noktaya geri dönmüş olmaktadır: Sigorta sistemlerini döndürecek miktarda bile kaynak yokluğu.

3-) Bütün bunlar sağlık sektöründe yaşanan kaynak sıkıntısının ülkelerin kapitalist ekonomik yapıları ve dünya kapitalist sistemi içindeki konumları tarafından belirlendiğini göstermektedir. Merkezdeki kapitalist ülkeler için geçerli olan her devrevi ekonomik kriz, periferdeki bağımlı kapitalist ülkeler için geçerli olan yapısal, sürekli kriz özellikle sosyal sektörler için kaynak sıkıntısı yaratmakta ya da bu sıkıntıyı da yapıllaştırmaktadır. Bu nedenle, çözümün, kapitalist sistem düzeyinde yürütülecek bir analiz dışında yakalanmasından başka bir seçenek bulunmamaktadır. Sigorta sistemi ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili her değerlendirme kapitalizmin bir sistem olarak ele alınıp, eleştirilmesini gerekli kılmaktadır. Önerilen her sistem içi yeni düzenlemenin (ödeme ve tahsisat biçimlerinde oluşturulan değişiklikler) benzer başka ve bir türlü çözülemeyen sorunlara neden olmasının nedeni de kapitalizmin sınırlılıkları olarak görülme zorundadır. Kısacası sağlıktaki finansman sorununa çözüm getirecek bir başka kapitalizm yoktur.

4-) Genel vergi ve sağlık sigortası sistemleri arasındaki karşılaştırma eşitlik, verimlilik ölçütleri üzerinden yapılmak zorundadır. Bilindiği gibi, sağlık sigortası sisteminde prim tabanı ya yalnızca hizmetten yararlanacaklara (hastane temelli sigortalarda ve zorunlu olmayan sigortalardan çoğunda olduğu gibi), ya işçi, patron ve devlet (formal sektöre yönelik olarak örgütlenen ve ulusal olarak nitelenen sigorta sistemlerinde olduğu gibi) üzerine oturmaktadır. Sigorta sistemiyle ilgili bir diğer özellik, sigorta primlerinin ya sabit bir miktar olarak (düşük gelirli ülkelerdeki informal sektörde ve kırsal kesimde bulunanlara yönelik örgütlenen gönüllü sigorta sistemlerindeki gibi) ya da gelir içinde belli-sabit bir oranda (Batı'da ve Latin Amerika ülkelerinde olduğu gibi) toplanmasıdır. Bütün bu nedenlerle sigorta sisteminin, gelirin yeniden dağıtımı bakımından, genel vergi

sistemine göre regresif bir etkisi vardır. Vergi sisteminde bütçe gelirlerinin daha fazla oranda servet sahiplerinden elde edilmesi olanaklıdır. Şüphesiz bu, hükümetlerin siyasal tercihleriyle ilgili bir gelişme olacaktır. Ancak en azından hükümetlere bu yönde bir siyasal baskı uygulanabilir. Sigorta sistemi ise yapısal olarak böyle bir tercihle uyumsuzdur. Sigorta, vergi dışında, kullanıcıları daha fazla oranda ve doğrudan devreye sokacak bir "ek" kaynak yaratma mekanizmasıdır. Sigorta sisteminin, geliri toplumsal sınıflar arasında yeniden dağıtıcı etkisi genel vergi sistemine göre sınırlıdır. Bir başka deyişle sigorta sistemi, vergi sistemine göre daha az eşitlikçidir.

Sigorta sistemi tahsisat verimliliği konusunda önemli sorunlar yaratmaktadır. Kaynakların daha fazla oranda hastanecilik hizmetlerine yönlendirilmesi ve moral risk etki nedeniyle sigortalıların daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerini talep etmeleri maliyetleri artırmaktadır. Hastane temelli sağlık sigortalarında bu etki özellikle belirgindir. Öte yandan, özelleştirme sürecinin yaşandığı ya da özel sektörle kamu sözleşmelerinin gerçekleştirildiği ülkelerde (public contracting model; kamu sözleşmesi modeli) sağlık kuruluşları para kazanmak için gereksiz tıbbi teknoloji kullanmaktadır. Hizmet başı ödemeler tedavi yöneliminin bir başka önemli nedenidir. Sigorta sistemlerinin daha fazla oranda kullandığı ödeme modeli de hizmet başı geri ödemedir.

Eşitlik ve verimlilikle ilgili sorunların Batılı ülkelerde de geçerli olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Batılı ülkelerdeki kamu sağlık sistemleri fonun oluşturulma ve kaynakların tahsisat biçimi dikkate alınarak üçe ayrılmaktadır: Kamu geri ödeme modeli, kamu sözleşmesi modeli ve entegre model.

Kamu geri ödeme modeli Belçika, Fransa gibi ülkelerde uygulanan ve sigortalıların kullandıkları hizmetlerin karşılıklarının, kullanım sonrasında sigorta fonları tarafından, sağlık hizmetini üretenlere geri ödendiği modeldir. Kamu sözleşmesi modeli sağlık hizmetini üreten kurumlarla, finanse eden kurumların birbirinden ayrıldığı; üreten kurumlarla finanse eden kurumlar ve üreten kurumların kendi aralarına rekabetin sokulmaya çalışıldığı, sağlık sisteminin piyasa ilişkilerine açıldığı yeni bir uygulamadır (Almanya, Hollanda ve İngiltere). Amaç üretici kurumları (rekabet baskısı ile) kaliteli ve ucuz hizmet üretmeye yöneltmektir. Beklenen sonuçları bir türlü vermediği anlaşılmaktadır. Özellikle özel sektör hastanelerinin piyasaya girmesi sistemin eşitlikçi ve verimli yönünü azaltmakta, kamu hastanelerinde sunulan hizmetlerde gereksiz duplikasyonlar ortaya çıkmaktadır (Bu konunun ayrıntısı için bkz. Belek, İ; 1997). Entegre model ise finansör ve üretici kurumların tek çatı altında birleştirildiği ve "geleneksel" olarak nitelenen modeldir (İngiltere ve İskandinav ülkeleri).

Son yıllarda bu kamucu modellerin maliyetler üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik ekonometrik analizlerin giderek arttığı görülmektedir. Toplam sağlık harcamalarında en fazla oranda artışın görüldüğü ülkeler geri ödeme modelinin uygulandığı ülkelerdir. Bu ülkelerde sağlık harcamalarının artışı diğer modellere göre daha

fazladır. Bu grupta sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payının yıllık artışı %14, kişi başı ulusal gelirin yıllık artışı %17'dir. İkinci modeli uygulayan ülkelerde sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payında değişiklik olmamakta, kişi başı ulusal gelir %14 oranında yükselmektedir. Entegre modeli uygulayan ülkelerde ise sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki oranında yine değişiklik olmamakta, ancak bu kez kişi başı ulusal gelirden yıllık %24'lük bir artış yaşanmaktadır. Sağlık sistemlerinin geliri yeniden dağıtıcı etkileri incelendiğinde İngiltere'nin (entegre sistem) progressif bir finansman etkisi gösterdiği, Fransa'nın (kamu sözleşmesi modeli) orta konumda yer aldığı ve Hollanda'da (bir başka kamu sözleşmesi modeli uygulayan ülke) ise sistemin regresif etki gösterdiği görülmektedir (Batılı sağlık sistemlerinin eşitlik ve verimlilikle ilgili tartışmalar için bkz. Carr-Hill, R.A.; 1994: 1191-1192 ve OECD; 1992: 13-30).

5-)Bütün bunlardan sonra en mantıklı seçenek kamucu, entegre ve genel vergilerle finanse edilen bir sağlık sistemi olarak gözükmektedir. Genel vergilerle finanse edilen sistemlerin, kapitalist ekonomilerin krize sürüklenmesiyle birlikte bir kaynak sıkıntısına düştükleri gerçeği, bu seçeneğin mantıklı yönünü anlamak açısından önemlidir. Çünkü genel vergilerle finanse edilen entegre sağlık sistemlerine yöneltilen eleştiriler, önemli oranda kaynak kıtlığı ve sağlık kurumlarında sunulan hizmetin kalitesinin bozulması biçiminde dile getirilmiştir. Oysa, vergilerle finanse edilen entegre sistemlerin kaynak sıkıntısına düşmeleri 1970'lerin ortasındaki ekonomik krize denk gelir. Ekonomik kriz, özellikle perifer ülkelerde, hükümetlerin burjuva sınıfların oluşturduğu ve kamusal kaynakların kendilerine aktarılmasını talep eden baskıları karşısında boyun eğmelerinin başlangıcı olmuştur. Sonuçta sağlık sektörü için ayrılan hükümet kaynaklarının azaltılması ya da dondurulması yönünde bir tercih geliştirilmiştir. Kamu kaynaklarının kısıtlanmasının doğal sonucu kamu sağlık kurumlarındaki sağlık hizmeti kalitesinin düşmesi olmuştur. Görüldüğü gibi burada, sağlık sektöründeki sorunları koşullayan bir kısır döngü vardır. Ancak kısır döngünün yarattığı olumsuz sonuçlar kamu sektörünü kötülemenin aracı olarak kullanılmaktadır. İkinci dünya savaşı sonrasındaki 30 yılda ortaya çıkan sağlık piyasası potansiyeline gözünü diken özel sermayenin somut çıkarlarının devreye girmesiyle de, kamunun sağlık sektöründen çekilmesi süreci, ortadaki boşluğun özel sağlık sektörüne doldurulmasının zeminini hazırlamıştır. Dolayısıyla, kamu sağlık sektöründeki kaynak sorununu çözmenin yolu siyasi bir irade gerektirmektedir. Bu irade, sermaye cephesinden gelen özelleştirmeci, piyasacı baskılara karşı direnebilirse, daha verimli ve eşitlikçi olan, vergilerle finanse edilen, entegre sağlık sistemini kurmak olanaklı olabilecektir. Siyasal iradenin yapması gerekli tercihler şunlardır: Herkesin sağlık hakkını garanti altına almak için kamucu bir sağlık örgütlenmesini kurmak. Sağlık sistemini kamulaştırmak. Toplumsal gereksinimler için kullanılacak toplumsal fonların oluşturulmasında kaynak elde etmek için zengin toplumsal sınıflara yönelmek ve hiç bir gerekçeyle, hiç bir nedenle işçi ve emekçi sınıfların üzerine ek bir finansal

yük getirmemek. Unutmamak gerekir ki bu tercihlerin yaşama geçebilmesi, ancak, işçi ve emekçilerin oluşturacakları örgütlü baskı ve muhalefet ile olanaklı olabilecektir.

Bu son madde içinde dikkat çekilmesi gereken bir diğer nokta, progressif nitelikli bir vergi sisteminin bile kapitalist sistemden kaynaklanan eşitsizlikleri çözemeyecek olmasıdır. Böyle bir sistemin eşitsizlikler üzerindeki etkisi ancak sınırlayıcı, azaltıcı olabilir ve eşitlikçi, sınıfsız, sömürsüz bir dünya isteyenlerin özlemlerini karşılamaz. Ancak, böyle bir sistemi savunmak bile eşitlikçi, sınıfsız, sömürsüz bir dünyanın mücadelesi adına, son derece değerli ve somut ideolojik kazanımlar elde etme olanağı sunar.

KAYNAKLAR

- Belek, İ.** (1994), "Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası", İstanbul: Sorun Yayınları.
- Belek, İ.** (1997), "Sağlıkta İç Piyasa ve Yönetilen Rekabet", Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt: 12, Sayı: 81: 26-44.
- Bennett, S., Creese, A., Monasch, R.** (1998), "Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment", WHO.
- Bloom, G., Shenglan, T.** (1999), "Rural Health Prepayment Schemes in China: Towards a More Active Role for Government", Social Science and Medicine, 48: 951-960.
- Carr-Hill, R.A.** (1994), "Efficiency and Equity Implications of the Health Care Reform", Social Science and Medicine, 39(9): 1189-1201.
- Carrin, G., De Graeve, D., Deville, L.** (1999), "Introduction to Special Issue on the Economics of Health Insurance in Low and Middle-Income Countries", Social Science and Medicine, 48: 859-864.
- Carrin, G., Ron, A., Wang, S.C., Xuesheng, L. ve diğerleri** (1996), "The Reform of the Rural Cooperative Medical System in the People's Republic of China", WHO.
- Carrin, G., Ron, A., Yang, Hui, Wang, H. ve diğerleri** (1999), "The Reform of the Rural Cooperative Medical System in the People's Republic of China: Interim Experience in 14 Pilot Counties", Social Science and Medicine, 48: 961-972.
- Criel, B., Van der Stuyft, P., Van Lerberghe, V.** (1999), "The Bwamanda Hospital Insurance Scheme: Effective for Whom?", Social Science and Medicine, 48: 897-911.
- Desmet, M., Chowdhury, A.Q., Islam, K.** (1999), "The Potential for Social Mobilisation in Bangladesh: The Organisation and Functioning of Two Health Insurance Schemes", Social Science and Medicine, 48: 925-938.
- Ensor, T.** (1999), "Developing Health Insurance in Transitional Asia", Social Science and Medicine, 48: 871-879.
- Gillion, C.** (1994), "Social Security and Protection in the Developing World", Monthly Labor Review, September: 24-30.
- Kutzin, J.** (1997), "Health Insurance for The Formal Sector in Africa: "Yes, but...", WHO.
- Kutzin, J.** (1997a), "Experience With Organizational and Financing Reform of the Health Sector", WHO.
- Maarse, H.** (1993), "Strategic Choices in Social Health Insurance", WHO Document.
- Maydell, B.** (1994), "Perspectives on the Future of Social Security", International Labor Review, 133(4): 501-510.
- Navarro, V.** (1989), "Why Some Countries Have National Health Insurance, Others Have National Health Services, and the United States Has Neither?", International Journal of Health Services, 19(3): 383-404.
- Navarro, G.** (1999), "The Political Economy of the Welfare State in Developed Capitalist Countries", International Journal of Health Services, 29(1): 1-50.
- Normand, C.** (1999), "Using Social Health Insurance to Meet Policy Goals", Social Science and Medicine, 48: 865-869.
- Roberts, J.L., Mierzewski, P.** (1993), "Health and Health Care Finance-Options for Reform Towards a Health For All Perspective", WHO Document.
- Ron, A.** (1999), "NGOs in Community Health Insurance Schemes: Examples From Guatemala and the Philippines", Social Science and Medicine, 48: 939-950.
- Ron, A., Carrin, G.** (1993), "The Development of National Insurance in Viet Nam", WHO.
- Ron, A., Kupferman, A.** (1996), "A Community Health Insurance Scheme in the Philippines: Extension of a Community Based Integrated Project", WHO.
- Saltman, R.B., Figueras, J.** (Editörler) (1997), "European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies", Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Sikosana, P.L.N., Dlamini, Q.Q.D., Issakov, A.** (1997), "Health Sector Reform in Sub-Saharan Africa", WHO.
- Tangcharoensathien, V.** (1993), "Thailand: Lessons Learned From the Social Security Scheme and Health Card System", WHO Document.
- Tangcharoensathien, V., Supachutikul, A., Lertiendumrong, J.** (1999), "The Social Security Scheme in Thailand: What Lessons Can Be Drawn?", Social Science and Medicine, 48: 913-923.
- World Bank** (1987), "Financing Health Services in Developing Countries, An Agenda for Reform", USA.
- WHO** (1993), "Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services", Geneva.
- WHO** (1997), "Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment-Guidelines for Governments", Geneva.