

Genel Sağlık Sigortası

Dr. Önder ALPDOĞAN*

Yeni hükümetin kurulması ile birlikte Genel Sağlık Sigortası ya da yeşil kart sistemi tartışması da tekrar gündeme geldi. ANAP iktidarı döneminde Türk Tabipleri Birliği ve İstanbul Tabip Odası oluşturduğu görüşleri defalarca hekimlere ve kamuoyuna iletmişlerdir. Türk Tabipleri Birliği Nisan 1991'de "Sağlık Hizmetlerinde Finansman Sorunu ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı" adlı bir kitabı kamuoyuna sundu.

I. Genel Sağlık sigortası sağlık sistemi için bir finansman modelidir. Finansman genel vergilerle sağlanabileceği gibi, SSK örneğinde olduğu gibi kamu sigortacılığıyla veya kişilerin pirim ödemesiyle de sağlanabilir. Bazen de tüm bunların karma olduğu sistemler uygulanabilir. Sağlık sigortacılığı esas olarak kişiyi temel alan bir sistemdir ve koruyucu hekimlikten çok ilk tanı ve tedavi, acil tedavi ile birlikte kişinin hastalandığı zamanki konumunu esas alır. Genel sağlık sigortası uygulanan ülkelerde başvuru sayısı, ilaç masrafları ve laboratuvar masrafları belirgin bir şekilde yükselmektedir. GSS uygulaması ile hizmet sunumunun nasıl olacağı her zaman aynı kurum içinde ele alınabilecek unsurlar değildir. Genel sağlık sigortası uygulayan Batı ülkelerinin çoğunda da hizmet sunumunda birbiri ile rekabet eden işletmeler değil birbiri ile entegre halde çalışan kamu kurumları vardır. Öte yandan Ulusal sağlık sistemini uygulayan İngiltere'de V. 1978 Sağlık reformu ile Ulusal Sağlık Sistemine geçen İtalya'da da kamu finansman ve kurumları esası oluşturmaktadır.

nın kamu tarafından üstlenilmesi gelişmişliğin ve sosyal devlet anlayışının bir göstergesi olarak görülmektedir.

Bu tablodaki görünüme ters olan bir tek ülke vardır; A.B.D. Amerika'da finansmanda kamu ağırlığı %45-48 dolayındadır. OECD ülkelerindeki sağlık harcamalarına bakacak olursak Sağlık hizmetlerinin gayri safi milli hasılaya oranı %6 ile %13 arasında değişmektedir. Kişi başına sağlık harcamaları ise ABD'de 2051 dolar, İngiltere'de 758, İsveç'te 1233 dolardır. Türkiye'de 40 dolar civarındadır.

Sonuç olarak ülkemiz sağlığa özellikle kamu finansmanı açısından az pay ayırmaktadır. GSS uygulayan ülkelerde ortalama SH/GSMH %6-8 olan değerine çıkarabilmek için GSMH'den kamu payı olarak %3'lük bir pay artışı sağlığa ayırmak zorundadır. (Şu anda ülkemizdeki SH/GSMH 3.5). Oluşturulacak sistem kamu denetimi ağırlıklı, entegre bir sistem olmalıdır : "Ulusal Sağlık Sistemi"

II. GSS uygulayan ülkelerin gelir dağılımları daha dengelidir. Türkiye'de gelir dağılımı ileri derecede bozulmuştur. En yüksek gelirli %20'lik grup GSMH'nin %55'ini alırken, en alt %20'lik grup GSMH'nin %4'ünü almaktadır. Bu oran ABD'de de 39.9 ve 5.3, Almanya'da 7.9 ve 39.5, Hollanda'da 8.3 ve 36.2'dir.

Ülkemizde şu anda sosyal güvence altında 31 milyon kişi, güvence kapsamı dışında 25 milyon kişi vardır. Güvence kapsamı dışında olan fakir ve az topraklı köylü, işsizler ve gizli işsizlerin her hangi bir şekilde prim ödemeleri mümkün değildir. Toplumun en alt %20'sini oluşturan bu kesimin primleri devlet tarafından karşılanmak zorundadır. BAĞKUR'a prim ödeyenlerin ancak %30'u sağlık pirimi ödeyebilmektedir. Bu pirimlerin de yeterince toplanabildiklerini söylemek zordur. BAĞKUR bugün ciddi mali sorunlar altındadır. GSS'na geçildiğinde bu kesimin de sağlık harcamalarının önemli bir kısmı devlet tarafından karşılanmak zorundadır.

III. 1989 yılı rakamlarıyla SSK sağlık güvencesi altına aldığı kişi başına yılda 53.000 TL., Emekli Sandığı ise 62.000 TL. sağlık harcaması yapmıştır.

Enflasyonu 1990 ve 1991'de %70 ve 1992'de (tahmini) %50 alırsak ve aynı ölçüde sağlık harcaması yapılacağını varsayarsak 1992 yılı için kişi başına 220-240 bin TL harcama yapılması gerekir. Sağlık güvencesi altında olmayan

10 milyon kişi için: 2.4 Trilyon TL
20 milyon kişi için: 4.8 Trilyon TL

sağlığa ek kaynak ayırmak gerekmektedir. Başka bir deyişle kuracağımız sağlık sigortası kurumuna yeni alacağımız her kişi başına 240.000 TL sadece sağlık harcaması için kaynak olarak eklemeniz gerekmektedir.

IV. GSS ile birlikte düşünülen AİLE hekimliği için özellikle bugün sağlık güvencesinden faydalanamayan nüfusu gözönüne almak gerekir. Aile he-

Tablo I: Sağlık Harcamalarının Dağılımı

	Özel %	Kamu %
Almanya	23	77
Fransa	24	76
İtalya	9	91
İsveç	8	92
İngiltere	7	93
Türkiye	49	51
Etyopya	45	55
Zambiya	50	50
Mısır	42	58

Tablodan görüldüğü üzere sağlık harcamaları-

* İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi

kimliği 1. Basamak sağlık Hizmeti veren genellikle özel eğitim görmüş pratisyen hekimlerden oluşmaktadır. İngiltere'de ek olarak 3 yıl eğitim görmüş pratisyen hekimler aile hekimidir. Aile hekimi bugün Almanya'da farklı, İngiltere'de farklı, İtalya'da farklı bir sistemin parçasıdır. Ülkemiz nüfusunun hâlâ %50'ye yakın kesimi kırsal alanda bulunmaktadır. Şehirlerde sosyal güvence altında olmayan kesim ise önemli ölçüde gecekondu gibi genellikle hiçbir altyapı hizmetinin iyi olmadığı bölgelerde oturmaktadırlar. Kırsal kesimde daha iyi örgütlenmiş olarak 3000 civarında sağlık ocağı hali hazırda vardır ve kırsal kesim ve birçok şehir için 1. Basamak sorunlarını çözmelerinin önünde bir engel yoktur.

Aile hekimliği uygulaması finansman güçlükleri ve diğer zorlukları dışında her şeyden önce bu tür hekimliği özel bir hekimlik alanı olarak benimseyen, iyi eğitilmiş personele ve uygun sosyo-kültürel koşullara bağlıdır. Halen ülkemizde aile hekimliği ihtisasına sahip 150 civarında hekim vardır.

Sağlık alanında yaşanan esas sorun herkese ilk başvuruda bulunacağı, koruyucu hekimlik hizmetlerinden faydalanacağı 1. Basamak hizmetlerinin şehirlerde özellikle metropollerde organize edilmemiş olması ve kırsal alanda da 1. Basamak, 2. Basamak (Bölge Hastaneleri) arasında ilişkinin iyi kurulamamış olmasıdır.

SONUÇ OLARAK

Ülkemizde Kamu kesimi sağlık harcamaları, sağlığa ayırdığı payı arttırmak ve Ulusal gelirimizin %6'sı düzeyine çıkarmak zorundadır.

Genel Sağlık Sigortası veya Yeşil Kart sistemi kurulacaksa sağlık güvencesi altında bulunmayan milyonlar için 1992 beklenen fiyatlarıyla en az 5 trilyon civarında bir kaynak bu kurum için sadece sağlık harcaması olarak ayrılmak zorundadır. GSS ile birlikte oluşturulacak yeni sağlık örgütlenmeleri, varolan kurumlara ekler yapılması ve personel giderleri, artacak hastane maliyetleriyle birlikte Türk Tabipleri Birliği'nin de belirttiği gibi 8-10 Trilyon TL ihtiyaç olacaktır. Bu kaynaklar sağlanmadan en azından pilot bölgeler için sağlanmadan, GSS'yi yürütmek olanaklı değildir.

Tüm kaynaklar genel vergiler yoluyla sağlanacaksa GSS yerine Ulusal Sağlık Sistemini uygulamak daha ekonomik ve daha uygun bir yoldur.

Alie Hekimliği için eğitilmiş personel, altyapı, finansman sorunları dikkatlice gözden geçirilmeli, ayrıntılı tartışılmalıdır.

GSS uygulansa bile sağlık sektöründe serbest piyasa ile gelişme olacağını söylemek doğru değildir. Zaten bugün ABD dışında hiçbir Batı Ülkesinde Sağlık alanında bizde kastedilen serbest piyasa ve rekabet yoktur. Tam tersine ülke sağlığını bir üst düzeye çıkarmayı hedefleyen Ulusal Sağlık Sistemleri ve planları mevcuttur.

Genel Sağlık Sigortası sağlık sorununa çözüm olabilir mi?

Prof. Dr. Mehmet ÜNAL

Sağlık sorunu sürekli gündemdedir. Bugüne değin tepkisel ve zorlamalı yasalarla bir sonuç alınmamış, işler daha da karışmıştır. Oysa kendi koşullarımıza uygun çözümler vardır.

GENEL SAĞLIK SİGORTASI YASA TASARISI

Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı ve 6.2.1990 günü tartışmaya açtığı yasa tasarısı üzerine elektriler şöyle özetlenebilir.

1- Bu yasa bir finans kaynağı yaratmayı amaçlamaktadır. Yasada belirtilen ilkelere hizmet sunabilmek için düşünülen kaynak yetersizdir.

2- Ülke gerçeklerine uygun sağlık örgütlenmesi yapılmadan yalnız finans kaynağı yaratmakla soruna çözüm getirilemez.

3- Bugün vatandaşlarımızın %65'inin sağlık karnesi vardır. Başka bir deyişe sağlık sigortası yapılmıştır. Bu kişilere sunulan hizmet yeterli değilken sayıyı %100'e çıkarmakla ne değişecektir?

4- Bu yasa hastalıklardan korunmaya değil, hastaları tedavi etmeye yöneliktir. Koruyucu hekimliği değil, özelleşmeyi ve uzmanlaşmayı özendircektir.

5- Az gelişmiş, kırsal kesimlerde hekim bulmak güçleşecek, büyük kentlere yığılma daha da artacaktır.

6- Yılların deneyiminden geçerek belli bir düzeye erişmiş kurumlar ile sağlık kuruluşlarının tek bir havuzda toplanması kargaşa yaratır.

7- Üzerinde çok durulan aile hekimliği kavramı ile özel muayenehane hekimliği birleştirilmek istenmektedir. Genelde özel hekim belli bir daldan uzmanlaşmış hekimdir. Uzmanlık dalı ile ilgili hastalara yardımcı olabilir. Aile hekimliğini özel bir eğitimden geçen genel pratisyen yapabilir. Bir pratisyen hekim hem sağlık ocağında çalışacak hem de özel muayenehanesi olacaksa, yalnız muayenehane hekimliği mi gelecektir? Bu ve benzer birçok soru yanıtıdır. Görülen bir gerçek varsa böyle bir yasa ile sağlık sorunu daha da içinden çıkılmaz bir durum alacaktır.