



Hasan Hüseyin Yıldırım ile

Sağlık ve Siyaset®

yazıları

Mart 2010, Ankara
hhy@hacettepe.edu.tr
www.hhyildirim.com
0 543 302 40 80

Obama Sağlık Reformlarının Düşündürdükleri: Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler

Karşılaştırmalı politika analizi çerçevesinde ülke sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasının en önemli nedenlerinden birisi de “dersler çıkarmak”tır. Bu anlamda bakıldığında Türkiye’nin üyesi olmak için 2005 yılından bu yana katılım müzakerelerini sürdürdüğü AB ülke sağlık sistemlerinden olduğu kadar dünya sağlık sistemleri içerisinde genellikle olumsuz bir imaja sahip olan ve Başkan Barak Obama ile köklü bir reform sürecine giren ABD sağlık sisteminden de alabileceği oldukça çok fazla ders olduğu belirtilebilir.

Bireysellik zihniyetinin biçimlendire geldiği ABD sağlık alanında, köklü reformlar yapma vaadiyle 2008 seçimlerinde ABD başkanı olarak seçilen Barak Obama (Demokratik Parti), bu vaadine sadık kalarak ve de kesenin ağzını açarak ABD sağlık sistemini köklü bir değişim sürecine sokacak girişimleri başlatmış bulunmaktadır ve alt meclis olan ABD Temsilciler Meclisi’nde sağlık reformu yasa tasarısı 21 Mart 2010 tarihinde oylanarak 212’ye karşı 219 oyla kabul edilmiştir. Tasarının bir üst meclis olan Senato tarafından da onaylanması gerekmektedir. Ancak Senato’da bir engel çıkması beklenmemektedir.

Kapsamlı sağlık reformları ile (Healthreform 2010); (1) devlet ve işletmeler için sağlık maliyetlerinin uzun vadeli artışını sınırlamak, (2) sağlık maliyetleri nedeniyle aileleri borç veya iflastan korumak, (3) kişilerin sağlık planlarını ve hekim seçebilmesini garanti etmek, (4) korumaya (koruyucu sağlık hizmetlerine) ve iyilik haline yatırım yapmak, (5) hasta güvenliğini ve bakım kalitesini artırmak, (6) tüm Amerikalılar için ödenebilir ve kaliteli sağlık hizmetleri kapsamı güvencesi sağlamak, (7) iş değiştirme veya işini kaybetme durumunda sağlık güvencesinin sürdürülebilmesini sağlamak ve (8) önceki var olan sağlık koşullarından/problemlerinden dolayı insanların sağlık güvencesi kapsamına alınmasındaki engelleri ortadan kaldırmak amaçlanmaktadır.

Başkan Barak Obama’nın liderliğinde sağlık alanında köklü reformlara tanıklık eden ABD’yi reformlara götüren sağlık alanının fotoğrafının ne olduğunu irdelemekte yarar görülmektedir. Başka bir ifade ile ABD’yi sağlık reformlarına götüren resim nasıldır ve daha da önemlisi bu fotoğrafın şekillenmesine neden olan felsefi arka plan nedir? Bu resim ve bu resmi biçimlendiren inanç ve değerler sistemini anlamak geleceği şekillendirmek ve ülke deneyimlerinden

sağlıklı bir şekilde dersler çıkarmak için hayati öneme haiz bir gerekliliktir.

ABD %16’lık bir oran ile sağlığına GSYİH’den en fazla pay ayıran ülke konumunda (mevcut durumun devam etmesi durumunda bu oranın 2025 yılında %25’e çıkması tahmin edilmektedir), AB ortalaması ise %9 dolayında. Kişi başı sağlık harcaması 7.290 ABD Doları. Diğer gelişmiş ülkelerin üç katından fazla bir kişi başı sağlık harcaması ve bu harcamalar çok hızlı bir artış göstermekte. Sağlık sigortası primleri 2000 yılından bu yana ikiye katlanmıştır. ABD sağlık harcamalarının bu kadar yüksek olmasının altında yatan birincil faktör, ABD sağlık sisteminin özel sigorta ağırlıklı bir finansman sistemine sahip olmasıdır. Diğer bir neden ise koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade sürekli gelişen teknoloji merkezli tedavi hizmetlerine ağırlık verilmesidir. Yani sağlıkta tıbbi model ön plandadır. Klasik kuraldır; tedavi etmek genellikle korumaktan daha pahalıdır. Nüfusun yaşlanması ve artan tüketici beklentileri sağlık harcamalarının altında yatan diğer nedenler olarak not edilebilir. ABD’de sağlık hizmetleri çok pahalı, insanlar sağlık harcamaları nedeniyle iflas edebilmekte ve yoksul duruma düşebilmektedirler. Nitekim Himmelstein ve diğerlerinin (2009) gerçekleştirdiği bir araştırmaya göre, 2007 yılında gerçekleşen kişisel iflasların %62’si tıbbi harcamalardan kaynaklanmıştır. Kişisel iflas yaşayanların %75’nin de bir şekilde sağlık sigortası da bulunmaktadır. Medikal problemler kaynaklı iflasların 2001 yılından 2007 yılına kadar da %50 oranında bir artış gösterdiği de aynı araştırma kapsamında ortaya konulmuştur. Başka bir araştırmaya göre 2009 yılında yaşlı olmayan yetişkin nüfusun %41’i (72 milyon kişi) tıbbi borç sahibi olmuşlar veya tıbbi faturaları ödemedede zorluk yaşamışlardır (Healthreform 2010).

Sağlık çıktıları/sonuçları açısından bakıldığında ABD nüfusunun yaklaşık olarak altıda birinin (45 milyon, nüfusun %15’i) sağlık güvencesi hiç olmadığı gibi (sigortasızlık), özel sigortacılık anlayışının hakimiyetinde olan sistemde “eksik sigortalılık” da had safhada. Nüfusun %21’nin eksik sigortalılık kapsamında olduğu belirtilmektedir (Healthreform 2010). Yani bireyler sahip olduğu sigorta ile ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini tam olarak elde edememektedirler. Yüksek düzeyde sağlık harcaması gerçekleştiren ve

diğer sağlık sistemi girdileri açısından da iyi durumda gözüken ABD'nin; bebek ölüm oranı, doğuşta beklenen yaşam süresi ve anne ölümleri gibi temel sağlık göstergeleri açısından AB ortalamalarının gerisinde kaldığı görülmektedir (bakınız Tablo 1).

Resmi daha da netleştirmek gerekirse; ABD sağlık sisteminde yasal düzeyde, hizmet sunumu bağlamında ve finansman konusunda parçalanmışlık had safhada. Sağlık olanakları ağrılıklı olarak özel sektörün mülkiyetinde ve özel sektör tarafından işletilmektedir. Sağlık finansmanı ağrılıklı olarak özel sektör sigortacılığı tarafından sağlanmaktadır. Ancak devlet; Medicare, Medicaid, TRICARE, the Children's Health Insurance Program ve Veterans Health Administration gibi programları yürütmektedir. Bu netleşen resimde ABD'de sağlık reformu ihtiyaını doğuran temel unsurları özetlemek gerekirse; (1) sağlık maliyetleri ve harcamaları çok hızlı bir şekilde yükselmektedir, (2) sağlık alanında yapılan harcamaların ve yatırımların karşılığı tam olarak alınmamaktadır, yani verimsizlik söz konusudur, (3) nüfusun önemli bir kesimi sağlık sigortası güvencesinden yoksundur ve eksik sigortalılık durumları had safhadadır.

Tablo 1: ABD, AB-27 ve Türkiye Sağlık retimi Sistemlerinin Karşılaştırılması (2007)

Sağlık retim Sistemi		lkeler		
		ABD	AB-27	Türkiye
Demografi ve Ekonomi	Toplam Nüfus (000)	301.621	493.822	70.586
	Kişi başi GSYİH (ABD Doları-SGP)	45.559	35.828	13.604
Sağlık Sistemi Girdiler	GSYİH'den sağlığa ayrılan pay (%)	16	8,92	6
	Kişi başi sağlık harcaması (ABD Doları- SGP)	7.290	2.468	813
	Hekim sayısı (100.000 kişiye düşen)	312	322,34	154,27
	Hemşire sayısı (100.000 kişiye düşen)	1057	745,47	310,8
	Yatak sayısı (100.000 kişiye düşen)	310	570,18	284,59
	Alkol tüketimi (15+, kişi başi litre)	8,6	9,11	1,2
Sağlık Sistemi ıktıları/Sonuçları	Bebek lm Hızı (1.000)	6,7	4,56	20,7
	Doğuşta Beklenen Yaşam Sresi (yıl)	78,1	79,13	71,8
	Anne lmleri (100.000)	15,1	5,7	21,3
	Sağlık güvencesi kapsamı oranı (%)	85,3	98	80

Veri Kaynakları: Sağlık Bakanlığı (2010); OECD (2009) ve WHO (2010)

AB-27 ile karşılaştırmalı resimde ABD adeta uvallamaktadır. Göreceli olarak yüksek girdi düzeylerine rağmen

ABD'nin sağlık sisteminin çıktılarının/sonuçlarının AB ortalamasının gerisinde seyretmesinin arka planında yer alan faktörler/nedenler neler olabilir? Başka bir ifade ile yukarıda da ifade ettiğimiz gibi bu fotoğrafın şekillenmesinde rol alan esas unsur nedir? Bir ülkenin sağlık sistemi ve bu sistemin performansı; ülkenin değerler yumağının biçimlendirdiği/şekillendirdiği tarihsel, kültürel, sosyal, ekonomik, teknolojik ve inanç gibi değişkenlerin bir yansıması olmaktadır. Bu değerlerin özü ise "dünya görüşü" veya "paradigma"dan başka bir şey değildir. Amerikan toplumuna yön veren "bireysellik" ve liberalcilik" bakış açısı veya değer yargısı kendisini sağlık alanında, "sağlık, diğer herhangi bir mal veya hizmet gibi piyasa koşullarında rahatlıkla alınıp satılabilir bir meta" olarak anlam bulmaktadır. Sağlık ve sağlık alanına yüklenen bu anlam çerçevesinde, sağlık hizmetleri arz ve talebi piyasa koşullarında bireysel ekonomik kapasitelerce yönlendirilmeye çalışılmaktadır. Hal böyle olunca da risk ve belirsizliğin hakim olduğu ve sağlık hizmeti ihtiyaı durumunda katastrofik harcamaların kaçınılmazlığı bireysel ekonomik kapasiteleri çok fazla zorlamakta ve yukarıda belirtilen iflaslar veya beraberinde kötü bir sağlık sistemi tablosu getirmektedir.

Buna karşın Avrupa teorisinde/felsefesinde ve pratiğinde ise "sağlık doğuştan kazanılmış bir haktır" ve "sağlık hizmetlerinin nevi şahsına münhasır özellikleri diğer mal ve hizmetler gibi sağlığın piyasa koşullarında alınıp satılmasını sekteye uğratır", dolayısıyla "finansör", "hizmet sunucu" veya "düzenleyici" olarak devlet müdahalesi kaçınılmazdır bakış açısı hakim. Yani Avrupa cephesinde sağlık, sosyal devlet anlayışının uygulama alanlarından birisi olarak görülmektedir. Bu bakış açılarının veya dünya görüşlerinin şekillendirdiği st/yüksek siyaset, alt/düşük bağlamda sağlık politikalarının ve alt uygulamalarının da şekillenmesinde yegane belirleyici olmaktadır. Siyaset sağlık alanını bütün unsurları ile şekillendirmektedir. Başa bir ifade ile, sağlığı üretmede ABD zihniyeti ile Avrupa zihniyeti köklü bir farklılığa sahiptir. ABD'de bireysellik n plandayken, Avrupa'da kolektiflik söz konusudur.

Ancak, ngrlen reformlar ile ABD sağlık alanında köklü bir zihniyet değişimine yönelmekte ve devletin sağlık alanındaki "yönetim ve düzenleme (stewardship)" rolünü ön plana çıkarıp güçlendirmektedir. Bu dönüşüm, ayrıca tam anlamı ile olmasa da ABD'de sağlık alanına sosyal bir bakış veya hiç olmazsa korumacı bir yapı kazandırmaya yönelmenin de işaretlerini vermektedir. ABD'de sağlık alanındaki bu zihniyet değişimi; 1963 yılında kaleme aldığı ve sağlık alanında piyasa başarısızlıklarını konu edinen "Uncertainties and the Welfare Economics of Medical Care" adlı makalesi ile sağlık ekonomisi bilim disiplininin gelişmesine öncülük eden ve Ekonomi dalında Nobel dl sahibi Prof Kenneth Arrow'dan (1963) başkasını daha fazla

haklı çıkarmaz herhalde. Çünkü Arrow makalesinde özet olarak nevi şahsına münhasır özelliklerinden dolayı tıbbi bakım piyasasının diğer mal ve hizmet piyasalarından farklı olduğunu ve piyasa koşullarına terk edildiği zaman da piyasa başarısızlıkları ile karşılaşacağını ve tüketici tarafının zarar göreceğini belirtmektedir. ABD'deki sağlık hizmetleri uygulamalarının doğruladığı gibi...

Türkiye açısından çıkarılacak derslere gelecek olursak; ABD deneyimi de göstermiştir ki para ile saadet olmadığı gibi sağlık da olmamaktadır. ABD'nin sağlık alanında tutturduğu yolun yol olmadığı ve de yolun sonuna geldiği de Başkan Obama'nın ortaya koyduğu kararlı reform paketi ile görülmektedir. 2003 yılından bu yana Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında sağlık reformlarını gerçekleştirmeye çalışmaktadır ve belli bir yol kat ettiği de görülmektedir.

Türkiye'de zaman zaman cılız da olsa sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak özel sigorta tarafından finanse edilmesi gerektiği veya hiç olmazsa özel sigortacılığın rolünün artırılması gerektiği yönünde görüşler ortaya konulmaktadır. Özel sağlık sigortacılık ağırlıklı ABD sağlık sisteminin geldiği nokta yukarıda kısaca gözler önüne serilmiştir. Dolayısıyla Türkiye'nin ABD deneyiminden çıkaracağı ilk ders; sağlık hizmetlerinin kedine has özelliklerinden dolayı özel primler toplanmak suretiyle ağırlıklı olarak finanse edilemeyeceğini, finansal sürdürülebilirliğin sağlanamayacağını ve hakkaniyete zarar vereceğini bilmelidir. Zaten şu ana kadar Türkiye böyle bir hatanın peşinde olmamıştır.

ABD sağlık finansmanının iki büyük problem alanı, belirtildiği üzere "sigortasızlık" ve "eksik sigortalılık" olmuştur. Bu iki problem aslında yukarıda belirtilen bireyselcilik ve bu bireyselciliğin beslediği "özel sigortacılık" sisteminin ülke sağlık ortamındaki ağırlıklı varlığından kaynaklanmaktadır. Sağlık reformları da bu iki problem eksenli çözüm üretmeye odaklanmış durumdadır zaten. Türkiye sağlık sisteminde GSS ile sigortasız kesimi içerecek şekilde herkesi kapsama almak amaçlanmaktadır. Yani "sigortasız" kesim bırakmamak hedefini gütmektedir. Ancak SDP kapsamında uygulanan bazı uygulamalar ile "eksik sigortalılık durumu" derinleştirilmektedir maalesef. Bu uygulamaların başında da "kullanıcı katkıları" gelmektedir. Türkiye bir yandan SDP ve SGR ile sağlık güvencesi sunan sosyal güvenlik programlarını tek çatı altında birleştirerek oluşturduğu genel sağlık sigortası ile tüm nüfusu sağlık güvencesi kapsamına almayı amaçlarken, yani kapsam genişliğini artırmaya çalışırken, diğer taraftan çelişkili bir şekilde aynı reformlar kapsamında sağlık güvencesi kapsamının derinliğinin sığlaşmasına yol açan kullanıcı katkılarını da yaygınlıkla ve çeşitli yoğun-

luklarda kullanmaktadır. Kullanıcı katkıları "cepten yapılan sağlık harcamaları"nın önemli bir kalemidir ve de problemlidir.

Türkiye sağlık politikalarını belirlerken ve sağlık sistemini şekillendirirken; "AB üyesi tüm ülkelerde ve AB düzeyinde geçerli olan, sağlığın ve sağlık hizmetlerinin doğasına uygun olan ve sağlık hizmetleri doğasının beraberinde getirdiği piyasa başarısızlıklarına bir cevap niteliği taşıyan ve, herkesi kapsama, dayanışma, hakkaniyet ve kalite değerlerini içeren "Avrupa sosyal modeli" felsefi bakış açısını içselleştirmeli ve uygulamaya koymalıdır". Aksi düşünülemez, hele sağlık hizmetleri talebinin finansmanında tümüyle "özel sağlık sigortası"nın kullanılması hiç düşünülemez. İnsanın en değerli sermayesi olan ve elverdiği ölçüde de diğer sermayeleri de elde etmenin varlık sebebi olan SAĞLIK ve alt unsurları tümüyle özel sektöre bırakılamaz. Eğer yapılırsa ne bilime sığar ne de insanlığa... (Yıldırım 2010).

Referanslar

- Arrow KJ. (1963). Uncertainties and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53 (5): 941-973.
- Healthreform. (2010). www.healthreform.gov (erişim, 22/3/2010)
- Himmelstein DU et al. (2009). Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study. *The American Journal of Medicine*, XX (X): 1-6.
- OECD. (2009). *OECD Health Data 2009*, OECD.
- Sağlık Bakanlığı (2010). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- WHO. (2010). *WHO Europe Health For All Database 2010*, WHO.
- Yıldırım HH. (2010). *AB ve Sağlık Yazıları*, Ankara (yayınlanmamış kitap çalışması).