

Kore sağlık sisteminden Türkiye için önemli dersler

Dr. Burak Aksoy

Güney Kore 1989'dan itibaren genel sağlık sigortası uygulamasına geçmeye başlamıştır. Sistem başlangıçta iyi işlerken, 1997'deki ekonomik kriz ve sonrasında IMF'nin ekonominin patronluğuna geçişi döneminde, harcamalarda orantısız bir yükselme ve kriz ortaya çıkmıştır. Krizle başa çıkamayan Ulusal Sağlık Sigortası, Haziran 2000'de ilaç geri ödemelerini diğer sağlık ödemelerinden ayırma yoluna gitmiştir. O ta-

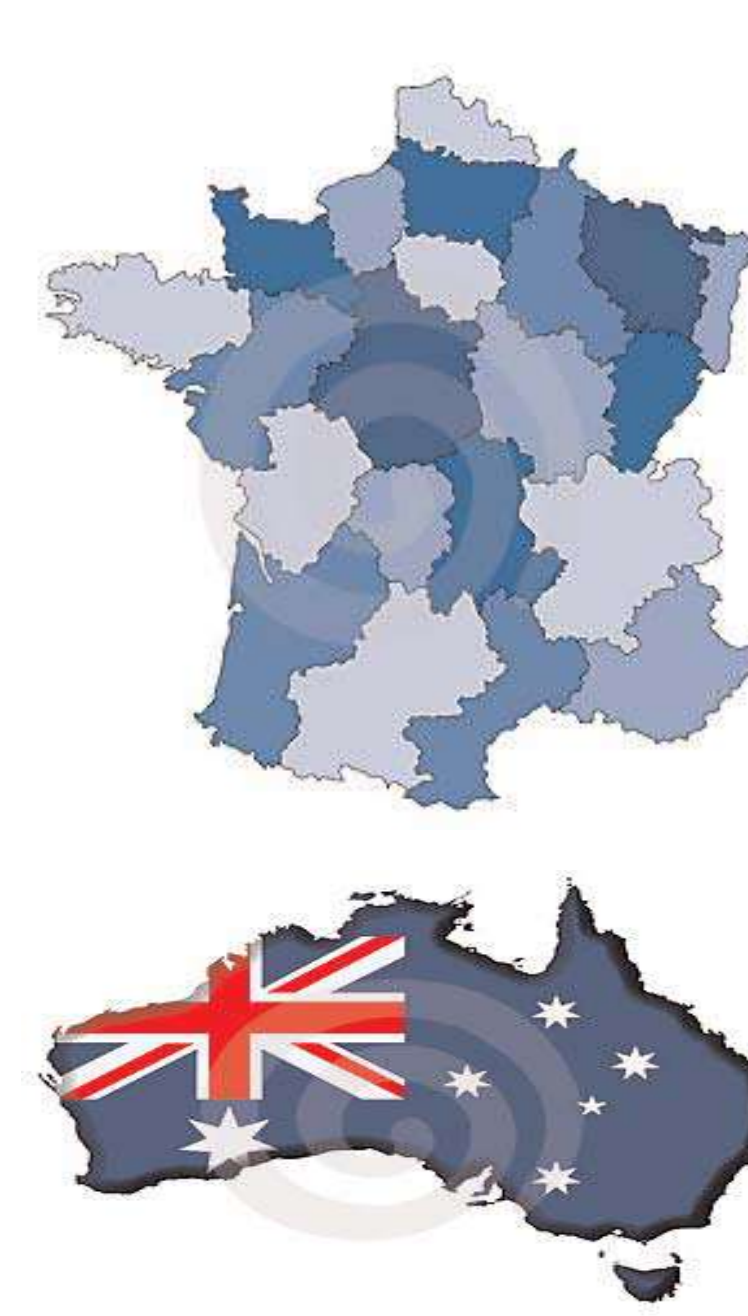
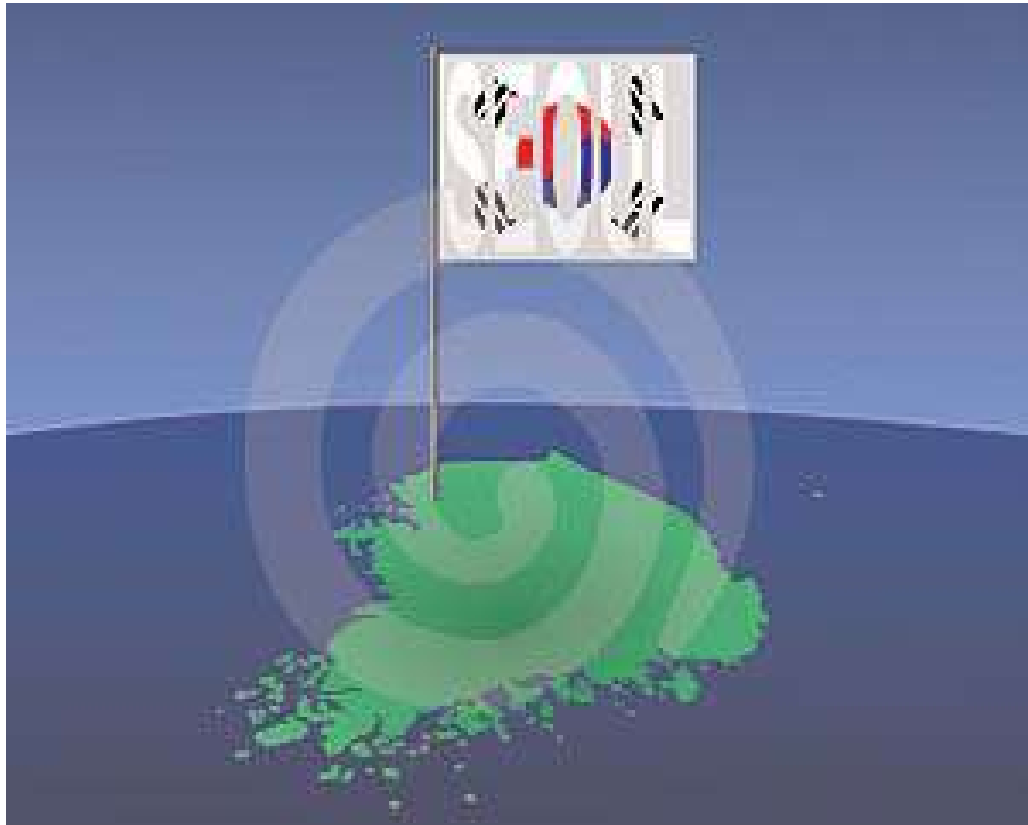
rihe kadar eczacıların yanı sıra doktorlar da hastalarına ilaç verebiliyorlardı. Ancak bu tedbir, beklenenin aksine ilaç harcamalarının artmasıyla sonuçlanmıştır.

Kore sağlık sisteminin ülkemize çok benzeyen zaafı vardır. Bu zaafardan öne çıkan üç madde, krizin en önemli nedenleri olarak görülmektedir. Birincisi, Kore sağlık sisteminin fazlasıyla özel sektör ağırlıklı olmasıdır. Sağlık hizmeti sunucularının % 90'ı kâr amaçlı özel hastanelere aittir. Kore devletinde, sağlık ocağı benzeri

bir teşkilat ile Amerikan ordusundan kalma Ulusal Tıp Merkezi ve Japon işgalinden kalma bölge tıp merkezleri hariç, devlete ait önemli bir sağlık sunucusu bulunmuyor. Özel sağlık sunucuları da ileri teknoloji ile pahalı bir sağlık hizmeti üretiyorlar.

İkincisi, Kore'de doktorların % 80'den fazlası uzmandır. Hatta doktorların dörtte birinin iki ya da daha fazla uzmanlığı bulunmaktadır. Uzman oranının bu kadar yüksek olması daha fazla tetkik ve pahalı tedaviler kullanılmasına neden olmaktadır. Gelişmiş üni-







Avusturalya'da, Türkiye'ye benzer şekilde, hatta daha gelişmiş bir özel hastane sektörü vardır. Akut bakım yapan hastanelerin % 30'u ve hasta yatak sayısının % 30'u özel hastanelere aittir. Özel hastaneler devlet hastanelerine göre daha küçük olup 50 - 100 yatağa sahiptir. Ülkedeki 300'ün üzerindeki özel hastanelerin üçte ikisi dört büyük hastane zincirinin sahibi ticari kuruluş ve Katolik Kilisesi'ne aittir.

versite hastanelerinin de fazlaca ticarileşmiş olması, tedavi maliyetlerini artırmıştır. Hükümet, doktorların uzmanlığa geçişini önleyecek tedbirler almamıştır.

Üçüncüsü, ilaç masraflarının kontrol edilememesidir. 2000'den önce eczaneler doktor reçetesi olmadan hemen her türlü ilacı satabiliyordu. Hükümet, eczanelerin birinci basamak sağlık sunucuları gibi çalışmasına karşı herhangi bir önlem geliştirmemiştir. 2000'deki karardan sonra da ilaç harcamalarında artış devam etmiş ve toplam sağlık harcamalarının % 30'una ulaşmıştır. Bunda çok uluslu ilaç firmalarının, etkili lobicilik ve pazarlama stratejilerinin önemli rol oynadığı söylenmektedir. Mayıs 2006'da ilaç geri ödemeleri ile ilgili yapılan yeni düzenlemelerle yabancı ve pahalı yeni ilaçların Kore pazarına girmesi zorlaştırılırken, yerli jenerik ilaç üreticileri gözetilmeye başlanmıştır.

Kore örneğinde, devlet sağlık tedavi maliyetlerini kontrol ederken, sağlık sunucularını denetleme ve düzenlemede yetersiz kaldığından, sağlık harcamalarını kontrol edemez hale

gelmiştir. Kore örneği, ülkemizdeki sistemin, mevcut trendlerin devam etmesi durumunda varacağı noktayı göstermesi açısından ilgi çekicidir. Uzmanlaşmanın teşvik edilmesi ve artan uzman hekim oranı, özel sektörün ağırlığının giderek artması ülkemiz sağlık sisteminin de önemli sorunlarından. Çok uluslu ilaç şirketlerinin yerli ilaç sanayini satın alarak güçlerini arttırmalarına rağmen, ilaç maliyetlerinde son yıllarda sağlanan düşüşler, Sağlık Bakanlığı'nın başarı hanesine yazılmalıdır. Ancak vaka başı geri ödeme isteminin devam etmesi, hekimlerin ilaç kullanma ihtiyacını ve ilaç harcamalarını arttıracaktır.

Kore'nin Genel Sağlık Sigortası macesrası da Türkiye ile benzerlikler göstermektedir. Türkiye'deki yeşil kart uygulaması gibi, Kore'de de Medical Aid adı verilen bir sağlık güvencesi kurumu bulunmaktadır. 1977'de kurulan teşkilat, sigorta primi ödeme gücü olmayan vatandaşlara sınırlı bir sağlık güvencesi sağlamaktadır. Medical Aid'den yararlanabilmek için, asgari yaşam standardı ölçüleri geliştirilmiştir. 2002 yılında 1.446.922 kişi Medical Aid'den yararlanırken, pek çok uzman gerçek ihtiyaç sahiplerinin 8.7 - 12 milyona eriştiğini iddia etmektedir. Bu tahminlerin paralelinde, 2002 yılında Medical Aid'e kabul edilmeyen, diğer yandan genel sağlık sigortası primlerini de ödeyemeyen 8.6 milyon serbest çalışan, sigortasız hale gelmiştir. Medical Aid, MRG ya da ultrasonografi gibi "pahalı" tetkikleri ödemeyen, temel sağlık hizmetlerine de % 20 - 50 arasında hasta katılımı istemektedir. Ülkemizde de genel sağlık sigortası uygulamasına geçilirken, herkesin sağlık güvencesi kapsamına alınması hedeflenmesine rağmen prim ödemelerinin sıkı tutulması, primini ödeyemeyen ancak yeşil kart alma standartlarını da karşılayamayan çok önemli bir nüfus kesiminin sağlık güvencesinden yoksun kalmasına neden olması mümkündür.

Diğer ülkelerde durum nedir?

Avusturalya

Avusturalya'da, Türkiye'ye benzer şekilde, hatta daha gelişmiş bir özel hastane sektörü vardır. Akut bakım yapan hastanelerin % 30'u ve hasta yatak sayısının % 30'u özel hastanelere aittir. Özel hastaneler devlet hastanelerine göre daha küçük olup 50 - 100 yatağa sahiptir. Ülkedeki 300'ün üzerindeki özel hastanelerin üçte ikisi dört büyük hastane zincirinin sahibi ticari kuruluş ve Katolik Kilisesi'ne aittir. Avustralya'da özel

sağlık sigortacılığı da gelişmiştir. 2006 yılı rakamları ile nüfusun yaklaşık % 45'i özel sağlık sigortasına sahiptir. Özel hastane yatışlarının çoğu özel sigortalar tarafından karşılanır. Eyalet hükümetleri halk hastanelerini ve toplum sağlığı hizmetlerini yürütürken, özel hastanelerin ruhsatlandırılması ve denetimi de eyalet yönetimlerinin sorumluluğundadır.

Genel sağlık sigortası (Medicare) hastane dışı sağlık hizmetlerinin faturalarını % 85, devlet ve özel hastanelerdeki hizmetlerin faturalarını % 75 oranında karşılar. Aradaki farkı hasta kendi cebinden öder. Ancak bir yıl içinde ödenen fark belli bir miktarı aştıktan sonra faturalar % 100 oranında Medicare tarafından karşılanmaya başlar. Özel doktorlar, Medicare tarifi üzerinden fark almadan ya da istedikleri takdirde hastadan fark talep ederek hizmet verebilmektedirler.

Hastalara eyalet hastanelerinde ücretsiz bakılır. Hastalar eyalet hastanelerinde doktor tercihi yaparak bakım almak isterlerse özel hasta muamelesi görürler. Bu durumda Medicare tıbbi hizmetlerin % 75'ini öder; kalanını, doktorun anlaşması varsa özel sigorta karşılar. Medicare, özel hastanelerdeki hasta yatışlarını karşılamaz.

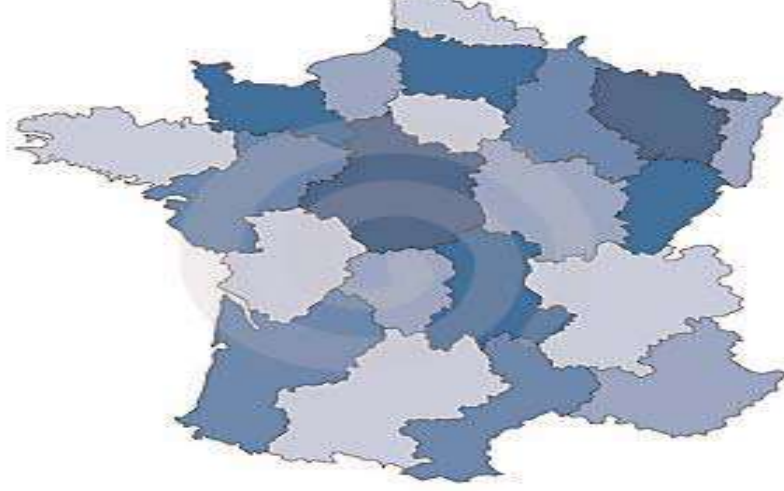
Avusturalya, gayrisafi milli hasılasının % 9,2'sini sağlığa harcamaktadır. OECD'nin 2006 rakamlarına bu oran ülkemizde % 7.7 olarak belirtilmiştir.

Fransa

Fransa, Dünya Sağlık Örgütü'nün, dünyanın en iyi sağlık sistemleri sıralamasında en üstte bulunuyor. Fransa'da hem gelişmiş bir sağlık güvence sistemi hem de özel hastane sektörü bulunuyor.

Sosyal sigorta sistemini kuranlar herkese aynı hizmeti veren tek bir sistem oluşturmak istemiştir. Ancak devlet memurları, denizciler, madenciler, demiryolu işçileri gibi önceden daha iyi şartlarda sigortalı olanların direnmesi ile bu birlik sağlanamamıştır. 2000 yılında, Fransa'da oturan herkese sağlık güvencesi sağlayan yeni bir düzenlemeye gidilmiştir. Günümüzde 3 ayrı sigorta sistemi sürmektedir: Çalışan İşçilerin Sigortası için Ulusal Fon (CNAMTS) nüfusun % 83'ünü; tarımsal sigorta ve serbest meslek sahipleri sigortaları ise nüfusun % 12'sini kapsamaktadır. Sigorta seçme hakkı yoktur ve mesleğe ya da ikamet yerine göre sigorta yapılır. 2000 yılı itibarıyla nüfusun % 86'sının isteğe bağlı tamamlayıcı sağlık sigortası vardır.

Fransa sağlık sistemi ile Alman 'Bismarck' sisteminin önemli farklarından



biri, sağlık sigorta fonlarının hiçbir zaman bağımsız olamamalarıdır. Prim oranlarını belirleme, toplama, servislerin ve hizmetlerin fiyatının tespiti vs. gibi konular devletin kontrolündedir.

1998 yılında herkese sağlık güvencesi yasasından sonra ücretlerden alınan sağlık sigortası primi yerine, tüm kazançtan alınan bir vergi konmuştur. Genel Sosyal Katkı (CSG) adı verilen bu vergi, kazancın % 5,25 oranıdır. Bu vergi sağlık sigortası fonlarının üçte birini karşılamaktadır.

Girişimler, ilaçlar, tıbbi cihazların ödenme kapsamına alınmaları "pozitif liste" içinde sıralanmıştır. "Şeffaflık Komitesi" ilaçların, cihazların ve girişimlerin etkinliğini değerlendirmede Tıbbi Ürünler Ekonomik Komitesi'ne tavsiyede bulunmaktadır. İncelenen 8.000 ilacın içinde 835 ilaç, etkinliği yetersiz bulunarak listeden çıkarılmıştır. Benzer bir prosedür tıbbi girişimler için de sürdürülmektedir.

Devlet hastanelerinde verilen hizmetlerin % 91'i, özel hastanelerde verilen hizmetlerin ise % 84'ü sosyal güvenlik tarafından finanse edilmektedir. Özel hastaneler vakıf ve sandıklara ait kâr

amacı gütmeyen kuruluşlar ve kâr amaçlı özel hastaneler şeklinde iki kategoriye ayrılmaktadır. Vakıf hastaneleri tüm hastanelerin yaklaşık üçte birini (1.400) oluşturup tüm yatakların % 29'unu (70.990) içerir. Özel hastaneler sayı olarak % 40'a (1.750) ulaşmakla birlikte yatak kapasiteleri sadece % 8'dir.

Fransa'da özel hastaneler genelde belli alanlarda uzmanlaşmıştır ve çoğunlukla küçük cerrahi girişimler yapılır. Örneğin katarakt cerrahisinin dörtte üçü ve sindirim sistemi hastalıklarına yönelik müdahalelerin (apendektomi, abdominal herni, kolesistektomi vb.) % 60'ı özel hastanelerde yapılmaktadır. Acil başvurular ya da rehabilitasyon amaçlı yatışlarda ise özel hastaneler, mevcudun dörtte birinden daha az bir paya sahiptirler.

Pilot uygulamanın başlaması için TBMM'de kanun tasarısı olarak beklenen bölgesel hastane birliklerinin kurulması projesi, muhtemelen Fransa'dan esinlenilmiştir. Fransa'da kısa adı ARH olan bölgesel hastaneler birimlerinin görevi, bölgesel sağlık hizmeti ihtiyaçlarını belirlemek ve bu sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için gerekli kaynakların akılcı dağıtımını sağlamaktır. Bunun yanında, sağlık sigortalarının da bölgesel birlikleri (URCAM) bulunmaktadır.

Ülke	Hastane sayısı	Özel / devlet oranı	Hastane yataklarının dağılımı	Sınıflandırma
Avusturya	200 yataktan az 70 hastane 200 - 500 yatak arası 21 hastane 500 - 999 arası 6 hastane, 1.000 yataktan fazla 3 hastane	1998 de 49 özel (37'si vakıf), 142 devlet	50.000 yatağın 2/3'ü devlet, 1/3'ü özel (5.600'ü vakıf)	147 hastane (% 75) bütçeden destekleniyor (yatakların % 45'i)
Belçika	227 hastane	% 60'ı vakıf hastanesi, % 40'ı belediye ve devlet hastanesi	Yatakların % 64'ü özel	Büyük ölçüde otonom çalışan devlet hastaneleri ile, tümüyle otonom özel hastaneler
Danimarka	80 hastane (1995)	Hastanelerin çoğu yerel yönetimlerin	Özel hastane yatak sayısı %1'den az	Hastane masrafları bütçeden karşılanıyor
Finlandiya	5 üniversite hastanesi, 15 merkezi hastane, 40 küçük ihtisas hastanesi	Hastanelerin çoğu belediyeler birliğine bağlı	Belediye hastanelerinde 38 bin yatak, özel hastanelerde 1.400	Hastanelerin çoğu otonom çalışıyor
Fransa	2002 tarihinde üç seviye halinde 1.000 devlet hastanesi, 562 genel hastane, 29 bölgesel hastane, 349 lokal hastane	4.000 hastanenin 1.000'i devletin; kalanların % 33'ü (1.400) vakıf	Hastane yataklarının % 65'i devlette, % 15'i vakıflarda, % 20'si özel hastanede	Hastane planlamaları bölgesel hastane ajanslarına verilmiştir
Almanya	2001 de 2.240 hastane	2.030 genel hastanenin 790'ı devletin, 820'si kâr amacı gütmeyen, 420'si kâr amaçlı özel hastane	Hastane yataklarının % 55'i devlette, % 38'i vakıflarda, %7'si kâr amaçlı özel hastanelerde	Devlet hastaneleri de otonom hale getirilmiştir
İtalya	1998'de 1.381 hastane	% 61 devlet, % 40 özel hastane	Yatakların % 81'i devlette, %18,5 özelde	