

COVID-19 mücadelesinde sosyal güvenlik sistemi için iyileştirme önerileri*

A. Tuncay Teksoz



Ortadoğu Teknik Üniversitesinde ekonomi eğitimi aldı. 1992 yılından itibaren Hazine Müsteşarlığında sosyal güvenlik ve sağlık sisteminin finansmanına yönelik üstlendiği çeşitli görevlerin ardından 2004-2006 yıllarında Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı görevini yürüttü ve bu dönemde hayata geçirilen sosyal güvenlik reformu ekibinin liderliğini üstlendi. Halen Pfizer Türkiye'de Kurumsal İlişkiler ve Pazara Erişim Direktörü olarak görev yapmaktadır.

Mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirildiği reform sırasında oluşturulan ve 2005 yılından itibaren kademeli olarak hayata geçen Genel Sağlık Sigortası (GSS) başlangıçta dört temel eksen üzerine inşa edilmiştir. Bunlar;

- Ülkemizde yaşayan herkesin eşit hak ve yükümlülüklerle GSS kapsamına alınması,
- Sigortalının ayrı bir sağlık finansman yapısına ihtiyacı olmayacak şekilde geniş bir hizmet ve geri ödeme kapsamına sahip olması,
- GSS'nin, sigortalılarının sağlığını korumak için hastalanmalarını beklemeden koruyucu sağlık hizmetlerini de finansman güvencesine alarak aile hekimleri marifetiyle sorumluluk alması,
- GSS'nin kamu veya özel sağlık hizmeti sunucuları ayırımı yapmaksızın sigortalılarına adına, tıbbi ve mali kazanımlarını gözetecek sözleşmeler vasıtasıyla, sağlığı geliştirici, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti alımı yapması olarak özetlenebilir. GSS'nin; yaklaşık 15 yıllık uygulama deneyimi bulunmaktadır. Bununla beraber, bahsettiğimiz dört kritere göre değerlendirildiğinde, olumlu yönde önemli gelişmeler kaydedilmesine rağmen, sistemin güçlendirilmesi için iyileştirme alanları da bulunmaktadır.

GSS ve sağlık alanında yapılan reformlar, başlangıçta özellikle sağladığı eşitlik ve erişim nedeniyle yüksek bir toplumsal kabul görmüş, ancak son yıllarda toplumsal memnuniyeti artıramaz duruma gelmiştir. Ancak bu yazı sağlık sisteminin sorunlarının ve çözüm seçeneklerinin tartışılması amacıyla hazırlanmamıştır; amaç COVID-19 pandemi krizinin ortaya çıkardığı önemli alanları bir ölçüde de olsa belirleyebilmek ve bunlara yönelik görüş birliğine varılan önerileri sunmaktır. Bu çerçevede COVID-19 salgınının yaratması muhtemel değişimler şöyle özetlenebilir;

- Sağlık hizmetinin en önemli aktörü yeniden fark edilmiştir. En önemli aktör, birey ve bireyin davranışlarıdır. Bireyin davranışı, kendi sağlığının ve toplum sağlığının korunmasında, hastalanması durumunda uygulanan tedavinin başarısında en temel ve en önemli faktördür.
- Sağlığın korunması ve iyileştirilmesinin bireysel değil, toplumsal, hatta evrensel bir ihtiyaç olduğu bir kez daha ortaya çıkmıştır. Gelir durumu, yaş, cinsiyet, çalışma durumu gibi ayrımlar yapılmaksızın tüm toplumu kapsayacak çözümlere ihtiyaç vardır
- Toplumsal ve/veya evrensel bir ihtiyacın çözümü için yine toplumsal ve evrensel etkili organizasyon ve etkin karar alma süreçlerine ihtiyaç olduğu ortaya çıkmıştır.

Bahsedilen konular elbette yeni değildir. Yeni olan, bu üç önceliğin neredeyse evrensel düzeyde yaygın olarak anlaşılabilir olması ve bu farkındalığın önümüzdeki süreçte sağlık sisteminin geliştirilmesinde olağanüstü ve tarihsel bir fırsat yaratmış olmasıdır. Bu tarihsel fırsatı kullanmak için neler yapılabilir sorusuna yönelik ortaya çıkan öneriler aşağıda dört başlık altında sunulmaktadır.

1. Bireyin Rolü Açısından

Mevcut demokratik katılım kültürü ve uygulaması içinde bireyin/hastanın sağlık düzeyi ve sağlık hizmetine yönelik karar mekanizmalarındaki rolünü artıracak çözümler geliştirilmelidir. Bireyin sağlığını koruması ve varsa hastalığına yönelik tedaviye daha yüksek düzeyde uyum göstermesi amacıyla kişisel sağlık verilerini kullanarak olumlu davranış değişikliklerine yardımcı olacak yöntemler geliştirilmeli ve bu yöntemler teknolojiyle desteklenmelidir.

Öncelikle COVID-19 nedeniyle hâlihazırda oluşan farkındalığın unutulmamasını ve yaşatılmasını sağlayacak TV programları, kamu spotları ve toplumdaki rol modeller aracılığıyla eğitimler geliştirilmelidir. Diğer taraftan mobil sağlık uygulamalarına ve cihazlarına erişimin kolaylaştırılması, kullanımın yaygınlaştırılması ve bu uygulamaların üreteceği verilerin hizmet planlamasında ve geri ödemede kullanımına yönelik mekanizmalarının oluşturulması gerekir.

Ayrıca bireyin sağlıklı yaşamasını sağlayacak uygulamalarda kendi sorumluluğunu destekleyen ve teşvik edecek finansal araçların geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu amaçla; bireyin kendi sağlığını tehdit ettiği davranışlarını (sigara kullanımı, beslenme bozukluğu, vb.) değiştirmelerine yönelik önlemlerin, örneğin, ek katkı payı uygulanmasının başlatılması, sevk zincirine uygun hareket edenlerde katılım payı avantajı sağlanması, kendi yaşam verilerini oluşturan ve sağlığı için kullanan bireylerden katılım payının düşük alınması ve benzeri uygulamaların hayata geçirilmesi düşünülebilir. Ancak burada önemli olan, sorumluluğu kişiye verirken vatandaşların doğuştan sahip oldukları eşitsizliklerin dikkate alınması ve sağlık açısından riskli ve dezavantajlı kesimlerin belirlenmesi ve bunlar lehine pozitif ayrımcılık kapsamında uygulamaların hayata geçirilmesine özel dikkat edilmesidir. Ayrıca toplumun her kesiminin teknolojiye erişimi, teknoloji ve sağlık okuryazarlığı da farklıdır. Sorumluluğu kişiye verirken tüm bu eşitsizlikleri bir düzeye kadar dengeye getirecek mekanizmaların da uygulanması gerekir.

2. Aile Hekimliği Sisteminin Sağlıkın Korunmasında Daha Etkin Kullanımı Açısından

Aile Hekimliği ödeme modelinin, bireyin sağlıklı kalması uygulamalarına yönelik performans sistemi ile desteklenmesi önerilmektedir. Bu kapsamda SGK aile hekimlerinden kendilerine bağlı nüfusun sağlık düzeyini korunması amacıyla sözleşme çerçevesinde hizmet almalıdır. GSS'nin koruyucu sağlık hizmetlerindeki rolünü daha etkin yerine getirmesi amacıyla halen SGK'ya tahsil ettiği primin %25'i kadar ödenen karşılıksız devlet prim katkısının, sağlıklı yaşamı teşvik edecek bir anlayışla ödenmesi düşünülebilir. Aile hekimlerine kaydolun nüfusun daha iyi takip edilebilmesi için nüfus hareketliliğinin doktor seçme özgürlüğünü engellemeyecek şekilde sınırlandırılmasına ihtiyaç vardır. Aile hekimlerinin daha etkin tedavi, sevk ve hasta takibi sağlanmalarına yönelik olarak kendilerinin doğrudan temas kurabilecekleri hastaneler, uzman doktorlar, teşhis ve tedaviye yönelik tetkiklere erişebilecekleri merkezler belirlenmelidir. Bu erişim uzaktan tedavi teknolojileri ile desteklenmeli, aile hekiminin yetkinlik ve becerisi bu şekilde geliştirilmelidir.

3. Ulusal Düzeyde Karar Verme Mekanizmaları Açısından

Cumhurbaşkanlığı sistemine geçişle birlikte karar verme mekanizmalarında önemli değişiklikler olmuştur. Pandemi krizinin yönetiminin başarısında bu yeni karar yapısının rolü büyüktür. Ancak karar mekanizmasının değişimi sonrası, kurumsal ve rutin uygulamalara ilişkin karar oluşturma sürecinde duraksamalar ortaya çıkmıştır. Özellikle sağlığın finansmanına ilişkin koordinasyon gerektiren kararlar Ekonomi Koordinasyon Kurulu (EKK) gibi yapıların henüz bulunmaması nedeniyle, etkin ve hızlı bir şekilde alınamamakta, alınan kararların hayata geçirilmesinde de sorunlar yaşanabilmektedir. Yetki, sorumluluk ve hesap verebilirlik dengesinde bir geçiş dönemi sıkıntısı gözlenmektedir.

Bu sorun bu yazının kapsamında ele alınamayacak şekilde çok yönlüdür. Ancak burada anılan iyileştirmelerin hayata geçirilmesine karar verilirse Cumhurbaşkanlığı tarafından yetkilendirilen EKK benzeri bir yapının oluşturulması yararlı olabilir. Bu yapının bilimsel kurullar ile desteklenmesi ve GSS yasalaşma döneminde gündeme gelen ancak sonrasında uygulama imkânı bulunamayan İngiltere'deki *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) benzeri bir yapının kurulması düşünülebilir.

4. SGK Operasyonel Kurallarının Uygulanma Kapasitesi Açısından

Yaşanan bir diğer önemli sorun, belirlenen kuralların uygulanmasının sağlanamamasıdır. Bu sorun çift yönlü olumsuz etkiye yol açmaktadır. Bir taraftan, ilgili taraflar yapılan sözleşme ve belirlenen kurallar aracılığı ile yönlendirilememekte ve geliştirilememektedir. Aynı zamanda merkezi ve stratejik karar vericilerin uygulamayla bağının kopmasına yol açmaktadır.

Bu konuya en iyi örneklerden biri Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlarının sağlık hizmetleri sunumu ve ürünlerinin tedarik maliyetlerinin çok altında kalmasıdır. Son 10 yıl içerisinde dönem dönem iyileştirmeler yapılmasına rağmen, geri ödeme fiyatlarının maliyetleri karşılama nedeniyle kamu hastaneleri genel bütçeden ek ödeneklerle artan giderlerini karşılarken, özel hastaneler de artan maliyetlerini (yasa ile tanımlanan fark tutarının baz SUT tutarının değişmemesi nedeniyle) hastadan alınan ek farklar ile karşılamaya çalışmaktadır.

Her iki taraf açısından da olumsuz olan bu durum özellikle GSS'nin temel prensipleri açısından yıkıcı niteliktedir. Zira SGK, sigortalı adına kamu, üniversite ve özel hastanelerden aldığı hizmetin yerindeliğini ve kalitesini denetleme yeteneğini kaybetmektedir. Öte yandan, sağlık harcamalarını kontrol etmek amacıyla kamu hastaneleriyle başlayıp zaman içerisinde kamu üniversitesi hastanelerine topluca ödeme sağlayan "global bütçe" uygulaması da bu anlamdaki denetimi zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla SGK yasal düzenlemeler ile temsil ettiği sigortalının yararını artırmak ile tanımlı oldukça belirsiz olan "kurum yararından" sorumlu bir çerçeve arasına sıkışmıştır.

Başlangıçta kapsayıcı ve stratejik hizmet alıcısı rolü ile sağlık sisteminin diğer paydaşlarının etkinliğini ve üretkenliğini desteklemek üzere kurgulanan SGK, sigortalısına sağlanan sağlık hizmetinin düzeyi/ etkinliği konusunda yeterince söz sahibi, takip edici ve karar verici olamayınca etkin bir hizmet alıcısı olarak tasarlanan rolünü yeterince yerine getirememektedir.

Bu durum, sağlık sisteminin diğer önemli paydaşları olan bireyler, sağlık profesyonelleri, hastaneler, ilaç ve tıbbi cihaz/ malzeme sunucuları ve diğer paydaşların gelişimine yönelik davranış değiştirme motivasyonunu sınırlandırmaktadır. Kurumsal yapıların etkinliği, bu kurumlardan faydalananların öneri ve memnuniyet seviyelerinin sürekli ölçülmesi ve paylaşılması ile güçlendirilebilir. Fakat bu memnuniyet ölçüm ve önerilerin önleme, koruma ve tedavi hizmet alanları bazında olabilecek en detay şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak, COVID-19 pandemisinin oluşturduğu ortamı da dikkate alarak; GSS'nin kapsam ve kapsayıcılık açısından mevcut yasal çerçevesi korunarak, genel bütçeden yapılan ödemeler dahil tüm hizmetlerin GSS tarafından finanse edilerek, yukarıda anılan önerilerin hayata geçirileceği şekilde uygulanmasının geliştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca özel sağlık sigortası veya cepten ödemelerin sağlığa erişimi sınırlandırmayacak ölçüde tutulmasına özen gösterilmelidir.

** Bu çalışma 2004-2008 yılları arasında Sosyal Güvenlik Reformu kapsamında Genel Sağlık Sigortasının tasarlanması, yasalaşması ve hayata geçmesi sürecini yürüten çekirdek ekibin bir bölümünün pandemi günlerinde dört farklı oturumda gerçekleştirdiği tartışmalarda ortaya çıkan görüşlerini yansıtmaktadır.*

Katkı Sunanlar: Sema Çekiç, Hüseyin Çelik, İhsan Demirci, Merih Dizici, Faik Sayran, Zeynep Güldem Ökem ve A. Tuncay Teksöz