

F. ALMANYA'DA HASTALIK SİGORTASI VE SİGORTALININ MASRAFLARA KATILMASI

Doç. Dr. Nurhan AKÇAYLI

Bilindiği gibi, F. Almanya, sosyal sigorta sistemini ilk defa kurup uygulayan ve bu hususta diğer ülkelere önderlik eden bir ülkedir. Bugün F. Almanyada sosyal sigortanın kapsamı ve boyutları son derece genişlemiş ve kurum dev bir örgüt halini almışken, buna paralel olarak memnuniyet değil, tam tersine ciddi bir takım şikâyet ve eleştiriler yükselmeğe başlamıştır. Bu eleştiri ve şikâyetlerin büyük bir çoğunluğu özellikle hastalık sigortasına ilişkin bulunmakta ve sigortanın bu dalında köklü bir reform ihtiyacından söz edilmektedir. Tüm reform dileklerinin birleştiği nokta ise, yapısal düzeltmeler yanında sigortalının sigorta masraflarına bizzat katılması hususu, teşkil etmektedir.

Hastalık sigortasında eleştirilere sebep olan sorunlar başlıca şu noktalarda toplanmaktadır.

1) Yapısal sorun

Sosyal sigorta kurumu, örgüt olarak o derece genişlemiş ve büyük boyutlara erişmiştir ki, bugün artık kurumdan dev bir örgüt olarak söz etmek gerekmektedir. Önce kurumun sahip olduğu kapital son derece büyümüştür. Öyle ki, kurum bugün en büyük bankalar kadar büyük paralar üzerinde tasarruf edebilme durumuna gelmiştir. Ayrıca sigortanın kişisel kapsamının ve arzet-

tiği hizmetlerin genişlemesi sonucu, personel kadrosu da son derece genişlemiş ve bunun da örgütün büyümesinde büyük rolü olmuştur.

Bu büyüme ise, kurumun kapitalist bir nitelik kazanmasına yol açmıştır. Gerçekten kurumun sadece sahip olduğu büyük kapital birikimi, bu kuruluşun büyük bir siyasi güce dönüşmesini ve toplum içinde büyük bir iktidar merkezi haline gelmesini sağlamış ve kurumun bu iktidarını parlamento, yasa ve devlete karşı bağımsız olarak kullanabilmesini mümkün kılmıştır.

Bu gelişme içinde ise, kurumun sigorta niteliği, kendi kendine yardım özelliği ve özyönetim karakteri tamamen kaybolmuş, sosyal sigorta hizmetleri bir tür devlet yardımlarından ayrılmaz, diğer bir deyişle kapsamı ve hizmetlerinin şematikleştirilmesiyle devlet yardımlarına benzer hale gelmeğe başlamıştır.

Öte yandan kuruluşun tek başına bu kadar büyümesi, kendi içinde birçok mahzurların doğmasına da yol açmıştır. Öncelikle kuruluş içinde işçi, müstahdem ve memur statüsünde, temelden farklı risklere dayanan ve sayıları son derece yüksek olan bir personel kadrosuna yer vermek mecburiyeti belirlemiştir. Bu farklı riskleri, aynı kuruluş içinde farklı şekillerde ele almak zorunluğu ise, bir problem olmuştur. Hele sosyal sigorta kapsamına kendi hesabına çalışan, bağımsız bir gurubun da alınmasıyla, bu mahzur daha da belirgin bir hale gelmiştir. Gerçekten bu sonuncuların diğerleri yanında daha başka tür bir risk teşkil ettiklerinden şüphe edilmemektedir.

Bundan başka kurumun tek sigorta niteliği, yani emeklilik, kaza, hastalık vs. gibi tüm sigorta hizmetlerinin aynı yerden finanse edilmesi de, kuruma aynı zamanda totaliter bir karakter kazandırmış ve bu yöndeki gelişme, bu nitelikteki ekonomik ve kamu kuruluşlarında söz konusu olan tüm sakıncaları da beraberinde getirmiştir.

Gerçekten büyük kuruluşlar mutlaka büyük bürokrasiyi doğurmaktadır. Nitekim F. Almanya sosyal sigorta kurumunda da, bürokrasi alabildiğine yoğunlaşmış, çift işlemler çoğalmış ve merkez ile üniteler arasındaki bağ kopmuş, özyönetim işlemez bir hale gelmiştir. Aslında bu özyönetim bürokrasisine hiçbir muhalefet yapılamamaktadır. Bilakis özyönetim bürokrasiyle büyük bir ahenk

çinde yaşamaktadır. Bunun sebepleri ise üç noktada toplanmaktadır: Önce serbest seçim yapılamamaktadır. İkincisi yönetim sadece bürokrasinin verdiği bilgiye dayanmaktadır. Üçüncüsü ise, kamu'nun kurumun yaptıkları hakkında en ufak bir bilgiye sahip bulunmamasıdır. Gerçekten sosyal sigorta kurumunun özyönetim özelliği bugünkü gelişme düzeyi içinde adeta kaybolmuş durumdadır. Aslında bu örgütün özelliği nedir sorunu önem kazanmaktadır. Bürokrasiye karşı çıkan bir özyönetim mi yoksa bürokrasiyle ahenk içinde yaşayan bir özyönetim mi? Gerçek şu ki, bu özyönetimde hiçbir şekilde serbest seçim söz konusu olmamaktadır. Sigorta yönetim kurullarına giren işçi temsilcileri, sendika tarafından tayin edilmekte ve bu adaylar kurula seçilmektedirler. Halbuki gerçek bir özyönetimde organların serbest seçimle iş başına getirilmeleri gerekmektedir. Kaldı ki, çeşitli risklerin tek bir sigorta içinde toplanması halinde işçi yanında, müstahdem, memur ve sigorta kapsamı içine alınan kendi hesaplarına çalışan bağımsız gurubun da eşit olarak temsil edilmeleri gerekir. Öte yandan özyönetim organları sadece bürokratlar tarafından temin edilen bilgilere terkedilmemelidirler. Bu bilgi, örneğin doktorlardan da alınmalıdır. Nihayet özyönetimin faaliyetleri hakkında özel basında veya günlük gazetelerde kamuya bilgi verilmelidir.

Kurumdaki büyüme ve bürokrasinin sonucu ortaya çıkan en ciddi mahzurlardan biri de, kurumun masraflarının son derece artmış bulunmasıdır. Gerçekten kurumun masrafları sadece örgütsel sebeplerle değil, bunun dışında diğer sebeplerle de son derece ağırlaşmış bulunmaktadır. Aslında hastalık sigortasının hizmetleri fevkalade genişlemiş ve maliyeti de o derece ağırlaşmıştır. Bu genişleme ise, şu sebeplerden kaynaklanmaktadır:

- 1) Sigortanın kişisel kapsamının, yasal olarak çok genişlemesi,
- 2) Mesken sıkıntısı, çalışma temposunun hızlanması, yaşama süresinin uzaması,
- 3) Şimdiki neslin yaşama endişesinin artması ve mütevekkil olmayışı,
- 4) Tıbbın ilerlemesi ve hastalık hakkında aydınlatıcı bilgilerin verilmesi ve erken teşhis metodunun yayılması,
- 5) İlaç endüstrisinin propagandası.

- 6) Doktor sayısının artması ve bu konuda rekabetin hızlanması,
- 7) Tek tek sigortalıların kamuya olan sorumluluklarının azalması,
- 8) Sigortalıların ödedikleri prim karşılığında ille bir karşılık beklmeleri,
- 9) Sigortanın, işsizlerce ilk olarak baş vurulan bir yer olma fonksiyonu görmesi,
- 10) Hastalık türlerinin çevre kirlenmesi vs. gibi sebeplerle artması,
- 11) Tıpta tekniğe dayalı hizmetlerin akıl almaz şekilde çoğalması,
- 12) Yükselen hayat seviyesinin, zorunlu olarak sağlık hizmetlerini artırması, bu hizmetlerin kapsamını ve muhtevasını genişletmesi ve böylece örneğin ortopedi, göz ve psikiyatrik hastalıkların, cerrahi, modern diş yapımı gibi tedavi türlerinin de sigorta hizmetleri kapsamı içine alınması,
- 13) Sigorta doktorlarının devamlı olarak ücret artırımını istediğinde bulunmaları ve kurumun da bu isteklere evet demek mecburiyetinde kalması ve bunun yanında sigortaya fazla sayıda doktorun kayıtlı bulunması,
- 14) Hastahane bakımının ön plana çıkması.

Netice itibarile hastalık hizmetlerinin maliyeti o derece artmıştır ki, bu masrafları primlerle kapatmak başlı başına bir problem olmuştur. Sigorta kurumlarının daha çok primleri ve gelirleri olmasına rağmen, kurum bu masrafları karşılayamaz bir hale gelmiştir. Üstelik kurumun kaza ve emekli sigorta hizmetlerinden dolayı da büyük bir borcu doğmaktadır.

2) Doktor ve hasta sorunu

Doktor, mesleğinin doğal icabı olarak bir kurum üyesi olmayan, mesleğini kendi hesabına bağımsız olarak icra etmesi gereken bir kişidir. Doktorla hastası arasında bir güven ilişkisi ve doktor için hastasile ilgili hususlarda sükût mecburiyeti bulunmaktadır.

Halbuki önce serbest meslek şeklinde başlayan doktorluğun da ha sonraları memuriyet haline dönüştüğü gözlenmektedir. Bu gelişmenin sonucu olarak doktor, kendini büyük bir örgüt ağında, hiyerarşik bir ilişki içinde bulmaktadır. Öte yandan bu durum ilgili bakanlıklara ve idari birimlere büyük masraflar yüklemekte ve yeni tür bir bürokrasinin de ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

Aslında doktor. hizmetlerinin değerlendirilmesinde başlıca iki hususu dikkate alır: Bunlar,

- 1) Hizmetinin kapsamı,
- 2) Hastasının ödeme gücü'dür.

Bu açıdan sigorta doktorluğu ile, özel doktorluk arasında büyük bir fark doğmuştur. Özel doktor, az işe bakıp çok ücret almaktadır. Halbuki memur - doktor çok işe bakıp az ücret alan kişidir. Sigorta doktorunun çok para alabilmesi için çok hastaya bakması gerekmektedir. Çünkü F. Alman hastalık sigortası sisteminde, doktor hasta başına, yani bizdeki vizite belgesine tekabül eden «Krankenschein» belgesi başına ücretini götürü ve maktu olarak almaktadır.

Öte yandan doktor memur mudur, müstahdem midir, yoksa serbest meslek sahibi bir kişi midir, sorunu ciddi bir problem teşkil etmektedir. Doktorun meslek özgürlüğünü tayin eden husus şudur: O kendi takdirine göre mi, yoksa kendisini bağliyan yönetmeliklere göre mi çalışacaktır? Gerçekten doktorlarla sigorta kurumları arasında büyük bir mücadele başlamıştır. Kurum-yönetimde temsil edilmelerine rağmen-bir taraftan işçiler üzerinde haki-miyet kurarken öte yandan bu hakimiyeti doktorlar üzerinde de, kurmağa çalışmaktadırlar. Üstelik doktorlar yönetimde temsil hakkından da yoksun bulunmaktadırlar. Kaldı ki doktorlar kurumun işçileri değil sadece onların sözleşme tarafı durumundadırlar.

Dolayısıyla burada sosyal sigortaya bağlı doktorluk tıp hizmetini ne yönde etkilemiştir sorusu da önem kazanmaktadır. Önce sigortanın kişisel kapsamının genişlemesi, serbest doktorluk imkanını son derece kısıtlamıştır. Gerçekten yüksek gelir guruplarının sigorta kapsamına alınması, doktor ve özellikle dış doktorlarına yansıyan bir külfet yaratmıştır. Zira, bunlar sigorta kapsa-

mına alınmamış olsalardı, doktorlar, bunlardan daha yüksek bir ücret talep edebilecek durumda olacaklardı.

Öte yandan doktorla kurum arasındaki ilişkiler başından itibaren bozuk başlamış ve böylece sürüp gitmiştir. Buna sebep önce doktorun kurumca kendisine verilen ekonomik imkanları spekülâtif bir şekilde kullanmak durumunda kalmasıdır. Geçerli olan sisteme göre, hasta dilediği sigorta doktoruna baş vurmakta ve doktor ücretini hastadan değil, doğrudan doğruya visite kağıdı karşılığı sigortadan almaktadır.

Böyle olunca da doktor mümkün olduğu kadar çok hastaya bakarak gelirini yükseltme çabasına düşmektedir. Öyle ki Bayern'de bir kasabada bir doktorun baktığı hasta sayısının korkunç bir şekilde yüksek olduğu dikkati çekmiş ve hasta sayısı ile çalışma süresi hesaplandığında bu doktorun bir dakikada 3 hastaya bakması gerektiği ortaya çıkmıştır. Aslında bu doktor, hastaya bakmadan sadece eş ve dostlardan vizite kağıdı toplamış ve bunları sigortaya aktarmıştır.

Sosyal sigortanın doktorlar açısından doğurduğu diğer olumsuz bir sonuç da, sağlık hizmetlerinin kalitesine olan olumsuz etkisidir. Bunun sebebi ise, sigorta doktorlarının, tıp hizmetlerinin kalitesinin düşmesine yol açacak kadar çok sayıda hastaya bakmak mecburiyetinde kalmalarıdır. Öyleki, bugün sigorta doktorlarından, kayan şerit sistemine göre çalışan (Bandarbeit yapan) tıp görevlileri diye sözü edilmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre, bir amerikan doktoru her hastaya ortalama 23 dakika ayırmaktadır. İngiliz doktorları ise, kendi sistemleri içinde sadece 10 dakika ayırbilmektedirler. Alman doktorlarının ise, yukarıda sözü edildiği gibi kayan şerit usulüne göre çalıştıkları iddia edilmektedir. Bunun ise, hastalık hizmetlerinin kalitesini son derece düşüreceği aşikârdır.

Hastalık sigortasında, hasta-doktor ilişkisinin de son derece bozuk olduğunu kabul etmek gerekmektedir. Önce sigortalı hastanın, doktoru gereksiz yere işgal etmesi söz konusu olmakta, en azından hastada böyle bir arzu bulunmaktadır. Gerçekten sigortalılar ciddi bir hastalıkları olmadığı halde, ille ödedikleri primin karşılığını almak için gereksiz yere doktora baş vurmakta ve doktoru ziyaret, bir tür hafta sonu ziyareti, boş zamanları doldurma ve doktorun bekleme odalarında yalnızlığa çare arama, ve hatta

bir doktorun söylediği gibi kadın sigortalılar için bir tür öğleden sonra kahve ziyareti yerine geçmektedir.

Öte yandan sigortalılarda herşeyden önce özel hastalardan ayrı muamele görmenin üzüntüsü içinde bulunmaktadır.

Hasta doktordan iyi muamele görmemekte, çünkü doktor hastasını kaybetme endişesine düşmemektedir.

Gerçekten doktor sigortalı hastalar için yeterli zamanı da ayıramamaktadır. Aslında doktor için sigortalı hastaya hizmet, bir külfet teşkil etmektedir. Bu sebepten birçok hastalar serbest çalışan özel doktorları tercih etmektedir. Görülüyorki, ya hasta başına ücret sisteminin terkedilmesi ve doktorun hasta sayısına bakılmadan ücretlendirilmesi, yahut sigorta doktorlarının İngiltere ve Danimarkada görüldüğü gibi sadece belli sayıda hastaya bakmakla yetinebilmeleri gerekmektedir.

Bu iki bölümde açıklanan sorunlar sebeble hastalık sigortasında reformu gerektiren sebepler şöyle özetlenebilir:

1) Hastalık sigortasında bugün kapital aleyhine büyük bir israf söz konusu olmaktadır. Bu israfı hasta yapmakta, doktor yapmakta ve bürokrasiden doğmakta, neticede sosyal sigorta hizmetleri pahalı bir hale gelmektedir. Bu pahalılık ise, yine işçiye geri dönmektedir. Bu sonuç işçinin ücretinin bir kısmının prim adile, mukabil bir yarar sağlanmadan, hatta gerçek bir ihtiyacı karşılamaksızın alınması anlamına gelmektedir.

2) Sosyal sigortanın bu dalı halka iyi hizmet vermemektedir. Üstelik bu hizmetin sigortalılar tarafından kötüye kullanılmasına da yol açmaktadır. Böylece hem iyi hizmet vermeyip, hem de kötüye kullanılmasına yol açmakla halkın moralini de bozmaktadır. Öte yandan bazıları tarafından, küçümsendiği için, hastalık sigortası hiç kullanılmamaktadır. Sigortaya bağlı hastaneler zarar etmemek için (bunlar özyönetimdir) en ucuz ilaçları yazmaktadırlar. Bunun yanında her hastaya yazılabilecek ilaç bedeli de kaide olarak sınırlı bulunmaktadır. Sınır aşıldığı zaman ise hasta karısının, çocuklarının kendi yanında yaşayan ebeveynlerinin hastalık belgelerini de ibraz ederek, fazla ilacı yazdırabilmekte ve sigortalılarda bir tür ilaç tiryakiliği de baş göstermektedir. Sonuç şu olmaktadır. Doktor da hasta da kurumun aleyhine olarak gerekli miktarın üstüne çıkmaktadırlar. Bu ise, neticede söz

konusu hizmetlerin finansmanında bir zayıflık yaratmaktadır. Ayrıca doktorun kurum ve hastayla olan ilişkisi de problematik bir duruma girmiş bulunmaktadır.

3) Hastalık sigortası, sigortaya kayıtlı doktor sayısını gereksiz yere artırmıştır. Öyle ki, hastalık sigortası bugün iptal edildiği takdirde doktorların % 75'i işsiz kalma durumuna girmektedirler. Zira pek çok doktor yetişirken, bunların yegâne gelir kaynakları sigorta doktorluğu olmuştur. Görülüyor ki, konu sigortalıların dışına kaymakta ve tüm ekonomiyi ilgilendiren bir sorun haline gelmektedir.

4) Sosyal sigortada bürokrasi ve çift işlem fevkalade çoğalmıştır. Özellikle kuruluşun örgüt olarak son derece büyümesinden ileri gelen mahzurlar, sosyal sigortanın düzeltilmesinde hiçbir şekilde ikinci derecede bir problem teşkil etmemektedir. Sosyal sigorta hizmetlerinin kitleye hitap etmesi, insanların ve hizmetlerin şematikleştirilmesi, ilişkilerin gayri şahsileştirilmesi ve kalıplaştırılması sonucunu doğurmuştur. Bu arada sosyal politik açıdan aile de, kurumda sadece bir hesap faktörü olmakta fakat bireysel sorumluluğa sahip bir iktisadi faktör olmaktan çıkmaktadır. Bu bakımdan hastalık baş vurusu sorumsuz bir şekilde artmakta ve buna bağlı olarak hastalık sigortası masrafları da, gelirlerin karşılayamayacağı endişesini uyandıracak bir düzeye ulaşmaktadır. Gerçekten hastalık sigortasının bugün kendisi hasta bulunmaktadır. Özellikle mali bakımdan içine düştüğü kriz dikkate alınır, bu gözlem daha da açıklık kazanmaktadır. Bir taraftan muayene, ilaç ve hastane masraflarının devamlı olarak artması, hastane tedavilerinin çoğalması ve hastanede tedavi süresinin uzaması, diğer taraftan örgüt masrafların artması hastalık sigortasını bir çıkmaza sokmuştur. Bu tezahürlerin son derece kompleks sebepleri olduğu aşikârdır. Bu mahzurlar sigortanın tüm taraflarından kaynaklanmaktadır. Yani kurum, sigortalı ve doktordan. Öte yandan bu tezahürler toplumun sosyal ve ekonomik değişmesine bağlı bulunmakta ve bizzat sistemin içinden doğmaktadır. Genel olarak sosyal sigorta kurumundaki bu dinamik masraf artışı, yapı ile ilgili temel bir sorun olup, geçici tedbirlerle giderilecek gibi değildir. Öte yandan sosyal sigorta kurumu çeşitli seçenekleri olan ve işini rantabl hale getirecek bir tüccar gibi düşünülemediği de unutulmamalıdır.

5) Sosyal sigorta kurumu mecburi sigortalamaya dayanan bir tür devlet kuruluşunu andırmaktadır. Dolayısıyla özel sigorta teşebbüslerinde mümkün olan rasyonalizasyona kapalı bir rejim teşkil etmektedir. Hizmetler ve riskler burada şematikleştirilmiştir. Bu sebepten bazı risklerin reddedilmesi bu kurum çerçevesi içinde mümkün değildir. Dolayısıyla daha yüksek prim ödemek suretile bazı faydalı görülen risklerin sigorta edilmesi imkânı mevcut bulunmadığı gibi, bazı faydalı görülmiyen risklerin de sigortadan çıkarılması imkanı ortadan kalkmış bulunmaktadır. Halbuki bu tür risklerin sigortadan çıkarılması halinde, doktorların, diş hekimlerinin ve eczacıların da yükü o nisbette hafiflemiş olacaktır.

Böylece kurum aslında ekonomik bir kuruluş olmasına rağmen, rasyonel işletmecilik kurallarına göre çalışamaz hale gelmiştir. Gerçekten en az masrafla en yüksek verim prensibi bu kuruluşlar da işliyememektedir. Çünkü devlet sigorta kurumlarına sağlıkla ilgili tüm hizmetleri temin etme monopolünü vermiştir. Buna mukabil kurum özyönetim olarak ne parlamentonun denetimine tabidir, ne de sermaye şirketlerinde olduğu gibi kamusal yükümlülöklere sahiptir. Özyönetimde bu tarz gelişmeye izin verilmiş midir? Gerçi demokratik kurallara tabi olacağı belirtilmiştir. Ancak bu kağıt üzerinde kalmıştır. Aslında sigortada bağımsızların, doktor ve diğer sağlık mesleği mensuplarının da temsil edilmesi gerekir.

6) Hastalık sigortası, müteakabiliyet açısından, hizmet ve karşı hizmet, yani prim ve hizmet arasındaki eşitlik bakımından sigortalıları memnun etmemektedir. Özellikle memur ve müstahdem durumunda bulunan kişiler için, verilen hizmetlerle kesilen primler arasındaki fark o derece büyüktür ki, bu kişiler kendi dileklerine kalsa, derhal sigortadan çıkacaklardır. Yine kendi adına çalışan bazı bağımsızların ve bunların aile fertlerinin de mecburi sigortaya sokulması bunları ekonomik bakımdan gerçekten büyük bir yük altına sokmaktadır. Hastalık sigortasına, gerçek sigorta niteliğinin kazandırılması, sosyal sigortada çeşitli risklerin ayrılması ve bu suretle prim ile hizmet arasında ilgi kurulması ve gerçek gurubun sigorta kapsamı içine alınması gerekmektedir.

7) Tek sigorta sistemi, yani tüm sigorta hizmetlerinin aynı merkezden finanse edilmesi, hastalık sigortası aleyhine çalışmak-

tadır. Zira kurumun emeklilik borcu gittikçe büyümektedir. Aslında emeklilik hakkının kazanılması için riskle orantılı olmayan primler alınmaktadır. Halbuki kurum ekonomik kuruluş olarak özel sigorta prensiblerine göre çalışabilirdi. Bilindiği gibi özel sigortalılarda farklı risklerden farklı primler alınmaktadır.

8) Hastalık sigortasında doktor ile hastası arasında gizlilik bozulmakta, doktorun sükût yükümlülüğünü kurumun da paylaşması psikolojik bakımdan bir diğer mahzur teşkil etmektedir.

9) Sosyal sigortanın bu dalı ile halk ve ekonomi külfet altına girmektedir. Halkın morali de bozulmaktadır.

10) Hastalık sigortasının hizmetleri fevkelâde genişlemiş fakat tıbbın gelişmesine ayak uyduramamıştır. Modern ve pahalı tedavi ve teşhis metotları ve ilaçlar temin edilememiştir.

11) Hastalık sigortasında erken teşhise hiç yer verilmemiştir. Halbuki zararsız görünen birçok şikayetlerin büyük hastalıkların kaynağını teşkil ettiği bir gerçektir. Yine hastalık sigortası beslenmeye de önem vermemektedir. Halbuki beslenmenin de hastalıkların doğmasında temel etkenlerden biri olduğu bilinmektedir. Halkın hijyen konusundaki bilgisizliği de bir hastalık kaynağıdır. Özellikle yeni doğmuş bebeklerin annelerinin bu konuda yeteri derecede aydınlatıldığı kabul edilemez. Kaldı ki sağlıklı beslenme yanlış beslenmeden daha ucuzdur ve ısı ve mevsim farklarından doğan hastalıkları tamamen önlemek de mümkün bulunmaktadır. Aynı şey iş kazaları ve meslek hastalıkları için de varittir. Hastalığın doğmasını önleyici ve tedavi edici hizmetleri kurum mutlaka birbirinden ayırmalıdır.

Hastalık sigortası bunların üzerinde durmamakta sadece hastalanana doktora göndermekle yetinmektedir.

12) Bugün sigortalıların kapsamının genişletilmesi, adeta doktora serbest çalışma imkanını ortadan kaldırmıştır. Doktorların çoğu hastalık sigortasını kabul etmekte fakat serbest çalışma imkanını muhafaza etmek istemektedirler. Dolayısıyla sigorta doktorunun en azından daha iyi onore edilmesi, gerekir ki, doktor-kurum ve hasta üçlüsü kendini daha güvenli bir işbirliği içinde bulsun.

13) Özyönetim içinde öz-sorumluluğun da yaratılması gerekir. Bugünkü sistem içinde bu yaratılabilir mi? Eğer doktor günde yüzlerce hastaya bakar. sigortalılar sorumsuz bir şekilde doktora baş vurur ve doktor da bu tehacüm içinde doğru düzgün bir muayene dahi yapamazsa, bu öz-sorumluluğun yaratılmasına imkan görülmemektedir.

Açıklanan bu sebepler içinde, kurumun genel yapısı ile ilgili alanlar dışında, doğrudan doğruya hastalık sigortasına ilişkin olan reform sebeplerinin şu hususlara ilişkin olduğu görülmektedir.

1) Kurum, gelir ve giderleri aynı gelişmeyi gösteremediğinden, kendini bir tür dar boğazda hissetmektedir.

2) Bugünkü sistem tedavi imkanını engellemekte ve kısıtlamakta ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine yol açmaktadır.

3) Doktorlar şimdiki durumdan memnun bulunmamaktadırlar. Çünkü çok hastaya bakmakta ve hizmetle mütenasip olmıyan düşük ücret almaktadırlar, dolayısıyla sigortalı hastaya hizmet bir külfet teşkil etmektedir.

4) Sigortalılar, özel hastalardan ayrı muamele görmenin üzüntüsü içindedirler.

5) Ağır hastalar bugünkü sistemden en zararlı çıkan kişiler olmakta, uzun süreli tedavilerde hasta emekliliği de gelmemiş ise, muhtaç duruma düşmektedir. Böylece ağır hastaları, bunlar özellikle himayeye muhtaç olduğu halde, himaye etmemektedir.

6) Bugünkü sistem moral sebeplerle de sakıncalıdır. Çünkü sistem sadece suistimallere açık olmayıp, bu yolu geliştirmekte ve mükâfatlandırmaktadır.

7) Bugünkü sistem tam ücreti ödenen ilaçların mübalağalı şekilde kullanılmasına dolayısıyla ekonomik bakımdan gereksiz masraf ve israfa yol açmaktadır.

8) Nihayet kurum, doktor ve hasta arasındaki ilişkileri şahsi olmaktan çıkarmış objeleştirmiştir.

Reformu gerektiren sebepler bu şekilde belirtildikten sonra, önerilen reform tekliflerinde de şu iki hedef üzerinde durulduğu görülmektedir:

1) Hastalık sigortasında temel hedef, mümkün olduğu kadar bireysel sorumluluğu ve sigortanın kendi kendine yardım karakterini ortaya çıkarmaktır. Bu hedefe ulaşılması için, esas itibariyle, sigortalının masraflara katılması sistemi getirilmek istenmekte ve bunun yanında kurumda genel hatlarla ilgili olarak yapısal değişikliklerden söz edilmektedir.

2) Hastalık sigortasında başarıya, ancak doktorların yakın işbirliği ile ulaşılabileceği kabul edilmelidir. Bu hedefe ulaşılabilmesi için de «doktor ve reform» konusunun, katılma mekanizması ile birlikte ele alınması gerekli bulunmaktadır.

1) Sigortalının masraflara katılması (Selbstbeteiligung)

Katılma mekanizmasını ileri süren öneri sahiplerine göre, bugün sigortalıların mali güçleri son derece büyümüştür. Bu sebepten onlara artık fakir fukara yardımı şeklinde bir sağlık hizmeti verilemeyeceği aşıkardır. Öte yandan yine aynı sebeple, özel sigortada olduğu gibi, sosyal sigortada da sigortalılara çeşitli ücretlere göre çeşitli riskleri sigorta ettirme şeklinde bir seçim hakkını sağlamak da mümkün bulunmaktadır. Bu sonuç, katılma sistemi ile bir oranda ve başka bir yoldan da olsa gerçekleştirilebilmektedir.

Katılma ile ilgili şu planlar ileri sürülmüş bulunmaktadır:

1) Hastanın tüm hastalık masraflarına belli bir oranda katılması,

2) Hastanın gelirine göre hesaplanacak maktu bir miktarla hastalık masraflarına katılması. Örneğin sigortalının ilk 15 marķı kendisinin ödemesi ve hastalık masraflarının, bu miktarı geçmesi halinde aşan sınırı sigortanın üstlenmesi,

3) Her hastanın başvuruda belli bir ücret ödemesi,

4) Fransa'daki sistemin aynen kabulü ile hastanın önce hastalık masraflarını bizzat karşılaması ve bu masrafların % 80'ini sonradan belgelemek suretile sigortadan alması,

5) Primlerin bir kısmının (% 75) sigortalının şahsi tasarruf hesabında, diğer kısmının ise (% 25) tüm üyelerin katıldığı müşterek hesapta toplanması ve sigortalı hastanın önce kendi hesabındaki parayı kullanması, bu hesaptaki para yetmediği takdirde

müşterek hesaptaki parayı kullanabilmesi. Bu modelde sigortalı, doktorun karşısına özel hasta olarak çıkabilmekte, yönetim masrafları kalkmakta ve yapılan masrafların hesapta toplanan paraların faizlerle kapatılması da mümkün bulunmaktadır. Yine bu modelde en önemlisi ,kişi tasarrufa alıştırılmaktadır.

6) Dereceli katılma sistemi, buna göre,

a) Belli gelir guruplarının, sigortanın tüm hizmetlerinden, masraflara katılmadan, faydalanması,

b) Daha yüksek gelir guruplarının belli bir oranda masraflara katılması,

c) Nihayet yüksek gelir guruplarının. hastalık masraflarına daha fazla oranda katılması. Kısaca gelir yüksekliğine göre tesbit edilecek muhtelif oranlarda masraflara katılma.

7) Hastalık sigortası hizmetlerinde fevkelade hizmetlerle normal hizmetler arasında ayırım yaparak, sonunculara masraflara katılma sistemini kabul etmek,

8) Uzun süreli hastalıklarda katılmayı kabul etmek.

Sigortalının masraflara katılmasının faydaları şöyle ifade edilmektedir:

1) Önce ağır hastaların bir süre bakıldıktan sonra devletin yardımına terkedilmesi önlenmiş olacaktır. Zira bu hizmetin sağlanmasında artan masrafların finansmanı, katılma yoluyla karşılanabilecektir. Ancak burada bizzat katılma ile mi, yoksa primlerin yükseltilmesiyle mi amaca daha etkin bir şekilde ulaşılacağı de tartışma konusu olarak kalmaktadır.

2) Hastanın, doktor muayenesi ile ilacını hemen hemen hiçbir ücret ödmeden sağlanması, tecrübelerin gösterdiği gibi, sigortalıları ilaç tiryakiliğine ve büyük bir israfa sevketmiştir. Bugünkü pratikte, hastalar çok defa doktora hangi ilaçları istediğini söylemekte, doktor da hastayı muayene külfetine katlanmadan, bu ilaçların reçetesini yazmaktadır. Böylece hastalığın teşhis ve tedavisini bizzat hasta üstlenmiş olmaktadır. Doktor sadece masrafların ödenmesini mümkün kılan imzasını bahşetmiş bulunmaktadır. İşte masraflara katılma özellikle bu gibi durumlarda etkinlik sağlayacaktır. Hasta masraflara katılacağını düşününce, ya mutlaka

muayene olacaktır yahut gereksiz yere doktor ziyaretine baş vurmayacaktır.

3) Katılma mekanizmasının, kurumu gelir dar boğazından belli bir oranda da olsa etkin bir şekilde kurtaracağı aşikârdır.

4) Katılma sorumluluk duygusunu geliştirecek ve sigortanın gerçek anlamının anlaşılmasına yardım edecektir. Öte yandan katılma oranı da o şekilde tesbit edilebilir ki, hasta mali durumuna göre, bu katkıyı göze almaktan çekinmez, yani hastalığının tedavisini ertelemeyiz.

5) Katılma mekanizmasıyla, sisteme yabancı bir unsur hele devrimci bir öneri hiç bir şekilde getirilmiş değildir. Aslında masraflara katılma, hastalık sigortasına yabancı bulunmamaktadır. Şöyle ki, katılma aşağıdaki hallerde zaten mevcut bulunmaktadır:

a) Sigortalıdan sigorta ücreti (50 Pfg civarında) alınmaktadır.

b) Dış tedavisindeki masraflara,

e) Uzun süreli ve pahalı tedavi ile yardımcı araçların teminindeki masraflara ve

d) Hastane masraflarına sigortalı katılmaktadır.

e) Hastalık halinde ödenen para, ücretin %100'üne tekabül etmediği için burada da bir katılma söz konusu olmaktadır.

f) Yakın zamana kadar hastalık belgesi için bir ücret ödenmiştir.

g) Öğrencilerin mecburi sigortaları da %30 civarında bir katılmayı öngörmektedir.

Sigortalının masraflara katılmasının bu faydalarına rağmen sistemdeki mahzurları bertaraf edecek etkinliği olmadığı ayrıca sistemin, bizzat kendi içinde birtakım mahzurları taşıdığı ileri sürülmektedir. Bu mahzurlar şöyle ifade edilmektedir:

1) Sigortalının masraflara katılması, hastalık halinde sigortalının doktora baş vurmasını engelliyen en azından erteleyen bir etki yaratacaktır. Böyle bir tehlikenin varlığı hiçbir şekilde inkâr edilemez. Ufak şikâyetlerin büyük şikâyetlerin kaynağını teşkil et-

tiği düşünülürse, bu durumun daha da tehlikeli olacağı açıklık kazanmaktadır. Aslında böyle bir erteleme, sonradan da olsa, masrafların ve hastalığın son derece artması sonucunu doğurmaz mı

2) Münferit birçok hallerde hasta bu katılma payını veremeyecek durumda olabilir. Aslında katılma anında sonunda sosyal bakımdan zayıf olan gurubu hedef alacaktır. Örneğin çok çocuklu bir anne, günlük nafakayı azaltmamak için kendi hastalığını mümkün olduğu kadar ertelemeyecek midir?

3) Planın nasıl gerçekleştirileceği de önemli bir problem teşkil edecek sistemin kurulması güçlükler yaratacaktır. Gerçekten katılma payının ya çok yüksek, ya da çok alçak tutulma tehlikesi mevcut olacaktır. Aslında katılma payı o derece düşük olmalıdır ki, herkes bu fedakârlığı kolayca göze alabilsin, öte yandan katılma payı o derece yüksek olmalıdır ki, istenen sonuç açısından etkili olsun. Bu oranın tesbiti ise son derece zor görünmektedir. Şöyle ki çok geniş bir kütle için, küçük bir katılma payı düşünülürken, bu payın küçümsenmeyecek bir gurup için de etkili olmayacağını düşünmek gerekir. Bu sebepten de katılma payını, gelir derecesine göre ayarlamak mecburiyeti vardır. Bu şekilde her gelir gurubu için ayrı ve istenilen etkinlikte bir katılma payı tarifesi tesbit etmek gerekecektir. Halbuki çok ayrıntılı bir tasnifin yönetim açısından güçlükler doğuracağı aşikârdır. Bu sebepten de kaba bir tasnifle yetinmek mecburiyeti hasıl olacaktır.

4) Planın gerçekleştirilmesinde, nasıl bir uygulamaya gidileceği de ayrı bir problem ve güçlük teşkil edecektir. Pratik olarak sistemin kurulmasında güçlükler doğacaktır.

Yukarıda katılma mekanizması dışında, kurumun tümüne ait yapısal önerilerden de söz edildiğine işaret edilmiştir. Konuyu tamamlamak bakımından, bu önerilere de kısaca değinmeyi faydalı görmekteyiz.

Bazı uzmanlara göre, devlet tıpkı İsviçre'de İngiltere'de olduğu gibi hastalık sigortasına yardım etmelidir. Aslında hangi sigorta hizmetlerinin devlete, hangilerinin sigorta kurumuna ait olduğunu ayırıp tesbit etmek gerekmektedir. Bu uzmanların görüşüne göre, böyle bir karma sisteme gidildiğinde, örgütte hizmetlerin bölünmesi sonucu bir küçülme ve şeffalık sağlanacak ve küçük bi-

rimler içinde sigortanın şahsılık ve ferdiyetçilik karakteri ön plana çıkacaktır.

Böyle bir karma sisteme Amerika'da da rastlanmaktadır. Bu ülkede devletin sağladığı tedavi ile kişisel tedavi birlikte yürüme-
tedir. Şöyle ki, sigortalı devletin sağlık hizmetlerini istemekte veya özel tedaviyi tercih edebilmekte ve bu sonuncu halde masrafları daha sonra sigortadan ya tümüyle veya belli bir oranda alabilmektedir. Aslında Amerika'da devlet kuruluşlarında tedavinin, özel teşebbüslere nazaran iki misli pahalıya mal olduğu tesbit edilmiştir. Bu sebepten sosyal sigorta kapsamı içinde kaldığı halde milyonlarca lira tutarında cerrahi, tıbbi müdahaleler ve hastane masrafları gibi sağlık hizmetlerine karşı özel sigorta şirketlerine sigorta yaptırılmıştır. Yani sosyal sigorta ve özel sigorta birlikte halkın hizmetine sunulmuş bulunmaktadır.

Öte yandan böyle bir karma sistem içinde, hastalıkların tedavisini özel sigortaya, hastalıkları önleyici tedbirlerin alınmasını da sosyal sigortaya bırakmak mümkün bulunmaktadır.

Yapısal düzeltmelerden amaç, büyük dev organizasyonun bölünmesini, küçük birimler haline gelerek, denetiminin kolaylaştırılmasını, hizmetlerin yetersiz halden çıkarılmasını temin etmek, yönetimin basitleştirilmesini sağlayarak bürokrasiyi ve örgüt masraflarını azaltmak, kurum ile sigortalı arasında daha yakın insani ilişkilerin kurulmasını gerçekleştirmek, hastayı daha ziyade memnun etmek ve kurumun yükünü hafifletmek suretile sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmektir.

Yapısal değişikliği savunan görüş sahipleri, devletleştirilen yardımların belli hizmetlere istinat etmesini ve böylece halkın sorumluluk duygusunu yok etmemesini de belirtmektedirler.

Yine bu görüşlere göre, bazı yardımların devletleştirilmesi, sigortanın, bu niteliğinin kaybolmasına da yol açmamalıdır. Zira sigortadan anlaşılan planlı bir güvence sistemi olup, beklenmeyen tehlikelere karşı ferdin ekonomik zararlarını para vermek suretile telâfi etmektedir. Bu amaç, riskin pek çok omuzlara dağılmasını öngörmekte ve tazmin şekli önceden veya sözleşme ile kesin bir şekilde tesbit edilen bir hesap sistemine dayanmaktadır. Özellikle bu sonuncu özellik, sigortanın, sigorta karakterini vurgulamaktadır.

Dolayısıyla kamu takviyesi sadece fazlalıklar için talep edilmeli ve bu ek yardımlar gayet tabii ki, hastalık sigortasının kendi kendine yardım mekanizması karakterini bozmamalıdır.

Bu görüŖe karŖı çıkanlar, bir tür devlet yardımına dayanan bu karma sistemin gerekleŖtirilmesinde karŖılaŖılacak güçlükler bir tarafa, bu sistemin aslında devlet himayesinden baŖka bir Ŗey ifade etmediği ve bir yerde halk sigortasına gittiğini ileri sürerek eleŖtirmektedirler.

2) Doktor ve Reform.

Sağlık hizmetlerinin kalitesine, katılmanın olumlu bir Ŗekilde etkili olup olmayacağı hususu, sadece katılma mekanizması ile yetersinildiği takdirde, tamamen askıda kalan bir konu olmaktadır. Çünkü iyileŖme Ŗansının, masraflara katılma suretile biraz daha etkinleŖeceęi kabul edilebilirse de, bu Ŗansta esas etkin katkının doktorda olduğu unutulmamalıdır. Tedavide risk doktordadır. Ancak tedavinin baŖarı Ŗansı doktor açısından onun bakacağı hasta sayısının azalmasına bağlıdır. Çünkü teŖhis ve tedavide kapsamlı bir muayene, müŖahade ve laboratuvar tetkikleri gerekli bulunmaktadır. Halbuki doktor hâlâ hasta belgesi peŖinde koŖarsa, katılmanın, bu yolda olumlu bir etkinliğinden söz etmeğe imkân bulunmamaktadır. Bu sebepten katılma mekanizması ile «doktor ve reform» konusu birlikte ele alınmalıdır gereği kabul edilmiŖ bulunmaktadır. Bu hususta ileri sürülen öneriler ise, Ŗu hususlara iliŖkin bulunmaktadır:

1) Ücretlendirme

Hastalık sigortasında en ziyade sorumluluğu yüklenen doktor olduğu halde, doktorun tüm mesaisi ücretlendirilmemekte ve doktor bu sistemden zararlı çıkmaktadır. Hastalık sigortası çerçevesi dahilinde doktorun ücretlendirilmesinde Ŗu sistemler söz konusu olmaktadır:

a) Doktora aylık maktu bir ücretin verilmesi. Bu sistemde doktor, tüm mahzurlarile birlikte tam bir memur statüsüne girmektedir.

b) Doktorun ücretinin muayene edilen hasta başına göre tayin edilmesi.

c) Tüm münferit olayların niteliğine göre, örneğin muayene süresine göre ücretlendirme. Nitekim diŖçilerde bu ücret sistemi geçerli bulunmaktadır.

d) Sigorta doktoruna sadece belli sayıda hastaya bakma imkânının tanınması.

Sayılan bu ücret sistemlerinden, doktorun çalışmasını en iyi ücretlendiren sistemin, tek tek hastalık olaylarının niteliğine göre ücretlendirme olacağından hiç şüphe edilmemektedir. Nitekim doktorlar da bu sistemi tercih etmektedirler.

2) Hastaya doktorunu seçme özgürlüğünün tanınması

Hastalıkların tedavisinde doktorun kişisel tutumu da psiko terapi bakımından çok önemli bulunmaktadır. Bu sebepten hastaya kendi doktorunu seçme özgürlüğü tanınmalıdır. Bu işe, tedavinin ve muayenenin tamamen bağımsız doktorlar tarafından yapılmasını gerektirmektedir.

3) Doktor ve kurum açısından ademi merkezileşme

Doktor kurumla ilişkilerinde tamamen bağımsız kalmayı istemekte ve kurumla sadece bir komşuluk ilişkisi içinde görülmek istenmektedir. Halbuki özyönetimde doktorun sadece istişari nitelikte bir oyu bulunduğu gibi, doktor kendini mesleğine ters düşen hiyerarşik bir ilişki içinde bulmaktadır.

FAYDALANDIĞIMIZ KAYNAKLAR

- Melas Reinhold: Die wichtigsten Vorschriften über die Krankenversicherung; Gewerkschaftblatt, 1951 Österreich.
- Bogs Walter: Grundfragen der Rechte der sozialen Sicherheit und seiner Reform; Berlin Duncker Humblot 1955.
- Koch Peters: München als Versicherungsstadt, Karlsruhe 1959.
- Koch Friedrich: Reform der Sozialversicherung aber wie? Darmstadt 1946.
- Külp Bernhard: Unsere Krankenversicherung; Augsburg 1959.
- Heintz Peter: Soziale Vorurteile. Ein Problem der Persönlichkeit der Kultur, der gesellschaft; Köln 1957.
- Hadrich Julius: Die Arztfrage in der deutschen Sozialversicherung, Ihre sozialog. und wirtschaftl. Probleme; Duncker und Humblot 1955.
- Grieser, Andreas: Die deutsche Sozialversicherung im Lichte der Gegenwart; München 1954.
- Mackenroth, Gerhard: Die Verflechtung des Sozialleistungen; Berlin 1954.
- Glaser Kurt: Was bedeutet Selbstverwaltung? Nürnberg 1952.
- Sondermann Gustav: Arzt, Kasse - Volksgesundheit; München Lehmann 1952.
- Eckert J.: Öffentliche Meinung zur Reform der Sozialversicherung; Schliersee 1948.
- Eckert Joseph: Versicherte, Arbeitgeber, Geschäftsführer und Ärzte in der Selbstverwaltung und Sozialversicherung; München 1952.
- Bosch, Werner: Patient, Arzt und Gesundheit; Heidelberg Quelle and Meyer 1954.
- Erich Schmidt: Reform der gesetzlichen Krankenversicherung; Berlin, München 1953.