

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÇÖKTÜ

GENEL SAĞLIK SİGORTASI: NE DEDİLER, NE OLDU?



GİRİŞ



Dünyada neoliberal rüzgârların sağlık ve eğitim gibi kamusal hizmet alanlarına el atmaya başladığı 1980'lerin başından itibaren sağlık politikalarının ana gündemi olan sağlık reformu ülkemizde de eş zamanlı olarak Dünya Bankası girişimleriyle başlamış ve 2002 yılında AKP Hükümeti'nin iktidara gelmesiyle birlikte Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adıyla yürürlüğe konulan bir programla sürdürülmüştür.

Sağlık Bakanlığı 2003 yılında yayımladığı SDP dokümanında sekiz bileşeni olduğunu belirtmektedir. Bu bileşenler:

- 1) Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı
- 2) Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası
- 3) Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi
 - Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği
 - Etkili, Kademeli Sevk Zinciri
 - İdari ve Mali Özerliğe Sahip Sağlık İşletmeleri
- 4) Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü
- 5) Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları
- 6) Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon
- 7) Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
 - Ulusal İlaç Kurumu
 - Tıbbi Cihaz Kurumu
- 8) Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

SDP'nin üzerinden geçen 15 yılda Türkiye'de sağlık ortamı ve sağlık sistemi birçok açıdan etkilenmiş ve sorun çözme iddiasındaki SDP'nin yol açtığı yeni sorunlar ortaya çıkmıştır. 2018 yılı 14 Mart sürecinde Türk Tabipleri Birliği SDP'nin yarattığı tahribata ve piyasacı anlayışla düzenlenen sağlık ortamının sorunlarına SDP'nin iddialarını irdeleyerek bir kez daha dikkati çekmek istemiştir.

Bu süreçte hazırlanan bu dokümanlarla AKP Hükümetlerinin ve SDP'nin ne dediklerini hatırlatıyor ve neler olduğunu gözler önüne sermek istiyoruz.

GENEL SAĞLIK SİGORTASI



Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) bileşenlerinden biri olan "Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası" başlığında 2003 yılında aşağıdaki çerçeveye çizilmiştir:

- "SDP'nin hakkaniyet amacı doğrultusunda, vatandaşlarımızın ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanabilecekleri bir sigorta modeli oluşturulacaktır."
- "Günümüzde SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı, bu amaç doğrultusunda görev yapan kurumlarımızdır. Her ne kadar bu kurumlar, sağlık ve emeklilik sigortalarının birbirinden ayrılmadığı, açıklarının bütçeden karşılandığı, rasyonel olmayan düzenlemeler nedeniyle profesyonel sigortacılık anlayışından uzaklaşmış bir durum sergilese de toplumun önemli bir kısmı sigortacılık kapsamına alınmıştır."
- "Hizmet kalitesini artırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine ihtiyaç vardır. Böyle bir sigortacılık sistemi, sağlık harcamaları maliyetini düşürme gayreti içinde, koruyucu hekimlik uygulamalarının da teşvikçisi ve zorlayıcısı olacaktır. Genel Sağlık Sigortası Kurumunun denetim ve yaptırımları, sağlık giderlerinde gittikçe artan oranlarda yer işgal eden ilaç ve tıbbi malzeme israfını azaltacaktır. Fiyat kontrolü ve sağlık hizmetlerinin finansmanı tek elden karşılanmalı ve artık hasta-hekim ilişkisi parasal bir ilişki olmaktan çıkmalıdır"
- "Genel Sağlık Sigortasının kurulması yanında özel sağlık sigortacılığının da gelişimi desteklenecek, özel sigortaların tamamlayıcı bir rol ile sistemde bulunmaları sağlanacaktır. Zorunlu Genel Sağlık Sigortası'nın kapsadığı temel teminat paketine ilave olarak hizmet almak isteyenler özel sigorta yaptırabilecekler ve hizmetlerini bu özel sigortalar aracılığıyla alabileceklerdir. Bu anlamda özel sigortacılık teşvik edilecektir."

Ne dediler?



1. Sağlık harcamaları maliyetini düşürecek, koruyucu hekimlik uygulamalarının da teşvikçisi ve zorlayıcısı olacak sigorta sistemi

“Böyle bir sigortacılık sistemi, sağlık harcamaları maliyetini düşürme gayreti içinde, koruyucu hekimlik uygulamalarının da teşvikçisi ve zorlayıcısı olacaktır. Genel Sağlık Sigortası Kurumunun denetim ve yaptırımları, sağlık giderlerinde gittikçe artan oranlarda yer işgal eden ilaç ve tıbbi malzeme israfını azaltacaktır.”



Ne oldu?

GSS'nin sağlık hizmetlerinin maliyetini düşüreceği iddiası tam bir fiyaskoyla sonuçlandı. Sağlık hizmetlerinin maliyeti arttı.

SGK'nın hastanelere ödediği fatura tutarları 2010-2016 yılları arasında bazı hastaneler için 3 katına kadar çıktı (Tablo 1).

GSS Yasası'nın bütünüyle uygulamaya girdiği 2012 yılından 2016 yılına kadar hastanelere ödenen fatura tutarları incelendiğinde;

- Devlet Hastanelerine ödenen SGK fatura tutarının %39,
- SB Eğitim ve Araştırma Hastaneleri gibi üçüncü basamak devlet hastanelerine ödenen SGK fatura tutarının %61,
- Özel hastanelere ödenen SGK fatura tutarının %25,
- Üniversite hastanelerine ödenen SGK fatura tutarının %49,
- Toplam ödenen fatura tutarının da %41 oranında arttığı görülüyor.

Tablo 1. Yıllara Göre SGK Fatura Tutarları (Milyar TL)

| Hastaneler | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Devlet İkinci Basamak | 6.0 | 7.2 | 10.0 | 11.0 | 12.3 | 12.6 | 13.9 |
| Devlet Üçüncü Basamak | 3.6 | 4.2 | 5.9 | 6.6 | 7.2 | 8.1 | 9.5 |
| Özel | 5.0 | 6.1 | 6.7 | 7.3 | 7.7 | 8.1 | 8.4 |
| Üniversite | 3.7 | 4.2 | 5.5 | 6.1 | 6.9 | 7.4 | 8.2 |
| Toplam | 18.4 | 21.8 | 28.3 | 31.0 | 34.2 | 36.3 | 40.0 |

Kaynak: SGK 2017 Kasım Aylık İstatistik Bülteni

Ne dediler?



2. Koruyucu hekimlik uygulamalarını teşvik edecek ve zorlayacak; denetim ve yaptırımlarıyla ilaç ve tıbbi malzeme israfını azaltacak sigorta sistemi ”

Ne oldu?

- İlaç harcamalarının SDP ile artışa geçmesi erken dönem müdahale edilen alanlardan biri oldu. Çeşitli yöntemlerle ve bu harcamaların kontrol altına alınması için farklı uygulama ve müdahaleler ile ilaç harcamaları 2009-2013 döneminde 15 Milyar TL civarında sabitlendi; ancak bu harcamalar 2016'da tekrar 22 milyar TL'ye çıktı.
- Tedavi giderlerine bütçeden ayrılan pay 2009'da 15.1 milyar TL iken 2016'da 50.5 milyar TL'ye çıktı¹.
- SDP modeli GSS'nin koruyucu hekimlik hizmetlerini teşvik ve zorlama paradigması da gerçekleşmemiştir. Tedavi hizmetlerine ve ilaca yapılan sağlık harcamalarındaki artış sağlıktaki eşitsizlikleri azaltamadı. Toplumsal sağlık göstergelerinin en önemlilerinden bebek ölüm hızında en iyi bölge ile en kötü bölge arasındaki fark 2009 yılında 1.5 kat iken 2016 yılında 2.2 kata çıktı.
- Türkiye'de önlenebilir bebek ölümleri yıllar içinde artıyor. Birinci doğum gününü göremeden hayatını kaybetmiş 100 bebekten 2009 yılında 18'i önlenebilecek nedenlerle kaybedilirken 2016 yılında ise 34'ü önlenebilecek bebek ölümleri kapsamında gerçekleşti².

¹ <https://www.teb.org.tr/news/7481/BASIN-A%C3%87IKLAMASI-2016DA-SA%C4%9ELIK-%C4%B0LA%C3%87-V E-ECZACILIK-ALANINDA-NELER-OLDU>

² Hamzaoğlu O. 2018 BÜTÇESİ "AKP: ÇALIŞANDAN ALACAĞIM PATRONA VERECEĞİM!" Tıp Dünyası Aralık 2017. <http://www.tipdunyasi.dr.tr/wp-content/uploads/image/td/TD233/TD233.pdf>

Ne dediler?



3. Sosyal güvenlik açıklarının bütçeden karşılandığı, rasyonel olmayan düzenlemeler nedeniyle profesyonel sigortacılık anlayışından uzaklaşmış bir sosyal güvenlik sistemine çözüm



Ne oldu?

SDP, uygulamaya konduğu dönemdeki sosyal güvenlik sistemini "açıkları bütçeden karşılanan" "rasyonel olmayan düzenlemeler nedeniyle profesyonel sigortacılık anlayışından uzak" olarak nitelendirmiştir. Peki SDP ile bu eleştirilen sistemde neler oldu?

- Bu dönemde sosyal güvenlik sistemi açık vermeye devam etti.
- **Üstelik SDP modeli GSS ile toplanan sağlık primleri de bu açıkları kapatmak için kullanıldı.**
- Sosyal Güvenlik Kurumu 2016 Yılı Sayıştay Denetim Raporu'na göre 2016 yılında SGK finansman açığı 20.2 milyar TL oldu. SGK açık vermeye ve bütçe transferi ile açıklarını kapatmaya devam etti (Tablo 2). 2015 yılında SGK'ya Yapılan Toplam Bütçe Transferi 79 milyar TL'ye ulaştı.

Tablo 2. SGK Finansman açığı ve bütçe transferleri (Milyar TL)

| Yıllar | SGK Finansman açıkları | SGK'ya Yapılan Toplam Bütçe Transferleri |
|--------|------------------------|--|
| 2008 | 25.9 | 35.0 |
| 2009 | 28.7 | 52.6 |
| 2010 | 26.7 | 55.2 |
| 2011 | 16.2 | 52.8 |
| 2012 | 17.3 | 58.7 |
| 2013 | 19.7 | 71.3 |
| 2014 | 20.1 | 77.3 |
| 2015 | 11.9 | 79.0 |

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu 2015 Yılı Sayıştay Denetim Raporu

- SDP, GSS ile vaat ettiklerini gerçekleştiremediği gibi Hükümet sağlık primi olarak kestiği primleri SGK finansman açıklarını kapatılmak için kullandı.
- GSS primleri Sosyal Sigorta Fonu giderleri için kullanılabilir hale geldi. Sayıştay Raporlarına göre 2013 yılında 12.8 milyar 2016 yılı için ise 16.4 milyar TL fazla veren GSS primleri Kanun'a aykırı bir biçimde Sosyal Sigorta Fonu giderleri için kullanıldı.
- Sosyal güvenlik sisteminin sorunlarını çözemeyen AKP Hükümeti, çareyi SDP modeli GSS primlerinde buldu.

Ne dediler?



4. Vatandaşların ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanabilecekleri bir sigorta modeli ”

Ne oldu?

- Vatandaşlardan GSS primini ödeyemeyenler sağlık hizmeti alamaz hale geldiler, prim ödemiş olmak "hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanabilecekleri" söyleminin şartı oldu.

GSS prim borcu olana sağlık hizmeti yok!

- Bir yandan topladığı GSS primleriyle sigorta sisteminin açıklarını kapatmaya çalışan sistem bir yandan da prim borcu olana hizmet kapısını kapattı.
- Devletin gelir testinden geçemeyenlerin primlerini tam olarak ödemediği bir sistem getirildi. Bunun için aynı hane de birlikte yaşayanların toplam aylık gelirinin 2017 yılı için 592.50 TL'den az olduğunu ispat etmesi gerekti.
- Vatandaş sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için gelir testi-prim borcu-katkı/katılım/fark ücreti sarmalına sokuldu. "Fark ücreti ödemeye son" denilerek Ek ve Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası uygulamasına geçildi.
- Yıllar içinde GSS primini devletin ödemediği kişi sayısı azaldı. 2009 yılında 9.6 milyon kişinin primini devlet öderken 2014 yılında 7.3 milyon kişiye³, 2017 yılında 7.2 milyon kişiye düştü⁴.

3 Pala K, "Türkiye'de Sağlık Reformu/Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci" , 20. Pratisyen Hekimlik Kongresi, 3-6 Kasım 2016, Antalya

4 SGK Aylık İstatistik Bülteni 2017 Ekim

Tablo 3. 2013 yılı GSS verileri ⁵

| | |
|---|------------|
| Toplam nüfus | 76.667.864 |
| Sosyal güvenlik kapsamı | 62.789.365 |
| GSS kapsamında tescil edilenler | 12.351.352 |
| GSS primleri devlet tarafından ödenenler | 7.651.485 |
| GSS primleri kendileri tarafından ödenenler | 4.699.867 |
| GSS tescil dışındaki nüfus | 1.527.147 |
| GSS kapsamındaki prim borçlu sayısı | |
| 5510, 4/a | 1.7 milyon |
| 5510, 4/b | 3.3milyon |
| Toplam | 5 milyon |
| GSS kapsam dışındaki toplam nüfus | 6.5 milyon |

- 2017 yılına gelindiğinde borç nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanamayanlar için yeni düzenleme yapıldı. 8 Mart 2017 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan bir yasayla GSS primi ödemesi beklenen 4.2 milyon kişi için 71, 213 ve 426 lira şeklindeki 3 ayrı tutar yerine, 53.33 TL. olarak tek bir tutarın ödenmesi dönemine geçilmesine karar verildi. Söz konusu yasa, 1 Nisan 2017'de yürürlüğe girdi. Bu düzenlemenin gerekçesi GSS'ye başvurmayan 4.5 milyona yakın kişinin toplam 12 milyar lira prim borcu bulunmasıydı. 2012'den itibaren gelir testine girip tescil almayan bir kişinin borcu 20 bin TL'yi buluyordu. Bu düzenleme ile geçmişe yönelik ceza ve faiz silinerek, borç aylık 53 TL'den yeniden yapılandırıldı.
- Çeşitli başlıklarda katkı/katılım payı/fark ücreti türü getirildi.
 - Reçete bedeli, hastane polikliniklerinde ve acil servislerde "yeşil alan" ücretlendirilmesi, on gün içinde tekrar muayene, eşdeğer ilaç farkı, yatak ücreti, özel hastanelerde fark ücretleri, istisnai sağlık hizmeti ücreti...

⁵ Pala K, "Türkiye'de Sağlık Reformu/Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci", 20. Pratisyen Hekimlik Kongresi, 3-6 Kasım 2016, Antalya

Ne dediler?



5. Hizmet kalitesini artırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine ihtiyaç vardır”



Ne oldu?

- Hizmetin niceliği niteliğinin önüne geçti.
- Sağlık hizmetine erişimdeki eşitsizliklerde iyileşme olmadı.
- Hasta-hekim arasında para ilişkisini ortadan kaldırma iddiasındaki SDP kamu hastanelerinde performansa dayalı döner sermaye sistemi getirerek sağlık çalışanlarını döner sermaye gelirlerine bağımlı hale getirdi.
- Kamu hastaneleri ağırlıklı olarak SGK'dan aldıkları ödemelerden oluşan döner sermaye gelirleriyle ihtiyaçlarını karşılar hale getirildi.
- Sağlık harcamaları 15 yılda 6 katına çıktı!
- Sağlık harcamaları TÜİK verilerine göre; 2002 yılında 18.774 milyon TL iken 2005 yılında 35.359 Milyon TL'ye, 2010'da 61.678 milyon TL'ye, 2015 yılında 104.568 TL ve 2016 yılında da 119.756 milyon TL'ye yükseldi (Tablo 1).
- Sağlık harcamaları içinde kamunun payı yükseldi. Ancak merkezi devlet harcamalarının toplam sağlık harcamaları içinde payı azalırken (%28'den %24'e) sosyal güvenliği payı ve miktarı arttı. Kamu sosyal güvenlik kaynaklarından sağlığa harcanan para 2002 yılında 7.631 milyon TL (toplam sağlık harcamasının %41'i) iken 2016 yılında 64.163 milyon TL'ye (toplam sağlık harcamasının

%54'ü) çıktı. "Vatandaşlarımızın ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları" diyerek getirilen GSS ile sağlık harcamalarında primlerin payı artırıldı.

- Sağlık harcamalarında giderek daha fazla pay alan kamu harcamalarındaki artış tedavi ve ilaç harcamalarına yapıldı. SDP kendinden önceki dönemde de olduğu gibi "Sosyal Güvenlik Kurumu cari sağlık harcamaları içinde özellikle tedavi harcamalarındaki yükselişin, genel artışın temel kaynağını oluşturmakta olduğu" bir sağlık ortamını sürdürdü⁶.
- Sağlık harcamaları içinde hastanelere harcanan para arttı. Hastanelere yapılan sağlık harcaması 2002 yılında 6 milyon TL iken 2016 yılında 60 milyon TL'ye çıktı. Toplam sağlık harcamalarının 2002'de %32'si hastanelere harcanırken 2016 yılında %50'si harcandı. "Koruyucu hekimlik uygulamalarının da teşvikçisi ve zorlayıcısı olacak" Genel Sağlık Sigortası ile sağlık harcamaları hastanelere akıtıldı.
- Kamunun sağlık harcamaları arttı; ancak merkezi devlet harcamalarının payı azaldı, sosyal güvenlik payı arttı. Toplam kamu sağlık harcamaları içinde merkezi devlet harcamalarının payı %40'tan %31'e gerilerken, sosyal güvenlik harcamalarının payı %58'den %68'e çıktı.
- Sağlığa özelden harcanan para beş katına çıkarak 5 milyon TL'den 25 milyon TL'ye yükseldi.
- Toplam sağlık harcamaları içinde özel harcamaların payı azaldı; ancak özel harcamalardaki hane halkı payı arttı.
- Hane halkları 2002 yılında sağlığa 3.7 milyon TL harcarken 2016 yılında 19.5 milyon TL harcadı; özel harcamalar içindeki hanehalkı harcamalarının payı %68'den %76'ya çıktı.

6 Yılmaz V., Yentürk N. (2017) Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarının Tarihsel Seyri: Betimleyici Bir Değerlendirme Toplum ve Hekim, 32,(4): 295-307.

Tablo 4. Bazı sağlık harcama verileri ⁷

| | 2002 | 2005 | 2010 | 2015 | 2016 |
|---|--------|--------|--------|---------|---------|
| Toplam (Milyon TL) | 18.774 | 35.359 | 61.678 | 104.568 | 119.756 |
| Hastanelere yapılan harcamanın toplam sağlık harcaması içindeki oranı (%) | 32 | 36 | 40 | 49 | 50 |
| Toplam sağlık harcaması içinde kamu payı (%) | 71 | 68 | 79 | 79 | 79 |
| Toplam sağlık harcaması içinde sosyal güvenliğin payı (%) | 41 | 40 | 50 | 53 | 54 |
| Toplam sağlık harcaması içinde merkezi devlet harcamalarının payı (%) | 28 | 27 | 28 | 24 | 24 |

Tablo 5: Türkiye'de kamu sağlık harcama verileri

| | 2002 | 2005 | 2010 | 2015 | 2016 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| Toplam kamu sağlık harcaması (Milyon TL) | 13.270 | 23.987 | 48.482 | 82.121 | 94.012 |
| Toplam kamu sağlık harcaması içinde merkezi devlet harcama payı (%) | 40 | 40 | 35 | 31 | 31 |
| Toplam kamu sağlık harcaması içinde sosyal güvenlik harcama payı (%) | 58 | 58 | 63 | 68 | 68 |

Tablo 6. Türkiye'de bazı öze sağlık harcama verileri ⁸

| | 2002 | 2005 | 2010 | 2015 | 2016 |
|--|-------|--------|--------|--------|--------|
| Toplam özel sağlık harcaması (Milyon TL) | 5.504 | 11.372 | 13.196 | 22.446 | 25.744 |
| Toplam sağlık harcaması içerisinde özel harcama payı (%) | 29 | 32 | 21 | 21 | 21 |
| Toplam özel sağlık harcaması içinde hanehalkı harcama payı (%) | 68 | 71 | 76 | 77 | 76 |

⁷ http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084

⁸ http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084



Ne olmalı?

Türkiye için sağlık hizmetlerinin finansmanında en uygun model Genel Bütçe'den finansmandır. Kişilerin prim ödeme gücüne bakılmaksızın, adil ve direkt vergilere yaslanan bir vergi politikasıyla oluşturulan Bütçe'den sağlığa yeterli kaynak ayrılmalı ve bu kaynağın uygun bir şekilde kullanılacağı entegre, basamaklı, kamusal anlayışla ücretsiz hizmet sunan bir sağlık sistemi yapısı oluşturulmalıdır.



“Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde performans sisteminin ve döner sermaye bütçesi uygulamasının kaldırılarak merkezi yönetim bütçesinin esas alınması; çalışmadığı görülmüş olan GSS sisteminin terk edilerek ülkedeki tüm bireyleri kapsamı içine alan ve kimsenin cebinden ek para ödemek zorunda kalmadığı, finansmanı prim ödenerek değil, genel bütçeden karşılanan bir sosyal güvenlik sisteminin oluşturulması tek çözüm olarak görünüyor.”⁹

