

Yenilenmiş II. baskı

Genel Sağlık Sigortası



**Türk Tabipleri Birliği
Görüşleri**



hastamüşteri

kamu güvencesisözleşme

hastanesağlık işletmesi

sağlık ocağıaile hekimliği işletmesi

Genel Sağlık Şigortası

GSS



Genel Sağlık Sigortası

İkinci Baskı, Nisan 2005
Türk Tabipleri Birliği Yayınları

Kapak - Sayfa Düzeni
Sinan Solmaz

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.
No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA
Tel: (0 312) 231 31 79 Faks: (0 312) 231 19 52-53
e-posta: ttb@ttb.org.tr <http://www.ttb.org.tr>

GİRİŞ

Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı Bakanlar Kurulu'nda imzaya açıldığında, Türk Tabipleri Birliği olarak bu Tasarı'ya ilişkin yaptığımız çalışmayı bir kitapçık haline getirerek geniş kamuoyu ile Mart 2005 tarihinde paylaştık. GSS TTB Görüşü kitapçığına gösterilen ilgi ve talep doğrultusunda ilk baskısı hızla tükendi ve yeni baskı ihtiyacı doğdu.

Bilindiği gibi, Bakanlar Kurulu'na gönderilen Emeklilik Kanun Tasarısı ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı birleştirilip "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı" adı altında tek Yasa Tasarısı halinde TBMM'ne gönderildi.

"Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı'ndaki Genel Sağlık Sigortası'na ilişkin yapılan değişikliklerin de değerlendirildiği bu yeni baskının, toplumun ve her birimizin geleceğini yakından ilgilendiren GSS tartışmalarında yararlı olacağını düşünceyle...

Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi

SUNUŞ

“Sosyal güvenlik bir ülkenin bugünüdür ve aynı zamanda geleceğidir” diyor bir bilim adamı. Evet, her bir bireyi; sosyal güvenlik uygulamaları kadar etkileyen başka bir uygulama yoktur. Sosyal güvenlik sistemi, yeniden şekillendirilirken sessiz kalmamak hem vatandaş hem de vatandaşlarla birlikte onların hakları için söz söylemeye çalışan herkes için bir görev. AKP Hükümeti'nin sosyal güvenlikte “reform” adı altında yürüttüğü çalışma; “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı” adıyla TBMM'ne gönderilmiştir. Buna ek olarak “Primsiz Ödemeler Kanunu” da hazırlandı.

Bu tasarlardan GSS sağlık finansman sistemimizi değiştirmektedir. Toplumun ve hekimlerin “GSS olursa hasta/hekim arasındaki para konusu ortadan kalkacaktır” gibi düşüncelerle bekledikleri taslak işin hiç de öyle olmayıp “sağlığı ticarileştiren”, “hakkı”, “yardım” anlayışına dönüştüren bir taslaktır. Elinizdeki metin, “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı”nın “Genel Sağlık Sigortası Hükümleri”ni içeren 3. Kısım'ın eleştirisi ve Türk Tabipleri Birliği'nin görüşüdür. Hazırlanmasında yoğun emek veren Dr.Haluk Başçıl'a teşekkür eder ve metnin tartışmalara katkı sağlamasını dileriz.

Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi

A-GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ KONUSUNDA TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ GENEL DEĞERLENDİRMESİ

1- SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK

Toplumda gelir dağılımı bozukluğuna bağlı ortaya çıkan yoksulluk ve sefalete doğrudan müdahalede, sosyal güvenlik sistemleri önemli ve hayati bir işleve sahiptir.

Özellikle ekonomik sorunların yoğunlaştığı; işsizliğin arttığı, ücretlerin son derecede düşük belirlendiği dönemlerde hızla yaygınlaşan ve artan yoksulluğun yol açtığı olumsuz gelişmelerin önlenmesi için sosyal güvenlik sistemlerinin daha da güçlendirilmesi gerekmektedir.

Sosyal devletin temelini oluşturan sosyal güvenlik hizmetleri sayesinde kişilerin gelir düzeyi ne olursa olsun toplumda eğitim seviyesinin yükselmesi, sağlık hizmetinden yararlanabilmeleri ve yaşlılık dönemlerinde varlıklarını sürdürebilecekleri düzenli gelirleri olması, ihtiyaç durumunda sosyal yardım imkanlarından yararlanabilmeleri sağlanmıştır. Bu sosyal politikalar, toplumun sağlık seviyesini yükselmesinde; bebek ölüm oranları, anne ölüm oranlarının düşmesinde, bağışıklık oranları yükselmesinde, sağlık verileri olumlu gelişme göstermesinde önemli rol oynamıştır. Tüm bunların sonucu olarak da insan ömrü daha önceki dönemlerle mukayese edilemeyecek ölçüde artmıştır.

Dört kişilik Ailenin Gıda Harcaması (YTL/Ay) Türk-İş

Şubat 2005	
Yetişkin İşçi	143.26
Yetişkin Kadın	120.33
15-19 yaş grubu çocuk	152.67
4-6 yaş grubu çocuk	106.95
Açlık Sınırı	523.21
Yoksulluk Sınırı	1 590

Dört kişilik bir ailenin gıda yanı sıra kira, ulaşım, yakacak, elektrik, su, haberleşme, giyim, eğitim, sağlık, iletişim, kültür gibi temel ihtiyaçlarını gidermesi için gereken harcama da dikkate alındığında yapılması gereken toplam harcama tutarı, bir anlamda, 'Yoksulluk Sınırı' Şubat 2005 itibarıyla 1.590 YTL'dir. Açlık Sınırı ise 523 YTL'dir

Memur Maaşları (Maliye Bakanlığı 2005)

Maaş dilimleri	Memur sayısı	Oran %
500 YTL'nin altı	11.220	1.21
500-700 YTL	335.496	36.44
700-900 YTL	379.971	41.27
900-1 200 YTL	167.097	1.15
1 200-1 500 YTL	13.700	1.49
1.500-2.000 YTL	6.352	0.69
2 000 YTL üzeri	6.918	0.75
Toplam	920.754	100

Maliye Bakanlığı verilerine göre 920.754 memurun % 98,56'sını eline geçen ücret 4 kişilik aile için belirlenen 1.590 YTL yoksulluk sınırının altındadır.

2005 yılı için belirlenen asgari ücret YTL

Brüt asgari ücret	488,70
Net asgari ücret	350,15

İşçiler için belirlenen asgari ücret, 4 kişilik bir aile için 523 YTL olarak belirlenen açlık sınırının altında kalmaktadır. Ülkemizde kayıt dışı sektörün %60'lara ulaştığı ve burada çalışanların asgari ücret veya altındaki bir ücretle çalıştığı düşünüldüğünde sosyal güvenlik sistemlerinin anlamı daha büyük önem kazanmaktadır.

Ülkemizde işsizliğin ileri boyutlara ulaştığı, DİE verilerine de yansıyan aşırı gelir dağılımı bozukluğu sonucu yoksulluğun toplumun 3/4'üne ulaştığı bu ortamda, sosyal güvenlik kuruluşlarına bütçeden daha fazla pay ayrılması ve sosyal güvenlik hizmetlerinin daha da güçlendirilmesi gerektiği açıktır. Ancak, AKP hükümeti sosyal güvenlik hizmetlerine

ayrılan yetersiz kaynağın bütçede kara deliği oluşturduğu, bunun da ekonomik krizi daha da arttırdığı söylemleriyle, sosyal güvenlik sistemlerini daha da zayıflatmakta, hatta tasfiye etme girişimleri içindedir.

Günümüz Türkiye'si Hane Halkı Bütçe Anketi Gelir Dağılımı DİE 2003

Yüzde 20'lik dilimler	Kent	Kır	Türkiye
Toplam	100.0	100.0	100.0
Birinci %20	5.5	6.4	6.0
İkinci %20	9.7	11.0	10.3
Üçüncü %20	13.9	15.0	14.5
Dördüncü %20	20.5	21.2	20.9
Beşinci %20	50.4	46.3	48.3
Gini Katsayısı	0.44	0.39	0.42

Uzun süredir farklı hükümetlerin ısrarla sürdürdüğü IMF ekonomik programları sonucu; Asgari ücretin, maaş ve emeklilik ücretinin düşük tutulması, tarımda taban fiyatının düşük belirlenmesi, vergi adaletsizliğinin yaygınlığı vb. gibi uygulamalar gelir dağılımının aşırı bozulmasına yol açmıştır. Gelir dağılımındaki aşırı bozulma sonucu gelir düzeyi yüksek %20'lik kesimin yıllık toplam geliri geri kalan %80'nin toplam gelirinden daha fazladır.

Sosyal devlet uygulamaları ile toplumsal hizmetlerde, özelliklede sağlık alanında yaratılan olumlu gelişmelere rağmen, bugün sağlık sistemlerinde yaşanan sorunların ele alınışında önemli bir mantık kayması yaşanmaktadır. Günümüzde uluslararası finans kuruluşları ve tıbbi teknoloji sektörü, yalnız başına sağlık sistemlerinin organizasyonu, finansmanı ve toplum gereksinimlerine verdikleri yanıtlar ile ülke içinde veya ülkeler arasında, hatta zengin ve yoksulun sağlık düzeylerinde eşitlik sağlanabileceğine dair bir iddiayı yaygınlaştırmaktadırlar. Medikal hizmetlerin bir ülkede mortalite ve morbitidenin azaltılmasında temel öneme sahip olduğunu söylemektedirler. Ancak bu iddiaları bu güne kadar bilimsel olarak ispatlanamamıştır. Sağlık sistemlerinin sağlığı etkilediği açıktır. Ancak tek başına tıbbin bir ülkedeki mortalite ve sağlık verilerini iyileştireceği düşünmek, tıbbi hizmet etkinliğini aşırı abartmak da yanlıştır. Hatta bu yaklaşıma göre, sağlığa daha fazla para yatırılarak daha fazla yaşam bile kurtarılabilir. Bu basit bir mantık yürütmesi olup, son derece büyük yanlışlıklar içermektedir.

Elde edilen tüm bilimsel verilerin ise, sağlık verilerinin yükselmesinde ve mortalite düzeyinde ulaşılan durumun açıklanmasında politik müdahalelerin, refah ve gelir dağılımının, sosyal politikaların medikal hizmetlerden daha önemli olduğunu göstermektedir. Bir ülkede toplum sağlığını geliştirmek ve insan ömrünü uzatmak için en etkin yolun gelir dağılımını yeniden düzenleyen ve tam istihdam sağlayan, toplumsal eşitsizlikleri ortadan kaldırılmasına dönük ekonomik ve sosyal politikalar, aynı zamanda, son derecede doğru ve temel bir sağlık politikasıdır.

Bu nedenle sosyal devlet ve sosyal güvenlik, sadece dönemsel ekonomik rakamlar ve ekonomik programlarla ele alınamaz; tüm toplumun sağlıklı yaşamı ve geleceğini doğrudan etkileyen son derecede önemli bir konudur.

2- TÜRKİYE SAĞLIK ORTAMININ ANA SORUNLARINA GENEL BAKIŞ

Sağlık ortamında yaşanan sorunların tespit ve değerlendirilmesinde, bu sorunları yaşayan insanlar ve ilgili kurumlar büyük ölçüde benzer değerlendirmeleri yapmaktadırlar.

Bu değerlendirmeleri kısaca ifade etmek gerekirse;

1-Türkiye'de sağlık sisteminde finans yetersizliği yaratılmıştır. İki büyük sağlık hizmeti üreticisi kurumun; Sağlık Bakanlığı ve SSK'nın finans kaynakları iyice kısıtlanarak bu iki kurum neredeyse hiçbir yatırım yapamaz ve ihtiyaca uygun personel istihdam edemez hale getirilerek hizmet alanlarda da memnuniyetsizlik yaratılmıştır. Böylelikle de kamusal sağlık hizmeti veren bu kuruluşlar bilinçli olarak çökertilmiştir. Yürütülen çökertme politikalarına paralel olarak da, sağlık hizmeti veren özel kuruluşların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması için özel teşviklerde bulunulmuştur. Ayrıca kamu sağlık kuruluşlarının özel sağlık kuruluşlarından hizmet alımına yöneltilmesiyle, özel sağlık kuruluşlarına hasta garantisi sağlanmıştır. Bunun sonucunda özel poliklinikler, özel hastaneler, özel görüntüleme merkezleri sayılarında büyük artışlar sağlanmıştır. Tüm bu uygulamalarla özel sağlık kuruluşlarına kamudan önemli miktarda kaynak aktarımı yoluna gidilmiştir.

2-Hizmet üretiminde kurumlar arasında iletişimsizlik, denetimsizliğin yanı sıra kurumların ve sağlık personelinin de bölgelere dağılımında dengesizlik vardır. Birinci basamak sağlık sistemi bozuk olup koruyucu sağlık hizmetlerinin asıl üreticisi olan bu kurumlar büyük ölçüde desteksiz bırakılarak, son derecede yetersiz olanaklar içinde hizmet vermeye itilmiştir. Birinci basamak ile hastaneler arasında olması

gereken sevk sistemi yeterince işletilmemiş, halkın da tedavi hizmetlerine olan eğilimini teşvik eden politikalar ile hastanelerde yığılmalara yol açılarak, kamu kaynakları son derece verimsiz kullanılmıştır.

Kısacası sağlık finansman sistemi ve sağlık hizmet kuruluşlarının her ikisinin de yıllar boyu ihmal edilmeleri ile yaşanan sorunlar büyümüş ve derinleşmiştir.

Sonuçta ;

- hekimlerin ve sağlık personelinin eğitiminden istihdamına,
- sağlık hizmetinin sunumuna,
- finansmanına,

kadar köklü değişimlerin, sağlığın bir hak olduğu ve bu hakkın da kamusal bir anlayışla karşılanması gerekliliği üzerinden köklü değişimlere acilen gidilmesi gerektiği son derece açıktır.

3- AKP HÜKÜMETİNİN SORUNLARA ÖNERİSİ

Dünya Bankası'nın teknik desteğini ile Sağlık Bakanlığı 1980 sonlarından itibaren, sağlık sistemindeki sorunların 'çözümü' için Dünya Bankası'nın önerilerini 'kendi çözümleri' olarak sunmaya ve geliştirmeye çalışmaktadır! Ancak bu sunulan çözüm önerilerinin hiçbirisinin ülkemizin ihtiyaçlarına cevap vermek temelinde olmadığı, Dünya Bankası tarafından Türkiye gibi az gelişmiş sınıftaki ülkelere önerilen şablon nitelikli projeler olduğunu en başta saptamak gerekir.

AKP Hükümeti'nin IMF ile 3 yıl sürecek yeni bir 'Yapısal Uyum Programı' üzerindeki çalışmaları tamamlanma aşamasına gelmiştir. Bu 'Yapısal Uyum Programı' gelir idaresi, bankacılık ve sosyal güvenlik alanındaki 'reform' adı altındaki düzenlemeleri de içermektedir. IMF heyetinin 7 Nisan 2005 tarihinde Ankara'ya gelmesi ile TBMM'nde görüşülen Gelir İdaresi yasa Tasarısı ile "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı"nın TBMM'ne gönderilmesi bir rastlantı değildir. Çünkü IMF 3 yıllık yapısal program için oluşturulan 'Niyet Mektubu'nun imzalanması için "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı" TBMM'ne gönderilmesini şart koşmaktadır.

IMF, Dünya Bankası, GATS, vb. uluslararası finans güçlerinin sağlık sektörüne yönettikleri aşırı ilgi, bu sektörde dönen çok önemli hacimdeki paradır. Bu para 1970'lerin sonlarına dek, yani sosyal devlet formu içinde, kamu ve devlet kurumları eliyle toplandı, kullanıldı ve

denetlendi. Hizmet de kamu ağırlıklı olarak üretildi. Her şeyin ticarileştirilerek alınırsatılır hale getirilmek istendiği serbest piyasa anlayışının tüm yaşam alanlarını istila ettiği, günümüzde sağlık sektörünün de ticari sermaye için önemli bir cazibe alanını oluşturduğu görülmektedir. Kısacası özel sektör; ilaç endüstrisiyle, tıbbi teknolojiyle, özel sağlık sigortasıyla ve özel sağlık hizmeti sunumuyla sağlık sektörünün tüm bileşenlerinin daha fazla kar anlayışına uygun olarak dönüştürülmesini istemektedir.

Yaklaşık 15 yıllık dönem içinde sağlık ortamında bilinçli ve amaçlı olarak yaratılan sorunlardan yola çıkarak 'Sağlıkta Dönüşüm'. 'Reform' için önemli maddi ve moral destek yaratıldığı görülmektedir. AKP Hükümeti'nin büyük bir kararlılıkla sahiplendiği ve uygulamaya koyduğu dış kaynak ve dayatmalı 'Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin üç önemli ayağı bulunmaktadır:

- 1) Birinci basamak sağlık sisteminin sorunlarının çözümü bakımından Aile Hekimliği İşletmesi Modeli.
- 2) Piyasa ekonomisine uygun olarak hastanelerin Sağlık İşletmeleri haline getirilmeleri
- 3) Sağlık sektörünün yaşadığı finansman krizinin çözümlenmesi bakımından da Genel Sağlık Sigortası.

Her bir bileşene ilişkin ayrıntılı analiz Türk Tabipleri Birliği tarafından çeşitli zamanlarda gerçekleştirilmiş ve bu çalışmaların tümü önerilerimiz ile birlikte, ilgili çevrelerle paylaşılmıştır.

4- SAĞLIKTA FİNANSMAN SORUNUNU NASIL ÇÖZERİZ?

Bu soru yalnızca Türkiye'yi ilgilendiren bir soru değildir. Soru son yıllarda, sosyal devlette sosyal hak olarak kabul edilen tüm kamusal hizmetlerin ticarileştirilmesinin nasıl gerçekleştirileceği bütün ülkelerin gündeminde önemli bir yer tutuyor. Ülkelerin gündemine bunları sorun olarak taşıyan da hazır çözüm önerileri sunan da uluslararası finans odakları olduğu görülmektedir.

Bu kuruluşlar "nasıl bir finans sistemi" önermektedir?

Bununun cevabını Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısında bulabiliriz.

Ancak ülkemizde, toplumsal çıkara uygun oluşturulacak yada geliştirilecek finansman sistemi, bizce, üç noktaya çözüm getirmelidir:

- 1) Şu anda sosyal güvencesi olmayan herkesi kapsamalıdır.

Oluşturulacak sosyal güvenlik sisteminde kimse cebinden ek para ödemek zorunda kalmamalıdır. Dolayısıyla az gelirliler ve yoksul toplum kesimlerinin sağlık hizmetine ulaşımını kolaylaştırmalıdır.

2) Sağlık harcamalarını daha yüksek düzeye çıkarmalıdır.

3) Sağlık hizmet alımındaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmaya yönelik olmalıdır.

Bütün bunları nasıl ve hangi sistemle sağlayabiliriz? Bu soruya yanıt üretmeye yardımcı olması açısından, genel olarak sağlık finansman sistemlerinin nasıl düzenlendiğine ve bunların avantaj ve dezavantajlarının neler olduğunu ortaya koymak yararlı olacaktır.

Ülkelerin sağlık finansmanını 3 şekilde sağlandığı görülmektedir.

Bunlar;

- a) özel finansman,
- b) kamu sağlık sigortacılığı,
- c) genel vergilerden oluşturulan ulusal sağlık sistemleridir.

a)- Özel finansman; özel sigortacılık uygulamalarını ve hizmeti kullanım anında cepten yapılan ek ödemeleri temel alan bir sistemdir. Ancak bu tarzın bir sistem olarak değerlendirilmesi de pek doğru değildir. Çünkü temel anlayış olarak bireylerin ödeme gücüne dayanır. Bu nedenle de yalnızca parası olanın kendisini sigortalayarak sağlık hizmetlerinden daha geniş olarak yararlanabildiğinden, toplumda adaletsizlikleri artırır ve eşitsizlikleri daha da derinleştirir. Dünya Sağlık Örgütü'nün de belirlediği gibi toplumda parası olan, ayrıcalıklı toplum kesimlerinin ayrıcalıklı gereksinimlerine yanıt vermek üzere ortaya çıkan ayrıcalıklı bir sistemdir. Bu yapılmada özel sigortalar ve özel sağlık kurumları arasında herhangi bir eşgüdüm sağlamak da olanaksız olduğundan, yönetsel maliyetlerin en fazla oranda arttığı model de budur. Özel finansman anlayışı tamamen bireysel hizmet sunumuna göre şekillendiğinden, doğası gereği, özel sigorta şirketlerinin, toplumsal sağlık sorunlarının çözümünde hiçbir rol üstlenmedikleri de görülmektedir.

b)-Kamu sağlık sigortacılığı sistemi; Hükümetin kaynak yetersizliği, bütçe açıkları gerekçesiyle dar gelirliler ve yoksul toplum kesimlerinden prim ve ek ödeme temelinde oluşturduğu zorunlu kamu sigortacılığı sistemidir. Hükümetlerin uyguladığı ekonomik ve sosyal politik tercihler nedeniyle sayıları hızla artan az gelirliler ve yoksul toplum kesimlerinin yaşadığı koşullar nedeniyle yüksek sağlık taleplerini prim ve ek ödeme

vb. zorunluluklar ile kontrol altına almayı hedefleyen bir sistemdir.

Bu sigorta sisteminde uygulanan prim ödemesi ile genel vergiler dışında sağlık için bir tür özel ek vergi getirilmektedir. Bu ek vergi anlayışı geniş halk kesimleri üzerine ek bir finansman yükü daha ilave edeceği nedeniyle olumsuz tablo daha da ağırlaşmaktadır. Oluşturulmak istenen bu sistemin, kendisine kaynak olarak dar gelirli ve yoksulları belirlemesi sistemin açmazını oluşturmaktadır. Ülkemize önerilen bu sistemin açmazı da zaten tam bu noktada düğümlemektedir.

Ayrıca kamu sigortası sistemleri, kaynakları daha fazla oranda tedavi edici hizmetlere yönlendiren yapısal bir özelliğe sahiptir. Genel olarak hükümetlerin sağlıktaki popülist politikaları ile halkın tedavi edici sağlık hizmetlerine tercih eğilimi birleştiren bir sistemdir. Bu sigorta modeli halktaki bu doğal eğilimi daha da artırıcı bir etki yaratmaktadır. Ve bu etki Moral Risk olarak bilinmektedir. Sigorta uygulamasıyla oluşturulan kaynağın, ya da denetim altına alınan fonun tedavi edici sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi, halkın doğal tedavi yönelimli tercihi ile birleştiğinde sağlık sistemi bakımından hiç de tercih edilmeyen bir sonuç ortaya çıkmakta ve sistem bütün olarak tedavi yönelimli bir nitelik kazanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin son derece zayıf olduğu bu sigorta modeli, toplumun sağlık verilerinde iyileşmeyi sağlayamadığından etkinliğini de tartışma konusudur.

c)- Genel vergilerden oluşturulan ulusal sağlık sistemleri; Kamusal finansman ile sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak kamusal bir anlayışla sunulmasını birleştiren bir sistemdir. Sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesinin önünde önemli bir engel olarak görüldüğünden, serbest piyasacılar tarafından her yerde yoğun olarak eleştirilmektedir.

Sağlık sistemini geliştirip etkin kılmak ve tüm toplum kesimlerinin gereksinimlerine eşit olarak yanıt üretmek, adaletli bir vergi sistemine dayalı genel bütçeden finanse edilen bir sistemle mümkündür. Özellikle gelir dağılımının ileri derecede bozulduğu ülkelerde az geliri ve yoksul kesimleri koruyan, gelir dağılımını düzeltme aracı olarak sosyal güvenliği genel bütçeden karşılan bir sisteme ihtiyaç bulunmaktadır.

Genel vergilerle finanse edilen ulusal sağlık sisteminde, finansmanla hizmet üretiminin entegre biçimde sunulması ve sağlık hizmetlerinin de koruyucu ve tedavi edici olarak bu sistem içinde entegre edilmesi, etkinliği daha da arttırmaktadır. Böylelikle, merkezi yürütme aygıtı, kaynakları hangi sorunlara, hangi alanlara kaydıracağına karar verme, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri, birinci basamakla diğer basamakları uygun noktada dengeleyebilme şansına sahip olabilmektedir.

Kısaca ulusal sağlık sistemi, yani genel vergilerin sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılması; sigorta modeline göre daha eşitlikçi, daha etkin, koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamağı öncelediği için daha az maliyetli bir sistem yaratmaktadır. Deneyimler ve araştırmaların gösterdiği sonuç budur.

Bu sebeple olsa gerektir ki;

Güney Avrupa bölgesinde yer alan lkeler (İtalya, Portekiz, Yunanistan, İspanya) sağlık hizmetlerinde sosyal sigortaya dayalı finansmandan, vergiye dayalı finansman sistemine geç iş sürecindedirler. Bu gruptaki ülkeleri vergiye dayalı sistemi kurmaya yönelten, daha önce sigorta kapsamında olmayan nüfusun kapsam altına alınmasının ve tüm nüfus için kapsamlı hizmet sunumu gerekliliğinin fark edilmesi olmuştur. Sosyal sigortanın iyi işlediği iddia edilen ülkelerden Almanya, sağlık hizmetlerinin finansmanında yaşadığı ciddi sıkıntıları aşabilmek için teminat paketlerinin kapsamını daraltma eğilimine girmektedir; Belçika gibi ülkeler ise sosyal sigorta sistemindeki devletin sbvansiyonunu arttırarak sorunu aşmaya çalışmaktadır. Soru şudur: İtalya, Portekiz, Yunanistan ve İspanya gibi ülkelerin sosyal sigorta ile toplumun tümünü kapsayan bir sistemi gerçekleştiremedikleri bilinirken, tarihinin en yoksul günlerini yaşayan Türkiye'de, AKP Hükümeti bu işi nasıl gerçekleştirecektir ?

5- TÜRKİYE'YE NASIL BİR SAĞLIK FİNANS SİSTEMİ GEREKİYOR?

Türkiye'de sağlık finansmanı ile ilgili olarak genel düzeyde  Őeye gereksinim bulunuyor.

1- Bütün nüfusun, herkesin doğumdan ölüme kadar sağlık güvencesi kapsamına alınması: Tüm nüfusun doğumdan lme dek sağlık güvencesi altında olması devlet açısından siyasi, toplum açısından ise vicdani bir sorumluluktur.

Son çalışmalara göre ülkede kişi başına 200 Dolara yaklaştığı söylenen sağlık harcaması ile Şimdiki düzeyden (zellikle özel sektöre yöneltilen, transfer edilen sağlık harcamalarının kamusal erk içinde toplanmasıyla) daha iyi bir sağlık hizmeti sağlanabilir.

2- Sağlık hizmetleri için yetersiz olan kaynakları arttırmaya yönelik ek kaynak yaratılması: Finans sıkıntısının aşılmasının en kolay yolu olarak tüketim vergilerinin arttırılması görüldüğünden, sağlık hizmet ihtiyacı da tüketim içerisine tanımlanarak vergilendirilmektedir. Her ne

isimle olursa olsun, ödeme gücü zaten daraltılmış toplumsal kesimler üzerine ek bir yük getirecek her tür finans mekanizmasına, eşitsizlikleri derinleştireceği, toplum sağlığını daha bozucu etkide bulunacağı için karşı çıkılmalıdır. Sigorta sistemi eşitsizlikçi bir sistem olduğu için de daha büyük olumsuzluklara yol açacağından doğru değildir. Uygulanan ülkelerde de sorunu çözmediği görülmektedir.

Sağlık sisteminin finansmanı genel vergilerle karşılanmalıdır. Vergi sistemi, gelir vergisinin, direkt vergilerin (karın, rantın, faizin, kayıt dışı ekonominin elindeki kaynakların) öne çıktığı bir sistem üzerine oturtulmalıdır. Genel vergilerle oluşan bütçenin sektörlere tahsisatında da öncelik ve ağırlık sosyal sektörlerle tanınmalıdır.

Sağlık sektöründe özel sektöre doğru her tür kaynak aktarımına ve özelleştirmenin her türlü biçimine son verilmelidir. Türkiye'de sağlık sektörünün içinde bulunduğu krizin en önemli nedeni devletin bu alandaki kamusal sorumluluklarını (kaynak yokluğu, verimsizlik gibi) çeşitli gerekçelerle yerine getirmiyor oluşudur. Özel sağlık sektöründen kamusal yararlılığı gözetilen bir tarzda sağlık sorunlarının çözümünde sorumlu davranmasını beklemek en hafif deyimle saflık olup, bu yönde yapılan her tür söylemin de halkı yanıltmaktan başka bir anlam taşımadığı açıktır.

Türkiye'de yeterli kaynak vardır. Ancak kaynak yanlış ellerde ve yanlış alanlardadır. Doğru politik tercihler temelinde oluşturulacak adil bir sağlık finans sistemi sayesinde var olan sorunları çözmek mümkündür.

Adil ve eşitlikçi bir anlayış doğrultusunda yaratılacak kaynakla sağlık ocaklarının alt yapısı geliştirebilir, dağılımını düzenler, etkinliklerini arttırabilir. Yine bu kaynakla sağlık personelini tatmin edecek bir ücret düzeyi sağlayabilir. İyileştirilmiş çalışma koşulları ve ücret ile sağlık personelinin motivasyon düzeyini arttırılabilir. Bütün bunlar hizmetin verimliliğini arttırarak tüm toplum kesimlerinin daha nitelikli, etkin ve eşit olarak hizmet almasını sağlar. Devletin asli görevine, kamusal sorumluluk alanına dönmesiyle, toplumun kaynaklarının, kamu eliyle, toplum yararına kullanılmasının olanağı yaratılmış olur.

3- Entegre tarzda, tek elden planlama, yatırım ve hizmet sunumunu da yürüten kamusal anlayış içinde sağlık hizmeti sunulması: Hizmet üretimi ile finansman sistemi kamusal erk elinde entegre edilmelidir. Entegrasyon, üretici kurumlar arasındaki kar amaçlı rekabeti ortadan kaldıran, işletme ve yönetim yapısını basitleştirerek yönetsel maliyetleri azaltan, hizmetin toplumsal gereksinimlere göre planlı tarzda üretilmesine olanak veren, çalışanların ve halkın katılımına açık demokratik bir anlayış içinde olmalıdır.

SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUN TASARISI'NIN GENEL SAĞLIK SİGORTASI HÜKÜMLERİ'NE İLİŞKİN TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ'NİN TEMEL ELEŞTİRİ NOKTALARI:

Başbakan, Sağlık Bakanı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı ve diğer yetkililer Genel Sağlık Sigortası ile;

- Herkesin sosyal güvence altına alınacağını,
- Tek çatı ile sağlık hizmet sunumundaki eşitsizlikler sona erdirileceğini,
- Hekim hasta arasındaki para ilişkisi kaldırılacağını açıklıyorlar.

Yıllardır tüm toplumun ve sağlık çalışanlarının bu taleplerine cevap veriyor gibi görünen bu açıklamaların aksine bu Yasa Tasarısı'nda bunların hiçbir şekilde yer almadığı görülmektedir.

AKP Hükümeti'nin sağlık alanında şimdiye kadar yaptıkları ve yapmayı planladıkları aslında sağlık sisteminde var olan sorunları bir sistematik içerisinde yasal bir çerçeveye oturtarak kalıcı hale getirmektir. Bu nedenle yapılanları bir 'reform' olarak değerlendirmek mümkün değildir.

Genel Sağlık Sigortası basit bir sağlık finansman modeli olarak da değerlendirilemez. Bu Yasa Tasarısı ile;

- Tıp eğitimi,
- Sağlık kuruluşları,
- Hekimlik mesleği,
- Sağlık personelinin statüsü,
- Sağlık hizmet sunumu da doğrudan etkilenmektedir.

Türk Tabipleri Birliği olarak Genel Sağlık Sigortası'nı;

1. Hekimlere ve sağlık çalışanlarına,
2. Topluma, kişilere ve hastalara neler getiriyor sorularına verilen cevaplar ile değerlendirmenin doğru olacağını düşünüyoruz.

1- HEKİMLERE VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA NELER GETİRİYOR?

1.1- Hekimlikte Mesleki Bağımsızlık Ortadan Kaldırılıyor.

Sağlık hizmetinde, hekimlik meslek değerleri ve ahlaki ilk hekimlik uygulamalarından günümüze kadar, binlerce yıllık bir birikime dayanmaktadır. Hekimlik mesleğine gösterilen saygı, sevgi ve güvenin temelini de bu değerler oluşturmaktadır.

Hekimin hastasına duyduğu sevgi ile tıbbi bilgisini hiçbir etki altında kalmaksızın onun yararına ve hakları doğrultusunda kullanması her şeyin önündedir. Hekim, mesleki uygulama esnasında din, ırk, parti politikaları ve zengin yada yoksul her türlü toplumsal konunun tıbbi uygulamalarını etkilemesine izin vermediği gibi her türlü ayrımcılığı da reddeder.

Antik çağdan modern topluma kadarki bu süreçte, hekim, hekimlik mesleğinin bu değerlerini ısrarla yerine getirmede sürekli bir çaba içinde olmuştur. Bu moral değerleri daha da güçlendirmek, hukuksal bir norm haline getirmek doğrultusunda, hekimler ve geniş toplum kesimleri birlikte yoğun ve meşakkatli bir uğraş yürütmüşlerdir.

Dünya Tabipler Birliği içinde 82 ülkenin ulusal hekim örgütlerinin bir araya gelerek yürüttüğü çalışmaların önemli bir bölümünü hekimlik uygulamaları ve hasta hakları oluşturmaktadır. Hekimlerin mesleklerini en yüksek düzeyde sürdürmeleri ve hastanın yararı için özgür, bağımsız olarak vereceği kararların hiçbir çıkar güdüsü tarafından etkilenmesine izin verilmemelidir. Bu nedenle de Hekim- hasta ilişkisinde hekimlerin mesleklerini siyasi veya ekonomik hiçbir baskıya maruz kalmadan hastanın yararına uygun olarak yapabilmelerinde devlete büyük görev düşmektedir. Genel anlamıyla sağlık, sadece hekim-hasta ilişkisinin ötesinde toplumu da kapsadığından tıp eğitimi ve hekimlik uygulamalarının denetimi kamunun güvencesinde olup, kamu aynı zamanda hekimi haksız taleplerden korumak ve özerkliğini güvence altına almak durumundadır.

Genel Sağlık Sigortası hekimlik mesleğinin binlerce yıldır oluşmuş tüm bu değerlerine, uygulamalarına ve hekimlerin kamusal güvencelerine aykırı hükümler içermektedir.

Hekimlik mesleğinin temel yaklaşımlarından birisini oluşturan; hastaların sağlığının öncelikle gözetilmesi ve her şeyin önünde tutması anlayışı yerine Sosyal Güvenlik Kurumu'nun çıkarlarının korunması anlayışı getirilmektedir. Hekimin hastaya bakabilmesi için en basitinden '*...kişilerin prim borcunun bulunmaması*' (Madde 92) şart koşulmaktadır. Hekime böylesi bir yaptırımların getirilmesi; her türlü tıbbi müdahalede hekimi Sosyal Güvenli Kurumu ile karşı karşıya

getirecek, bilgisini özgürce hastadan yana kullanabilmesi ortamı yok edecek düzenlemeler büyük sorunlara yol açacaktır. Hekimin hastasına soracağı ilk soru, yakınlığı ile ilgili olmayıp, Genel Sağlık Sigortası'na tescil durumu ve prim ödemelerinin kontrol edilmesidir: '*...Sağlık hizmet sunucuları başvurulan kişilerle bu Kanun açısından genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak kapsama alınıp alınmadığı, kapsama alınmadığını tespit ettikleri kişilerin beyan ettikleri yerleşim yeri bilgilerini, Kuruma bildirmek zorundadır.*' (Madde 96)

Hekimin Genel Sağlık Sigortası'na kayıtlı olmayan hastanın ikametgah adresini alarak hemen Kurum'a da bildirmesinin istenmesi, hekim hasta güven ortamını bozacaktır. Dahası da hekime GSS sigortacısı görevi verilmesi istenmesi anlayışı kabul edilemez bir durumdur.

GSS, '*...Kurum ile sözleşmesi olup olmadığına bakmaksızın tüm hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait Kurumca talep edilen bilgileri, belirlenen yöntemlere ve süreye uygun biçimde elektronik ortamda veya yazılı olarak göndermek zorundadır. Bu bilgiler verilmeksizin talep edilen sağlık hizmeti bedelleri, bilgiler gönderilinceye kadar ödenmez.*' (Madde 104) bir nevi provizyon sistemi olarak işletilecek bu uygulama ile hekimin yapacağı her türlü tıbbi girişime anında müdahale edebilecektir. Bu maddenin daha önceki tasarlarda yer alış biçiminin yanı sıra Madde 104'deki gerekçesinde '*...tüm sağlık hizmet sunucularına bu Kanuna uygun olarak sundukları hizmetlerini ve bununla ilgili bilgi ve belgeleri... Kuruma bildirim yükümlülüğü getirilerek Kurumun izleme, değerlendirme ve denetim fonksiyonların (hastaya değil de) hizmetin gerektirdiği şekilde yerine getirebilmesine olanak tanınması amaçlanmıştır*' denilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu, bu uygulama aracılığıyla, hastanın tedavi sürecinde hekimin yapacağı her türlü tıbbi müdahaleye Genel Sağlık Sigortası ödeme kapsamı içinde olup olmadığına göre anında müdahale edebilecektir. Farklı sosyal güvenlik kuruluşlarına ilişkin olarak çıkarılan ilaç yönetmelikleri (Maliye Bakanlığı Bütçe Talimatı, SSK İlaç Uygulama Talimatı vb) ile hekimlerin reçetelerine yapılan müdahaleler GSS ile ilaç dışı tıbbi girişimlere doğrudan yaygınlaştırılarak kalıcı hale getirilmektedir. Bu müdahalelerin amacı açıktır; Kurumun menfaat ve çıkarları hastaların ihtiyaçlarından önündedir (!)

Kurumun ekonomik çıkarlarına öncelik veren bu anlayış, Sağlık Bakan'ının Genel Sağlık Sigortası ile birlikte hekimle hasta arasındaki para ilişkisinin kaldırılacağı iddiasının tam tersine, Genel Sağlık Sigortası ile hekimin her türlü tıbbi müdahalesinde paranın tamamen hakim

kılındığı, her türlü hekimlik değerlerinin paranın egemenliği altına alındığı bir sistem oluşturulmaktadır.

1.2- Hekimler Mesleğın Gerekleri Dışında da Sorumlu Kılınarak Pek Çok Cezai İşlemin Muhatabı Haline Getirilmiştir:

“...kapsam dışı tutulan sağlık hizmetlerini kapsam içinde olan sağlık hizmeti gibi gösterenler; hakkında.... ceza kovuşturması yapılır.Kurumun yersiz ödediğı tutar geri alınır ve yersiz ödenen tutarın 5 katı idari para cezası uygulanır” (Madde 141/j)

“ kimlik tespiti yükümlülüğünü yapmayan ve bu nedenle Kurumun zarara uğramasına sebebiyet veren sağlık hizmeti sunucularından uğranılan zararın 5 katı idari para cezası uygulanır. Ayrıca Kurumun yersiz ödediğı tutar geri alınır” (Madde 141/k)

'...katılım paylarını tahsil etmeyen sağlık hizmeti sunucularına, ilk fiilde tahsil edilmeyen katılım payının on katı tutarında idari para cezası uygulanır ... ayrıca sözleşmesi üç ay süreyle fes edilir.” (Madde 141/l)

Görüldüğü gibi Genel Sağlık Sigortası sisteminde ortaya çıkabilecek her türlü eksik uygulama ve kaçaklardan hekimler sorumlu tutulmakta ve cezalandırılmaları öngörülmektedir. Bu düzenleme ile hekim ve sağlık çalışanlarına sağlık hizmeti sunumu dışında evrak ve para kontrolörlüğü ek bir görev olarak verilmektedir. Bu yaklaşım hekimlik mesleğinin temel anlayışını oluşturan her koşulda hastanın çıkarını ve haklarını gözetme anlayışı, ahlaki yerine Kurumun hak ve çıkarlarının savunulması yasa zoru ile egemen kılınmaya çalışılmaktadır.

1.3- Sağlık Ocaklarından Aile Hekimliği İşletmelerine, Hastaneler de Sağlık İşletmelerine Dönüştürülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kamusal anlayışla kamu sağlık kurumları aracılığıyla verilmesi anlayışı tamamen terk edilmekte, sağlık ocakları aile hekimliği işletmelerine, hastaneler de sağlık işletmelerine dönüştürülmektedir. GSS'nin kişilere yapacağı sağlık hizmetlerini; *“...sağlık hizmetleri, Kurum ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla sağlanır” (Madde 99),* denilerek anlaşmalı sağlık işletmeleri üzerinden hizmet sunumu getirilmektedir. Genel Sağlık Sigortası'nın sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi ve sağlık giderlerinin ödenmesiyle ilgili maddeleri ile Türkiye'deki özel ve kamu sağlık kurumlarının geleceğı açısından önemli değişikliklere yol açılmaktadır. Kamu ve özel sağlık kuruluşları aynı finans kaynağı için birbirleriyle rekabet etmek zorunda kalacaklardır. Asli hedefi “toplumsal yarar” olan kamu sağlık sistemi ile “maksimum kâr”

olan özel sağlık sektörü arasındaki serbest piyasa koşullarında yapılacak sonucu baştan belirli bu yarışın sonucunda Türkiye'deki kamu sağlık hizmetlerini tamamen çökertmesi fazla bir zaman almayacaktır.

Bu noktada Kamu Yönetimi Temel Kanunu'ndaki Sağlık Bakanlığı'nın tasfiyesi ve elindeki kurumların İl Özel İdareleri ile Belediyelere devri ve hazırlıkları devam eden Sağlık Kanunu Taslağı'ndaki kamu sağlık kurumlarının kırk dokuz yıllığına kiraya verilmesi düzenlemeleri de tabloyu tamamlayacaktır.

KAMU YÖNETİMİ TEMEL KANUNU TASARISI

“Geçici Madde 1-b) Sağlık Bakanlığı Taşra teşkilatının görev ve yetkileri, eğitim hastaneleri hariç, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanserler ile hastaneler araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli il özel idarelerine devredilen ... kadroları ile birlikte olmak üzere personeli belediyelere devredilir.”

Bu kanun tasarı 17.07.2004 tarihinde TBMM kabul edilmiş ancak Cumhurbaşkanı tarafından yeniden görüşülmesi için TBMM'ye geri gönderilmiştir. Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı ile sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı bünyesinden alınarak İl Özel İdarelerine, Belediyelere ve özel sektöre devredilmesi öngörülmektedir. Sağlık hizmet sunumunun Sağlık Bakanlığı'nca tek elden merkezi olarak yürütülmesi yerine, bu kuruluşlar 81 il'e dağıtılarak parçalanmakta hizmetin bütünlüğü ortadan kaldırılmaktadır. Son çıkarılan “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” ile SSK Hastaneleri de bu kapsamda İl Özel İdareleri, Belediyelere ve özel sektöre devredilecektir.

“Madde:46-

... Diğer kamu görevlileri (hekimler de dahil) ile işçilerden tam zamanlı veya kısmi zamanlı olarak ve kadro şartına bağlı olmaksızın sözleşmeli statüde istihdam edileceklerin sözleşmelerinde, ilgili personelin görevleri, hak ve yükümlülükleri ile performans ölçütleri yer alır.”

Bu düzenlemeye göre kamu kurumlarında çalışan hekim ve sağlık çalışanlarına performanslarına göre ücret ödenmesi ve kamu güvencesinden mahrum, sözleşmeli statüde istihdam edilmeleri öngörülmektedir.

“5220 SAYILI SAĞLIK HİZMETLERİ TEMEL KANUNUNDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR KANUN

EK MADDE 2 -“Sağlık Bakanlığı'na tahsisli Hazine mülkiyetindeki taşınmazlar ile Sağlık Bakanlığı kullanımında bulunan diğer taşınmazlardan gerekli görünenlerin, mülkiyetinin Hazineye bedelsiz devrinden sonra, Sağlık Bakanlığı ile mutabık kalınarak tahsislerini kaldırmaya ve ...satmaya Maliye Bakanı yetkilidir. Satış bedelleri bütçeye gelir kaydedilir.”

21 Temmuz 2004 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren bu yasa ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşları ve hastaneler Maliye Bakanlığı'na bedelsiz olarak devredilebilecektir. Maliye Bakanı Sayın Ünaktan da bu sağlık kuruluşlarını ve hastaneleri de 'babalar gibi satırım' sözüyle satabilecektir.

“SAĞLIK KANUNU TASARISI (Versiyon 6, Ocak 2004)

Sağlık İşletmeleri

Madde 123- Sağlık İşletmeleri, Milli Savunma Bakanlığı ve üniversitelere bağlı olanlar dışında kamuya ait, kamu yararı, verimlilik ve etkililik esaslarına dayalı olarak ikinci ve üçüncü basamak sağı hizmetleri veren, sağık hizmetlerine toplumun katkı ve katılımını sağılayacak şekilde örgütlenmiş, tüzel kişiliğe ve idari ve mali özerkliğe sahip sağık kuruluşlardır.”

Sağık Bakanlığ'ınca hazırlanan Sağık Kanunu Tasarısı'nın 6. versiyonunda hastanelerin sağık işletmeleri haline getirileceği öngörülmektedir. Ancak son 10 yıldır yürütölen politikalar ve son iki yılda AKP hükümetince hızlandırılan uygulamalar ile hastaneler sağık işletmesi haline getirilmiştir. Özellikle devlet hastanelerinde uygulanan "performansa dayalı döner sermaye uygulaması" ile de tüm hizmetler teker teker kalemler halinde belirlenmiş ve puanlandırılarak devlet hastanelerinin tam anlamıyla ticari bir işletme haline getirilmelerinin temeli de oluşturulmuştur. Son düzenleme ile SSK hastaneleri de bu uygulama içine alınmıştır.

GSS ile getirilen küçük ama önemli bir değışiklikle özelleştirmenin yolu iyice açılmaktadır. Bu değışikliğe göre; *'..sözleşmesiz sağık hizmeti sunucularından sağık hizmeti almayı tercih eden genel sağık sigortalısı...sözleşmeli sağık hizmeti sunucuları için belirlenen bedellerin en fazla %70'i fatura karşılığı ödenir'* denilmektedir. Böylece fiyatları piyasa ortalamasının üzerinde olan özel hastaneler de kendilerini Kurumun belirlediği sağık hizmeti bedelleriyle sınırlamak zorunda kalmayacaklardır. GSS'ndan alacakları ödemenin üzerini hastalardan herhangi bir sınırlama olmadan alarak bu hasta/müşteri pazarından yararlanabilmelerinin yolu açılmaktadır. Türkiye'de 1980'lerde başlayan sağıkta özelleştirme politikalarının önündeki son engeller de GSS ile ortadan kalkmış olacaktır.

Sağık hizmetlerinin kar amaçlı sağık işletmeleri aracılıyla yürütölmesi kaçınılmaz olarak hekim ve sağık çalışanlarının kamusal güvencelerinin kaldırılmasını ve statülerinde değıştirilmesini getirecektir. Kamu Yönetimi Yasası'nda yer alan hekim ve sağık personelinin statüsü, gerekse Kamu Personel Rejimi Tasarı ile yürütölen yasal düzenlemeler bunu ortaya koymaktadır.

Rekabetçi bir anlayış içinde çalışması ön görölen sağık işletmelerinin giderlerini azaltarak, karını artırma çabaları, sağık işletmelerinde iş güvencesinden mahrum olarak en fazla bir yıllık sözleşmeye göre çalışmak zorunda bırakılacak hekimler, ne hastasının hak ve çıkarını savunabilirler, ne de hekimlik mesleğini özgürce uygulayabilirler.

T.C. S.B. DENİZLİ DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

2004 YILI (4 aylık) PSİKİYATRİ UZMANI, ONKOLOJİ UZMANI, ÇOCUK PSİKİYATRİ UZMANI, ENDOKRİNOLOJİ UZMANI, ALLERJİ HASTALIKLARI UZMANI HİZMETLERİ SATIN ALMA İŞİ TEKNİK ŞARTNAMESİ

30.B-	AYLIK TABAN MALİYETİ	AYLIK BRÜT MALİYET (MADDE:30)
1 ADET AKIL VE RUH SAĞLIĞI UZMANI	1.670.307.048	1.374.738.311
1 ADET AKIL VE RUH SAĞLIĞI UZMANI	1.670.307.048	1.374.738.311
1 ADET ECZACI	1.256.545.708	1.034.193.999
1 ADET ECZACI	1.256.545.708	1.034.193.999
1 ADET FİZYOTERAPİST	1.140.980.809	939.078.856
1 ADET FİZYOTERAPİST	1.140.980.809	939.078.856
1 ADET FİZYOTERAPİST	1.140.980.809	939.078.856
1 ADET ONKOLOJİ UZMANI	1.670.307.048	1.374.738.311
1 ADET ÇOCUK PSİKİYATRİ UZMANI	1.670.307.048	1.374.738.311
1 ADET ENDOKRİNOLOJİ UZMANI	1.670.307.048	1.374.738.311
1 ADET ORTODONTİ UZMANI	1.549.909.281	1.275.645.499
1 ADET ALLERJİ HASTALIKLARI UZMANI	1.670.307.048	1.374.738.311
1 ADET ORTODONTİ TEKNİSYENİ	1.064.926.727	876.482.903

Denizli Devlet Hastanesi'nin 2004 yılında taşeron usulü 4 aylık sözleşme ile hekim çalıştırılmasına ilişkin açılan ihale gelecekte sağlık işletmelerinde çalıştırılacak hekim ve sağlık çalışanlarına öngörülen statüyü de gösteren somut bir örnektir.

Sonuç olarak; Sağlık işletmelerinde taşeron usulü veya sözleşmeli personel haline getirilecek hekimler ve sağlık personeli iş güvencesiz konumları nedeniyle mesleki bağımsızlıklarını kaybederek her türlü baskıya açık hale geleceklerdir. Hekim, tıbbi uygulama esnasında bağımsız, bilimsel ve moral değerlere uygun davranması, hiçbir güçten etkilenmeden vicdanı ile baş başa kalarak özgür karar vermesini yerine sağlık işletmesinin çıkarını öne alması talepleri önem kazanacaktır. Bundan da hekimler kadar hastalarda olumsuz olarak etkileneceklerdir.

2. TOPLUM, KİŞİ VE HASTA AÇISINDAN NELER GETİRİYOR?

2.1- Sağlık Hakkı Üzerine

GSS Taslağı'nın Genel Gerekçe kısmında sağlık hakkının yaşam hakkının ayrılmaz bir parçası olduğu belirtilmektedir. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde yer alan : *'her insan yiyecek, giyecek, konut, tıbbi bakım ve gerekli toplumsal hizmetler de dahil olmak üzere, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve refahını sağlayacak uzun bir yaşam düzeyine hakkı olduğu; işsizlik, hastalık, sakatlık yada geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun kaldığı diğer hallerde güvenlik hakkına sahip olduğu'* belirtilmekte ve Anayasa'nın 60'ıncı maddesinde, *'herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu, Devletin bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alacağı ve gerekli teşkilatı kuracağı'* hatırlatılmaktadır. İnsanlığın tarihsel gelişim içinde ulaştığı hak anlayışı ve bu hakkın sağlanmasında devletin rolü ve görevi doğru şekilde ortaya konmaktadır. Bu görev doğrultusunda; *'GSS, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan, sağlık sigortası'* olarak tarif edilmektedir.

Ayrıca *'..ülkemizde halen bazı kesimler sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık giderlerinin karşılanması yönünden sosyal güvenceden yoksundur. Öte yandan, ülkemizde sağlık güvencesi konusunda, sağlanan hizmet ve yardımlar yönünden eşit ve rasyonel bir sistemden söz etmek mümkün değildir'* denilmekte ve mevcut olan sosyal güvenlik kuruluşlarının *'değişik vatandaş gurupları arasında eşitsizlik yarattığı gibi, hak ve adalet kurallarına da uygun düşmediği'* belirtilmektedir.

Doğru olarak ortaya konan sağlık hakkına, devletin bu alandaki görevlerine ve bunun sağlanması içinde kişilerin ekonomik gücüne bakılmaksızın, ortaya çıkacak sağlık risklerine karşı toplumun tüm sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin olarak yararlanması anlayışına uygun bir sistem oluşturmak yerine;

- *'GSS kapsamındaki primler, belirlenmiş sağlık hizmetlerini kapsayacaktır'*
- *'..kişiler için gereken ölçüde sağlık hizmetlerinin bedelinin karşılanması esas alınmakla birlikte, bu hizmetlerin kişilerin her türlü bireysel isteklerini ve taleplerini sınırsız olarak karşılaması beklenemez.'*

cümleleriyle getirilmek istenen sistem tarif edilmektedir. GSS ile sağlığı bir hak olarak kabul eden, dolayısıyla da sağlığı bütüncül olarak gören ve bunu sağlayan bir sistem yerine sadece belirlenmiş sağlık hizmetleri için belirlenmiş miktarı aşmayan sağlık yardımı yapan bir sistem getirilmektedir. Genel Sağlık Sigortası Taslağı'nın Madde 87'nin Gerekeçe kısmındaki; *'Sistemin sürdürülebilirliği açısından GSS kapsamında sağlanacak sağlık ve sağlıkla ilişkili hizmetler ile bu hizmetlerin sağlanması için sigortalılardan alınması gereken prim miktarları arasında paralellik kurulması zorunludur. Bu kapsamda sağlanan sağlık hizmetlerinin sınırsız artırılması ve genişletilmesi doğal olarak aktüeryal pirim miktarının da yükseltilmesi sonucunu doğuracaktır'* cümleleri kişilere yapılacak sağlık yardımlarının 'sınırsız olamayacağını' ve bunun da toplanan prim miktarı ile paralellik göstereceği açık olarak söylenmektedir. Genel Sağlık Sigortası kişilere sağlık haklarının gereği olarak sağlık hizmeti sağlanmasını değil prim temelinde cüzi sağlık yardımında bulunulması ve geri kalanın de katılım payıyla tamamlanmasını sağlamak üzere oluşturulmuştur.

GSS'nın sağlık yardımı anlayışının yaratacağı hak kayıplarını gizlemek içinde büyük bir çaba harcanmaktadır (!) Daha önceki taslakta yer alan tüm 'sağlık yardımından yararlanma' kelimelerinin yeni GSS taslağında 'sağlık hizmeti sağlamak' kelimeleri ile değiştirildiği görülmektedir. Ancak bu kelime değişikliklerinin getirilmek istenen anlayışı gizleyebilmesi mümkün değildir. Prim ve katılım payları ile satın alınan bir sağlık hizmetinin, sağlık hakkı ile bir ilişkisi olmadığı açıktır.

Genel Gerekeçe kısmının başlangıcında belirtilen sağlık hakkı ve devletin sorumluluğuna ilişkin tüm söylenenler, Genel Gerekeçe'nin daha sonraki kısımlarında, Madde Gerekeçlerinde, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı'nın maddelerinde tümüyle inkar edilmektedir. Büyük adaletsizlikler getiren ve eşitsizlikleri pekiştiren, hak kayıplarını yasallaştıran bu düzenlemeyi evrensel değerler ve hakların arkasına gizleyebilmek mümkün değildir.

2.2- Sağlık Hizmetlerinde Eşitlik ve Adalet Anlayışı Üzerine

GSS Taslağı'nın Genel Gerekeçi kısmında, *'Bu yapı altında tüm nüfusu kapsayacak şekilde sağlık hizmetlerinin verilmesi hedeflenmektedir'* denilmektedir. Bunun yanı sıra, *'Mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarınca üyelerine çeşitli miktar ve nitelikte sağlık sigortası yardımları yapılmakta ve bu yardımlar arasında norm birliği bulunmamaktadır. Bu husus ise, değişik vatandaş grupları arasında eşitsizlik yarattığı gibi hak ve adalet kurallarına da uygun düşmemektedir'* tespitinde bulunulmaktadır.

En zengin %20'lik kesim ile en yoksul %20'lik kesim arasındaki fark:

Eğitimde	56,6 kat
Sağlıkta	4,8 kat
Gıdada	2,2 kat
Giyimde	6,9 kat
Konut-su-elektrikte	4 kat

Gelir dağılımındaki aşırı bozulma toplumda var olan eşitsizlikleri daha da arttırmaktadır. Eğitimin adım adım paralı hale getirilmesi sonucu toplumun gelir düzeyi en yüksek dilimi ile en düşük dilimi arasında eğitim giderleri arasında 56,6 katlık bir farklılık oluşmuştur. Sağlıkta ise bu fark 4,8 kat olarak görülmektedir. 'Sağlıkta Dönüşüm' programı sonrasında, hastaların müşteri, hastanelerinde sağlık işletmesine dönüştürülmesi ve özel sigortacılık anlayışına uygun olarak oluşturulan Genel Sağlık Sigortası sonucunda bu fark hızla artacaktır.

Ayrıca, 'Genel sağlık sigortasının temel özelliklerinden bir diğeri, yüksek gelir gruplarının düşük gelir gruplarını, sağlıklı olanların hasta olanları, bekar olanların aile sahiplerini finanse ettiği ve riskin paylaşıldığı bir dayanışma ile yürütülmesi olup bu husus gelirin yeniden dağılımının etkili araçlarından biri olarak değerlendirilmektedir' belirlemesi ile doğru bir yaklaşım ortaya konmaktadır.

Ancak yukarıda belirtildiği gibi; 'belirlenmiş sağlık hizmetlerinin verilmesi' ve bunun da GSS kapsamındaki primler, katılım payları ile yapılacak olması; ne riskin paylaşıldığı bir dayanışmaya ne de toplumsal kesimler arasında var olan eşitsizlikleri telafi etmeye yönelik bir hak ve adalet anlayışına uygun düşmektedir.

Sonuç olarak, GSS Yasa Tasarısı incelendiğinde 'evrensel ve ulusal gerekçelerden yola' çıkıldığı iddialarının aksine, evrensel ve ulusal gerçeklerle hiçbir şekilde uyuşmayan bir yasa tasarısına varıldığını görülmektedir.

2.3- Genel Sağlık Sigortası'nın Sağlık Hizmetleri; Sınırlı, Şartlı ve Cezalandırıcı Hizmet Anlayışı

Genel Sağlık Sigortası ile tüm yurttaşların sosyal güvenlik kapsamına alınacağı ve böylelikle de sağlık güvencesi olmayan yaklaşık 20 milyon insanın sağlık güvencesine kavuşturulacağı, Genel Sağlık Sigortası'na

prim ödeyemeyecek durumdaki yoksul vatandaşların primlerinin devlet tarafından ödeneceği belirtilmektedir.

Son derece etkileyici olarak kullanılan bu iki argümanın Genel Sağlık Sigortası'nın bütünü incelendiğinde pek de geçerli olmadığı görülmektedir

Herkesin doğumdan ölüme kadar 'sağlık güvencesi' olacağını söylemini günümüzdeki sosyal güvenlik kuruluşlarının sağladığı haklarla bir tutmamak gerekir. SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur sigortalıları ile Yeşil Kart sahiplerinin bu gün eşitsiz olsa da yararlandıkları sağlık hizmetlerinin kapsamı Genel Sağlık Sigortası'yla daraltılmaktadır. Tasarının Geçici Madde 33'ü buna işaret etmektedir. *"Kişilerin yürürlükten kaldırılan kanun hükümleri gereğince hak ettikleri sağlık hizmetleri, bu Kanun hükümleri gereğince kapsama alınmamış ise en fazla bir yıl süreyle veya tedavi tamamlanuncaya kadar yürürlükten kaldırılan kanun hükümlerine göre Kurumca sağlanmaya devam edilir."* denerek hak kayıplarının yasal zemini oluşturulmaktadır. Yapılmak istenen; farklı sosyal güvenlik kurumlarına tabi olanların sağlık hizmetine ulaşmalarının eşitlenmesi ve sosyal güvencesi olmayan toplum kesimlerinin de bu haklardan yararlanmalarını sağlamak değildir. Tam aksine, tüm toplumun sağlık güvencesi olacağı söylemi, sağlıkta minimum güvenceyi ifade etmektedir.

Bu anlamıyla Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur ve Yeşil Kart'a tabi olanlarda önemli hak kayıpları olmaktadır. Yapılan işlem devletin sosyal güvenlik için bütçeden yaptığı harcamaları IMF'nin direktifleri doğrultusunda en aza çekerek buradan yapacağı tasarrufla zengin kişi ve ülkelere borç ödemek, aynı zamanda da az gelirliler ve yoksul kesimlerden elde etmeyi düşündüğü kaynakla tüm toplumu sözde 'sosyal güvenceye' (!) kavuşturmaktadır. Bu anlayış ne akla ne de vicdana uygundur.

Kıscacası toplumun yıllardır talep ettiklerinin gerçekleştirileceği ve arzularının yerine getirileceği söylenerek önemli hak kayıplarına yol açılmakta, toplum yanılmaktadır.

2.3.1- Sınırlı Yardım Anlayışı: 'Temel Teminat Paketi'

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak bütüncül bir yapı gösterir. Kişilerin hastalık öncesi alacakları hizmet ile hastalıklarında ulaşacakları tedavi hizmetleri ve ihtiyaç durumunda da tedavi sonu rehabilitasyon hizmetleri bir bütünsellik içindedir. Bu bütünselliği ortadan kaldıran ve her bir hizmet sunumunu da kendi içinde parçalara ayırıştıran bir sağlık yardımı anlayışı sağlık hizmet etkinliğini olumsuz olarak etkileyecektir.

Genel Sağlık Sigortası sağlık hizmetlerinin bu bütünselliğini ortadan kaldıran bir anlayışla hazırlanmıştır.

'Kurumca sağlanacak hizmetler şunlardır:

- a) *Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,*
- b) *Hastalık sebebiyle ayakta veya yatarak hekim tarafından yapılacak muayene,...teşhis için gereken klinik muayeneler,.. laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri...tıbbi müdahale ve tedaviler, hasta takip ve rehabilitasyon,acil sağlık hizmetleri*
- c) *Analık sebebiyle ayakta ve yatarak; hekim veya ebe tarafından yapılacak muayene.... teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri...yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler,.. hasta takip veacil sağlık hizmetleri,*
- d) *15 yaşına kadar; ağız ve diş muayenesi, ...diş hastalıkları teşhisi için gereken klinik muayeneler ve laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri...yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler,.. hasta takibi ve acil sağlık hizmetleri, 60 yaş ve üzerindeki...kişilerin diş protezleri*
- e) *..teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç ve gereç..sağlanması ve yenilenmesi hizmetleri'*

olarak belirtilmektedir.

Ancak bu sağlık hizmetleri için de ' hekimlerin ve diş hekimlerinin branşları, klinik ve laboratuvar bulguları, konulan teşhisler, sağlık hizmetlerinin sunulduğu basamak,maliyet-fayda, maliyet-etkinlik ve benzeri ölçütler dikkate alınarak, Kurumca sağlanacak sağlık hizmetlerinin cinsleri, belirlenecek zaman aralığında kullanım miktarları ve kullanım süreleri Kurumca Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak belirlenir ve Resmî Gazetede yayınlanır' (Madde. 87) denilerek kapsamı daraltılmaktadır. Böylelikle Madde 87'nin bentlerinde belirtilen sağlık hizmetleri aynı maddenin sonuna konan bir paragrafta kısıtlanmaktadır. Ayrıca verilecek sağlık hizmetlerinin kapsamının Kurumca belirlenmesi ve 'bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar, Sağlık Bakanlığı ve Kurumca birlikte çıkarılacak yönetmelikle' düzenlenmesi, her an değiştirilebilmesine de imkan sağlanmaktadır.

Gerek 'Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi' (29 Temmuz 2004) metni başta olmak üzere, görüş almak maksadıyla çeşitli kuruluşlara gönderilen GSS Yasa Tasarısı versiyonları ve en son olarak da TBMM'ne

gönderilen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı'nda karşılanacak sağlık hizmetlerinin kapsamına ilişkin olarak ifade biçimlerinin sürekli değiştirildiği görülmektedir. Önceleri son derece açık bir şekilde Temel Teminat Paketi adı altında toplanacak sağlık hizmetlerinin GGS tarafından karşılanacağı belirtilmekteydi. Gelen yoğun eleştiriler karşısında, Temel Teminat Paketi'nin kelime olarak kaldırıldığı, ancak içeriğinin olduğu gibi korunduğu dikkati çekiyordu. En son Tasarı'da ise büyük bir incelikle Temel Teminat Paketi'nin muhtevasının da gizlenmeye çalışıldığı görülmektedir.

Bazı koruyucu sağlık hizmetleri ile bazı hastalıkların, bazı tahlil ve tetkiklerin, bazı tıbbi müdahalelerin Genel Sağlık Sigortası'nca sağlanacağı bir sistem getirilmektedir. Şu anda hangi sağlık hizmetlerini kapsayacağını bilmediğimiz ve Genel Sağlık Kurumu'nun tamamen kendi yetkisi içinde; *'.. maliyet-fayda, maliyet-etkinlik ve benzeri ölçütler'* i temelinde belirlenecek sağlık hizmetlerinin toplumun ve kişilerin sağlık ihtiyaçlarına göre değil de Kurum'un mali durumuna göre yönetmeliklerle ilan edileceği belirtilmektedir. Bu anlayış, zaten sağlıkta varolan eşitsizliklerin artırıp, pekiştirilecektir.

Belirlenen bu asgari düzeyin üzerinde ve bütünlüklü sağlık hizmetine gereksinimi olanlar, bu ihtiyaçlarını nasıl karşılayacakları sorusuna cevap GSS Taslağı'nın Madde 87'nin Gereğesinde belirtilmektedir : *'Düzenleme ile GSS kapsamı dışında tutulan...sağlık hizmetlerinin kişilerin istekleri doğrultusunda kendilerinin yapacakları doğrudan ödemelerle veya özel sağlık sigortası hizmeti sunan kurumlardan satın alacakları sağlık sigortacılığı hizmetlerinden yararlanma yoluyla karşılayabilmelerinin yolu da açık bulunmaktadır.'*

Kalp hastaları, kanser hastaları, diyaliz hastaları gibi sürekli tedavi gören ve tedavi masrafları fazla olan hastalıklar, büyük bir ihtimalle, kapsam dışı tutularak, bunlar için tamamlayıcı sigortacılık getirilecektir. Özel tamamlayıcı sigortaların da bu tür hastalıklar için yapılacakları sağlık ödemelerin yüksekliği nedeniyle bu 'masraflı hastaların' primlerini yükseltmeleri gündeme gelecektir. Kısacası tamamen kişisel ekonomik güce cevap veren bir sağlık hizmeti anlayışının egemen olacağı, yaşamını devam ettirme talebinin serbestçe pazarlanacağı bir düzen getirilmektedir.

Sonuçta, GSS ile birlikte SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Yeşil Kart'ta tabi kişiler, şimdiye kadar sahip oldukları bütüncüllüklü sağlık hizmeti yerine getirilen dar kapsamlı bir sağlık hizmeti anlayışı nedeniyle önemli bir hak kaybına uğramaktadırlar.

2.3.2- Şartlı Sağlık Hizmeti Anlayışı

2.3.2.1- Kişinin Prim Borcunun Bulunmaması Şartı

Herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanması en doğal hak ve devletin de bu hakkın kullanılmasını sağlamak yükümlülüğünü yerine getirmesi gerekirken, kişilerin GSS'ndan '*Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmeleri için;*

'...son bir yıl içinde 90 gün genel sağlık sigortası primi ödeme gün sayısı olması'

'.. kişilerin prim borcunun bulunmaması'. (Madde 92) şart koşulmaktadır.

Prim ödemelerini GSS de belirtilen düzenlemeye uygun ve zamanında yapmayan sigortalılar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler ödenmemiş primleri ödeninceye kadar GSS'nın sağlık hizmetlerinden, acil durumlar dışında yararlanamayacaktır. Ancak '*Sağlık hizmetlerinden yararlanma şartı'* başlığı altındaki Madde 92 ; '*..bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Kurumca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir'* ifadesi; gerek acil durumlarda, gerekse çalışanların son bir yıl içinde 90 gün prim ödemiş olması ile ulaştıkları sağlık hizmetlerinde, Kurum tarafından ödenen tüm masrafları kanuni faizi ve ödemesi gereken prim borcu, gecikme zammı ve yasal faizi ile birlikte kişiden tahsil edilmesine imkan verebilecektir.

Bilindiği gibi 1999'da çıkartılan yasa ile SSK'lılar için işe başladığı günden geçerli olan sağlık hizmetinden yararlanma hakkı 90 güne çıkarılmıştı. Şimdi bu yasa ile aynı durum, Emekli Sandığı'na tabii sigortalılar ile bağımlıları içinde sağlık yardımlarından yararlanabilmesi prim yatırmaya başladıktan 90 gün sonraya atılmaktadır. Böylelikle Emekli Sandığı'na tabi kesimlerde de bir hak kaybı ortaya çıkmaktadır.

Özetle, Devlet tarafından sağlık sigortası kapsamına alınmış kişiler prim ödeyenler ve ödemeyenler olarak ikiye ayrılmaktadır. Sunulan sağlık hizmetleri, tıp biliminin esasları içinde herkese eşit ve adalet ilkesi çerçevesinde sunulması gerekirken, bunun aksine prim temelli ve katkı paylı bir sistemin parası olanlara daha fazla yaşam anlamına geleceğinden, bu durum ne insan hakları nede sosyal adalet ve hukuk devleti ilkeleri ile bağdaşır.

2.3.2.2- Katılım Payı Ödeme Zorunluluğu

GSS Yasa Tasarısı Taslağı'nda sağlık hizmetleri katılım payı alınacaklar (Madde 93) ve katılım payı alınmayacaklar (Madde 94) şeklinde ayrı ayrı

düzenlenmektedir. Düzenleme açısından katılım payı alınacakların belirtilmesi, alınmayacakları ortaya koyacakken, böylesi bir düzenleme ile bu günden ön görülmeyen hizmetlere karşı da Kurum lehine bir nevi önlem alınmaktadır:

'..sağlık hizmetlerinden katılım payı alınacak sağlık hizmetleri..:

- A) *Ayaktan tedavide hekim ve dış hekim muayenesi.*
- B) *Ayaktan tedavide verilen ilaçlar, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri.*
- C) *Ayaktan tedavide sağlanan diğer sağlık hizmetleri'* (Madde 93), olarak tanımlanmaktadır.

Böylelikle, Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki herkesin hizmet alımı esnasında cepten katılım payı ödemesi zorunlu kılınmaktadır. Bu zorunluluğu '*Genel sağlık sigortası kapsamında sağlanacak sağlık hizmetlerinin amaç dışı ve gereksiz kullanımını önlemek;..sıklıkla gündeme gelen suiistimleri önüne geçmek, sağlık hizmetlerini kullananların da oto kontrol mekanizmalarına etkili bir şekilde katılımını sağlamak, kişilerin genel sağlık sigortasından sağladıkları faydayı her hizmet aşamasında fark etmelerini sağlamak ve bu şekilde sistemi sahiplenme düzeyini arttırmak, sağlanan sağlık hizmetlerinde ve tıbbi ürünlerin kullanımı esnasında Kanunla belirlenen oranları aşmamak üzere sağlık hizmeti kullanıcılarının katılımı öngörülmektedir.*' (Gerekçe Madde 93) Sağlık hizmetlerinde "amaç dışı ve gereksiz kullanım" ve "suiistimal" kavramlarının tanımlanmasındaki zorluğu ve sınırlarının belirsizliğini bir yana bıraksak bile madde gerekçesinin düzenlemeyi açıklamaya yetmediği açık olarak görülebilmektedir. Zira Kanun Tasarısı sadece ayaktan yapılan tedaviler ve verilen ilaçlar gibi "suiistimal edilebilecek" hizmetler için değil, kazalar, cerrahi hastalıklar ve kronik hastalıklar gibi hiçbir şekilde "suiistimal edilemeyecek" hastalıklar için de katılım payını zorunlu hale getirilmektedir.

Asıl gerekçe ise GSS Kanun Tasarısı'nın bir önceki versiyonunun Genel Gerekçe'sinde söylenmektedir : '*.. sağlık sigortası sisteminin temelini katkı oluşturmaktadır*'. Yapılmak istenen; sağlık hizmetlerini sıradan bir tüketim nesnesi olarak benimsetip, kullanan da öder mantığının tüm topluma benimsetilmesidir. Şimdiye kadar sosyal güvenlik kurumlarında herhangi bir ücret ödenmeyen hizmetler için getirilen yüzdelik katılım paylarının hastalar bu "sorumluluk bilinci"ne alıştırdıktan sonra hızla yükseltilmesi mümkün olacaktır.

'Katılım payı';

- 'Ayaktan tedavide verilen ilaçlar, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri' başlığı altındaki sağlık hizmetleri için '%10 ila %20',
- 'Ayaktan tedavide sağlanan diğer sağlık hizmetleri' için ise '%3 ila %6 oranı arasında olmak üzere Kurumca belirlenir'
- 'Ayaktan tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi' için '2 YTL olarak uygulanır.' Bu 'katılım payı tutarı,... Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranı kadar her yıl arttırılır.' denilmektedir.

Tüm bu 'katılım paylarının hesaplanmasında..tespit edilen sağlık hizmeti tutarı esas alınır' denilmekte ve bunu da belirlemede Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yetkili kılınmaktadır. Kurum tarafından ödenecek sağlık hizmetlerinin bedelleri, dolayısıyla da bu bedel üzerinden yüzde olarak alınacak katılım payları Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nca belirlenmektedir. Komisyonun sağlık hizmetlerinin fiyatlarını ; 'sağlık hizmetinin sunulduğu basamak, sağlık hizmetlerinin maliyeti, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, kanıta dayalı tıp uygulamaları, teşhis ve tedavi maliyetini esas alan maliyet-etkinlik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her bir sağlık hizmeti için belirleme..' ile görevlendirildiği görülmektedir.

GSS'nin prim toplama sıkıntısına bağlı olarak bütçesindeki yetersizliklerin doğrudan doğruya sağlık hizmetlerinin fiyatlarına dolayısıyla da katılım paylarına yansıtılacağı açık olarak ifade edilmektedir. Ayrıca son 20 yılda ücretlerdeki artış ile sağlık hizmetlerindeki fiyat artış karşılaştırıldığında, sürecin ücretlilerin aleyhine olarak geliştiği bilinmektedir. Katılım payları önemli bir gelir kaynağı olarak değerlendirildiğinden katılım paylarındaki artış oranı az gelirli geniş toplum kesimlerinin sağlık hizmetlerine ulaşmasında önemli bir sorun oluşturacaktır. Düzenli gelir sahibi olanlar için, 'Katılım payları, gelir veya aylık alan kişilerin gelir veya aylıklarından, çalışanların ücret ve maaşlarından mahsup edilmek suretiyle tahsile ve katılım paylarının ödenme usulünü belirlemeye Kurum yetkilidir' denilmektedir. Düzenli gelir sahibi olanların sağlık hizmeti alınması esnasında ödenmek zorunda olduğu katılım payı için verecekleri nakit paralarının olmaması durumunda 'hizmetin aksamaması'(!) ve de katılım payının mutlak garanti altına alınması mekanizmasının da oluşturulmaya çalışıldığı görülmektedir. Böylelikle sağlık hizmetlerine ulaşmak için katılım payı ödemesi zorunlu kılınan az gelirli emekli ve çalışanların

maaşlarına kaynaktan el koyma imkanı sağlanmaktadır. Asgari ücretle çalışanlar ve emekliler maaşları almaya gittiklerinde GSS sürprizi ile karşılaşabileceklerdir. Asgari ücretlinin maaşını kaybetmenin yanı sıra borçlu çıkmaması içinde *'kişilerin sağlık hizmet sunucusuna ödeyecekleri katılım payının toplam tutarı, net asgari ücreti geçemez'* denilerek 'sosyal korumaya' dikkat edildiği görülmektedir(!)

GSS primleri devlet tarafından ödenecek derecede yoksul olduğu kabul edilen, yeşil kart sahibi toplum kesimler (Yeşil Kart sahipleri, 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler, İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler, Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler, Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre koruma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler, Vazife málullüğü aylığı alan er, erbaş ve sivil görevliler) için *'ödemiş oldukları katılım payları...Sosyal Yardımlaşma ve dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre kendilerine geri ödenir'* denilmektedir. Toplumun en yoksul ve korunmaya muhtaç kesimlerinin sağlık hizmeti esnasında katılım payı ödemek zorunda bırakılmaları daha sonra da ödedikleri katılım payını geri almak için uğraş vermek durumunda bırakılmalarını sosyal adaletle bağdaştırmak mümkün değildir.

Katılım payı dışında, GSS anlaşmalı olduğu sağlık işletmelerine yataklı tedavi hizmeti sunumunda standart otelcilik hizmetlerinin üzerinde; *'...otelcilik hizmeti için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden alınabilecek fark ödemesi, Kurum tarafından belirlenen standart yatak bedelinin dört katını geçeme'* (Madde 98) denilerek ek ücret talep edilmesine olanak sağlamaktadır. Böylelikle kişiler sağlık işletmelerinde yatarak tedavi durumunda kendilerine gösterilen yüksek ücretli yataklarda yatmak durumu ile karşı karşıya kalabileceklerdir.

Asgari ücretle çalışan az gelirli işçiler, ilaç için gereken %20 katkı payını dahi ödemekte zorlanırken, hatta ilaç alımından vazgeçmek zorunda kalınırken ve bu uygulama kaldırılmalyken sağlık hizmetinde katılım payı alımını genişletmek ve oran olarak arttırmak sağlıkta var olan eşitsizlikleri daha da arttıracaktır. GSS primleri devlet tarafından ödenecek derecede yoksul olduğu kabul edilen, yeşil kart sahibi ve korunmaya muhtaç toplum kesimlerinin toplum kesimleri başta olmak üzere asgari ücretle geçimlerini sağlamak durumundaki yoksul toplum

kesimlerinin sağlık hizmetine ulaşmak için katkı payı ödemek zorunda bırakılmaları bu kesimlerin sağlık hizmetine ulaşmalarını ortadan kaldıracaktır.

Kısaca sigortalı olmanız sağlık hizmeti almanızın hiçbir şekilde garantisini oluşturmamaktadır. GSS ile herkesin doğumdan ölüme kadar sağlık güvencesine kavuşacağı söyleminin karşılığı Yasa Tasarısında görülmemektedir.

2.3.2.3- Prim Ödeme Şartı ve Prim Ödeme Oranı

SSK, Emekli Sandığı, Bağ-kur kapsamına giren çalışanlar, asgari ücretin 1/3 kadar (116 YTL) aylık geliri olan kişiler ve işsizlik ödeneğinden yararlananlar prim ödeyerek, 116 YTL'dan az aylık geliri olan kişiler ise primleri hazinece ödenmek üzere Genel Sağlık Sigortası'na kayıt olmak zorundadırlar.

Genel sağlık sigortası için prime esas alınacak kazancın; '... ücret veya ödenek almak suretiyle çalışanların o ay için hak ettikleri ücretlerle ücret dışında kalan her türlü ödeme, prim, ikramiye ve bu nitelikteki her çeşit istihkaktan sigortalılara yapılan ödemelerin brüt toplamı..'nın (Madde 110) esas alınacağı belirtilmektedir. Ölüm, doğum, evlenme yardımları ile kıdem, ihbar ve kasa tazminatları, yemek, çocuk ve aile yardımları gibi sosyal yardımlar hariç tutularak her türlü gelirin brütü üzerinden prim alınması anlayışı GSS için ücretlilerin temel kaynak olarak belirlendiğini ortaya koymaktadır.

Sigortalı sayılanlardan alınacak prim oranı,

'...Genel Sağlık Sigortası primi...prime esas kazancın % 12,5 sidir. Bu primin %5'i sigortalı, %7,5'i ise işveren hissesidir. Yalnızca genel sağlık sigortasına tabi olanlar ile isteğe bağlı sigortaluların genel sağlık sigortası primi, prime esas kazancın %12'sidir' (Madde 111) olarak belirlenmektedir.

Burada iki nokta dikkati çekmektedir:

1- Çalışanların hissesinin SSK'da olduğu gibi %5 olarak aynı tutulması, işveren hissesinin de % 6'dan %7.5'e çıkarılması ile Genel Sağlık Sigortası'nda işveren katkı payında artış olduğu izlenimi verilmektedir. Bu durum oldukça aldatıcıdır. Çünkü SSK analık sigortasındaki %1'lik işveren katkısı kaldırılmakta, iş kazası meslek hastalığı sigortasındaki işveren katkı payı da %1,5-7 den %1-6,5'e düşürülmektedir. Aradaki %1,5'lik fark %6'ya ilave edildiğinde işveren payında bir artış bulunmamaktadır.

2-GSS prim oranı %12 olarak belirlenmekle birlikte yüksek gelir

sahiplerini koruyan bir düzenlemenin de yapıldığı görülmektedir. *'...alınacak prim ve verilecek ödeneklerin hesabına esas tutulan günlük kazancın alt sınırı asgari ücretin otuzda biri, üst sınırı ise günlük kazanç alt sınırının 6,5 katıdır'* (Madde 112). Buna göre prime kazancın alt sınırı olan asgari ücret (488 YTL), üst sınır ise bu ücretin 6,5 katı (3 176 YTL) olacaktır. Böylece her bir sigortalı aylık 58 YTL ile 381 YTL. arasında prim ödeyecek. Ancak 3176 YTL'dan daha fazla gelire sahip olan GSS mükelleflerinin gelir düzeyleri ne olursa olsun, alınacak prim oranı 3 176 YTL'nın %12'si olarak sabitlenmektedir. Bu durum yüksek gelir sahiplerinden alınacak GSS prim oranının reel gelirlere göre belirlenmemesi nedeniyle aslında *"prime esas kazancın %12'si"*nin altına düşmesi anlamını taşımaktadır. Bu durum en basitinden prim ödemelerine hedef alınan kesimlerin kimler olarak belirlendiğini de ortaya koymaktadır.

Diğer bir sorunda, düzenli bir işi- geliri olmayan veya kayıt dışı istihdam edilen ancak asgari ücretin üçte birinden (116 YTL) fazla geliri olanların tespitinde yaşanacaktır. GSS için prim toplanırken kişilerin gelirlerinin bilinmesi bir zorunluluktur. DİE'ye göre Türkiye'de 11.4 milyon kişi "kayıt dışı" çalışmaktadır. Devlet vatandaşının gelir durumundan haberdar da değildir. Bu durumda GSS primi "neye göre" ve "nasıl" toplanacaktır?

Çeşitli ülke deneyimleri incelendiğinde GSS için kayıt-dışı ekonominin olmaması ve sağlık kayıtlarının güvenilir olmasının önemli olduğu görülmektedir. Maliye Bakanlığı Hesap Uzmanları Kurulu'nun raporunda yer verildiği gibi, kayıt dışı ekonominin GSMH'ya oranının %61'lere ulaştığı ve sınırları içinde yaşayanları bile tam anlamıyla bilmeyen bir ülkede, GSS önemli finanssal ve örgütsel sorunlarla karşı karşıya kalacaktır.

GSS'na fon yaratma, *'..sistemin temelini katkı oluşturmaktadır'* bir önceki versiyonun Genel Gerekeçe'de açık olarak belirtildiği gibi herkesten prim-katılım payı toplama esasına dayanmaktadır. Düzenli ve yeterli bir geliri olmayan, sürekli ekonomik sıkıntı içindeki kişilerden/ailelerden prim toplanması ve bunun düzenli kılınmasının son derece zor olduğu bilinmelidir.

Sağlık Bakanlığı'nın henüz kamuoyuna açıklanmayan Ulusal Sağlık Hesapları 2000 çalışmasından yansıyan gayri resmi bilgiler nüfusun %32.5'nin hiç bir sağlık güvencesi olmadığı yönündedir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nca hazırlanan Sosyal Güvenlik Sistemi Reform Önerisi dokümanına göre ise 13 milyon Yeşil Kartlının dışında sağlık sigortası kapsamında olmayan nüfus 14,39 milyondur.

Çoğunluğu kırsal kesimde yaşayan veya kayıt dışı sektörde çalışan, yada

işsiz ve marjinallerden oluşan ve devletin bile vergi alamadığı bu devasa kitleden düzenli olarak ne kadar GGS primi toplayabileceği kimse tarafından bilinmemektedir. GSS yasa tasarıncı incelenince de zaten devletin ne bu kesimden prim toplama umudu olduğunu nede GSS için kendisinin yeterince kaynak ayırmaya niyetli olduğu görülmektedir. Sistem esas olarak düzenli ve kayıtlı bir işi olan sigortalıların ödeyeceği primlerle ve katılım paylarıyla döndürölmek istenmektedir.

SSK ve Bağ-Kur sistemleri de prim toplama üzerine oluşturulmuş sistemlerdir. Bu sistemlerin prim toplama başarısı GSS'nın prim toplama başarısına ışık tutabilecektir. Bu nedenle her iki kuruluşun prim toplama durumlarına bakıldığında ;

- Bağ-Kur'da düzenli primini ödeyenlerin oranı %15 olduğu ve Bağ-Kur'un prim toplama oranının da %36 da kaldığı görölmektedir.
- SSK'da ise prim toplama oranı %85'dir.
- Tarım sigortalılarda bu güne değin hiç prim ödemeyenlerin oranı %53'e ulaşmaktadır.

Bu gerçeklik GSS'nın prim toplamada ve bunu sürekli kılmada son derece büyük zorluklar yaşayacağını göstermektedir. Buna bağlı olarak da hizmete ulaşma anında alınması kararlaştırılan katkı paylarının sağlık hizmetlerinde daha da yaygınlaştırılması ve artırılması durumu ile karşılaşılacaktır.

Genel Sağlık Sigortası'nda oluşacak açıklar gerekçe gösterilerek, dünya örneklerinde olduğu gibi zaman için de prim oranlarının bu şekilde uzun süre devam etmeyeceği bilinmelidir.

Hükümet prim ödeme durumu olmayan yoksul kişilerin primlerinin hazine tarafından ödeneceğini böylelikle yoksulların da sağlık güvencesine kavuşturulacağını söylemektedir. Ancak bu gerçeği yansıtmaktan uzaktır:

1- Yalnızca aylık gelir durumu asgari ücretin üçte birinden, yani 116 YTL'dan az olan kişilerin yoksul olarak belirlendiği görölmektedir. AKP Hükümetinin yoksul kişiler olarak tanımladıkları aylık geliri 116 YTL'nın altındakilerdir. Rakamla konuşmak yerine bilinçli bir tercihle yoksulluk kelimesine herkesin yüklediği anlamı değil de kendinden menkul bir anlam yüklenerek önemli bir yanılsama yaratılmakta, toplum bir kez daha aldatılmaktadır.

2- Daha önce de belirtildiği gibi 116 YTL altında aylık geliri olanlara yapılacak sağlık yardımı bu günkü Yeşil Kart ile sağlanan sağlık hakkı tüm sağlık hizmetlerini kapsarken GSS ile sadece belirli sağlık hizmetleri

için sağlık yardımında bulunulacaktır. Ayrıca yeşil kart sahiplerinin sağlık hizmet alımında daha önceleri katılım payı ödemez iken GSS ile ulaşılabildikleri sağlık hizmeti için katılım payı ödemek zorunda bırakılmaktadırlar. Bu anlamıyla Yeşil Kart sahibi yoksul toplum kesimleri de önemli bir hak kaybına uğramaktadır.

DİE Hane Halkı Tüketim Harcamaları-2003

Gelir dilimleri	Nüfus dilimi	Günlük harcama \$
1. % 20	12.586.736	1,9
2. % 20	14.000.976	2,6
3. % 20	14.637.384	3,1
4. % 20	14.920.232	4,0
5. % 20	14.566.672	7,6
Toplam	70.712.000	3,9

%20'lik Dilimler	Hane başı ortalama gelir/ay YTL	Kişi başı gelir/4 kişilik Hanehalkı
Birinci %20	269	64
İkinci %20	464,42	116,10
Üçüncü %20	649,33	162,33
Dördüncü %20	939,17	234,79
Beşinci %20	2.167,83	541,95

2003 yılında asgari ücretin 226 YTL ve bunun 1/3'ünün de 75.33 YTL olduğunu bilerek DİE'nün 2003 verileri ışığında GSS için pirim toplama ve katkı payı alma potansiyelini değerlendirecek olursak, yaratılan yoksulluk nedeniyle bunun son derece kısıtlı olduğu görülmektedir.

3-İçinde bulunduğu yoksulluk ve cehalet vb. nedeniyle daha yüksek sağlık risk gurubu içinde yer alan toplumsal kesimlerin daha sık sağlık hizmeti talepleri nedeniyle, katılım payı ödemek zorunda bırakılmaları, yoksulluk ve hastalığın yanı sıra ek bir ceza anlamına gelmektedir.

2.2.3- Cezalandırıcı Hizmet Anlayışı

GSS'nın sigortalıya verdiği sağlık yardımına rağmen sigortalının tedavi süresinin uzaması ve iş göremezliğinin artması durumunda Kuruma ek

yeni masrafların çıkmasını önlemek amacıyla sigortalıyı cezalandırıcı hükümlere yer verilmektedir :

'Sigortalının kendisinden kaynaklanan sebeplerle tedavi süresinin uzaması veya iş görmezliğinin artması durumunda;

a) Geçici iş görmezlik ödeneği veya sürekli iş görmezlik geliri;

1) Sigortalının iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık nedeniyle hekimin bildirdiği tedbir ve tavsiyelere uymaması sonucu, tedavi süresinin uzamasına veya iş görmezlik oranının artmasına, malul kalmasına neden olması halinde, uzayan tedavi süresi veya artan iş görmezlik oranı,

2) Bağışlanmaz kusuru veya suç sayılır hareketi yüzünden iş kazasına uğrayan, meslek hastalığına tutulan veya hastalanan sigortalının kusur derecesi,

esas alınarak yarısına kadar Kurumca eksiltilir.'

b)Hekimce alınması istenen tedbirlere uymayan sigortalılara bu tedbirleri yerine getirmedikleri süre için geçici iş görmezlik ödeneği verilmez. (Madde 28)

Kişi hekim tarafından kendisine önerilen tedavi ve uygulamaları başta yoksulluk olmak üzere cehalet, kültürel vb çeşitli nedenlerle yerine getirememesi durumunda, Kurumun da yapacağı iş görmezlik ödeneğini yarı yarıya azalması veya hiç verilmemesi kişinin sağlığını daha da önemlisi varlığını olumsuz olarak etkileyecektir. Bu anlayışa göre örneğin diskal herni tedavisi gören bir fabrika işçisi, hekimin önerisine rağmen iş yerinde yük kaldırmak veya taşımak durumunda kalması nedeniyle hastalığının tekrarında hekime yeniden başvurduğunda 'hekimin daha önce bildirdiği tedbir ve tavsiyelere uymadığı' gerekçesiyle geçici iş görmezlik ödeneğinin yarısını alabileceği veya tamamen alamayacağı için tedavinin önemli bir kısmını oluşturan yatak istirahatinin gerektiğini ortadan kaldıracaktır.

c) Kasti bir hareketi yüzünden iş kazasına uğrayan, meslek hastalığına tutulan, hastalanan veya Kurumun yazılı bildirimine rağmen teklif edilen tedaviyi kabul etmeyen sigortalının geçici iş görmezlik ödeneği veya sürekli iş görmezlik geliri ödenmez.' (Madde 28)

İş sağlığı ve güvenliği bilincinin son derece düşük olduğu ülkemizde işsizliğin de yüksek oranda olması sonucu işini kaybetmemek için işveren tarafından önerilen her türlü işi yapmak durumunda kalan işçiler başlarına gelebilecek iş kazası sonucu mağduriyetlerinin yanı sıra 'kasti

hareketi' gerekçe gösterilerek iş görmezlik ödeneği veya sürekli iş görmezlik gelirinden mahrum kalabilecektir.

'İş kazası ve meslek hastalığı, işverenin işçinin sağlığını koruma ve iş güvenliği ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı hareketi sonucu olmuşsa, Kurumca yapılan giderler işverenden tazmin edilir.' (Madde 107)

İş kazası ve meslek hastalığı, işverenin kastı...sonucu meydana gelmişse, Kurumca sigortalıya veya hak sahiplerine...yapılan veya ileride yapılması gereken ödemeler ile bağlanan gelirin başladığı tarihteki ilk peşin sermaye değeri toplamı...Kurumca işverene ödettirilir.' (Madde 26) Getirilen bu düzenlemeler Madde 28 ile birlikte değerlendirildiğinde iş kazası ve/veya meslek hastalığı nedeniyle sağlık bütünlüğü bozulmuş kişilerin, işveren lehine oluşacak gelişmelere bağlı olarak iş görmezlik ödeneğinden mahrum olarak yaşamını sürdürmesi sağlık sorunlarının daha da artmasının yanı sıra ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine ulaşmasını da zorlaştıracaktır.

Tüm bu düzenlemeler sağlığın sosyal, kültürel, ekonomik, çevresel ve politik nedenlerden bağımsız sadece kişinin kendisine ait bir durum olarak kabul eden ve bunu Genel Sağlık Sigortası'nın daha önceki versiyonlarındaki *'..sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sağlıklarının korumaktan asli olarak sorumludurlar'* anlayışının bu son versiyonda da sürdüğünü göstermektedir. Bu yaklaşım tamamen bilim dışıdır. Bilim dışına çıkılmasının nedeni ise GSS'nın kişiyi hastalanmasından sorumlu kılınarak bu sorumluluğunu gerektiği gibi yerine getirmemesi durumunda da ekonomik olarak cezalandırmak, sağlık hizmetlerinin giderlerini hasta kişiye yöneltmek, Kurumu ekonomik olarak korumaktır.

SONUÇ

1-Ülkemizdeki sağlık hizmetleri Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur ve Yeşil Kart aracılığıyla, kişisel prim ve devlet katkılarıyla birlikte sürdürülen karma sisteme dayalıdır. Karma sistemdeki devletin yapması gereken katkı ve SSK kaynaklarının hükümetlerce sorumsuzca kullanılıp tüketilmesi göz ardı edilerek sosyal güvenlik kuruluşlarının açığının bütçenin kara deliği olarak ifade edilmesi son derece 'ucuz' bir yaklaşımdır. Bu ucuz yaklaşım kaçınılmaz bir şekilde 'ucuz' bir sosyal güvenlik anlayışını da beraberinde getirmektedir.

IMF'nin AKP hükümeti ile yapacağı 3 yıllık anlaşmanın temel şartlarından birisi bütçede açık, hatta kara delik olarak tanımlanan sosyal güvenlik harcamalarının ortadan kaldırılmasıdır. AKP hükümetinin dış ve iç borç ödemelerine daha fazla kaynak arttırmasına olanak sağlamak üzere devletin vatandaşına karşı yapmakla yükümlü olduğu görevlerinden vazgeçmektedir. Dahası da kendisine ait bu görevlerinden kişileri doğrudan sorumlu tutarak onlara ödeten acımasız bir anlayış getirilmektedir.

GSS sisteminin temelini prim ve katılım payı katkıları oluşturduğundan, bunlarında az geliri ve yoksul toplum kesimlerinden sağlanması hedeflendiğinden getirilen sistem son derece zayıf ve kırılgandır. Bu sistemi sürdürülebilmek oldukça zordur. Bu nedenle hükümetler, GSS sistemini ayakta tutabilmek ve sistemin mağdurlarının taleplerine cevap verebilmek için sağlığa şimdikinden daha büyük bir kaynak aktarmak durumunda kalabilecektir. Buna karşın, şimdiki düzeyde bir sağlık hizmetinin de sağlanabileceği şüphelidir.

2-Genel Sağlık Sigortasının, sağlığın bir hak olmaktan çıkarılması, bir tür kişisel tüketim olarak sunulması ve bu tüketim ihtiyacının da piyasa koşulların göre tanzim edilmesi programının (aile hekimliği ve sağlık işletmelerinin) finans yapısının düzenlenmesi amacıyla oluşturulmuştur. Hekimler ve sağlık çalışanlarının düşük ücret ve kamu güvencesinden mahrum, mesleki bağımsızlığı elinden alınmış, sağlık işletmesinin her türlü isteğine karşı koyamaz bir konumda çalıştırılması bu sürecin önemli bir parçasıdır. Günümüz iş dünyasında egemen olan taşeron usulü çalışma sağlık işletmelerinde de hakim olacaktır. Bu statüde çalışmak zorunda kalan hekim işini kaybetmemek için tıbbi bilgisini hekimlik mesleğinin temelini oluşturan hastanın yararına kullanmak yerine sağlık işletmesinin yararına, daha fazla kar için kullanması taleplerine sürekli maruz kalacaktır.

Hekimlerin insan sağlığına saygı göstermesi ve her türlü ayrımcılığı reddetmesi temel ilkelerine aykırı olarak, Nazi Almanya'sında, faşist ideoloji doğrultusunda, insan bedenine onay almaksızın 'sözde tıbbi müdahale' adı altında yapılanlar sonucu ortaya çıkan dramatik tablo akıldardadır. Sağlık hizmetlerinin tam anlamıyla ticarileştirildiği paranın karın- tek egemen olduğu hekimlerin mesleki bağımsızlığını ortadan kaldıran, meslek değerlerini tahrip eden sağlık sisteminde benzer dramatik olaylar yaşanabilecektir. Bunu kontrol altında almak için getirilmek istenen her türlü hekim odaklı malpraktis yasa-sı- dahil, sağlık işletmesine de dönük önlemler yaşanacak olumsuzlukları engelleyemeyecektir.

3-GSS sağlık hizmetlerinin finansmanında adilliği hiçbir şekilde gözetmeyen bir anlayışa sahiptir. GSS ile aynı sağlık hizmeti için farklı gelir gruplarına aynı düzeyde sağlık yardımında bulunulmasını sağlıkta adil bir finans yapılanması olarak kabul edebilmek mümkün değildir. Gelir dağılımındaki aşırı bozukluğa bağlı olarak farklı gelir grubundaki hanelerin yaşamın her alanında maruz kaldıkları adaletsizlikleri bir yana bırakarak sadece sağlık hizmetlerinde yapılacak sağlık yardımlarında adaletin aranması, onlara yapılan son derecede önemli bir adaletsizliği oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerine en sık başvurma durumunda olan yoksul toplum kesimlerini 'gereksiz kullanımdan caydırma, GSS'dan sağladıkları faydayı her hizmet aşamasında fark etmelerini sağlamak vb' için bunlardan GSS'nın alacağı katılım paylarının tüm sağlık hizmet alanlarına yaygınlaştırılması, AKP Hükümeti'nin adalet anlayışını göstermektedir. Bu nedenle adalet kavramında hem fikir olunması gereklidir. Adillik herkesin olanakları ölçüsünde sağlık finansmanı için katkıda bulunurken gereksindiği sağlık hizmetlerinden yararlanmasıdır.

AKP Hükümeti Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur ve Yeşil Kart sahiplerinin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanmadığını, artık GSS ile tüm vatandaşların eşit olarak sağlık kuruluşlarından ve hizmetlerinden yararlanacaklarını söylemektedir. Genel Gerekeçe kısmında 'yüksek gelir gruplarının düşük gelir gruplarını, sağlıklı olanların hasta olanları finanse ettiği. ve riskin paylaşıldığı bir dayanışmacı' anlayışı yerine, GSS ile getirilen eşitlik, hanelerin sağlık hizmetlerinin karşılığını ödemek için gelirleri ne olursa olsun aynı prim ve katılım payı ödemeleri ile tanımlanmaktadır. AKP'nin sağlıkta eşitlikten anladığı budur. Bunun sağlıkta eşitliğe yüklenen anlamla bir alakası olmadığı açıktır. Sağlıkta eşitlik; herkesin sağlık hizmeti gereksinimi olduğunda buna ulaşabilmesinin (ödeyebilmesinin) yanı sıra aynı sağlık hizmetinden aynı oranda yararlanabilmesidir. GSS'nı yapacağı sınırlı sağlık yardımlarına bağlı olarak sağlıkta ikili bir sistem belirginleşecektir. Parası olan ve

tamamlayıcı sigortaları bulunan, cebinden her an için ödemede bulunabilen kişilere uygun sağlık işletmeleri ile GSS'nın sağlık yardımları ve kısmi cepten ödemelerle yetinen kamu sağlık işletmeleri ayrımı yaşanacaktır. Böylelikle söylenenin tam aksine sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikler daha da belirgin hale gelecektir.

4-AKP Hükümeti GSS ile doğumdan ölüme kadar hersin sağlık güvencesi olacağını söylemektedir. GSS ile şimdiye kadar sağlık güvencesi olmayanlar da bu güvenceye kavuşacaklarını ısrarla vurgulamaktadırlar.

Daha önce belirtildiği gibi, işsizlik, kayıt dışı sektördeki küçük şirketlerde çalışanlar, tarım kesimindeki düzensiz gelir sahipleri vb. primini sürekli ve düzenli ödeyemeyecek durumda olan on milyonlarca insanımız GSS'nın dışına itilerek sağlık güvencesinden mahrum kalacaktır. GSS'na prim ödeyemeyecek ve/ veya hizmet alımı esnasında katılım payı ödeyemeyecek kişiler gerekli olan sağlık hizmetinden yararlanamadıkları için ölümler karşı karşıya kalacaklardır. Katılım paylarının aylık gelir düzeyi asgari ücretin üçte birinden (116 YTL'den) az olduğu için primleri devlet tarafından ödenecek derecede yoksul olan kesimlerinde katkı payı ödemek zorunda bırakılmaları bu kesimlerin, bu tür uygulamaların hayata geçirildiği ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de yiyecek alımlarında kısıntıya gitmek durumunda kalacaklardır. Yoksulluklarını daha da arttıracaktır.

Tıbbi bakım yoksunluğuna bağlı ölümlerde önemli artışlar yaşanabilecektir. Bu nedenlerle GSS AKP Hükümetinin iddia ettiği gibi herkese sağlık güvencesi getirmekten uzaktır.

Yaşanacak sorun sadece GSS dışına itilenlerle de bitmemektedir. GSS ile sağlık hizmetlerinin kapsamının daraltılmasına bağlı olarak sağlık güvencesi yetersiz olanlar daha büyük bir sorunu teşkil edeceklerdir.

Bir çok kişi hayatlarının can alıcı bir anında, gerçekten sağlık bakımına ihtiyaç duydukları bir anda, GSS'nın kendi ihtiyaçları olan tıbbi müdahale tipini yada gereksinimi olan testleri ve ilaçları kapsamadığını yada bu hizmetler için ödemesi gereken miktarın küçük bir kısmını kapsadığını görecektir. GSS insanlarda büyük bir öfke ve düş kırıklığı yaratacaktır.

5- Hastanın müşteriye, Sağlık Ocaklarının aile hekimliği işletmelerine, hastanelerin de sağlık işletmelerine dönüştürülerek bu işletmeler arasında rekabetin teşvik edilip geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinde niteliği ve etkinliği artırmayacaktır. Tam aksine müşteri odaklı hizmet anlayışı ile sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına açılarak, serbest piyasanın acımasız; her türlü insanı değerlerden uzak, ellerine teslim edilmesi

büyük toplumsal sorunlara ve kişisel dramların yaşanmasına yol açılacaktır.

6-Genel Sağlık Sigortası Hükümleri başlığı altındaki Üçüncü Kısım toplam 25 maddeden oluşmaktadır. Sigortalıları yakından ilgilendiren sağlık hizmetleri ve yararlanma şartlarına ilişkin temel maddelerdeki son derece önemli esasların Kurumca çıkarılacak 10 yönetmeliklerle belirleneceği söylenmektedir. Böylelikle Kurum sigortalıları yakından ilgilendiren bu konularda istediği gibi keyfiyete dayalı düzenlemelere gidebilecektir.

7- AKP Hükümeti Sosyal Sigortalar ve Kanun Tasarısı, Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Tasarısı, ve Primsiz Ödemeler Kanun Tasarısı'nı sosyal güvenlikte 'reform' olarak sunmaktadır. Yukarıda belirtilen görüşler doğrultusunda, sosyal güvenlik kurumlarının daha da geliştirilip güçlendirilmesi ve tüm toplum kesimlerinin yararlanabileceği bir düzeye ulaştırılması doğrultusunda gerçek bir reform gerekmektedir. Ama Hükümet, Genel Sağlık Sigortası ile sağlığın bir hak olmaktan çıkarılması, alınıp satılır bir ticari nesneye dönüştürme çabalarını diğer sosyal güvenlik alanlarındaki haklar içinde de yapmak istemektedir. Bu anlamıyla sosyal güvenlik sistemlerinin tahribatı sonucu toplumumuzda son derece olumsuz gelişmelere yol açabilecektir.

8-Sonuç olarak Genel Sağlık Sigortası'na ait hükümleri bu şekilde benimsenmesi mümkün değildir. GSS tasarısı geri çekilmelidir. Sağlık ortamının bütün yapısal sorunlarının yeniden değerlendirilmesi, sağlığın temel bir hak olması temelindeki evrensel yaklaşım temelinde, uluslar arası mali kuruluşların çıkarları yerine, halkın ihtiyaçlarının gözetilmesi doğrultusunda yapılacak çalışmalarda Türk Tabipleri Birliği tüm birikimi ve deneyimi ile katkıda bulunacaktır.

KAYNAKÇA

- 1- İlker Belek, 'Nasıl Bir Sağlık Sistemi? Sigorta Değil, Genel Vergi', Toplum ve Hekim, Mart-Nisan 2000, Cilt 15, Sayı 2
- 2- Vincente Navarro, '2000 Yılı Dünya Sağlık Raporunun Değerlendirilmesi', Toplum ve Hekim, Mart-Nisan 2001, Cilt 16, Sayı 2
- 3- Vincente Navarro, 'Bilim mi, İdeoloji mi? Murray ve Frenk'e Yanıt', Toplum ve Hekim, Mart-Nisan 2002, Cilt 17, Sayı 2
- 4- Vincente Navarro, 'Birleşik Devletler Sağlık Hizmetlerinin İnsanlık Dışı Durumu', Toplum ve Hekim, Kasım-Aralık 2003, Cilt 18, Sayı 6
- 5- Kayahan Pala, 'Sağlıkta Dönüşüm Programı Neler Getiriyor?', Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 2003
- 6- TTB ortamına verdikleri katkı ile oluşturulan bilgi birikiminde emeği geçen tüm arkadaşlar
- 7- Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 29 Temmuz 2004
- 8- Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı'nın Çeşitli Versiyonları
- 9- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı

