

## **SGK Genel Kurulu**

***Dr. Bülent Nazım Yılmaz***  
***TTB Genel Sekreteri***

Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminde yaşanan neoliberal dönüşüm, sağlık hizmeti sunumunda kamunun payını azaltmış ve piyasalaşmanın önünü açmıştır. Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması ise özellikle yoksul ve dar gelirli yurttaşlarımızın sağlık hizmetlerine erişimini engellemiş ve/veya zorlaştırmıştır.

Türk Tabipleri Birliği, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın gündeme getirildiği 2003 yılından bu yana ülkemizde “Genel Sağlık Sigortası (GSS)” olarak adlandırılan sosyal sağlık sigortası sisteminin Türkiye için sağlık hizmetlerinin finansmanında uygun bir tercih olmadığını birçok kez dile getirmiş ve bu sistemin sakıncalarını sıralamıştır.

Bilindiği gibi, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın en büyük iddialarından birisini, sağlıkla ilgili sosyal güvenlik kapsamı içerisinde yer almayan nüfusun kapsam içerisine alınması oluşturmaktaydı. Ancak bu iddia hayatta karşılık bulmamıştır.

Sayıştay’ın 2017 yılı SGK Denetim Raporuna göre 6.933.334’ü GSS ve 260.315’i primini kendi ödeyen sigortalılardan GSS alacağı olmak üzere toplam 7.193.649 kişinin GSS prim borcu bulunmaktadır. SGK istatistiklerine göre Sosyal Güvenlik Kapsamı Dışında Kalan Nüfusun da en azından 1.032.264 kişi olduğu bilinmektedir. Yalnızca bu verilere göre 2017 yılında toplam olarak 8.225.913 kişi (Türkiye nüfusunun<sup>1</sup> %10,2’si) GSS kapsamı içerisine alınamamıştır.

GSS bilindiği gibi, temel olarak üç bileşenden oluşmaktadır:

- Temel teminat paketi,
- prim ve
- kullanıcı ödentisi.

Temel teminat paketi (TTP) ile sigortalıların güvence altına alınan sağlık hizmetlerinin kapsamı belirlenmektedir. Ancak bu belirleme, bir “kısıtlama” ile birlikte. TTP’nin vurgulanması gereken en önemli özelliği, sağlık hizmeti kapsamının gereksinimi karşılamaktan uzak olması nedeniyle, kişilerin “Ek ve tamamlayıcı” sigorta adı altında özel sağlık sigorta şirketleri aracılığıyla ikinci bir sigorta primi ödemeye zorlanmalarıdır. Dünyadaki uygulamalar, başlangıçta halkın tepkisini çekmemek için temel teminat paketlerinin geniş tutulduğunu, ancak zaman geçtikçe kapsamın

---

<sup>1</sup> Türkiye nüfusu (TÜİK-ADNKS 2017): 80.810.525 kişidir.

daraltıldığını göstermektedir. Ülkemizde de yıllar içerisinde temel teminat paketinin kapsamında fiili bir daralma olduğu gözlenmektedir.

2013'te çıkarılan Özel Sağlık Sigortası Yönetmeliği'nin "Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası ürünleri" bölümünde açık olarak yazıldığı gibi; genel sağlık sigortalısının Kanun kapsamında SGK tarafından karşılanan Türkiye'deki giderlerine ilave masraflar ve genel sağlık sigortalısının SGK tarafından karşılanmayan Türkiye'deki giderlerinin ek ve tamamlayıcı sigorta ile karşılanacak olması, temel teminat paketinin kapsamının daraltılmasına ilişkin en çarpıcı örnek olarak karşımızda durmaktadır.

Hizmetin sınırının temel teminat paketi ile belirlenmesi, özellikle yoksullar ve dar gelirliler için sağlık hizmetine erişimi kısıtlamaya açık bir yaklaşımdır.

GSS'de sağlık hizmeti almaya hak kazanmak için "prim" ödemek zorunludur. Primini ödeme gücünden yoksun olanların, primlerinin devlet tarafından ödeneceği iddia edilmekteyse de, gelir testinden geçemeyen ve primini ödemek zorunda olduğu halde ödeyemediği için prim borçlusu olan ve bu nedenle sağlık hizmetlerinden yararlanamayan yurttaşlarımızın varlığı iddianın geçersiz olduğunu ortaya koymaktadır. Gelir testi yaptırarak yoksul olduğunu kanıtlayanların bir bölümünün primleri devlet tarafından ödendiği için Genel Sağlık Sigortası kapsamına alındığı bilinmekle birlikte; gelir testi yaptıramayan, yaptırdığı halde yoksul sayılmayan ve Genel Sağlık Sigortası kapsamında olduğu halde prim borcu olduğu için sağlık hizmetlerine erişemeyenlerin varlığı önemli bir sorundur.

Genel Sağlık Sigortası kapsamı içerisinde yer alamayan ya da yer alsa bile prim borcu olduğu için sağlık hizmetlerine erişemeyen çalışanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler hesaba katıldığında; ülkemizde yaşayan her on kişiden birisinin (%10,2) sağlıkla ilgili sosyal güvence kapsamı dışında kaldığı bilinmektedir. Bu oran ülkemizin doğusunda yükselmekte; her beş kişiden birinin sağlıkla ilgili sosyal güvence kapsamı dışında kaldığı tahmin edilmektedir. Bu konudaki ayrıntılı istatistiklerin yayınlanmaması, tartışmayı sınırlamaktadır.

Sağlıkla ilgili sosyal güvence kapsamı dışarısında kalan nüfusu bekleyen en önemli sorun, sağlık hizmetlerine erişimin sağlanamamasıdır. Bilindiği gibi, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu hükümleri gereği Genel Sağlık Sigortası kapsamında olup prim borcunu ödemeyenlere, prim borcunu ödeyinceye kadar MEDULA sisteminden provizyon onay verilmemekte ve bu nedenle sağlık hizmeti

alamamaktadırlar. Ülkemizde, finansal sorunlar nedeniyle sağlık hizmetleriyle ilgili karşılanamayan gereksinim oranı %21,3 olarak tahmin edilmektedir<sup>2</sup>.

Ülkemizde rutin sağlık hizmetlerine erişim sorunu yaşayan hastalar nedeniyle acil servislere başvuru büyük oranda artış göstermiştir. Nüfusu 2011 yılında 310 milyon civarında olan ABD’de hastanelerin acil servislerine 136 milyon başvuru gerçekleşirken; nüfusu 78 milyon olan Türkiye’de ise 2015 yılında acil servislere yapılan başvuru 110 milyonu aşmıştır. 2017 yılında bu sayının 120 milyonu aştığı bilinmektedir. Bugün Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte Türkiye, tüm dünyada, nüfusundan fazla acil servis başvurusu yapılan tek ülke konumundadır.

GSS’nin başka önemli özelliği, sağlık hizmetinden yararlanma aşamasında “katkı payı” ya da “ilave ücret” olarak da bilinen kullanıcı ödentisinin zorunlu tutulmasıdır. Kullanıcı ödentileri; gereksiz hizmet kullanımının engellenmesi, sağlık sisteminin farklı basamaklarına farklı düzeyde ödenti zorunluluğu getirilmesine bağlı olarak basamaklı sistemin kullanımının geliştirilmesi, hizmet kalitesinin ve hizmeti kullananların tatmininin artırılması ve hizmeti üretenlerde ve kullananlarda maliyet bilincinin geliştirilmesi gerekçeleriyle gündeme getirilmiş olmasına karşın; yoksulların sağlık hizmeti kullanımını engelleyerek eşitsizlikleri artırması, tedavi edici hizmetlere yönelik tercihi artırması, dolayısıyla verimliliği azaltması ve yönetsel maliyetleri artırması nedenleriyle önemli sorunlara yol açmıştır.

Ancak özellikle sıcak para toplamada önemli bir araç olması nedeniyle kullanıcı ödentileri hükümetler için bir çekim alanıdır. Dünya Bankası, kamu tarafından ücretsiz sağlanan sağlık hizmetlerinin, kullanıcı ödentisi ile sağlanmasının “verimliliği” artıracığını iddia etmesine karşın; beklenen olası yarar gerçekleşmemiş; kullanıcı ödentileri maliyetleri azaltmamış, hizmeti kullanma sırasında yoksulların zenginlerden daha fazla ödediği saptanmıştır. GSS yeni bir prim ödeme zorunluluğu nedeniyle bir yandan ek bir sağlık vergisi anlamına gelirken, bir yandan da özellikle “kullanıcı ödentisi” kavramıyla toplumun yoksul ve dar gelirli kesimlerinin sağlık hizmetlerine erişmesinde önemli bir engel anlamına da gelmektedir.

Kullanıcı ödentilerinin hangi gelir ve sigortalı gruplarından ne kadar alındığı, bu konudaki istatistiklerin yayınlanmaması nedeniyle kapsamlı olarak değerlendirilememektedir. Kurum Başkanlığını GSS kapsamındaki verilere ilişkin istatistikleri yayınlamaya çağırıyoruz. Ayrıca 2018’in sonuna geldiği bugünlerde

---

<sup>2</sup> Self-reported unmet needs for health care by sex, age, specific reasons and educational attainment level,

[http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_ehis\\_un1e&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_un1e&lang=en)

halen kurumun 2017 yılı istatistiklerini yayınlamamış olmasını da sorunlu bir durum olarak görüyoruz.

Araştırmalar kamu sağlık hizmeti sunucuları dışındaki özel sektör hizmet sunucularına ödenen ilave ücretin tavanının iki katına çıkarılması sonucunda katastrofik sağlık harcaması yapmak zorunda kalan hane oranının artış gösterdiğini ortaya koymuştur. Temel teminat paketinde daralma birçok sağlık hizmetinin sosyal güvenlik sistemi tarafından (Genel Sağlık Sigortası) karşılanmamasına; kullanıcı ödentilerinde artış ise yurttaşların temel teminat paketi içerisinde yer alan hizmetlere ulaşmak için bile (Tanı, tedavi, tıbbi malzeme, ilaç vb.) daha fazla katkı payı ödemek zorunda kalmalarına yol açmaktadır. Ekonomik kriz koşullarında toplumun sağlığının daha fazla bozulmasını önlemek amacıyla, Hükümeti, temel teminat paketini genişletmeye ve ilave ücret ya da katkı payı adı altındaki bütün kullanıcı ödentilerini kaldırmaya davet ediyoruz.

2018 yılı Sağlık Bakanlığı Global Bütçe tutarının 36 Milyar 356 Milyon TL'sinin SGK tarafından karşılandığı; 2019 yılında ise bu tutarın %31,2 artışla 47 Milyar 700 Milyon TL olarak gerçekleşeceği Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanmıştır. Ancak gerek Maliye Bakanlığı tarafından açıklanan 2019 yılı SGK sağlık harcamalarındaki artış oranı (%12,1), gerekse de sosyal güvenlik harcamalarından 10 Milyar TL kesintiye gidileceği bilgisi; 2019 yılı Global Bütçesi için verilen tahmini rakama kuşku ile bakılmasına yol açmaktadır.

Kurum tarafından bu konudaki tutumu öğrenmek isteriz; SGK 2019, 2020 ve 2012 yıllarında Sağlık Bakanlığı Global Bütçesi için ne kadar bir kaynak ayırmayı planlamaktadır? Bu kaynağın kamu ve özel sektöre göre paylaşımı ile birinci, ikinci ve üçüncü basamak arasındaki paylaşımı nasıl planlanmaktadır? Önümüzdeki üç yıl için SGK tarafından ilaç ve tıbbi malzeme için ayrılan kaynak ne kadardır?

Kurumun, tıp fakültesi hastanelerinin SUT fiyatlarının düşüklüğü de içinde olmak üzere birçok neden yüzünden içine sürüklendiği borç batağının yurttaşların 3.basamak nitelikli sağlık hizmetine erişimlerini kısıtlamasının önüne geçmek için her hangi bir planı var mıdır?

SGK'nin yıllar içinde özel hastanelere yaptığı ödemeler büyük bir artış göstermiştir. Bu artışın temel nedeni yalnızca müracaat sayılarındaki kısırlanmış artış değildir. Artışın temel nedeni, özel hastanelere yapılan müracaat başına SGK ödemelerinin devlet hastanelerine yapılan müracaat başına ödemeye göre çok daha fazla olmasıdır. 2017 yılında müracaat başına ödeme özel hastanelerde 110 TL iken, ikinci basamak devlet hastanelerinde 52 TL'dir. Yani özel hastaneler SGK'den her bir hasta için devlet hastanelerine göre 2 kattan daha fazla ödeme almaktadır. Dahası, bu fark yıllar içinde artmaktadır. SGK'nin hizmeti özel hastanelerden kamuya göre daha pahalıya alması,

çalışanlardan prim adı altında toplanan sağlık vergisinin hastane sahiplerine aktarıldığını ortaya koymaktadır.

Maliye Bakanlığı verilerine göre, Türkiye’de sağlık harcamalarının ana kaynağı SGK’dır. SGK’nin sağlık harcamalarındaki payı 2006 yılında %75.9 iken, yıllar içinde düzenli bir artış göstermiş ve 2017 yılında, 16.1 puanlık bir artışla, %92.1’e yükselmiştir. Sağlık harcamaları giderek artan oranda SGK tarafından, yani çalışanların ücretlerinden kesilen primlerle karşılanmaktadır.

SGK prim gelirleri içinde çalışanların ve kendi hesabına çalışanların payı azaltılmalı, işverenlerin payı artırılmalıdır. SGK’ye genel bütçeden aktarılan pay artırılmalı, toplam gelirin en az beşte ikisini oluşturmalıdır. Sağlık hizmetleri harcamalarında merkezi devlet harcamalarının payı artırılmalı, SGK ve hanehalkları harcamalarının payı azaltılmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, sosyal sigortaya dayalı “iyi kurulmuş” finansman sistemlerinin başarılı olarak yürütülebilmesi için düşük ve yüksek gelirli kişiler arasında dengeli gelir dağılımını sağlamak için bir mekanizmanın geliştirilmesi zorunludur. Oysa ülkemizde gelir dağılımında çok ciddi bir adaletsizlik söz konusudur.

Sağlıkta Dönüşüm Programının ikinci bileşeni olarak duyurulan “Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası” yaklaşımı Türkiye için gerçekçi değildir. Emekçilerin yaklaşık üçte birinin kayıt-dışı çalıştırıldığı, ekonominin yarıdan fazlasının kayıt-dışı olduğu ve bordro ile çalışanlar dışında neredeyse hiç kimsenin gelirin tam olarak bilinmediği bir ülkede, prim toplamaya dayalı bir sigorta sisteminin finansmanının sağlanması olanaklı değildir. Tüm dünyada, sosyal sağlık sigortası primlerinin toplanması ve hizmetten yararlanma sırasında kullanıcı ödentisi almakla ilgili sorunlar yaşanmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanının sigorta yoluyla sağlanması, sağlıkta yaşanan eşitsizlikleri derinleştirmiştir. Sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması için, sigorta sistemleri yerine genel bütçeden sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlanmalıdır.