

TÜRKİYE ŞARTLARINDA GENEL SAĞLIK SİGORTASI ÇALIŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE TENKİDİ

Ecz. Akın ÖZBAŞ

Giriş

Gelişmiş ülkelerde, hem koruyucu ve hem de tedavi edici hekimlik hizmetlerinin son derece etkin bir tarzda yürütüldüğü hepimizin malûmudur.

Bu tür hizmetlerin finansmanı bazı ülkelerde sağlık sigortası fonlarıyla, bazılarında ise vergilerle sağlanmaktadır. Sağlık giderlerinin genel bütçeden veya zorunlu sigortalar fonundan ödenmesinde, siyasi rejim farkları rol oynamamaktadır. Örneğin, Yugoslavya gibi sosyalist bir ülkede önemli kaynak sigorta fonu olmasına karşılık, İngiltere gibi kapitalist bir ülkede zorunlu sigorta örgütleri önce kurulmuş, sonra kaldırılmıştır. Günümüzdeki temel eğilim ise sağlık hizmetlerinin giderek vergilerle karşılanması yönündedir.

Az gelişmiş ülkelere gelince; bunlar da ne zorunlu, ne de ihtiyari sigortalar geliştirmiştir.

111 az gelişmiş ülkeden 46'sında hiçbir sağlık sigortası yoktur. Geri kalan 65 ülkeden yalnızca 33'ünde bazı nüfus grupları için zorunlu sigortalar, 27'sinde yalnız işverenin işçiye bakma zorunluluğu ve 2'sinde de gönüllü sigorta kuruluşları vardır. Geri kalan 3 ülkede ise, sağlık hizmeti devletin görevidir.

Görülüyor ki, tüm dallarda olduğu gibi, sosyal güvenlik kurumlarıyla da gelişmişlik arasında doğrudan bir bağ ortaya çıkmaktadır.

Dünya'da Genel Sağlık Sigortası sisteminin daha çok Almanya, Danimarka, Fransa ve Hollanda gibi gelişmiş ekonomilere sahip ülkelerde uygulandığı görülmektedir. Zorunlu sağlık sigortası uygulanan ülkeler, birtakım ortak özellikler taşımakta ve bu ortak özellikler de bu sistemin uygulanabilirliğini sağlamaktadır. Bunlar şunlardır:

-Kişi başına düşen milli gelir yüksektir.

-Gelir dağılımı dengelidir.

"Ülkemizde sosyal güvenlik durumuna gelince; Biraz karışıktır. Bazı vatandaşlarımız "işçi" sıfatıyla Sosyal Sigortalar Kurumu'nun sosyal güvenlik şemsiyesi altına sığınmışlar, serbest meslek sahipleri Bağ-Kur'un sosyal güvenlik şemsiyesi altında toplanmışlar, bazıları ise 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na göre Emekli Sandığı'nın güvencesi altına girmişlerdir."

-Pekçoğunda tüm sigorta dalları (işsizlik dahil) mevcuttur.

-Eğitim düzeyleri yüksek ve alt yapıları yeterli olduğundan koruyucu hekimlik ve çevre sağlığı fazla sorun oluşturmaz.

-Personel ve yatak sayıları ihtiyaca cevap verebilir ve dengeli dağılmıştır. (1986 verilerine göre onlarda 10.000 kişiye ortalama 100 yatak, bizde 10.000 kişiye 22 yatak düşmektedir.)

-Hekim dağılımı dengelidir. (Bizde hekimlerimizin %60'ı üç büyük şehirde oturmaktadır.)

İşsizlik oranı onlarda %3-8, bizde ise %19-20'dir. (1984 verileri)

-Pek çoğunda ilaç hammaddeleri yeterlidir ve ilaç ihraç etmektedirler. Bizde ise ilaç hammaddesinin %70'i ithal edilmektedir.

Ülkemizdeki sosyal güvenlik durumuna gelince; biraz karışıktır. Bazı vatandaşlarımız "işçi" sıfatıyla Sosyal Sigortalar Kurumu'nun Sosyal Güvenlik şemsiyesi altına sığınmışlar, serbest meslek sahipleri Bağ-Kur'un sosyal güvenlik şemsiyesi altında toplanmışlar, bazıları ise 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'na göre Emekli Sandığı'nın güvencesi altına girmişlerdir.

Sosyal Güvenlik Kurumlarının çatısı altında bulunan vatandaşlarımızın nüfus gruplarına göre dağılımları şöyledir:

TABLO-I
SOSYAL SİGORTALAR KURUMU

NÜFUS GRUPLARI	1989
Sigortalılar	3.300.000
-Eş ve Çocukları	8.613.000
-Ana-Babaları	1.848.000
Malül Aylığı Alanlar	41.000
Yaşlılık Aylığı Alanlar	898.000
Malül-Yaşlı Eş ve Çocukları	2.022.000
-Ana-Babaları	146.000
Sürekli İşgörmezlik Geliri Alanlar	33.000
Dul ve Yetimler	510.000
Yurtdışı Sigortalılar	2.500.000
TOPLAM	19.911.000

TABLO-II
EMEKLİ SANDIĞI

NÜFUS GRUPLARI	1989
657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'a Göre	
-Devlet Memuru Sayısı	1.435.756
-Devlet Memurlarının Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler	5.742.824
Memur Emeklileri, Dul ve Yetimler	783.558
-Bakmakla Yükümlü Oldukları Kişi Sayısı	1.730.000
TOPLAM	9.692.138



TABLO-III
BAĞ-KUR

NÜFUS GRUPLARI	1989
Aktif Sigortalı	2.051.000
-Bakmakla Yükümlü Oldukları Kişi Sayısı	6.159.000
Malüliyet, Yaşlılık ve Emeklilik Aylığı Alanlar	313.148
-Bakmakla Yükümlü Oldukları Kişi Sayısı	626.292
Dul ve Yetim Aylığı Alanlar	226.230
TOPLAM	9.375.670

Not: Bağ-Kur'lu olup, sağlık primi ödeyerek sağlık karnesi almış olanların sayısı ise 2.379.694'tür.

TABLO-IV
TÜM ÜLKE SATHINDA SAĞLIK AÇISINDAN SOSYAL GÜVENLİK
KAPSAMINDA OLANLAR

Sosyal Sigortalar Kurumu	19.911.000
Emekli Sandığı	9.692.138
Bağ-Kur	2.379.694
TOPLAM	31.982.832

Yukarıdaki (Tablo-IV)'den de anlaşılacağı üzere yaklaşık 32 milyon kişi (genel nüfusun %57'si) Sosyal Güvenlik Kurumları'nın şemsiyesi altında bulunmaktadır. Yine 24 milyon kişi ise (genel nüfusun %43'ü) hiçbir sosyal güvenceye sahip değildir.

Şimdi hükümet, hiçbir sosyal güvencesi olmayan 24 milyon vatandaşımızın da sağlık hizmetlerinden yararlanması için Genel Sağlık Sigortası'nı çıkarmayı amaçlamakta veya kendisine (kısa bir süre için dahi olsa) siyasi birtakım avantajlar sağlamayı amaçlar gibi gözükmektedir. Gerçekten samimi midir? Değil midir? Ülke şartlarını bilmekte midir? Yoksa bilmemekte midir? Bu suallerin cevabını verebilmek için, uygulanması düşünülen Genel Sağlık Sigortası'nı incelemeden önce Bağ-Kur ve SSK gibi önemli Sosyal Güvenlik Kurumları'nın bugünkü durumlarına bir göz atmak, ileriye dönük çalışmalara ışık tutması bakımından faydalı olur kanaatindeyim.

I. SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARININ BUGÜNKÜ DURUMU

TABLO-V

A. BAĞ-KUR

1-YILLAR İTİBARIYLA PRİM TAHSİLATI VE ÖDEME SAYISI

Yıllar	Prim Tahsilatı		Prim Ödeme Sayısı	
	Yıllık (000)TL	Kümülatif (000)TL	Yıllık	Kümülatif
1972-1978	4.847.786	4.847.736	14.332.529	14.332.529
1979	2.639.052	7.486.838	2.419.140	16.751.669
1980	7.853.079	15.339.917	2.530.883	19.282.552
1981	11.725.045	27.064.962	4.707.720	23.990.272
1982	18.278.567	45.343.529	5.998.273	29.988.545
1983	23.514.106	68.857.635	7.449.801	37.438.346



Yıllar	Prim Tahsilatı		Prim Ödeme Sayısı	
	Yıllık (000)TL	Kümülatif (000)TL	Yıllık	Kümülatif
1984	34.496.610	103.354.245	10.512.345	47.950.691
1985	69.535.770	172.890.015	9.011.572	56.962.263
1986	92.777.934	255.667.949	9.827.313	66.789.576
1987	120.335.196	376.003.145	9.655.590	76.445.166
1988	263.778.039	639.781.184	8.852.033	85.297.199

Kaynak: Bağ-Kur, 1988 İstatistik Yıllığı.

TABLO-VI
2-1988 YILI SONU İTİBARIYLA TAHSİL EDİLEN VE
EDİLEMİYEN PRİM MİKTARI

Tahsil edilen Prim		Tahsil Edilemeyen Prim		Tahsil Edilmesi Gereken Prim	
Miktar	Oran	Miktar	Oran	Miktar	Oran
ort.640	ort.%42	ort.885	ort.%58	ort.1.525	%100
(milyar)		(milyar)		(milyar)	

Kaynak: Bağ-Kur VIII. Genel Kurulu Tutanakları ile Bağ-Kur, 1988 İstatistik Yıllığından İstifade Edilerek Hesap Edilmiştir.

TABLO-VII
3- 1988 YILI SONU İTİBARIYLA MUNTAZAM OLARAK
PRİM ÖDEYEN VE ÖDEMİYENLER

Muntazam Ödeme Yapanlar		Muntazam Ödeme Yapmayanlar		Aktif Sigortalı Sayısı	
Miktar	Oran	Miktar	Oran	Miktar	Oran
ort.400	%20	ort.1.600	%80	ort.2000	%100
(Bin)		(Bin)		(Bin)	

Kaynak: Bağ-Kur VIII Genel Kurul Tutanakları.

TABLO-VIII
4-1989 YILI SONU İTİBARIYLA TAHSİL EDİLEN VE EDİLEMİYEN
SAĞLIK PRİMİ MİKTARLARI

Tahsil Edilen Sağ. Primi		Tahsil Edilemeyen Sağ. Primi		Tahsil Edilmesi Gereken Sağ. Primi	
Miktar	Oran	Miktar	Oran	Miktar	Oran
ort.174.2	ort.%36	ort.306.7	ort.%64	ort. 480.9	%100
(milyar)		(milyar)		(milyar)	

Kaynak: Tahsil Edilemeyen Sağlık Primleri ve Tahsil Edilmesi Gereken Sağlık Primleri ve Bağ-Kur 1988 İstatistik Yıllığı ile 1989 Yılındaki Sağlık Sigortası Primlerinden Faydalanılarak Global Olarak Hesaplanmıştır.

TABLO-IX
5. 1.1.1988-31.12.1988 TARİHLERİ ARASINDA KURUM
TARAFINDAN AÇILAN İCRA
DAVALARININ (İLAMLİ) SAYI VE TUTARLARI

DEVİR	AÇILAN DAVALAR	TOPLAM	SONUÇLANAN DAVALAR				BAKİYE DAVALAR
			KURUM ALEYHİNE	KURUM LEHİNE	TOPLAM		
Sayı Tutarı (TL)	Sayı Tutarı (TL)	Sayı Tutarı (TL)	Sayı Tutarı (TL)	Sayı Tutarı (TL)	Sayı Tutarı (TL)	Sayı Tutarı (TL)	Sayı Tutarı (TL)
262 65.047.557	104 67.739.768	366 132.787.325	-	52 2.058.985	52 2.058.985	314 130.728.340	

Kaynak: Bağ-Kur 1988 İstatistik Yıllığı

TABLO-X
6-BAĞLANAN AYLIKLARIN BASAMAKLARA
DAĞILIMI (KÜMÜLATİF)

AYLIĞIN NEVİ	BASAMAKLAR														TOPLAM
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Matulluk	969	1212	1959	1845	1645	2897	928	909	689	605	298	150	-	-	14.106
Yaşlılık	12423	7269	8694	31368	16989	53603	31927	30388	24189	31426	26096	33139	51	-	307.562
Ölüm	22638	13719	12523	9546	9132	12369	8185	9231	7861	9239	5353	959	-	-	118.955
TOPLAM	36030	22200	23176	42759	27766	68869	41040	40528	32739	41.270	29947	34248	51	-	440.623

Kaynak: Bağ-Kur 1988 İstatistik Yıllığı



TABLO-XI

7-YILLARA GÖRE TOPLAM GELİR VE GİDERLER

YILLAR	GELİR (TL)	GİDER (TL)	FARK (TL)
1972-1978	6.297.969.915	1.068.315.765	5.229.654.150
1979	3.225.554.882	1.811.317.668	1.414.237.214
1980	9.139.553.067	4.966.303.209	4.173.249.858
1981	15.515.725.183	8.577.053.821	6.938.671.362
1982	26.111.806.083	12.516.860.963	13.594.945.120
1983	36.932.030.217	22.557.027.898	14.375.002.319
1984	55.172.311.086	34.360.050.679	20.812.260.407
1985	105.837.148.257	53.103.317.846	52.733.830.411
1986	140.592.645.074	86.589.278.327	54.003.366.747
1987	185.325.512.443	135.891.144.735	49.434.367.648
1988	348.142.018.585	294.714.614.420	53.427.404.165
TOPLAM	932.292.284.792	656.155.285.391	276.136.999.401

Kaynak: Bağ-Kur 1988 İstatistik Yıllığı.

8-DEMOGRAFİK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aslında, yukarıdaki tüm demografik veriler, uzun boylu yorumu gerektirmeyecek açıklıktadır. 1988 Yılı sonu itibariyle tahsil edilmesi gereken primin ancak %42'si tahsil edilebilmiştir. Bağ-Kur'un 885 milyar liralık prim alacağı vardır. Muntazam olarak primlerini ödeyenler, aktif Bağ-Kur'luların ancak %20'sidir.

Bağ-Kur, prim alacaklarının peşine ciddi bir biçimde gitmemiş, 6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkındaki Kanun ve bu kanuna dayalı mevzuat hükümlerine göre açılan icra davaları da beklenen neticeyi vermemiş, 1988 yılı sonu itibariyle mevcut olan kurum alacağı bir yıl içinde iki katına çıkmıştır.

1988 yılı sonu itibariyle bankalarda mevcut 199 milyar liralık nakit varlığı, 1989'un beşinci ayında 171 milyara düşmüştür. Bunun 167 milyarı vadeli, 4 milyarı vadesizdir.

(Tablo-X)'dan da anlaşılacağı üzere, hiç kimse Bağ-Kur'un sosyal güvencesini ciddiye almadığından basamak yükseltilmesi cihetine gitmemekte, dolayısıyla ödenen primler de oldukça düşük seviyelerde seyretmektedir.

(Tablo-X1)'de 1988 yılı için 53,4 milyar liralık (gelir lehine) gelir-gider farkı gözükmemektedir. 1989 yılı içerisinde Bağ-Kur fatura edilen reçetelerin yekûnu 128.1 milyar TL'dir. Bu tablodan Bağ-Kur'un nereye gittiği açıkça gözükmemektedir. Bağ-Kur, tüm nakit varlığını ilaca ayırsa dahi, bu işin altından kalkamayacaktır.

Devlet politikalarını belirleyen 5 Yıllık Kalkınma Plânında "Sosyal Güvenlik Kuruluşları Sigorta Kuruluşudur. Nimet ve külfet dengesi muvaccesinde (tabiri caizse) kendi yağlarıyla kavrulacaklardır ve devletin sosyal güvenlik kuruluşlarına destek olması söz konusu değildir" dendiğinde, bu kurumun ve şemsiyesi altında bulundurduğu milyonların akıbetini tahmin etmek pek zor olmasa gerekir.

TABLO-XII

B- SOSYAL SİGORTALAR KURUMU

1-1989 YILINDA TOPLANMASI GEREKEN SAĞLIK SİGORTASI PRİMİ

GRUBU	GRUPTAKİ KİŞİ ADEDİ	BİR KİŞİNİN ÖDEYECEĞİ SAĞ. SİGORTASI PRİMİ	AYLIK YEKÜN (000)	YILLIK YEKÜN (000)
Asgari Ücretten Aylık Alanlar (Aktif Sigorta %30'u)	990.000	27.000	26.730.000	320.760.000
Ortalama 373.500TL Aylık Alanlar (Aktif Sigortalının %60'ı)	1.980.000	44.800	88.704.000	1.064.448.000
Tavandan Ücret Alanlar (Aktif Sigortalının %10'u)	330.000	157.440	51.955.200	623.462.400
GENEL YEKÜN	3.300.000	—	167.389.200	2.008.670.400

Kaynak: Sağlık Bakanlığının Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Çalışmalarından Yararlanılarak Hazırlanmıştır.

TABLO-XIII

**2-1989 YILI İÇERİSİNDE, TAHSİL EDİLEN VE EDİLEMİYEN
SAĞLIK SİGORTASI PRİMLERİ**

Tahsil Edilen Prim		Tahsil Edilemeyen Prim		Tahsil Edilmesi Gereken Prim	
Miktar	Oran	Miktar	Oran	Miktar	Oran
(000)		(000)		(000)	
1.579.000.000	%79	429.670.400	%21	2.008.670.400	%100

Kaynak: Sağlık Bakanlığının Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Çalışmalarından Faydalanılarak Hazırlanmıştır.

TABLO-XIV

**3-SOSYAL SİGORTALAR KURUMUNUN YILLAR İTİBARIYLA
BİLDİRGE ALMA ORANLARI**

Yıllar	Kayıtlı İşyeri Sayısı	Bildirgede Alınan İşyeri Sayısı	Bildirge Alma Oranı%
-1983	911.467	281.627	31
1984	961.743	294.284	31
1985	1.027.469	326.996	32
1986	1.117.068	364.723	33
1987	1.222.978	387.452	32

Kaynak: SSK Genel Müdürlüğü 1987 Çalışma Raporu Bilançosu ve 1988 İş Programı

TABLO-XV
4-1.1. 1987-31.12. 1987 TARİHLERİ ARASINDA KURUM
TARAFINDAN AÇILAN İCRA DAVALARININ (İLAMLI)
SAYI VE TUTARI

DEVİR	AÇILAN DAVALAR		TOPLAM		SONUÇLANAN DAVALAR				BAKİYE DAVALAR			
					KURUM ALEYHİNE	KURUM LEHİNE	TOPLAM					
Sayı	Tutarı (TL)	Sayı	Tutarı (TL)	Sayı	Tutarı (TL)	Sayı	Tutarı (TL)	Sayı	Tutarı (TL)	Sayı	Tutarı (TL)	
218.048	91.5 (Milyar)	80.848	116.7 (Milyar)	298.896 (Milyar)	9.177	3.8 (Milyar)	67.656	27.5 (Milyar)	76.833	31.3 (Milyar)	222.003	176.9 (Milyar)

Kaynak: SSK Genel Müdürlüğü 1987 Çalışma Raporu, Bilançosu ve 1988 İş Programı

Not: Aslında Kurum aleyhinde sonuçlanan herhangi bir dava yoktur. Bu sitinde yer verilen dosyalar, aciz vesikası istisnâli, borçluların adreslerini terk etmeleri nedeniyle, adres tespiti için ilgili servislere istisnâli sonucu kayıtların kapatılması Yönetim Kurulunun kararı ile terk edilmes, mükerrer ve fuzulî ta-hakkuk sebebiyle mahkeme kararının Yargıtay'ca bozulması gibi nedenlerden dolayı kapatılmıştır.



5-DEMOGRAFİK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yukarıdaki tablolardan da anlaşılacağı üzere, Bağ-Kur'da görülen prim tahsilatı zorluğu, aynen Sosyal Sigortalar Kurumu'nda da yaşanmaktadır.

Sosyal Sigortalar Kurumu, 1989 yılında tahsil edilmesi gereken primin, ancak %79'unu tahsil edebilmiştir. Her ne kadar bu oran Bağ-Kur'un prim tahsilatı oranının çok üstünde ise de, Sosyal Sigortalar Kurumunun prim miktarı, Bağ-Kur'dan çok daha yüksek olduğundan önemli bir yekûn tutmaktadır.

Sosyal Sigortalar Kurumu, prim tahsilatı konusunu Bağ-Kur'dan çok daha ciddi tutmuştur. Ancak, herşeye rağmen alacak takibi için açılan ilamlı icra davaları bir türlü sonuçlanmamakta, prim alacakları tutarları hızla artmaktadır. Nitekim, (Tablo XV) de de görüldüğü üzere, 1987 yılına devreden 91.5 milyar liralık prim alacaklarının, bir yıl sonra 176,9 milyona ulaşması bunun önemli bir göstergesidir. Herşeye rağmen, diğer yan gelirleri nedeniyle mali yönden oldukça iyi bir durumda olan Sosyal Sigortalar Kurumu'nda verilmekte olan sağlık hizmetlerinin kalitesi nedir?

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), bir hekimin 7 saatlik bir mesai süresi içerisinde bakması gereken ideal hasta sayısını 20 olarak belirlemiş, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) ise bu rakamı ilke olarak benimsemiştir. Oysa SSK hastane ve polikliniklerinde, bir gün içerisinde bir hekimin bakmış olduğu hasta sayısı çok kere 100-150 arasında değişmektedir ve bu adet tüm mesai saatine yayıldığında hasta başına net 3-4 dakika düşmektedir. Nitekim, bu süre içinde hastaya gerekli ilginin gösterilmesi imkânsız olduğundan, verilen sağlık hizmeti de bir torba dolusu ilaçtan öteye gidememekte, sigortalı ilacın tarifini dahi hastane eczanelerinde yaptıramadığından, çok kere serbest eczanelere başvurarak ilaçlarının tarifini istemektedir. Özetleyecek olursak, hasta bu durumu önceden bildiğinden, muayene olmaktan çok ilaçlarını almak için hastaneye gitmekte, hatta zaman zaman istediği ilaçların hekime dikte ettirmeye çalışmaktadır.

1988 Yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'nun sağlık yardımlarından yararlanan vatandaş sayısı 16.487.994'tür. Aynı yıl düzenlenen reçete sayısı ise 20.365.085'tir. Her hekime çıkılışında bir adet reçete alındığı varsayımından hareket edersek, bir kişinin bir yıl içerisinde 1,2 defa hekime gözüktüğü gibi bir neticeye varabiliriz. Bu oldukça düşük bir rakamdır ve düşük olmasının nedeni de verilmekte olan sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizliktir.

II-FİNANSMAN YÖNÜNDEN GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Son yıllarda, oldukça yüksek enflasyonların yaşandığı ülkemizde, bu enflasyona paralel olarak sağlık hizmetleri de pahalılaşmakta, özellikle ilaç fiyatlarındaki denetimsizlik, ilaç fiyatlarının enflasyonun da üstünde seyretmesine neden olmaktadır. Bu durumdan başta hiçbir güvencesi olmayan vatandaşlar olmak üzere, resmi kurumlar da rahatsızlık duymaktadır. Örneğin; Resmi kurumları da tedirgin eden bu hususa bir örnek olarak Emekli Sandığı'nı vermek istiyorum.



TABLO-XVI

YILI	YAPILAN REÇETE ADEDİ	TOPLAM REÇETE TUTARI	ORTALAMABİR REÇETE TUTARI	BİR REÇETE TUTARINDAKİ ARTIŞ ORANI
1987	2.689.018	26.997.201.341.	10.040	-
1988	3.051.000	56.948.376.036	18.665	ort. %86
1989	3.172.830	127.034.635.402	40.074	ort. %115

Şimdi sağlık hizmetlerinin finansmanı için düşünülen Genel Sağlık Sigortasını değişik açılardan inceleyelim.

1-SİGORTANIN ÖZELLİKLERİ

Vatandaş, gelecekteki hastalanma ihtimaline karşılık bugünden para biriktirmekte, her ay cebinden belli bir miktardaki parayı kuruma yatırmaktadır.

Sağlık harcamaları kamu bütçesinden karşılanan vatandaşlar için ise durum biraz daha karışıktır. Kamu bütçesinin önemli bir bölümü zaten vatandaşların verdiği vergilerden oluşmaktadır. Yani bu harcamalar da vatandaşın cebinden çıkmaktadır. Sigorta yönteminin belki de en önemli çıkması budur. Zira, sağlık harcamalarını kamu karşılırsa vatandaşların vergi oranları da artacaktır. Bordrosundan, sağlık için belli bir miktar para kesildiğini gören kişilerde, sağlık hizmeti tüketimi eğilimi artacaktır. Nitekim sağlık sigortası uygulanan tüm ülkelerde, bu büyük bir sorun olmaktadır.

2-SİGORTACILIK VE ENFLASYON

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin giderek pahalılaşması, genellikle de %50'nin üstünde gerçekleşen enflasyon hızı, sigortacılığın diğer bir önemli sorunudur. Örneğin, kişinin 1989 yılındaki yıllık sigorta priminin 1000 lira olduğunu kabul edelim. Bir yıl sonra bu para, enflasyon nedeni ile 1500 liraya çıkacak, 1989'da 1000 liraya alınabilecek sağlık hizmeti de, 1500 liraya çıkacaktır. Aradaki bu 500 liralık açık nasıl kapanacaktır? Sigorta uygulayıcıları bu soruna 3 çözüm getirmektedirler:

a) Kapitalizasyon

Belli bir yılda, kişinin sağlığını 1000 liraya sigortalamak yeterli iken, söz gelimi 1500 liraya sigortalanmakta, artan 500 lira ile yatırımlar yapılmakta, bu yatırımların geliri ile enflasyonist baskıların primleri daha çok yükseltmesi önlenmeye çalışılmaktadır. Bu çözümün iki önemli nedenle ülkemizde başarılı olamayacağı söylenebilir. Birinci neden, son derece kısıtlı bir gelirle yaşama savaşı veren halk kitlelerinden fazla primi toplamamanın imkansız denecek kadar zor olacaktır. (Nitekim prim toplama olayına ilişkin, daha önce vermiş olduğumuz tablolar bunun en güzel örneğidir) İkinci neden ise, bu fazla prim toplansa bile, bunun enflasyon hızına eşit gelir getirecek taşınmazlara yatırılmasında karşılaşılacak güçlüklerdir. Bu artan paranın son derece az gelir getiren yatırımlara gideceğini, Emekli Sandığı'nın yatırımlarına bakarak anlamak mümkündür.

b) Repartisyon

Bu uygulamada yıllık harcamalar vatandaşlara paylaştırılmaktadır. Bu durumda, vatandaşlar her yıl, gerçek enflasyon artışı ve sağlık hizmetlerindeki pahalılaşma kadar fazla para ödeyeceklerdir. Bu yöntemde, vatandaşların gelirleri yıllık gerçek enflasyon hızı kadar artmadıkça (ki bu hep böyle olmaktadır) ya vatandaşın geliri daha az, ödeyeceği prim daha çok artacak, böylece vatandaşın gelirinde bir azalma olacak, ya da prim yeterince yükseltilmediği için verilen sağlık hizmetinin niteliği, yetersizliği yönünden bugünkünün de altına düşecektir.

c) Güncel Faiz Bu yöntemde sigorta paraları güncel faizle bankaya yatırılmaktadır. Bazı ülkeler, bu yöntemi de denemişler, ancak, hızlı enflasyon, bu parayı kullanana yatırımların paranın faizini bile ödeyemeyecek duruma düşmelerine, giderek iflasların artmasına, ana paranın toplumda yaygınlaşması yerine belli ellerde toplanmasına yol açmıştır.

Özetle şunu söyleyebiliriz:

Yüksek enflasyon, Genel Sağlık Sigortası'nın uygulanmasını zorlaştıran çok önemli bir engeldir.

3-SİGORTA PRİMLERİNİN TOPLANMASI

Primlerin toplanması konusu, sigortanın belki de en çok tartışılacak konusudur. Genel Sağlık Sigortası hazırlık çalışmalarını yürüten ve bu konunun mimarlarından olduğu söylenen Verem Sağlık Dairesi Başkanı Sayın Cemil Özcan, bu hususa şöyle bir açıklık getirmektedir:

"Prim, gücü olandan alınacaktır. Bunun tespitinde sıkıntılar olabilir. Ama bu Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunda değildir. Bugün, vergilendirme de dahil olmak üzere bu tip olaylardan sorumlu olan Maliye Bakanlığı'dır. Maliye Bakanlığı, diğer konularda uyguladığı standartları burada da uygulayacaktır. Bunu kendisi tespit edecektir. Ne yaparsa yapsın. "baştan ölü doğdu diye tabir edilen bir yaklaşımla olaya başlamadık".

Genel Sağlık Sigortası gibi son derece ciddi bir işe kalkışacaksınız, Devlet Planlama Teşkilatı 1,5 milyar ödeyerek bir İngiliz firmasına konuya ilişkin araştırma yaptıracak ve konuya en yakın olması gereken 2 bakanlığın birbirinden haberi olmayacak! Olmaz böyle şey! dedik ve Maliye Bakanlığı'na biz kendimiz sorduk ve henüz bir cevap alamadık.

Maliye Bakanlığı bu hususa nasıl bir standart koyacaktır, düşüne dursun, Sağlık Bakanlığı Maliye Bakanlığı'nın da yerine araştırmasını yapmış ve gerekli kaynakları bulmuştur. Nitekim Sn.Cemil Özcan sözlerine şöyle devam etmektedir:

"Sağlık Sigortası Kanunu'na gerçek bir kaynak da koyduk. Sağ-Kur'un kaynakları arasından, genel bütçeden bir pay aktarımdüşünüldü. Ancak, genel bütçeden aktarılan payın ihtiyacı karşılamayacağı endişesiyle biz bir başka kaynak oluşturduk, bu da bir fondur. Bu fon, şimdiye kadar kurulan fonlardan çok daha gerçekçi kaynağa dayanmaktadır. Fonun gelirleri, diğer kurulmuş olan fonların gelirlerinin % 10'u ile KDV'nin % 5-20'si arasında her yıl içerisinde yeniden tespit edilecek bir rakamdır. Genel Bütçeden hiçbir pay ayrılmasa dahi, sadece KDV'den aktarılabilecek miktar, primleri ödemeye kâfidir."

Şimdiye kadar kurulan fonlardan çok daha gerçekçi (?) Demek ki gerçekçi olmayan fonlar da varmış! Hepsinden daha önemlisi KDV'ninde %5-20'si arasında, her yıl içerisinde yeniden tespit edilecek olan bir rakam bu fonun gelirlerini oluşturacaktır. Bu, her yıl KDV oranlarıyla yeniden oynayacaksınız, demektir. KDV, ve bir tüketim vergisidir. Herkes bu vergiyi ödemektedir. Türkiye'de enflasyon (resmi makamların bildirdiğine göre) % 80'leri bulmaktadır. Enflasyon arttıkça, sağlık hizmetlerinin maliyeti de artacak, artan maliyet karşısında KDV oranları da arttırılacaktır. Yani, bugünkü şartlarda zaten yaşama savaşı veren vatandaşın, daha da çok vergi alınacaktır. Peki, bu ödemelerin sınırı nereye kadardır? Bakınız, ona da nasıl bilyanı getiriliyor:

"Prim ödeme gücünde olan vatandaşların ödeyeceği primler sınırsız değildir. Primler esas olan ücretin tespitinde, taban olarak asgari ücret, tavan olarak da en yüksek devlet maaşını alanlar esas alınacaktır. Yani prim sınırsız olarak artmamaktadır."

"Devletin apayrı bir geliri yoktur. Kaynak, bizden toplanan vergilerdir. Ama, KDV'nin ekstra arttırılması bu taslakta düşünülmemiştir. Kaldı ki, kesilecek olan primin kişinin ücretlerine yansımaması için, kesilen prim kadar ücretlerde artış yapılacaktır. Bu, devletin en üst yet-



kili veya yetkililerinin önerileridir."

Güzel! Enflasyon, sağlık hizmetlerinin maliyetini arttıracak, artan maliyet karşısında primler yükseltilecek, ancak ücretlinin bundan etkilenmemesi içinde kesilen prim kadar ücretlerde artış sağlanacak, ücretler artınca fiyatlara yansıtılacak, fiyatlara yansıtılınca enflasyon olacak! ... Olacak! ... Olacak!...Olacak! Velhasıl tam bir fasit daire. Acaba ilk ve son nokta nerede? Bu işin içinden nasıl çıkılabilir? Bilemiyoruz, ama devletin en üstyetkili veya yetkililerinin önerileri böyle imiş.

Konuyu dağıtmamak için, eleştiriyi kısa kesiyor ve tekrar finansman meselesine dönüyorum.

4.FİNANSMANDA REFORM UYGULAMASI (AET Örneği)

Genel Sağlık Sigortası'nın,ekonomik yönden sorunsuz veya en az sorunlu ülkelerde dahi başarı ile uygulandığı söylenemez. Örneğin;Ortak Pazar ülkeleri grubu içerisinde en tutarlı önlemleri aldığı iddia edilen Almanya, bu konuda başarısız kalmıştır.Almanya'nın bu başarısızlığı, sağlık hizmetleri üretimini piyasa hizmetleri içinde ve kamu denetimi dışında tutmasından kaynaklanmıştır. Buna karşılık, son derece basit önlemler alan İngiltere, hizmetin sosyalize edilmesi nedeniyle başarılı sonuçlar almıştır. Bunun üzerine, tüm AET ülkeleri birtakım reformist tedbirler almışlardır. Kısa ve uzun vadeli olan bu önlemleri ana başlıkları itibariyle vermek istiyorum

Kısa vadeli önlemler:

- a) Hastanelere yapılan ödemelere üst sınır getirilmesi (Belçika, Almanya, Fransa ve Hollanda)
- b) Hekimlere ödenecek maaş için üst sınır konulması (Almanya)
- c) Hekimleri daha az yataklı tedavi yapısına yönlendirecek primli bir maaş sisteminin araştırılması (Almanya).
- d) İlaç tüketiminin kısacak önlemlerin alınması ve bu amaçla da:
 - İlaç sanayiinin karlarının dondurulması,
 - İlaç reklam harcamalarına sınır getirilmesi
 - Eczane sayısı konusunda kısıtlama yapılması,
 - Ortak Pazar ülkelerindeki ilaç çeşitleri konusunda sınırlama yapılması
- e) Sigorta sistemi yoluyla finansman kısmak, bireyin kendi ödeyeceği payı çeşitli kategoriler adı altında artırmak.

Uzun Vadeli Önlemler:

- a) Finansman sisteminin tümünün değiştirilmesi,
 - b) Organizasyon biçiminde değişiklik yapılması
 - c) Arzın kısılması
 - d) Sunumun kalitesini yükselterek, yüksek ve verimli bir çıktı sağlanması
- Tabii ki tüm bunlar Genel Sağlık Sigortası'nın uygulandığı AET ülkelerinde alınma zorunluluğu duyulan önlemler. Şimdi, bu reformist çalışmaları, ülkemizdeki uygulamalarla karşılaştıracak olursak ne kadar ters istikamette ilerlediğimiz bir defa daha ortaya çıkacaktır. Bir defa ülkemizde kamu denetimi kesinlikle yoktur ve kimse de böyle denetime niyetli değildir. Çünkü, hükümetteki temel felsefe, piyasayı tümüyle serbest bırakıp, denetimi rekabet yoluyla otomatik olarak yapmaktadır. İlaç tüketimini azaltmak için hiç bir ciddi tedbir alınmamakta, uygulamalarla ilaç tüketimi adeta yapay olarak pompalanmaktadır. Bu düşünce yapısıyla getirilecek olan bir Genel Sağlık Sigortası, tüketimin daha da artmasına neden olacaktır.



III-UYGULANMASI DÜŞÜNÜLEN ŞEKLİYLE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Herşeyden önce şunu ifade etmek gerekir ki, Genel Sağlık Sigortası uygulamalarıyla ilgili olarak şu güne kadar herhangi bir ciddi tasarı hazırlanmış değildir. Ortada görülen tek şey; Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçişe haklılık kazandırmak üzere hazırlanmış ve (bir marifetmiş gibi) her yerde gösterilmeye çalışılan, aslında yöneticilerin aczini ifade eden bir film, sorulması muhtemel olan sorulara karşılık önceden hazırlanmış otomatik cevaplar, üçüncüsü ve belki de en ciddiisi Devlet Planlama Teşkilatı tarafından İngiliz Price Waterhouse firmasına 1,5 milyara hazırlatılan bir araştırma raporu. Evet! Muhakkak ki en ciddi olanı da bu üçüncüsü. 1,5 milyarlık tam bir nasihat. Neler yok ki bu raporda? Hepsi de ülke şartlarının bir Genel Sağlık Sigortasına uygun olmadığı şeklinde. Ama biz, bunların hiçbirinden ders almamışız ve tüm bu harcamalar, araştırmalar ve tenkitler, tabiri caizse sanki "spor olsun" diye yaptırılmış gibi, gerçeklere karşı inatla direniyoruz.

Şimdi, Genel Sağlık Sigortası, hazırlık çalışmalarını yürüten ve bu projenin mimarlarından olduğu söylenen Verem Savaş Dairesi Başkanı Sn. Cemil Özcan ile yapılan söyleşiden bazı pasajlar aktarmak istiyorum:

I-GENEL SAĞLIK SİGORTASI İLE BİRLİKTE GETİRİLMEK İSTENEN SİSTEMİ

"Genel Sağlık Sigortası'na sadece bir finansman kaynağı bulmak şeklinde bakmıyoruz. Sağlık Sigortası ile birlikte yaptığımız diğer çalışmalar arasında, bütün sistemin iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinin yeniden reorganize edilmesi var."

"Şu anda ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin teşkilatlanması, hizmetin verilmesine ilişkin hususlar 1961 yılında çıkarılmış 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile kurulmuştur. Ondan sonra da hiçbir değişiklik yapılmamıştır. Bu kanuna göre kişilerin hastalandıkları zaman ilk başvuracakları yer sağlık ocaklarıdır. Sağlık Ocağı sevkettiği zaman hastanelere gidebilirsiniz. Amaç kişilerin rastgele hastanelere başvurmamasıdır."

"Ama istendiği gibi işlememiştir. Sosyalizasyonda (temel nüfusla orantılı olarak) 5-10 bin kişiye bir sağlık ocağı düşmektedir. Kentlerde bu rakam 50 bine kadar çıkmaktadır. Böyle bir hesap yaptığımız zaman Türkiye'de 5-6 bin sağlık ocağına ihtiyaç vardır. 29 yıldır yapılan yatırımlarla kurulan sağlık ocağı sayısı 3100 civarındadır. Yani yapılan sağlık ocağı kadar daha sağlık ocağına ihtiyaç vardır. Gerçekçi olmak gerekir. 29 yılda yapılamayanı 3-5 yılda yapmak mümkün değildir."

Şimdi, hemen şu tespiti yapmak gerekir. Sosyalizasyon faydalı mıdır? Faydasız mıdır? İşletilememiş midir? İşletilememiş midir? Bu suallerin cevabını bulmak gerekir. Bir defa görüldüğü kadarıyla sosyalizasyon kanuna bir itiraz yoktur. Tüm iddialar 29 yılda yapılamayanın 3-5 yıl içerisinde başarılamayacağıdır. Bugüne kadar yeterince sağlık ocağı yapılmadıysa, mevcutlar da modern tıbbın gerektirdiği cihazlarla donatılmamışsa, bunun kabahatlisi sistem mi yoksa plansız, programsız, sağlık hizmetlerine yeterli bütçe ayırmayan hükümetler midir? Örneğin; pek çok ülkenin sağlık hizmetlerine ayırmış oldukları para, milli gelirlerinin %9-25'i arasında değişmektedir. İsveç'te %21, İngiltere'de %19,8, Fransa'da %18,8, Venezuela'da %25,12, Yugoslavya'da %21,3, İran'da %9,1, Seylan'da %14,9, Türkiye'de ise %3'ün altındadır. Bu durumda bu sistem işlememiştir, bundan sonra da işlemeyecektir" demenin bir anlamı var mıdır?

2-BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ

....

"Yapılan araştırmalara göre, birçok hastalıkların %90'ı ilk basamak evde, ayakta tedaviyle çözülebilmektedir. Ancak %10'u hastaneye gitmektedir. Hastaneye gidenlerin de yarısı hastanaya yatar, diğer yarısı ise yakta tedaviyi görür. Eğer biz birinci basamağı ve sevk zincirini iyi kurduğumuz takdirde hastanelerimizin yükü azdır. Hastaneler, bugünkü anlamıyla poliklinik yapan kurumlar olmazlar ve gerçekten tedaviye ihtiyaçları olan kişilere daha fazla kaynak ve zaman ayırırlar, böylece hastalara daha çok yararlı olurlar. İşte biz bu yüzden birinci basamağın kurulması için aile hekimliğini alternatif olarak getirdik. Yalnız bununla birlikte sosyalizasyon uygulaması kesinlikle kalkmayacaktır. Sağlık ocakları kapanmayacak veya kaldırılmayacaktır. Buradaki amaç, 29 yıllık yatırımlar sonucu, kırsal kesimde yeterli sayıda bulunan sağlık ocagına karşılık, kentlerdeki yetersiz birinci basamak sağlık hizmetlerini oluşturmaktır."

.....

Bu düşünce tarzının da ülkemizin realiteleriyle bağdaştığı söylenemez. Bir defa, aile hekimi olacak olan kişiler, pratisyen hekimlerdir. Hekimlerimizin 2/3'si uzman, 1/3'i ise pratisyendir. Pratisyen hekimlerin dağılımı da daha çok kırsal kesimdedir. Pratisyen hekim, uzmanın yanında iş yapamadığından, uzman hekimlerin bulunduğu yörelerden tabii olarak uzaklaşmaktadır. Bu durumda, kentlerde birinci basamak sağlık hizmetlerini verecek olan yeterli sayıdaki aile hekimi nereden bulunacaktır?

3-AİLE HEKİMLİĞİNDE STANDARDİZASYON

....

"Hekimlerin açacakları muayenehaneler, araç ve gereç yönünden istenilen standartlarda olacaktır. Bugünkü mevzuat içerisinde hekimler, hiçbir standarda tabi değildirler. Muayenehanesini kurabilir, istedikleri dışında hiçbir şey de bulundurmazlar. Bir hafta içerisinde, mahalli sağlık otoritesine haber vermeleri kâfidir. Ama bu sistem içerisinde öyle olmayacaktır. Açılacak muayenehane, Sağlık Bakanlığı'nın istediği standartlara uygun olacaktır. Bu yüzden Sağ-Kur, direkt veya bankalar aracılığıyla yeni mezun olan aile hekimlerine kredi verecektir. Onun için hekime bir yük gelmeyecektir. Ama hekim, kesinlikle özel hekim olacaktır."

.....

Sağ-Kur'un yeni mezun hekimlere kredi vermesine gerek yoktur. Zira, bankalar zaten gerekli krediyi vermektedir. Burada da asıl olan standardın mahiyetidir. Bu belli edilmemiştir.

4-AİLE HEKİMLERİNE VERİLECEK ÜCRET VE BAĞLANACAK HASTA SAYISI

....

"Aile hekimlerine verilecek olan ücret, kendisini seçen hasta sayısı ile orantılı olacaktır. Sağ-Kur, aile hekimine hasta başına belirli bir ücret ödeyecektir. Yalnız bu ücret, her ilçede aynı olmayacaktır. Aile hekimlerinin kişi başına alacakları ücret, görev alacakları ilçeye göre değişecektir. Gelişmiş yörelerde az, daha az gelişmiş yörelerde daha fazla. Onun için hekimler, mahrumiyet bölgelerinde bugün aldıklarının 8-9-10 katı daha fazla ücret alacaklardır."

Bu arada, aldığı hizmetten memnun olmayan vatandaş, seçtiği aile hekimini değiştirebilecektir. Aile hekimi, bir taraftan daha fazla ücret aldığı için daha iyi hizmet verecek, diğer ta-



raftan da hasta istediğinde aile hekimini değiştirebildiğinden, hekimler hastalarına bugün-
künden daha farklı yaklaşmak zorunda kalacaktır."

....
"Aslında, bir aile hekimine bağlanacak olan hasta sayısına, başlangıçta sınır koymamayı
düşünmüştük. Ancak sistem oturuncaya kadar olabilecek bir takım aksaklıkları gidermek için
5000 gibi bir tavan kaymayı düşündük"

.....
Herşeyden önce şunu ifade etmek gerekir; Hasta kendisine verilen sağlık hizmetinin niteli-
ğini takdir edebilecek bilgiye sahip değildir. Örneğin Türkiye'nin hâlâ pek çok yerinde az ilaç
yazan hekim, iyi hekim olarak görülmemekte, yazılan ilaç sayısı ve fiyatıyla hekimin iyiliği ve-
ya kötülüğü arasında doğrudan bir bağ kurmaya çalışmaktadır. Hal böyle olunca, ileri sürülen
görüşlerin doğru olmadığı açıkça ortaya çıkmaktadır.

Bir aile hekimine bağlanmak istenen hasta sayısı 5000 olarak tasarlanmıştır. Oysa yıllar-
dan beri aile hekimliği müessesesini yürüten ülkelerde, standartlar oldukça düşük tutulmuş-
tur. (İngiltere'de tavan 2500 kişidir.)

Bir aile hekiminin eline bugün aldığı ücretin 8-10 katı geçecekse, uygulanmak istenen
sistem de var olacak olan sağlık ocaklarında hiç kimse kalmayacak, hepsi de aile hekimi olmak
isteyecektir. Bu durumda da bir çözüm düşünülmüş müdür?

5-HASTA-HEKİM MÜNASEBETLERİ

Sayın Murat Aker'un Sayın Cemil Özcan ile yapmış olduğu söyleşinin en önemli konula-
rından biri de bu

....
"Bu sistem içerisinde farz edelim ki, ben aile hekimiyim ve bu düzen içerisinde ne yapmam
gerekir? Daha fazla hastayı kendime bağlamam lazım. Çünkü bu benim maddi gelirimi art-
tıracak. Bunu için de hastaların bazı tavizlerini kabul etmem gerekecek. Mesala hasta gele-
cek benden istirahat istiyecek, ben de ona raporunu vereceğim. Vermezsem beni beğenmeye-
cek, başka aile hekimine gidecek. Ben o hastayı kaptırmamak için isteklerini kabul edece-
ğim. Veya hasta benden 5 kalem ilaç isteyecek, mesela ben 2 kalem yazacakken onun da 3 kale-
mini kabul edeceğim. Yeter ki benden memnun kalsın, başka doktora gitmesin. Bu sorunu nasıl
çözeceksiniz?"

Gerçekten çok ilginç ve o oranda da güzel bir soru. Ancak verilen cevap, ondan da il-
ginç!

"Aile hekimi, az önce de belirttiğim gibi, belli standartlarda hastalıklara bakacağından
ancak o hastalıkları için rapor verecektir."

.....
"İlaç israfı bugünkü sistemin bir sonucudur. Mesalâ SSK'ya baktığımızda, geçen yıl 800
milyar olan sağlık harcamalarını 400 milyarını ilâca gittiğini görüyoruz. Bunun da nedeni
SSK'daki hekimlerin çok büyük yük altında kalması ve terminolojide polifarmasi denen, karşı-
sına çıkan hastayı iyi değerlendirecek zamanları olmadığından çok fazla ilaç yazma zorunda
kalışlarındandır. Oysa aile hekimliğinde, aile hekiminin belirli sayıda hastası olacağından ve
onlara gerektiğinden fazla zaman ayıracağından daha az sayıda ilaç yazması mümkün-
dür."

.....
"Aile hekimliğinde ilaç parasını ödeyen sigorta, reçetenin, aile hekimine tanıdığı stan-
dartla ilgili olup olmadığını bilgisayarla denetleyebilecek ve karşılığında standart dışı uygu-
lamalardan hesap sorabilecek ve ücretlerine yansıtabilecektir."

.....

Açık konuşmak gerekirse, tüm bu görüşler, gerçeklere taban tabana zıttır. Bir defa pratisyen hekim, tıp fakültesinden mezun olurken her türlü hastalığa cevap verebilecek şekilde yetiştirilmekte, yetiriliği de diplomasıyla tescil edilmektedir. Bunun dışındaki bazı standartlar uzman hekimlerde aranır. O bakımdan Sağ-Kur'un, aile hekiminin vereceği rapora (hastalığın çeşidi yönünden) bir kısıtlama getirmesi söz konusu olamaz.

İlaç ısrafına gelince, hekimin hastasına yeterli zamanı ayırmamasının gereksiz polifarmasiye neden olduğu bunun da ilaç ısrafının da yol açtığı bir yönü itibariyle doğrudur. Ancak, tek nedeni de değildir. Türkiye'de ilaç tüketimini yapay olarak pompalayan pek çok husus vardır. Bunların başında da reklâm gelir. Nitekim aile hekimliğiyle birlikte, daha yaygın bir reklâm kampanyası başlatacak, hediyeler dağıtılacak, ilaç ısrafı hat safhasına ulaşacaktır. İlaç sanayisinin de istediği budur.

Reçeteler yazılan ilaçların, aile hekimine tanınan standartlarla ilgili olup olmadığı bilgisayarlarla denetlenecekmiş. Yani ne yapılacaktır? Hekime "sen ilaçları yazabilirsin, şunları yazamazsın" mı denecektir? Bu mümkün müdür?

6-REÇETELERDEKİ HASTA KATILIM PAYLARI

.....

"Bugün çalışanlardan %20, emeklilerden %10 ilaç katılım payı alınmaktadır. Başlangıçta, biz bunun böyle devam etmesinden yanayız. Ancak, sistem çok iyi oturduğu, ilaç savurganlığı azaldığı takdirde, katılım paylarının azaltılarak tamamen ortadan kaldırılması mümkündür."

.....

Türkiye'de ilaç fiyatlarındaki büyük tırmanışın bir tek olumlu yönü olmuştur. Reçete tutarları yükseldiğinde hasta katılım payları da birlikte yükseldiğinden, hasta veya hasta sahipleri hekimlere "bana şu ilaçtan 3 kutu yaz, 5 kutu yaz" baskısını yapmaktan vazgeçmişlerdir. "Finansmanda Reform" başlığı altında da ifade ettiğimiz gibi, ekonomik yönden bizden çok daha iyi olan AET ülkeleri dahi, finansmanı kısip hasta katılım paylarını arttırma cihetine giderken, Bakanlığın (ilerisi için de olsa) tam tersine düşlemesi eğer, hayalcilik değilse, politik yatırımın ta kendisidir.

7-HASTANELERİN VE DİĞER SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARININ SAĞ-KUR KARŞISINDAKİ DURUMU

Hastanelerin ve diğer Sosyal Güvenlik Kurumları'nın Sağ-Kur karşısındaki durumu, aynı söyleşi de Sayın Cemil Özcan tarafından izah edilmektedir. Ancak, ülkemizde Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçişle ilgili olarak, o kadar aleyhte nedenler vardır ki, çözümümüzü daha fazla uzatmamak için konunun bu tarafında girmek istemiyorum

IV-SONUÇ

1-Genel Sağlık Sigortası, sağlık hizmetleri açısından bir model değil, finans sistemi-
dir.

2-Böyle bir sistemin işleyişine mani olabilecek en önemli engel, enflasyondur. Enflasyon oranının %50'nin üstüne çıktığı ülkelerde hangi sıkıntıların yaşandığı önceki sütunlarımızda dile getirilmiştir.

3-Türkiye'de prim tahsilatının güçlüğü tablolar halinde gözler önüne serilmiştir. Bu konunun nasıl realize edileceğine dair en ufak bir ışık yoktur.

4-Metinde perim ödeme gücü olan ve olmayanlardan bahsedilmiştir. Bir ev kirasının normalde 100-150 bin, mutfak masrafının asgari 500 bin olduğu bir ülkede 225 bin liralık asgari



ücret alan bir kişinin kendisinden 11.250 lira sağlık primi kesildiğine göre, prim ödeme gücüne esas olarak hangi endeks kabul edilmiştir.

5-Türkiye'de kişi başına düşen milli gelir düşük, işsizlik oranı yüksektir. Bu, devletin yükünü arttıracak ve devlet de bu yükün altından kalkabilmek için vergi oranlarını arttıracak, başka bir ifadeyle bu hizmetin yürütülmesini temin için ikinci bir defa daha vergilendirme olacaktır.

6-Bu yöntemle tedavi edici hizmetlere yönelinecek, koruyucu sağlık hizmetleri ihmal edilecektir.

7-Hekimlerin, kamu hizmetlerinden, özel hekimliğe kayması kolaylaşacaktır.

8-Hekimlerin toplumun gelir düzeyi yüksek kesiminin yerleşim yerlerinde birikmesine neden olacak, ülkemizdeki dengesiz hekim dağılımı sorunu büyüyecektir.

9-Hastalanan halk, parasını önceden ödemiş olmanın verdiği hak ve tedavi masraflarını sigortanın ödeyeceği düşüncesiyle sigorta imkanlarını israftan kaçınmaz.

10-İlaç tüketimi artacağından, ülke ekonomisi bundan zarar görür.

11-Devlet politikalarını belirleyen 5 Yıllık Kalkınma Planında "Sosyal Güvenlik Kuruluşları, sigorta kuruluşlarıdır. Nimet ve külfet dengesi muvacehesinde (tabiri caizse) kendi yağları ile kavrulacaklardır ve devletin sosyal güvenlik kuruluşlarına destek olması söz konusu değildir" dendiğine ve günün ekonomik şartları da, her an için bu tür kuruluşları kötü günlere götürebileceğine göre, yeni banker olaylarının yaşanması, sızlanan vatandaş karşısında hükümetin de "Daha sağlam bir sigorta şirketi seçseydiniz" demesi kuvvetle muhtemeldir.

Devlet Planlama Teşkilatı tarafından, Genel Sağlık Sigortası konusunda araştırma yapmak üzere görevlendirilen İngiliz Price Waterhouse Firması, düzenlemiş olduğu raporun aşağı yukarı her sayfasında ülkemiz şartlarının böyle bir uygulamaya müsait olmadığını vurgulamış ve raporun bir yerinde de (sayfa 5) "Yöneticiler kendi örgütlenmeleri konusunda kesin bilgiye sahip değildirler." demektedir. Acaba bu iddia doğru mudur? Değil midir? Tüm bu gösteriler siyasi bir avantaj sağlamak üzere yapılan bir çıkış mıdır? Yoksa bilmediğimiz başka bir nedeni mi vardır?

Bekleyip, görelim.

KAYNAKLAR:

- Dr. Nevzat EREN, Sağlık Sigortası Açmazı, 1990
- Dr.Kenan MORTAN-Dr.Tandoğan TOKGÖZ, Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi, 1984.
- Price Waterhouse-Genel Sağlık Sigortası Konusunda Yapılan Araştırma Raporundan Alıntılar.

- Sağlık Bakanlığı-Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Çalışmalar, 1989.
- Bağ-Kur 1988 İstatistik Yıllığı.
- Bağ-Kur VIII. Genel Kurul Tutanakları, 1989.
- SSK Genel Müdürlüğü 1987 Çalışma Raporu, Bilançosu ve 1988 İş Programı.
- SSK Genel Müdürlüğü Bilgisayar Kütükleri, 1990.
- T.C.Emekli Sandığı Bilgisayar Kütükleri, 1990.
- Türk Eczacıları Birliği Bilgisayar Kütükleri 1990
- Türk Eczacıları Birliği-Ulusal Sağlık Politikası, 1986.
- Murat AKER-Dr. Cemil Özcan İle Söyleşi, 1990.