

TEB HABERLER

(Genel Sağlık Sigortası Mimarlarından, Verem Savaş Dairesi Başkanı)

CEMİL ÖZCAN İLE GÖRÜŞTÜ

□ *Sayın Cemil Özcan, çok kısa hatlarıyla kısa özgeçmişinizi ve konuyla ilginizi öğrenebilir miyim?*

■ Tıp doktoruyum, göğüs hastalıkları ihtisası yaptım. Şu anda bulunduğum Verem Savaş Daire Başkanlığı'nda bununla ilgili. Ancak Halk Sağlığı dalında bilim doktorası yaptım ve halk sağlığının sağlık yöntemi ve sağlık finansmanı konusunda yurtdışında kısa bir eğitim de gördüm. Genel Sağlık Sigortasında, bu çalışmaların içerisinde olan bir kaç kişiden biriyim.

□ *Sayın Cemil Özcan, Genel Sağlık Sigortasıyla hedeflediğiniz amaçlar nelerdir?*

■ Şu anda Türkiye'de mevcut 56 milyon vatandaşımızdan 20 milyonu SSK'lı, 10 milyonu devlet memuru veya emeklisi, 3 milyonu da Bağ-Kur'dan sigorta kartı almak suretiyle 33 milyonluk kısım sosyal güvenlik kapsamında ama, geriye kalan bir 20-24 milyon vatandaşımız hiçbir sosyal güvenlik kapsamı içerisinde değil. Amacımız, hiçbir sosyal güvenlik kapsamında olmayan bu 24 milyon vatandaşımızın da sağlık hizmetlerini alması, onları sağlık açısından güvenceye kavuşturmak ve onların da diğerleriyle birlikte aynı sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanacak imkanın sağlanması.

□ *Temelde hedefiniz bu. Peki bu Genel Sağlık Sigortası(GSS), bu hedefleri gerçekleştirmeye uygun bir model mi? Sistem mi? Ne olarak görüyorsunuz bunu?*

■ Şimdi, şöyle bakmak gerekir. Sağlık hizmetlerinde finansman açısından dünyaya baktığımızda başlıca 3 sistem var. Birisi, sağlık harcamalarının doğru-
dan devlet tarafından karşılanması, daha çok Doğu Bloku ülkelerinde. İkincisi GSS, daha çok Batı ülkelerinde, yine üçüncüsü birtakım Batı ülkelerinde kişilerin doğrudan sağlık harcamalarına katılması. Bazı ülkelerde bunları belirli ölçülerde beraber uyguluyorlar. Fakat gelişmiş olan ülkeler de en revaçta olan sağlık sigortası benimsenmiş olduğunu görüyoruz ve sağlık yönünden de durumu iyi olan ülkeler sağlık sigortasını tercih etmiş durumdalar. Hatta Doğu Bloku ülkelerinde bile son gelişmelere paralel olarak sağlık sigortasına bir gidiş var. Bir vesileyle söyleyebilirim: Romanya ve Bulgaristan'da bir tanesinde kanun çıkmış, bir tanesinde de sigorta çalışmaları bizden daha ileri durumda. Yani bu değişikliğe paralel olarak hemen sağlık sigortası ele alınmış. Devlet tarafından sağlık harcamalarının karşılandığı diğer Doğu Bloku ülkelerinde belki hizmetler ücretsiz ama, hizmetin kalitesi açısından büyük eksiklikler var. Vatandaşa istediği düzeyde sağlık hizmeti sunulamıyor. Onun için bir finansman modeli olarak, batıdaki gibi istenilen düzeyde, vatandaşı memnun edecek bir finansman modeli olarak sağlık sigortasını görüyoruz. Ve sağlık sigortasını düşündük. Sağlık sigortası ülkemiz için yeni bir kavram değil. Yıllarca gündemde bulunmuş, zaman zaman gündeme gelmiş, ancak çeşitli zamanlarda ele alındığında bugünkü gibi ciddi çalışmalar yapılmamış, toplanan komisyonlarda uygulanamayacağı görüşüne varılarak terk edilmiş. Ve bu görüşler zamanımızda da tekrar ediliyor ama, gözden



kaçırılan bir husus var; Türkiye bir kere bu tartışmaların başladığı 30 yıl içerisinde çok değişti. Bugünkü vardığı nokta itibariyle sağlık sigortasını uygulayabilecek bir düzeye geldi. Nitekim 82 Anayasasının 56. maddesinde GSS kurulabileceği ilk defa bir anayasa maddesi olarak da geçti. Bu yüzden biz, Türkiye'nin bugünkü sosyo-ekonomik düzeyinin ve gelişmişliğinin sağlık sigortasını uygulayan diğer batı ülkelerine yaklaştığını, onlara paralel olduğunu, onlarda başarıyla uygulanan ve vatandaşları memnun edecek sisteminin finansman modeli olarak da bizde de uygulanmasını düşünüyoruz ve bunun için çalışmalar başladı. Yalnız burada, kesinlikle **hazırlanan tasarılar, kamuoyunda tartışmaya açılan taslak üzerinde bir iddiamız yok.** İlk defa bir kanun bütün kesimleri ilgilendirdiği için çok geniş olarak tartışmaya açıldı. 300-350 bin civarında kanun taslağını ihtiva eden form, sistemler anket formlarıyla beraber dağıtıldı ve şu anda 45 bine yakın cevap almış durumdayız. Beklenenin çok üzerinde bir rakam, gelen cevaplardan %96 oranında herkesin sağlık sigortasını kabul ettiğini görüyoruz. Bu gelen cevaplar da sağlık sigortası konusundaki seçiminizin isabetli olduğunu, **en azından vatandaşlarımız tarafından kabul edilebilir bir sistem olduğunu gösteriyor.** Ancak taslak, gelen eleştiriler neticesinde yeniden gözden geçirilecek ve **son düzenlemeler** yapıldıktan sonra kanunlaşmak üzere tasarı haline getirilecek.

□ **Siz Genel Sağlık Sigortası'nı tek bir model olarak mı görüyorsunuz? Şöyle ifade etmek istiyorum: Mesela, Sayın Doğan Baran da Genel Sağlık Sigortasıyla ilgili 88'de bir önerge vermişti. Hâlâ da Meclisin Sağlık Komisyonunda beklemekte. O diyor ki, 'Bizim modelimiz GSS+Sosyalizasyon sistemi şeklinde olacak.' Sizin de bu tür bir görüşünüz mü var? Yoksa tamamen GSS bir model olarak ele alıp işleyeceksiniz?**

■ İki birbiriyle çok çelişen şeyler değil. Bakın bunun en güzel örneği İngiltere'de var. İngiltere'de bugün bizim sosyalizasyona benzeyen bir sistem uygulanıyor. Ancak kişiler burada doğrudan vermiyorlar, bütün sağlık harcamaları devlet tarafından karşılanmasına rağmen arada bir sigorta şirketine bir GSS uygulayarak alıyorlar. Yani yine parayı devlet veriyor ama, finansman modeli olarak GSS kurularak bu sağlanmış oluyor. Burada önemli olan **hizmetlerin vatandaşlara, ödeme gücü olmayana ücretsiz olarak verilmesidir.** Bunu isterseniz direkt olarak devlet bütçesinden ödersiniz, isterseniz sağlık sigortası gibi bir modelle gerçekleştirirsiniz. Bizim GSS'deki amacımız gene ödeme gücü olmayan vatandaşların, sağlık hizmetlerinden sağlık sigortası kapsamına girdiklerinde primlerinin devlet tarafından verilmesi. Yani onlara ekstra bir yük getirmiyor. Fakat model olarak, finansman kurumuyla hizmeti verenlerin birbirinde ayrılmasından yanayız. Bu modern sağlık yönetiminin ilkelerinden. Yani hizmeti finanse edenle hizmeti verenlerin birbirinden ayrılması. Bu iki sektörü birbirinden ayırmak için ancak sağlık sigortası gibi ayrı bir modelin oluşturulması gerekiyor. Buradaki amaç bu. Sayın Baran'ın verdiği teklifin içeriği hakkında bilgim yok. Ancak şunu söylemek gerekir; Sağlık Sigortasıyla ilgili belki birçok olumlu veya olumsuz görüş öne sürülmesine rağmen sağlık sigortası hakkında şimdiye kadar hiçbir ciddi çalışma yapılmamış. Sağlık sigortası konusunda taslak aşamasına getirilen, bu kadar kamuoyunda tartışılan, yapılan bir çalışma ilk defa sayın Şıvgın zamanında oldu ve buraya kadar getirildi. Daha evvelkiler sadece sağlık sigortası konusu üzerindeki tartışmalarla sınırlıydı. Ama bir alternatif veya taslak



ortaya çıkmamıştı. Şimdi bir taslak var. Bu taslağa karşı herkesin aynı görüşte olması gerekmez, taslak beğenilmeyebilir ama taslağı beğenmeyenlerin karşılığında bir alternatif getirilmesiyle ancak inandırıcı olabilir.

□ Siz de Gene l Sağlık Sigortası'nı bir finansman kaynağı olarak mı görüyor sunuz? Net bir şekilde söyler misiniz?

■ Evet, burda gerçekçi olmak gerekir. Biraz önce bahsettiğim gibi 33 milyon vatandaşımız sosyal güvenlik kapsamı içerisinde. Bunlardan SSK'lılar yani 20 milyonu zaten sağlık primi ödüyor. Keza Bağ-Kur'lular prim ödüyor. Devlet memurları kendisi ödemesi bile devlet, Maliye Bakanlığı sağlık harcamalarını bütçeye koyduğu rakamlarla karşılıyor. Burda geriye kalan 24 milyon vatandaş var. Bu 24 milyon vatandaşın içerisinde bir kısmı var ki gerçekten ödeme gücüne olanlar, amaç ödeme gücü olanlar, ekonomik durumu iyi olan kişilerin sağlık harcamalarına katkısını sağlamak. Primlerini ödeyebilecek olanlar bu yüzden primlerini ödemek zorunda. Ancak ödeyemeyen vatandaşların veya kısmen ödeyebilecek olanların primleri devlet tarafından karşılanacak. Yani onlar için bir yük yok. Burada sadece ödeyebilecek vatandaşlardan prim alınması söz konusu. Ama bugünkü sistem içerisinde devlet hastanelerinin veya diğer kurumların ücretsiz oluşu çok enteresan durum ortaya çıkarıyor. Ödeme gücü olanlar ödemekten kaçınıyorlar, ödememek istiyorlar. Hastaneler yaptıkları hizmetin karşılığını yeterince alamayınca çağdaş teknolojiyi istedikleri gibi yansıtamıyorlar, istedikleri şekilde donatamıyorlar ve hastaneler bugünkü haliyle vatandaşların şikayet ettikleri kurumlar olma durumunda. Bu yüzden amacımız sadece prim ödeyebileceklerden primin alınması. Bu haliyle bakıldığında sağlık sigortası bir finansman kaynağı olarak da görülebilir. Ancak, başka bir olayı da ortaya koymak gerekir, eğer olaya sadece bir finansman yaratmak veya finansmanla ilgili kurum olarak bakmamak gerekirse, burda başka bir realite var. Hem sağlık personeli, -hizmetveren hekimler başta olmak üzere- hem de vatandaşlar sağlık hizmetlerinden şikayetçi. Eğer her iki kesimi de çok dikkatli bir şekilde dinlerseniz, her iki kesimde şikayetleri son derece haklı nedenlere dayanıyor. Bir taraftan kuyruklarda bekleyen, buna karşılık birkaç dakikalık bir muayeneyle eline reçete tutuşturulan, istediği zaman yatamayan sıkıntılı bir vatandaş, bunun yanında en ağır meslek, en uzun çalışma saati, günde en az 100-150 hasta bakan haftada 3-4 gün nöbet tutan, bunun karşılığında birşey alamayan hekim başta olmak üzere şikayetçi olduğuna göre, her iki kesim de şikayetçi, burdaki amaç herkes şikayetçi olduğuna göre, bu sistemin özünde birtakım aksaklıklar olduğu ve sistemin değiştirilmesi gerektiği. Biz ise GSS'ye sadece bir finansman kaynağı olarak bakmıyoruz. Sağlık sigortasıyla birlikte yaptığımız diğer çalışmalarda bütün sistemin iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinin yeniden organize edilmesi var. Onun için bu olay bir paket. Sağlık hizmetlerinin reorganizasyonu-na ilişkin çalışmalar da yine önümüzdeki günlerde kamuoyuna tartışmaya açılacaktır. Ancak GSS ile birlikte gelebilecek sorunlara cevap verebilmek için bu tartışmaya açılmayan taslaktaki bazı unsurlar sağlık sigortası tartışmalarıyla birlikte dile getirildi. Bunlar, aile hekimliği, hastanelerin yeni statüsüdür. Kısaca sağlık sigortasıyla birlikte bir finansman modeli oluşturulmayacak, finansmanla birlikte sağlık hizmetlerinin bütün eleştirileri, aksaklıkları giderecek yapıya kavuşturulması düşünülmektedir.

□ Yani hem finansman olayı, hem de aile hekimliği vs. ile de ayrı bir model oluşturulacak

■ Evet.

□ Şu anki sistemle uygulamak istediğiniz sistem arasındaki farklar nasıl olacak? Uygulamak istediğiniz sistemi biraz izah edebilir misiniz?

■ Şu anda ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin teşkilatlanması, hizmetin verilmesine ilişkin hususlar 1961 yılında çıkarılmış ve 63 yılında Muş'da uygulanmaya başlanmış olan sosyalizasyonla veya kanun olarak 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile kurulmuştur. Ondan sonra hiçbir değişiklik yapılmamıştır. Bu kanuna göre, kişilerin hastalandıkları zaman ilk başvuracakları bir sağlık ocağı vardır ve sağlık ocağı sevk ettiği zaman hastanalara gidebilirsiniz. Amaç kişilerin rastgele sağlık kurumlarına başvurmamasıdır. Ancak bu 61'den bu yana yani 29 yıldan beri istediği gibi işlememiştir. Bunun nedenleri çok değişik olabilir. Ama bir gerçek vardır, 29 yıldır sonuç işlemediğini göstermektedir. Sosyalizasyon Kanununa baktığınızda kanun gerçekten mükemmel bir kanundur, herşeyi düşünülmüştür ve bütün modern sağlık örgütlenmesinin prensipleri yansıtılmıştır. Yani birinci basamak, tedavi edici, koruyucu hizmetler, entegre edilmiştir, nüfusa orantılı olarak halkın ayağına kadar kuruluşlar götürülmüştür, bir kısmı ücretsizdir, bir sevk zinciri olayı vardır. Ama dediğim gibi bir türlü işlememiştir.

□ O sistem işlemiş olsaydı, Türkiye'nin sağlık sorunları bugünkü görüldüğü şekilde olur muydu?

■ Olmazdı. Büyük bir kısmı çözülmüş olurdu. Yalnız sistemin başka olayı var. Şöyle bir soru sorabilirsiniz arkasından; madem çalışabilecek iyi bir sistem var, niye mevcut olanı çalıştırmıyorsunuz da, yeni bir model yaratıyorsunuz? Bu da sık sorulan bir soru. Bunun nedeni şuraya dayanmaktadır: Sosyalizasyondaki temel nüfusa orantılı olarak 5-10bin kişiye bir Sağlık Ocağı, kentlerde 50 bine kadar çıkmaktadır. Böyle bir hesap yaptığınız zaman Türkiye'de 5-6.000 sağlık ocağına ihtiyaç vardır. 29 yıldır yapılan yatırımlarla kurulan sağlık ocağı sayısı 1.800'ü kırsal kesimde olmak üzere 3.100 civarındadır. Yani yapılan sağlık ocağı kadar daha sağlık ocağına ihtiyaç vardır. Bu durumda 29 yıllık yatırımın çok kısa zamanda tamamlanması gerekiyor. Gerçekçi olmak gerekir, 29 yıldır yapılanı birkaç yıl içerisinde 3-5 yıl içerisinde yapmak mümkün değildir.

□ Genel Sağlık Sigortası 3-5 yıl içerisinde yapılacak bir uygulama mı?

■ Biz hayalci değiliz. 5 yıldan evvel oturmayacağını biliyoruz ama, 29 yılda yapılamayanı 5 yılda yapmak mümkün değildir. Bir başka gerçek de var; Sağlık ocaklarının yapılacağı yer olarak kırsal kesimde yer bulabiliyorsunuz, artık kentler o kadar büyüdü ki, büyük kentlerde yapılması gerekli sağlık ocakları için gerekli kaynağı bulduğunuzu var sayalım, imar planında veya şehirlerin gelişmesinin doğal gelişimi içerisinde sağlık ocaklarını yapacak arsa bulmanız mümkün değildir. Bulduğunuzu kabul edeli, istenilen yerde bulamazsınız, bulduğunuz tak-

tırde kamulaştırma giderleri, arsaya verilecek para sağlık ocağını kendi maliyetinin 2-3 katı olacaktır. O kadar büyük bir mebla ortaya çıkmaktadır ki, bunun bu aşamadan sonra bugünkü haliyle sosyalizasyonun getirdiği sağlık ocağı sistemi aynen şehirlere taşıyıp, uygulamanın imkanı yoktur. Kaynak açısından sosyalizasyonu belki çalışmadığı için gelen aksaklıkları yani bir sevk zincirinin gerçekleşmemesi, kişilerin direkt hastanelere gitmeleri gibi sıkıntıları biz bu sistemle çözmeyi umuyoruz. Çünkü yapılan araştırmalara göre birçok hastalıkların %90'ı ilk basamak dediğimiz evde, ayakta tedaviyle çözülebilmektedir. Ancak %10'u hastaneye gitmektedir, hastaneye gidenlerin de yarısı hastaneye yatar, diğer yarısına hastanede ayakta tedavi düzenlenebilir. **Biz birinci basamağı, sevk zincirini çok iyi kurduğumuz takdirde hastanelerimizin yükünü azaltacağız demektir.** Dolayısıyla hastaneye gerçekten ihtiyacı olan, sevk edilen vatandaşlar, orda yığılmaların olmadığı, daha rahat çalışabildiği yer, bir hizmet alacaklardır. Hastaneler, bugünkü anlamıyla poliklinik yapan kurumlar olmaktan çıkacak, gerçekten tedaviye ihtiyaçları olan kişilere zamanlarını ve kaynaklarını ayıracağı için hastalara daha yararlı olacaklardır. İşte biz bu yüzden birinci basamağın kurulması için aile hekimliğini alternatif olarak getirdik. Yalnız bu aile hekimliğinin gelmesiyle birlikte sosyalizasyon uygulaması kesinlikle kalkmayacak. Sağlık ocakları kapanmayacak veya kaldırılmayacaktır. Burdaki amaç, 29 yılda özellikle kırsalkesimde yapılmış olan yatırımların sonucu, kırsal kesim büyük ölçüde, hemen hemen bugünkü ideal nüfusa yakın olarak orantılı sağlık ocağı kurulmasına rağmen, kentlerde birinci basamakla ilgili hiçbir kurumun veya çok az kurumun oluşu, çalışmayan birinci basamağı oluşturmaktadır. O yüzden aile hekimleri büyük ölçüde ilçelerde oturacaklardır. İstedikleri takdirde tabii kırsal kesime de gidebilirler. Hekimler özel olarak mesleklerini icra edeceklerdir, kendilerine bir muayenehane ve gerekli araç-gereç yönünden tespit edilmiş bir standartla muayenehane kuracaklardır. Bugünkü mevzuat içerisinde hekimler, hiçbir standarta tabi değildirler, muayenehanesini kurabilir, istedikleri dışında içinde hiç bir şeyi de bulundurmayabilirler ve bir hafta içerisinde mahalli sağlık otoritesine sadece haber verirler. Ama bu sistem içerisinde öyle olmayacaktır. Aile hekimleri için Sağlık Bakanlığı tarafından konulacak standarta bir muayenehanede hizmet vereceklerdir. Bu yüzden yeni mezun olan aile hekimlerine Sağ-Kur'un direkt veya bankalar aracılığıyla bu standartı tespit edilmiş muayenehanesini kurması için kredi vermesi planlanmıştır. Onun için hekime de bir yük gelmeyecektir, ama hekim kesinlikle özel hekim olacaktır. Özel hekim olmasının sebebi şudur; devlet memurları kanunu kapsamı içerisinde, belirlenen esaslara göre hekimi diğer kamu görevlilerinden ayırıp çok ayrıcalıklı bir ücret vermeniz mümkün değil. Oysa hekimlerin ve diğer sağlık personelinin yaptığı hizmet, ürettikleri hizmet, gerçekten pek çok meslekte karşılaşılmayacak kadar büyük bir çaba gerektiriyor. Bunun karşılığını vermek zorundasınız. Aile hekimi olduğu zaman bu mümkün olacaktır. **Aile hekimine verilen ücret kendisini seçen hastayla orantılı bir ücrettir.** Yani vatandaş çevresindeki aile hekimlerinden istediğini seçebilecek, listesine kaydolacaktır. Aile hekimine, Sağ-Kur her hasta başına bir ücret ödeyecektir. Yalnız bu parayı alırken, her ilçede, her yerde aile hekimleri aynı parayı almayacaklardır. Yıllardır mecburi hizmette, zorla insanları küstürerek hekimleri götürmeye çalıştığımız yere bu sefer teşvik ederek, gerçek değerini vererek öze-



likle mahrumiyet bölgelerinde bir sistem kurmayı planladık. Aile hekimlerinin kişi başına aldıkları ücret, görev alacakları ilçeye göre değişecektir. Yani gelişmiş bir yöreden daha az gelişmiş bir yöreye gidildikçe aldıkları ücret artacaktır. Onun için hekimlerin mahrumiyet bölgelerinde bugünkü rakamların 8-9-10 katından daha fazla ücret alması mümkün olacaktır. Bu arada memnun kalmadıkları takdirde vatandaş, seçtiği aile hekimini de değiştirecektir. Bir taraftan daha fazla ücret aldığı için daha iyi hizmet verecek aile hekimi, diğer taraftan da hastanın değiştirilmesini istediği zaman değiştirilmesinden dolayı hekimler hastalarına bugünkünden daha farklı yaklaşmak zorunda kalacaklar.

□ Bir aile hekiminin bakacağı insan sayısında bir sınırlama getirecek misiniz?

■ Şöyle, bugün bazı ülkelerde sınırlamalar var. İngiltere için 2500'dü bu sınır. Fakat İngiltere çok yakında bu sınırı kaldırdı. Biz başlangıçta sınır koymamamayı düşünmüştük. Ancak sistem oturuncaya kadar olabilecek bir takım aksaklıkları gidermek için 5000 gibi bir tavan koymayı düşündük. Ancak hekim sayımız ve bizim beklediğimiz, yaptığımız hesaplara göre 3000 kişiden bir aile hekimi sorumlu olacaktır. Sistem tamamen oturduktan sonra sınırlandırma kalkabilir. Aşında sistemin kendi içerisinde bir sınırlandırma söz konusudur. Şöyle ki, bir aile hekimi çok beğenilmiş olabilir. O beğenildiği için çok kişi seçmiş olabilir. Fakat kişi sayısı arttıkça aile hekiminin hastalarına ayıracağı zaman ve ilgi düşecektir, düştüğü için otomatikman vatandaşlar o aile hekiminden başkasını seçeceklerdir. Yani sistemin içerisinde bir önlem vardır ama biz gene de bir tavan koymayı düşündük.

□ Söz aile hekiminden açılmışken, biraz da müesseseyi geliştirelim. Bu konudaki bilgimizi arttıralım. Şimdi Türkiye'nin yetiştirdiği hekimler, bugün sizin düşündüğünüz şekilde aile hekimliğini yapacak nitelikte mi?

■ Bizim hekimlerimiz bugün farklı bir şey yapmıyor. Sosyalizasyonda ön görülen sağlık ocağı hekimi dediğimiz kişi birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerini vermekle yükümlüdür ve halen bunlar çalışmaktadır. Yıllardır böyle çalışmaktadır, dünyanın her ülkesinde de 1. basamakta çalışanlar pratisyen hekimlerdir. Bizim burada aile hekimi dediğimiz yaptığı görev itibarıyla sağlık ocağı hekiminden farklı değil. Sadece ismi değişiyor, bir de kamu görevlisi değil, özel hekim. Dolayısıyla onunla orantılı olarak ücret alan hekim. Yoksa yeni bir sistem yaratmak değil. Zaten pratisyen hekimler, ocak hekimlerimiz bunu yapıyor, bu amaca uygun olarak yetiştiriliyor. Buna rağmen biz, aile hekimi olacak hekimlerimize aile hekimliği ruhsatı vermeden önce bir hizmet içi eğitimden geçirmeyi düşünüyoruz. Ama yine tekrar vurgulamak istiyorum, bu sistem içerisinde ocak hekimleri hizmet içi eğitim olmaksızın bu görevi yürütmektedirler.

□ Aile hekimlerinin bakacağı hastalıklar filan belli olacak mı? Yani şu hastalığa kadar bir aile hekimi bakabilir, bundan sonra sevk etmesi gereklidir, diye bir sınırlama getirecek misiniz?

■ Aile hekimlerinin görevleri genel olarak 1. basamak tedavi hizmetleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir. Kişiye yönelik sağlık hizmetleri dediğimiz zaman sağlık eğitimi, kişisel hijyen kurallarının öğretilmesi, sağlıklı-dengeli bir beslenmenin belirtilmesi, bağışıklama, aile planlaması, erken tanı, periyodik muayene gibi hizmetler kişiye yönelik koruyucu sağlık hiz-

metleridir. Bunlar geneldir, bugün mevzuatımızda hekimlerimizin, yani ocak hekimlerimizin sınırsız olarak hastalıklara müdahale yetkisi vardır. Cerrahi, genel anestezi yapılan cerrahi müdahaleler dışında herşeyi tedavi edebilirler. Ama biz bunun çok gerçekçi olmadığını düşünüyoruz. Aile hekimleri için belirli hastaları hastanelere sevk etmesi gerektiğini düşünüyoruz ve yazacakları da bugünkü gibi sınırsız değil, belli hastalıklar için reçete vermesi, belli hastalıklarda kendisinin sorumlu olması ve diğerlerini sevk etmesi gerektiğini düşünüyoruz. Bu konuda Batıda listeler vardır, aile hekiminin sevkıyla ilgili. Mesela ABD'de 404 başlıklı liste vardır. Aynı standartı biraz ülkemizin şartlarına bakarak, uyarlayarak getirmeyi düşünüyoruz.

□ Yani belli standartlar getireceksiniz. Peki aile hekimi koruyucu sağlık hizmetlerini ne ölçüde verebilecek?

■ Biliyorsunuz, koruyucu sağlık hizmetleri kişiye yönelik, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere ayrılıyor. Aile hekimi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden sorumlu olacaktır. Ancak çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, bütün dünyada olduğu gibi kamu kurumlarının, yani sağlık ocaklarımızın görevi olmaya devam edecektir. Halen de onların görevidir. Diğer kamu kuruluşlarıyla, belediyeler gibi birlikte olmak üzere.

□ Peki bu sistem içerisinde farz edelim ki, ben aile hekimiyim ve bu düzen içerisinde ne yapmam gerekiyor? Daha fazla hastayı kendime bağlamam lazım. Çünkü bu benim maddi gelirimi artıracak. Bunun için de hastaların bazı tavizlerini kabul etmem gerekecek. Mesela, hasta gelecek benden istirahat isteyecek, rapor isteyecek, ona raporunu vereceğim. Vermezsem ne yapacak beni beğenmeyecek başka aile hekimine gidecek. Ben hastamı kaptırmamak için isteklerini kabul edeceğim. Veya hasta benden gelecek 5 kalem ilaç isteyecek, ben mesela 2 kalem yazacakken onun 5 kalemini kabul edeceğim. Yeter ki benden memnun kalsın, başka doktora gitmesin. Bu sorunu nasıl çözeceksiniz?

■ Şimdi güzel bir soru. Sistem içerisindeki aksaklıktan yaklaşıyor soruyu yönelttiniz. Bu, bu sistemin aksaklığıdır. Çünkü bugün muayenehanesi olan hekimler vardır, muayenehanesi olan hekimler aynı zamanda hastanede de çalışmaktadır ve bir takım hastanın haksız isteklerini bile yerine getirebilir. Ancak yetkileri, yazdıkları ilaçlar konusunda yetkileri sınırsızdır. Halbuki aile hekimi az önce belirttiğim gibi, belli standartlarda hastalıklara bakacağından ancak o hastalıklar için rapor verecektir. Bugünkü sistem içerisinde birinci basamaktaki bir hekim herhangi bir tanıyı koyarak, onun için rapor verebilir. Aile hekiminin sorumluluğu böyle değildir, sadece belirli standartlara yöneliktir. Kaldı ki yazdığı ilaç konusundaki ilaç israfı bugünkü sistemin bir sonucudur. Bugünkü sistem içerisinde, mesela SSK'ya baktığımız zaman, geçen yıl 89 yılının 800 milyar olan sağlık harcamalarının yarısının 400 milyarının ilaca gittiğini görüyoruz. Bunun nedeni SSK'daki hekimlerin çok büyük yük altında kalması ve terminolojide polifarmasi denen, karşısına çıkan hastayı iyi değerlendirecek zamanları olmadığından çok fazla ilaç yazma zorunda kalışlarındandır. Bunlar hekimlerin suçu değildir, bu yükün, bu sistemin getirdiği sonuçlardır. Oysa aile hekimliğinde aile hekiminin belirli sayıda hastası olacağından ve onlara gerektiğinden fazla zaman ayrı-



ma durumunda olacağından sayı olarak hem de kendisinin seçilmeme endişesine karşı çok iyi değerlendirebilecektir ve daha az ilaç yazması mümkündür. Kaldı ki, aile hekimlerinin yazacakları ilaçların hem sayı, hem de isim olarak belirli standartları olması da bu sistemin bir parçasıdır. Onun için biz aile hekimliği sistemiyle birlikte çok ileri sürülen ve eleştirilen ilaç savurganlığının da büyük ölçüde önlenilebileceğini düşünüyoruz.

□ Yani ilaç konusunda da bir standart gelecek diyorsunuz.

■ Kesinlikle, hem reçetede ki sayı, hem de hastalıklarla orantılı. Mesela bugün hekim ne ilacı yazarsa yazsın, bunu kontrol edecek bir mekanizma yoktur. Ama aile hekimliğinde bu ilaç parasını ödeyen sigorta reçeteyi, aile hekimine tanıdığı standartta ilgili hastalıkla ilgi olup olmadığını ve bu standartlarla karşılaştırarak bilgisayarla denetleyebilecek ve Sağlık Bakanlığının yanında mevcut denetleyen kuruluşların yanında -ki, bugün işlevlerini çok iyi yerin egitirdikleri söylenemez- hizmeti alan taraf olarak sağlık sigortası kurumları bunu yapabilecekler ve karşılığında standart dışı uygulamalardan hesap sorabilecekler veya ücretlerine yansıtabileceklerdir. Sistemin içinde bir denetim mekanizması beraberinde gelmektedir.

□ İlaça, bugünkü gibi vatandaşların bir katkısı olacak mıdır? Yoksa ilaç paralarının tamamını sağlık sigortası kurumu karşılayacak mıdır?

■ Şu andaki hiçbir sosyal güvenlik kapsamı içinde olmayan vatandaşlarımızın Sağ-Kur kapsamına alınmasıyla 56 milyon kişi sigortalanmış olacak. Varolan 33 milyon kişiyle ilgili belirli bir uygulama vardır. Çalışanlardan %20, emeklilerden %10 ilaç katılım payı alınmaktadır. Başlangıçta biz bunun böyle devam etmesinden yanayız. Ancak sistem çok iyi oturduğu taktirde ilaç savurganlığı azaldığı taktirde katılım paylarının azaltılarak tamamen ortadan kaldırılması mümkündür. Ancak başlangıçta var olan sistem devam edecektir.

□ Peki, aile hekiminden sonra bir sevk zinciri devam edecek. Hastanelere üniversitelere doğru gidecek. Burada hastanelerin durumu ne olacak?

■ Burda hastanelerin durumuna bir değinelim. Hastanelerin bugün yalnız devlet yardımıyla ayrılan bir payla çalışan;...

□ Döner sermaye gelirleri de var değil mi?

■ Tümünün yok, kaldı ki döner sermaye gelirin tümünü hastaneler kullanmıyor. Bu sistem içerisinde Sağ-Kur hastanelerden hizmet satın alacaktır ve bütün hastanelerin belli standarta ulaştığında fiyatları aynı olacaktır ve bu fiyatlar da gerçekçi fiyatlar olacaktır. Bugün hastanelerimizin fiyatları 87 yılındaki tarifeyle ilgilidir. 87'den bu yana fiyatlarda büyük bir artışa gidilmemiştir. Üstünden 2,5-3 yıl geçmesine, enflasyona rağmen rakamlar budur. Bu gerçekçi bir rakam olmamakta, dolayısıyla hastaneler büyük bir oranda, bu kaynağın yansımamasına sebep olmakta. Oysa sağlık sigortasına geçildiğinde Sağ-Kur gerçek fiyatlar, tarafların müşterek belirleyeceği fiyatlar, Sağlık Bakanlığı'nın, Tabipler Birliği'nin, Eczacılar Birliği'nin Diş Hekimleri Birliği'nin, özel hastanelerin, SSK'nın,



Bağ-Kur gibi. Sağlık olayında taraf olan kesimlerin temsilcilerinin belirleyeceği gerçek fiyatlar her yerde aynı uygulanacaktır. Ve Sağ-Kur bu harcamalar için hastanelere doğrudan ödeme yapacaktır. Böylece hastaneler büyük bir kaynağa kavuşacak ve bunu tamamen kendi işlerinde harcayacaklardır. Çünkü, bugünkü yapı içerisinde hastaneler merkeze bağlıdır, merkezden yönetilmeye çalışılmaktadır. Bu kadar gelişen büyük bir ülkenin merkezden hastanelerinin yönetilmesi bildiğiniz gibi pratikte birçok sorunlara neden olmaktadır. Bir çatı onarımı için bile bakanlıktan izin alınması gibi pek çok formalite vardır. Bu sistem içerisinde hastaneler il özel idarelerine bağlı, kendi bütçelerini kendilerinin harcayabileceği, müteveli heyetleriyle yönetilebilecekleri bir yapıya kavuşacaklar. Bu yüzden kendilerine gerçek değer üzerinden yapılan ödemeleri kendi gelişmeleri için, kendi araç-gereçleri için kullanabilecekler, gelişmeleri sağlanabilecek. Bunun yanında kendi çalışanlarına prim olarak para verebilecekler. Çünkü, hastanede çalışabilecek tüm hastane personelinin sözleşmeli olarak çalışmasını öngörüyoruz. Yalnız burdaki sözleşme personeli tedirgin edecek ve onların güvencesini ortadan kaldıracak yönde bir sözleşme olmayacak. Kamu iktisadi teşekküllerinin en son Ocak ayında çıkardığı kararnameye benzer bir yapıyı getirdik, yani kadroları olan sözleşmeli olacaktır, sözleşmeler iptal edildiği taktirde başka bir kadroya aktarılacak devlet memuru statülerinin devamı sağlanacaktır. Sürekli sözleşmeli olarak çalışacak kişinin de emekli sandığı ile irtibatı devam edecek ve Emekli Sandığı'ndan emekli olabilecektir. Onun için personelin herhangi bir güvenceden yoksun kalması söz konusu değildir. Buradaki amaç 657 sayılı devlet memurlarını ücret sistemi dışına çıkararak onların katkılarının ve hizmetlerinin karşılığını kendilerine ödeyebilecek bir sistem oluşturmaktır. Sözleşme ücreti bu hastanede çalışan personelimizi de tatmin edecek bir ücrettir. Kaldı ki belirttiğim gibi ek prim vermekte mümkündür.

□ Genel Sağlık Sigortasına gelince, bugün bu hizmeti veren kurumları tek elde toplayacaksınız. Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK'ı. Bunlar tamamen kalkacaklar mı? Yoksa yine bugünkü işlevlerini görecekler mi? Bu kurumların durumu nasıl olacak?

■ Bugünkü sosyal güvenlik kurumları yapılarını aynen koruyacaklar ve devam ettireceklerdir. Yani SSK ve Bağ-Kur bugünkü yapısıyla devam edecektir. Yalnız yeni kurulan Sağ-Kur kamu görevlilerini, emeklilerini, Emekli Sandığı mensuplarını ve ödeme gücü olan veya olmayan sosyal güvencesi olmayan vatandaşları kapsayacaktır. SSK ve Bağ-Kur'luların yine kurumlarıyla olan ilişkileri aynen devam edecek primlerini oraya vereceklerdir. Belli başlı üç tane kurum olacak; SSK, Bağ-Kur ve Sağ-Kur.

□ Yani tek bir Sağ-Kur değil.

■ Kesinlikle. Aynen devam edecektir. Ancak SSK ve Bağ-Kurun sigortalıları için aldığı hizmet gerek aile hekiminden, gerek hastanelerden alacağı hizmetin ödenmesi Sağ-Kur tarafından tek elden olacaktır. Başka bir deyişle, SSK'nin aile hekiminden aldığı hizmet -aile hekimi Sağ-Kur'a bağlı olduğu için- Sağ-Kur'dan alacaklar, yalnız o aile hekimine bağlı sigortalı sayısı kaç kişiye SSK bu ücreti Sağ-Kur'a aile hekimine ödenmek üzere aktaracaktır.



□ SSK'nin hastanelerinin gelirlerine filan karışmayacaksınız.

■ Kesinlikle karışmayacağız. Bu az evvel hahsettiğim, il özel idarelerine bağlı ve mütevellî heyetleriyle yönetilen özel bir yapıya kavuşturulan hastaneler, başlangıçta Sağlık Bakanlığı'nın hastaneleri olacaktır. Hepsi birden de değil, yavaş yavaş bu yapıya kavuşturulacaktır. Ancak biz taslakta istedikleri taktirde diğer kurumlara bağlı hastanelerin de bu yapıya geçmelerini açık bıraktık. Şunun için açık bıraktık, bu hastaneler çok büyük gelirlere kavuşacaklardır, bu gelirden dolayı, çok gelişecektir. SSK eğer hastanelerini bu yapıya kavuşturmak isterse kanundan yararlanacaktır ama, bir zorlama yoktur. Çünkü hastanelerden Sağ-Kur hizmet aldığı için SSK istediği taktirde, SSK kapsamı dışında olan diğer vatandaşlar için de SSK hastanelerinden Sağ-Kur'un hizmet alması mümkündür. Bu gelirlerin o hastanelere yansıtılması da kurumları tarafından uygun olduğu taktirde düşünülebilir. Ancak başlangıçta SSK'nın hastaneleri kendilerine bağlı olacaktır. Yalnız birinci basamak için aile hekiminden hizmet almak herkes için mecburi olacaktır. Yalnız aile hekimi Sağ-Kur'un hizmet aldığı hastanelere hastaları sevk ederken SSK'lılar için ayrıcalıklı bir sevk uygulayacaktır. Eğer SSK'nın o civarda bir hastanesi varsa veya SSK kendi hastalarının o civarda bir hastaneye sevk edilmesini istiyorsa aile hekimi SSK hastanelerine onları öncelikli sevk edecektir. Ancak SSK kabul ettiği taktirde, o bölgede hastanesi olmaması halinde Sağlık Bakanlığı ve diğer kamu kuruluşlarının hastanelerine de diğer herhangi bir sigortalı gibi sevk edilmesi mümkündür. Bu durumda SSK, şimdi olduğu gibi, ücreti Sağ-Kur aracılığıyla ödeyecektir.

□ Peki askeri ve diğer özel kurumların hastaneleri de bu şekilde mi olacak?

■ Dediğim gibi konuyu açık bıraktık. Eğer, istediği taktirde Milli Savunma Bakanlığı hastaneleri de Sağ-Kur'un kendilerinden hizmet alarak bir gelir kaynağına kavuşmak isterlerse, bu yapıya geçebilirler. Ancak yapı itibariyle Milli Savunma Bakanlığı özünde ayrı tutulmuştur. Ama bu hastanelerin de böyle bir gelirden yararlanması mümkündür. Aile hekimi veya sistemden yararlanma konusu da şöyle düşünülmüştür, askerlerin (subay, astsubay, vs.) kendi sistemleri içerisinde devam etmeleri zorunludur ancak bakmakla yükümlü oldukları kişiler için istedikleri taktirde aile hekiminden yararlanma yolunu da açık bıraktık. Bunu şunun için düşündük, Milli Savunma Bakanlığı'nın her yerde sağlık tesisi yok. Askerler ise Türkiye'nin en ücra köşelerinde bile hizmet yapmaktadırlar. Bulundukları yerde tesis yokken, yeterince hizmet alamıyorken, aile hekimliğini askerlerin eş ve çocuklarına kapatmak düşünülemezdi. Açık bıraktık, istedikleri taktirde bu sistemden yararlanacaklardır.

□ Bu sistem içerisinde, sağlık hizmetlerinin verilmesinde, Sağlık Bakanlığı'nın rolü ne olacaktır?

■ Sağlık Bakanlığı gerçekten olması gerekli hüviyete kavuşturulacaktır. Sağlık Bakanlığı bugün bir köydeki sağlık ocağının kırılan camıyla bile ilgilenmek zorundadır. Bu kadar gereksiz, mahalli yerinde çözülecek, günlük rutin işlerden boğulmuş ve işlevini yerine getiremez duruma gelmiştir. Hastanelerin il özel idarelerine bağlı mütevellî heyetle yönetilen özel kurumlar haline dönüşmesinden sonra Sağlık Bakanlığı'nın yükü büyük ölçüde azalacaktır. İşte o zaman Sağ-



lık Bakanlığı kendisinin yapması gereken, sağlık politikası, geliştiren, sağlık hizmetleri planlayan koordine eden ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasını yönelik tedbir ve çalışmaları yapan gerçek hüviyetine kavuşmuş olacaktır.

□ Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi ne olacaktır?

■ Bilindiği üzere Sağlık Bakanlığı'nın bütçesinin %80'i hastanelere gitmektedir. Sağ-Kur'un işleve girmesiyle Sağlık Bakanlığının bütçesi büyük ölçüde rahatlayacak böylece de Sağlık Bakanlığı gerçek işlevlerine, özellikle de koruyucu sağlık hizmetlerini verebilecek ve bütçesinde kalan payı yeni statülere göre ile de Sağlık Bakanlığı daha iyi maddi imkanlara sahip olacaktır.

□ Özel sigortaların bu sistem içerisindeki rolü ne olacaktır?

■ Bizim öngördüğümüz bugün SSK ve devlet memurlarının aldığı sağlık hizmetini aynen, sosyal güvencesi olmayan vatandaşlarımıza ulaştırmaktır. **Ancak özel sigortalar çok daha fazla hizmete karşılık sigorta yaparlar.** Yani bizim bugün SKK, devlet memurlarına verilen hizmet asgari bir sağlık hizmetidir. Bizim amacımız diğer insanların da bu asgari hizmetten yararlanmasını sağlamaktır.

□ Bu asgari hizmeti devlet eliyle yapacaksınız.. Sigorta olayında asgari sağlık hizmeti verilmesi devlete bağlı olacak değil mi?

■ Sadece bu 20-24 milyon insanla, devlet memurları. Yani SSK'lılarla Bağ-kur'lular ayrı kalacaklar. Sağ-Kur Sağlık Bakanlığına bağlı katma Bütçeli bir kuruluş. Ancak işleyişi ve gelirlerini kullanışı açısından oldukça özektir. Katma bütçeli olması onun için düşünülmüştür. Ancak sistem rayına oturduktan sonra Sağ-kur'un Sağlık Bakanlığı'ndan da koparak daha farklı bir statüye kavuşturulması da arzulanmakta ve planlanmaktadır. Özel sigortalar, kişilerden daha fazla para alarak ekstra bir hizmet verirler. Şöyle demek gerekirse, bir kişi özel sigortaya gidip şunu talep edebilir; ben hastalandığım zaman her seferinde profesöre gitmeyi isterim. Sigorta profesör muayanehanesine gitmeyi taahhüt eder, karşılığında da onla orantılı prim alır. Kişilerin fazla ödeme gücü varsa ve ekstra bir sağlık hizmeti almayı istiyorsa, her hastalandığında yurt dışına da gitmeyi isteyebilir- özel sigortalar bu hizmetlerini bugün yaptıkları gibi yeni sistem içerisinde de yapacaklardır.

□ Peki, siz özel ve devlet hastanelerine gitme özgürlüğü giterecek misiniz?

■ Sevk zinciri içerisinde olmak koşuluyla, özel hastane ve devlet hastanesinin Sağ-Kur açısından pek farkı olmayacaktır. Tedavi giderleri bakımından aynı ücret tarifesine tabi olacaklar, Sağ-Kur resmi hastaneye'de aynı parayı verecek, özel hastaneye de.

Üniversite hastaneleri de 3. basamak hastaneleridir bu sistem içerisinde, üniversitelerden de hizmet alınacaktır. Üniversitelerde gerçekten eğitim, araştırma ve 3. basamak hizmetleri için kurulmuşlardır. Üniversitelerimiz de bu sistem içerisinde lüzumsuz yığılmalardan kurtulacak, onlar da kuruluş amaçlarına uygun bir yapıya kavuşacaklardır.



□ Peki, genel sağlık sigortası geldiğinde, mesela KDV'de bir artış veya alınan sağlık primlerinde bir artış olursa bu hizmet gene halkın cebinden çıkmış olacak. Bu duruma bir güvence verebiliyor musunuz?

■ **Prim ödeme gücünde olanların ödeyebileceği primler sınırsız değildir.** Prim esas alan ücretin tespitinde taban olarak asgari ücret, tavan olarak da en **yüksek devlet maaşı alanlar** esas alınacaktır. Yani prim sınırsız olarak artmamaktadır. Yalnız herhangi bir şekilde bu kaynağı karşılamak için katma değer artırılması ve diğer hususlarda hemen şöyle bir soru sormak gerekiyor? Bugün sağlık hizmetleri yeterli düzeyde midir? Verilen cevaplar, hayır. Sağlık hizmetlerine daha fazla bir pay, kaynak ayırmayı herkes düşünüyor mu? Düşünüyor. Peki cevap isteyenler, devletten aktarılın diyor. Devletin ayrı bir kaynağı yok, devletin tüm kaynağı gene bizden topladığı vergiler. Aslında ister Sağ-Kur kanalıyla, isterse devlet olarak söyleyin, yani yine sonuç aynı yere varmaktadır. Çünkü, devletin gelirlerini vergiler oluşturmaktadır. Burda sağlık sigortası olmasın kişilerden **hiz prim toplamayalım**, devlet tarafından ücretsiz olarak verilsin diyenler bu gerçeği unutuyorlar. Devletin bu hizmeti ücretsiz olarak vermesi için iki yolu var; ya kalitesiz bir hizmet vererek çok ucuza maledecek, ya da kaliteli hizmet vermek istediği taktirde buna ayırdığı kaynak vergilerle ayırdığı kaynak olacak. Yani bu iki olay birbirinden farklı değil. Sonuç devletin apayrı bir geliri olmadığına göre bu kaynak zaten bizden toplanan vergilerdir. Ama katma değer ekstra artırılması bu taslakta düşünülmemiştir. Kaldı ki, prim alacak bazı ücretli kesimin, bordroları üzerinden prim kesilecek kişinin ücretlerine yansımaması için kesilen prim kadar ücretlerine artış yapılacaktır. Bu devletin en üst yetkili veya yetkililerinin önerileridir. **Kesilen primin ücretlerinden bir kayıp olmayacak şekilde ücretlerinin artırılması ile telafi edilmesi gerekir.**

□ Söyleşimizin sonlarına geldiğimiz şu anlarda, ben sistemin en çok eleştiri alan ve en can alıcı noktasına gelmek istiyorum; prim toplama olayı. Nüfusun %55'ini bugünkü sistem içerisinde sigortalı kabul edersek geriye kalan %45'lik kesimden bir sağlık primi toplama söz konusu. Bunu nasıl çözeceksiniz?

■ **Prim toplama olayı sigortanın en çok eleştirilen noktası.** Sigortaya taraf tar herkes veya ankete katılan o %96'lık kesim dışındakiler hep prim olayına takılmışlar. Hiç kimse tamamen karşıyız demiyor, ancak burada gözden kaçırılan bazı gerçekler var. Bugün Türkiye'nin sağlık harcamaları söylendiği gibi az değil. Şöyle geçen yıl Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi 2,7'lerden bu yıl 4.12'ye çıkarıldı. Miktar olarak söyleyeyim, geçen yıl 89'da Sağlık Bakanlığı'nın gerçekleşen bütçe rakamı 900 milyarken bu yıl bütçedeki rakam 2 trilyon 633 milyardır. Bakın 3 katı bir artış. Bir başka husus da var. Türkiye'de sağlığa ayrılan payın az olduğu hep dile getirilir. Yalnız burda gözden kaçırılan konu Sağlık Bakanlığı'nın bütçesine bakılarak sağlık bütçesinin eleştirilmesidir. Oysa Maliye'nin sağlığa ayırdığı pay geçen yıl, 3,7 trilyondur. (Sağlık Bakanlığı'nın bütçesinin 900 milyon olduğu zaman) yani Sağlık Bakanlığının bütçesinin yanında 2 trilyon 800 milyarlık bir kısım da vardır. Bu yıl maliyenin ayırdığı pay 6,4 trilyondur. Çünkü bugün sadece Sağlık Bakanlığı hizmet vermemektedir. Mevcut hastanelerin yarısı Sağlık Bakanlığı'na aittir. Diğer hastaneler çeşitli bakanlıklara ve kamu kuruluşlarına aittir. Onların da bir sağlık harcaması vardır. Maliyenin bu rakamlarının hepsini



topladığımızda %9'ları bulmakta ki %9'lar çok arzu edilen bir rakamdır. Bizim yıllardır söylediğimiz %10 rakamına çok yakındır. Buna rağmen primle ilgili olarak bizim söyleyeceğimiz şu, prim gücü olandan alınacaktır, diyoruz. 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 kendisinin diğer konularda uyguladığı standartları burda da uygulayacaktır ve buna göre kendisi tespit edecektir. Nasıl bir standart koyar? Tamamen, teknik bir konudur ama, sağlık sigortası kanunu hazırlanırken bu Maliye'nin sorumluluğundadır. Ne yaparsa yapsın, baştan ölü doğum, diye tabir edilen bir yaklaşımla olaya başlamadık. Sağlık Sigortası kanumunda bir kaynak da koyduk. Sağ-Kur'un kaynakları arasında, **genel bütçeden bir pay aktarımı düşünüldü**. Ancak genel bütçeden aktarılan payın ihtiyacı karşılamayacağı endişesiyle biz bir başka kaynak oluşturduk. Bu da bir fondur. Bu fon da şimdiye kadar kurulan fonlardan çok daha gerçekçi kaynağa dayanmaktadır. Fonun gelirleri, diğer kurulmuş olan fonların gelirlerinin **%10'nuyla KDV vergisinin %5-%20 arasında** her yıl içerisinde tespit edilecek bir rakamdır. Hiç genel bütçeden bir pay aktarılmıyorsa dahi sadece KDV'den aktarılacak miktar primleri ödemeye kafidir. Yani hiç kimse prim vermese dahi KDV'deki tavan bunu karşılayacak düzeydedir.

□ Ben sistemin odak noktasını prim toplama olayı olarak niteliendiriyorum. Siz de bu prim toplama olayında genel olarak Maliye Bakanlığı'nın sorumlu olması gerekli diyorsunuz. Ama biz de bu olaydan kaçmıyoruz diyorsunuz. Yalnız bu sistemi uygulamak istiyorsanız. Maliye Bakanlığı'na net bir çözüm yolu önermeniz gerekir diye düşünüyorum ben. Veya Maliye Bakanlığı'yla ortak bir çözüm yolu getirmeniz gerekir. Yoksa sistem ne kadar iyi olursa olsun bu sorun çözülmedikçe uygulanamaz.

■ Şimdi bakın burda başka bir olay daha var. Bugün Türkiye'de zaten SSK'lılar, Bağ-Kur'lular prim olarak, devlet memurları da Maliye Bakanlığı tedavi giderleri olarak bir para veriyor. Onlardan ekstra bir para toplanması söz konusu değil. Geriye kalan 20-24 milyona baktığımızda bunların içerisinde, bugün Türkiye'de Bağ-Kur'luların toplamı 10 milyon civarındadır. Yalnız sağlık primi ödeyen 2,5 milyondur. Yani bu şu demektir; 7,5 milyon daha Bağ-Kur'lu var ama bunlar sağlık sigortası primi ödememişler, niçin ödesinler? Kuyruklarda bekledikleri, istedikleri şekilde bir hizmet alamayacakları bir hastaneye gitmek için mi ödesinler? Onun yerine cebinden harcayarak özel hekimler, özel kurumlardan bunu almayı uygun görmektedirler. Ama bu sistem içerisinde 7,5 milyon daha Bağ-Kur'lu gelecektir. 24 milyonun içindedir bu 7,5 milyon. Kaldıki Sosyal Sigortalar kaydı olmayıp da bir işverenin yanında çalışan işçiler, sosyal sigortalar kapsamı içerisinde olması gerekenler de bu sistem içerisinde primlerini ödemeye, prim tahsil, talep edildiği takdirde kendisi sigortalı olduğunu beyan etmeye zorunlu olacaktır. Çünkü sigortalının primlerinin %5'ini kendisi %7'sini işveren ödemektedir. Sigortalı olacaktır, dolayısıyla sigortalı olmayı teşvik edecektir. Bağ-Kur'lu için de aynı olay söz konusudur. Bunları rakam olarak düşerseniz, hemen hemen geriye 10-12 milyonluk bir kesim kalmaktadır. Bu 10-12 milyon kişiyi de tek tek düşünmeyeceksiniz, aile reisleri bazında düşüneceksiniz.



Çünkü primin herkesten alınması demek değildir, aile reisinden prim alınmasıdır. Türkiye'de aile büyüklüğünü 5 veya 6 olarak kabul ederseniz geriye kalan, prim toplanması öngörülen kişi sayısı 3 milyon civarındadır. Bunların da bir kısmını devlet karşılayacaktır. Yani prim zaten şöyle veya böyle prim veya başka adla toplanmaktadır ki, az evvel verdiğim rakamla da kamunun sağlığa harcamaları %9'dur. Burada kişilerin kendilerinin hizmet satın aldığı ki harcamalarının ne olduğunu da bilmiyoruz. Yani rakamlar çok daha büyüktür, öyle sanıldığı gibi çok yaygın, çok fazla kişiden prim toplanması söz konusu değildir. Bu geriye kalan 3 milyon kişi için, 56 milyonun faydalanacağı bir sistemi. 3 milyon kişi de prim toplamada olacak zorlukları düşünerek, 56 milyon sağlık hizmetleri yönünden güvenceye kavuşturmakta veya onlara kaliteli bir hizmeti sunmaktan vazgeçirmek düşünülemez veya 20-24 milyon sosyal güvenlik şemsiyesi altına almaktan vazgeçilmesi, insafli bir yaklaşım olmaz. Ama primlerin toplanmasıyla ilgili, ayrıntılı bir takım esaslar ve çalışmalar biz de var. Ama biz bunu Maliye Bakanlığı'nın görev alanına girdiği için kamuoyunda tartışma aşamasında açıklamayı uygun bulmuyoruz. O aşamaya da gelindiğinde, kanun geçtiği taktirde, Maliye Bakanlığı'nın bu konudaki çalışmalarına biz Sağlık Bakanlığı olarak yardımcı olacağız, bugün bu çalışmaları zaten başlattık.

□ Geriye kalan, sizin tabirinizle 10-12 milyon -bence bu rakam daha fazla olabilir- insanın büyük kısmı tarımla uğraşıyor. Bunların gelir düzeylerinde de çok büyük dalgalanmalar var, yıldan yıla değişiyor. Bu durumda bu kitle içinde, bu adam sağlık primi verebilir, bu adam veremez diye nasıl bir çizgi koyacaksınız? Her ne kadar bunlar sonraki işler, Maliye Bakanlığı'nın işleri diyorsanız da, sizin şu anda bu konudaki düşünceleriniz nelerdir öğrenebilir miyim?

■ Ben rakamlara girmek istemiyorum. Şu anda kurduğumuz sistem içerisinde sağlık fonunun getireceği kaynak hiç kimseden prim alınmasa dahi- hiç kimse derken sosyal güvenlik kapsamı içinde olmayanları kastediyorum- sistemi işletmeye yeterlidir. O yüzden genel bütçeden Sağ-Kur'a aktarılabilecek payla yetinilmemiş, gerçekçi bir kaynak, Sağlık Fonu kurulmuş ve bu Sağlık Fonu da diğer fonlar gibi çok değişik vergilere bağlanmamış, toplanması, formalitesi çok fazla olan çok değişik kalemlere dağıtılmamış, net olarak KDV'ye ve diğer fonlara bağlanmıştır. Kaynak gerçekçidir, hiç prim toplanmasa bile bu sistemi devam ettirecek güçtedir. Kaldı ki, o kadarda kötümser olmamak gerekir, çünkü diğer vergilendirme sistemleri için Maliye'nin elinde zaten bir takım geliştirilmiş kriterleri vardır, vergi mükellefi olarak vardır, şu anda maliye bu mükelleflerini bilgisayara geçirmiş, bu konuda epeyce yol almıştır ve bunu tespit etmek mümkün olacaktır. Belki başlangıçta sıkıntılar olacaktır, başlangıçta sıkıntılar olacaktır diye, hiçbir şeye başlamamak doğru bir yaklaşım değildir. Zaman içerisinde aksaklıkların çözülmesi mümkün olacaktır. Yalnız kaynağın gerçek karşılığı şu anda vardır. Prim toplanmasa bile bu bir endişe olmasın, sistemin çalışmasına engel değildir.

□ Ben şunu merak ediyorum; şimdi bir Bağ-Kur var, Bağ-Kur'a isterse genel sağlık sigortasına giremeyen bu kesim bağlanabilir. Yani birinci aşamada bu insanları Bağ-Kur'a bağlayıp bu sosyal güvencesi olmayan insanların sorunlarını çözüp, ondan sonra niye kademeli olarak böyle bir sisteme geçiliyor?



■ Bağ-Kur bildiğiniz üzere gerçek değeri üzerinden primleri almakta. Ücretleri almakta bir takım basamaklar vardır ve %12'sini almaktadır. Kişiden %12'yi doğrudan almaktadır ve Bağ-Kur kapamı dahilinde olduğu herhangi bir şekilde devletin bir fonundan bunun süspense edilmesi söz konusu değildir. Ama Sağ-Kur'un yapısı Bağ-Kur'dan farklı kurulmuştur, primini kısmen ödeyen, ödeyecek veya hiç ödeyemeyecekler için kaynak bulunarak bu yapıda kurulmuştur. Bağ-Kur'un kapsamı içerisinde oldukları taktirde hepsinin primlerini gerçek olarak %12 olarak ödemesi gerekirdi ki, bu sosyal güvence kapsamı dışında kalan kısmın zaten büyük kısmı bunu ödeyemeyecek durumda olan insanlar. Onun için Bağ-Kur'un içerisinde bunun düşünülmesi ilk aşama için uygun değildir. Ancak biz Sağ-Kur'u öylesine açık bıraktık ki, zaman içerisinde aynı tip hizmeti, bugün sosyal sigortalının, Bağ-Kur'lunun aldığı hizmeti, Sağ-Kur'lu da alacağından, aynı düzeyde hizmet alacağından primlerin belirlenmesine ilişkin rakamları ve diğer standartları SSK ve Bağ-Kur'a göre belirlerken amacımız da, bu kurumların günün birinde tek bir sağlık sigortası kapsamında toplanmasıydı. Bu bir kamu kurumu da olabilir, bir özel sigorta da olabilir, önemli değil. Tek çatı altında toplanması bizim için önemli olan. Buna açık bırakılmıştır, sistem oturduğu zaman Bağ-Kur'da, SSK'da istediği taktirde buraya dahil olabilecektir. Ancak kesinlikle bir zorlama yoktur.

□ *Siz evvela sosyal güvencesi olmayan kesimi ve kamu görevlilerini Sağ-Kur kapsamına alıyorsanız, SSK ve Bağ-Kur'u dışarda tutuyorsunuz değil mi?*

■ Evet, kamu görevlilerini de Sağ-Kur kapsamı içerisine alıyoruz, çünkü kamu çalışanları için başlangıçta bir sıkıntı yok. Maliye bunların tedavi giderlerini karşıladığı için bir kaynak var ve amaç tüm çalışanları sağlık sigortası açısından tek bir şemsiye altına toplamak olduğu için, daha baştan hazır toplanabilecek ve bir sosyal güvenlik kuruluşuna, kurum olarak, bağlı olmayanları ayrı tutmamayı düşündük. Emekli ve kamu görevlileri, yoksa bunlar ayrı tutulabilirdi ama diğerleriyle entegre olmayı bir basamak artırmış olurduk. Biz bir basamak yukardan başlamış olduk.

□ *Sayın Cemil Özcan, verdiğiniz bilgiler için çok teşekkür ediyorum. Gerçekten uygulamak istediğiniz GSS modelini aşağı yukarı detaylarıyla toparlamış olduk.*

■ Ben çok teşekkür ederim. Çünkü, bizim bütün amacımız tartışılması ve hazırlanan bu çalışmaların herkese ulaştırılması. Bu bizim için çok büyük bir vesile oldu. Bu fırsatı verdiğiniz için ben teşekkür ederim.

□ *Bizim amacımız da zaten bir platform oluşturmak, konuyu tartışmak Türkiye'nin sağlık sorunlarının çözülmesine ufak da olsa katkıda bulunabilmektir.*

(Bu söyleşi Nisan 1990'da yapılmıştır).