



S A Ğ - K U R Ü Z E R İ N E

Dr. Selim ÖLÇER*

Sağlık Bakanlığı'nın Genel Sağlık Sigortasına yönelik son açıklamaları üzerine söylenebilecekler şöyle özellenbilir:

1. Ortada dişe dokunur bir çalışma, özgün bir çaba yoktur.

Sağlık Bakanlığı'nın 6.2.1990 tarihini taşıyan kitapçığında 3 bölüm var. i) Sağlık Bakanı'nın sunuşu, ii) Sağ-Kur yasa tasarısı, iii) AT ülkelerinde sağlık sistemleri.

İlk bölümdeki sunuşta, Türkiye'deki SSK'lı Bağ-Kur'lu, emekli ve memur sayıları gibi her yıl DPT'nin programlarında verilen rakamların yinelendiğini görüyoruz. Bu sunuşta özgün sayılabilecek bir tek yaklaşım var. Burada, isteyen her hekimin "Aile Hekimi" sayılacağı söylenerek belirsiz bir yeni sistem öneriliyor. Bu önerinin varolan aile hekimliği uzmanlığı sistemiyle de herhangi bir ilgisi yok; İngiltere ve ABD'deki sistemlerden eklektik aktarmalar bu öneriyi oluşturmuş.

2. Sağlık hizmetlerine gayri safi milli hasıla'dan ayrılan paranın arttırılmasına yönelik ciddi bir öneri yoktur.

Türkiye'de gayri safi milli hasıla'dan sağlığa harcanan paranın % 3.5 olduğu tahmin ediliyor. Bunun en az % 5 olması, Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisidir. GSMH'nin % 1.5'u olan bu artış, (GSMH 27 trilyon TL olarak düşünülürse) yaklaşık 4 trilyon TL eder. Sağlık hizmetlerine çözüm bulmak için bu para ya genel merkezi bütçeden ya da aile bütçelerinden karşılanmalıdır. Bakanlığın bu artışı, sağlık sigortası olma zorunlularından prim toplayarak karşılamak istediği anlaşılıyor, oysa bu mümkün değildir.

55 milyon kişiden % 55'i (= 30 milyon kişi) şu anda sağlık sigortası kapsamı dışındadır. Bu grup 7.5 milyon aile eder. Ayda aile başına alınabilecek prim 10.000 TL sayılırsa yılda 120.000 TL eder. Bu primin tümü toplanabilse bile, (120 bin x 7.5 milyon=) 900 milyar TL gelir elde edilebilir. Gerçekten miktarın ancak % 23'ü olan bu paranın da çok az bir kısmının toplanabileceği varolan uygulamadan anlaşılıyor. Çünkü SSK gibi eski bir

"Şu anda sağlık sigortası olmayanlardan prim toplayarak, onlara sağlık hizmeti sunmak mümkün değildir."

*Ankara Tabip Odası Başkanı



kurumda bile 1.5 trilyon TL sağlık primi toplanırken, 1 trilyon TL işveren borcu alınmamıştır. Büyük reklamlarla kamuya sunulan Bağ- Kur sağlık sigortası iflas etmiş durumdadır. Ve bir çok kurum borcunu ödeyemeyen Bağ-Kur'a hizmet sunmaktan vazgeçmiştir. 9.4 milyon Bağ-Kur'ludan sağlık primi ödeyenlerin sayısı 2,4 milyonu bulmamaktadır, bu da Bağ-Kur'luların dörtte biri eder. Örgütlü kesimlerden bu kadar para toplanabiliyorsa, örgütsüz kesimlerden örneğin köylerde yaşayanlardan bu paranın rahatlıkla alınabileceği düşünülebilir mi?

Şu anda sağlık sigortasına sahip olmayan kişilerden prim toplayarak bu para ile onlara sağlık hizmeti vermek mümkün değildir. Bir an için bunun mümkün olduğu varsayılsa bile, primlerin her yıl % 60-70'lik enflasyona uygun olarak artırılması olanaksızdır.

3. Türkiye'de prim toplamadan önce üretilen sağlık hizmeti miktarını arttırmak gerekir.

Sağlık primi toplama ya da primleri arttırmak, hizmete talebi yükseltir. Bunun içinde alt yapısı ile birlikte ilk basamak hizmet üniteleri, yani sağlık ocakları kurulması şarttır. Önerilen yeni düzenlemede, yeni hizmet birimlerinden söz edilmiyor. Ancak, Aile Hekimi adını benimseyecek hekimlere bağlanacak ailelerden prim toplanarak bu hekimlere ücret ödeneceğinden söz ediliyor. Yani resmi kurumların sağlık hizmeti alanında bir çeşit komisyonculuk yapması öngörülmüyor. Oysa, ücretini prim olarak değil muayene ücreti olarak almak, muayenehane hekiminin daha çok avantajlıdır. Çünkü ayda ödediği prim ne kadar az olursa olsun, prim ödeyen aileler hekime daha çok sorumluluk yükleyecek, daha sık muayenehaneye gidecektir. **Sonuçta hekimin emeği ucuzlamış olacaktır.**

Devlete düşen, hizmet miktarını arttırmak için kurumsal altyapıyı oluşturmaktır.

4. Öneriler, kırsal-kentsel hizmet adaletsizliğini arttıracaktır.

Yeni kurum açılması önerilmediğine göre, primin herkesten alınması halinde de şimdi varolan sağlık kurumları kullanılacaktır. Aynı primi ödediği halde, örneğin köyde yaşayanlar ancak uzun mesafeler katederek hekime ulaşabilecektir. Küçük yerleşim yerlerinden kentlere doğru hekim akımı hızlanacaktır. Primler farklı toplanacaksa, yine büyük kentler ve zengin mahallelerde daha çok prim toplanabileceği için hekim oralara doğru akacaktır.

5. Sağlık Bakanlığı kendini hizmet vermekle değil, hizmetin parasını halktan toplamakla görevli saymaktadır.

Mayıs 1987'de çıkarılan, ancak ölü doğduğu için hala işletilemeyen Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu gibi, işletilemeyecek yeni yasalar hazırlanmaktadır. "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" nun dördüncü maddesinde prim toplamak için yeni kurumlar oluşturma yetkisi Bakanlar Kurulu'na veriliyordu. Ama bu madde Anayasa Mahkemesi'nce iptal edildi. Ancak iktidar sağlık birimlerini artırma konusunda o kadar ısrarlı ki, bu işi ancak yasayla yapabileceği için üç yıl sonra da olsa bir yasa tasarısı hazırlıyor ve büyük yenilik gibi sunuyor.

6. Aile Hekimliği sistemi önerisinin ne olduğu belirgin değildir.

Şu anda bir yandan Tıp Uzmanlık Tüzüğü'ne göre hekimlere "Aile Hekimliği Uzmanı" ünvanı vermekte olan Sağlık Bakanlığı, öte yandan, ister pratisyen, ister uzman olsun bütün hekimlerin istedikleri takdirde "Aile Hekimi" olacaklarını söylüyor. Bu durumda Aile Hekimliği uzmanlarının ne olacağı belli değildir. Aile Hekimliği eğitiminin kime, nasıl verileceği hakkında da bir görüş belirtilmediğine göre bu konunun hiç düşünülmediği anlaşılıyor.

Sonuç olarak, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sigortası hazırlıkları adı altında sunduğu son çalışmalar, yüzeysel, eklektik, yetersiz ve birbirleriyle çelişen kimi görüşlerin yan yana getirilmesinden ibarettir. Hizmetin bu önerilerle artması mümkün olmadığı gibi, Bakanlık kendi önerilerini gerçekleştirebilecek durumda değildir. □