TÜRKİYE'de SOSYAL GÜVENLİK ALANINDA SON GELİŞMELER

ECEHAN BALTA
TEB Tasarım Geliştirme Grubu

Giriş

Sanayi devrimi, kentleşmeyi büyük oranda hızlandırmış, ancak dayanışma ortamlarından çıkardığı kitlelere kent yaşamlarında bir güven sağlayamadığı için kendisine düşman bir kitle yaratmıştı. Bu bakımdan ilerlemeci Aydınlanma'nın "özgürlük, eşitlik, kardeşlik" sloganı, bir anda aç kalma özgürlüğüne dönüşmüştü. Batı kendi açları ve yoksullarıyla başa çıkma yöntemi olarak sosyal güvenlik kurumlarını yarattı. Elbette, bahşedilen bir olgu değildi bu. Daha çok, sistemin kendini güvenceye almak için bir tehdit olarak gördüğü kesimlere verilen bir haktı. Bu bakımdan, kazanılmıştı.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 22. maddesinde de sosyal güvenlik hakkı evrensel bir hak olarak tanımlandı. "Herkes toplumun bir ferdi olarak sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Sosyal güvenlik bireyin onuru, kişiliğinin geliştirilmesi için kaçınılmaz ekonomik, sosyal ve kültürel hakların tatmin edilmesine dayanır".

Bu hak, liberal sosyal devlet döneminde devletin yerine getirmekle yükümlü olduğu bir uygulama iken, bugün kapitalist küreselleşme çağında hızla böyle olmaktan çıkmaktadır. Diğer yandan, hemen belirtelim ki, sosyal güvenlik hakları aslında hiçbir zaman İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ndeki şekli ile de gerçekleştirilmiş değildir. Haklar, her zaman ekonomik haklarla sınırlı tutulmuştur. Sosyal ve kültürel haklara ilişkin uygulamalar yok denecek kadar azdır.

Sosyal güvenlik kurumlarının reform adı altında dönüştürülmesi, Türkiye'nin gündeminden düşmeyen belli başlı konulardan birisi olma özelliğini bugün de sürdürmektedir. Bu dönüşüm, "reform" başlığı altında herkesin sosyal güvenlik şemsiyesine alınacağı ve sosyal güvenlik şemsiyelerinin de tekleştirileceği varsayımı üzerine kurulmaktadır.

Ancak verilmeye çalışılan sosyal güvenlik hizmetlerinin kalitesi içinde yer aldığı bütünsellikten kopartılıp sistemin kendi krizi çerçevesinde değerlendirildiğinde, piyasanın bir alternatif olarak belirginleşmesi kolaylaşmaktadır. Bu bakımdan, kalite, reform gibi sözcüklerin söylemsel düzeyde sağlığın piyasalaştırılmasına katkıda bulunduğu da gözden kaçmamalıdır. Neoliberalizmin temsilcileri, sosyal güvenlik fonlarının devlet tekelinde bulunmasının kaynakların piyasaya göre değil, seçmen tercihine göre kullanılması sonucu doğuracağı için sakıncalı olduğunu ileri sürmektedir. Bu yaklaşıma göre, sosyal güvenlik sistemi yeniden bölüşüm için kullanılmamalı; toplumsal değil bireysel sorumluluk esasına göre yapılandırılmalı, sosyal yardımlar tüm yoksulları hedef almalı ve sosyal riskler karşısında toplum tarafından asgari bir geçim düzeyi geçici olarak sağlanmalıdır. Buna göre, kamu sadece en yoksul kesime asgari düzeyde yardım yapmakla sorumlu olacak, buna karşılık sosyal koruma özel sigortalara devredilecektir. Ya da özel sigorta şirketleri ve özel sağlık kurumlarının sağlık örgütlenmesine artan oranda katılımını öngören bir model oluşturulacaktır. Avrupa Birliği çerçevesinde de esnekleştirme, sosyal güvenlik sistemlerinin bireyselleştirilmesi gibi uygulamalar çalışanlar açısından önemli bir kriz potansiyeli oluşturmaktadır.

Türkiye'de Durum

Türkiye'de bugün gündeme gelen Sağlıkta Dönüşüm Programı bütün bu çerçeve içerisinde değerlendirilmelidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'na bağlı olarak tasarılaştırılan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı, temel olarak herkesin sosyal güvenlik sistemine katılması, sistemin tek bir çatı altında toplanmasını öngörmektedir. Ancak herkesin sosyal güvenlik kapsamına alınması, ilk elden sosyal güvencesiz kimsenin kalmayacağı anlamı taşımakla birlikte, sosyal güvenlik primlerinin ve emeklilik yaşının yükseltilmesi ve emekli aylıklarının azaltılması yolu ile, şu anda sosyal güvenlik sisteminde bulunanların sırtına daha fazla yük bindirilmesi anlamını taşımaktadır. Diğer yandan, devlet şu anda sosyal güvenlik kapsamında olmayanlardan asgari ücretin üçte biri oranında gelir sahibi olanların sosyal güvenlik ihtiyaçlarını karşılamaktadır ki bu, asgari bir düzeyin geçici olarak sağlanması yaklaşımının bir sonucudur. Ayrıca, bütün bu tartışmalarda gözden kaçan bir başka ve önemli konu, "devlet" denilen mekanizmanın tek başına belirli bir varlığı olmadığı, toplumun asgari güvenlik ihtiyacı-

nı karşılayanın sosyal güvenlik primleri ve dolaylı/dolaysız vergilerin yükseltilmesi ile toplumun diğer kesimleri olduğudur.

Diğer yandan, sağlıkta bazı ilerlemeler de göze çarpmaktadır. Türkiye'de sosyal güvenlik kurumlarının kapsadığı nüfus, yüzde 92 civarındadır. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı üç büyük kuruluş olarak nüfusun yüzde 81'ini çatısı altında toplamaktadır. Yeşil kartlılar ise yüzde 10 civarındadır. Bunların arasından SSK, en büyük sosyal güvenlik kuruluşu olarak nüfusun yüzde 30.7'sine kendi özel koşulları ve yer yer evrensel kurallara aykırı yöntemlerle hizmet vermeye çalışmakta idi.

Hem hekimlik hizmeti hem de eczacılık hizmeti açısından, SSK'nın bu yükü kaldıramadığı görülmüştür. SSK bu noktada iki şey yapabilirdi: Birincisi, ciddi bir reformla hem altyapısını geliştirerek hem de nitelikli personel sayısını artırarak hizmet kalite ve hızını yükseltebilirdi. Ya da bu hizmeti evrensel kurallara uygun hale getirebilirdi. Gelinen noktada, SSK ikinci alternatife yönelmiştir. Rakamlara baktığımızda SSK'nın evrensel ölçütlere uygun hizmet verebilmesi için, örneğin Türkiye'deki serbest eczacı sayısı kadar eczacı çalıştırması gerektiğini görürüz ki, bu teknik ve mali olarak olası bir proje değildir. Bu bakımdan, SSK'nın iyi hizmet verebilmek için ilaç hizmetini serbest eczanelerden sağlamak dışında bir seçeneği yoktur. Ayrıca, vurgulamış olduğumuz gibi, evrensel kural da budur. Bu bakımdan, altı çizilmesi gereken bir başka konu, eczacılık hizmetlerinin serbest eczanelerden verilmesinin bu hizmetin özel sağlık kurumlarına devredilmesi ile aynı kapsamda ele alınmaması gerektiği gerçeğidir. Serbest eczaneler, Anayasal olarak kamu hizmeti veren yerlerdir. Kamu hizmetinin temel ilkelerine aykırı davranamazlar. Diğer yandan, eczacı, sermayedar değil; kazandığı bilginin yaygın dağıtımı esasında ve kamu hizmeti verdiğinin bilinci ile çalışmak zorunda olan bir sağlık personelidir.

Biz her zaman, herkese eşit, ücretsiz, tek sosyal güvenlik şemsiyesi altında sağlık ve ilaç hizmeti verilmesi gerektiğini savunduk. Ancak ücretsiz derken, katılım payını kastetmiyoruz, hemen belirtelim. Katılım payı hastanın ilaçları akılcı kullanımını teşvik edecek bir düzenlemedir. Bu düzenlemenin ortadan kalkması hem ilaç savurganlığını ve dolayısıyla hem de ilaçtan kaynaklı bir sağlık tehdidini beraberinde getirebilir.

Eczacılık Hizmetlerinin Aşil Topuğu: Geri Ödeme

İlaç fiyatlarının tespiti hemen her ülkede bir sisteme bağlanmıştır. Bu durumun gerçek nedeni ilaç fiyatlarının halk sağlığını yakından ilgilendirmesidir. Ayrıca geri ödeme sistemleri ve fiyatlandırma sosyal güvenlik kurumlarının bütçelerini de yakından ilgilendirmektedir. İlaç şirketleri, karlarını maksimize etmek için ilaç fiyatlarını yüksek tutmak isterken, fiyatları denetlemekle yetkili kuruluşlar halkın alım gücünün üstüne çıkmaması için çaba harcarlar. Sosyal güvenlik kurumları da çok sayıda uygulama ile bir yandan kendi güvenlik şemsiyesi altında bulunan kişilere ilaç temin ederken, diğer yandan ilaç fiyatlarının bütçelerini aşındırmaması için önlemler alırlar.

Sağlık hizmetinin vazgeçilmezleri olan ilaç ve eczacılık alanında sürekliliğin sağlanabilmesi kurumların sözleşmelerde bağıtlanan ödeme sürelerine uyması ile mümkündür. Emeğiyle geçinen ve ürettiği sağlık hizmetinden başka geliri olmayan eczacı, bu parayı devletin yerine karşılayabilecek durumda değildir.

Geri ödeme tanım olarak tıbbi ürün veya sağlık hizmet bedelinin tamamının veya belirli oranının kişiye/hastaya veya hizmeti/ürünü sunan kuruluşa sigorta kurumu tarafından ödenmesidir.

- İlaç sanayinin büyümesi,
- İlaç pazarında sürekli artan rekabet,
- Sosyal güvenlik kurumlarının yaşadığı darboğazlar,
- Ulusal ve uluslararası ilaç politikaları,
- Sağlık-ilaç harcamaları,
- Jenerik ilaç uygulamaları,
- Paralel ticaretteki faaliyetler ilaçların fiyatlandırılmasını ve geri ödemeye ilişkin politikaları her zamankinden daha önemli kılmıştır

Reçeteli farmasötik ürünlerin fiyatlandırılmasında ve geri ödeme planlarında, ülkeler arasında önemli düzeyde farklılıklar bulunmaktadır. Tartının bir tarafında, önde gelen ilaç şirketlerinin kapsamlı ve hasta odaklı pazarlama kampanyaları ile pazarı şekillendirmelerine ve tüm hastalara ulaşamama pahasına, ürünlerinin fiyatlarını istedikleri gibi belirlemelerine izin veren Kuzey Amerika, tartının diğer ucunda ise, bu firmaların milyonların ihtiyacını karşılama potansiyeline sahip olan ürünleri aşırı ticari hale getirmesini önleyen, seçilen Avrupa Birliği (AB) üyesi ülkelerde uygulanan görünürde katı referans fiyatlandırma sistemi yer almaktadır.

Sadece ülkemizde değil tüm dünyada sağlık sektöründe geri ödeme, ilaçta geri ödeme ve fiyatlandırılmadan söz edilince, akıllara sorunlar yumağı gelir. Özellikle son yıllarda gerek sağlık gerekse ilaç alanında sürekli önlemler alınarak geri ödemede nasıl daha az ödeme yapılabilir tartışılır ve araştırılır. Ülkeler artan ilaç maliyetleri, fiyatları karşısında hemen her yıl bürokrasiyi, formaliteyi artırarak; sağlık hizmeti verenleri de, alanları da pek çok sorun ile karşı karşıya bırakırlar. Doğuştan kazanılmış bir insan hakkı olan

sağlıklı yaşam hakkını sağlamak ve geliştirmek, ilacın ulaşılabilir olmasını mümkün kılmak siyasi iktidarların görevi. Bunun için hemen her ülke kendisine özgü bir geri ödeme sistemi geliştirmiş durumdadır. Ancak özüne baktığımızda, tüm geri ödeme sistemlerinin ve fiyatlandırmanın birbirine benzediğini görürüz. Bir ülke veya herhangi bir geri ödeme kurumu geri ödemeyi azaltacak bir önlem ortaya koymuş ise diğer kurumlarda söz konusu önlemi uygulamaya başlarlar. Bu duruma Penguen Etkisi diyoruz.

Dünyada ilaçta geri ödeme ve fiyatlandırmanın kamu ilaç harcamaları üzerine etki yapan önlemleri tarafımızdan ve geri ödeme kurumları tarafından da bilinmektedir. Bu önlemler şu şekildedir:

DOĞRUDAN ÖNLEMLER:

Kamu ilaç harcamalarını azaltmaya yönelik önlemlerdir.

Ortak ödeme, referans fiyatlandırma, pozitif liste, negatif liste, fiyat kontrolü, kar kontrolü, paketlerin boyutu, reçetelenen kalem sayısı, bireysel veya global bütçeler, jenerik ilaç kullanımını arttırma, eczacılar tarafından muadilini verme, serbest eczanelere geri ödeme yapma yolu, maliyet-etkililik gibi ekonomik analizler bu tip önlemler arasında sayılabilir.

DOLAYLI ÖNLEMLER:

Akılcı ilaç kullanımını sağlama, harcamalar üzerinde dolaylı etki yaratma önlemleridir.

Sağlık eğitimi, reçete yazma zorunluluğu, etkin ilaç tedavisi programları geliştirme, reklam harcamalarını kısıtlama, yetersiz-yanlış ilaç verilmesinde mesleki uygulamalara yönelik cezalar, reçeteleme biçimlerinin izlemi, akılcı reçetelemeyi destekleme gibi.

İnsan sağlığını korumakla ve yaşam kalitesini artırmakla sorumlu kurumların gereksiz ilaç tüketimini önlemek başta gelen görevleri arasındadır. Her kurumun deneyimleri ve uluslararası kurallardan yola çıkarak aldığı önlemler ülkemizde de bulunmaktadır. Şüphesiz bundan sonra da bu önlemler alınmaya devam edecektir.

Genel Sağlık Sigortası: Çözüm mü, Nereye Kadar?

GSS modeliyle üç Sosyal Güvenlik Kuruluşu birleştirilmektedir. Ancak, GSS sadece tek çatı altında birleştirmekle kalmayıp, devletin sağlık hizmet sunumundan elini çekmesi anlamını taşımaktadır. Sağlık hizmeti sunumundan elini çeken devlet; bu işi Kamu İhale Kanunu dışında bırakarak suiistimale açık hale getirdiği Hizmet Satın Alma sözleşmeleri yapılan sağlık kuruluşlarına bırakmaktadır. Böylelikle Kamu Sağlık Kuruluşları Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile de işaret edilmiş olduğu üzere devredilerek işletme haline getirilmektedir.

Yasa Tasarısı, hizmet sunanla hizmet alanı birbirinden ayırma ana ekseninde dayanılarak tasarlanmış, hizmet almanın standartlarını koyup, hizmet sunanın koyulan standartlar içerisinde hizmet sunup sunmadığının denetlenmesi esasına dayandırılmıştır. Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı'na göre kurulacak yapı hizmet üretmeyecek, primlerden ve devlet katkısından oluşan finansı yönetecek ve kaynakların etkili kullanımını sağlayacak, hizmet ise hizmeti üretenlerden Genel Sağlık Sigortası standartlarına göre karşılıklı yapılan anlaşmalarla alınacaktır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için %12,5 prim ödeme şartı getirilmekte, prim ödemeyen sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Asgari ücretin altında kazananlar asgari ücret üzerinden, aylık 3.176'nın üzerinde kazananlar da üst sınır üzerinden prim ödeyecektir. Dolayısıyla daha yüksek gelir grupları korunmaktadır. Aylık kazancı asgari ücretin 1/3'ünden az olanların (116 YTL) primini devletin ödemesi öngörülmektedir ki bu, yoksulluk sınırı ve açlık sınırı göz ardı edilerek düşük gelirlileri prim kapsamına almak anlamına gelmektedir.

Ödenilen primle bütün sağlık hizmetlerinden yararlanılamayacak, Yasa Taslağına göre 'belirlenmiş' sağlık hizmetlerinden yararlanılabilecektir. Ayaktan tedavilerde 2 YTL, ayakta tedavide sağlanan ortez, protez, iyileştirme cihazları %10-20, ayaktan veya yatarak sağlanan diğer sağlık hizmetleri %1, hizmetten yararlanıldığı anda ödeme koşulu ile katılım payı ödeme zorunluluğu getirilmektedir. Bu koşullar 116 YTL' nin altında kazancı olanlar için de geçerlidir. Yoksullardan katılım payı alınması, zaten bu sistemin dışına atılmalarının bir garantisidir. Özellikle pahalı tedavilerde katılım paylarının yoksullar için karşılanamaz maliyetler olarak ortaya sürpriz olmayacaktır.

Diğer yandan, sağlık hizmetinden yararlanmayı hak etmek için son bir yıl içinde 90 gün prim ödeme şartı getirilmektedir. Emeklilik aylığına hak kazanmak için gereken prim ödeme günü ise, Kanun'un yürürlüğe girdiği tarihte sigortalı olanlar için 9000 güne çıkartılmaktadır, ki bu da emeklilik yaşının dolaylı olarak yükseltilmesi anlamını taşımaktadır. Ayrıca, yaşlılık aylığı ödeme oranı GSS ile, yüzde 70'den yüzde 50'ye düşürülmektedir.

Toplumun atomize edilmesi ile birlikte sosyal güvenliğin bireysel sorumluluk alanı içine çekilmesi, yoksulluğun yönetilmesinin temel araçlarından biri olarak tasarlanmıştır. Yoksulluğu yaratanların onu yönetip yönetemeceği ise ancak tarihin yanıtlayabileceği bir sorudur.