

Genel Sađlık Sigortasý Bu Ülke Halkýna ve Çalıþpanlara Ne Getirecek?

Editör Sağlık Emekçileri Sendikası
Cumartesi, 15 Nisan 2006
Son Yenileme Pazar, 16 Nisan 2006

Hemen her gün kamuoyunda sađlık skandallarý adý altýnda olaylar, uzayan kuyruklar, para yokluđundan tedavi olamayan yurttaþlar için açýlan yardım kampanyalarý gibi haberlerle karpýlabmaktayýz. Biz sađlık çalıþpanlarý ise en ufak bir olayda sorunu iþaret edilip sistemden kaynaklý sorunlarýn üstünün örtülme aracı olarak görülmüyoruz. Ülkemiz mevcut sađlık sorunlarýný, sađlık sunumuna bakýpý, bu aþamaya gelip iþdelemeden tek babýna Genel Sađlık Sigortasý Modelini masaya yatýrmak eksik bir deđerlendirme olacaktır.

1980 sonrasý uygulanan neo-liberal politikalarýn sađlık alanýna yansýmalarý çok daha hýzly olmuþtur. Özellikle 80’de kamu sađlık sektörüne kaynak aktarýmý azalmýþ, özel sađlık sektörü kredilerle desteklenmiþtir. Ana baþlýklar altýnda sađlık alanýna yapılanlar ve sonuçlarý kýsaca þöyledir; Genel bütçeden Sađlık Bakanlýđýna ayrılan pay son yıllarda % 3-4 arasýnda seyir. Dünya Sađlık Örgütü Türkiye gibi ülkeler için en az %10’luk bir oran önermektedir. Genel Bütçeden Sađlık Bakanlýđýna ayrılan pay açýsýndan Türkiye Avrupa ülkeleri arasýnda en sonda, kendi gelir grubundaki ülkeler içinde en düþük kaynak ayýran ülkeler arasýnda. 1980 sonrasý, Sađlık yatýrýmlarý sýnýrlanýrýmýþ, Kamu Sađlık hizmetlerinin geniþlemesi durdurulmuþ, daha sonra da çökertilmiþ. Yatýrýmlarýn giderek azalmasýnýn toplum açýsýndan anlamý, yetersiz olan kamu sađlık hizmetlerinin daralması, kuyruklarýn o hizmete ulaþamamadır. Ülkemizde 10000 kiþiye düþen yatak sayýsý 1999’da 23.3’tür. Oysa bu rakam ABD’de 53, Arjantin’de 48, Fransa’da 93, Türkmenistan’da 113…vb, dünya ortalamasý da 36’dýr. Bu oran ülkemizde bölgeler arasýnda da eþitsiz olarak dađlýlmý seyretmektedir. Örn; Karaman, Þanlıurfa, Adýyaman, Mardin, Þýrnak, Osmaniye, Batman, Muþ, Ađry, Hakkari’de 10’un altýnda, Ýzmir, Ýstanbul, Isparta, Burdur, Sivas, Elazýđ, Zonguldak, Trabzon gibi illerde ise 25’in üzerindedir. Koruyucu sađlık hizmetleri sunumunun yapıldýđý sađlık ocaklarýnýn dađlýlmý ve sađlık personeli doluluk oranýnda da eþitsizlikler mevcuttur. 6500 sađlık ocađýndan 785’inde personel bulunmamaktadır. Ebe bulunmayan sađlık evi sayýsý ise 8836’dýr. (2002 Sađlık Bakanlýđý istatistikleri) Koruyucu Sađlık Hizmetleri hastalýk olupmadan engellemeyi ve kiþiyi yabadyđý çevre ile birlikte deđerlendirmeyi (kanalizasyon, su, hava kirliliđi… gibi) hedefler ve maliyeti hasta olaný tedavi etmeye yönelik sađlık hizmeti sunumundan daha düþüktür. Bir sađlık sisteminin hedefi; hasta olduktan sonra tedavi deđil, yurttaþlarýný hastalandýrmamayı ve sađlıklı bir toplum oluþturmak olmalıdır. Bu da koruyucu sađlık hizmetlerine önem vermeyi ve yatýrým yapmayı gerektirir. Ülkemizde 1961’de çýkarýlan 224 sayýlý Sosyalizasyon Yasasý ile böyle bir model hedef alýnmýþ, yurdun dört bir yanýna 3000 kiþiye sađlık ocađý, 1000 kiþiye sađlık evi kurulmuþ, ancak bu yatýrýmlar 1980’lerden bugüne kadar azalan bir seyir izlemiþtir. Sađlık Bakanlýđý harcamalarý için sađlık hizmetlerine ayrılan pay 1992’de %7,2 iken son yıllarda %1’lere düþmüþtür. Ücretsiz sunulması gereken sađlık hizmetlerinin bir kısmý ücretlendirilmiþ, AKP hükümetiyle birlikte; sađlık ocaklarýna yazan kasalar yerleþtirilmiþ, en son Torba yasasýyla olarak adlandırýlan yasa ile apýlar dahil tüm koruyucu hizmetler paralı hale getirilmek için yetki alýnmýþtır. (Sađlık Ocaklarýnda personel oraný 1999-2003 arasýnda azalan bir seyir izlemiþtir. Örneđin: 1999’da kent sađlık ocaklarýnýn hekim doluluk oraný %78.2 iken, 2003’te %50.13’e, kırsal sađlık ocaklarýnda %59.7’den %26.94’e, sađlık memuru oraný ise kentte %63.7, kırsalda %31.4 iken 2003 yılında kent sađlık ocaklarýnda %31.2, kırsalda %9.5’a düþmüþtür.) Ülkelerin gelir seviyesinin ölçütlerinden birisi de o ülkedeki bebek ölüm hýzý (BÖH) oranlarýdır. Ülkemiz; bebek ölüm hýzýnda komþu ülkelerden hariç, binde 36 ile en yüksek oraný taþýmakta, dolayýsıyla en çok bebeđi ölen ülke konumundadır. Aynı konum 5 yaþ altý çocukta da geçerlidir. Bu ölümlerin bir çođu önlenbilir hastalýklardan gerçektelemektedir. Ýþte bu yüzden apýların ücretlendirilmesi bebek ölümlerinin artýpýný sađlayacak bir politika olarak karpýmýzda durmaktadır. Ýþsizliđin, yoksulluđun her geçen gün artýđý ülke için bir vatandaþ; sađlık hizmetlerine ulaþamamakta, kırsal-kent, dođu-batý, zengin-yoksul arsýnda eþitsizlikler hat safhadadır. Sađlık politikasýna hasta merkezli, hizmet sunumu ise hekim merkezlidir. Oysa çađdaþ sađlık anlayýþý sađlık memuru, hemþiresiyle, hizmetlisiyle birlikte hizmetine dayanýr. Kamu sađlık hizmetlerine kaynak aktarmak yerine, sevkler, teþviklerle, ilaç ihaleleri ile kamu kaynaklarý özel sektöre akýtılmaktadır. Mevcut durumda Sađlık alanýnda gerçekten bir reforma ihtiyaç vardýr. GENEL SAĐLIK SÝGORTASI ÝSTENEN DEĐERDE DEVA OLACAK BÝR MODEL DEĐYLDÝR. ÝTALYA, PORTEKÝZ, YUNANÝSTAN, ÝSPANYA GÝBY AVRUPA ÜLKELERİNDE SAĐLIK DAHÝL DÜNYADAKÝ BÝRÇOK ÜLKE, TÜM NÜFUSU KAPSAMADIĐI, PAHALI OLDUĐU GEREKÇELERÝYLE BU MODELDE SAĐLIK VAZGEÇERKEN AKP HÜKÜMETÝ ISRARLA BU MODELE GEÇMEK ÝSTEMEKTEDÝR. Genel Sađlık Sigortasý ve Aile Hekimi Modeli ile; Sađlık hizmetlerinden yararlanmak için %12,5 prim ödeme þartý getirilmekte, prim ödemeyen sađlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Prim ödeme alt sýnýr aylýk asgari ücret (488 YTL), üst sýnýr ise alt sýnýrýn 6,5 katý (3.176YTL) olarak belirlenmiþtir. Asgari ücretin altýnda kazananlar asgari ücret üzerinden, aylýk 3.176’nýn üzerinde kazananlar da üst sýnýr üzerinden prim ödeyecektir. Dolayýsıyla daha yüksek gelir gruplarý korunmaktadır. Aylýk kazancý asgari ücretin 1/3’ünden az olanların primini devletin ödemesi öngörülmüþtür. Yoksulluk sýnýrý ve açlýk sýnýrý göz ardý edilerek düþük gelirli prim kapsamýna alınmayacaklardır. VERGÝ; SAĐLIK VERGÝSÝÖdenilen primle bütün sađlık hizmetlerinden yararlanýlamayacak, Yasa Taslađýna göre ‘belirlenmiþ’ sađlık hizmetlerinden yararlanýlabilecek. Belirlenen hizmetler dýþýndaki hizmetlere ihtiyaç duyulursa bu hizmetler için cepten ödeme yada özel sađlık sigortacýlýđý iþaret edilmektedir. Bütün bunlarýn yanýnda;Ayaktan tedavilerde 2 YTL, ayakta tedavi sađlanan ortez, protez, iyileþtirme cihazlarý %10-20, ayaktan veya yatarak sađlanan diđer sađlık hizmetleri %1, hizmetten yararlanýldýđý anda ödeme kopulu ile katýlým payý ödeme zorunluluđu getirilmektedir. Bu kopullar 116 YTL’nin altýnda olanlar için de geçerlidir. KATILIM PAYISađlık hizmetinden yararlanmayı hak etmek için 90 gün prim ödeme þartý getirilmektedir. Yasa çýkmadan uygulamalarý baþlamýþtır. Örn; Denizli’de sözleşmeli olarak iþe baþlayan bir öđretmen 90 günü doldurmadan süre kaldýđý halde sađlık hizmetlerinden yararlanamayýp hayatýný kaybetmiþtir. Bu Modelle üç Sosyal Güvenlik Kurululuđu birleþtirilmektedir. (Emekli Sandýđý, Bađ-Kur, SSK) Sađlık hizmeti sunumundan elini çeken devlet; bu iþi Kamu Ýhale Kanunu dýþýnde býrakarak suistimale açýk hale getirdiđi Hizmet Satýn Alma sözleşmeleri yapýlan sađlık kuruluþlarına býrakmaktadır. Böylelikle Sađlık Kuruluþlarý Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile de iþaret edilmiþ olduđu üzere devredilerek iþletme haline getirilmektedir. Aile Hekimliđi Modeli ise; sađlık ocaklarýnýn yerine ikame edilmeye çalıþýlmakta olup, kýsaca muayenehanecilik sistemi(!) olarak tanımlanabilir. Olumlu Rekabet kopullarý ve hekim seçme özgürlüđu adý altýnda getirilmek istenen bu model, ülkedeki toplam s

harcamalarının yükseltecektir. Her muayenehanenin ultrasonografi, EKG cihazı, bir takım laboratuvar malzemeleri ile donatılması tıbbi teknoloji kullanımının arttıracaktır. Çünkü; olumlu rekabet hasta memnuniyetine Sağlık Bakanlığı Recep Akdağ'ın ifade ettiği üzere "müşteri memnuniyetine" dayanır. Ülkemizde halkın sağlık kuruluşlarından memnuniyet kriterleri bakımında; istenilen ilaçların yazılması, bol tetkik yapılması (gerekli olmasa dahi), otelcilik hizmetleri gibi kıstaslar gelmektedir. Sözleşmeli çalışan hekim "müşteriyi" memnun edemediğinde seçilmeyecek, dolayısıyla listesinde kayıtlı hasta sayısı bir rakamın altına düştüğünde sözleşmesi fesh edilecektir. Peki böyle bir sistemde tıbbi gereklilik ve etik değerler nereye yerleştirilebilir? Ayrıca bu model zaman içinde marketler zinciri gibi muayenehane ve poliklinik zincir sistemine geçişi getirebilecektir. Bütün bunları ülke gerçekleri üzerinden değerlendirdiğimizde; v DYE'nin 2004 yılı verilerine göre istihdam 21 milyon 791 bin kişinin %53'ü kayıt dışı çalışıyor. Gelirleri belli olmayan bu kişilerin primleri neye göre belirlenecek ve toplanacaktır? Tüm nüfusu kapsayacak iddia edilen bu modelin ülke koşullarında kapsayıcı olması oldukça zor gözüküyor. Yoksulluk sınırının 1597, açlık sınırının ise 526 YTL olduğu, ülke nüfusunun DYE verilerine göre %4'ünün yoksulluk sınırında bilinmektedir. Yızsızlık üst boyutlara çıkmıştır. Yeşil kart almak için insanların, primlerini ve katkı paylarının hangi kazançla ödeyebilecektir? Prim veya katılımlarını ödeyemeyip Bulgaristan'da olduğu gibi sağlık kuruluşuna danışmadan bilinçsizce ilaç kullanımı tercih edilebilecek bu da ilaç tedariklerinin üzerine yarayacaktır. Böylelikle de toplam sağlık harcamalarının arttıran bir etken daha ortaya çıkacaktır. Türkiye'de sağlıkta dönen para ortalama yıllık 10 milyar dolardır. IMF, DB'nin talebi doğrultusunda dönen paranın %3'e, %4'e katlanmasındır. GSS ve Aile Hekimliği Modeli ise bu amaç için biçilmiş kaftandır. Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcaması 150-170 dolar arasındadır. ABD'de kişi başı sağlık harcaması 4000 dolar civarında olmasına karşın doğumda beklenen yaşam beklentisi açısından en kötü ülkeler arasında yer almakta, nüfusunun %1/3'ü sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır. Kişi başına sağlık harcamasının 100 dolar olduğu Küba ve Kostarika gibi ülkelerin sağlık göstergelerinin iyi olduğu ilk 30 ülke arasında yer almakta ve herkes sağlık güvencesi altında bulunmaktadır. Genel Sağlık Sigortası Modeli sağlığın hak olmaktan çıkarıldı, ticari bir mal haline getirildi, çalışanların iş güvencesinin ortadan kaldırılması bozuldu sistemin adıdır. GSS, Vergisini ödeyen yurttan, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için YKYNÇY BİR VERGİ olarak devletin sağlık hizmeti sunumu ve finansmanından çekilip, denetlemenin de yer yer şirketlere bırakılarak halkın sağlık hakkının gasp edilmesinin adıdır. Bu Model Doğu Avrupa Ülkelerinde uygulanmaktadır. (Arnavutluk, Bulgaristan, Çekoslavakya, Macaristan, Polonya, Azerbaycan, Litvanya ve diğer ülkeler) Bu uygulamadan sonra; doğumda yaşam beklentisi düşmüş, uluslar arası şirketler ülkeye akın etmiş, özelleştirmeler sonucu yolsuzluklar ortaya çıkmış, halk sağlık hizmetine erişimde sıkıntı yaşamış, ilaç kullanımının artmış, sağlık çalışanlarının çalıştırma saatleri belirsizleşmiş, iş güvencesiz, sözleşmeli, sendikasız çalışmaları. Bu yazı www.ses.org.tr'den alınmıştır.