Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı

Dr. Recep AKDUR

Ankara İzmir Tabip Odaları Bülteni 1(8):38–48 Ankara, Mayıs 1976

TARİHÇE

19. yüzyılda Avrupa ve birçok diğer ülkede halkın alım gücünün düşmesi, sağlık hizmetlerinin satın alınması ve diğer sosyal yardımlar yönünden çeşitli yardım kurumlarının örgütlenmesine yol açmıştır. Bu dernekler ülkenin sosyal, siyasal ekonomik ve coğrafi yapısından etkilenerek çeşitli gruplardan üyeleri bünyelerine alıyordu, örneğin üyeler bazen bir politik parti üyelerinden, bazen bir dini grup üyelerinden, bazen Isa bir bölge halkından veya düşünce akımından üyeleri bünyesinde topluyordu. Örneğin, o tarihlerde Belçika'da bu türden beş konfederasyon bulunması buna gayet iyi bir örnek teşkil etmekteydi.

Bu kurumların hizmetle uzaktan yakından bir İlişkisi olmayıp sadece finansman kuruluşları olarak çalışmaktaydı. Yani tıbbi hizmet ihtiyacı olan üyelere bu hizmeti alabilmesi için parasal yardım yapıyordu.

1928–30 büyük ekonomik buhranının, kişilerin satın olma düzeylerinin iyice düşmesinin doğal bir neticesi olarak, hekim ve hastaneleri iş yapamaz, dolayısıyla kâr edemez hale getirmişti. Bu durum, özellikle hakim ve hastane yöneticilerinin aktif katkılarıyla, bu türden sosyal yardım kuruluşlarının sayısının artmasına ve büyümelerinde oldukça önemli bir etken olmuştur.

İkinci Dünya Savaşı'na dek bağımsız olarak çalışan bu cinsten kuruluşlar arasında kıyasıya bir rekabete süregelmiştir (Kâr, politik, dini nedenlerle üye sayısını arttırmak için). Ancak 1940'lardan sonra ABD ve Almanya hariç diğer ülkelerde bu kuruluşların tümü merkezleştirilmiş ve devlet kontrolüne alınmıştır.

Bu dernekler Fransa ve İtalya'da mutlak devlet kontrolü özel sigortalara İngiltere'de (Bizde düşünülen benzer) merkezi kontrollü genel vergilendirme sistemine İsveç, Danimarka ve İspanya'da ise çeşitli Bakanlıklara bağlı genel vergilendirme ve devlet kontrollü sistemlere dönüşerek günümüze ulaşmıştır.

A.B.D'de ise 1-Kar amacı gütmeyen vergiden muaf Örgütler [Blue Cross Chielt) 2-Kâr amacı güden ticari sigorta şirketleri (sayıları bin kadardır.) olarak günümüzdeki son şekillenmesini almış ve finansman görevini yerine getirme işini yüklenmiş bulunmaktadır.

Oysa, günümüzde, tüm adı geçen ülkelerde bu şekilde tedaviye yönelik sağlık sigortası sisteminin bütün olumsuz yönleri anlaşılmış, buna karşılık daha ucuz ve kolay olan, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirmesine yönelmiştir, örneğin, bu gün bizdekine çok benzeyen bir şekilde uygulanan İngiltere'de sağlık sigortası tamamen bir kenara bırakılmış ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine hızla girişilmiştir.

Özellikle Dünya, Sağlık Teşkilâtı bugün sağlık sigortası uygulamasının tamamen karşısında bir politika izlemektedir. Çok çeşitli çalışmalarla tüm dünyada sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi için yoğun bir çaba sarf etmektedir.

A.B.D. ve Almanya'da sağlık sigortası sistemi hala uygulanmakta ise de, son zamanlarda bizzat kendi sağlık otoriteleri tarafından, çok ağır eleştirilere hedef olmaktadır.

BİZDE TARİHÇE

Ülkemizde 1920'lerde SSYB ilk kurulduğu zaman, ilk SSY Bakanlarından Refik Saydam Koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık vermiş ve Örgütlenmenin bu yönde gelişmesini başlatmıştır.

1946'larda İkinci Dünya Savaşının sonucu olan ekonomik tahranın bir yansıması olarak sağlık hizmetlerinde büyük bir boşluk belirmiş ve zamanın Sağlık Bakam Dr. Behçet Uz konuyu yeniden ele almak gereğini duymuştur.

1945'lerde sadece işçi kesimini kapsayan SSK Kanunu kabul edil mistir. İlk önce sadece bir finansman örgütü olarak kurulan bu örgüt, SSYB teşkilatı hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle, kendi hizmet örgütlerini de kurmaya yönelmiştir. Bu durum Önceleri çok iyi karşılanmışsa da neticeleri ortaya çıktığımda ülkemizde sağlık hizmetlerinin da ha da çarpıklaşmasında önemli bir etken olarak devreye girdiği görülmüştür.

SSK hizmet örgütleri ülkemizde az gelişmiş bölgelerde yaşayanların aleyhine, hatta ülke sağlığının aleyhine gelişmiştir (Türkiye'de 2190 kişiye bir hekim düşerken, SSK da 700 kişiye bir hekim düşmektedir). Örneğin; bugün doğuda hasta hanelerde mütehassıs hekim bulamamanın en önemli nedenlerinden birisi de SSK'nın batıda yarattığı iş olanaklarıdır. SSK'nın üç büyük kentte Pratisyen hekime, sosyalizasyon bölgelerindekine yakın bir ücret ödemesi, sosyalizasyon uygulanan bölgelere burslulardan başkasının gitmemesinin diğer bir nedeni olmuştur.

Kanuna tekrar dönelim. Sağlık sigortası konusu çeşitli zamanlarda gündeme alınmış ise de, 1961 de 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanununun kabul edilmesinden sonra konu bir müddet geri plana itilmiştir.

Özellikle 1970 tarihlerinden sonra konu tekrar gün Özellikle 1970 tarihlerinden sonra konu tekrar gündeme alınmış ve 1972 yıllarında Dr. Osman Yaşar başkanlığında kurulan komisyonun çalışmaya başlaması ile, bu konudaki faaliyetler, hız kazanmıştır. Nihayet 14.5.1975 tarihi ve 7Î/1457/2526 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile Meclis onayına sunulmuştur.

KISACA GSS YASA TASARISI

-GSS kapsamına SSK ve MSB mensupları hariç geri kalan tüm kesimler alınacaktır ve 40 milyon kişiyi kapsayacaktır. Bunlar şu başlıklar altında toplanabilir. 1 - Memurlar, 2 - Esnaflar 3 - Serbest meslek erbabı, sanayici ve tüccarlar 4 -Kır kesimi

-Hizmetler muayene, tetkik, ayakta veya yatarak tedavi İlâç ve gereçlerin, diş protezleri hariç, yüzde 75 kurum, yüzde 25 mükellef tarafından karşılanmak suretiyle], analık yardımları (doğum ve doğum sonrası) ölüm yardımları şeklinde özetlenebilir.

-Finansman üyelerin gayri safi aylık gelirinden yüzde 4 sağlık primi kesmek suretiyle sağlanacaktır.

-Finansman açıkları devlet tarafından karşılanacak ve bunun yıllık üç milyar TL. olacağı sanılmaktadır.

-Hekimin yaptığı hizmetin kar siliğini, İlan edilen tarifeler üzerinden kurum, ödeyecektir. Tarifeyi aşan fiyat farklarını vatandaş tamamlayacaktır.

-Vatandaş elindeki karneyle hekimini ve hastanesini kendi seçecektir. Hatta özel hastane ve hekim bile olacaktır. [Madde 47)

-Tasarı vatandaşa sağlık yardımı yapmak ve tedavi güvencesi getirmek amacına yöneliktir. [1/288 sayılı GSS tasarısı ve SSY Bakanının çeşitli dergi ve gazetelere beyanlarından).

GEREKÇE :

- Sosyalleştirmenin büyük yükü SSYB'na kalmış ve işler iyi gitmemiştir. Bundan dolayıdır ki bir sağlık sigortasına gidilme lüzumu hâsıl olmuştur.

-Sosyalizasyon başarısızdır ve sosyalizasyonun takviyesi için GSS'na gidilmelidir.

-Hekimlerin yüzde 65'i üç büyük kentte toplanmıştır. Bunları kırsal alanlara göndermek olanaksızdır. Bu şartlarda GSS'na gidilmesi zorunludur ve bu koşullarda GSS'nın uygulaması mümkündür.

-Hastanelerde yatan hastaların ancak yüzde 3'ü ücret ödemektedir. Bütün yük SSYB üzerindedir.

-Sağlık tesisi olarak bakanlık hastanelerinden ve hekimlerinden başka tüm kurum ve şahıslara ait hastane ve hekimlerle anlaşma yapılacaktır. Bu nedenle hastane ve hekim yönünden, GSS çıkarıldığında, bir sıkıntımız olmayacaktır.

-İlaçlardan acil olanlar kurumdan, diğerleri ise sigortalı katkısı ile karşılanabilecektir (18.10.1972 Osman Yaşar başkanlığındaki komisyon raporu ve adı geçen tasarı gerekçesi).

YENİ BİR KANUNA GEREK VAR MI?

1961 yılında yasalaşan 224 sayılı Sağdık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu, gerekleri yerine getirilmek suretiyle uygulandığında, ülkemizin tüm sağlık gereksinmelerini lam olarak karşılayabileceği deneylerle sabittir (Eğitim bölgeleri uygulaması). Bu kanun yönetici, koruyucu, tedavi edici ve adli hekimlik hizmetlerini kapsamaktadır.

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanununun 17. maddesi aynen şöyle der. «Bu bölgede tüm araç, gereç ve koşullar tamamen sağlanmadan, o bölgede sosyalizasyon uygulamasına geçilemez.» Oysa bugün. Türkiye'mizde tam bunun aksine hareket edilmiş ve neticede, uygulama ve uygulayıcılar değil de kanun suçlanır duruma düşülmüştür.

Bugün sağlık ocaklarının yüzde 70 inde hekim yoktur. Hekim başına düşen sağlık personeli sayısının ise 1977'de 1,8'e ulaşacağı söylenmektedir. Oysa sosyalizasyon bir ekip işidir. Bu meselenin sadece personel yönüdür. Diğer maddi olanakların, araç ve gereçlerin durumu bilinen bir gerçektir. Bu durum 17. madde İle taban tabana zıttır.

Türkiye'mizde 18414 hekimden, 12922'si uzman, 6122'si ise pratisyendir. Pratisyenlerin 1/5'nln İse ihtisas yapmakta olan asistanlar tarafından oluşturulduğu bilinmektedir. Buna karşılık sosyalizasyon pratisyen hekimi esas alan bir hizmet şeklidir.

Bugün ülkemizde 2190 kişiye bir hekim düşmekte ve bu dağılım homojen değildir. Tüm hekimlerimizin yüzde 65'i üç büyük kentte, yüzde 35'i ise diğer kent ve kırsal alanlarda bulunmaktadır. 'Diğer bir anlatımla, nüfusu 10.000 den az yerleşim merkezlerinde 23063 kişiye bir hekim düşerken, 100.000'den fazla olan yerlerde İse 642 kişiye bir hekim düşmektedir (1973 D.İ. Enstitüsü Yıllığı).

Bu rakamlar göstermektedir ki, bugünkü sosyalizasyonun başarısızlığı, kanunun kendisinden gelmeyip tamamen uygulama şekliyle ilgilidir. Eğer kanun gereğiyle uygulanırsa,' çağdaş hekimlik hizmetlerine en iyi cevap verecek bir kanundur. Yeni bir kanun ve örgütlenmeye gerek yoktur.

Yine aynı rakamlar göstermektedir ki, ülkemizin esas sorunu finansman sorunu olmayıp, kırsal 'kesimlerde hekim bulma ve hekim gücü açığı sorunudur. Acaba teklif edilen GSS kanunu bu soruna bir çözüm getirecek midir? Bu konuya daha incelikleriyle ileride değinilecektir.

SOSYALİZASYON TEDAVİ EDİCİ HİZMETLERİ DEKAPSAMAKTADIR.

GSS gerekçesinde sosyalizasyonum tedavi sahasını boş bıraktığı bu nedenle tedavi güvencesi getirmek ereğiyle yeni bir kanuna ihtiyaç olduğu belirtilmektedir.

224 sayılı Sosyalizasyon Kanununun ikinci maddesinde her türlü sağlık hizmetlerinden eşit ve ücretsiz yararlanılacağı açıkça belirtilmektedir. Ayrıca 12. maddede aynen şöyle denilmektedir; «Hastaneler sağlık ocaklarından ve salık merkezlerinden veya diğer hastanelerden gönderilen veya durumları acil müdahaleyi gerektiren veya 13. madde hükümlerine göre, (Hasta sevk prosedürü İle ilgili teknik madde) müracaat eden hastaları ayakta veya yatarak tedavi etmek ve uhdelerine verilen koruyucu ve sosyal sağlık hizmetlerini yapmakla mükelleftirler» der. Tüm bunlar göstermektedir ki, sosyalizasyon tedavi hizmetlerini de kapsamaktadır ve de ücretsiz olmasını öngörmektedir. Ancak bu yöneticilerce uygulanmamıştır.

SOSYALİZASYON KANUNUNDA PİRİM KESİLMESİ ZATEN VARDI.

GSS Kanun Tasarısı bir finans kaynağı yaratmak gerekçesiyle hazırlanmıştır. Sosyalizasyonun tüm yükünün SSYB'na kalması nedeniyle bu gereklidir denilmiştir. Oysa Sosyalizasyon Kanununun 2. maddesinde finans yaratılmak üzere pirim kesilmesi esası öngörülmektedir.

Kanunun 2. maddesinde Sosyalizasyon konusunda kullanılan terimlerin delalet ettiği manalar aşağıda gösterilmiştir denilerek, sosyalleştirme terimi şöyle tarif edilmiştir: SOSYALLEŞTİRME: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi; vatandaşların sağlık hizmetleri İçin ödedikleri pirim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır.

Buradan da anlaşılmaktadır ki, şayet erek finans kaynağı yaratmak ise bu sosyalizasyon çerçevesinde de sağlanabilir. Bu gerekçe ile ikinci bir kanun ve örgütlenmeye gerek yoktur.

TENİK YÖNDEN GSS:

Başında da belirttiğim ve de tasarının birinci maddesinden de anlaşılacağı üzere GSSK bir hizmet örgütü olmayıp sadece bir finansman kuruluşudur. Yani vatandaşa tedavi güvencesi getirmek adı altında, vatandaşın tedavi ücretleri bir seferde değil de, devamlı vergilendirme yoluyla alınacaktır.

Bu koşullarda, salt bu yönüyle bile kurum, bu finansman görevini yerin© getirebilecek midir? Bizce hayır. Bunu SSK uygulamalarıyla (Bizdeki bir uygulama olduğundan karşılaştırılması mümkündür) karşılaştırarak açıklamaya çalışalım.

Tasarıya göre herkes istediği zaman ve istediği kadar hekime başvurabilecektir. (Madde 47) örneğin, gribal enfeksiyon geçiren bir kişi islediği kadar (Mesela on kez) .hekime gidecek ve istediği reçeteyi yaptırabilecektir (SSK da böyledir, ayrıca özel hekim hastanın istediği reçeteyi yapmak zorunda kalacaktır. Aksi bir davranışta hasta sayısı azalacaktır). Kurum bunların karşılığını ödeyecektir.

SSK'nın yıllık istatistiklerine göre bir hesaplama yapmaya çalışalım:

1-SSK da 700 kişiye bir hekim düşmesine, üstelik kurum yüzde 10 prim almasına rağmen herkes istediği hekime muayene olamamaktadır (Oysa Türkiye'de 2190 kişiye bir hekim düşmektedir). Ayrıca yine aynı kurumda primin hasta birikimine yol açması medeniyle hizmet kalitesi oldukça düşmektedir.

2-SSK da her üye yılda 5,2 kez hekime başvurmaktadır (Tasarıda bu sayı 2,5 olarak hesaplamıştır). SSK bu poliklinikler nedeni ile yılda kişi başına 448 TL'lik bir

gider ödemektedir.

Tasarı hizmeti 40 milyon kişiye götüreceğine göre, yukarıdaki gidere göre bir hesap yaparsak 40 milyon X 448=17 milyar 290 milyon TL yıllık poliklinik ödemesi gerekmektedir. .Bu meblağın Türkiye'deki tüm dolaylı ve dolaysız vergilerin 1/5 olduğumu belirtmek isterim. Yine bu miktarın kişilerin gayri safi aylık gelirlerinden alınan yüzde 4'lük primle karşılanabilmesi için, kişi başına düşen yıllık gelirin 11.200 TL. olması gerekmektedir. Oysa bu gün kişi başına yıllık gelir ancak bunun yarısı kadardır. Ayrıca 40 milyonun hepsinin çalışmayacağı meselenin ayrı bir yönüdür.

3- Diğer, giderlere şöyle bir göz atalım.

Ülkemizde, yılda 1,5 milyon doğum olmaktadır. Doğum yardımının 500 TL. olduğunu kabul edelim 1,5 milyon X 500 = 750 milyon TL. doğum yardımı, ülkemizde ölüm oranı binde 17'dir. Hesap edersek yılda, 680 bin Ölüm eder. Yine ölüm yardımı 500 TL. Olsun 680 bin X 500 = 340 milyon lira ölüm yardımı ödeneği.

4- Herkesin tasarının kabul ettiği gibi, yılda üç kez hekime başvurduğunu kabul edelim. Bu yılda 120 milyon poliklinik eder. Muayene ücretini 40TL. ve tetkik İçin 30 TL.kabul edersek toplam gider 8 milyar 4,00 milyon TL. sı edecektir (Verdiğimiz ücretlerin bugün için gülünçlüğü ortaçtadır).

Her seferinde 50 TL. reçete yapıldığını kabul edersek, 6 milyar, hastaların yüzde 3 ünün hastaneye yatırıldığı ve ortalama yatış süresinin on gün, günlük hastane giderini ise 100 TL. kabul edersek, tüm harcama 3 milyar 600 milyon TL. olur.

Diğer ihtiyarlık, analık, yol, otel, yiyecek ve kurumun kendi harcamalarını bir yana bırakalım, tüm yukarıdaki giderlerin toplamı 30 milyar 380 milyon liralık bir toplam eder. Bunun yüzde 4'lük primlerle finanse edebilmesi için gayri, safi yıllık gelirinin 759 milyar 500 milyon olması gerekir. Oysa ülkemizin-gayri safi milli geliri 237 milyar 550 milyon TL. dır (1974. D.I. Enstitüsü yıllığı).

Tüm bu malî portre, göstermektedir ki, bu tasarı tek başına finansman görevini bile yerine getiremeyecektir. Bırakın bunu 3 milyarlık devlet katkısıyla, bütçenin 1/5'i bu tasarıya ayrılsa bile zor karşılanabilecektir.

Ülkemizde tüm sağlık hizmetlerine bütçeden yüzde 3,5-4'lük bir ödenek ayrılmaktadır. Bunun ise çok az bir kısmı sosyalizasyona verilmektedir. Yukarıda bahsedilen 3 milyarın (tasarıyı hazırlayanların beyanlarından)sosyalizasyona ayrılması sosyalizasyonun başarılı olmasına yardımcı olacak daha gerçekçi ve doğru bir yaklaşım olacaktır.

YÜK KİME YÜKLENECEK?

GSS kapsamına alınacak kesimler 1- Memurlar, 2- Esnaflar, 3-Serbest Meslek sahibi, Sanayici ve tüccarlar, 4-Tarım sektöründe çalışanlar başlıkları altında toplanmaktadır.

Ülkemizdeki vergi sistemi İncelendiğinde bu gruplardan sadece memurlardan prim kesilebileceği aşikar olarak görülür. Ayrıca, tasarı memurların zaten yararlandıkları ücretsiz tedaviye, yeni bir maaş kesintisinden başka bir şey eklemeyecektir.

Diğer meslek gruplarından prime esas bir yıllık gayri safi gelirlerinin 1/12'si maaş olarak kabul edilmek suretiyle yüzde 4'lük prim kesilecektir (Madde 15). Serbest meslek erbabından gerçek gelirine göre prim alıma olanağı yoktur. Eğer olsaydı önemli bir sorun olan vergi kaçakçılığı önlenebilirdi.

Türkiye'de gelir vergisinin yüzde 66'sı memur ve ücretli İşçilerden yüzde 34'ü ise tüccar ve sanayicilerle diğer serbest meslek erbabı tarafından ödenmektedir. Gelir vergisi cetvellerine göre Türkiye'de 575 bin beyannameye tabi vergi mükellefinden 436 bini küçüklü büyüklü tüccar ve iş adamlarından oluşmaktadır. Bu 436 bin vergi mükellefinden 375 bini yıllık gelirlerini 10 bin TL. sının altında göstermişlerdir. Yani bu

hesaba göre, tüccar ve iş adamlarımızdan 375 bininin ortalama aylık gelirleri 833 TL. sının altındadır. Vergi sistemimiz bunu doğru verilmiş olarak kabul etmekte ve kontrol yetersizliği nedeni İle vergiler bu hesaba göre tahakkuk etmektedir (Türk İş 1976 İçin hazırlanan faaliyet raporu)

Tarım sektöründe çalışanların ise durumları ortadadır. Çiftçiler için asgari ücret uygulamasındaki başarısızlık malumdur.

Bu durum şunu göstermektedir. Sağlık primi de yine geliri sabit olan gruplardan alınacak, diğerlerinden ise ya alınmayacak, ya da gelirine göre çok az alınacaktır. Zaten mevcut olan vergi dengesizliğine yeni bir öğe (unsur) daha eklenecektir.

Yukarıdaki hesaplardan anlaşılacağı üzere, kurumun giderlerinin yüzde 4'lük bîr prim ve 3 milyarlık devlet katkısıyla karşılanamayacağı açıktır. Bu ise prim yüzdesinin giderek artması demektir. Ayni şekilde SSK da yüzde 5'lik bir primle başlamışken bugün yüzde 10'luk prime ulaşmıştır.

Zaten tasarının 20. maddesinde bu konuya değinilmekte ve denilmektedir ki, tedavi maliyetleri ve GSS kurumunun mali denge durumu iki yılda bir veya gerekirse daha önce incelenerek varılacak sonuçlara göre mali dengede bir bozukluk tespit edildiği takdirde gerekli tedbirler alınır. Bu maddeden de anlaşılacağı gibi prim gittikçe yükselecektir. Çünkü yapılan iyimser hesaplara göre gerekli olan harcama 30 milyar 380 milyar TL dır. Oysa prim yoluyla toplanacak para 7 milyar civarında olacaktır. Ya hizmetler tedavi yönüyle bile yürümeyecek, ya da prim yüzde 4'den yüzde 10'a yükselecektir. Dar gelirlilere büyük bir yük daha yüklenecek ve vergi dengesizliği daha da arttırılacaktır.

SSK da toplanan primlerin yüzde 47,5'u üyelere harcanırken yüzde 52,5'ğunun İse bankalarda iş çevrelerini kredi finansmanı olarak kullanılması da meselenin diğer bir yönü için gösterge olmaktadır.

YENİ BİR, SOSYAL ADALETSİZLİK

Yukarıda belirttiğim gibi, ülkemizde halk düzeyinde esas sağlık sorunu, finansman sorunu olmaktan çok kırsal kesimlerde hekim bulma ve hekim ile sağlık personeli açığı sorunudur. Bunlar çözümlenmeden finansman kaynağı yaratmanın tıp ticaretini hızlandırmaktan başka anlamı yoktur. Ayrıca GSS şimdiki hekim dağılımını düzeltmek bir yana, aksine daha da bozacaktır.

Kentsel bölgelerimizde yapılan araştırmalara göre', hekime gitmesi gereken dört hastadan ancak biri hekime müracaat etmektedir. Pirim ödenince bunun dördü de hekime müracaat edecektir. 2190 kişiye bir hekim düşen ülkemizde, normalde her 100 kişiden birinin hekime başvurması gerektiği düşünülürse ve tüm hekimlerimizin poliklinik yaptığı kabul edilirse, günde hekim başına 21 müracaat olacaktır. Bu da hizmetin kalitesini ' düşürecektir.

Kanun hükmüne göre sigortalı kişi Özel muayenehane ve klinikler dahil İstediği hekim ve hastaneye gitmekle serbesttir (Madde 47). Bunun anlamı şudur, o zaman hiç bir hasta devlet sağlık tesislerine gitmez. Gitse bile hekim, "arkadaş sen devletle ortak mısın?" "niye öğleden sonra muayenehaneme gelmiyorsun?" "Sanki parayı sen mi vereceksin" diyerek hastayı muayenehanesine çekecektir. Zaten hekim, bumu dese de demese de, bugünkü kargaşada vatandaşa muayenehane daha cazip gelmektedir. Tasarı vatandaşı iyice bu yola itecektir.

Bu takdirde muayenehanelerde ve özel hasta ha ne l erde iş ve kazanç o kadar artacaktır ki, bu da hekimin iş hacminin daha büyük olduğu büyük kentlerde toplanması için yeterli bir sebep olacaktır. Neticede şimdi az da olsa orta büyüklükteki kentlerde hekim varken, ileride buralarda dahi hekim kalmayacaktır.

Önerilen sistem kırsal kesimin sağlık durumunun daha da kötüleşmesi pahasına tedavi hizmetlerinde çalışan hekimlerin gelirlerini daha da arttıracak. Böylece hekimlerin koruyucu hekimlik hizmetlerinden bu alana kaymalarını sağlayacaktır. Hekim hastasının başka hekime gitmesini Önlemek için ilaç sayısını arttıracak neticede, zaten çok fazla olan İlaç tüketimi daha o*a artacaktır. 1970 ilaç tüketimi bir milyar 350 milyon, 1973 İlaç tüketimi ise 2 milyar 829 milyondur. İlaç hammaddelerinin yüzde-80'inln dışarıdan alınması, meselenin diğer bir yönüdür.

Özellikle tıp mesleğini ticaret metaı gibi gören hekimler bu tasarıyı hararetle, desteklemişlerdir. Koruyucu hekimlik hizmetlerinin geriye itilmesi suretiyle kârlarının daha da artacağını düşünmüşlerdir. Aynı şekilde ilâç firmaları ve eczacılar da ilâç tüketimini son derece arttıracak olan bu tasarıyı desteklemektedirler. Kanunun en çok nereden destek aldığını gözlemek bile, koruyucu hekimliği destekleyen hekimler İçin iyi bir kıstastır.

Son günlerde adı büyük bazı hekimler GSS'nın bir an önce çıkması İçin canı gönülden çalışmakta ve imzalar toplamaktadırlar. Neden? Bu hekimler GSS olsa da olmasa da zaten kazanabilecekleri kadar para kazanmaktadırlar. İstenen şey muaye-nehane hekimliğinde kazanç olasılığını arttırarak hekimlerin büyük çoğunluğunu muayenehane hekimliğine bağlamak ve tüm halka eşit hizmet götürmek isteyen sosyalizasyon çalışmalarını baltalamaktır.

Liberal hekimlik ile çağdaş hekim İlk arasındaki fark, birincide hizmet üretimi pazar ekonomisi kurallarına göre düzenlenir, ikincide ise devletin maaşla çalıştırdığı hekimlere hizmeti yaptırması şeklindedir. Pazar ekonomisinin en belirgin özelliği ise, hizmetin kazancın fazla olduğu yerde gelişmesidir.

O halde tasarıyla yerleşecek olan liberal hekimlik, pazar ekonomisinin doğal bir neticesi olarak hekimlerin aşırı ölçüde İhtisaslaşmaya kaymasını ve büyük kentlerde toplanmasını kaçınılmaz kılacaktır.

GSS sağlık hizmetlerinde talebi arttıracağından pazarı genişleterek hekimlere her yerde, bu arada büyük kentlerde daha çok iş sahası açacak tır. Büyük kentlerin diğer sosyal avantajları da düşünülürse, bu durum karşısında hekimlerin çok büyük bir kısmının üç büyük kentte toplanmaları kaçınılmaz bir olgu olacaktır.

SSY Bakanlığı bugünkü ortamda bile hekim bulamamaktadır. Tasarısının getireceği ortamda nasıl hekim bulacaktır?

TASARI SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLEŞME SÜRECİNİ HIZLANDIRACAKTIR.

Tasarı özel hastane girişimciliği ne prim vermektedir. Hastanelerimiz deki bugünkü kargaşa hastayı tama men özel hastanelere yöneltecek ve hastalar Özel hastanelere gidecektir (Madde 47). Bu durumda kâr üzerine kâr yapan, bu kurumlar mantar gibi ürerken, devlet sektörü ve kır kesimindeki hekimleri de kendi bünyesin de toplayacaktır.

Özel hasta hane ve muayenehanelerin çok kazanması nedeni ile bazı çok kâr getiren İhtisas bölümlerinde, ihtisas için, talep çok büyük rakamlara ulaşacak hem kır/kent dağılımın kırsal bölge aleyhine, hem de pratisyen/Uzman oranını uzmanlar lehine, ayrıca uzmanlık bölümleri arasındaki dağılımı ise, çok kâr getiren bölümler lehine bozulacaktır. Oysa bugün ülkemizin mütehassıs hekime değil, pratisyene ihtiyacı vardır. Sosyalizasyona bir darbe de bu yönüyle vurulacaktır.

KANUN SOSYAL GRUPLARIN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMALARINDA EŞİTLİĞİ GETİRMEYECEKTİR

Kanun sosyal grupların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında eşit lige doğru bir gidiş getirmeyecek. Ak sine bu eşitsizliği körükleyecektir. İlaç ve tedavi gereçlerinin listesi kurumca yayınlanacaktır.» (Madde 48) Tarifeye uymayan durumlarda vatandaş farkı Ödeyecektir. Sosyo-ekonomik seviyesi yüksek kesim bu farkı vererek yine en İyi imkânlardan yararlanacak, düşük seviyedeki kesimler ise, yine aynı kargaşadan kurtulabilmek için etinden dişilden arttırarak bu farkı karşılamaya çalışacaktır. İlaç listelerinin tespitinde ilâç tekellerinin etkisi meselesinin başka bir yönü olacaktır. Pahalı ilaç listeye girmeyecek vatandaş yine cebinden almak zorunda kalacaktır.

Tarife çerçevesinde hareket eden devlet kurumlarındaki (Şayet çalıştıracak hekim bulursa), talepte artma nedeni ile yığılma daha da artacaktır. Hekim ve vatandaş çatışması bu kurumlarda bugünkünden daha belirgin hale gelecek, hem vatandaş hem de hekim buradan kaçmak için çare arayacak ve çareyi de öze) klinik veya muayenehanelerde bulacaktır.

SONUÇ ;

-Ülkemizin esas sağlık sorunu kırsal kesimlerde hekim bulma ve hekim gücü açığıdır. GSS sadece finansmana yöneliktir. Bu sorunlara cevap veremeyeceği gibi, finansman görevini de yerine getirmesi olanaksızdır.

-Bizdekine en çok benzeyen şekliyle 1940'lardan beri uygulanmakta olan, İngiltere'de bu sistemin verimsizliği görülerek terk edilmiştir.

-Ekonomik ve sosyal koşulların uygun olmaması nedeniyle, GSS'nin uygulaması ve yaygınlaştırılması imkansızdır. Hizmetlerin yapılmasına olanak olan yerlerde başlanması (geçici madde1) sigortanın üç büyük kentten başlaması demektir. Sigorta imtiyazı verilen vatandaşa yapılan hizmetin yükünü, bu hizmetten yararlanamayanlara yükleyecektir (Kurum açıklan genel bütçeden karşılanacaktır).

-GSS hekim dağılımındaki dengesizliği daha da arttıracak ve sağlık hizmetlerinin özelleşmesi sürecini hızlandıracaktır.

-Tasarıda koruyucu hekimlikle İlgili bir tek kelime bile Yoktur. Gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetlerinin yüzde 70'i koruyucu hekimliğe yönelik olmalıdır. Oysa tasarı sağlık hizmetlerine tamamen tedaviye dönük bir yön verecektir. Tasarının asıl ereği (amacı) sosyalizasyonun ertelenmesi ve yaygınlaşmasının engellenmesidir.

-Tasarıda koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerinin bire arada yürütülmesi ilkesi temelden yıkılmaktadır. Tedavi Hizmetleri Sosyal Güvenlik Bakanlığına koruyucu hizmetler ise SSYB bırakılmaktadır (Madde 17). Zaten bugün bozuk olan merkezi plan ve otorite yokluğu iyice körüklenmektedir (Ülkemizde bugün SSYB'den başka 49 sağlık teşkilatı vardır). Bütçesi SSYB'ndan ayrılacak, harcamasını ise Sosyal Güvenlik Bakanlığı yapacaktır. (Madde 42) Bu durum diğer sağlık hizmetlerine ve özellikle de sosyalizasyona ayrılan ödemelerin kısılması demektir.

Yönetim kurulunun dokuz kişisinden beş kişisi hükümet tarafından tayin, edilecektir. Bunların tıpla İlgili bir okuldan mezun olmuş olması şart koşulmamıştır. (Madde 27). Zaten sağlık hizmetlerimiz yeteri kadar politikaya alet edilmektedir. Bu durum daha da arttıracaktır.

-Prim talebi arttırarak, hekim zamanı ve ilaç israfını getirecektir. GSS ilaç listesinin tespiti ilaç tekellerinin etkisiyle olacak ve zaten etkilemekte oldukları sağlık politikamıza iyice el atacaklardır.

Listeye alınan ulaçlar sınıflı olacak, pahalı, ilaçlar yine hasta tarafından

alınacaktır, Özel tedavilerde vatandaş yine ödeme de bulunacaktır. Ücret sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitliği bozan en büyük etkendir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmadaki farklılığı daha belirgin hale getirmemek için sağlık sigortasından kaçınılmalıdır.

ÇÖZÜM

1-Anayasamızın 49. maddesinde belirtildiği gibi, sağlık hizmeti devletin görevi olmalı ve hizmetler için ücret alınmamalıdır. Herkes koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanma hakkına sahip olmalıdır.

2-Sağlık hizmetleri tek elde toplanmalı, merkezi olarak planlanmalı ve istatistiki verilere dayanarak yön verilmelidir. (Ölçünün olmadığı yerde bilim olmaz). Sağlık hizmetleri politik çekişmelerden uzak olmalıdır.

3-Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanununun getirdiği model ülkemiz koşullarına uygundur ve kanunun öngördüğü koşullar yerine getirilirse, başarı sağlanacaktır.

4-Öncelikle hekim gücü açığı ve diğer personel açığı hızla kapatılmalı. Kırsal kesimlerde hekim bulma problemi halledilmeli, çalışmaya yurt çapında ayrıcalıksız rotasyon ve tam gün çalışma ile hekim ve diğer hizmetlilerin katılması sağlanmalıdır. Çalışmalar ekip çalışması prensibine göre düzenlenmelidir.

5-Sağlık sadece sağlık personeli ve SSYB ile ilgili bir konu değildir. Çevre sağlığını sağlayacak tüm koşulların sağlanmasında diğer Bakanlıklar kendine düşen görevleri yerine getirmede, diğer işlerine göre, öncelik tanınmalı.

6- SSY Bakanlığına bütçeden ayrılan yüzde 3,5-4'lük oran çok düşüktür (Bu oran, İsveç'te: yüzde 20,4 Suriye'de yüz de 17 Seylan'da yüzde 15,5 Cezayir yüzde 9) Yeterli düzeye çıkarılmalıdır.

7-İlaç sanayisi devletleştirilme II ve SSY Bakanlığı kontrolüne alınarak ilaçlar standardize edilmelidir.