

SAĞLIK HİZMETLERİ VE KURUMSAL ETKİNLİK ANALİZİ: SOSYAL GÜVENLİK REFORMU EKSENİNDE BİR DEĞERLENDİRME[♦]

Mahmut BİLEN*
Abidin ÖNCEL**

ÖZET

Hazırlanan bu çalışmada öncelikle temel sağlık göstergeleri ekseninde Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin dünya ile karşılaştırılması olarak konumu analiz edilmektedir. Elde edilen sonuç, Türkiye'deki sağlık göstergelerinin pek de iç açıcı olmadığı yönündedir. Daha sonraki aşamalarda sağlık sisteminin önemli bir parçası olan ilaç harcamalarının yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'de etkin bir sağlık hizmeti verilememesinin en önemli nedeni, sağlık hizmetlerinin finansman kaynağı olan sosyal güvenlik sistemlerinin önemli düzeyde finansman açıklarıyla karşı karşıya kalmasıdır. Bu sorunu çözmenin yolu, mevcut sistemi reforme etmekten geçmektedir. Bu çerçevede, yasallaşma süreci devam eden Yeni Sosyal Koruma Sisteminin, özellikle sağlıkta koruyucu sağlık hizmetlerini önemser bir yaklaşımı benimsediği görülmektedir. Ayrıca bu yasa, bütün bireyleri sağlık sigortası kapsamına alacak bir düzenleme getirerek sağlıklı bir yaşamın bireyin temel hakkı olduğu prensibi ile başarılı bir sosyal güvenliğin özerk bir sigorta sistemiyle sürdürülebileceğini bağdaştırmayı amaçlamıştır. Bu dönüşümle birlikte daha etkin bir finansman sistemine ve daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunumuna ulaşılabileceği düşünülmektedir. Araştırmada, halen sunulmakta olan ikinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinlikleri bir alan araştırmasıyla tespit edilmiş ve yeni yasal düzenlemenin toplumsal beklentileri araştırılmıştır. Yeni

yasal düzenlemenin bazı sorunları üretme riski içerdiği gözlenmiştir. Yeni düzenlemelerin kayıtdışı istihdamı daha da arttıracığı, gerçekleştirilecek düzenlemelerin Türkiye'nin kültürel ve kurumsal yapısına uygulanabilirliğinin oldukça sıkıntılı olacağı, kamusal sağlık sigorta yükümlülüğünün artması ile sosyal güvenlik sisteminin mali yükünün daha da artacağı önemli endişe alanları olarak görülmektedir.

ABSTRACT

In this study, firstly, the Turkish health service is compared, at the axis of basic health indications, with the other health services in the world. The results reveal that the health indications in Turkey are not gladdening. In the following stages it is determined that the medicine expenditure which is an important part of the health organization is rather high. The most important cause of insufficient health service is current health service has huge financial deficit of the social security systems which is the finance spring of health services. And the solution of this problem would be reform the present system.

In this frame, it is seems that the social security system which is in a process of becoming legal is consider the protective health services. Besides, this law, with an arrangement for getting each person in health insurance contents and with the principle that the life is the constitutional-right of the person, intends to harmonize that a successful social security can carry on with an autonomous security system. It is thought that with this transformation a more active finance system and a good quality health service would be given. In the study, the activity of second stair health services is determined with a field work and social expectations of the new legal preparation are investigated. It seems that the new social arrangements have the risk of produce some problems. It is concerned that the new social arrangements may increase unaccounting, and may increase the fiscal load of social security system with the increase of public health security obligation.

I. Giriş

Toplumda yaşayan bütün bireyleri ilgilendiren temel sorunlardan birisi, hiç şüphesiz güvenilir ve kaliteli bir sağlık hizmeti olanağına ulaşmaktır. Gelişmiş ülkelerde zaman içinde sağlık harcamaları için tahsis edilen kaynaklar devamlı olarak artma eğilimindedir. Bunun çok çeşitli nedenleri bulunmaktadır. En önemli faktörlerden bir tanesi, sağlık

[♦]Bu makale II.Ulusal Sivil Toplum Kuruluşları Kongresinde sunulan bildirinin gözden geçirilmiş halidir.

* Yrd. Doç. Dr., Sakarya Üniversitesi, İ.İ.B.F., İktisat Bölümü.

** Arş. Gör., Sakarya Üniversitesi, İ.İ.B.F., İktisat Bölümü.

teknolojisinde meydana gelen gelişmelerin bu hizmetlerin daha komplike ve maliyetli hale gelmesine neden olmasıdır. Ayrıca nüfusun yaşlanması sorunu, sağlık harcamaları bütçesinin daha hızlı artmasında rol sahibi olan önemli faktörler arasında bulunmaktadır. Bütün bunlardan öte, sağlık hizmetleri lüks mallar grubuna girecek nitelikte olduğundan, bireylerin gelir düzeyi yükseldikçe bu alana daha fazla talep olmakta ve dolayısıyla daha fazla bütçe tahsisi sonucunu doğurmaktadır.

Türkiye’de sağlık harcamalarının önemli bir kısmı sosyal güvenlik kurumları tarafından karşılanmaktadır. Sosyal güvenlik sistemimiz 1990’lı yılların ortalarından itibaren önemli düzeyde açıklar vermekte ve bu açıklar özellikle son yıllarda giderek artma eğilimi göstermektedir. Bu gelişme, sosyal güvenlik sistemlerinin köklü bir şekilde reforma tabi tutulmasını gündeme getirmiştir ve nitekim halen devam eden yasallaşma sürecinde bu yönde adımlar atılmaktadır. Sosyal güvenlik sisteminin tek çatı altında toplanması yaklaşımı, sağlık kurumlarının da tek çatı altında toplanmasına yol açmıştır. Sağlık sektöründeki bu sorunların ne düzeyde olduğu ve bu sorunların aşılması konusunda ne tür önlemler alınması gerektiği araştırmaya değer görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinliğin ölçülmesi kısmen de olsa bazı nicel verilere dayandırılabilir. Bu çerçevede Türkiye’de mevcut sağlık sektörünün göstergeleri arasında yer alan doktor ve diş hekimi sayıları ile hastane yatak sayılarının incelenmesi önemli görülmektedir. Sağlık hizmetinin niteliğini öğrenmek açısından ise koruyucu sağlık hizmetleri ile tedaviye yönelik sağlık hizmetleri şeklinde bir ayırım gözetilebilir. Bu vesileyle, özellikle ilaç harcamalarının hangi amaçla gerçekleştirildiği sorusuna da cevap bulmak mümkün olacaktır. Kamusal sağlık hizmetlerinin finansmanında yaşanan sıkıntıların nedenlerini tespit etmek amacıyla diğer bazı faktörler yanında ifade edilen göstergelerin ele alınması bu araştırmada cevabı aranan “kurumsal etkinlik/etkinsizliğin nedenleri” konusuna önemli katkılar sunacaktır. Sağlık hizmeti sunumunda yaşanan olumsuzlukların bazı illerde daha derin bir soruna dönüşüp dönüşmediği gerçeği incelenmeye değer görülen diğer önemli bir husustur.

Gerek kamusal sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan sorunlar, gerekse ülkede bütün bireylerin aynı düzeyde bu hizmetlerden yararlanamaması durumu ve gerekse kamusal sağlık hizmetlerinin

finansmanında ortaya çıkan sorunlar incelemeye çalıştığımız konunun önemini ifade etmektedir. Bu amaçla öncelikle Dünya’da ve Türkiye’de sağlık hizmetinin temel göstergeleri karşılaştırmalı olarak analiz edilecek, daha sonra Türkiye’deki göstergelerin niteliği tespit edilerek sorunun boyutu ortaya konulmaya çalışılacaktır. Sonraki kısımlarda ise sağlık hizmetlerinin içinde bulunduğu temel sorunların ne tür unsurlardan beslendiği ve bu sorunları besleyen çarpıklıklara dikkat çekilecektir. Ayrıca yeni yasanın bu sorunların üstesinden gelme kabiliyeti değerlendirilecek ve yeni yasa tasarısının yol açacağı riskler üzerinde durulacaktır. Devamında, bu araştırmaların tespit ettiği sonuçları test eden bir alan araştırmasıyla sağlık hizmetlerinin ikinci basamaktaki memnuniyeti ve kurumsal performansı analiz edilecektir.

II. Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Mevcut Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları

Son yıllarda sağlık sektörünün sorunları gerek batılı toplumlarda refah devletinin krizi ekseninde, gerekse ülkemizde sosyal güvenlik kurumlarının açıkları ekseninde gündemde geniş yer tutmaktadır. Anlaşılacağı gibi sağlık sektöründe yaşanan en önemli sorunların başında finansman sorunu yer almaktadır. Bu sorun hem gelişmiş (merkez) hem de gelişmekte olan (çevre) ülkelerde ortaya çıkmakta, ancak ekonomik yansımaları her ülkede farklı olmaktadır. Yüksek gelirli ve merkez ülkelerde sağlık harcamaları artış hızı milli gelir artış hızını aşarken, düşük gelirli ve genellikle merkez ülkelere bağımlı olan çevre ülkelerde ise sağlık kaynakları açısından önemli yetersizlikler yaşanmaktadır. Bu nedenle merkez ülkelerde temel hedef sağlık harcamalarının sınırlandırılması iken, çevre ülkelerde sağlık gereksinimlerinin daha etkili şekilde karşılanması hedeflenmekte, ancak ekonomik yetersizlikler bu hedefin gerektiği ölçüde gerçekleştirilmesine engel olmaktadır (Belek, 2005).

Türkiye’de halen sağlık hizmetlerinin çok büyük bir kısmı sosyal güvenlik kurumları tarafından finanse edilen bir yapıyla sunulmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerini ve harcamalarını iyi bir şekilde analiz etmek için sosyal güvenlik kurumlarının bu alana tahsis ettiği kaynaklara bakmak gerekmektedir. Bu bağlamda, öncelikle sağlık hizmetlerinin genel görünümü ve sorunları analiz konusu edilecek, daha sonraki aşamada sosyal güvenlik kurumlarının bu alana tahsis

ettiği kaynaklar ve sosyal güvenlik kurumlarının içinde bulunduğu sorunlar nedenleriyle beraber tahlil edilecektir.

II. I. Sağlık Sektörünün Genel Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin gelir esnekliği birden büyük olması nedeniyle, bireylerin veya ulusların gelir düzeyleri yükseldikçe bu mal veya hizmete olan talepleri de artış göstermektedir. Bu bağlamda Wagner, devletin ekonomideki payının artışının nedenlerini ifade ederken, kamusal hizmetler olan güvenlik, eğitim ve sağlık hizmetlerinin ekonomik gelişmeye paralel olarak artış göstereceğini ve bu hizmetlerin büyük ölçüde devlet tarafından finanse edilmesinden dolayı devletin ekonomideki payının büyüyeceğini ifade etmektedir. Devletin ekonomideki payının zaman içinde artış gösterdiği olgusu, yakın geçmişe kadar gözlenen belirgin bir trend idi. Bu genişlemenin önemli kısmının Keynezyen veya refah devleti ekseninde gerçekleştiği ifade edilmekte ise de Wagner'in yaklaşımı bütünüyle gözardı edilecek bir yaklaşım değildir. Bunun ne kadarının Wagneryen analizle, ne kadarının Keynezyen veya refah devleti ile ilişkili olduğu ayrı bir tartışma konusudur. Açık olan husus ise, bütün gelişmiş ülkelerde zaman içinde sağlık hizmetlerine tahsis edilen kaynakların giderek artma eğilimi içinde olduğudur. Nitekim sağlık hizmetlerine tahsis edilen kaynaklar gerek ekonomideki payı itibarıyla, gerekse kamunun bütçesindeki payı itibarıyla giderek artma eğiliminde olmuştur. Örneğin, ABD'de GSYİH'nin yaklaşık %14'ü sağlık hizmetlerine tahsis edilirken, kamu harcamaları içerisinde sağlık harcamalarının payının önemli düzeyde bir artışla %17,6'ya kadar yükselmiş olduğu görülmektedir (Tablo 1). Tablo 1'de Dünya'da sağlık harcamalarının GSYİH ve kamu harcamaları içerisindeki payları izlenebilmektedir. Tablo genel olarak değerlendirildiğinde; UNDP'nin yaptığı tasnif çerçevesinde Yüksek İnsani Gelişim Kategorisinde yer alan ülkelerde sağlık harcamalarının giderek önemini arttırdığı, Orta ve Düşük İnsani Gelişim Kategorisindeki ülkelerde ise sağlık harcamaları açısından durumun biraz daha olumsuz olduğu görülmektedir. Ülkemiz açısından bakıldığında, ekonomide sağlık için ayrılan kaynakların, aynı kategoride yer alan ülkelerin altında olması oldukça düşündürücüdür. Kamusal hizmetlerin önemli bir unsuru olan sağlığa düşük düzeyde kaynak tahsis ediyor olmamız, hem ekonomi hem de insani gelişme açısından kaygı vericidir. Kamunun sağlığa ayırdığı kaynakların 1997'den 2001'e

gelindiğinde %10,8'den %9,1'e azalıyor olması, kamunun sağlık için yeterli kaynak ayırmakta güçlük çektiği veya isteksiz olduğunu göstermektedir.

Tablo 1: Sağlık Harcamalarının GSYİH ve Kamu Harcamaları İçerisindeki Payı

İGS	Ülkeler	GSYİH %'si Olarak Toplam Sağlık Harcamaları			Kamu Harcamalarında Sağlığa Ayrılan Pay (%)		
		1997	1999	2001	1997	1999	2001
Yüksek İnsani Gelişim Kategorisindeki Ülkeler							
1	Norveç	7,8	8,5	8	14	15,1	15,2
2	İsveç	8,2	8,4	8,7	11,2	12	13
8	ABD	13	13	13,9	16,8	16,9	17,6
12	İngiltere	6,8	7,2	7,6	13,4	14,8	15,4
16	Fransa	9,4	9,3	9,6	13	13,2	13,7
19	Almanya	10,7	10,7	10,8	16,3	16,3	16,6
	Ortalama	9,3	9,5	9,8	14,1	14,7	15,3
Orta İnsani Gelişim Kategorisindeki Ülkeler							
68	Venezuela	5,4	5,6	6	12,5	13,6	14,7
72	Brezilya	7,4	7,8	7,6	9,1	9,3	8,8
88	Türkiye*	4,2	4,9	5	10,8	9,1	9,1
94	Çin	4,6	5,1	5,5	14,2	11,8	10,2
120	Mısır	3,9	3,9	3,9	5,9	6,2	7,4
127	Hindistan	5,3	5,2	5,1	3,2	3,3	3,1
	Ortalama	5,1	5,4	5,5	9,3	8,9	8,9
Düşük İnsani Gelişim Kategorisindeki Ülkeler							
151	Nijerya	2,8	3	3,4	2,1	1,7	1,9
169	Orta Afrika Cum	3,6	4,1	4,5	8,4	10,1	18,5
170	Etyopya	3,4	3,5	3,6	5,8	4,3	4,9
174	Mali	4,2	4,1	4,3	8,2	5,7	6,8
176	Nijer	3,4	3,2	3,7	8,9	7,8	7,7
177	Sierra Leone	3,3	3,7	4,3	8,9	9,4	9,4
	Ortalama	3,5	3,6	4,0	7,1	6,5	8,2

İGS: İnsani Gelişmişlik Sıralaması

Kaynak:WHO, The World Health Report 2004, Changling History; Geneva, pp. 136-147; UNDP, Human Development Report 2004, New York, pp. 172-175

Dünya'da sağlık harcamalarının gelişiminde belirleyici olan diğer göstergeler olarak, kişi başına sağlık harcamaları ile kamunun toplam sağlık harcamaları içerisindeki yeri incelenebilir. Bu çerçevede aşağıda oluşturulan Tablo 2'ye göz atıldığında; UNDP'nin yaptığı tasnif çerçevesinde Yüksek İnsani Gelişim Kategorisinde yer alan ülkelerde

kişi başına toplam sağlık harcamalarının ortalama olarak 2500\$ düzeyinde gerçekleştiği, Orta İnsani Gelişim Kategorisindeki ülkelerde bu harcamaların 150\$ düzeyinde olduğu ve Düşük İnsani Gelişim Kategorisindeki ülkelerde ise 15\$ seviyesinde gerçekleştiği görülmektedir. Türkiye açısından bakıldığında, yine kendi kategorisinde yer alan ülkelerin altında kalan bir kaynak tahsisi göze çarpmaktadır. Açıkça gözlenen gerçek, ülkelerin gelişmişlik düzeylerini ifade eden kişi başına gelir düzeyi ile sağlığa ayrılan kaynak düzeyleri arasında oldukça dikkat çekici bir fark bulunmasıdır. Örneğin Türkiye ile ABD karşılaştırıldığında; ABD'de kişi başına gelir düzeyi 30000\$ seviyelerindeyken, bu rakam Türkiye'de 4000\$ düzeyindedir (Türkiye'de kişi başına gelir ABD'dekinin %13'üne tekabül etmektedir). Kişi başına sağlık harcamalarına bakıldığında ise, iki ülke arasındaki farkın daha büyük boyutta olduğu görülmektedir. Nitekim, 2001 yılında ABD'de kişi başına sağlık harcaması 4887\$ iken, aynı yıl Türkiye'de sadece 109\$ olarak gerçekleşmiştir. Diğer bir deyişle, ifade edilen iki ülke arasındaki oran %2 düzeyine düşmektedir.

Yine, toplam sağlık harcamaları içerisinde kamunun yeri incelendiğinde; Yüksek İnsani Gelişim Kategorisinde yer alan ülkelerde kamunun payının ortalama olarak 1997 yılında %75'ler düzeyinde, Orta İnsani Gelişim Kategorisindeki ülkelerde bu oranın %45'ler düzeyinde olduğu ve Düşük İnsani Gelişim Kategorisindeki ülkelerde ise %40'lar düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Bu kategori açısından bakıldığında, ülkemizde kamunun sağlık hizmetlerine katılımı kendi kategorisindeki ülkelerin üzerinde olmasına rağmen, daha önceki kriterler dikkate alındığında sağlık göstergelerimizin pek iç açıcı düzeyde olmadığı söylenebilir.

Tablo 2: Dünya'da Kişi Başına Sağlık Harcamaları ve Sağlık Harcamaları İçinde Kamunun Payı

İGS	Ülkeler	Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (US\$)			Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamunun Payı (%)		
		1997	1999	2001	1997	1999	2001
Yüksek İnsani Gelişim Kategorisindeki Ülkeler							
1	Norveç	2 797	3 025	2 981	84,3	85,2	85,5
2	İsveç	1 592	1 760	1 935	85,8	85,7	85,2
8	ABD	3 939	4 287	4 887	45,3	44,2	44,4
12	İngiltere	1 563	1 792	1 835	80,1	80,5	82,2
16	Fransa	2 261	2 285	2 109	76,2	76	76
19	Almanya	2 753	2 731	2 412	75,3	74,8	74,9
	Ortalama	2484,2	2646,7	2693,2	74,5	74,4	74,7
Orta İnsani Gelişim Kategorisindeki Ülkeler							
68	Venezuela	210	244	307	57,1	53,9	62,1
72	Brezilya	362	246	222	43,5	42,8	41,6
88	Türkiye*	125	137	109	71,6	71,1	71
94	Çin	33	40	49	40	38	37,2
120	Mısır	153	163	174	45,9	46,4	48,9
127	Hindistan	23	23	24	15,7	17,9	17,9
	Ortalama	151,0	142,2	147,5	45,6	45,0	46,5
Düşük İnsani Gelişim Kategorisindeki Ülkeler							
145	Zimbabve	66	35	45	59,1	48,9	45,3
151	Nijerya	35	10	15	11,7	16	23,2
169	Orta Afrika Cum.	10	12	12	37,9	48	51,2
170	Etyopya	4	3	3	37,9	37,7	40,5
174	Mali	10	10	11	43,3	32,6	38,6
176	Nijer	6	6	6	41,7	43,6	39,1
177	Sierra Leone	7	6	7	46,8	53,8	61
	Ortalama	19,7	11,7	14,1	39,8	40,1	42,7

İGS: İnsani Gelişmişlik Sıralaması

Kaynak:WHO, The World Health Report 2004, Changling History; Geneva, pp. 136-147; UNDP, Human Development Report 2004, New York, pp. 172-175

Yukarıda da ifade edildiği gibi, çevre ülkelerde sağlık kaynakları açısından yetersizlikler mevcuttur. Gelişmekte olan ülkeler kategorisinde ele alınan Türkiye açısından da benzer durumlar söz konusudur. Bir taraftan dış ticaret ve bütçe açıklarını finanse etmek amacıyla devletin borçlanma gereği, öbür taraftan kişi başına gelir seviyesinin düşük gerçekleşmesi nedeniyle hem kamunun hem de bireylerin yapabileceği sağlık harcamaları düşük seviyelerde gerçekleşmektedir. Tablo 3'de yıllar itibarıyla Türkiye'de gerçekleştirilen sağlık harcamaları ile bu sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hâsıla'ya

(GSMH) oranları ve toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamalarının payı yer almaktadır.

Tablo 3: Türkiye’de Sağlık Harcamaları (1980-2003)

Yıllar	Kişi Başına Sağlık Harcamaları (\$)	Toplam Sağlık Harcamaları / GSMH	Kamu / Toplam
		(%)	(%)
1980	55,5	3,5	51,4
1985	39,2	2,9	44,6
1990	95	3,5	61,9
1991	97,8	3,7	63,5
1992	107,7	3,9	66,2
1993	130,1	4,2	68,2
1994	85,2	4,1	64,7
1995	105,6	3,8	64,3
1996	111,4	3,7	64
1997	119,8	3,6	63
1998	139,9	4	63
1999	116,4	4,1	79,9
2000	135,3	4,3	80
2001	81,4	3,9	78
2002	111,7	4,3	77
2003	153,5	4,5	77

Kaynak: <http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/25.03.2005>

Tablo 3’de yer alan veriler gözönüne alınarak kişi başına düşen sağlık harcamalarının gelişimine bakıldığında, harcamaların 1980-1985 yılları arasında düşme trendinde olduğu, daha sonra 1993 yılına kadar yükselme eğilimine girdiği, kriz yılları olan 1994 ile 2001 yıllarında büyük oranda düştüğü görülmektedir. 2003 yılına gelindiğinde kişi başına sağlık harcaması 153,5 \$ olarak gerçekleşmiştir. Tablodaki bir diğer gösterge olan toplam sağlık harcamalarının GSMH’ya oranlarına bakıldığında ise; bu oranın ortalama olarak %4 seviyelerinde gerçekleştiği, 2003 yılında %4,5 olduğu görülür. Son olarak, kamu kesiminin sağlık harcamaları içerisindeki yerini belirlemek amacıyla kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarından aldıkları paylara bakıldığında, 1980 yılında %51,4 olan seviyenin genelde artış trendinde olduğu ve 2003 yılına gelindiğinde %77 seviyesinde gerçekleştiği görülmektedir. Tablo incelenmeye devam edildiğinde 1999 yılında kamu kesiminin sağlık harcamaları içerisindeki payında bir sıçrama olduğu ve 1998 yılında %63 olan oranın %79,9’a yükseldiği görülmektedir. Daha sonra 1999 yılında gerçekleştirilen Sağlık Reformu’nun da etkisiyle bu oran bir nebze azalma göstermiş ve 2003 yılında %77 olarak gerçekleşmiştir. Burada yer alan rakamlar daha önce

Tablo 1 ve Tablo 2’de UNDP tarafından Türkiye için belirtilen değerlere oldukça yakındır. Bu verilerden hareketle, Türkiye’de sağlık harcamalarının oldukça düşük düzeyde gerçekleştiği sonucuna varılabilmektedir.

Dünya’da ve Türkiye’de sağlık harcamalarında meydana gelen gelişmeler yukarıda ifade edildiği şekildeyken, bu gelişmelerin ortaya çıkmasında etkili olan bazı unsurların değerlendirilmesi yararlı olacaktır. Bu çerçevede özellikle doktor, yatak başına düşen nüfus miktarları ve hastanede tedavi görme oranları analiz edilmeye değer görülmektedir.

Tablo 4: Seçilmiş Bazı Ülkelerde Temel Sağlık Göstergeleri (1995-2002)

Ülkeler	1000 Kişiye Düşen Tabip ve Dişçi Sayısı				100 000 Kişiye Düşen Hastane Yatak Sayısı				Hastanede Tedavi Görme Oranları		
	1995	2000	2001	2002	1995	2000	2001	2002	1995	2000	2001
Fransa	3,2	3,3	3,3	3,3	873,9	809,2	793,2	780,1	22,8	23,0	
Danimarka	3	3,2	3,3	3,3	487,7	429,6	421,8	413,4	18,1	19,0	18,9
Almanya	3,1	3,3	3,3	3,3	968,3	911,9	901,1	892,7	21,9	23,5	23,6
İtalya	3,9	4,1	4,3	4,4	563,2	449,5	446,8	430,2	16,7	16,1	16,2
İsviçre	3,2	3,5	3,5	3,6	856,4	624,2	602,3	603,8	18,6	15,9	15,7
Yunanistan	3,9	4,5	4,5	-	499,6	487,8			15,0	15,4	
Türkiye	1,1	1,3	1,3	1,3	246,2	255,8	232,4	233,0	6,4	7,8	7,8

Kaynak: <http://data.euro.who.int/hfad/25.03.2005;>

[http://www.oecd.org/dataoecd/13/62/31963153.xls/16.5.2005.](http://www.oecd.org/dataoecd/13/62/31963153.xls/16.5.2005)

Yukarıda hazırlanan Tablo 4 incelendiğinde, hem doktor ve diş hekimi açısından, hem de hastanelerdeki yatak sayıları ve hastanede tedavi görme oranları açısından tablodaki diğer ülkelere nispetle ülkemizdeki sağlık hizmetlerinde önemli düzeyde yetersizlikler olduğu sonucuna varılabilir. Nitekim gelişmiş olan ülkelerde 1000 kişiye düşen hekim sayısı 3,5 düzeylerindeyken, ülkemizde bu oran oldukça düşük olup 1,3 seviyesindedir. Bu olumsuz manzara, hastanede yatak sayısında da kendini göstermektedir. Yine tablodan da görüleceği gibi, hastanede tedavi görme oranları açısından da ülkemizdeki sağlık göstergeleri olumsuz bir görünüm arz etmektedir. Bütün bunların sebepleri konusunda birçok şey söylenebilir, açık olan husus, kamunun sağlık için ayırdığı kaynakların yetersiz olması ve sağlık hizmetlerinin etkinlikten uzak bir biçimde sunulması olarak ifade edilebilir.

Hastanelerde tedavi görme oranlarının oldukça düşük olmasının en önemli nedeni yatak sayısının yetersizliği olmakla birlikte, diğer önemli bir faktör, bireylerin hastanede tatmin edici bir sağlık hizmeti

alamamalarından dolayı yatakta devam edecek tedavilerini evlerinde devam ettirme eğiliminde olmalarıdır. Ayrıca bu unsurlara ilave olarak, Türk toplumunun sahip olduğu kültürel ve kurumsal yapıların etkileri de önemli olmaktadır ki, bunların başında insan sağlığının gerektiği değeri almaması yer almaktadır.

Doktor sayısının az olmasında ise şüphesiz birçok faktör etkili olmaktadır. Bunların başında, Türkiye’de üniversite bölümleri açılırken eleman ihtiyacına göre etkili bir planlamanın yapılmaması ve tıpta uzmanlık sınavı (TUS) sonucunda çok az doktorun uzman doktor olabilmesi gösterilebilir. Bu konuda Türkiye Tabipler Birliği (TTB)’nin basına yapmış olduğu açıklamalarda (TTB, 2005a), gerek tıp fakültesindeki öğrencilerin fazlalığını, gerekse yeni açılacak tıp fakültelerinin gereksizliğini ifade eden açıklamaları düşündürücüdür. Halbuki gelişmiş ülkelerde 1000 kişiye düşen tabip sayısı (ortalama 3,5) dikkate alındığında, ülkemizdeki ile arasındaki fark iki katın üzerindedir. Bu kadar büyük bir fark olmasına rağmen, Türkiye Tabipler Birliği’nin tabip sayısı konusundaki açıklaması dikkat çekicidir. Günümüzde bütün gelişmiş ülkelerde üniversite çağındaki nüfusun önemli bir kısmı üniversitelerde eğitim görürken, ülkemizde aynı çağındaki nüfusun çok az bir kısmının üniversite eğitimi aldığı bilinmektedir. Bu yaklaşımın bir ileri aşaması, bütün meslek mensupları veya ilgili kurumlarının “bizim meslekteki üniversite mezunları fazla, üniversite mezunu sayısını azaltın veya ilgili fakülteyi kapatın”(!) demelerinin ne düzeyde anlamlı olacağı oldukça düşündürücüdür. Burada üniversite eğitimi kamunun iş olanakları sunma zorunluluğu ile ilişkilendirmenin oldukça sakıncalı bir yaklaşım olduğu açıktır.

Ülke genelinde personel sayısı ve hastanelerdeki yatak sayısında gözlenen bu yetersizlik, bazı illerde açık bir şekilde derin bir soruna dönüşmektedir. Nitekim Türkiye’nin geri kalmış birçok ilinde büyük ölçüde hekim açığı ve hastanelerde yatak yetersizlikleri gibi sorunların hala ortada durduğu gözlenmektedir. Sorunun bu boyutunu gözler önüne sermek amacıyla aşağıda Tablo 5’te Türkiye’de seçilmiş bazı illerin sağlık sektörü açısından gelişmişlik seviyeleri ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Tablo 5 incelendiğinde, Türkiye’nin nüfus açısından üç büyük ilinin sağlık gelişmişlik sıralamasında ilk üç sırayı paylaştığı görülmektedir. Bu üç il, genel gelişmişlik düzeyi açısından da ilk üç

sırayı paylaşmaktadır. Sağlık gelişmişlik düzeyi açısından son sıralarda yer alan illerin büyük çoğunluğunun ise gelişmişlik düzeyi açısından oldukça geride yer alan iller olduğu gerçeği bir kez daha burada görülebilmektedir. Söz konusu illerin gelişebilmesi ve iller arasında yer alan gelişmişlik düzeyi farklılıklarının giderilmesinin yolunun, yine sağlık hizmetleri açısından gerekenlerin yapılmasına bağlı olduğu burada bir kez daha vurgulanmalıdır.

Tablo 5: Seçilmiş Bazı İllerde Sağlık Gelişmişlik Düzeyleri (2000)

İller	Sağlık Gelişmişlik Endeksi	Sağlık Sırası	Genel Gelişmişlik Sırası	Kullanılan Değişkenler				
				A	B	C	D	E
Ankara	3,739	1	2	36	31,6	6,0	4,5	37,7
İzmir	2,577	2	3	40	22,7	4,6	4,7	29,0
İstanbul	2,562	3	1	39	20,6	4,8	4,4	34,1
Erzincan	-0,403	56	58	37	6,6	0,6	1,4	19,6
Ordu	-0,403	57	62	37	5,7	0,5	2,0	16,6
Erzurum	-0,427	58	60	65	12,3	0,5	1,0	31,6
K.Maraş	-0,490	59	48	37	6,3	1,0	1,6	10,5
Kilis	-0,651	60	54	48	9,9	0,8	0,5	16,6
Diyarbakır	-0,687	61	63	57	7,0	0,4	1,9	21,1
Osmaniye	-0,703	62	47	36	6,0	1,5	0,6	7,1
Şanlıurfa	-0,767	63	68	37	4,3	0,4	1,9	8,8
Tokat	-0,769	64	61	45	5,6	0,3	1,5	16,1
Yozgat	-0,793	65	64	45	5,2	0,6	1,4	12,9
Adıyaman	-0,866	66	65	42	5,0	0,4	1,4	11,5
Bayburt	-0,871	67	66	44	7,2	0,5	0,9	10,3
Düzce	-0,952	68	45	50	6,4	0,9	0,2	17,0
Siirt	-0,992	69	73	63	4,5	0,3	2,9	10,8
Kars	-1,063	70	67	65	5,1	0,7	2,2	11,5
Mardin	-1,116	71	72	43	3,5	0,2	1,5	6,7
Bingöl	-1,136	72	76	60	5,1	0,4	1,1	17,0
Van	-1,231	73	75	61	6,0	0,4	0,8	14,1
Bitlis	-1,246	74	79	52	3,6	0,5	0,9	11,2
İğdir	-1,313	75	69	52	5,8	0,5	0,5	5,9
Şırnak	-1,340	76	78	51	3,5	0,4	1,1	6,1
Batman	-1,424	77	70	50	3,8	0,6	0,5	4,7
Muş	-1,543	78	81	55	2,8	0,2	0,8	7,9
Ağrı	-1,567	79	80	58	2,4	0,3	1,2	5,3
Hakkari	-1,593	80	77	55	3,6	0,2	0,5	6,3
Ardahan	-1,619	81	74	77	6,0	0,5	0,7	12,3

Açıklamalar: A: Bebek ölüm oranı; B: On bin kişiye düşen hekim sayısı; C: On bin kişiye düşen diş hekimi sayısı; D: On bin kişiye düşen eczane sayısı; E: On bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı

Kaynak: DPT, İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması 2003, Mayıs 2003, s. 123

Yine Türkiye Tabipler Birliği'nin, devletin özellikle sağlık göstergeleri açısından durumları hiç de iç açıcı olmayan illerde bu sorunları hafifletmeye dönük girişimlerini oldukça ilginç argümanlarla eleştiri konusu yapması dikkat çekicidir. Bu çerçevede TTB, tabip açığına dönük sözleşmeli doktor ve yüksek ücret düzenlemesini, "sürgün" olarak nitelendirmekte, ilgili açıklamada ayrıca sadece yapılmakta olan düzenlemeler eleştirilmekte ve üyelerinin daimi kadro güvenliğinin olmadığına dikkat çeken eleştiriler yapılmaktadır (TTB, 2005b). İfade edilen açıklamalarda, bu bölgelerdeki sorunun nasıl çözülmesi gerektiğine ilişkin bir öneri getirilmezken, doğrudan tabiplerin haklarına dikkat çekilmektedir. Bu tutumun birçok yönden düşündürücü olduğu açıktır. Halbuki sağlık hizmetlerinin sunumunda bölgeler arasında var olan eşitsizliklerin giderilmesi ve geri kalmış bölgelerde de etkili bir sağlık hizmetinin sunulmasının sorumluluğu başta sağlık bakanlığında olmak üzere, bu yönde TTB'nin özverili çalışmaları da önemli görülmektedir. Bu nedenle özellikle tabip sayısındaki yetersizliklerin giderilmesinin yolunun *zorunlu hizmet* uygulamasından geçtiği düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda incelenmesi gereken bir diğer önemli konu, ilaç harcamalarının değerlendirilmesidir. Türkiye'de kişi başına sağlık harcamaları daha önce incelendiği gibi düşük seviyede gerçekleşmiş olmasına rağmen, özellikle sosyal güvenlik kurumları bünyesinde tedavi gören kişilerin ilaç harcamalarının yüksek seviyede gerçekleştiği görülmektedir. İlaç harcamalarındaki bu eğilim, diğer gelişmekte olan ülkelerde yaşanan eğilimle benzer bir durum arz etmektedir. İlaç harcamalarındaki gelişmeleri analiz etmek amacıyla aşağıda öncelikle Dünya'daki gelişmeler genel olarak ele alınacak, daha sonraki kısımlarda ise Türkiye'deki durum sosyal güvenlik kurumları bazında değerlendirilecektir. Bu amaçla, Tablo 6'da bazı OECD ülkelerine ait ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranları verilmiştir.

Tablo 6: Bazı OECD Ülkelerinde İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payları (1990-2002)

Ülkeler	1990	1995	1999	2000	2001
Kanada	11,5	13,8	15,5	16	16,3
Çek Cumhuriyeti	21	25,6	22,7	22	21,9
Danimarka	7,5	9,1	8,7	8,8	9,2
Finlandiya	9,4	14,1	15,1	15,5	15,7
Fransa	16,9	17,6	19,5	20,3	20,9
Almanya	14,3	12,7	13,5	13,6	14,3
Yunanistan	14,3	15,7	14,4	15,4	15,6
İtalya	21,2	20,9	22,3	22,3	22,4
İsveç	8	12,5	14	13,9	13,3
İsviçre	10,2	10	10,5	10,7	10,6
Türkiye	20,5	-	24,3	24,8	-
ABD	9,2	8,9	11,2	11,9	12,4

Kaynak: <http://www.oecd.org/dataoecd/13/9/31963517.xls/14.05.2005>.

Tablo 6 incelendiğinde, gelişmiş olan ülkelerde ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %15 düzeyinde seyrederken, bütün sağlık göstergeleri gelişmiş ülkelere göre kötü olan ülkemizde, ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının %25 düzeyinde bulunuyor olması bir çarpıklığın varlığına işaret etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payının yüksek gerçekleşmesiyle ilgili olarak çeşitli görüşler öne sürülmektedir. Bu görüşler arasında en önemlileri olarak; *tedavi edici sağlık hizmetlerine daha çok öncelik verilmesi, ilaç sanayinde dışa bağımlılık, hızlı teknolojik gelişmelerin sonucunda piyasadaki ilaç çeşitliliğinin artması ve yoğun antibiyotik kullanımı* gibi faktörler ifade edilmektedir (Top ve Tarcan, 2004:179-180). Halbuki gelişmiş olan ülkelerde sağlık hizmetlerinde öncelik koruyucu sağlık hizmetlerine verilmektedir. Çünkü bir hastalık ortaya çıkmadan önlemini almak oldukça cüzi tutarlar ile sağlanırken, aynı hastalığın tedavisi çok büyük maliyetlere neden olmakta ve bu durum ilaç harcamalarını artırmaktadır.

Türkiye'deki ilaç harcamalarının durumunu sosyal güvenlik kurumları ekseninde analiz etmek amacıyla aşağıda oluşturulan Tablo 7'ye bakıldığında, bütün kurumlarda gerçekleştirilen sağlık harcamalarının yarısından fazlasının ilaç harcaması olarak gerçekleştiği görülür. Nitekim, 2003 verilerine göre Emekli Sandığı'nın kişi başına ilaç

harcamasının 404\$, SSK'nın 38\$, Bağ-kur'un 138\$ ve devlet memurlarının ise 90\$ olarak gerçekleştiği, söz konusu kurumların ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranlarının ise emekli sandığında %60, SSK'da %45, Bağ-kur'da %58 ve devlet memurlarında ise %50 seviyesinde olduğu görülmektedir. 2003 yılında gerçekleştirilen toplam ilaç harcaması ise 4.531 milyon \$'dır. Buradan da anlaşılacağı gibi, toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payındaki yükseklik, sosyal güvenlik kurumlarında daha çarpıcı bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumun ortaya çıkmasında etkili olan unsurların başında ise, sosyal güvenlik kurumlarının tedavi edici sağlık harcamalarına öncelik vermesinin yer aldığı düşünülmektedir.

Tablo 7: Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur ve Konsolide Bütçe (Devlet Memurları) İlaç Harcamaları,(2003)

Kurum	İlaç Harcaması		Kişi Başı İlaç Harcaması		İlaç Harcaması/ Sağlık Harcaması (%)
	Milyar TL.	Milyon \$	Milyon TL.	\$	
Emekli Sandığı	1.516.600	1.014	604	404	60
SSK	2.450.000	1.638	58	38	45
Bağ-Kur	1.747.657	1.194	207	138	58
Devlet Memurları	1.024.715	685	136	90	50
Toplam	6.738.972	4.531	-	-	-

Kaynak:Top ve Tarcan, 2004:197.

Tablo 7 incelenmeye devam edildiğinde, SSK'nın gerçekleştirmiş olduğu kişi başına ilaç harcamasının düşük düzeyde kaldığı görülmektedir. Bu durumun ortaya çıkmasında şüphesiz SSK'da uygulanan ilaç politikasının etkili olduğu söylenebilir. Nitekim SSK gerçekleştirdiği ihalelerle yüzde 80-90'lara varan fiyat kısımlarıyla ilaç alabilmektedir. Kişi başına ilaç harcaması Emekli Sandığı'nda ise yüksek çıkmıştır. Bunun en önemli nedeni olarak, bu kuruma tabi kişilerin yaş ortalamasının yüksek olması durumu gösterilmektedir (Top ve Tarcan, 2004:187,191). Yeni yasa tasarısında ilaç alımında uzmanlaşma sağlanacağı ve bu vesileyle ilaçların daha uygun fiyatlarla sağlanacağı düşüncesi bu çerçevede önemli görülmektedir.

Türkiye'de sağlık harcamaları ve spesifik olarak ilaç harcamaları ile doktor ve yatak sayıları böyle bir seyir gösterirken, sosyal güvenlik kuruluşlarının finansman açıkları da önemli bir sorun olarak görülmektedir. Nitekim sosyal güvenlik kuruluşlarının yaşadığı finansman sorununun kamu finansmanı üzerinde oluşturduğu baskı

dolayısıyla, başta enflasyon olmak üzere, diğer temel ekonomik göstergeleri de olumsuz etkilediği ve sosyal güvenlik sisteminin ülke ekonomisinde istikrarsızlık oluşturan ana sebeplerden biri haline geldiği düşünülmektedir (ÇSBG, 2004:12). Çalışmanın bundan sonraki kısımlarında, öncelikle sosyal güvenlik sistemi teorik olarak ele alınacak, sonrasında ise Türkiye'de mevcut sosyal güvenlik sisteminin sorunları kısaca incelenmeye çalışılacaktır.

II.II. Türkiye'deki Mevcut Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sorunları

Toplumda yaşayan fertler, gelecekteki risklere karşı her zaman yeterli düzeyde önlemler alamayabilirler. Kişilerin, geleceği fazla hesaba katmama eğiliminde olması, devletin koruyucu politikalarda bulunmasına gerekçe oluşturmaktadır. Bu izahla ifade edilen husus, bireylerin gelecekteki güvenliklerini düşünmekten ziyade, günün ihtiyaçlarını karşılamayı tercih edecekleri ve bu nedenle gelirlerinin yeterli bir bölümünü geleceğin ihtiyaçları için ayırmayacakları şeklindedir. Sözel geliş, sağlık ve emeklilik sigortaları gibi hizmetlerin giderlerinin, kaynağı önemli ölçüde vergiler olan, ulusal sosyal güvenlik kurumlarınca karşılanması, sosyal refah devletinin gerekliliğini desteklemektedir. Bu, "moral risk"den kaynaklanan görüştür: Bu görüşe göre, kişiler, hükümet müdahalesi olmadan sosyal refah harcamaları konusunda kendi başlarına bırakılırsa, çoğunluğu bunun gereğini yapmayacak ve bu harcama yine devlete kalacaktır. Her ne kadar devlet bunu yapmaya mecbur değilse de, kamunun bazı kişilerin korkunç bir sefalet içinde olmalarına hoşgörü göstermemesi gerektiği belirtilmektedir (Barry, 1989:22).

Sosyal güvenlik, modern ulusların kendi vatandaşlarını korumak için en önemli araçlarından biridir. Devlet bu programlar yardımıyla, çalışanların yaralanması, hastalanması, yaşlanması, işsizlik ve düşük gelir elde etme durumları gibi zorluklarda asgari bir yaşam standardıyla bireyleri korumayı sağlar. Bu programlar gelişmiş ülkelerde toplumdaki bütün bireyleri koruyacak bir içeriğe ulaşmıştır (Coller and Messick, 2000:142).

Sosyal güvenlik, bir ülke halkının bugününü ve yarınını güvence altına almayı amaçlayan ve birbiri arasında sıkı bir birlik ve uyum kurulmuş olan, bir kurumlar bütünü olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanımda Sosyal güvenlik, mesleki, fizyolojik veya sosyo-ekonomik riskten ötürü geliri sürekli veya geçici olarak kesilmiş kimselerin,

geçinme ve yaşama ihtiyaçlarını karşılayan bir sistem olarak ifade edilmektedir (Talas,1992:528). Sosyal güvenliğin amacı ise, herhangi bir nedenle kısmen ya da tamamen çalışamaz duruma düşen ve bu nedenle gelir kaybına uğrayanlara, insan onuruna yaraşır bir hayat sürmeleri için gerekli olan geliri sağlamak olarak belirtilebilir. Bir başka ifade ile sosyal güvenliğin amacının, değişik sosyal risklerin yol açtığı gelir kayıplarına (hastalık, işsizlik, yaşlılık gibi) ve/ya gider artışlarına (çocuk yetiştirme, kira masrafları, yol giderleri gibi) karşı telafi edici parasal sosyal yardım ve destek sunmak olduğu belirtilmektedir (Dilic, 79).

Sosyal güvenlik, ortaya çıkışı itibariyle, ekonomik yönden güçsüzleri, insanca yaşamak için yeterli geliri olmayanları korumayı amaçlamakta ve bu amaçlarını üç yolla yerine getirmeye çalışmaktadır. Bunlar, sosyal yardımlar, sosyal hizmetler¹ ve sosyal sigortalardır². Sosyal sigortalar, yardım göreceğ olanın maddi katkısıyla (contributory) işlerken, sosyal yardımlar ve hizmetler, ilgilinin herhangi bir katkısı bulunmaksızın kısmen veya tamamen devlet bütçesinden sağlanır. Sosyal sigortalarda işçi ve işveren tarafından ödenen katkıların genelde yeterli olmamaları nedeniyle, bu hizmetin devletin yaptığı yardımlarla yürüdüğü bilinmektedir (Tuncay, 1994:15).

Sosyal güvenlik sistemlerinin bir ekonomide icra edeceği en önemli roller arasında, yoksulluğu ve gelir dağılımındaki eşitsizlikleri önlemek yoluyla toplumsal huzuru sağlamaya katkı sunması oluşturmaktadır. Sosyal güvenlik sistemlerinin toplumlar için ifade ettiği bu önemli rollerin yanında, özellikle 1970'li yılların ortalarından itibaren batı toplumlarında büyük finansman açıklarına yol açtığı ve bu durumun batı toplumlarının önemli bir sorunu haline geldiği görülmektedir (Bilen, 2002).

Sosyal güvenlik sisteminin yaşadığı finansman sorunu yıllardan beri Türkiye'nin de en önemli sorunları arasında görülmekte ve söz konusu sistemde reform gerçekleştirileceği düşüncesi sıkça dile getirilmektedir. Sosyal güvenlik sisteminde reform gerçekleştirilmesi ve

¹ Sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler, ilk kez Danimarka'da 1891 yılında kabul edilen yasayla, yaşlılara yönelik yaşlılık aylığı programı ile ortaya çıkmıştır. Sosyal yardım programları alanında Danimarka'yı diğer İskandinav ülkeleri, onları da İngilizce konuşan ülkeler daha da genişleyerek takip etti. A. Can Tuncay, *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri*, 6. bs., İstanbul, 1994, s. 15.

² Sosyal sigortaların dünyada ortak kabul görmüş 9 ana kolu vardır. 1. Hastalık halinde sağlık yardımı, 2. Hastalık ödenekleri, 3. Analık, 4. Sakatlık, 5. Yaşlılık, 6. İş kazası ve meslek hastalığı, 7. Ölüm, 8. Aile yardımları ve 9. İşsizlik sigortasıdır.

finansman açıklarının ortadan kaldırılması aynı zamanda Uluslararası Para Fonu (IMF) ile yapılan görüşmelerde de sıkça vurgulanmaktadır. Türkiye ekonomisinde 1994 yılında yaşanan ekonomik kriz sonrasında sosyal güvenlik sisteminin açıkları giderek artış göstermiştir. Söz konusu açıklar devlet bütçesi ile finanse edilmeye çalışıldığından, zaten var olan kamu kesimi borçlanma gereği de bu durumdan olumsuz etkilenmektedir.

Ülkemizde önemli konum sahibi olan üç sosyal güvenlik kurumunun gelir gider pozisyonlarının gelişimi aşağıda Tablo 8'de açık bir şekilde görülmektedir.

Tablo 8: Türkiye'deki Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Gelir-Gider Farkları (Milyon\$) (1990-2004).

YILLAR	SSK	BAĞ-KUR	EMEKLİ SANDIĞI
1990	531	- 61	97
1991	30	- 178	208
1992	- 365	- 83	199
1993	- 721	- 309	- 360
1994	- 641	- 339	- 204
1995	- 1 747	- 454	- 105
1996	- 1 739	- 795	- 486
1997	- 2 221	- 1 170	- 676
1998	- 1 692	- 1 655	- 712
1999	- 2 662	- 2 144	- 1 218
2000	- 688	- 1 735	- 1 068
2001	- 806	- 1 430	- 1 168
2002	- 1 614	- 1 942	- 1 691
2003	- 1 925	- 1 918	- 2 530
2004	- 4 053	-	- 3 215

Kaynak:<http://www.bagkur.gov.tr/finansman/zaman.html/25.03.2005>,
http://www.ssk.gov.tr/sskBilgiBankasi/9999/0/20050328_100726.xls/25.03.2005.

Tablo 8 incelendiğinde, sosyal güvenlik kuruluşlarında genellikle giderlerin gelirlerden fazla gerçekleşmiş olduğu görülür. 1990-2004 yılları arasında SSK'da sadece 1990 ile 1991 yıllarında, Emekli Sandığı'nda ise sadece 1990, 1991 ve 1992 yıllarında gelirler giderlerden fazla gerçekleşmiş, geriye kalan yıllarda her üç sosyal güvenlik kuruluşunda da giderler gelirleri aşmış ve finansman açıkları ortaya çıkmıştır.

Sosyal güvenlik kurumlarının ifade edilen finansman açıklarını belirleyen en önemli faktörlerden bir tanesi, emeklilik sistemimizdeki sorunlardır. Nitekim sosyal güvenlik kurumları 1950'li yıllarda ilk kurulduklarında emekli olma yaş haddi 60 iken, bu daha sonra yaş sınırının kaldırılması ve erken emeklilik hatta halk ifadesiyle "kıyak emeklilik" gibi isimlerle karşılanan imtiyazlı emeklilik hakları sosyal güvenlik kurumlarının açıklarını yükseltmiş daha teknik bir ifadeyle aktüeryal dengesini bozmuştur. Nitekim OECD ülkelerinde 6-7 çalışan ve prim ödeyen kişiye karşılık bir emekli düşmekteyken, bizde bu oran 1,60 çalışan ve prim ödeyene bir emekli şeklinde olmakta ve sistemin işleyişi riskli konuma düşmektedir. Nitekim, literatürde ortalama olarak bu oran 4 olduğunda sistem sorun yaşamaksızın varlığını sürdürmekte, aksi halde sosyal güvenlik sistemi krize sürüklenmektedir. 1994-2004 döneminde söz konusu üç kuruma kamu bütçesinden yapılan transferlerin tutarı 69,7 milyar \$ olarak tespit edilmiştir (Günter, 2004:10). Bir başka hesaplama göre, bu üç kurumun 1994-2003 döneminde açıklarının hazinenin borçlanma faiziyle güncellenmiş değeri, Türkiye'nin 2003 GSMH'sının (354,6 Katrilyon TL) biraz altında bir değer olan, 345,2 Katrilyon TL olarak tespit edilmiştir (Teksöz, 2005:198). Yapılan hesaplamalar sorunun boyutunu ortaya koymaya yetmektedir.

Sosyal güvenlik kurumlarının finansman sorunlarının artmasında etkili olan temel faktörlerin başında günümüzde %50'nin üzerinde seyreden kayıt dışı istihdamın varlığı yer almaktadır. Kayıt dışı istihdamdan dolayı sadece Sosyal Sigortalar Kurumunun 2004 yılında uğradığı prim kaybının 14 milyar YTL olduğu ifade edilmektedir. Kayıt dışında kalmaya sevk eden en önemli faktör, işçilik maliyetlerinin yaklaşık %42'sinin istihdam vergilerine gitmesidir. Bu oran OECD ülkelerinde %24 düzeyinde bulunmaktadır (Tozan, 2004:58). Ayrıca yıllardır tahsil edilemeyen prim alacakları yine bu kurumların önemli sorunlarının başında gelmektedir. Diğer önemli bir sorun ise, toplanan prim gelirlerinin kamunun yıllarca el koyması veya negatif faiz uygulayarak kapitalizasyonu başaramamış olması şeklinde ifade edilebilir.

Yukarıda ifade edilen sosyal güvenlik kurumlarının açıklarını finanse etmek amacıyla söz konusu kurumlara devlet bütçesinden transferler yapılmıştır. Yapılan transferlerin ekonomik açıdan boyutunu

incelemek amacıyla bazı rakamlar verilebilir. 1990-2003 yılları arasında bütçe gider gerçekleştirmelerinin GSMH'ya oranları incelendiğinde, sosyal güvenlik kuruluşlarına yapılan transferlerin özellikle 1994 yılından sonra artış eğiliminde olduğu görülür. Bu eğilim 1999 yılından sonra kısmen azalış yönünde olmuşsa da, 2001 yılıyla birlikte tekrar artış eğilimine girmiştir. Nitekim sosyal güvenlik kuruluşlarına yapılan transferlerin GSMH'ya oranları 1990 yılında %0,31 iken, 1994 yılında %0,89, 1999 yılında %3,51, 2000 yılında %2,64, 2001 yılında %2,90, 2002 yılında %4,10 ve 2003 yılına gelindiğinde ise %4,46 olarak gerçekleşmiştir (www1).

Sosyal güvenlik kuruluşlarına yapılan transferlerin 1999 yılından sonra kısmen azalış göstermiş olmasında 1999 yılında yapılan sosyal güvenlik reformunun etkisi olduğu söylenebilir. Ancak gerçekleştirilen sosyal güvenlik reformunun SSK ve Bağ-Kur açıklarında olumlu etkiler oluşturduğu, Emekli Sandığı açıklarında ise pek etkili olmadığı görülmektedir (Tablo 8). Söz konusu sonuçların ortaya çıkmasında Emekli Sandığında yeterli düzenlemelerin yapılmamış olmasının yanında, 2001 kriziyle genel ücret seviyesindeki gerilemenin prim gelirlerini düşürmesi ve bu olağanüstü ortamda peş peşe düşük faizli taksitlendirme ve ödeme kolaylığı sağlayan yasaların çıkarılmasının prim ödeme eğilimini düşürmesinin de etkili olduğu belirtilmektedir (ÇSGB, 2004:1).

Sosyal güvenlik kuruluşlarına yapılan transferler diğer gider kalemleriyle birlikte devlet bütçesinin açık vermesinin nedenleri arasında yer almaktadır. Söz konusu açıkları kapatmak amacıyla kamu kesimi genellikle borçlanma politikasına gitmektedir. Dolayısıyla sosyal güvenlik kuruluşlarına yapılan transferlerin Kamu Kesimi Borçlanma Gereği (KKBG) üzerinde baskı oluşturan kalemler arasında yer aldığı söylenebilir. Türkiye'deki durum incelendiğinde; kamu kesimi borçlanma gereğinin çoğunlukla faiz ödemelerinden kaynaklandığı sonucuna varılabilir. Nitekim toplam kamu kesimi borçlanma gereği 1990 yılından sonra her yıl pozitif iken, toplam kamu faiz dışı borçlanma gereği sadece 1990, 1991, 1992, 1993 ve 1999 yıllarında pozitif, geri kalan yıllarda ise negatif gerçekleşmiştir. Sosyal güvenlik kurumlarının kamu kesimi borçlanma gereği üzerindeki etkisine bakıldığında ise; 1990 yılında negatif, daha sonra 1991-1999 yılları arasında pozitif ve 2000 yılından sonra tekrar negatif olarak gerçekleşmiş olduğu görülür. Sosyal

güvenlik kuruluşlarının kamu kesimi borçlanma gereği üzerindeki en büyük etkisi % 0.6'lık oranla 1993 ile 1994 yıllarında gerçekleşmiştir (www2). Belirtilen yıllar Türkiye ekonomisinde kriz yaşanan yıllardır. 1999 yılından sonra etkinin negatif gerçekleşmiş olmasında ise uygulanmasına geçilen sosyal güvenlik reformunun etkili olduğu söylenebilir. Ancak sosyal güvenlik kuruluşları açıklarının, Türkiye ekonomisi açısından halen oldukça önemli bir sorun olarak kalmaya devam ettiği gerçeği burada bir kez daha belirtilmelidir.

Özellikle son yıllarda sosyal güvenlik kurumlarının açıklarında meydana gelen artışlardan sonra bu kurumların yeniden yapılandırılmasının gereği gündeme gelmiştir. Bu yönde yapılan çalışmalar oldukça eskiye dayanmakla birlikte en önemli örneklerden birisi Sağlık Bakanlığı tarafından Avustralya'lı bir gurup uzmana yaptırılan ve Genel Sağlık Sigortası kurulmasına öncelik veren Türk sağlık sisteminin revizyonunu esas alan araştırmadır (Kurtulmuş, 1998:690). Temeli bu araştırmada atılan ve 1999 yılında gerçekleştirilen sosyal güvenlik reformuyla yukarıda izah edilen olumsuzluklar giderilmeye çalışılmış, ancak istenen başarı elde edilememiştir. Daha sonra yaşanan 2001 kriziyle birlikte söz konusu açıklar tekrar artış göstermeye başlamış ve yoğun tartışmalara neden olan sosyal güvenlik reformunu gerçekleştirmek amacıyla Temmuz 2004 tarihinde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı (SGKB) tarafından "Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi (Taslak Metin)" adını taşıyan bir çalışma kamuoyuna sunulmuştur. Reform sürecinde yapılacak çalışmalar ile ilgili takvim söz konusu Taslak Metnin son kısmında belirtilmektedir (ÇSGB, 2004:63).

Sosyal güvenlik sisteminin yukarıda ifade edilen finansman ile ilgili sorunlarının yanında Örgütlenme, Yönetim ve Altyapıyla ilgili sorunları da bulunmaktadır. Bu sorunların başında kurum sayısının fazla olması ve dolayısıyla var olan kurumların eşgüdüm içinde çalışmalarının zor olması gelmektedir. Öbür taraftan, mevzuatın karmaşık olması, aşırı bürokratik işlemler, bilgi işlem altyapısının yetersiz olması ve personele ilişkin sorunlar sosyal güvenlik kurumlarının etkin çalışmasına engel olmaktadır. Gerçekleştirilmesi düşünülen sosyal güvenlik reformu ile bu dağınıklığın giderilmesi ve sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması hedeflenmektedir.

Yukarıda ifade edilen olumsuzluklar, etkilerini en çok sağlık hizmetlerinin sunumu alanında kendini göstermektedir. Çünkü toplumda yaşayan kişilerin belirli bir kısmı yaşamlarının sadece son döneminde emeklilik uygulamasıyla karşılaşmakta, yine sadece belirli bir kısmı sosyal yardım ve hizmetlere ihtiyaç duymaktadır. Ancak toplumu oluşturan tüm bireyler yaşamları boyunca sağlık hizmetlerine gereksinim duymaktadırlar. Mevcut sistemde ise, sağlık bilgilerinin tek bir merkezde toplanmaması ve harcama finansmanının tek bir elden yürütülmemesi, harcamalarda israfa, aşırı sayıda bürokratik işleme, sağlık politikalarının belirlenmesinde ise yanlışlıklara neden olduğu düşünülmektedir (ÇSGB, 2004:20). Dolayısıyla bu karmaşıklığın giderilmesi amacıyla sosyal güvenlik sisteminin tek bir elde toplanması ve genel sağlık sigortasının kurulması öngörülmektedir (Çanakçı, 2004). Bundan sonraki bölümde öncelikle Yeni Sosyal Koruma Sisteminin* genel çerçevesi belirtilecek, daha sonra Genel Sağlık Sigortasının kapsamı ayrıntılı olarak ifade edilmeye çalışılacaktır.

III. Yeni Sosyal Koruma Sistemi

Türkiye'de mevcut Sosyal Güvenlik Sisteminin sorunlarını çözmek amacıyla uzun yıllardan beri gerçekleştirilecek bir sosyal güvenlik reformundan bahsedilmektedir. Gerçekleştirilmesi düşünülen Reformla ilgili olarak daha önceki kısımlarda da belirtildiği gibi 29 Temmuz 2004 tarihinde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından "*Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi (Taslak Metin)*" başlıklı bir metin kamuoyuna sunulmuştur. Daha sonra reform kapsamında hazırlanan "*Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı*" TBMM'ye sunulmuş olup yasallaşma süreci devam etmektedir (www.calisma.gov.tr). Belirtilen taslakta sosyal güvenlik reformunun temel amacı "adil, kolay erişilebilir, yoksulluğa karşı daha etkili koruma sağlayan, mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal koruma sistemine ulaşabilmek" olarak belirlenmiştir (ÇSGB, 2004:21).

* Taslakta "sosyal güvenlik" kavramı yerine "sosyal koruma" kavramı tercih edilmiştir. Bu kavramın tercih edilme nedenleri olarak "sosyal güvenlik" ile "sosyal sigorta" kavramlarının birbiriyle karıştırılmasının önüne geçmek ve eski sistemle yeni sisteme farklı adlar vermek şeklinde belirtilmiştir. Taslakta kullanılan "sosyal koruma" kavramı, "sosyal güvenlik" kavramıyla eş anlamlı kullanılmakta ve hem sigortacılık ilkesiyle çalışan emeklilik ve sağlık korumasını, hem de vergilerle finanse edilen sosyal yardım ve hizmetleri bütüncül bir yaklaşımla ele almış olmaktadır (ÇSGB, 2004:24).

Sosyal Güvenlik Reformunun gerekçeleri taslak metinde belirtilmiştir. Bunlar başlıklar halinde “nüfus yapısındaki değişim”, “mevcut sistemin yoksulluğa karşı koruma sağlayamaması”, “finansman açığının ekonomi üzerindeki olumsuz etkileri”, “tüm nüfusun sosyal koruma kapsamına alınamaması”, ve “mevcut kurumların sorunları” olarak ifade edilmiştir. Ancak burada taslağa ruhunu veren, sıklıkla vurgulanan ve tüm reform sürecinde gözetilen temel gerekçe, “finansman açığının ekonomi üzerindeki olumsuz etkileri”ni gidermektir. Dolayısıyla reformun temel amacı, Sosyal Güvenlik Kurumları için bütçeden kaynak aktarımının önüne geçmek ve bütçe açıklarının azaltılması olarak ifade edilebilir (Kapar, 2004:30).

Gerçekleştirilmesi düşünülen Sosyal Güvenlik Reformunun birbirini tamamlayan 4 ana bileşeni bulunmakta olup bu bileşenler taslak metinde ifade edilmiştir. Buna göre ilk bileşen, “nüfusun tümüne hakkaniyete uygun, eşit, koruyucu ve tedavi edici kaliteli sağlık hizmeti sunumunun finansmanına yönelik Genel Sağlık Sigortası'nın oluşturulması” olarak, ikinci bileşen, “halen dağıntık bir halde yürütülen sosyal yardım ve hizmetleri toplulaştırarak nesnel yararlanma ölçütlerine dayalı, tüm muhtaç kesimlerin erişebileceği bir sistemin oluşturulması” olarak, üçüncü bileşen, “sağlık dışındaki kısa ve uzun vadeli sigorta kollarının yer aldığı tek bir emeklilik sigortası rejiminin kurulması” olarak ve dördüncü bileşen ise, “yukarıda anılan üç temel işleve ilişkin hizmetlerin çağdaş, etkin ve vatandaşlarımızın günlük hayatlarını kolaylaştıracak şekilde sunulmasına olanak sağlayacak yeni bir kurumsal yapının oluşturulması” olarak tespit edilmiştir (ÇSGB, 2004:21). Reform sonrası oluşturulması planlanan kurumsal yapının üç önemli ayağını Genel Sağlık Sigortası, Sosyal Yardımlar ve Hizmetler, Emeklilik Sigortası oluşturmaktadır. Bu bileşenlerden birincisi olan Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulması aşağıda ayrıntılı olarak incelenmeye çalışılacaktır.

III.1. Genel Sağlık Sigortası

Yukarıda da ifade edildiği gibi, Sosyal Güvenlik Reformunun en önemli unsurlarından birisi “Genel Sağlık Sigortası (GSS)” oluşturulmasıdır. GSS ile SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Maliye Bakanlığı tarafından farklı finansman yöntemleri ile yürütülen programların tek elde toplanması ve etkin kontrol mekanizmaları ile güçlendirilmiş bir sağlık hizmeti satın alma işlevinin sağlanması

hedeflenmektedir. Tek bir sağlık finansman sistemine geçilmesinin gerekçe ve hedefi taslak metinde şu şekilde belirtilmektedir:

“Ülkemizde tüm nüfus kamu sağlık güvencesi yönünden kapsam ve koruma altına alınamamıştır. Ayrıca, sağlık hizmeti harcamaları kişilerin sağlık durumlarında düzelmeyi hedefleyen bütünleşik bir politika çerçevesinde yapılmamaktadır. Örgütlenmedeki dağıntık yapı, ciddi ölçüde israflara ve kötüye kullanımlara neden olmaktadır. Birinci basamak yerine çok daha pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin kullanılması, harcama düzeyini arttırmaktadır. Bu durum, kıt kaynaklarımızın verimsiz kullanılması sonucunu doğurmaktadır. Bu nedenle, 1) İlk Planda, vatandaşlarımızın hastalanmasına engel olacak her türlü koruyucu sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması öncelikli politika haline getirilmelidir. 2) Hastalık halinde ise, vatandaşlarımızın en etkin ve hizmete kolay ulaşabilecekleri bir yöntemle tedavi edilmesine, normal ve üretken yaşamlarına dönmelerine yönelik uygulamalar hayata geçirilmelidir. Bu temel politika hedeflerini gerçekleştirmek üzere, çağdaş bir yönetim anlayışı ile vatandaşlarımızın tamamını kapsayan bir Genel Sağlık Sigortası oluşturulmalıdır” (ÇSGB, 2004:26-27).

Taslak metinde ayrıca, Sosyal Güvenlik Reformunun Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte yürütüleceği belirtilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının, GSS ile doğrudan ilişkilendirilebilen bileşenleri olarak; “1) temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği kurulması, 2) sevk zinciri sağlanması, 3) özerk sağlık işletmeleri, 4) nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon, 5) ilaç ve tıbbi cihaz kurumlarının oluşturulması, 6) bilgi sistemleri” şeklinde 6 bileşen sayılmaktadır (ÇSGB, 2004:27). Bu bileşenler incelendiğinde yeni sistemle birlikte “aile hekimliği” uygulamasına geçilmesi düşünüldüğü ve mevcut hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi planlandığı görülür. Böylece mevcut hastanelerde verimliliğin artacağı, ayrıca hastanın hekimini ve hastanesini seçme serbestisine kavuşacağı ifade edilmektedir (ÇSGB, 2004:27).

Hastanelerden alınacak hizmetlerde, hastanın kendi hastanesini ve hekimini tercih etme olanağının sunulmasının bir amacı olarak, kamu hastanelerinin daha rekabetçi bir ortamda gelişmelerine olanak hazırlamak olduğu ifade edilebilir. Hastanelerin yarı özerk birer işletmeye dönüştürülmesi özellikle sendikalar tarafından “sağlık sektörü

kapitalizme teslim ediliyor” şeklinde acımasız eleştirilere maruz kalmaktadır. Daha önceki kısımlarda kamusal sağlık hizmetlerinin önemli bir sorunu olarak, sektörde kamunun payının oldukça yüksek olması ve tabiplerin özel muayenehanelerinin yanında bu hizmeti kamuda sunmaları olarak belirtilmiş ve bu olgunun kaynak etkisizliğine ve verimsiz bir sağlık hizmeti sunumuna neden olduğu ilave edilmişti. Sağlık hizmetlerinin rekabete açılmış olması veya hastane işletmeciliğinin rekabet koşullarında bu hizmeti sunması sağlık hizmetlerinin mevcut durumdan daha yüksek kalitede sunulmasına yol açacak ve hastalar hastanelere mahkum birer düşkün olmaktan çıkıp, hizmet almaya çalışan birer müşteriye dönüşmelerine yol açacaktır. Bu gelişme ise hastaları daha fazla ödemeye mahkum etmekten ziyade daha az masrafla ve daha kaliteli sağlık hizmeti elde etme olanağının altyapısını oluşturmasına vesile olacaktır.

Taslak metin incelenmeye devam edildiğinde GSS'nin temel ilkelerinin “sağlık hizmetlerinin sunumunun finansmanı” ve “sağlık hizmetleri satın alma yöntemi” olmak üzere iki ana başlık altında incelendiği görülür (ÇSGB, 2004:27-28): Buna göre, sağlık hizmetleri Birinci ve İkinci Basamak sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır. Bireylerin acil haller dışında tanı ve tedavilerinin birinci basamakta yapılacağı, ancak yatarak tedavi ile ileri tetkik ve uzmanlık gerektiren hallerde, geliştirilecek sevk sistemi gereğince ikinci basamak hizmet sunan kuruluşlara sevk edileceği belirtilmektedir. İkinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan hizmet satın alımı sözleşmelerle gerçekleştirilecek ve bu kuruluşların finansmanı kendi gelirleriyle sağlanacaktır.

Ayrıca sağlık hizmetlerinin toplumun öncelikli sağlık sorunları, maliyet etkinlik analizleri ve uluslararası normlar dikkate alınarak belirlenecek olan bir Temel Teminat Paketi kapsamında sunulması ilke edinilmektedir. Belirtilen Temel Teminat Paketinin kapsamı ise “karşılanacak sağlık yardımları (temel teminat paketi)” başlığı altında ifade edilmektedir. Buna göre prim ödemiş kişinin tedavi edilmesi için gerekli bütün harcama kalemleri yerine “uygulamanın sürekliliğinin sağlanması açısından sistemin finansal açıdan sürdürülebilir bir temele dayandırılması gereği (ÇSGB, 2004:29)” göz önüne alınacak ve finansal açıdan uygulamaları tehlikeye sokacak istisnai tedaviler ve hizmetler sigorta kapsamında yer almayacaktır (Topak, 2004:72). Taslağın bundan

sonraki kısımlarında ise özel sağlık harcamalarının artırılmasına neden olacak bazı uygulamaların da gerçekleştirilmesinin planlandığı görülür. Örneğin, taslakta “...tamamlayıcı sağlık sigortası ile kişilerin daha farklı kapsam, fiyat ve kalitede sağlık hizmeti talep etmeleri halinde, GSS'yi ek bir yükümlülük altına sokmaksızın, kişinin kendi cebinden ya da özel sigortasından aradaki farkı ödeyebileceği yöntemlerin de uygulamaya geçirilmesi düşünülmektedir (ÇSGB, 2004:30)” şeklinde yer alan ifade sağlık sigortası kapsamı dışında yer alan özel sağlık harcamalarını teşvik eder niteliktedir. Dolayısıyla cebinden ya da özel sağlık sigortası aracılığıyla harcama yapacak gücü olanlar daha kapsamlı ve kaliteli hizmete ulaşmış olacakken, harcama gücü olmayanlar ise kendilerine sunulan sağlık hizmetinin kalitesine rıza göstermek zorunda kalacaklardır. Bunun sonucunda ise tasarımın örtülü bir şekilde özel sağlık sigortacılığını teşvik ettiği de söylenebilir (Kapar, 2004:38).

Burada değinilmesi gereken bir diğer önemli husus koruyucu sağlık harcamalarına verilen önemdir. Koruyucu sağlık hizmetleri ve sunumu temel teminat paketinin bir parçası olarak değerlendirilmekte, bazı sağlık yardımları koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma ve periyodik kontrollerden geçme (ağız-diş sağlığı gibi) şartına bağlanmaktadır (ÇSGB, 2004:29). Dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetlerini kullanmayan bireyler bazı sağlık yardımlarından faydalanamamış olacaklardır. Daha önce de ifade edildiği gibi, Türkiye'deki toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payının batılı toplumlara göre oldukça yüksek olmasının bir nedeni de sağlık yardımlarının daha çok koruyucu sağlık hizmetlerine değil de hastalıkları iyileştirmeye yönelik olmasıdır. Bu hatalı tutum yeni sağlık reform yasasında koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilerek telafi edilmeye çalışılmaktadır. Ancak bu durum öncelikle kurumsal yapılanma sorununu gündeme getirmektedir. Çünkü bu koşulların yerine getirilmesi ağırlıklı olarak sağlık kurumlarının yaygınlığı, ulaşım imkânları, yeterli personelin varlığı gibi birçok etmene bağlı olacaktır. Aynı zamanda insanların bu konudaki bilgi düzeyi, alışkanlıkları, gelenek ve değer yargıları da önemli olan diğer unsurlar olmaktadır. Dolayısıyla sistemin caydırıcı olabileceği ve yine özel sigortacılığı teşvik edeceği burada belirtilmelidir (Kapar, 2004:39).

GSS uygulamasının finansmanı temelde prim esasına dayanmaktadır. Bireylerden %12,5 oranında prim alınması

tasarlanmaktadır. Sosyal sigorta kapsamında olanlar için, halen SSK'da olduğu gibi prime esas matrahın %12,5 oranında sağlık primi alınması düşünülmektedir. Yine Tasarıya göre ,Bağ-Kur'da prim yükü %20'den %12,5'e düşürülmekte, Emekli Sandığında ise emeklilik priminin düşürülecek olmasından dolayı ilave bir yük oluşturulmayacağı belirtilmektedir. Prim ödeme gücü bulunmayanların primleri sosyal yardım sistemince ödenecektir. Diğer yandan SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ile Yoksul olmayanlar dışında kalanlar ise, bunların aylık gelirlerinin tespit edilmesine yönelik hazırlıklar tamamlanıncaya kadar, ortalama prime esas ücret matrahı üzerinden %12,5 oranında prim alınacağı tasarlanmaktadır. Ayrıca suistimallerin önlenmesi ve gereksiz kullanımın azaltılabilmesi amacıyla, sağlık hizmetlerinin tamamından belirli oranlarda katkı payı³ alınması da planlanmaktadır. Tasarıya göre bu uygulama ile harcama kontrolünün sağlanmasına kişilerde dahil edilecek ve böylece verilen yardımın tutarının farkında olmaları sağlanmış olunacaktır (ÇSGB, 2004:30). Anlaşılabileceği üzere Sosyal yardım sisteminin nasıl çalışacağı açık değildir. Nitekim Türkiye'de sosyal yardım hizmeti vermekte olan çok çeşitli kurumlar bulunmaktadır. Bunlar Sosyal Dayanışma Vakfı, belediyeler, özerk vakıflar vd'dir. Söz konusu kurumlar etkin bir koordinasyon içinde çalışmamakta ve asimetrik bilgi sorunundan kaynaklanan nedenlerden dolayı çeşitli suistimler ortaya çıkmaktadır. Bu olumsuzluğu düzeltmenin yolunun, sosyal yardım sisteminin de vatandaşlık numarasına bağlı bir otomasyon altyapısından geçtiği açıktır.

Sosyal güvenlik reformu ve dolayısıyla GSS'nin etkili bir şekilde yürütülmesi amacıyla üzerinde durulan bir diğer husus "denetim ve provizyon mekanizmalarının oluşturulması" hususudur. Hazırlanan taslakta sistemin mali sürdürülebilirliğinin en temel koşullarından birisi olarak, ortaya çıkan harcamaların doğru ve yerinde yapılarak yapılmadığının denetlenmesine imkan sağlayacak mekanizmaların kurulması ve işletilmesinin gereğine değinilmektedir. Bu amaçla, öncelikle bilgi teknolojilerine, veri tabanı yönetimine ve yönetim bilgi sistemlerine dayalı geniş kapsamlı denetim araçlarının geliştirilmesi

³ Ayakta tedavide hekim ve dış hekim muayenesi için 2YTL, Ayakta tedavide sağlanan ilaç, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri için %10 ila % 20 arasında ve ayakta tedavide sağlanan diğer sağlık hizmetleri için %3 ile %6 oranında katkı payı ödemesi, ayrıca ilgili maddede yer alan sevk zincirine uyulmaması halinde ifade edilen katılım payı %50 artırılarak uygulanması gerektiği ve katılım payının en üst ödeme düzeyinin toplam tutarının net asgari ücreti geçmeyeceği Yeni Sağlık Yasa Tasarısı'nın 93. Maddesinde ifade edilmektedir.

hedeflenmektedir. Ayrıca suistimallerin engellenmesine yönelik olarak gerek sigortalı bazında, gerekse hizmet sunucular bazında ağır mali ve cezai yaptırımların düzenlenerek gerekli caydırıcılığın sağlanacağı ifade edilmektedir (ÇSGB, 2004:31). Bu vesileyle sağlık harcamalarında tasarruf sağlanması amaçlanmaktadır.

Yukarıda genel çerçevesi izah edilen GSS uygulamasının sağlayacağı yararlar kısaca özetlenecek olunursa (ÇSGB, 2004:33-34):

♦ Kapsam Açısından: Doğumdan itibaren tüm nüfus sürekli sağlık güvencesine kavuşmuş olmakla birlikte, ayrıca mevcut kuruluşlar arasında farklı standartlarda uygulamalar ortadan kaldırılıp uygulamada norm birliği sağlanmış olmaktadır. Bu ilke politik olarak demokratik eşitliğin bulunduğu bir toplumda bazı bireylerin elde ettiği kamusal pozisyonlar nedeniyle daha eşit (!) bireyler konumuna sahip bulunmaktaydı. Yeni sistemde daha eşit olmanın yolu ilave ödeme yapmaktan geçmektedir.

♦ Finansman Açısından: En başta koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemle birlikte birçok hastalık önleneneğinden sağlık harcamalarında tasarruf sağlanmış olacaktır. Mevcut uygulamadaki hizmet sunan kurumların sübvansede edilmesi yerine, prim ödeme gücü olmayan vatandaş sübvansede edilerek daha hakkaniyetli bir sosyal sigortacılık uygulamasına geçilmiş olunacaktır. Bunlara ilave olarak sağlık hizmetlerini sunan ve finanse eden kuruluşların tam anlamıyla birbirinden ayrılması sonucunda finansman sistemi hizmet alımları konusunda uzmanlaşacak ve bu durum sağlık hizmetlerinin uygun fiyatlarla temin edilmesini sağlayacaktır.

♦ Sağlık Hizmetinin Kalitesi Açısından: Vatandaşa hekimini ve sağlık tesisini seçebilme hakkı verilmiş olunacak ayrıca sağlık hizmetlerinin hizmet sözleşmeleriyle satın alınması sektördeki rekabeti dolayısıyla kaliteyi artıracaktır.

♦ Denetim Açısından: Sağlık hizmetlerinde denetim, hizmet öncesi, hizmet sırasında ve hizmet sonrasında olmak üzere tüm süreci kapsayacak bir anlayışla gerçekleştirilecek, böylece en başta suistimallerin önüne geçilmiş olunacak hem de vatandaşların sağlık verileri sürekli izlenebilecek ve dolayısıyla daha verimli bir sağlık hizmeti sunulmuş olunacaktır. Daha önceki uygulamalarda yazılı

başında da sürekli yer aldığı gibi, envai yöntemlerle şişirilmiş faturalar⁴ kaçaklar, rüşvet, dolandırma vb yöntemlerle sektör tahrip edilmiş ve kamu kaynakları yanlış amaçlar için kullanılmıştır. Bunların önlenmesinin en önemli yolu etkin bir denetim mekanizmasının oluşturulması ve otomasyonun mutlaka oluşturulmasından geçmekte ve bu reformun başarılı olmasında hayati bir niteliğe sahip olduğu düşünülmektedir. Aksi takdirde gerçekleştirilecek reformun kamuya oluşturacağı maliyet, halihazırda uygulanmakta olan sistemin çok üzerinde olacağı şüphe götürmez bir gerçek olarak ortada durmaktadır.

Sendikaların sosyal güvenlik reformu hususundaki kaygıları, özellikle devletin sosyal niteliğinin zayıflayacağı yönündedir. Yoksullar dışında kalan kesime dönük bir sağlık yardımının olmayacağı ve sağlık hizmetlerinin tamamen primler üzerinden yürütülen bir finansman biçimiyle yürütüleceği ve ücretliler üzerindeki yükün daha da artacağı kaygısı dile getirilen en önemli hususların başında yer almaktadır. Ayrıca kayıt dışı kesimin bu kadar büyük olduğu ve gelir dağılımının önemli bir sorun halinde varlık gösterdiği ülkemizde sağlık hizmetlerinin etkin bir finansman yapısı oluşturmanın güçlüğü dile getirilen bir diğer zayıf yöndür. Sağlık yardımı alacak kesimlerin ancak aylık geliri asgari ücretin üçte biri düzeyinde olması kaydıyla hak sahibi olabileceği durumu ücretlileri endişelendiren bir diğer önemli sorun arasında sayılmaktadır (Sarı, 2005:52).

Türkiye’de yeşil kartla tedavi olanların sayısı yaklaşık olarak 11-12 milyon insan olduğu kayıtlarda gözlenmektedir. Aynı şekilde kayıt dışı çalışanların yaklaşık olarak 4,5-5 milyon çalışan olduğu tahmin edilmektedir (Kılıçdaroğlu, 2004:104). Prim ödemeyenlerin hepsinin genel bütçeden karşılanması durumunda, kamu bütçesinde halen uygulanmakta olan sosyal güvenlik sisteminin ağırlaşan maliyetine farklı bir biçimde yeni bir faturanın ilave edilmiş olacağı düşünülmektedir. Yeni sağlık sistemiyle beraber kayıt dışı çalışmak daha cazip hale gelmiş olacağı için, kayıt dışı çalışanların sayısı artma yönünde gelişme göstereceği öngörülmekte ve bütün bu gelişmeler iyi bir denetleme sistemi oluşturulmadan yürütülmeye geçilir ve işgücünün

⁴ Hastayı erken yatırıp geç taburcu edip fazla yatırmış göstermek, ilaç faturalarını yüksek tutmak, hastaya gerekli olmadığı halde tomografi, çeşitli laboratuvar tetkiklerine tabi tutmak vb yöntemler eklenebilir. Bu konuda gerçekten de çok iyi bir denetim mekanizması kurmak gerekiyor. (Kılıçdaroğlu:104)

vergi maliyeti düşürülmez ise, sistemin yeni sorunlar üretmeyeceğini hiç kimse garanti edemez.

Hastanelerin birinci basamak hizmetinden kurtarılıp daha etkin hizmet üretme konumu olan ikinci basamak kurumları haline getirilmesi, daha etkin sağlık hizmeti üretmek ve maliyetleri düşürmek açısından önemlidir. Ayrıca birinci basamak Aile Hekimliği uygulaması hem koruyucu tedavinin uygulanması açısından hem de daha kaliteli bir hizmet biçiminin yerleşmesi açısından gereklidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin verilmesi için, gerek hasta için hastanın hekimini seçme özgürlüğü açısından gerekse de bu hizmetin daha etkin verilmesi açısından sözleşmeli istihdam politikasının etkinliği artırıcı fonksiyonlar icra edeceği açıktır. Bu uygulama zaten Türkiye’nin keşfettiği bir sistem de değildir. Gelişmiş batı toplumlarında yaygın bir şekilde gözlenen bir hizmet sunma biçimidir. Bu konuda görüş geliştiren birçok kesimin aile hekimliğini ağır bir şekilde eleştirmesi akademik olarak anlaşılır değildir. Bir başka husus sözleşmeli sağlık personeli uygulamasının “sağlıkta taşeronlaşma” olarak değerlendirilmesi anlaşılır değildir. Yukarıda ilgili tabloda da göreceğimiz gibi bazı illerimizde önemli düzeyde sağlık personeli açığının hangi yöntemlerle çözüleceği hususu söz konusu eleştirmenlerce maalesef pek ifade edilmemektedir. Sağlık gibi önemli bir konu/alanın bilimsel olmaktan daha çok ideolojik perspektifte değerlendirilmesi akademik etiğe de uygun olmadığı açıktır.

III.II. Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Mali Projeksiyonu

Sosyal Güvenlik Reformunun ve dolayısıyla Genel Sağlık Sigortası kurulmasının temel amacı daha önceki kısımlarda da ifade edildiği gibi, mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarının var olan finansman açıklarının önüne geçmek ve bütçe üzerindeki baskısının azaltılmasıdır. Bu amaçla hazırlanan tasarıda finansman kalemi olarak toplam vergi gelirlerinin % 3,5’u oranında pay aktarılması ve bu oranın 3 yılda bir Bakanlar Kurulunca yeniden tespit edilebileceği belirtilmektedir. Ayrıca tasarıya eklenen bir geçici madde ile kurumun finansman açığının sadece ilk 3 yıl için hazineye karşılanacağı ifade edilmektedir. (Demir, 2004). Buna ilave olarak sistemin uzun dönemli mali sürdürülebilirliği, sağlık hizmeti kaynaklarının daha etkin kullanımı sonucunda sağlanacak tasarruflara dayandırılmaktadır.

Mevcut durumda sağlık sigortasının emeklilik sistemleri ile birlikte yürütülüyor olması, sosyal güvenlik kuruluşlarının işlevlerini etkin bir şekilde gerçekleştirmesine engel teşkil etmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, genel sağlık sigorta sisteminin farklı bir yapıda örgütlenmesinin ve sistem finansmanının tek elden gerçekleştirilmesinin, varolan bürokrasiyi azaltarak yönetim maliyetlerinin kısılması ve sistemde maliyet artırıcı unsurların daha etkin bir şekilde tespit edilmesi suretiyle maliyet etkinliğini sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca gerçekleştirilecek reformla birlikte kayıtdışı ekonominin küçüleceği ve bu durumun prim gelirlerini artıracacağı da beklenmektedir (Çanakçı, 2004). Ancak burada reform sonucunda kayıtdışı ekonominin küçülmeyeceği yönünde eleştiriler de yapılmaktadır. Eleştiriler temelde, yeni sistemde işverenlerin çalışanları sigortaya bildirmemeleri ve sağlık sigortası primi devlet tarafından ödenen kimseleri öncelikli olarak istihdam etmelerinin yaygınlaşabileceği noktasına olmaktadır. Burada kaçak olarak çalıştırılan kişilerin sağlık sigortası primleri devlet tarafından ödenmeye devam edeceğinden, bu kişiler kayıtdışı çalıştırılmaya daha az direnç göstereceklerdir. Bu durum bir taraftan kayıtdışı çalıştırmadan dolayı haksız rekabeti doğuracak, öbür taraftan ise kayıtdışı çalışmanın yaygınlaşması ile birlikte kayıtlı olarak çalışan düşük vasıflı ve düşük ücretliler üzerindeki baskının artmasına yol açmış olacaktır (Kapar, 2004:48).

GSS'na geçilmesiyle birlikte sağlık giderlerinin azalacağı ile ilgili olarak niteliksel projeksiyonlar yanında sınırlı sayıda da olsa bazı niceliksel projeksiyonlar yapılmaktadır. Örneğin, On-line reçete uygulamasının devamı niteliğinde olan ve 2004 yılı sonlarında biri özel diğeri devlet hastanesinde olmak üzere pilot uygulamasına başlanan Tedavi Kontrol Sistemi tam olarak devreye alındığında hastane ödemelerinde yıllık %20 oranında bir tasarruf beklenmektedir. Benzer şekilde aynı kurum emekli sandığı anlaşmalı olduğu eczanelere on-line ortamda ilaç ve reçete işlemleri ve denetimi yapmaktadır. Bu uygulama sayesinde önemli düzeyde tasarruf sağlanmıştır. Nitekim 1990-1998 yılları arasında on-line sistemin uygulanmadığı dönemde ilaç reçetelerine ilişkin yapılan ödemelerin ortalama yıllık artış düzeyi %124 düzeyinde olurken, bu uygulamaya geçilmesiyle birlikte bu tutarın artış düzeyi düşmüş ve en son 2004 yılında bu oran %1 olmuştur (Özyer, 2005:229).

Söz konusu GSS uygulamasıyla birlikte sağlık giderlerinde tasarruflar gerçekleşeceği ve bunun bir sonucu olarak Sosyal Güvenlik Kurumları açıklarının azalacağıyla ilgili olarak Tasarı taslağında da projeksiyonlar yapılmıştır. Taslak incelendiğinde, GSS sistemine geçilmesinin belirli varsayımlar altında sağlık harcamaları ve kamu açığı üzerindeki olası etkilerini ölçebilmek amacıyla uzun dönemi kapsayan üç farklı projeksiyonun yapıldığı görülür. Burada yapılan ilk projeksiyon mevcut sistemin devam ettiği durumu, ikincisi sağlıkta dönüşüm programı gerçekleştirilmeden GSS sistemine geçildiği durumu, üçüncü projeksiyon ise GSS'nın sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte uygulaması durumunu göstermektedir. Projeksiyonlarda sosyal güvenlik kuruluşlarının finansman açıklarının GSYİH'ya oranları nicel olarak tahmin edilmektedir. Sağlık sektöründe reform yapılmaksızın GSS'ye geçilmesi durumunda, finansman açığında büyük bir artış olacağı ve 2025 yılında bu açığın GSYİH içindeki payının %17'ye ulaşacağı öngörülmektedir. Mevcut sistemin devam etmesi durumunda, bu oranın %8 düzeyine yükseleceği beklenmektedir. Sağlık sektöründe reformlarla birlikte GSS'ye geçilmesi durumunda ise, bu oranın %7 ler düzeyinde kalacağı tahmin edilmektedir. Sonuçta ise, daha etkin işleyen bir sağlık sisteminde daha kapsamlı sağlık hizmeti verilmiş olunmasının yanında, daha düşük maliyetlere de katlanılmış olunacaktır.

IV. Analize Yönelik Anket Çalışması Uygulaması

Hazırlanan bu alan araştırması çalışmamızda bireylerin kamusal sağlık hizmetlerinden memnuniyeti ile uygulamasına geçilecek olan Genel Sağlık Sigortası ile ilgili beklentilerini tespit etmek, bilgi sahibi olmak amacıyla anket çalışması da yapılmıştır. Hazırlanan anket çalışması zaman ve mekan kısıtı nedeniyle şimdilik sadece İstanbul ve Adapazarı'nda faaliyet gösteren ikinci basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmiştir. Daha sonraki çalışmalarda daha kapsamlı bir çalışmaya dönüştürülmesi düşünülmektedir. Anket sorularının hazırlanmasında özellikle bu çalışmada cevabı aranan bazı sorulara sağlık hizmeti yararlanıcılarının görüşlerinin ilave edilmesi hedefi de etkili olmuştur. Kamusal sağlık hizmeti yararlanıcılarına anketler birebir görüşme gerçekleştirilerek ve kendilerinin bağımsız olarak doldurmaları istenmiş ve 503 adet anket değerlendirilmeye alınmıştır. Anketin analizi SPSS programı kullanılarak gerçekleştirilmiş ve elde edilen sonuç tablolar şeklinde çalışmaya ilave edilmiştir.

Anket uygulamasından elde edilen veriler iki kısımda ele alınmaktadır. Birinci kısımda kamusal sağlık hizmeti yararlanıcılarının mevcut sağlık sistemi ile ilgili düşünceleri, ikinci kısımda ise uygulanmasına geçilecek Genel Sağlık Sigortası ile ilgili beklentileri ele alınmaktadır.

IV.1. Mevcut Sağlık Sistemine İlişkin Analiz

Katılımcıların bağlı oldukları Sosyal Güvenlik Kuruluşları bileşimine bakıldığında ankete katılan 503 kişiden 259'unun SSK, 104'ünün Emekli Sandığı, 97'sinin Bağ-Kur, 38'inin Yeşil Kart ve geriye kalan 5 kişinin ise hiçbir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmadığı görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 9: Hangi Sosyal Güvenlik Kurumuna Bağlısınız?

	Frekans	%
Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	259	51,5
Bağ-Kur	97	19,3
Emekli Sandığı	104	20,7
Yeşil Kart	38	7,6
Hiçbir Sosyal Güvenlik Kurumuna Bağlı Değil	5	1,0
Toplam	503	100,0

Katılımcıların mevcut sağlık sistemi kapsamında aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyet durumu incelendiğinde; 269 kişi memnun değil iken, 230 kişinin memnun olduğu, geriye kalan 4 kişinin ise ankette yer alan bu soruyu cevaplamadıkları görülür. Mevcut sağlık sisteminden memnun olanların oranı (%45,7) memnun olmayanların oranının (%53,5) gerisinde kalmıştır (Tablo 10, 1 no'lu soru).

Tablo 10: Mevcut Sağlık Sistemine İlişkin Değerlendirme

SORULAR	EVET		HAYIR		GÖRÜŞ BELİRTMEDİ	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
1.Aldığımız sağlık hizmetlerinden memnun musunuz?	230	45,7	269	53,5	4	0,8
2.Doktorların özel hastaları ile polikliniğe gelen hastalara davranışı veya hizmeti arasında fark olduğunu düşünüyor musunuz?	391	77,7	106	21,1	6	1,2
3.Tabipler Odasının asgari muayene ücretini kendisinin belirlemesi konusunda ne düşünüyorsunuz (Sizce Ahlaki mi)?	125	24,9	332	66,0	46	9,1
4.Özel muayene ücretleri sizce yüksek mi?	443	88,1	56	11,1	4	0,8

Hastaların özel sağlık kuruluşlarında aldıkları hizmetler ile kamusal sağlık kuruluşlarında aldıkları hizmetler arasında farklılığın olup olmadığına yönelik sorulan anket sorusuna katılımcıların büyük çoğunluğu (%77,7) "evet" cevabını vermiştir. "Hayır" cevabını verenlerin oranı %21,1 olurken, geriye kalan %1,2 kişi bu soruya cevap vermemiştir (Tablo 10, 2 no'lu soru). Kamu hastanelerinden "iyi bir tedavi almanın yolu bir şekilde doktorun özel muayenehanesine uğramak" olduğu söyleminin, bu soruyla ne düzeyde gözlenen bir vaka olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle halen gözlenen bu çarpıklığın yeni düzenlemede farklı bir biçim kazanarak yeniden ortaya çıkmaması ve bunun köklü olarak çözülmesinin yolu, kamuda çalışan tabiplerin de diğer kamu çalışanları gibi özel kazanç elde edecek uygulamalarının engellenmesinden geçtiği söylenebilir. Nitekim sağlık bakanının "Bazı tabiplerin eli hastaların cebinde" şeklindeki beyanını bu çerçevede düşündürücü bulunmaktadır.

Sağlık hizmetleri yararlanıcılarının asgari muayene ücretlerini Tabipler Odasının belirlemesi hususunda görüşleri sorulduğunda cevap veren 457 kişiden 332'sinin bu durumu ahlaki bulmadığı, geriye kalan 125 kişinin ise bunu ahlaki bulduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 10, 3 no'lu soru). Bu soruyu tamamlayacak nitelikte sorulan bir diğer soru da,

katılımcıların büyük çoğunluğu özel muayene ücretlerini yüksek bulmuştur. Söz konusu soruya cevap veren 499 kişiden 443 kişi özel muayene ücretlerinin yüksek olduğunu düşünürken, geriye kalan 56 kişi özel muayene ücretlerinin yüksek olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 10, 4 no'lu soru). Yarı kamusal kuruluşlar olan bu tür meslek odalarının, bütün hizmet alıcılarının kendilerine mahkum edecek ve belirlenen ücret üzerinde herhangi bir söz hakkı olmayacak biçimde muayene ücretlerini belirliyor olmaları tartışmaya açık bir durumdur. Sivil toplum olarak isimlendirilen Tabipler Odasının önceliğini "üyelerinin çıkarını korumak olduğu" İstanbul Tabipler Odası başkanı Cemal Gökçe ile yapılan mülakatta açık bir şekilde ifade edilmiştir. Asgari ücretin önemli bir kısmına tekabül eden bu rakamın yüksekliği sorulduğunda, "ücretlerin düşüklüğünün sorumlusunun tabipler olmadığını" ifade edilmektedir. Bu olgu birçok yönden eleştiriye açık pozisyonlar içermektedir. Bu tutum ankete katılanlar açısından da tespit edilmektedir. Gelişmiş olan ülkelerde zorunlu bir hizmet talebi olan bu tür malların fiyatlarının belirlenmesi büyük ölçüde kamu yararını dikkate alacak süreçlerle belirlenmektedir. Nitekim Kanada örneğinde asgari muayene ücreti, hükümeti temsil eden kesimlerle tabipler odası ve özel birer işletme olan hastane yöneticilerinin karşılıklı pazarlıkları sonucu her yıl belirlendiği bilinmektedir (Kurtulmuş, 1998: 699). Anlaşılacağı gibi bizim ülkemizdeki sorunlu asgari muayene ücreti tespiti Kanada'da büyük ölçüde kamu müdahalesi ile azaltılmaktadır. Ülkemizde yeni yasa ile birlikte artık asgari muayene ücreti belirleme olanağı anlamsız hale gelecektir. Çünkü sağlık hizmetleri önemli ölçüde rekabetçi bir ortamda sunulacaktır. Bu rekabetçi yapı çoğunlukla Sağlık Sigorta Kurumunun belirleyeceği ücretleri referans alacaktır. Sağlık muayene ve hizmetleri fiyatları da "Sağlık Hizmetlerini Fiyatlandırma Komisyonu" tarafından belirlenecek ve bu komisyonda yer alacak üyeler ağırlıklı olarak kamusal kuruluşlardan gelenlerden oluşacaktır. Sağlık çalışanlarının örgütleri ise ancak danışmanlık hizmeti sunacaklardır. Bu yapılanma ile ankette de tespit edilen yanlışlığın belirli ölçüde telafisi yeni yasa tasarısı ile sağlanmaktadır (Madde 98).

IV.II. Uygulanmasına Geçilecek Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Beklentiler

Anket çalışmasının ikinci kısmında uygulanmasına geçilmesi planlanan Genel Sağlık Sigortası konusunda katılımcıların görüşleri alınmaya çalışılmıştır. Bu çerçevede söz konusu uygulama ile ilgili katılımcıların bilgi sahibi olup olmadıkları sorulmuş ve çoğunlukla bu uygulama hakkında bilgi sahibi olunmadığı sonucuna varılmıştır. Nitekim ankete katılan 503 kişiden 354'ü uygulamasına geçilecek Genel Sağlık Sigortası hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtirken, sadece geriye kalan 149 kişi bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir (Tablo 11, 1 no'lu soru). Bu durumun ortaya çıkmasında şüphesiz vatandaşın yeterince bilgilendirilmemesi olgusunun yanı sıra, vatandaşların da yeni uygulama hakkında bilgi sahibi olma yönünde yeterli duyarlılığı göstermediği düşünülmektedir.

Uygulanmasına geçilmesi düşünülen Genel Sağlık Sigortasının en önemli unsurlarından biri şüphesiz Aile Hekimliği uygulamasıdır. Bu uygulama ile sağlık hizmetleri konusunda karmaşıklığın ortadan kalkacağı ve hizmet kalitesinin artacağı görüşü hakim olmaktadır. Gerçekleştirilen anketin ilgili sorusuna cevap veren 173 kişiden 126'sı bu görüşe katılırken, geriye kalan 47 kişi bu görüşe katılmadığını belirtmiştir. Bu hususta görüş belirtenlerin %72,8'inin bu beklentiye destekler nitelikte cevap verdikleri görülmektedir (Tablo 11, 2 no'lu soru).

Yeni uygulama ile gerçekleştirilecek bir diğer yenilik, koruyucu sağlık hizmetlerine verilen ağırlığın artırılmasıdır. Bu suretle önemli ölçüde hastalanmaların önüne geçileceği ve sağlık harcamalarında tasarruf sağlanacağı düşünülmekte ve bu yönde beklentiler yasa taslağında belirtilmektedir. Katılımcıların bu hususta düşüncelerini ortaya koymak amacıyla sorulan soruya görüş belirtenlerden 121'i olumlu görüş belirtirken, geriye kalan 47'si olumsuz görüş belirtmişlerdir. Buna göre görüş belirtenlerin %72'si yasa taslağında belirtilen görüşle aynı görüşü paylaşmış olurken, geriye kalan % 28'lik kesim aksi yönde görüş belirtmişlerdir (Tablo 11, 3 no'lu soru).

Tablo 11: Uygulanmasına Geçilecek Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Beklentiler

SORULAR	EVET		HAYIR		GÖRÜŞ BELİRTMEDİ	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
1.Uygulanmasına Geçilecek Genel Sağlık Sigortası Hakkında Bilgi Sahibi misiniz?	149	29,6	354	70,4	0	0
2.Aile Hekimliği uygulaması ile birlikte karmaşıklığın ortadan kalkacağı ve hizmet kalitesinin artacağı görüşüne katılıyor musunuz?	126	25,0	47	9,3	330	65,6
3.Koruyucu Sağlık Hizmetleri Uygulaması İle Birlikte Önemli Ölçüde Hastalanmaların Önüne Geçilebileceği görüşüne katılıyor musunuz?	121	72,0	47	9,3	335	66,6
4.Tüm vatandaşların sosyal güvenlik kapsamına alınması sonucunda kayıtdışı ekonominin kayıt altına alınabileceği ve suüstimallerin önlenebileceği düşüncesine katılıyor musunuz?	94	18,7	77	15,3	332	66,0
5.Yeni uygulamalarla birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda ve hizmetlerin satın alınmasında uzmanlaşma sonucunda daha ucuz fiyatlarla sağlık hizmeti alınacağı görüşüne katılıyor musunuz?	96	19,1	73	14,5	334	66,4
6.Yeni sağlık sisteminde bürokrasinin önemli ölçüde azalacağı ve harcamalarda tasarruf sağlanacağı düşüncesine katılıyor musunuz?	96	19,1	74	14,7	333	66,2
7.Bir bütün olarak uygulanmasına geçilecek yeni sağlık sistemiyle birlikte sağlık hizmetlerinin kalitesinin artacağını bekliyor musunuz?	123	24,5	48	9,5	332	66,0

Uygulanmasına geçilecek yeni sistem ile bütün vatandaşların sosyal güvenlik kapsamına alınacağı ve bunun sonucunda sağlık hizmetlerinin sunumunda bazı suüstimallerin önüne geçilebileceği görüşü ifade bulmaktadır. Anket uygulamasının ilgili sorusuna katılımcılardan görüş belirtenlerin %55'i bu görüşü destekler nitelikte cevap verirken geriye

kalan %45'lik kesim aksi yönde görüş belirtmişlerdir(Tablo 11, 4 no'lu soru).

Yine, yeni uygulamalarla birlikte hedeflenen en önemli hususlardan bir diğeri sağlık hizmetleri sunumunda uzmanlaşma sağlanması ve daha uygun fiyatlarla sağlık hizmetlerinin satın alınması hedefi de yer almaktadır. Bu suretle sağlık hizmetleri ile ilgili harcamalarda önemli oranda tasarruf sağlanacağı düşünülmektedir. Yapılan anket çalışmasında bu konuyla ilgili katılımcıların görüşü sorulmuş, görüş belirtenlerden 96'sının bu beklentiye destekler nitelikte cevap verdiği, geriye kalan 73 kişinin ise aksi yönde görüş belirttiği görülmektedir. Başka bir deyişle görüş belirtenlerin % 56,8'i sağlık hizmetlerinin daha uygun fiyatlarla sağlanacağı görüşüne katılırken geriye kalan %43,2'lik kesim bu görüşe katılmadığını belirtmişlerdir (Tablo 11, 5 no'lu soru).

Mevcut sağlık sisteminde bürokrasinin fazla olduğu en çok şikayet edilen hususlardan biri olduğu bilinmektedir. Yeni sistemle birlikte bürokrasinin önemli ölçüde azaltılması ve bu vesileyle harcamalarda tasarruf sağlanması Genel Sağlık Sigortası uygulamasının bir diğeri hedefi olmaktadır. Hazırlanan anket çalışmasının ilgili sorusuna görüş belirtenlerin %56,5'i bu görüşü destekler nitelikte cevap verirken, geriye kalan %43,5'i ise aksi yönde görüş belirtmiştir (Tablo 11, 6 no'lu soru).

Hazırlanan anket çalışmasının son kısmında katılımcıların yeni sağlık sistemi uygulamasına ilişkin beklentileri genel olarak ifade etmeleri istenmiş ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artıp artmayacağı yönündeki görüşleri alınmaya çalışılmıştır. Buna göre, görüş belirtenlerin %71,9'u yeni sağlık sistemiyle birlikte sağlık hizmetlerinin kalitesinin artacağını beklediklerini ifade ederken, geriye kalan %28,1'i ise aksi yönde görüş belirtmiştir (Tablo 11, 7 no'lu soru).

Bu kısımdaki görüşler topluca değerlendirildiğinde uygulanmasına geçilecek Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak katılımcıların çoğunluğunun bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Yeni sistem ile ilgili görüş belirtenlerin yarısından fazlasının yeni uygulamadan olumlu beklentiler içinde bulunması önemli görülmektedir. Yeni sistemin gerçek sonuçları ise ancak uygulamalar sonucunda ortaya çıkacağı düşünülmektedir. Bu nedenle Genel Sağlık Sigortasının uygulanması sonucunda elde edilecek bulgular ile bu çalışmada uygulama öncesinde katılımcıların belirttiği görüşlerin

karşılaştırılması daha sonraki çalışmalarımızın da konusunu oluşturmaktadır. Katılımcıların belirttiği görüşlerin ne oranda gerçekleşeceği ancak bu çalışmaların sonucunda ortaya konabilecektir.

V. SONUÇ

Bu araştırmadan elde edilen temel unsurlar: Türkiye’de sağlığa ayrılan kaynaklar, gerek kamu için gerekse ekonomide sağlığa ayrılan pay dikkate alındığında gelişmiş ülkelerin oldukça gerisinde kalan bir konuma sahiptir. Toplumsal gelişmenin önemli faktörleri arasında sayılan beşeri sermaye ile ilgili olan sağlığa oldukça düşük bir kaynak tahsisi, ülkemizin sadece bugününün değil aynı zamanda geleceğinin de risk altında olduğunu göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinin önemli finansman kaynağı olan sosyal güvenlik kurumlarının popülist politikalara feda edilip, özellikle 1990’lı yılların ortalarından itibaren içine düştüğü finansman krizleri, sağlığa ayrılacak kaynakların sadece bugünü için değil, geleceği için de önemli riskler içerdiğini ifade etmektedir. Gerek emeklilik gerekse sağlık hizmetlerindeki sorunlar, sosyal güvenlik sisteminin reforma tabi tutulmasını gündeme getirmiştir. Bu ihtiyaç doğrultusunda başlatılan çalışmalar sonucu hazırlanan yeni “Sosyal Koruma” yasa tasarısı halen yasalaşma sürecindedir. Bu yeni yasa tasarısının gerek kurumun mali bunalımını aşmak konusunda, gerekse sağlık hizmetlerinin daha etkin sunulması konusunda önemli fırsatlar oluşturduğu görülmektedir. Öncelikle yaşamsal güvenliğin, prim ödeme gücü olanlardan, ödeme gücü olmayanların primlerinin kamu tarafından ödenmesi yöntemiyle bütün bireylere genişletilmesi, ülkemiz açısından önemli bir sorun niteliği kazanan koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli önemin verilmemesi gibi sorunlara bu yasada öncelik verilmesi, sağlık sektörü açısından önemli gelişmelere zemin hazırlamaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin ülkenin bütün kesimlerinde aynı düzeyde verilmediği, zaten yetersiz olan hizmetlerin, geri kalmış bölgelerde oldukça derin bir sorun halini aldığı açık bir şekilde görülmektedir. Bu çarpık yapı, sadece sağlık olanaklarının ülke coğrafyasında oldukça eşitsiz dağılması açısından değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerine ulaşmaya çalışan bireylerin önemli düzeyde bir tatminsizlik sorunuyla karşı karşıya bulunması açısından da önemlidir. Anket verileri, İstanbul gibi sağlık indeksinde ilk sıralarda yer alan bir

ilde ve Sakarya gibi sağlık indeksinde orta sıralarda olan bir ilde bile oldukça kötü durumda ise, sağlık indeksinde konumu oldukça kötü olan illerdeki durumun oldukça endişe verici olacağı açıktır.

Yeni Sağlık Yasası’nın sağlık hizmetleri için sunduğu önemli fırsatların yanında, bazı sorunları da beraberinde getirdiği düşünülmektedir. Bir yandan ülkemizde sağlık hizmetlerinin önemli düzeyde çarpık dağılan yapısı, diğer yandan “kayıt dışı çalışan ekonomik” yapı, önemli handikaplı kısımlar olarak ortada durmaktadır. Kayıt dışı çalışmanın oldukça yüksek olduğu ülkemizde, sağlık sigortasının yoksullar için devlet tarafında yatırılacağı yeni düzenlemenin, kayıt dışını daha da teşvik edebileceği endişesine yol açmaktadır. Bu yeni düzenlemede, gerek sağlık hizmetlerinin özel sektörle rekabet içinde kamuda etkin bir şekilde sunulması, gerekse kayıt dışı istihdamın sağlık sigortası ve sosyal sigortaların geleceğini riske etmemesi açısından etkin bir denetleme mekanizması oluşturulması gerektiği açıktır. Diğer yandan sağlık hizmetlerinin coğrafi dağılımında oldukça eşitsiz olan görünümünü yenmenin en iyi yolu, sağlık hizmetlerinin sunumunun merkezi kurumsal yapılar aracılığı ile verilmesinden vazgeçilip, yerel idareler aracılığı ile sağlanması, tayinlerle yer değiştirme olanağının önemli ölçüde sınırlandırılmasından geçtiği düşünülmektedir.

Sağlık hizmetleri, bir toplumun beşeri sermaye stokunu büyütme araçlarındandır. Sağlığa dönük yapılan ödemeleri “kara delik” gibi hoş olmayan sıfatlarla ifade etmek oldukça kaygı vericidir. Kamunun esas faaliyet alanlarına yönelip, iyi bir sağlık hizmeti sunumu için etkinliği merkeze alan düzenlemeleri yapmasını tasvip etmek, devletin bu hizmetten bütünüyle çekilmesini savunmak anlamına gelmemelidir. Yaşamsal güvenliğin devamı hiç şüphesiz kamuya sorumluluklar yüklemektedir. Bu anlamda sağlık sistemimizdeki çarpıklıkların azaltılıp, özellikle hizmet alıcılarının yarınını öne alan düzenlemeler hayati düzeyde gereklilik arz etmektedir. Gerek yeni yasada, gerekse birçok gelişmiş ülkede sağlık sektöründe devlete düşen sorumluluk, bir yönüyle sosyal güvenlik kapsamında sağlık finansmanında rol alması, diğer yönüyle ise sağlık hizmetlerini özel sektör ile rekabet içinde etkin bir şekilde sunulması için regüle edici roller almasıdır. Sağlığa yapılan yatırımlar bir taraftan daha sağlıklı bir nesil yetişmesine katkı sağlarken, diğer taraftan ekonomik kalkınma sürecini hızlandıracaktır.

KAYNAKÇA

- Barry, N.P.(1989), Yeni Sağ, Çev. Cevdet Aykan, Tisamat Yayınları, Ankara.
- Belek, İ. (2005), "Genel Sağlık Sigortası-Halka Karşı Global Sermaye Saldırısı Sorunu",
http://www.ses.org.tr/bilgi/5.htm/ 27.03.2005.
- Bilen, M.(2002), "Piyasa Ekonomisinde Devletin Değişen Rolü: Refah Devleti Ekseninde Bir Analiz", Yayınlanmamış Doktora Tezi, İ. Ü. SBE.
- Coller, D. and Messick, R.E. (2000), "Prerequisties Versus Diffusion: Testing Alternative Explanations of Social Security Adoption", The Foundations of the Welfare State, Vol. III, Ed. by. Robert E. Goodin and Deborah Mitchell, Edward Elgar Published, pp. 142-158.
- Çanakçı, İ.H. (2004), "Sağlık Sigortasında Yeni Açılımlar: Genel Sağlık Sigortası",
http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=869&id=51 / 27.03.2005.
- ÇSGB, (2005), "Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı".
http://www.calisma.gov.tr/sgk/gss_tasarisi.pdf / 27.03.2005.
- ÇSGB, (2004), "Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi (Taslak Metin)",
www.calisma.gov.tr/projeler/sos_guv_oneri.pdf / 27.03.2005.
- ÇSGB, (2005), "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı"
http://www.calisma.gov.tr/sgk/basbakanlik.pdf / 27.03.2005.
- Demir, M. (2004), "Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sektörün Rolü"
http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=874&id=51 / 27.03.2005.
- Dilic, S. (1992), Sosyal Güvenlik, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Dilic, S. (Tarihsiz), "Sosyal Güvenlik ve Sosyal Hizmetler Arasındaki İlişkiler", Ankara Üniversitesi S. B. F. Dergisi, C. XXXV, Ankara.
- DPT, (2004), İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması 2003, DPT Yayınları No: 2671, Ankara.
- Ergenekon, Ç. (2001), "Emekliliğin Finansmanı: Global Uygulamalar Işığında Türkiye İçin Bir Özel Emeklilik Modeli Önerisi", İstanbul.
- Günter, E. (2005), "T.C. Emekli Sandığı", Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri Sempozyumu, Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları, Yayın no:18,
http://www.huzv.org/ekhaber/www.huzv.org/download/yayinlar/18.zip/ 12.04.2005.
- Kapar, R. (2004), "Dünya Bankası ve Sosyal Güvenlik Sistemine İlişkin Yeni Hedefler", Sendikal Notlar, Sayı:23, Petrol İş Sendikası Yayınları, ss.54-79.

- Kılıçdaroğlu, K. (2005), "T.C. Emekli Sandığı", Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri Sempozyumu, Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları, Yayın no:18,
http://www.huzv.org/ekhaber/www.huzv.org/download/yayinlar/18.zip/ 12.04.2005.
- Kurtulmuş, S. (1998), "Sağlık Ekonomisinin Adalet ve Etkinlik Prensipleri Çerçevesinde Hükümetlerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü", Prof. Dr. Metin KUTAL'a Armağan, TÜHİS Yayınları, ss. 685-703.
- Özyer, M.A. (2005), "T.C. Emekli Sandığı", Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri Sempozyumu, Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları, Yayın no:18,
http://www.huzv.org/ekhaber/www.huzv.org/download/yayinlar/18.zip/ 12.04.2005
- Sarı, P. (2005), "T.C. Emekli Sandığı", Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri Sempozyumu, Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları, Yayın no:18,
http://www.huzv.org/ekhaber/www.huzv.org/download/yayinlar/18.zip/ 12.04.2005.
- Talas, C. (tarihsiz), Sosyal Ekonomi, S Yayını, Ankara.
- Teksöz, T. A. (2005), "Sosyal Güvenlik Reformu", Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri Sempozyumu, Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları, Yayın no:18,
- Top, M. Ve Tarcan M. (2004), "Türkiye İlaç Ekonomisi ve İlaç Harcamaları: 1998-2003 Dönemi Değerlendirmesi", Liberal Düşünce Dergisi, Sayı:35, ss. 177-200.
- Topak, O. (2004), "Taslak Metine İlişkin Eleştiriler: Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi", Sendikal Notlar, Sayı:23, Petrol İş Sendikası Yayınları, ss.28-53.
- Tozan, C. (2005), "T.C. Emekli Sandığı", Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri Sempozyumu, Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları, Yayın no:18,
http://www.huzv.org/ekhaber/www.huzv.org/download/yayinlar/18.zip/ 12.04.2005.
- Tuncay, A. C. (1994), Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, 6. Baskı., İstanbul.
- TTB, www1.: "Sağlıkta Dönüşüm Fos Çıktı",
http://www.ttb.org.tr/BASIN/new/index.htm/ 30. 08. 2005.
- TTB, www2.: "Mecburi Hizmet Çözüm Değil",
http://www.ttb.org.tr/BASIN/new/index.htm/30. 08. 2005.
- Uğur, S. (2004), Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri ve Gelişimi, Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu Yayın no:244.
http://www.tisk.org.tr/yayinlar.asp?sbj=ana&ana_id=54 / 27.03.2005.
- UNDP (2005), Human Development Report 2004, New York.

WHO (2005), The World Health Report 2004, Changling History"; Geneva.

<http://www.oecd.org/dataoecd/13/9/31963517.xls/14.05.2005>

<http://data.euro.who.int/hfadb/25.03.2005>.

<http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/1950-03/esg.htm> / 27.03.2005.

<http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/25.03.2005>

<http://ekutup.dpt.gov.tr/sosyalgu/oik604.pdf/> 27.03.2005.

<http://www.bagkur.gov.tr/finansman/zaman.html/> 27.03.2005.

<http://www.bumko.gov.tr/istatistik/sosyalg.htm/> 27.03.2005.

<http://www.calisma.gov.tr/15.04.2005>.

http://www.emekli.gov.tr/saglik_mali_istatistik.html/25.03.2005.

<http://www.muhasibat.gov.tr/docs/T3-2-5.xls/> 27.03.2005.

http://www.ssk.gov.tr/sskBilgiBankasi/9999/0/20050328_100726.xls/ 27.03.2005.

www1: <http://www.muhasibat.gov.tr/docs/T3-2-5.xls/25.03.2005>.

www2: <http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/1950-03/esg.htm/25.03.2005>.