

SAĞLIK "REFORMU": NEREDEN NEREYE?*

Osman ÖZTÜRK**

Öz: Daha önceki siyasi iktidarlar tarafından dâniyet edilen ama gerçekleştirilemeyen "sağlık reformu" on beş yıldır iktidarda olan Adalet ve Kalkınma Partisi döneminde "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP) adı altında hayata geçirildi. Bu süreçte Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilerek tasfiyesinden devlet hastanelerinin yapısının değiştirilmesine, sağlık ocaklarının kapatılmasından aile hekimliği sistemine geçilmesine, Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulmasından Tamamlayıcı Sağlık Sigortası uygulanmasına bir dizi değişiklik gerçekleştirildi. Cumhuriyet tarihi boyunca kendi dinamikleriyle bir arpa boyu büyüyemeyen özel sağlık sektörü de bu dönemde kamusal kaynakları kullanarak hızlı bir büyüme gerçekleştirdi. Geçtiğimiz yıl içinde ise önce 16 Nisan referandumunun hemen arifesinde primini kendisi ödeme zorunluluğu olan GSS'liler için daha önceki kademeli prim uygulaması yerine tek prim uygulamasına geçildi; ikinci olarak da, 694 sayılı Kanun Hükmünde Karamame ile SDP'nin en önemli bileşenlerinden olan Sağlık Bakanlığı teşkilatı ve devlet hastanelerindeki yeni yapılandırılmadan geri dönüldü. SDP'deki bu iki önemli revizyon/kırılma aslında başlangıçta "sağlık reformu" içeriğinde olmayıp sonradan dahil edilen "Şehir Hastaneleri" ile birlikte düşünüldüğünde SDP'nin başlangıç hedeflerinden önemli sapmalar yaşandığı ve halen açık olarak tanımlanmasa da bundan sonra farklı bir yöne doğru evrileceği görülmektedir.

Anahtar sözcükler: sağlıkta dönüşüm programı, genel sağlık sigortası, özel sağlık sektörü, şehir hastaneleri, revizyon/kırılma

Health "Reform": Where is it Heading for?

Abstract: "Health reform" that used to be in the mind of earlier ruling parties without being realized has been given effect by the Party for Justice Development which is in power for the last fifteen years under the heading "Transformation in Health Programme" (THP). During this process a range of changes has been introduced from the liquidation of Social Security Institution hospitals by their transfer to the Ministry of Health to changes in state hospitals; from the closure of health centres to transition to family medicine system; and from the introduction of General Health Insurance (GHI) to the practice of Supplemental Health Insurance. The private health sector too, whose growth remained nil throughout the history of the Republic enjoyed a rapid surge by using public funds in this period. Within the past year, firstly just before the April 16 referendum single contribution model replaced payment in steps for GHI for persons who have to make their contributions personally. Secondly, with the Decree no. 694 in Force of Law there was return back from the new organization in the Ministry of Health and new structuring in state hospitals which were the most important components of the THP. Considered together with "city hospitals" which were originally not included in the "health reform" but introduced later, these two significant revisions/breaks in the THP indicate that the programme experiences major deviations from its original objectives and is destined to a different direction from now on.

Key words: transformation in health programme, general health insurance, private health sector, city hospitals, revision/ break

Giriş

3 Kasım 2002'de yapılan seçimlerden sonra iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) tarafından 16 Kasım 2002'de kamuoyuna açıklanan "Acil Eylem Planı"nda bir yıl içinde devlet, sigorta ve kurum hastanelerinin birleştirilmesi ve idari ve mali yönden özerkliklerinin sağlanması çalışmalarının başlatılacağı, Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi kurulacağı, aile hekimliğine geçileceği ve sevk zinciri oluşturulacağı, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılacağı ve özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirileceği vaatleri yer almıştı.

AKP'nin sağlık alanındaki politikaları, daha sonra, Haziran 2003'te "Sağlıkta Dönüşüm" kitapçığıyla açıklanmış ve Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP)

ana bileşenleri; "Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı", "Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası", "Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri", "İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri" olarak sıralanmıştı.

AKP tarafından hazırlanan SDP'nin içeriği ve bileşenlerine bakıldığında aslında daha önceki hükümetler tarafından uygulanmaya çalışılan sağlık "reform"larından bir farkı olmadığı görülmekteydi. Bu durum, nitekim, SDP'yi hazırlayanlar tarafından da kabullenilmiş ve "Bugün bir reformdan söz etmeyişimiz tamamen yeni bir görüş ortaya koymadığımızın bilincinde olduğumuz içindir." şeklinde ifade edilmişti. Ancak, daha önceki hükümetler tarafından başarısız olan

*Bu makale, "Himmet, Fıtrat, Piyasa /AKP Döneminde Sosyal Politika" (Der. Koray, M., Çelik A. İstanbul, İletişim Yayınları) adlı kitapta yazar tarafından kaleme alınmış olan "Sağlıkta Neo-Liberal Dönüşüm ve Hak Kayıpları" adlı bölümden yararlanılarak hazırlanmıştır.

**Dr., Toplum ve Hekim Hakem Kurulu üyesi

Geliş Tarihi / Received : 28.12.2017

Kabul Tarihi / Accepted : 15.01.2018

“reform” AKP’nin on beş yıllık tek parti iktidarı döneminde hayata geçirildi ve sağlıkta finansmandan hizmet sunumuna, ücretlendirmeden istihdam biçimlerine, kamu sağlık kurumlarından özel hastanelere kadar hemen bütün alanlar yeniden yapılandırıldı.

Bu makalede bu yeniden yapılanmanın tüm kronolojisi aktarılmamakla birlikte önce SDP sürecinde sağlık alanında yaşanan başlıca değişimler ele alınacak, daha sonra SDP’nin bütünü ve geldiği son aşama hakkında değerlendirmelerde bulunulacaktır.

Sağlık ocakları yerine aile hekimliği

SDP öncesi Türkiye’de kamusal birinci basamak sağlık hizmetleri bölge temelli, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri entegre eden, ekip çalışmasına dayalı sağlık ocaklarına dayanmaktaydı. SDP ise birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliğini öngörmekteydi. Bu çerçevede ilk olarak 15 Eylül 2005’de Düzce’de başlatılan pilot uygulama kademeli olarak diğer illere yayıldı ve 13 Aralık 2010 tarihi itibarıyla Türkiye genelinde aile hekimliği uygulamasına geçildi.

Aile hekimliği uygulaması esas itibarıyla sözleşmeli bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanının birlikte çalıştığı Aile Sağlığı Birimi’nden oluşmakta ve bu birimlerde ağırlıklı olarak tedavi edici hizmetleri yürütülmekte. SDP çerçevesinde aile hekimliğiyle birlikte farklı hizmet basamakları arasında zorunlu bir sevk zincirinin kurulması da önerilmişti. Ancak bu doğrultuda yapılan birkaç girişim hastaların büyük tepkilerine yol açtı ve Sağlık Bakanlığı sevk zinciri uygulamasını sürekli olarak erteledi. Bu nedenle halen hastalar bir aile hekimine kayıtlı olsa bile üniversite hastaneleri de dahil istediği sağlık kuruluşuna başvurabilmekte. Bu durumda, Sağlık Bakanlığının “Artık herkesin bir aile hekimi var.” propagandası dışında aile hekimliği uygulamasının “başarısı”yla ilgili ayrıntılı bir değerlendirme yapmak mümkün olmamakta. Şimdiye kadarki uygulamanın somut sonuçları binlerce sağlık ocağının kapatılması ve sağlık çalışanlarının sözleşmeli statüye geçirilmesi oldu.

Genel Sağlık Sigortası

Türkiye’de sağlık harcamalarının finansmanı için bir GSS kurulması girişiminin altmış yılı aşan bir geçmişi vardır. Ne var ki, ilk olarak 1946’da dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz’un hazırladığı Birinci On Yıllık

Milli Sağlık Planı’nda yer alan Milli Sağlık Bankası ve Sağlık Sandıkları da, daha sonraki birçok siyasi partinin ve hükümetlerin programında benzer doğrultuda düzenlemeler de hayata geçirilemedi. Bu arada 1982 Anayasası’nda “Sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi için kanunla sağlık sigortası konabilir.” ifadesi yer aldı.

AKP Hükümeti tarafından hazırlanan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanun Tasarısı ilk olarak 19 Nisan 2006 tarihinde TBMM’de kabul edildi. Ancak Kanun’un bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi nedeniyle yürürlük tarihi birkaç kez ertelendi ve GSS, ancak 1 Ekim 2008’den itibaren üç yıllık bir geçiş süreciyle birlikte uygulanmaya başlandı.

Ülkedeki bütün vatandaşları ve Türkiye’de bir yıldan fazla ikamet eden yabancıları zorunlu olarak kapsamına alan GSS esas olarak prim ödeme esasına dayalı bir sağlık sigortası ve prim tabanı asgari ücret, tavanı ise bu ücretin altı buçuk katıydı. Bir işverene bağlı olarak çalışanlar aylık ücretlerinin %12,5’ini GSS primi olarak ödemek zorundaydılar ve bu oranın %7,5’i işveren, %5’i işçi hissesiydi. Primlerini kendileri yatıranlar için bu oran aylık gelirlerinin %12’siydi.

Devlet, primini ödeyemeyecek kadar yoksul olanların GSS primlerini ödeme yükümlülüğünü üstlenmekteydi, ancak bunun için kişinin öncelikle yoksulluk testi yaptırmaması ve yoksul, yani aile içindeki gelirinin kişi başına düşen aylık tutarının asgari ücretin üçte birinden (01 Ocak 2017-30 Haziran 2017 dönemi için 592,50 TL) az olduğunu ispat etmesi gerekmekteydi. Aylık geliri 592,50 TL ve üzerinde olan yurttaşlar ise yoksulluk testini geçememekte ve gelirlerine göre Tablo 1’de gösterilen miktarlarda aylık prim ödemek zorunda kalmaktaydılar.

2017 yılı Nisan ayında ise GSS primlerinde radikal bir değişiklik yapıldı. Bu değişiklik makalenin ileriki bölümünde ele alınacak.

Devlet hastanelerinden sağlık “işletmeleri”ne

SDP’de “Sağlık Bakanlığınca bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması sağlanacak ve Bakanlık, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacaktır.” denilmekteydi. Bu yapılandırma çerçevesinde devlet hastanelerinin de

Tablo 1. 01 Ocak 2017-30 Haziran 2017 dönemi için öngörülen GSS prim miktarları

Aylık geliri 592,50 TL’den az olanlar	Aylık geliri 592,50-1.777,50 TL arasında olanlar	Aylık geliri 1.777,50-3.555,00 TL arasında olanlar	Aylık geliri 3.555,00 TL’nin üstünde olanlar
-	71,10 TL	213,30 TL	426,60 TL

"İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri"ne dönüştürülmesi; öncelikle bu hastanelerde bir hizmet sunumu birliği sağlanması, ikinci aşamada da her tesise ayrı ayrı özerklik tanınması öngörülmüş, ayrıca, sağlık kuruluşlarının devlete direkt bağlı olmak zorunda olmadığı belirtilmişti.

Nitekim 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kuruldu ve illerdeki Bakanlığa bağlı bütün hastanelerin birleştirilmesiyle oluşturulan Kamu Hastane Birlikleri (KHB) bu Kuruma bağlandı. KHB'lerin yöneticisi olarak, kendilerine Tıbbi, Mali ve İdari Hizmetler Başkanlarının bağlı olduğu bir Genel Sekreter, KHB'lere bağlı hastanelerin yöneticisi olarak da, kendilerine Başhekim, İdari ve Mali İşler Müdürü ile Sağlık Bakım Müdürünün bağlı olduğu bir Hastane Yöneticisi atandı. KHB'lerdeki, diğer sağlık çalışanlarının statüsünde bir değişikliğe gidilmedi ancak Genel Sekreterlerden başlayarak bütün yöneticiler sözleşmeli statüye geçirildi.

Yapılan bu düzenlemelerle devlet hastaneleri için öncelikli amaç "hasta yararı" olmaktan çıktı, "işletmenin kazancı/kârı" oldu.

GSS'de olduğu gibi sağlık Bakanlığı'nın yapısında ve KHB'lerde 2017 yılında yapılan yapısal değişiklik makalenin sonraki bölümünde ele alınacak.

Kamu özel ortaklığı: şehir hastaneleri

AKP'nin sağlıktaki en iddialı projelerinden biri, aslında baştan SDP'nin bileşenleri arasında olmayan Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) Modeli. Kamuoyunda her ne kadar "Şehir Hastaneleri" olarak bilinse de entegre sağlık kampüsünden devlet hastanesine, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezinden 112 acil servis komuta kontrol merkezine kadar, "Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca yapılmasına ihtiyaç duyulan" her türlü tesis KÖO Modeli ile yaptırılabilir ve yenilenebilir.

KÖO Modeli Yap-İşlet-Devret Modeli'nin bir versiyonu olarak tanımlanmakta. Projeye göre Hazine'nin özel mülkiyetindeki taşınmazlar, sabit yatırım dönemi hariç otuz yılı geçmemek üzere üst hakkı tesis edilmek üzere özel şirketlere tahsis edilecek, şirketler hastaneleri yapacak ve sözleşme süresi boyunca bakım, onarım ve benzeri hizmetlerini yürütecek, Sağlık Bakanlığı bu hastaneleri inşaatları yapan şirketlere hizmet ve kullanım bedeli ödemek suretiyle kullanacak, bu bedellerin bir bölümü hastanedeki bazı hizmetlerin şirketlere devri yoluyla ödenecek

ve sözleşme süresi bitiminde hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilecek.

KÖO Modeli savunucuları böylece devletin sıfır maliyetle yeni hastanelere sahip olacağını ve mevcut hastaneleri yenileyeceğini savunuyorlar. Sağlık Bakanlığı, KÖO Modeliyle yaptırılacak tesislerin maliyet hesaplarını kamuoyuyla paylaşmaktan kaçınmakta, yaptığı ihalelerdeki kira bedellerini bile resmi olarak açıklamamakta. TTB'nin, basından ve açtığı davalardan öğrenebildiği bina kullanım bedeli karşılığı ödenecek kiralar ile Sağlık Bakanlığı'nın planlama yaparken hazırladığı ön fizibilite raporlarındaki sabit yatırım tutarlarını inceleyerek yaptığı hesaplar ortada çok büyük kamusal zararların söz konusu olduğunu göstermekte.

Örneğin; Manisa'daki KÖO yatırımının toplam tutarı 122 milyon 788 bin 993 TL olarak hesaplanmışken yıllık kira bedeli 64,25 milyon TL olarak belirlenmiş. Yani iki yıllık kira bedeli toplamı, 128 milyon 500 Bin TL, sabit yatırım tutarından 6 milyon TL daha fazla.

Öte yandan, Sağlık Bakanlığı'nın Erzurum'da klasik ihale usulüyle yaptırdığı 1.200 yataklı hastane inşaatı ihalesi 193 milyon TL ile sonuçlanmışken 1.500 yataklı Kayseri Entegre Sağlık Kampüsünün sadece bir yıllık kira bedelinin 137,73 milyon TL olması KÖO Modelindeki rantın büyüklüğünü göstermekte.

TTB'nin 2012 yılında toplam on üç KÖO yatırımından, bilgisine ulaşabildiği, ihalesi yapılmış sekiz yatırım için öngörülen sabit yatırım tutarları ile yirmi beş yıllık sözleşme dönemi boyunca ödenecek kira bedelleri arasındaki farkın, yani kamu zararının (şirketlerden hizmet satın alma bedelleri hariç) 26 milyar 500 milyon 954 bin 859 TL olduğu hesaplanmış.

Özel sağlık sektörüne can suyu: Kamudan özele sevk ve ilave ücret

Türkiye'de kamu sağlık sektörünün yanı sıra ve ondan bağımsız bir özel sağlık sektörü her zaman var olmuştur. Ancak daha önceki yıllarda sosyal sigorta kuruluşları özel sağlık sektöründen ancak istisnai koşullarda hizmet satın almışlar, bu sektörün finansmanı esas olarak kamusal fonların dışında gerçekleşmiş ve hizmet sunumundaki yeri sınırlı kalmıştı. SDP çerçevesinde yapılan en önemli değişikliklerden biri bu alanda uygulandı ve sigortalı hastaların kamu sağlık kurumlarından sevk almaksızın özel hastanelere gidişinin önü açılarak özel sağlık sektörü kamusal fonları doğrudan kullanmaya başladı. Kamusal kaynakların özele aktarılması yoluyla gerçekleşen bu dönüşüm sektörde daha önceki yıllarda görülmemiş bir patlamaya sebep oldu.

Sosyal güvenlik kapsamındaki sigortalıların özel sağlık kurumlarına yönlendirilmesi doğrultusunda ilk adım erken bir dönemde, SDP'nin daha resmi olarak ilan edilmeden önce, 2003 Mayıs ayı sonunda atıldı.

Devlet memurları 2003 yılından önce hastalandıkları zaman kurumlarından aldıkları sevkle birinci basamakta kendi kurum tabipliklerine ya da sağlık ocaklarına, ikinci basamakta ise kamu hastanelerine başvuruyorlar ve ancak istisnai durumlarda anlaşmalı özel hastanelere sevk ediliyorlardı. 30 Mayıs 2003 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan "Teşhis ve Tedavi Amacıyla özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkinde İlişkin Usul ve Esaslar hakkında Tebliğ"le birlikte bu durum değişti. Tebliğle, devlet memurları ile bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin kurumlarından aldıkları sevkle doğrudan özel polikliniklere müracaatlarının önü açıldı. Ancak gene de bu özele sınırsız bir sevk anlamına gelmiyordu. Özel poliklinikler bu şekilde kendilerine başvuran hastalara sadece hemogram, tam idrar tahlili, açlık kan şekeri gibi sınırlı sayıda tetkik ve tahlili yapabilecekler ve eğer tedavi sonlandırılmamışsa hastalar özel bu polikliniklerden alacakları sevkle ikinci basamak resmi veya özel sağlık kurumlarına başvurabileceklerdi. Uygulamada, esas olarak, hastaların özel sağlık kuruluşlarından hizmet alırken herhangi bir ücret ödemeleri de öngörülmemişti.

Özele sevkte devlet memurlarından sonra sıra SSK'lılara geldi. 6 Ocak 2005 tarih ve 5283 sayılı "Bazı kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanunla Değişti. SSK'nın 118'i hastane toplam 573 sağlık kurumunun bu yolla tasfiyesinin ardından, SSK da devlet ve üniversite hastanelerinin yanı sıra özel sağlık kurumlarından hizmet satın almaya, özel sağlık kurumları da SSK'lı hastalardan "ilave ücret" almaya başladı.

Aslında o dönemde SSK'lılardan bu şekilde ücret alınmasının yasal bir dayanağı yoktu; dahası açıkça yasadışıydı. Çünkü, yürürlükte olan 506 sayılı SSK Kanununda sigortalılardan herhangi bir ad altında ücret alınması öngörülmemişti. Bu "engel", uygulamada SSK ile hizmet satın aldığı özel sağlık kurumları arasında yapılan Sağlık Hizmetleri Sözleşmesine dayandırılarak "aşılmış"tı. Gerçekte SSK'yla sözleşme yapan bir özel sağlık kurumuna müracaat eden SSK'lı hastaların hiçbir ödeme yapmadan sağlık hizmeti alma hakkı vardı ama özel kuruluşlar ücret alıyorlar ve bu durum SSK'lıların "gönüllü" olarak "ilave ücret" ödüyor gibi gösteriliyordu.

SDP'nin daha erken dönemindeki özele sevklerin ve özel sağlık kuruluşlarının sigortalılardan ücret alma uygulamasının önünün açılması daha sonra GSS ile birlikte hem yasal dayanağa kavuşturuldu, hem de çok daha yaygın hale getirildi.

Gerçekte SSGSS Kanununun 16.06.2006 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan ilk hali de özel sağlık kuruluşlarının sigortalı hastalardan "ek ödeme", "ilave ücret", vb. ücret alınmasına imkan sağlamıyordu. Kanunun ilgili maddesi şöyleydi:

"Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için otelcilik hizmetleri ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında, herhangi bir fark ödemesi talep edemez. Otelcilik hizmeti ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden alınabilecek fark ödemesi, 72nci maddeye göre belirlenen tutarın iki katını geçemez. Bu farkın alınabilmesi için, kişilerin fark ödemeyi kabul ettiğinin yazılı olarak belgelenmesi zorunludur."

Ancak, daha SSGSS Kanunu yürürlüğe girmeden, 17.04.2008 tarihli ve 5754 sayılı Kanunla ilgili düzenleme şu şekilde değiştirildi:

"Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dahil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedeline ek olarak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerden sağlık hizmeti sunucularının giderleri ve ürettikleri sağlık hizmetlerinin maliyetleri, yapılan sübvansiyonlar gibi kriterler dikkate alınarak bu bedellerin bir katına kadar alınabilecek ilave ücretin tavanını belirlemeye Bakanlar Kurulu yetkilidir. Bu tavan dahilinde alınabilecek ilave ücret oranları Kurumca belirlenir."

İlk başta SGK tarafından belirlenen işlem ücretinin %30'una kadar sınırlanan "ilave ücret" tavanı zaman içinde kademeli olarak sürekli arttırıldı ve en son bu ücretlerin %200'üne çıkarıldı.

Bu arada gene 5754 sayılı Kanunla 5510 sayılı Kanunda yapılan bir başka değişiklikle "Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, Kurumca belirlenmiş standartların üstündeki talepleri karşılayan otelcilik hizmetleri ile hayati öneme sahip olmama ve alternatif tedavilerin bulunması gibi hususlar göz önüne alınarak Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen istisnai sağlık hizmetleri için,

genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden belirlenen hizmet fiyatlarının üç katını geçmemek üzere ilâve ücret alabilir." düzenlemesi getirildi. Böylece kamu olsun özel olsun sözleşmeli sağlık hizmetleri sunucularının sigortalılardan otelcilik hizmetleri karşılığı alacakları ilave ücret tavanı %50 yükseltildiği gibi son derece muğlak bir şekilde tanımlanan "istisnai sağlık hizmeti" yoluyla da para alabilmelerinin önü açıldı.

5754 sayılı Kanunla aynı zamanda özel sağlık sektörü açısından son derece hayati bir başka düzenleme daha yapıldı.

5510 sayılı Kanun "Otelcilik hizmeti ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında veya belirlenen tavanın üzerinde fark alınması halinde, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının sözleşmeleri bir yıl süreyle feshedilir." hükmünü içeriyordu ve bu hüküm sigortalılardan yasadışı ücret tahsilatı yapacak özel hastaneler için ciddi bir yaptırım öngörmüş oluyordu. Bu hüküm varken, hastalarının ve cirolarının neredeyse tamamına yakını SGK'dan temin eden özel hastanelerin ilave ücret ya da diğer ödemeleri "istismar etmeleri" mümkün görünüyordu.

Özel sağlık kuruluşlarının önündeki bu "engel" de belirlenen tavanın üzerinde ilave ücret aldığı tespit edilen sağlık hizmeti sunucuları hakkında genel hükümlere göre takip yapılacağı, bu fiiller nedeniyle Kurumun yersiz ödediği tutarın geri alınacağı ve ayrıca bu fiilleri işleyen veya sağlık hizmeti satın alınmasına ilişkin sözleşmelerde belirtilen hükümlere aykırı davrandığı tespit edilen sağlık hizmeti sunucularının Kurum ile yaptıkları sözleşmelerin feshedilebileceği ve Kurumca belirlenecek süre içinde tekrar sözleşme yapılmayacağı şeklinde yumuşatılarak "aşıldı."

Böylece özel hastanelerin SGK'lı vatandaşlardan istedikleri miktarda "ilave ücret" almalarının önü bizatihi siyasi iktidar tarafından açıldı, onlar da %200

tavanına da uymadan, tamamen piyasa tarafından belirlenen şekilde tahsilatlarını yapmaya başladılar. Uygulamanın "suistimali"nin tek yaptırımı olan şikayet ve tespiti halinde para cezasının ise özel hastanelerde yıllık yetmiş milyonu aşkın poliklinik yapıldığı göz önüne alındığında ne kadar etkisiz olduğu kolaylıkla tahmin edilebilir. Üstelik bu tür suiistimaller yüzünden SGK'nın şimdiye kadar herhangi bir özel hastaneyle sözleşme yapmaktan vazgeçmediği biliniyor. Bu durumda, hastalardan elde ettiği haksız kazanç yakalanma durumunda ödeyeceği cezanın kat kat üstünde olan özel sağlık kurumlarının bu uygulamadan vazgeçmesini beklemek mümkün görünmüyor.

Neticede, Cumhuriyet tarihi boyunca kendi dinamikleriyle bir arpa boyu büyüyemeyen özel sağlık sektörü gerek özele sevk yoluyla kamusal kaynakların kendilerine akıtılması, gerekse sigortalılardan geçmişte "bıçak parası" adı altında alınana benzer denetimsiz "ilave ücret" tahsilatı sayesinde AKP döneminde can suyuna kavuşarak hızla büyüdü.

Bu hızlı büyümeye ait bazı göstergeler Tablo 2'de yer almaktadır.

Görüldüğü gibi 2002-2015 yılları arasında hastane sayıları, hasta yatağı sayıları, hastanelere müracaat sayılarında Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerin hepsinde artışlar gerçekleşmekle birlikte özel sağlık sektöründeki artış diğer ikisini açık farkla geride bırakmıştır. Hastane sayısında artış Sağlık Bakanlığı'nda %13,9, üniversitelerde %45,6 olurken özel hastanelerde %252,3; hastane yatağı sayısındaki artış Sağlık Bakanlığı'nda %11,7, üniversitelerde %40 olurken özel hastanelerde %107,3; hastanelere müracaat sayısında artış Sağlık Bakanlığı'nda %179,4, üniversitelerde %291,4 olurken özel hastanelerde %1.255,4 olmuştur.

SDP'de 2017 yılı revizyonları/kırılmaları

Girişte söz ettiğimiz gibi 2003 Haziran ayında açıklanan SDP aksamalar ve gecikmelerle de olsa özellikle uzun yıllar görevde olan Sağlık Bakanı Recep

Tablo 2. Yıllara ve sektörlere göre hastane, hastane yatakları ve hastanelere müracaat sayıları 2002-2015

	Hastane			Hastane yatakları			Hastanelere müracaat		
	2002	2015	Artış	2002	2015	Artış	2002	2015	Artış
Sağlık Bakanlığı	774	865	%11,7	107.394	122.331	%13,9	109.793.128	306.825.524	%179,4
Üniversite	50	70	%40,0	26.341	38.361	%45,6	8.823.361	34.539.363	%291,4
Özel	271	562	%107,3	12.387	43.645	%252,3	5.697.170	77.217.044	%1.255,4
Diğer	61	36	-%40,9	18.349	5.311	-%71,0	-	-	-
Toplam	1.156	1.533	%32,6	164.471	209.648	%27,4	124.313.659	418.581.931	%236,7

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

(T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2015 s. 93, Tablo 7.1 ve 7.2 ve s. 139, Tablo 8.2'den yararlanarak hesaplanmıştır)

Akdağ'ın gayretleriyle hayata geçirildi. Mehmet Müezzinoğlu'nun Bakanlık görevini üstlendiği dönem ve Recep Akdağ'ın ikinci görev döneminde başlangıçtaki ivme düşse de programda esastan bir sapma yaşanmadı. Ancak 2017 yılında durum değişti. SDP'de biri GSS'yle, diğeri Sağlık Bakanlığı teşkilatı ve devlet hastanelerindeki yeni yapılandırma ile ilgili iki önemli revizyon/kırılma yaşandı.

Aslında Türkiye'de sağlık harcamalarının finansmanı için bir GSS kurulması düşüncesinin AKP'den çok eski, altmış yılı aşan bir geçmişi vardı. Ne var ki, ilk olarak 1946'da dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz'un hazırladığı Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'nda yer alan Milli Sağlık Bankası ve Sağlık Sandıkları da, daha sonraki birçok siyasi partinin ve hükümetlerin programında benzer doğrultuda düzenlemeler de hayata geçirilemedi. Çünkü, zaten yıllardır sigorta primleri ücretlerinden kesilen işçilerle memurlar açısından bir problem yoktu ama primini kendisi ödemek zorunda olan esnaf, zanaatkarlar, çiftçiler, 18 yaşını doldurmuş olsa da liseye, 25 yaşını doldurmuş olsa da üniversiteye devam eden öğrenciler, kayıt dışı çalışanlar ve işsizlerden prim toplamak hayli zor gözüküyordu.

Nitekim bu dönemde de muhalif çevrelerin GSS'ye karşı çıkış nedenlerinin başında bu zorluk geliyordu. AKP ise, daha önce de gördüğümüz gibi, 2017 Ocak-Haziran dönemi itibarıyla bu kesimlerden aylık geliri 592,50-1.777,50 TL arasında olanlardan düzenli olarak aylık 71,10 TL, 1.777,50-3.555,00 TL olanlardan düzenli olarak aylık 213,30 TL ve 3.555,00 TL'nin üstünde olanlardan düzenli olarak aylık 426,60 TL GSS primi toplayabileceğini iddia ediyordu.

Oysa bu iddia daha baştan itibaren boş çıktı ve her ne kadar SGK tarafından GSS'li olarak "tescil edilmiş" olsalar ve böylece GSS kapsamındaymış gibi sayılsalar da milyonlarca vatandaş GSS primini ödeyemedi ve de bu nedenle sağlık hizmeti alamadı. Bu yurttaşların şikayetleri siyasi iktidarın üzerinde giderek daha fazla basınca dönüşünce de AKP için hayati öneme sahip 16 Nisan 2017 Referandumu öncesinde söz konusu kesimler için gelire göre kademeli prim uygulaması yerine tek prim uygulamasına geçildi. Aylık GSS primi 53,33 TL olarak belirlendi ve geçmiş dönem GSS prim borçlarının gecikme zammı ve faizleri de silinerek bu miktar üzerinden yeniden yapılandırıldı.

Referandum öncesi billboardlara asılan "Sağlık güvencesi olmayanlara müjde/Sadece 53 TL'ye sağlık güvencesi" afişleriyle "devrim" gibi sunulan yeni düzenleme aslında bir yandan insanların yıllarca yüksek

prim ödemeye zorlandığının, öte yandan GSS ile ilgili iddiaların iflas ettiğinin göstergesiydi.

SDP'de 2017 yılında ikinci önemli revizyon/kırılma Sağlık Bakanlığı teşkilatı yapılanmasında yaşandı.

SDP vizyonunda Sağlık Bakanlığı "politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda" tanımlanmakta ve "Kürek çeken değil dümen tutan Sağlık Bakanlığı" sloganıyla ifade edilmekteydi. Resmi Gazete'nin 2 Kasım 2011 tarihli sayısında yayınlanan 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nda dört yeni bağlı kurum oluşturulmuştu:

1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
2. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
3. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
4. Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü

Yeni yapılanmayla birlikte daha önce sadece İl Sağlık Müdürlüğünden oluşan Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı da üçe bölünmüştü:

1. İl Sağlık Müdürlüğü
2. Halk Sağlığı Müdürlüğü
3. Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

Resmi Gazete'de 25 Ağustos 2017 tarihinde yayınlanan 694 sayılı KHK ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ile bu ikincisine bağlı olan Kamu Hastane Birlikleri kaldırıldı, bu arada hastane yönetimlerinde daha önce aktardığımız yapılanmadan da vazgeçilerek tekrar başhekimliğe dönüştürüldü. Böylece, SDP'nin en önemli bileşenlerinden olan Sağlık Bakanlığı teşkilatı ve devlet hastanelerindeki yeni yapılandırmadan geri dönülmüş oldu.

Sonuç

AKP'nin on beş yılı aşan iktidar döneminde Türkiye sağlık ortamında Sağlıkta "Dönüşüm" adı altında uygulanan programla sağlık alanında bir dizi önemli değişiklik yaşandı. Bu değişikliklerin en göze çarpanı bu dönemde özel sağlık sektörünün muazzam büyümesi oldu. Bu büyümeyi yukarıda hastane, hastane yatağı ve hastanelere müracaat sayılarıyla göstermeye çalıştık. Ancak bu rakamlar büyümenin sadece bir yüzünü gösteriyor. Gerçekte özel sağlık sektörü sadece niceliksel olarak büyümekle kalmadı, aynı zamanda "kremayı sıyırma" yöntemiyle özellikle ileri teknoloji ve uzmanlık gerektiren, kendisi için de en karlı alanlarda kamu sağlık sisteminin önüne geçmeye başladı. Geçmişte özel hastaneler hemen neredeyse sadece kamu sağlık kurumlarında kuyruk bek-

lemek istemeyen hastalar tarafından ve de otelcilik hizmetleri açısından tercih ediliyordu. Bugün artık hastalar bir dizi tıbbi hizmeti kamu sağlık kurumlarından alamadıkları için tercih olarak değil zorunlu olarak özel sağlık kurumlarına başvurmak zorunda kalıyorlar.

Öte yandan bu dönemde kamu sağlık sisteminin kamusal özelliği de geçmiş dönemlere göre bir hayli erozyona uğradı, mülkiyet yapılarında değişiklik olmasa da birer piyasa aktörü gibi düşünmeye ve davranmaya zorlandılar.

Bu iki olgu birlikte ele alındığında AKP döneminde Türkiye sağlık sisteminin özelleştirme doğrultusunda ciddi bir "dönüşüm" geçirdiği söylenebilir.

Ancak bu "dönüşüm"ün tamamlandığını söylemek mümkün olmadığı gibi SDP'nin akıbeti de halen belirsiz görünüyor. İlk olarak, SDP'de 2017 yılında gerçekleşen iki büyük revizyon/kırılma SDP'nin baştaki hedeflerinden ciddi bir sapmayı içeriyor. İkinci olarak, daha önce de değindiğimiz, başlangıçta SDP bileşenleri arasında olmayan ve şimdiye kadar sadece Yozgat, Mersin, Isparta ve Adana'da açılan devasa şehir hastanelerinin, yaygınlaştığında başta özel hastaneler olmak üzere sağlık sistemini nasıl etkileyeceği bilinmiyor. Bu noktada Türkiye'deki özel sağlık sermayesinin şimdiye kadar ağırlıklı olarak inşaat firmaları tarafından üstlenilen şehir hastaneleri projelerinden uzak durduğuna da dikkat çekmek gerekiyor. Halen farklı kulvarlarda yürüseler de ileride yollarının kesişmesi kaçınılmaz olan bu iki farklı sermayenin aralarındaki ilişkinin işbirliği şeklinde mi rekabet şeklinde mi gelişeceği konusunda bir tahminde bulunmak içinse şimdilik çok erken. Üstelik daha şimdiden bütçeye getireceği yükü kamuoyunda tartışılmaya başlanan ve sağlıkta daha önceden örneği olmayan KÖO modelinin KHB modelinde olduğu gibi başarısızlığa uğraması durumunda büyük bir kaosa yol açması ve sağlıktaki bütün "dönüşüm"ün sil baştan ele alınmak zorunda kalınması uzak bir ihtimal olarak durmuyor.

Bunun yanı sıra ülkedeki ekonomik ve siyasi istikrarsızlığın da SDP açısından ciddi bir tehdit oluşturduğunu gözden uzak tutmamak gerekiyor.

Neticede; on beş yıllık tek parti iktidarının büyük siyasi desteğiyle bir hayli mesafe almış olsa da SDP'nin akıbeti belirsizliğini koruyor.

Kaynakça

AKP. 'Acil Eylem Planı'nın tam metni. <http://arsiv.ntvmsnbc.com/news/188080.asp> (Erişim tarihi: 01.10.2014)

Aydın, E. (2002) Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi. Ankara: Naturel Kitap Yayıncılık.

Aydın, S. (Ed.) (2004) Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı.

Aydın, S. (Ed.) (2007) Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığı'nın Değişen Rolü. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı.

Belek, İ. (2012) Sağlıkta Dönüşüm. İstanbul: Yazılama.

DİSK, KESK, TMMOB, TTB. (2006) Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'na İlişkin Görüşlerimiz. DİSK'in Sesi Özel Eki.

Erbaş, Ö., Yavuz, C. I., İlhan, B. (Hazırlayanlar) (2012) Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Köse, M. R., Başara, B. B., Güler, C., Soyutun, İ., Aygün, A., Özdemir, A. Ö. (Editörler) (2016) T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı.

Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. (2006) Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Erişim Tarihi 18 Aralık 2017, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf>

Mollahaliloğlu, S., Hürlür, Ü., Yardım, N., Özbay, H., Çaylan, A. K., Ünüvar, N., Aydın, S. (Ed.ler) (2007) Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007. Ankara: RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.

Öztürk, O. ve Çelik A. (Hazırlayanlar) (2008) Sosyal Güvenlikte Hak Kaybı Dönemi. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Öztürk, O. (2010) "Sağlık Hizmeti Sunumu Kapsamındaki Hak Değişimleri 2002-2009", Almanak-2009 Analizleri, içinde. Sosyal Araştırmalar Vakfı, 554-564.

Öztürk, O. (2015) "Sağlıkta Neo-Liberal Dönüşüm ve Hak Kayıpları", Himmet, Fitrat, Piyasa, içinde. Koray, M., Çelik A. (Derleyenler). İstanbul: İletişim Yayınları.

Resmi Gazete. (2006) Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Erişim Tarihi 18 Aralık 2017, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616.htm>.

Resmi Gazete. 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Erişim Tarihi 8 Aralık 2017, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>.

Resmi Gazete. (2017) 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Erişim Tarihi 25 Aralık 2017, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170825-13.pdf>.

Sağlık Bakanlığı. (2003) Sağlıkta Dönüşüm. T. C. Sağlık Bakanlığı.

Soyer, A., Aslanhan, B., Bilaloğlu, E., Kılıç, G., Öztürk, O., Yavuz, C. I., Zencir, M. (2007) Sağlıkta Piyasacı Tahrifatın Son Halkası: AKP. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Tıp Dünyası. (Nisan 2006) SSK Özel Sayı.

Tıp Dünyası. (Kasım 2005) Üç Yıl Yeter!, Özel Sayı.

Türk Tabipleri Birliği. (2005) Genel Sağlık Sigortası Türk Tabipleri Birliği Görüşleri. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. (İkinci Baskı).

Türk Tabipleri Birliği. (2011) T. C. Sağlık Bakanlığı'ndan "Sağlık Holding"e, Devlet Hastanelerinden Şirket Hastaneleri'ne. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Türk Tabipleri Birliği. (2012) 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin Anayasaya Aykırılık Gerekçeleri. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.