**SAVAŞA, RANTA, TALANA DEĞİL, SAĞLIĞA BÜTÇE**

Geçmiş yılların bütçelerinde olduğu gibi bu yılın bütçesinde de ne yazık ki, halkın sağlık, sosyal güvenlik ve sosyal hizmetler ihtiyacına cevap veremeyeceği görülmektedir.

AKP Hükümeti’nin 15 yıllık iktidarı sürecinde yürürlüğe sunduğu bütçelerin en belirgin özelliği, halktan toplanan vergilerin giderek artan oranda kamu hizmetleri dışındaki alanlara aktarılma aracı olmasıdır.

AKP iktidarı siyasi ve ideolojik hedefleriyle bütçe ile milli gelirden kimlerin ne kadar pay alacağına, hangi alanlara ne kadar pay ayrılacağına, halktan toplanan vergilerin kimler için nerde ve ne için harcanacağına tek başına karar veriyor…

Yüzünü egemenlere, sırtını halka dönen AKP, önceki yıllarda olduğu gibi 2018 yılı bütçesi ile bir kez daha sınıfsal tercihini ortaya koymaktadır.

2018 yılı bütçesinde gelir eşitsizliği körükleniyor, adaletsizlik büyüyor. Halktan toplanan vergiler halka geri dönmüyor. AKP bütçede en ağır vergi yükünü dolaylı vergiler üzerinden emekçi halka yüklemeye devam ederken, karşılığında halk için ne bir kamu hizmeti üretiyor, ne de istihdam sağlayacak, yaşam kalitesini yükseltecek yatırımlar yapıyor.

AKP bütçe için topladığı gelirlerle ne mi yapıyor?

Kendi rejimini güçlendirmeyi hedefleyen alanlara harcıyor, savaşı, rantı, toplumsal yaşamın gericileştirilmesini, kamusal alanların tasfiyesini finanse ediyor. Yani halka, ödediği vergiler karşılığında daha fazla sömürü, daha fazla yoksulluk; özgürlüğün ve toplumsal yaşamın sınırlandırıldığı bir gelecek sunuyor.

Tüm toplumsal iradeye rağmen yaşamı savaş ve şiddetle iç içe yeni baştan dizayn ediyor. Bunun finansmanını da bütçe aracılığıyla yapıyor, maliyetini ise bu düzene direnen halka yüklüyor.

Bu bütçe halkın bütçesi değil!

Emekçiler, işçiler, gençler, kadınlar bu bütçede yok!

Sosyal haklar, kamu hizmetlerine erişim hakkı bu bütçede yok!

Eşitlik, özgürlük bu bütçede yok!

Sağlık yok!

2012 yılından itibaren zorunlu GSS uygulamasına geçilmiş ve sağlık sisteminin finansmanında köklü değişiklikler ortaya çıkmıştır. Reform öncesi Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) sağlık giderlerini düşürmek amacıyla kendi hastanelerini, ilaç fabrikalarını ve eczanelerini kurmuştu. Sağlık sigortası, sağlık hizmeti ile ilaç üretim ve dağıtımının bütünleştirdiği bu sistem, giderlerin düşürülmesini sağlıyordu. Ancak özel sağlık kuruluşlarını destekleyen yeni sisteme geçiş ile sağlık harcamalarında önemli artışlar gerçekleşmiştir.

GSS, sağlık hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı bir finansman sistemidir. Ancak toplanan primlerin sosyal adalet ve eşitlik ilkesi uyarınca tüm toplumsal kesimleri kapsayacak biçimde geniş bir çerçevede harcanması gereklidir. Bu bağlamda ülkemizde gerçekleştirilen sosyal güvenlik reformunun özellikle yoksulları kapsama konusunda oldukça yetersiz kaldığını vurgulamalıyız. Asgari ücretin üçte birinden bir kuruş fazla geliri olan herkesin prim ödemek zorunda kaldığı bu sistemin en önemli açmazlarından biri yoksulluk sınırı olarak, özünde yoksulluk sınırı anlamına gelen asgari ücretin değil onun üçte birinin kabul edilmesidir. “Toplumun bütününü kucaklama” ve “sağlık hizmetlerinden yararlanamayan kimseyi bırakmama” iddiası tümüyle boş bir söylem olarak ortada durmaktadır.

Fonlar yetmediği için verilen hizmetin içeriğinin azaltılması da bir sorundur. GSS’nin hangi sağlık hizmetlerini vereceği her yıl SGK tarafından yeniden belirlenmekte ve bazı sağlık hizmetleri giderek GSS temel teminat paketi dışında kalmaktadır. Pakete dahil edilmeyen hizmetler için cepten ekstra ödeme yapılması ya da özel sigortaya yönelim söz konusudur. Özel sağlık sigortacılığı son yıllarda giderek genişlemektedir. Bu da sistemin toplumsal hedefleri hiçe sayarak özel sektörün hem sağlık hem sigorta alanında genişlemesini amaçlayan bir mantığa dayandığını açıkça ortaya koymaktadır.

Bir diğer sorun da paket kapsamındaki hizmetlerden faydalanmak için bile katkı payı ödenmek zorunda olmasıdır. Sağlık hizmeti sunucusunun özel ya da resmi kurum oluşuna göre farklılaşan oranlarda katkı payı tahsil edilmektedir. Özel sağlık kurumlarında ödenen katkı payları önemli oranda artarken halen çalışanlar ile emeklilerden 10 farklı isimle katılım payı alınmaktadır.

|  |
| --- |
| VATANDAŞ SAĞLIĞI İÇİN 10 ÇEŞİT KATKI PAYI ÖDÜYOR[[1]](#footnote-1)  |
| İlaç bedeli emekliden yüzde 10 çalışandan yüzde 20 |
| Muayene için 6-15 Türk lirası |
| Reçete için 3 Türk Lirası |
| Eşdeğer ilacın en ucuzunun yüzde 10’u |
| İlaç kutusu başına ek 1 Türk Lirası |
| Tetkik parası |
| Öncelikli tetkik parası |
| Özel hastane işlemlerinde liste fiyatından % 200’e ulaşan oranlarda ödeme |
| İstisnai hizmetle hastaneye göre değişin otelcilik ücretleri ödemesi |
| Telefonla randevu için 4.5 Türk Lirası harcama |

Sağlık harcamaları, yeni sağlık politikalarının uygulanmaya başladığı dönemde 2009 yılında 28,8 milyar lirayken, 2016 yılında 68 milyar liraya dayandı.

Sağlıkta dönüşüm programı başlatıldıktan sonra hastanelere başvuru sayısında da çok hızlı artışlar yaşanmıştır. 2009'da 245,9 milyon olan başvuru sayısı 2016 yılında 490 milyona ulaşmıştır. Hastaneler adeta ticaret hanelere dönüştürülmüş, 3 dakikada 1 hasta muayene / tedavi sürecine gelmiştir.

**KAMUDA YATIRIMLAR DARALIRKEN ÖZEL SEKTÖR GENİŞLEMEYE DEVAM EDİYOR:**

Kamu kesimi sabit sermaye yatırımlarının sürekli azalırken, özel sektör yatırımlarının ise sürekli artış göstermektedir.

Uluslararası sözleşmelere ve anayasaya rağmen neo-liberal müdahalelerle üçüncü dünya ülkelerinin çoğunda olduğu gibi Türkiye’de de sağlık hizmetleri “reform” ve “dönüşüm” adı altında ticarileştirilmiş ve sağlık alanı bir Rant alanı haline getirilmiştir. Sağlık alanında neo-liberal reform ve dönüşüm, en başta kamu tarafından fona ayrılan sağlık hizmetlerinin ortadan kaldırılması anlamına gelmektedir. Hastalar “müşteri” konumunda ve sağlık hizmetlerinin kamusal finansmanı yerine özel rekabet ve piyasa güçlerine dayanan bir finansman biçimi getirilmiştir.

Sağlık hizmetlerinde bugün kuyruklar bitmediği gibi 22,5 TL olan hekim muayene ücretinin GSS kapsamında olmayanlar veya prim borcu olanlar için 50 TL’ye çıkarılması gibi katkı payı, sağlık hizmetine ulaşamama, hizmetin niceliğinin artarken niteliğinin düşmesi ve eşitsizliklerin giderek artması gibi sorunlar “dönüşüm” söyleminin somut çıktıları olarak belirmektedir. Piyasalaştırma sürecinde AKP,  sağlık alanına eskiye nazaran çok daha fazla kaynak aktararak ve talebi kışkırtarak sağlık ve sosyal güvenlik alanını ulusal ve uluslararası sermaye için çekici hale getirmeye çabalamaktadır. Bunun en açık örneği ise Şehir Hastaneleri Projesindedir. (Birim Dışı Hizmetler arasında yer alan bina ve arazi hizmetleri, görüntüleme hizmetleri, bakımla ilgili hizmetler, olağandışı bakım ve onarım hizmetleri, kat hizmetleri, emniyet, otopark hizmetleri, vb. hizmetlerin yıllık toplam bedelinin en az %70’ini ödeyecektir.)

Bu bağlamda özel sağlık sektöründe artık orta ve küçük ölçekli hastanelerin yaşama şansının da giderek azaldığını tekelleşmeninse hız kazandığını söylemek mümkündür.

Son yıllarda ilaç, özel sağlık hizmetleri ve medikal cihaz ve teknolojiler gibi alanlara yapılan yerli ve yabancı özel yatırımlarda gözle görülür bir artış yaşanmaktadır. Şehir Hastaneleri ile birlikte yerli-yabancı (konsorsiyum) birleşmeler ve satın almalar hızla artmaktadır.

-Türkiye'de 711 kamu hastanesi, 560 özel hastane ve 70 Üniversite hastaneleri ile sağlık hizmetleri veriliyor.

-2002’de özel hastane sayısı 271 iken bu sayı 2017 itibariyle 560 oldu.

-Toplam hastaneler içindeki özel sektör payı ise 2002’de %7,5 iken 2017’de %41,7’ye çıkmıştır.

2018 yılında, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları için toplam 37 milyar 571 milyon 386 bin TL’lik bir bütçe ayrılmıştır. Bu rakam, toplam bütçenin ancak %5’ine denk gelmektedir. Savaş için ayrılan bütçe sağlık bütçesinden 44,6 milyar TL fazladır. Kamu sağlık alanında ticari bir mantığa yaslanan finansman biçimi benimsendiğinden, sağlığa ayrılan paradaki artışı olumlu bir gelişme olarak okumak mümkün değildir.

**SOSYAL GÜVENLİK:**

**Pek çok ülkede sosyal güvenlik sistemlerinin işlevsizleştirilme/dönüştürülme süreci ile beraber özel sigortacılık sektörünün genişlediğine tanık olmaktayız. Siyasal olarak toplumsal riskler, neoliberal bir çerçevede ele alınmakta ve riskler karşısında yükümlülükler bireysel alana referansla tarif edilmektedir. Bireylerin tek tek ve piyasacı bir anlayışla “güvence”ye kavuşturulmasının sosyal güvenlik ihtiyacını gerçek anlamıyla karşılaması mümkün değildir. Bu tarz bir “sosyal” güvenlik anlayışı çok çeşitli toplumsal sorunlara neden olmaktadır.**

Düzenlenen poliçe sayısındaki artış, SSGSS’nin gerçekten neye hizmet ettiğini açıkça ortaya koymaktadır. Sosyal güvenlik sisteminde yaşanan dönüşümle birlikte, kamu sosyal güvenlik sisteminin kapsadığı hizmetlerde daralma ve gerileme yaşanmış ve vatandaşlar bizzat kamu otoriteleri eli ile bireysel emeklilik ve özel sağlık sigortalarına yönlendirilmiştir.

Katılımcı yaş dağılımı:

|  |  |
| --- | --- |
| 25 yaş altı | % 6,31 |
| 25-34 | % 33,49 |
| 35-44 | % 33,97 |
| 44-55 | % 20,54 |
| 55-6 ve üstü | % 5,70 |

**Tamamlayıcı Sağlık Sigortası İle Katkı Payları da Özel Sektöre Yönlendiriliyor:**

**Tamamlayıcı sağlık sigortası genel olarak,** kamu sağlık sigortalarının sağladığı temel teminat paketlerinin kapsamadığı sağlık risklerini, gerek teminat kapsamı gerekse teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketler ile üzerine alan bir sağlık sigortası türü olarak tanımlanmaktadır.

Her gün değiştirilen yasal uygulamalar nedeniyle sosyal sigorta alanını riskli bulan özel sigorta şirketleri, kamu hastane birlikleri yasanın hayata geçirilmesiyle birlikte, aradıkları uygun zemine kavuşturulmuştur. Asıl olarak da tamamlayıcı sigorta uygulamasının daha da yaygınlaşacağı açıktır. Tamamlayıcı sağlık sigortası şirketlerinin asıl iştahını kabartan nokta katkı payları ve cepten ödemelerdir. Cepten ödemelerin ve katkı paylarının tamamlayıcı sağlık sigortası adı altında özel şirketlere yönlendirilmesi hedeflenmektedir. Her yıl açık veren sosyal güvenlik sistemine özel sigorta şirketleri de dahil edildiğinde SGK’nın açığının finanse edilmesi için iki yol kalmaktadır: ya vatandaştan toplanan vergilerle oluşturulan bütçeden sisteme para transferi yapılacak, ya da vatandaşın cebinden çıkan paraya yönelim artacaktır. Bu bağlamda, tamamlayıcı sigortanın vatandaşın sağlık yükünü arttırmaya talip olduğunu vurgulamak gerekmektedir.

Sağlık Uygulama Tebliğleri (SUT) ile sosyal güvence kapsamında sunulan hizmetlerde daralma yaşanmış, pek çok işlem ve ilaç kapsamdan çıkartılmıştır. Yasada, yoksul vatandaşların yararlandığı yeşil kart uygulaması kapsamının SGK gelir-gider dengesine göre değiştirilebileceği ifade edilmiştir. Ek olarak, her basamakta katkı paylarının istisnasız herkesten alınmaya başlamasıyla birlikte, tamamlayıcı sigortaya yönelik bir ihtiyacın/talebin bizzat hükümet eliyle oluşturulduğunu ileri sürmek mümkündür.

SGK’nın, giderek büyüyen finansman açıkları karşısında hükümet, sağlıklı makroekonomik denge oluşturma ve bu yönde bir sosyoekonomik politika oluşturmak yerine, tamamlayıcı sigortalar yoluyla finansman açıklarından kaynaklanan maliyeti kullanıcıların üzerine yıkmaya çalışmaktadır. Bu yanıyla tamamlayıcı sigortalar, bir bakıma SSGSS’nin sigortası olarak gündemdedir.

|  |  |
| --- | --- |
| SOSYAL GÜVENLİK KURUMU AÇIĞI NE KADAR? |  |
| Yıl | Milyar TL |
| 2008 | 25.9 |
| 2009 | 28.7 |
| 2010 | 26.7 |
| 2011 | 16.2 |
| 2012 | 17.2 |
| 2013 | 19.6 |
| 2014 | 21.5 |

Basit anlatım ile bu durum şöyle: Devletimiz, 2018’de milli gelirin %22.1’i büyüklüğünde harcama yapmaya niyetli. Bunun için  para bulmak zorunda. Milli gelirin %17’4’ünü vergi olarak halktan toplayacak. Vergi dışı kaynaklardan milli gelirin %2.8’i kadar para bulacak. Gelirler gideri karşılayamayacağı için milli gelirin %1.9’u kadar da borçlanacak.

Tüm bunlar birlikte değerlendirildiğinde sağlık hizmetinin, karşılığında ücret ödenmesi halinde sahip olunabilecek bir hizmet olduğu anlaşılmaktadır.

**TALEPLERİMİZ**

2018 bütçesi sermayenin, yerli ve yabancı tekellerin ve savaş lobisinin çıkarları doğrultusunda değil, bütçenin asıl kaynağı olan işçi ve emekçilerin ekonomik ve sosyal ihtiyaçları gözetilecek şekilde hazırlanmalıdır.

Güvenceli istihdamın korunması ve geliştirilmesi temel yaklaşım olmalı, bunun için öncelikle kamu harcamaları ve kamu istihdamı arttırılmalıdır. İş güvencesinin sağlandığı, taşeron çalışmanın yasaklandığı bir bütçe hazırlanmalıdır.

Kamu emekçilerinin 2017 enflasyon farkı “ek zam” olarak 2018 bütçesi içinde yer almalı, yılın ikinci yarısında ücretleri eriten “artan oranlı vergi dilimi” uygulamasına son verilmeli, ek ödemeler temel ücrete yansıtılmalıdır.

Emekçilerin yoksulluğunu arttıran dolaylı vergiler azaltılmalı, kazanca göre vergilendirme esas olmalı, yüksek gelirlilerden belli bir oranda “servet vergisi” alınmalıdır.

Kıdem tazminatının fiilen kaldırılması, taşeron çalışmanın artması, bölgesel asgari ücret ve kiralık işçilik gibi yasal düzenlemeler derhal geri çekilmelidir.

Elektrik ve doğalgaz zamları geri alınmalı, 2018’de temel tüketim mallarına herhangi bir zam yapılmamalıdır.

Ağır borç yükü altındaki ücretli emekçilerin borç faizleri silinmeli, yasal borç takipleri durdurulmalı, ücretlilere borçlarını ödeme kolaylığı getirilmelidir…

**SORUYORUZ:** "Sağlık bütçesi" konusunda ilk söylenmesi gereken nokta bu harcamaların "koruyucu" değil "tedavi edici sağlık" ve “sağlık turizmi” için düzenlendiği gerçeğidir.
Milletvekillerinden, sağlıkla ilgili harcamalar gündeme geldiğinde öncelikle bu ayrımı ortaya koymalarını ve bütçeyi sunan hükümet temsilcilerine bunu sormalarını bekliyoruz.

**Soru 1: "Hükümet sunduğu bu bütçenin içinde ayrımsız tüm toplumun sağlığı için; hastalıkların önlenmesi, tanısı ve tedavisi, rehabilitasyon ve bakımı için ne kadar para ayırmıştır?"**

**Soru 2: Bu ülkede sağlık hizmeti başvuru ve kullanımı hem sağlık kurumunun bulunduğu, hem de başvuranın kayıt ve yaşadığı yere göre değerlendirildiğinde nasıl bir dağılım söz konusudur?**

**Soru 3: "Harcanan paranın ne kadarı doğrudan halkın sağlığı için harcanmaktadır?"**

**Soru 4: Toplam sağlık harcamalarının ne kadarı doğrudan vatandaştan alınmaktadır, devlet ne kadarını topladığı vergiler üzerinden desteklemektedir?**

**Soru 5: Kamu-Özel ortaklığı ile yapılan Şehir Hastaneleri’ne Sağlık Bakanlığınca her biri için kaç TL kira bedeli ödenmektedir? Özel şirketlerle yapılan sözleşmelerin içeriği ne için halktan gizlenmektedir?**

Bu beş sorunun yanıtlarından sonra akla gelecek soruyu da sözü bağlarken soruyoruz:
**"Devlet kendi kaynaklarından halkın sağlığı için bir harcama yapmakta mıdır, dolayısıyla Türkiye için anayasasında da yazan 'sosyal devlet' olma niteliği gerçekten söz konusu mudur, yoksa 'sosyal devlet' artık bitmiş midir?"**

**Biz Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası olarak halkın sağlığını, sosyal güvenliğini ve sosyal hizmeti yok sayan bütçeyi kabul etmediğimizi,**

 **Sağlık ve sosyal hizmet emekçilerinin çalışma koşullarının ve ücretlerinin insan onuruna yakışır bir yaşam sürdürmelerini sağlayabilecek bir şekilde iyileştirilmesini,**

**Sağlık ve sosyal hizmet sunumunun herkese, nitelikli, ulaşılabilir, eşit, parasız ve anadilinde olmasını içeren bir bütçe için mücadele edeceğimizi kamuoyuna duyururuz.**

1. [↑](#footnote-ref-1)