

SOSYAL SİGORTALAR ve GENEL SAĞLIK SİGORTASI (SSGSS) YASASININ

II. UYGULAMA YILINDA

SAĞLIK ve SOSYAL GÜVENLİK RAPORU

2010, Ankara



SOSYAL SİGORTALAR ve GENEL SAĞLIK SİGORTASI (SSGSS) YASASININ

II. UYGULAMA YILINDA

SAĞLIK ve SOSYAL GÜVENLİK RAPORU



2010, ANKARA

Hazırlayan
Cahide SARI



VCENT

GİRİŞ:

Pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de sağlık hizmetlerinin “reform” ve “dönüşüm” adı altında özelleştirilmesi, ticarileştirilmesi ve sağlık/sosyal güvenlik alanının rant alanı haline getirilmesinde epey yol alınmıştır. Bu alandaki dönüşüm temel olarak küresel finans piyasasının neoliberal ideoloji doğrultusunda kusursuz biçimde işlemesi için “sorunlu” alanların yeniden yapılandırılmasına dayanmaktadır. Sağlık ve sosyal güvenlik alanında neoliberal reform ve dönüşüm, başta çalışma hayatının kuralsızlaştırılması olmak üzere, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, hastaların “müşteri” konumuna getirilmesi ve sağlık hizmetlerinin kamusal finansmanı yerine rekabetçi ve piyasa güçlerine dayanan bir finansman biçiminin yerleştirilmesidir.

Bu yıkım programlarının yarattığı en önemli tahribat sağlığın bir hak olmaktan çıkarılmasıdır. Toplumsal bilinç de bu yönde müdahaleler söz konusudur. Neoliberal politikaları benimseyen ülkelerde sağlık hizmetinin daha iyi, daha kaliteli, daha ucuz olduğuna ve yoksulların da daha etkin bir biçimde sağlık hizmetine erişimlerinin arttığına dair kanıt bulunmamaktadır.

AKP hükümeti, 2002 yılında iktidara gelirken sağlık alanına yönelik vaatlerde bulunmuştu. Açıklanan hükümet programında "ulaşılabilir, kapsamlı, kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu" için çerçeve bir yol haritası çizilerek devletin herkesin temel sağlık ihtiyacını, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getireceği açıkça belirtilmişti.

Türkiye, genel yönetim harcamaları içinde sağlığa ayırdığı pay bakımından AB ortalamasına epey yaklaşmış durumda. Ancak kişi başı harcamalarda, özellikle de koruyucu sağlık harcamalarında Türkiye'nin sırası bu ülkelerin oldukça gerisinde kalıyor. Dönüşüm sürecinde sağlığa harcanan yüklü paraya karşın Türkiye'nin sağlık düzeyi halen kötü bir durumdadır. Çünkü sistem kamudan özel sektöre kaynak aktarımı üzerine kuruludur.

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün hazırladığı “Bir Bakışta Bölgeler 2009 Raporu”na göre Türkiye, OECD ülkeleri arasında kentlerinin nüfusu en fazla artan ülke oldu. Türkiye son on yılda ‘kent

nüfusları en fazla artan, bölgeleri arasında en derin uçurumlar bulunan, en fazla cinayetin işlendiği, kişi başına düşen doktor sayısı en az olan gibi ölçümlerde de en üstte ya da üst sıralarda yer aldı.

IMF, DB, DTÖ ve AKP Hükümetinin Gerçek Amacı;

- Kamunun sermayenin ihtiyaçları doğrultusunda yeniden yapılandırılması
- Devletin sağlık ve sosyal güvenlik alanında çekilmesi
- Vatandaşın yükümlülüklerinin artırılması-hizmetin daraltılması
- Kamusal sistemden kaçış-özel sigortacılığın teşvik edilmesi
- Esnek ve iş güvencesiz istihdam biçimlerinin yaygınlaştırılmasıdır.

Sağlık ve sağlık hizmetleri, bir ürün/çıktı olarak ele alındığında sağlığın; ekonomik, politik ve sosyal yönleri olan kompleks bir toplumsal süreç içinde belirlendiği gerçeği atlanmış olur. Sağlığın, doğasına uygun olmayan biçimde böylesi ele alınışı kaçınılmaz biçimde sağlığı metalaştırmaktadır.

Sağlığı bir hak olarak değil de bir meta olarak kavramsallaştıran bu programlar, sosyal devleti tamamen ortadan kaldırarak piyasa mekanizmasını toplumsal alanın merkezine yerleştirmektedir. Sonrasında da bütün hizmetler piyasanın öncelikleri ve ihtiyaçları doğrultusunda şekillendirilmekte, toplumsal ihtiyaçlarımız yok sayılmaktadır.

Sağlık harcamalarının bütçeden, yani ödediğimiz vergilerden karşılanmaması, piyasacı bir mantıkla ele alınması kesinlikle kabul edilemez bir durumdur. Ücret ve diğer gelirlerimizin içinde oldukça büyük bir yekünü oluşturan vergiler, karşılığında kamusal hizmet alımı mümkün olduğunda meşrudur. Ödediğimiz vergiler yanında, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri için prim ödemek ve bir de üstüne cepten ödeme yapmak, devlet- toplum ilişkisinin geldiği vahim durumu gözler önüne sermektedir.

Sağlığı ve bütün kamusal gereksinimleri metalaştıran bu anlayış karşısında, sağlığın bir hak olarak yeniden tanımlanması acil bir ihtiyaçtır. Sağlığın her şeyden önce toplumsal bir ihtiyaç olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu ihtiyacın yeterli düzeyde karşılanamaması durumunda bunun faturasını bütün toplum ödeyecektir.

I) SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi, tüm yurttaşları sosyal güvenlik şemsiyesi altına alma iddiasıyla gündeme getirilmiş olmakla birlikte, temel teminat paketini dar tutarak, katkı paylarını getirerek/arttırarak yurttaşları hizmetler karşılığında cepten ödeme yapmaya ve özel sağlık sigortalarına mecbur bırakmıştır.

2010 yılı için SGK prim gelirlerinin 2009 yılına oranla yüzde 16,5 artarak 66 milyar 37 milyon TL'ye çıkacağı beklenmekteydi. SGK'nun 2009 yılı bütçe gelirlerinin Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'ya oranı yüzde 7,63 iken bu rakam 2010

yılında yüzde 8.13 olarak hedefleniyor ve bu hedefe göre giderlerin 76 milyar 203 milyon TL'sinin sigorta ödemelerinden, 32 milyar 842 milyon TL'sinin sağlık ödemelerinden, 174 milyon TL'sinin ise yatırım harcamalarından oluşacağı düşünülüyordu.

ABD'DE SAĞLIK SİSTEMİ...



2010 yılında hem kamu emekçilerinin sağlık harcamalarının hem de yeşil kart sahiplerinin sağlık harcamalarının SGK üzerinden gerçekleştirileceği belirtilmişti. 1 Ocak 2010 tarihinden itibaren kamu emekçileri kapsama dahil edilmiş, yeşil kartlıların ve hiçbir güvencesi olmayanların GSS kapsamına alınması Ekim 2010 tarihine bırakılmıştı. Ancak yeni yapılan düzenleme ile yeşil kartlıların durumu 2 yıl ertelenerek 2012 yılına bırakıldı. Bu düzenlemede unutulduğu söylenen hiçbir sosyal güvencesi olmayanların da aynı tarihe kadar ertelenmesi için meclisin açılması ile yasal düzenleme yapılacağı SGK tarafından duyuruldu. *AKP hükümeti GSS'nin asıl can yakıcı uygulamalarını sürekli ertelemekte ve seçim sonrasında bırakmaktadır.*

Devlet Planlama Teşkilatı'nın " Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar 2010 Raporu"na göre, 2009 yılında SGK'nın 30 milyar 955 milyon TL açık vermesi öngörülmüştü. Kurumun gelirlerinin yılsonunda 72 milyar 225 milyon TL'ye giderlerinin de 103 milyar 180 milyon TL'ye ulaşması beklenmekteydi.

SGK'nın 8 Aylık Dönemde Bütçe Açığı 19,6 Milyar TL Oldu!

Hatırlanacağı üzere 1980'li yıllarla birlikte kayıt dışı kesimin giderek büyümesi, prim alacaklarının tahsil edilememesi ve toplanan primlerle oluşan havuzdan kaynakların ucuz kredi olarak sermayeye aktarılması ile birlikte sosyal güvenlik kuruluşlarının finansman dengesi bozulmuştu. 2000'li yıllarda ise bozulan dengeyi gidermek için devlet bütçesinden yapılan transferler “sosyal güvenlik reformunun” alt yapısını hazırlayacak biçimde propaganda amaçlı kullanılmıştır. Bu katkının devlete olan yükü sürekli gündemde tutulmuş ve yükün engellenmesinin tek yolunun sosyal güvenlik sisteminin piyasa koşullarına göre düzenlenmesi olduğu belirtilmiştir.

26 Nisan 2005 tarihinde IMF'ye sunulan niyet mektubunda sosyal güvenlik sistemine %4,5'lik bütçe desteğinin %1'e düşürülmesinin temel hedef olduğu belirtilerek sosyal güvenlik reformunun meclisten geçirileceği sözü verilmiştir.

- SGK'nın 2009 Ocak-Ağustos döneminde gelirleri 50 milyar 680 milyon TL, giderleri 69 milyar 577 milyon TL, kurumun bütçe açığı ise 19 milyar 571 milyon TL olarak gerçekleşmişti.
- 2010 yılında ise yalnızca ilk sekiz aydaki kurum bütçe açığı, 2009 yılı yıllık bütçe açığına eşittir. SGK'nın 2010 yılı bütçe açığının yılsonuna kadar 31,7 milyar TL'ye ulaşabileceği belirtilmektedir.

Tasarruf tedbirleri adı altında memurlar ve yeşil kartlıların sağlık harcamalarında yüzde 30'a varan düşüş gerçekleştirilmesine karşın SGK'nın sağlık giderleri yine de hızla tırmanmaktadır. SSK ve Bağ-Kur'lular ile emeklilerin sağlık harcamaları yılın ilk 5 ayında geçen yılın aynı dönemine göre 1,2 milyar lira artmıştır. 2009'da sağlık harcaması aylık ortalama 2,3 milyar lira olarak gerçekleşirken, 2010 yılı için bu rakam aylık ortalama 2,5 milyar TL'ye yükselmiştir.

Anılan dönemde tedavi giderleri için harcanan rakam 7,5 milyar olurken, ilaca 5,1 milyar TL harcanmıştır. Devlet hastaneleri 4,1 milyarlık harcama yaparken üniversite hastaneleri 1,3, özel hastaneler ise SGK'na 1,9 milyar liralık tedavi faturası göndermiştir.

SGK Tedavi Harcamalarının Hastane Türlerine Göre Dağılımı 2001- 2008 (ABD Doları-milyar)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Devlet H.	0.97	1.21	2.01	2.87	2.63	3.80	4.92	5.67
Üniversite H.	0.27	0.41	0.55	0.76	0.81	0.93	1.17	1.74
Özel H.	0.23	0.26	0.36	0.52	0.76	1.20	1.80	3.39

(SGK, Sağlık İstatistikleri, 2009)

Tedavi harcamalarının, hastane türlerine göre ayrımı çarpıcı bir tablo sunmaktadır. Tedavi harcamaları içinde özel hastanelerin payı hızlı bir yükseliş gösterirken, üniversite hastanelerinde ise düşüş yaşanmaktadır. Devlet hastanelerinin toplam SGK tedavi harcamaları içindeki payı 2001- 2008 arasında %65,9'dan %52,5'a aynı dönemde üniversite hastanelerinin payı %18,3'den %16,1'e gerilerken, bu dönemin en kazançlısı özel hastaneler olmuş ve payları %15,8'den %31,4'e yükselmiştir.

Özel Hastanelerin Toplam Hastaneler İçindeki Payı (%)

Yıl	Hastane	Hastane Yatağı	Poliklinik	Yatan Hasta	Büyük Ameliyat	Orta Ameliyat	Küçük Ameliyat	Doğum
2001	19.9	7.1	3.3	8.9	10.8	7.9	7.1	9.1
2007	28.6	9.7	9.3	20.0	18.6	18.6	10.9	18.9

(Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları Yıllıkları, 2001, 2007'den hesaplanmıştır)

Türkiye'de 820 kamu, 420 özel hastane faaliyet gösteriyor. Türkiye'deki sağlık hizmetinin yüzde 30'unu karşılayan özel hastaneler 10 milyar TL'lik bir sektörü oluşturuyor.

2006'da "sağlıkta dönüşüm programı"nın bir ayağı olarak SGK'lı hasta kabulüne başlayan özel hastanelerin, 2003'de yüzde 8 olan toplam sağlık hizmetlerindeki payı bugün yüzde 30 seviyelerindedir. 2006 yılında yüzde 80'i İstanbul'da olmak üzere 250 özel hastane bulunurken, 2009 yılında bu rakam 420'ye yükselmiştir. Bazı hastaneler zincirleşirken, sektör dışından sağlık alanına yatırımcılarda artış olmuştur.

Sağlık kuruluşlarına müracaat ve sağlık harcamaları artıyor!

Hekim başına düşen muayene sayısı 1999'da yılda 4.008'ken, 2009'da 12.042'ye yükselmiştir. Hastanelerde de 1999- 2009 arası yapılan muayene sayısı %250 kat artmıştır. Bu arada acil servis hizmetlerinde

(112 kapsamında) 2002- 2009 arasında 5 katlık bir artış söz konusudur¹. 1990'lı yıllardan itibaren devam eden muayene sayısı artışı 2003 yılı sonrasında hızlanmış ve 2009 yılında 2003'teki rakamın yaklaşık üç katına ulaşmıştır. Peki, bu değişim gerçekten anlamlı bir erişim artışını mı ifade etmektedir?²

Acil servise başvuruların toplam başvurular içerisindeki payı yüzde 27 olup diğer ülkelere göre oldukça yüksek bir orandır. 2003 sonrasında toplam başvurular ile birlikte acil servis başvurularının artışında da hızlanma görülmüştür. Örneğin 2010 yılı ilk 4 aylık veri incelendiğinde, 4 ay gibi kısa bir dönemde kişilerin tekrar tekrar acile başvurdukları, acil servislerin sağlık ocağı ya da poliklinik gibi kullanıldığı ortaya çıkmaktadır. Katkı payı ödemek istemeyen ve bu paraları ödeme gücü olmayan vatandaşlar, katkı payı alınmayan tek birim olan acil servislere yığılmışlardır. 2005 yılında acil servislere başvuran hastaların yüzde 65'ini acil olmayan vakalar oluştururken bu oran günümüzde yüzde 70'lere ulaşmıştır.

- 2002'de Türkiye'de 1 kişi yılda ortalama 2,2 kez hekime başvururken 2009 yılı sonunda bu oran 6,7'ye yükselmiştir.
- 2009'da sağlık kuruluşlarına başvuran 247 milyon hastanın 234 milyonu ayakta tedavi olmuş, 7,9 milyonu ise yatarak tedavi edilmiştir.
- SGK, yatarak tedaviye 6,3 milyar TL, ayakta tedaviye ise 7,7 milyar lira ödeme yapmıştır.
- 2007 yılında 270 milyon reçete yazılırken bu sayı 2008'de 302 milyona, 2009'da ise 327 milyona yükselmiştir.
- Reçete tutarları yıllara göre 2007'de 11,3 milyar, 2008'de 13 milyar, 2009'da ise 16 milyar lira olurken, reçete başına maliyet 2007'de 41 TL, 2008'de 43 lira, 2009'da ise 48,9 lira olmuştur.
- 2001 yılında 4,5 milyar TL olan toplam sağlık harcamaları, 2009 yılında 28,8 milyar liraya yükselmiştir. 8 yıl içinde 6 kat artan sağlık harcamalarındaki yükselişi önlemek adına 2010 yılı başında global bütçe uygulamasına geçme kararı alınmıştır. Ancak 2010 yılının ilk 5 aylık dönemine ait rakamlar global bütçeye rağmen sağlık harcamalarının hız kesmediğini göstermektedir.

¹ Sağlık Bakan'ının, TBMM'deki 2010 bütçe görüşmeleri sırasında yaptığı konuşmadan)
² TEPAV'ın "Muayene sayısındaki artış, anlamlı bir erişim artışını mı ifade ediyor?" raporundan, Eylül,2010

Sağlık harcamalarındaki artışın yanı sıra, bir bütün olarak Sosyal Güvenlik Kurumu'nun gelir ve giderleri arasındaki uçurum dikkatli bir biçimde ve acilen ele alınmalıdır. SSGSS yasası hayata geçirilirken sosyal güvenliği bir kara delik olarak nitelendiren ve yeni sosyal güvenlik yasasının tam da bu "sorunun" çözümüne yönelik hazırlandığını iddia eden hükümetin, gerçeklerle yüzleşmesi gerekmektedir.



İşsizliğin ve kayıt dışı istihdamın engellenmediği, güvencesiz çalışmanın yaygınlaştırıldığı, sosyal politika araçlarının vahşi popülizme hizmet eder biçimde kullanıldığı, yanlış ekonomik politikalarda ve en önemlisi de neoliberalizmde ısrar edildiği sürece sosyal güvenlik sisteminin "açıkları" da elbette büyümeye devam edecektir.

"Yeni sosyal güvenlik sistemi", bu sorunlara yanıt üretmeye yönelik bir çabanın değil, neoliberalizmin sözcülerinin eseridir. Dünya ekonomik ve finansal haritasına el koyan ve bu alanı yeniden şekillendiren IMF, DB, DTÖ gibi ulus üstü kurumların yaptığı müdahalelerle haklarımızı ve geleceğimize el koyulmaktadır. Bu kurumların, borç sarmalındaki bütün üçüncü dünya ülkelerinin kamusal hizmetlerini özelleştirmeler ve reform adı altında yıkım programları ile nasıl felce uğrattığı artık herkesin malumudur.

II) 10 MİLYON 55 BİN KİŞİ SİGORTASIZ ÇALIŞIYOR!.. İŞSİZLİK ARTIYOR!..

SGK'nın "2010 yılı Haziran ayı sigortalı istatistiklerine" göre 72,5 milyon nüfusa sahip Türkiye'de sosyal güvencesi olan 69 milyon 158 bin kişinin 10 milyona yakını 'yeşil kart' sahipleri oluşturuyor. Türkiye'de sosyal güvenlik kapsamında aktif çalışan kişi sayısı ise 15 milyon 714 bin 795.

SGK'nın, "**Sosyal Güvenlik Kapsamının, Yeşil kart hariç, toplam il nüfusuna oranı**" rakamları incelendiğinde Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde yaşayan halkın en az yarısının sosyal güvencesinin tek kaynağının 'yeşil kart' olduğu ortaya çıkmaktadır.

İller	2010 Referandum Seçmen	Yeşil karth sayısı (Şubat 2010)	2010 Referandum "Evet" oyu
Bitlis	173.856	168.586	108.554
Hakkari	128.457	115.913	9.910
Muş	208.405	173.777	99.142
Van	530.750	535.609	208.504
Siirt	150.645	132.674	68.845
Bingöl	153.935	128.560	111.810
Diyarbakır	849.859	573.444	264.798
Kars	183.611	115.163	804.89
Iğdır	105.352	66.539	280.23
Mardin	385.044	294.964	147.188
Erzurum	473.744	250.558	325.826
Şanlıurfa	827.424	625.419	536.208

Büyükşehirlerde de Güvencesiz Çalışma Yaygın!

SGK'nın "'2010 yılı Haziran ayı sigortalı istatistikler" bölümünün '**Sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan nüfus**' kısmı incelendiğinde, Büyükşehirlerde yaşayanların azımsanmayacak kısmının sosyal güvencesi olmadığı ortaya çıkmaktadır. Bu bölümde yer alan rakamlara göre, İstanbul'da 487.946 kişinin, Ankara'da 408.592 kişinin, İzmir'de 199.225 kişinin, Mersin'de 155.579 kişinin, Diyarbakır'da 131.897 kişinin, Antalya'da 116. 288 kişinin hiç bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır.

- İşsizlik oranının yüzde 11'e "gerilediğinin" ilan edildiği 2010 Mayıs ayında, istihdam edilen 23 milyon 55 bin kişiden, 10 milyon 55 bininin kayıt dışı alanda çalıştığı ortaya çıkmıştır..
- TÜİK verilerine göre 2010 Mayıs ayı itibarıyla kayıt dışı istihdam oranı geçen yılın aynı dönemine göre 1 puan azalışla yüzde 43,6'ya gerilemesine karşın kayıt dışı çalışan sayısında 490 bin kişilik artış yaşanmıştır.

- Kadın istihdamı Mayıs'ta geçen yılın aynı ayına göre 0,1 puan ile yüzde 58,9'a gerilerken, son bir yılda kayıt dışı çalışan kadın sayısında 368 bin kişilik artış gerçekleşmiştir.
- 6 milyon 682 bin kişilik kadın istihdamının 3 milyon 934 binini, 16 milyon 373 bin erkek istihdamının da 6 milyon 121 binini kayıt dışı çalışanlar oluşturmaktadır.
- Yine bu dönemde işveren olarak faaliyet gösteren 1 milyon 225 bin kişinin yüzde 25,4'nün sosyal güvenlik kaydı olmadığı belirtilmektedir.
- Kayıt dışı kesim içinde en büyük grubu “ücretsiz aile işçileri” oluşturmaktadır. Normal bir istihdam olanağı elde edemediği için mevcut konumda yer alan bu kişilerin, ücretsiz aile işçisi şeklinde tanımlanması, Türkiye'deki işsizliğin boyutlarını küçük göstermeye hizmet etmektedir.
- Kayıt dışı çalışanların 5 milyon 4 bini tarımda, 5 milyon 51 bini ise tarım dışı sektörlerde bulunuyor.

TÜİK Haziran ayı “Hane Halkı İşgücü Araştırması” verilerine göre resmi işsizlik oranı “yalnızca” yüzde 10,5 olurken tarım dışı işsizlik yüzde 13,4, genç nüfusta işsizlik oranı ise yüzde 19,1. DİSK’in Araştırma Enstitüsü ise, işe başlamaya hazır olup iş aramayanlar dahil edildiğinde geniş tanımlı işsizlik rakamının yüzde 16.4 oranla 4 milyon 608 bin olduğunu, eksik ve yetersiz istihdam edilenlerle birlikte işsizlik oranının yüzde 20'ye yükseldiğini ve işsiz sayısında da kriz öncesi döneme göre 454 bin kişilik artış olduğunu ortaya koymaktadır.

2004 yılı verilerinde işe başlamaya hazır olup son 3 aydır, başta umutsuzluk olmak üzere çeşitli nedenlerle iş arama kanallarından birini kullanmayan ve bu nedenle işsiz sayılmayanların sayısı 1 milyon 100 bin iken bu rakam 2010 yılının Ocak ayında 2 milyon 228 bine yükselmiştir. Buna ek olarak açıklanan resmi işsizlik oranının kriz öncesi dönemdeki resmi işsizlik oranının hala 1,5 puan üzerinde olduğu da atlanmamalıdır. Yaratılan istihdamın yüzde 8,8'i eksik ve yetersiz olarak istihdam edilenlerden, yüzde 17'si ise geçici bir işe başlayanlardan oluşmuştur.

DURUMLARINA GÖRE İŞSİZLER (Mayıs, Haziran, Temmuz 2010)

<i>Durumlarına göre işsizler</i>	<i>Kişi (bin)</i>	<i>Oran (Yüzde)</i>
Çalıştığı iş geçici olup işi sona erenler	724	26,3
İşten çıkarılanlar	484	17,6
Kendi isteğiyle işten ayrılanlar	476	17,3
İşyerini kapatan/iflas edenler,	234	8,5
Ev işleriyle meşgul olanlar	242	8,8
Öğrenimine devam eden veya yeni mezun olanlar	292	10,6
Diğer nedenler	300	10,9

Kaynak: TÜİK

Büyüme oranlarında kaydedilen artışa karşın gerçek işsizlik rakamlarında ve kayıt dışı çalışma rakamlarında bu denli bir yükselme, hükümetin istihdam politikası başta olmak üzere, ekonomik ve sosyal politika açısından sınıfta kaldığının önemli bir işareti olarak okunmalıdır.

2001 krizi öncesinde yüzde 6,5 dolayında olan işsizlik oranı, kriz sonrasında hızla yüzde 10 ve üstüne çıkmış ve büyümede kaydedilen artışa karşın işsizlik oranı hiçbir zaman eski düzeyine inmemiştir. İthalata bağımlılığı giderek artan, taşeronlaştırılmış bir sanayi sektörünün gerekli istihdam artışlarını sağlayamaması işsizliğin giderek kronik (yapısal) bir duruma sürüklenmesinin en önemli nedenlerinden biridir. *Sermaye kesimi bu sorunu daha çok esneklik daha çok güvencesizlikle aşma taraftarıdır. Yani sermaye kesiminin çözümü esasında sorunun derinleşmesine hizmet etmektedir.*

Sosyal-İş Sendikası'nın yaptırdığı araştırmaya göre 1989- 2008 yılları arasında;

haftada 50 ila 59 saat arasında çalışanların oranı % 13,4'den % 17,7'ye, haftada 60 ila 71 saat arasında çalışanların oranı % 10,5'den % 19,3'e, haftada 72 saatten fazla çalışanların oranı ise % 5'den % 9,6'ya yükselmiştir. Daha çok esnekliğin işçi ve emekçiler açısından anlamı uzun saatler boyunca ve güvencesiz işlerde çalışmaktır. TÜSİAD'ın son dönem dillendirdiği "verimlilik tabanlı büyüme" çalışma saatlerinin uzatılması, güvencenin ortadan kaldırılması, patronlar üzerindeki vergi ve sosyal güvenlik kaynaklı "yükün" kaldırılması ya da hafifletilmesi, yani üretimde sonuna kadar faydalandığı emek gücünün, maliyetinin topluma yıkılması anlamına gelmektedir.

III) İŞSİZLİK FONU AMAÇ DIŞI KULLANILIYOR!...

İşsizlik fonu kurulduğu tarihten itibaren gelirleri işsizlikle mücadele ve işsizlerin mağduriyetinin azaltılması yerine devlet bütçesini yamamak için kullanıldı. Kuruluştan bu yana toplam 13 milyar 26 milyon liralık ödeme yapıldı. Bunun sadece 3,3 milyar liralık bölümü işsizlere yapılan ödemelerden oluştu. Geri kalan 9,7 milyar liralık bölüm devlet kasasına aktarıldı. Bir başka ifadeyle, fon'dan işçilere 1 lira ödenirken, devlete giden para 3 lirayı buldu. Böylece devlet, 2000 yılından bu yana fona toplam 6 milyar 38 milyon liralık katkı payı öderken fondan 2007- 2010 yıllarında 9,7 milyar lira aldı. Yani devlet, fona yaptığı katkının %50 daha fazlasını fondan geri almış oldu.

Rakamlarla İşsizlik Fonu

GELİRLER	56.8 milyar lira
İşçi ve işveren primleri	18,2 milyar lira
Devlet payı	6.1 milyar lira
Gecikme zammı ve cezaları ile diğer gelirler	576 milyon lira
Faiz geliri	31.9 milyar lira
GİDERLER	13 milyar lira
Vergi ödemeleri	1.7 milyar lira
GAP'a yapılan aktarımlar	8 milyar lira
Devlete aktarılan toplam tutar	9.7 milyar lira
TOPLAM VARLIK	43.8 milyar lira

GAP ve DAP gibi kalkınma projelerinin finansmanı amacıyla nema gelirlerinin dörtte birinin bütçeye aktarılması için yapılan kanun değişikliğiyle 2008 yılında fondan bütçeye 1,3 milyar lira kaynak aktarıldı. Geçen yıl yapılan bir başka yasa değişikliğiyle de nema gelirlerinin dörtte biri yerine dörtte üçünün devlet bütçesine aktarılmasına karar verildi ve bu uygulamanın 2012'ye kadar bu şekilde devam edeceği duyuruldu. Böylece fondan bütçeye 2009 yılında 4,1 milyar lira, bu yılın ilk yedi aylık dönemde de 2,5 milyar lira kaynak aktarımı yapıldı. Fon'un nema gelirlerinden GAP ve DAP gibi kalkınma projeleri için bütçeye aktarılan toplam kaynak tutarı 7 milyar 976 milyon liraya ulaştı.



sigortaları bu fondan ödendi. Böylece sadece işçinin sigorta primi ve vergisi değil ücreti de genel bütçe üzerinden topluma, İşsizlik Sigortası Fonu üzerinden ise emekçilerin sırtına yüklenmiş oldu.

İşsizlik Sigortası Fonu'nda 2010 Temmuz sonu itibarıyla 43,8 milyar lira mevcuttur. Eğer fondan vergi kesintisi ve GAP'a kaynak aktarımı yapılmıyorsa fondaki paranın en az 53,5 milyar liraya ulaşması bekleniyordu. Fondan devlete yapılan kaynak aktarımı nedeniyle fondaki anapara eridiğinden fonun faiz gelirleri de azalmaktadır.

IV) GELİR DAĞILIMI ADALETSİZLİĞİ ARTIYOR!...

Toplumsal güvenliğin sağlanmasının olmazsa olmaz koşullarından en önemlisi adil bir gelir dağılımıdır. Adil bir gelir dağılımından ancak, herhangi bir ayırım gözetmeksizin bütün insanların eğitim, sağlık gibi temel insani hizmetlere, politik temsile, yani bir bütün olarak insanca yaşam koşullarına ulaşmada eşitliği söz konusu ise bahsedilebilir. Bu bakımdan gelir dağılımında adalet aynı zamanda birçok alanda fırsat eşitliğinin sağlanması ile elde edilebilir.

Hane halkı kullanılabilir gelirine göre, en yoksul ile en zengin arasındaki gelir farkı 2005 yılında 7,3 kat iken, 2007'de 8,1 olmuştur. Uluslararası düzeyde yapılan çalışmalarda bu farkın 8 kat olması durumunda ülkede sosyal patlamalar yaşanabileceğine dikkat çekilmektedir.

Eşdeğer hane halkı kullanılabilir gelirlere göre oluşturulan yüzde 20'lik gruptalarda, en yüksek gelire sahip son gruptakilerin toplam gelirden aldığı pay yüzde 46,7, en düşük gelire sahip ilk gruptakilerin toplam gelirden aldığı pay ise yüzde 5,8'dir.

İstanbul ili, 11 bin 881 TL ile ortalama yıllık eşdeğer hane halkı kullanılabilir geliri en yüksek il oldu. İstanbul'u 9 bin 852 TL'lik ortalama gelir ile Doğu Marmara Bölgesi izledi. En düşük ortalama gelire sahip bölge ise 4 bin 193 TL ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi oldu. Nüfusun yüzde 16,7'si, yoksulluk riski altında. Kentsel ve kırsal yerler için ayrı ayrı hesaplanan yoksulluk sınırlarına göre, kentsel alanda yoksulluk oranı yüzde 15,2, kırsal yerlerde yüzde 14,2'dir.

V) ASGARİ ÜCRET, SEFALET ÜCRETİ!...

Asgari ücret, işçinin ve ailesinin ekonomik ve sosyal durumunun iyileştirilmesi için önemli bir araç ve sosyal devlet olmanın gereği olan bir uygulamadır.

Asgari ücretliler, işçi statüsünde çalışan nüfusun neredeyse yarısını oluşturmaktadır. Bu nedenle asgari ücret düzeyi, halkın genel anlamda refah düzeyini de doğrudan etkilemektedir. Yapılan tanımla, asgari ücretin işçinin ailesinin ihtiyaçlarını değil, tek bir birey olarak işçinin ihtiyaçlarını esas aldığı ortadadır. Oysa asgari ücrete ilişkin 131 sayılı ILO sözleşmesi, asgari ücret belirlenirken "bir işçinin ve ailesinin gereksinimlerinin karşılanması" ilkesinden hareket edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Diğer yandan, asgari ücret düzeyi, bir işçinin yalnızca çalıştığı dönemdeki geçim şartlarını değil, emekli olduktan sonraki refah düzeyini de doğrudan belirlemektedir. Asgari ücret belirlenirken yalnızca enflasyon oranının dikkate alınması, reel ücretlerde giderek artan ve belirginleşen kaybı dikkate almayı zorunlu kılmaktadır. Asgari ücret belirlenirken, enflasyonun yanı sıra, büyüme oranı, eğitim, sağlık ve diğer kamu hizmetlerinin ticarileşmesinden kaynaklı artan kullanıcı fiyatları da dikkate alınmalıdır.

Asgari Ücret Tespit Komisyonu, asgari ücreti belirlerken asgari ihtiyaçlar için yeterli bir satın alma gücünü hesaba kattığını belirtse de, asgari ücret insanca yaşama olanak veren bir rakam olmaktan çok çalışanın

üretim faaliyetine devam etmesi ve onu kıt kanaat geçindirecek bir satın alma gücünden başka bir şey ifade etmemektedir.

Asgari Ücret I. Dönem (01.01.2010- 30.06.2010) 1 Ocak 2010'dan itibaren, 16 yaşından büyükler için brüt 729, net 576,57 lira, 16 yaşını doldurmamış işçiler için ise brüt 621, net 499,25 lira olarak belirlendi. Böylece 16 yaşından büyükler için belirlenen asgari ücretin işverene maliyeti 885,74 lira oldu.

Asgari Ücret II. Dönem (01.07.2010- 31.12.2010) 1 Temmuz 2010'dan itibaren, 16 yaşından büyükler için brüt 760,50, net 599,12 lira, 16 yaşını doldurmamış işçiler için ise brüt 648, net 518,58 lira olarak belirlendi.

VI) YEŞİL KART UYGULAMASINA DEVAM!...

Türkiye’de SGK’na aktif prim ödeyenlerin sayısı Temmuz 2010 itibariyle 14 milyon 987 bini buluyor. Bunların 435 bini çalışmayıp, dışarıdan gönüllü prim ödeyenlerden oluşuyor. Yeşil kartlı sayısı ise 9 milyon 449 bin 734. *33 ilde yeşil kartlı sayısı, bir işi olup da SGK’na prim ödeyenlerin sayısından fazladır.*

Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın verdiği bilgiye göre, 17 Şubat 2010 tarihi itibariyle Türkiye genelinde aktif olarak kullanılan yeşil kart sayısı 9 milyon 541 bin 791.



Para bulamazsa diğer kızı da ölecek!..

Eski Milli Güreşçi Serdar Akgül, kızının kalp kapakçığındaki çürüme nedeniyle her gün gözleri önünde eriyip gittiğini belirterek, “Bu durum beni kahrediyor. Aynı hastalık yüzünden bir kızımı kaybettim. Cennet’imi yaşatmak istiyorum” diyor.

Makbule Akgül’ün haberi sayfa 2’de

Yeşil katlıların bölgelere göre dağılımı ise; Doğu Anadolu Bölgesi yüzde 25,38, Güneydoğu Anadolu Bölgesi yüzde 24,87, Akdeniz Bölgesi yüzde 14,53, İç Anadolu Bölgesi yüzde 10,17, Karadeniz Bölgesi yüzde 9,76, Marmara Bölgesi yüzde 8,57 ve Ege yüzde 6,72 şeklindedir.

Bölgelere göre nüfus ve yeşil kart sayıları:

- **Akdeniz Bölgesi:** Nüfus, 9 milyon 752 bin. Yeşil kartlı sayısı 1 milyon 390 bin
- **Doğu Anadolu Bölgesi:** Nüfus 5 milyon 252 bin. Yeşil kartlı sayısı 2 milyon 215 bin
- **Ege Bölgesi:** Nüfus: 9 milyon 517 bin. Yeşil kartlı sayısı 641 bin 766
- **Güneydoğu Anadolu Bölgesi:** Nüfus 7 milyon 762 bin. Yeşil kartlı sayısı 2 milyon 585 bin
- **İç Anadolu Bölgesi:** Nüfus, 11 milyon 687 bin. Yeşil kartlı sayısı 971 bin 880
- **Karadeniz Bölgesi:** Nüfus 7 milyon 535 bin. Yeşil kartlı sayısı 932 bin 902
- **Marmara Bölgesi:** Nüfus 21 milyon. Yeşil kartlı sayısı 816 bin 941

5510 sayılı yasadaki son düzenlemeye göre 1 Ekim 2010 tarihinde yeşil kart ortadan kaldırılacak ve SGK, aylık kişi başına düşen geliri asgari ücretin üçte birinden az olanların genel sağlık sigortası (GSS) primlerini devlet ödeyecekti. Ancak yapılan yeni bir düzenleme ile bu uygulama 1 Ocak 2012 gününe ertelendi. *Daha öncede ifade ettiğimiz gibi GSS'nin can yakıcı uygulamaları ertelenerek genel seçim sonrasına bırakılmaktadır.*

2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanununa dayanarak bakıma muhtaç özürlü bireylere, evde bakım hizmeti verilmeye ilk olarak 2007 tarihinde başlanmıştır. 2008 yılında ayrılan ödenek miktarı 145 milyon TL ve kapsamdaki nüfus 120.008 iken, 2009 yılı Aralık ayı itibarıyla özürlü evde bakım hizmetinden yararlanan kişi sayısı 204.652 kişi olmasına karşılık harcama 909 Milyon TL'dir. Yani kapsamdaki nüfus %100 civarında artmasına rağmen harcama miktarı neredeyse %1000 artmıştır. 2010 yılı için özürlü evde bakım hizmetinden yararlanan kişi sayısında artış olacağı tahmin edilmekte olup, özürlü evde bakım hizmeti için ayrılan ödenek miktarı 1.474 milyon TL'dir.

VII) PRİMSİZ ÖDEMELER KANUNU ÇIKARILMIYOR!...

Ülkemizde işsizlik sigortasındaki devlet katkısı dışında, devletin sosyal güvenliğe yasal/düzenli bir katkısı söz konusu değildir. Türkiye'deki primli sosyal güvenlik sistemi, tamamen çalışanlardan ve çalışanlar

adına işverenlerden yapılan kesintilere dayalıdır. Ancak 1990'lı yılların ortalarından başlayarak başta SSK olmak üzere sosyal güvenlik kurumlarının gelirleri çarçur edildiğinden, kurumların mali sorunları hızla artmış ve kurumların gelir-gider dengesi büyük ölçüde yıpratılmıştır. Bunun ardından bütçeden sosyal güvenlik sisteminin açıkları için kaynak aktarılmaya başlanmıştır. Devletin sosyal sigortaların açıklarının kapatılması için ayırdığı kaynaklar; devletin sosyal güvenliğe ayırdığı kaynak olarak ifade edilmektedir.

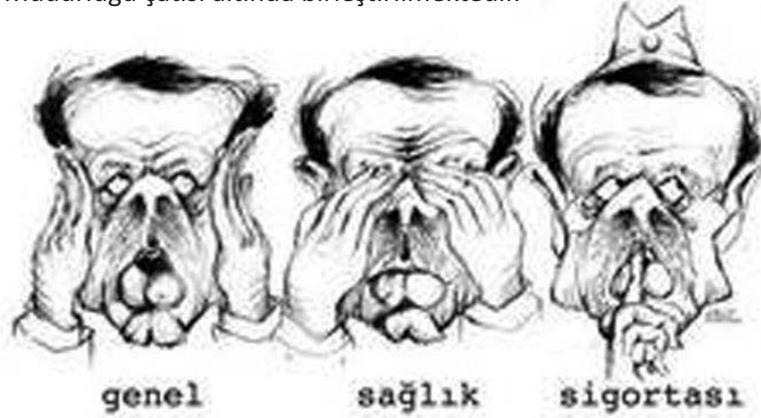
1990'lı yıllara dek, nüfusun neredeyse %85'i, herhangi bir devlet katkısı olmaksızın üç sosyal güvenlik sistemi üzerinden güvence altında bulunmaktaydı. Üç sosyal güvenlik kurumu (SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur), devlet bütçesinden herhangi bir yardım olmaksızın kendi başına ayakta durabiliyordu. Ancak yukarıda da belirttiğimiz gibi kurumların kaynakları, siyasi istismara açıldığı için zamanla sosyal güvenlik sisteminin açıkları oluşmaya başladı.

Türkiye'de primsiz sistemde (yoksullar ve muhtaçlara yönelik sosyal güvence ve yardımlar, yeşil kart) çoklu bir kurumsal yapı mevcuttur. Primsiz sistemden faydalandırılma kriterleri kesinlikle net değildir ve siyasi istismara da oldukça açıktır. Yardımların miktarı da, yardımı yapan kurumların bütçe olanakları ile kısıtlandırılmıştır. Yani ihtiyacın somut ve net biçimde olması halinde bile, eğer kurum bütçesinde yeterli ödenek yoksa yardım yapılmamaktadır.

Sadaka devletine devam edilecek!

Tüm bu sorunlara cevap olacağı hedefi ile hazırlanan ve sosyal yardımları belediyeler ve dağınık kurum ve kuruluşlardan alıp, sadaka sistemini, sosyal yardım sistemi haline getirmesi beklenen "Primsiz Ödemeler Kanunu Tasarısı" seçim sonrasına ertelenerek sümen altı edilmiştir. Taslakta düzenlemenin amacı şu şekilde açıklanmaktadır: "Bu kanunun amacı; primsiz ödemeler ve sosyal yardımlar alanında ulusal politikaların ve stratejilerin oluşturulması için ilkeleri belirlemek, bu maksatla bir veri tabanı hazırlamak, sosyal sigorta sistemi ile çapraz kontrolünü sağlamak, primsiz ödemelere ve sosyal yardıma muhtaç kişilerin nesnel kriterlerle tespitini sağlamak, primsiz sistemde objektif yararlanma ölçütlerine bağlı adil ve ulaşılabilir kılınmasını sağlamak olarak belirlenmiştir (m.1)" .

Tasarı kesinlikle köklü bir reform tasarısı değildir ve gerçekten sadaka sistemini gerçek bir sosyal sistemi haline getirmekten oldukça uzaktır. Bu tasarıyla yalnızca primsiz sistemin devlete nakdi ödeme yükümlülüğü getiren bölümü, Sosyal Güvenlik Kurumu içerisinde kurulan bir Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü çatısı altında yeniden teşkilatlandırılmaktadır. Yani bugüne kadar Sağlık Bakanlığı, Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, Milli Eğitim Bakanlığı ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü tarafından muhtelif kanunlarla muhtaç özörlölere, yaşlılara ve sair kimselere sağlanan nakdi yardım ve ödemeler bu tasarı Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü çatısı altında birleştirilmektedir.



Bu alandaki sorunların gerçekten çözölməsi için öncelikle, yoksullukla, işsizlikle ve kayıt dışılıkla mücadele hedefine ek olarak yoksul, işsiz ve dışlanmış kesimlerin insanca yaşamasına olanak vermeyi hedefleyen "Sosyal Yardımlar ve Sosyal Hizmetler Kanunu" çıkarılmalı ve yardım ve desteğe muhtaç kesimler, siyasi istismardan bir an önce kurtarılmalıdır.

VIII) KAMU HASTANE BİRLİKLERİ

Kamu hastane birlikleri (KHB) yasa tasarısı 26.03.2010 tarihinde Plan ve Bütçe komisyonundan geçerek, görüşölmek üzere TBMM'ne havale edilmiştir. Bu tasarı kanunlaştığı zaman öncelikle kamu hastane yönetimi ve hizmet sunumunda, daha sonra hastane çalışanlarının özlük haklarında köklü değışikliklere neden olacaktır.

Tedbir 189 : “*Kamu Hastane Birlikleri*”nin oluşturulmasına ilişkin pilot uygulama başlatılacaktır. Hastane yönetimlerinin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması için kamu hastane birliklerinin oluşturulmasını öngören tasarının yasallaşmasını takiben 3 ilde pilot uygulama başlatılacaktır. (**DPT 9. Kalkınma Planı 2010 Yılı Programı’ndan**)

Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı meclisten geçtiğinde, var olan yönetim kadrosundaki başhekim, hastane müdürü, hemşirelik hizmetleri müdürü ve yardımcıları konumlarını yitirecek ve yerlerine sağlıklı ilgisi olmayan sözleşmeli yöneticiler alınacaktır. Hastanelerin İl Genel Meclisi'nin ve İl Ticaret Odası'nın belirlediği yöneticilerin çoğunlukta olduğu, siyasal ve piyasa müdahalesine açık 7 kişilik kurul tarafından yönetilmesi planlanmaktadır.

Kamu Hastane Birlikleri’nden tasarıda tipik *işletme* olarak bahsedilmektedir. Taslakta merkezi yönetimin vesayetine ilişkin hemen hemen hiçbir düzenleme bulunmamakla beraber sağlık hizmeti dâhil her türlü hizmetin satın alma yoluyla gördürülebileceği, hatta denetim hizmetlerinin bile satın alınacağı belirtilmektedir. İhtiyaca göre değil kârlılık üzerinden planlama yapılacaktır.

Sağlık çalışanlarının ise iş güvencesi tamamen bitirilmek istenmektedir. Sözleşmeli ve taşeron çalışma esas alınmaktadır. Sözleşmelerde kurumun hedef ve performansı dikkate alınarak bireysel performans ölçütleri yer alacaktır. Performans ölçütlerini yerine getiremeyen kişilerin sözleşmeleri süresinden önce sonlandırılabilir.

Hastaneler satılabilecek, kiraya verilebilecek, işletilebilecek, sınıflandırılacak ve verimsiz olduğu tespit edilen hastanelerin yöneticileri görevden alınabilecektir. Personel maaşları dahil tüm giderler hastane gelirleri ile karşılanacaktır.

Tıp Fakültesi Hastanelerine Kârlı Olmadıkları Gereğiyle El Konuyor!³

Bilimsel araştırma ve öğrenci eğitimi sürdüren Tıp Fakülteleri’nin hastaneleri eğitim verilen, buluş gerçekleştirilen değil sadece hasta tedavi eden, hastalıklardan para kazanan işletmelere dönüştürülmek

³TTB 1 Eylül 2010 tarihli basın açıklamasından



istenmektedir. Görece “özerk” sayılabilecek bu alanda görev yapan öğretim üyelerinin, hastane kârını arttırmak üzere, Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurum ve kuruluşlarda çalışmaya zorlanması gündemdedir.

Türkiye Büyük Millet Meclisi tatile çıkmadan beş gün önce "mali sıkıntıda olan üniversite hastanelerini" çok yakından ilgilendiren bir madde “Gelir Vergisi” kanununun içinde geçirilmiş ve 1 Ağustos 2010’da resmi gazetede yayınlanmıştır.

6009 sayılı “Gelir Vergisi Kanunu ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmündeki Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” un geçici 9.maddesi, “mali durumunun zayıf olduğu kararlaştırılan üniversite hastanelerine, belirlenecek tedbirleri uygulamayı kabul etmesi ve fiilen uygulaması şartıyla,” para yardımı yapılacağını belirtmektedir. Üniversitelerin kabul etmek zorunda kalacağı tedbirlerin neleri kapsayabileceği bilinmemektedir.

Halen dört tıp fakültesi hastanesi bina yetersizliği nedeniyle Sağlık Bakanlığı yönetimine geçirilmek için anlaşmaya zorlanmaktadır. Bir üniversite rektörü de böyle bir anlaşma isteğini açıklamıştır.

Sağlık Bakanlığının medyada açıkça ifade ettiği gibi, “Kamu Hastane Birliği Yasa Taslağı” gereğı, özel, kamu ve üniversite hastanelerini tek elden yönetilmesi istenmektedir. Sağlıkta piyasalaşma dönemi tekelleşme ile devam etmektedir.

Üniversite Döner Sermayelerinde Borç Durumu

43 üniversitenin yer aldığı listede, döner sermaye işletme borçlarının gelire oranı bakımından en borçlu olanı Hacettepe Üniversitesi Hastanesi’dir. Hacettepe Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesinde borcun gelire oranı yüzde 85,6 olarak hesaplanmaktadır. Yüksek borç oranlarıyla Hacettepe’yi Çanakkale 18 Mart, Uludağ, Mersin, Kırıkkale, Trakya, Süleyman Demirel, Fırat, Dicle ve Marmara Üniversiteleri hastaneleri izlemektedir.

İlk onda yer alan diğer üniversitelerin borçluluk oranı da yüzde 75,2 ile yüzde 38,3 arasında değişmektedir.

IX) KAMU DARALİYOR, ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI GENİŞLİYOR!..

İkinci dünya savaşının ardından pek çok ülkede oluşturulan yeni sosyal güvenlik anlayışı vatandaşa, bireye kalıcı toplu güvenceler sunuyor ve bireylerin güvenlik beklentisini yükseltiyordu. Neoliberal dönemle beraber sosyal sigorta rejiminin açıkları konusunu gündeme getiren liberaller, bu açıkların şişirilmiş faturalardan, haksız ödemelerden ve genel anlamıyla sosyal haklardan kaynaklandığına işaret ederek, çözümün bireysel sigorta sistemi içinde daha etkili olacağını ima ediyorlar.

Bu süreç ülkemizde de yaşanıyor ve sosyal güvenlik açıkları ‘kara delik’ olarak nitelendirilerek tüm sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ve sağlığın finansmanı ile hizmetinin ayrılması tek çare olarak sunuluyor ve AKP hükümeti ile birlikte bu uygulamalar birer birer hayata geçiriliyor.

Bugün, SGK ile anlaşmalı olan kurumlar, hizmet alınan hekimler ve fark ücretlerindeki belirsizlikler nedeniyle özel sağlık sigortaları işlem kapasitelerini ve müşteri sayılarını arttırmaya başladılar. Özellikle fark ücretlerindeki belirsizlikler nedeniyle Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına yönelik talep arttırıldı.



Özel Sağlık Kurumlarını Etkileyen Gelişmeler

1. Mayıs 2007 SUT ile sevsiz başvuruların başlaması
2. Şubat 2008 Sağlık Bakanlığı "Planlama" yönetmeliği
3. Temmuz Fark ücretin % 30 ile sınırlanması
4. Ekim 2008 GSS ile birlikte katılım payı uygulaması
5. Ocak 2009 Branş anlaşmalarının başlaması
6. Ocak 2010 Hastanelerin sınıflanması
7. Şubat 2010 Tam Gün Yasası

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası:

Kamu Sağlık Sigortalarının sağladığı temel teminat paketlerinin kapsamadığı sağlık risklerini, gerek teminat kapsamı gerekse teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketler ile üzerine alan piyasacı sağlık sigortası türüdür.

SSGSS ile beraber, 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 yıkarak kurtulmaya çabalamaktadır. Bu yanıyla tamamlayıcı sigortalar, bir bakıma SSGSS'nin sigortası olarak gündeme taşınmaktadır.

90'lı yıllarda hazırlanan yasa tasarılarında “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”na ilişkin maddeler bulunmaktaydı. Hazine Müsteşarlığı kendi yasal yetkisini kullanarak 2004 yılında tamamlayıcı sağlık sigortası üzerine bir ihtisas komitesi kurdu. Bu komiteyi kurarken temel amaç “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”nın yasal altyapısını oluşturmaktı. Bu komitenin içinde Sigortacılık Genel Müdürlüğü, Sigorta Denetleme Kurulu, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği sektör temsilcileri, Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı temsilcileri vardı. Böyle bir temsiliyetle yaklaşık 10 kişilik bir çalışma grubu 2,5 sene kadar çalıştı, yasa tasarısı hazırlandı ve Hazine Müsteşarlığı'na teslim edildi. “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”nın yasa değil de bir yönetmelik olarak çıkarılmasının daha uygun olabileceği görüşüyle yönetmelik haline getirildi. Bu yönetmelik halen hazine arşivinde bulunmaktadır.

2008 yılında Genel Sağlık Sigortası Yasası'nda bir değişiklik yapılarak yeni bir madde eklendi. Bu maddede tamamlayıcı, uzun süreli ve destekleyici sağlık sigortası için Hazine Müsteşarlığı'nın bir mevzuat oluşturacağı ve bir yönetmelik çıkaracağı belirtilmektedir.

GSS de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile ilgili Hükümler:

Tamamlayıcı sağlık sigortası ile, GSS'nin kapsamadığı hizmetler, GSS'nin katkı payı aldığı hizmetler, GSS'nin kapsamasına rağmen sınır getirdiği işlemler, sigortalıların daha üst taleplerine yönelik bir “müşteri portföyü” oluşturulması planlanmaktadır.

Sağlık Uygulama Tebliğleri (SUT) ile, hepimizin bildiği gibi, 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. Özel hastanelerin yanı sıra kamu hastane birlikleri uygulamasının da hayata geçmesi

durumunda fiyat konusunda stabil bir zemin oluşturulacaktır. Bunun genel anlamda sağlık sigorta şirketleri ve özel olarak da tamamlayıcı sağlık sigortası şirketleri açısından önemi büyüktür. Her gün değiştirilen yasal uygulamalar nedeniyle sosyal sigorta alanını riskli bulan özel sigorta şirketleri, kamu hastane birlikleri yasaının hayata geçirilmesiyle birlikte, aradıkları stabil zemine kavuşacak gibi görünmektedir. Asıl olarak da tamamlayıcı sigorta uygulamasının, kamu hastane birlikleri yasaının fiilen uygulanmaya başlaması ile daha yoğun biçimde gündeme getirileceği açıktır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası şirketlerinin asıl iştahını kabartan nokta cepten ödemelerdir. Cepten ödemelerin tamamlayıcı sağlık sigortası adı altında özel şirketlere yönlendirilmesi hedeflenmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun, Sağlık Harcamaları Raporu'na göre yurttaşın sağlık için cepten ödediği miktar AKP döneminde yaklaşık 3 kat artmıştır.

SGK'nın açığı 2000 yılında 3.84 milyar dolardan, 2008'de 20 milyar dolara yükselmiştir. 2008'de devlet bütçesinden SGK'na aktarılan kaynak 27 milyar doları geçmiştir. Bu tablo, özellikle AKP döneminde oluşturulmaya başlanan sağlık piyasasının finansmanının önemli ölçüde kamu dışı kaynaklarca karşılanacağına en net ifadesi olarak okunmalıdır. SGK'nin kamu hastanelerine geç ve eksik ödeme yapması nedeniyle bu hastanelerde malzeme alımında zorluklar yaşanmaktadır. SGK önceki yıllara göre, 2009 yılında kamuya yaptığı ödemelerde yüzde 20-30'a varan kesintilere gitmiştir. Sistemdeki aksaklıkların ve cepten ödemelerin arkasındaki amaç, herkesi GSS kapsamı ile yetinmeyerek, üstüne ilave sigorta yaptırmaya yönlendirmektir.

Kamu sağlık harcamaları 1999- 2008 arasında 3.8 kat, AKP döneminde (2002- 2008) 3.3 kat artmıştır. Öte yandan kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı yüzde olarak AKP döneminde azalmıştır: 2002 yılında %70,7 olan kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı, 2003'deki hafif yükselişinden sonra (%71,2), sürekli gerilemiş ve 2007'de %67,8'e düşmüştür. Özel sağlık sigortacılığı da tamamlayıcı sağlık sigortacılığı da kamunun sağlık alanından çekilmeye başlaması ile daha sık gündeme gelmeye başlamıştır.



Bugüne kadar hep AKP dönemindeki sağlık harcamalarında kamu payının artışından söz edilmiştir. Oysa TÜİK'in verileri, AKP döneminde cepten sağlık harcamalarının hem oran olarak, hem de miktar olarak patlama yaptığını göstermektedir. 1999'da 3.77 milyar dolar civarında olan cepten sağlık harcamaları, 2007'de 8.53 milyar dolara ulaşmıştır. 2008 yılında da 10 milyar dolarlık bir rakam söz konusudur. Cepten harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payının son 10 yıldaki dip noktası 2003'de %18,5 olmuştur. Ancak, AKP döneminde bu oran sürekli yükselerek, 2007'de %21,8 olmuştur. 1999- 2008 arasındaki cepten harcamaları artışı ise 3,5 kattan fazladır.⁴

Cepten sağlık harcamalarının 1999- 2008 yıllarındaki toplamı yaklaşık 50 milyar doları geçmektedir. Cepten harcamaların ülke düzeyindeki dağılımı da oldukça eşitsizdir. Örneğin, toplam cepten sağlık harcamalarının neredeyse 1/3'ü İstanbul'da gerçekleşmektedir.

⁴27 Mart 2010 Birgün gazetesi, A. Murat Aytekin'in "Sağlık Harcamalarında Akp'nin Eli Yurttaşın Cebinde" başlıklı yazısından

Çeften Sağlık Harcamalarının Bölgesel Dağılımı- 2007 (ABD Doları)

Bölge	Çeften Sağlık Harcaması (ABD Doları)	Çeften Sağlık Harcaması (%)
Akdeniz	1.05	12.4
Batı Anadolu	0.78	9.2
Batı Karadeniz	0.43	5.1
Batı Marmara	0.44	5.2
Doğu Karadeniz	0.39	4.7
Doğu Marmara	0.73	8.7
Ege	1.20	14.2
Güneydoğu Anadolu	0.28	3.4
Kuzeydoğu Anadolu	0.06	0.8
Orta Anadolu	0.29	3.5
Ortadoğu Anadolu	0.24	2.9
İstanbul	2.54	29.9
Toplam	8.53	100.0

(TÜİK, Haber Bülteni, 17.2.2010'dan hesaplanmıştır)

2009 yılında toplam 1 milyon 469 bin 854 adet sağlık sigortası poliçesi satılmıştır. Bunun 857 bin 684'ü kurumsal, yani şirketlerin toplu olarak yaptırdıkları grup sağlık poliçelerinden; 612 bin 170'i de bireysel sigortalardan oluşmuştur. Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Danışmanı Dr. Haluk Özşarı tarafından verilen bilgilere göre, özel sağlık sigortalısı kişi sayısı 1997 yılında 528 bin'den, 2008'de 1 milyon 297 bin'e yükselmiştir. 2009 yılında sigortalı sayısındaki artış, bir önceki seneyle oranla yüzde 12,4 olarak gerçekleşmiştir.

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği'nin verilerine göre, 2009'da sağlık sigortasında hasar/prim oranı yüzde 91,81 olmuş yani, sigorta şirketleri topladıkları 100 lira prim karşılığında yaklaşık 92 lira ödeme yapmışlardır. 2008 yılında ise sağlık sigortasında hasar/prim oranı yüzde 84.60 olarak gerçekleşmişti. 2009 yılının Haziran ayına kadar, SGK ile anlaşmalı olan özel sağlık kuruluşlarının, muayene ve tedavi olan kişilerden istedikleri oranda fark alabilmeleri yasal olarak mümkündü. Bu dönemde sigorta şirketleri, eğer tedavi olunacak özel sağlık kuruluşunun SGK ile anlaşması varsa, özellikle yatışlı tedavilerde,

tedavi olmadan önce özel sağlık sigortası olan kişilerle görüşüp, onları önce SGK'larını kullanmaya sonra aradaki farkı kendilerinin ödemesi için ikna etmeye çalışıyorlardı. Dolayısıyla 2008 yılının özel sigorta şirketleri açısından daha kârlı bir yıl olmasının temel nedenlerinden biri budur. Yani, özel sigorta şirketlerinin kâr edebilmeleri, sosyal güvenlik sisteminden yapılacak olan katkılara bağlıdır.

Özel sağlık sigortacılığı modellerinden biri olan tamamlayıcı sağlık sigortası Fransa, İrlanda, Danimarka, Almanya, İsveç, Lüksemburg gibi ülkelerde uygulanmaktadır. Ülkemizde de tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasıyla birlikte, GSS'nin mali risklerinin paylaşılması adı altında, özel sigorta şirketleri hastanın cebinden çıkan paraya ortak olmak istemektedirler. Sosyal güvence uygulaması adı altında vatandaşlar özel sigorta şirketlerine yönlendirilmektedir.

Her yıl açık veren sosyal güvenlik sistemine özel sigorta şirketleri de dahil edildiğinde bu açığın finanse edilmesi için iki yol kalmaktadır: Ya vatandaşın toplanan vergilerle oluşturulan bütçeden sisteme para transferi yapılacak ya da vatandaşın cebinden çıkan paraya yönelim artacaktır. Bu bağlamda, tamamlayıcı sigortanın SSGSS'nin riskini azaltmaya değil, vatandaşın yükünü arttırmaya talip olduğunu vurgulamak gerekmektedir.

Giderek büyüyen finansman açıkları için kayıt dışı çalıştırma biçiminden vazgeçilmeli, özel sektörde bu yönde denetimler sıklaştırılmalı, adaletli vergi sistemi oluşturulmalı, kamu yatırımlarına ayrılan kaynaklar kısılmayarak arttırılmalı, kamuda ve özel sektörde güvenceli istihdam biçimleri yaygınlaştırılmalı, yoksulluk ve işsizliğe ilişkin sosyal politikalar oluşturulmalıdır. Finansman açıklarının yukarıda saydığımız yollar dışında çözülmesi mantıken mümkün değildir ve tamamlayıcı sağlık sigortası, finansman açığından kaynaklanan yükü azaltmak yerine arttıracaktır.

X)EN FAZLA YOLSUZLUK SAĞLIK SEKTÖRÜNDE!..

Emniyet Genel Müdürlüğü, devletin gücü ile kaynaklarını kişisel çıkar ve amaçları için kullanarak yolsuzluk yapanların en fazla sağlık sektöründe olduğunu tespit etti. Sağlık alanında en fazla yolsuzluk yapılan iller; Şanlıurfa, Şırnak ve Diyarbakır olarak sıralanıyor. 2009 yılında sağlık hizmetlerine yönelik yapılan 61 yolsuzluk operasyonunda; 410'u kamu görevlisi, toplam 1238 şüpheli yakalandı. Mahkemece 116'sı kamu görevlisi toplam 283 kişi tutuklandı.

Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele (KOM) Daire Başkanlığı'nın 2009 yılı yolsuzluk raporuna göre; Türkiye genelinde 363 olayda 4.580 şüpheli yakalandı. 2008 yılında 209 olayda 1999 şüpheli ele geçirilirken; 2007 yılında ise 104 olayda 1029 şüpheli yakalandı. 2009 yılında sağlık sektöründe 61, yerel yönetimlerde 29, adli hizmetlerde 19, Maliye ve SGK'da 16, eğitimde 14, bayındırlıkta 9, enerjide 4, tarım sektöründe 2 planlı yolsuzluk operasyonu gerçekleştirildi. Toplam 154 planlı operasyonda 1058 kamu görevlisi olmak üzere toplam 3.386 şüpheli yakalandı. Emniyetteki sorgularının ardından mahkemeye çıkarılan bu şahıslardan 353'ü kamu görevlisi olmak üzere toplam 951 kişi tutuklandı.

Emniyetin değerlendirmelerine göre, yolsuzluk suçlarının en sık rastlandığı alanlardan bir tanesi sağlık hizmetleri. Türkiye'de sağlık harcamalarının tutarı yaklaşık 30 milyar TL. Suç örgütleri, bu harcamalardan nemalanmak için özellikle sağlık hizmetleri alanında faaliyet gösteriyor.

Suçlar, daha çok 'usulsüz olarak sağlık karnesi ve reçete kullanmak, usulsüz medikal malzeme kullanımı ve bu sektörde yapılan mal ve hizmet alımlarındaki usulsüzlükler' olarak işleniyor. Bu yöntemlerle yapılan yolsuzluklar sebebiyle sağlık alanındaki yatırımlar sekteye uğruyor.

KOM Daire Başkanlığı koordinesinde Şanlıurfa KOM Şube Müdürlüğü görevlilerince 2009 yılında sağlık yolsuzluğuna ilişkin gerçekleştirilen bir operasyonda kamu zararının yaklaşık 14 milyon TL olduğu tespit edilmişti. 2009 yılında 'ihaleye fesat karıştırma ve ihale yolsuzluğu'nda özellikle yemek, güvenlik, temizlik ve sağlık alanlarındaki ihalelerde daha çok usulsüzlüğün yapıldığı belirlendi.

SONUÇ OLARAK;

- Sizi hastane ayırımından kurtaracağız...
- SSK ilaç kuyruklarına mahkûm olmayacaksınız...
- Dört farklı sosyal güvenlik sistemi ve buna bağlı ayrı ayrı hizmet sunumu var. Biz standart oluşturacağız. Herkese aynı sağlık hizmetinin verilmesini sağlayacağız...
- İsteyen istediği hastaneye, istediği doktora gidecek, doktor-para ilişkisi kalmayacak, hortumlar kesilecek...
- Cepten ödemeler ve bıçak parası tarih olacak...
- Aile albümünüzde aile hekiminize de yer açın...
- Sosyal güvenlik sisteminde açıklar tarih olacak...
- Sosyal güvencesi olmayan kimse kalmayacak...

Hatırlanacağı üzere sosyal güvenlik ve sağlık alanındaki “reform” çalışmaları bu söylemlerle başlatılmış ve inatla yürütülmüştü. Gelenen aşama bu söylemlerin neredeyse tamamının gerçek dışı olduğunu kanıtlıyor. SSGSS Yasasının birçok kritik maddesinin uygulaması bu ülkenin sosyal ve ekonomik gerçekliğine uymadığı için sürekli erteleniyor. Sosyal güvenlik sisteminin yapısal sorunları; aktüeryal denge, aktif pasif oranındaki bozukluk ve bütçe açıkları artarak devam ediyor. Çünkü sorunun gerçek çözümü olan kayıt dışı, sigortasız çalışma bilerek ve isteyerek kayıt altına alınmıyor. Emek sömürüsü katlanarak artıyor. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve bütüncül özelliğinden uzaklaştırılmasıyla sağlık harcamaları sürekli artıyor. SGK’da özel hastanelere yapılan ödemeler sürekli artıyor ve kurumun açıkları büyüyor.

“Dönüşüm programı” nın yarattığı toplumsal yıkım gözler önündeyken programda ısrar ediliyor. Kamu Hastane Birlikleri modeliyle vatandaşların ödeme güçlerine göre sınıflandırılarak ancak parasının yettiği hastaneye gitmesi, ilaç alımında ve sağlık kurumlarında katkı payları ve cepten ödemelerin artması hedefleniyor.

Ödediğimiz vergilerden karşılanması gereken sağlık, sosyal güvenlik, eğitim, ulaşım vb. hizmetleri için cebimizden çıkan para, her geçen gün artmaktadır. Hiçbir sosyal güvencesi olmayan, işsiz, yoksulluk sınırının altında hayata tutunmaya çalışan, kayıt dışı işlerde günü kurtarmak zorunda bırakılan vatandaş sayısı milyonları bulmuştur.

Özelde sağlık emekçilerinin, genel olarak da bütün emekçilerin iş güvencesine göz diken hükümet bütün toplumu neo-liberal politikaların mağduru haline getirmek ve yoksulların, işsizlerin, emekçilerin, dışlananların enerjisini sadaka kültürüyle ve her türden baskı mekanizmasıyla yok etmek istemektedir.



**GSS ERTELENMESİN,
İPTAL
EDİLSİN**

BUGÜN yürürlüğe girmesi gerekirken, hükümet yetkililerince 2011 yılı sonuna erteleneceği açıklanan Genel Sağlık Sigortası'nın iptali istendi. İptali isteyen Sağlık Emekçileri Sendikasının gerekçesi, iki yıldır uygulanan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası'nın ortaya çıkardığı sağlık sorunları... SES, Genel Başkanı Bedriye Yorgun, "İki yılda sağlık hızla piyasalaştırıldı, hizmet niteliği düşürüldü, sağlığa erişim zorlaştı" dedi.

GELİNEn aşamada sağlık harcamalarının baş dönürücü bir şekilde arttığına dikkat çeken Yorgun, hizmetin niteliğinin düştüğüne dikkat çekti. Katkı payı ödemek istemeyenlerin acillere yığıldığını anlatan Yorgun, en çok yolsuzluğun ise sağlık kurumlarında yaşandığını hatırlattı. Yorgun, aile hekimliği uygulamasının koruyucu hekimlik anlayışından kopuşu getirdiğini söyledi. s.4

SSGSS
YASASI
GERİ
ÇEKİLSİN
KESK



SES Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Adına Sahibi: Bedriye Yorgun
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü: Şükran Doğan
Yönetim ve Yazışma Adresi : Necatibey Cad. No: 82/13-14
Kızılay - ANKARA

Tel: (0312) 232 61 22 pbx - Fax: (0312) 230 21 93 e-mail: ses@ses.org.tr
web: www.ses.org.tr (SES DERGİSİ EKİDİR.)

Baskı: Mattek Matbaacılık Basım Tanıtım Tic. San. Ltd. Şti.
Adakale Sokak 32/27 Kızılay - Ankara • Tel: 0312 433 23 10



15 Ekim 2010