

SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNU VE UYGULAMASI HAKKINDA DEĞERLENDİRME RAPORU

(SOSYAL GÜVENLİK YÜKSEK DANIŞMA KURULU'NA SUNULMUŞTUR)

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve ilgili ikincil mevzuatın yürürlüğe girdiği tarihten bugüne kadar

- 1) Sosyal Sigortalar
- 2) Genel Sağlık Sigortası

yönlerinden, uygulamada yaşananların, kurum/kuruluş ve vatandaşa yansıyan etkilerinin, karşılaşılan sorunların değerlendirilmesi tarafımızdan yapılmıştır.

Anayasa Mahkemesi 15.12.2006 tarihli Kararı ile 5510 sayılı Kanunun 20'nin üzerinde madde/madde bendini Anayasaya aykırılığı nedeniyle iptal etmiş, 9 madde/madde bendinin yürütmesi durdurmuştur. Anayasa Mahkemesi'nin vermiş olduğu iptal ve yürütmeyi durdurma kararlarının çokluğu, 5510 sayılı Kanun'un paydaşların görüşleri yeterince yansıtılmadan yürürlüğe konmasının bir sonucudur. Kanun'un uygulanmasından doğan sorunların tespiti ve çözümü konusunda, Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulu'nda öne sürülen paydaş görüşlerinin daha fazla dikkate alınacağını ve uygulamaya yansıtılacağını ummaktayız.

Kanun ile ilgili olarak, özünden ve uygulamasından doğan tespitlerimiz aşağıdaki gibidir:

1) Sağlık hizmetlerinde ücret alma yolu ile eşitsizlik yaratılması

5510 sayılı Kanun'la yapılan düzenlemelerle, ilaç katılım paylarının yanı sıra tedavi katılım payı da yasallaşmıştır. Kanaatimizce, tedavi katılım payları ödeme gücü olan çalışanlar ile ödeyemeyecek olanlar arasında bir fark yaratmıştır.

Aynı doğrultuda, hastanın ameliyatını gerçekleştirmesini istediği doktor tarafından talep edilen ve halk arasında bıçak parası olarak bilinen ücret, ilave ücret adı altında belirlenen ücretlerin hasta tarafından yatırılması halinde ameliyata girecek doktoru hastanın belirleyebilmesi hükmü ile, yasalaşmıştır. Bu uygulama ise maddi koşulları uygun olan hastaların diğer hastalara oranla ayrıcalıklı bir sağlık hizmeti alabileceği anlamını taşımaktadır.

2) Kademeli katılım payı uygulaması ile ilgili sorunlar

5510 sayılı Kanununun 68 inci maddesinde; hastadan talep edilen kademeli muayene katılım payı uygulaması ile sağlık harcamalarına sigortalıların da katılımının sağlanmasının hedeflendiği ve bu uygulamanın kendi içinde bir otokontrol mekanizması oluşturacağı dile getirilmektedir. Bu sayede alt basamak sağlık hizmet sunucusunda çözüme kavuşturulacak bir sorun için üst basamaklarda yer alan sağlık hizmet sunucularının meşgul edilmeyeceğinin hesaplandığı belirtilmektedir. Ancak uygulamada alt basamak sağlık hizmet sunucusundan sevkli olsa dahi hastadan belirli oranlarda da olsa muayene katılım payı talep edilmektedir. Bu durumda; maddede belirtilen "üst basamak sağlık hizmet sunucularının gereksiz meşgul edilmesinin önüne geçmek" amacının ötesine geçilmiş olmaktadır. Şöyle ki, birinci basamak sağlık merkezine giden hasta, bir kez muayene ücreti ödedikten sonra, ikinci basamağa

gittiğinde de muayene ücreti ödeyeceği için, birinci basamağa gitmeye gerek görmeyebilmektedir. Diğer yandan, aynı rahatsızlığın teşhis ve tedavisi için sevk zincirine uygun olarak birinci basamaktan başlayan hasta, üçüncü basamağa gelene kadar 7-9 TL arasında bir katılım payı ödeyebilmektedir.

Bu sorunu ortadan kaldırmak amacıyla, alt basamak sağlık hizmet sunucusundan sevkli olarak gelen hastalar için muayene katılım payı alınmayacağı düzenlemesi getirilmelidir.

3) Kadınlara Yönelik Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi Açısından Değerlendirme:

5510 sayılı Kanun'un 3 üncü maddesinin 10 bendinin (b) alt bendine göre; Genel Sağlık Sigortası kapsamında yer alan 18 yaş altı çocuklar, 18 yaşını doldurmaları ve yükseköğretime devam etmemeleri halinde sigorta kapsamı dışına çıkmaktadırlar.

Bu hüküm, 5510 sayılı Kanun ile sigortalıların en azından bir kısmının hak kaybına uğradıkları anlamını taşımaktadır. Şöyle ki;

Eski düzenlemede yükseköğretime devam etmeyen 18 yaşını doldurmuş kız çocukları yaş sınırı gözetmeksizin, çalışmaya başladıkları veya evlendikleri güne kadar sigorta kapsamında yer almaktaydı. Ancak yeni düzenleme ile bu pozitif ayrımcılık ortadan kalkmış, yükseköğretime devam etmeyen 18 yaşını doldurmuş kız çocukları hastalık riski açısından sigorta kapsamından çıkartılmıştır. Bu hususu değerlendirirken Türkiye'de kadının istihdama katılımının %24 gibi oldukça düşük bir orana sahip olduğunu, bunun ekonomik kriz ile birlikte gittikçe düştüğünü, ülkemizin 186 ülke arasında kadının işgücüne katılım bakımından 176 ncı ülke olduğu gerçeğini göz ardı etmemek gerekir. 2006'da her dört kadından biri istihdama katılırken, 2007'de bu oran giderek düşmüştür. 2007'de kadınların istihdama katılım oranı % 24,8 iken, erkeklerinki % 71,3'dür. İşsizlik oranlarına baktığımızda da işgücüne dahil olmayanların yaklaşık dörtte üçünü kadınlar oluşturmaktadır. Dolayısıyla istihdam içerisinde yer almayan kadın nüfusunun büyük çoğunluğu, sosyal güvenlik hakkından mahrum kalma tehlikesi ile karşı karşıya bulunmaktadır. Oysa Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) uyarınca devlet, kadın-erkek eşitliği kapsamında fiili eşitliği gerçekleştirmek için geçici özel önlemler almakla yükümlüdür. Bu bakımdan, ilgili maddelerin bu sözleşme uyarınca gözden geçirilmesi gerekmektedir.

4) Sağlık hizmet sunucuları için 60 gün geri ödeme süresi:

5510 sayılı Kanununun 97 nci maddesinde sağlık hizmeti sunucularının sunmuş oldukları hizmetlere ilişkin düzenledikleri faturaların bedelinin tamamının fatura teslim tarihinden itibaren, altmış gün içinde sağlık hizmet sunucularına avans olarak ödeneceği, fatura ve eki belgelerin ise fatura teslim tarihinden itibaren üç ay içinde incelenerek avans hesabının kapatılacağı düzenlenmiştir. Usul olarak Protokollerde tarafların serbest iradeleri ile belirlemesi ve karara bağlaması gereken bir düzenleme bu şekilde yasalaşmış ve Protokole taraf olan sağlık hizmet sunucularının bu konuda söz hakkı olmamıştır. Diğer yandan, zamanında yerine getirilmesi gereken incelemeleri Kurum'un yerine getirememesinin bedelinin sağlık hizmet sunucuları tarafından ödenmesi olasılığı doğmuştur. Dünyanın ve ülkenin içinde bulunduğu kriz ortamında bir gün sonrası dahi kestirilemezken, sağlık hizmet sunucularının altından kalkamayacağı bir yük olan; "vermiş olduğu hizmetin bedelini uygulamada Kurumdan en erken 60 gün sonra alması durumu" Kanun hükmü ile dayanılması zorunlu bir külfet haline getirilmiştir.

45 gün olan geri ödeme süresinin 60'a çıkartılması her bir eczanenin aynı koşulları yakalamak için 15 günlük bir sermaye artırımını, bir başka deyişle varolan sermayelerinin yarısı kadar artırıma gitmesi anlamını taşımaktadır. Birçok eczacı, bunu yapamayacak durumdadır. Türkiye genelinde yıllık cirosu 600.000 TL'ye kadar olan eczanelerin toplam eczaneler içindeki payı % 58'dir. Eczacının net kar oranı ise, iyimser bir tahminle yüzde 9,58'dir. Bu da, aylık olarak eczacıların yüzde 58'inin en fazla 600 TL olan bir net gelirle çalıştığı anlamına gelmektedir. Bu konuda gerekli düzenlemeler yapılmazsa, eczanelerin önemli bir kısmı kapanma tehlikesi ile yüz yüze kalacaktır. 2006 yılından bu yana, kapanan eczanelerin sayısı büyük bir hızla artmaktadır. Üstelik, ekonomik kriz gerekçesiyle vadeler sürekli olarak kısılmaktadır ve ticari iskontolar ortadan kalkmaktadır. Türkiye'de en çok satılan 100 ilacın pazar payının % 34,82 ve 28 tanesinin vade süresinin 60 gün ve altında olduğu hesaplandığında, 60 gün geri ödeme süresi eczacılar açısından halen önemli bir sorun olarak kalmaya devam etmektedir. Eczanelerin yaygınlığı, ülkemiz sağlık sisteminin önemli avantajlarından bir tanesidir. Küçük rahatsızlıklarda danışmanlık ve hastayı hekime yönlendirme gibi hizmetler, hastaların diğer sağlık kuruluşlarına başvurma sıklığını azaltarak, kamuya önemli bir tasarruf sağlamaktadır. Bu nedenle, eczanelerin kapanma sıklığının artması, kamu açısından da önemli bir sorun olarak görülmelidir.

Bütün bu nedenlerle, ilaç geri ödeme süresinin daha önce de olduğu gibi 45 güne indirilmesi gerekmektedir. Avrupa Birliği kurallarına uyum çerçevesinde Geç Ödeme Yönetmeliği'nin (2000/35/EC) "Mal ve hizmetlerin bir ticari işlemin konusu olarak sağlanmasından 31 gün sonra ödenmemiş durumdaki borç için otomatik olarak faiz koyma hakkı veren" maddesi uygulamaya konmalıdır.

5) Muayene ücretlerinin eczacılar aracılığıyla tahsili:

2009 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu'na 28 inci maddesine; "Katılım payının gerektiğinde ilgililerin aylık ücretlerinden kesilmesine veya eczaneler ile diğer kurum ve kuruluşlar aracılığı ile tahsiline ilişkin esas ve usulleri belirlemeye Maliye Bakanlığı yetkilidir." bendi eklenerek, eczacılar tarafından kamunun ve özel sağlık kuruluşlarının katılım ücretlerinin tahsili yasallaştırılmış, ancak 2009 yılı İlaç Alım Protokolü çerçevesinde, özel sağlık kuruluşlarının çok yüksek olan muayene katılım payları çıkartılmıştır. Fakat eczacılar halen

İkinci basamak resmi sağlık kurumlarında.....3 YTL,
Eğitim ve araştırma hastanelerinde.....4 YTL,
Üniversite hastanelerinde6 YTL

olan katılım paylarını kamu adına tahsil etmeye devam etmektedir.

Bu uygulama, bir yandan tedavinin ücretsiz gibi görünmesi yanlısamasını doğurmakta, hasta ve eczacıyı karşı karşıya getirmektedir. Diğer yandan, eczaneler tarafından tahsil edilemeyen muayene ücretleri eczaneye gider olarak yansımakta, sağlık sisteminin finansal yükünü eczacılar çekmek zorunda bırakılmaktadır.

6) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nda Temsil:

5510 sayılı Yasa'nın 72 inci maddesi ile kurulan "63 üncü madde hükümlerine göre sağlanan sağlık hizmetlerinin ve 65 inci madde gereği ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin Kurumca ödenecek bedellerini; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, sağlık hizmetlerinin maliyeti, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibariyle hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, teşhis ve tedavi maliyetini esas alan maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her bir sağlık hizmeti için belirlemeye" yetkili olan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu; Maliye Bakanlığını, Sağlık Bakanlığını, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığını, Hazine Müsteşarlığını ve Kurumu temsilen toplam beş üyeden oluşmaktadır. Ancak, Komisyon'un yapısı ile, işlevleri arasında önemli bir fark bulunmaktadır. Şöyle ki; kişiye yönelik sağlık hizmetleri herşeyden önce sadece maliyet-etkililiği değil, maliyet-etkililiğin de bir yöntem olarak içinde bulunduğu farmakoekonomi bilimini kullanmayı gerekli kılmaktadır. Aynı zamanda, sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasında temel yaklaşım, hasta yararı olmalıdır. Bu bakımdan, sağlık alanının paydaşlarından sadece Sağlık Bakanlığının komisyonda temsil edilmesi ve geri kalan üyelerin doğrudan mali işlerle görevli olması, hasta yararı konusunda kamuoyunu şüpheye düşürmektedir. Önerimiz, Komisyon'da mutlaka sağlık meslek örgütlerinin ve ilgili sivil toplum kuruluşlarının da daimi olarak temsil edilmesidir.