

GÖZLEM VE GÖRÜŞLER

TÜRKİYE'DE PATRONLARIN SAĞLIK SEKTÖRÜ HAYALİ GERÇEKLEŞ(EBİL)ECEK Mİ?*

Türkiye'de seksenli yılların hemen başında gerçekleştirilen askeri darbe ile baskı, güvensizlik, öz güvensizlik ve örgütsüzlük ortamı yaratılarak, 24 Ocak Kararları adı altında darbeden sekiz, dokuz ay önce kamuoyuna deklare edilmiş düzenlemeleri yaşama geçirebilmenin koşullarını oluşturabilmek için yola çıkmışlardı. Uluslararası sermayenin gereksinimleri doğrultusunda şekillenen bu program, yerli işbirlikçiler tarafından da desteklenip, ulusal özellikleri şekillendirilerek uygulamaya kondu.

Yirmi yılı aşkın bir süre önce başlatılan program ne pahasına olursa olsun sermayenin bunalımını "çözme" hedefini güden, bunun araçları olarak da kamusal olan her şeyi patronlara peşkeş çekmeyi, kamusal hizmetlerin hemen tümünü paralı olarak sunmayı, çalışma ortamında tüm belirleyiciliği patrona devretmeyi, sömürü oranını olabildiğince artırmayı hedefliyordu.

Bu hedeflere yönelik programlar, yirmi yıllık süre içerisinde adları farklı olmakla birlikte programları ve özleri birbirinin kopyası hükümetler tarafından uygulanmaya çalışıldı. Kaynaklar kimlerin lehine dağıtılıyorsa, o tarafın talepleri doğrultusunda işleyen bir model olan piyasa ekonomisinin yerleştirilmesi için yoğun çaba harcandılar. Bu çabalarla birlikte ülke ekonomisinin büyüme hızı düşmeye başladı ve 1990 sonrasında ülke, tarihinin en durgun dönemine girdi. Tarım ve sanayi yatırımlarına ulusal gelirden ayrılan pay seksenli yıllarla birlikte %50 azaldı. Günümüzde kamu gelirlerinin %73'ü salma yoluyla elde edilirken gelir, servet ve kurum vergileri ancak %27'sini oluşturuyor. Bunda da ücretlilerin bordro kesintileri %90'lık paya sahip, yani patronlardan "alınan" %10 bile değil. Serbest piyasa için emekçilerden topladıklarını harcarken de eşitsizlik doruğa ulaşıyor. Kamu harcamalarının %45'ini tefecilere aktarılan faiz giderleri oluşturuyor. Ulusal gelirin kamusal hizmetlere harcanmakta olan kısmı %14'den az.

Geldiğimiz tarih itibarıyla yirmi yıl önce kararlaştırılan programın tamamlanması işinin taşeronluğuna AKP hükümeti talip olmuştur. Ülke tarihimizin en düşük katılımı (seçmenlerin %23.2'si sandığa gitmedi) seçimlerinden biri olan 3 Kasım'dan sonra Meclis'e giren iki partinin oyları seçmenlerin ancak %40.9'undan oluşurken, seçmenin %26.1'inin oylarıyla koltuklarını %66'sına sahip olan AKP, hükümette kalma sürelerini uzatabilmek için hem ABD hem de AB emperyalistlerine koşulsuz itaat edip, Türkiyeli taşeronlarıyla birlikte yirmi yıllık düşlerini tamamlamaya çalışmaktadır.

Günlük yaşamın hemen bütün alanlarını sermayenin koşulsuz egemenliğine sunmak hedefinin hukuksal kılıfları da kamuoyundan gizli, patronların büro ve örgütlerinde hazırlanmakta, komisyonlarda hazırlanıyor gibi yapıp, darbe hükümetlerinden çok daha hızlı olarak prosedür tamamlanmaktadır. 12 Eylül darbe hükümetiyle bu konuda yarışan Özal ve DSP-MHP-ANAP koalisyon hükümetlerinden bayrağı devralan AKP hükümeti, emekçileri, köylü ve yoksulları çiğneyerek hedefe varmak istemektedir. Çıkarmak istedikleri yerel yönetimlerle ilgili yasa ile bütün kamu mülklerini (ormanları, hazine arazilerini, kamu binalarını) patronlara peşkeş çekip kamusal hizmetlerin bütünü (eğitim, sağlık, çevre, temizlik vb.) para karşılığında ve ödenen para kadar ulaşılabılır hale getirmeye, ülke yönetimini yerelilerde demokrasi, katılım aldatmacaları ile orta ve büyük burjuvanın egemenliğindeki kurullarla devretmeye çalışıyor. Beraberinde kamu yönetimi temel kanunu adıyla yaptıkları hazırlıkla, kamu çalışanlarının bütün kazanımlarını geri almayı, sözleşmeli personel statüsü ile iş güvencesini kaldırmayı hedefliyor. Pek çok Bakanlığın (sağlıkta dahil) taşra teşkilatını kaldırıp hem kamusal istihdamı alabildiğine daraltmak hem de patronlara yeni alanlar açma peşindedir.

Türkiye'de sağlık sektörünü de diğer kamusal alanlarla birlikte sermayeye peşkeş çekebilmek için düzenleme faaliyetleri seksenli yılların sonunda başlatılan çalışmalarla birlikte devam etmektedir. 1986 yılında DB'nin Nüfus,

*TTB, Kocaeli Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu

Sağlık ve Beslenme Bölümü "Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması" nı yaptırmış, Mayıs 1987'de de ANAP hükümeti ilk somut adımı atarak "3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"nu çıkarmıştır. İlk saldırı kısmi olsa da geri püskürtüldüğünden dönemin hükümeti cepheyi kendi adına tahkim edebilmek için DPT aracılığı ile 1991 yılında "Türkiye Master Planı" nı hazırlamış, 1990-91 yıllarında "Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü" kuruluş çalışmaları yürütülerek faaliyete geçirilmiştir. Söz konusu yapının ilk faaliyeti Mayıs 1992'de gerçekleştirdiği "1.Ulusal Sağlık Kongresi" olmuştur. Anımsamakta yarar var; ülkemizde pek rastlanmasa da hükümetler değişmesine karşın yürütülmekte olan işlem aynen devam etmektedir. Öyle ki ANAP ile başlatılan faaliyet Mart 1993'de DYP-SHP koalisyon hükümeti tarafından "Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı, Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarı Taslağı, Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı" ile devam ettirilmiştir. Ancak hedeflenen gerçekleştirilemediğinden, bu defa da FP-DYP koalisyon hükümeti Kasım 1996 tarihinde "Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu ile Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu tasarı taslaklarını hazırlamıştır. Aynı koalisyon Nisan 1997 söz konusu taslakları revize edip yeniden kamuoyuna sunmuş ancak, herhangi bir somut ilerleme sağlanamamıştır. Bu koalisyonun ardından hükümet olan ANAP-DSP koalisyonu da işlemi aynen sürdürürken kopyalama işleminin fark edilmesinin prestij kaybı yaratacağı korkusundan olsa gerek üç taslağı bir araya getirerek "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu" tasarı taslağını hazırlamıştır. Nisan 1999 seçimleriyle hükümet olan DSP-MHP-ANAP koalisyonu Marmara Depremi sırasında çıkardıkları Sosyal Güvens(siz)lik Yasası'nın hemen ardından Ekim 1999'de yalnızca isim değişikliği yapıp "Sağlık Sandığı Kurumu Kanunu" tasarı taslağını önceki hükümetlerden devraldıkları kutsal emanet olarak sahip çıkarak yayınladılar. Sosyal demokrat, ırkçı, liberal koalisyonun da ulaşamayan hedef, bu defa çok daha donanımlı olarak ve ittifaklarını açık hale dönüştürüp gerçekleştirilmeye çalışılıyor. Aşağıda AKP'nin her iki hükümeti tarafından sekiz ay gibi kısa bir süre içerisinde sağlık sektörü üzerinden halka yönelik saldırılarını somutladıkları bazı mevzuatı hem hizmetin kullanıcıları hem de hizmetin üreticileri gözüyle okumaya çalışılmıştır.

GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ VE SAĞLIK SİGORTASI KURUMU KANUNU TASARI TASLAĞI

AKP'nin parti ve hükümet programında sıkça sözü edilen GSS hazırlıkları ile ilgili ilk doküman "HÜKÜMET PROGRAMI ve ACİL EYLEM PLANI ÇERÇEVESİNDE ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI'NIN SORUMLULUĞUNDA YÜRÜTÜLEN FAALİYETLERİMİZ" başlığı ile 15 Ocak 2003 tarihli olarak karşımıza çıkmakta ve dokümanda "Sosyal Güvenliğin Tek Çatı Altında Toplanması ve GSS'nin Kurulması" na ilişkin planlanan çalışmalar aktarılmaktadır. Bu dokümandaki takvime göre

1 Ocak 2004 tarihinden itibaren uygulamaya geçilmesi öngörülmüş ve bu öngörünün gereği olarak da Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından hazırlanan Genel Sağlık Sigortası Sistemi Ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanunu Tasarı Taslağı Haziran ayında kamuoyuna sunulmuştur.

Taslağın gerekçesinde "ülkedeki sağlık hizmeti sunumunun karmaşık ve rasyonel olmayan eşitsizlikçi yapısı" ifade edilmiş, tüm bunları değiştirecek eşitlikçi bir sistem olarak da tüm nüfusu kapsayan GSS 'ye çözüm olarak değinilmiş ve tasarıya yasal dayanak olarak Anayasa'nın 60.maddesinde yer alan herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olması gösterilmiştir. Gerekçesinde de temel amacın; nüfusun tamamının sağlık finansman güvencesi altına alınması, finansman ve hizmet sunumunun ayrılması, yönetimin desantralizasyonu, hastane yönetimlerinin özerkliği, maliyet etkili birinci basamak hizmet sunumu ve koruyucu hizmetlere yeniden odaklanma, insan gücünün çağın gereklerine uygun olarak daha iyi yönetilmesi olduğu belirtilmiştir. Taslakta GSS sisteminin kuruluş esasları, yönetsel yapıları, var olan sosyal güvenlik kurumlarının yeni sistem içindeki yer ve yapıları, kapsama alınacak nüfusun özellikleri ve kapsama alınma süreçleriyle(prim, teminat paketi vb) ilgili kurallar ve işleyiş ayrıntılı olarak belirtilmektedir. Taslakla tüm sosyal güvenlik kurumlarının birleşeceği ve GSS sisteminin ana yönetim organı olacak bir "Sosyal Güvenlik Kurumu" nun (ARA KAPATILDI) kurulması öngörülmektedir. İncelemekte olduğumuz tasarıya önemli bir alt yapı oluşturması planlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilatı Kanunu 16 Temmuz 2003 tarihinde sessiz sedasız TBMM'den geçirilerek, 24 Temmuz 2003 tarih ve 25178 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir(4947 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilatı Kanunu). Bu uygulama, gerekçede "Türkiye için uluslararası alanda gerçekleştirmek istediği bütünleşmelerle buluşan" bir uygulama olarak gösterilen GSS'nin yürürlüğe girme takvimi ile ilgili ne kadar titiz davranıldığını ortaya koymaktadır.

Bu hükümet döneminde yayımlanan benzer bütün metinlerde olduğu gibi, GSS Sistemi ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanun Tasarı Taslağında da ilk maddelerde amaç, kapsam ve tanımlar belirtilmiş, ancak yapılmak isteneni açıklamaya yönelik bütün kritik kavramlar bir bakıma karşılıksız bırakılmıştır. Örneğin, prim ödeme gücü olanlar yoksulluk sınırı üzerinde geliri olanlar olarak gösterilmiş, yoksulluk sınırı tanımlanmamış, hangi kritere göre belirleneceği açıklanmamış bunun yerine kimin belirleyeceğine yer verilmiştir. Dördüncü maddede, sigortalılığın başlangıcı ve "mecburi oluşu" ile ilgili hükümlere yer verilmiştir. Hemen arkasından gelen prim alınması ile ilgili beşinci madde ile, işsizlik sigortası alanlardan kesilecek primler ayrıca emeklilerin net maaşlarının %1'inin GSS payı olarak kuruma aktarılması hükme bağlanmıştır. Prime esas kazanç alt ve üst sınırının belirlendiği bir sonraki maddede çalışanların brüt kazanç, tazminat, ikramiye, fazla mesai gibi tüm gelirlerinin prime tabi olduğu belirtilmiştir. Yedinci maddede, prim oranı, "prime esas kazancın" %12.5'i olarak belirtilirken, bunun

yaklaşık yarısının çalışanlar tarafından ödeneceği öngörülmektedir. Sekizinci maddede de patronların, ödemekle yükümlü olacakları işçi ücretlerinin %6.5'i oranındaki pirim ödemelerini gider olarak gösterebilecekleri belirtilmektedir. Bunun günümüzdeki anlamı patronların ödemesi gereken söz konusu prim ödentilerinin %30'u ödemeleri gereken vergiden düşülebilecek; patronların ödeyeceği prim oranı %4.5 olacaktır. Sekizinci ve sonraki maddelerde ise, primlerin nasıl ödeneceği, ödeme gücü olmayanların durumu ile ilgili düzenlemeler yer almaktadır. Ancak bu düzenlemeler içinde yine sekizinci maddede, günlük kazanç dikkate alınarak aylık prim tespitinden söz edilmesi, ilk bakışta anlaşılabilir görünmekte, ne var ki, bir sonraki maddede her gün çalışmayanlar için gerekirse fark primi ödenmesi ile ilgili düzenlemelerin olması tasarımı hazırlayanların esnek çalışma prensipleri ile çalışmama ne kadar özen gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Onuncu maddede, Sosyal Sigorta Kurumları ile Sosyal Hizmet ve Yardımlar Kurumuna "GSS için yaptıkları çalışmalara karşılık, her yıl toplanan primlerin %1'ini geçmeyecek şekilde masraf ödenir" ifadesi yer almaktadır. İlgili kurumlara ne kadar masraf ödeneceği Sosyal Güvenlik Kurulunun tespitine bırakılmıştır. Bu madde yönetsel maliyetlerin ifade edilmeye başlandığı ilk maddelerden biridir ve tasarının kalan kısmında da benzer düzenlemelerde bu konudaki esas belirleyen olarak Sosyal Güvenlik Kurulu gösterilirken bunların hangi ilke ve kurallar çerçevesinde gerçekleştirileceğine değinilmemiş, tasarıda kapsamında bir "belirsizlik" tercih edilmiştir.

Katkı paylarından bahseden on birinci maddede poliklinik muayene ücretleri için bile katkı payı ödeneceği belirtilirken, sigorta kapsamının yani teminat paketinin ne kadar dar olacağına işaret verilmektedir. Hem ücretlilerden hem emeklilerden yüksek oranlarda prim kesilecekken bir de hizmetlerin büyük çoğunluğu için katkı payı öngörülmektedir.

Tasarının bundan sonraki bölümünde prim ödeme gücü bulunmayanlarla ilgili düzenlemeler bulunmakta ve kimlerin prim ödeme gücü olmadığı belirlenmesi ile ilgili kriterler belirtilmemektedir. Yine bu bölümde parası olmayanları devlet destekleyecek gibi iyimser bir havanın hemen arkasından gelen Onüçüncü maddede prim ödemesini süresinde yapmayanlarla ilgili yaptırımlar karara bağlanmış ve bu yapılırken "sigortacılık temel mantığı ve ilkeleri" gerekçe gösterilmiştir. Sistemin sürdürülebilirliği için ne olursa olsun, yükümlülerin primlerini düzenli olarak ödemesi için gerekli hassasiyet fazlasıyla gösterilmiş, primini zamanında öde(ye)meyenlerin öngörülen yardımlardan yararlanamayacağı hükme bağlanmıştır. Ancak yine de "insaf"ı davranılarak bu maddenin bitiminde şöyle bir ibareye yer verilmiştir: "Primini ödemeyenler, borçlarının zam ve faizleri ödenene kadar", belirlenmiş hizmetlerden yararlanamazlar ancak "hayatı tehdit eden acil hastalık riskine karşı korunurlar".

Pirim önerdikleri sistemin vazgeçilmez koşuludur. Öyle ki madde ondörtte yurtdışına çıkanlar oraya taşınmadıkları sürece prim ödemeye devam edecekleri ancak bu kişilerin ülke dışındayken gereksinim duyacakları sağlık hizmetleri kurum tarafından karşılanmayacağı ifade edilmektedir.

On altıncı madde Temel Teminat Paketi ile ilgilidir. Temel Teminat Paketi, içeriğinde katkı payı(pirime ek cepten ödeme) olan bir finansman tercihinin ikizi sayılan hizmet sunum biçimidir ve kesilecek/toplanacak primlerin sağlık hizmetlerinin büyük kısmından yararlanmak için yeterli olmadığı teknik dilde açıklamasıdır. Ancak, aynen katkı payında olduğu gibi, bu paketin içeriği de yani hangi hizmetlerin yalnızca prim ödemesi ile(katkı payı ödemedenden) ulaşılabilir olduğu, kısaca "ayrıntılar" yönetmeliğe, dolayısıyla Yönetim Kurulu'na bırakılmıştır. Bu yaklaşımın doğası gereği her türlü ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçlerinden de katkı payı alınacağı, bununla ilgili esas ve usullerin kurumca hazırlanacak yönetmelikle belirleneceği belirtilmektedir.

Bunların ardından teminat paketi içinde yapılacak yardımlarla ilgili düzenlemeler gelmektedir. Bu bölümde, yapılacak yardımlarla ilgili neredeyse tüm alt başlıklarda katkı payından söz edilmesi de çarpıcıdır. Tabii ki, tasarıda katılım payının geçtiği her yerde olduğu gibi, bu bölümde de ayrıntılar, yönetmeliğe ve yönetim kuruluna bırakılmıştır. Yine bu bölümde, teminat paketinin mantığının altını çizmek için maddenin gerekçesinde şöyle bir ifade yer almaktadır: "Teminat paketinde, kişiler için gereken ölçüde sigorta yardımlarının yer alması esas olmakla birlikte(nelerin gerekebileceğini Yönetim Kurulu belirleyecektir), bu yardımların kişilerin her türlü isteklerini tam olarak karşılaması beklenemez". Maddenin kendisinde de şöyle bir çözüm getirilmiştir: "Temel teminat paketi dışında, ek hizmet almak isteyen kimseler veya sosyal sigorta kurumları kapsamında bulunan sigortalılar ve hak sahipleri için, bu hizmetin karşılığı ödenmek suretiyle bu kanun kapsamı dışında kalan sağlık yardımlarını alabilirler". Buradan anlaşıldığı kadarıyla, tasarımı hazırlayanlar, herkese eşit sağlık hizmeti için ücret ödemeyi bir ön şart olarak koymuşlardır. Yine bu bölümde, hastaların hekim seçme özgürlüğü gibi absürd bir gerekçe üzerinden yaptıklarını meşrulaştıran tasarı sahipleri, "sevk zincirine uyulmadan yapılan başvurulara ilişkin giderler hiçbir suretle karşılanmaz" ibaresi ile kendi kendileri ile çelişmişlerdir. Bu maddenin sonunda "sigortalıların üç aya kadar olan bebekler hariç, sigortalı sayıldıkları tarihten itibaren en az üç ay prim ödemiş olmaları veya kendileri için en az üç ay prim ödemiş olması gereklidir" ibaresi yer almaktadır ve belirtilmesi de sigortacılık genel prensipleri, gerekçe belirtilen herkese adil ve eşit hizmet anlayışına tercih edilmiştir. Bundan sonraki bölümde maliyetlerin belirlenmesi(GSS kapsamında satın alınacak hizmetlerin maliyetleri) ile ilgili tüm yetki Çalışma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, TTB, TEB, TDB ve Kurum tarafından tespit edilecek Üniversite ve Eğitim Hastaneleri ile özel sağlık kuruluşlarının temsilcilerinden oluşacak teknik kurullara bırakılmıştır. Yine bu bölümde kurum veya teknik kurulların gerektiği hallerde maliyetlerin

belirlenmesi amacıyla araştırma yaptırabileceği ve hizmet satın alabileceği hükme bağlanmıştır. Bu maddenin en sonunda, kurumun genel olarak sağlık hizmeti satın alırken, ilaç hariç maliyet bedellerinin altında sözleşme yapamayacağı ifadesine yer verilerek kendilerinin sürekli savunduğu serbest piyasa ve rekabetle daha ucuz sağlık hizmeti alınacağı savıyla çelişmiş ve bir bakıma sağlık hizmeti satan kurumların(işletmelerin) rekabetten zarar görmemesi için daha başından önlem alınmıştır.

Yirminci maddede "bu kanun gereğince, sağlık hizmeti alacak olanların muayene ve tedavileri için başvuracakları sağlık tesisleri ile hekimlerin isim ve adresleri kurumca sigortalılara duyurulur. Sağlık hizmeti alacak olanların muayene ve tedavileri için isim ve adresleri duyurulan sağlık tesisleri ile hekimleri seçme hakkı vardır" denilmektedir. Tasarıyı hazırlayanların hekim ve tesis seçme ile sevk sistemine uyma arasında bir karar vermesi gerektiği çok açıktır. Bu konuda tasarıda sık gözlenen çelişki, tesis ve hekim seçme özgürlüğünün ancak sağlık hizmeti kullanımında ücret ödeme ile mümkün olabileceğini ortaya koymaktadır.

Tasarının kalan kısmında "Sağlık Sigortası Kurumu" ile ilgili maddeler yer almaktadır. Yirmi üçüncü maddede, bu kurum için "Bakanlığa bağlı; bu kanun ve özel hukuk hükümlerine tabii, mali ve idari bakımdan özerk ve kamu tüzel kişiliğine haiz, Sağlık Sigortası Kurumu kurulmuştur" ifadesi yer almaktadır. Kurumun organları olarak "Yönetim Kurulu" ve "Genel Müdürlük Kuruluşu" belirlenmiş, daha sonraki maddelerde bu iki yapı üzerine benzer bütün tasarılar da yer alan teknik düzenlemeler yapılmıştır. Ancak yine de bazı bölümlerin altına çizilmesi gerekmektedir. Örneğin, yirmi beşinci maddede Yönetim Kurulu'nun yapısı ile ilgili bölüm şöyledir: "Yönetim Kurulu bir başkan ve yedi üyeden oluşur. Genel Müdür, Yönetim Kurulu Başkanı ve doğal üyesidir. Bir üye Maliye Bakanı'nın, bir üye Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı'nın, bir üye Sağlık Bakanı'nın önerisi üzerine müşterek kararname ile atanır. İşçileri, devlet memurlarını, bağımsız çalışanları, işverenleri temsil etmek üzere birer asil ve yedek üye ise kendi temsilcileri tarafından gösterilecek üçer aday arasından Genel Kurul'da seçilerek Yönetim Kurulu'nda yer alır". Böyle bir Yönetim Kurulu'nun, geniş toplum kesimlerini ne kadar temsil edebileceği ortadayken bu maddenin gerekçesinde tasarıyı hazırlayanlar temsil hakkı ve çoğulculuk gibi kavramları kullanarak demokrasicilik oynamaktadırlar. Bu oyun bir sonraki maddede de devam etmiş, Yönetim Kurulu'nun çalışma düzeni ile ilgili bölümde şöyle bir ifade yer almıştır: "oylarda eşitlik halinde(böylesine eşitsiz bir temsiliyete rağmen), başkanın bulunduğu taraf çoğunluğu sağlamış sayılır". Yönetim Kurulu'nun görev ve yetkilerinin hükme bağlandığı bölümün gerekçesi için neredeyse sadece "özellikle kanun kapsamında bulunan sigortalılara verilecek" temel teminat paketi içinde yer alan sağlık yardımları ile bu yardımlar için ödenecek katılım oranlarının belirlenmesine değinilmesi başka bir yoruma gerek bırakmamaktadır. Genel Müdürlük'ün görev ve yetkilerinin belirlendiği otuzbirinci maddenin gerekçesinin de benzer şekilde

olması dikkat çekicidir: "Kurum fon ve gelirlerinin en verimli şekilde kullanılmasını sağlar. Teminat paketinin içeriğinin ve katılım oranlarının tespit eder" ifadesi gerekçede yer almaktadır. Özetle, "genel müdür her şeyi belirler, yayımlar, karar verir ve uygular" denmektedir. Sonraki bölümlerde Daire Başkanlıklarının yapılması ile görev ve yetkilerine değinilmiştir.

Otuz üçüncü maddede, personel rejimi ve sözleşmeli personel kavramlarından söz edilmektedir. Sonraki maddede nüfusu 250 binden fazla yerler için "acentelikler" kurulabileceği hükme bağlanmıştır. Daha sonrasında gelirler tanımlanmıştır.

Kurum hakkında haciz ve iflas hükümleri yürütülemeyeceği ile Kurumun Sayıştay Kanunu hükümlerine tabii olmadığı belirtilmiştir. Otuzbirinci madde ile günümüzde örneklerini gördüğümüz her türlü kamusal denetimden uzak üst kurullar gibi bir yapı hedeflenmektedir.

Otuz sekizinci maddede hizmet üretim ve sunumunun kurum için yasak olduğu belirtilmiştir: Bu maddede ve maddenin gerekçesinde atıl kaynakların aktif hale dönüştürülmesi için hizmet binası dışında tüm gayri menkullerin en geç iki yıl içinde satılması ifadesi tasarıyı hazırlayanların sağlık alanında özelleştirme için ne kadar sabırsızlandıklarını ortaya koymaktadır. Bu maddedeki vurgularını yetersiz bulmalarından ötürü olsa gerek bir sonraki maddede kurumun sağlık hizmeti üretmeyeceği gerekirse sözleşme ile satın alacağı bir defa daha belirtilmiştir. Tasarıyı hazırlayanlar özelleştirme konusunda öylesine coşkulu görünmektedirler ki kırkıbirinci.madde ile gerekli durumlarda denetim için de hizmet satın alınabileceği kayıt altına alınmıştır.

Son bölümde geçici maddeler yer almaktadır. Kurumun ilk kuruluş giderlerinin genel bütçeden finanse edileceği, ilk üç yılda sistemde ortaya çıkacak açıkların Hazine tarafından karşılanacağı, kurumun hizmet binası ve personel ihtiyacının kamudan temin edileceği, özetle her türlü gereksinimin kamu kaynaklarından sağlanacağı belirtilmiş ancak Kanun'un gerekçesinde ise kamu giderlerinin azaltılması, etkin ve verimli kullanılmasının hedeflendiği dile getirilmiştir. Geçici yedinci maddede, "bu Kanun'un yürürlüğe girdiği tarihten itibaren kurulu bulunan kurumların alacakları, borçları, mevcut bütçe gelirleri ve tüm ödenekleri Kurum'a devredilmiş sayılır" ifadesi ile tüm kamusal kaynakların bu Kurum'a aktarılması garanti altına alınmış olmaktadır.

SAĞLIK BAKANLIĞI İLE SOSYAL SİGORTALAR KURUMU SAĞLIK TESİSLERİNİN ORTAK KULLANIMINA DAİR PROTOKOL

Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı arasında düzenlenen 01.07.2003 tarihli protokol ile herhangi bir kamu sosyal güvenlik kurumunca sağlık sigortası altında bulunan herkesin Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık

tesislerinden yararlanabileceği ve bunun esasları hükme bağlanmıştır. 31.12.2003 tarihine kadar geçerli olan ve bitiminden en az 30 gün önceden taraflardan birinin değişikliği ya da fesih isteğinde bulunmaması halinde aynı koşullarla bir yıl daha uzatılmış sayılacak protokole göre Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensupları ile aktif devlet memurları ve yeşil kart sahipleri Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık tesislerinden, Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık yardımından yararlananlar da Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinden yararlanabileceklerdir. Protokol kapsamındaki iller Ankara, İstanbul, İzmir, Rize, Sivas ve Yalova olarak belirlenmiştir. Protokole Analık Sigortası, Malüllük Sigortası, İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Sigortası ve Yurtdışı Sigortalısı bu protokole dahil edilmemiştir. Protokol, uygulamanın nasıl işleyeceği, faturalandırmanın esasları, kurumlar arasında ödemelerin nasıl yapılacağı, ilişkilerin nasıl sürdürüleceği, kurumlar arasında personel ve diğer konularda nasıl işbirliği yapılacağı gibi konuları ayrıntılı olarak anlatmaktadır.

İlk başvuru yeri Sosyal Sigortalar Kurumu ya da Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık birimleri olarak belirlenmiştir. Bu yolla başvuran hastaların birinci basamakta tetkik ve tedavisi mümkün olamıyorsa ikinci basamak sağlık tesislerine "hastane ve hekim adı belirtilmeksizin, yalnızca ilgili uzmanlık dalının adı yazılarak" sevk edilebileceklerine yer verilmiştir. Protokole göre ikinci basamak sağlık tesislerinde yapılamayacak olan tetkik, tahlil ve tedaviler için üçüncü basamak sağlık tesislerine ya da anlaşmalı özel kurumlara sevk yapılabilecektir. Anlaşmalı özel kurumlara sevk yapılması halinde ilgili sosyal güvenlik kurumunun anlaşmalı olduğu özel kurum tercih edilecektir.

On ikinci ve onüçüncü maddede Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı hastaneler arasında teknik, personel ve destekleyici işbirliğine yönelik planlama çalışmalarının ilgili başhekimlerce yapılacağı ve mülki amir ve Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından onaylanarak yürürlüğe gireceği ile aynı sınırları içinde bulunan Sosyal Sigortalar Kurumu ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bulunan uzmanlık dallarında boşluk yaşanmaması amacıyla tüm uzman hekimleri kapsayan yıllık izin planlamasının ilgili başhekimlerce yapılacağı belirtilmektedir.

Protokol, hastaların koruyucu sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaları esasını getirmektedir. Birinci basamak sağlık birimi hastayı sevk ederse muayene ücretinin % 30 indirimli olarak ödenmesi, Sosyal Sigortalar Kurumu hastalarının ayaktan tedavilerinde düzenlenen reçete içeriğinin Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından bildirilecek yöntemle ve yine kurum tarafından bildirilecek eczanelerden temin edileceği, bu hastalar için Sosyal Sigortalar Kurumu İlaç Talimatı'nda belirtilen kurallar ve ilaçlar dışında reçete düzenlenemeyeceği hükümleri bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na ait yataklı sağlık tesislerinde yatarak tedavi gören SSK'lı hastalar için ilaç kullanımında SSK İlaç Talimatı'na uyulacaktır ve bu ilaçlar Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından Sağlık Bakanlığı yataklı

sağlık tesislerinde kurulacak SSK İlaç Birimi tarafından karşılanacaktır. Sosyal Sigortalar Kurumu ihtiyaç duyduğu ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülen Sağlık Bakanlığı yataklı sağlık tesislerinde "İrtibat Bürosu" kurulacaktır. Bu büronun tüm fiziksel yapı ve donanımı Sağlık Bakanlığı tarafından personeli ise Sosyal Sigortalar Kurumu tarafında sağlanacaktır.

Fiziki yetersizlik, bölgede yeterli sigortalı nüfusun bulunmaması, gerekli personel ve tıbbi donanımının SSK tarafından sağlanamaması nedeniyle çalıştırılmayan ya da atıl durumda bulunan SSK'ye ait sağlık tesislerinden; Sosyal Sigortalar Kurumu Yönetim Kurulu'nca uygun görülenler arasında Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın mutabakatı ile belirlenecek tesisler ilgili mevzuatlar çerçevesinde Sağlık Bakanlığı'na kiralanabilecektir. Aynı şekilde "Sağlık Bakanlığı'na ait sağlık tesislerinden, yine Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın mutabakatı ile belirlenecek olanlar aynı çerçevede SSK'ye kiralanabilir" hükmü getirilmektedir. Protokolün uygulandığı bölgelerde Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu karşılıklı olarak birbirlerinin idarecilerine adaptasyon eğitimi yaptıracaklardır.

Protokolün imzalanmasını takiben uygulamaya ilişkin bilgiler içeren bir "Sağlık Bakanlığı-Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanım Protokolü Genelgesi" de yayımlanmıştır. Bu genelgede de; ek olarak protokolün kapsamının temelde hastalık sigortası ile sınırlı olduğu özellikle vurgulanarak, SSK sağlık tesisleri dışında yapılacak doğumlar için SSK tarafından ödeme yapılmayacağı, uygulamanın başladığı illerde ortaya çıkabilecek sorunların çözümü için "Eşgüdüm Merkezleri" kurulacağı belirtilmiştir.

Protokolün temel gerekçeleri olarak, atıl kalan Sağlık Bakanlığı hastanelerinin SSK'lılarca da kullanılabilmesi sağlanarak SSK'ye bağlı hastanelerdeki yoğunluğun azaltılacağı, SSK'li hastaların sağlık hizmetine ulaşmalarının artık daha kolay olacağı, sevk zincirinin işletilebileceği savları öne sürülmektedir. Bu sayede yıllardır kuyruklarda bekleyen SSK'li hastalar da artık kolay ve çabuk bir şekilde sağlık hizmetine ulaşabileceklerdir. Sevk zincirinin işlemesi ile sağlık hizmetleri rayına oturacaktır.

Yıllardır personel ve donanım anlamında hemen hiç yatırım yapmayan ve ülkedeki tüm sağlık personelinin yaklaşık % 10'u ile nüfusun yaklaşık yarısına hizmet veren SSK son on yılda giderek daha fazla hizmeti kurum dışından satın almaya başlamıştır ve bu yolla kaynaklarının büyükçe bir kısmını özel sağlık tesislerinden hizmet olarak dışarıya, özel sektöre aktarmaktadır. Yıllardır siyasi iktidarı ve dolayısıyla SSK'yi ellerinde tutanlar kurumun hem finansman hem de hizmet üreten olmaktan çıkarılarak sadece finansmandan sorumlu ve hizmet satın alan bir kurum olması gerektiği düşüncesindedirler. Bu nedenle kurum geçtiğimiz yıllarda finansman ve sağlık hizmeti sunan iki ana bölüme ayrılmış ve hastaneler işletmeleştirilmiştir. Bir diğer ayrıntı, AKP hükümetinin GSS sistemine geçiş hazırlığıdır.

Bu bilgiler ışığında protokolün arka planı daha kolay okunabilir. Bu protokolle, SSK dışarıdan satın almakta olduğu sağlık hizmetlerinin çok büyük bir kısmını Sağlık Bakanlığı'ndan satın almaya başlayacaktır. Eskiden sadece kurum içinde verilemeyen hizmetler satın alınmaktayken, bu protokolle SSK kendi kurumlarında üretebildiği tüm hizmetleri de satın alır hale gelmiştir. Bu protokol SSK'nın kaynaklarının Sağlık Bakanlığı'na aktarılmasının yanında, gelecekte tüm SSK sağlık birimlerinin bir şekilde Sağlık Bakanlığı'na da başka kurumlara (özel ya da kamu) devredilerek, SSK'nın hizmet üretmeyen sadece satın alan bir kurum haline dönüştürülmesinin bir ön adımı olarak okunmalıdır. Ayrıca, bu protokolle çeşitli kurumlardan hizmet alanların tüm sağlık birimlerini kullanması sağlanarak GSS için de altyapı oluşturulmaktadır.

Ancak, protokolün yalnızca altı aylık ve altı ili kapsar biçimde düzenlenmiş oluşu, her ne kadar yıl sonunda bir yıllığına uzatılabilmesi mümkünse de bunun önünü göremeyen hükümetin bir denemesi olduğu izlenimini vermektedir. Bütün bunların yanı sıra, zaten az sayıda sağlık çalışanı ile hizmet vermekte olan Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinde önemli bir işgücünün ve donanımın karşılıklı faturalandırma, ödeme vb. gibi işler için ayrılması gerekecek, önemli bir parasal kaynak bu uygulamanın yürütülmesi için ilk yatırım olarak harcanacaktır. Uygulama sırasında doğabilecek hatalar ve karmaşa nedeniyle pek çok hasta mağdur olabilecek, bürokratik işlemler nedeniyle eski kuyruklara yenileri eklenecektir. Daha ilk günden görüldüğü gibi sevk zinciri çalışmaz hale gelmiştir.

Özetle bu protokolle;

1. SSK'nın zaman içinde sadece finansmandan sorumlu, hizmet üretmek yerine satın alan bir kuruma dönüşmesinin yolu açılmakta, GSS için bir alt yapı hazırlığı yürütülmektedir,

2. SSK'nın kendi verebildiği tüm hizmetleri daha yüksek bir maliyetle (yaklaşık üç kat) Sağlık Bakanlığı'ndan satın almasının yolu açılmıştır,

3. Birinci basamak sağlık kuruluşlarından sevk kaldırılmış, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin bahçelerine Sağlık Ocağı İrtibat Büroları açılarak, göstermelik sevk işlemi yapılır hale gelmiştir. Pratisyen hekimler hastane bahçelerinde triaj hekimliği yapmaktadır.

4. SSK mensupları SB hastanelerinde muayenelerinden sonra, ilaçları için yine SSK kurumlarına gitmek zorunda kalmaktadırlar.

SAĞLIK BAKANLIĞI-BAĞ-KUR GENEL MÜDÜRLÜĞÜ SAĞLIK HİZMETLERİ PROTOKOLÜ

Bu bölümde, "1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu, 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışmalar Sosyal Sigortalar Kurumu ile Sağlık Bakanlığı Arasında İmzalanan Sağlık Hizmetleri Protokolü" değerlendirilmeye çalışılacaktır. 01.05.2003 tarihli Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ile Sağlık Bakanlığı arasında Sağlık Hizmetleri konusunda imzalanan protokolün, AKP Hükümeti ve Sağlık Hizmetleri

düzenlemesi açısından belki de kısa vadeli bir uygulama olması dikkate alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Protokol, Bağ-Kur sigortalılarının Sağlık Bakanlığı kurumlarından sağlık hizmeti almalarına dair usul ve esaslari belirlemektedir.

Protokole göre Bağ-Kur sigortalıları, Sağlık Bakanlığı'na ait 1. ve 2. basamak sağlık kuruluşlarına doğrudan başvuruda bulunabilmekte, 3. Basamak kuruluşlarından ise ancak sevk edilirse (acil durumlar dışında) hizmet alabilmektedirler. Bir ay öncesine kadar prim borcu olanlar hizmetlerden yararlanamamakta, tedavi masrafları hastane tarafından rucuen tahsil edilmektedir. Oral beslenme solüsyonları, diyet mamalar, büyüme hormonları ve Bakanlıkça fiati belirlenmemiş preparatlar Hastane Sağlık Kurulu Raporu varsa karşılanmakta, bu raporun bulunmaması durumunda ödenmemektedir. Refakatçı, ambulans ve yol ücretleri kurum tarafından ödenmemektedir. Kardiyolojik cerrahi, kadın doğum, göz hastalıkları, invaziv girişim vb. uygulamalarda paket fiyat tespiti üzerinden ödeme yapılması öngörülmüştür. Ödeme şartları ve zamanına ilişkin olarak 1. basamak sağlık kurumlarında uygulanan Sağlık Bakanlığı fiyat tarifesinin, tetkik ve tahlillerde 2. basamakta uygulanan S.B. tarifesinden %20 indirimli fiyatların uygulanacağı ayrıca tıbbi sarf malzemelerinin hastalara aldırılmayacağı ve bedelinin ödenmeyeceği, İthal Ana Malzemelerde standart (ISO, CE vb.) aranacağı belirtilmektedir.

Protokolde sigortalıların, ayakta poliklinik hizmetlerine katılım payı ödeyecekleri (prim ödeyenler %20, aylık alanlar %10 oranında), katılım payından muaf protez, ortez ve araç gereç için %20 katılım payı ödeneceği, ancak katılım payının aylığın %65 ni geçemeyeceği vurgulanmaktadır. Ödemelerde hastanede klinik şefinin yapılan tedavi ve girişimleri onaylaması gerektiği belirtilmektedir. Denetimin Bakanlık ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğü elemanları tarafından yapılacağı yer almaktadır.

Protokolde ödemeler konusunda yaşanan olumsuzluklar göz önüne alınarak kurum fazla ve gereksiz ödemelere karşı korunmaktadır. Sayıları 10 milyonu aşan Bağ-Kur ve tarım çalışanlarının ülkede yaşanan ekonomik krizlerle ancak %10 nun düzenli prim yatırılabildiği düşünülürse, bir ay öncesinden prim borcu olanlara sağlık hizmeti verilmemesi ciddi mağduriyet yaratmaktadır. Her basamakta katkı payı ve kuruma ödeme paralı sağlık hizmeti anlayışını meşrulaştırmaktadır. İkinci basamağa doğrudan başvuru ile sevk zincirinin önemli ayağı atlanacaktır. Refakat, ambulans ve yol ücretlerinin karşılanmaması diğer çalışanlarla eşitsiz ve haksız bir uygulama getirmektedir. Tıbbi sarf malzemesinin sigortalıya aldırılmaması ve hastane tarafından karşılanması olumlu bir uygulama olarak görülebilir; ancak, pratikte yaşananlar uygulamanın tam tersi olabileceğini göstermektedir. Protez ve bazı tedavilerde sigorta öncesi durum ele alınarak önceki sağlık sorunları özel sigorta gibi kapsam dışında bırakılmaktadır. Ödeme yapılması için klinik şefinin onayının aranması tedaviyi yürüten diğer hekimleri özlük hakları konusunda sıkıntıya sokacaktır.

Denetimde sigortalıları temsilen kimse bulunmaması demokratik katılıma ne kadar(?) açık bir uygulama olduğunu göstermektedir. Özetle AKP Hükümeti'nin GSS Yasasını da hazırladığı bir dönemde geçiş protokolü olarak değerlendirmek gerekmektedir. "Prim yoksa, katkı payı yoksa sağlıkta yok" anlayışının ve genel politikanın bir parçası olduğu gözden kaçırılmamalıdır.

"4924 SAYILI ELEMAN TEMİNİNDE GÜÇLÜK ÇEKİLEN YERLERDE SÖZLEŞMELİ SAĞLIK PERSONELİ ÇALIŞTIRILMASI İLE BAZI KANUN VE KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMELERDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASI HAKKINDA KANUN" YA DA DİĞER ADIYLA "ÇAKILI KADRO" YASASI VE GETİRDİKLERİ

AKP Hükümeti'nin kısaca "Çakılı Kadro" diye adlandırdığı 4924 sayılı Yasa, 10 Temmuz 2003 tarihinde TBMM (Türkiye Büyük Millet Meclisi) tarafından kabul edilmiş ve 24 Temmuz 2003 tarihinde 25178 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu Yasa, AKP Hükümeti'nin sağlık sisteminde yapmaya çalıştığı düzenlemeler arasında TBMM'den çıkan ilk yasa olma özelliği de taşımaktadır.

Yasa, Sağlık Bakanlığı'nın personel açığı olan yerlerde sözleşmeli statüde sağlık çalışanı istihdam etmesi amacıyla çıkarılmıştır. Yasa taslağı(ELEMAN TEMİNİNDE GÜÇLÜK ÇEKİLEN YERLERDE SÖZLEŞMELİ SAĞLIK PERSONELİ ÇALIŞTIRILMASI İLE BAZI KANUN VE KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMELERDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASI HAKKINDA KANUN TASARISI) kamuoyuna Sağlık Bakanlığı tarafından iki temel gerekçe ile sunulmuştur. Bu gerekçelerden biri, "mecburi hizmet yasası" adıyla bilinen "2514 sayılı Bazı Sağlık Personeline Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun" un yürürlükten kaldırılmasıdır(Yasanın 14. maddesi gereği yürürlükten kaldırılmıştır). İkinci olarak ise Sağlık Bakanlığı, taslakta "özellikle sağlık personeli temininde güçlük çekilen yörelerde acil ihtiyacımız olan unvan ve branşlarda sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfında personelin bir an önce temini ve bu yörelerimizde personelin kalıcılığının sağlanması bakımından ve ayrıca temininin güçlük çekilen özel bilgisine ve ihtisasına ihtiyaç duyulan personelin istihdamını kolaylaştırmak için sözleşmeli personel istihdamına ilişkin kanuni düzenleme yapılmasına ihtiyaç" duyulduğunu belirtmektedir.

Taslak, "eleman temini konusunda güçlük çekilen 26 ili" kapsamaktadır(Adıyaman, Ağrı, Ardahan, Artvin, Batman, Bayburt, Bingöl, Bitlis, Diyarbakır, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gaziantep, Gümüşhane, Hakkari, Iğdır, Kars, Kilis, Malatya, Mardin, Muş, Siirt, Şanlıurfa, Şırnak, Tunceli, Van). Yasanın TBMM'de kabul edildiği şekilde ise, "sözleşmeli personel istihdam edilecek hizmet birimleri" nin Sağlık Bakanlığı'nın teklifi ile Bakanlar Kurulu tarafından yılda bir kez belirlenmesi hükmü getirilmiştir. Bu durum, Sağlık Bakanlığı'nın sunduğu gerekçelerden farklı olarak bundan sonra kendi belirleyeceği bölgelerde sözleşmeli statüde personel çalıştıracağı anlamına gelmektedir. Kısaca, bu Yasa ile sağlık çalışanlarına yeni istihdam ve çalışma biçimleri getirilmektedir.

Yasa'nın, TBMM'ne sunulan gerekçesinde de bahsedildiği gibi, kamuda personel istihdamını azaltmanın aracı olarak işlev görmesi öngörümüştür. Bu uygulama, ilk bakışta, yıllardan beri süregelen ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda ciddi eşitsizliklere yol açan Doğu ve Güneydoğu'daki personel eksikliğini gidermeyi sağlayacak gibi sunulmaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın diğer yasal düzenlemeleri ile birlikte değerlendirdiğimizde, sağlık hizmetlerinin sunumundan elini çekmesi anlamına gelmektedir. Son dönemde yapılan ve yapılması istenen düzenlemeler ile özel sağlık kuruluşlarının "önü açılmıştır". Bu tablo tamamlandığında özel sektörün tercih etmediği yerler olan Doğu ve Güneydoğu illerindeki boşluk oldukça dramatik olacağı için, bu yerler için geçici bir çözüm üretilmiştir. Ancak bu uygulamanın diğerleri gibi genelgeler üzerinden değil de doğrudan yasa ile yapılıyor olması da bu niyetten bağımsız ele alınmalıdır. Çünkü, bu Yasa ile getirilen uygulama Sağlık Bakanlığı'nın bundan böyle kalıcı personel yerine sadece gereksinimi olduğunda neredeyse fabrikalardaki "geçici işçi" statüsüne benzer kadrolarla personel istihdam etmesi demektir. Bu durum, sağlık sistemine vereceği zararlar dışında sağlık çalışanları açısından önemli bir hak kaybı anlamına gelmektedir, çünkü işin sürekliliği kalmamıştır.

Yasa'da, istihdam edilecek sözleşmeli personel sayısının 22.000'inden fazla olamayacağı belirtilmektedir. Taslağında açık olarak, "2514 sayılı Kanun yürürlükte olduğu sürece tıp fakültelerinden mezun olan pratisyen tabiplerin tamamı ile Devlet hizmeti yükümlülüğünden muaf olanlar dışındaki tüm uzman tabiplerin -yılda yaklaşık 7000-8000 kişi- atamalarının yapılması gibi bir zorunluluk söz konusu olacaktır. Ancak, mevcut kadrolarımızla bu yükümlülüğü yerine getirmemiz mümkün olamayacağı gibi, bir süre sonra hiç ihtiyacımız olmadığı halde zorunlu olarak tabip istihdamı yapmak gibi halen ülkemizin içinde bulunduğu ekonomik şartlar ve kamuda personel istihdamını azaltmaya yönelik hükümet politikaları ile çelişen bir durumla karşı karşıya kalmamız kaçınılmaz olacaktır" ifadesi ile artık hekim istihdam etmeyeceğini belirten Sağlık Bakanlığı, Mayıs 2002'de yayınladığı bir raporda ise eleman açığını, daha fazla ilçeler ve kırsal alanda olmak üzere toplam 89.954 olarak belirlenmektedir. Buna göre Yasa'da en fazla kadroların %5'inin kentlerde kullanılabileceğine değinilmekte birlikte, açılan 22.000 sözleşmeli personel kadrosunun tamamının kent merkezi dışında kullanılması halinde bile eleman açığı kapanmayacaktır. Sağlık Bakanlığı bu gerekçe ile önemli bir itirafta bulunmaktadır. "Kamuda personel istihdamını azaltmaya yönelik hükümet politikaları"nın gereğini sağlık alanında yerine getirmekte, bu anlamda ülke genelinde fazlasıyla ihtiyaç olduğu halde sağlık personeli atamasına gidilmeyerek "sözleşmeli çalışma" ile yeni düzenlemeler getirilmektedir. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunumundan çekilmektedir.

Yapılan yeni düzenlemeye göre, Devlet Personel Başkanlığı ve Maliye Bakanlığı'nın görüşü alınarak oluşturulan unvan, nitelik ve sayıda sağlık çalışanının sözleşmeli çalışacağı(Bakanlar Kurulu tarafından

saptanmış) yerler "kura" ile belirlenmektedir. Sözleşme, Sağlık Bakanı tarafından "ilde yetkili kılınan amir" ile sözleşme yapmaya hak kazanan kişi arasında yapılmakta ve bir mali yıl (!) boyunca geçerli olmaktadır. Her mali yıl sonunda sözleşmeler yenilenmekte, eğer sözleşme bitiş tarihinden bir ay öncesine kadar işveren (Sağlık Bakanlığı) ya da çalışan (sözleşmeli sağlık çalışanı) anlaşmayı bitirdiğini beyan etmezse, sözleşme kendiliğinden bir mali yıl daha uzamış sayılmaktadır. Yasa'da, sözleşmeli personelin hakları ve ödevleri ile ilgili 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu(DMK)'na sıkça atıfta bulunularak her konuda benzer hükümlerden bahsedilmektedir. Ancak ayrıntılar incelendiğinde bazı farklılıklar dikkat çekmektedir. Örneğin, haftalık çalışma süresi 40 saattir, ancak "belirli sürede bitirilmesi gereken işler söz konusu olduğunda sözleşmeli normal çalışma saatleri dışında veya hafta tatili ve resmi tatillerde de çalışmak zorundadır" ve bu fazla çalışmadan dolayı personel ek bir ücret ödenmez, bunun karşılığı olarak "normal mesai saatleri içinde izin verilir" ibaresi bulunmaktadır. Sözleşmeli personelin izin hakkına baktığımızda, yasa tasarisında 657 sayılı Yasa'ya göre hak kayıpları olduğu ancak yasa çıktığında düzeltilerek 657 sayılı Yasa'nın uygulanacağı belirtilmiştir. Yasa tasarisında, 657 sayılı Yasa'ya göre üç gün olan babalık izni iki gün, beş gün olan evlilik izni üç gün olarak belirlenmiş olmasına karşın bu izinlerde de düzeltme yapılarak 657 sayılı Yasa'daki hükümlerin uygulanması şeklinde yasalasmıştır. 657 sayılı Yasa'da mazeret izni olarak adlandırılan 10 günlük izin ise tasarıda ücretsiz izin olarak planlanmış ancak yasa çıkarken tamamen kaldırılmıştır. Sözleşmeli personelin hastalık raporu alabileceği sürenin yılda 30 günü geçemeyeceği, geçtiği durumda da yarım sözleşme ücreti ödeneceği belirtilmiştir. Ayrıca sözleşmeli personelin ücretsiz izin hakkından hiç bahsedilmemiş olması böyle bir hakkının olmadığı anlamına gelmektedir. Kısaca, özlük hakları alanında, 657 sayılı Yasa'ya bağlı devlet memurlarına göre ciddi dezavantajları bulunmaktadır.

Madde Gerekçeleri bölümünde 9. Madde'de, sözleşmeli personelin "istekleri üzerine Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı ile ilişkilendirilebileceği" belirtilmektedir. Bu durumda, sözleşmeli personelin "istekleri olmaz ise" ne olacağı belirsizdir. Böylece Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarının kendi istekleri dışında onlara sosyal güvence sağlama sorumluluğu taşımayan bir konumda olmaktadır. Madde 6'da "il merkezinde oluşturulacak bir komisyon tarafından yapılacak başarı değerlendirilmesi sonucunda emsallerine göre başarılı görev yaptıkları tespit edilen" personele bir mali yılda iki defadan fazla olmayacak şekilde bir maaş tutarında ödül verileceği belirtilmektedir. Başarı kriterleri olarak ise "görevin verimli ve etkin yürütülmesi, yaratıcılık, girişimcilik, çalışma disiplini, görevin yürütülmesinde gösterilen gayret ve başarı ile sağlık hizmetlerinden yararlananların memnuniyeti" olarak belirlenmiştir. Bu kriterler üzerinden yapılan "objektif" değerlendirmenin ne kadar objektif olacağı gerçekten tartışmalıdır. Yasa'ya göre sözleşmeli çalışan personelin maaş tavanı 657 sayılı DMK'nın sözleşmeli çalışan personel hükümleri gereği

kamuda sözleşmeli çalışan memurların en yüksek maaşlarının maksimum iki buçuk katı olabilecektir.

Yasa11. maddesi ile "14.7.1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 36ncı maddesinin "III-SAĞLIK HİZMETLERİ VE YARDIMCI SAĞLIK HİZMETLERİ SINIFI" başlıklı bendine, "bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir" paragrafının eklenmesi hükmünü getirmektedir. Yasa taslağında "lüzumu halinde, bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, ücretleri döner sermaye gelirlerinden karşılanmak kaydıyla, üçüncü şahıslara ihale yoluyla gördürülmesi mümkündür" ifadesinin yer aldığı düzenleme, sözleşmeli personel çalıştırılması esaslarını düzenleyen bu Yasa'da öncesindeki maddelerle ilgili ve uyumlu görünmemektedir. Özellikle 657 sayılı Kanun'daki bir maddeye ekleme yapılarak getirilmesi, yeni uygulamaların kapısını açabilir niteliktedir. Bu ifadeler ile Sağlık Bakanlığı'nın, kaynağı döner sermayeden karşılanmak üzere, hizmet satın almasına ve 3. şahısları çalıştırmasına olanak tanımaktadır. Bu durum, sağlık çalışanlarının taşeronlaştırılması anlamına gelmekte, bunun da ötesinde bu durumu meşrulaştırmakta ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çekilme politikasının zeminini oluşturmaktadır. Finansmanı döner sermayeden karşılanan bu hizmet satın alma, taşeron sağlık çalışanlarının farklı statülerde çalıştırılması şeklinde olabileceği gibi, yasa taslağında da belirtildiği gibi hizmetlerin ihale yoluyla satın alınması şeklinde de olabilir. Bu düzenleme sonunda, sağlık kuruları, yemek ve/veya temizlik hizmetlerinde olduğu gibi sağlık hizmetlerini de ilgili şirketlere devredebileceklerdir. Örneğin, bir devlet hastanesi, dahiliye servisinde sunulacak sağlık hizmetlerini ihale yoluyla ve bedeli döner sermayeden karşılanmak koşuluyla kişi ya da özel kuruluşlardan satın alabilecektir. Dolayısıyla düzenleme, başta hastaneler olmak üzere kamu sağlık kurumlarının özleştirilmesi ve özleştirilmesinin önemli bir işareti olarak görülmelidir. Sağlık Bakanlığı ve AKP Hükümeti, bu Yasa ile kendi gerekçeleri ile çelişerek akla bazı sorular getirmektedir. Ülkedeki sağlık alanında en yetkili ve sorumlu merci olan Sağlık Bakanlığı, sağlık personeli dağılımında yıllardan beri süren ve giderek kötüleşen durumu çözmek konusunda gerçekten de bu kadar çaresiz midir? Yoksa, Dünya Bankası'nın kendine biçtiği rolü (sağlık hizmetlerinin sunumundan çekilme ve sadece denetleyici konumda olma) oynama yönünde bir aşama daha mı ilerlemek istemiştir? "İstihdam fazlası" olduğu bile bile bu kadar fazla sayıda sağlık insan gücü yetiştirmek sonunda özel sektörde ucuz emek anlamına gelmektedir. Bu Yasa, bu anlamda geleceğe yatırım olarak çıkarılmıştır. AKP Hükümeti'nin son zamanlarda ard arda yaptığı yasal düzenlemelerin bütünü göz önünde bulundurulduğunda bu gerçek bütün çıplaklığı ile karşımıza çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın, bugüne getirdiği popülizm politikaların sonucu değilmiş gibi, Doğu ve Güneydoğu'da eleman

açığını kapatmak gibi "yüce" bir amaç çıkardığı bu Yasa, sağlık çalışanları için sendikası, geçici işçi statüsünde, sigortasız çalışma anlamına gelmektedir.

DEVLET MEMURLARININ ÖZEL SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARINA SEVKİ HAKKINDA GENELGE ya da TEŞHİS ve TEDAVİ AMACIYLA ÖZEL SAĞLIK KURUM ve KURULUŞLARINA HASTA SEVKİNE İLİŞKİN USUL ve ESASLAR HAKKINDA TEBLİĞ

Sağlık Bakanlığı ile Maliye Bakanlığı tarafından ortaklaşa hazırlanarak 30.05.2003 tarih ve 25123 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak "Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" adıyla yürürlüğe giren bu tebliğ, yukarıda incelenen taslak ve protokoller arsında görece erken başlangıç tarihli bir düzenleme olarak dikkati çekmektedir. Tebliğ, Sağlık Bakanlığı tarafından 06.06.2003 tarih ve 4910 sayılı "Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Sevki Hakkında Genelge" ile uygulamaya konulmuştur.

Tebliğ'in dayanağını "17/4/2003 tarihli ve 25082 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliğine Bir Madde Eklenmesine Dair Yönetmeliğin EK-2 nci maddesinin birinci ve ikinci fıkrası", amacını ise "devlet memuru ve bakmakla yükümlü buldukları aile fertlerinin tedavilerinin resmî sağlık kurumları yanında özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılmasına imkan vermek" oluşturmaktadır. Tebliğ ve genelge bu imkanı sağlayacak usul, esas ve işleyişi belirlemektedir.

Genelgeye göre, devlet memuru ve bakmakla yükümlü buldukları aile fertleri, birinci basamak tanı ve tedavi için resmî kuruluşların yanında özel polikliniklere kurumlarından alacakları sevk kağıdı sağlık ocağı ya da kurum hekimi sevki gereksizdir başvurabilmektedirler. Düzenlenecek sevk kağıtlarına başvurulacak kurum/kuruluş adı yazılmaksızın "hekim ve kurum seçme özgürlüğü" sağlanacağı belirtilmektedir.

Resmî veya özel birinci basamak sağlık kuruluşundan, resmî veya özel sağlık kurumlarına yapılacak sevk işlemlerinde; hastane ve hekim seçme hakkı dikkate alınarak resmî sevk kağıdına resmî veya özel hastane ve hekim adı belirtilmeden, sadece ilgili uzmanlık dalının adı yazılarak sevk yapılmaktadır. Sevk sistemine uyulmadığında, diğer bir deyişle birinci basamak atlanarak doğrudan ikinci basamak sağlık kurum/kuruluşlarına başvurulduğunda aradaki ücret farkı hasta tarafından ödenmektedir. Belgelendirilmesi kaydıyla acil hallerde hastalar, özel sağlık kuruluşu tarafından kabul edilerek, teşhis ve tedavileri yapılacağı, gerekli sevk evrakının ilgililer tarafından usulüne uygun olarak sonradan tamamlanacağı belirtilmektedir. İkinci basamak özel sağlık kurumlarının, birinci basamak sağlık kuruluşlarından sevkle hastalara hizmet sunmasının yanında gibi doğrudan müracaat eden hastaları da kabul edebileceği ancak bu durumda faturalarda %30 indirim yapması gerekliliği vurgulanmaktadır. Genelgeye göre, üçüncü basamak

sağlık kurumlarının Büyükşehirlerde birinci ve ikinci basamak, diğer illerde ikinci basamak resmî ve özel sağlık kurumlarından sevkle hasta kabul edebilmektedir.

Özel sağlık kurumları sunmuş oldukları sağlık hizmetlerinin karşılığı olarak hastadan, ilk müracaatta bildirmek kaydıyla ücret talep edebilmektedirler. Tebliğ ve Genelge, özel sağlık kuruluşuna, aynı hastanın aynı hastalığı için 15 gün içinde yeniden yapılacak takip ve kontrollerinden dolayı ödeme yapılamayacağı esasını getirdiğinden, bu süre içerisinde özel sağlık kuruluşlarının talep etmesi halinde, hastaların cebinden ödeme yapması gerekebilecektir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılabilecek tetkik ve tahliller sınırlı tutulduğundan, farklı tahlillerin yapılması durumunda hastalar cepten ödeme yapabilmektedirler.

Denetleme İl Sağlık Müdürlüğü'nce gece ve gündüz yapılabilecektir. Bu iş için sağlık müdürlüklerinde ekipler oluşturulması öngörülmüştür. Gerçeğe aykırı fatura gösterildiğinin belirlenmesi halinde bu kuruluşlara hasta sevki yapılamayacağı yönünde işletme uyarılacak, tekrarlarırsa hasta sevki durdurulacaktır.

Neyi, nasıl İstemeliyiz?

BM Ticaret ve Kalkınma Konferansı'nın 1997 Raporu'na göre Türkiye'de nüfusun en zengin %20'si ulusal gelirin %55'ini alırken, en yoksul %40'ı da ancak %13'ünü almaktadır. Bu gruplamaya göre bile en yoksulların yarısı kadar olan zengin nüfus bu grubun dört katından fazlasını almaktadır. Halbuki girişte de ifade edildiği gibi ulusal gelirin ancak %10'u zenginlerden alınanlardan oluşuyor. Vermeden, üretmeden alıyorlar, almaya da devam etmek istiyorlar. Türkiye'deki temel sorun burada yatmaktadır. Yukarıda bazıları tartıştığımız hukuksal düzenlemeler, sistemi patronlar adına "güzelleştirmenin" araçları olarak AKP hükümeti tarafından kendinden öncekilerin yapmak istedikleri gibi uygulamaya konmak istenmektedir. Ancak görülmelidir ki kendi insanının kanı pahasına emperyalistlere bağımlılık dışında hiçbir program önermeyen bu hükümet, işbirlikçileri ve akıl hocaları emperyalistlerle mücadele tek bir sektöre daralarak yürütülecek boyutları uzun zamandır aşmıştır. Yerlisiyle, yabancıyla patronlar yirmi yıldır bekliyorlar, "geciktirler", geciktirdik. Bunu sağlayan bileşenin en önemli unsuru doğaldır ki örgütlü mücadelemizdir. Patronların eylem planlarına noktayı koyamamaları yine bizlerin uzun soluklu, kararlı, örgütlü mücadelesiyle yakından ilişkili. İşçisiyle, memuruyla, köylüsüyle, öğretmeniyle, ustasıyla, hemşiresi, ebesi, doktoru, madencisiyle birlikte örgütlü mücadeleyi örmeli ve yürütmeliyiz. Ancak bir defa daha anımsamalıyız ki, Türkiye'de bahsettiğimiz temel sorunu çözmeden sağlıktaki sorunları da çözemeyiz. Bunun içindir ki eşitsizlikleri ortadan kaldıracığımız bir yaşam hedefiyle sağlık sorunlarımızı da çözebileceğimizi görerek yürütmeliyiz.

Kocaeli Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu Üyeleri-2003: AYTEKİN YAZGAN, CAVİT İ. YAVUZ, COŞKUN O. ŞEYHOĞLU, ERGÜN AKYOL, EYLEM YENTÜRK, FÜSÜN ERDOĞAN, JALE ERDOĞAN, LÜEY ÖZELSOY, NİHAN KEYSAN, NİLAY ETİLER, ONUR GÜNAY, ONUR HAMZAOĞLU, OSMAN KEYSAN, ÖMÜR KAYIKÇI, UMUT ÖZCAN, YAHYA TAŞ, YEŞİM AKYOL