



Cumhuriyet Halk Partisi

Araştırma, Bilim ve Yönetim Platformu
Sosyal Politikalar Gn. Bşk. Yrd.

POLİTİKA NOTU

Katılım Payları: AKP'nin Acı Reçetesi **Parayla Değil Yurttaşlık Hakkıyla Sağlık Hizmeti***

AKP'nin Getirdiği Sağlıkta Dönüşümün Sonuçları

- Sağlık, sosyal hak olmaktan çıkarılmakta ve kamu hizmeti olma niteliğini giderek kaybetmektedir.
- Sağlık hizmetlerinin niteliği düşmektedir.
- Vatandaşlar ihtiyaçları ölçüsünde değil, ceplerindeki para oranında sağlık hizmeti alabilmektedir.

CHP'nin Sağlık Politikasının Temel İlkeleri

- Sağlık hizmetleri temel vatandaşlık hakkıdır.
- Vatandaşlara yükölan katılım payları kaldırılmalıdır.
- Vatandaşların sağlık hizmetlerinden ceplerindeki paraya göre değil ihtiyaçları ölçüsünde yararlanabildikleri bir sağlık sisteminin kurulmalıdır.

**Bu çalışma, Şubat 2013'te aynı başlıkla kamuoyuyla paylaşılan Politika Notu'nun güncellenmesi sonucu hazırlanmıştır.*

On bir yıldır yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda (SDP) gelinen son nokta dönüşümün yükünün olanca ağırlığı ile vatandaşların omuzlarına yıkılmış olmasıdır. "Herkes istediği hastaneye gidebilecek" ya da "her türlü sağlık hizmetine ulaşabilecek" şeklindeki aldatıcı söylem artık inandırıcılığını yitirmiştir. Dönüşümün vatandaşa getirdiği mali yük her yeni düzenlemeyle artarken sağlık hizmetlerinin niteliği düşmektedir. Genel Sağlık Sigortası (GSS)'nin devreye girmesi ve sürekli değiştirilen Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile getirilen mali yükümlülükler ve artan cepten ödemeler artık vatandaşlar tarafından iyiden iyiye hissedilmektedir.

- Söz verildiği gibi özel hastaneler herkese açık hale getirilmemiştir.
- İlave Ücret Uygulamasında yapılan son değişiklikle bu hastaneler hastalardan %200'e varan oranlarda ilave ücret talep edebilmektedir.
- Hastanelerde yazılan reçetelerden ve üç kutunun üzerinde yazılan ilaçlardan kutu başına para alınmaktadır.
- Eşdeğer İlaç Uygulamasıyla devlet ilaç ödemelerinden de çekilmiş ve maliyeti büyük ölçüde vatandaşın üzerine yıkmıştır.
- Yeni getirilen Taban Fiyat Uygulamasıyla hastalar ilaçlarını alırken ceplerinden daha fazla ödeme yapmak durumunda kalmaktadır.
- Aile Hekimliği uygulamasının bel kemiğini oluşturan sevk sistemi çalıştırılmamaktadır.

- Günde ortalama yüz elli hastaya, hasta başına ancak üç dakika ayırarak bakabilen hekimler hastaların yeterli ve nitelikli sağlık hizmeti alamadığını açıkça söylemektedir.

Dönüşüm uygulamaları sağlık hizmetlerinin devlete olan maliyetini de artırmıştır. Artışın başlıca nedenleri arasında performans dayalı maaş ödeme sistemi ve özel sektörden hizmet alımı bulunmaktadır. Sonuçta SGK'nın sağlık sunucularına yaptığı ödemeler artmakta, sağlık hizmetlerinin devlete olan maliyeti taşınması güç düzeylere ulaşmaktadır.

Yanlış politikalar sonucu sağlık sistemini finanse etmekte zorlanan Hükümet, çıkış yolunu vatandaşın cebine el atmakta bulmuştur.

Yanlış politikalar sonucu sağlık sistemini finanse etmekte zorlanan Hükümet çıkış yolunu vatandaşın cebine el atmakta bulmuştur. Sağlık harcamalarında kişi başına yapılan cepten ödeme miktarı 2002 yılından 2007 yılına tam %91 oranında bir artış göstermiştir. TÜİK verilerine göre 2013 yılındaki toplam sağlık harcamalarının %16,8'i vatandaşlar tarafından yapılmıştır. Vatandaşların yaptığı cari sağlık harcamaları 2002 yılından 2013 yılına %280 artarak tam dört katına çıkmıştır.

PARAN KADAR SAĞLIK

Sağlıkta Dönüşüm Programı sonucu vatandaşların sağlık hizmeti alabilmek için ceplerinden yaptıkları ödemeler şunlardır:

Genel Sağlık Sigortası (GSS) Primi

1 Ocak 2012 tarihinden itibaren tüm vatandaşlar zorunlu olarak GSS primi ödemek durumundadır.

Zorunlu GSS Primleri	
Kişi Başına Aylık Gelir	Aylık Prim
2014 Ocak-Haziran	
357 – 1071 TL	42,84 TL
1071 – 2142 TL	128,52 TL
2142 TL'den fazla	257,04 TL
2014 Temmuz-Aralık	
378 – 1134 TL	45,36 TL
1134 – 2268 TL	136,08 TL
2268 TL'den fazla	272,16 TL

Bu primi ödememiş olanlar ve onların bakmakla yükümlü olduğu kişiler sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır.

Hükümet yetkilileri aile içinde kişi başına düşen gelirin aylık ortalamasının brüt asgari ücretin üçte birinden az olması durumunda sağlık priminin devlet tarafından karşılanması yönünde açıklamalar yapmışlardır. Ne var ki bu sözler tutulmamıştır. Vatandaşlardan önce bu primleri ödemeleri istenmiştir. Yapılan ödemelerin daha sonra Sosyal Yardımlaşma Vakıflarından tahsil edilebileceği söylenmiştir. Yardıma muhtaç oldukları bizzat devlet tarafından yapılan testle tespit edilen bu vatandaşlar bu paraları

ödemek zorunda bırakılmışlardır. Şimdi ise ödeme yapmış bulunanlar gerekli ödenek aktarılmadığı gerekçesiyle ödemelerini geri alamamaktadır.



Muayene Katılım Payı

GSS'lilervebakmaklayükümlüolduğukişiler sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için aşağıda belirtilen muayene katılım paylarını ödemek zorundadırlar.

Devlet ve Kamu Üniversite Hastaneleri	5 TL	Emekliler: Gelir ve aylıklarından kesilir. Çalışanlar ve GSS'liler: Eczanede öder.
Özel Sağlık Kurumları	12 TL	Emekliler: Gelir ve aylıklarından kesilir. Çalışanlar ve GSS'liler: Hastanede öder.
Yeşil Alan Muayenesi		
• Devlet Acil	5 TL	Eczanede öder
• Özel Acil	12 TL	

Yeşil Alan Muayenesi Katılım Payı

Kamu hastanelerinde alınan katılım paylarını ödeyemeyecek durumda olanlar ile GSS primini ödememiş olanların ücretsiz sağlık hizmeti alabilmek için

gittikleri acil servislerde aşırı yoğunluk yaşanmıştır. Bunu önlemek amacıyla “yeşil alan muayenesi” uygulaması getirilmiştir. Bu uygulama ile Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)’ta sayılan durumlar dışındaki hastalar yeşil alan muayenesi kapsamında değerlendirilmektedir. Bu hastalar acil servise başvurmuş olsalar da diğer hastaların ödemek zorunda olduğu katılım paylarını ödemek zorundadır.



İlave Ücret (Özel Hastane Fark Ücreti)

SGK ile sözleşme yapmış olan vakıf üniversiteleri ve özel hastanelerin, kendilerine başvuran hastalardan İlave Ücret talep etme yetkileri vardır. Bu ödemelerde sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden ilave ücret alınmaktadır. Yapılan son değişiklikle özel hastaneler tarafından alınabilecek ilave ücret oranı %200'e kadar çıkabilmektedir.

SGK'nın belirlediği muayene ücretleri branşlara göre değişiklik göstermekle birlikte ortalama 30 TL civarındadır. %200 oranında ilave ücret alabilen özel hastanede muayene olan hasta öncelikle 12 TL Muayene Katılım Payını ödemek zorundadır. Bu tutara ek olarak, 30 TL'nin %200'ü kadar, yani 60 TL İlave Ücret ödemek durumundadır. Bu ödemeye tetkik

ve tahlil ücretleri dâhil değildir. Ayrıca sözleşmeli sağlık kurumları sundukları otelcilik hizmetleri için işlem bedelinin üç katını geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alabilmektedir.

Öte yandan getirilen bir düzenleme ile hafta sonu ve mesai saatleri dışında özel hastanelere giden GSS'li vatandaşlar için devlet hiçbir ödeme yapmamaktadır. Yazılan ilaçlar dahil tüm masraflar vatandaşlar tarafından karşılanmaktadır.

AKP Hükümeti'nin artan cepten ödeme uygulamaları 'paran kadar sağlık hizmeti' ilkesini sağlık sisteminin temeli haline getirmiştir.

Bunlara ek olarak vatandaşlardan başka ek ücretler de alınabilmektedir:

- **Tetkik Fark Ücreti:** SGK tarafından ödenmeyen tetkiklerin farkı.
- **Öncelikli Tetkik Ücreti:** Sıra beklemeden yapılacak tetkikler için alınan ücret.
- **İstisnai Sağlık Hizmetleri Ücretleri:** Kullanılan özel yöntemler için alınan ücret. Bu hizmetler için GSS'liler Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)'ta yer alan işlem bedellerinin üç katını geçmemek üzere ilave ücret ödemek durumundadır.
- **Erken Muayene Fark Ücreti:** Hasta on gün içerisinde yeniden doktora giderse katılım payı tutarı 5 TL artırılmaktadır. Bu tutar emeklilerin gelir ve aylıklarından kesilmektedir. Çalışanlardan ise eczanelerde tahsil edilmektedir.

İlaç Katılım Payı

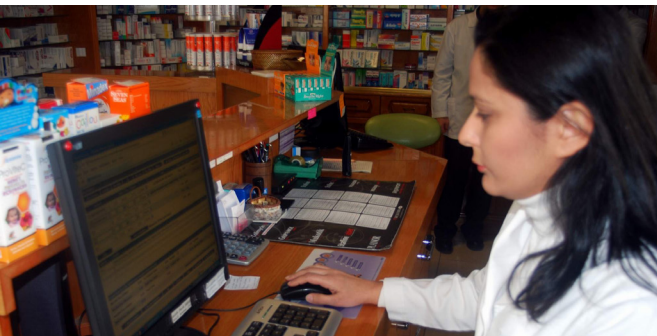
Ayakta tedavide hekim tarafından yazılan ilaç bedeli üzerinden katılım payı alınmaktadır. Bu miktar SGK emeklileri ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10'dur ve gelir aylıklarından kesilmektedir. Çalışanlar ve GSS'liler için %20'dir ve eczanede tahsil edilmektedir.

Reçete Ücreti ve İlave İlaç Katılım Payı

Aile hekimlerince yazılan reçeteler de dahil olmak üzere, reçetede yer alan üç kutuya kadar ilaçlar için 3 TL Reçete Ücreti, ilave her bir kalem/kutu ilaç için de 1 TL olmak üzere İlave İlaç Katılım Payı alınmaktadır.

Eşdeğer İlaç Fiyat Farkı

Eşdeğer ilaçlar için yapılacak ödemelerde azami fiyat aynı grupta yer alan en ucuz ilacın fiyatına %15 ilave edilerek hesaplanmaktadır. Eşdeğer ilaçlarda SGK'nın ödeyeceği tutardan daha pahalı bir ilaç tercih edilirse fark hasta tarafından ödenmektedir.



Taban Fiyat Uygulaması

Eşdeğer İlaç Uygulaması devam etmektedir. Bunun yanı sıra yeni getirilen bir düzenlemeyle astım, diyabet, kalp rahatsızlıkları gibi kronik hastalıklarda kullanılan yaklaşık 200 çeşit farklı ilaç

için taban fiyat uygulamasına geçilmiştir. Devlet bu ilaçlar için piyasadaki en ucuz ilacın fiyatını ödemektedir. Hasta doktorunun yazdığı daha pahalı bir ilacı tercih ederse farkı cebinden ödemek zorunda kalmaktadır.

Tıbbi Cihaz Katılım Payı

Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler, ağız protezleri ve sağlık raporunda hayati önem taşıdığı belirtilmeyen diğer protezler ve ortezler için katılım payı ödenmesi gerekmektedir. Bu oran SGK emeklileri ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, çalışanlar ve diğer GSS'liler için %20'dir. Katılım payı tutarının vücut dışı protez veya ortezin alındığı tarihteki brüt asgari ücretin %75'ini geçmemesi öngörülmüştür.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

GSS kapsamında karşılanan sağlık hizmetleri Temel Sağlık Hizmeti Paketi şeklinde sunulmaktadır. Bu paketin içeriği SGK tarafından sürekli değişikliklere tabi tutulmaktadır. Belli sağlık hizmetleri ya kapsam dışı bırakılmakta ya da alınan hizmetin bedelinin daha az bir miktarı GSS tarafından karşılanmaktadır. Bu durum vatandaşları tamamlayıcı sağlık sigortası yapmak zorunda bırakmaktadır. Sosyal devletin sunduğu sağlık güvencesinden her geçen gün biraz daha mahrum bırakılan vatandaşlar "SGK farklarını ödeyeceğini söyleyen" özel sigorta şirketlerine muhtaç edilmektedirler. Bu durumun uzun vadede sigorta şirketleri tarafından en fazla dışlanan grup olan kronik hastalıkları olanları etkileyeceği çok açıktır.

GSS Prim Borcu Olanlara Zamlı Katılım Payı

GSS prim borcunu ödememiş 18 yaşından büyük vatandaşlar kamu hastanelerinde muayene olabilmek için önce muayene ücretini ödemek zorundadırlar. Ağustos 2014'te %100 oranında zamlanan bu ücret 15 TL'den 30TL'ye çıkarılmıştır. Hastalar bu miktara ilaveten doktorun tetkik istemesi durumunda bu tetkiklerin ücretini de ödemek zorundadırlar. Aynı şekilde kendilerine reçete edilen ilaçların parasını eczanede kendi ceplerinden ödemektedirler. Şayet söz konusu durumda olan hastalar yatarak tedavi olmuşlarsa, hastanede kendilerine yapılan tüm masraflar taburcu oldukları noktada kendilerinden tahsil edilmektedir.



Her ne kadar "hastanede rehin kalma dönemi artık sona erdi" dense de bu parayı ödeyemeyecek vatandaşlar için "Adres Tespit Tutanağı" adı altında bir belge düzenlenmektedir. Vatandaşların belirlenen tarihlerde hastaneye gelerek bu tutanakta belirtilen borçlarını ödemeleri gerekmektedir. Ödeyemeyenlerin evlerine haciz konmaktadır. Hastaneler, yasal olmayan bu uygulamayı yapmaya mecbur bırakılmaktadır.

Sağlık Ödemeleri Artıyor

AKP hükümetinin artan cepten ödeme uygulamaları 'paran kadar sağlık hizmeti' ilkesini sağlık sisteminin temeli haline getirmiştir. Hastalardan ihtiyaç ilkesi göz ardı edilerek en çaresiz durumlarda bile katılım payı alınmaktadır. Örneğin kalp rahatsızlıklarından ölümlerde Türkiye kadınlar da Avrupa'da ilk, erkeklerde ise üçüncü sıraya yerleşmiştir. Oysa yoksul hastalar tansiyon ilaçları için katılım payı ödemeye devam etmektedir. Somut bir örnek verebiliriz:

Ayşe A. 55 yaşında raporlu bir tansiyon hastasıdır. Dönüşüm uygulamaları sonucunda Ayşe A. toplam tutarı 84,18 TL olan 3 aylık tansiyon ilacını alabilmek için önce 30,03 TL cepten ödeme yapmak zorunda bırakılmıştır. Böylelikle, öncesinde hiçbir ödeme yapması gerekmezken toplam ilaç bedelinin %36'sını ödemek zorunda kalmıştır. Üstelik Ayşe A. son olarak getirilen Taban Fiyat Uygulaması nedeniyle %15 oranında (+ 4,5 TL) bir fark ödemektedir. Dönüşüm uygulamaları öncesinde hiçbir bedel ödemeyen Ayşe A. artık kullandığı ilaçların bedelinin tam %41'ini (34,53 TL) cebinden ödemektedir.

Vatandaşların Sağlık İçin Yaptığı Ödemeler

Zorunlu GSS Primi
Muayene Katılım Payı
Yeşil Alan Muayenesi Katılım Payı
Özel Hastane Fark Ücreti
İlaç Katılım Payı
Reçete Ücreti
İlave İlaç Katılım Payı

Eşdeğer İlaç Fiyat Farkı
İlaçta Taban Fiyat Uygulaması Farkı
Tıbbi Cihaz Katılım Payı
Tetkik Fark Ücreti
Öncelikli Tetkik Ücreti
İstisnai Sağlık Hizmeti Ücreti
Erken Muayene Fark Ücreti

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Getirdiği Sonuçlar

Hem Sağlık sistemi kullanıcıları hem devlet için giderek ağır bir mali yük haline gelen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sonuçlarının neler olduğunu iyi görmemiz gerekmektedir.

- Sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında devletin rolünü azaltan ve vatandaşı daha fazla ödeme yapmak zorunda bırakan bir sistem.
- Sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti olma niteliğinin giderek zayıflaması.
- Kamu kaynaklarının ve vatandaşın yapacağı sağlık harcamalarının özel sektöre aktarılması.
- Vatandaşların, sosyal hak ve kamu hizmeti olarak ihtiyaçları oranında değil, ancak ceplerindeki para oranında sağlık hizmeti sağlayabildikleri bir sistemin oluşması.



Bu hedefleri uygulamaya koyan AKP Hükümeti vatandaşlara sağlık konusunda verdiği sözleri tutmamaktadır. Dönemin başbakanı Erdoğan 11 Nisan 2006 tarihli konuşmasında "GSS ile getirilen bir düzenleme de vatandaşımızın istediği hastaneyi seçebilme hürriyetidir. İster özel olsun, ister devlet hastanesi olsun GSS kapsamında herkes istediği hastaneyi seçebilecektir" demişti. Oysa vatandaşlarımız ancak %200'lere kadar çıkabilen fark ücretlerini ödedikten sonra böyle bir seçme özgürlüğüne sahip olabilmektedir.

Vatandaşların sağlık hizmetlerinden ceplerindeki para ölçüsünde değil, ihtiyaçları ölçüsünde, ihtiyaç duydukları yer ve zamanda yararlanabilmeleri için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Kısacası AKP "herkese parası kadar sağlık hizmeti" verilmesini öngörmektedir. Hükümet, Sağlıkta Dönüşüm Programını yürütürken karşılaştığı her mali darboğazda vatandaşın cebine daha fazla el atmakta, yani cepten ödemeleri arttırmaktadır.

Katılım Payları: CHP Ne Öneriyor?

Görüldüğü gibi sağlık sisteminden yararlananlar üç aşamada ceplerinden ödeme yapmak zorunda bırakılmaktadır.

1. Hastanede yapılan cepten ödemeler
2. Eczanede yapılan cepten ödemeler
3. Aylıktan kesinti yoluyla cepten ödemeler

CHP, sağlık hizmetlerinin sosyal bir hak olduğunu ve tüm vatandaşların eşit bir biçimde yararlanacağı bir kamu hizmeti olarak sunulması gerektiğini savunmaktadır.

Zorunlu prim ödemesi, muayene katılım payı, ilaç ve tıbbi malzeme katılım payları, ilave ücretler ve tamamlayıcı sigorta ödemeleriyle vatandaşın sağlık harcamaları önemli oranda artmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışmaları ve diğer birçok araştırma cepten ödemelerin özellikle yoksul kesimlerin sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarında ciddi azalmalara neden olduğunu göstermektedir.

Sistem hem vatandaşların büyük çoğunluğu hem kamu kesimi için sürdürülmesi zor bir noktaya ulaşmıştır. Sorunlara hızla yeni bir anlayış ve yeni ilkelerden yola çıkarak etkin çözümler getirilmelidir.

Yeni Sağlık Sisteminin Temel İlkeleri

- CHP, sağlık hizmetlerinin sosyal bir hak olduğunu ve tüm vatandaşların eşit bir biçimde yararlanacağı bir kamu hizmeti olarak sunulması gerektiğini savunmaktadır.
- Vatandaşların sağlık hizmetlerinden ihtiyaçları ölçüsünde, ihtiyaç duydukları yer ve zamanda yararlanabilmeleri için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- Daha az maliyetli ve vatandaşı hasta olmadan korumayı amaçlayan önleyici sağlık hizmetlerine ağırlık verilerek yüksek maliyetli tedavi edici sağlık hizmetlerinden kaçınılmalıdır.
- Koruyucu sağlık hizmetleri devamlı ve koşulsuz olmalıdır.
- Sağlık hizmetinden yararlanmanın ölçüsü yatırılan prim miktarı ya da kişinin cebindeki parası olmamalıdır.
- Vatandaş için yük olan ama SGK toplam giderleri içindeki payı yüzde biri geçmeyen katılım payları kaldırılmalıdır.
- Kamunun sağlığa ayırdığı pay artırılmalı ve kaynakların etkin kullanılması sağlanmalıdır.

