

# SSK Gerçeği ve Sosyal Güvenlik "Reformu"nun Perde Arkası

Dr. Ali Rıza ÜÇER

Dr. Cihat OĞAN

Bireysel Emeklilik, SSK'nın Yeniden Yapılandırılması, Türkiye İş Kurumu'nun Kurulması, Bağ-Kur'un Yeniden Yapılandırılması ve SSK ile Bağ-Kur'un Sosyal Güvenlik Kurumu adıyla tek çatı altında toplanması gibi alt başlıklardan oluşan Sosyal Güvenlik Yasa Tasarısını, Hükümet bu yasama döneminde TBMM gündemine almayı planlamıştı. Ancak ani bir karar değişikliği ile ilgili düzenlemeler için Meclis devre dışı bırakıldı ve tasarı Kanun Hükümünde Kararname olarak Cumhurbaşkanının onayına sunuldu. Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer, Anayasa Mahkemesi'nin Kanun Hükümünde Kararnameler ile ilgili iptal kararından çok kısa bir süre önce bu kararnameleri onayladı.

Sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinin birbirinden ayrıldığı, sağlık kuruluşlarının kâr amaçlı sağlık işletmesine dönüştürüldüğü, SSK hastanelerinin özel kesime devredilmesine olanak sağlandığı, SSK taşınmazlarının satılmasının ve bu taşınmazlar üzerinde özel sağlık işletmesi açılmasının yolunun açıldığı, emeklilik koşullarının yerine getirilemeyecek kadar ağırlaştırıldığı, özel sigortacılığa cömert teşviklerin sağlandığı ve böylece özel emekliliğin cazip hale getirildiği Sosyal Güvenlik Yasa Tasarısı'na gerekçe olarak adeta temcit pilavı gibi kamuoyuna sunulan iddialar ise oldukça düşündürücüdür. Gerçekten sıkça yinelenen bu iddialardaki gibi başta SSK olmak üzere sosyal güvenlik kurumlarının gelir gider dengeleri bozulmuş mudur? Bu kurumlar bütçede kara delikler oluşmasına yol açacak bir finansman krizi içinde midir? Diğer sosyal güvenlik kurumlarından farklı olarak aynı zamanda kapsadığı nüfusa sağlık hizmeti de sunan SSK, sigortalılarına hizmet veremeyecek hale mi gelmiştir?

SSK'nın öncelikle sosyal güvenlik ve sağlık alanında bölünmesi, sağlık hizmetleri sunumundan vazgeçerek dışarıdan hizmet satın alması ve kuruma bağlı sigortalıların zaman içerisinde, hükümetin de desteği ile bireysel sigorta kapsamına kaydırılması gibi girişimler neler getirecek ve neler götürecektir? Ne yazık ki ülkemizin sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanını ya-

şamsal boyutta etkileyecek olan bu değişiklikler, kamuoyunda yeterince ve sağlıklı bir biçimde tartışılmamış, adeta bir oldubitti mantığı ile yasalaştırılma aşamasına getirilmiştir. Konunun düşündürücü olan yanı; bilimsel bir gözle değerlendirildiğinde SSK ile ilgili olarak çok farklı bir sonuca ulaşılmasıdır.

Asıl amaç artan sağlık ve sosyal güvenlik harcamaları nedeniyle sosyal güvenlik sisteminin içine düşürüldüğü kaynak sorununa bir çözüm bulunması mıdır yoksa devletin sosyal kimliğinden arındırılması mıdır?

Devletin sosyal kimliği, kapitalizmin son yirmi yıldır süregelen küresel ekonomik bunalımını aşmak için uyguladığı siyasi, ekonomik ve kültürel önlemlerin boy hedefi olmuştur. Bu önlemler, devletin sosyal kimliğini tanımlayan tüm sistemlerle birlikte sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerini de derinden etkilemiştir. Bu önlemlerle sosyal devlet döneminde bütünsel bir nitelik kazanan devlet güvencesine alınan, sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri tarafından korunup geliştirilen haklar sınırlanacak; devletin bu hakların kullanılması konusundaki sorumluluğu en aza indirilecektir. Zorunlu ve ertelenemez olarak nitelenen bu süreçte bütünsel bir nitelik taşıyan sosyal haklar birbirinden soyutlanacak; bu hakların kullanılmasını sağlayan kamusal hizmetler niteliksizleştirilip gözden düşürülecek ve giderek piyasa kural ve koşullarına teslim edilecektir<sup>1</sup>.

Bu girişimler amacına ulaştığında, devletin temel insan hakları ile ilgili sorumluluğu yalnızca soyut bir yaşama hakkının korunması ile sınırlanacak; insanca yaşamak için gerekli olan diğer hakların nasıl ve hangi koşullarda kullanılabileceği hak isteme gücü ve yetkisi ile, yani ekonomik ve siyasi güç ile belirlenecektir. Böylece, yarının dünyasında insanca yaşamak, bedelini ödeyebilenlerin kullandığı bir azımlık hakkına dönüşecektir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı, SSK, Milli Savunma Bakanlığı, tıp fakültesi hastaneleri, KİT'ler gibi kurum ve kuruluşlar hem hizmet sunucusu hem de finansman

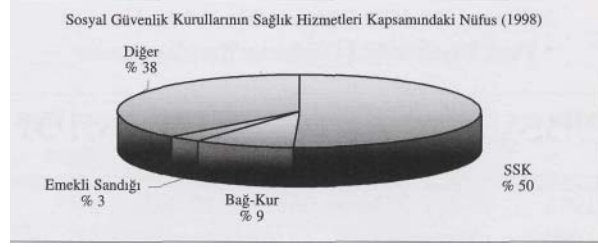
<sup>1</sup> Bülent Piyal, Sağlıkın Ekonomi Politikası, Bilim ve Ütopya, Aralık 1988

kaynağı durumundadır. Bağ-Kur, Emekli Sandığı, özel sağlık sigortaları gibi bazı kurum ve kuruluşlar ise yalnızca finansman sağlayıcı durumda olup kamu ve özel kesimden hizmet satın almaktadır. Özel hastaneler, özel tanı ve tedavi merkezleri, muayenehane hekimleri, Kızılay, Organ Nakli Vakfı gibi kurum ve kuruluşlar ile eczaneler ise özel kesim olarak yalnızca hizmet sunucusu konumundadır.

SSK'nın 1998 yılında sağlık kapsamındaki nüfusu 32,7 milyon, Bağ-Kur'un 5,7 milyon, Emekli Sandığı'nın ise 2 milyondur. Böylece, üç sosyal güvenlik kurumunun sağlık kapsamındaki nüfusu ülke nüfusunun % 62'sine ulaşmıştır.

Hizmet akdiyle çalışanların sosyal güvenliğini sağlamak üzere 1936 tarih ve 3008 sayılı İş Kanunu ile öngörülen ancak on yıllık bir gecikmeyle 9 Temmuz 1945 tarih ve 4792 sayılı kanunla 1 Ocak 1946'da kurulan İşçi Sigortaları Kurumu'nun adı, 1964 tarih ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun 136. maddesi ile Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) olmuştur. Kurumun kuruluş ve gelişiminde İkinci Dünya Savaşı sonrasında özellikle Batı Avrupa ülkelerinde yaygınlaşan sosyal devlet anlayışının ülkemizdeki yansımaları ve 1961 Anayasasının ardından sosyal devlet ilkesinin yaşama geçirilmesi çabalarının etkisi vardır. SSK'nın tasfiyesi de neoliberal eksenli küreselleşme politikalarının tüm dünyayı ve bu arada ülkemizi etkisi altına aldığı koşullarda gündeme gelmiştir.

Sosyal Sigortalar Kurumu ülkemizin en geniş kapsamlı sosyal güvenlik kurumudur. Kurumun sağlık ve sosyal sigorta uygulamalarında günümüze kadar kapsamındaki nüfus ve sağlanan yardımlarda yatay ve dikey gelişmeler olmuştur. SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'dan farklı olarak aynı zamanda sigortalılarına sağlık hizmeti de sunmaktadır. SSK'nın sağlık kapsamındaki nüfus, 1988-1998 döneminde iki katına çıkarak ül-

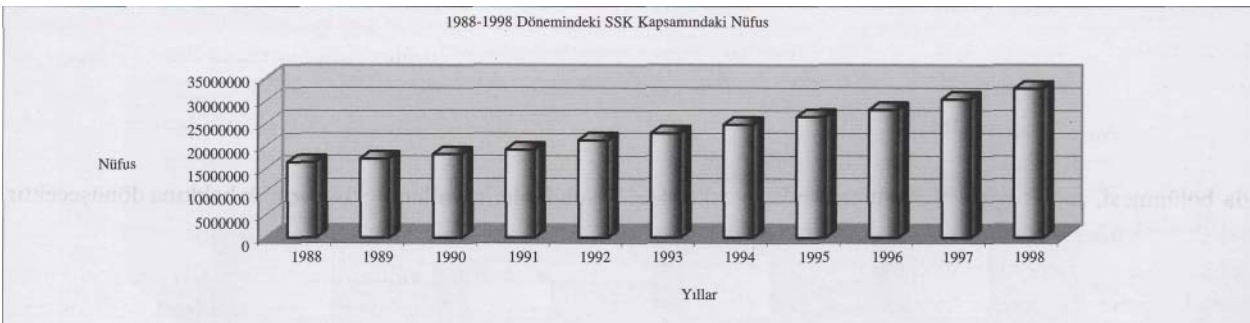


ke nüfusunun yaklaşık olarak yarısına ulaşmıştır (32,7 milyon).

1988 yılında 88 yataklı sağlık kuruluşundaki toplam 22 096 hasta yatağıyla 16 487 763 kişiye hizmet veren SSK, bu kapasiteyi 1998 yılında ancak 121 adet yataklı sağlık kuruluşunda bulunan toplam 29 664 hasta yatağına artırabilmiş, bu arada kapsamındaki nüfus da 32 747 588 kişiye ulaşmıştır. Kurumun toplam ünite sayısı ise yalnızca 1,4 kat artarak 513'e çıkmıştır. Buna paralel olarak Kurumun on yıllık dönem sonunda dönem başına göre ayaktan muayene sayısındaki artış 1,7 kat olurken, ameliyat sayısı 1,4 kat, doğum sayısı ise 1,5 kat artmıştır.

Kurumun kapsamındaki nüfusu on yıllık dönemin sonunda 2 katına çıkarken toplam ünite ve yataklı ünite sayısı 1,4 kat, yatak sayısı ise 1,3 kat artabilmiştir.

1998 yılı itibarı ile sigortalıların yaklaşık % 55'ini kapsayan ve taşra sevklere nedeniyle büyük bir yük taşıyan Ankara, İstanbul ve İzmir illeri SSK hastanelerinde tek bir manyetik rezonans görüntüleme (MRG) aygıtının bulunmaması oldukça düşündürücüdür. Çoğunluğu özel görüntüleme merkezlerinde olmak üzere yalnızca İstanbul'daki MR sayısının İngiltere'deki toplam MR sayısından daha fazla olduğu göz önüne alındığında SSK'nın bu alandaki eksikliği de çarpıcı bir örnek olarak tabloyu netleştirmektedir. Yine sigortalıların % 10'undan fazlasını kapsayan ve başta Ege Bölgesi olmak üzere birçok çevre ilinden önemli oranda sevk yükü taşıyan İzmir'deki SSK hastanelerinin birinde yalnızca tek bir bilgisayarlı tomografi (BT) cihazının olması



**Kaynak :** SSK İstatistik Yıllıkları ve Faaliyet Raporları, 1988-1998

SSK'nın 1988-1998 Dönemindeki Yataklı Ünite ve Yatak Sayılarındaki Değişimin Karşılaştırılması

Yıllar	Kapsamdaki Nüfus	Ünite Sayısı	Yatak Sayısı	Yataklı Ünite Sayısı
1988	16 487 763	368	22 096	88
1989	17 278 289	371	22 508	91
1990	18 305 136	412	23 981	94
1991	19 247 460	401	25 253	105
1992	21 370 361	414	25 617	106
1993	22 879 897	428	28 204	110
1994	24 812 466	456	26 877	112
1995	26 538 668	496	27 377	115
1996	28 062 033	499	27 744	117
1997	30 379 656	507	28 928	118
1998	32 747 588	513	29 664	121

Kaynak : SSK Faaliyet Raporları ve İstatistik Yıllıkları, 1988-1998

ve bu ilin yarısına hizmet veren Bozyaka SSK Hastanesi'nde bir BT cihazının olmaması dikkat çekicidir.

SSK'nın neredeyse tüm yükünü taşıyan İstanbul ve İzmir'deki hastanelerinde MR cihazı yoktur ve Ankara'daki Dışkapı SSK Hastanesi'nde kuruluş aşamasını henüz tamamlayan MR merkezi bir kaç hafta önce hizmet vermeye başlayabilmiştir. Kurumun gereksinimlerini karşılayacak harcamaları yapmasının önünde çeşitli engeller yaratılırken, SSK vakıf ve dernekleri aracılığı ile sağlanan kaynaklarla ihtiyaç duyulmayan illerde ilginç gelişmeler yaşanabilmektedir. SSK sigortalılarının %1'inden azını kapsayan Trabzon SSK Hastanesi'nde bu yolla bir MR merkezinin kurulması, planlama anlayışının yok sayılması ve SSK'nın merkezi planlama ile belirlenecek gereksinimlere göre özerk biçimde yatırım yapmasının engellenmesi sonucunda varılan rotasız gidişin kara mizah konusu olacak bir örneğidir.

SSK'nın 1988-1998 Döneminde Yatırım Harcamalarının DİE 1987=100 Tüketici Fiyatları Endeksine Göre Reel Olarak Karşılaştırılması

Yıllar	Toplam Yatırımlar	Tüm Gelirler
1988	100,00	100,00
1989	131,82	121,13
1990	128,63	129,58
1991	151,95	152,64
1992	124,37	136,13
1993	119,80	138,40
1994	106,49	140,46
1995	97,33	161,08
1996	83,76	158,26
1997	115,90	157,01
1998	76,81	203,13

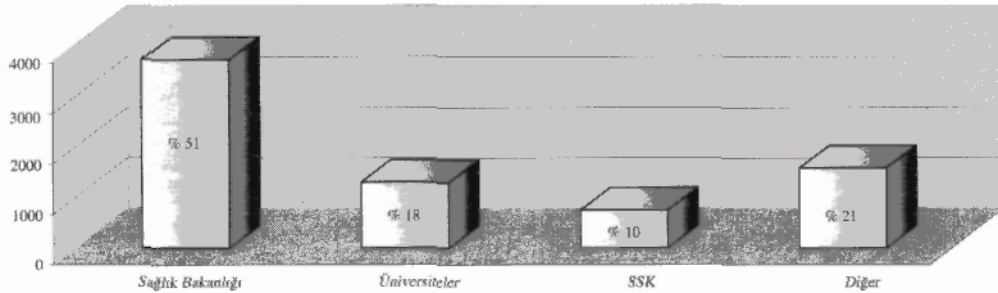
Kaynak : SSK Faaliyet Raporları ve İstatistik Yıllıkları, 1988-1998  
DİE 1987=100 Tüketici Fiyatları Endeks Yıl Ortalaması, 1998-1998

SSK'nın toplam gelirlerinin Devlet İstatistik Enstitüsü 1987=100 Tüketici Fiyatları Endeksine göre 1988 yılında 100 olan reel değişim endeksi 1998'de 203,13'e yükselirken yatırım harcamalarında 1988 yılında 100 olan endeks 1998 yılında 76,81'e düşmüştür. Yani toplam gelirler bu dönemde 2,03 kat artarken toplam yatırımlar 0,232 kat gerilemiştir.

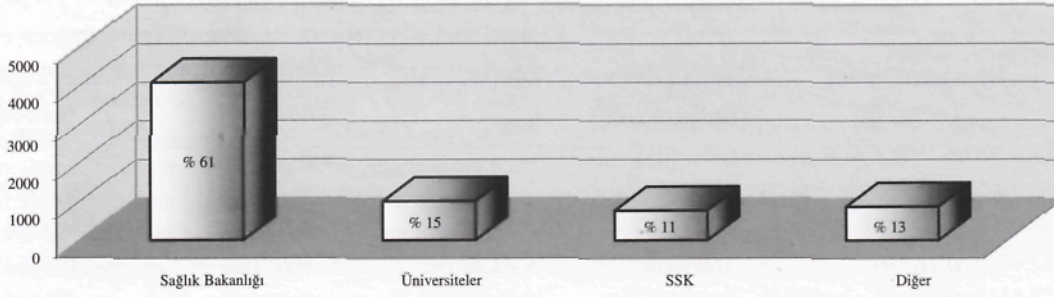
Kurumun 1988 yılında kapsadığı nüfus 16,48 milyon ve toplam fiili kadro sayısı 53 957 iken 1998 yılında kapsamdaki nüfus 32,78 milyon ile yaklaşık iki katına çıkmış, ancak toplam fiili kadro sayısı 59 364'e yükselmiştir. Yani kapsamdaki nüfus yaklaşık olarak % 100 oranında artarken toplam fiili kadro sayısı yalnızca % 10 oranında artırılmıştır.

SSK'da 1997 yılında çalışan toplam hekim sayısı 7493, uzman hekim sayısı 4345, pratisyen hekim sayısı 3148, hemşire sayısı ise 7708'dir. Ülkemizde hekimle-

Türkiye'deki Hekimlerin Kurumlara Göre Dağılımı (1997)



Türkiye'deki Hemşirelerin Kurumlara Göre Dağılımı (1997)



**Kaynak :** Sağlık İstatistikleri 1998, Sağlık Bakanlığı Araştırma ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Haz. Murat Bardak, 1999, s. 32

rin yalnızca % 10'u, hemşirelerin ise % 11'i SSK'da istihdam edilmektedir. Daha önce de vurguladığımız gibi aynı dönemde ayaktan muayene sayısı 1,7 katına, yatarak tedavi gören hasta sayısı 1,4 katına çıkarken fiili kadro sayısı ancak 1,1 kat artmıştır. Bu durum, SSK'nın sunduğu sağlık hizmeti kalitesinin kaçınılmaz bir biçimde düşmesine yol açmıştır. Yatırım harcamalarındaki azalma ile birlikte değerlendirildiğinde insan kaynaklarındaki bu gerileme de SSK'daki sağlık hizmeti yetersizliğini kolayca açıklamaktadır. Nüfusun yarısına sağlık hizmeti veren bir kurumun ülkenin hekim ve hemşirelerin yalnızca % 10'unu istihdam etmesi, milyonlarca insanımız için sorun yumağına dönüştürülen SSK hastanelerinin hasta yükünü nasıl taşıyamaz hale getirildiğini açıkça ortaya koymaktadır.

SSK'nın hastalık sigortası kolunun finansman kay-

nağı hastalık sigortası primleridir. Hastalık sigortasından yapılan tüm masrafların yıl içinde elde edilen hastalık sigortası primlerinden karşılanması zorunluluğu bulunmaktadır. SSK istatistiklerinin değerlendirilmesi sonucunda, bu sigorta kolunun prim gelirlerine hastalardan alınan ilaç iştirak payı bedelleri, giderlerine ise hastalara hastalıktan dolayı ödenen iş görememe ödenekleri de dahil edilmek suretiyle yapılan gelir-gider dengesi analizlerinde şu sonuçlar göze çarpmaktadır:

- 1993 yılına kadar sürekli fazlalık veren yani toplanan primlerin hepsini harcamayarak bir kısım artıran hastalık sigortası, 1994 yılından itibaren açık vermeye başlamış, 1995 yılında ise gelirlerin yarısına karşılık gelen yaklaşık 15 trilyon TL açık vermiştir.
- 1996 yılında hastalık sigortasının tüm giderlerinin

SSK'nın 1988-1998 Dönemindeki Hastalık Sigortası Gelir Giderlerinin Karşılaştırılması

Yıllar	Hastalık Sigortası Toplam Gelirleri Milyar TL	Hastalık Sigortası Toplam Giderleri Milyar TL	Hastalık Sigortası Gelir Fazlası Milyar TL	Hastalık Sigortası Gider Fazlası (Açık) Milyar TL
1988	867,448	539,528	358,705	-
1989	1 717,697	1 251,388	466,309	-
1990	3 266,698	2 394,383	872,315	-
1991	6 258,078	4 397,821	1 860,256	-
1992	9 898,399	8 124,274	1 774,115	-
1993	16 408,303	13 084,711	3 323,591	-
1994	23 272,360	25 147,524	-	1 875,174
1995	32 404,732	47 129,025	-	14 724,293
1996	90 754,457	93 578,385	-	2 823,928
1997	219 164,047	211 458,351	7 705,696	-
1998	429 880,542	429 019,776	860,767	-

**Kaynak :** SSK İstatistik Yıllıkları ve Faaliyet Raporları, 1988-1998

## SSK'nın 1988-1998 Döneminde Toplam Tedavi Giderleri (milyar ABD doları)

Yıllar	Dışarıda Yapılan Tedavi (a)	Anlaşmalı Doktor veya Kurum (b)	Toplam (a+b)	Sağlık Tesisi Giderleri (c)	Genel Toplam (a+b+c)
1988	0,07055	0,01176	0,08231	0,24868	0,33099
1989	0,12225	0,02189	0,14414	0,37997	0,52411
1990	0,16730	0,03806	0,20536	0,61106	0,81642
1991	0,20827	0,05156	0,25983	0,68195	0,94178
1992	0,19340	0,05051	0,24391	0,81534	1,05925
1993	0,20798	0,05477	0,26275	0,83791	1,10066
1994	0,13260	0,04520	0,17780	0,61157	0,78900
1995	0,16465	0,05443	0,21908	0,76068	0,97976
1996	0,19962	0,07072	0,27034	0,81482	1,08500
1997	0,26740	0,08113	0,34850	0,96875	1,31725
1998	0,31871	0,10912	0,42783	1,13537	1,56320

Kaynak : SSK İstatistik Yıllıkları ve Faaliyet Raporları, 1988-1998  
T.C. Merkez Bankası Yıllık Ortalama Döviz Kurları, 1988-1998

tüm gelirlerine göre verdiği açık oranı % 3'e gerilemiştir.

- Kurumun hastalık sigortası gelirleri 1997 ve 1998 yıllarında yeniden fazlalık vermiştir.

"Kara Delik" masallarına rağmen 1998-1998 döneminde hastalık sigortası gelirleri, 1994-1996 yılları dışında tüm giderleri karşılamış ve açık vermek bir yana fazla vermiştir. Bu sonuç; SSK sağlık hizmetlerinde, ileri sürülenin aksine finansman krizi yaşanmadığını göstermektedir.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık harcamaları cari, reel ve ABD Doları bazında hızlı bir artış göstermektedir. Bu gelişmeye paralel olarak gerek toplam sağlık harcamaları gerek kamu ve özel sağlık harcamaları gerekse sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları hızla artmaktadır. Ülkemizde 1988 yılında 2,74 milyar dolar olan toplam sağlık harcaması 1998 yılında 2,7 kat artarak 7,48 milyar dolara çıkmıştır. 1988 yılında 1,43 milyar dolar olan kamu sağlık harcamaları da 3,3 kat artarak 1998 yılında 4,71 milyar dolara çıkmıştır<sup>2</sup>.

SSK'nın 1988'de 0,33 milyar ABD Doları olan toplam sağlık harcaması 1998'de 4,7 kat artarak 1,56 milyar dolara çıkmıştır. Bu yıllar arasında Kurum sağlık hizmetlerinden yararlananların sayısı da iki katına çıktı-

ğı için kapsamdaki nüfus da göz önüne alındığında gerçekte toplam sağlık harcamaları dolar bazında 2,35 kat artmış olmaktadır. (4,7/2). Dönem başında 0,25 milyar dolar olan sağlık tesisi giderleri ise dönem sonunda 4,6 kat artarak 1,1 milyar dolara çıkmıştır. Dönem başında kişi başına düşen sağlık harcaması 20 dolar iken dönem sonunda 47,7 dolara yükselmiştir. Özetle, 1988-1998 dönemi boyunca Kurumun gerek toplam sağlık harcamaları gerekse kişi başına düşen sağlık harcamaları ABD Doları bazında artış göstermiştir.

Kapsamdaki nüfusu, SSK'ya paralel olarak yaklaşık iki kat artarak 2 milyona çıkan Emekli Sandığı'nın toplam sağlık harcamaları 1988 yılında 0,06 milyar dolar iken 1998 yılında 12 kat artarak 0,722 dolara yükselmiştir. Emekli Sandığı'nın dönem sonunda dönem başına göre kapsamdaki nüfus artışı göz önüne alındığında gerçekte toplam sağlık harcamaları dolar bazında 6 kat olmaktadır (12/2). Sağlık kapsamındaki nüfusu on yıl içinde yaklaşık 9 kat artarak 5.7 milyona çıkan Bağ-Kur'un aynı dönemdeki sağlık harcamaları ise 0,022 milyar dolardan 0,775 milyar dolara çıkarak yaklaşık 35 kat artmıştır. Ancak, Bağ-Kur'un sağlık kapsamındaki nüfusu aynı dönemde 9 kat arttığından Kurumun bu dönemdeki sağlık harcamalarındaki artış gerçekte 3,6 katır. Yani; SSK bu dönemde, ABD Doları bazındaki toplam sağlık harcamalarında Emekli Sandığı'na göre 2,5

<sup>2</sup> DPT internet sayfaları 1999, Tablo 8-11 Sağlık Harcamaları Verileri, <http://dpt.gov.tr> ve T.C. Merkez Bankası Yıl Ortalaması Döviz Kurları

kat, Bağ-Kur'a göre ise 1,5 kat avantaj sağlamıştır.

Sosyal güvenlik kurumlarının kamu sağlık harcamaları içerisindeki payı da hızla artarak 1988 yılında % 29 iken 1998 yılında % 64'e yükselmiştir. On yıllık dönemin sonunda SSK sağlık harcamalarının kamu sağlık harcamalarına oranı % 23'den % 32'ye, Bağ-Kur sağlık harcamalarının kamu sağlık harcamalarına oranı % 1,55'den % 13'e, Emekli Sandığı sağlık harcamalarının kamu sağlık harcamalarına oranı da % 4'den % 15'e çıkmıştır. Kapsamdaki nüfus artış oranı/kamu sağlık harcaması içerisindeki artış oranı denkleminden SSK'nın sağlık harcamalarının gerilediği (0,69), Bağ-Kur sağlık harcamalarının sabit kaldığı (1,05), Emekli Sandığı sağlık harcamalarının ise yaklaşık 2 kat arttığı görülmektedir (1,92)<sup>3</sup>. Dışarıdan sağlık hizmeti satın alınmasına ayrılan kaynaklar, SSK'nın sağlık giderlerinin yaklaşık dörtte birini oluşturmuştur. Sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde kurum içinde sunulduğunu ve dışarıdan alınan hizmetlerin Kurum için avantaj sağlayacak şekilde bedelinin ödendiğini gösteren bu oran, SSK'nın tedavi maliyetlerinin diğer sosyal güvenlik kurumlarından çok daha az olmasını sağlayan önemli faktörlerden biridir.

Gerek dünyada gerekse ülkemizde sağlık harcamaları içerisinde önemli bir paya sahip olan ve her geçen yıl ABD Dolan bazında ve reel olarak artış eğilimini sürdüren ilaç harcamaları sosyal güvenlik kurumlarımızın sağlık harcamalarında da başat rol oynamaktadır. Dünyada, ABD, Kanada, Avrupa'nın beş gelişmiş ülkesi, Japonya, Brezilya, Meksika, Arjantin, Avusturalya ve Yeni Zelanda'yı kapsayan IMS seçilmiş ülkeler kategorisinde Nisan 1999 ile Nisan 2000 döneminde perakende satış üzerinden toplam 212,2 milyar ABD Dolan ilaç tüketilmiştir. Bu dönemde ABD'de perakende satışlar % 15 artış göstererek 77,7 milyar dolardan 89,3 milyara yükselirken Almanya, Fransa, İtalya, İngiltere ve İspanya'yı kapsayan Avrupa marketlerindeki perakende satış düzeyi 53 milyar dolar olmuştur. Japonya'da da perakende ilaç satışları istikrarlı bir büyüme ile % 4 oranında artarak 41,2 milyar dolardan 49,2 milyara ulaşmıştır<sup>4</sup>. Bu veriler Japonya dışında hastanelerde tüketilen ilaçları içermemekte yalnızca perakende satılan ilaçları kapsamaktadır. PhRMA (Pharmaceutical

Research and Manufacturers of America) Industry Profile 1999'un tahmini verilerine göre ABD'de 1998'de 81,3 milyar dolar olan toplam ilaç satışı 1999 yılında % 12,9 oranında artarak 91,8 milyar dolar olmuştur<sup>5</sup>. PhRMA verileri hastaneleri de içeren toplam rakamlardır. Görüldüğü gibi dünya ilaç tüketiminin büyük bir bölümü ABD, Avrupa ülkeleri ve Japonya gibi gelişmiş ülkelere gerçekleştirilmekte ve her geçen yıl artış göstermektedir.

Ülkemizde de tüketici fiyatlarıyla ABD Doları bazında ilaç tüketimi hızla artış göstermektedir. 1988 yılında tüketici fiyatlarıyla 941 milyon ABD Doları olan ilaç tüketimi on yıl içerisinde 3,7 kat artarak 1998 yılında 3,478 milyar dolara yükselmiştir<sup>6</sup>. Devlet Planlama Teşkilatı'nın tahmini verilerine göre 1998 yılında 7,48 milyar dolar olan ülkemizin toplam sağlık harcaması içerisinde ilaç harcamalarının payı % 45 oranındadır<sup>7</sup>. Bu artışta SSK ve diğer sosyal güvenlik kurumlarının rolü nedir?

SSK'nın yapmış olduğu ilaç harcamalarındaki reel

**SSK'nın 1988-1998 Dönemindeki İlaç Harcamalarının DİE 1987=100 Tüketici Fiyatları Endeksine (TÜFE) Göre Reel Olarak ve ABD Doları Bazında Karşılaştırılması**

Yıllar	SSK İlaç Harcamaları (Reel)	SSK İlaç Harcamaları (Milyon ABD Doları)
1988	100	102,78
1989	198	224,98
1990	200	293,20
1991	212	321,80
1992	237	371,60
1993	223	362,35
1994	227	282,70
1995	239	375,20
1996	249	395,29
1997	304	477,54
1998	380	637,25

**Kaynak :** SSK İstatistik Yıllıkları ve Faaliyet Raporları, 1988-1998 DİE 1987=100 Tüketici Fiyatları Endeksi Yıl Ortalaması, 1988-1998 T.C. Merkez Bankası Yıllık Ortalama Döviz Kurları, 1988-1998

<sup>3</sup> DPT, a.g.k. ve SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı istatistik yıllıkları ve faaliyet raporları 1988-1998, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur Bilgi İşlem Dairesi verileri 1999, T.C. Merkez Bankası yıl ortalaması döviz kurları 1988-1998

<sup>4</sup> IMS internet Home Page, IMS Health, World Drug Monitor/April 2000, <http://www.imshealth.com/html/wdm/index.htm>

<sup>5</sup> PhRMA internet Home Page, Industry Profile 1999, <http://www.phrma.org>

<sup>6</sup> İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası (İESS) İstatistikleri, 1999

<sup>7</sup> DPT, a.g.k.

artış görece düşük düzeyde seyretmiş, hatta 1992-1996 döneminde yavaşlamıştır. Kurumun ilaç harcamalarındaki 1998 yılında 100 olan reel artış endeksi, dönem sonunda 380 olmuştur, SSK'nın 1998 yılındaki ilaç harcaması, 1988 yılına göre (TÜFE 1987=100) 3,8 kat artmıştır. Kapsamdaki nüfus da bu yıllar arasında iki kat arttığı için reel artış aslında 1,9 kat olmaktadır (3,8/2). Kurumun ilaç harcamalarının ABD Doları bazındaki seyri ise reel artış oranının üzerindedir. Dönem sonunda dönem başına göre ilaç harcamaları 6.2 kat artarak 103 milyon dolardan 637 milyon dolara yükselmiştir. 1988-1998 döneminde kapsadığı nüfus SSK'ya paralel olarak iki kat artan Emekli Sandığı'nın ilaç harcamaları ise reel olarak 6 kat, ABD Doları bazında da 10 kat artarak 409 milyon dolara çıkmıştır. İlaç harcamalarındaki artış hızında da SSK, dönem sonunda dönem başına göre Emekli Sandığı'na göre reel olarak ve ABD Doları bazında yaklaşık 1,5 kat avantaj sağlamıştır. Emekli Sandığı istatistiklerinde hastane harcamaları olarak görünen kalemin içerisinde ilaç harcamaları da vardır ve gerçekte bu kurumun ilaç harcamaları daha da yüksektir.

Ülkemizin en büyük sosyal güvenlik kurumu olan

SSK'nın ilaç tüketiminin Türkiye tüketici fiyatlarıyla ülkenin toplam ilaç tüketimine oranı oldukça çarpıcıdır. 1998 yılı itibarıyla 64.8 milyon olan ülke nüfusunun yarısına sağlık hizmeti sunan SSK'nın ABD Doları bazında toplam ilaç tüketiminin yalnızca % 18'ini yani beşte birden azını gerçekleştirmesi, Kurumun kaynaklarının ne denli etkili kullanıldığına göstergesidir. SSK'nın 1992 yılında çıkarttığı Eşdeğer İlaçlar İçinde Ucuz Olanın Tercih Edilmesine İlişkin İlaç Fiyat Kararnamesinin de katkısı ile toplu alım gücü kullanarak piyasa fiyatının çok altında ilaç satın alabilmesi, bu başarıda temel rolü oynamıştır. 1998 yılında ülkemizdeki ilaç tüketiminin dolar bazında yaklaşık % 12'sinin nüfusun %3'ünü kapsayan Emekli Sandığı tarafından yapılmış olması oldukça çarpıcıdır. Kurumun hastane harcamaları içerisinde yer alan ve ne kadar olduğu saptanamayan ilaç harcamaları da göz önüne alındığında ilaç tüketiminin ülkenin toplam ilaç tüketimine oranı % 12'den daha yüksek boyutlarda olacaktır. Aynı yıl, ülke nüfusun yaklaşık olarak % 9'unu sağlık güvencesi kapsamına alan Bağ-Kur'un ise tüketici fiyatlarıyla ülkenin yıllık toplam ilaç tüketiminin yaklaşık % 11'ini gerçekleştirmesi de dikkat çekicidir. Bağ-Kur istatistiklerinde de ilaç harcamalarının bir bölümü diğer harcama kalemlerine

Sosyal Güvenlik Kurumlarının İlaç Harcamalarının  
Türkiye İlaç Endüstrisi Tüketici Fiyatları Toplamı ile ABD Doları Bazında Karşılaştırılması

Yıllar	SSK Milyon ABD \$	Emekli Sandığı** Milyon ABD \$	Bağ-Kur Milyon ABD \$	Ülke Toplamı Milyon ABD \$
1988	102,78	40,1	16,80	941
1989	224,98	89,4	55,40	1 022
1990	293,20	66,3	75,06	1 425
1991	321,80	85,1	27,40*	1 992
1992	371,60	121,1	16,95*	1 869
1993	362,35	155,6	19,20*	2 355
1994	282,70	150,4	35,70*	1 879
1995	375,20	223,4	76,30*	2 452
1996	395,29	255,6	113,40*	2 614
1997	477,54	316,4	165,10*	3 178
1998	637,25	408,7	382,50	3 478

\* Bağ-Kur'un hastane ve şahıs harcamaları içerisindeki ilaç harcamaları Kurum istatistiklerinde yer almadığından gerçekte tablodaki verilerden daha yüksektir. \*\* Emekli Sandığı'nın hastane harcamaları içerisindeki ilaç harcamaları Kurum istatistiklerinde yer almadığından gerçekte tablodaki verilerin üzerindedir.

**Kaynak :** SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı İstatistik Yıllıkları ve Faaliyet Raporları, 1988-1998, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı verileri, 1999, TC Merkez Bankası Yıllık Ortalama Döviz Kurları 1988-1998

rinde görüldüğünden aslında bu Kurumun da ilaç tüketim oranı daha yüksektir. Bu durum göz ardı edildiğinde bile nüfusun % 50'sini kapsayan SSK, tüketici fiyatlarıyla toplam ilaç tüketiminin % 18'ini gerçekleştirirken nüfusun % 12'sini kapsayan Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tüketici fiyatlarıyla toplam tüketimin % 33'ünü gerçekleştirmektedir. Ülkemizde toplam sağlık harcamalarının yarısına yakınının ilaç harcaması olduğu göz önüne alındığında SSK'nın sağladığı bu avantaj daha da önem kazanmaktadır.

1988-1998 döneminde tüketici fiyatları esas alındığında dönem başı ve sonu itibarıyla ülkemizde toplam ilaç tüketimi 3 kat artarken SSK ilaç harcamaları 3 kat, Bağ-Kur ilaç harcamaları 2,5 kat, Emekli Sandığı ilaç harcamaları ise 5 kat artmıştır. SSK'nın 1998 yılında kişi başına düşen ilaç harcaması, Bağ-Kur'un yaklaşık üçte biri, Emekli Sandığı'nın ise yaklaşık onda biridir. Ancak, daha önce de belirtildiği gibi Bağ-Kur ve Emekli Sandığı istatistiklerinde ilaç harcamalarının bir bölümü başka harcama kalemleri içerisinde yer aldığından bu kurumların ilaç tüketimi daha yüksektir.

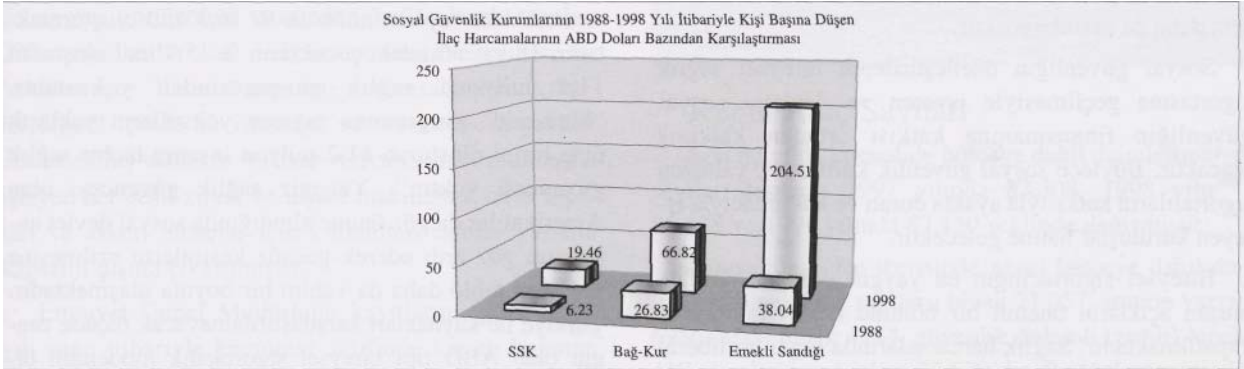
Kişi başına düşen ilaç tüketiminde de SSK dikkat çekici bir başarı sağlamıştır. Türkiye'de 1998 yılında

ABD Doları bazında tüketici fiyatlarıyla kişi başına düşen ilaç harcaması 54 dolar iken bu oran SSK'da 19,5 dolar, Bağ-Kur'da 67 dolar Emekli Sandığı'nda da 205 dolar olmuştur.

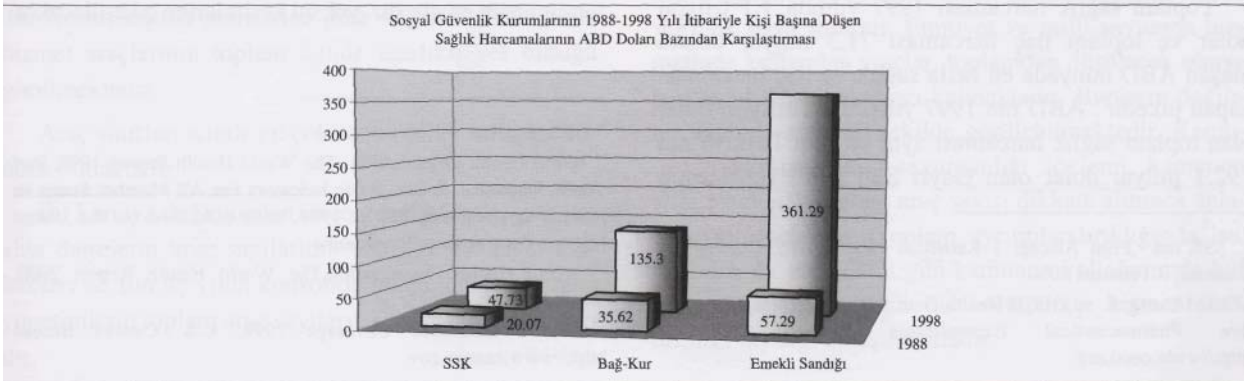
Sosyal güvenlik kurumlarının toplam sağlık harcamalarına paralel biçimde kişi başına düşen sağlık harcamaları da on yıllık dönemin sonunda artış göstermiştir.

Sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamalarının ABD Doları bazında artış oranlarında da kurumlar arasında büyük farklar söz konusudur. Dönem başı ile dönem sonu kıyaslandığında SSK'daki artış oranı 2,3 kat olurken, Bağ-Kur'da 3,8 kat, Emekli Sandığı'nda ise 6,3 kat olmuştur. Dönem sonu olan 1998 yılında SSK'nın ABD Doları bazında kişi başına düşen sağlık harcaması Bağ-Kur'un kişi başına düşen sağlık harcamasının yaklaşık üçte biri, Emekli Sandığı'nın kişi başına düşen sağlık harcamasının da yaklaşık sekizde biridir.

Sağlık hizmetlerine erişim olanakları, sunulan sağlık hizmetinin kalitesi ve sigortalıların muayene, ilaç ve tıbbi girişimler için yaptığı cepten ödemeler gibi sorunlar bu çalışmanın kapsamı dışındadır. Tanımlanan sorunların nesnel ölçütler çerçevesinde değerlendirilmesi,



**Kaynak:** SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı İstatistik Yıllıkları ve Faaliyet Raporları, 1988-1998, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı verileri 1999, T.C. Merkez Bankası Yıl Ortalaması Döviz Kurları, 1988-1998



kurumsal verilerin eksikliği nedeniyle oldukça güç, hatta hemen hemen olanaksızdır. Ancak SSK'da daha yoğun bir şekilde göze çarpan bu sorunlar Kurumun adeta bilinçli bir biçimde yatırım harcamalarının dondurulması, personel gereksinimlerinin görmezden gelinmesi, toplanan primlerin sıfır faize kadar düşebilen oranlarda kamu bankalarına aktararak rasyonel bir biçimde değerlendirilmesinin engellenmesi, hastanelerde yığılmayı önleyecek olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde düzenlenmemesi, sevk zincirinin kurulmaması ve piyasa güçlerinin baskısıyla kurum dışından alınan hizmetlerin yaygınlaştırılması çabalarının beklenen bir sonucudur.

SSK'nın 2000 yılı Nisan ayı sonu itibariyle çeşitli resmi ve özel kuruluşlardan prim ve gecikme zammı olarak 1 katrilyon 58 trilyon TL alacağı vardır. Bu alacağın 779 trilyon 734 milyar TL'si özel sektörün, 278 trilyon 904 milyar TL'si ise kamu sektörünün borcudur<sup>8</sup>. Kurumun finansal kaynaklarının etkin olarak kullanılamamasının yanı sıra alacaklarının tahsil edilememesi de var olan sorunu finansal bir kriz boyutuna taşımaktadır. SSK'nın parçalanarak tasfiyesi ve bireysel sağlık sigortasının yaygınlaştırılması ile Kurumda üretilen sağlık hizmetleri de piyasadan satın alınacak, kriz daha da derinleşecektir.

Sosyal güvenliğin özelleştirilerek bireysel sağlık sigortasına geçilmesiyle işveren ve devletin sosyal güvenliğin finansmanına katkısı ortadan kalkmış olacaktır. Böylece sosyal güvenlik kurumları, yalnızca sigortalıların katkısıyla ayakta duran ve kâr amacıyla işleyen kuruluşlar haline gelecektir.

Bireysel sigortacılığın en yaygın olduğu ABD'de oluşan açıkların önemli bir bölümü devlet tarafından kapatılmaktadır. Sağlık harcamalarında koyu bir liberal sistemin egemen olduğu bu ülkede bile sağlık ve sosyal güvenlik alanına devlet kaynaklarının aktarılması kara delik olarak yorumlanmamaktadır.

Toplam sağlık harcaması 1997 yılında 1,1 trilyon dolar ve toplam ilaç harcaması 71,3 milyar dolara ulaşan ABD dünyada en fazla sağlık ve ilaç harcaması yapan ülkedir<sup>9</sup>. ABD'nin 1997 yılında 1,1 trilyon dolar olan toplam sağlık harcaması aynı yıl için Türkiye'nin 192,1 milyar dolar olan Gayri Safi Milli Hasılasının

yaklaşık 5 katıdır<sup>10</sup>. Ancak bu düzeyde harcama yapılmasına rağmen sağlık parametreleri birçok ülkenin gerisinde kalmaktadır. ABD, dünya ülkeleri arasında bebek ölüm oranını azaltma başarı sıralamasında %0,7 ile 13'üncü (Türkiye'de bebek ölüm oranı % 4,5'tur), doğumda yaşam beklentisini artırma başarı sıralamasında 77 yaş ile 14'üncü (Türkiye'de doğumda yaşam beklentisi 69 yaştır), anne ölümünü azaltma başarı sıralamasında yüz binde 12 ile 24'üncü (Türkiye'de bu oran yüz binde 180'dir), 50 yaş altı ölümü azaltma başarı sıralamasında % 11 ile 29'uncu sıradadır<sup>11</sup> (Türkiye'de elli yaş altında ölüm oranı % 38'dir). Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık sistemlerinde performans değerlendirme yapan Dünya Sağlık Raporu 2000 verilerine göre ABD iyi sağlık hizmeti verme konusunda oldukça geri bir düzey olan 37. sırada yer alabilmiştir. Türkiye ise bu sıralamada 70. olabilmıştır<sup>12</sup>. Bireysel sağlık sigortacılığının en yaygın olduğu ülke olan ABD'de böylesi yüksek oranlı toplam sağlık ve ilaç harcamalarına rağmen toplumsal sağlık parametrelerinin gelişmiş ülke sıralamasında gerilerde kalmasının temel nedeni sosyoekonomik eşitsizliklerdir. ABD Nüfus Bürosu verilerine göre bu ülkede 1998 yılında 44,3 milyon insanın hiçbir sağlık güvencesi yoktur ve bu gruptaki Amerikalılar toplam nüfusun % 16,3'ünü oluşturmaktadır. 18 yaş altındaki çocukların % 15,4'ünü oluşturan 11,1 milyonu sağlık güvencesinden yoksundur. "Medicaid" programına rağmen yoksulların yaklaşık üçte birini oluşturan 11,2 milyon insanın hiçbir sağlık güvencesi yoktur<sup>13</sup>. Yetersiz sağlık güvencesi olan Amerikalılar da göz önüne alındığında sosyal devlet anlayışını göz ardı ederek güçsüz kesimlerin ezilmesine yol açan tablo daha da vahim bir boyuta ulaşmaktadır. Türkiye ile kaynakları karşılaştırılmayacak ölçüde zengin olan ABD tipi bireysel sigortacılık modelinin ülkemizde örnek alınarak yaygınlaştırılmasının sosyoekonomik maliyeti çok ağır olacak ve bu maliyetin faturası da ABD'de olduğu gibi ağırlıklı olarak toplumumuzun en güçsüz-yoksul kesimlerine çıkartılacaktır.

<sup>8</sup> SSK'nın Prim Alacağı 1 Katrilyon Lirayı Aştı, Cumhuriyet Gazetesi, 3 Temmuz 2000)

<sup>9</sup> PtuRMA. a. g. k. ve OECD Health Data 1998, The Global Perspective Pharmaceutical Expenditures Across Countries. <http://www.oecd.org>

<sup>10</sup> DPT. a. g. k.

<sup>11</sup> World Health Organisation, The World Health Report 1999. Part Three Statistical Annex. Basic Indicators For All Member States ve Human Development Report 1999, undp published for the United Nations Development Programme

<sup>12</sup> World Health Organisation. The World Health Report 2000, <http://www.who.int/whr>

<sup>13</sup> Health Insurance Coverage 1998, U.S. Census Bureau <http://www.census.gov>

