

PANEL

SSK'DE İÇ PİYASA YÖNELİMİ

SSK Kanun Tasarı Taslağı Ne Getiriyor?*

İlker BELEK**

Birkaç ay önce Sosyal Sigortalar Kurumu'nun yeniden yapılandırılmasını hedefleyen yeni bir Kanun Tasarı Taslağı yayınlandı. Taslak hem mali, hem idari, hem de sağlık hizmetlerinin üretimi bakımından önemli değişiklikler öngörüyor. Bu yazıda bunların içinden sağlık hizmetleri (hastaneler) ile ilgili olanları kısaca değerlendirilecektir.

1. SSK HASTANELERİNDE NELER PLANLANIYOR ?

1-) SSK'nın yapısı SSK Sigorta Genel Müdürlüğü ve SSK Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü olmak üzere iki ana parçaya ayrılıyor.

2-) Sağlık İşleri Genel Müdürlüğüne başkalarının yanı sıra şu ana görevler veriliyor:

- a) sağlık ve tedavi hizmetleriyle ilgili politika belirleme,
- b) plan yapma,
- c) sağlık tesislerinde maliyet-tasarruf çalışmaları yapma,
- d) her türlü sağlık kuruluşu ve kişilerden hizmet satın almayla ilgili esasları belirleme, protokol yapma,
- e) yönetim kurulunun teklifi, bakanlığın onayı ve bakanlar kurulunun kararı ile kamu tüzel kişiliğine sahip, idari ve mali özerkliğe sahip, başkanlığa bağlı sağlık işletmeleri kurma, mevcut sağlık tesislerini işletmeye dönüştürme.

Yukarıdakilerden ortaya çıkan en önemli sonuç SSK hastanelerinin özerk statülü işletmeler durumuna getirilmek istenmesi ve özel sektörden sağlık hizmeti satın almanın yasallaştırılmasıdır. Özerk statülü sağlık işletmeleriyle ilgili ayrıntılar daha sonradan çıkarılacak yönetmeliklerle belirlenecektir.

Kurumda finansman ve sağlık hizmeti üretimiyle ilgili iki genel müdürlüğün oluşturulması ve hastanelerin işletmeleştirilmesi, özel sektörden hizmet satın almayla ilgili düzenlemeler birlikte değerlendirildiğinde, kanun tasarısı taslağıyla hedeflenenin SSK sağlık hizmetlerinde "iç piyasacı" yeni bir düzenleme olduğu söylenebilir.

2. SSK DEĞİŞİKLİĞİ HANGİ SAĞLIK ORTAMINDA GÜNDEME GELİYOR ?

SSK'nın sağlık hizmetleri boyutunda ciddi sorunlar yaşadığı herkes tarafından kabul ediliyor. SSK'lıların memnuniyetsizliğine neden olan bu sorunlar, özellikle şimdiki hükümetin SSK'nın mevcut yapısının değiştirilmesi gerektiği şeklindeki müdahalesinin zeminini oluşturuyor. Öte yandan ortada bir gerçek daha bulunuyor. O da SSK'nın kaynakları ile yerine getirmek zorunda olduğu hizmet yükü arasındaki büyük dengesizliktir. Nitekim:

1-) Genel bütçeden SSK'ya aktarılan kaynak miktarı hiçbir Avrupa ülkesinde olmadığı kadar düşüktür. Hatta son yıllara kadar SSK'ya genel bütçeden hiçbir katkı yapılmamıştır. Dolayısıyla, genel bütçenin oluşturulmasına, ödedikleri vergilerle katkı yapmış olan SSK'lılar yıllarca genel bütçe desteğinden mahrum bırakılmışlardır.

2-) Türkiye nüfusunun yaklaşık yarısı SSK'lıdır ve tedavi edici sağlık hizmetlerini SSK'dan almak zorundadır. Öte yandan Türkiye'deki hekimlerin ve hemşirelerin ancak %10 kadarı SSK kadrosundadır. Ebeler ve diş hekimleri için aradaki dengesizlik daha da fazladır. Kısacası SSK'nın iş yükü ile kaynakları arasında en azından 5 katlık bir dengesizlik vardır. Bu dengesizlik ortamında SSK'dan işini gerçekleştirmesi, hizmet verdiği nüfusu memnun etmesi beklenmektedir. Oysa sağlık yönetiminin en temel ilkesi gerekli kaynakların bulunmasıdır. Bir başka ifade ile kaynak

*"Sosyal Güvenlik, SSK Nereye?" Mart 2000, Ankara Panelinde Sunulmuştur.

** Yrd. Doç. Dr., Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

olmadan hizmet üretmek ve yönetmek mümkün değildir. SSK'dan yıllardır istenen, yönetim işlevlerini kaynaksız yerine getirmesidir.

3-) SSK kaynakları, özellikle son 20 yıldır, sermaye çevrelerinin kullanımına sunulmaktadır. Örneğin faiz oranlarının ve enflasyonun %100 düzeylerinde seyrettiği dönemlerde SSK gelirleri %20 oranında bir faizle bankalarda tutulmuştur. SSK'nın işverenden alacaklı olduğu primler bir türlü tahsil edilememiş ve giderek artmıştır. Öyle ki artık, SSK'nın uğradığı kayıpların bir yıllık bedeli ile sağlık hizmetlerinin onlarca yıllık giderini karşılamak olanaklıdır.

Yukarıdaki verilerin tanımladığı tablo değiştirilmedikçe, bu tablo sorgulanmadıkça SSK ile ilgili herhangi bir girişimin başarıya ulaşma şansının bulunmadığı açıktır. Oysa hükümetlerin tavrı, SSK'da yaşanan sorunları sürekli olarak SSK'nın kamucu niteliğine ve zaman zaman da hekimlerin ilgisizliğine, tembelliğine bağlamak olmuştur.

3. SSK KANUN TASARI TASLAĞI İLE GENEL SAĞLIK SİSTEMİ REFORMLARININ İLİŞKİSİ

Son 20 yıldır dünya ölçeğinde sağlık sistemlerine yönelik reform girişimleri mevcuttur. SSK Kanun Tasarı Taslağı'nı da etkilemiş bulunan bu sürecin ana özellikleri şu şekilde özetlenebilir:

1-) Reformu uyaran ana unsur kapitalist ekonomilerin dünya ölçeğinde içine girdiği ekonomik bunalımdır. Bu ortamda sınıflar arasındaki sosyal devletçi sözleşme burjuvazi tarafından ihlal edilmiş, vergi gelirlerinin oluşturulmasındaki sınıfsal denge işçi sınıfının aleyhine bozulmuş, vergi tabanı daha fazla oranda ücretlilerin, dar gelirliilerin üzerine kaymış ve vergi gelirlerinin ulusal gelir içindeki payı küçülmüştür. İşte böyle bir ortamda hükümetler sağlık hizmetleri için daha fazla kaynak ayıramayacaklarını ifade etmeye başlamışlardır.

2-) Ekonomik krizin sağlık sektöründeki yansıması kaynak sıkıntısı şeklinde olmuştur. Dünya Bankası 1980'lerin ortalarından itibaren kaynak sıkıntısına çözüm olarak iki strateji önermiştir. Bunlardan birisi bütçe dışı kaynak yaratılması, diğeri ise eldeki kaynakların daha verimli kullanımınıdır.

Bütçe dışı kaynakların yaratılması kamu sigortası gibi kamusal, kullanıcı ödentisi, özel sigorta, katkı payı gibi özel nitelikli yolların kullanımını öngörmektedir. Sigorta tercihi özellikle yerleşik bir finansman mekanizması bulunmayan, vergi tabanı dar az gelişmiş ülkelerde gündeme getirilmiştir. İkinci olarak anılan ise özelleştirme denilen politika bütününü oluşturur ve istisnasız dünyanın bütün bölgelerini etkilemektedir. Görüldüğü gibi bu tercihlerin arkasındaki temel mantık, zaten önemli oranda az gelirliiler üzerine oturan vergi tabanının, içinde bulunulan politik konjonktürde, sermaye sınıfı üzerine kaydırılmayaacağı ve bağlantılı olarak da vergi gelirlerini artırmanın olanaksız olduğu varsayımı ya da politik

tercihidir. Bu durumda tek "gerçekçi" finansman mekanizması olarak, zaten baskılanmış toplum kesimleri üzerine ek tüketim vergileri koymak kalmaktadır. Sigorta, kullanıcı ödentisi gibi tercihlerin bu başlık altında değerlendirilmesinde herhangi bir sakınca yoktur.

Kaynakların daha verimli kullanımı denildiğinde anlaşılan ise, bir yandan kaynakları öncelikli sağlık alanlarına, koruyucu sağlık hizmetlerine yönlendirmek, öte yandan sağlık sistemi içine piyasa kurallarını sokarak, rekabeti uyarmaktır. Bunun için devletin sağlık sistemindeki sorumluluklarının azaltılması gerekir. İlki bir tarafa bırakılırsa, ikincisinin tam bir neoliberal tercih olduğu görülmektedir.

Bütün bunlar özelleştirmeci politikalar. Özelleştirme politikası esas gücünü bir yandan sol değerlerin yıpranmasından, bir yandan da kamu kurumlarının neoliberal politikalarla içine düşürüldüğü kötü durumdan almaktadır.

Kanun tasarı taslağında yer alan, sağlık sektöründe finansman ve üretim mekanizmalarının birbirinden ayrılması şeklindeki müdahale, sektöre rekabet unsurunun sokulması anlayışıyla ilişkilidir. İç piyasacı bu yönelimin ortaya çıkmasında belirleyici unsurlardan birisi de Dünya Bankası'nın politikalarındaki değişikliklerdir.

Özelleştirmeci politikaların yaygınlaştığı 1980'li yıllarda sağlıktaki eşitsizliklerin artışı, yoksul toplumsal kesimlerin sağlık hizmeti kullanımında yaşadıkları zorluklar, özelleştirme sonrası dönemde koruyucu sağlık hizmetlerinin aldığı büyük darbeler bu politikada değişiklikler yapılmasını gündeme getirmiştir. Böylece Dünya Bankası bir adım geri çekilerek, sağlık hizmetlerinde kamunun ve devletin yerinin tartışılmaz olduğunu kabul etmiş, ancak kamunun sorumluluklarının yeniden belirlenmesi gerektiğini işlemeye başlamıştır.

3-) İç piyasa kavramı bu süreçte geliştirilmiştir. Bu kavramla bir yandan sağlıktaki kamu sorumluluğu, piyasanın toplumsal gereksinimleri karşılamadaki yetersizlikleri kabul edilmekte, öte yandan verimliliği artırmak ve devlet bürokrasisini zayıflatmak için piyasa ilişkilerinin kontrollü bir tarzda sektöre sokulması gerektiği belirtilmektedir. Böylece kamunun denetiminde piyasacı bir sağlık sistemi oluşturulacaktır. Bu nedenle bu sisteme Yönetilen Rekabet, Düzenlenen Piyasa, Yarı Piyasa gibi isimler de verilmektedir.

İç piyasa kamunun eşitlikçi, piyasanın verimli yanlarını birleştirecek yeni bir sentez olacaktır. Burada sağlık bakanlıklarının rolü yeniden tanımlanacak, sağlık bakanlıkları doğrudan hizmet üretmek yerine standartları belirleyen, politika üreten, plan yapan bir işlev üstleneceklerdir. Oluşturulacak kamu finansman kurumu, sağlık bakanlığının belirlediği standartlarda hizmet üreten sağlık kurumlarıyla en uygun fiyatlarla sözleşme yapacaktır. Sağlık hizmeti üreten kurumlar özel ya da kamu kurumu niteliğinde olabilirler. Kamu kurumu

niteliğindeki özerk statülü işletmeler ya da eski statülerini koruyan devlet kurumları şeklinde olabilirler.

Sonuçta, kurumların üzerindeki standart ve fiyat baskısı onları birbirleriyle rekabete zorlayacak, bu rekabet fiyatları düşürürken, kaliteyi artıracaktır.

Dikkat edildiği gibi, bu modelde sistemin entegre yapısı parçalanmakta, sistem çok başlıştır. Model olarak Adam Smithçi tam piyasa ve tam rekabet sistemi ile Beveridgeci sosyal devlet sistemi arasında bir yere oturtulabilir.

4-) İç piyasa sistemi köken olarak ABD'ye uzanmaktadır. İlk olarak Clinton'ın seçim danışmanları tarafından ortaya atılmıştır. ABD'de halkın gereksinimlerini karşılayamayan tam piyasacı sağlık sisteminin bir biçimde kamu denetimine alınmasını öngören düşüncelerden kaynaklanmıştır. Bu anlayış İngiltere'de kamucu sağlık sistemini İşçi Partisi'nin sosyalist eseri olarak değerlendiren Thatcher tarafından, sistemi parçalamak ve solun en büyük eserini gözden düşürmek amacıyla benimsenmiştir. İngiltere'de bu operasyona destek veren sınıf ise, kendi sağlık gereksinimlerini özel karşılayabilecek ekonomik güce sahip olan ve düşük gelirli riskini paylaşmak istemeyen orta sınıflar olmuştur. Dolayısıyla, İngiltere'deki uygulamalarına bakıldığında iç piyasacı düzenlemenin, doğrudan sağlıkla ilgili olmayan, verimlilik kaygıları üzerine oturmaması siyasi ve sol düşmanı bir niteliği de vardır. Bu nedenle, kimi yazarlarca, piyasacı sağlık tezlerinin ABD ve İngiltere'de tamamen farklı yönlerden birbirlerine yaklaşarak iç piyasa modelinde buluştukları da belirtilir.

5-) İç piyasacı düzenlemelerin en önemli ayağı, SSK Yasa Tasarı Taslağı'nda da ifadesini bulduğu gibi, hastanelerin statüsünün değiştirilmesi, onlara bütün idari ve mali işlerinde serbestlik sağlayan bir pozisyon kazandırılmasıdır. Personel alma, atma, yatırım yapma, teknoloji sağlama, otelcilik hizmetlerinin taşeron firmalardan satın alınması gibi temel stratejik kararların tümünde hastane işletmelerine özerklik verilmektedir. Hastanelerden hizmeti satın alacak finansör kurum ayrıca tanımlanmaktadır. Finansör kurum açısından, sağlık hizmeti üreten kurumun özel ya da özerk statülü olmasının bir önemi yoktur. Zaten özerkleştirme de özelleştirme sürecinin bir ara basamağı olarak görülmektedir.

4. İÇ PİYASANIN İNGİLTERE'DE YOL AÇTIĞI DEĞİŞİKLİKLER

İngiltere bütün özelleştirme değişimlerinde olduğu gibi, sağlık sektöründeki özelleştirmeci ve iç piyasacı düzenlemelerde de laboratuvar niteliğindedir. 1980'lerin son yıllarında çıkarılan yasalar, 1991'den itibaren uygulamaya konmuş ve hastaneler işletmeleştirilmeye başlanmıştır. İngiltere'deki değişimin bir ayağında ise, Türkiye'de henüz düşünülmemiş, birinci basamak sağlık kurumlarının işletmeleştirilmesi stratejisi bulunmaktadır.

1991 sonrasında İngiltere'de hastanelerin işletmeleştirilmesiyle bağlantılı olarak ortaya çıkan sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

1-) Sistemin çok başlıştırılmasıyla birlikte yönetsel maliyetler, bağlantılı olarak toplam maliyetler ve toplam maliyetlerin içinde yönetsel maliyetlerin ağırlığı artmıştır. Bunun nedeni doğrudan doğruya sistemdeki entegrasyonun bozulması, her sağlık kurumunun ayrı bir işletme durumuna gelmesidir. Toplam maliyetlerdeki artışın %12 dolayında olduğu belirtilmektedir. Toplam maliyet artışı sağlık sisteminin makro verimliliğini azaltmıştır.

2-) Sistemdeki yönetici sayısında belirgin artış olduğu bildirilmektedir. Uygulama öncesinde toplam yönetici sayısı 4000 civarında iken, sonrasında 13000'e yükselmiştir. Bu artış, yönetsel maliyetlerdeki artış belirleyici unsurlardan birisidir.

3-) Hastane yönetim kurulları üyeliklerinin üçte ikisi Thatcher'ın Muhafazakar Partisi'nin yerel yöneticileri ve bu yöneticilere yakın olan iş adamları tarafından doldurulmuştur. Bu durum İngiltere gibi Batılı bir ülkede bile işletme demokrasisinin anlamını göstermesi bakımından ilginçtir.

4-) Hastane çalışanları arasındaki ücret farklılıkları artmıştır. Hekimler ve özellikle de yönetici hekimler ile hekim dışı sağlık personelinin gelirleri arasında büyük eşitsizlik bulunmaktadır. İşletmeleştirilen hastanelerin temel yönetim stratejisi az sayıda personeli, düşük ücret ve uzun süre çalıştırmak olmuştur. Sonuçta hemşireler arasında erken emekli olma şeklinde bir eğilim ortaya çıkmıştır.

5-) Maliyet-yarar muhasebesi ve standart belirleme, standartlar çerçevesinde sözleşme gerçekleştirme işlemleri oldukça karmaşıktır. Bu karmaşıklık, hem hastaneler için, hem de ülke genelinde üst düzeyde bir yönetsel kapasite gerektirmektedir. İngiltere'de bile bu yönetsel kapasitenin oluşturulmadığı belirtilmektedir.

6-) Hastanelerin işletmeleştirilmesi ve aralarına rekabet sokulması hizmette gereksiz duplikasyonlara neden olmuştur. Aynı bölgede hizmet veren hastaneler birbirlerine karşı rekabet üstünlüğü sağlayabilmek, birbirlerine "müşteri" kaptırmamak için karşılıklı teknoloji yarışına girmektedir. Teknoloji yatırımlarında merkezi planlamanın sağladığı, gereksinime göre yatırım şeklindeki üstünlük, iç piyasa düzenlemesi ile ortadan kalkmaktadır.

7-) İşletmeler arasında ortaya çıkacağı öngörülen rekabetin de gerçekleşmediği anlaşılmaktadır. Hastaneler kamu finansör kurumuyla yapacakları sözleşmeler öncesinde bir araya gelerek fiyat belirlemekte ve bu ortak fiyat üzerinden finansör kurumun karşısına çıkmaktadır. Böylece iç piyasacı düzenleme yeni oligopol yapılar yaratmaktadır.

8-) İşletmeleştirilen hastaneler, maliyeti pahalı hastaları kabul etmemek ya da bu tür hastaları kısa sürede taburcu etmek yönünde eğilim göstermektedir.

Bütün bunlar kapitalist rekabet ve piyasa anlayışının, ne kadar denetlenirse denetlensin kendi özgün dinamiklerini sergilediğini göstermektedir. Sonuçta işletmelerin temel amacı kar elde etmektir. Bunun yolu ise az sayıda personeli, düşük ücretle ucuza çalıştırmak, tedavi seçenekleri arasında maliyeti daha düşük olanlarına yönelmektir.

5. SONUÇ

1-) SSK'nın bugünkü kaynak durumuyla daha fazlasını yapabilmesi olanaksızdır. Bu anlamda yöneltilen eleştiriler saçmadır.

2-) SSK'da öngörülen değişiklikler piyasa yönelimli ve neoliberal niteliklidir.

3-) Bu tür değişikliklerin İngiltere'de ortaya çıkardığı sonuçlar, hizmet kalitesi, verimlilik, sağlık emekçilerinin ekonomik, sosyal hakları bakımından hiç de iç açıcı değildir. İşletmeleştirilen hastanelerde verimlilik artışı olarak sunulan sonuçlar, tamamen sağlık emekçilerinin çalışma koşullarının kötüleştirilmesi, ücretlerin düşürülmesi ve işsizleştirme ile elde edilmektedir. Özellikle işsizleştirme sağlık emekçilerini son derece düşük ücretlere boyun eğdirmenin ve bu yolla maliyetleri düşürmenin aracı olarak kullanılmaktadır. İşletmeleştirilen hastanelerdeki "verimlilik" artışları ciddi bir emek sömürsünü gerektirmektedir.

4-) Buradaki asıl hedef hastanelerin özelleştirilmesi, sermayeye yeni bir kar alanı yaratılmasıdır. Önümüzdeki dönemde SSK hastanelerinin de satışı gündeme getirilecektir.

5-) Özerkleştirme projesi sıklıkla "demokratikleşme" söylemi ile birlikte gündeme getirilmektedir. Hastane

yönetimlerinin merkezi idareden ayrılması "demokratikleşme"nin göstergesi ve güvencesi olarak görülmektedir. Oysa İngiltere'den de görüldüğü gibi böyle bir modelde hastane yönetimlerinin yerel politikacılar ve sermayedarlar tarafından ele geçirilmesi kaçınılmazdır. Öte yandan piyasa ekonomisi içerisinde "demokrasi" ancak komşu işletmelerin çökertilmesi çabası ile olanaklı olabilir. Yani rekabetçi düzen global "demokrasi"yi geçersizleştirir. İşletme içindeki "demokrasi" ise yoğun bir emek sömürsüne dayanır. Böyle bir "demokrasi" ancak yeni solcu ve aynı zamanda da yönetici konumunda olup, hastane gelirlerinin kaymağına el koyanlarca savunulabilir. Anlaşıldığı gibi, özerkleştirmenin "demokrasi" boyutuyla ciddi ideolojik savaşımlar verilmeli, sol değerler bu söyleme teslim edilmemelidir.

6-) SSK için önerilen model, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından da son 10 yıldır savunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı da bu amaçla bir kanun tasarısı taslağı hazırlamış bulunmaktadır. Konunun ayrıntıları burada bulunabilir ve bu ayrıntılar SSK modeli hakkında da fikir vericidir. Bu modeldeki bütün parçaların birbirini tamamladığı unutulmamalıdır. Model sağlık sektörünü piyasaya açmayı ve özelleştirmeyi hedefleyen yapısıyla bütüncül bir karşı çıkışı gerektirmektedir. Öte yandan modelde, bir pazarlık unsuru olarak, hastanelerin yönetim yapılarında çalışanlara, özellikle de hekim temsilcilerine yer verilmektedir. Bu yolla emek örgütlerinin modele destek vermesi sağlanmaya çalışılmaktadır. Mücadele sürecinde buna da özel olarak dikkat edilmelidir.

7-) Bize gereken ise halk sağlığının gereksinimlerini dikkate alan, merkezi olarak planlanan, kamucu, eşitlikçi, parasız, bütün finansmanı sermayenin ödentileriyle sağlanan, sağlık emekçilerinin kendi örgütleri aracılığıyla her aşamasına katılım gösterecekleri bir sağlık sistemidir. Bunun için ilk yapılması gereken ise SSK'nın genel bütçeden desteklenmesi, SSK'dan sermayeye aktarılan kaynaklara el konulmasıdır.