

Yayın Raporu

Sağlık Hizmetleri Alanında Yaşanan Karmaşa*

Dr. Recep AKDUR

Bu Karmaşanın Nedeni, Hizmetlerin Bir "Kamu Sorumluluğu" Olması Düşüncesinden Uzaklaşılması Çabalarıdır.

SORU : Sayın Hocam, Genel olarak sağlık politikaları nedir, Bu politikalar arasındaki farklar nelerdir? Önce isterseniz buradan başlayalım.

CEVAP: Teşekkür ederim. Genel olarak sağlık politikaları deyince, çok makro ve en genelinde, iki temel ve birbirinden ayrı politika ortaya çıkıyor. Bu iki temel politikayı şu şekilde özetlemek mümkün; bunlardan bir tanesi, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir insanlık hakkı kabul eden anlayış. Dolayısıyla da bu hakkın yerine getirilmesini, tüm toplum bireylerine ve herhangi bir ön koşul olmaksızın, eşitlik içinde gerçekleştirmeyi ve toplumun örgütü olan devlet/kamu eliyle halka götürmeyi öngören bir sağlık politikası oluyor. Bir diğeri ise, bu hakkın doğuştan kazanılmış bir hak olduğunu doğrudan reddetmese de, insanların tıbbi bakımdan, sağlık hizmetlerinden yararlanmasının toplumsal fırsatlar oranında olması gerektiğini öngören görüşler.

Sağlık politikasının, bu iki görüş noktasından birinden hareket etmesi, sağlık hizmetlerinin diğer alt politikalarına da yansıyor ve onları belirliyor. Birinci görüş biçiminde, yani sağlık hizmetlerinin ve tıbbi bakımın doğuştan kazanılmış bir hak olduğunu varsayan politika da; sağlık hizmetleri finansmanının tamamen kamu kaynakları eliyle yaratılmasını, hizmetlerin de kamu örgütleriyle sunulmasını, doğal bir sonuç olarak öngörüyor. İkinci görüş ise, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunu, tamamen, piyasanın arz ve talep kurallarına bırakıyor. Arz-talep kuralları çerçevesinde, başında da söylediğim gibi, insanların kendi toplumsal fırsatları oranında bu hizmetlerden yararlanmasını öngörüyor.

Bu iki politikanın, genel olarak sağlık hizmetlerinin diğer alanlarındaki uygulamaları da tamamen bu görüşlerin bir uzantısı olarak ortaya çıkıyor. Örneğin birinci görüşte, yani insanın doğuştan kazanmış hakkı olduğunu savunan görüşte mesafe faktörü, para faktörü, sosyal statü faktörü ve benzer bir çok toplumsal fırsatlar anla-

mındaki faktörleri ortadan kaldırıp insanların tamamen, en azından asgari düzeyde, eşit bir hizmet almasını öngerecek bir yapılanma ortaya çıkıyor. Oysa ikinci görüşte, sağlık hizmetlerinin sunulduğu yer neresiyse, herhangi bir yer olabilir, insanlar o hizmeti alabilmek için oraya gidip ulaşmak zorundadır. Yine o insanlar belli bir bedel ödemek zorunda, eğer o bedeli ödeyebilirlerse o hizmetten yararlanabiliyorlar. Bu ve benzeri örnekler daha da artırılabilir. Ama özetle, yukarıda da söylediğim gibi, sonuçta iki temel ve birbirinden ayrı sağlık politikası ortaya çıkıyor.

SORU : Evet, şimdi bu bütünlük içinde, bugüne kadar Türkiye'de hangi politikalar uygulanageldi, bu soru üzerinde biraz duralım.

CEVAP: Bu politikalar bağlamında Türkiye'nin geçmiş sağlık uygulamalarına baktığımızda, özellikle Cumhuriyet'ten sonra, Cumhuriyet öncesine inmeye çok fazla gerek yok, çünkü o dönemde net bir sağlık politikasının varlığından söz etmek mümkün değil) Cumhuriyet'i takip eden yıllarda, sağlık hizmetlerinde tıbbi bakımın doğuştan kazanılmış bir insan hakkı olduğu yaklaşımının hakim olduğunu gözleyebiliyoruz. Bu noktadan hareket edildiği için, hizmetler tamamen kamu kaynaklarından finanse edilmeye çalışılmış, sunumu da tamamen hükümet tabiplikleri dediğimiz kamu örgütleri eliyle topluma ulaştırılmaya çalışılmıştır. Cumhuriyet'in daha sonraki yıllarında da bu anlayış varlığını devam ettirmiş, ancak ilk yıllarda, özellikle, tedavi edici hizmetler dediğimiz, yataklı tedavi hizmetlerini merkezi devlet çok fazla üstlenmek istememiş. Bu hizmeti özel idareler, belediyeler gibi diğer mahalli örgütler kanalıyla yürütmeyi benimsemiş. Koruyucu hizmetler ise açık bir biçimde devlet hizmeti olarak benimsemiş.

Daha sonraki yıllara geldiklerimizde, özellikle 1950'li yıllarda, Demokrat Parti iktidarında yavaş yavaş yataklı tedavi kurumlarının da bir merkezi devlet hizmeti olması anlayışı ön plana çıkmış ve giderek tüm Türkiye sathına yataklı hizmetleri yayma hareketi başlamış. Bunu izleyen yıllarda özellikle 1960'larda hazırlanan sosyalleştirme programıyla ki, bu programı, sağlık hizmetlerini, tıbbi bakımı, insan hakkı sayışın en zirvesi, en doruk noktası olarak kabul edebiliriz. Nitekim, kanun başlangıcı İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nden alıntıyla başlıyor. Bu kanun çerçevesinde bütün hizmetler, koruyucu ve tedavi edici hizmetler, merkezi devlet görevi olarak kabul edilmiştir.

Bildiğiniz gibi ve 27 Mayıs Hareketi'nce çıkarılan 1961 Anayasası'nda da, sosyal devlet anlayışını ifade eden "İnsan haklarına dayalı bir devlet" tarif edilmiş, buradan da hareketle, sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğu tanımlanmış. Oysa bundan sonraki dönemde yavaş yavaş bu anlayıştan uzaklaşıldığını görüyoruz. Bu anlayışın kesin olarak terkedildiği bir tarih vermek gerekir-

(*) Mülkiyeliler Birliği Dergisi, Mart 1992 sayısında yayınlanmıştır.

se, yazılı hale geldiği tarih olan 24 Ocak Kararları ve 1982 Anayasası'dır. Ancak bu düşünce, bir politika olarak 1970'li yıllarda yavaş yavaş uç vermeye başlamıştır. Bu tarihten sonra kamu hizmetleri, bir anlamda, zayıf bırakılmaya başlanmış, sağlık hizmetlerine ayrılan kamu kaynakları düşmeye başlamış. Bu düşünce tarzı ipuçları vermeye başlamış ama yazılı bir şekilde, biraz önce söylediğim tarihlerde biçimlendirilmiştir. Nitekim Sekseniki Anayasası'nda biraz önce söylediğim maddeye karşılık gelen madde; "İnsan haklarına saygılı" biçimine döndürülmüştür. Altmışbir Anayasası'nda "dayalı" derken, Sekseniki Anayasası'nda "saygılı" biçimine döndürülmüştür. Sağlıkla ilgili maddeler ise, sağlığı devlete bir görev olarak vermemiş, gözetir, düzenler biçimine sokmuş. Dolayısıyla da sağlık bir devlet görevi olmaktan uzaklaştırılmış.

Tüm bu gelişmeler ışığında acaba, diğer sağlık politikalarının alt başlıklarına bu gelişmelerin yansımaları nasıl olmuş diye şöyle bir baktığımızda; öncelikle kaynak yaratmaktan başlamak gerekirse, bu anlamda dünyada bilinen dört-beş yöntem var. Türkiye'de yönetimler, özellikle yetmişlerden sonra, herhangi bir tercih yapmamış. Örneğin, genel bütçe kaynaklı bir finans yöntemi var, Türkiye'de bu yöntem var. Hizmet başı alım dediğimiz, vatandaşın doğrudan ödeme yapması yöntemi var, o da var. Kamu sigortacılığı dediğimiz yöntemler var, SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı gibi, o da var, özeli de var. Dolayısıyla her türlü yöntem var. Bütün sistemlerin melezlenmiş bir versiyonu sürüp gitmekte. Dolayısıyla ile, Türkiye'nin çok net, resmi bir finansman politikası olduğunu söyleyemiyoruz. Her biri uygulanıyor. En azından baskın, yaygın ve sağlıklı bir biçimde uygulanan bir yöntem var mı diye bir soru yönelttiğinizde, olmadığı cevabını alırsınız.

Bütün bu karmaşaya rağmen, 'sağlık hizmetlerine yeterli finansman ayrılabilir mi' gibi bir soru sorarsanız, kesinlikle hayır. Örneğin; karamsar rakamlar verildiği taktirde Türkiye'de ulusal gelirin, gayrisafi milli hasılanın % 1.5'u sağlık hizmetlerine ayrılıyor. Çok iyimser rakamlar veren kaynaklara baktığımızda ise % 3.5'u sağlık hizmetlerine harcıyor. Oysa Dünya Sağlık Örgütü diyor ki; bir ülkede temel sağlık hizmetlerinin varolduğunu söyleyebilmek için, ulusal gelirin asgari yüzde 5'inin sağlık hizmetlerine ayrılması gereklidir. Avrupa ve AET ülkelerine baktığımız zaman, ulusal gelirin % 9, 11, 15'ini ayıran ülkeler görebiliyoruz. Bu süreç, sağlık hizmetlerini temel insanlık hakkı kabul eden politikadan toplumsal fırsatları oranında yararlanma politikasına geçiş süreci, sağlık finansmanı açısından bir karmaşa yaratmış oldu. Politika açısından kesinlikle net olarak tercih ettiğimiz bir finansman yöntemi yok.

Aynı olay örgütlenmeye de yansımış. Örgütlenmeye baktığımız zaman daha 1980'lere kadar Cumhuriyet dönemindeki her dönemin özelliklerini aksettiren örgüt biçimleri vardı. Hükümet tabipliği vardı, sağlık ocakları vardı, sağlık merkezleri vardı, her türden dispanserler vardı; verem savaş dispanserleri, sıtma savaş başkanlıkları vb... gibi 1960'dan sonra, sosyalleştirme programı

ile, bu karmaşanın son bulması öngörülüyordu. ancak olmadı. Bugün Türkiye'de elliye aşkın kamu örgütü sağlık hizmeti sunma çabasında. Özetle, örgüt anlamında da net bir tercih yapılmadığını görüyoruz. Aynı olay insan gücü için de söz konusu. İnsan gücünün sayısından tutun da, niteliğine, niteliğinden tutun da, önümüzdeki yıllardaki projeksiyonuna, istihdam biçimine dek herhangi bir net tercih yok. Türkiye'ye şöyle bir bakıyorsanız, özel istihdam var, sözleşmeli istihdam var, 657'ye bağlı istihdam var, tamamen özel, serbest çalışan var, 657'ye bağlı artı serbest çalışan var. Dünyada bilebildiğimiz istihdam çeşitlerinin her biri Türkiye'de var. Sayısal planlama anlamında baktığımızda ise, çok tipik örnekleri var. 1980 öncesi, sağlık personeli sayısı yeterli diye okul kapatma uygulamaları varken, 1980 sonrası birden bire fırlayan sağlık meslek liseleri sayıları, birden bire fırlayan tıp fakülteleri öğrenci sayıları ve sonradan tekrar bunu azaltmalar gibi insan gücü planlaması anlamında da büyük zikzaklar var. Özetle söylemek gerekirse, Türkiye'de bugün gerek ana politik tercih anlamında, gerekse bu tercihin alt belirlemeleri anlamında, finansmanı, örgütlenmesi ve istihdamı, insan gücü anlamında çok net bir karar üretilmiş değil. Ancak o var ki, bu kararsızlığa rağmen, 1970'lerden başlayan, sürekli özelleştirmeye doğru bir itiş, bir zorlama eğilimi var, yani ikinci tercihe, insanların sosyal fırsatlarına göre sağlık hizmetlerinden yararlanması ortamına doğru bir gidiş var.

SORU : Şu anda Türkiye'de bu koşullarda belirli bir sağlık politikası mevcut değil, diyebiliriz sanırım.

CEVAP: Evet, bu tesbitin yapılabilmesi son derece kolay ve tartışma götürmeyecek bir şey. Biraz önce de örneklerini verdiğim gibi, temel hareket noktası anlamında Türkiye'de hiç kimse hiç bir yönetim, sağlık bakımının, tıbbi bakımın temel insanlık hakkı olduğunu doğrudan reddetmiyor, sanki varmış gibi. Hala yürürlükte olan yasalarda da, biraz önce söylediğim gibi, böyle Evrensel Bildirge'ye atıfta bulunan maddeler var. Ama buna karşılık da alttan alta, sürekli bu politikadan uzaklaşıp, ikinci politikaya yani fırsatlar oranında tıbbi bakım görme politikasına doğru bir yöneliş var. Bu ikircili yapı ya da çatışma, biraz önce ortaya serdiğim, tabloyu çıkarıyor. Sağlık hizmetlerinin hiç bir alanında net olmayan son derece karmaşık, melez bir tablonun ortaya çıkmasına neden oluyor.

SORU: Son dönemde gündeme gelen Yeşil Kart'ı nereye yerleştiriyor sunuz? Yeşil Kart konusundaki daki sizin görüşleriniz neler?

CEVAP: Yeşil Kart çok ilginç bir deyim tabii, salt kartın yeşilliği, insanlar daha çok kartın yeşilliğine fikse oldu. Ama esas işlevi nedir? Toplumca da, bu projeyi sunanlarca da çok net değil. Ancak bizim anladığımız, izleyebildiğimiz kadarıyla Yeşil Kart, genel sağlık sigortasına geçildiği zaman, uygulanabilirse, insanların, bir sigorta kimlik kartı. Prim ödeme gücü olmayanlar bu kartı taşıyacak. Şu andaki uygulaması, çeşitli ilçelerde proje olarak başladı, örneğin Kızılcıhamam'da. Uygulamada şö-

le yapılmış: Fak-Fuk-Fon diye bilinen fonun tebsit ettiği yoksullar listesinden hareketle bir liste oluşturulmuş, bu insanlara Yeşil Kart verilmiş. Bu kartın da işlerliğinin şöyle olacağı söyleniyor, insanlar sağlık ocaklarına bu Yeşil Kart'la müracaat ettikleri takdirde, ilk muayeneleri ücretsiz yapılacak, buradan il ya da ilçe hastanelerine, ihtisas hastanelerine sevki yapıldığı takdirde, oradaki her türlü hizmetleri de ücretsiz yapılacak. Tüm bunlardan çıkarılan sonuç şu ki, biraz önce bahsettiğimiz finans yöntemlerinden bir tanesi bu. Diyor ki, yoksul hastaların, sağlık giderlerini ben genel bütçeden karşılayacağım. Yeşil Kart ile yapılan hizmetlerin karşılığını ben genel bütçeden vereceğim. Ancak şu günkü uygulamada bu paranın nasıl verileceği, hangi kanallarla aktarılacağı çok net değil. Günümüzdeki pratik uygulaması, hastanın bağlı olduğu ilin/ilçenin hastanesine, hastanın aldığı hizmetlerin karşılığı para olarak çıkarılıyor. Şayet hizmet devlet hastaneleri dışında bir kuruluşça verilir ise, üniversite gibi, sevki yapan hastanelerce o para ilgili hizmet veren kuruluşa aktarılmak suretiyle ödeniyor. Bu, ilk bakışta insana çok hoş geliyor. Alım gücü olmayan, ödeme gücü olmayan insanlara sanki sağlık hizmetleri sunuluyormuş gibi bir yapı ortaya çıkıyor. Ancak bunun ileride nasıl bir uygulamaya döneceği ve bu gönderilecek paranın nereden toplanacağı konusunda da kafalarda kesin bir netlik yok.

SORU: Burada sözünüzü keseceğim, sağlık hizmetlerini verecek kurumların niteliği, kapasitesi ortadayken, bu tip bir aşırı talep olursa, bir takım pratik sorunlar yaratmaz mı?

CEVAP: Elbette ki, yaratacak. Herşeyden evvel, insanların sağlık hizmeti talebini artıracak. Gerçi iyimser bakışta artması arzu edilebilen bir şey, insanların sağlık hizmeti talebini mümkün olduğu kadar yüksek tutmak, halkın en üst düzeyde sağlık hizmetinden yararlanmasını arzu etmek iyi. Ancak bunu yaparken bir kere alt yapı hizmet birimleri olarak, bu artışı karşılayacak bir organizasyon değişikliği yaptık mı? O henüz söz konusu değil. İkinci bir olay da bu talep artmasına rağmen, biraz önce söylediğim sistemle hastanelere gönderilecek olan para miktarı yeterli ve günlük olabilecek mi? Belki bir süre sonra, hiç gönderilemeyecek. Dolayısıyla kabak, o hizmeti veren hastanelerin başına patlayacak, bu hizmetin karşılığını yukarıdan alamadıkları için, sıkıntılara düşecek, alet edevat alamadığı gibi, giderekten ödeme yetersizliği yüzünden yemek çıkarmakta bile sıkıntıya düşebilecekler. Ancak söylendiği gibi, sürekli ve düzenli bir şekilde, hastanelere para takviyesi yapıldığı zaman bu türden sorunlar çıkmayabilir. Ama sürekli ve düzenli para takviyesi yapılması olayı şüpheli bir konu. Türkiye'de bu tür kart alması gereken insanların miktarı sekiz milyon gibi rakamlarla ifade ediliyor. Bu insanların bugünkü asgari ücret tarifesi üzerinden, sigorta primi anlamında ya da sağlık gideri anlamında bir değerlendirmesini yaptığımızda ise, bu, dokuz trilyonluk bir harcama oluyor. Bu rakam da, şu anda Sağlık Bakanlığı'nın total bütçesinin tamamı. Dolayısıyla bu uygulama tıkanmaya şimdiden aday gibi gözüküyor.

Biraz önce de söylediğim gibi Yeşil Kart uygulaması, olayın popüler yönü, görünen yönü. Oysa Yeşil Kart'ın arkasında yatan hadise, son günlerde çok sık sözü edilen Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmesidir. Genel Sağlık Sigortasının ilk adım olarak lanse ediliyor. Genel Sağlık Sigortası uygulaması gündeme geldiğinde, yine Türkiye'de şöyle bir bakıyoruz, bir kere en başta şunu söylemek mümkün ki, yasa anlamında, kapsam anlamında Türkiye'deki mutlak işsizler hariç, sayısı için aileleriyle birlikte yaklaşık iki milyon kadar bir rakam veriliyor, bu insanların dışında, herkes bir sigorta kapsamı içinde, mevcut sigorta yasalarının kapsamı içinde. Ancak bunlar niçin sağlık sigortasından sağlık hizmetlerinden yararlanmıyorlar. Bunlardan prim toplanmadığı için, yasa kapsamında içinde olmasına rağmen, fiiliyatta sigortasız durumuna düşüyorlar, hizmetlerden yararlanamıyorlar. Dolayısıyla yeni bir yasa çıkarmak, yeterince organize olmamış, işsizlik oranının yüksek olduğu kırsal yaşamın disiplinize edilemediği, organize olmadığı bir toplumda tekrar primlerin toplanamaması, dolayısıyla bunların yine fiiliyatta sigortasız kalmaları gibi bir sonuç doğuracak ve sorunu çözemeyecek.

Bu konuda çok basit hesaplar yapabiliyoruz, bugünkü sigorta sisteminde prim toplanabilen kişilerin sayısını bir kenara bırakır da biraz önce söylediğim gibi prim toplanamayacak çevrelere de genel bütçeden bir destek, kaynak vermeyi düşünürsek, bu sistem ilk başta iyi gibi geliyor. Sanki çıkar yolmuş gibi geliyor ama madalyonun başka bir yüzü var: O da tüm sağlık hizmetleri sunumunu satın alma, sigortaca satın alma yönteminin birlikte getirilmesidir. Eğer böyle bir sigorta sistemiyle yaklaşır da prim açıklarını genel bütçeden finanse etmek gibi düşünceye varırsak, bütün hizmetlerin kamu kaynaklarından, genel bütçeden karşılanması ve kamu eliyle üretilmesinden çok daha pahalı bir sisteme yönelmiş oluruz. Biraz önce rakamlarını verdim, örneğin; seksen dokuz yılı rakamları itibariyle eğer Türkiye'de SSK'nın Bağ-Kur'un Emekli Sandığı'nın kişi başına sigortalı anlamında verdiği hizmet harcamalarına baktığımız zaman, yıllık altmış-yüz bin lira arasında değişen rakamlar çıkıyor. Bu rakamları elli altı milyon için karşıladığımızda o düzeyde bir hizmet verdiğimizde kamuya maliyeti yaklaşık beş altı trilyon lira olur. Oysa biraz önce söylediğim sekiz milyonun primini ödeyemeyecek sekiz milyonun prim sistemiyle primlerini karşılamaya kalkarsak ve hizmetleri satın alırsak, dokuz trilyonluk gibi bir genel yükü karşı karşıya kalıyoruz. Bu nedenle genel sağlık sigortasının, hizmetlerin özelleştirilmesi ile birlikte gelmesi halinde finans yaratma anlamında bir çözüm olamayacağını bunun işlemeyeceğini, tıkanacağını söylemek şimdiden mümkündür diyebilirim.

SORU: Toplumda, sağlık hizmetlerine para ayırma konusunda garip bir taraf yok mu? Şunun için söylüyorum, mesela adamın ağızda dişlerinin çoğu çürük ama evinde videosu var, renkli televizyonu var, müzik seti var, bütün aletleri var ama ağızındaki dişlerin çoğu çürük. Yani adam onlara para vermemek için büyük çaba sarfediyor. Ama di-

ğer aletleri de almak için büyük çaba sarfediyor. Bunun da bir sorun olarak nasıl görüyorsunuz?

CEVAP: Elbette, bu çok önemli bir tesbit. Bunun kaynağını görebilmek için şöyle bir geriye baktığımız vakit, Osmanlı devrine kadar bile gitmek mümkün. Özellikle Cumhuriyet dönemine getirirsek olayı, sağlık hizmetleri o zamanlar, hep kamu hizmeti olarak algılanmış, değerlendirilmiş, ve öyle sunulmuş. Dolayısıyla bu tür hizmetlere vatandaşın para alınması gibi mesaj verilmiş. Başka bir şey var, artık günümüzde, tüketim öylesine bir yönlendiriyor ki, insanlar, sanki, biraz önce sizin saydığınız tüketimi çok daha temel, marjinal değeri yüksek tüketim gibi algılıyor. Oysa sağlık hizmetine ancak ve ancak ne zaman, çok başı sıkıntıya düştüğü zaman, karnı ağrıdığı zaman, dişi ağrıdığı zaman ihtiyacı varmış gibi onun dışında bir ödeme yapmaya yanaşmıyor.

SORU: Başka bir örnek verelim. Mesela adam elli milyon lira harcayıp düğün yapıyor ama hastaneye işi düştüğü zaman elli bin lira için oradakilerle kavga ediyor. Bu çok enteresan bir durum bence.

CEVAP: Tabii, sağlığa harcanan para boşa harcanmış para gibi, ama bu toplumumuzun bir realitesi. Hepimizin, bir çok evrenin bir tesbiti. Bunu yok saymak da bir çözüm sayılamaz. O zaman getireceğimiz çözümlerin de bu tesbitin, bu kültürün üzerine bir çözüm olması lazım. Madem ki, toplumumuzda böyle bir kültür var. Hizmet başı satın alma biçimi Türkiye'ye uygun değil. O zaman başka bir takım yollar bulmamız gerekiyor. Nasıl yollar bulmamız gerekiyor? Halktan para toplamanın çok çeşitli yolları var. Konuyu buraya getirmişken bir tesbit yapmak istiyorum. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık politikaları tartışıldığında, tartışma düzeyi hep şöyle olageldi. Bir kesim çıkıyor diyor ki: ben halka bedava hizmet vereceğim, bir kesim de ben parayla vereceğim diyor. Bir kere hadise şu, sağlık hizmetlerinin bedava verilmesi gibi bir şey söz konusu olmaz. Tüm hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de mutlaka ve mutlaka ödeme yapılması gereklidir. Bu ödemede hangi yöntemi kullanırsak kullanalım, o paranın kaynağının da halk olduğunu, paranın halktan toplandığını, herkesin bilmesi lazım. Hükümetlerin cebinde parası yoktur, insanlara bedave hizmet veremezler. Bu noktada, tartışılması gereken olay da sağlık hizmetlerine finans yaratmanın yöntemi ne olmalıdır? Bu şekilde tartışmak gerekir. Olayı bedava söyleminden kurtarmak gerekir. Yöntemi tartışırken de şu iki noktanın üzerinde çok vurgu yapılmalı ve bu anlamda kararlara yönelinmelidir. Bir, seçtiğimiz yöntem toplumun yapısına uygun mu? Toplumda işlerliği olabilecek bir yöntem mi? İki, seçtiğimiz bu yöntem toplumun hangi kesimlerine hangi yükleri getirecek? Bu anlamda tartıştığımız takdirde çıkış yolunu bulabileceğiz. Örneğin, genel sağlık sigortası söz konusu olduğunda; biraz önce söyledim; diyoruz ki organize bir toplum değil, işsizlik oranı yüksek bir toplum yasa kapsadığı halde primini toplayamadığımız bir toplum o zaman böylesine bir toplumda prim sistemine

çok fazla yüklenmek, çok fazla bel bağlamak gerçekçi olmuyor.

SORU : Bu konuda ne yapılabilir?

CEVAP: Türkiye'de iki finansman yönteminin temel alınması ve birlikte yürütülmesi uygun gibi geliyor bana. Şu anda mevcut fiili sigortalılardan primleri toplanabiliyor, onlara hizmet götürülebiliyor. Geriye kalan, primleri toplanmayan kesimin giderlerinin ise hiç tartışması yapılmaksızın (gerçekçi olmuyor zaten) genel bütçeden karşılanması lazım. Bu sonuca da şuradan varıyoruz, biraz önce hesaplarını verdim isterseniz prim toplamayanların adını sigortalı koyun yine genel bütçeden ödemek zorunda kalıyorsunuz. İsterseniz ben genel bütçeden karşıyorum deyin. Yalnız arada bir fark oluyor, sigorta sisteminin kendi işleyişi nedeniyle ve bugünkü önerilen biçimiyle, hizmet satın almayı esas alan biçimiyle sigorta sistemini seçtiğiniz takdirde, genel bütçeye gelecek olan yük doğrudan genel bütçeden karşılanmaktan çok fazla, çok üstünde oluyor.

Bu öyle yalnız salt finansman olayı değil tabii. Bir de bir finansman yönteminin karşısında koyacağınız hizmet sunumu, bu hizmeti sunacak olan örgütün biçimi son derece önemli oluyor. Özellikle son günlerdeki yönelmenin temel kaynağı, bence hizmet başı ödemelerle sağlık hizmetlerinin finanse edilemeyeceği, özelleşme yönündeki sağlık örgütlerinin filizlenmeyeceği gerçeğinin anlaşılmasından geliyor. Bu nedenle, şöyle bir alternatifin denenmesi içindeyiz şimdi. Hükümetin getirdiği programın temel noktalarını da burada görmek, buradan bakmak gerekir. Kaynağı kamu sigortacılığı yöntemiyle yaratalım, ancak bu kaynağı özel kuruluşlardan hizmet almak suretiyle oraya aktaralım ve oranın filizlenmesini, güçlenmesini sağlayalım düşüncesi ortaya çıktı. Nitekim, ne zaman ki, genel sağlık sigortası gündeme geldi, aynı zamanda ve başından beri hep özel hizmet sunma sistemiyle beraber getirildi. Aile hekimliği sistemi denen sistemle birlikte getirildi.

SORU : Evet, şimdi bu hükümetin programında aile hekimliği sorunu ön plana çıkarılıyor. Burada nasıl bir uygulama söz konusu olacak, bu sistem neyi amaçlıyor?

CEVAP: Hükümetin kastettiği aile hekimliği sistemi, tamamen kendi koşullarıyla, kendi olanaklarıyla hizmet verecek bir hekimi tanımlıyor.

SORU: Diyelim ki, bir kasaba var. Burada beşbin insan yaşıyor. Bu nüfusu birtakım hekimler arasında paylaştırmak gibi bir uygulama mı bu?

CEVAP: Esası biraz oraya dayanıyor. Diyelim ki, beşbin kişilik bir kasaba olsun, aile hekimi için üçbin kişi almak sınırı konmuş, hekim gidecek orada bir muayenehane açacak, bu kasabanın üçbin kişisini kendine kaydedecek ve o üçbin kişinin hizmetini de kendisi verecek. Verdiği hizmetlerin karşılığını da sigortadan bir biçimde tahsil edecek. Geriye kalan ikibini de bir başka hekim alacak, onların aldığı hizmetin karşılığını da yine sigorta ödeyecek.

SORU : Mesela otuzbin nüfuslu bir kent olsa, on tane bu tip hekime ihtiyaç var ve bunlar birbiriyle rekabete girecek anlamına geliyor. Her hekimin hastaları tutması sorunu nasıl olacak? Aralarında bir rekabet olacak mı?

CEVAP: İleri sürülen savlardan bir tanesi de bu, hekimler rekabete girecekler, dolayısıyla iyi çalışacaklar. Sigortanın ondan hizmet almaya devam etmesi için iyi hizmet vermesi gibi bir öngörü var. Sizin söylediğiniz gibi otuzbin kişilik bir nüfusta, on tane hekim gerekiyor. Kişi başına üçbin hasta düşecek. Çok fazla sorun da yok gibi görünüyor orada. Bir de düşünün otuzbinlik nüfusa yirmibeş tane hekim geldiği zaman, rekabet nasıl olacak, nasıl işleyecek? Sağlık hizmetleri alanında rekabet edebilmenin birtakım koşulları var. Nedir bu koşullar? Biraz önce sizin de söylediğiniz gibi, alet anlamında çok iyi donanmış olmak, bilgi anlamında çok iyi kalifiye olmak, ama bunlar da yetmiyor. Bir de başka rekabet konuları vardır ki, Batı'daki uygulamalarda bu koşullar hep ön plana çıkmıştır. Çünkü bir süre sonra, ister istemez, o rekabet ortamı alet anlamında, bilgi anlamında bir standartizasyon getiriyor. Sonra acaba hangi yöntemlerle rekabet edilecek diye bakıldığında, görüyorsunuz ki, hekim hasta ilişkilerinin son derece suistimal edildiği kötü bir ortam çıkıyor, ne gibi? En çok rapor veren, en çok reçete yazan, en çok hastasına kendini suistimal ettiren gibi. Bunları çoğaltmak mümkün. Hekim toplumun gözünde daha çok sevilen hekim haline nasıl geliyorsa, öyle sevilmeye çalışıyor. Dolayısıyla bu sefer bakıyorsunuz, bir yılda bu kadar çok rapor almış insanlar, bir yılda şu kadar ilaç tüketmiş insanlar, bir yılda şu kadar hizmet almış insanlar gibi karşılıklı hekimle hastanın birbirini suistimal ettiğinin her türlü örneğinin ortaya çıkacağı bir ortam.

SORU: Burada iki yönlü bir israf ortaya çıkacak gibi görünüyor. Mesela bir tanesi ilaç savurganlığı gibi alanlarda, bir tanesi de hizmeti verecek donanım için rekabet olacak. Bu sefer Türkiye bu aletlerin pazarı durumuna mı gelecektir?

CEVAP: Tabii, şimdi şöyle söyleyelim, kamu tarafından organize edildiğinde bunun belli ölçüleri var. Diyelim ki, biraz evvel sözünü ettiğimiz kasaba için bir tane röntgen aletine ihtiyaç var. İki tane oto analiz aletine ihtiyaç var, şu kadar da cerrahi malzemeye ihtiyaç var. Muayenehaneye dayalı aile hekimliği sisteminde bunlar hekim sayısı kadar olmak zorunda. Çünkü rekabete girebilmek için biri film çekebiliyor, diğeri çekemiyorsa, bu mümkün değil. Herkes o donanımına sahip olmak zorunda olacak, bu anlamda korkunç bir israf, tıbbi malzeme israfı ortaya çıkacak. Aynı şekilde biraz önce söylediğimiz gibi, gene toplumun kültürü gözönüne alındığında, her istediği ilacı, aleti edevatı yazmak gibi bir zorunlulukla karşı karşıya kalacak hekim. Hastasını kendisine bağlayabilmek için, kamu kuruluşunda verdiğinde üç kalem, beş kalem reçeteyle yetinen hekim, bunu sekiz, on kaleme çıkaracak ya da sık sık reçete yazmakla o ihtiyaca cevap verecek. Ayrıca rapor ilişkisi gibi diğer ilişkilerde, bir takım suistimallere uygun bir ortam.

SORU : Zaten bu rapor, Türkiye'de son derece istismar edilen bir şey değil mi? Dünyada herhalde bu kadar raporun istismar edildiği bir ülke bilmiyorum var mı?

CEVAP: Evet rapor konusunda, Türkiye'de bazı aksaklıklar var. Olayın suistimal edildiği bir takım örnekler var. Ancak önerilen yöntem bunun önleyecek yönde değil, daha da arttıracak yönde. Özellikle hekimler için bu sistemin çok cazip olduğunu söyleyen görüşler var. Madde bir; deniyor ki, bu aile hekimliği uygulamasına geçildiği zaman hekimin istihdam olanakları artacaktır. Ben bu görüşe katılmıyorum tabii, tam tersi bir tablo ortaya çıkacaktır. Çünkü bugünkü yapılanma içinde hekimlerin istihdam edilme biçimleri çok farklı farklı olduğu için, son derece bol istihdama yatkın bir ortam var. Oysa biraz önce rakamlarını tartıştık, bütün sistem aile hekimliği sistemine bağlandığında, üçbin kişi için yalnız bir hekim istihdam edilecek. Böyle bir durumda birinci basamak hizmetleri onsekizbin dolayında hekime fikse olacak. oysa şu anda yirmibinlerin üzerinde pratisyen hekim var, ellibinin üzerinde toplam hekim var. Bunun üzerindeki kesim istihdam dışı kalacak.

Başka bir şirin gösterilmeye çalışılan yönü var, bu sistemle hekimlerin çok fazla kazanacağı gibi bir izlenim yaratılıyor. Oysa bizim yaptığımız hesaplara göre konu hiç de öyle değil. Eski tasarıda sunulan, ki bugünkü tasarıya da kaynaklık ediyor, biçimiyle bu tasarıda öngörülen hizmetlerin birtek hekim tarafından üçbin kişiye verilmesi için, günde yirmidört saat yetmiyor. Yetmediği takdirde, bu sefer, temel alt ve sabit yatırımları bir tarafa bırakalım, o hizmeti verebilmek için hekim şu yollardan birini seçmek zorunda kalıyor. Ya hasta sayısını azaltacak, kendisine abone olan, kaydolun hasta sayısını binlerce beşyüzlere indirecek, ya da yanında ikinci veya üçüncü hekim istihdam edecek, hemşire istihdam edecek. O anlamda bir hesap yaptığımız takdirde, bırakın çok kazanmasını, hekim bugünkü maaş düzeyinde bile bir gelire ulaşamayacak. Çalışma temposu anlamında da çok büyük yüklerle karşı karşıya kalacak. Hele hele, bugünkü anlatış biçimiyle de sigortalı öylesine nazlı bir duruma gelecek ki, ben seni finanse ediyor, ben senin parayı veriyorum, onun için, gece gündüz, saati, yeri v.s. belli olmaksızın her yerde sen bana hizmet sunmak zorundasın gibi bir anlayışa sürüklenecek. Bu da tabii, yeni bir hasta-hekim çatışması anlamında, çok kötü tablolar ortaya çıkacak.

SORU : Türkiye'de üniversitelerden mezun olan ne kadar hekim var yılda?

CEVAP: Son yıllarda beşbin hesaplanmıştı, bu rakamın bu yıllarda mezun olması lazım, daha sonra rakamlar yüzde 25 kadar azaltıldı. Üçbin ikiyüz elli dolayında yıllık hekim mezuniyeti bekleniyor.

SORU : Bu hekimlerin ülke çapındaki dağılımı nasıl? Bu konuda bir denge var mı, yoksa mesela yetmiş yataklı bir hastanede yüz kadar pratisyen hekimin olduğuna dair şeyler duyuyoruz. Bu gerçek mi?

CEVAP: Doğrudur, Hekimlerin ülke düzeyinde dağılımında gerek bölgelerarası, iller arası anlamında, gerek kurumlar arası anlamında son derece çarpık tablolar var. Bölgeler arası anlamında baktığımızda, hekimlerin çoğunluğu üç büyük kentte toplanmış durumda. Neredeyse ATE sayılarının altına kadar düştük üç büyük kentte. Buna karşılık kırsal alana baktığımızda çok yüksek sayılarda kişiye bir hekim düşüyor. Kurum dağılımı anlamında baktığımızda, örneğin bir SSK ve Sağlık Bakanlığı hastanelerine baktığımızda, yer yer SSK hastaneleri uzman sıkıntısı çekerken, çok az sayıda uzmanlarla çalışırken, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uzman sayısı çok fazla. Onbeş yataklı bir cerrahi servisine yedi, dokuz genel cerrah atanır hale geldi. dolayısıyla bir gizli işsizlik şu anda mutlak işsizlik söz konusu değil, ama bir gizli işsizlik sözkonusu oldu. Sağlık ocağı ya da acil servisler gibi düzeye indiğimizde çok daha çarpıcı, kötü rakamlar var. Üç standart kadrosu olan bir ocakta, onbeş, onyedi hekimin bulunduğu ve bunların tamamen bir gizli işsizlik içinde üç kişinin yapacağı işi yaparak görevlerini yürüttüklerini gözlemek mümkün.

SORU : Sonuç olarak ilave etmek istediğiniz başka şeyler var mı? Daha doğrusu bu gidişi nasıl görüyorsunuz?

CEVAP: Bu gidiş çok olumlu gibi görünmüyor, ne Türkiye'de sağlık sorunlarına bir çözüm getirecek, ne toplumun sağlık düzeyini yükseltecek bir yansıma olacak, ne de sağlık çalışanlarına iyi bir sonuç getirecek. Olumlu görünmüyor. Çünkü biraz önce özetlediğimiz bilgilerden hareket edersek, tamamen olay, toplumsal fırsatlar oranında insanların sağlık hizmetlerinden yararlanması, bunu yapabilmek için de, genelde kamu eliyle bir kaynak yaratılıp (bunun özel hizmet birimleri aracılığı ile kullanımı bu) özel birimler aracılığıyla hizmet sunulması biçiminde bir genel gelişme yaratılmak isteniyor. Bunun genelde hükümet politikasıyla da paralellik gösterdiği malum. Tüm hizmetlerin özelleştirilmesi düşüncesiyle de büyük bir paralellik gösteriyor. Oysa çok genelde zaten sağlık hizmetlerinin yapısına doğasına, bu tür politikanın, gelişmenin çok uygun olmadığını söylemek mümkün.

Dünyadaki gelişmeler bu politikanın tam tersine olmuş. Örneğin bu yolu seçen Almanya artık bu sistemden tamamen vazgeçmek istiyor, çünkü Almanya'nın verilerine baktığımızda, dünyada sağlık hizmetlerine en çok para harcayan ülkelerden birisi haline gelmiş. Buna karşılık dünyadaki en iyi sağlık hizmetini veren ülke midir, diye baktığımızda, tartışma götürüyor. Oldukça kötü durumda ve sigortacılığı tamamen biraz önce söylediğimiz kapsamda kamudan, genel bütçeden finanse eder hale gelmiş. Sigortacılık sisteminden nasıl kurtulurum diye çareler aramaya başlamış. Aynı olay İtalya'da da yaşandı. İtalya da bir zamanlar sigorta sistemine geçebilmek için büyük gayretler sarfetti. Yine İtalya'da da görüldü ki, bu sistem bir çıkar yol değil. Gerek sağlık hizmetlerinde ayrılan paranın belli bir sınırdan tutulması, ulusal ekonomiye bir baskı oluşturmaması anlamında, gerekse insanla-

rın sağlık hizmetlerinden yararlanması anlamında bir çıkar yol olmadığı görüldü ve İtalya'da da şimdi, ulusal sağlık hizmetleri sistemine dönülmeye başlandı. Bu nedenle dünyada yavaş yavaş terkedilen bir sistemin Türkiye'ye getirilmek istenmesi çok sağlıklı bulunamıyor. Bu mümkün değil.

Bir de biraz önce konuştuğumuz çerçevede, Türkiye'nin genel sosyo-ekonomik konjonktürel yapısını, bunun üstüne koyduğumuzda konu daha ümitsiz hale geliyor. Örneğin; bir ülkenin genel sağlık sigorta sistemine geçebilmesi için bazı ön koşullara uyması lazım. Nedir bu ön koşullar? Kişi başına düşen ulusal gelirin yüksek bir seviyede olması, tüm toplumun organize olması, işsizlik sorununun halledilmiş olması, işsizlik sigortasının mutlaka gündeme gelmiş olması.

En başında konuyu koyduk, dedik ki, Türkiye'de yasal anlamda sigorta kapsamında olmayan insan yok, sadece mutlak işsizler, yarı işsizler, kapsam dışında. Bu anlamda konuya bir çözüm getirilmek isteniyorsa, herhalde yapılması gereken, yeni bir sigorta yasası çıkarmak değil, belki işsizlik sigortası çıkarmaktır. Bu gibi faktörleri gözönüne aldığımızda, Türkiye'de genel sağlık sigortası gibi bugün anlatıldığı, anlaşıldığı gibi bir sisteme geçilmesi çok yararlı görülüyor, bir çıkar yol gibi görünmüyor.

Ancak burada bir tartışma noktası var, genel sağlık sigortası deyince insanlar hep, tüm insanların tıbbi bakımının güvence altına alınmasını anlıyorlar. Bunu hiç kimse yadsıyamaz, kesinlikle insanların tıbbi bakımının güvence altına alınması lazım. Bu ister genel bütçeyle olsun, isterse özel vergi dediğimiz, kamu sigortası biçimiyle olsun, bu bir alternatif olabilir. Ancak burada en önemli olan bunun karşısına koyduğumuz hizmet sunum birimleri oluyor. Eğer siz bir kamu sigorta sistemi getirecekseniz, karşısına da kamu hizmeti birimleri getireceksiniz. İşte o zaman biraz önce saydığımız sakıncaların bir çoğunu ortadan kaldırırsınız. Oysa şimdi Türkiye'de yapılmak istenen, kamu sigortacılığının karşısına, özel hizmet birimlerini koymak. Bütün terslik de zaten buradan kaynaklanıyor.

Bir tarafta kamu finansman sistemi, karşısında özel hizmet sunum biçimi, bu kamu sigortasını çok kısa bir sürede tıkanmaya, iflas etmeye götürecektir. Peki önümüzdeki dönem için ne yapılabilir? Bu soru sorulduğunda, eğer bir sigorta sistemi veya özel vergi sistemine geçilecekse, bu düşünülebilir. Bu katırdır, pirimini ödeyemeyen ya da toplanamayan kesimin harcamalarını da genel bütçeden karşılamayı göze almak gerekir. Bunun karşısında da mutlaka kamu hizmet sunum biçimi konmalı, böylece sigorta sisteminin getireceği sakıncalar, önlenmeli.

Gerek alet edevat teknoloji israfı anlamında gerek insan gücü israfı anlamında, gerekse, ilaç israfı anlamında kompensasyon mekanizmaları da birlikte getirmeli diye düşünüyorum.

Teşekkür ederim.