

Sağlık Bakanlığı "Reform Paketi" ve Meslek Örgütünün Olması Gereken Tavrı

Dr. İlker BELEK(*)

Sağlık Bakanlığı, yine kendi çalışma üslup ve anlayışını yansıtır bir tarzda "yeni" bir "Reform Paketi"ni açmaya çalışıyor. Konuyla ilgili temel hazırlıklar tamamlanmış durumda. Ortaya çıkarılan "Taslak Döküman" yasalasamak üzere TBMM'ye iletildi. Önümüzdeki günlerde Meclis'in ilgili yerlerinde tartışmaya açılacak.

Konu yalnızca sağlık emekçilerini, sağlık sektöründeki kitle örgütleri ve sendikaları değil, toplumun bütün kesimlerini, özellikle de tüm işçi sınıfını ve memurları, işsizleri, tarımsal ekonominin alt sınıflarını yakından ilgilendiriyor ve sözü edilen sınıfların konularını olumsuz anlamda derinden etkileme potansiyeli taşıyor.

Bu koşullarda, "Reform Paketi"nin temel önermelerinin olabildiğince ayrıntılı olarak işlenmesi ve bu reforma karşı çıkarken alınacak tavır ile belirlenecek taktik ve stratejilerin, "Paket" in olumsuz tarzda etkileyeceği toplum kesimlerini birleştiren bir cephenin oluşturulmasına yönlendirilmesi son derece önemlidir. Bu yaklaşımı somutlaştırmak anlamında konunun aşağıdaki gibi ele alınabileceği kanısındayız:

Sağlık Bakanlığının Türkiye'de sağlık sektöründe yaşanmakta olan sorunlara yönelik tespitleri:

1. Sağlık göstergeleri bakımından toplumun çeşitli grupları ve bölgeler arasında önemli eşitsizlikler bulunmaktadır ve bunlar derinleşme eğilimindedirler.

2. Sağlık sektöründe kamu kaynaklarının kullanımı olumsuzdur, amaca yönelik değildir. Bunun da ötesinde kamu kaynakları yetersizdir.

3. En azından yakın dönemde kamu kaynaklarının artırılabilmesi olanaksız görünmektedir. Verili çerçeve içinde sağlığa ayrılan kaynakların artırılabilmesi ancak başka finansman kaynaklarının yaratılabilmesi ile olanaklı olabilir.

4. Kaynakların artırılması tek başına sorunların çözümü için yeterli değildir. Aynı zamanda etkin kullanımları da gerekmektedir. Sağlık alanında kaynakların etkin kullanımı ise ancak sağlık hizmetlerinin piyasa koşulları içinde "serbest rekabet" ilişkilerine açılması ile mümkün olabilir.

5. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi anlamında bir boşluk bulunmaktadır. Mevcut yasalar eskimiş ve Türkiye'nin şu andaki gereksinimlerini karşılayamaz durumdadır. "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" da bu çerçevede değerlendirilmelidir. Dolayısıyla yeni bir sağlık örgütlenmesi modeline gereksinim bulunmaktadır.

(*) Halk Sağlığı Uzmanı.

Sağlık Bakanlığının tespit ettiği sorunlara yönelik olarak getirdiği öneriler:

1. Finansmanla ilgili olarak: Bundan böyle sağlık hizmetlerinin finansmanı doğrudan sağlık vergileriyle sağlanacaktır. Buna Genel Sağlık Sigortası adı verilmektedir. Memurlardan maaşlarının belli bir oranı kadar ek sağlık vergisi kesilecek, işçilerden kesilen ve SSK kapsamında toplanan vergiler ise oluşturulacak bu GSS fonunda toplanacaktır. Dile getirildiği kadarıyla, memurlardan kesilecek sağlık vergisinin oranı maaşlarının % 10'u kadar olacaktır. Prim ödeyemez olarak tanımlananların (şu anda, Yeşil Kart uygulaması ile, kişi başına aylık geliri 300 bin TL'nin altında olanlar bu kapsama alınmaktadırlar) sağlık harcamaları ise (yine şu anda ancak hastane yatışlarının masrafları Yeşil Kart ile karşılanmaktadır) devlet bütçesinden karşılanacaktır.

2. Hizmetin etkinliğini artırmak anlamında: Hastaneler özelleştirilecek sağlık hizmetini sunan kurum ile finanse eden kurum birbirinden ayrılacaktır. Böylece serbest piyasa koşullarında ve o kurullar çerçevesinde hastaneler birbirleriyle rekabet edecekler, sigorta kurumu da özelleşen hastaneler içinden istediğiyle sözleşme yapma hakkına sahip olacaktır. Öte yandan, sağlık sektörünün en pahalı hizmeti durumundaki hastanecilik hizmetlerinin zaten çok kısıtlı olan kamu kaynakları ile finanse edilebilmesinin olanakları da neredeyse kalmamıştır. Hastanelerin özelleştirilmesi ile hastanecilik hizmetlerinin etkinliği artırılırken, eldeki kamu kaynaklarının tümüyle koruyucu sağlık hizmetlerine aktarılması olanaklı olacak, bu da kıt kaynakların verimli bir şekilde değerlendirilmesi anlamına gelecektir.

3. Hizmetin örgütlenmesi ile ilgili olarak: Köylerde sağlık ocakları sistemi devam ederken, kentsel bölgelerde aile hekimliği sistemine geçilecektir. Her aile hekimi ortalama 3000 kişilik bir nüfusa hizmet edecek ve adam başı (per capita) hesabıyla ücretlendirilecektir. Aile hekiminin ücretini sigorta kurumu verecek, idari anlamda ise Kamu Sağlığı Merkezi'ne karşı sorumlu olacaktır.

Sağlık Bakanlığının tespitleriyle ilgili genel değerlendirmemiz:

1. Türkiye'de kamu kaynaklarının kötü kullanıldığı tespiti doğru iken, kaynakların kıt olduğu tespiti kesinlikle yanlıştır. Türkiye'de çalışan toplum kesimlerinden vergi toplanmakla birlikte, sermayeden vergi toplanabilmesi hemen hemen olanaklı olamamaktadır. Toplanan vergilerin ne ölçüde sermayenin gerçek geliri üzerinden alındığının da hiçbir güvencesi yoktur. Çünkü sermayenin gerçek geliri belli değildir.

Toplam gelir vergileri içinde ücretli ve maaşlıların payı 1992'nin son 7 ayı itibarıyla % 70 düzeyine yükselmiş durumdadır. Oysa aynı oran 1991 yılı sonu olarak % 55 ve 1987 yılı olarak da % 40'lar düzeyinde bulunmakta idi. Kısaca gelir vergisindeki yük giderek işçi ve emekçi sınıfların üzerine bindirilirken, servetten toplanan gelirlerin gelir vergisi içindeki payı azalmaktadır. (Bu oran 1965'te % 12 düzeyinde iken, 1987'de % 2 düzeyine inmiştir.) Buna karşın ulusal gelirin toplumsal sınıflar arasında paylaşımı tam tersi bir eğilim göstermektedir. 1970'li yılların sonunda ulusal gelir içinde maaş ve ücretlilerin aldıkları pay % 33 iken, 1980'li yılların sonunda % 14'e düşmüştür. Sermayenin payı ise aynı yıllar boyunca % 43'ten, % 70'e yükselmiştir. Toplumun en alt gelir grubunu oluşturan % 20'lik dilimi toplam gelirin % 5'ini alabilirken, en üst %

20'lik gelir grubu toplam gelirin % 50'sini almaktadır. Kısaca sermaye ile emek cepbeleri arasında varolan ekonomik çelişkiler giderek açılmaktadır. Benimsenen ekonomik politikalar zemininde de tersi bir eğilimin ortaya çıkmasını beklemek boş görünmektedir.

Ek olarak sermayenin Sağlık Bakanlığı 1992 bütçesine (yaklaşık 9 trilyon lira) denk bir vergi yükü (10 trilyon lira), bizzat bu hükümet tarafından daha birkaç ay önce affedilmiştir. Vergi yükü affedilen kişilerin sayısı 1000'i bulmamaktadır. Bir başka deyişle sayısı 1000'i bulmayan sermayedar için, varolan sağlık örgütlenmesi kadar bir yapılanma gözden çıkarılmıştır.

Dolayısıyla Türkiye'de kaynakların kötü kullanımı, gerçek anlamda, vergi adaletsizliği biçiminde görülmektedir. Sermayenin gereği gibi vergilendirilmesi, sermayeye yönelik gereksiz ve gerekçesiz teşvik ve muafiyetlerin ortadan kaldırılması, giderek tırmanan askeri barcamalara son verilmesi durumunda sağlık için yeterli kaynak ayrılabilmesi mümkün olabilecektir. Şüphesiz ki bu tercihler daha önceden düşünülmemiş ve bu nedenle de "hayıflanılarak" bemen kabul görecektir olan tercihler değildir. Tam tersine durum siyasi tercih sorunu değildir. Kabul edilebilmeleri, ancak, hükümetin işçi ve emekçi toplum kesimlerinden yana siyasal tavır almamasıyla olanaklı olabilir. Hükümet ise tam tersi uygulamalar içindedir. Bu durumda varolan sınıfsal çelişkilerin, gereksinimi olan toplumsal sınıflar lehine düzeltilebilmesi ve sağlıktaki eşitsizliklerin çözümlenebilmesi de olanaksız görünmektedir.

2. Türkiye'de koşullara uygun bir sağlık modeli ve mevzuatı olmadığı, olanlarınsa eskidiği tespiti de doğru değildir. Çünkü Türkiye'de halen bir sağlık mevzuatı bulunmaktadır. O da 224 sayılı yasadır. Söz konusu yasa çıkarıldığı günden beri hiçbir zaman tam anlamıyla uygulanmamıştır. Bu nedenle yasanın Türkiye'de uygulanmadığı, dolayısıyla da Türkiye'nin nesnel koşullarına uygun olmadığı tespiti yapabilmek olanaksızdır. Bu anlamda, ortada, sorumlusunun 1961 yılından beri görevde bulunmuş olan tüm hükümetlerin olduğu bir sorumsuzluk ve kasıt vardır. Bir yasaya "uygun değildir" diyebilmek için, öncelikle o yasanın uygulanmış olması gerekir. 224 sayılı yasa için böyle bir durum sözkonusu değildir. 224 sayılı yasanın en önemli maddelerinden olan ve personelin motivasyonunu hedefleyen sözleşmeli personel çalıştırmaya yönelik madde, yasanın uygulamaya konulmasından 2 yıl sonra 1965 yılında ve bizzat Demirel Hükümeti tarafından yürürlükten kaldırılmıştır.

3. Bakanlık ortaya attığı "Reform Paketi"nin realize edilmesi anlamında tarih olarak 2000'li yılları vermektedir. Hatta kimi bölümlerinin ancak 20, 30 yılda yaşama geçirilebileceği belirtilmektedir. Kısaca güncel sorunlara yönelik hiçbir düşünce yoktur. Oysa, yukarıda da belirttiğimiz gibi, Türkiye'de sağlık sorunlarının çözülmesi anlamında yasal dayanaklar mevcuttur, yeterli kaynak vardır. Sorun yasaların işletilmemesi, eksik yönlerinin geliştirilmesine yönelik samimi girişimlerin başlatılmamasıdır. Bu anlamda yapılanlar oyalamadan başka birşey değildir.

4. "Reform Paketi"nin temel önermeleri "Sosyal Devlet" anlayışına doğrudan saldırı niteliğindedir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile, sağlık hakkı, herkesin "olanakları ölçüsünde" kendisinden sorumlu olacağı bireysel bir "sorun" düzeyine indirgenmektedir. Kısaca, kapitalist sistem içi "kazanımlar" açısından da ciddi kayıplar söz konusudur.

5. Konunun uluslararası boyutlu bir anlamı da bulunmaktadır. Benzeri tespitler 1980'li yılların başından beri Dünya Bankası gibi uluslararası finans kuruluşları tarafından da yapılmakta ve yine aynı öneriler getirilmektedir (bkz. Griffin, C.C. Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector, International Finance Corporation Discussion paper No: 4, The World Bank Washington D.C., 1990 ve Ron, A., Smith, B.A., Tamburi, G. Health Insurance in Developing Countries-The Social Security Approach, ILO, Geneva, 1990) Kamu kaynaklarının kıtlığı tespitinden kalkarak getirilen özelleştirme önerisi "gelişmekte olan" ülkeler için yapılmaktadır. Kıt kamu kaynaklarının hastanecilik masraflarını karşılamaya yetmeyeceği, dolayısıyla kamu kaynaklarının koruyucu hizmetlere yönlendirilebilmesi için, kamunun hastanecilik hizmetlerini özel sektöre devretmesi gerektiği belirtilmektedir. Kısaca "gelişmekte olan" ülkelerin içinde bulunduğu ekonomik bunalım sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sonucunu doğurmaktadır. Sağlık sigortası ise, özelleştirilen hizmetin pazar güvencesini sağlamaya yarayacaktır. Bu anlamda, önerilenler sağlık hakkına yönelik ekonomik, ideolojik bir saldırı niteliği de taşımaktadır. Bu saldırının İngiltere ve ABD'de somut verileri bulunmaktadır.

Bunun da ötesinde sağlık sigortası ve özelleştirme gibi önerilerin olası sakıncaları bizzat öneren uluslararası kuruluşlar tarafından da dile getirilmektedir. Yukarıda anılan raporlarda özelleştirmenin kaynak dağılımını olumsuz yönde etkileyeceği; hizmetin pahalılaşmasına neden olacağı, sigortanınsa bütün sağlık gereksinimlerini karşılamaya yetmeyeceği; bu anlamda da ancak asgari düzeyde bir hizmetin finansmanını sağlayabileceği yönünde ciddi "kaygılar" dile getirilmektedir. Dile getirilen bu sakıncaların karşılığında önerilebilen hiçbirşey yoktur. Kısaca, uluslararası kuruluşlar tarafından Türkiye ve benzeri ülkelere önerilenler, aslında bir çözüm değil, tam tersine varolanlara yenilerini de ekleyecek bir sorunlar yumağıdır. Amaç çözümsüzlüğü artan sorunlarla bunalmış geniş toplum kesimlerine "umut" pompalamaktır.

6. Türkiye'de GSS'nin uygulanabilmesinin de hiçbir güvencesi yoktur. Bunun en basit verisi Bağ-Kur ve SSK'nın başına gelenlerdir. Nedeni ise özellikle ilaç ve hastanecilik masraflarının artışı ile prim düzeylerinin artışı arasındaki büyük orantısızlıktır. Bilindiği gibi Türkiye'de ilaç fiyatlarındaki yıllık artış % 300 civarında gerçekleşmektedir. İşçi ücretlerinin kaynaklık ettiği prim düzeylerinin artışı ise ancak % 40 düzeyinde kalmaktadır. Prim düzeylerinin hizmeti karşılayabilecek düzeyde artırılabilmesinin tek yolu; işçi ücretlerinin de ilaç fiyat artışlarıyla aynı oranda artırılabilmesidir. Bu ise Türkiye'nin şu anki koşulları içinde olanaksız görünmektedir.

7. Aile hekimliği uygulaması, sağlık örgütlenmesi olarak yaşamın bütünlüğünü kavramayan, üretim sürecinin sağlık üzerindeki etkisini görmezden gelen, işyerleri düzeyindeki örgütlenmeyi hiç dikkate almayan, koruyucu hekimliğin kapsamını daraltan bir uygulama olacaktır.

Uygulanması durumunda "Reform Paketi"nin yol açacağı sonuçlar:

1. **Sağlık personeli için işsizlik:** Piyasa koşullarına yönlendirilen hastanecilik hizmetleri istihdam hacminde azaltmayı zorunlu kılacaktır. Öte yandan, hekim başına 3000 kişi hesabıyla düşünülürse, şimdiden 10 bin hekimin işsiz kalması da kesindir. Bakanlık çevreleri bu olasılığı kabul etmektedir.

2. Sağlık hizmetinin fiyatının artması ya da kalitesinin düşmesi: Hastanelerin özelleştirilmesi hizmetin fiyatını en azından birkaç kat artıracaktır. Yine Bakanlık çevreleri bu olasılığı da kabul etmektedirler. Öte yandan sağlık sigortası uygulamasının kendisi sağlık hizmetinin fiyatını artıran bir uygulamadır.

Bugün sigortanın uygulanmakta olduğu bütün Batı Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar GSMH'nin % 12-13'üne ulaşmış durumdadır. Ve Batı Avrupa için bu durum sağlık sektöründeki en önemli sorun niteliğindedir. Çünkü zaten artmış olan harcamalar, daha da artma eğilimindedir. İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde kapitalizmin genişleme potansiyelleri içinde oluşturulan Ulusal Sağlık Sistemleri sağlıkta yaygın ve yeni tüketim kalıpları oluşturmuş, bu ise sağlık harcamalarını başa çıkılmaz bir eğilim içine sokmuştur. Artık bugünkü hacmi ve varolan genişleme potansiyelleri çerçevesinde sağlık harcamalarının daha fazla oranda kamu tarafından karşılanabilmesinin ve hatta bunun da ötesinde özel ya da kamu kaynaklı olsun sağlık harcamalarını artırabilmenin olanakları kalmamıştır. Çünkü, GSMH içindeki payı artan sağlık harcamaları "Yeni Dünya Düzeni" zemininde başka alanlara (silahlanma gibi) kaynak aktarımını da tehdit eder duruma gelmiştir.

Sağlık harcamalarındaki en önemli kalemi ise ilaç ve tıbbi teknoloji giderleri oluşturmaktadır. Kısaca ilaç ve tıbbi teknoloji kalemlerindeki fiyat artışları hizmetin fiyatının da artmasını koşullamaktadır. Artan hizmet fiyatları ise bireylerin cebinden çıkan sigorta primlerinin artırılmasına neden olmaktadır. Sonuç ilaç ve tıbbi teknoloji tekellerine kaynak aktarımıdır. Sağlık harcamalarının sıkı biçimde denetlendiği İngiltere'de bile durum bundan farksızdır. İngiltere'de aile hekimleri tarafından reçete başına yazılan ortalama ilaç miktarı 1949 yılında 5 kutu iken, bu sayı 1974 yılında 7 kutuya çıkmıştır. En belirgin artış ise psikoaktif ilaçlar grubundadır. 1965 yılında yine İngiltere'de piyasadaki ilaçların % 35'inin ineffectif ve irasyonel kombinasyonlar olduğu saptanmıştır (Doyal, L. The Political Economy of Health, London, May, 1980, s. 193, 194). Unutulmamalıdır ki bu yıllar NHS'nin en iyi işlediği yıllardır.

Aynı türden sağlık politikalarının uygulandığı G. Kore, Filipinler gibi "gelişmekte olan" ülkelerde de uygulamanın sonuçları benzer yönde olmuştur. Hizmet masrafı artmış, sigorta primleri giderleri karşılayamaz duruma gelmiş, özelleşen hastanelerin kırsal kesime gitmek istememeleri sonucu insangücü ve diğer kaynaklar bakımından varolan dengesizlikler daha da derinleşmiştir. G. Kore ihracata yönelik ekonomi politikaları ile "gelişmekte olan" ülkelere örnek olarak sunulmasının ötesinde, şimdilerde de sağlık sigortası ve özelleştirme politikaları ile, bu kez Dünya Bankası tarafından yine aynı ülkelere örnek olarak gösterilmektedir. Buna karşın G. Kore'nin elde ettiği sonuçlar örnek olarak sunulmaya pek de uygun değildir ve bu sonuçlar bizzat önericiler tarafından belirlenmektedir: G. Kore'de adı geçen uygulamaların başlangıcı olan 1980'lerin ilk yıllarında, sigorta gelirlerinin, giderleri karşılama oranı % 70 civarında iken, aynı oran 1990'ların başında % 40'a düşmüştür. Bir başka deyişle hizmet iki katına yakın bir oranda pahalılaşmıştır. Yine aynı yıllar boyunca, ülkedeki hekim dağılımı kırsal kesim aleyhine % 9 ve hemşire dağılımı da % 47 bozulmuştur. Finansman açısından G. Kore'de gözlenen durum Fili-

pinler'de de ortaya çıkmıştır (İLO Raporu'nda sayfa 151-185'e bakınız.)

3. GSS memurlar için ek vergi demektir. Oysa, hizmetin finansmanı için vergi alınacak kesim sermaye sınıfı olmalıdır. Ya da sınıflar ulusal gelirden aldıkları pay ölçüsünde vergilendirilmelidirler. Böylesi bir talep, emek ve sermaye cepheleleri arasındaki sınıfsal çelişkilerin emek cephesi lehine "düzeltmesi"ni, sermayenin verili çerçeve içinde daha geri bir hatta sürülmesini hedeflemek anlamına gelir. Dolayısıyla da özü itibarıyla sendikalar bir taleptir; mutlaka dile getirilmelidir.

4. GSS ve Özelleştirme sağlıkta eşitsizlik anlamına gelir: Bizzat Bakanlık tarafından yayınlanan "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı"nda sigortanın ancak asgari hizmeti karşılayacağı, bunun dışındaki hizmetlere ulaşmak için kişilerin "kendi olanakları"ni kullanmak durumunda oldukları belirtilmektedir. Kısaca Sağlık Bakanlığı toplumun işçi ve emekçi sınıfları için, en fazlasından, asgari sağlık hizmetini yeterli görmektedir.

"Reform Paketi"ne yönelik olarak izlenecek politikada vazgeçilmeden savunulması gereken noktalar:

Toplumun kapitalist sınıfsal yapısının halk sağlığı sorunlarının nedeni olduğunu gözden kaçırmayan ve "**Sağlıkta mevcut eşitsizlikler büyük oranda yaşam ve çalışma şartlarından kaynaklandığından bu eşitsizlikleri azaltmaya yönelik çabalar bu temel nedenlerin çözümünde yoğunlaşmalıdır**" (Whitehead, M. Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler, WHO Avrupa Bölge Ofisi'nin Sağlık Politikaları ve Planlama Programı tarafından hazırlanan döküman, TTB MK Yayını, Çev: Maradit, H., s. 15) diyebilen bir perspektifle:

1. Sağlık hizmetlerinin finansmanında toplumun işçi, memur, işsiz, büyük topraklılar dışındaki köylü kesimlerine dolaylı ya da dolaysız ek bir yük bindirilmemesi. Finansmanda karşılaşılan tıkanıklıkların toplumdaki sınıfsal ve ekonomik çelişkileri, yukarıda sayılan sınıflar lehine ortadan kaldırmaya yönelik vergi politikaları ile aşılması. Bu anlamda sağlık sigortasına karşı çıkılması.

2. Sağlık emekçilerini işsizlik riskiyle karşı karşıya bırakacak hiçbir yönelim içine girilmemesi. Tam istihdam, iş güvencesi, işgünü süresinin kısaltılması taleplerinin öne çıkarılması. Bu anlamda hastanelerin özelleştirilmesine karşı çıkılması.

3. Herkese gereksinimi kadar sağlık hizmeti anlayışının savunulması. Asgari sağlık hizmeti anlayışının reddedilmesi. GSS ve özelleştirme politikadaki eşitsizlikleri derinleştireceği gerçeğinin işlenmesi.

4. Sağlık hizmetlerinde acil iyileştirmelere gidilebilmesi için varolan kaynakların yerinde değerlendirilmesi. Bu anlamda sağlık ocaklarının çalıştırılması, sağlık ocaklarının nicelik ve nitelik olarak uygun bir konuma getirilmeleri, sanayi ve hizmet sektörlerindeki bütün işyerlerinde, bilimsel kriterlere uygun olarak donatılmış "İşyeri Sağlık Birimleri"nin kurumsallaştırılması. Sevk zincirinin hemen oluşturulması.

5. Sağlık emekçilerinin örgütlenme kanalları önündeki bütün engellerin kaldırılması, grevli, toplu sözleşmeli sendikalaşma hakkının tanınması.