

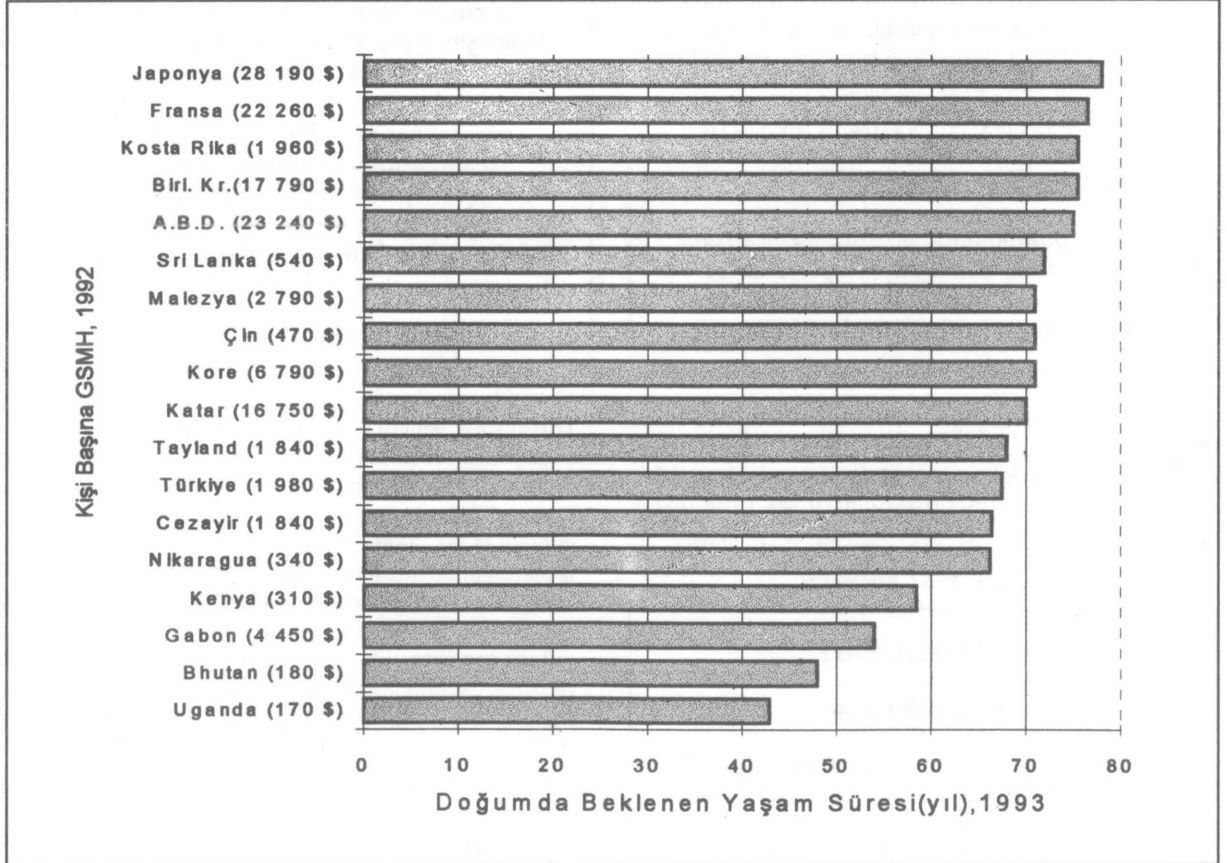
SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME VE SONUÇLARI*

Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU**, Dr. Ömür Çınar ELÇİ***

Sağlığın önemli göstergelerinden biri doğuştan beklenen yaşam süresidir. Dünya üzerindeki ülkeler doğuştan beklenen yaşam süresi açısından karşılaştırıldıklarında aralarında büyük farklılıklar olduğu gözlenir. Yaşam beklentisi farklılıkları, kişi başına gelir düzeyi ile birlikte ele alındığında özel önem kazanır (Şekil 1). Japonya ve Fransa çok yüksek gelir düzeyleri ile doğuştan beklenen yaşam süresini yüksek tutmayı birlikte sağlamayı başarmış-

lardır. Kosta Rika ve Sri Lanka gibi yoksul ülkelerde yaşam beklentisinin varsıllar denli yüksek olduğu, buna karşılık Katar gibi varsıl bir ülkenin yaşam beklentisinin ortalarda olduğu görülür. Bu veriler gerçekte insan sağlığına verilen önemin bir tercih ve ülke politikası olduğunu göstermektedir. Öte yandan geliştirilecek sağlık politikalarının insan sağlığını fazla para olmadan da yükseltebileceğini vurgulamaktadır.

Şekil 1: Yaşam Beklentisi Maratonu



* Bu yazı "Sağlıkta Sınıf Tavrı" isimli dergide yayımlanmıştır.

** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD., Prof. Dr.

***Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD., Araştırma Görevlisi

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi 2. büyük savaşın hemen sonrasında sağlığın ve sosyal hizmetin bir hak olduğunu güvence altına almıştır. Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti'nin bu belgenin altında imzası vardır (Şekil 2).

Şekil 2: İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi

İNSAN HAKLARI EVRENSEL BİLDİRGESİ

Madde 25.

(1) Herkes, kendisi ve ailesinin; yiyecek, giyim, konut ve sağlık bakımı ile gerekli sosyal hizmetler dahil, sağlık ve iyilik durumu için yeterli yaşam standardı hakkına; ve işsizlik, hastalık, işgöremezlik, boşanma, yaşlanma ve çevresinde kendi kontrolü dışında oluşacak geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.

(2) Annelik ve çocukluk özel bakım ve yardımı hak eder. Evlilik sonucu ya da dışı, doğan tüm çocuklar, eşit sosyal korumadan yararlanırlar.

Yine aynı dönemde Dünya Sağlık Örgütü Anayasası sağlık hakkını doğal ve yaşamsal bir hak olarak ortaya koymuştur. Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti'nin bu belgenin altında da imzası vardır (Şekil 3).

Şekil 3: Dünya Sağlık Örgütü Anayasası

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ ANAYASASI

İrk, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum farkı gözetilmeksizin herkesin ulaşabileceği en yüksek sağlık düzeyine ulaşması temel haklarından biridir.

1961 Anayasası sağlığın insan hakkı olduğunu kabul etmekle kalmamış, devleti insan sağlığının koruyucusu olmakla yükümlü kılmış ve bu konuda devlete ödev vermiştir. Böylece hizmetin sunulması tek yanlı olarak devlet yükümlülüğüne dönüştürülmüştür (Şekil 4).

Şekil 4: 1961 Anayasası

ANAYASA 1961

VII. Sağlık Hakkı

Madde 49- Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul ve dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.

12 Eylül dönemi Anayasası 1982 yılında devletin sağlığı koruma görevini ortadan kaldırmıştır. Oluşturulan yeni ortamda yurttaş devletle birlikte yükümlülük altına girmiştir. Buna yurttaşın kendi hakkına sahip çıkma zorunluluğu da denebilir. Bu Anayasa'da sağlık, çevre kavramı ile bütünleştirilmiştir. Çevrenin korunması sanki salt sağlığın korunması ve geliştirilmesiymiş gibi tanımlanarak insan sağlığı gözardı edilmiştir. Buna bir de halkın yararlanmış gibi Genel Sağlık Sigortası kurulması güvencesi eklenmiştir (Şekil 5).

Şekil 5: 1982 Anayasası

ANAYASA 1982

VIII. Sağlık, çevre ve konut

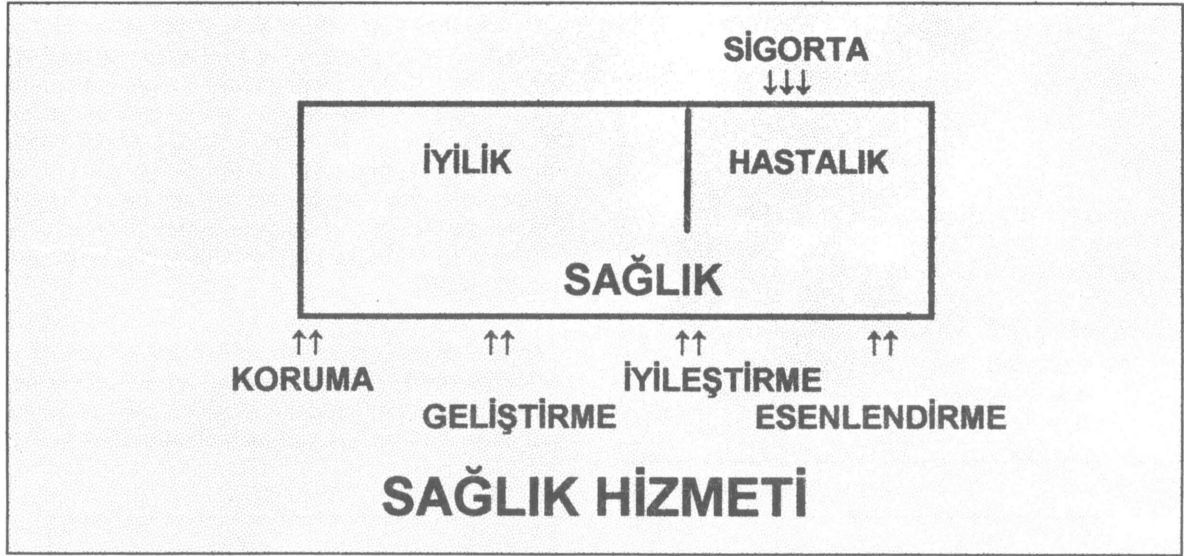
A. Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması

Madde 56- Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.

Kısa bir özetle tanımlanırsa sağlık hizmeti dört ana aşamada ele alınabilir (Şekil 6). Bunların birincisi sağlığın korunması, ikincisi varolan sağlık kurumunun geliştirilmesi, üçüncüsü hastalık ortaya çıkarsa iyileştirme işlemlerinin uygulanması, dördüncüsü de sakatlık ya da işgöremezlik oluştuğunda esenlendirme hizmetlerinin sunulmasıdır. Temel olan, bu hizmetlerin dördünün birlikte yürütülmesidir. Bunun nedeni insanların gerek iyilik gerek hastalık koşulunda sağlık kavramını birey ve toplum olarak üzerlerinde taşıyor olmalarıdır. Bir insan yüksek tansiyonu da olsa, çürük dişi de olsa, biyabetik de olsa toplum içerisinde günlük işlevlerini sürdürebilecek denli sağlıklı olabilir. Oysa bunlar sağlıkçıların göstergeleriyle hastalık olarak tanımlanacak durumlardır. Toplumun yapısı için de aynı şey söylenebilir.

Aynı Şekil'de (Şekil 6) sigorta kavramı da yer almaktadır. Dikkat edilirse sigorta toplumu ve bireyi yalnızca hasta olduğu zaman dikkate almaktadır. Genellikle bankalar tarafından desteklenen özel sağlık sigortalarıyla oluşturulan bu modeller doğal olarak kar amaçlı olarak

Şekil 6: Sağlık Hizmeti



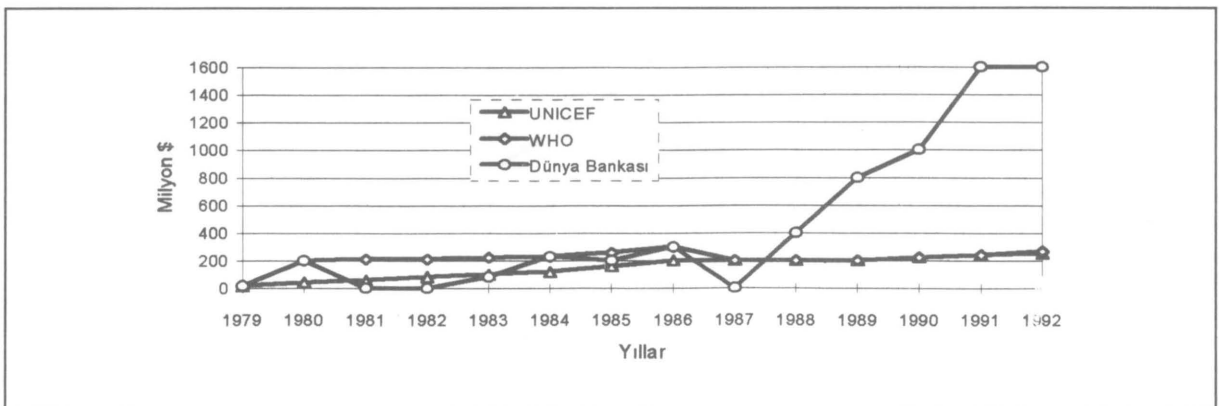
kurulmuştur ve ilgi alanları hastalığın varlığıyla sınırlıdır. Çünkü sağlığın paraya dönüştürülebildiği tek ortam insanın hasta olduğu konumdur. Üstelik paraya dönüştürülebildiği tek ortam insanın hasta olduğu konumdur. Üstelik de hastalık sömürüye son derece açıktır. Kendini hasta hisseden insan sağlık kurumuna başvurduğunda ve karın ağrısından yakındığında hekimin ve bağlı olduğu kurumun tutumu ile karşı karşıyadır. Basit bir fizik baki ve laboratuvar incelemesinden sonra kendisine diyet önerilip kontrole çağrılabilceği gibi, milyonlarca liralık ultrasonografi, manyetik rezonans gibi incelemeler, hatta cerrahi uygulamalar da önerilebilir. Çünkü konuyu bilmesi ve kavraması olası değildir.

1979-92 yılları arasında "sağlıkla ilgili kuruluşların yıllara göre harcamalarındaki gelişim" incelendiğinde ilginç bir sonuç ortaya çıkmaktadır (Şekil 7). Görüldüğü gibi Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF'in harcamaları sabit olmasına karşın, 1987'ye değin alt düzeylerde dolaşan Dünya Bankası harcamaları 1987'den sonra büyük bir hızla

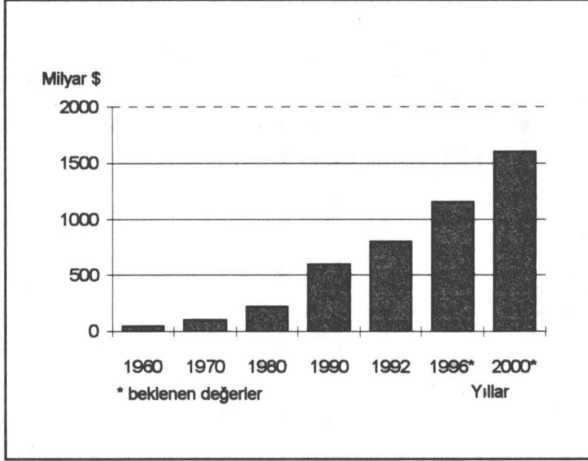
onlarca kat artmıştır. Bunun temel nedeni sağlığa yapılan yatırımların büyük karlar getirmesidir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) bu konuda gerek uygulamaları, gerekse sağlık kayıtlarının düzenliliği açısından incelenmeye değer bir örnektir. Bu ülkede sağlık hizmeti hemen tümüyle özel sigortacılığa dayandırılmıştır. Medicare ve Medicaid isimli iki basit ve işlevsel olmayan kurum yaklaşık 40 milyon insanı görünürde sigortalı kılmakta, ancak gerçekte hemen hiçbir katkıda bulunmamaktadır. Bunun dışında resmi rakamlara göre ülkede 38 milyon insanın hiçbir sağlık güvencesi yoktur.

Şekil 8'de ABD'de (Kongre Bütçe Bürosu'na göre) ulusal sağlık harcamalarının yıllara göre dağılımı görülmektedir. 1960 yılında 100 milyar dolarlık rakamlarda iken, 1990 yılında 600 milyar doları aşmış, 1996 yılında 1.3 trilyon dolara ulaşması amaçlanmıştır. 2000 yılında ise 1.5 trilyon doların üzerinde bir harcama beklenmektedir. 1995 yılında ülke gelirinin yüzde 14'ü sağlık harcamalarına ayrılmıştır.

Şekil 7: Sağlıkla İlgili Uluslararası Kuruluşların Yıllara Göre Harcamalarındaki Değişim (Milyon \$-Yıl)



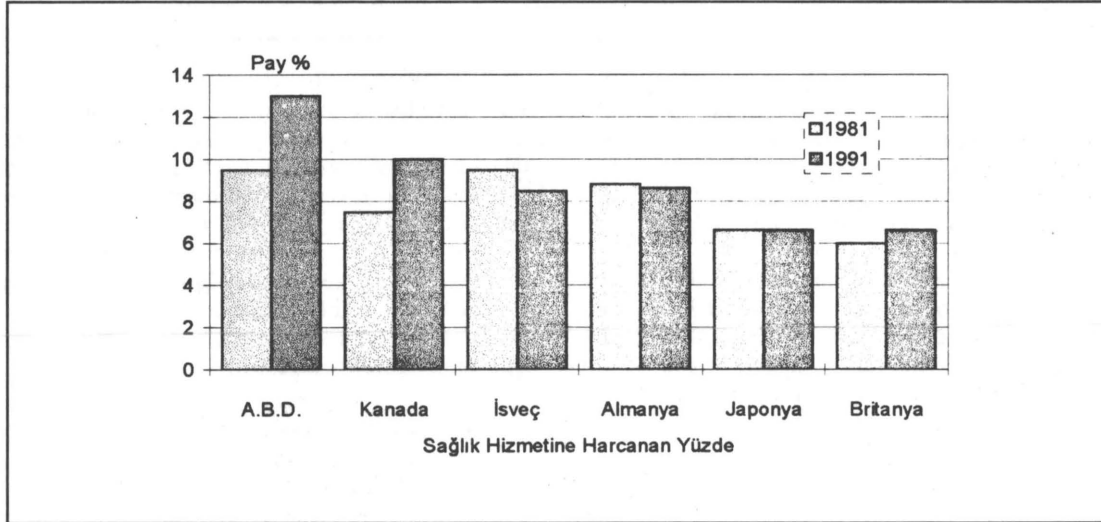
Şekil 8: ABD Ulusal Sağlık Harcaması



artıkça ölümlülük düşüyor gibi görülmektedir. Oysa çizgilerin çakışmasından önceki döneme bakılırsa bu noktaya kadar ölümlülüğün hızla indiği oysa çok fazla bir sağlık harcaması yapılmadığı, yani toplumsal değişimle birlikte ölümlülüğün azaldığı görülür. Çakışmadan sonraki dönemde sağlık harcamalarının çok hızlı bir artışa geçtiği, son yıllarda bu artışın logaritmik olduğu, ancak ölümlülüğün hemen hemen sabit kaldığı ortaya çıkar. Arada görülen farkın, yani sağlığa ayrılan payın bu denli büyük olmasının gerekli olup olmadığı, tartışmalı bir takım teknik yatırımlara ya da başka paylaşımlara ayrılıp ayrılmadığı düşünülmelidir.

Burada dikkati çeken Dünya Bankası'nın verdiği bir grafikdir (Şekil 11). Şekilde dört kadrana dikkati çekmektedir. Kadranlardan sağdaki iki tanesi sağlığa yapılan harcamaların ortalamaya göre fazla olduğu ülkeleri, solda-

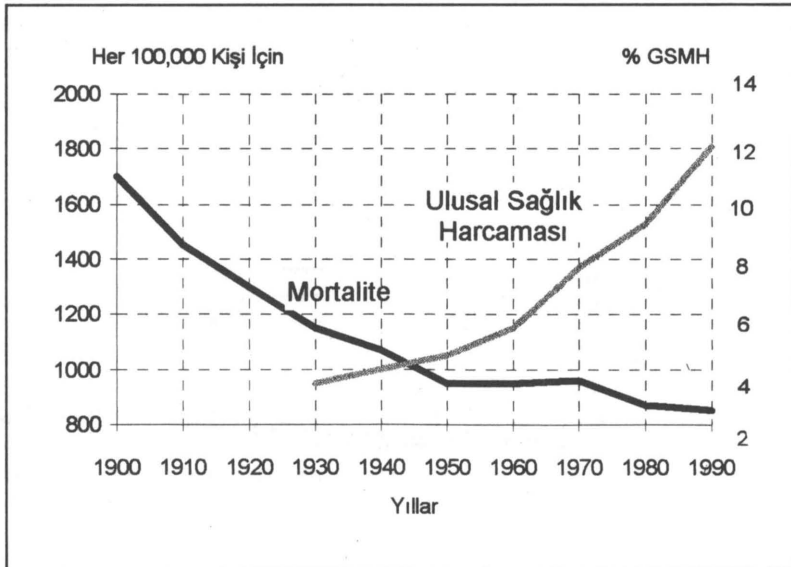
Şekil 9: Sağlık Hizmeti Maliyeti



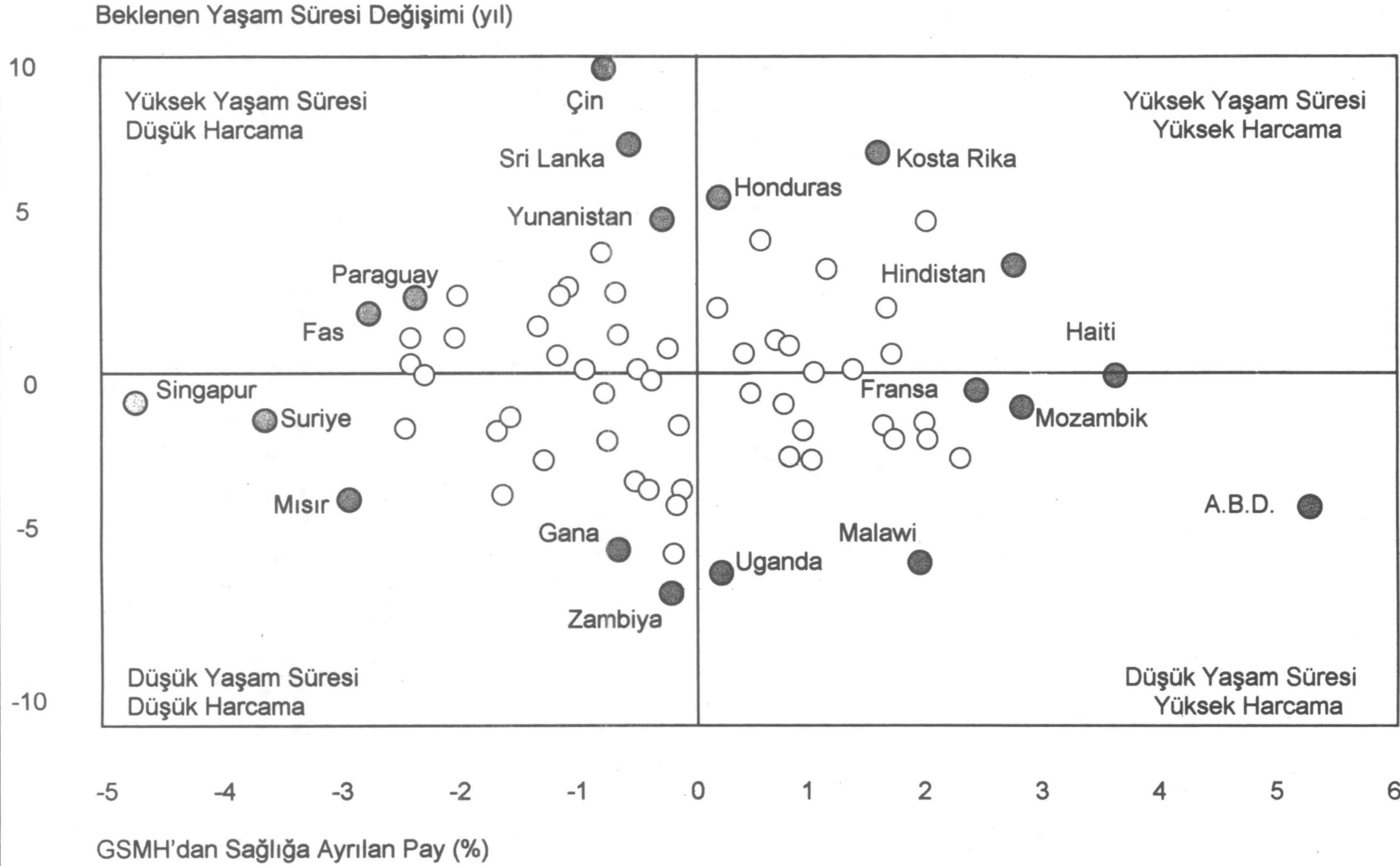
Şekil 10: Büyük Yatırım, Küçük Kazanç

Gelişmiş ve kısmen özel sektöre dayalı sağlık hizmeti sunan ülkelerle kıyaslandığında ABD bütçesinin sağlık alanında çok özel bir artış gösterdiği dikkati çeker. ABD sağlık harcamaları Kanada, İsveç gibi sağlığa önem veren ülkelerden hem daha yüksektir, hem de son 10 yıldaki artışları bu ülkelerden çok daha fazladır (Şekil 9).

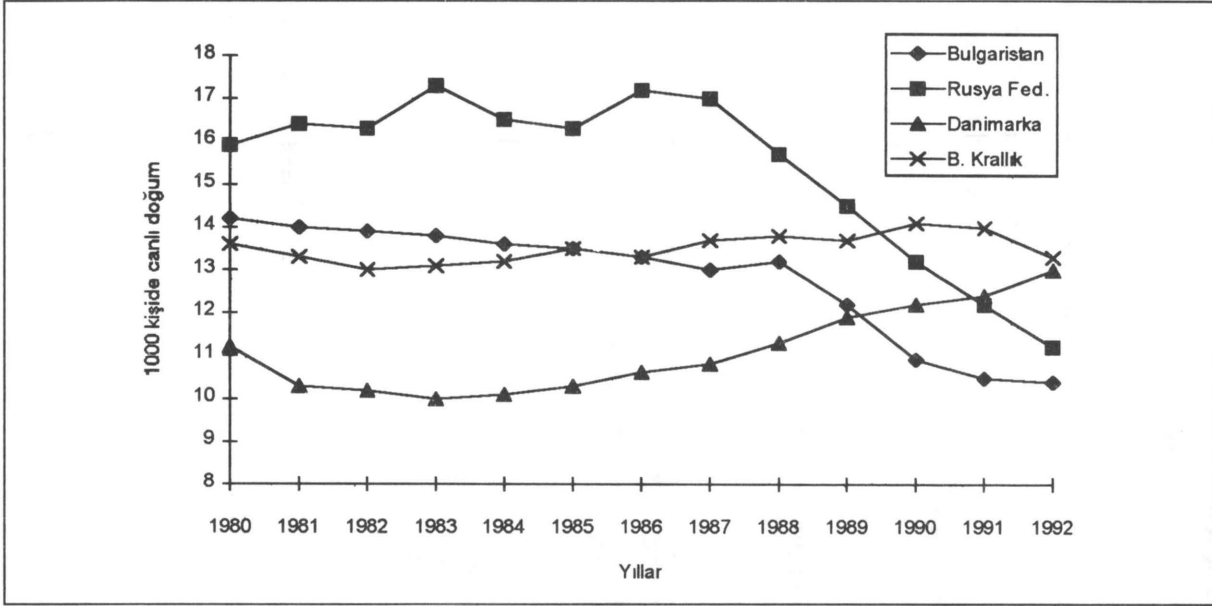
ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi "büyük yatırım, küçük kazanç" olarak isimlendirilebilen grafiğinde sağlığa yatırımın çok arttığını, bu arada mortalitenin düştüğünü gösteren rakamlar vermektedir (Şekil 10). Burada görülen yanıtıcı tablo şudur: Başlangıçta ölümlülük düştükçe sağlık harcamaları artıyor ya da başka bir deyişle sağlık harcamaları



Şekil 11: Bazı Ülkelerde Beklenen Yaşam Süresi ve Sağlık Harcamaları:
Sapmalar GSMH ve okullaşma verileri temel alınarak yapılmıştır



Şekil 12: Bazı Avrupa Ülkelerinde Doğum Hızları, 1980-1992

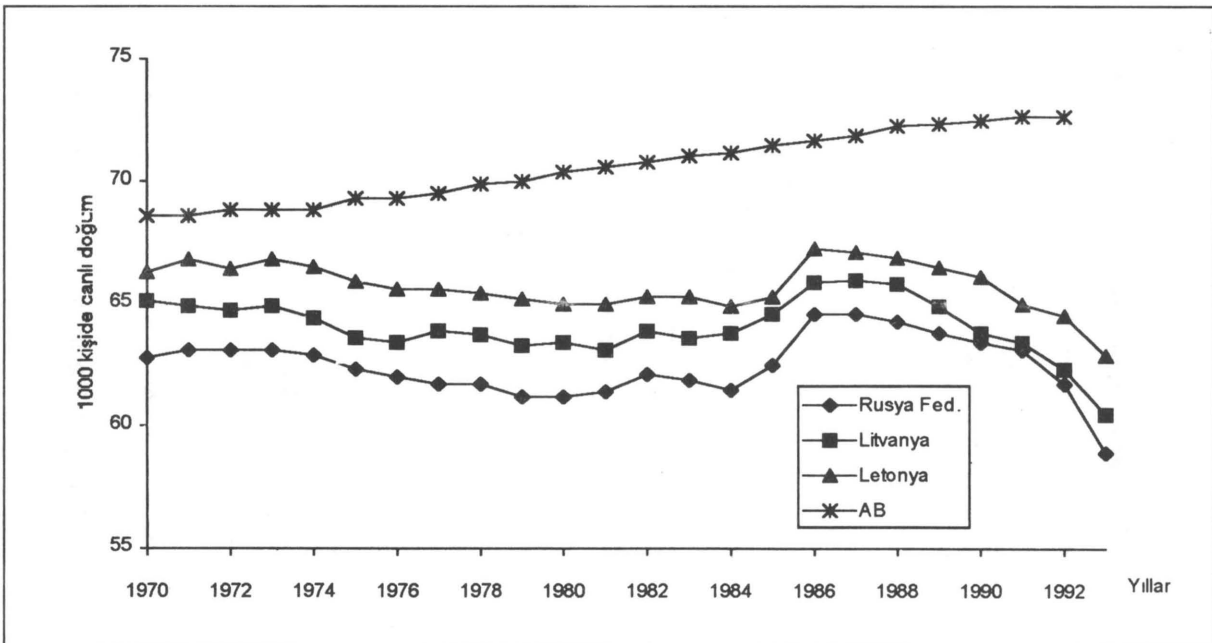


ki iki tanesi harcamaların düşük olduğu ülkeleri göstermektedir. Yatay çizgiye göre yukarıda kalan iki kare ise yaşam beklentisi süresi ortalamaya göre yüksek olan ülkeleri, aşağıda kalan iki kare düşük olan ülkeleri göstermektedir. Örneğin Hindistan ve Kosta Rika beklenilenden fazla harcama yapmış, beklenilenden çok yaşatmışlardır. Sri Lanka ve Paraguay beklenilenden az harcamışlar, ama beklenilenden çok yaşatmışlardır. Mısır, Gana gibi ülkeler ise beklenilenden az harcamışlar, beklenilenden az yaşatmışlardır. Sağ alt kadranda görülen ülkeler beklenilenden çok harcamışlar, ortalamadan az yaşatmışlardır. Bu ülkeler arasında Uganda, Malawi yanında ABD'de yer almaktadır.

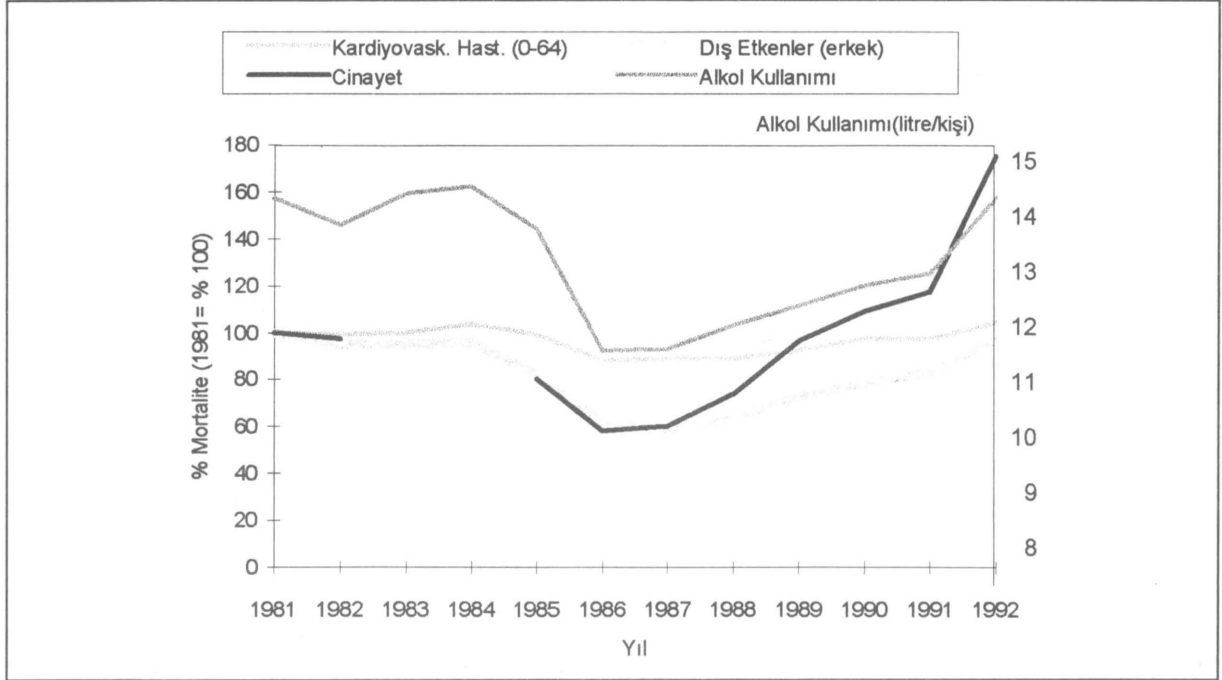
ABD sağlık harcamasını en yüksek tutan ülke olmasına karşın beklenen yaşam süresi ortalamasının yaklaşık 5 yıl altındadır. Sağlığa yapılan harcamaların ölümlülüğü gerçekten azaltıp azaltmadığını, yani gerçekten insan sağlığına mı yönelik olduğunu, yoksa özel sigortalar aracılığıyla başka anlamlarda mı kullanıldığını bu şekilde vurgulayıcı olarak görmek olasıdır.

Dünya Sağlık Örgütü Kopenhag Avrupa Bürosu 1994 verisi ile 1995 yılında yayınlanan sayılara göre Rusya Federasyonu'nda doğum hızları 1987 sonrasında hızla düşme eğilimindedir (Şekil 12). Bu düşüş sağlığın sosyal

Şekil 13: Bazı Ülkeler ve Avrupa Birliği'nde Doğumda Beklenen Yaşam Süreleri, 1970-1993



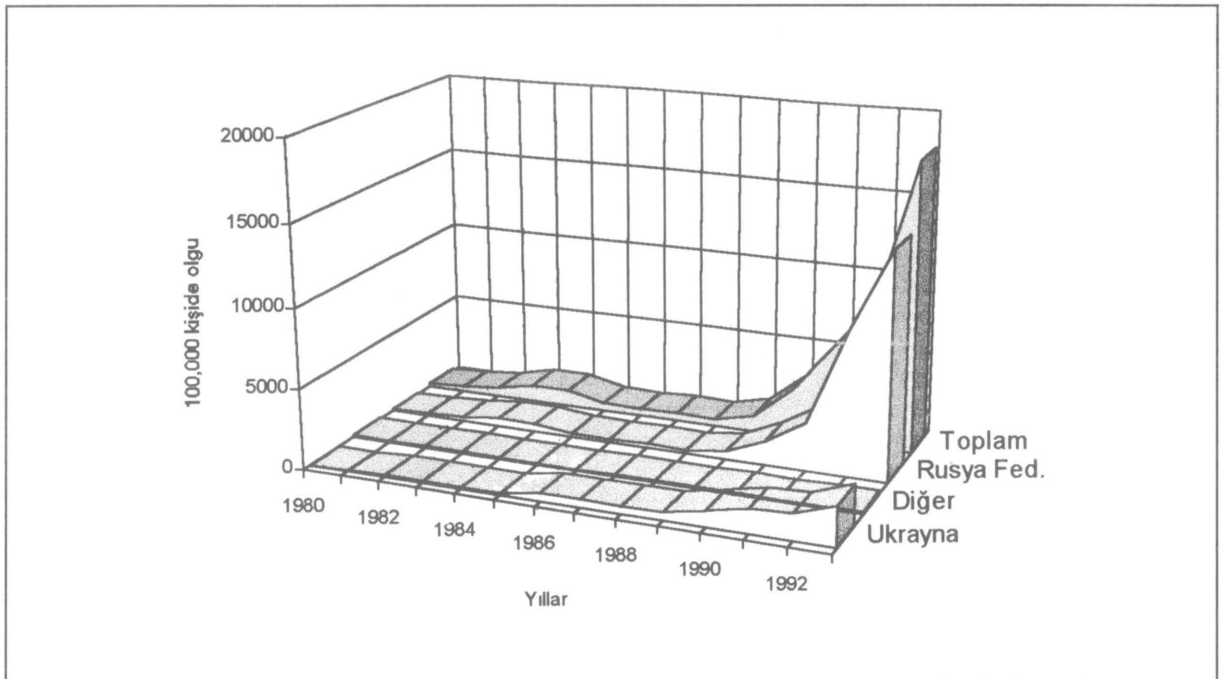
Şekil 14: Rusya Federasyonu'nda Alkol Kullanımı ve Mortalite, 1981-1992



bir hak olmaktan çıkmasından sonra, yani devletin ücretsiz ve herkese sağlık hizmeti sunmaktan vazgeçmesinden sonraki gelişmeyi göstermektedir. Türkiye'de toplumun demografik yapısı gereği doğum artışı genellikle sağlıksız bir değişimdir. Ancak Rusya gibi sanayileşmiş bir ülkede doğumların azalması bir sosyal güvence yoksunluğunun ve gelecek güvencesi eksikliğinin göstergesidir.

Beklenen yaşam süresi ile ilgili başka bir veri Şekil 13'te görülmektedir. Avrupa Birliği Ülkeleri'nde beklenen yaşam süresi giderek artmakta iken, sosyal değişime uğrayan Rusya Federasyonu, Litvanya, Letonya gibi ülkelerde 1986-87 yıllarında başlayan bir düşüş dikkati çekmektedir. Örneğin Rusya Federasyonu'nda doğuştan 67 yıl yaşaması beklenen bir kişinin yaklaşık 63 yıl yaşayacağı anla-

Şekil 15: Avrupa'da Difteri İnsidansı, 1980-1993



şılmaktadır.

Şekil 14'te Rusya Federasyonu'nda oluşan bazı değişimler görülmektedir. Siyah çizgi ile gösterilen adam ölümleri 1987'den sonra çok dikkat çekici biçimde artmıştır.

Difteri, son yıllarda az gelişmiş ülkelerde bile çok ender görülen, önlenmesi son derece kolay bir hastalıktır. Şekil 15'te Avrupa'da difteri olgularının değişimi görülmektedir. 1990'lara kadar hemen hiç görülmeyen difteri olguları Rusya'da 1992 yılında 100 bin kişide 13 bine çıkmıştır, yani her 100 kişiden 13'ünde difteri görülmektedir. Bu devletin, "ben artık ücretsiz aşı yapmıyorum, herkes kendi başının çaresine baksın!" yaklaşımının bir sonucudur.

Aslında herşey "Bamako Başlangıcı" isimli, UNICEF'in 1989 baskısı bir kitapçığı ile başlar. Bamako Mali'nin başkentidir. Buradaki yaklaşım "sağlık ocaklarında personeli-nize ödenekten maaş vermeyin, sağlık memurunuz, doktorunuza, hemşirenize ücret ödemeyin, bunun yerine kendi yazdığınız reçetelerdeki ilaçları satarak yüzde 15 kar sağlayın, sağlık hizmetlerinizi de bununla finanse edin" biçimindedir.

Hemen ardından, 1994 yılında, Dünya Bankası "Sağlı-ğa Yatırım" isimli bir yayın çıkartmış, "sağlığa ödeme yapmayın, yatırım yapın, karlı çıkarsınız" anlamında geniş kapsamlı bir kitapçık yayınlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü aynı yıl sağlık hizmetlerinin sunumunun finansmanının değerlendirilmesi konusunda bir kitap yayınlayarak özetle "sağlık kuruluşlarını özelleştirin, başınızı dertten kurtarın" anlamında bir yorum getirmiştir.

Sağlıkta özelleştirme Çin'de tüberküloz ile etkisini duyurmuştur. 1981 yılından sonra tüberküloz sağaltımı

ücretli yapılmaya başlanmış, tüberküloz ilaçları da ücretli verilmeye başlanmıştır. Dünya Bankası'nın açıklamasına göre hekimler pahalı ilaçlar yazmaya başlamışlar; bu ilaçların daha çok direnç yarattığı görülmüştür. Bu nedenle on milyonlarca insan daha Tüberküloz'a yakalanmış, 3 milyondan fazla insan sırf bu nedenle yaşamını yitirmiştir.

Şili'de 1973 darbesinden sonra kurulan ISAPRE, yani özel sağlık sigortası tüm Şilililer'in yüzde 14'ünü üye olarak kaydedebilmiş ama sağlık kaynaklarının yüzde 44'ünü bu insanlara harcamıştır. Tayland'da topraklarını satan çiftçilere 1989 yılında niçin sattıkları sorulduğunda yüzde 60'ı sağlık hizmeti satın alabilmek için sattıklarını belirtmiştir. Papua Yeni Gine'de 1993 yılında hekime başvuranlara "buraya gelmek için parayı nereden buldunuz" diye sorulduğunda yüzde 41'i "borç aldım" yanıtını vermiştir. Yukarıda belirtilen rakamların tümü özelleştirmeyi öneren ve göklere çıkartan Dünya Sağlık Örgütü'nün UNICEF'in ve en çok da Dünya Bankası'nın verileridir.

KAYNAKLAR

- 1- Health in Europe; WHO Regional Publications, European Series, No.56, World Health Organization, Geneva, 1994.
- 2- The World Health Report 1995; World Health Organization, Geneva, 1995.
- 3- Evaluation of Recent Changes in The Financing of Health Services; WHO Technical Report Series, No.829; World Health Organization, Geneva, 1993.
- 4- World Development Report, 1993; Oxford University Press, The World Bank, 1993.
- 5- Bamako Initiative; UNICEF, 1989.