

GÖZLEM VE GÖRÜŞLER

ALTERNATİFİMİZ VAR (MI?)*

Ata SOYER**

"...Onlar 'bana teknik alternatif söyle' diyor. Biz kaba ve sınıfsal alternatifler söylüyoruz: Mesela "sermaye vergilensin" veya daha da somutlaştırarak "finans kapital, ya servetleri üzerinden veya faiz gelirleri üzerinden vergilensin" diyoruz. Bunun ötesine gitmenin gereği yok; bunun ötesine gittiğiniz zaman, iktidar olmanız gerek...Efendim, 'faizler vergilensin'; vatandaşın elindeki repolar ne olacak, repo belgeleri ne olacak, kime yüklenecek, kime yüklenmeyecek; bu tartışma bizim bugünkü tartışmamız değil. ...Eğitim ve sağlıkta ticarileşme ve özelleştirmeye karşı çıkmalıyız. 'Efendim, her şeyi devlet mi yapacak?' Evet, her şeyi devlet yapacak. Nasıl yapacak? Sermayeyi vergileyerek... Bu alternatif bugün yeter, daha fazla ayrıntıya gerek yok." (1 Kasım 2003 Nusret Fişek Anma Etkinlikleri; Türkiye'de Değişik Sektörlerdeki Tahribatlar: Bunlara Karşı Ne Yapılabilir? Paneli Korkut Boratav'ın konuşması)

Seçimler yaklaştı. Herkes alternatif tartışıyor. Bu tartışmaya bir yerinden girmek istedik. Tartışmaya girişin çerçevesini de yukarıdaki alıntı ile yaptık.

Kastımız şu: Türkiye'de yaşayanların çok daha iyisine layık olduğunu ve bunun (da) mümkün olduğunu hissettirmek. İddiamız ise, "çalışanlardan yana bir iktidarın hep birlikte kurucusu ve mütevazı bir emekçisi olmak".

Bu bağlamda alternatif sağlık hizmeti başlığının tüm sağlık konularını değil, bazı ana konuları içerdiğini belirtelim. Önce, mevcut sağlık finansman (akış/dağılım) tablosunu ve parasal büyüklüklerini aktarmaya, daha sonra bu rakamı büyüten ve değiştiren/kaydıran müdahale/olanakları belirtmeye çalışacağız. Arkasından hizmet sunumuna yönelik iyileştirme ilkeleri ve bu ilkeler ışığında öngörülebilir adımları somutlamak hedefliyoruz. Böylelikle sizlerle paylaşacağımız tartışma verileri ışığında, ilkelerimizi ve önerilerimizi iletacağız.

1. Sağlık Finansmanı, Mevcut Durum Nedir?

Son 25 yılda (1980-2004) toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı, %3.5'tan %6.3'e yükseldi. Bütün bir 1980'li yıllar boyunca, toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı %4'ün altında seyrederken, 1990-94 yıllarında artış gösterdi. Ama, asıl yükseliş, 2000'li yıllarda yaşandı.

Bu süreci miktar olarak okursak, 1980'de 2.5 milyar dolar civarında olan toplam sağlık harcaması, 1990'a kadar 3 milyar doların altında kalmış, 1990 sonrası yükselmeye başlamış, 1994 krizi ile yaşanan hafif düşüş dışında, sürekli artış göstermiştir. 2004'e gelindiğinde, bu miktarın 20 milyar dolara (18.9) yaklaştığını gördük.

Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı, başlangıçta (1980'li yıllar) %50 civarında seyretti. Sonra kamu payının arttığını yaşadık. 2000'den sonra ise, kamunun payı, %80'i geçti.

Bu rakamlardan şöyle bir çıktı elde edebiliriz; 1980-2004 yılları arasında kamu sağlık harcamaları 100 milyar doları geçerken (106 milyar dolar, özel sağlık harcamaları 40 milyar doların biraz üzerindedir (43 milyar dolar).

*Bu metin 17 Aralık 2005 tarihinde SES'in düzenlediği "Başka bir sağlık sistemi mümkün" başlıklı sempozyumda Eriş Bilaloğlu ile birlikte sunulan bildirinin bir bölümüdür.

**Halk Sağlığı Uzmanı, Diyarbakır

Bugün kamu sağlık harcaması 17, özel sağlık harcaması ise 3 milyar dolar civarında seyretmektedir.

Burada birinci ara çıktımızı özetleyelim: Son 25 yılda toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı, neredeyse iki misli artmıştır. Yaklaşık 2.5 milyar dolar olan toplam sağlık harcaması, 8 kat artarak 20 milyar dolara dayanmıştır. Kamunun toplam sağlık harcamaları içindeki payı yarı yarıyken, 2004'te %85 civarına ulaşmıştır.

Bu gelişmelerin ne kadarı, AKP döneminde yaşandı? Ya da AKP döneminde sağlık finansmanı konusunda neler oldu? 11 milyar dolar olan (2002) toplam sağlık harcaması, 2004'e gelindiğinde, 19 milyar dolara ulaştı. GSMH içinde %5.6 olan toplam sağlık harcamalarının payı da arttı: %6.3. Ama asıl değişim, kamunun toplam sağlık harcamaları içindeki miktarında yaşandı. Yaklaşık 8.7 milyar dolar olan kamu sağlık harcamaları, 16.3 milyar dolara ulaştı. Bu oran ve miktarlar, son 25 yılın en büyük rakamlarıdır. Ancak, bu yüksek miktarlar ve artış, hizmetin niteliğine yansımada. Çünkü uzun süredir yatırım yapılmayarak çökertilen kamu sağlık kurumları, hizmet sunamaz hale getirildiğinden, bu artan para, hizmet satın almaya/kaynak aktarmaya yöneltildi. Örneğin, sağlık alanının asıl sahibi Sağlık Bakanlığı Bütçesi'nin gerek toplam sağlık harcamaları, gerekse toplam hükümet bütçesi içindeki payı geriledi. Üstelik, gerçekleşen bütçe rakamları, bütçede ilan edilen başlangıç ödeneğinin çok altında gerçekleşti. Ama, temel sorun, sağlık yatırımlarında yaşandı. 2000-2005 yılları arasında Sağlık Bakanlığı yatırımlarının, toplam Sağlık Bakanlığı bütçesi içindeki payı, başlangıç ödenekleri itibarıyla %3.2-7.0 oranında ilan edilirken, gerçekleşen oranlar oldukça düşüktü: %0.8-4.2. Bununla bağlantılı olarak, sağlık kurumlarının yıllık artış oranları düşük seyretti. Örneğin, yeni sağlık evi yapılması neredeyse durma noktasına gelirken, yeni sağlık ocağı yapımı, bir önceki yıllara göre, son iki yılda %0.4-2.5 arasında kaldı. Özü, AKP döneminde artan kamu sağlık parası, kamu sağlık yatırımlarına yönlendirilmedi. Pekiyi, böylese nereye gitti, bu kadar para?

Sağlığa Akan Para, Nereden Geliyor, Nereye Gidiyor?

Bir kaynağımız, 2003 tarihli Dünya Bankası Raporu. Rapor'a göre, sağlığa akan yüz birim paranın, 76'sı hükümet bütçesi ve sosyal güvenlik kuruluşlarından geliyor. Geri kalan 24 birim para ise, insanların cebinden harcadıkları para ağırlıklı olmak üzere özel sektörden gelmekte. Yine aynı Rapor, bu yüz birimlik paranın 27'si ilaç ve teknolojiye, 22'si özel sağlık kurumlarına, 39'u kamu sağlık kurumlarına ve sektörüne, 10-12'si de diğer yapılara dağıldığını belirtiyor. Bu denklem, çok açık biçimde 76 birim veren kamuda 39 birimin kaldığını, bunun da anlamının 37 birimlik bir miktarın, kamudan özele aktarıldığı olduğunu göstermekte.

Başka bir kaynak, Ulusal Sağlık Hesapları 2000. Bu kaynağa göre ise, 2000 yılında kamunun toplamın %62'sini, özeline ise %38'ini temin ettiğini görüyoruz. Bu paranın ilaç teknoloji ve özel sağlık kurumlarına giden

kısmı %51'ken, kamu sağlık sektörüne giden pay ise %38'dir. Bu çerçevede, kamudan özele akan paranın, 2000 yılı bağlamında, toplam harcamaların %24'ü olduğu söylenebilir. Bir ara çıktı daha yapalım; son 25 yılda ulaşılan en büyük toplam ve kamu sağlık harcaması, yine son 25 yılın en büyük miktar/oranı ile, kamudan özele-değişik mekanizmalarla-aktarılmaktadır.

2. Sağlık Finansmanı Alanına Nasıl Müdahale Edebiliriz?

Bütünüyle kamunun "para toplama-hizmet sunma" ilişkisini kopararak, kamu kaynaklarını özele aktarma esasına oturtulan sisteme müdahale etmek gerekir. Nasıl? 1. Kaynaklar üzerinden, 2. Harcamalar üzerinden. 2005 DPT verisi üzerinden sağlığa akan toplam 20 milyar dolara yakın bir para olduğunu biliyoruz. Bu parayı, hangi kaynaklardan, ne şekilde artırabileceğimizi düşündüğümüzde, ilk aklımıza ülkemizin ithalat tablosu geldi. 2000'de 54.5 milyar dolar olan ithalat, 2004'te 97.5 milyar dolara ulaşmış. Bu ithalatın tüm kalemleri incelenerek kısılmasının hedefe koyulması gerekiyor, ama burada biz tüketim amaçlı ithalatı önümüze koyduk. 2004 itibarıyla 12 milyar dolar olan tüketim amaçlı ithalatın durdurulduğunu varsaydık. Ve bunun bir bölümünün, örneğin ¼'ünün sağlığa ayrıldığını düşündük. Başka bir kalem olarak iç ve dış borçları aldık. Borç faizi, 2004 yılında 39 milyar dolar. Bu paranın -en azından bir bölümünün-ertelendiğini varsaydık. Bu paranın da, ¼'ine göz koyduk. Bir başka değişikliğin, bugüne kadar özelleştirilen kamu varlıklarının tekrar kamulaştırılması yönünde olması gerektiğinin altını çizdik. Bu değişikliğin vergi gelirlerine yansımalarının yaklaşık 10 milyar dolar olacağını varsayarak, bunun ¼'ünün de sağlığa düşeceğini düşündük. Ek olarak vergi gelirlerinde servet-gelir vergilerine yüklenerek yeni kaynaklar elde edilebileceğini varsaydık. Burada bir hesaplama yapmadık. Ancak, bir önceki düzenlemelerle bile, kamunun elinde bulunan 16.3 milyar dolarlık kaynağa, ek olarak 15-15.5 milyar dolarlık bir katkı yapabileceğimizi hesapladık. Yaklaşık 30-32 milyar dolarlık bir kamu sağlık kaynağı eder, bu.

Şimdi, harcamalara müdahale araçlarına bakalım. Sağlık harcamaları içinde bir planlama yaparak, tasarruf sağlarız düşüncesinden yola çıktık. Öncelikle, pahalı tıbbi teknolojiye sınırlama getirilmesinin doğru olduğunu düşündük. Her ne kadar ülkemizde, tıbbi teknoloji üretmiyorsak da, uzun dönemde böyle bir üretim hedefini önümüze koymak koşulu ile, tıbbi teknoloji ithalatında bir sınırlamayla işe başladık. Her bir milyon kişiye 1 veya 2 MR veya BT hesabı ile, bu sayının dışında ithalatın durdurulmasını doğru bulduk. Benzer hesaplamaların, diğer tıbbi teknolojilere uygulanmasının doğru olacağını düşündük. Çok daha önemli bir konu da, ilaç. Kısmen üretim yapılsa da, giderek ithalata daha bağımlı bir alan, ilaç. Benzer bir mantıkla, ucuz hammadde ithalatına yönelme, mamul madde ithalatında sınırlamaya gitme, ana ilaçların dışındaki ilaçların ithalatının izne bağlanması, alımların merkezi olarak yapılması gibi önerilerin ciddi bir tasarruf sağlayacağını varsaydık.

Ancak, bu konudaki temel adımın ilaç ve aşı üretiminin ülkemizde, çok uluslu tekellerin dışında kamusal olarak yapılmasına ağırlık vermek olduğunu savunuyoruz. En azından aşı ölçeğinde biliyoruz ki, aşı üretiminin yeniden tesisi için yapılacak harcamalar, bir-iki yıllık ithalat miktarını çok aşmıyor. Bu söylediklerimiz, orta ve uzun vadeli etki yaratabilecek adımlar. Ama, daha hızlı sonuç verebilecek değerli bir adım, özel sağlık sektörüne, kamudan yapılan sevklerin durdurulmasıdır. 2005 yılında, kamudan özele akan paranın, toplam sağlık harcamalarının %47'si olduğunu hesaplamıştık. Bu oranın %27'lik bölümünün ilaç teknoloji olduğu bilgisi temelinde, sadece sevklerin durdurulması ile 4 milyar dolara yakın bir tasarruf sağlanacağı ortaya çıkmakta. Yukarıdaki rakamlarla birlikte, hemen ulaşılabilecek miktarın 35 milyar dolara ulaştığını söylemek mümkün. Derli toplu bir kamusal örgütlenme bağlamında, bu paranın şimdikinden çok daha eşitlikçi ve etkin bir sağlık hizmeti sunma olanağı vereceği açıktır.

3. Hizmet Sunumunda Mevcut Durum:

Hizmet sunumunun temel birimleri, sağlık ocakları. Ülkemizde, ortalama 11730 kişiye bir sağlık ocağı düşmekle birlikte, bu rakam bölgelere, illere ve il içinde semt ve mahallelere göre önemli eşitsizlikler sergilemektedir. Bilindiği gibi bu konuda Güneydoğu Anadolu Bölgesi, Doğu Anadolu Bölgesi ile İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Mersin, Antalya, Bursa, Eskişehir vb büyük iller daha dezavantajlıdır. Örneğin İstanbul'da bir sağlık ocağı başına düşen nüfus 40 bin ortalamadayken, Şanlıurfa'da bu rakam 22 bindir. 2004 yılı itibarıyla 6066 sağlık ocağımız mevcut. Maalesef, bunların %22.3'ünde hekim yok. Her 10 bin kişiye bir sağlık ocağı yapılması gereğinden yaptığımız hesaba göre, 1776 sağlık ocağına daha ihtiyacımız var. Dolayısı ile, ilk aşamada, 3129 hekim (hekim olmayan sağlık ocakları + yeni sağlık ocakları) ve 1776 sağlık ocağı temini ile (inşaat bitene kadar, kiralama ve satın alma yolu ile) hemen işe koyulabiliriz. Bu sağlık ocaklarının bine yakını İstanbul ağırlıklı (822) olmak üzere Marmara Bölgesi'ne gerekirken, 294'ü İç Anadolu'ya (217'si Ankara) ve 378'i Güneydoğu ve Doğu Anadolu'ya olacaktır.

Derdimiz, sadece eksik birimleri tamamlamak mı? Bu yenileme, sağlık hizmeti sunumunu nasıl etkileyecek? Biz bu temel birimlerin, sağlık ocaklarının, halkın ilk başvuru yeri olması konusunda gereken personel ve donanım ile desteklenmesi gereğinin de altını çiziyoruz. Şu anda, tüm sağlık kurumlarına 217400 başvuru var, bir yılda. Bunun sadece 74500'ü (%35) sağlık ocaklarında gerçekleşmekte. Biz bu oranın %90'a ulaşmasını hedefliyoruz ve mümkün olduğunu düşünüyoruz. Bu noktada, yeni bir hesaplama yaptık. Toplam nüfusumuz 70 milyon ve her bir bireyin bir yılda ortalama 4 kez sağlık kurumuna başvurduğunu varsayalım. Ki, şimdiki rakam, 2,4. Bu, toplam 280 milyon poliklinik eder. Bu poliklinik başvurusunun, eksiklerini tamamladığımız sağlık ocaklarının karşılandığını varsayarsak, her sağlık ocağında günde 100'ün altında

hasta yükü ortaya çıkıyor. Bir sağlık ocağında 3 hekim poliklinik yapsa, 33 civarında hasta bakmış olunur. Doğal ki, burada bir kaba projeksiyon yapıyoruz. Koruyucu sağlık hizmetleri ve diğer sağlık personeli yükünü hesap etmememiz, onları önemsemediğimizden değil, bu işin öz olarak mümkün olduğunu göstermek amacıyla.

Varsaydık ki, bu sistem işledi ve başvuruların %90'ını sağlık ocaklarında çözümledik. Geriye %10'luk bir hasta yükü, yani 28 milyon sevk kalmakta. Bunları da, hastaneye gönderdik. Bunun anlamı, şu andaki hastane poliklinik yükünün 1/5'ine düşürülmesi demektir. Yani şu anda, daha az bir başvuru oranı ile 150 milyon civarında olan hastane poliklinik sayısı, 28 bine düşecektir. Bu hastaların da, yaklaşık 1/4'ünün yataklı tedaviye ihtiyacı olduğunu hesaplasak, 7 milyon kişi eder (şimdi, 6,4 milyon). Bu tablonun anlamı, hastanelerin asli işlevine dönmesi demektir. Birinci basamağın iyi çalışmaması nedeni ile, birer ayaktan bakım merkezine dönen hastaneler, asli işlerine, yani yataklı tedaviye yöneleceklerdir. Bu arada, yatan hastaların yarısının ameliyata ihtiyacı olduğunu düşünersek, yılda 3,5 milyon ameliyat gerekecektir. Bu noktada, bir iş yükü artışı bekliyoruz. Çünkü, mevcut sayı 500 binin biraz üzerinde. Ancak, bu durum da, hastanelerin asli işlerine dönüşünün bir gereğidir.

Bunlara ek olarak, sağlık ocaklarında teşhisi konulan hastaların ilaçlarının önemli bölümünün ücretsiz karşılanabileceğini de söylüyoruz. Eriş Bilaloğlu arkadaşımızın yaptığı hesaplama göre, Sağlık Bakanlığı Hastalık Yükü Araştırması'nda ülkemizde en sık görüldüğü tespit edilen 10 hastalığın (yaklaşık 150 milyon poliklinik) depo fiyatı üzerinden karşılığı 5 katrilyon TL civarındadır. Altyapısı iyileştirilmiş ve halkın ayağına kadar giden sağlık ocakları zincirinin, ilaçların önemli bölümünü de ücretsiz karşılaması, hizmete ulaşmadaki engelleri azaltacaktır. Bu hizmeti verecek olan sağlık çalışanlarının çalışma ve yaşam koşullarının iyileştirilmesinin de şart olduğunu vurgulamalıyız. Örneğin, döner sermaye ya da performans yerine doğrudan bütçe kaynaklı gelir ilkesi üzerinden sağlık çalışanlarının maaşlarının ikiye katlanmasının da, yaklaşık 7,5 katrilyon TL olduğu hesaplanmıştır.

Bu adımları artırmak ve çeşitlendirmek mümkün ama burada ana konularda somut adımların atılması halinde sağlıkta iyileştirmenin hiç de hayal olmadığını göstermekle yetinelim. Sağlık hizmet sunumu ile finansmanı tek elde topladık, birincil basamağı ve bütüncül yaklaşımı merkeze aldık, birinci basamak altyapısını hızla tamamladık, ikinci basamak hizmetleri gerçek nüfusu ve işyükü ile karşı karşıya bırakarak verimli kıldık, sevk zincirini oturttuk, en çok görülen 10 hastalığın ilaçlarını ücretsiz olarak birinci basamakta temin ettik, özel sektöre verilen teşvikler ile aktarılan kaynakları iptal ederek hizmetleri planlama dahilinde tamamiyle kamu eliyle sunduk, vb. Çerçeve bu. Ama burada önemli bir noktayı atladık: Toplumun en küçük birimlerinden ülke düzeyine kadar katılarak denetlediği bir işleyiş olmadan bu adımlar eksik olacaktır.