

# HALK SAĞLIĞI VE SAĞLIKTA REFORM



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINLARI

# HALK SAĞLIğI VE SAĞLIKTA REFORM

Haziran 2003



# ***HALK SAĞLIĞI VE SAĞLIKTA REFORM***

Birinci Baskı, Haziran 2003  
Türk Tabipleri Birliği Yayınları

**ISBN 975-6984-55-4**

***Kapak - Sayfa Düzeni***  
*Sinan Solmaz*

## **TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ**

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunahgil Sok.

No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79 • Faks: (0 312) 231 19 52-53

GSM: 0 533 642 26 97-98 • 0 542 684 46 70

e-posta: [ttb@ttb.org.tr](mailto:ttb@ttb.org.tr) • <http://www.ttb.org.tr>

## ÖNSÖZ

Dünya Bankası'nın Türkiye için sağlık politikası ve Genel Sağlık Sigortası, uzun yıllardır ülke sağlık gündemine bir başlık olarak sokulmuş olan "Aile Hekimliği" ve AKP Hükümeti'nin sağlıkla ilgili "tezleri" bu yayında incelenmektedir. Aslında hükümetler değişse de, son 20 yılda sağlıkta "istikrarlı" bir çabadan sözedilebilir: Kamu Sağlık Hizmetlerinin Çökertilmesi ve Özelleştirme.

Ülkemizde farklı hükümetlerin sağlık bakanları; Türk Tabipleri Birliği'nin halktan yana olmadığını, ısrarla-bıkmadan söylediği uygulamaların yürütücüsü oldular ve sağlıktaki bu olumsuz dönüşümün sorumluluğunu üstlendiler, üstleniyorlar.

"...AKP'nin sağlık "reformu" çabaları, Türkiye'nin ana sağlık sorunları ile ilgili de değildir. Her yıl ülkemizde 60.000'e yakın bebek, birinci yılını doldurmadan ölmektedir. Bu konuda varolan çok sayıdaki rakamı sıralamak yerine, bir "basit" örneği vermek yeterli: Hangi bebekler ölmekte? Doğum öncesi hiçbir bakım almayan ve doğumda hiçbir sağlık personeli desteğini alamayan annelerin bebekleri, doğum öncesi en az bir bakım alan ve doğumlarını sağlık personelinin yardımı ile yapan annelerin bebeklerine kıyasla 4 misli daha fazla ölmektedirler! Çoğu Doğ'u'da, kırdan yaşayan ve yoksulların bebekleri ölmektedir ki, bunların anneleri sağlık hizmetlerine ulaşamadıkları için ölmektedirler. Yoksa, hekim seçemedikleri ya da özel hastanelere gidemedikleri için değil! Paraları yok, sağlık kurumları ve hizmetlerinden uzaklar.

Yoksulların, önceki hükümetlerin kendilerini yoksullaştıran politikalarına tepkileri sonucunda hükümet olanların bu insani gerçeği unutmaları ne ile açıklanabilir?" Elinizdeki yayının "Sonuç Yerine" bölümünde Dr.Ata Soyer bu sözcüklerle dile getiriyor hükümetin sağlık uygulamalarını.

Dr.Kayıhan Pala, Dr.Bülent Kılıç ve Dr.Ata Soyer'e bu değerli yayının oluşması için harcadıkları çabaya içten teşekkürlerimizle...

Türk Tabipleri Birliği  
Merkez Konseyi



## DÜNYA BANKASI'NİN TÜRKİYE İÇİN SAĞLIK POLİTİKASI VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI\*

*Kayihan PALA\*\**

Dünya Bankası'nın Türkiye için son yıllarda yürüttüğü sağlık politikası, Banka tarafından Haziran 2002'de yayınlanan "*Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar*" adlı raporda (DB;2002) ayrıntılarıyla yer almaktadır.

### **Dünya Bankası'nın "Türkiye İçin" Sağlık Politikası**

Dünya Bankası'nın Türkiye için sağlık politikası dokuz ana başlıkta sunulacaktır:

**1. Sosyal Güvenlik Örgütlerinin Birleştirilmesi:** Raporda bu koldan "SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın sunduğu çeşitli sağlık sigortaları ile devlet memurlarına sunulan hizmetler ve Yeşil Kart gibi refah programları birleştirilerek tek bir zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemi, ya da Sağlık Fonu haline getirilmelidir. Sağlık Fonu yüksek oranda özerk olmalı ve profesyonelce yönetilmelidir" biçiminde söz edilmektedir.

**2. Umumi Sosyal Sağlık Sigortası:** 1970'lerden bu yana "Genel Sağlık Sigortası" adıyla çağrılan anlayış, Rapor'da "Umumi Sosyal Sağlık Sigortası" adıyla geçmekte ve "Umumi sosyal sağlık sigortasının kurulması" ile "Temel hizmetler paketinin oluşturulması" hedef olarak gösterilmektedir.

**3. Temel Hizmetler Paketi:** "Sağlık hizmetleri temel hizmetler paketi çerçevesinde sunulmalıdır. Çok sayıda hizmetin aslında hemşi-

---

\* III. Ulusal Nevzat Eren Halk Sağlığı Sempozyum'unda sunulmuştur.

\*\* Yrd. Doç. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

reler ve diğler paramedikal personel tarafından da verilebileceği tespit edilirse (Araştırmalarla), muhtaç alanlarda hemşireleri lokal işe alma ve eğitme yoluna gidilmeli ve ana ve çocuk ölüm ve hastalanma oranını azaltacak temel hizmetler paketi bunlar aracılığıyla sunulmalıdır.”

**4. Kamu Hastanelerinin Özerkleştirilmesi:** Raporda bu konudan; “Hastanelerin verimliliğini iyileştirmek için, tüm Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerine hem idari ve mali açıdan hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin temini bakımından özerklik tanınmalıdır. İlk aşamada hastane kurumunun geneline özerklik tanınmalı, ikinci aşamada ise her tesise ayrı ayrı özerklik tanınmalıdır. Sağlık tesislerinde bulunan tüm personel ilgili kurumun sözleşmeli personeli olacaktır” biçiminde söz edilmektedir. Kamu hastanelerinde özerkleştirme hedefinin, sağlık personelinin “sözleşmeli” statüye geçilmesi ile birlikte verilmesi dikkat çekicidir.

**5. Sağlık ve Çalışma Bakanlıkları:** “Her iki Bakanlık da, şu anda yüksek öncelik vermedikleri daha önemli görevler taşıdıkları için, mevcut yapılarının özünü oluşturan sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunulması işiyle gerçekte doğrudan ilgili olmamalıdır.”

**6. Sağlık Bakanlığı:** Sağlık Bakanlığı’nın başlıca görevi ve sorumluluğu “Politika hazırlamak ve düzeni denetlemek” olarak açıklanmaktadır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın odaklanması gereken diğler alanlar arasında ise kalite kontrolü ve tüketicinin eğitilmesi tanımlanmaktadır.

**7. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı:** Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın sağlık sektöründeki temel görevi de “Evrensel sağlık sigortası sisteminin yönetimine ve işlevlerine denetim ve rehberlik sağlamak” olarak tanımlanmaktadır.

**8. Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi:** “Temel sağlık hizmetlerinde yapılacak reformların çıkış noktası hem tıp hem de hasta toplumunda temel sağlık hizmetini sağlayan kişilerin görelî konumunu iyileştirmek olmalıdır. Başka bir deyişle, Türkiye’deki temel sağlık uzmanlarına temel hizmet paketini Türkiye’de sunarken, hem evde hem de hastanede bakılan hastaların tedavisinde çeşitli sağlık hizmeti sektörlerinin bütünleştirilmesini sağlayacak imkanlar verilmelidir. Bunu

başarmanın bir yolu “Aile hekimliği” kavramının ve uygulamasının benimsenmesidir. “

**9. Aile hekimliği:** “Aile hekimleri tüm aileye sağlık hizmeti sunar, dahiliye, jinekoloji, pediatri, önleyici hekimlik ve sağlığın yayılması gibi tıp alanlarındaki genel hastalıkları tedavi eder. Hastalara teşhis hizmeti, laboratuvar hizmetleri ve konsültasyon sunulur. Böylece “Tek pencere” sistemi altında hemen hemen tüm hizmetler verilir. Aile hekimliği sayesinde doktor ve aile üyeleri daha yakın ve kişisel ilişkiler kurar ve doktor sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde önemli rol oynar.”

Rapor'da sözü edilenler, yukarıdaki başlıklarda sunulan konularla sınırlı değildir. Rapor'da ayrıca, sağlıkta insan kaynakları, organizasyon ve yönetim, ilaç tüketimi ve üretimi, ekonomik kriz ve sağlık sektörü ile sağlıkta milenyum amaçlarına ulaşmak konularına da Dünya Bankası gözüyle değinilmektedir.

### **AKP Hükümetlerinin Sağlık Politikası**

AKP hükümetlerinin sağlık politikası, temel olarak 58.Hükümetin Programı üzerinden değerlendirilecektir:

1. Programda “Tek partinin oluşturduğu bir hükümet ile istikrarın yakalandığı” iddia edilmektedir. Hükümeti tek partinin oluşturduğu doğru olmakla birlikte, istikrarın yakalandığı savının geçerli olmadığı gerek Hükümet üyelerinin uygulama ve demeçlerindeki tutarsızlık, gerekse 2003 Ocak ayı enflasyonunun uzun bir aradan sonra yine %5'in üzerinde çıkması ile kanıtlanmıştır.

2. Programda “Sağlıklı bir özelleştirmenin bugüne kadar gerçekleştirilemediğinden” yakınılmakta, ülkenin kamu yönetiminde hantal ve aşırı merkezizetçi yapıdan, yolsuzluk ve siyasal çürümeden kurtulamadığı iddia edilmektedir. Anlaşıldığı kadarıyla Hükümet, IMF ve Dünya Bankası'nın Türkiye'nin önüne koyduğu ev ödevlerini “En iyi biçimde” yerine getirme kararlılığındadır.

3. Programda “Yönetişim” anlayışının benimseneceği belirtilmektedir. Yönetişim (Governance) son yıllarda, küreselleşmenin yayılmasını gerçekleştirmek amacıyla uygulamaya konulan yeni bir yönetim modeli olduğu iddiasıyla eleştirilirken (Yılmaz,Y.;2002, Ergüven A.;



2002, Yılmaz, S.; 2002, Güler B.A.; 2002, Arslan A.;2002), 58.Hükümet'in "Yönetişim" vurgusu, yerelleşme ile bütünüyle gerçekleştirilememesi olasılığı bulunan desantralizasyon uygulamalarının başarısını artırmak için kullanılacak yeni ve güçlü bir araç izlenimi vermektedir.

4. Programda devletin sağlıkla ilgili rolünün " Temel hizmetleri yürütmekle sınırlı kalacağı " açıklanmaktadır. Burada sağlığın temel bir insanlık hakkı olmaktan çıkarıldığını ve ticari bir hizmet/ürün olarak algılandığını somut olarak görüyoruz. Çünkü yalnızca temel hizmetleri yürütmekle sınırlı kalmak, sağlığın bütüncül yapısını göz ardı eden ve insanları temel hizmetler dışında kalan sağlık hizmetleri için özel sektöre başvurmaya zorunlu kılan bir anlayışı çağrıştırmaktadır.

5. Programda ulusal öncelikler ile yerel farklılıkların barıştırılacağı ve kamu hizmetlerinin yerinden karşılanmasının temel ilke olacağı; merkezi yönetim tarafından yürütülmesi zorunlu olmayan işlerin, kaynaklarıyla birlikte yerel yönetimlere devredileceği bildirilmektedir. Bildiği gibi, yerelleşme olgusu, egemen güçlerin sömürü olanaklarını artıran ve hedefi kamunun elinde bulunan "kar getirisi yüksek" her hizmet alanı ve ürünün özel sektöre devri olan yapısal bir değişim girişimi olarak kullanılmaya çok uygun bir projedir. Üstelik bu girişimden payı büyük ölçüde çokuluslu şirketler alacaktır.

6. Programda sağlık hizmetlerinin il düzeyinde karşılanmasının sağlanacağı açıklanmaktadır. Sağlıkta eşitsizlikleri derinleştirebilecek böyle bir girişimin, yoksulların sağlığını olumsuz etkileyeceği açıktır. Çünkü hizmetin il düzeyinde karşılanması, ildeki koşullara ve olanaklara bağlanacaktır. Ayrıca merkezi planlamanın yapılmaması zaten etkin kullanılmayan kaynakların (finansman, insangücü vb) daha da kötü kullanılmasına yol açacaktır.

7. Programda Türkiye'de nüfusun %15'inin açlık sınırının altında olduğu açıklanmaktadır. Oylarını yoksullardan ve işçi sınıfından aldığı iddia edilen AKP Hükümeti, bir yandan açlık sınırındaki insan sayısını bu kadar yüksek olarak açıklarken, diğer yandan özelleştirmeyi nasıl en temel hedef olarak almaktadır? Çünkü, özelleştirmenin diğer olumsuz etkileri bir yana, yeni işsizler yaratacağı ortadadır.

8. Özelleştirme o kadar başattır ki, Hükümet, Programın her sayfasında özelleştirmeye değinmek zorunda kalmaktadır. KİT'lerin özelleştirilmesinin ayrıca ele alınması gibi. Kar eden KİT'leri neden özelleştiriyorlar sorusunun yanıtı her zamanki gibi verilememektedir.

9. Programda Türkiye'nin en önemli sorunları da tanımlanmaktadır: Gelir dağılımının bozulması, işsizlik ve yoksulluk. Ancak incitici olan, bu sorunlar tanımlanırken, sorunun öneminin "Yoksul kesimlerde artan sosyal huzursuzluk, marjinalleşme, kentlerde asayiş ve huzurun bozulması ve zenginlerin huzurunun kaçması" olarak açıklanmasıdır. Yani zenginlerin huzuru bozulmasa, kentlerde asayiş bozulmasa; yoksulluğun ve gelir dağılımdaki adaletsizliğin hiç bir önemi yok mudur?

10. "Eğitimin her alanında özel teşebbüs desteklenecek ve özel teşebbüsün eğitimdeki payı arttırılacaktır" hedefi ile, eğitimde de zaten büyük yaralar almış olan fırsat eşitliğinin nasıl yok edileceği anlatılmaktadır. Özel sektörün payının arttığı her toplumsal alanda eşitsizliklerin arttığı bilindiğine göre, bu durumda, yoksulların okuma şansları da ellerinden alınacaktır!

11. Hükümet programında sağlık ile ilgili saptamalar ve hedefler şu ana başlıklarda verilmektedir:

- a. "Köklü değişiklikler" yapılacaktır,
- b. Nüfusun ancak %81'i sağlık sigortası kapsamındadır,
- c. Sağlık bir "ihtiyaç" olarak tanımlanmaktadır,
- d. Gerekirse "özel sektörle işbirliği" yapılacaktır,
- e. Maliyetler sistem kaçakları nedeniyle çok artmıştır,
- f. Standart birliği kalmamıştır,
- g. Sosyal güvenlik kuruluşlarının asıl yapması gereken işlerini engelleyen sağlık işleri ile uğraşması, bu kuruluşları da verimsiz hale getirmiştir,
- h. Hastaneler idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulacaktır,
- i. Sağlık sektörüne "rekabet" getirilecektir,

- j. Sağlık hizmetinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacaktır,
- k. Sağlık sigortası uzun vadeli, sigorta kollarından çıkarılacaktır,
- l. Genel Sağlık Sigortası kurulacaktır,
- m. Aile hekimliği uygulamasına geçilecektir,
- n. Sevk zinciri sistemi kurulacaktır,
- o. Sağlık bilgi sistemi kurulacaktır,
- p. Hasta hakları yönetmeliği dünya standartlarına göre yeniden düzenlenecektir,
- q. Mevcut sosyal güvenlik sistemi devletin sırtındaki kambur haline dönüşmüştür,
- r. Prim karşılığı olmayan ödemeler kaldırılacaktır,
- s. Sosyal güvenlik sisteminin bütçe üzerindeki yükü azaltılacaktır !

12. Programda iş kazaları "Dikkatsizlik ve tedbirsizlik, meslek ve sanatta acemilik sonucu" meydana gelen olaylar olarak tanımlanmaktadır. Bunun dışında çalışanların sağlığını ilgilendiren her hangi bir konuya değinilmemektedir.

13. Sonuç olarak, AKP iktidarının sağlık politikasını uzun uzun irdelemeye gerek olmadığı anlaşılmaktadır. Hükümetin sağlıkla ve sosyal güvenlikle ilgili temel hedefleri şunlardır:

- a. Sosyal sigortaya dayanan finansman sistemini kurmak,
- b. Sağlık hizmetlerini tüm basamaklarıyla özelleştirmek,
- c. Bütçede sağlığa ve sosyal güvenliğe ayrılan payı daha da azaltmak!

Bütün bunlar Türkiye için yeni bir senaryo yazımı değil, "Tamamlanamamış" bir filmin bitirilmesi için atılmış adımlar izlenimi vermektedir. Hükümetin sağlıkla ilgili politikası, Dünya Bankası dokümanlarında yer alan hedeflerin AKP iktidarının tümceleriyile dile getirilmiş biçimidir.

## Genel Sağlık Sigortası Çözüm mü?

Nüfusun tamamını kapsayacak biçimde bir Genel Sağlık Sigortası Sistemi (GSS) kurulacağını açıklayan 58. Hükümet, sağlık hizmetlerinin finansmanında yaşanan sorunların GSS aracılığıyla çözümleneceğini iddia etmektedir. 59. Hükümetin programında GSS'den açık olarak söz edilmemekle birlikte, temel anlayışın aynı olması nedeniyle, II. AKP Hükümeti'nin de GSS'yi bir hedef olarak önüne koyduğunu söylemek olanaklıdır. Hükümet programında açıkça değinilmemesinin en başta gelen nedeni, GSS'nin iyi bir fikir olmadığını anlamak değil, GSS'yi kurmanın AKP'nin sandığından daha zor olduğunun anlaşılması olabilir.

### GSS nedir?

1992 yılında hazırlanan GSS Kanunu Tasarısı'nda yazdığı biçimiyle GSS, "Sağlık güvencesi olmayan kişilere bu güvenceyi sağlamak üzere" kurulacak bir finansman sistemidir. Sağlık güvencesi olmayan kişilere güvence sağlanması kulağa hoş gelmekle birlikte, bu güvencenin sağlanma biçimine ilişkin sıkıntılar, sevincin yerine kuşkuyu gündeme getirmektedir. GSS gerçekten sağlıkla ilgili güvencesi olmayanlara güvence sağlayabilir mi? Sorunun yanıtını aramaya geçmeden önce, GSS hakkında biraz daha bilgi sahibi olmak gerekmektedir. GSS'de temel olarak iki tür finansman kaynağı kullanılması hedeflenmektedir: GSS kapsamı içindeki kişilerden toplanacak sigorta primleri ve primlerini ödeme gücünden yoksun olanlar için Hükümet tarafından genel bütçeden aktarılabilecek destek. Primlerin hesaplanma yöntemi geçmiş yıllardaki hükümetlerin benimsediği ölçütlerden farklı olabileceği için, burada prim değerleri ile ilgili bir tartışma yürütülmeyecektir. Ancak kimlerin ne kadar prim ödemesi gerektiğinin nasıl belirleneceği de merak konusudur. Türkiye'de her hangi bir sosyal güvenlik örgütüne kayıtlı olmadan çalışan kişi sayısının 10.8 milyon olduğu (DİE;2002) ve bordro ile çalışanlar dışında neredeyse hiç kimsenin gelirinin bilinmediği bir ülkede, GSS için ödenmesi gereken primin nasıl hesaplanacağı gerçekten de yanıtlanması gereken önemli bir sorudur. Buna ekonomide dönen değerlerin %60'ının kayıt-dışı olduğunu da eklemek gerekir.

Prim hesaplarken yararlanılacağı umulan sağlık kayıtları da güvenilir değildir. Kayıtların güvenilir olmadığına ilişkin çarpıcı bir örnek, Dünya Bankası tarafından Haziran 2002'de hazırlanan bir raporda, Türkiye'de sağlık sigortası kapsamı içinde bulunan nüfusun kayıtlara göre %100.4 olarak bulunmuş olmasıdır (**DB;2002:31**). Aynı veri Başbakan Gül tarafından 58. Hükümetin programında %81 olarak açıklanmaktadır. Bu konuda dikkat çekici bir bulgu, Türkiye'de sağlıkla ilgili güvencesi olan kesimin DPT ve SSK tarafından da daha farklı sayılarla açıklanmasıdır. Büyük olasılıkla bu sayıların hiç biri doğru değildir ve ivedi olarak güvenilir bir kayıt sisteminin devreye sokulması gerekmektedir. Kaç km yol gideceğini bilmeyen bir otobüs sürücüsünün, alması gereken yakıtı hesaplaması çok zordur. Her hangi bir nedenle yakıtın eksik alınması, karda kışta yolcuları yolda bırakabilir.

### **GSS nasıl uygulanacak?**

Hükümet programından ve Sağlık Bakanı'nın açıklamalarından anlaşıldığı kadarıyla, GSS uygulaması hem mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarının tek çatı altında toplanmasını hem de ödeme gücü olmayanların primlerinin devlet tarafından karşılanmasını içermektedir. Mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarının tek çatı altında toplanması olumlu bir yaklaşımdır. Eğer bu birleşme doğru yapılırsa, sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili olarak yaşanan karmaşayı azaltabilir, kurumlar arasında yaşanan eşitsizlikleri dengeleyebilir. Ancak sağlıklı bir birleşmenin kısa zamanda yapılmasını beklememek gerekir. Eğer kayıt ve bildirimler doğru tutulamaz, veri akışı sürekli ve düzenli sağlanacak biçimde örgüt kurulamazsa, birleşme bugün yaşanan karmaşadan daha kötü bir kaotik ortamı karşımıza getirebilir. Üstelik, birleşmenin tam anlamıyla yapılabilmesi için, çalışanları memur/işçi statüsü olarak ikiye ayıran yapay ayırmadan da kurtulmak gerekmektedir ki; bu konu hiç gündeme alınmamaktadır.

Çalışma Bakanlığı tarafından açıklandığı kadarıyla GSS uygulamasına geçerken ek bir finansman kaynağı yaratılmayacak, halen yılda kişi başına 116 dolar olarak açıklanan kamu sağlık harcaması değişmeyecek; toplam olarak 7.9 milyar dolarlık bir kaynak kullanılacaktır. Bu paranın 4.4 milyar doları prim gelirlerinden, geriye kalan 3.5 milyar doları ise genel bütçeden karşılanacaktır. Çalışma Bakanlığı halen ülkede yaşayanların %72'sinin sağlıkla ilgili bir güvencesi olduğunu,

geriye kalanların primlerinin ise devlet tarafından ödeneceğini belirtmektedir (**Çalışma Bakanlığı;2003**). Bakanlıkta yürütülen çalışmalara göre, Genel Sağlık Sigortası'nın uygulanması ile birlikte her birey "Temel Teminat Paketi"ne alınacak; "Temel Teminat Paketi"nin belirlenmesinde öncelikle standart tanı ve tedavi ölçütleri tespit edilecek ve tüm vatandaşlar sağlık hizmetinde aynı temel teminat paketinden yararlanacaktır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmada tüm vatandaşların eşit haklara sahip olacakları iddia edilmektedir.

### **"Bilinmeyen" gerçekler ve GSS ile ilgili yanıt bekleyen sorular**

Sözü çok uzatmadan GSS ile ilgili bazı çok bilinen ya da "Bilinmeyen" gerçekleri, soruları, sorunları ve olası gelişmeleri paylaşalım:

1. Türkiye'de sağlık sigortası olan kesimi Başbakan %81, Çalışma Bakanlığı %72 olarak açıklıyor. Tek partili "güçlü" iktidarın, henüz kendi içinde bile bir ortak dili yakalayamadığı, farklı veri kaynaklarını kullandığı anlaşılıyor. GSS gibi Cumhuriyet tarihinin sosyal güvenlikle ilgili "en büyük" projelerinden birini gerçekleştirmeye aday olduğunu açıklayan Hükümet'in, bu tavrı ile güven veremediğini söylemek zorundayız. Daha sağlıklıla ilgili güvencesi olan kesimi bile kayıtlarından aynı rakam ile açıklayamayan bir hükümet, sosyal güvenlik ile ilgili daha karmaşık hesapların üstesinden nasıl gelecek?

2. GSS için ek kaynak yaratmaya gereksinim olmadığı açıklanmaktadır. Kamu kaynaklarından halen harcanmakta olan kişi başına 116 doların GSS'nin finansmanında yeterli olacağı iddia edilmektedir. Biz tam "Bu para yetmez" diyecekken, Hükümet bir ek açıklamayla sorunun yanıtını veriyor: Bu para yalnızca, herkes için sağlanacak Temel Teminat Paketi için geçerli olacaktır. Doğrudur, bu para çerçevesini Hükümet'in çizeceği bir Temel Teminat Paketi için yetebilir. Ancak bu paketin içinde hangi hizmetler yer alacaktır? Vatandaş, temel teminat paketi dışında kalan sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacaktır? Özel sağlık sigortası "Satan" özel sigorta şirketlerinin, Türkiye'de uygulamaya konulacak bir GSS içinde Temel Teminat Paketini sağlamak için prim beklentisi kişi başına yılda 350 ABD dolarıdır. Üstelik bu paketin içinde sürekli ilaç kullanılması gereken astım gibi bazı hastalıklar, doku ve organ transplantasyonları, dializ hizmetleri, diş ve ortez-protez giderleri kapsamamakta; hekime başvuru sayısına kısıtlama getiril-

mekte, ilaç için ise %20 katılım payı talep edilmektedir. 2001 yılında Türkiye'de faaliyet gösteren özel sağlık sigortası şirketlerinin sigortalı başına topladığı ortalama yıllık prim 287 dolardır ve bu prim kapsanan hizmetin boyutuna ve şirkete göre büyük farklılıklar göstermektedir. Sağlık sigortalı kişi sayısına göre, özel sağlık sigortası şirketleri sıralamasındaki ilk üç şirketin (Sektörün %57'si), sigortalı başına topladıkları ortalama yıllık prim sırasıyla; Koç-Allianz'da 333 dolar, Yapı Kredi Sigorta'da 452 dolar ve Anadolu Hayat'ta 391 dolardır (**Özsarı, H; 2003**). Hükümetin temel teminat paketinin içinde hangi hizmetlerin kapsandığı henüz açıklanmamıştır. Ancak bugünkü koşullarda, kişi başına yılda 116 dolarlık bir bütçe ile topluma nitelikli sağlık hizmeti sunmak olanaklı değildir.

3. Eğer GSS kurulabilirse, bu haliyle daha ilk yılda toplumdan ciddi eleştiriler alacaktır. "GSS'yi kurduk" sözleri belki kısa bir süre gündemi doldurabilir. Ancak "İçti boş çıkarsa" ki, açıklandığı kadarıyla öyle görünmektedir; sağlık hizmeti almak beklentisi içindeki seçmenlerin hüznü isyana dönüşebilir! Çünkü bugün bile, "Beğenilmeyen" SSK süregelen böbrek hastalığında dializ hizmeti sunmakta, kamu sosyal güvenlik örgütleri organ transplantasyonu da içinde olmak üzere "Temel Teminat Paketi" içinde yer almayacağı anlaşılan pek çok hizmeti karşılamaktadır. Yanıtlanması gereken soru şudur: Bugün sunulan kadar bile sağlık hizmeti sunamayacağı öngörülen bir sistemi (GSS) oturtmak için neden uğraşılıyor?

4. Yukarıdaki sorunun yanıtı 58. Hükümet'in programında veriliyor: "Sosyal güvenlik kuruluşlarının asıl yapması gereken işlerini engelleyen sağlık işleri ile uğraşması, bu kuruluşları da verimsiz hale getirmiştir. Sağlık hizmetinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacaktır. Sağlık sigortası uzun vadeli sigorta kollarından çıkarılacaktır." Yani: Sağlık hizmetleri özelleştirilecektir! GSS kurulacak, işçilerden, işverenden prim toplayacak, üstüne genel bütçeden pay aktarılacak ve sağlık hizmetlerini özel sektörden satın alacak! Neden, çünkü; devletin sağlık hizmeti sunması sosyal güvenlik kuruluşlarını verimsiz hale getiriyormuş!.. Burada hemen bir yanılsamayı düzeltelim; dünyadaki deneyimlere göre sağlık hizmetlerinde sunum ile finansmanın birbirinden ayrılmasının ilk iki sonucu şunlar olacaktır: "Hizmetin pahalılaşması" ve "Hizmetteki kötü kullanımın artması". Yani iddia

edildiği gibi, verimlilik söz konusu olmayacaktır. Buna kanıt olarak özel sigorta şirketlerinin kendi sağlık kuruluşlarını kurma girişimlerini ve Türkiye'deki sosyal güvenlik kuruluşlarının bugünkü durumunu gösterebiliriz. Sağlık hizmeti sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılmadığı SSK'da kişi başına sağlık harcaması yılda 76.5 dolar iken; bu sayı, bakanlıklarda 166 dolar, sağlık hizmetini dışarıdan satın alan (çoğunlukla kamu kurumlarından olmak üzere) Bağ-Kur'da 114 dolar, Emekli Sandığı'nda ise 382 dolardır (**Çalışma Bakanlığı;2003**). Bir de Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nı, sağlık hizmetini kamu sektörü yerine, asıl amacı "Kar etmek" olan özel sağlık kuruluşlarından almak zorunda bırakıldığını düşünün ! Peki, Hükümet herkesin bildiği bu gerçekleri bilmiyor mu?

5. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, sosyal sigortaya dayalı "iyi kurulmuş" finansman sistemlerinin başarılı olarak yürütülebilmesi için aşağıdaki dört koşulun yerine getirilmesi gerekmektedir (**DSÖ;1998:117**):

- a. Sosyal sigortayı toplumun tümüne zorunlu kılarak sigorta riskinin yayılması,
- b. İşverenlerin tümünden sürekli ve düzenli olarak prim toplanması,
- c. Kamu ya da "kar amacı gütmeyen" kuruluşlar aracılığıyla sigorta sağlanması ve,
- d. Düşük ve yüksek gelirli kişiler arasında dengeli gelir dağılımını sağlamak için bir mekanizmanın geliştirilmesi.

Sağlık Bakanlığı bu dört maddeden hangilerinin gerçekleştirileceğini umuyor? İşverenlerden sürekli ve düzenli olarak prim toplayabilecekler mi? SSK primlerini, Bağ-Kur primlerini düzenli ve sürekli olarak toplayabiliyorlar mı? Türkiye, tarihinin en bozuk gelir dağılımını yaşarken, GSS'yi sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin aracı olarak uygulamaya koymaya çalışan AKP Hükümetleri, sağlığa nasıl bakıyor; sağlık "En temel insan hakkı" değil mi?

6. Güney Avrupa Bölgesi'nde yer alan ülkeler (İtalya, Portekiz, Yunanistan, İspanya) sağlık hizmetlerinde sosyal sigortaya dayalı finansmandan, vergiye dayalı finansman sistemine geçiş sürecindedir-



ler. Bu gruptaki ülkeleri vergiye dayalı sistemi kurmaya yönelten, daha önce sigorta kapsamında olmayan nüfusun kapsam altına alınmasının ve tüm nüfus için kapsamlı hizmet sunumu gerekliliğinin fark edilmesi olmuştur (DSÖ;1998:123). Sosyal sigortanın iyi işlediği iddia edilen ülkelerden Almanya, sağlık hizmetlerinin finansmanında yaşadığı ciddi sıkıntıları aşabilmek için teminat paketlerinin kapsamını daraltma eğilimine girmekte; Belçika gibi ülkeler ise sosyal sigorta sistemindeki devletin sübvansiyonunu artırarak sorunu aşmaya çalışmaktadır. Soru şudur: İtalya, Portekiz, Yunanistan ve İspanya gibi ülkelerin sosyal sigorta ile toplumun tümünü kapsayan bir sistemi gerçekleştiremedikleri bilinirken, tarihinin en yoksul günlerini yaşayan Türkiye’de, AKP Hükümeti bu işi nasıl gerçekleştirecektir?

7. Sağlık hizmetlerinin özel sağlık sigortası ile finansmanının sağlanması ise tartışılmayacak kadar kötü bir öneridir. Bir tek örnek bu durumu açıklamaya yetecektir. Sağlık hizmetlerinin finansmanını temel olarak özel sağlık sigortası ile karşılayan ABD ile, genel bütçeden karşılayan Küba’nın karşılaştırılması çok çarpıcıdır. 2000 yılında kişi başına yılda 4.499 dolar sağlık harcaması yapılan ABD’nin sağlıkla ilgili göstergeleri, komşusu ve kişi başına yılda yalnızca 169 dolar sağlık harcaması yapılan Küba ile hemen hemen aynıdır (WHO; 2002: 210-216). Kar amacı güden kuruluşların sağlık hizmetlerinde “zorunlu” tutulması, toplumun sağlığını her zaman olumsuz etkilemiştir.

8. Hükümet’in sağlık ve sosyal güvenlik alanındaki girişimleri bü-tüncül olarak değerlendirilirse, izlenen politikanın aslında 1980’lerden sonra Özal ile başlayan bir çizginin devamı olduğu rahatlıkla görülebilir. Bundan önceki hükümetlerin de yapmayı istedikleri, ancak “Koalisyon” engeline takıldıkları ve bu engeli aşmak için yan yollara saptıkları (Sur-time, vardiyalı çalışma, sağlık ocaklarında döner sermaye vb.) çizgi, şimdi artık tek parti iktidarının gücünün etkisiyle, doğrudan ve daha kalın bir biçimde çizilmeye çalışılıyor. Temel bir insan hakkı olan sağlık hizmetleri, özel sektörün insafına terk edilmeye hazırlanıyor. Üzücü olan, sağlık ve sosyal güvenlik sistemiyle ilgili olarak kamuoyunun karşısına bir “Reform” edasıyla çıkarılan girişimlerin asıl sahibinin IMF ve Dünya Bankası olduğunun bilinmesidir. Hükümet programında sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik sistemi ile ilgili olarak yer alan hedeflerin kaynağını merak edenler, Dünya Bankası’nın Haziran

2002'de yayınladığı "Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar, Rapor No: 24358-TU" adlı raporu inceleyebilirler.

### Son söz yerine;

"Ülkemizde politikacılar ve hükümetler sağlık hizmetlerinin genel bütçeden finansmanını, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmesini ve nitelikli sağlık yöneticileri kadrosu oluşturulmasını kabul etmeden ve inançla uygulamadan sağlık hizmetlerinde beklenen ve gereken gelişme sağlanamaz". *Prof.Dr.Nusret Fişek*

### KAYNAKLAR

1. **Arslan, A., Şeker, A., Yaşa, E., Özaydın, N., Öztürk, İ., Deniz, N.** (2002), "Kriz ve Sosyal Devlet", T.C.Harran Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat Bölümü 4.Sınıf Öğrencileri Raporu, [http://www.tcmb.gov.tr/yeni/gen\\_sek/askeriaslan.htm](http://www.tcmb.gov.tr/yeni/gen_sek/askeriaslan.htm)
2. **Çalışma Bakanlığı.** (2003), <http://www.calisma.gov.tr>
3. **DB.** (2002), "Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar", Dünya Bankası Dökümanı, İnsan Geliştirme Sektörü Birimi, Avrupa ve Orta Asya Bölgesi, Rapor No.24358-TU.
4. **DiE.** (2002),"2002 IV.Dönem Hanehalkı İşgücü Anketi Geçici Sonuçları", <http://www.die.gov.tr/> TURKISH/ SONIST/ ISGUCU/ 250203ie.htm
5. **DSÖ.** (1998),"Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi", Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
6. **Ergüven, A.** (2002), "Üst kurulların ardındaki sır: Yönetişim", Evrensel, <http://www.evrensel.net/02/04/13/medya.html>
7. **Güler, B.A.** (2002), "Devletin Yeniden Yapılandırılması", <http://www.bes.org.tr/yorum/yenidenyapilanma.htm>

8. **Özsarı,H.** (2003), "Bir Özel Sağlık Sigortacılık Kurumunda Kullanıcıların Özellikleri ve Risk Profili (1998-2002)", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
9. **WHO.** (2002), "The World Health Report 2002 Reducing Risks, Promoting Healthy Life", World Health Organization, Geneva.
10. **Yılmaz, G.** (2002), "Yönetişim (Governance)", Evrensel Kültür, <http://www.antimai.org/mkl/gy02evkult3.htm>
11. **Yılmaz, S.** (2002), "Bölgeselleşme ve Küreselleşme", <http://www.bianet.org/diger/makale11812.htm>

## AKP, AİLE DOKTORLUĞU VE SAĞLIKTA “DÖNÜŞ”ÜM PROGRAMI

Bülent KILIÇ\*

### GİRİŞ

Şu anda iktidarda bulunan Adalet ve Kalkınma Partisi'nin (AKP) 2002 seçimleri öncesinde kamuoyuna açıkladığı “seçim bildirgesi” ve “acil eylem planı” ile 58 ve 59. hükümetleri kurulduktan sonra TBMM’de sunduğu “hükümet programları” sağlık sistemimizle ilgili tamamı geçmiş hükümetlerce de gündeme getirilmiş olan eski önerilerle doludur. Örneğin önerilerin en başında yer alan aile hekimliği yaklaşık 10 yıldır, genel sağlık sigortası ise yaklaşık 30 yıldır ülkemizin gündemindedir. Hastanelerde özerkleşme adı altında başlatılan özelleştirmeler Özal hükümetleri döneminde düşünülmüş, Çiller döneminde ilk denemeleri yapılmıştır.

Ancak özellikle AKP'nin seçim bildirgesi içinde yer alan bir önerinin daha da dikkatle irdelenmesi gerekmektedir. Çünkü AKP seçim öncesinde “aile hekimlerine muayenehane açabilmeleri için devlet tarafından ucuz kredi verilecektir” önermesini de yapmaktadır. Bu durum AKP'nin seçim bildirgesini yazarken Dünya Bankası'na danıştığını düşündürmektedir. Çünkü uzun bir süredir Dünya Bankası ve onun artık bir yan kuruluşu haline gelen Dünya Sağlık Örgütü tüm ülkelere aile hekimliği modelini önermekte ve bunun için kredi sağlamaktadırlar.

Bilindiği üzere Türkiye’de Dünya Bankası’ndan gelen kredilerin kullanım alanlarının belirlenmesi ve koordinasyonu için 1990’lı yılların başından itibaren Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kuruldu. 10 yıl içinde Dünya Bankası’ndan alınan yaklaşık yarım milyar dolar kredi ile de proje uygulaması adı altında bakan, milletvekili ve müsteşarların

---

\* Yrd. Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı AD

seçim bölgelerine çeşitli göstermelik yatırımlar yapıldı. Ankara'da lüks otellerde akla gelebilecek her konuda defalarca ve günlerce süren toplantılar düzenlendi. Bir çok kuruluş "proje" adı altında gelen paralardan nemalandırıldı ve bakanlığın torpilli adayları yurt dışına devletin kesesinden eğitime gönderildi. Sağlık ocaklarından elde edilen istatistiklerin bilgisayar ortamında ulaşılabilmesi ve kullanımı için oluşturulan TSİM programı da iflas etti ve düzeltilemez bir halde kaderine terkedildi. Görülen o ki örnekleri kolaylıkla uzatılabilecek bu listede AKP hükümeti de aile hekimlerinin özel muayenehanelerini eklemeye gayreti ve gafleti içinde. Geçmişte olanlardan hiç bir ders çıkartmadan Dünya Bankası'ndan gelecek yeni bir kredi ile ülkemiz bir muayenehane mezarlığına çevrilme aşamasında. Üstelik "rekabete" dayalı sistemde aile hekimlerimiz muayenehanelerini devlet desteği ile yani vatandaşın parası ile donatacak ve eğer amaçlarına ulaşabilirlerse bir kaç yıl içinde her adım başında muayenehaneleri, göstermelik USG cihazları ve tomografileri ile özel hekimler, özel poliklinikler yani aile hekimliği sistemi ülkemizde yaygınlaştırılmış olacak.

Öte yandan son Sağlık Bakanı'nın sürekli yeni bir terminoloji üretme gayreti içinde olduğu da görülmekte. Yıllardır "sağlık reformları" adı ile sunulan öneriler bu kez yeni Sağlık Bakanı tarafından "sağlıkta dönüşüm programı" adı ile vitrine çıkarıldı. "Malzeme aynı bari ismini değiştirelim" yaklaşımı aile hekimliği için "aile doktorluğu" önermesi ile devam etti. Geçmişte de benzer şark kurnazlıkları ANAP, DYP, MHP hükümetlerinde genel sağlık sigortası için kişisel sağlık sigortası veya sağlık finansman kurumu gibi isimlerle yaşanmıştı. İsim değişikliği ne olursa olsun içeriğin önemli olduğu ve içeriğin tartışılması gerektiği açık olduğuna göre aile doktorluğu yerine eskiden olduğu gibi aile hekimliği tanımı kullanılarak aşağıda 10 soru 10 yanıt şeklinde ele alınacaktır:

### **1. Aile Hekimliği mi? Toplum Hekimliği mi?**

Aile hekimliği tartışmalarında en başta sorulması ve yanıtlanması gereken soru budur. Olaya aile temelinde mi yoksa toplum temelinde mi bakılacaktır? Sağlık hizmetlerinin sunumunda, örgütlenmede ve politika belirlemede bizim için toplum mu önceliklidir aile mi? Çağdaş sağlık hizmetlerinin temel ilkelerinden biri olan "dar alanda çok amaçlı

hizmet sunumu” ve hizmet sunulacak nüfusun ve coğrafyanın baştan belirlenmesi böyle bir sistemde nasıl sağlanacaktır? Aile hekimliği yaklaşımında hekimin sağlığa bırakalım toplumsal açıdan yaklaşmayı aile düzeyinde dahi bakabilmesi olanaksızdır. Çünkü sistem temelde bireysel hekimliğe dayalı olacak ve aile hekimi sadece kendisine başvuranlardan ve listesine kayıtlı olan bireylerden sorumlu olacaktır. Dolayısıyla aile hekimi iddia edildiği gibi bir ailenin tüm bireylerinden de değil sadece kendisini seçenlerden sorumlu olacaktır. Bu özellik alttaki maddede biraz daha açılmaya çalışılacaktır.

## **2.Hekim Seçme Özgürlüğü mü? Hasta Seçme özgürlüğü mü?**

Aile hekimliği sisteminin temel önermesi ya da kandırmacası “hekim seçme özgürlüğü”dür. Yani herkes istediği hekimi seçebilecektir. Dolayısıyla aile hekimi gerçekte bir ailenin tüm bireyelerine bakmak durumunda da değildir. Tersinden söylersek hekimi seçen aileler değil bireylerdir ve herkes bireysel olarak istediği aile hekimini seçebilecektir. Böylece ailedeki eşlerden her biri hatta yetişkin çocuklar dahi farklı aile hekimlerini seçebilecektir. Bu durumda ailenin bireyleri ayrı ayrı hekimleri seçme hakkına sahipse o zaman bu sisteme aile hekimliği demek doğru mudur? Eğer tersi doğruysa yani karı-koca aynı hekimi seçmek zorundaysa o zaman da temel önerme olan hekim seçme özgürlüğünün ne anlamı kalmaktadır?

## **3.Kaliteli Hizmet mi? Kalitesiz Hizmet mi?**

Bir diğer kandırmaca AKP Sağlık Bakanı'nın yaptığı gibi sağlık sistemindeki aksaklıkları ve nitelik sorununu tümüyle hekim seçme özgürlüğü olmamasına bağlamaktır. Bu noktada insanlar daha kaliteli hizmet sloganıyla da kandırılmaktadır. Oysa hekim seçme özgürlüğünün tek taraflı olamayacağı bu işin kuralının hekime de hasta seçme hakkını vereceğini unutmamak gerekir. Sürekli gözden saklanan bu gerçek şudur. Hekimler rekabet içinde çalışacak ve listesine daha fazla hasta kaydeden hekim daha fazla kazanacaktır. Bu nedenle bir hekime “neden sana başvuran hastayı listene almadın?” sorusunu sorma hakkı kalmamaktadır. Unutulmamalıdır ki kişilerin hekimini seçme hakkı olan sistemlerde hekimler de sıkıntılı hastaları seçmemekte veya bir sonraki liste yenileme döneminde listelerinden çıkartmaktadırlar. Kronik hastalar, kanser hastaları, sürekli başvuruda bulunanlar, akıl

sağlığı sorunları olan hastalar vb. durumlarda hekimler bu tip hastaları kabul etmemekte hatta meslektaşlarını da uyarmaktadırlar. Ödemelerin başvuru sayısı ile orantılı olmayacağı, kişi başına ödeme yapılacağı dikkate alınırsa hekim seçme özgürlüğünün aslında hastaların zararına olacağı düşünülmelidir.

#### **4. Olumlu Rekabet mi? Olumsuz Rekabet mi?**

Aile hekimlerinin tatlı tatlı ve olumlu bir rekabet içinde çalışacağı, çok çalışanın çok kazanacağı iddia edilmektedir. Burada en büyük görev hastalara yani müşterilere düşmektedir. Çünkü olumlu rekabetin esası müşteri memnuniyetinden geçmektedir. Bu durumda hekimin hastasının her türlü isteğini yerine getirmesi, istediği ilaçları yazıvermesi, biraz istirahat önermesi hem kendisinin ve hem de hastasının yararına olacaktır. Yoksa piyasanın olumlu rekabet kurallarına göre hekim müşterisini kaybedebilecektir. Günümüz koşullarında muayenehanelerinde çalışan hekimlerin özellikle küçük il ve ilçelerde aralarında yaşanan olumsuz rekabet uygulamaları da dikkate alınması gereken başka bir konudur.

#### **5. İstediyin Hekime Sevk mi? Gereksiz Sevk mi?**

Sistem toplumu önce istediğin hekime gideceksin diyerek kandırmakta sonra da devamını şöyle getirmektedir: "İstediyin hekime sevk edileceksin, hatta doğrudan özel doktora dahi sevk edilebileceksin." Hekimlere ise "özgür tercihe dayalı konsültasyon" adı altında bir öneri de bulunmaktadır. Buna göre hekim hastası ile beraber (?) hastanın kime sevk olacağını kararlaştıracaktır. Bu durum sevk kurumunun belli olmaması, tercihe dayalı olması nedeniyle kötü kullanıma da son derece açık bir uygulama olacaktır. Uzman hekimler aile hekimleri ile sevk edilen hasta başına anlaşma yapabilecek, bir yandan sevklerde artış olurken öte yandan da giderek hasta bulmakta zorlanan özel sektör bu sistemden payını almak isteyecektir.

#### **6. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler mi? Topluma Yönelik Koruyucu Hizmetler mi?**

Aile hekimlerinin sadece kişiyeye yönelik koruyucu hizmetleri, sağlık ocaklarının ise topluma yönelik koruyucu hizmetleri vereceği iddia edilmektedir. Böylesi bir ayırım yapılamayacağı ve sınırların bu kadar

keskin ayrılmayacağı açıktır. Örneğin okul aşılarını kim yapacaktır? Eğer kendisine kayıtlı çocukların aşılarını kişiye yönelik koruyucu hizmet olarak kabul ederek aile hekimi yapacaksa farklı okul ve sınıflarda ve her bir çocuk için yeniden flakon açarak bir aile hekimi tek başına bunu nasıl ve ne zaman gerçekleştirecektir? Eğer aşı topluma yönelik bir koruyucu hizmetse sağlık ocağı yapacağı aşıları nasıl saptayacak ve aile hekimine nasıl haber verecektir? Aynı sorun aile hekimine kayıtlı bebeklerde de yaşanacaktır. Aşı günlerinin belirlenmesi, kayıtların tutulması ve daha da önemlisi toplum sağlığı açısından yaşına göre aşıları çocuk sayılarının hesaplanması, dolayısıyla aşı oranlarında düşme olup olmadığının kontrolü farklı aile hekimlerince nasıl bir araya gelinerek saptanacaktır? Bütün nasıl görülecektir? Bu durum toplumsal açıdan bir salgın tehdidi oluşturmayacak mıdır?

### **7.Ekip Çalışması mı? Tek Başına Çalışma mı?**

Aile hekimi ofisinde yani muayenehanesinde çalışan bir hekimdir. Yanında en fazla bir hemşire olması beklenebilir. Bu durumda sağlık ocağındaki gibi bir ekip çalışması nasıl beklenebilir? Hekimin yanında çalışan kişiye nasıl ücret verebileceği, laboratuvar işlemleri, alan çalışmaları, ev gezileri nasıl yerine getirilecektir? Çağdaş sağlık hizmetlerinin gereği multidisipliner ve multi sektörel bir hizmet gerektirirken muayenehanesinde çalışan tek bir hekimden nasıl başarılı olması beklenecektir. Bir salgın belirtisi olduğunda kendisine bağlı bir bölgesi olmayan aile hekimi nasıl müdahale edecektir?

### **8.Doğru ve Düzgün Kayıt mı? Yanlış ve Eksik Kayıt mı?**

Sağlık hizmetlerinde doğru kayıt ve doğru yorum büyük önem taşır. Özel muayenehaneler kayıt sorunlarının en fazla yaşandığı yerler arasında yer alır. Benzer sorun sağlık ocaklarında ve hastanelerde dahi varken ayrıca tıbbi sekreter çalıştırmaya gücü yetemeyecek aile hekimlerinin doğru ve düzgün kayıt tutabilmeleri çok zor olacaktır. Ayrıca doğru kayıt kadar bu verilerin değerlendirilmesi de büyük önem taşımaktadır. Toplanan verilerin yer, zaman ve kişi özelliklerine göre kuş bakışı olarak görülmesi gerekmektedir. Bireysel ya da grup olarak ve rekabet içinde çalışacak olan aile hekimleri bu değerlendirmeyi nasıl yapacaktır?



## 9. Ucuz Hizmet mi? Pahalı Hizmet mi?

Her aile hekiminin ayrı ayrı muayenehane açacağı ve döneceği dikkate alınırsa harcamalarda doğrudan bir artış olacağı ve özellikle tıbbi aletler açısından duplikasyonlar yaşanacağı açıktır. Üstelik bu harcamalar sonuçta hizmeti kullananlara yani topluma yansıtılacaktır. Kar etme ve sağlıktan para kazanma ilkesinin ön plana alınacağı aile hekimliği sisteminin ucuz değil ama karlı bir sistem olacağı açıktır. Öte yandan Dünya Bankası'nın bu sistem için kredi vereceği de göz önüne alınırsa bu karlılığın çok büyük boyutlarda olacağı, maliyetin de topluma düşünüldenden daha fazla yansıtacağı anlaşılmaktadır.

## 10. Yüksek Ücretle Çalışma mı? Düşük Ücretle Çalışma mı?

Aile hekimi olacakların şu anki düşük ücretler yerine yüksek bir gelir düzeyine sahip olacağı da iddia edilmektedir. Ancak unutulmalıdır ki sistem merkezi ya da yerel düzeyde sözleşmeli hekimler çalıştıracaktır. Sözleşmeli çalışma şüphesiz ki sendika, toplu sözleşme ve gerekirse grev hakkı olursa bir anlam kazanır. Yoksa iş güvencesi olmayan ve işsizlik korkusuyla düşük ücretle çalışacak bir hekim kitlesi yaratılmış olur. Sistemin yaratmak istediği de ne yazık ki budur. Diğer yandan ücretler ne olursa olsun kötü koşullarda çalışma da söz konusu olacaktır. Çünkü aile hekimi kendisine bağlı kişilerin her başvurusunda yanıt vermek durumundadır. Yıllık izinler, hafta sonları, mesai saatleri dışı zamanın aile hekimleri için nasıl kullanılabileceği belli değildir.

## SONUÇ

Bir isim benzerliğinden yola çıkılarak İngiltere, Almanya hatta Küba da dahil olmak üzere çeşitli ülkeler örnek olarak gösterilmektedir. Ancak içerik olarak bakıldığında her ülkenin değişik uygulamalar yaptığı açıktır. Hiç bir ülkenin modeli bir diğer ülkeye ne finansman ne de uygulama açısından bire bir benzememektedir. Bu nedenle isim tartışmasından çok içerik tartışmasının yapılması ve Türkiye'ye özgü bir modelin oluşturulması gerekmektedir. Aile hekimliği modeli önerilen bu biçimi ile ne yazık ki hekimlere kötü koşullarda çalışma, işsizlik ve rekabet sorunları getirmektedir. Toplumsal açıdan bakıldığında ise herkesin eşit ve nitelikli bir hizmet alamayacağı ancak üzerinden para

kazanılabileceği bir yapı yaratılacaktır. Sağlık harcamalarında artış, yozlaşma ve karmaşa oluşacaktır. Sistemin süratle tartışması gereken birinci basamağa destek, hekimler arası iletişim ve dayanışma, aile hekimliğinin eğitim ve uzmanlık sorunları gibi konular ise gündeme dahi getirilmemektedir. Yapılması gereken 40 yıllık bir deneyime ve toplumsal kazanımlara sahip ve 6000 civarında sağlık ocağı ile sunulmakta olan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin iyileőtirilmesi ve geliştirilmesi olmalıdır.



## “AKP” HÜKÜMETİ VE SAĞLIK

*Ata SOYER\**

Kasım 2002 seçimleri, ülkemizi yeni bir hükümetle tanıştırdı; “AKP Hükümeti”. Önce Abdullah Gül, sonra Tayyip Erdoğan başkanlığında, 58. ve 59. hükümetler... Her hükümet gibi, bu hükümet(ler)in de bir “sağlık” programı vardı. Bu yazıda, bu sağlık programlarını ve olası sonuçlarını tartışmaya çalışacağız.

### 1. Resmi Hükümet Belgelerinde Sağlık

Yeni hükümet(ler)in sağlık ile ilgili 5 önemli belgesi söz konusudur: AKP Programı, 58.Hükümet Programı, Acil Eylem Planı, 2003 Bütçesi ve 59.Hükümet Programı. Önce, bu belgelerdeki, sağlıkla ilgili bölümleri özet olarak gözden geçirelim:

“...devlet, herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorundadır...” “koruyucu hizmetlerin yaygınlaşması teşvik edilecek...” “...sağlık hizmetleri alanı, gönüllü kuruluşlara ve özel sektöre açıktır...” “aile hekimliği sistemi uygulamaya konulacaktır... aile hekiminin muayenehanesi, fizik koşulları ve uygulama standartları Sağlık Bakanlığı'nca belirlenecektir... bu muayenehanelerin kurulması için devlet ucuz krediler verecek...” “sevk zinciri sağlıklı hale getirilecek, ihtisas hastanelerindeki anlamsız yığılmalar önlenecektir...” “sağlık sektörü SB tarafından tek merkezden koordine edilecek... sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, denetleyici,..bir rol üstlenecektir...”

“SB'ca yeni sağlık sisteminin uygulamaya konulması ile tüm yerel yönetimler de buna entegre olacak...” “sağlık çalışanlarının hakları yeniden düzenlenecek, uluslararası standartlara uygun hale getirilecek

---

\* Dokuz Eylül Ü.T.F. Halk Sağlığı öğretim üyesi

ve bu sektördeki ücret politikası yeniden ele alınacak..." "tüm vatandaşlarımızı kapsayacak etkin bir genel sağlık sigortası sistemine geçilecek..." (*İzmir Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu, 2002*)

58.Hükümet Programı ise sağlıkta şu tespitlere yer vermektedir:

- 1.mevcut sağlık sistemi...ihtiyaca cevap veremiyor
- 2.nüfusumuzun % 19'unun sağlık güvencesi yok
- 3.amaç; etkin, ulaşılabilir, kaliteli bir sağlık sistemi
- 4.devlet, herkesin temel sağlık ihtiyacını...özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorunda
- 5.mevcut sağlık sistemi çağdaş değil, maliyetleri yüksek, sağlık hizmetlerine ulaşım zor, sosyal güvenlik kurumları arasında standart birliği yok...

6.sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ulaşabileceği yapıya kavuşturulması gerek

7.sosyal güvenlik kuruluşlarının, sağlıkla uğraşması, asıl yapması gereken işleri engellemiş..." Bu tespitlerin ardından, yapılması gerekenler de şu şekilde sıralanmış;

- 1.devlet-sigorta-kurum hastanesi ayrımı kaldırılacak; tüm hastaneler özertleştirilecek
- 2.sağlık bakanlığı, yeniden yapılandırılacak
- 3.sağlık sektörüne rekabet getirilecek
- 4.sağlık hizmeti sunumu ile finansmanı, birbirinden ayrılacak
- 5.sağlık sigortası, uzun vadeli sigorta kollarından çıkarılacak
- 6.nüfusun tamamını kapsayan GSS sistemi kurulacak, ödeme gücü bulunmayanların primleri devletçe ödenecek
- 7.aile hekimliği uygulamasına geçilecek
- 8.sağlam bir hasta sevk zinciri sistemi kurulacak
- 9.bilişim teknolojisinden azami yararlanılacak, sağlık bilgi sistemi kurulacak
- 10.hasta haklarının korunmasında hukuki eksiklik giderilecek..."

Yapılması gerekenlerin yanına kadın hakları, özürlü hakları, çevre hakkı, kentli hakları, afetler başlıklarında bir çok önerme eklenmiş. Sosyal güvenlik konusunda da, sağlığı da ilgilendiren ciddi bir belirleme var: “sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliği sağlanacak,... bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurulacak” (58. *Hükümet Programı,2002*).

58. Hükümetin “Acil Eylem Planı”; “Etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi oluşturma, herkesin temel sağlık ihtiyacını özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirme, ülkemizde sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde dağılımını dengeli hale getirme hedefleri çerçevesinde; bir yıl içerisinde...”

1.Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımını kaldırmaya dönük çalışmalar başlatılacak,

2.Hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğinin sağlanması çalışmaları başlatılacaktır,

3.Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak,

4.Aile hekimliği uygulamasına geçilecek ve sağlam bir sevk zinciri oluşturulacak,

5.Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak,

6.Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecektir,

İnsanların ayırım gözetilmeksizin, ekonomik ve sosyal bakımdan güvencede yaşamaları ilkesi çerçevesinde yine bir yıl içinde; 1.Sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliği sağlanacak, bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurulacaktır. 2.Bütünleştirilmiş bir sosyal hizmet ve yardım ağının oluşturulabilmesi için dağıntık durumdaki sosyal hizmet faaliyetleri tek çatı altında toplanacaktır, 3. Sosyal Yardımlaşmayı ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'nun kaynakları artırılacak, harcama usul ve esasları yeniden belirlenecek ve yönetim yapısı güçlendirilecektir. Özetlersek;

1.hastaneler “işletmeleştirilecek”

2.finansmanda “sigorta” tercihi kurumsallaştırılacak

3.birinci basamak sağlık hizmetleri-aile hekimliği adı altında-özelleştirilecek

4. özel sektör yatırımları teşvik edilecek
5. sosyal güvenlik kuruluşları birleştirilecek
6. SYDTF güçlendirilecek... *(58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003).*

AKP Hükümet(ler)inin sağlıkla ilgili belgelerinde ifade edilen tezlere karşı, şu itiraz ve eleştiriler yapılabilir:

## **2. Tez 1: AKP Hükümet(ler)inin sağlıkla ilgili tezleri "yeni" değildir! Özgün değildir!**

### **2.1. "Reform"un Öyküsü:**

1980 sonrası yönetime gelen MGK, ANAP, DYP-SHP, Anayol, Refahyol, Anasol-D, DSP-ANAP-MHP koalisyon hükümetlerinin tümünün gündeme getirdiği önerileri AKP –hemen hemen-aynen sahiplenmiştir. 1980-83 yılları arasındaki MGK döneminin, "1." tam-gün" yasasının mali kazanımlarının kaldırılması ve "mecburi hizmet" yasası çıkarılması, 2. özel sağlık yatırımlarının teşvik kapsamına alınması, 3. sağlık bakanlığı' na bağlı kurumlarda döner sermaye uygulamasının genişletilmesi, 4. "gss" yasa hazırlığı, 5. sağlık çalışanlarının örgütlerinin kapatılması ve meslek örgütlerinin yasalarının değiştirilmesi" ile özetlenebilen değişiklikleri; 1983-91 yıllarındaki ANAP döneminin "kampanyalar..., sosyal yardımlaşma ve dayanışmayı teşvik kanunu (fak-fuk-fon), "3359" sayılı sağlık hizmetleri temel kanununun çıkarılması, sağ-kur yasa tasarısının hazırlanması, vb" şeklinde özetlenebilen değişiklikleri daha sonraki "reform" tartışmaları için ciddi bir altyapı oluşturmuştur (Soyer, 1996).

Bu süreçte en önemli iki adım, 1987 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile, 1989-90 yıllarında DPT'nin "Price Waterhouse" firmasına hazırlattığı, "sağlık sektörü master plan etüdü"dür. Sağlık "reformu" ile ilgili daha sonra atılan tüm adımların temelinde, öz olarak, bu iki belgenin olduğunu söylemek yanlış olmaz. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı, Dünya Bankası ile ilk projesini 1990 yılında başlatmıştır. 1991'de de Türkiye Sağlık Reformu tasarım çalışmaları gündeme getirilmiştir *(Soyer 1996)*.

## 2.2. “Reform”un Vitrine Çıkışı:

Özellikle 1991-1993 yıllarını ayrıntılandırmakta yarar var. Bu noktada 1991 Ekim’ine dönelim. 1991 seçiminden önce, TTB bir rapor hazırlamış ve yeni oluşacak parlamento ve hükümetten taleplerini sıralamıştır. Bu talepler, şöyle özetlenebilir;

1. Eşitsizlikleri derinleştiren, ekonomi-politika uygulamaları terkedilmeli,
2. Kamu kaynakları ağırlıklı bir finansman yapısı -halk denetimi- ile birlikte tercih edilmeli,
3. Halk ve sağlık çalışanları katımlı, bir ulusal sağlık sistemi oluşturulmalı,
4. Sağlığa ayrılan kamu payı artırılmalı (bu miktar, ulusal gelirin %5’inden aşağı olmamalı),
5. Çalışma ve yaşam koşulları iyileştirilmeli,
6. Tıp eğitimi toplumun ihtiyaçlarına göre değiştirilmeli (*Soyer, 1993a*).

1991 Ekim genel seçimlerinden “DYP-SHP” Koalisyonu çıktı. Bu koalisyonun hazırladığı hükümet programı, DYP ve SHP’nin yaklaşımlarının “eklektik” bir birleşimi şeklindeydi;

1. Aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılması
2. Sağlık personelinin performansına göre ücretlendirme, sözleşmeli istihdam
3. GSS’nin aşamalı olarak yaygınlaştırılması (ödeme gücü olmayanlara devlet katkısı)
4. Yeşil kart (Bu tezlerin dışında, SHP’nin sosyalleştirme yaklaşımı, programda yer almaktaydı) (*Soyer, 1993a*).

TTB yeni hükümetten bazı taleplerde bulundu.

1. Son 11 yıldır uğranılan tüm kayıplar-sürgün, özlük hakları, vb.- giderilsin!
2. Hükümet, demokratik kitle meslek örgütleriyle masaya otursun!



3. 6023 sayılı yasanın demokratikleştirilmesi, TBMM'de kabul edilsin!

Dikkat edilirse, TTB, hükümet programındaki çelişki ve olumsuzlukları vurgulamak yerine, "yeni bir sayfa" açma mantığı ile değerlendirme yapmıştı.

Ancak, 1992 yılı Ocak ayında, Tansu Çiller'in açıkladığı "ekonomik paket", işin rengini netleştirdi! "Yeşil kart ve sosyal sigorta sisteminin yaygınlaştırılması, belirlenecek bölgelerde özel sağlık kurumlarına arazi tahsisi, kurumlara vergi muafiyeti, yatırım malı ithalinde alınan fonlardan muafiyet, fiyatlandırmada esneklik, sağlık sektörünün yabancı sermayeye açılması,..." Görüldüğü gibi, "kamu sağlık yatırımlarını asgariye indirmek, her türlü teşvikle özel sağlık yatırımlarına ağırlık vermek, sağlıkta özelleştirme, 1980 sonrası politikaları sürdürme..." gibi bir değerlendirme yapılabilecek bir tablo açılmış oldu. İşte, tam böyle bir ortamda, DYP-SHP Hükümeti, sağlık "reformu" müjdesi verdi (*Soyer, 1992*).

Bu durumu değerlendiren TTB, Türkiye'de sağlıkta iyileştirmenin, "eşitsizliklerin" ortadan kaldırılması temelinde yapılabileceği iddiası ile, kendisi 8-12 Mart 1992'de bir "ulusal" kongre topladı (*TTB 1992a*).

Aslında, ülkemizde sağlık reformu tartışmaları denilince, 1992 Mart ayında Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı 1.Ulusal Sağlık Kongresi gelir. 23-27 Mart 1992 tarihleri arasında toplanan bu kongreye katılan katılımcılara, Sağlık Bakanlığı yetkilileri, "Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı", "Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum", "Çalışma Grupları Tartışma Soruları" başlıklı 3 doküman gönderdi. Bu dokümanlar arasında, "Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı", "reform"un özünü yansıtan bir içeriği yansıtıyordu. Taslaktaki temel yaklaşım şu cümle ile özetlenmişti: "sağlık reformunun sorunlara yaklaşım metodolojisinde halkın sağlık düzeyini yükseltmek esas amaç olarak belirlenmiş bulunmaktadır" (*Sağlık Bakanlığı, 1992a*).

### **2.3. Sağlık "Reformu"nun Özü:**

"Reform", şu 7 ana noktada yoğunlaşmıştı: 1.sağlık mevzuatının çağdaşlaştırılması, 2.hizmet sunumunda reform, 3.yönetim yapısında

reform, 4.sağlık insangücü reformu, 5.ulusal sağlık akademisinin kurulması, 6.sağlık enformasyon sisteminin kurulması, 7.hizmetlerin finansmanında reform Sağlık mevzuatının çağdaşlaştırılması, ağırlıklı olarak, “günün ihtiyaçlarına karşılık getirilmesi” (özellikle Umumi Hıfzısıhha Kanunu-1930, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun-1928) temelinde planlanmıştır. Dolayısı ile, “reform”, hukuki düzenlemeler olarak gündeme getirilmiştir.

“Hizmet sunumunda reform” başlığı altında, hizmetlerin etkinliği ve verimliliği, birinci basamak hizmetlerin “özel” bir önem verilmesi, hizmetlere ulaşılabilirliğin artırılması, uygun teknoloji kullanımı ile kalitenin yükseltilmesi sıralandıktan sonra, şu düzenlemelerin yaşama geçirilmesi çözüm olarak sunulmuştur; 1.kamu sağlığı kanunu, 2.sağlık hizmetleri kanunu, 3.sağlık hizmetlerinin finansmanı kanunu, 4.sağlık bakanlığının teşkilat ve görevleri hakkında kanun, 5.sağlık personelinin görev, yetki ve sorumlulukları hakkında kanun.

“Reform”un öngördüğü sistemin önkoşulları, “1.koruyucu hekimliğe ağırlık verilmeli, 2.vatandaşın düzenli ve sürekli sağlık sicili tutulması, 3.birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmeli, hastanelere yığılma önlenmeli, 4.sağlık personelinin ülke düzeyinde dengeli dağılımı, 5.hastanelerin verimli çalışacağı sistem” olarak sıralanmıştır. Sistemin iki ana özelliği çok kritiktir; 1/birinci basamak hizmetlerin, aile hekimliğine dayandırılması, 2/hastanelerin özleştirilmesi, zaman içinde özleştirilmesi. Hizmet sunumu reformunda, verimliliği artırmak ve hizmet sunumunda rekabeti sağlamak, Sağlık Bakanlığı’ nın, doğrudan hizmet üreten bir kuruluş olmaktan çıkarmak, amaç olarak verilmiştir.

“Reform”un yaşama geçirilmesi sırasında, “eski” sistemin de bazı özelliklerinin korunacağı ve bazı kurumların isim ya da işlev olarak değiştirileceği ifade edilmiştir. Örneğin, 224 sayılı yasa-kırsal alan için muhafaza edilecek, sağlık evlerine destek, sağlık ocaklarına standart getirilecek, ilçe merkezlerinde “kamu sağlığı merkezleri” açılacak (sağlık ocağı, anaçocuk sağlığı dispanserleri, verem savaş dispanserleri, vb. kamu sağlık merkezi adı altında “uniform” hale getirilecek) şeklinde öngörüler söz konusudur.

Aile hekimlerinin dışında, önemli kurumlardan biri olan kamu sağlık merkezlerinin işlevi; aile hekimlerine lojistik destek sağlama, halk sağlığına yönelik plan program geliştirme ve denetleme (laboratuvar ve röntgen tetkikleri) olarak belirtilmiştir. Her ilçede sağlık ocaklarının kamu sağlık merkezine bağlanması, bu merkezde de, halk sağlığı uzmanı veya bu konuda eğitim görmüş bir başhekimin görev alması gereği vurgulandıktan sonra, kamu sağlık merkezinde verilen hizmetler şu şekilde sıralanmıştır; sağlık eğitimi, ilk-acil yardım, bulaşıcı hastalıklar ile savaş, ana-çocuk sağlığı hizmetleri, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, sağlık personelinin hizmet içi eğitimi, adli hekimlik, belediye sağlık hizmetleri, toplum taramaları, tıbbi istatistiklerin toplanması, idari işler, iş ve işçi sağlığı hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri, aşı dağıtımı, laboratuvar ve radyolojik tetkik hizmetleri.

Hizmet sunumu "reformu"nun ana değişimi, aile hekimleri üzerinde kurulmakta ve aile hekimleri,"kişiyi yönelik koruyucu hizmetler ve birinci basamak tedavi hizmetlerini, asgari standardı tespit edilmiş bir muayenehanede, serbest çalışan hekim" olarak tanımlanmakta, aile hekiminin de "kendisine kayıtlı her kişi için (coğrafi durum ve sosyoekonomik durumlara göre) kişi başına değişen miktarda ücret alacağı,-her muayene için de ödeme yapılacağı-" belirtilmektedir. Aile hekimlerinin görevleri ise şöyle sıralanmıştır; 1.birinci basamak tedavi hizmetleri, 2.ikinci-üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin evde-ayakta takibi, 3.kişiyi yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, 4.laboratuvar hizmetleri, 5.peryodik muayene, 6.ilk ve acil yardım,..." Aile hekimliğinin işleminin temel koşulu, sevk sistemi olarak belirtildikten sonra, aile hekiminin uygun gördüğü takdirde uzman hekime veya hastaneye sevk edebilme yetkisi olduğu ifade edilmektedir. Yasa taslağında, aile hekimliği muayenehanelerin, koruyucu hizmetlerin de verildiği kamusal kontrol içinde çalışan müesseseler haline gelmesinin amaçlandığı belirtilmiştir. Dış sağlığı hizmetleri, yasa taslağında, dış hekimi ve sigorta kuruluşları arasında anlaşma yapılması şeklinde tanımlanmıştır. Kişilerin ek ödeme yaparak, dış hekimliği hizmetlerinden yararlanmasını öngörülmüştür.

Serbest çalışan uzman hekimlerin de sigorta kuruluşları ile anlaşma yaparak, aile hekimlerinin sevk ettiği hastalara ikinci basamak hizmet verebilme hakkına sahip olabilecekleri belirtilmiştir. “Reform” taslağında, ayrıca, hekimlerin sigorta-Sağlık Bakanlığı arasındaki anlaşmalar temelinde ücret alacağı belirtilmiştir.

“Reform” un diğer önemli ayağı, hastanelerin özzerleştirilmesi ve özzerleştirilmesi (bugün verimsizlik nedeni, merkeziyetçilik ve rekabet olmayışı)dir. Hastane yönetimlerinin yerel yönetimlere bırakılması (demokratik katılımın sağlanacağı savı ile) öngörülerek, yerel yönetimlerin, personel kararlarını kendilerinin vereceği, her türlü gideri kendi bütçelerinden karşılayacağı ve profesyonel yöneticilerin teşvik edileceği tasarlanmıştır.

“Hizmetin finansmanı ile ilgili reform çalışmaları”; Bu konuda yapılması planlananlara geçmeden önce, yasa tasarısı, yaklaşım tarzını “ihtiyaçlar sonsuz, kaynaklar sınırlı! Hiçbir ülkede “bedelsiz” sağlık hizmeti yoktur! Dolayısı ile finansman vatandaş tarafından sağlanır. Seçenekler vergi, sigorta, cepten ödeme, hiçbiri tek başına uygulanmamaktadır” şeklinde açmaktadır. Bu belirleme ışığında, finansman tekniği olarak genel sağlık sigortası öngörülmektedir.

GSS öngörüsünün ardından, GSS oluşturulması için gerekli veri ve bilgi olmadığı, öncelikle bunun sağlanacağı belirtilerek, sistemin ana felsefesinin “hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayırmak (otokontrol yokluğu, verimsizlik gerekçesi ile)” olduğunun altı çizilmektedir.

“Reform” tasarısının önemli bir ayağı olarak, verimlilik ve etkinliğin artırılması başlığı söz konusudur. Bu başlık altında;

1.kaynak dağılımının düzeltilmesi (minimum kaynakla, maksimum etki),

2.maliyet/etkinlik oranının geliştirilmesi (maliyetleri sabit tutarak etkiyi artırmak veya etkiyi sabit tutarak maliyetleri düşürmek),

3.hizmet kalitesinin geliştirilmesi a) eğitim, b) fiziki altyapının geliştirilmesi, c) ekipman ve malzeme, d) taşıtlar,

4.sağlık hizmetlerinin yönetiminin geliştirilmesi a)yöneticilerin yetiştirilmesi, b)hastane kullanımı, c)hastane desantralizasyonu, d)yönetim enformasyon sistemi kurulması gibi maddeler sıralanmıştır.

Bu bağlamda, "reform"un öngördüğü yapı, aşağıdaki gibi özetlenmiştir:

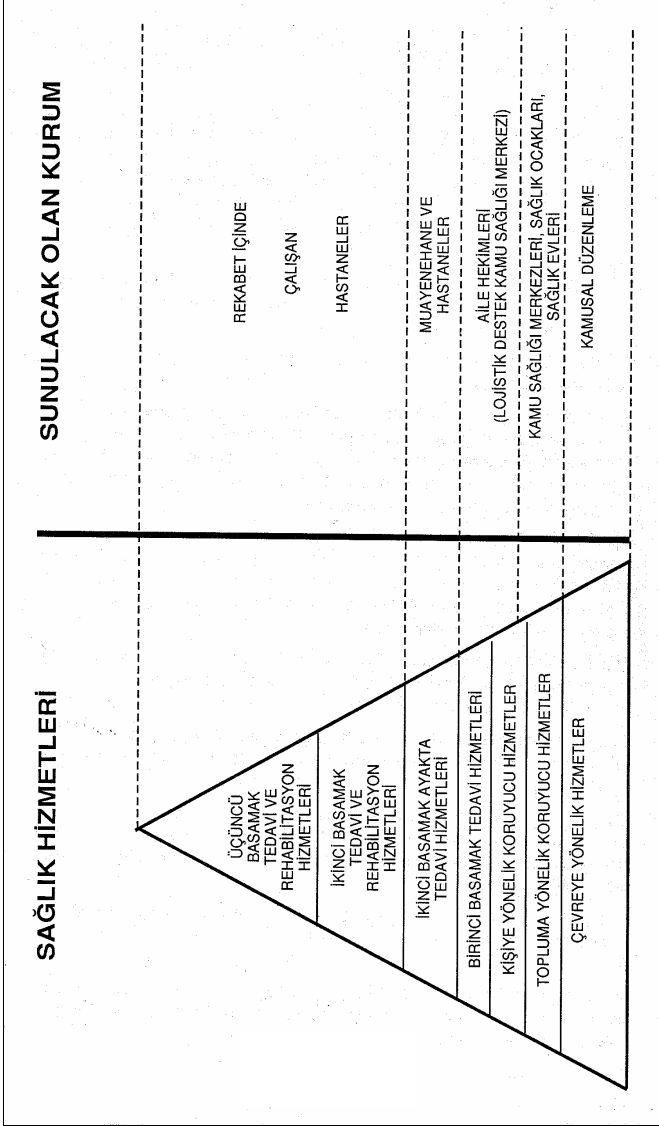
#### **2.4. 1.Ulusal Sağlık Kongresi:**

Birinci Ulusal Sağlık Kongresi, bu "reform" öngörülerini ile başladı. 1992 Mart'ında, 5 ayrı grupta 34 çalışma grubu, 5 gün boyunca bu öngörülerini tartıştılar. Bu gruplar; 1.sağlığın gelişmesine destek, 2.çevre sağlığı, 3.yaşam biçimi, 4.sağlık hizmetlerinin sunumu, 5.öncelikli sağlık hizmetleriydi.

Sağlığın gelişmesine destek başlığı altında, sağlığın gelişmesine destek, sağlık akademisi, sağlık enformasyon sistemi, sağlık hukuku, sağlık teknolojisi ve standardizasyonu, sağlık mimarisi, sağlık hizmetleri finansmanı olarak 7 tartışma grubu vardı. Bu gruplar arasında, kritik bir öneme sahip olan ve "reform"un ülkemizdeki tanıtıcılarından biri olan Serdar Savaş'ın başkanlığında finansman grubu, yapılan tartışmalardan sonra, "Sağlık hizmetleri finansmanında en temel sorun, prim toplamadır. Bu-devlet eliyle-etkinleştirilmelidir; Hizmet sunumunu kolaylaştırmak, kalitesini yükseltmek prim toplanmasını kolaylaştıracaktır; Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının tek elden toplanması faydalı olacaktır; sağlık hizmetleri finansmanını tek elde toplanmalıdır; devlet, prim ödeme gücü olmayanları desteklemeli; hizmeti alanların belli oranlarda masraflara katılması sağlanmalı; devlet memurları da, sağlık primi ödemeli; hekim, eczane ve diğer sağlık kurumlarını seçme serbestliği olmalı; Genel Sağlık Sigortasının finansman kurumu özerk olmalı" şeklinde özetlenebilecek bir sonuç çıkarmıştır. "Reform"un en ciddi başlıklarından biri olan bu grupta, TTB'den herhangi bir katılımı yoktu (*Sağlık Bakanlığı, 1992b*).

Çevre sağlığı başlığı altında; Hava çalışma grubu, Su grubu, Gıda emniyeti grubu, Atıklar çalışma grubu, Konut-sağlık grubu, İşçi sağlığı ve iş güvenliği grubu olarak 6 çalışma grubu tartıştı. Yaşam biçimi başlığı altında 3 grup tartışması yapıldı; yetişkinin sağlık eğitimi, beslenme, zararlı alışkanlıklar.

Şekil 1: Sağlık “Reformu” nun Özeti. (Sağlık Bakanlığı, 1992a)



"Reform"un kritik bir başlığı olan, hizmet sunumu çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin örgüt ve yönetim yapısı, sağlık insan gücü-hekimler, hemşireler, eczacılar, diş hekimleri, temel sağlık hizmetleri, hastane yönetimi, ilaç kontrol ve denetim sistemi grupları tartışma yaptı. Bu gruplardan "sağlık hizmetlerinin örgüt ve yönetim yapısı grubu", sonucu "sağlık hizmetleri tek elden planlanıp, yürütülmeli; yerinden yönetim ilkesi (desantralizasyon) esas alınmalı; sağlık yöneticileri, halk sağlığı ya da sağlık yönetimi konusunda mezuniyet sonrası eğitim görmüş olmalı" olarak topladı.

Sağlık insan gücü-hekimler grubu, TTB'ye emanet edilmiş gibiydi. Grubun tartışma sonuçları şöyle özetlenebilir: "planlamada, insan gücü tek değişken alınmamalı; AET'ye uyum önemli; yabancı hekimlere izin verilmemeli; pratisyen hekimler, ilk basamak hizmeti sunabilecek şekilde eğitim ve diğer olanaklarla desteklenmeli (aile hekimliği, vb gibi); aile hekimliği, ilk basamak sağlık hizmetlerini yeterli ve etkin biçimde yürütebilecek eğitilmiş, kendine güvenen ve toplum tarafından benimsenmiş bir kavram olarak ele alınmalı; çeşitli sakıncalarına rağmen şu aşamada part time uygulamasının kaldırılması zor görünmekte; hekimlerin haklarını toplu sözleşmelerle elde edecekleri bir kurumun bulunmaması eksikliklerdir"

Kongrenin en tartışmalı grubu, temel sağlık hizmetleri grubuydu. Oldukça tartışmalı olan grubun tartışma sonuçları da, önemli ölçüde, "reform"un ilkelerine tersti; "sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri...ekip hizmeti, aile hekimleri, temel sağlık hizmetlerine yönelik eğitilmeli ve kent tipi sağlık ocakları ve semt polikliniklerinde istihdam edilmeli; birinci basamakta çalışan hekimlerin tümünü kapsayan mezuniyet sonrası ve sürekli hizmet içi eğitim tamamlanmalı; TTB de bu eğitimden sorumlu olmalı; sosyalleştirme yasasının, kentlerin ihtiyaçlarına göre gözden geçirilmesi, sevk sisteminin işletilmesi, araçların sağlanması, temel sağlık hizmetlerinde çalışmanın özendirilmesi, ilçe sağlık müdürlüklerinin kurulması ile güçlendirilip, yaygınlaştırılması" (bu kararlara aile hekimleri uzmanlar derneği ile Yıldız Tümerdem muhalefet şerhi koydu).

“Reform”un bir diğer önemli ayağı, hastane yönetimidir. Grubun tartışmalarının sonucu, “mali ve idari otonomi gerçekleştirilmeli; sevk sistemi içindeki yeri belirlenmeli; hastaneler, 2000 yılına kadar... kendi yönetim ve denetim yapılarını oluşturmuş, kendi kaynaklarını yaratabilen, yatırım yapabilen sağlık işletmelerine dönüştürülecektir...” şeklinde özetlenebilir.

Son başlık, öncelikli sağlık hizmetleriydi. Bu başlıkta çocuk sağlığı, ana sağlığı aile planlaması, yaşlılık, ağız-diş sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, dolaşım sistemi hastalıkları, kanser, ruh sağlığı, kazalar ilk ve acil yardım, turist sağlığı, gap ve sağlık gibi gruplar vardı (*Sağlık Bakanlığı, 1992 b*).

Bugüne kadar, sağlık “reformu” konusunda yapılan en şaşaalı toplantı olan I.Kongre bittiğinde, TTB, şöyle bir değerlendirme yaptı; “Kongre. demokratik bir kaygı ile toplandığı imajı verdi. Oysa, temel ilkeleri tartışmaya sınırlı olanak verdi... Sağlık Bakanlığı'nın ihtiyacı olan “konsensus”u oluşturma hedefliydi-ama bu, gerçekleşmedi. Katılımcıların seçimi, nesnel değildi ve güçlerin temsiliyeti sıkıntılıydı (özellikle sağlık hizmeti kullananların örgütleri). Reform çerçeve taslağının esas noktalarının güçlü kabul görmesi, temel stratejiydi, kurgu buna göreydi... Sektördeki tıkanıklıkların, piyasa mekanizmaları ile çözümlenebileceği politikası, TTB'nin seviyeli müdahalesine karşın, hakim oldu!” (*Soyer, 1993a*).

Sağlık Bakanlığı, Kongre öncesi verdiği tüm sözlere karşın, kongredeki tartışmaları olduğu gibi yayınlamak yerine, işin başında sahip oldukları temel görüşleri kapsayan (ve bu çerçevede ayrıntılandırılan) “Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı”nı, Mayıs 1992'de yayınladı (*Sağlık Bakanlığı, 1992c*). Yine de, “demokratik bir görüntü vermek” amacı ile, taslak dökümanı çok sayıda kuruma ve kişiye göndererek, görüş ve eleştirilerini talep etti. Gelen 50'yi aşkın yanıt arasında, sadece 6 adet muhalif görüş mevcuttu! İki kişi ziraat mühendisi olan bu muhalif görüşlerin (Muammer Kayhan, Mahir Gürbüz), diğer 4'ü Necati Dedeoğlu, Gürhan Fişek, Mustafa Sütlaş ve Gazanfer Aksakoğlu'na aitti (*Sağlık Bakanlığı, 1992 ç*).



## 2.5. "Reform"a Tepki(ler); Sıra, TTB'de...

Ancak, bu "taslak doküman"a en kapsamlı eleştirisi, TTB Halk Sağlığı Kolu'ndan Haziran 1992'de geldi. Eleştirinin özü, "taslak doküman"ın, üzerine oturduğu nesnellığı kavramadığı/dikkate almadığı, dolayısı ile de sağlıktaki eşitsizliklerden yola çıkmadığı ve bu nedenle baştan malû olduğu, ayrıca, bu dokümanın özgün olmadığı, Dünya Bankası'ndan "esinlendiği" şeklindeydi. Bu "esinlenme"nin, Dünya Bankası'nın 1987 tarihli "gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı" ve 1990 tarihli "gelişmekte olan ülkelerde özel sektör aracılığıyla sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi" başlıklı raporları temelinde olduğu iddia edilmekteydi. Ayrıca, ILO ve WHO ile, ülkemizdeki işveren kuruluşlarının (TÜGİAD vb.) bazı raporları ile "ileri derecede benzerlik arzettiği" de saptamalar arasındaydı. Bu saptamalar ışığında, TTB Halk Sağlığı Kolu, "taslak doküman, mevcut sınıfsal çelişkileri atlayarak başarılı olamaz"; taslak doküman"ın içeriği, birey ve toplum sağlığına olumsuz etki yaratacak özelliktedir; "gss", sağlıktaki eşitsizliğin onanmasıdır; özelleştirme, sağlıktaki eşitsizliğin bir diğer boyutudur; aile hekimliği, bir kopyacılık örneğidir" gibi vargılara varmıştı. Bu çalışma, TTB'nin daha sonra "reform"la ilgili çalışmalarının temelini de oluşturdu (**TTB Halk Sağlığı Kolu, 1992**). TTB Halk Sağlığı Kolu'nun bu raporunun, TTB MK'ne iletilmesi üzerine, bir çalışma grubu oluşturuldu. Ağustos 1992'de oluşturulan bu grup (Önder Alpdoğan, Zuhale Amato, İlker Belek, Sabri Dokuzoğuz, İrfan Gökçay, Celal Mestçioğlu, Ata Soyer, Kürşat Yıldız) Eylül 1992'de bir rapor hazırlamış, bu rapor 10 Ekim 1992'de kamuoyuna açıklanmıştı (**TTB, 1992b**). TTB'nin "reform" ile yapılmak istenenlere temel eleştirisi, bir cümle ile özetlenebilir: "...bu değişiklikler ile, sağlık sektörü değişik parçalara ayrılıp, atomize edilecek; atomize edilen bu parçalar arasındaki ilişkiler atama, sözleşme, prim ödeme, vb. yöntemlerle birbirlerine bağlanacak, örgütsel olarak kaotik bir pazar oluşturulacak..." (**Soyer, 1993b**).

TTB'nin, 1992-93 yıllarında, "reform" konusunda yaptıkları, özet olarak şöyle sıralanabilir: 1.Sağlık Bakanlığı ile yapılan toplantılarda TTB tezleri/yaklaşımları ifade edilmeye çalışıldı, 2. "reform" süreci,

TTB kadrolarının “ezberlerini” gözden geçirmelerine ve kurumsal görüşlerin netleşmesine katkıda bulundu, 3. diğer sağlık çalışanları örgütleri (özellikle memur sendikaları) ile birlikte hareket edilme olanağı sağladı, 4. tabip odası temsilcileri ve bir grup uzmanla ortak raporlar hazırlanması, ortak strateji belirlenmesi ve görüşlerin örgüte maledilmesi söz konusu oldu, 5. değişik illerde bilgilendirme toplantıları yapılarak, hekimlerle buluşma sağlanmaya çalışıldı, 6. slayt, kartpostal seti ve afiş gibi kamuoyu bilgilendirme araçları ile, kamuoyuna ulaşılmaya çalışıldı (“14 mart 1993” 20 bin afişle “sağlıkta herkese eşit fırsat” teması işlendi), 7. “II. Ulusal Sağlık Kongresi”nde yaşanan olumsuzluklar üzerine kongreden toplu olarak-12 örgüt- çekildi, 8. “TTB 41. Kongresi'nin ana gündemlerinden biri, sağlık politikaları” oldu ve geniş bir hekim, bilim adamı ve politikacı kitlesi ile tartışma yapıldı, 9. konunun daha “inceltilebilmesi” için “sağlık politikaları çalışma grubu” oluşturuldu, 10. çeşitli konuların tartışıldığı örgüt okulu başlatıldı. 11. özlük hakları eylemleri ile “reforma” karşı tepkiler koordineli bir şekilde kamuoyu gündemine sokuldu. (TTB, 1994).

## 2.6. Ya “diğerleri”?

*“Reform” sürecinde, TTB dışında çeşitli örgütler, farklı tepkiler gösterdiler. İki memur sendikası (Tüm Sağlık Sen, Genel Sağlık İş) başından beri “reform”a karşı net tepkileri ile TTB ile birlikte davranırken, yine Türk Eczacıları Birliği, Türk Dişhekimleri Birliği, Türk Veteriner Hekimler Birliği, Türk Hemşireler Derneği söz konusu süreçte benzer duruş göstermişlerdir. Ek olarak Biyologlar Derneği, Psikologlar Derneği... de “II. Ulusal Sağlık Kongresi”nden çekilen örgütler arasında yer aldılar.*

*“Reform” ile ilgili tartışmalara, örgütler dışında tek tek bireyler, özellikle akademisyenler (daha çok halk sağlığı alanında) de katıldılar. Bazı istisnalar dışında, akademisyenlerin, “reform” kapsamına eleştirel yaklaştığı söylenemez. Bu noktada, bir farklılığın altını çizmekte yarar var. 1980 öncesi, belki de “esen rüzgarlar” nedeniyle, toplum hekimliği kürsüleri, sağlık politikaları alanında gerek toplumun,*

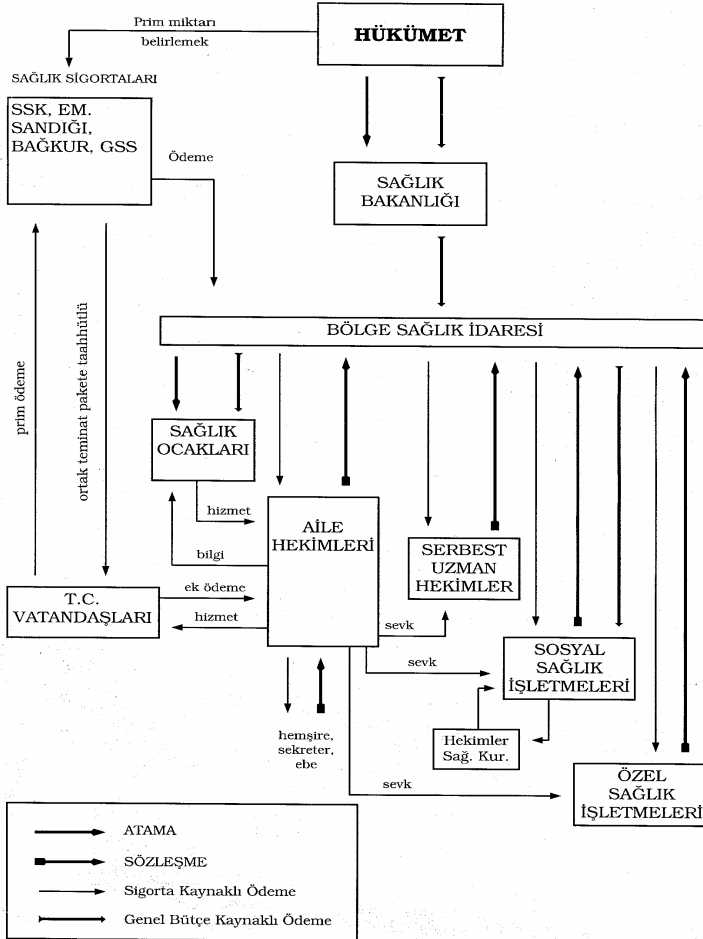
*gerekse sendika ve demokratik kitle örgütlerinin önünü açan açılımların kalesiyken, 1980 sonrası -adları halk sağlığını dönüştürülen- bu odalar, bir anlamda sağlık politikalarından "uzak duran" ya da "reform"un arka perdesindeki ideolojik yaklaşımı savunan yerler haline gelmişlerdir. Teknik-projeci yerleşim diye yansıyan bu "reform" ile birlikte oluşturulan "Sağlık Projesi Koordinatörlüğü" danışmanlıklarından, onunla ilişki kuran şirket danışmanlıklarına uzanan statülerin kazanılması ile de sonuçlanmıştır. Dün sağlık politikalarına eşitlikçi/toplumcu yaklaşımları öğrendiğimiz okullar olan "toplum hekimliği" kürsülerinin çoğu, bugün sağlığın piyasalaşmasının kuleleri haline gelmiştir.*

*Bu bağlamda, sağlık "reformu" tartışmalarının, sağlık sektöründeki yapılar arasında, ciddi bir "ideolojik" yarılmaya yol açtığı –belki de varolan bir ayrışmayı derinleştirdiği- söylenebilir.*

## **2.7. Sağlık Bakanlığı, "Reform"u Yasalaştırma Yolunda...**

Sağlık Bakanlığı, bu tartışmalar sürecinde "reform"u, 4 yasa tasarısında "özetleyip" (Sağlık Kanunu, Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun, Bölge Sağlık İdareleri Kanunu, Genel Sağlık Sigortası Kanunu), "zorunlu sağlık sigortası ve prim ödeme; prim ödeyemeyenlerin hizmet alamaması; sigorta kurumunun ödeme yapamaması durumunda ailenin hizmet alamaması; dördüncü sigorta kurumu olarak GSS kurumu kurulması; bölge sağlık idareleri kurulması (yerleşme); sigorta kurumlarının bölge sağlık idaresi ile "para" ilişkisine girmesi; harcamaların, bölge sağlık idarelerince yapılacak olması; bölgedeki sağlık hizmetinin sağlık ocakları, aile hekimleri, serbest uzman hekimler, sosyal sağlık işletmeleri, özel hastaneler tarafından verilecek olması; sağlık ocaklarının, koruyucu hizmetlerle sınırlı olması; aile hekimlerinin bölge sağlık idareleri ile sözleşme yaparak, ayaktan bakım hizmetlerini üstlenmesi, kamu hastanelerinin özelleştirilecek olması; işletme haline gelen sağlık kurumlarındaki tüm personelin, sözleşmeli hale gelecek olması" şeklinde TBMM'ne sundu (**Sağlık Bakanlığı, 1992d**).

**Şekil 2: "Reform"un öngördüğü örgütlenme şeması.  
(Soyer, 1993b).**



1992-93 ağırlıklı öyküsü kısaca yansıtmaya çalışılan "reform", 1993'den sonra vitrindeki görüntüsü kısmen gerileyerek, ama fiili olarak daha kararlı biçimde sürekli hale gelerek devam etti. Örneğin, Çiller-Karayalçın döneminde hastanelerin elden çıkarılması, Yüksek İhtisas Hastanesi'nin "özerkleştirilmesi" ile, Anayol, Refahyol, Anasol-D, DSP Azınlık, DSP-ANAP-MHP Hükümetleri boyunca hiç itiraz edilmeden "reform"un ilkeleri, adım adım yaşama geçirildi. AKP de, bu konuda "milim" şaşmadan, kendisinden önceki çizgiye uyum sağlayarak, "reform"un yaşama geçirilmesinde yerini aldı. "Özgün" olamadı! Önüne konulan uluslararası "reçete"yi kopya etmekten başkasını yapamadı.

### **3. Tez 2: AKP Hükümeti'nin sağlık "reformu" adımları, teknik değil, politiktir. Ayrıca, çağdaş ve gerçekçi değildir.**

Bu konudaki TTB görüşleri, çeşitli defalar ve değişik yerlerde ifade edildiği için, genel bir özetleme yeterli olacaktır. Önerilen sağlık "reformu"nun üç önemli ayağı söz konusudur; Aile hekimliği modeli, hastanelerin "özerkleştirilmesi", "genel sağlık sigortası".

Aile hekimliği modeli, öngörüldüğü kadarı ile, birinci basamağı, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bütüncül hale getirildiği bir alan olmaktan çıkarmakta, muayenesi olan uzman hekimlere "rant" alanı açmakta, uygulamada da karmaşa yaratmaya gebe bir durum yaratmaktadır ve sağlık ocağı sisteminin çökertilmesinin son adımı sayılır.

Hastanelerin "özerkleştirilmesi" ise, özünde, hastanelerin kendi kendilerine yeter hale getirilmesidir, yani "işletmeleştirilmesi"dir. Sigorta finansman modeli olmaksızın işleyemeyecek olan bu modelde, hastanelerin sigorta kurumu ile sözleşme yapması gerekmektedir. GSS'nin kurulması haricinde, zaten ülkemizde hastaneler, 1980'li yılların ikinci yarısından itibaren-özellikle 1994, "5 Nisan" sonrası-kendi kendine yeter hale getirilmişler, döner sermayeye mecbur edilmişlerdir. Uzun süredir bir işletmeleştirme mevcuttur. Buna karşın, beklenen kalite artışı, bu kurumlarda gerçekleşmediği gibi, "taşeronlaştırma" uygulamalarının yaygınlaşması ile kamu istihdamı dışı istihdamda artış, iş güvencesinde azalma, ücretlerde gerileme

yaşanmıştır. Ayrıca, bu modelin uygulandığı yerlerde/ölkelerdeki ilk sonuçlar, -sağlık çalışanları arasında giderek ücret farklılıklarının artışı, zor çalışma koşullarının personeli -özellikle hemşireleri- zora sokması, hizmet “duplikasyonları”, gereksiz teknolojik yatırımlar, tekelleşme, bazı hastanelerin kapanması bazılarının da yeniden “devletleştirilmesi”, kalite artışının gerçekleşmemesi, hastane yönetimlerinin “politikleşmesi”, vb- umutlu olunmasını mümkün kılmamaktadır (*Belek, 2000b*). Genel Sağlık Sigortası ile yapılmak istenen, özünde teknik bir iş değil, politik bir tercihtir ve aslında “reform” un kendisidir! Bir “esnaf” temsilcisi olarak hükümete gelmiş ve büyük sermaye gruplarının da desteğini almaya çabalayan AKP Hükümeti'nin ilk işlerinden biri, “kendini seçenlerin vergi borcunu affetmek” olduğundan, onlardan vergi alarak bir sistem sürdürmesi beklenemez. AKP de, tıpkı öncülleri olan hükümetler gibi, vergi topla(ya)madığı için, sağlık dahil toplumsal hizmetleri sürdürmek için ek para/vergi toplama tercihini yapmıştır. Yani, GSS, bir finansman modeli olmaktan ziyade, bir sağlık vergisi olarak zuhur etmiştir. Bu da, GSS'nin teknik bir mesele değil, siyasal bir tercih olduğunun kanıtıdır.

Üstelik, ölkemizin kırsal nüfusu/tarım çalışanınin çok olması, işsizliğin yaygın olması, informel sektör/kayıtdışı ekonominin büyük olması, kendi hesabına çalışanların bile, primini ödeyememekte olması (Bağ-Kur örneği), SSK'nın çökertilmekte olması, ölkemizde sigortanın bir seçenek olamayacağını göstermektedir. Ek olarak, enflasyonun yüksek olması, sigorta uygulamasına geçildiğinde, ya prim artışı ya da teminat paketinin daraltılması ile sonuçlanmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Tedavi hizmetlerine yönelme, yönetsel maliyetlerin artması, bunun verimsizlik olarak yansması gibi belirlemeler, tabloyu tamamlamaktadır (*Belek, 2003; Pala, 2003*).

**4. Tez 3: AKP Hükümeti'nin sağlık “reformu” öngörüləri, “ulusal” değildir. İçerideki sermaye gruplarının bütünleştiği, uluslararası sermayenin ve onun kurumlarının dayatmalarının “uyarlanması”dır.**

#### **4.1. Dünya Bankası, neden sigorta diyor?**

Son yıllarda, dünyadaki sağlık “reformu” yönelimlerinde, sigorta formülü, özellikle, üçüncü dünya ve Doğu Avrupa'nın eski sosyalist

lkelerinde ne çıkarılmıştır. Bu alandaki tartışmalarda, sigorta tercihinin, yaşanmakta olan iktisadi krizle ilişkisinin altı çizilmektedir. Daha çok bir borç krizi olarak yaşanan, iktisadi kriz, ilgili ülkelerde "kaynak sorunu" olarak yansımaktadır.

Dünya Bankası, bu konudaki yönlendirmelerinde, "bu ülkelerde, genel bütçeden sağlığa daha çok kaynak ayırmak olanaksız; koruyucu hizmetlere genel bütçe, tedavi hizmetler için ek finans yolu olarak sigorta uygun olur; sağlık hizmetleri için ek kaynak mobilize etmek ve sabit bir fon oluşturmak, ancak sigorta ile mümkündür..." diyerek, "sağlık sigortacılığı, sağlık hizmetleri sunumuna özel sektörü dahil etmenin önemli aracıdır; sigorta ile oluşturulan fonlar, özel sağlık sektöründen sağlık hizmeti almak için kullanılacaktır; sağlık sisteminin üretim ve finansman boyutlarının ayrılması gerekmekte; hazır fonun olması, özel sağlık sektörüne piyasa güvencesi anlamına gelmektedir" şeklinde belirlemeler yapmaktadır. Dünya Bankası'na göre, sağlık sigortası modelinin ne çıkmasındaki temel varsayım; "mevcut genel bütçe gelirleri, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakları gereken düzeye çıkarmak açısından yeterli değil! genel bütçe havuzunu artırma olanağı da yok. ek bir kaynak mekanizması yaratma zorunlu!" olarak özetlenebilir. Bu bağlamda, asıl gerekçe, gelir dağılımı eşitsizliklerini giderme açısından gerekli olan "progresif" nitelikli bir vergi reformunun, bugünkü sınıfsal dengeler içinde olanaklı olmamasıdır. Vergi tabanı, yüksek gelirli toplumsal sınıflara oturtulamayınca, kamu gelirlerinde yetersizlik olacak, bu da doğrudan hizmetten yararlanacaklar için sigorta adıyla ek vergiyi gerektirecektir. İşin z budur! (*Belek,2000a; World Bank, 1987; WHO, 1993*).

#### **4.2. Biraz "sigorta teorisi":**

Bugün dünyada, 150 kadar ülkede, sağlık da dahil, sosyal güvenliği içeren bir sosyal güvenlik sistemi mevcuttur. Batıda daha kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi varken, evre kapitalist ülkelerde kapsamı daha dar, hatta neredeyse sadece "formel" sektörde çalışanları kapsayan sınırlı bir sosyal güvenlik sistemi söz konusudur. Bu tür lkelerdeki sigorta uygulamasının ortak özelliği, yönetsel yapının zayıflığı ve sigorta teminat paketinin darlığıdır.

Özellikle, Doğu Avrupa’da sosyalizm-sonrası toplumlar, yeni “tercih ettikleri” sigorta modelinde, farklı uygulamalar söz konusuysen, benzer sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu ülkelerde, sigortaya geçildikten sonra, sağlık harcamaları önceki döneme kıyasla artış göstermiş, toplanan primlerle harcamalar arasında açık artmış, dolayısı ile hükümet katkısı (ve maliyet-sigorta kurumu gerginliği) gündeme gelmiştir. Sigorta primi, daha çok “formel” sektörde çalışanlardan toplandığından, bu toplanan prim, ekonomik olarak “aktif olmayanlar”ın sağlık giderlerini karşılamaya yetmemektedir. Bir finansal açmaz yaşayan bu ülkeler, hükümet katkısı ile durumu götürmeye çalışmaktadırlar. Prim toplanmasında bir başka sıkıntı noktası da, eskiden devlete ait olan işletmelerin özel sektöre devredilmesi yolu ile oluşan ve yeni kurulan özel işletmelerde, emek maliyetinin artması, bu artış karşısında işletme sahiplerinin bildirim yapmamayı tercih etmeleridir. Oluşan açık, sonuçta primlerin artması ile, teminat paketinin daralması ile ve hükümet katkısının artması ile kapatılmaya çalışılmaktadır. Doğu Asya ve Afrika’daki uygulamalar ise, çok daha olumsuz sonuçlarla malûldür. (*Belek,2000a; World Bank, 1987; WHO, 1993*).

Burada, Batılı gelişmiş kapitalist ülkelerin de sigorta sistemlerine sahip oldukları anımsatılabilir. Doğru, gelişmiş kapitalist dünyada-Almanya, Fransa, Avusturya, Japonya, Belçika, Kanada,vb. sigorta temelli finansman modelleri ağırlıktadır, ancak bu ülkelerdeki sigorta modelleri, 1848 sonrası yaşanan toplumsal mücadelelerde, işçi sınıfının kazanımı/yönetici sınıfların tavizi diyalektiği ile elde edilmiştir. Yani, kendi iç dinamiği ile oluşmuştur. Navarro’ya göre, işçi sınıfı mücadelesinin güçlü, burjuvazinin ise aynı ölçüde güçlü olmadığı ülkelerde, daha kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi kurulurken, burjuvazinin güçlü, işçi sınıfının kısmen zayıf ve parçalı olduğu topraklarda daha geç oluşturulan ve kapsamı daha dar sosyal güvenlik sistemleri kurulmuştur (*Navarro, 1989*). Oysa, gelişmiş kapitalist ülkeler dışında, bugün dayatılan sigorta modelleri, bir işçi sınıfı talebi ile değil, uluslararası sermaye grupları ile ona eklenmiş yerel sermaye gruplarının gündeme getirdiği bir durumdur. Genellikle ekonomik sıkıntı çeken çevre ülkelere, merkez ülke ve finans



kurumlarının dayatmasıdır ve özünde varlıklı sınıflardan vergi toplama(ya)mama tercihinin ürünüdür (*Belek,2000a; Navarro, 1989*).

Türkiye benzeri ülkelere “dayatılan” sigorta sisteminin temel amacı, “ek kaynak yaratmak”tır. Sağlık piyasasında, sermayenin istediği ölçüde denetleyemediği, başı boş dolaşan parayı merkezileştirmek, bu merkezileştirilen paranın, özel sağlık kuruluşlarına-bir sermaye işlevi görmek üzere-açılması, tercihin özüdür. Ekonomik sıkıntı nedeniyle, sistemi bile döndüremeyecek duruma gelen yetkililer, ihtiyaçları olan ek kaynağı “sigorta”da görmektedirler. Bugün, kapitalist dünyada az ya da çok bir kaynak sıkıntısı yaşanmaktadır. Bu kaynak sıkıntısı, çevreye yıkılarak, çevre ülkelerin bu krizi sosyal bir kriz olarak yaşamasına yol açılmaktadır. Bu noktada, çevre kapitalist ülkeler, kendilerine merkez-çevre ilişkileri bağlamında dayatılan sigorta ile kaynak yaratma yönlendirmesini, bir “iç sorun” olarak yaşayamamaktadırlar. Kendileri için uygun olanı aramak ya da tercih etmekten ziyade, uluslararası sermayenin bu ülkeler için uygun gördüklerini benimsemek durumunda kalmışlardır.

Bir başka önemli nokta, sağlık hizmetlerinin finansmanında genel vergi ile finanse edilmesinin, sigorta ile finanse edilmesine kıyasla, daha eşitlikçi ve daha verimli olduğu, genel olarak kabul gören bir gerçektir. Örneğin, sigorta ya yalnızca hizmetten yararlanacak olanların primleri, ya da işçi-patron ve devlet katkıları üzerine otururken, primler de ya sabit bir miktar ya da gelire göre sabit bir oranda toplanmaktadır. Buna karşın, sigorta modelinin, gelir dağılımı üzerinde, vergi sistemine kıyasla, “regresif” olduğu bilinmektedir. Sağlık finansmanının vergi sistemi ile yapılması, gelirlerin servet üzerinden alınma olanağına sahip olunması nedeniyle, sigortaya kıyasla daha eşitlikçidir. Yine sigorta sistemi, “hastaneciliğe yönlendirme ve moral risk” nedeniyle tahsisat verimliliği açısından daha sorunludur; hizmet başına ödeme de, sigortadaki tedavi yöneliminin bir başka gereğesidir (*WHO, 1993*).

Sonuç olarak, 1945’lerde oluşan kapitalist refah devleti, 1970’lerin ortasından itibaren bir krize girmiş, bu krizi kaynak sıkıntısı olarak yaşayan burjuvazi, kaynakların dağılımında kendilerinin daha çok tercih edilmesi gerektiğini hükümetlerden talep etmiş, bu talep

karşısında hükümetler boyun eğmişlerdir. Bu çerçevede, sağlık sektörü de, hükümetlerin ayırdığı kaynakların dondurulması veya azaltılması tercihi ile karşı karşıya kalmıştır. Kamu kaynaklarının kısılması ile, kamu sağlık hizmetlerinin kalitesi gerilemiş, ortaya çıkan tabloyu düzeltmek için de, tek çare olarak özel sağlık sektörü ve bu sektöre akıtılması amacıyla “ek kaynak”, yani sigorta ortaya sürülmüştür. Çözüm, piyasadır; kamu sektörü yerine, özel sağlık sektörünün hizmet sunmasıdır; finansmanın da kamudan daha fazla kaynak aktarılamayacağı için, daha fazla cepten harcamalarla sağlanması ve bu sağlanan paranın özel sektöre akıtılmasıdır.

**5. Tez 4: Sağlık sektörünün finansa yapısı bağlamında AKP'nin “reform” girişimi değerlendirildiğinde, bu girişimin bir “sıkışmışlığın” ifadesi olduğu, ama buna rağmen gerçekleşmesinin çok “olanaklı” olmadığı söylenebilir.**

#### ***5.1. Türkiye’de Sağlık hizmetlerinin finansmanı:***

Türkiye'nin ulusal geliri, son 10-15 yılda, 130-210 milyar dolar civarında gerçekleşmiştir. Bu süre zarfında sağlığa akan para ise, ulusal gelirin %3-4'ü arasında seyretmiştir. Bu çerçevede, kişi başına düşen sağlık harcaması, 1980 yılında 55 dolardan, 1998'de 140 dolara yükselmiştir. Bu rakam temel alındığında, Türkiye’de sağlığa akan paranın 9,5 milyar olduğu söylenebilir. Başka bir hesaplama göre, 1998’de sağlığa ayrılan paranın 8,1 milyar dolar olduğu belirtilmiştir. Söz konusu miktarın kamu ve özel olarak bölümlenmesine bakıldığında ise, şöyle bir tablo ile karşılaşmak mümkündür (*DPT*).

1980’de 1,3 milyar dolar olan kamu sağlık harcamaları, 1989’a kadar oldukça düşük seyretmiş, 1989’dan itibaren yükselmeye başlamış ve 1993’de 5,28 milyar dolar ile pik yapmış, sonra 1994 krizi ile gerilemiş, ancak 1998’de tekrar 5 milyar doları geçmiştir. Aynı sürede, özel sağlık harcamaları 1,2 milyar dolardan 3 milyar dolara yükselmiştir (*DPT; Soyer-Belek, 1998*).

**Tablo 1: Sağlık harcamalarının kamu-özel dağılımı 1980-98**  
(DPT rakamlarından hesaplanmıştır; DPT, Soyer-Belek 1998).

YIL	KAMU (MİLYAR DOLAR)	ÖZEL (MİLYAR DOLAR)
1980	1,28	1,20
1981	1,06	1,23
1982	0,91	1,10
1983	0,91	1,06
1984	0,83	1,05
1985	0,88	1,10
1986	1,02	1,17
1987	1,30	1,32
1988	1,43	1,31
1989	2,14	1,51
1990	3,31	2,03
1991	3,55	2,05
1992	4,17	2,12
1993	5,28	2,46
1994	3,34	1,82
1995	4,23	2,34
1996	4,50	2,54
1997	4,85	2,85
1998	5,10	3,00

Bu paralar, nerelerden geliyor ve nerelere gidiyor diye bakalım. Tokat'a göre, sağlığa akan paranın %41'i genel bütçeden gelirken, %26.4'ü sigorta primlerinden ve %32,6'sı ise cepten/özel kaynaklardan geldiği belirtilmiştir. 1988-98 yılları arasında, genel

bütçeden gelen para %33,4'den %41'e (1993'de %50), sigorta primlerinden gelen para %14,4'den %26,4'e ve özel kaynaklardan/cepten gelen para ise %52,2'den %32,6'ya gelmiştir (*Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Koordinatörlüğü, 1996; Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Koordinatörlüğü, 1997; Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Koordinatörlüğü, 1998*).

Böylece kamudan gelen paranın toplam sağlığa akan para içindeki payının %67, özeline payının da %33 olduğu görülmektedir. Biraz daha ayrıntı; genel bütçeden gelen paranın yarısından biraz fazlası (%53) Sağlık Bakanlığı bütçesinden gelirken, üniversitelerin payı %23, diğer bakanlıkların payı %13 ve MSB'nin payı ise %11 kadardır. Sağlık Bakanlığı bütçesinden gelen paraya bakıldığında ise, döner sermaye ve fonların payının %28 olduğu görülmektedir. Üniversitelerden gelen parada döner sermaye payı ise, neredeyse %70 civarındadır (%65). Burada bir ara saptama yapmak gerekir: Sağlığa akan kamu payı artıyor görünmekle birlikte, bu artışın temel taşı, neredeyse 10 yılda ikiye katlanan sigorta primleridir. Kamu payının yarısını oluşturan Sağlık Bakanlığı bütçesi de, 1/3'e yakın bir oranda-yatarak tedavi hizmetlerinin finansmanı için kullanılan-döner sermaye ile ayakta tutulmaya çalışılmaktadır. Kamunun akıttığı paranın 1/4'üne yakın olan üniversitelerin payı ise, 2/3 oranında döner sermayeden oluşmuştur. Bu oranlar hesaba katıldığında, aslolarak genel bütçeden-döner sermaye ve fon dışı-gelen payın, eldeki rakamın %70'i kadar olduğu görülür.

Sağlığa akan para, nereye gidiyor? Kamudan %67, özelden %33 payla toplanan paranın yönü, dağılırken tersine dönüyor; %43 kamu-%57 özel (*Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Koordinatörlüğü, 1998*). Kamunun %67'lik payının %43'e gerilemesi ya da özeline payının %33'den %57'ye çıkmasının tek bir anlamı vardır: Kamu, özele – toplam sağlığa akan paranın %24'ü kadar- kaynak aktarmaktadır.

**Tablo 2: Sağlık harcamaları nereden geliyor-nereye gidiyor?  
(1988-98)**

YIL	GELEN PARA		GİDEN PARA	
	Kamu	Özel	Kamu	Özel
1988	47,8	52,2	54,3	45,7
1989	55,7	44,3	58,3	41,7
1990	58,1	41,9	58,8	41,2
1991	63,3	36,7	57,0	43,0
1992	67,6	32,4	59,1	40,9
1993	73,2	26,8	65,8	34,2
1994	62,7	37,3	52,1	47,9
1995	61,8	38,2	52,1	47,9
1996	64,5	35,5	50,5	49,5
1997	65,2	34,8	49,4	50,6
1998	67,4	32,6	33,1	56,9

Görüldüğü gibi, 1988-98 yılları, kamudan özele kaynak aktarımının yapıllaştığı bir dönem olmuştur. Bir yandan kaynağın sınırlılığında söz edilip, kamu kaynakları daha da sınırlandırılmak istenirken, bu sınırlı kaynakların özel sektöre kaydırılması sağlık sektörünün bugünkü tablosunun oluşumuna katkıda bulunmuştur. Kamunun özel sektöre kaynak aktarmasında, en temel yol ilaç alımlarıdır. Yılda 3-3,5 milyar dolar kadar olduğu ifade edilen ilaç harcamalarının 1,5 milyar doları özel harcama olduğu varsayılırsa, geri kalan kamunun ilaç harcamaları şöyle özetlenebilir:

SSK: 464 milyon dolar

Emekli Sandığı: 308 milyon dolar

Bağ-Kur: 161 milyon dolar

Bakanlıklar: 521 milyon dolar

Üniversiteler: 166 milyon dolar

Belediyeler ve KİT'ler: 109 milyon dolar.

SSK, kamunun özele kaynak aktarılmasında en “örnek” kurum olarak gösterilebilir: Örneğin, 1980'de SSK'nın ilaca akıttığı para, toplam SSK sağlık harcamaları içinde %13,7 oranında yer tutarken, 1998'de %41,7 olmuştur. SSK'nın anlaşmalı hekimlerden hizmet alımı için harcadığı pay da, aynı sürede %6'dan, %27,4'e yükselmiştir.

Bu noktada, Türkiye'nin sağlık finansman yapısı ile ilgili şu notu düşebiliriz; sağlığa akan para, son 20 yılda artmış, 4'e katlanmıştır; sağlığa ayrılan parada, kamunun payı artmıştır; kamunun payının artışında iki temel dinamik mevcuttur (biri, sigorta primleri, diğeri, döner sermaye gelirleri); kamunun payının artışı, genel bütçe gelirleri dışında sağlanmaya başlamıştır; sınırlı olan kamu kaynakları önemli ölçüde, özel sektöre akıtılmaktadır. Bu belirlemeler ışığında, AKP'nin, bu tabloyu olumlu yönde değiştirme olanağı görünmemektedir. Üstelik, böyle bir niyeti olduğu da söylenemez. AKP de, kendisinden önceki hükümetler gibi, kamu kaynaklarını genel bütçeden değil, cepten/döner sermaye harcamaları ve sigorta primleri ile artırmayı tercih edecek, bu paranın da özel sektörden hizmet alınarak, daha fazla özele aktarılacağı mekanizmaları yaratacaktır. Bunun anlamı, kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesinin devam ettirilmesinden başka bir şey değildir. Hizmetlerin geliştirilmesi bir yana, insanlar, daha çok para harcayarak, daha dar kapsama sahip ve daha az kaliteli sağlık hizmeti almak durumunda kalacaklardır.

Son yıllardaki duruma da bir bakalım. 2001 yılı sağlık harcamaları, daha değişik bir irdelemeye tabi tutulmuştur. Bu irdelemeyi yakından görelim: 2001 yılı toplam sağlık harcamalarının 9,2 katrilyon TL olduğu, bunun kamu-özel ayrımının %83-%17 olduğu belirtilmiştir. Bu noktada, kamu sağlık harcamaları 7,6 katrilyon TL olarak hesaplanmıştır. Dünya Bankası'na göre, bu miktarın kurumsal dağılımı şöyledir (*World Bank, 2002*).

Sağlık Bakanlığı: %27

Üniversiteler: %11

Diğer kamu harcamaları ve memurlar: %13

Sosyal güvenlik kurumları: %47

Yerel yönetimler ve kit'ler: %2

Sosyal güvenlik kurumlarının payının, önceki yıllara kıyasla oldukça artmasının yanı sıra, memurların ayrı ele alınması, Dünya Bankası değerlendirmesinin bir özelliği olmuştur. Her kurumun kendi içindeki değerlendirmesi ile devam edelim. Yaklaşık 2,3 katrilyon TL olan Sağlık Bakanlığı bütçesinin, %38'i döner sermaye ve fon, %10'u ise yeşil kart geliridir. Geriye, genel bütçeden Sağlık Bakanlığı'na akan paranın 1,2 katrilyon TL olduğu gerçeği kalmaktadır (%52). Üniversitelerin kazandığı 836 trilyon TL'nin %76'sı döner sermaye kaynaklıdır. Görüldüğü gibi, 3 katrilyondan biraz fazla olan Sağlık Bakanlığı-üniversite gelirlerinin, 1,7 katrilyon TL'si döner sermaye-fon-yeşil kart geliridir (*World Bank, 2002*).

Bu döner sermaye gelirleri, nereden gelmektedir? Üniversitelerden başlayan, kamu kurumlarının "fiilen özel kurumlara dönüşmesi"nin temel desteği nedir? Dünya Bankası raporundan bakalım: 2001 yılında Sağlık Bakanlığı'na 846, Üniversitelere 730 trilyon TL, döner sermaye geliri kaydedilmiştir. Bu gelirin, kurumsal dağılımı şöyledir:

**Tablo 3: Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin döner sermaye gelirlerinin kaynakları.**

KURUM	EMEKLİ SANDIĞI	BAĞ-KUR	MEMURLAR	DİĞER KAMU	YEŞİL KART	CEPTEN
Sağlık Bakanlığı	208	108	272	19	135	104
Üniversiteler	177	92	232	16	115	98

Tablo incelendiğinde, en göze çarpan olgu, cepten harcamaların toplam kuruma akan para içindeki paylarının oldukça düşük olmasıdır (%12,3 Sağlık Bakanlığı, %13,4 üniversiteler). Söz konusu kurumların kazandıkları içinde ağırlığı, sosyal güvenlik kurumları ve hükümet kuruluşları oluşturmaktadır. İşin özü, üniversiteler ve Sağlık

Bakanlığı'nın, sosyal güvenlik kurumları ve hükümet kurumlarını “temel kazanç kapısı” olarak görmeleridir. Kamunun “piyasalaşması”nın beklenen bir sonucudur, bu. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerinin otoriter-özel yapılara dönüşmeleri, piyasacıların “sahici özel” hastanelerle işbirliğini açık açık ifade etmeleri ve buna “tenessül” etmelerini kolaylaştırmıştır!

### ***5.2. Türkiye'nin ekonomik durumu bağlamında, sağlık finansmanının geleceği:***

Sağlık finansmanı ile ilgili rakamları, bir de ülke ekonomisi çerçevesinde değerlendirirsek, hangi sonuçlara varırız? Bunun için 2003 bütçesine bakmakta yarar var. Yaklaşık 147 katrilyon TL kadar olan 2003 bütçesinin %70'e yakını “transfer” harcamalarıdır. Yatırımın payı, sadece %4'tür. Bütçede Sağlık Bakanlığı'na ayrılan para, 3,6 katrilyon TL'dir (%2,4). Sağlık Bakanlığı'nın yatırımlara ayırdığı para ise, sadece 344 milyar TL'dir.

147 katrilyon TL olan bütçenin, vergi gelirleri 86 katrilyon TL'dir. Buna karşın, transfer harcamaları 101 katrilyon TL, iç borç 130 katrilyon TL ve dış borç da 19 katrilyon TL'dir. Böyle bir tabloda, hükümetin, sağlığa daha çok para ayırması ve kamu sağlık hizmetlerini iyileştirmesi mümkün görünmemektedir. Hükümet, borçları karşılamaktan çok uzak olan gelirlerini de artıramayacağı için, olsa olsa hizmetleri alanların “katkı payları”na başvurmaktan başka çare bulamayacak gibi durmaktadır (*2003 Mali Yılı Bütçe Kanun Tasarısı; 2003*).

Bunun böyle olacağı, bizzat “reform” çalışmalarını yürüten “odaklar”ca da kabul edilmektedir. Sosyal güvenliğin tek çatı altında toplanması ve “Genel Sağlık Sigortası”nı oluşturulması çalışmaları bağlamında; 68,6 milyon vatandaşımızın 49,3 milyonunun sosyal güvenlik kapsamında olduğu, 11,4 milyon kişinin yeşil kart sahibi olduğu, 7,9 milyon insanın da sağlık yardımı almadığı hesaplanmıştır. 2001 yılına ait olan bu veriler ışığında, kişi başına sağlık harcamasının 116 dolar olduğu belirlenmiştir. Bu rakamlardan yola çıkılarak, “genel sağlık sigortası” maliyetinin 7,9 milyar dolar olacağı öngörülmüş, bu



paranın 16,5 milyon insanın prim ödemesi temelinde toplanacağı da belirlenmiştir. "GSS" maliyeti olan 7,9 milyar doların, bu insan sayısına bölünmesi ile elde edilen prim miktarı, yılda 484 dolardır. Bu 7,9 milyar doların, 4,1 milyar dolarının primini ödeyemeyenlerin primini ve finansal açığı karşılaması beklenen devletin üstleneceği, geri kalanın ise primlerle karşılanacağı hesaplanmıştır. (*Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2002*). Devletin sadece primini ödeyemeyecekler için katkısı olan 4,1 milyar dolar, 2001 yılı için yine devletin tüm vatandaşlar için ödediği paranın %37 daha fazlasıdır! Bu bağlamda, devletin ayırdığı paranın kısıtlılığı iddiası, ne anlama gelmektedir?

**6. Tez 5: AKP Hükümetinin sağlık "tercihleri", küreselleşmenin gereklerini yerine getirmekle çok yakından ilintilidir!**

Dünyada çok kapsamlı ve giderek bu kapsamı genişleyen bir tıbbi ticaretten söz etmek mümkün. Örneğin, 2000 yılı mamül ilaç ithalatı incelendiğinde, ABD'nin 9,9 milyar dolar ile başta geldiği, ABD-Fransa-İngiltere-Almanya ve İtalya'nın ilaç ithalatının yaklaşık yarısını gerçekleştirdiği, Türkiye'nin de 806 milyon dolar ile dünyanın ilk 20 ülkesi arasına girdiği görülebilir. İlaç hammadde ithalatı için aynı inceleme yapıldığında, ilk 5'in ABD-Fransa-Almanya-Japonya-İsviçre olarak değiştiği, Türkiye'nin (539 milyon dolarla) yine ilk 20'ye girdiği belirlenebilir. Bu durum, ilaç dışı tıbbi ithalatta da geçerlidir. Ancak, tıbbi ihracata bakıldığında, tablonun önemli ölçüde değiştiği görülmektedir: Örneğin, ilaç hammaddesi ihracatında ABD'nin yine en başta olmasına rağmen (5,8 milyar dolar ile), ilk 5 ülkenin (ABD, Almanya, İsviçre, Belçika, Fransa) payının %60'ları bulunduğu, ithalatta ilk 20'ye giren Türkiye'nin ihracatta adının bile geçmediği (56 milyon dolar) saptanabilir.

İhracatta ve ithalatta dünya sıralamasının başında gelen ABD'nin 1995-2000 yılları arasındaki rakamları ise, şu görüntüyü sunmaktadır:

**Tablo 4: ABD'nin tıbbi ticareti 1995-2000**

YIL	TIBBİ İHRACAT (MİLYAR DOLAR)	TIBBİ İTHALAT (MİLYAR DOLAR)
1995	10,33	7,54
1996	11,82	8,19
1997	12,90	8,80
1998	13,32	10,07
1999	14,20	11,02
2000	15,44	12,53

Görüldüğü gibi, ABD 1995-2000 yılları arasında, tıbbi ithalatı artmasına karşın, tıbbi ihracatını %50 oranında artırmıştır. En çok tıbbi ticaret yaptığı 18 ülke ile ABD'nin ilişkisi incelendiğinde, 7 ülke ile negatif, 11 ülke ile pozitif bir tıbbi ticaret ilişkisi içinde olduğu görülür. ABD'nin tıbbi ithalatının ihracatından fazla olduğu 7 ülke (Almanya, Çin, Dominik C., İsrail, İtalya, Meksika, Tayvan) dışında, Türkiye'nin de dahil olduğu 11 ülke karşısında ihracatı fazla vermektedir. Örneğin, Türkiye'nin ABD'ye 2 milyon dolarlık bir tıbbi ihracat yapmasına karşın, 80 milyon dolar tıbbi ithalatı söz konusudur. Bu örnekleri, tüm dünya ölçeğinde değerlendirdiğimizde, tıbbi ticarete 4 belirgin ülke tipi olduğunu görebiliriz. Birinci ülke tipi, dünyadaki ticaretin aslan payına sahip ülkelerdir. ABD, Japonya, Almanya, İngiltere, İsviçre, Fransa, Hollanda, Belçika-Lüksemburg, İtalya ve İsveç, dünyadaki tıbbi ticaretin neredeyse %80'ine sahiptir. İkinci ülke tipi, 10 ülkenin ardından gelen, dünya tıbbi ticaretinde daha az paya sahip, ancak tıbbi ihracatı, tıbbi ithalatından fazla olan ülkeler: Danimarka, Avusturya, İspanya, Finlandiya, Norveç, Kanada, Avustralya, Çin, Singapur, G.Kore, Malezya, vb. Üçüncü ülke tipi ise, tıbbi ihracatta adı pek duyulmasa da, tıbbi ithalatta dünya sıralamasında nispeten üst sıralarda bulunan ülkelerdir: Hong Kong, Suudi Arabistan, Türkiye, Cezayir, Brezilya, Arjantin, Polonya, Çek C., G.Afrika, vb. Son ülke tipi, ne tıbbi ihracatta, ne de ithalatta adı

geçmeyen ülkelerdir (*Soyer, 1999*). Türkiye'nin de içinde bulunduğu üçüncü grup ülkeler, "iyi sağlık pazarı" olma yolunda başarı ile yürüyen ülkelerdir. Türkiye de 1995-2000 yılları arasında, tıbbi ithalatını katlamıştır (*Soyer 1999, WTO*).

**Tablo 5: Türkiye' nin tıbbi ticareti 1992-2000**

YIL	1992	93	94	95	96	97	98	99	2000
Farmasötikmiç	7,7*	6,2	11,5	17,7	36,8	37,9	43,3	59,1	55,7
Farmasötikmit	217,7	262,5	223,1	323,2	352,8	429,8	522,8	521,5	538,7
Mamûlm.iç	40,6	70,2	66,5	45,5	60,1	75,7	76,7	67,4	91,9
Mamûlm.it	102,4	132,4	134	227,6	282,1	381,3	495,2	637,8	805,7
Teşhisc.iç	0,7	0,7	2,0	0,7	1,9	3,2	2,6	3,7	3,1
Teşhisc.it	44,2	55,8	55,1	68,3	137,5	135,4	169,3	134,2	129,6
Teşhisdışic.iç	6,9	9,3	4,9	6,8	10,5	13,4	17,9	12,2	13,8
Teşhisdışic.it	155,8	184,2	131,7	186,1	194,9	234,8	258,6	245,2	272,2

\* milyon dolar (Farmasötikmiç: Farmasötik madde ihracatı, Farmasötikmit: Farmasötik madde ithalatı, Teşhisc.iç: Teşhis cihazı ihracatı, Teşhisc.it: Teşhis cihazı ithalatı)

AKP'nin kamudan özele (ulusal-uluslararası sermaye gruplarına) kaynak aktarma tercihini sürdürmesi, bu "başarılı yürüyüş"ün güvencesidir. Bu noktada, ilaç başta olmak üzere içerde ve kamusal bir üretim, ciddi bir tıbbi planlama olmaksızın atılacak her adım, Türkiye sağlık sektörünün, dışa/özele kaynak aktaran yapısını değiştiremeyeceği için, kaynak sorununun derinleşerek sürmesine yol açacaktır.

"Hizmetlerin liberalleştirilmesi"ni öngören GATS benzeri anlaşmaların, sağlık hizmetlerine; "1.ülkedeki kamusal sağlık örgütlenmelerinin "piyasalaştırılması", 2.bu konudaki ulusal mevzuatın değiştirilmesi, 3.tıbbi hizmetleri sağlayanların serbest dolaşımının önündeki engellerin kaldırılması, 4.gelişmekte olan ülkelerde 'serbest bölgeler' kurularak yaygınlaştırılması, 5.sağlık hizmetlerinin finansmanında, uzun dönemli yükümlülükleri içeren sistemlerden, sigorta formülüne geçilmesi" şeklinde özetlenebilecek sonuçları da gözönüne alındığında, ne durumda olduğu daha net

seçilebilir (*WHO-UN, 1998*). AKP'nin “reform” dediğinin, “son 20 yıldır çökertilen kamu sağlık hizmetlerinin “piyasa” mekanizmasına tabi tutulması (daha doğrusu, bunun sürdürülmesi), kamu sağlık hizmetlerinin çerçevesini oluşturan mevzuatın (başta Umumi Hıfzısıhha Kanunu, Sağlık Bakanlığı Teşkilat Kanunu, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası gibi) değiştirilerek yasal engellerin kaldırılması, vergi yolu ile sağlık finansmanı sağlamadan bütünüyle vazgeçilerek sigorta temelli finansmana geçilmesi, yetersiz kamu finansmanından kaynaklanan açığın cepten ödemelerle kapatma yoluna gidilmesi, sağlık örgütlenmesinin kamunun özelden hizmet alma temeline oturtulması, buradan hareketle sağlık alanındaki yabancı yatırımların önünün açılması, vb.” den başka bir anlama gelmediğini söylemek, çok da haksızlık olmaz!

### **Sonuç Yerine...**

AKP'nin sağlık “reformu” çabaları, Türkiye'nin ana sağlık sorunları ile ilgili de değildir. Her yıl ülkemizde 60 bine yakın bebek, birinci yılını doldurmadan ölmektedirler. Bu konuda varolan çok sayıdaki rakamı sıralamak yerine, bir “basit” örneği vermek yeterli: Hangi bebekler ölmekte? Doğum öncesi hiçbir bakım almayan ve doğumda hiçbir sağlık personeli desteğini alamayan annelerin bebekleri, doğum öncesi en az bir bakım alan ve doğumlarını sağlık personelinin yardımı ile yapan annelerin bebeklerine kıyasla 4 misli daha fazla ölmektedirler! Çoğu Doğu'da, kırdan yaşayan ve yoksulların bebekleri ölmektedir ki, bunların anneleri sağlık hizmetlerine ulaşamadıkları için ölmektedirler. Yoksa, hekim seçemedikleri ya da özel hastanelere gidemedikleri için değil! Paraları yok, sağlık kurumları ve hizmetlerinden uzaklar.

Yoksulların, önceki hükümetlerin kendilerini yoksullaştıran politikalarına tepkileri sonucunda hükümet olanların bu insani gerçeği unutmaları, ne ile açıklanabilir?

## KAYNAKLAR:

1. 2003 Mali Yılı Bütçe Kanun Tasarısı (2003)
2. 58.Hükümet Programı (2002).
3. 58.Hükümet Acil Eylem Planı (2003).
4. Belek, İ. (2000a), "Nasıl Bir Sağlık Sistemi-III; Sigorta Değil, Genel Vergi", Toplum ve Hekim, Cilt 15, Sayı 12, Mart-Nisan 2000.
5. Belek, İ. (2000b), "SSK'da İç Piyasa Yönelimi", Toplum ve Hekim, Cilt 15, Sayı 12, Mart-Nisan 2000.
6. Belek, İ. (2003), "Yeni şişede, eski şarap", Tıp Dünyası, Sayı 96, 1.1.2003.
7. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2002), "Sosyal Güvenliğin Tek Çatı Altında Toplanması ve Genel Sağlık Sigortasının Oluşturulması" Raporu, 29.11.2002.
8. İzmir Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu (2002), Siyasi Parti Programlarında Sağlık, Broşür.
9. Navarro, V. (1989), "Why Some Countries Have National Health Insurance, Others Have National Health Services, and the United States has Neither?", IJHS, 29(1).
10. Pala, K. (2003), "Genel Sağlık Sigortası Çözüm mü?", TTB MK'ne verilen yanıt.
11. Sağlık Bakanlığı (1992a), Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı, Şubat 1992.
12. Sağlık Bakanlığı (1992b), I.Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grupları Raporları, Mayıs 1992.
13. Sağlık Bakanlığı (1992c), TBMM'ne Sunulmak Üzere Hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı, Mayıs 1992.
14. Sağlık Bakanlığı (1992ç), Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı Üzerine Görüş ve Öneriler, Ekim 1992.

15. Sağlık Bakanlığı (1992d), Sağlık Reformu İle İlgili Kanun Tasarısı Taslakları ve Gerekçeleri, Aralık 1992.
16. Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Koordinatörlüğü (1996), Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-96.
17. Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Koordinatörlüğü (1997), Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997.
18. Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Koordinatörlüğü (1998), Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998.
19. Soyer, A (1992), “Sağlık Politikası Bakanlığa Bırakılmaz”, Demokrat, Sayı 21, Şubat 1992.
20. Soyer, A (1993a), “Koalisyon Hükümeti, Sağlık Reformu ve TTB”, Tıp Dünyası, Mart-Nisan 1993.
21. Soyer, A (1993b), “Sağlık ‘Reformu’: Piyasa Egemenliğinin Meşrulaştırılması”, Mülkiyeliler Birliği Dergisi, Sayı 154, Nisan 1993.
22. Soyer, A (1996), Darbe, Liberalizasyon ve Sağlık, kendi yayını.
23. Soyer, A (1999), “Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Ticaret”, Toplum ve Hekim, Cilt 14, Sayı 1, Ocak-Şubat 1999.
24. Soyer, A. ve İ. Belek (1998), “Türkiye’de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme”, Toplum ve Hekim, Cilt 13, Sayı 1, Ocak-Şubat 1998.
25. TTB Halk Sağlığı Kolu (1992), “Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı” Değerlendirme Çalışmaları, Temmuz 1992.
26. TTB (1992a), TTB Sağlık Kongresi, Cilt:1.
27. TTB (1992b), Sağlıkta Gündem: Herkese Eşit Fırsat mı? Serbest Piyasa Egemenliği mi?, Eylül 1992.
28. TTB (1994), TTB Merkez Konseyi Faaliyet Raporu 1992-94.
29. WHO (1993), Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services.

30. WHO and UN (1998), International Trade in Health Services, Geneva.
31. World Bank (1987), Financing Health Services in Developing Countries, An Agenda For Reform.
32. World Bank (2002), Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency, Report No. 24358-TU.
33. [www.dpt.gov.tr](http://www.dpt.gov.tr)
34. [www.wto.org](http://www.wto.org)