

SOSYAL GÜVENLİK REFORMU VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI -GSS-



Dr. Tufan KAĞAN*

Sevgili arkadaşlar hepinize merhaba diyorum Ankara'dan size sevgi ve selamlarımı getirdim hem örgütüm adına hem meslektaşlarım adına.

Sosyal Güvenlik Reformu'nun önemli bir bölümünü Genel Sağlık Sigortası (GSS) oluşturuyor yaklaşık 30 dakika içerisinde genel sağlık sigortasını birlikte değerlendirmeye çalışacağız.

Sunumumda özetle, sağlık ve sosyal güvenlik alanındaki temel modellerden kısaca söz edeceğim, burada sigorta ve genel vergiye dayalı modelleri tartıştıktan sonra, reform anlayışının içeriğine biraz bakacağız daha sonra da GSS'nin kimi maddelerinin değerlendirmesini yaptıktan sonra getirilmeye çalışılan sistemin etkin ve verimli olup olmadığını değerlendirerek sunumumu tamamlayacağım.

Bu slaytın sol tarafındaki resimde iki tane yaşlı amca ve teyzemiz var görüyorsunuz, bunlar heyecanla Genel Sağlık Sigortası çıkıp daha iyi bir sağlık hizmeti almayı, daha nitelikli bir sağlık hizmeti almayı bekliyorlar. Sağlık bildiğiniz gibi hizmet sektörü içinde tanımlanıyor aynı otelcilik gibi, aynı turizm sektörü gibi aynı taşımacılık sektörü gibi. Peki gerçekten sağlık diğer hizmet sektörlerine benzer midir, yoksa kendine özgü bir takım özellikleri, dinamikleri var mıdır? Slaytın sağında gördüğünüz ceket Vakko mağazasının web sitesinden alınmış bir

* *Türk Tabipleri Birliği*

ceket fiyatı 500 milyon TL. Şimdi sağlık hizmeti ile bir diğer hizmet sektörü ürünü olan bu ceketı kıyaslayalım: eğer bu ceketı almak istiyorsanız ne yapmanız lazım gidip 500 Milyon TL ödemeniz lazım, eğer o kadar paranız yoksa ya da bütçeniz bunu almaya elverişli değilse bu ceketı hemen değil bir ay sonra almayı düşünebilirsiniz, biraz daha para biriktirip daha sonra alırım diyebilirsiniz ya da bu ceketı çok pahalı bulup bir başka mağazadan daha ucuzunu, bir başka benzerini alabilirsiniz. Peki sağlık hizmetine ihtiyacınız olduğunda, bu ceket örneğinde olduğu gibi bir ay sonra ben sağlık hizmetini alayım diyebilir misiniz ya da hizmetin hepsini almayayım yarısını alayım diyebilir misiniz? Sağlık hizmeti ihtiyaç duyulduğu anda karşılanması gereken, ertelenemez ve gerektiği ölçüde kullanmanız gereken bir hizmettir. Hasta olmayı siz tercih etmezsiniz ya da hasta olmayı şu an şartlarım uygun değil diyerek erteleyemezsiniz, hastalık hiç beklemediğiniz bir anda gelir ve sizi bulur. Tedavi olmak için bir hekime başvurursunuz, o sizden bir takım tetkikler vs isteyebilir, bunların ve tedavinizin şekline siz kendiniz karar veremezsiniz, bir kısmını yaptırmayayım diyemezsiniz. Ne kadar gerekiyorsa o kadar kullanılması gereken bir şeydir onun için ceketten ve diğer hizmet sektöründeki mallardan oldukça farklıdır, sağlık ve hastalık bu nedenlerle bir mal değildir.

Şimdi “Sosyal Güvenlik nedir?” diyecek olursak, yaşantımızın her hangi bir döneminde ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal rahatsızlıklara karşı bir takım kamusal nitelikteki önlemlerin alınması ve böylece toplumun kendi üyelerini korunması, geleceklerini güvence altına alma çabası olarak tanımlanabilir. Peki “sigorta” ne diye bakacak olursak yine toplumdaki bireylerin gelecekteki risklere karşı güvenceye alınması yani sigortalanmasıdır. Bunun için düzenli olarak bir prim ödenir ve bu primler bir fonda birikir, bu birikmiş olan primlerin daha sonra karşınıza çıkabilecek olan gelir kayıplarının ya da gider artışlarının telafisinde kullanılır.

Sigorta primli bir sistemdir, ilk olarak bunun altını çizelim, primler de tüm dünyada genel olarak işçi, işveren ve devlet tarafından karşılanır yani üçlü bir katılım söz konusudur, biliyorsunuz bizim ülkemizde devletin sosyal güvenliğe hiçbir düzenli katılımı söz konusu değildir, iki sosyal sigortayla sigortayı ayırmak gerekiyor, bu tasarının bana kalırsa en önemli özelliklerinden biri sosyal sigortanın sosyal boyutunu olabildiğince daraltması, hatta yok etmesi, tasarı salt sigortacılık mantığı ile hazırlanmış.

Bir sistemi anlamak için onu oluşturan üç temel noktaya bakmak gerekir, bunlar hizmetin finansmanı, hizmetin üretimi ve hizmetin organizasyonu. Bu üç ayağa bakarak bu sistemin nasıl bir sistem olduğunu, kime hizmet ettiğini, hangi grupların çıkarlarını öncelediğini görebilirsiniz. Şimdi finansman açısından temel sorumuz sağlıkta parayı kimlerden alacağız, nasıl alacağız ve nerelere harcayacağız? Yani parayı toplarken toplumun genelinden mi finansmanı sağlayacağız yoksa hizmeti kullandıktan mı, zengin-fakir ayrımı yapacak mıyız,

zenginden daha fazla fakirden daha az mı alacağız? Yani bir vergilendirme modeli tercihimiz olacak mı, gelir artışına oranlı olarak artan bir vergilendirme modelini mi seçiyoruz (progressif vergi modeli) yoksa bizim için zengin ya da fakir fark etmez gelirlerin şu kadarını alalım mı diyeceğiz (regressif vergi modeli). Kişiler sağlıklı çalışma güçleri yerindeyken mi bu finansmana yönelik katkılar alacağız yoksa başlarına bir takım olaylar geldiğinde, hastalandıklarında, iş kazasına uğradıklarında vs, vs o durumlarda mı alacağız? Gençken alıp yaşlılığında mı kullanacağız ya da genç kuşak bir önceki yaşlı kuşağı mı finanse edecek? Bunlar son derece önemli başlıklar burada ki her bir tercih, sistemin kimin çıkarına hizmet ettiğini anlamamızı mümkün kılar

Kabaca sosyal güvenlik sistemlerini iki ana gruba ayırmak mümkün; Bismarkçı sistemler ve Beveridgeci sistemler. Bismarkçı sistem 1800'lerin ortasında Almanya'da uygulanmaya başlamış bir sistem. Bismark, Almanya'da yükselen işçi hareketini ve sendikal hareketi görüyor ve işçi sınıfını sisteme bağlamak için onlara bir takım sosyal haklar tanıyan bir düzenlemeyi hayata geçiriyor, öte yandan sol ve sosyalist hareketlere karşı baskı politikalarını birlikte uyguluyor. Almanya'da toplumsal hareketliliğin hızlı olduğu sendikacılığın, sosyalist düşüncelerinin ve sol partilerin çok güçlendiği bir dönemde bir uzlaşma noktası olarak sosyal sigorta modeli ortaya çıkıyor.

Beveridge sistemi ise İngiltere'de ortaya çıkıp, İngiltere ve İskandinav ülkelerinde uygulanan ve temel özelliği, sosyal güvenlik ve sağlığın genel vergilerden finanse edildiği bir model. Bir de geçiş döneminde olan ülkeler var, bunlardan Yunanistan, İtalya, Portekiz, İspanya gibi ülkeler daha önce sigorta modelini uygularken bugün genel vergilerle finansman modeline geçiyorlar. Ayrıca İsrail ve Türkiye bugüne kadar genel vergilerle finansmanı uygularken bu ülkelerde sigorta modeline doğru bir geçiş çabası söz konusu. Bu geçiş sürecindeki ülkelere bakacak olursanız otoriter askeri despotik yönetimler sigorta modellerine daha eğilimli, demokratikleşme arttıkça genel vergiye doğru geçiş eğilimi ortaya çıkıyor. Bir de tamamen kamucu, sosyalist bir model olarak Küba'daki sağlık ve sosyal güvenlik modeli var. Latin Amerika'da biliyorsunuz bu aralar çok heyecan verici gelişmeler yaşanıyor. Umuyorum önümüzdeki yıllarda Küba'nın yanına yeni ülkeler ekleyeceğiz ve tamamen sosyalist modellerle finanse edilen ülkelerde söz konusu olacak.

Şimdi vergiye dayalı modellerle sigortaya dayalı modelin birbirine göre avantaj ve dezavantajlarını karşılaştıralım; öncelikle vergiye dayalı modeller toplumun tümünü kapsar, sağlık hizmetinde kapsam daha geniştir, hatta daha doğru ifade ile sağlık hizmetlerinin sınırı yoktur yani ne kadar sağlık hizmetine ihtiyacınız varsa ve o ülkenin, sağlık sisteminin olanakları ne kadarsa hepsini kullanabilirsiniz. Sağlık hizmetlerine ulaşmada ve finansmanında vergiye dayalı modeller daha eşitlikçidir. Ülkenin en doğusuyla en batısı, en gelişmiş yeri ile en geri kalmış bölgesi sağlık hizmetleri açısından fark nispeten daha azdır. Vergiye

dayalı modelde sağlık hizmetinin gereksiz kullanımını çok daha düşüktür, çünkü her an için sizin ulaşabileceğiniz ve sizin için hazır bekleyen bir sağlık hizmet sunumu vardır, sizin o hizmete ulaşma konusunda geleceğe yönelik bir endişeniz olmadığı için gereksiz bir kullanıma yönelmezsiniz. Ulusal ve merkezi bir planlamaya dayandığı için bölgesel eşitsizlikleri azaltıcı bir etki sözkonusudur. Yine vergiye dayalı modellerde daha ucuz ama daha etkin ve sağlık göstergeleri açısından olumlu çıktıları olan koruyucu sağlık hizmetleri öncelenir.

Şimdi arkadaşlar bugün sağlıkta temel yönelimimiz tamamen tedavi edici bir sağlık modeline doğru gidiyor. Oysa çok basit bir yaklaşımla, toplumun fertlerinin hasta olmaması için birtakım önlemleri alır, onların o hastalıklara yakalanmasını önlerseniz bunun maliyeti bir birim ise, o kişilere bu birimlik harcamayı yapmayıp bu önlemi almazsanız bu kişiler hasta olduktan sonra tedavi ederseniz bunun maliyeti bellidir ve elli kat daha fazladır. Vergiye dayalı modelin bir başka özelliği ise hizmet duplikasyonlarını önlemesidir. Finansman açısından da vergiye dayalı model, geliri yeniden dağıtıcı bir mekanizmaya sahiptir, yani varlıklı kesimlerden alınan katkı daha yoksul kesimlere aktarılmış ve ikincil bir paylaşım yaşanmış olur. Ayrıca bu sistemde devletin vergi toplama motivasyonu daha yüksek, yönetim giderleri ise daha düşüktür ve sağlık hizmetlerinin birim maliyetleri daha düşüktür.

Sigortaya dayalı modellerin özelliklerine bakacak olursak: öncelikle herkesi kapsamaz, getirilen tasarıda genel sağlık sigortası ve sosyal güvenlik reformunu da herkese zorunlu bir sigorta modeli olduğu ifade ediliyor ancak tasarımın bütüne baktığımızda kapsamın daralacağı, kayıtdışılığın artacağını söyleyebiliriz.

Yeni tasarıya göre primini ödeyemeyenler, borcu olanlar hizmetlerden yararlanamazlar, kapsamın dışında kalırlar. Sigorta modellerinde temel teminat paketleri vardır, yani aynı özel sigortacılıkta olduğu gibi size bir temel teminat paketi sunar ve o paketin kapsamındaki hizmetleri alabilirsiniz, kapsama girmeyen hizmetlere ihtiyacınız olursa bu hizmetleri alamazsınız. Temel paketin dışındaki hizmetleri almak isterseniz cepten ödeme yapmanız gerekir ya da destekleyici bir özel sigortaya kayıtlı olmanız gerekir.

Ulusal geliri düşük olan bizim gibi ülkeler açısından sigorta modelinin sürdürülmesi daha zordur. Hani sigorta modeli dünyanın en kötü modelidir ve asla uygulanamaz gibi bir şey söylemek mümkün değil. Pek çok ülkede başarılı bir biçimde de uygulanıyor. Avrupa'daki örneklerine bakarsanız görürsünüz, ama bu ülkelerin gelir düzeyleri bizlerden çok çok yüksek ve çalışma yaşantısıyla ilgili hem hukuki hem sosyal hem ekonomik düzenlemeleri bizden çok ileride az sonra onlarla ilgili de bir slayt göreceğiz.

Sigortaya dayalı sistemlerde yönetim giderleri her zaman daha yüksektir. Bu tasarıya da bakacak olursanız pek çok yeni yönetsel yapının oluşturulduğunu ve ciddi miktarda yönetim harcamalarının artacağını söyleyebiliriz.

Ayrıca sigorta sistemi ilaç tekellerinin, ilaç ve teknoloji sermayesinin belirlenimine daha açıktır. Çünkü sonuçta ortada çok ciddi bir fon birikimi söz konusudur ve bu sermayenin iştahını kabartır. Yani bugün SSK dediğimiz kurum, Türkiye bütçesinden sonra ikinci en büyük bütçe. 30 katrilyona yakın bir bütçesi var ve bütün savaş bu paranın üzerinde dönüyor. Aslında yeni tasarıların detaylarına baktığımızda teknik olarak eksiklikler, yenilikler ya da kötü tercüme bulabiliriz, ama esas mesele ortada 30 katrilyona yakın bir pasta var ve bu pasta herkesin iştahını kabartıyor. İştahı kabaranlardan bir tanesi ilaç tekelleri, ötekisi teknoloji tekelleri ve diğeri de özel sigorta şirketleridir. Çünkü ortada hakikaten çok cazip çekici bir para var sermaye açısından.

Evet 1980'li yıllardan sonra tüm dünyada genel olarak sigorta modeline doğru bir eğilim var diye tanımlanıyor. Özellikle eski Sovyet ülkelerinde benzer programlar uygulanıyor. Bulgaristan, Polonya, Macaristan pek çok ülkeyi sayabilirsiniz bu ülkelerde sigorta modeline doğru geçiş var, ayrıca Latin Amerika ve Asya da pek çok ülke, Dünya Bankası reform programlarını uygulayarak sigortaya dayalı modellere geçişe zorlanıyorlar.

Şimdi sosyal güvenlikteki değişim, dünyada yaşanan sosyo-ekonomik değişimin bir yansıması. 1980 sonrası değişimin temel nedeni nedir diye bakacak olursak aslında kabaca bir dönemleme yapabiliriz. Yani 1945 öncesi, 1945-1980, 1980 ve sonrası diye klasik sosyal bilim yazınında yapıldığı gibi bir sınıflama yapabiliriz. 1945-1980 arası kapitalizmin altın çağı hepimiz biliyorsunuz. Bir refah devleti, sosyal devlet anlayışının yaşandığı, genel vergilerden toplumun pek çok kamu hizmetine ulaştığı bir dönem. O dönemin özelliklerine bakacak olursak aslında bir uzlaşma dönemi, yani sermayeyle işçi sınıfının karşılıklı uzlaştığı bir dönemdir. Bu dönemde dünyada daha cılız bir sermaye var ve sermayenin belli alanlara yatırım yapması söz konusu değil, özellikle de büyük finansman gerektiren alt yapı hizmetlerine. İşte sosyal güvenlik, sağlık, eğitim, ulaştırma, enerji gibi hizmetleri o dönemde sermaye devletten bekliyor. Devlette genel vergilerden elde ettiği gelirlerle bu hizmetleri sunuyor. Bu hizmetler hem sermaye sınıfının işine yarıyor yani sermaye bu altyapı hizmetleri aracılığıyla ticaretini daha iyi ve yaygın hale getiriyor. Kamu sağlık hizmeti aracılığıyla daha sağlıklı, eğitim hizmeti aracılığıyla daha eğitilmiş kalifiye işçiler kullanıyor vs. vs. Çalışanlar ve işçi sınıfı da bu durumdan memnun sağlık hizmeti alıyorlar, ücretsiz eğitim hizmeti alıyorlar, sosyal devletin nimetlerinden yararlanıyorlar..

1980'den sonra ne oluyor? Öncelikle üretim biçimi değişiyor Fordist üretim modelinden post-fordist modele geçiliyor. Bant üzerinde ve uzmanlık gerektiren bir üretim biçiminin yerini, bilgisayarların makinelerin aldığı, kalifiye iş gücüne olan ihtiyacın azaldığı, işsizliğin arttığı, emeğin ucuzladığı bir döneme giriliyor. Artık sermaye daha önce devletten talep ettiği temel alt yapı ve sosyal hizmet alanlarına vergiler dolayısıyla katılmak istemiyor, tam tersine bu alanları ticarileştirerek kar etmeyi istiyor. Yani eğitim ve sağlık gibi hizmetleri devlet

üretmekten vazgeçsin, bilakis bu hizmetleri sermaye olarak ben üretip devlete ve piyasaya sunayım diyor.

Şimdi bakacak olursak sigorta modeli belli ön koşulları gerektiriyor. Az öncede söyledim, bir gelişmiş kapitalist ülke olmak gerekiyor, işsizlik oranının düşük olması gerekiyor, tarımsal nüfusunun genel nüfusa oranının düşük olması gerekiyor, düzenli iş olanağının olması gerekiyor, kayıtdışılığın düşük olması gerekiyor. Peki bizim ülkemizde durum ne bir bakalım; %22'si iki doların altında gelire geçinmeye çalışıyor, asgari ücret 385 YTL, çalışma yaşındaki nüfusumuzun sadece %37.5'i kayıtlı, %62'si kayıt dışında. Evet böyle bir ülkede sigortaya dayalı bir sosyal güvenlik modelinin uygulanma ve başarılı olma şansı neredeyse hiç yok.

Primlerimizin tahsilat oranlarına bir bakalım, en iyi prim toplayan kurum yine şu anda SSK, %81'ini toplayabiliyor. Bağ-Kur'da ise bu oran sadece %14.5. Tarım sigortalılarında bu oran sadece %8. Grafikte'de görüldüğü gibi mavi olan bölgeler prim toplama oranlarımızı gösteriyor. Kişi başı sağlık harcamamıza bakacak olursak, 150 dolar civarında bir kişi başı sağlık harcamamız var, ABD'de bu oran 4 bin dolar ama zannetmeyin ki ABD'nin sağlık göstergeleri çok çok iyi. ABD'de 40 milyondan fazla kişinin hiç bir sosyal güvencesi yok ve ABD'nin sağlık göstergeleri komşusu Küba'nın çok gerisinde ve Küba'nın kişi başı sağlık harcaması 100 dolar civarında. Bir ülkenin sağlığa harcadığı para önemli bir gösterge ama tek başına bir şey ifade etmez, nasıl bir model uyguladığı, hangi hizmetleri ve hangi kesimleri öncelediği de sağlık göstergeleri açısından son derece belirleyici. Evet bu grafikte görüldüğü gibi sağlık bakanlığı bütçemiz diğer ülkelere oranla çok çok düşük ve sadece %3. Arkadaşlar bir de sosyal güvenliğe ayrılan paya bakalım, bu tabloda ülkelere göre sosyal güvenlik harcamalarının GSMH'ya oranlarını görüyorsunuz, bizde %5,3 civarında, bizden daha düşük tek bölge Afrika.

Sosyal güvenlik reform programı AKP'nin bulduğu, yeni bir program değil aslında, bu program 1980'lerden bu yana IMF ve Dünya Bankası'nın uygulamamızı istediği bir program. Kimi zaman GSS, kimi zaman kişisel sağlık sigortası (KSS), sağlık finansman kurum, sağlık sandığı kanunu gibi adı değişse de özü aynı olan ve 20 senedir uygulanmaya çalışılan bir program, ama bu güne kadar en istikle yürütücüsü bu hükümet oldu. Sosyal güvenlik reformu sağlıkta dönüşüm programının da önemli bir parçası biliyorsunuz. Hükümet iş başına geldiğinde ilk olarak sağlıkta dönüşüm programını açıkladı, bir de acil eylem planı sundu. Ne diyor sağlıkta dönüşüm programı; sağlığın finansmanı ile hizmeti birbirinden ayıracağım diyor, aslında çok kritik bir şey söylüyor, Sağlık Bakanlığı artık sağlık hizmeti üretmeyecek, sadece düzenleme ve denetleme işi ile uğraşacak diyor. Sosyal güvenlik kurumlarını birleştireceğim diyor ve gerekçe olarak da bu hizmetleri tek elde toplayıp herkese eşit hizmet sunacağım diyor. Yani bizimde yıllardır söylediğimiz, "sigortalıya ayrı devlet memuruna ayrı Bağ-Kur'luya ayrı bir

sağlık hizmeti olmasın, bir ülkede tüm yurttaşların eşit bir biçimde sağlık hizmetlerinden yararlanması gerekir” dediğimize benzer bir şey söylüyor gibi görünüyor ilk bakışta, ama biz biliyoruz ki aynı hükümet Kamu Yönetimi Temel İlkeleri Kanununu çıkardı. Cumhurbaşkanı tarafından veto edilen o kanunda da sağlık hizmetlerini Bakanlığın elinden yerel yönetimlere/il özel idarelerine devrediliyor. Yani 81’e parçalanıyor ve yerel yönetimler üzerinden de özel sektöre devrediliyor. Demek ki söyledikleri sözde samimi değiller, bizleri kandırmaya çalışıyorlar. Yine bu programda sağlık alanı ile ilgili problemlerinin çözümü olarak, sağlık sektörüne rekabet getirileceğinden söz ediliyor. Bütün yurttaşları kapsayan Genel Sağlık Sigortası’nın hayata geçirileceği ifade ediliyor. Biz göre bu genel değil Asgari Sağlık Sigortası(ASS). Evet Sağlıkta Dönüşüm Programı daha başka neler içeriyordu hatırlayalım; Aile doktorluğu, sağlık kurumlarının özleştirilmesini, işletmeleştirilmesini ve tüm sağlık çalışanlarının sözleşmeli çalışmasını öngörüyor.

Acil eylem planındaki cümlenin aynısını bu slayta aldım arkadaşlar, “etkin kaliteli bir sağlık sistemi oluşturmak, herkesin temel sağlık ihtiyacının özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirip ülkemizde sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde dağılımını dengeli hale getirilebilmesi için özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecektir” deniyor. Biliyorsunuz başbakanımızın geçen yıl özel sektörü nasıl özendirdiğini gördük. Bir açılış konuşmasında Numune hastanesini kastederek büyük sermayedarlarımızdan birine “...Bey gelin Numuneyi size vereyim ister alışveriş merkezi yapın ister otopark, hastanelerimizi kat karşılığı alışveriş merkezlerine veriyoruz” dedi. Bu hükümetin özendirmesi de böyle işte.

Evet ben 40 yaşına geldim 20 yıldır bir “reform” sözüdür sürekli duyarım. Önceleri çok heyecanlanıyordum bir alanla ilgili reform yapılacağını duyduğumda, bizim için iyi bir şeyler yapacaklar, yolunda gitmeyen işleri düzelecek diye düşünürdüm. Şimdi reform kelimesini duyduğumda “aman diyorum, yine hangi haklarımızı elimizden alacaklar”, zamanla anladım ki her reformdan sonra pek çok hakkımız kayboluyor, elimizden alınıyor. Sonra acaba bu reformu biz mi doğru anlamıyoruz diye tereddüte düşüp sözlüğe baktım, “reform” nedir diye. Aslında yanlış düşünüyör müşüm iyi bir şeymiş. Çünkü sözlükte daha iyi duruma getirmek için yapılan değişiklikler, “iyileştirme, düzeltme, ıslahat” diyor, yani iyi bir şey. Ancak biraz daha dikkatli reformun içeriğine ve kelime anlamına bakınca yeniden biçimlendirme, yeni biçim verme yani bir şeyin biçimini değiştirme anlamına geliyor. Bir şeye yeniden form verme, birisi buna bir irade koyacak diyecek ki kardeşim şurada bir reform yapalım, bunun reforma ihtiyacı var diyecek, yani iradi bilinçli bir süreci ifade ediyor. Var olanın özünüyle ilgili çok bir dert yok reformda, özü aynı kalsın biçimini değiştirelim anlayışı reform. Reformun hedeflerinde birisi de iyileştirme sağlamak, iyileştirme çok muğlak bir kavram, örneğin benim için iyileştirme olan şey sizin için gerileme, hak kaybı

olabilir. Reformun karşıtı olan “Revolution-devrim” ise, yine bilinçli bir değiştirme iradesini ifade ediyor, ancak burada değiştirilmek istenen şey biçim değil, var olanın özü ile ilgili, var olan sistemin, düzenin işleyişini ve özünü değiştirmeyi hedefliyor, kısmi değil bütünlüklü bir değiştirmeyi hedefliyor. Bu nedenle devrimde iradi bir seçme söz konusu.

Şimdi reformu kısaca tanımladıktan sonra, az gelişmiş ülkelerin(AGÜ) “yoksulluk kısır döngüsü” olarak iktisat yazınında yer alan bir yaklaşımdan kısaca söz etmek istiyorum. Bu teoriye göre az gelişmiş ülkelerin en büyük problemleri tasarrufların yetersiz olmasıdır, yani sermaye yetersizliğidir. Sermaye yetersiz olduğu için bu ülkeler yatırım yapamazlar. Yatırım yapamadıkları için istihdam olanaklarını geliştiremezler, istihdamdaki kısıtlılık tasarrufların oluşmasını engeller ve bu süreç birbirini arttıran kısır bir döngüdür. Bu döngüden kurtulmanın yolu nedir? Slaytın sağında gördüğünüz gibi gelişmiş ülkeler var ve onlarda da bol sermaye hatta sermaye fazlalığı söz konusu. Eğer az gelişmiş ülkeler gelişmiş ülkelere dış borç/dış yardım alabilirlerse sermaye gereksinmelerini karşılarlar, bu da yatırım ve istihdama, toplumsal gelir artışına ve dolayısıyla az gelişmişliğin aşılmasına yol açar. Böylece az gelişmiş ülkeler yoksulluk kısır döngüsünü kırabilir ve gelişmenin olanaklarına kavuşabilirler. Bunun için gereken dış borç tabii öyle al kardeşim sana sermaye diye verilmiyor. Bunun için IMF ve Dünya Bankası gibi uluslar arası sermaye kuruluşları kredi verdikleri ülkelere belli koşullar dayatıyorlar, belli alanlarda ve sektörlerde reform yapılmasını şart olarak koşuyorlar. Örneğin şu an sosyal güvenlik reformu böyle bir sürecin sonucu, Türkiye’de tarım, hayvancılık, enerji, telekomünikasyon gibi alanlar reforma tabi tutuldu ve bu reformlar karşılığında krediler alınıp hükümetlerin önlerine konan ödevler yerine getirildi. Bu reform programlarına genel olarak, istikrar ve yapısal uyum programları(İYUP) deniliyor. Örneğin tarım alanı ile ilgili gerçekleştirilen İYUP sonucu bu gün tohum ve gübrede tamamen dışa bağımlı hale gelmiş durumdayız, bir sonraki yılın mahsulü için kendimize ait tek bir tohumumuz yok, çünkü reformun ilk koşulu hibrit (kısır, tek seferlik) üretim yapmaktı ve şu an ancak dışarıdan tohum ithal ederek tarımımızı sürdürebilir, buğdayımızı üretebiliriz. Gördüğünüz gibi yoksulluk kısır döngüsü yaklaşımında az gelişmişliğin nedeni içsel yani sermaye yetersizliğidir diyor ve bunu kırmanın yegane yolu dışsaldır yani dış kaynaklı sermayeyle aşabilirsiniz diyor. Oysa aynı dönemlerde Sovyetler Birliği ideolojisi bunun tam tersini söylüyor; yoksulluğun ve az gelişmişliğin nedeninin dışsal olduğu (emperyalizm olduğu) ve bu yoksul ülkelerin kapitalist model içerisinde kaldıkları müddetçe az gelişmişlik problemlerini aşamayacaklarını söylüyor.

1980 sonrası reformların genel özelliklerine bakacak olursak; reformlar genel değil kısmi, bütüncül değil parçacı, katılımcı/kapsayıcı değil teknisist ve uzmanı, kamuoyunu ikna edici/tartışmacı değil dayatmacıdır. Nitekim gerek sağlık alanında , gerekse sosyal güvenlik alanında yapılmaya çalışılan reformlarda,

toplumun, çalışanların ve onların örgütlerinin hiçbir katılımı söz konusu değildir, tüm reformlarda adeta “ben yaptım oldu” yaklaşımı hakimdir.

Reformların tüm dünyada uygulanışında geçerli klasik yöntemler söz konusu, bunlar; özelleştirme, yerelleştirme ve özerkleştirme olarak sıralanabilir. Ben bunlardan özellikle özerkleştirme üzerinde duracağım. Özerkleştirmeye bizlerde uzunca bir dönem ve belki de pek çoğumuz hala olumlu bir anlam yükledik, yüklemeye devam ediyoruz. Özerkleştirmenin aslında işletmeleştirme olduğunu tam olarak anlayamadık ya da yeni yeni anlıyoruz. Başta söylediğim gibi özerkleştirme, hizmetin üretimi ile hizmetin finansmanının birbirinden ayrılmasını ifade ediyor. Bu da ne demek arkadaşlar, sonuçta örneğin sağlık için bunu düşünecek olursak bir hastaneye siz diyorsunuz ki hizmetin sunumuyla hizmetin finansmanını ayırdım, artık sen kendi yağında kavrulacaksın, yani kendi kendini finanse et, gelirleriyle giderlerini ne yap et eşitle, buna göre de işletmenin politikalarını belirle diyorsunuz. Özerkleştirme aslında piyasalaştırmayı ve rekabeti öngörüyor. Bu piyasa ve rekabet kamu işletmesiyle kamu işletmesi arasında ya da kamuyla özel arasında olabiliyor, her işletme piyasaya hizmet ve mal üretecek, ve hayatta kalabilmek için kararlarını kendi verecek. Bu işletmeye istediği gibi yatırım esnekliği de tanıyor. Örneğin bugün TV programlarında reklamı yapılan sağlıklı ilgili şu teknolojik cihazı almak istiyorsan ve hastalar yani artık “tüketiciler ve müşteriler” bunu daha çok talep ediyorsa git onu al diyor. Yani Türkiye’nin sağlık gereksinimleri içinde yeri nedir, bu ülke ve toplum için ne kadar gereklidir bunun bir önemi yok, örneğin İstanbul’daki MR sayısı İngiltere’deki toplam MR sayısının iki katı ve piyasada talep varsa siz hala MR cihazı alabilir bu doğrultuda yatırım yapabilirsiniz, evet özerkleştirme böyle bir yatırım esnekliği sağlıyor. Özerkleştirme istihdamda da esneklik sağlıyor yani o hastaneyi beş yüz çalışanla yürütmeniz gerekiyorken, işletmenin karını gözeterek siz çalışan sayısını isterseniz iki yüz kişiye düşürebilirsiniz ve bu ciddi anlamda giderlerinizde size tasarruf sağlar. Ayrıca çalışanların ücretlerinin belirlenmesinde de esneklik söz konusudur, aynı işi yapan çalışanlara isterseniz farklı farklı ücretler ödeyebilirsiniz, tabii bir de en önemlisi o işletmede çalışan herkes iş güvencesinden yoksun sözleşmeli hale geliyor. Evet özerkleştirme denilen yöntemin gerçek özellikleri bunlar. Özetleyecek olursak; 1-Hizmetin üretimiyle finansmanın ayrılması, hizmet üretiminde rekabet (kamu işletmesi-kamu işletmesi ya da kamu işletmesi-özel), 2-Hizmetlerin yönetsel faaliyetlerinde özerkleştirme (yatırım, istihdam, ücret esnekliği), 3-Taşeronlaşma ve dışarıdan hizmet satın alımı, 4-Tüketici merkezli yapılanma-müşteri memnuniyeti (seçme ve değiştirme özgürlüğü, otelcilik hizmetleri vs...).

Şimdi reformun yöntemlerine değindikten sonra bir de reformun gerçek sahiplerine bakalım... Bu reformlar bizlerin çıkarına mı yapıyor yoksa reformun gerisinde başka çıkar çevrelerinin talepleri mi gözetiliyor? Bu kuruluşlara ve çalışma yöntemlerine bakalım: IMF (Uluslararası Para Fonu) ağırlıklı olarak,

istikrar ve devamlılık, ödeme dengesinin sürdürülmesi ve yasal düzenlemelerin sağlanmasını gerçekleştirirken, WB (Dünya Bankası) da, alt-yapı projelerine yönelik kredilerle kapitalist bütünleşmenin sürdürülmesini ve Yapısal Uyum Kredileri (YUK) ve Sektörel Uyum Kredileri (SUK) aracılığıyla sosyal politikaları ve sektör politikalarını belirler ve bunların uygulamalarını denetler. WTO (Dünya Ticaret Örgütü), katılım ortaklığı ve ilerleme raporlarına koyduğu koşullar ile AB, demokratikleşme, yerelleşme ve yönetim konusundaki müdahaleleriyle OECD diğer aktörlerdir.

Bunlardan, Dünya Bankası'nın İstikrar ve Yapısal Uyarlama Programı (İYUP) kredileri hangi koşullarla ülkelere verdiğine ve nasıl çalıştığına bakacak olursak;

1. Kamu mali disiplini/makro-ekonomik istikrar
 - Kamu harcamalarını kısılması
 - Yatırımların durması
 - Kamuya karşı toplumsal memnuniyetsizliğin artırılması
2. Üretim ve sermaye birikiminde uyarlama
 - Sermaye vergi yükünün azaltılması
 - Teşvik ve krediler
3. İşgücü piyasalarının esnekleştirilmesi
 - Ücret artışlarının dondurulması
 - Çalışma ve ücretlerde esneklik
4. Yönetimde desantralizasyon - Yerelleştirme
5. Sosyal politikalarda yeniden düzenleme

Türkiye İYUP'un beşinci ve son aşamasına gelmiştir. Bu aşama sosyal politikaların yeniden düzenlenmesini içerir. Sosyal Güvenlik Reformu, bu aşamanın en önemli ayaklarından biridir. Bildiğiniz gibi, geçtiğimiz yıl TBMM'den geçen İş Yasası ve Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile bir önceki aşamalar olan işgücü piyasalarının esnekleştirilmesi ve desantralizasyon (yerelleştirme) aşamaları gerçekleştirilmişti. Şimdi sosyal politikalardaki değişim ile sosyal harcamalar budanmaya çalışılmaktadır. Çünkü, sosyal harcamalar ücretin bir bölümüdür ve nakit ödenen ücret dışında sosyal hizmetler yoluyla işçi sınıfına verilmiş sosyal bir ücrettir ve işçi sınıfının refahını artırmaya yöneliktir. Sermaye cephesi açısından bakarsanız da; çoğunlukla genel vergilerden finanse edilen bu sosyal harcamalar artı değerinin bir parçası olduğu için maliyet artırıcı bir unsurdur.

Sosyal Güvenlik Reformu'nun gerekçesinde çok ilginç tespitler var. Sabah oturumunda çok değerli hocalarımız da ifade etti: Türkiye'nin 2075 yılındaki demografik yapısına yönelik bir projeksiyon yapıyor, ancak bu çalışmanın ne kaynağı ne de yöntemi belli, bu çalışma hangi bilimsel yöntemle dayanarak yapıldı belli değil. Düşünün 75 yıl sonra Türkiye'deki nüfus yapısı için öngöründe bulunuluyor ve bizim gittikçe yaşlanan bir nüfusumuz olduğu tespitini

yaparak önümüzdeki 5-10 yıllık dönemde demografik fırsat penceresine sahip olduğumuzu, bunun için gerekli önlemleri almazsak yani emeklilik yaşını 68'e çıkartmazsak sistemin çökeceği ifade ediliyor. Şimdi bir yandan bizi AB'ye alın biz genç ve üretken bir nüfusa sahibiz diyoruz, en çok genç nüfusa sahip olma özelliğimiz öne çıkarıyoruz, öte yandan yaşlı nüfus tehlikesini öne sürerek emeklilik yaşını artırmaya kalkıyoruz.

Bu tasarının en ilginç yönlerinden bir tanesi de, sosyal güvenliğin anlamı ve işlevini değiştirmeye yönelik olması. Tasarının gerekçesinde, sosyal güvenlik harcamaları enflasyon artışından işsizliğe ve yoksulluğa kadar her tür olumsuzluğun nedeni olarak gösteriliyor. Yapılacak olan sosyal güvenlik reformu ile yoksullukla mücadele edileceği ileri sürülüyor. Oysa, yoksullukla mücadele etmek sosyal güvenliğin temel görevlerinden biri değil, sosyal güvenliğin sonuçlarından çıktılardan biri olabilir. Yoksullukla mücadele etmek devletin temel görevlerinden, hükümetlerin hedeflerinden biridir. Yine tasarının gerekçesinde, "sosyal güvenlik harcamalarının toplumun en dezavantajlı kesimi olan yoksullara değil; avantajlı kesim olan çalışanlara gittiği" ifade ediliyor. Burada hükümetin bakış açısını görüyoruz. Yani hükümet, çalışan kesimin primleri ile oluşturulan sosyal güvenlik fonlarının bu kesime kullanılmasını bir hata gibi tanımlıyor. Aslen devletin işlevi olması gereken yoksul kesimin sosyal güvenlik harcamalarının finanse edilmesi yükümlülüğünü, çalışan kesimin sırtına yüklemek istiyor. Buradan anlaşılacağı gibi, hükümetin sosyal güvenliğe yüklediği anlam, "hayır, hak, iane" yaklaşımından başka bir şey değil. Bu yaklaşım, dünya halklarını önce fakirleştiren, daha sonra onların sisteme başkaldırılarını önlemek için adeta onlar için bir şey yapıyormuşcasına yoksullukla mücadele programları uygulayan, Dünya Bankası politikalarıyla tam bir benzerlik gösteriyor. AKP'nin vakıf ve cemaat örgütlenmesi üzerinden yürüttüğü politikaları da destekleyen bir yaklaşım bu.

Evet, tasarının Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile ilgili bölümlerine bakacak olursak; görünüşte hedef ve niyetleri son derece iyi. "Herkes eşit ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunmayı" hedefliyorlar ve bunun için bakalım neler yapıyorlar:

İlk olarak GSS, katılımın zorunlu olduğu primli bir sistem. Her sigortalıdan prime esas gelirin %12.5'u oranında sağlık primi kesilmesini öngörüyor. Bunun %7.5'u işveren, %5'i çalışan payı. Biz buna ikincil bir sağlık vergisi olarak bakıyoruz, çünkü biz devlete vergiyi zaten bu tür hizmetleri almak için ödemiyor muyuz? GSS'ye göre primini ödemeyenler, sağlık hizmetlerinden yararlanamayacaklar.

Daha önce konuştuğumuz, hizmetin sunumu ile finansmanının ayrılması yani sağlık hizmetlerinin özertleştirilmesini öngörüyor. Böylece, işletmeleşen sağlık tesislerinde kullanılan her türlü sağlık hizmetinden yüzde 50'e varan, değişen oranlarda katkı payı alınıyor. Biliyorsunuz bugün sadece ilaç harcamalarından yüzde 10-20 arasında değişen katılım payı alınmakta. Bu tasarı

ile birlikte muayene, yataklı tedavi, ortez-protez ve ameliyatlarda kullanılan sarf malzemelerinden de katkı payı alınacak.

Tasarının en kritik yanlarından biri de verilecek sağlık hizmetlerini “temel teminat paketi” ile sınırlı tutması. Bu temel teminat paketi, esas itibarıyla özel sigortacılıkta uygulanan bir model. Yani, siz özel bir sağlık sigortasına dahil olmak isterseniz, size kapsam ve içerik olarak birbirinden farklı bir takım seçenekler, yani “paket”ler sunarlar. Örneğin temel paket 100 birim fiyatındadır ve ayaktan tedavi hizmetlerini ve bazı yataklı tedavi hizmetlerini kapsar. Bu hizmetlerin hepsi limitlidir. Bu paketin dışındaki hizmetleri almak istemeniz durumunda, cepten ek ödeme yapmanız gerekir. Bu tasarı da, aynı özel sigortacılık mantığı ile oluşturulmuş temel bir teminat paketini öngörüyor. “Finansman açısından uygulamaları tehlikeye sokacak istisnai başlıklar temel teminat paketinin içerisinde yer almayacaktır” diyor tasarıda. Yani, bu paketin içerisinde örneğin önemli bir kalp damar ameliyatı birim maliyeti çok yüksek olduğu için kapsama dışında tutulabiliyor. Ve bu, tasarıda aynen böyle ifade ediliyor. Bir de temel teminat paketinin içeriğinin her yıl kurum tarafından belirleneceğini ve her yıl paketin kapsamının daralacağını şimdiden söyleyebiliriz. Şu anda, kamuoyunda oluşan tepkiler nedeniyle bu “temel teminat paketi” ifadesi tasarıdan çıkarıldıysa da, mantığı aynen korunuyor.

Tasarı, sağlık çalışanları açısından da pek çok olumsuzluk içeriyor. “Çağdaş işletmecilik yöntemlerinin” kullanıldığı sağlık işletmelerinde tüm sağlık çalışanları iş güvencesinden yoksun, sözleşmeli olarak çalışıyorlar.

GSS’ye göre kamunun sağlık hizmeti üretmesi adeta yasaklanıyor ve sağlık hizmetlerinin piyasadan satın alınması öngörülüyor. Sağlık hizmetinin kamu eliyle üretilmesi ile dışarıdan satın alınması karşılaştırıldığında, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin son derece artacağını bu günden öngörebiliriz. Nitekim, sağlık hizmetlerini kendi üreten bir kurum olan SSK’nın kişi başı sağlık harcaması 140 dolar iken, bu hizmetleri dışarıdan satın alma yöntemi ile sağlayan Emekli Sandığı’nın kişi başı sağlık harcaması 360 dolardır. Sosyal sigortalar hastanelerinin devredilmesinin arkasındaki önemli nedenlerden bir tanesi bu. Sonuçta 35 milyon kişiye son derece kısıtlı kapasitesiyle son derece yetersiz alt yapısıyla hizmet veren sigorta hastaneleri tüm dünyaya örnek olabilecek bir entegre modeldir. Yani hem finansman hem de hizmet aynı merkezde toplanmıştır ve kaynaklar çok daha etkin ve verimli kullanılabilir. Nitekim, sağlık hizmetlerini kendi üreten bir kurum olan SSK’nın kişi başı sağlık harcaması 140 dolar iken, bu hizmetleri dışarıdan satın alma yöntemi ile sağlayan Emekli Sandığı’nın kişi başı sağlık harcaması 360 dolardır. Sosyal sigortalar hastanelerinin devredilmesinin arkasındaki önemli nedenlerden bir tanesi bu. Sonuçta 35 milyon kişiye son derece kısıtlı kapasitesiyle son derece yetersiz alt yapısıyla hizmet veren sigorta hastaneleri tüm dünyaya örnek olabilecek bir entegre modeldir. Yani hem finansman hem de hizmet aynı merkezde toplanmıştır ve kaynaklar çok daha etkin ve verimli kullanılabilir.

Tasarı, bağımlı nüfusun sağlık hizmetlerinden yararlanmasına da önemli kısıtlamalar getiriyor. Örneğin daha önce kız çocukları bu hizmetlerden evlenmediği sürece yararlanabiliyorken, şimdi bu süre 18 yaş ile sınırlandırılıyor ve eğitime bağlı olarak 25 yaşa kadar uzatılabilir.

Tasarının önceki halinde “objektif yoksulluk testi” biçiminde yer alan, sonradan tasarıdan ifadesi çıkarılan ama özü ve ruhu saklanan bir “yoksulluk testi” söz konusu. Geliri asgari ücretin üçte birinden az olanlar “yoksulluk testi”ni

geçiyorlar ve bu kişilerin primleri genel bütçeden karşılanıyor. Sadece gelirinizin asgari ücretin üçte birinden az olması bu testi başarıyla geçmenize yeterli sayılmıyor, devlet sizin hane halkı gelirlerinizi, size ait miras, kira, vs. herhangi bir gelirinizin olup olmadığını da kontrol ediyor. Bence daha da ilginç, devletin bu test için bütün bunları yeterli görmeyip sizin harcamalarınızı da kontrol etmesi. Eğer harcamalarınız, asgari ücretin üçte birinden daha fazlaysa, devlet sizin priminizi ödemeyi kesiyor. Bence devlet yoksulların harcamalarını denetlemek yerine, zenginlerin harcamalarını denetlemeyi akıl edebilseydi şu an hepimiz için daha yaşanabilir bir ülke olurduk...

Kişilerin bir önceki yıl sağlık giderlerinin miktarına bakılarak, bir sonraki yıl ödeyecekleri prim miktarında artış ya da düşüş yapılabilir. Yani, tıpkı kasko uygulamasında olduğu gibi, sağlıkta da bundan sonra “hasarsızlık indirimi” sözkonusu olabilecek. Çok kullanan çok, az kullanan az ödeyecek. Sadece bu bile tasarının bakış açısını gösteriyor, tasarı hizmeti esas alan bir bakış açısı yerine finansmanı esas alan bir bakış açısına sahip.

Yine tasarıya göre, provizyon işlemlerinin yapıldığı pek çok birimin kurulması ve süreç içerisinde bunların özel sektör tarafından işletilmesi de öngörülüyor. Böylece siz özel sektör tarafından işletilen bu provizyon merkezlerinden öncelikle borcunuzun olmadığını, hizmet almak için gerekli şartlara sahip olduğunuza dair onay aldıktan sonra sağlık hizmetini alabileceksiniz. Tasarıda, üzerinde konuşulabilecek pek çok detay olmakla birlikte, biz isterseniz tasarının sağlık hizmeti sunumunda ne tür değişikliklere yol açacağına bakalım:

Evet, şimdi bizler Genel Sağlık Sigortası fonuna primlerimizi yatıracğız, düzenli olarak primlerimizi ödeyeceğiz ve bu primler karşılığında da bu fonda biriken parayla sosyal güvenlik kurumu bizim adımıza özel sektörden ya da kamu işletmelerinden hizmet satın alarak bize sağlık hizmeti sunacak. Fonun burada iyi işletilebilmesi, yaşayabilmesi için en basit anlamda fonun gelirleriyle giderlerinin eşit olması gerekiyor. Peki, bunun için ne yapacak Genel Sağlık Sigortası Fonu? Diyecek ki; “Kamu ya da özel sağlık işletmesi, benim için fark etmez. Ben, bana uygun olan işletmeden hizmeti satın alırım”. Bu durumda, kamu ve özel sağlık işletmesi, GSS fonu karşısında birbirleriyle rekabet içine girecekler, bunun sonucunda kamu sağlık işletmeleri özel ile rekabet edebilmek için en dezavantajlı oldukları otelcilik hizmetleri gibi, sağlık açısından daha tali olan hizmetlere yönelecekler. Nitekim bugün özel sektör hastanelerinin en etkileyici tarafı adeta 5 yıldızlı otel görünümünde olmaları, ihtişamlı bir lobilerinin olması, hastalara yardımcı olan hosteslerin olmasıdır. Ve bunların hepsi özel sektör açısından önemli pazarlama stratejileridir. Kamu hastaneleri de hızla bu tür yatırımlara yöneleceklerdir.

Bir diğer farklılık, artık karşımızdaki, “hasta” değil, “müşteri” olacağı için, “müşteri memnuniyeti” esas olacaktır. Tıbbın en temel yaklaşımı şudur: Tanıda,

önce en karmaşığı, kişinin hayatı için en riskli olanı ilk önce düşünülürken, tedavide en basit, en ucuz, en az can yakandan başlanır, daha karmaşık olana doğru gidilir. Oysa sağlık metalaşır, hastaneler işletmeleşirse, bir piyasa hizmetine dönüşürse “müşterinizi” memnun etmek için bunun tersini yapmanız gerekir. Yani, pahalı ve komplike bir tedavi ile hastanın en kolay biçimde “memnun olması” sağlanır.

GSS'nin sağlık hizmeti sunumunda getirdiği değişikliklerden biri de, gereksiz teknoloji kullanımını teşvik etmesi olacaktır. Siz Türkiye'de aşı, serum üretilmezken, dünyanın en teknolojik ve en pahalı cihazlarını alıp kullanacaksınız. Çünkü, “ileri teknoloji”yi kullanarak özel sektörle rekabete girmek zorunda kalacaksınız. Böylece bir dönem sonra Türkiye rekabet koşullarının sonucunda teknoloji çöplüğüne dönüşme tehlikesi ile de karşı karşıya kalacak. Bir işletmenin karlı çalışabilme için giderlerini olabildiğince azaltması gerekir, bunu az önce söylediğimiz piyasa ve rekabet koşullarında teknoloji harcamaları, pahalı tedavi ve tetkik konusunda yapamayan işletmeler, personel ücretlerine ve personel sayısına bakacaklardır ve personel ücretleri zamanla gerileyecek, çalışan sayısı azalacaktır. Bu rekabet sonucunda hastaneler maliyetleri düşürmek için ilk olarak personel giderlerinden kısıtlama yapılacaktır. Yani, ya çalışanlardan bir bölümünün işine son verilecek ya da çalışanların ücretleri gerileyecektir.

GSS'ye göre sağlık toplumsal değil, kişisel bir sorun. Tasarıda aynen şu ifade yer alıyor sağlık için, “..sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler sağlıklarını korumaktan asli olarak sorumludurlar.’ demektedir. Konut, barınma, ısınma, beslenme ihtiyaçları yeterince sağlanamamış, açlık ve yoksulluk sınırında ücretlerle yaşamını sürdürmeye çalışan insanların sağlıklı olmalarını ve kendi sağlıklarını korumalarını nasıl bekleyebilirsiniz? Yetersiz koşullarda bulunmalarından dolayı sağlıklı olamadıklarında, nasıl kişisel olarak onları sorumlu tutabilirsiniz?

Sonuçta; bizim tarafımızdan bakıldığında, yapılmak istenen şeyin devletin sağlık hizmetleri üretiminden ve finansmandan mümkün olduğunca çekilmesi, sağlığın doğuştan kazanılan bir hak ve kamusal bir hizmet olmaktan çıkarılarak ve sağlık alanının piyasanın ellerine teslim edilmesi olduğu açıkça görünüyor.

Şimdi GSS'nin temel unsurlarından birini oluşturan aile hekimliğine de kısaca değinmek istiyorum. Aile hekimi tasarıda, “birinci basamakta görev yapan uzman hekim” olarak tanımlanıyor. Kimdir aile hekimi, muayenehanesinde “Birey merkezli” çalışan ve insanlar hastalandıktan sonra onları tedavi etmeye uğraşan ve bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerinden ve pratisyen hekimliğin pek çok fonksiyonundan farklı bir pratiktir aile hekimliği. Tasarıda, aile hekimlerinin koruyucu sağlık hizmeti vereceği söylense de, bunun pratikte mümkün olmayacağı açıktır. Çünkü, aile hekimine en az 1000, en çok 4000 nüfusun bağlanması öngörülüyor. Yani, aile hekiminin bu 1000-4000 arasındaki nüfusun tamamının sağlık hizmetlerinden sorumlu olması bekleniyor. Şimdi bu

aile hekimi arkadaşımızın, günde 30 hastaya baktığını ve bu hastalara ortalama 15 dakikalık bir muayene süresi harcadığını düşünürsek, bu toplam 7.5 saat yapar. 50 hastaya baktığını düşünsek, bu süre 12.5 saat olur. 1000-4000 nüfusun olduğu yerde en az 25-30 gebe, en az 50 bebek, 12-60 ay arasında en az 275 çocuk var demektir; en az 600 tane doğurgan döneminde kadın var demektir. Bir aile hekimi hem 12.5 saat poliklinik yapıp, hem de saymış olduğum bu insanlara koruyucu sağlık hizmetlerini nasıl verebilir?

Aile hekimliği öz olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini özelleştirme ve muayenehanelere hapsedmekten başka bir şey değil. Aile hekimi adaylarına, “isterseniz size kredi açalım, isterseniz de kendi olanaklarınızla gidin bir aile hekimliği ofisi (muayenehane) açın” deniyor. Bu tamamen, tedavi merkezli, hiçbir entegre hizmeti gözetmeyen, sözleşmeliğe dayanan, bireysel bir sağlık modeli aslında.

Şimdi bütün bu konuştuklarımızın sonucunda tasarı iddia edildiği gibi etkin, verimli ve eşitlikçi midir bakalım. Tasarıya göre yeni bürokratik ve yönetsel yapılar oluşmakta, ayrıcalıklı bir yönetici sınıf oluşmakta bu nedenle yönetim giderlerinde ciddi bir artış olacaktır bu açıdan verimsizdir. Kişilerin hizmete ulaşması açısından ciddi kısıtlılıklar getirmektedir bu nedenle etkin ve eşitlikçi değildir. Toplam sağlık harcamalarında çok ciddi bir artış olacaktır, bu nedenle verimsizdir. Sağlık hizmetleri tedavi merkezli olacağı için, teknoloji ve ilaç ağırlıklı olarak yürütülecek, koruyucu hizmetler önemsizleşecektir, bu açılardan önerilen sistem verimsizdir, eşitlikçi ve etkin değildir. Zaman içinde sağlık göstergelerinde ciddi gerileme söz konusu olacaktır, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede, toplumu tehdit eden genel sağlık problemleriyle mücadelede geriye düşülecektir, bu yönleri ile de GSS etkin değildir, verimsizdir.

Sağlık çalışanları açısından bakıldığında ise; kolektif çalışma ortamı bozulacak, sağlık çalışanları arasında iş barışını zedeleyen rekabet ortamı kolektif bir hizmet olan sağlık hizmetinin üretimi önünde engel haline gelecek en azında bu kolektif hizmeti zedeleyecektir. Bu yapı farklı bir yönetici sınıf ve onlara yönelik farklı ücretlendirmeler öngördüğü için yeni bir bürokratik kesim oluşumuna neden olacaktır, buna karşın çalışan üreten sağlık emekçisi kesim açısından ücretlerde ve özlük haklarında gerilemeler yaşanacaktır.

Bu tasarıya göre sağlık hizmetinde özel sektörün ağırlığı gittikçe artacak ve bir süre sonra özel sektörün tekelleşmesi, oligopol haline dönüştüğü görülecektir. Zaten bu gün özel sağlık sektörünün, uluslararası ilaç ve teknoloji tekellerinin, ülke sağlık politikaları üzerinde belirleyicilikleri söz konusu, tasarı sağlık alanının tamamen bu merkezlerin belirleyiciliğine ve kar alanına dönüştürüyor. Tahminimden çok daha uzun konuştum. Sabrınız için çok teşekkür ederim.

