

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI,
2003 TÜRKİYE'SİNDE HALKA VE
HEKİMLERE/SAĞLIK PERSONELİNE
NE GETİRİYOR?**



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINLARI

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI,
2003 TÜRKİYE'SİNDE HALKA VE
HEKİMLERE/SAĞLIK
PERSONELİNE NE GETİRİYOR?**

**“halkın sağlığına ve sağlık çalışanına karşı
sermaye adına düzenleme”**

Ekim 2003



*Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye'sinde Halka ve
Hekimlere/Sağlık Personeline Ne Getiriyor?*

*Birinci Baskı, Ekim 2003
Türk Tabipleri Birliği Yayınları*

ISBN 975-6984-60-0

Kapak - Sayfa Düzeni
Sinan Solmaz

TÜRK TABİPLERİ BİRLİğİ MERKEZ KONSEYİ
GMK Bulvarı Şehit Daniř Tunalıgil 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 • <http://www.ttb.org.tr>

B *U çalışma; Ata Soyer, Aytakin Yazgan, Bülent Kılıç, Cavit I. Yavuz, Coşkun O. Şeyhoğlu, Ergün Akyol, Eylem Yentürk, Füsun Erdoğan, İlker Belek, Jale Erdoğan, Kayıhan Pala, Lüey Özelsoy, Nihan Keysan, Nilay Etiler, Onur Günay, Onur Hamzaoğlu, Osman Keysan, Ömür Kayıkcı, Umut Özcan, Yahya Taş, Yeşim Akyol tarafından hazırlanmıştır.*

İÇİNDEKİLER

I. Türkiye'de Sermayenin Sağlık Sektörü Hayali Gerçekleş(ebil)ecek mi	7
II. Hangi Türkiye Sağlık Sektörü?	11
III. Son Düzenlemeleri Nasıl Okumalı?	25
IV. Aile Hekimliği Kandırmacası	43
Bu Yapılanlar, Ne Anlama Geliyor?	51

I. TÜRKİYE'DE SERMAYENİN SAĞLIK SEKTÖRÜ HAYALİ GERÇEKLEŞ(EBİL)ECEK Mİ

Türkiye'de seksenli yılların hemen başında gerçekleştirilen askeri darbe ile baskı, güvensizlik, öz güvensizlik ve örgütsüzlük ortamı yaratılarak, 24 Ocak Kararları adı altında darbeden sekiz, dokuz ay önce kamuoyuna deklar edilmiş düzenlemeleri yaşama geçirebilmenin koşullarını oluşturabilmek için yola çıkmışlardı. Uluslararası sermayenin gereksinimleri doğrultusunda şekillenen bu program, yerli işbirlikçiler tarafından da desteklenip, ulusal özellikleri şekillendirilerek uygulamaya kondu.

Yirmi yılı aşkın bir süre önce başlatılan program ne pahasına olursa olsun sermayenin bunalımını “çözme” hedefini güden, bunun araçları olarak da kamusal olan her şeyi sermayeye peşkeş çekmeyi, kamusal hizmetlerin hemen tümünü paralı olarak sunmayı, çalışma ortamında tüm belirleyiciliği sermayeye devretmeyi, sömürü oranını olabildiğince artırmayı hedefliyordu.

Bu hedeflere yönelik programlar, yirmi yıllık süre içerisinde adları farklı olmakla birlikte programları ve özleri birbirinin kopyası hükümetler tarafından uygulanmaya çalışıldı. Kaynaklar kimlerin lehine dağıtılıyorsa, o tarafın talepleri doğrultusunda işleyen bir model olan piyasa ekonomisinin yerleştirilmesi için yoğun çaba harcadılar. Bu çabalarla birlikte ülke ekonomisinin büyüme hızı düşmeye başladı ve 1990 sonrasında ülke, tarihinin en durgun dönemine girdi. Tarım ve sanayi yatırımlarına ulusal gelirden ayrılan pay seksenli yıllarla birlikte %50 azaldı. Günümüzde kamu gelirlerinin %73'ü salma yoluyla elde edilirken gelir, servet ve kurum vergileri ancak %27'sini oluşturuyor. Bunda da ücretlilerin bordro kesintileri %90'lık paya sahip, yani sermayeden “alınan” %10 bile değil. Serbest piyasa için emekçilerden topladıklarını harcarken de eşitsizlik doruğa ulaşıyor. Kamu harcamalarının %45'ini tefecilere aktarılan faiz giderleri oluşturuyor. Ulusal gelirin kamusal hizmetlere harcanmakta olan kısmı %14'den az.

Geldiğimiz tarih itibariyle yirmi yıl önce kararlaştırılan programın tamamlanması işinin taşeronluğuna AKP hükümeti talip olmuştur. Ülke tarihimizin en düşük katılımı(seçmenlerin %23.2'si sandığa gitmedi) seçimlerinden biri olan 3 Kasım'dan sonra Meclis'e giren iki partinin oyları seçmenlerin ancak %40.9'undan oluşurken, seçmenin %26.1'inin oylarıyla koltukların %66'sına sahip olan AKP, hükümette kalma sürelerini uzatabilmek için hem ABD hem de AB emperyalistlerine koşulsuz itaat edip, Türkiyeli taşeronlarıyla birlikte yirmi yıllık düşlerini tamamlamaya çalışmaktadır.

Günlük yaşamın hemen bütün alanlarını sermayenin koşulsuz egemenliğine sunmak hedefinin hukuksal kılıfları da kamuoyundan gizli, patronların büro ve örgütlerinde hazırlanmakta, komisyonlarda hazırlanmış gibi yapıp, darbe hükümetlerinden çok daha hızlı olarak prosedür tamamlanmaktadır. 12 Eylül darbe hükümetiyle bu konuda yarışan Özal ve DSP-MHP-ANAP koalisyon hükümetlerinden bayrağı devralan AKP hükümeti, emekçileri, köylü ve yoksulları çiğneyerek hedefe varmak istemektedir. Çıkarmak istedikleri yerel yönetimlerle ilgili yasa ile bütün kamu mülklerini (ormanları, hazine arazilerini, kamu binalarını) sermayeye peşkeş çekip kamusal hizmetlerin bütünü (eğitim, sağlık, çevre, temizlik vb.) para karşılığında ve ödenen para kadar ulaşılabilir hale getirmeye, ülke yönetimini yerelliklerde demokrasi, katılım aldatmacaları ile orta ve büyük burjuvanın egemenliğindeki kurullarla devretmeye çalışıyor. Beraberinde kamu yönetimi temel kanunu adıyla yaptıkları hazırlıkla, kamu çalışanlarının bütün kazanımlarını geri almayı, sözleşmeli personel statüsü ile iş güvencesini kaldırmayı hedefliyor. Pek çok Bakanlığın (sağlıkta dahil) taşra teşkilatını kaldırıp hem kamusal istihdamı alabildiğine daraltmak hem de sermayeye yeni alanlar açma peşindedir.

Türkiye'de sağlık sektörünü de diğer kamusal alanlarla birlikte sermayeye peşkeş çekebilmek için düzenleme faaliyetleri seksenli yılların sonunda başlatılan çalışmalarla birlikte devam etmektedir. 1986 yılında Dünya Bankası'nın Nüfus, Sağlık ve Beslenme Bölümü "Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması"nı yaptırmış, Mayıs 1987'de de ANAP hükümeti ilk somut adımı atarak "3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"nu çıkarmıştır. İlk saldırı kısmi olsa da geri püskürtüldüğünden dönemin hükümeti cepheyi kendi adına tahkim edebilmek için DPT aracılığı ile 1989 yılında "Türkiye Master Planı"nı hazırlatmış, 1990-91 yıllarında "Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü" kuruluş çalışmaları yürütülerek faaliyete geçirilmiştir. Söz konusu yapının ilk faaliyeti Mayıs 1992'de gerçekleştirdiği "1.Ulusal Sağlık Kongresi" olmuştur. Anımsamakta yarar var; ülkemizde pek rastlanmasa da hükümetler değişmesine karşın yürütülmekte olan işlem aynen devam etmektedir. Öyle ki ANAP ile başlatılan faaliyet Mart 1993'de DYP-SHP koalisyon hükümeti tarafından "Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı, Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarı Taslağı, Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı" ile devam ettirilmiştir. Ancak hedeflenen gerçekleştirilemediğinden, bu defa da FP-DYP koalisyon hükümeti Kasım 1996 tarihinde "Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu ile Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu tasarı taslaklarını hazırlamıştır. Aynı koalisyon Nisan 1997 söz konusu taslakları revize edip yeniden kamuoyuna sunmuş ancak, herhangi bir somut ilerleme sağlanamamıştır. Bu koalis-

yonun ardından hükümet olan ANAP-DSP koalisyonu da işlemleri aynen sürdürürken kopyalama işleminin fark edilmesinin prestij kaybı yaratacağı korkusundan olsa gerek üç taslağı bir araya getirerek “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu” tasarı taslağını hazırlamıştır. Nisan 1999 seçimleriyle hükümet olan DSP-MHP-ANAP koalisyonu Marmara Depremi sırasında çıkardıkları Sosyal Güvens(siz)lik Yasası'nın hemen ardından Ekim 1999'de yalnızca isim değişikliği yapıp “Sağlık Sandığı Kurumu Kanunu” tasarı taslağını önceki hükümetlerden devraldıkları kutsal emanet olarak sahip çıkarak yayınladılar. Sosyal demokrat, ırkçı, liberal koalisyonun da ulaşılama-yan hedef, bu defa çok daha donanımlı olarak ve ittifaklarını açık hale dönüştürüp gerçekleştirilmeye çalışılıyor.

Aşağıda AKP'nin her iki hükümeti tarafından sekiz ay gibi kısa bir süre içerisinde sağlık sektörü üzerinden halka yönelik saldırılarını nasıl somutladıkları ve bunu hangi Türkiye'de ve hangi sağlık sektöründe yaptıkları, bazı mevzuatı hem hizmetin kullanıcıları hem de hizmetin üreticileri gözleriyle okumaya çalışılmıştır.

II. HANGİ TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜ?

A. Sağlık finansmanı, sağlık yatırımları son yıllarda nasıl değişim gösterdi?

1. Türkiye'nin yaklaşık 200 milyar dola olan ulusal gelirinin, %3-4'ü sağlığa gitmektedir. Son 20 yılda sağlığa giden toplam para artmıştır. 1980 yılında 55 dolar olan, kişi başına düşen sağlık harcaması, 2000 yılında 135 dolara ulaşmıştır. **Tespit 1: Son 20 yılda sağlığa ayrılan para yaklaşık 3'e katlanmıştır.**
2. Toplam sağlık harcamaları, 1980'de 2.5 milyar dolar civarından, 2000'de 9 milyar dolar civarına yükselmiştir. Bazı çalışmalar, toplam sağlık harcamalarının 10 milyar doları aştığını ifade etse de, DPT verilerine göre, bu rakam 10 milyar doların altındadır. 1980-87 yılları arasında, özel sektörün payı sağlık harcamalarında ağırlıklıyken, 1988 sonrası giderek kamu toplam sağlık harcamaları içindeki payını artırmıştır. 1988'de %52 olan kamu sağlık payı, 2000'de %80'i bulmuştur. Başka bir deyişle, 9 milyar dolar civarında olan toplam sağlık harcamalarının, 7 milyar doları kamuya aittir. **Tespit 2: Son 20 yılda kamunun toplam sağlık harcamaları içindeki payı %45'lerden %80'lere çıkmıştır.**
3. Toplam sağlık harcamalarını 100 birim olarak kabul edersek, 1988'de 52 birim olan özel sağlık sektörü payı 1998'de 33'e gerilerken, 1988'de 14.4 birim olan kamu sağlık sigortası payı 26.4'e, 33.4 olan devlet bütçesi payı 41'e yükselmiştir. 2001 yılında bu oranlar, sırasıyla %20, 38 ve 42 kadardır. **Tespit 3: Sağlıkta kamunun ağırlığının artışı, kamu sosyal güvenlik kurumlarının etkisi belirgin olmuştur.**
4. Kamu sağlık harcamaları içinde, şu anda ağırlıklı olan genel bütçenin sağlık harcamaları incelendiğinde; 100 birimlik bütçe sağlık harcamalarının 52 biriminin Sağlık Bakanlığı, 24 biriminin Üniversiteler, 13 biriminin diğer bakanlıklar ve 11 biriminin Milli Savunma Bakanlığı bütçelerine ait olduğu görülür. Sağlık Bakanlığı bütçesi, son yıllarda mutlak değer olarak artarken, Genel bütçe içindeki payı gerilemiştir. 1992-98 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'na ayrılan para, %36 artarken, bu artış oranı diğer bakanlıklarda %51, MSB'da %78, Üniversitelerde %104 olmuştur. **Tespit 4: Genel bütçe içindeki sağlık harcamalarının artışında, başta Üniversiteler olmak üzere, Sağlık Bakanlığı bütçesi dışındaki kaynaklar etkin/etkili olmuştur.**

5. Kaynaklar açısından belirgin olan kamunun ağırlığı, harcamalarda kaybolmaktadır. 1988 sonrası kamu sağlık kaynaklarının artışı, büyük ölçüde kamudan özele kaynak aktarılması süreci ile paralel seyretmiştir. 1989 yılında, toplam sağlık harcamalarının %1.5'u kadar bir kaynak, kamudan özel sektöre aktarılırken, bu oran 1998 yılında %24.3'ü bulmuştur. 1994 yılında yapılan bir çalışma bağlamında, sağlığa giden para kaynaklarını üç bölümde incelediğimizde; genel bütçe payının 45 birim (Sağlık Bakanlığı 19.5 birim, Üniversite 4.7 birim, MSB 4.3 birim, diğer kamu kurumları 1.7 birim, fonlar 2.3 birim, devlet memurları sağlık harcamaları 8.9 birim, Emekli Sandığı sübvansiyonu 3.6 birim) , kamu sigortası payının 18.2 birim (SSK 15.1 birim, Emekli Sandığı 1.2 birim, Bağ-Kur 1.9 birim) ve özel sektör payının 36.8 birim olduğu görülür. Paranın gittiği yön incelendiğinde, toplam 63.2 birim olan kamu payının (genel bütçe ve kamu sigortası) 50.7'ye gerilediğini, özel sağlık sektörü payının ise 36.8 birimden 49.3 birime yükseldiği görülür. Bunun anlamı, 12.5 birimlik kamudan özel sektöre kaynak aktarımıdır. Bu aktarım, daha çok devlet memurları, SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur sevkleri ve alımları yolu ile gerçekleşmektedir. 1994 yılı için hesaplanan kaynak aktarımı, toplam 676 milyon dolar kadardır (toplam sağlığa ayrılan para 5.2 milyar dolar). Örneğin, 1980'de toplam SSK sağlık harcamaları içinde %6 olan anlaşmalı sağlık kurumlarına ödenen para, 1998'de %27.4'e çıkarken, aynı süre içinde ilaca harcanan para %13.7'den %41.7'ye yükselmiştir. Neredeyse, toplam SSK sağlık harcamalarının 7/10'unun kaynak aktarımına gittiği söylenebilir. **Tespit 5: Türkiye sağlık sektörü, kamu kaynaklarından özel sektöre kaynak aktarımı temelinde yapılandırılmıştır. Kamudan, özele kaynak aktarımı, sağlık sektörümüzün yapısal bir sorunudur.**
6. Giderek genel bütçe içinde payı azalan Sağlık Bakanlığı bütçesi, son yıllarda bütçe dışı kaynaklardan daha fazla beslenir olmuştur. Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde fon ve döner sermaye gelirlerinin payı 1988'de %24.3'ken, 1998'de %32.5'a yükselmiştir. 2000'lerde bu oranın %38'leri bulunduğu belirtilmektedir. Üniversitelerde ise, döner sermaye gelirleri, toplam üniversite bütçesinin (1992-98 yılları arasında) %37'sinden %68'ine çıkmıştır. 2001 yılı için ifade edilen oran ise, %76'dır. **Tespit 6: Kamu sağlık finansmanı, giderek daha fazla genel bütçe dışı kaynaklara dayanmaktadır.**
7. Kamunun daha fazla bağlanır hale geldiği genel bütçe dışı kaynaklar, özel olarak da döner sermaye gelirleri, nereden gelmektedir? Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinin döner sermaye gelirleri incelendiğinde; devlet memurlarının en ön sırada olduğu (% 32), onları Emekli Sandığı (% 25), yeşil kart (% 16), Bağ-Kur (% 13) ve cepten harca-

maların (% 12) izlediği görülür. **Tespit 7: Kamu sağlık kurumları, özellikle de yataklı tedavi kurumları, gelirlerinin önemli bölümünü, devlet memurları sevklelerinden, kamu sosyal güvenlik kurumlarından ve yoksulların sosyal güvencesi olarak gösterilen yeşil kart'tan edinir hale gelmişlerdir.**

8. Son 20 yılda sağlık yatırımlarının aldığı durum, sağlıktaki olumsuz tablonun hem nedeni, hem sonucudur. Kamu sağlık yatırımları, 1980-88 yılları arasında, toplam kamu yatırımlarının %1.2 ila 2.0'si arasında seyretmiş, ancak 1992'den sonra nispeten artarak %3'ü aşmış ve 2001'de %5.4'ü bulmuştur. Bunun anlamı, kamu sağlık yatırımlarının 1980-89 arasında 200, 1989-92 arasında 300 milyon doların altında kalması, sadece 1998-1999'da 600 milyon doları aşmasıdır. 2001 yılı miktarı ise, 475 milyon dolar kadardır. Bu yatırımlar, kamu sağlık hizmetlerinin genişlemesi için yeterli olmamıştır. Üstelik, kamu sağlık yatırımlarında, giderek Sağlık Bakanlığı-dışı kaynakların (toplam kamu sağlık yatırımlarının %32'si Sağlık Bakanlığı, %51'i Üniversite)ve yabancı (toplam kamu sağlık yatırımlarını %39'u yabancı) kaynakların ağırlığı artmıştır. Özellikle Sağlık Bakanlığı yatırımları, son 20 yılda o kadar kısılmıştır ki, kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesinin en temel bileşeni olarak öne çıkmıştır. Resmi verilerde, 1983-2000 yılları arasında Sağlık Bakanlığı yatırımlarının, toplam Sağlık Bakanlığı bütçesi içindeki payı, % 7.9-19 arasında seyrediyor görünse de, gerçekleştirilen yatırım harcamaları, -son 3 yıl hariç- resmi rakamların altında seyretmiştir. Örneğin, 1983'de %15.8 olarak görünen Sağlık Bakanlığı yatırım payının, gerçek miktarı %2.8'dir. Kamu sağlık yatırımlarının, ihtiyaçların altında kalması, özel sağlık yatırımlarının öne çıkarılması ile ikame edilmeye çalışılmıştır. Bunda, 1982 sonrası verilen özel sağlık teşviklerinin inkar edilemez bir etkisi vardır. 1982-88 yılları arasında 100 milyon doların altında kalan özel sağlık teşvikleri, daha sonraki yıllarda 100 milyon doları aşmış, 1991'de 1 milyar doları aşmış, 1992-2002 yılları arasında ise -kriz yılları hariç- 300-850 milyon dolar arasında seyretmiştir. 1982-2002 yıllarında özel sağlık teşvikleri ile ilgili toplam rakam, 7.5 milyar dolara yakındır. Bu teşviklerle birlikte ele alındığında, özel sağlık yatırımlarının seyri şu şekilde seyretmiştir; 1980-89 yılları arasında kamu sağlık yatırımlarının çok altında seyrederken, 1991'den itibaren kamu sağlık yatırımlarını aşan özel sağlık yatırımları, 1998 sonrası yıllarda kamu sağlık yatırımlarını ikiye katlamıştır ve 9.1 milyar dolara ulaşmıştır (1980-2001). Aynı dönemde kamu sağlık yatırımlarının toplam miktarı, 6.2 milyar dolar civarındadır. **Tespit 8: Kamu sağlık yatırımları, yıllar içinde artsa da, halkın sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktan uzak kalmış, yaratılan boşluk, özel teşviklerle yükseltelen özel sağlık yatırımları ile doldu-**

rulmuştur. Önceleri özel sağlık yatırımlarının 1/9'u kadar olan kamu sağlık yatırımları, 2001 yılı bittiğinde, toplam özel sağlık yatırımlarının 2/3'ü düzeyinde kalabilmiştir. Bir devlet politikası olarak çökertilen kamu sağlık sektörü karşısında, devlet eliyle özel sağlık sektörü seçenек haline getirilmiştir. Bugünlerde, "özel sektörün olanaklarının da milli servet olduğu" söylemi, resmi politikanın net itirafından başka bir şey değildir.

9. Sağlık harcamalarının ekonomik bileşimi irdelendiğinde ise; ön plana personel ücretlerinin çıktığı, sağlık yatırımlarının –yukarıdaki gerçekler ışığında da-ihmal edilir boyutlara gerilediği görülmektedir. 1996-2002 yılları arasında Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde personel payı %75-81 oranında seyretmiştir. Sağlık yatırımlarında, Sağlık Bakanlığı payının düşmüş olmasının politik bir çıktısı da vardır. "İş yapamayan, personel maaşı ödeyen bir kurum.. **Tespit 9: Sağlık Bakanlığı, "ıcracı bakanlık" olma özelliğini yitirmiş, "personel parası ödeyen" bir kuruma dönüşmüş ve işlevsizleşmiştir.**
10. Toplam sağlık harcamalarının işlevsel bileşimi incelendiğinde; ağırlığın tedavi edici hizmetlerde olduğu görülür. 1996 yılında toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu hizmetlerin payı %12'den %6'ya gerilemiştir. Aynı süreçte, tedavi edici hizmetlerin payı, %79.6'dan, %89.1'e yükselmiştir. **Tespit 10: Sağlığa giden her 100 liranın, sadece 6 lirası koruyucu hizmetlere ayrılmıştır ve bu miktar giderek azalmaktadır.**
11. Türkiye, sağlık alanındaki ilaç ve tıbbi teknoloji ihtiyaçlarını genel olarak, yurt dışından karşılamaktadır. Ülke içinde de üretim olmasına karşın, ihracat çok yetersizdir ve ülke içi ihtiyaçları da karşılamakta yetersiz kalmaktadır. Türkiye'nin tıbbi ithalatı ve ihracatı incelendiğinde; Türkiye'nin ilaç ve tıbbi teknoloji ithalatı "ligi"nde ilk 20'lere girerken, tıbbi ihracat "ligi"nde esamesi bile okunmadığı görülebilir. 1992-2000 yılları arasında Türkiye'nin tıbbi ihracatı 56 milyon dolardan 164.5 milyon dolara çıkarken, tıbbi ithalatı 520 milyon dolardan 1746 milyon dolara yükselmiştir. Başka deyişle, Türkiye'nin tıbbi ithalatı, tıbbi ihracatının 9 misliyen (1992), 11 misline çıkmıştır (2000). **Tespit 11: Türkiye sağlık sektöründe dönen paranın neredeyse 1/5'inden fazlası, her yıl yurt dışına akıtılmaktadır. Türkiye sağlık sektörünün "modernleşmesi" ve büyümesi, kamudan özele, özelden yurt dışına kaynak aktarma mekanizması temelinde gerçekleşmiştir.**
12. Özetle, Türkiye sağlık sektörü, son 20 yılda yaklaşık 3 kat büyümüş, bu büyümede kamu sektörünün payı giderek belirleyici olmuş, sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları kamunun sağlıktaki motoru

haline gelmiş, ancak kamu sağlık finansmanı giderek daha fazla genel bütçe dışı kaynaklardan (döner sermaye örneği) beslenir hale gelmiştir. Bu süreçte, sağlık sektörünün belirleyici özelliği, kamudan özele, özelden yurt dışına kaynak aktarımının yapısal hale getirilmesidir. Türkiye sağlık sektörü, düzenli yurt dışına kaynak aktaran bir büyüme ve “modernleşme” yolunu seçmiştir. Devlete düşen rol, kaynak aktarımının alt yapısını güvenceye almak, kamu sağlık personelinin maaşlarını ödemek, kamunun içinin boşaltılması sürecine eşlik etmektir. Devletin bu alandaki yetkili kurumu Sağlık Bakanlığı ise, bütünüyle işlevsiz bir kuruma dönüşmüştür. Sonunda, 1980 ile başlayan süreç sonunda, kamu sağlık harcamaları artmasına karşın, kamu sağlık hizmetleri ve kamu sağlık kurumları çökertilmiştir.

B. Kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesi hastanelere, birinci basamağa ve sağlık çalışanlarına nasıl yansdı?

1. Kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesinde ilk hedef, kamu hastaneleri olmuştur. Ülkedeki tüm tedavi edici hizmetler yükünün, büyük bölümünü sırtlanan kamu hastaneleri, devlet bütçesinin ve yatırımların kısıtlanması yolu ile “çaresiz” bırakılmıştır. 1995-2000 yılları arasında, Sağlık Bakanlığı hastaneleri yatak sayıları %13 artarken, belediye hastanesi yatakları %10, SSK yatakları %18, Üniversite yatakları %30 artmış, diğer kamu hastane yatakları ise %3 azalmıştır. Buna karşın, özel hastane yatakları, %93 artış göstermiştir. Aynı dönemde, tüm yataklı tedavi kurumlarının poliklinik hacmi %39 artmış, Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerinde bu oran, ortalamaya yakın kalmış (%43 ve %54), tüm diğer kamu kurumlarındaki artış oranı ortalamanın altında kalmıştır; SSK’da %26, Belediye’de %23, Diğer kamu hastanelerinde (-)%23. Oysa, özel hastanelerde poliklinik hacmi, bu süre zarfında %182 oranında artmıştır. **Tespit 1: Kamu hastaneleri, kaynak aktarımı ve yatırım sınırlaması nedeniyle, faaliyet sınırlamasına sokulmuş, ortadaki boşluk, özel sağlık sektörü hastaneleri ile doldurulmaya çalışılmıştır.**
2. Devletin “esirgediği” kaynakları, genel bütçe dışı kaynaklardan sağlama zorunlu kılan devlet hastaneleri, devletin 1980 sonrası “yüzlerce işletmeye bölünmesi”nin de katkısı ile, bir diğer kamu kurumlarına hizmet satarak, ayakta durur hale gelmişlerdir. Devletle ilişkisi, neredeyse sadece çalıştırdığı personelin maaşını alma düzeyine indirgenen devlet hastaneleri, gelirlerini, kamu çalışanları, sosyal güvenlik kurumu üyeleri ve yeşil kart sahiplerine hizmet satarak ayakta durmaya çalışan birer işletmeye dönüşmüşlerdir. 2001 yılı tedavi hizmetleri bütçesi, yaklaşık 499 trilyon TL’dir. Bu miktarın 447 trilyon TL’si personele ödenen maaştır. Hastanelere, genel bütçeden yatırım ve diğer işler

için kalan para, sadece 52 trilyon TL'dir. Buna karşın, devlet hastanelerinin döner sermaye gelirleri, 1 katrilyon TL'sını geçmiştir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bütçenin 3/5'ine yaklaşan döner sermaye payı, üniversitelerde 7/10 kadar olmuştur. **Tespit 2: Devlet hastaneleri, sadece personel maaşlarını devletten alan, gelirlerinin önemli bölümünü hizmet satarak elde eden işletmeler haline ge(tiri)lmışlerdir.**

3. Kamu hastaneleri, 1980'den bu yana, özellikle de 1990'lı yıllarda, bir yandan personel yetersizliği, diğer yandan bütçe kısıntısı nedeniyle, öncelikle destek hizmetlerini, kamu personeli dışında yaptırmaya başlamış, giderek bu hizmetler; temizlik, mutfak-yemek, çamaşır, bakım-onarım, bilgi işlem, telefon, güvenlik, bahçe bakım, otopark, ısıtma, teknik hizmetler, halkla ilişkiler, vb; önemli ölçüde kamu dışı ellere geçmiştir. **Tespit 3: Kamu hastanelerinde, tedavi hizmetleri dışındaki hemen tüm hizmetler, sözleşmeli personel eliyle yapılmaya başlanmıştır. Kamu dışı istihdam, yani taşeronlaştırma, kamu hastanelerinde ağırlıklı bir form haline gelmiştir.**
4. Kamu hastanelerinin hizmetlerinin yetersiz kılınması, bu hizmetlerin parça parça özelleştirilmesi ile birlikte seyrederken, bir başka süreç bu gelişmeyle paralellik göstermiştir: Özel tedavi kurumlarının artışı. 1988'de 115 olan özel hastaneler, 2000'de 261'e, özel hastane yatakları da 5500'den 12200'e çıkmıştır. Toplam hastane yatakları içindeki payını %4.5'dan %8'e çıkararak ve %56'sı İstanbul'da %68'i üç büyük ilde bulunan özel hastaneler, bir yanı ile çökertilen kamu hastanelerine seçenek olmaya çalışırken, yine yatırım kısıntısı gerekçesi ile uygulamaya sokulan kamu çalışanları ve sosyal güvenlik kurumu üyelerinin özel sağlık kurumlarından yararlandırılmasından "keselerini doldurmaya" çalışmaktadırlar. **Tespit 4: Kamu hastanelerinin çökertilmesi, özel tedavi kurumlarının seçenek haline getirilmesi süreci ile birlikte yaşanmaktadır.**
5. Kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesi, öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerini olumsuz etkilemiştir. İlk etki, temel sağlık hizmetleri bütçesinin yetersizliği ve yatırımların kısılması nedeniyle, sağlık ocağı ve sağlık evi sayılarının, nüfusun ihtiyacının altında kalması ve sağlık ocağı ve sağlık evi sayılarının artış oranlarının, ihtiyacın altında seyretmesidir. 2000 yılı itibariyle, sağlık ocağı başına düşen nüfus 11500'e yakındır. Sağlık ocağı başına düşen nüfus açısından bölgeler ve iller arasında ciddi eşitsizlikler mevcuttur. Özellikle büyük kentlerin yoksul semtleri ile Doğu ve Güneydoğu Anadolu illeri, bu alandaki en mağdur yerlerdir. Nüfusun %19.4'ü Marmara Bölgesi'nde yaşarken, sağlık ocaklarının %16'sı bu bölgedeyken, en mağdur bölge olan Gü-

neydoğu'da nüfusun %15.9'u yaşarken, sağlık ocaklarının ise sadece %7'si bu bölgededir. **Tespit 5: Sağlık ocakları ve sağlık evlerinin sayısal durumu, özellikle Güneydoğu Anadolu illeri ve büyük kentlerde (yoksul bölgelerinde) nüfusun ihtiyacının altında kalmıştır.**

6. Sayısal yetersizlik konusunda, İstanbul özel olarak ele alınmalıdır. Yaklaşık 200 sağlık ocağı ile 11 milyon kadarlık bir nüfusa hizmet vermeye çalışılan İstanbul'da, sağlık ocaklarının yetersizliği, hemen her semtte sağlık ocağı sayısının 1.5-8 katı kadar olan özel poliklinikleri ile giderilmeye çalışılmaktadır. Yeterince sağlık ocağı yatırımı yapılmayarak, özel sağlık polikliniklerinin seçenek haline getirilmesi, bugünlerde öne çıkan özel sağlık kurumlarından hizmet satın alınması politikasının temel adımıdır. **Tespit 6: Kamunun özel sağlık kurumlarından hizmet satın alması politikasının, "zayıf halkası", İstanbul'dur. Bunda, yıllardır ile sağlık yatırımı yapılmayarak özel polikliniklerin pıtrak gibi patlamasına olanak veren politikanın katkısı büyüktür.**
7. Sayısal olarak yetersiz olan sağlık ocakları ve sağlık evlerinde, personel sayısı da yeterli değildir. Yaklaşık 5800 sağlık ocağının %12'sinde hekim yokken, 12 bin civarındaki sağlık evinin 2/3'ünde ebe yoktur. Bu personel yetersizliği, bölge ve iller arasında şiddetli bir eşitsizlik göstermektedir. Bölgeler arasında Doğu ve Güneydoğu, gerek hekim gerekse ebe eksikliği konusunda öne çıkmaktadır. Doğu Anadolu'da hekimsiz sağlık ocağı oranı %18 ve ebesiz sağlık evi %85'ken, aynı oranlar Güneydoğu'da %20 ve %84'dür. İller açısından baktığımızda ise, İstanbul (17 bin kişiye bir ebe) en önde gelirken, Şanlıurfa, Hakkari, Şırnak, Van, Ağrı bu konudaki en mağdur iller olarak onu izlemektedir. **Tespit 7: Kamunun yetersizliğinin birinci basamağa bir başka yansıması da, personel politikasının da katkısı ile, sağlık ocakları ve evlerinin temel personel yetersizliğidir. Özellikle, İstanbul (ve büyük bazı iller) ile Güneydoğu ve Doğu Anadolu, bu konudaki en mağdur yerlerdir.**
8. Birinci basamak sağlık kurumlarının sayısal yetersizlikleri, bu kurumların işlevsel yetersizliğine yol açmaktadır. Örneğin gebe izlemi açısından yetersiz olan iller/bölgeler, aynı zamanda sayısal ve personel yetersizliği olan iller/bölgelerdir. Ülkemizde, ortalama gebe izlemi 1.7 civarındayken, Doğu ve Güneydoğu illeri ile Konya, Çorum ve İstanbul'da 1'in altındadır. Aynı şekilde, bebek izlemi ortalaması, 3.2 civarındayken, 1'in altında bebek izlemi olan iller; Ağrı, Gaziantep, Hakkari, İstanbul, Mardin, Şanlıurfa ve Batman'dır. Yine, birinci basamağın önemli işlevlerinden biri olan aşılama hizmetleri incelendiğinde, iller arasında bü-

yük farklılık olduğu görülür. Örneğin, karma aşı diye bilinen Difteri-Boğmaca-Tetanoz aşısının eksik olarak yapıldığı çocuk oranı %9'ken, bu oran Doğu'da %20'ye, Güneydoğu'da %26'ya çıkmaktadır. **Tespit 8: Birinci basamaktaki sayısal ve personel yetersizliğinin en dramatik çıktısı, birinci basamak sağlık kurumlarının işlevlerinin yetersizliğidir. Bu yetersizliğin bir başka görüntüsü, yetersizliğin iller ve bölgeler arasındaki vahim eşitsizliğidir. En çok sorunu, dolayısı ile ihtiyacı olan bölge ve iller, birinci basamağın işlevsel yetersizliğinin en çok olduğu yerlerdir.**

9. Kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesinin hem bir görüntüsü, hem de en temel bileşeni, kamu sağlık personelinin –özellikle de hekimlerin- gerçek gelirinin gerilemesidir. Daha doğrusu, ek iş yapmadan geçinemez hale getirilmesidir; ki asıl işini yeterince düşünmeyen/ihmal eden bir hekim/sağlık personeli, ilgili olduğu “iş”in yetersiz hale gelmesine yol açsın. 1980 öncesi 1000 dolar civarında bir maaşa sahip olan, kamu çalışanı hekimlerin geliri, günümüzde, 400-450 dolar civarına gerilemiştir. 1980-88 yılları arasında gelirleri 180-250 dolara kadar düşürülen, kamu çalışanı hekimlerin, gelirleri 1989-94 arası yükselmiş, ancak 1994 krizi ile birlikte ciddi bir gerileme yaşanmıştır. 1995-2003 arasında, iniş-çıkışlarla seyretse de, 300-500 dolar seviyesi aşılmamıştır. Gelirleri gerileyen, diğer yandan sayıları 1980 sonrası 27 binden 90 bine çıkan hekimler, gelirlerinin gerilemesi karşısında, neredeyse kitlese olarak, “ek iş”e yönelmişlerdir. Örneğin, 1992'de 57 bin kadar hekimin 27 bini özel sektörle ilişkiliyken (7700 sadece özel, 19500 hem kamu hem özel), 1997'de 78 bin civarındaki hekimin 60 bini özel sektörle ilişkili hale gelmiştir. Bugün, pratisyen hekimlerin %63'ü, uzman hekimlerin %83'ü özel sektörle ilişki halindedir. Başka bir deyişle, her 10 hekimde 6'sı ek iş yapmak durumunda kalmıştır. Ek iş yapma ya da özel sektörle ilişki halinde olma, hekimlerin çoğunluğunu rahatlatmamıştır. Gerek sayısal artış, gerek sağlık sektörüne akan paradan daha hızlı olan özel sektöre hekim girişi, gerekse giderek sağlık sektöründeki aslan payının hekim-dışı kalemlerine (ilaç, teknoloji şirketleri, hastane-poliklinik sahipleri, vb) kayması, ek iş yapan hekim gelirlerinin beklenin altında kalmasına yol açmıştır. Örneğin 1992'de yıllık ortalama geliri 18 bin dolar olan ek iş yapan pratisyen hekim geliri, 1998'de 9600 dolara düşmüştür. Ek iş yapan uzman hekimlerin geliri, nispeten daha yüksek olmakla birlikte (yılda ortalama 24000 dolar), 2001 krizi ile birlikte bu kesimde de gerileme daha belirgin hissedilmeye başlanmıştır. **Tespit 9; Kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesi sürecinin en temel bileşeni ve sonucu olarak, kamu sağlık personelinin, özellikle hekimlerin gerçek gelirleri, 1980 sonrası %60 civarında gerilemiş, bunun sonucunda hekimler/sağlık personeli, kitlese olarak**

“ek iş” yapmaya yönelmiş, 1990’ların ortasından itibaren neredeyse hekimlerin %60’ı ek iş yapmaya başlamış (%60’a ek olarak %15 kadar da sadece özel çalışan hekim var), ancak ek iş yapan hekimlerin önemli bölümü, 20 yıl evvel tam gün çalışarak elde ettikleri gelirin altında ya da o gelir kadar kazanç elde edebilir olmuşlardır. Sonuçta, kamuda çalışan hekimler ve sağlık personeli, sürecin bir noktasında, özel sektörün “ucuz emeği” haline gelmişlerdir. Bu da, kamunun “içini boşaltan” en önemli neden olarak belirmiştir.

10. Hekimlerin “özel sektörün ucuz emeği olma” süreci ile daha da derinleşen kamunun çöküşü süreci, yine de, kamu sağlık personelinin özverisi ayakta durur haldedir. Örneğin, 1980 sonrası en çok yatırımları kısılan sağlık kurumlarının başında gelen SSK hastanelerinde çalışan hekimlerin poliklinik yükü, Sağlık Bakanlığı’ndaki meslektaşlarından 2, Üniversitelerdeki meslektaşlarından 8 kez , ameliyat yükü de sırasıyla 1.5 ve 2.5 kez daha yüksektir. Ayrıca, hekim iş yükü açısından, bölgeler arasında da ciddi bir eşitsizlik vardır. Örneğin Karadeniz ve Güneydoğu’daki hekimlerin poliklinik yükleri, Marmara, Ege ve İç Anadolu’daki meslektaşlarının iş yükünden 2-2.5 kat daha fazladır. **Tespit 10: Yukarıda anılan nedenlerle çökertilen kamu sağlık kurumları, özellikle de hastaneler, yine “ek iş yapmadan geçinemez hale getirilen” hekimlerin/sağlık personelinin özverisi ile ayakta durabilmektedir. Bu kurumlar arasında da eşitsizlik mevcuttur ve SSK sağlık kurumları ile Karadeniz ve Güneydoğu’daki sağlık kurumlarında çalışan personelin iş yükü daha fazladır.**

C. Bu gerçekler bağlamında, Türkiye’de yaşayan insanların temel sağlık sorunları nelerdir?

Türkiye’de yaşayan insanların sağlığı kötüdür; hem mutlak ifadelerle, hem de kendi gelir düzeyindeki ülkelere kıyasla. Özellikle anne ve bebek ölümleri çok yüksektir, yaşam beklentisi kısadır ve sağlıklı ve hastayken sağlık hizmetlerine ulaşma da sorunlar ve eşitsizlikler söz konusudur.

Türkiye’de her yıl doğan 1.5 milyon bebekten 60 bin kadarı, bir yıl içinde yaşamını yitirmektedir. Başka deyişle, her bin bebekten 42.7’si. Kırsalda bebek ölümleri, kentlerden 1.6 kat ya da %20 daha yüksekken, Doğu’da Batı’ya kıyasla 1.8 kat ya da %29 daha yüksektir. Eğitimsiz annelerin bebekleri, eğitilmiş annelerin bebeklerinden 1.7 kat ya da %24 daha fazla ölmektedir. Dahası, ne gebelikte, ne doğumda sağlık personeli desteği alan annelerin bebekleri, her iki durumda da desteği olan annelerin bebeklerinden 3.3 kez ya da %67 daha fazla ölmektedir. Bu saptama, kırsala, Doğu’ya, eğitimsiz annelere öncelik veren bir sağlık hizmeti anlayışını öne çıkarırken, mevcut toplumsal eşitsizliklerin en net sonucu olan bebek ö-

lümledeki eşitsizliği en aza indirecek bir temel faktörün altını çizmektedir. Gebelikte ve doğumda annenin yanında olmayı hedef alan bir sağlık hizmeti anlayışı. Bu gerçeği ihmal ederek, ülkenin sağlık durumunu düzeltme ihtimali görünmemektedir.

Ülkemizde, halen bulaşıcı hastalıklar oldukça yaygındır. Özellikle suyla bulaşan hastalıkların yaygın olduğu ülkemizde, bu durumdan en çok çocuklar etkilenmektedir. Bu durumun temel nedenlerinden biri su ve kanalizasyon gibi alt yapı yetersizlikleri ile, gıda hijyeninin yetersizliğidir. Neredeyse hanelerin %45'inde şebeke suyu yoktur ve %16 civarında hane de ise dere suyu vb. kaynaklardan gelen su içilmektedir. Ancak bu yetersizlikte, bir eşitsizlik vardır. Ülkemizdeki en zengin 1/5'lik grup en yoksul 1/5'lik gruba kıyasla 8 kat ya da %86 daha fazla şebeke suyu olanağına sahiptir. Bu alt yapı yetersizliği giderilmeden, bu yetersizlikten kaynaklanan ishal olgularını tedavi ederek kurtulunamayacağı herkesin malumudur.

Hastalıklarda ve sağlık sorunlarında var olan eşitsizlik, bu sağlık sorunları karşısında sağlık hizmetlerinden yararlanabilme noktasında da sürmektedir. 2001 yılında hasta olup da tedavi olamayanların oranı en yoksul 1/5'lik grupta, en zengin 1/5'lük gruba kıyasla 2.4 kez ya da 17 kat daha fazladır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmada en temel nedenlerden biri olan yoksulluk, kamu sağlık hizmetlerinin giderek paralı hale getirilmesi politikaları ile daha da belirgin bir faktör haline gelmektedir. Sağlık hizmetlerinden yaralanmayı etkileyen diğer faktörler arasında eğitimsizlik ve mahrumiyet bölgelerinde yaşamak gelmektedir. Örneğin, Güneydoğu ve Doğu'da yaşayanlarla, eğitimsizler, hasta olduklarında daha az olasılıkla tedavi olabilmektedirler.

Sağlık hizmetlerine ulaşımında en önemli faktörlerden biri, aynı zamanda sağlıktaki eşitsizlikleri azaltabilecek faktör, sağlık güvencesinin varlığıdır. Sağlık güvencesi olmayanlar, olanlara kıyasla, sağlık hizmetlerine daha zor ulaşabilmekte, bu nedenle hem hastalıkları daha sorunlu seyretmekte, daha çok komplikasyonla karşılaşmakta, hem de sağlık masrafları daha yüksek olmaktadır. Aynı zamanda, sağlık güvencesi olmayanların oranı, en yoksullar arasında daha yüksek olması nedeniyle, sorunlar daha da katlanmaktadır. Örneğin en yoksul 1/5'lik grup arasında sağlık güvencesi olanların oranı, en zengin 1/5'lik gruba kıyasla 1.9 kat ya da %40 daha azdır. Harcadıkları para da, 1.3 misli daha yüksektir.

D. Bu Sorunlarla Malûl Ülke İnsanı İçin Akp ve Akıl Hocası Dünya Bankası, Hangi Çözüm Önerilerinde Bulunmaktadır?

1. AKP Hükümeti, sağlık sorunları ile ilgili şu tespitleri yaparak yola çıkmıştır: “mevcut sağlık sistemi...ihtiyaca cevap veremiyor; .nüfusumuzun %19'unun sağlık güvencesi yok; amaç;etkin, ulaşılabilir,

kaliteli bir sağlık sistemi; .devlet, herkesin temel sağlık ihtiyacını...özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorunda; mevcut sağlık sistemi çağdaş değil, maliyetleri yüksek, sağlık hizmetlerine ulaşım zor, sosyal güvenlik kurumları arasında standart birliği yok...; sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ulaşabileceği yapıya kavuşturulması gerek; sosyal güvenlik kuruluşlarının,sağlıkla uğraşması, asıl yapması gereken işleri engellemiş...” (58. Hükümet Programı).

2. Bu tespitlerle yola çıkan AKP Hükümeti için, çözüm de çok “basit”ti; “devlet-sigorta-kurum hastanesi ayrımı kaldırılacak; tüm hastaneler özertleştirilecek; sağlık bakanlığı, yeniden yapılandırılacak; sağlık sektörüne rekabet getirilecek; sağlık hizmeti sunumu ile finansmanı, birbirinden ayrılacak; sağlık sigortası, uzun vadeli sigorta kollarından çıkarılacak; nüfusun tamamını kapsayan GSS sistemi kurulacak, ödeme gücü bulunmayanların primleri devletçe ödenecek; aile hekimliği uygulamasına geçilecek; sağlam bir hasta sevk zinciri sistemi kurulacak; bilim teknolojisinden azami yararlanılacak, sağlık bilgi sistemi kurulacak; hasta haklarının korunmasında hukuki eksiklik giderilecek...” (58. Hükümet Programı) Bu sadece Hükümet Programı’nda istisnai olarak yer almamış, “Acil Eylem Planı”nda tekrarlanmış ve ilk elden uygulamaya konulmuştur: “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...” Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımını kaldırılmaya dönük çalışmalar başlatılacak, Hastanelerin idari ve mali yönden özertkliliğinin sağlanması çalışmaları başlatılacaktır Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak Aile hekimliği uygulamasına geçilecek ve sağlam bir sevk zinciri oluşturulacak, Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak, Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecektir, İnsanların ayırım gözetilmeksizin, ekonomik ve sosyal bakımdan güvencede yaşamaları ilkesi çerçevesinde yine bir yıl içinde; Sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliği sağlanacak, bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurulacaktır. Bütünleştirilmiş bir sosyal hizmet ve yardım ağının oluşturulabilmesi için dağıtık durumdaki sosyal hizmet faaliyetleri tek çatı altında toplanacak, Sosyal Yardımlaşmayı ve Dayanışmayı Teşvik Fonu’nun kaynakları artırılabacak, harcama usul ve esasları yeniden belirlenecek ve yönetim yapısı güçlendirilecektir. Özetlersek; hastaneler “işletmeleştirilecek” finansmanda “sigorta” tercihi kurumsallaştırılacak birinci basamak sağlık hizmetleri-aile hekimliği adı altında özertleştirilecek özel sektör yatırımları teşvik edilecek sosyal güvenlik kuruluşları birleştirilecek SYDTF güçlendirilecek...(58.Hükümet Acil Eylem Planı)

3. AKP Hükümeti'nin akıl hocası Dünya Bankası, tıpkı 1980 sonrası diğer hükümetlere yaptığı gibi, 59. Hükümet için de bir "yol • haritası" hazırlamıştır. Türkiye'nin kendi düzeyindeki ülkelere kıyasla kötü olan sağlık durumunun nedenlerini şöyle saptamaktadır: "a) finansman: kaynakların mobilizasyonu ile ilgili çok sayıda sorun var, ayrıca mevcut kaynaklar, verimli ve eşit tahsis edilememektedir; b) yöneticiler ve sağlık personeli için, yeterli teşvik olmaması, diğer önemli problemdir; bu kişilerin düşük ücretlerini takviye etmek için, diğer gelir kaynaklarına yönelmek durumunda kalmaları, kamu sağlık hizmetlerini olumsuz etkilemektedir; c) sağlık hizmetlerinin sunumunun parçalı yapıda olması; d) özel sektörün potansiyelinin tam anlaşılmamış olması ve görev-sorumluluklarının tanımlanmamış olması; e) sağlığın güçlü belirleyicileri (temiz su kullanma imkanı, tatminkar sanitasyon, eğitim) herkese eşit olarak sunulamamakta (Kırsalda ve Doğu'da en basit kolaylıklardan bile mahrumiyet söz konusudur). Dünya Bankası 2002 Türkiye Sağlık Raporu, bu belirlemeler ışığında, seçeneğini aşağıdaki gibi önermektedir:"...Bu nedenle; mevcut durumda, bilinen sağlık harcamaları, Türkiye'nin bulunduğu ekonomik gelişme düzeyindeki bir ülke için • düşüktür. Sağlık sistemi, toplumun yoksul ve "kırılgan" kesimlerine ulaşamamaktadır • Nüfusun sağlık durumu, benzer gelire sahip ülkelerin çok altındadır. Bu bulgulara göre; • insanların sağlık durumunu iyileştirme şeklindeki nihai hedefe ulaşabilmek için.; Sağlık hizmetlerinin finansmanında, sunulmasında, düzenlenmesinde ve yönetiminde temel ve sistemli değişiklikler gerekmektedir Tek çare; sağlık sisteminde geniş çaplı bir yeniden düzenlemenin gerçekleştirilmesidir.
4. "Tek çare" söylemine genelde itiraz eden liberal söylemin, dünya ölçeğindeki muhafızı Dünya Bankası, kendi "tek çaresini/yolunu" net biçimde tanımlamaktadır: Türkiye'de sağlık sektörünün sorunlarını ele almayı hedefleyen reform stratejileri en az 5 alanda programlanmalı: a) kaynak seferberliğinin ve tahsisatının iyileştirilmesi, b) sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, c) sağlık hizmetlerine olan talebin artırılması ve bu hizmetlerin daha çok kullanılabilir hale getirilmesi, d) sağlık hizmetlerinin üretilip sunulmasındaki verimliliğin iyileştirilmesi, e) sağlık hizmetlerinin klinik etkinliğinin iyileştirilmesi.
5. a) Zorunlu evrensel sosyal sağlık sigortası ve isteğe bağlı tamamlayıcı özel sigorta. Çalışma Bakanlığı' na bağlı özerk bir organizasyon (Sağlık Fonu) kurulması, SSK ve Bağ-Kur'un devam etmesi, toplanan primlerin Sağlık Fonu'na aktarılması, tüm memurların Sağlık Fonu'na üye olup, sağlık sigortası primi ödemesi , Emekli Sandığı'nın, tüm sağlık primlerini, bu Fon'a aktarması; Yeşil Kart'ın, Sağlık Fonu ile birleştirilmesi, devletin ödeyemeyenler adına prim yatırması... b) Temel hizmetler paketi hazırlama ve kamu harcamalarını hedef alma. Ana-çocuk

ölüm ve hastalanma oranını düşürmek için, sağlık hizmetlerinin, temel hizmetler paketi çerçevesinde sunulması; sağlık personelinin yoksulların yaşadığı yerlerde çalışması için, teşvik stratejileri geliştirilmesi (ekstra ücret, daha kısa görev süresi, kıtlık bölgesinde hizmet verdikten sonra görev yerini tercih etme hakkı, uzmanlık programlarına alınma, vb). c) Devlet hastanelerinin yeniden düzenlenmesi ve daha fazla özerklik tanınması . Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerine özerklik tanınması; Sağlık Bakanlığı hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlı tek bir yasal kurum olarak birleştirilmesi, bu yarı kamulaşmış kurumun Bakanlıktan özerk olması; benzer durumun SSK hastaneleri için de geçerli olması; her iki özerk kurum arasında koordinasyon ve işbirliği olması, bu aşamada personelin devlet memuru kalması; ikinci aşamada, her tesise ayrı ayrı özerklik tanınması, her tesisin kendini yönetecek kapasiteye sahip olması, tüm personelin sözleşmeli olması. d) Kurumsal sorumlulukların birleştirilmesi ve yeniden tanımlanması. Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasındaki ilişkinin gözden geçirilmesi; Sağlık Bakanlığı'nun başlıca görevinin politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olması ve kalite kontrolü ile tüketici eğitimi ile ilgilenmesi; sağlık sektörü için önceliklerin belirlenmesi, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesi, kurumların akreditasyonu, uzmanlara lisans verilmesi, sigortanın düzenlenmesi ve denetimi, halk sağlığı işlevlerinin yönetimi, salgın hastalıkların gözetimi gibi işlevleri öncelikle üslenmesi; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın da evrensel sağlık sigortası sisteminin yönetimi ve işlevlerine denetim ve rehberlik sağlaması.e) Temel sağlık hizmetlerinin kuvvetlendirilmesi. Bu madde nin çıkış noktası; temel sağlık hizmeti sunan kişilerin konumunu iyileştirmektir. "Temel sağlık uzmanları"na , temel hizmet paketini sunarken, hem evde hem hastanede bakılan, hastaların tedavisinde çeşitli sağlık hizmeti sektörlerinin bütünleştirilmesini sağlayacak imkanlar verilmesi" şeklinde tanımlanan hedef, "bunu başarmanın bir yolu; aile hekimliği kavramının ve uygulamasının benimsenmesidir" denilerek, netleştirilmektedir. Proje iki aşamada ele alınarak; "Birinci aşamada, yasal ve kurumsal şartların yerine getirilmesi (3-5 sene); ikinci aşamada reform tedbirlerinin fiili uygulanması" diye "hat" çizilmektedir. (Dünya Bankası; Türkiye, Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar)

III. SON DÜZENLEMELERİ NASIL OKUMALI?

A. Genel sağlık sigortası sistemi ve sağlık sigortası kurumu kanunu tasarı taslağı

AKP'nin parti ve hükümet programında sıkça sözü edilen GSS hazırlıkları ile ilgili ilk doküman "HÜKÜMET PROGRAMI ve ACİL EYLEM PLANI ÇERÇEVESİNDE ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI'NIN SORUMLULUĞUNDA YÜRÜTÜLEN FAALİYETLERİMİZ" başlığı ile 15 Ocak 2003 tarihli olarak karşımıza çıkmakta ve dokümanda "Sosyal Güvenliğin Tek Çatı Altında Toplanması ve GSS'nin Kurulması" na ilişkin planlanan çalışmalar aktarılmaktadır. Bu dokümandaki takvime göre 1 Ocak 2004 tarihinden itibaren uygulamaya geçilmesi öngörülmüş ve bu öngörünün gereği olarak da Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından hazırlanan Genel Sağlık Sigortası Sistemi Ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanunu Tasarı Taslağı Haziran ayında kamuoyuna sunulmuştur.

Taslağın gerekçesinde "ülkedeki sağlık hizmeti sunumunun karmaşık ve rasyonel olmayan eşitsizlikçi yapısı" ifade edilmiş, tüm bunları değiştirecek eşitlikçi bir sistem olarak da tüm nüfusu kapsayan GSS 'ye çözüm olarak değinilmiş ve tasarıya yasal dayanak olarak Anayasa'nın 60.maddesinde yer alan herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olması gösterilmiştir. Gerekçesinde de temel amacın; nüfusun tamamının sağlık finansman güvencesi altına alınması, finansman ve hizmet sunumunun ayrılması, yönetimin desantralizasyonu, hastane yönetimlerinin özerkliği, maliyet etkili birinci basamak hizmet sunumu ve koruyucu hizmetlere yeniden odaklanma, insan gücünün çağın gereklerine uygun olarak daha iyi yönetilmesi olduğu belirtilmiştir. Taslakta GSS sisteminin kuruluş esasları, yönetsel yapıları, var olan sosyal güvenlik kurumlarının yeni sistem içindeki yer ve yapıları, kapsama alınacak nüfusun özellikleri ve kapsama alınma süreçleriyle(prim, teminat paketi vb) ilgili kurallar ve işleyiş ayrıntılı olarak belirtilmektedir. Taslakla tüm sosyal güvenlik kurumlarının birleşeceği ve GSS sisteminin ana yönetim organı olacak bir "Sosyal Güvenlik Kurumu"nun (ARA KAPATILDI) kurulması öngörülmektedir. İncelemekte olduğumuz tasarıya önemli bir alt yapı oluşturması planlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilatı Kanunu 16 Temmuz 2003 tarihinde sessiz sedasız TBMM'den geçirilerek, 24 Temmuz 2003 tarih ve 25178 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir(4947 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilatı Kanunu). Bu uygulama, gerekçede "Türkiye için uluslararası alanda gerçekleştirmek istediği bütünleşmelerle buluşan" bir uygulama olarak gösterilen GSS'nin yürürlüğe girme takvimi ile ilgili ne kadar titiz davranıldığını ortaya koymaktadır.

Bu hükümet döneminde yayımlanan benzer bütün metinlerde olduğu gibi, GSS Sistemi ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanun Tasarı Taslağında da ilk maddelerde amaç, kapsam ve tanımlar belirtilmiş, ancak yapılmak isteneni açıklamaya yönelik bütün kritik kavramlar bir bakıma karşılıksız bırakılmıştır. Örneğin, prim ödeme gücü olanlar yoksulluk sınırı üzerinde geliri olanlar olarak gösterilmiş, yoksulluk sınırı tanımlanmamış, hangi kritere göre belirleneceği açıklanmamış bunun yerine kimin belirleyeceğine yer verilmiştir. Dördüncü maddede, sigortalılığın başlangıcı ve “mecburi oluşu” ile ilgili hükümlere yer verilmiştir. Hemen arkasından gelen prim alınması ile ilgili beşinci madde ile, işsizlik sigortası alanlardan kesilecek primler ayrıca emeklilerin net maaşlarının %1'inin GSS payı olarak kuruma aktarılması hükme bağlanmıştır. Prime esas kazanç alt ve üst sınırının belirlendiği bir sonraki maddede çalışanların brüt kazanç, tazminat, ikramiye, fazla mesai gibi tüm gelirlerinin prime tabi olduğu belirtilmiştir. Yedinci maddede, prim oranı, “prime esas kazancın” %12.5'i olarak belirtilirken, bunun yaklaşık yarısının çalışanlar tarafından ödeneceği öngörülmektedir. Sekizinci maddede de patronların, ödemekle yükümlü olacakları işçi ücretlerinin %6.5'i oranındaki prim ödemelerini gider olarak gösterebilecekleri belirtilmektedir. Bunun günümüzdeki anlamı patronların ödemesi gereken söz konusu prim ödentilerinin %30'u ödemeleri gereken vergiden düşülebilecek; patronların ödeyeceği prim oranı %4.5 olacaktır. Sekizinci ve sonraki maddelerde ise, primlerin nasıl ödeneceği, ödeme gücü olmayanların durumu ile ilgili düzenlemeler yer almaktadır. Ancak bu düzenlemeler içinde yine sekizinci maddede, günlük kazanç dikkate alınarak aylık prim tespitinden söz edilmesi, ilk bakışta anlaşılmasız görünmekte, ne var ki , bir sonraki maddede her gün çalışmayanlar için gerekirse fark primi ödenmesi ile ilgili düzenlemelerin olması tasarımı hazırlayanların esnek çalışma prensipleri ile çalışmama ne kadar özen gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Onuncu maddede, Sosyal Sigorta Kurumları ile Sosyal Hizmet ve Yardımlar Kurumuna “GSS için yaptıkları çalışmalara karşılık, her yıl toplanan primlerin %1'ini geçmeyecek şekilde masraf ödenir” ifadesi yer almaktadır. İlgili kurumlara ne kadar masraf ödeneceği Sosyal Güvenlik Kurulunun tespitine bırakılmıştır. Bu madde yönetsel maliyetlerin ifade edilmeye başlandığı ilk maddelerden biridir ve tasarının kalan kısmında da benzer düzenlemelerde bu konudaki esas belirleyen olarak Sosyal Güvenlik Kurulu gösterilirken bunların hangi ilke ve kurallar çerçevesinde gerçekleştirileceğine değinilmemiş, tasarıda kapsamında bir “belirsizlik” tercih edilmiştir.

Katkı paylarından bahseden on birinci maddede poliklinik muayene ücretleri için bile katkı payı ödeneceği belirtilirken, sigorta kapsamının yani teminat paketinin ne kadar dar olacağını işareti verilmektedir. Hem

ücretlilerden hem emeklilerden yüksek oranlarda prim kesilecekken bir de hizmetlerin büyük çoğunluğu için katkı payı öngörülmektedir.

Tasarımın bundan sonraki bölümünde prim ödeme gücü bulunmayanlarla ilgili düzenlemeler bulunmakta ve kimlerin prim ödeme gücü olmadığını belirlemekle ilgili kriterler belirtilmemektedir. Yine bu bölümde parası olmayanları devlet destekleyecek gibi iyimser bir havanın hemen arkasından gelen Onüçüncü maddede prim ödemesini süresinde yapmayanlarla ilgili yaptırımlar karara bağlanmış ve bu yapılırken “sigortacılık temel mantığı ve ilkeleri” gerekçe gösterilmiştir. Sistemin sürdürülebilirliği için ne olursa olsun, yükümlülerin primlerini düzenli olarak ödemesi için gerekli hassasiyet fazlasıyla gösterilmiş, primini zamanında öde(ye)meyenlerin öngörülen yardımlardan yararlanamayacağı hükme bağlanmıştır. Ancak yine de “insaflı” davranılarak bu maddenin bitiminde şöyle bir ibareye yer verilmiştir: “Primini ödemeyenler, borçlarının zam ve faizleri ödenene kadar”, belirlenmiş hizmetlerden yararlanamazlar ancak “hayatı tehdit eden acil hastalık riskine karşı korunurlar”.

Prim önerdikleri sistemin vazgeçilmez koşuludur. Öyle ki madde ondörtte yurtdışına çıkanlar oraya taşınmadıkları sürece prim ödemeye devam edecekleri ancak bu kişilerin ülke dışındayken gereksinim duyacakları sağlık hizmetleri kurum tarafından karşılanmayacağı ifade edilmektedir.

On altıncı madde Temel Teminat Paketi ile ilgilidir. Temel Teminat Paketi, içeriğinde katkı payı(prime ek cepten ödeme) olan bir finansman tercihinin ikizi sayılan hizmet sunum biçimidir ve kesilecek/toplanacak primlerin sağlık hizmetlerinin büyük kısmından yararlanmak için yeterli olmadığını teknik dilde açıklamasıdır. Ancak, aynen katkı payında olduğu gibi, bu paketin içeriği de yani hangi hizmetlerin yalnızca prim ödemesi ile(katkı payı ödmeden) ulaşılabilir olduğu, kısaca “ayrıntılar” yönetmeliğe, dolayısıyla Yönetim Kurulu'na bırakılmıştır. Bu yaklaşımın doğası gereği her türlü ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçlerinden de katkı payı alınacağı, bununla ilgili esas ve usullerin kurumca hazırlanacak yönetmelikle belirleneceği belirtilmektedir.

Bunların ardından teminat paketi içinde yapılacak yardımlarla ilgili düzenlemeler gelmektedir. Bu bölümde, yapılacak yardımlarla ilgili neredeyse tüm alt başlıklarda katkı payından söz edilmesi de çarpıcıdır. Tabii ki, tasarıda katılım payının geçtiği her yerde olduğu gibi, bu bölümde de ayrıntılar, yönetmeliğe ve yönetim kuruluna bırakılmıştır. Yine bu bölümde, teminat paketinin mantığının altını çizmek için maddenin gerekçesinde şöyle bir ifade yer almaktadır: “Teminat paketinde, kişiler için gereken ölçüde sigorta yardımlarının yer alması esas olmakla birlikte(nelerin gerekebileceğini Yönetim Kurulu belirleyecektir), bu yardımların kişilerin her

türlü isteklerini tam olarak karşılaması beklenemez”. Maddenin kendisinde de şöyle bir çözüm getirilmiştir: “Temel teminat paketi dışında, ek hizmet almak isteyen kimseler veya sosyal sigorta kurumları kapsamında bulunan sigortalılar ve hak sahipleri için, bu hizmetin karşılığı ödenmek suretiyle bu kanun kapsamı dışında kalan sağlık yardımlarını alabilirler”. Buradan anlaşıldığı kadarıyla, tasarımı hazırlayanlar, herkese eşit sağlık hizmeti için ücret ödemeyi bir ön şart olarak koymuşlardır. Yine bu bölümde, hastaların hekim seçme özgürlüğü gibi absürd bir gerekçe üzerinden yaptıklarını meşrulaştıran tasarı sahipleri, “sevk zincirine uyulmadan yapılan başvurulara ilişkin giderler hiçbir suretle karşılanmaz” ibaresi ile kendi kendileri ile çelişmişlerdir. Bu maddenin sonunda “sigortalıların üç aylığa kadar olan bebekler hariç, sigortalı sayıldıkları tarihten itibaren en az üç ay prim ödemiş olmaları veya kendileri için en az üç ay prim ödemiş olması gereklidir” ibaresi yer almaktadır ve belirtilmesi de sigortacılık genel prensipleri, gerekçede belirtilen herkese adil ve eşit hizmet anlayışına tercih edilmiştir. Bundan sonraki bölümde maliyetlerin belirlenmesi(GSS kapsamında satın alınacak hizmetlerin maliyetleri) ile ilgili tüm yetki Çalışma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, TTB, TEB, TDB ve Kurum tarafından tespit edilecek Üniversite ve Eğitim Hastaneleri ile özel sağlık kuruluşlarının temsilcilerinden oluşacak teknik kurullara bırakılmıştır. Yine bu bölümde kurum veya teknik kurulların gerektiği hallerde maliyetlerin belirlenmesi amacıyla araştırma yaptırabileceği ve hizmet satın alabileceği hükme bağlanmıştır. Bu maddenin en sonunda, kurumun genel olarak sağlık hizmeti satın alırken, ilaç hariç maliyet bedellerinin altında sözleşme yapamayacağı ifadesine yer verilerek kendilerinin sürekli savunduğu serbest piyasa ve rekabetle daha ucuz sağlık hizmeti alınacağı savıyla çelişmiş ve bir bakıma sağlık hizmeti satan kurumların(işletmelerin) rekabetten zarar görmemesi için daha başından önlem alınmıştır.

Yirminci maddede “bu kanun gereğince, sağlık hizmeti alacak olanların muayene ve tedavileri için başvuracakları sağlık tesisleri ile hekimlerin isim ve adresleri kurumca sigortalılara duyurulur. Sağlık hizmeti alacak olanların muayene ve tedavileri için isim ve adresleri duyurulan sağlık tesisleri ile hekimleri seçme hakkı vardır” denilmektedir. Tasarımı hazırlayanların hekim ve tesis seçme ile sevk sistemine uyma arasında bir karar vermesi gerektiği çok açıktır. Bu konuda tasarıda sık gözlenen çelişki, tesis ve hekim seçme özgürlüğünün ancak sağlık hizmeti kullanımında ücret ödeme ile mümkün olabileceğini ortaya koymaktadır.

Tasarımın kalan kısmında “Sağlık Sigortası Kurumu” ile ilgili maddeler yer almaktadır. Yirmi üçüncü maddede, bu kurum için “Bakanlığa bağlı; bu kanun ve özel hukuk hükümlerine tabii, mali ve idari bakımdan özerk ve kamu tüzel kişiliğine haiz, Sağlık Sigortası Kurumu kurulmuştur” ifadesi yer almaktadır. Kurumun organları olarak “Yönetim Kurulu” ve “Genel

Müdürlük Kuruluşu” belirlenmiş, daha sonraki maddelerde bu iki yapı üzerine benzer bütün tasarımlarda yer alan teknik düzenlemeler yapılmıştır. Ancak yine de bazı bölümlerin altının çizilmesi gerekmektedir. Örneğin, yirmi beşinci maddede Yönetim Kurulu’nun yapısı ile ilgili bölüm şöyledir: “Yönetim Kurulu bir başkan ve yedi üyeden oluşur. Genel Müdür, Yönetim Kurulu Başkanı ve doğal üyesidir. Bir üye Maliye Bakanı’nın, bir üye Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı’nın, bir üye Sağlık Bakanı’nın önerisi üzerine müşterek kararname ile atanır. İşçileri, devlet memurlarını, bağımsız çalışanları, işverenleri temsil etmek üzere birer asil ve yedek üye ise kendi temsilcileri tarafından gösterilecek üçer aday arasından Genel Kurul’da seçilerek Yönetim Kurulu’nda yer alır”. Böyle bir Yönetim Kurulu’nun, geniş toplum kesimlerini ne kadar temsil edebileceği ortadayken bu maddenin gerekçesinde tasarımı hazırlayanlar temsil hakkı ve çoğulculuk gibi kavramları kullanarak demokrasıcılık oynamaktadırlar. Bu oyun bir sonraki maddede de devam etmiş, Yönetim Kurulu’nun çalışma düzeni ile ilgili bölümde şöyle bir ifade yer almıştır: “oylarda eşitlik halinde(böylesine eşitsiz bir temsiliyete rağmen), başkanın bulunduğu taraf çoğunluğu sağlamış sayılır”. Yönetim Kurulu’nun görev ve yetkilerinin hükme bağlandığı bölümün gerekçesi için neredeyse sadece “özellikle kanun kapsamında bulunan sigortalılara verilecek” temel teminat paketi içinde yer alan sağlık yardımları ile bu yardımlar için ödenecek katılım oranlarının belirlenmesine değinilmesi başka bir yoruma gerek bırakmamaktadır. Genel Müdürlük’ün görev ve yetkilerinin belirlendiği otuzbirinci maddenin gerekçesinin de benzer şekilde olması dikkat çekicidir: “Kurum fon ve gelirlerinin en verimli şekilde kullanılmasını sağlar. Teminat paketinin içeriğinin ve katılım oranlarının tespit eder” ifadesi gerekçede yer almaktadır. Özetle, “genel müdür her şeyi belirler, yayımlar, karar verir ve uygular” denmektedir. Sonraki bölümlerde Daire Başkanlıklarının yapılanması ile görev ve yetkilerine değinilmiştir.

Otuz üçüncü maddede, personel rejimi ve sözleşmeli personel kavramlarından söz edilmektedir. Sonraki maddede nüfusu 250 binden fazla yerler için “acentelikler” kurulabileceği hükme bağlanmıştır. Daha sonrasında gelirler tanımlanmıştır.

Kurum hakkında haciz ve iflas hükümleri yürütülemeyeceği ile Kurumun Sayıştay Kanunu hükümlerine tabii olmadığının belirtildiği otuzbirinci madde ile günümüzde örneklerini gördüğümüz her türlü kamusal denetimden uzak üst kurullar gibi bir yapı hedeflenmektedir.

Otuz sekizinci maddede hizmet üretim ve sunumunun kurum için yasak olduğu belirtilmiştir: Bu maddede ve maddenin gerekçesinde atıl kaynakların aktif hale dönüştürülmesi için hizmet binası dışında tüm gayri menkullerin en geç iki yıl içinde satılması ifadesi tasarımı hazırlayanların

sağlık alanında özelleştirme için ne kadar sabırsızlandıklarını ortaya koymaktadır. Bu maddedeki vurgularını yetersiz bulmalarından ötürü olsa gerek bir sonraki maddede kurumun sağlık hizmeti üretmeyeceği gerekirse sözleşme ile satın alacağı bir defa daha belirtilmiştir. Tasarıyı hazırlayanlar özelleştirme konusunda öylesine coşkulu görünmektedirler ki kırkbirinci.madde ile gerekli durumlarda denetim için de hizmet satın alınabileceği kayıt altına alınmıştır.

Son bölümde geçici maddeler yer almaktadır. Kurumun ilk kuruluş giderlerinin genel bütçeden finanse edileceği, ilk üç yılda sistemde ortaya çıkacak açıkların Hazine tarafından karşılanacağı, kurumun hizmet binası ve personel ihtiyacının kamudan temin edileceği, özetle her türlü gereksinimin kamu kaynaklarından sağlanacağı belirtilmiş ancak Kanun'un gerekçesinde ise kamu giderlerinin azaltılması, etkin ve verimli kullanılmasının hedeflendiği dile getirilmiştir. Geçici yedinci maddede, “bu Kanun’un yürürlüğe girdiği tarihten itibaren kurulu bulunan kurumların alacakları, borçları, mevcut bütçe gelirleri ve tüm ödenekleri Kurum’a devredilmiş sayılır” ifadesi ile tüm kamusal kaynakların bu Kurum’a aktarılması garanti altına alınmış olmaktadır.

Özetle;

GSS'nin Türkiye'nin içinde bulunduğu koşullarda başarılı olması güçtür. Sosyal sigortaya dayalı “İyi kurulmuş” finansman sistemlerinin başarılı olarak yürütülebilmesi için aşağıdaki dört koşulun yerine getirilmesi gerekmektedir :

- 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.

Hükümetin GSS girişiminde bu dört ilkedden (a) ve (c)'yi sağlamaya çalıştığı gözlenmekle birlikte; (b) ve (d) için ne gibi önlemler aldığı açık değildir. GSS prim ödemeye dayalı bir sistemdir. Türkiye, toplumun prim ödeme konusunda “istekli” olmadığı bir ülkedir ve bu isteksizliğin temelinde yoksulluk, populizm (Sürekli çıkarılan prim afları) ve kötü yönetim yatmaktadır. Bugün Bağ-Kur'un prim alacaklarının yalnızca %15'ini toplayabildiği bilinmektedir. SSK'da bu oran daha

yüksek olmakla birlikte (%82) %100 düzeyinde değildir. Prim toplama zorluğu GSS'nin önündeki önemli sıkıntılardan biridir ve Çalışma Bakanlığı'nın GSS'yi bir seçenek olarak sunarken prim toplamayı nasıl güvence altına alacağına ilişkin toplumu ikna etmesi gerekmektedir. TTB, Türkiye'de GSS için sürekli/düzenli olarak prim toplanamayacağını düşünmektedir.

“Düşük ve yüksek gelirli kişiler arasında dengeli gelir dağılımını sağlamak için bir mekanizmanın geliştirilmesi” konusu ise, Türkiye'nin önündeki en önemli sorunlardan biridir. Gelir dağılımı giderek bozulmakta, sınıflar arasındaki gelir düzeyi farklılıkları artmaktadır. AB ülkelerinde 0,21 düzeyinde olan Gini Katsayısı Türkiye'de 0.49 düzeyindedir. Gelirin bu kadar adaletsiz dağıldığı bir ülkede, prime dayalı bir sigorta sistemi ile sağlık hizmeti sunmayı zorunlu hale getirmek, toplumun sağlığını olumsuz etkileyecektir.

Sağlık hizmeti pahalılaşacaktır. Bir yandan GSS için kurulacak yeni kurumlarla birlikte yönetsel maliyetler artacak, diğer yandan GSS hizmet satın almaya dayalı bir sistem olduğu için sağlık hizmetlerinin bedeli yükselecektir. Bu durum hem vatandaşın cebinden fazla para çıkmasına, hem de devletin bütçeden ayırdığı payın artmasına yol açacaktır.

Vatandaşın yararlandığı sağlık hizmeti “Temel Teminat Paketi” ile daraltılmaktadır. Temel teminat paketi dışında kalan sağlık hizmetleri için vatandaş ya ikinci bir prim ödeyerek özel sağlık sigortası yaptırmak, ya da sağlık harcamalarını cebinden karşılamak zorunda kalacaktır. Yoksullar her iki seçenekten de yoksun kalacağı için, bu durum sağlıkta eşitsizlikleri artıracaktır.

Vatandaşın bugüne kadar cebinden para harcamadığı hizmetler için “Katkı payı” alınacaktır. Sağlığı ticareti yapılabilen bir meta olarak algılayan anlayış, katkı payı söz konusu olduğunda da “arz/talep”, “rekabet” ve “kar/zarar” kavramları üzerinden katkı paylarını saptamaya yönelebilir ve bu durum da toplum sağlığı için tam bir “felaket” olabilir.

Primini ödeyemeyen hizmetten yararlanamayacaktır. Bu durum, sağlığı en temel insan hakkı olmaktan çıkarmakta, “Ticari bir ürün” niteliğine büründürmektedir. Kabul edilemez.

Emekliler prim ödemek zorunda kalacaklardır. Zaten çok güç koşullarda yaşam mücadelesi veren emeklilerden prim kesilmesi kabul edilemez.

Sağlık çalışanları “Sözleşmeli” statüye zorlanacaktır. Hükümetin GSS ile birlikte yürütmeye çalıştığı aile hekimliği, yerel yönetimler ve kamu idare yasaları bir arada ele alındığında; kamu çalışanlarının iş güvencesinden yoksun ve sözleşmeli statüde çalıştırılmalarının hedeflendiği gözlenmektedir.

Prim ödeme gücü olan/olmayanların nasıl saptanacağı açık değildir. Ülkemizde yaşayanların gelir, menkul ve gayri menkullerinin bilinmemesi, prim ödemeye baz alınacak sınır değer belirlenmesini ve kimlerden prim alınacağını saptanmasını neredeyse olanaksız kılmaktadır. Yeşil Kart'ın gereksinimi olanlar yerine, varsıllar tarafından da kullanılmasının engellenemediği bilinmektedir. Kayıt-dışı ekonomi yok edilmeden, prim toplamaya dayalı bir sağlık sigortası sistemine geçmek, primin yalnızca geliri bilinen kişilerden toplanmasına yol açabilir ki; bu da hem gelir dağılımını daha da bozabilir hem de sağlıkta eşitsizlikleri artırabilir.

B. Sağlık Bakanlığı İle Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımına Dair Protokol

Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı arasında düzenlenen 01.07.2003 tarihli protokol ile herhangi bir kamu sosyal güvenlik kurumunca sağlık sigortası altında bulunan herkesin Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık tesislerinden yararlanabileceği ve bunun esasları hükme bağlanmıştır. 31.12.2003 tarihine kadar geçerli olan ve bitiminden en az 30 gün önceden taraflardan birinin değişiklik ya da fesih isteğinde bulunmaması halinde aynı koşullarla bir yıl daha uzatılmış sayılacak protokole göre Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensupları ile aktif devlet memurları ve yeşil kart sahipleri Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık tesislerinden, Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık yardımından yararlananlar da Sağlık Bakanlığı sağlık tesislerinden yararlanabileceklerdir. Protokol kapsamındaki iller Ankara, İstanbul, İzmir, Rize, Sivas ve Yalova olarak belirlenmiştir. Protokole Analık Sigortası, Malüllük Sigortası, İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Sigortası ve Yurtdışı Sigortalısı bu protokole dahil edilmemiştir. Protokol, uygulamanın nasıl işleyeceği, faturalandırmanın esasları, kurumlar arasında ödemelerin nasıl yapılacağı, ilişkilerin nasıl sürdürüleceği, kurumlar arasında personel ve diğer konularda nasıl işbirliği yapılacağı gibi konuları ayrıntılı olarak anlatmaktadır.

İlk başvuru yeri Sosyal Sigortalar Kurumu ya da Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık birimleri olarak belirlenmiştir. Bu yolla başvuran hastaların birinci basamakta tetkik ve tedavisi mümkün olamıyorsa ikinci basamak sağlık tesislerine “*hastane ve hekim adı*

belirtilmeksizin, yalnızca ilgili uzmanlık dalının adı yazılarak” sevk edilebileceklerine yer verilmiştir. Protokole göre ikinci basamak sağlık tesislerinde yapılamayacak olan tetkik, tahlil ve tedaviler için üçüncü basamak sağlık tesislerine ya da anlaşmalı özel kurumlara sevk yapılabilecektir. Anlaşmalı özel kurumlara sevk yapılması halinde ilgili sosyal güvenlik kurumunun anlaşmalı olduğu özel kurum tercih edilecektir.

On ikinci ve onüçüncü maddede Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu’na bağlı hastaneler arasında teknik, personel ve destekleyici işbirliğine yönelik planlama çalışmalarının ilgili başhekimlerce yapılacağı ve mülki amir ve Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından onaylanarak yürürlüğe gireceği ile aynı il sınırları içinde bulunan Sosyal Sigortalar Kurumu ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bulunan uzmanlık dallarında boşluk yaşanmaması amacıyla tüm uzman hekimleri kapsayan yıllık izin planlamasının ilgili başhekimlerce yapılacağı belirtilmektedir.

Protokol, hastaların koruyucu sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaları esasını getirmektedir. Birinci basamak sağlık birimi hastayı sevk ederse muayene ücretinin % 30 indirimli olarak ödenmesi, Sosyal Sigortalar Kurumu hastalarının ayaktan tedavilerinde düzenlenen reçete içeriğinin Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından bildirilecek yöntemle ve yine kurum tarafından bildirilecek eczanelerden temin edileceği, bu hastalar için Sosyal Sigortalar Kurumu İlaç Talimatı’nda belirtilen kurallar ve ilaçlar dışında reçete düzenlenemeyeceği hükümleri bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı’na ait yataklı sağlık tesislerinde yatarak tedavi gören SSK’lı hastalar için ilaç kullanımında SSK İlaç Talimatı’na uyulacaktır ve bu ilaçlar Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından Sağlık Bakanlığı yataklı sağlık tesislerinde kurulacak SSK İlaç Birimi tarafından karşılanacaktır. Sosyal Sigortalar Kurumu ihtiyaç duyduğu ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülen Sağlık Bakanlığı yataklı sağlık tesislerinde “İrtibat Bürosu” kurulacaktır. Bu büronun tüm fiziksel yapı ve donanımı Sağlık Bakanlığı tarafından personeli ise Sosyal Sigortalar Kurumu tarafında sağlanacaktır.

Fiziki yetersizlik, bölgede yeterli sigortalı nüfusun bulunmaması, gerekli personel ve tıbbi donanımının SSK tarafından sağlanamaması nedeniyle çalıştırılmayan ya da atıl durumda bulunan SSK’ye ait sağlık tesislerinden; Sosyal Sigortalar Kurumu Yönetim Kurulu’nca uygun görülenler arasından Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın mutabakatı ile belirlenecek tesisler ilgili mevzuatlar çerçevesinde Sağlık Bakanlığı’na kiralanabilecektir. Aynı şekilde “Sağlık Bakanlığı’na ait sağlık tesislerinden, yine Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın mutabakatı ile belirlenecek olanlar aynı çerçevede SSK’ye kiralanabilir” hükmü getirilmektedir. Protokolün

uygulandığı bölgelerde Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu karşılıklı olarak birbirlerinin idarecilerine adaptasyon eğitimi yaptırılacaktır.

Protokolün imzalanmasını takiben uygulamaya ilişkin bilgiler içeren bir "Sağlık Bakanlığı-Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanım Protokolü Genelgesi" de yayımlanmıştır. Bu genelgede de; ek olarak protokolün kapsamının temelde hastalık sigortası ile sınırlı olduğu özellikle vurgulanarak, SSK sağlık tesisleri dışında yapılacak doğumlar için SSK tarafından ödeme yapılmayacağı, uygulamanın başladığı illerde ortaya çıkabilecek sorunların çözümü için "Eşgüdüm Merkezleri" kurulacağı belirtilmiştir.

Protokolün temel gerekçeleri olarak, atıl kalan Sağlık Bakanlığı hastanelerinin SSK'lılarca da kullanılabilmesi sağlanarak SSK'ye bağlı hastanelerdeki yoğunluğun azaltılacağı, SSK'li hastaların sağlık hizmetine ulaşmalarının artık daha kolay olacağı, sevk zincirinin işletilebileceği savları öne sürülmektedir. Bu sayede yıllardır kuyruklarda bekleyen SSK'li hastalar da artık kolay ve çabuk bir şekilde sağlık hizmetine ulaşabileceklerdir. Sevk zincirinin işleme ile sağlık hizmetleri rayına oturacaktır.

Yıllardır personel ve donanım anlamında hemen hiç yatırım yapmayan ve ülkedeki tüm sağlık personelinin yaklaşık % 10'u ile nüfusun yaklaşık yarısına hizmet veren SSK son on yılda giderek daha fazla hizmeti kurum dışından satın almaya başlamıştır ve bu yolla kaynaklarının büyükçe bir kısmını özel sağlık tesislerinden hizmet olarak dışarıya, özel sektöre aktarmaktadır. Yıllardır siyasi iktidarı ve dolayısıyla SSK'yi ellerinde tutanlar kurumun hem finansman hem de hizmet üreten olmaktan çıkarılarak sadece finansmandan sorumlu ve hizmet satın alan bir kurum olması gerektiği düşüncesindedirler. Bu nedenle kurum geçtiğimiz yıllarda finansman ve sağlık hizmeti sunan iki ana bölüme ayrılmış ve hastaneler işletmeleştirilmiştir. Bir diğer ayrıntı, AKP hükümetinin GSS sistemine geçiş hazırlığıdır.

Bu bilgiler ışığında protokolün arka planı daha kolay okunabilir. Bu protokolle, SSK dışarıdan satın almakta olduğu sağlık hizmetlerinin çok büyük bir kısmını Sağlık Bakanlığı'ndan satın almaya başlayacaktır. Eskiden sadece kurum içinde verilemeyen hizmetler satın alınmaktayken, bu protokolle SSK kendi kurumlarında üretebildiği tüm hizmetleri de satın alır hale gelmiştir. Bu protokol SSK'nın kaynaklarının Sağlık Bakanlığı'na aktarılmasının yanında, gelecekte tüm SSK sağlık birimlerinin bir şekilde Sağlık Bakanlığı'na da başka kurumlara (özel ya da kamu) devredilerek, SSK'nın hizmet üretmeyen sadece satın alan bir kurum haline dönüştürülmesinin bir ön adımı olarak okunmalıdır. Ayrıca, bu protokolle

çeşitli kurumlardan hizmet alanların tüm sağlık birimlerini kullanması sağlanarak GSS için de altyapı oluşturulmaktadır.

Ancak, protokolün yalnızca altı aylık ve altı ili kapsar biçimde düzenlenmiş oluşu, her ne kadar yıl sonunda bir yıllığına uzatılabilmesi mümkünse de bunun önünü göremeyen hükümetin bir denemesi olduğu izlenimini vermektedir. Bütün bunların yanı sıra, zaten az sayıda sağlık çalışanı ile hizmet vermekte olan Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinde önemli bir işgücünün ve donanımın karşılıklı faturalandırma, ödeme vb. gibi işler için ayrılması gerekecek, önemli bir parasal kaynak bu uygulamanın yürütülmesi için ilk yatırım olarak harcanacaktır. Uygulama sırasında doğabilecek hatalar ve karmaşa nedeniyle pek çok hasta mağdur olabilecek, bürokratik işlemler nedeniyle eski kuyruklara yenileri eklenecektir. Daha ilk günden görüldüğü gibi sevk zinciri çalışmaz hale gelmiştir.

Özetle bu protokolle;

1. SSK'nin zaman içinde sadece finansmandan sorumlu, hizmet üretmek yerine satın alan bir kuruma dönüşmesinin yolu açılmakta, GSS için bir alt yapı hazırlığı yürütülmektedir,
2. SSK'nin kendi verebildiği tüm hizmetleri daha yüksek bir maliyetle (yaklaşık üç kat) Sağlık Bakanlığı'ndan satın almasının yolu açılmıştır,
3. Birinci basamak sağlık kuruluşlarından sevk kaldırılmış, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin bahçelerine Sağlık Ocağı İrtibat Büroları açılarak, göstermelik sevk işlemi yapılır hale gelmiştir. Pratisyen hekimler hastane bahçelerinde triaj hekimliği yapmaktadır.
4. SSK mensupları SB hastanelerinde muayenelerinden sonra, ilaçları için yine SSK kurumlarına gitmek zorunda kalmaktadırlar.

C. Sağlık Bakanlığı-Bağ-Kur Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Protokolü

Bu bölümde, "1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu, 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu ile Sağlık Bakanlığı Arasında İmzalanan Sağlık Hizmetleri Protokolü" değerlendirilmeye çalışılacaktır. 01.05.2003 tarihli Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ile Sağlık Bakanlığı arasında Sağlık Hizmetleri konusunda imzalanan protokolün, AKP Hükümeti ve Sağlık Hizmetleri düzenlemesi açısından belki de kısa vadeli bir uygulama olması dikkate alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Protokol, Bağ-Kur sigortalılarının Sağlık Bakanlığı kurumlarından sağlık hizmeti almalarına dair usul ve esasları belirlemektedir.

Protokole göre Bağ-Kur sigortalıları, Sağlık Bakanlığı'na ait 1. ve 2. basamak sağlık kuruluşlarına doğrudan başvuruda bulunabilmekte, 3. Basamak kuruluşlarından ise ancak sevk edilirlerse(acil durumlar dışında) hizmet alabilmektedirler. Bir ay öncesine kadar prim borcu olanlar hizmetlerden yararlanamamakta, tedavi masrafları hastane tarafından rucuen tahsil edilmektedir. Oral beslenme solüsyonları, diyet mamalar, büyüme hormonları ve Bakanlıkça fiatı belirlenmemiş preparatlar Hastane Sağlık Kurulu Raporu varsa karşılanmakta, bu raporun bulunmaması durumunda ödenmemektedir. Refakatçı, ambulans ve yol ücretleri kurum tarafından ödenmemektedir. Kardiyolojik cerrahi, kadın doğum, göz hastalıkları, invaziv girişim vb. uygulamalarda paket fiyat tespiti üzerinden ödeme yapılması öngörülmüştür. Ödeme şartları ve zamanına ilişkin olarak 1. basamak sağlık kurumlarında uygulanan Sağlık Bakanlığı fiyat tarifesinin, tetkik ve tahlillerde 2. basamakta uygulanan S.B. tarifesinden %20 indirimli fiyatların uygulanacağı ayrıca tıbbi sarf malzemelerinin hastalara aldırılmayacağı ve bedelinin ödenmeyeceği, İthal Ana Malzemelerde standart (ISO, CE vb.) aranacağı belirtilmektedir.

Protokolde sigortalıların, ayakta poliklinik hizmetlerine katılım payı ödeyecekleri(prim ödeyenler %20, aylık alanlar %10 oranında), katılım payından muaf protez, ortez ve araç gereç için %20 katılım payı ödeneceği, ancak katılım payının aylığın %65 ni geçemeyeceği vurgulanmaktadır. Ödemelerde hastanede klinik şefinin yapılan tedavi ve girişimleri onaylaması gerektiği belirtilmektedir. Denetimin Bakanlık ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğü elemanları tarafından yapılacağı yer almaktadır.

Protokolde ödemeler konusunda yaşanan olumsuzluklar göz önüne alınarak kurum fazla ve gereksiz ödemelere karşı korunmaktadır. Sayıları 10 milyonu aşan Bağ-Kur ve tarım çalışanlarının ülkede yaşanan ekonomik krizlerle ancak %10 nun düzenli prim yatırabildiği düşünülürse, bir ay öncesinden prim borcu olanlara sağlık hizmeti verilmemesi ciddi mağduriyet yaratmaktadır. Her basamakta katkı payı ve kuruma ödeme paralı sağlık hizmeti anlayışını meşrulaştırmaktadır. İkinci basamağa doğrudan başvuru ile sevk zincirinin önemli ayağı atlanacaktır. Refakat, ambulans ve yol ücretlerinin karşılanmaması diğer çalışanlarla eşitsiz ve haksız bir uyulama getirmektedir. Tıbbi sarf malzemesinin sigortalıya aldırılmaması ve hastane tarafından karşılanması olumlu bir uygulama olarak görülebilir; ancak, pratikte yaşananlar uygulamanın tam tersi olabileceğini göstermektedir. Protez ve bazı tedavilerde sigorta öncesi durum ele alınarak önceki sağlık sorunları özel sigorta gibi kapsam dışında bırakılmaktadır. Ödeme yapılması için klinik şefinin onayının aranması tedaviyi yürüten diğer hekimleri özlük hakları konusunda sıkıntıya sokacaktır.

Denetimde sigortalıları temsilen kimse bulunmaması demokratik katılıma ne kadar(?) açık bir uygulama olduğunu göstermektedir. Özetle AKP Hükümeti'nin GSS Yasasını da hazırladığı bir dönemde geçiş protokolü olarak değerlendirmek gerekmektedir. "Prim yoksa, katkı payı yoksa sağlıkta yok" anlayışının ve genel politikanın bir parçası olduğu gözden kaçırılmamalıdır.

D. "4924 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" Ya Da Diğer Adıyla "Çakılı Kadro" Yasası ve Getirdikleri

AKP Hükümeti'nin kısaca "Çakılı Kadro" diye adlandırdığı 4924 sayılı Yasa, 10 Temmuz 2003 tarihinde TBMM (Türkiye Büyük Millet Meclisi) tarafından kabul edilmiş ve 24 Temmuz 2003 tarihinde 25178 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu Yasa, AKP Hükümeti'nin sağlık sisteminde yapmaya çalıştığı düzenlemeler arasında TBMM'den çıkan ilk yasa olma özelliği de taşımaktadır.

Yasa, Sağlık Bakanlığı'nın personel açığı olan yerlerde sözleşmeli statüde sağlık çalışanı istihdam etmesi amacıyla çıkarılmıştır. Yasa taslağı (ELEMEN TEMİNİNDE GÜÇLÜK ÇEKİLEN YERLERDE SÖZLESMELİ SAĞLIK PERSONELİ ÇALIŞTIRILMASI İLE BAZI KANUN VE KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMELERDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASI HAKKINDA KANUN TASARISI) kamuoyuna Sağlık Bakanlığı tarafından iki temel gerekçe ile sunulmuştur. Bu gerekçelerden biri, "mecburi hizmet yasası" adıyla bilinen "2514 sayılı Bazı Sağlık Personeline Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun" un yürürlükten kaldırılmasıdır (Yasanın 14. maddesi gereği yürürlükten kaldırılmıştır). İkinci olarak ise Sağlık Bakanlığı, taslakta "özellikle sağlık personeli temininde güçlük çekilen yörelerde acil ihtiyacımız olan unvan ve branşlarda sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfında personelin bir an önce temini ve bu yörelerimizde personelin kalıcılığının sağlanması bakımından ve ayrıca temininde güçlük çekilen özel bilgisine ve ihtisasına ihtiyaç duyulan personelin istihdamını kolaylaştırmak için sözleşmeli personel istihdamına ilişkin kanuni düzenleme yapılmasına ihtiyaç" duyulduğunu belirtmektedir.

Taslak, "eleman temini konusunda güçlük çekilen 26 ili" kapsamaktadır (Adıyaman, Ağrı, Ardahan, Artvin, Batman, Bayburt, Bingöl, Bitlis, Diyarbakır, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gaziantep, Gümüşhane, Hakkari, Iğdır, Kars, Kilis, Malatya, Mardin, Muş, Siirt, Şanlıurfa, Şırnak, Tunceli, Van). Yasanın TBMM'de kabul edildiği şekilde ise, "sözleşmeli personel istihdam edilecek hizmet birimleri" nin Sağlık Bakanlığı'nın teklifi ile Bakanlar Kurulu tarafından yılda bir kez belirlenmesi hükmü getirilmiştir. Bu

durum, Sağlık Bakanlığı'nın sunduğu gerekçelerden farklı olarak bundan sonra kendi belirleyeceği bölgelerde sözleşmeli statüde personel çalıştıracağı anlamına gelmektedir. Kısaca, bu Yasa ile sağlık çalışanlarına yeni istihdam ve çalışma biçimleri getirilmektedir.

Yasa'nın, TBMM'ne sunulan gerekçesinde de bahsedildiği gibi, kamuda personel istihdamını azaltmanın aracı olarak işlev görmesi öngörülmüştür. Bu uygulama, ilk bakışta, yıllardan beri süregelen ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda ciddi eşitsizliklere yol açan Doğu ve Güneydoğu'daki personel eksikliğini gidermeyi sağlayacak gibi sunulmaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın diğer yasal düzenlemeleri ile birlikte değerlendirdiğimizde, sağlık hizmetlerinin sunumundan elini çekmesi anlamına gelmektedir. Son dönemde yapılan ve yapılması istenen düzenlemeler ile özel sağlık kuruluşlarının "önü açılmıştır". Bu tablo tamamlandığında özel sektörün tercih etmediği yerler olan Doğu ve Güneydoğu illerindeki boşluk oldukça dramatik olacağı için, bu yerler için geçici bir çözüm üretilmiştir. Ancak bu uygulamanın diğerleri gibi genelgeler üzerinden değil de doğrudan yasa ile yapılıyor olması da bu niyetten bağımsız ele alınmalıdır. Çünkü, bu Yasa ile getirilen uygulama Sağlık Bakanlığı'nın bundan böyle kalıcı personel yerine sadece gereksinimi olduğunda neredeyse fabrikalardaki "geçici işçi" statüsüne benzer kadrolarla personel istihdam etmesi demektir. Bu durum, sağlık sistemine vereceği zararlar dışında sağlık çalışanları açısından önemli bir hak kaybı anlamına gelmektedir, çünkü işin sürekliliği kalmamıştır.

Yasa'da, istihdam edilecek sözleşmeli personel sayısının 22.000'inden fazla olamayacağı belirtilmektedir. Taslağında açık olarak, "*2514 sayılı Kanun yürürlükte olduğu sürece tıp fakültelerinden mezun olan pratisyen tabiplerin tamamı ile Devlet hizmeti yükümlülüğünden muaf olanlar dışındaki tüm uzman tabiplerin -yılıda yaklaşık 7000-8000 kişi- atamalarının yapılması gibi bir zorunluluk söz konusu olacaktır. Ancak, mevcut kadrolarımızla bu yükümlülüğü yerine getirmemiz mümkün olmayacağı gibi, bir süre sonra hiç ihtiyacımız olmadığı halde zorunlu olarak tabip istihdamı yapmak gibi halen ülkemizin içinde bulunduğu ekonomik şartlar ve kamuda personel istihdamını azaltmaya yönelik hükümet politikaları ile çelişen bir durumla karşı karşıya kalmamız kaçınılmaz olacaktır*" ifadesi ile artık hekim istihdam etmeyeceğini belirten Sağlık Bakanlığı, Mayıs 2002'de yayınladığı bir raporda ise eleman açığını, daha fazla ilçeler ve kırsal alanda olmak üzere toplam 89.954 olarak belirlenmektedir. Buna göre Yasa'da en fazla kadroların %5'inin kentlerde kullanılabileceğine değinilmekte birlikte, açılan 22.000 sözleşmeli personel kadrosunun tamamının kent merkezi dışında kullanılması halinde bile eleman açığı kapanmayacaktır. Sağlık Bakanlığı bu gerekçe ile önemli bir itirafta bulunmaktadır. "*Kamuda personel istihdamını azaltmaya yönelik hükümet politikaları*"nın gereğini sağlık alanında yerine getirmekte, bu anlamda ülke genelinde faz-

lasıyla ihtiyaç olduğu halde sağlık personeli atamasına gidilmeyerek "sözleşmeli çalışma" ile yeni düzenlemeler getirilmektedir. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunumundan çekilmektedir.

Yapılan yeni düzenlemeye göre, Devlet Personel Başkanlığı ve Maliye Bakanlığı'nın görüşü alınarak oluşturulan unvan, nitelik ve sayıda sağlık çalışanının sözleşmeli çalışacağı (Bakanlar Kurulu tarafından saptanmış) yerler "kura" ile belirlenmektedir. Sözleşme, Sağlık Bakanı tarafından "ilde yetkili kılınan amir" ile sözleşme yapmaya hak kazanan kişi arasında yapılmakta ve bir mali yıl (!) boyunca geçerli olmaktadır. Her mali yıl sonunda sözleşmeler yenilenmekte, eğer sözleşme bitiş tarihinden bir ay öncesine kadar işveren (Sağlık Bakanlığı) ya da çalışan (sözleşmeli sağlık çalışanı) anlaşmayı bitirdiğini beyan etmezse, sözleşme kendiliğinden bir mali yıl daha uzamış sayılmaktadır. Yasa'da, sözleşmeli personelin hakları ve ödevleri ile ilgili 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu (DMK)'na sıkça atıfta bulunularak her konuda benzer hükümlerden bahsedilmektedir. Ancak ayrıntılar incelendiğinde bazı farklılıklar dikkat çekmektedir. Örneğin, haftalık çalışma süresi 40 saattir, ancak "belirli sürede bitirilmesi gereken işler söz konusu olduğunda sözleşmeli normal çalışma saatleri dışında veya hafta tatili ve resmi tatillerde de çalışmak zorundadır" ve bu fazla çalışmadan dolayı personel ek bir ücret ödenmez, bunun karşılığı olarak "normal mesai saatleri içinde izin verilir" ibaresi bulunmaktadır. Sözleşmeli personelin izin hakkına baktığımızda, yasa tasarısında 657 sayılı Yasa'ya göre hak kayıpları olduğu ancak yasa çıktığında düzeltilerek 657 sayılı Yasa'nın uygulanacağı belirtilmiştir. Yasa tasarısında, 657 sayılı Yasa'ya göre üç gün olan babalık izni iki gün, beş gün olan evlilik izni üç gün olarak belirlenmiş olmasına karşın bu izinlerde de düzeltme yapılarak 657 sayılı Yasa'daki hükümlerin uygulanması şeklinde yasalaşmıştır. 657 sayılı Yasa'da mazeret izni olarak adlandırılan *10 günlük izin ise tasarıda ücretsiz izin olarak planlanmış ancak yasa çıkarken tamamen kaldırılmıştır*. Sözleşmeli personelin hastalık raporu alabileceği sürenin yılda 30 günü geçemeyeceği, geçtiği durumda da yarım sözleşme ücreti ödeneceği belirtilmiştir. Ayrıca sözleşmeli personelin ücretsiz izin hakkından hiç bahsedilmemiş olması böyle bir hakkının olmadığı anlamına gelmektedir. Kısaca, özlük hakları alanında, 657 sayılı Yasa'ya bağlı devlet memurlarına göre ciddi dezavantajları bulunmaktadır.

Madde Gereççeleri bölümünde 9. Madde'de, sözleşmeli personelin "istekleri üzerine Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı ile ilişkilendirilebileceği" belirtilmektedir. Bu durumda, sözleşmeli personelin "istekleri olmaz ise" ne olacağı belirsizdir. Böylece Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarının kendi istekleri dışında onlara sosyal güvence sağlama sorumluluğu taşımayan bir konumda olmaktadır. Madde 6'da "il merkezinde oluşturulacak bir komisyon tarafından yapılacak başarı değerlendirmesi sonucunda emsalle-

rine göre başarılı görev yaptıkları tespit edilen” personele bir mali yılda iki defadan fazla olmayacak şekilde bir maaş tutarında ödül verileceği belirtilmektedir. Başarı kriterleri olarak ise “görevin verimli ve etkin yürütülmesi, yaratıcılık, girişimcilik, çalışma disiplini, görevin yürütülmesinde gösterilen gayret ve başarı ile sağlık hizmetlerinden yararlananların memnuniyeti” olarak belirlenmiştir. Bu kriterler üzerinden yapılan “objektif” değerlendirmenin ne kadar objektif olacağı gerçekten tartışmalıdır. Yasa'ya göre sözleşmeli çalışan personelin maaş tavanı 657 sayılı DMK'nın sözleşmeli çalışan personel hükümleri gereği kamuda sözleşmeli çalışan memurların en yüksek maaşlarının maksimum iki buçuk katı olabilecektir.

Yasa 11. maddesi ile "14.7.1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 36ncı maddesinin "III- SAĞLIK HİZMETLERİ VE YARDIMCI SAĞLIK HİZMETLERİ SINIFI" başlıklı bendine, "bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir" paragrafının eklenmesi hükmünü getirmektedir. Yasa taslağında "lüzumu halinde, bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, ücretleri döner sermaye gelirlerinden karşılanmak kaydıyla, üçüncü şahıslara ihale yoluyla gördürülmesi mümkündür" ifadesinin yer aldığı düzenleme, sözleşmeli personel çalıştırılması esaslarını düzenleyen bu Yasa'da öncesindeki maddelerle ilgili ve uyumlu görünmemektedir. Özellikle 657 sayılı Kanun'daki bir maddeye ekleme yapılarak getirilmesi, yeni uygulamaların kapısını açabilir niteliktedir. Bu ifadeler ile Sağlık Bakanlığının, kaynağı döner sermayeden karşılanmak üzere, hizmet satın almasına ve 3. şahısları çalıştırmasına olanak tanımaktadır. Bu durum, sağlık çalışanlarının taşeronlaştırılması anlamına gelmekte, bunun da ötesinde bu durumu meşrulaştırmakta ayrıca Sağlık Bakanlığının hizmet sunumundan çekilme politikasının zeminini oluşturmaktadır. Finansmanı döner sermayeden karşılanan bu hizmet satın alma, taşeron sağlık çalışanlarının farklı statülerde çalıştırılması şeklinde olabileceği gibi, yasa taslağında da belirtildiği gibi hizmetlerin ihale yoluyla satın alınması şeklinde de olabilir. Bu düzenleme sonunda, sağlık kuruları, yemek ve/veya temizlik hizmetlerinde olduğu gibi sağlık hizmetlerini de ilgili şirketlere devredebileceklerdir. *Örneğin, bir devlet hastanesi, dahiliye servisinde sunulacak sağlık hizmetlerini ihale yoluyla ve bedeli döner sermayeden karşılanmak koşuluyla kişi ya da özel kuruluşlardan satın alabilecektir.* Dolayısıyla düzenleme, başta hastaneler olmak üzere kamu sağlık kurumlarının özertleştirilmesi ve özelleştirilmesinin önemli bir işareti olarak görülmelidir.

Sağlık Bakanlığı ve AKP Hükümeti, bu Yasa ile kendi gerekçeleri ile çelişerek akda bazı sorular getirmektedir. Ülkedeki sağlık alanında en yetkili ve sorumlu merci olan Sağlık Bakanlığı, sağlık personeli dağılımında

yıllardan beri süren ve giderek kötüleşen durumu çözmek konusunda gerçekten de bu kadar çaresiz midir? Yoksa, Dünya Bankası'nın kendine biçtiği rolü (sağlık hizmetlerinin sunumundan çekilme ve sadece denetleyici konumda olma) oynama yönünde bir aşama daha mı ilerlemek istemiştir? "İstihdam fazlası" olduğu bile bile bu kadar fazla sayıda sağlık insan gücü yetiştirmek sonunda özel sektörde ucuz emek anlamına gelmektedir. Bu Yasa, bu anlamda geleceğe yatırım olarak çıkarılmıştır. AKP Hükümeti'nin son zamanlarda ard arda yaptığı yasal düzenlemelerin bütünü göz önünde bulundurulduğunda bu gerçek bütün çıplaklığı ile karşımıza çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın, bugüne getirdiği popülist politikaların sonucu değilmiş gibi, Doğu ve Güneydoğu'da eleman açığını kapatmak gibi "yüce" bir amaç çıkardığı bu Yasa, sağlık çalışanları için sendikasız, geçici işçi statüsünde, sigortasız çalışma anlamına gelmektedir.

E. Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Sevki Hakkında Genelge ya da Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ

Sağlık Bakanlığı ile Maliye Bakanlığı tarafından ortaklaşa hazırlanarak 30.05.2003 tarih ve 25123 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak "Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ"adıyla yürürlüğe giren bu tebliğ, yukarıda incelenen taslak ve protokoller arsında görece erken başlangıç tarihli bir düzenleme olarak dikkati çekmektedir. Tebliğ, Sağlık Bakanlığı tarafından 06.06.2003 tarih ve 4910 sayılı "Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Sevki Hakkında Genelge" ile uygulamaya konulmuştur.

Tebliğ'in dayanağını "17/4/2003 tarihli ve 25082 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliğine Bir Madde Eklenmesine Dair Yönetmeliğin EK-2 nci maddesinin birinci ve ikinci fıkrası", amacını ise "devlet memuru ve bakmakla yükümlü buldukları aile fertlerinin tedavilerinin resmi sağlık kurumları yanında özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılmasına imkan vermek" oluşturmaktadır. Tebliğ ve genelge bu imkanı sağlayacak usul, esas ve işleyişi belirlemektedir.

Genelgeye göre, devlet memuru ve bakmakla yükümlü buldukları aile fertleri, birinci basamak tanı ve tedavi için resmi kuruluşların yanında özel polikliniklere kurumlarından alacakları sevk kağıdı sağlık ocağı ya da kurum hekimi sevki gerekmeksizin başvurabilmektedirler. Düzenlenecek sevk kağıtlarına başvurulacak kurum/kuruluş adı yazılmaksızın "*hekim ve kurum seçme özgürlüğü*" sağlanacağı belirtilmektedir.

Resmi veya özel birinci basamak sağlık kuruluşundan, resmi veya özel sağlık kurumlarına yapılacak sevk işlemlerinde; hastane ve hekim seçme hakkı dikkate alınarak resmi sevk kağıdına resmi veya özel hastane ve hekim adı belirtilmeden, sadece ilgili uzmanlık dalının adı yazılarak sevk yapılmaktadır. Sevk sistemine uyulmadığında, diğer bir deyişle birinci basamak atlanarak doğrudan ikinci basamak sağlık kurum/kuruluşlarına başvurulduğunda aradaki ücret farkı hasta tarafından ödenmektedir. Belgelendirilmesi kaydıyla acil hallerde hastalar, özel sağlık kuruluşu tarafından kabul edilerek, teşhis ve tedavileri yapılacağı, gerekli sevk evrakının ilgililer tarafından usulüne uygun olarak sonradan tamamlanacağı belirtilmektedir. İkinci basamak özel sağlık kurumlarının, birinci basamak sağlık kuruluşlarından sevkle hastalara hizmet sunmasının yanında gibi doğrudan müracaat eden hastaları da kabul edebileceği ancak bu durumda faturalarda %30 indirim yapması gerekliliği vurgulanmaktadır. Genelgeye göre, üçüncü basamak sağlık kurumlarının Büyükşehirlerde birinci ve ikinci basamak, diğer illerde ikinci basamak resmi ve özel sağlık kurumlarından sevkle hasta kabul edebilmektedir.

Özel sağlık kurumları sunmuş oldukları sağlık hizmetlerinin karşılığı olarak hastadan, ilk müracaatta bildirmek kaydıyla ücret talep edebilmektedirler. Tebliğ ve Genelge, özel sağlık kuruluşuna, aynı hastanın aynı hastalığı için 15 gün içinde yeniden yapılacak takip ve kontrollerinden dolayı ödeme yapılamayacağı esasını getirdiğinden, bu süre içerisinde özel sağlık kuruluşlarının talep etmesi halinde, hastaların cebinden ödeme yapması gerekebilecektir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılabilecek tetkik ve tahliller sınırlı tutulduğundan, farklı tahlillerin yapılması durumunda hastalar cepten ödeme yapabilmektedirler.

Denetleme İl Sağlık Müdürlüğü'nce gece ve gündüz yapılabilecektir. Bu iş için sağlık müdürlüklerinde ekipler oluşturulması öngörülmüştür. Gerçeğe aykırı fatura gösterildiğinin belirlenmesi halinde bu kuruluşlara hasta sevki yapılamayacağı yönünde işletme uyarılacak, tekrarlanırsa hasta sevki durdurulacaktır.

IV. AİLE HEKİMLİĞİ KANDIRMACASI

Adalet ve Kalkınma Partisi'nin (AKP) eskimiş sağlık reform paketini "sağlıkta dönüşüm programı" adıyla yeniden piyasaya sürmesinin tek bir anlamı var: **Sağlıkta Özelleştirme**. Dönüşüm programının temelini birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi yani aile hekimliği oluşturmakta. Tüm bu öneriler geçmiş hükümetlerce de gündeme getirilmiş olan eski öneriler. Aile hekimliği yaklaşık 10 yılı aşkın bir süredir ülkemizin gündeminde. Ancak AKP'nin seçim bildirgesinde yer alan bir öneri dikkatle irdelenmeli. Çünkü AKP seçim öncesinde "*aile hekimlerine muayenehane açabilmeleri için devlet tarafından ucuz kredi verilecektir*" önermesini yapmakta. 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 sağlamakta. AKP hükümeti bizzat Sağlık Bakanının deyimi ile hastaları bir "müşteri" olarak görüyor ve dolayısıyla artık sağlıkta "parayı veren düdüğü çalar" dönemi başlıyor. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı yaygınlaştırılmış bir serbest piyasa düzenine aile hekimlerinin özel poliklinik ve muayenehanelerini süratle ekleme gayreti içinde. Kısacası Dünya Bankası'ndan gelecek yeni bir kredi ile ülkemiz özel muayenehane ve poliklinik mezarlığına çevrilme aşamasında. Üstelik "rekabete" dayalı bu sistemde aile hekimlerimiz muayenehanelerini devlet desteği ile yani vatandaşın parası ile donatacak ve eğer amaçlarına ulaşabilirlerse bir kaç yıl içinde her adım başında muayenehaneleri, USG cihazları ve tomografileri ile özel hekimler, özel poliklinikler yani aile hekimliği sistemi ülkemizde yaygınlaştırılmış olacak.

1. Aile Hekimliğinin Tarihçesi:

Aile hekimliği henüz kapitalist düzenle bütünleşip sağlıktan kar elde etmeye dayalı bir yapı haline gelemediği dönemlerde elinde çantasıyla müşterilerini dolaşan çağdışı bir doktor modeliydi. Kovboy filmlerinden fırlamış bu kalıp o kadar tipikti ki sıklıkla görür, yadırgamazdık. Bizde de uzun süre Anadolu'da görülen kasaba doktorları aslında şimdinin aile hekimleriydi. Avrupa'dan önce Amerika'ya sonra bize kadar gelen sözde bir uygarlık simgesiydi. Ancak tedavi edici hekimlik geleneğinin sürdürücüsü olan bu simge, muayenehane hekimliğinin yani sağlıkta özel sektörün temelini oluşturan ve kapitalist sistemin vazgeçilmez bir kar unsuru idi. Ülkemizde aile hekimliği modelinin gelişimini anlayabilmek için 60-70 yıl kadar geriye gitmek gerekir. Cumhuriyet sonrası dönemde hükümet tabipliği olarak adlandırılan ve koruyucu hizmetlerle hiç uğraşmayan, salt tedaviye dayalı bir hekimlik modeli vardı. Günümüzde aile hekimliği adı altında tekrar geri döndürülmek istenen model aslında budur.

1960'lı ve 70'li yılların yoğun kitlesel dinamiğinin ve ileriye yönelik hızlı toplumsal ivmenin getirdiği yönelimler sağlık kuruluşlarını ve üniversiteleri bu çağdışı modele karşı harekete geçirdi. Halk sağlığı okulları, toplum hekimliği ve sağlığı enstitüleri açıldı. Sendikalar, meslek örgütleri, ilerici ve devrimci kurumlar, kendi amaçları ile örtüşen bu eylemde yerlerini katılımcı olarak aldı. Hükümet tabipliği yerini sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerine ve pırıl pırıl sağlık ocağı hekimlerine bıraktı.

Ancak 1980 Darbesinde ülkenin tüm ilerici kurumları kapatıldı, yetkileri tırpanladı. YÖK kuruldu ve toplum hekimliği yaklaşımı geri plana atılarak yerine aile hekimliği uygulaması ve aile hekimliği anabilim dalları oluşturuldu. "Toplum hekimliği" görüşünün sakıncalı olduğu, hekim ve diğer sağlıkçıların "aile hekimi" dar görüşü ile yetişmesi gerektiği ileri sürüldü. 1980 Darbesi ayrıca sağlıkçılara da önemli darbeler vurdu. Tam süre yasası kaldırıldı. Ücretler yarıya indirildi. Hekimlerden başlayarak zorunlu hizmet getirildi. Toplumsal ve mesleki örgütlenme yasakları oluşturuldu. *Tıpta Uzmanlık Sınavı* (TUS) kondu. Ancak bazı gruplar için sadece yabancı dil puanı ile girilen Aile Hekimliği Uzmanlığı adı altında bir dal oluşturuldu. Tıp fakültesini bitirenler zorunlu hizmete gitmeden, TUS'a da girmeden, bir yabancı dil sınavına giriyor, aile hekimliği uzmanlık öğrencisi olarak devlet hastanelerinde uzmanlık eğitimine başlıyorlardı. Eğitim standardı olmadan, birkaç aylık iç hastalıkları, cerrahi, kadındoğum, pediatri ve psikiyatri rotasyonu yapıyor kısa yoldan uzman oluyorlardı. Eğitildikleri hiçbir dalın uzmanı olamayacakları ve sağlık ocağında genel pratisyen olarak hizmet de veremeyecekleri için ya hastane acillerinde veya AÇSAP merkezlerinde çalışıyorlardı. Farkları yabancı dil bilmeleri, yani kolej eğitimi görmüş olmaları; bir de zorunlu hizmetten kurtulmalarıydı.

Şüphesiz bu durum yeterli değildi. Bu topluluk için üniversitelerde yer açmak gerekiyordu. Böylece bir yandan seri üretimle sayıları artırılıyor diğer yandan aile hekimliği anabilim dalları açılarak üniversitelerde yerleşmeleri sağlanıyordu. Son aşamada ise artık akademik kadrolara yerleşmiş aile hekimliği anlayışının Türkiye için bir sistem haline getirilmesi ve yurt dışındaki örneklerinde de görüldüğü gibi serbest piyasa ile ve sigorta sistemleri ile bütünleşmiş bir yapı kurulmasının zamanı gelmişti. Böyle bir aşamada AKP'nin tek başına iktidar olması ise uzun zamandır başarılı olamamış koalisyon hükümetlerinden çok çeken (!) Dünya Bankası için son derece uygun bir zemin yaratmıştı. Yeni kurulan bir parti ve deneyimsiz kadrolar, konuyu bilmeyen üst düzey yetkililer ve kendisini tamamen IMF ve Dünya Bankası'na teslim etmiş bir iktidar uzun zamandır bekleyen kapitalist güçleri hemen harekete geçirdi.

Aile hekimliği uygulaması bir yandan bir model olarak (uzmanlık dalı olarak) ele alınabilirken diğer yandan finansman, örgütlenme ve yasal düzenlemelerle olan bağlantıları kapsamında da bir sistem olarak incelenebilir. Aşağıda konu her iki yönü ile de ele alınacaktır:

2. Aile Hekimliği Kandırmacası:

Siyasi iktidar her zamanki gibi toplumun kulağına hoş gelecek söylemlerle propaganda yapmaktadır. Tamamen propagandaya dayalı bu kandırmacalar şöyle özetlenebilir:

a. Hekim seçme özgürlüğü ya da her aileye bir hekim: Aile hekimliği sisteminin temel önermesi ya da kandırmacası “hekim seçme özgürlüğü”dür. Önerilen modele göre herkes istediği hekimi seçebilecektir. Dolayısıyla hekimi seçen aileler değil bireylerdir ve herkes bireysel olarak istediği aile hekimini seçebilecektir. Bu durumda ailenin bireyleri ayrı hekimleri seçme hakkına sahipse o zaman bu sisteme aile hekimliği demek doğru olmaz çünkü aile hekimi “aile” ile ilgili değildir. Kendisine kaydolan aile değil, kişilerdir. Her birey her yıl farklı bir aile hekimine ve isteği üzerine kaydolur. Bir ailenin annesi kadın-doğumcuya, babası kardiyoğa, ninesi fizik tedavi uzmanına, çocukların biri psikiyatriste, biri endokrinoloğa kayıtlı olabilir. Eğer tersi doğruysa yani her aile aynı hekimi seçmek zorundaysa o zaman da temel önerme olan hekim seçme özgürlüğünün bir anlamı kalmamaktadır.

b. Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetler: Her şeyden önce koruyucu hizmetlerde kişiyeye yönelik ve topluma yönelik şeklinde bir ayırım yapılamaz. Sözelimi bağışıklama hem kişiyeye hem topluma yönelik bir koruyucu hizmettir. Bu tip hizmetler toplumsal yarar gözetilerek yapılır. Bulaşıcı hastalık görülen bir birey -toplumsal yararı gözetilerek- bir yandan sağaltılırken bir yandan da hem aile bireyleri hem de toplum bağışıklanır, su arıtılır ve klorlanır, diğer çevresel önlemler alınır. Aile hekimlerinin salt kişiyeye yönelik koruyucu hizmetleri vereceği yaklaşımı bu nedenle hatalıdır. Örneğin okul aşularını kim yapacaktır? Eğer kendisine kayıtlı çocukların aşularını kişiyeye yönelik koruyucu hizmet olarak kabul ederek aile hekimi yapacaksa farklı okul ve sınıflarda ve her bir çocuk için yeniden flakon açarak her bir aile hekimi tek başına bunu nasıl ve ne zaman gerçekleştirecektir? Eğer aşı topluma yönelik bir koruyucu hizmetse sağlık ocağı yapacağı aşularını 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? Toplumun bütünü nasıl görülecektir? Bu durum toplumsal açıdan bir salgın tehdidi oluşturacaktır.

c. **Olumlu Rekabet:**Aile hekimlerinin Sağlık Bakanı'nın deyimiyle "tatlı tatlı" 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 gene Sağlık Bakanı'nın deyimiyle müşterisini kaybedebilecektir. Buna en iyi örnek günümüz koşullarında muayenehanelerinde çalışan hekimlerin özellikle küçük il ve ilçelerde aralarında yaşanan olumsuz rekabet uygulamalarıdır.

d. **Aile hekimliği için deneme; Bölge tabanlı hizmet:** Aile hekimliği için bir deneme olarak aralarında İzmir'in de bulunduğu bazı illerde bölge tabanlı hizmet uygulaması başlatılmıştır. Amacın sağlık ocağı bölgesinde küçük sağlık ocakları oluşturmak olarak açıklanmasına karşın tamamen poliklinik hizmetlerine yönelik bir uygulama olarak çalışmaktadır. Geçtiğimiz yıllarda yeniden yazılan sağlık hizmetlerinin yürütülmesine dair yönergede "kentlerde nüfusu 10,000'i aşan ve alt yapısı ile personeli uygun sağlık ocaklarında" oluşturulması öngörülmüştür Gerçekte 224 sayılı yasaya aykırı olarak her polikliniğe bir ebe veya hemşirenin verildiği böylece alan çalışmalarının aksatıldığı bir düzenlemedir. Bölge tabanlı olarak 1 hekim, 1 hemşire ve 2 ebeden oluşan ekiplerin kişiye yönelik tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini bir arada vereceği iddia edilmesine karşın bu tanımlamayla sağlık ocağındaki toplumsal bakış açısını göz ardı eden yeni yapılar oluşturulmuştur. Bu bölünmüş ve yapay yapının sağlık ocağı bütünündeki aşı oranlarının, bulaşıcı hastalıkların değerlendirmesini nasıl yapacağını ve tüm bunların su ve gıda kontrolleriyle olan bağlantısını nasıl kurabileceğini görmezden gelmiştir. Bir kaç yıldır İzmir'de Bornova'da yapılan bölge tabanlı uygulamanın başarısızlığı göz ardı edilmiş, Kişisel Sağlık Fişlerinin dahi kullanılmadığı, bir kaç büyük binada sadece poliklinik uygulamalarına yoğunlaşıldığı dikkate alınmamıştır.

3. Aile Hekimliğinde Gerçekler:

a. **Aile hekimliği pratisyen hekimliğin karşıtıdır:**Pratisyen hekimlik sağlık ocağında görev yapan, fakülte öğrenimi süresince edindirildiği tümelci anlayışı sağlık ocağı ekibi ile paylaşarak ve onlardan öğrenerek ve öğreterek sürdüren, temel görevi hasta bakmak olmasına karşın sağlık ocağının tüm işlevlerinde önder ve denetleyici rol üstlenen bir kimliğe sahiptir. Aile hekiminin aksine bireysel değil ekip elemanı olarak, kişiye değil kendisine bağlı tüm sağlık ocağı nüfusuna karşı sorumlu, bireyle değil ailenin ve toplumun tümüyle ilgili, salt sağaltım amaçlı değil tümelci anlayışa sahip bir eleman olarak görev yapar. Bu anlamda aile hekimliğinin pratis-

yen hekimlikle eş değer tutulması doğru değildir. Gerçekte aile hekimliği pratisyen hekimliğin tam tersi özelliklere sahiptir.

b. Aile hekimi salt tedaviye yöneliktir:Kar amaçlı bir modelin uzantısı olması nedeniyle tümelci sağlık anlayışına uzaktır. Uzmanlık eğitimi süresince bir eşgüdüm birimi ve anlayışına sahip olmaksızın salt klinik rotasyonlar yapmış; iç hastalıkları, çocuk, cerrahi ve kadın-doğum dalları dışında bilgi sahibi olmaksızın yetiştirilmiştir. Pratisyen hekime oranla sayılan dalların gerektirdiği hiçbir beceri ve yetkiye de sahip kılınmamıştır. Koruma, geliştirme, esenlendirme becerisine sahip olmadığı gibi, sözü edilen kavramların anlam ve önemini bilmesi de beklenemez.

c. Aile hekimliği ekip anlayışına aykırı bireysel çalışan bir hekimdir: Genellikle muayenehanesinde ya da evinde bireysel olarak çalışır ve özel hekim kimliği taşır. Yanında modelin deyimi ile “yardımcı” olarak bir hemşire çalıştırabilir. Salt sağaltım amaçlı ve yalnızca hastane eğitimi alarak deneyim kazanan elemanlardan oluşan aile hekimliği disiplini, sağlık ekibinin diğer elemanlarını tanımaz ve ekip çalışması anlayışını bilemez. Amaçlanan salt sağaltım olduğu için böyle bir etkileşim de beklenmez. Alanda çalışması, disiplinler ve sektörler arası işbirliği gerçekleştirmesi, doğru ve düzgün kayıt tutması beklenemez. Aile hekimliği modeli rekabet içinde çalışan ve listesine daha fazla hasta kaydeden bir hekimliğe dayalıdır. Böylece özel sektör tanımına tam olarak uyan bir kitle yaratılması hedeflenmektedir. Aile hekimlerinin dayanışma değil, rekabet anlayışına dayalı yetiştirilmesi nedeniyle, piyasanın acımasız yer edinme koşullarına uyumlu davranması kaçınılmazdır.

d. Aile hekimi nüfus tabanına dayalı örgütlenmemiştir:Bir coğrafya anlayışı ile değil, kendisini seçen ve kaydolun kişilerle ilgilenir. Çalışma alanı sağlık örgütlenme alanı ile örtüşmez. Bir sağlık ocağı bölgesinde kayıtlı insanlar onlarca farklı aile hekimine bağlı olabildiği gibi, bir aile hekimine bağlı olanlar da onlarca sağlık ocağı bölgesinden olabilir. Bu nedenle sağlık ocağı ekibi ve etkinlikleri ile uyumlu çalışma olanağı ortadan kalkar. Düzenli kayıt tutma, bölgede sağlık hizmetini planlamak için gerekli öncelikleri belirleme, gibi gerekleri de yerine getiremez.

e. Aile hekimi sigorta sistemlerine dayalı, yapay bir modeldir:Aile hekimliği toplumsal gereksinimler ve bilimsel gelişmeler sonucu ortaya çıkmış bir disiplin değil, sağlıktan daha fazla kazanç elde etmeyi amaçlayan ekonomik sistemler tarafından yapay olarak oluşturulmuş bir daldır. Aile hekimi daha çok Batı ve Orta Avrupa'nın varsıl ekonomik yapısına dayalı, prim ödeyebilen toplumlara özgü, genellikle baktığı hasta başına ücret alan bir hekimdir. Birleşik Krallık'ta ya evindeki muayenehanesinde, ya sağlık ocağından kiraladığı bir odada işlev görür, çoğunlukla evde hasta bakar, her yıl kendine kayıtlı kişi sayısı kadar ücret alır.

ABD'de örgütlü olarak oluşturulmamış, sağlıkta amaçlanan kara dayalı karmaşa ortamında kendiliğinden yerini almıştır. Sistemli olarak oluşturulduğu ülkelerde hastane uzmanı ile bağlantılı ve sağlık sigortasından finanse edilir konumda, sözleşmeli olarak çalıştırılır.

4. Aile Hekimliğinde Ülke Örnekleri:

Zaman zaman isim benzerliğinden yola çıkılarak bazı ülkeler örnek olarak gösterilmektedir. Bu aslında yanlış bir yaklaşımdır çünkü sağlık örgütlenmeleri, her ülkenin amaçlarına, koşul ve olanaklarına göre değişik modellerle düzenlenebilir. Bir ülkenin modeli bir diğer ülkeye benzemek zorunda değildir. Örneğin ABD'de aile hekimliği var olan karmaşık, pahalı ve eşitsizliklerle dolu sağlık sistemini doğuran ana yapı olmuştur. İşin ilginç yanı günümüzde ABD'de aile hekimliği modeli aşırı uzmanlaşma ve hastaların sınırsız istekleri karşısında önemini tamamen kaybetmiştir. İngiltere'de ise sistemin temelini oluşturmuş ancak hiçbir zaman bir ekip çalışmasına gidememiştir. Sonuçta tamamen tedavi edici hekimlik üzerine kurulu yalnız bir hekim modeli olarak kalmıştır. Özellikle koruyucu hizmetler ve sevklerle ilgili ciddi sorunlar yaşamaktadır. Almanya'da ise aile hekimliği sosyal sigorta ile bağlantılı olması nedeniyle aşırı ve gereksiz kullanıma açık, oldukça pahalı bir sistem yaratmıştır. Aile hekimleri koydukları tanı ve yaptıkları girişimlere karşılık belli puanlar toplayan ve bu puanların karşılığında para kazanabilen mekanik bir kitle haline gelmiştir. Hekimler her ay görülen hastalık sıklığına göre değişen puanlamalarla para kazanabilmektedir. Doğal olarak bazı hastalıklar veya hastalar puan olarak değersiz olduğunda aile hekimlerinin ilgisini çekmemektedir. Benzer şey başka bir açıdan İngiltere'de de yaşanmakta bazı "kötü" tanı almış (örneğin kanserli) hastalar kendilerine bakacak aile hekimi bulamamaktadır. Küba ise aile hekimliğine 1980'li yıllarda tamamen teknik nedenlerle geçmiştir. Amaç yaşam süresi uzamış ve giderek yaşlanan nüfusun yaklaşık 500-1000 kişilik topluluklarla sınırlandırılarak yakından izlenmesi ve giderek artan sevk oranlarının azaltılması olmuştur. Bu nedenle örneğin aile hekimi sevk ettiği hasta ile beraber hastaneye gitmek ve sonucunu takip etmek zorundadır. Küba'da amaç hekimi sadece poliklinik yapmaktan çıkarıp sınırları belli bir nüfusa sürekli ve belli bir coğrafik alanda hizmet götürür duruma getirmektir. Uygulamada rekabet yoktur, hekimler devlet tarafından atanmaktadır. Aile hekimlerinin çalışma alanları okulları, kreşleri ve fabrikaları da kapsamaktadır.

Görüldüğü gibi isim aile hekimliği olmakla beraber her ülkede çok farklı uygulamalar gelişmiştir. Türkiye'de de dışarıda oluşturulmuş ve adlandırılmış bir modelin uyarlanması değil, özgün bir modelin oluşturulması gerekmektedir.

5. Sonuç

Aile hekimliği sistemi Türkiye için kabul edilemez bir öneridir. Sağlığa bakış açısı toplumsal olmayan, bireysel olan bir grubun sağlık üzerinden kar etme amaçlı yaklaşımlarını yaygınlaştırmak için hazırlanmıştır. Uygulandığı takdirde aşağıdaki gelişmeler kaçınılmaz olacaktır:

a. Çağdaş Sağlık Hizmeti anlayışında geriye gidiş: Sağlık örgütlenmesi ve yönetimi, binyılların deneyimiyle pekişmiş bilimsel verinin senteziyle oluşur. Çağdaş ve bilimsel ilkeler doğrultusunda, gereksinmesi olanlara, olduğu yerde ve ölçüde hizmet sunumu, temeline dayanır. Önde gelen ilkeleri arasında herkese eşit ve ücretsiz hizmet, sağlık sorunları arasında öncelikli olanları belirleme, hizmet sunumunda farklı meslek gruplarının uyumlu çalışabilmesi için ekip davranışı, gibi vazgeçilmez yaklaşımlar vardır. Bu yaklaşımlar sağlığın korunması, risk altında olanların geliştirilmesi, hastalananların sağaltılması ve engelli kalanların esenlendirilmesi, eylemlerinin birlikte sunulduğu tümelci bir anlayışla bütünleştirilir. Bu yaklaşım Birincil Sağlık Hizmeti olarak tanımlanır ve ülkemizde de uluslar arası anlaşmalarla kabul edilmiştir. Uygulamada tüm toplumun sağlığına yönelik çabalar içeren bu anlayış, *Toplum Hekimliği* (ya da *Sağlığı*) olarak adlandırılır ve halk sağlığı uzmanlarının yönetiminde sağlık ve sosyal hizmet elemanlarınca birlikte yürütülür. Aile hekimliği anlayışı ise bu çağdaş yaklaşıma taban tabana zıt bir yaklaşım içerir. Bireysel çalışan, rekabetçi ve özel bir hekim tipidir. Böyle bir model çağdaş sağlık hizmeti anlayışında geriye gidiş demektir.

b. Sağlık harcamalarında artış: Her aile hekiminin ayrı ayrı muayenehane açacağı ve döşeyeceği dikkate alınırsa harcamalarda doğrudan bir artış olacağı ve özellikle röntgen, USG gibi 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 işletmeciler için 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 düşünülenden daha fazla yansıtacağı anlaşılmaktadır.

c. Hekimler için düşük ücret ve işsizlik: Aile hekimi olacakların şu anki düşük ücretler yerine yüksek bir gelir düzeyine sahip olacağı da iddia edilmektedir. Bu tamamen kandırmacadır. Burada amaç hekime ücret ödememek, hekimin ücretini serbest piyasa koşulları içinde kendisinin kazanmasını sağlamaktır. Bu nedenle devlet artık sözleşmeli hekimler çalıştırılacaktır. Bunu anlamı iş güvencesi ve sosyal hakları olmayan bir kitle yaratmaktır. Ayrıca unutmamalıdır ki sözleşmeli çalışma sendika, toplu sözleşme ve grev hakkı olursa bir anlam kazanır. Yoksa iş güvencesi olma-

yan ve işsizlik korkusuyla giderek daha düşük ücretle çalıştırılacak bir hekim kitlesi yaratılmış olur. Sistemin yaratmak istediği de ne yazık ki budur. Diğer yandan kötü koşullarda çalışma da söz konusu olacaktır. Çünkü aile hekimi kendisine bağlı kişilerin her başvurusunda yanıt vermek durumdadır. Yıllık izinler, hafta sonları, mesai saati dışı zamanın aile hekimleri için nasıl kullanılabilceği belli değildir.

6. Çözüm:

Toplum hekimliği görüşü, Türkiye'de kamu finansmanına dayalı, toplum tabanlı, birincil sağlık bakımının 224 sayılı yasa çerçevesinde düzenlendiği ve sağlık ocakları üzerinden yürütüldüğü bütüncül bir sağlık hizmetini savunur ve bu sistemin bir parçasıdır. Bu anlayış içinde sağlık toplumun tüm yaşama alanlarını kapsar; hizmet toplumun içinde örgütlenir, katılımcı bir anlayışla ve bir ekiple yürütülür; diğer toplumsal yapı, kurum ve kuruluşlarla eklemlenmiştir. Birinci basamakta yer alan pratisyen hekimler, hizmeti sunan ekibin sorumlusudur. Örgütlenme basamaklı bir yapıyla uzmanlaşmış birimlere kadar götürülür.

Türkiye'nin özgün modeli Sosyalleştirme Yasası uyarınca Sağlık Ocağı temelli olarak belirlenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm programında önerildiği gibi Türkiye'de birincil sağlık hizmetine aile hekimliği modelinin uyarlanması sosyalleştirme anlayış ve koşullarına taban tabana karşıttır. Var olan modelin eksiklerinin giderilmesi için yapılması gereken, 40 yıllık deneyime ve toplumsal kazanımlara sahip ve 6,000 civarında sağlık ocağı ile sunulmakta olan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi olmalıdır.

BU YAPILANLAR, NE ANLAMA GELİYOR?

TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNİ PİYASACI YÖNDE DEĞİŞTİRMEYE YÖNELİK MÜDAHALELERİN TARİHİ 1980'LERE KADAR UZANIYOR. BUGÜNKÜ İKTİDARIN İSE, PARLAMENTODAKİ GÜÇ DENGELERİNE BAĞLI OLARAK BU İŞİ SONUÇLANDIRMAK NİYETİNDE OLDUĞU ANLAŞILIYOR.

Ancak, değiştirilmek istenen yalnızca sağlık sistemimiz değildir. Esasen bütün devlet yapılanması, sosyal güvenlik sistemleri, vb de aynı operasyona muhataptır. Dolayısıyla bugünkü iktidarın niyeti geleneksel olarak sosyal devletçi anlayışın ürünleri olan bütün sistemleri ortadan kaldırmak ve yerlerine dönemin egemen paradigmatlarıyla uyumlu olanları yerleştirmektedir.

Öte yandan bu operasyon Türkiye ile sınırlı da değildir. Bütün dünyada benzer değişikliklerin gerçekleştirilmeye çalışıldığını görüyoruz. O halde Türkiye'de yaşamakta olduklarımızın nereden kaynaklandığını ve ne anlama geldiğini anlamak için dünya ölçekli genel gelişmelere bakmak gerektiği açıktır.

Belirleyici gelişme: kapitalizmin uzun depresyonu

Kapitalizmin 19. yüzyılın başlarından beri iktisadi anlamda depresyon-daralma/rahatlama-genişleme kısılcacında dalgalandığını biliyoruz. Kapitalizmin kaderi bu. Depresyon aşaması biraz daha uzun sürmek üzere, bu iniş çıkış kollarının her birisi yaklaşık 20 yıllık dönemleri kapsıyor. Depresyon üretimde, ticaretle ve istihdamda daralma anlamına geliyor. Başka göstergeler de (gelir gibi), bu üç önemli göstergeye göre şekilleniyor.

Kapitalizm 1970'lerin ortalarından beri yeni bir depresyon dalgasını yaşıyor. Bu saptama konusunda soldan ve sağdan bakan bütün iktisatçılar, sosyal bilimciler hem fikir.

Kapitalist sistemin bugün yöneldiği eğilimleri anlamak açısından depresyonu ortaya çıkaran nesnel gelişmelere değinmek gerekir. Depresyonu belirleyen dinamik kar oranlarının düşmesi eğilimidir. Yani depresyon döneminde, bir sektöre, bir coğrafi alana (örneğin bir ülke sınırlarına) yatırılan ya da o sektörde, ülkede biriken sermaye, eskiden sağladığı kar oranını sağlayamaz olur. Çünkü, artık sermayenin yoğunlaşma derecesi ile merkezileşme-tekelleşme derecesi arasındaki optimum denge bozulmuştur. O sektöre, bölgeye biriken sermaye miktarı (yoğunlaşması), yoğunlaşma de-

recesi ile uyumlu miktarda kar artışı sağlayamazsa, sermayenin önündeki tek çıkar yol yeni sektörler ve coğrafyalara tekelleşerek açılmaktır.

Tahmin edileceği gibi yukarıda özetlenen dinamik çok önemli siyasal müdahaleleri gerektirir ve buradaki asıl amaç sermayenin yeniden yapılanmasını sağlayacak uygun zemini yaratmaktır. Bu anlamda, devletin küçültülmesi gereği üzerinde duranların tezlerinin tersine, devlet sürecin en önemli aktörü olarak devrededir.

Kar oranlarının artırılması amaçlı operasyonun önemli başlıkları şu şekilde sıralanabilir:

1- Tekelleşmeyi hızlandıracak uygulamalar: Aslında ekonomik krizin ve daha uzun süreli bir dönem olarak depresyonun kendisi buna zemin hazırlar. Küçük sermaye grupları krize dayanamazlar ve silinirler, onların boşta bıraktığı üretim alanlarını, sermayeyi ise daha büyükleri doldurur, yutar. Bu süreçte devlet bu gelişmeyi hızlandıracak, standardize edecek, büyük sermaye grupları açısından "tarafsızlaştıracak" bir işlev üstlenir.

2- Yeni coğrafyaların kapitalist sisteme entegre edilmesi: Kapitalist sistemin coğrafi olarak yaygınlaşması, kapitalist sistemin eski sınırları içinde bozulmuş sermaye yoğunlaşması/merkezileşmesi dengesinin daha geniş ölçekte tesis edilmesinin olanaklarını yaratacaktır. Aslında bu operasyon 20. yüzyılın başlarına kadar tamamlanmıştı. Coğrafi keşifler ve dünya savaşları kapitalist sistemin dünya ölçekli egemenliğini sağlamak amacıyla yönelikti. Ancak, 20. yy'ın ortalarında gelişen sosyalist sistem bu anlamda sınırlayıcı bir işlev görmüştü. Şimdi son 10 yıldır kapitalizm dengelerde yeni bir düzeltme yapıyor, deyim yerinde ise öç alıyor.

3- Emek üretkenliğinin artırılması: Bu kar oranlarının artırılmasına yaranan teknik bir koşuldur. Üretkenlik ne kadar artarsa, yani birim zamanda üretilen meta miktarı ne kadar çoğalırsa maliyet o kadar düşer, kar oranı o kadar yükselir. Şüphesiz üretkenlik artışı, tek başına kar realizasyonu anlamına gelmez. Çünkü bunun için metanın satılması gerekir. Dolayısıyla üretkenlik artışı kar oranlarında artış sağlamanın gerekli koşulu olmakla birlikte, yeter koşul yukarıda sıralanan ilk iki gelişme tarafından sağlanacaktır.

4- Emek fiyatlarının ucuzlatılması: Bu da kar oranlarının artırılması amacıyla yöneliktir.

Şimdi yukarıda sıralananlara stratejik düzlemde daha ayrıntılı olarak bakabiliriz.

Kapitalizmin, düşen ortalama kar oranlarını yükseltmeye yönelik stratejileri

1- **Savaşlar:** Aslında bu strateji iktisadi anlamda işlemleri beklenen sürecin en son aşamasıdır. Ancak tekelleşmeye, üretkenliği artırmaya yönelik iktisadi süreçle süreklilik ilişkisi içindedir. Doğrudan doğruya yeni coğrafyaların merkez kapitalizmine, emperyalist sisteme entegre edilmesine yöneliktir. Eski sosyalist sistemin ve Yugoslavya'nın parçalanmasını, Afganistan ve Irak savaşlarının tümünü bu yönde değerlendirmek uygun olur. Son 10 yıl içinde yaşanan bu savaşların tümü, bir yandan sermayenin hareket alanını genişletmeye, ona kar elde edebileceği yeni coğrafyaları sunmaya, bir yandan da hammaddelere sahip coğrafyalarda askeri ve siyasal hegemonya kurmaya yöneliktir. Savaş olgusu kapitalist sistemin sürekliliği açısından iktisadi anlamda yararlı bir işleve sahiptir.

2- **Devletin yeniden yapılandırılması ve özelleştirmeler:** 1970'lerin ortalarında başlayan ekonomik depresyona, daha paylaşımcı, sınıflar arasındaki dengeleri gözeten (ekonomik, sosyal, siyasal anlamda), emek gücü maliyetlerinin görece daha pahalı olduğu sosyal devlet konjonktüründe girildi. Devlet o ortamın düzenleyicisi, deyim yerinde ise gözeticisi, koruyup, kollayanı idi. Bunların ötesinde, devlet sağlık, eğitim hizmetlerini parasız olarak sunuyor, sosyal güvenlik sistemlerinin finansmanına önemli oranda destek veriyor, kısacası emek gücünün yeniden üretimini gerçekleştiriyordu. Bu nedenle, kar oranlarını artırmak için sermayenin yeniden yapılandırılmasının gündeme getirildiği depresyon dönemi devletin klasik sorumluluklarında tam anlamıyla depremle sonuçlandı. Çünkü sermayenin yeniden yapılandırılması sermaye birikimi alanında devlet ve özel sektör sorumluluklarının yeniden tanımlanmasını gerektirir. Böylece devlet etkin olduğu bütün üretim alanlarını, tabii eğer bu alanlardan kar elde etmek olanaklı ise, özel sektöre açar. Sanayi ve hizmet sektöründeki bütün yatırımlarını yok pahasına özel sektöre satar. Bütün bunlar, burjuva sınıfının çıkarlarının gözetildiği yeni bir döneme işaret eder.

Bu gelişmenin doğrudan etkileri sosyal (sağlık, eğitim) sektörlerin finansmanı konusunda ortaya çıkmaktadır. Devletin aradan çekilmesi sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sonucunu yaratmaktadır. Ancak bunun da ötesinde, son yıllarda devlet daha doğrudan biçimde özel sağlık sektörünü desteklemeye, özel sağlık kurumlarına doğrudan kaynak aktarmaya başlamıştır. Bütün Avrupa ülkelerinde daha önceden tamamen kamusal nitelikli olan hizmetlerden katkı payı alınmaya başlanması, özel sağlık sigortalarına alan açılması, Türkiye'de son düzenlemelerle özel sağlık kuruluşlarına devlet kanalıyla hasta akışının sağlanması bu gelişmenin örnekleri olarak verilebilir.

3- Emek gücü fiyatının düşürülmesi: Bu, ortalama kar oranlarının yükseltilmesi bakımından en kaba ve eski stratejilerden birisidir. Özellikle emek yoğun üretim alanlarında etkinliği yüksektir. Ancak, son yıllarda stratejinin çok değişik biçimleri gündeme getirilmekte ve bunlar sanki işçi ve emekçi sınıfların yararına şeylermiş gibi ideolojik bir yanılsamayla topluma sunulmaktadır. Bu değişik biçimler şöyle sıralanabilir:

A) **Ücretin kaba baskılama yöntemleri:** Özellikle sendikasıız sektörlerde bugün halen yaygın olarak kullanılmaktadır.

B) **Sendikasıızlaştırma:** Kapitalizmin kendi krizini çözmek için geniş toplum kesimlerine karşı yaklaşık 30 yıl önce başlattığı saldırıya gereğince yanıt verilememiş olması büyük hak kayıplarına yol açmıştır. Bir yandan gerçek gelir düşmüş, bir yandan iş güvencesi ortadan kalkmış, işçi sınıfına yeni katılanlar düşük ücretlerle ve iş güvencesi aramaksızın çalışmaya razı olmuşlardır. Bütün bunlar sendikaların işçi sınıfı gözündeki prestijinde ciddi azalmaya neden olmuştur. Sonuç olarak, bugün, sendikasıızlaştırma burjuvazinin en önemli saldırı stratejilerinden ve sendikasıızlık da en önemli toplumsal gerçeklerden birisidir. Son 15 yıl içinde bütün merkez kapitalist ülkelerde sendikalaşma oranlarında yarı yarıya azalma olmuştur. Sendikasıızlık işçi sınıfının dayanışmasını kırmakta, bu hak kayıplarının büyümesine neden olmakta ve sendikasıızlığı artırmaktadır. Sendikasıız ortamda ücret düzeyleri bireysel düzeyde ve patron tarafından tek yanlı olarak belirlenmektedir.

C) **Esnek çalışma ve esnek ücretlendirme:** Uzun depresyon döneminde sermaye grupları arasındaki sektörel ve coğrafi rekabetin kızıştığı bilinmektedir. Rekabetin artması, burjuvazi açısından, ücretlendirme, istihdam politikalarında ve emek hacminde, rekabet koşullarına göre değişen talep dalgalanmalarına uyum gösterecek değişiklikleri gerekli kılmaktadır. Burjuvazinin isteği, piyasa talebinin daraldığı dönemlerde işçi çıkarmak, işçilerini ücretsiz izne ayırmak, ücretleri dondurmak, hiç ücret ödememek, işçilerin ücretlerini bireysel sözleşmelerle belirlemek, daha çok, verimli çalışana daha yüksek ücret ödemeyi, dolayısıyla işçiler arasına bireysel düzeyde rekabet sokmayı olanaklı kılacak performansa göre ücret vermektir. Talebin arttığı dönemlerde ise olabildiğince uzun süreli çalışma hedeflenmektedir. Böylece esneklik, kapitalist piyasanın gereksinimlerine yönelik düzenlemeler olarak ortaya çıkmakta ve bu süreç içinde kesinlikle örgütlü bir sınıf talebinin, direncinin gelişmesi istenmemektedir. Bu durumda sosyal devlet döneminde, işçi sınıfının ve sosyalist sistemin mücadelesinin etkisiyle şekillenmiş iş hukuku aşırı derecede rijit olarak algılanmaktadır. Bu nedenle son yıllarda iş hukuku yeniden düzenlenmekte, Avrupa Birliği bu konuda merkez kapitalist ülkeler ölçeğinde öncülük görevi üstlenmektedir. İş yaşamının esnekleştirilmesi adı verilen bu düzenlemeler şu ana başlıklar altında gerçekleştirilmektedir: Sözleşmeli istihdam,

yarı süreli çalışma (kadrolu yarı süreli, sözleşmeli yarı süreli olarak), evde çalışma, tele çalışma, yıllık çalışma saati uygulaması, fazla mesailerin sonlandırılması, performansa göre ücretlendirme, çalışma sürelerinin uzatılması.

4- Emeği kapitalist işyerine ideolojik olarak bağlama işlevi gören stratejiler: Bu başlıkta değerlendirilmesi gereken stratejiler kalite çemberleri ile toplam kalite yönetimidir:

A) **Kalite çemberleri:** Bunlar aynı üretim hattında çalışan ya da farklı üretim hatlarında olsalar da benzer işi yapan işçilerin-emekçilerin oluşturduğu 8-10 kişilik sorun çözme gruplarıdır. Grupların oluşturulması önerisi, üretimi ve üretimdeki sorunları en iyi derecede tanıyanların üretimi gerçekleştirenler olduğu gerçeğinden hareketle geliştirilmiştir. Gruplar gönüllülük temelinde oluşturulur. Mesai saatleri dışında toplanır. Toplantı sıklığı genellikle haftada bir, süresi ise 1-2 saattir. Grupların oluşma aşamasında grup bireylerine grup iletişimi, sorun saptama ve çözme teknikleri, veri değerlendirme ve analiz teknikleri gibi konularda eğitim verilir. Hedef o üretim bandındaki ya da o iş türündeki sorunların saptanarak, uygun çözüm önerilerinin üst yönetime sunulmasıdır. Böylece kalite çemberlerinin ekonomik hedefi maliyetin azaltılması, kalitenin artırılması, piyasa egemenliğinin sağlanması ve kar oranının artırılmasıdır. Ancak bunun ötesinde, işyerinde, işçiler arasında “biz” havasının yaratılması gibi son derece önemli bir başka işlevi daha vardır. Kalite çemberlerinin ya da diğer ekip çalışması türlerinin üretim ortamındaki geleneksel (sendikanın varlığına bağlanan) çatışmacı ilişkilerin sonlandırılmasında, işyerinde patronlar, yöneticiler ve işçiler arasında uyumun geliştirilmesinde, işçilerin çekincesiz biçimde işletmenin ekonomik hedeflerine kilitlenmesinde işlevsel olacağı düşünülmektedir. Uygulamalar bu ideolojik varsayımların önemli oranda gerçekleştiğini göstermektedir.

B) **Toplam kalite yönetimi:** Günümüzde kapitalist işletmeler arasındaki rekabette işletmelere üstünlük sağlayacağı varsayılan özelliklerden birisi kaliteli ürün üretimidir. Toplam kalite yönetimi ürün kalitesinin artırılmasını sağlayacak bir işletme ideolojisinin yaratılması anlamına gelir. Daha önceden sıralanan esnek teknoloji, kalite çemberleri, ekip çalışması, performansa göre ücretlendirme, bireysel sözleşme sistemleri gibi stratejilerin tümü de toplam kalite yönetimi felsefesine olanak tanıyan uygulamalar olarak ele alınırlar. Ancak toplam kalite yönetimi bu unsurların toplamından öte bir şeydir. İşletmenin bir bütün olarak, bütün çalışanlarıyla (patronlar, yöneticiler de çalışanlar olarak tanımlanmak üzere) birlikte süreç içinde sürekli yenilenen hedeflere ulaşmak amacını taşıyan bir felsefedir. Buradaki önemli nokta hedeflerin müşteri (sağlık ve eğitim için de bu kavram geçerli olmak üzere) memnuniyetini, dolayısıyla piyasa egemenliğini sağlayacak bir yönelim içinde belirlenmesidir. Sağlıkta müşterinin, ancak

sağlık kurumu kapısından girebilenler olmasının ve dışlanan yoksulların toplam kaliteciiler açısından önemi yoktur. toplam kalite yönetimi, dünyayı işletmeyle sınırlayan para göz bir “felsefe”dir. Toplam kalite yönetimi stratejisi, bugün, işini yapmak isteyen, ancak kaynak eksikliği, vb sorunlar nedeniyle bunu gerçekleştiremeyen sosyal sektör emekçileri açısından bir çekim merkezi olabilmektedir. Unutulan ise toplam kalite yönetiminin emekçilerin çıkarlarını görmezden gelerek ve en sivri biçimde uygulanan piyasa ekonomisi koşullarında sağlık ve eğitim hizmetlerinin paralılaştırıldığı bir ortamda uygulamaya sokulmuş olmasıdır. Toplam kalite yönetiminde kalite ancak hizmeti kullanabilenler için söz konusu olabilir. Toplam kalite yönetiminde sistem derin bir emek sömürüsü zemininde çalışır.

5- Üretkenliğin artırılması: Bu, kar oranlarını artırmayı hedefleyen tek teknik niteliği olan stratejidir. Üretkenlik teknolojik gelişme ve emek gücünün niteliğinin artırılması ile sağlanabilir. Ancak her ikisi de yatırım harcamalarını artırdığı için özellikle, depresyon dönemlerinde, kendi başlarına kar oranlarını düşürücü bir etki de gösterebilirler. Bu nedenle de yukarıda sıralanan stratejilerle birlikte yaşama geçirilme zorunlulukları bulunur. Özellikle bilgisayar kontrollü makinelerin geliştirilmesi üretkenlikte ciddi artışa neden olmaktadır. Bu teknoloji bir yandan üretim hatalarını azaltmakta-sıfırlamakta (sıfır hatayla üretim), bir yandan aynı üretim bandında talebe göre değişik çeşitlilikte ürünlerin üretimine olanak vermekte (esnek teknoloji ve üretim), bir yandan üretim hacmi talep dalgalanmalarıyla uyumlu biçimde düzenlenebilmekte, böylece de stoklar azaltılmakta (talebe göre üretim-tam zamanında üretim), bir yandan da üretimin en azından kimi aşamaları fabrika dışında, ulaşım aşamasında-yolda gerçekleştirilebilmektedir (yolda üretim).

Depresyonun sağlık sistemine yansımaları

Günümüzde sağlık sistemlerinde gözlenen değişimin temel mantığı piyasalaştırma-özelleştirmedir. Bu süreçte birkaç gelişmenin altının çizilmesinin yararı olur:

1- Piyasalaştırma-özelleştirme süreci içinde devletin sağlık alanındaki sorumluluğu planlama ve standart belirlemeyle sınırlanmaktadır. Böylece sosyal devletçi ve sosyalist devletlerin bu alandaki hizmet finansmanı ve üretimi sorumlulukları başka aktörlerin ellerine bırakılarak dağıtılmaktadır. Bu gelişme sağlığın bir hak olarak görüldüğü sosyal(ist) görüşün terk edilmesi, lanetlenmesi anlamına gelmektedir.

2- Dağıtılan sistem içinde özel sağlık kuruluşları ve genel olarak özel sektör iki önemli aktörden birisi olarak (diğeri kamudur) tanımlanmaktadır. Hal böyle olunca özel sektöre finansman akışını sağlayacak mekanizmaların geliştirilmesi de zorunlu olmaktadır.

3- Finansman mekanizması içinde, devletin işlevleri sınırlandığı için, genel bütçe payı azaltılmaktadır. Bunun yerini kamu ve özel nitelikli sigortalar doldurmaktadır. Böylece finansmanda da ikili bir temel yapı ortaya çıkmaktadır. Finansman açısından bir diğer önemli gelişme cepten harcamaların özel sigorta fonlarına akıtılmasının amaçlanmasıdır. Bu da sermayenin yeniden yapılanmasıyla uyumludur. Çünkü cepten harcamaların özel sağlık sigortalarına yönlendirilmesi sağlık sistemi içindeki sermaye birikimi ve tekelleşmesi sürecine katkıda bulunacak bir gelişmedir. Türkiye açısından ise tüm toplumu kapsayacağı hedeflenen genel sağlık sigortası yapısı yeniliklerden bir başkasıdır. Bunun toplumun çoğunluğu açısından en kaba anlamı, ödenen bin bir çeşit vergiye, bir de, sigorta primi adı altında sağlık vergisinin eklenecek olmasıdır. Genel sağlık sigortası, sağlıktaki bütçe fonlarını azaltmanın ve sağlık fonlamasında vatandaşa yüklenmenin yoludur. Finansmandaki bu dünya ölçekli genel gelişmelere ek olarak Türkiye’de sistemin finansman krizi tamamen belirgindir. Bu nedenle de çok daha fazla oranda bütçe ve prim gelirlerinin dışındaki katkı paylarına muhtaçtır. Birinci basamak sağlık kurumlarımızı da kapsayan döner sermaye uygulamasını bu çerçevede değerlendirmek uygun olur.

4- Hizmeti üreten ve finanse eden kurumlar piyasa koşullarında ilişkiye sokulmakta, buna da rekabet denmektedir. Böylece, finansör kurumların, belirleyecekleri hizmet standartları ve fiyatlarıyla, üretici kurumlar arasındaki rekabeti geliştirecekleri, bunun da hizmet kalitesini artırıp, fiyatları ucuzlatacağı varsayılmaktadır. Oysa aynı sistemin İngiltere’de son 10-15 yıllık uygulamaları böyle bir rekabetin gelişmediğini, tam tersine parçalanmış yapının yönetsel ve toplam maliyetlerde yükselmeye neden olduğunu göstermektedir.

5- Parçalanmış sistem içinde emekçilerin de parçalanması zorunluluğu görülmektedir. Bunun yöntemi olarak ise sözleşmeli çalışma, yarı süreli çalışma, performansa göre ücretlendirme gibi stratejiler gündeme getirilmektedir. Bütün bunlar sağlık piyasasında emek fiyatının düşürülmesinin yoludur.

Sonuç: Bu kapsamlı saldırı karşısında takınılacak tutumdaki olası ideolojik yanlışlar hakkında

Yaşadıklarımızın içinde belki de en tehlikelisi olan bir saldırıyla karşı karşıyayız. Riskler hem halkın sağlığı, hem de sağlık emekçilerinin hakları için söz konusu.

Devlet halk sağlığını piyasa güçlerine bırakıyor. Bunun rekabeti, kaliteyi artıracacağı belirtiliyor. Sağlık çalışanlarının sözleşmeli çalıştırılması ve performanslarına göre ücretlendirilmesi hedefleniyor. Bunların çalışanla çalışmayı ayıracağı, kamunun atıl yapısına çözüm getireceği ileri sürülüyor.

Oysa piyasanın ve özelleştirmenin hizmet maliyetlerini artırdığını, piyasa ortamında ancak parası olanların hizmetten yararlanabildiklerini biliyoruz. Kamu sigorta sisteminin geçerli olduğu koşullarda bile, sistem piyasa mantığıyla örgütlenmişse, cepten ödemelerin temel bir finansman mekanizması olarak kullanılması kaçınılmazdır. Sağlık çalışanlarının sözleşmeli çalıştırılması iş güvencesinin ortadan kaldırılmasıdır. Performansa göre ücretlendirme, iş ortamında yöneticilere tam anlamıyla boyun eğen, birbirleriyle uyumsuz, birbirinin açığını kollayan bireylerden oluşan bir kadro yaratır. İş güvencesinin, adil bir atama sisteminin bulunmadığı, emeğin hakkıyla ücretlendirilmediği bir sistemde, performansa dayalı ücret, emekçileri birbirine kırdırmanın, onlara boyun eğdirmenin aracı olarak çalışır.

Gündemimize sokulan ve esasen dünya ölçekli olarak gelişen bu operasyona karşı yürütülecek mücadeledeki en önemli yanlış, operasyonun genel ve bütünlüklü kapsamını gözden kaçırarak, bütünü oluşturan parçaları tek tek ele almak olacaktır. Daha önceden değinildiği gibi gelişmeleri belirleyen temel etken kapitalizmin henüz aşamadığı uzun depresyonudur. Daralmaya karşı geliştirilen stratejilerin tümü, sermaye sınıfı tarafından tek taraflı olarak gündeme getirilmektedir.

İkinci önemli ideolojik hata ise tek tek ele alınan stratejilerin kimilerinde işe yarar bir şeylerin olabileceği arayışı içine girmektir. Böyle bir arayışın operasyona entegre olmak, onay vermek anlamına geleceği baştan kabul edilmelidir. Esasen ilk yanlış bu ikincisi için kapı aralamaktadır. Örneğin, stratejiler sınıfsal karakterli bir bütün olarak değil de tek tek ele alındıklarında hizmet kalitesinin artırılması yönündeki çabaları olumsuzlamak, eleştirmek mümkün olmayabilir. Kalite kavramının, uygulamasının, sendikasılaştırma, iş güvencesini ortadan kaldırma, sağlık hizmetlerini özelleştirme gibi diğer stratejilerle birlikte gündeme getirildiği görüldüğünde, ancak böyle bir bütünlüklü bakış yöneltildiğinde, bu tekil uygulamanın gerçek işlevi kavranabilir.

Kapitalizm kendi depresyonunu, bunalımını aşmak için bütün sınıfsal aktörleriyle, kurumlarıyla saldırıyor. Önündeki örgütlü bütün güçleri yok etmek gibi temel bir hedefi var. O nedenle bu kapsamlı sınıfsal saldırıya, ancak yine en azından aynı kapsamda sınıfsal bir duruşla karşılık verilebilir. Sınıfsal karşı duruşun en önemli hedeflerinden birisi sınıfsal saldırının sınıf karakterini deşifre etmek, saldırının zararını gören bütün toplumsal sınıf ve tabakaları bu bilinçle bir araya getirmektir. Dolayısıyla bu ortamda tek başına Türk Tabipleri Birliğinin, hekimlerin yapabilecekleri sınırlıdır. Eğer hekimler, kendi alanlarından, bu sınıf cephesine sınıfsal bir katkı koysalardı mücadelede yararlı olabilirler.

Sınıfsal karşı duruşun asgari eksenini anti kapitalist olmak zorundadır. Çünkü, kapitalizm krizsiz, kriz ise sağlıksız olmaz. Üstelik krizden çıkış her zaman emeğin haklarına saldırıyla olanaklı olabilir. Kısacası, bugün kapitalizmle krizden çıkış çabalarının anlamı emeğe burjuva sınıf saldırısıdır. Buradan bir başka noktaya daha geçiyoruz: O halde sağlıklı toplum, eşit, parasız sağlık sistemi talebimiz, bu taleplerin gerçekleştirilmesine olanak tanıyacak genel sosyalist bir toplumsal örgütlenme modelini de işaret etmek zorundadır. Sağlık hizmetinden eşit ve gereksinim duyulduğu anda ve kadar, parasız olarak yararlanmak ancak kamucu bir sağlık sisteminde olanaklı olabileceği için. Herkesin gereksinimi kadar sağlık hizmetinden yararlanamaması durumunda kalitenin sözü bile edilemeyeceği için. Ancak toplumsal gelirin emeğe göre paylaşıldığı bir toplumsal düzende, emekçiler gönüllü olarak enerjilerini toplumsal gereksinimler ve sorunlar için harcamayı, performanslarını yükseltmeyi kabul edecekleri için. Ve nihayet, bütün bunlar ancak eşitlikçi bir sistemde yaşama geçirilebileceği için.

NEYİ, NASIL İSTEMELİYİZ?

BM Ticaret ve Kalkınma Konferansı'nın 1997 Raporu'na göre Türkiye'de nüfusun en zengin %20'si ulusal gelirin %55'ini alırken, en yoksul %40'ı da ancak %13'ünü almaktadır. Bu gruplamaya göre bile en yoksulların yarısı kadar olan zengin nüfus bu grubun dört katından fazlasını almaktadır. Halbuki girişte de ifade edildiği gibi ulusal gelirin ancak %10'u zenginlerden almanlardan oluşuyor. Vermeden, üretmeden alıyorlar, almaya da devam etmek istiyorlar. Türkiye'deki temel sorun burada yatmaktadır.

Yukarıda bazıları tartıştığımız hukuksal düzenlemeler, sistemi patronlar adına "güzelleştirmenin" araçları olarak AKP hükümeti tarafından kendinden öncekilerin yapmak istedikleri gibi uygulamaya konmak istenmektedir. Ancak görülmelidir ki kendi insanının kanı pahasına emperyalistlere bağımlılık dışında hiçbir program önermeyen bu hükümet, işbirlikçileri ve akıl hocaları emperyalistlerle mücadele tek bir sektöre daralarak yürütülecek boyutları uzun zamandır aşmıştır. Yerlisiyle, yabancısıyla patronlar yirmi yıldır bekliyorlar, "geciktiler", geciktirdik. Bunu sağlayan bileşenin en önemli unsuru doğaldır ki örgütlü mücadelemizdir. Patronların eylem planlarına noktayı koyamamaları yine bizlerin uzun soluklu, kararlı, örgütlü mücadelesiyle yakından ilişkili. İşçisiyle, memuruyla, köylüsüyle, öğretmeniyle, ustasıyla, hemşiresi, ebesi, doktoru, madencisiyle birlikte örgütlü mücadeleyi örmeli ve yürütmeliyiz. Ancak bir defa daha anımsamalıyız ki, Türkiye'de bahsettiğimiz temel sorunu çözmeden sağlıktaki sorunları da çözemeyiz. Bunun içindir ki eşitsizlikleri ortadan kaldıracığımız bir yaşam hedefiyle sağlık sorunlarımızı da çözebileceğimizi görebiliriz.

I. TÜRKİYE'DE SERMAYENİN SAĞLIK SEKTÖRÜ HAYALİ GERÇEKLEŞ(EBİL)ECEK Mİ	8
II. HANGİ TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜ?	11
III. SON DÜZENLEMELERİ NASIL OKUMALI?	25
IV. AİLE HEKİMLİĞİ KANDIRMACASI	43
BU YAPILANLAR, NE ANLAMA GELİYOR?	51