

## 2007 YILINDA SAĞLIK ve SOSYAL GÜVENLİK

Cahide SARI\*

1973 ve 1979 yıllarında yaşanan ve ağırlıklı olarak petrol krizinin diğer sektörlere yayılmasından kaynaklı olarak ortaya çıkan uluslararası krizlerin ardından yeni bir sermaye birikim modeli benimsenmiştir. Bu yeni sermaye birikim modeli ile hedeflenen şey özellikle kamu hizmetlerinin büyük ölçüde tasfiye edilmesi yoluyla piyasanın genişletilmesidir. Bu modelin en önemli aracı ise özelleştirmelerdir.

Özelleştirme dalgasının en önemli odaklarından biri de kamu sağlık sistemidir. 1980'li yıllardan itibaren neredeyse tüm ülkelerde IMF ve Dünya Bankası aracılığıyla kamusal sağlık sisteminin özelleştirilmesine yönelik çeşitli programlar oluşturulmuştur. Türkiye'de de 1980'lerde başlayan 1990'larda devam eden ve AKP Hükümeti döneminde hızlanarak 2006'da son aşamalarına getirilen IMF ve DB dayatması "sağlıkta dönüşüm programı" hayata geçirilmek istenmektedir.

Bu bağlamda Dünya Bankası'nın 1987 yılında hazırladığı "Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlıkın Finansmanı: Bir Reform Ajandası" başlıklı rapor Türkiye'de sağlıkta neo-liberal reform uygulamalarına temel teşkil etmiş ve katkı payını da ilk kez gündeme getirmiştir. 1990 yılında hazırlanan "Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Projesi" ile sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve piyasalaştırılması için gerekli kredi desteği verilmiştir. Daha sonra 1993 yılındaki "Dünya Gelişme Raporu: Sağlıkta Yatırımlar" başlıklı raporda temel hizmet paketi uygulaması gündeme getirilmiş ve bu uygulama yoksul kesimin sağlık hakkının minimum paketlere sınırlanarak devlet tarafından finanse edilmesine dayandırılarak meşrulaştırılmaya çalışılmıştır.

---

\* Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES)

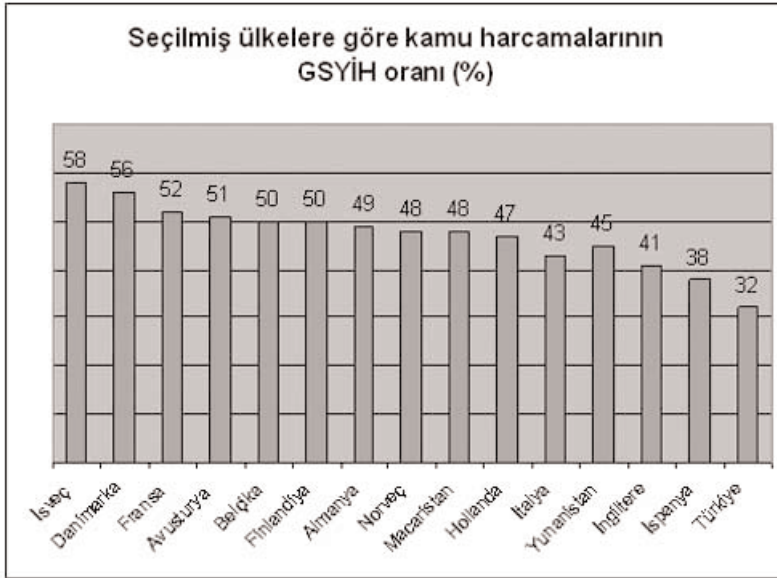
## I) Sağlık ve Sosyal Güvenliğe Dair Ekonomik ve Sosyal Göstergeler:

2007 yılı GSMH'si 646 milyar 893 milyon YTL idi. 2008 için ise GSMH büyüklüğü 716 milyar 596 milyon YTL olarak öngörülmektedir. Büyüklüğü 222,3 milyar YTL olarak belirlenen bütçede Sağlık Bakanlığı'na ayrılan pay 10,8 milyar YTL oldu (GSMH'nin %4,85'i). Sosyal Güvenlik kalemine ise 37 milyar YTL (GSMH'nin %5'i) ayrılması planlanıyor. 2008 yılında bütçeden yapılacak yatırımlarda;

- sağlık sektörünün payının yüzde 8,9'dan yüzde 8,1'e,
- eğitimin payının % 23,4'ten % 22,8'e,
- tarımın payının % 12,6'dan % 11,2'ye,
- enerjinin payının % 12,1'den % 11,7'ye indirilmesi planlanmaktadır.

| (GSMH'ye oranlar-%)       | 2002 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------------------------|------|------|------|------|
| Bütçedeki yatırımlar      | 3,07 | 1,99 | 1,78 | 1,62 |
| Yerel yönetim yatırımları | 1,33 | 2,07 | 2,14 | 1,87 |
| Yatırımlar genel toplam   | 5,77 | 4,85 | 4,75 | 4,26 |

Hazine'nin, 2008 yılı Bütçe Gerekçesi'nde yer alan verilere göre, Merkezi Yönetim Dış Borç ödemeleri kapsamında önümüzdeki yıl 8 milyar 336 milyon doları anapara, 4 milyar 225 milyon doları da faiz olmak üzere, toplam 12 milyar 561 milyon YTL dış borç ödemesinde bulunulacak. Buna karşılık kamu emekçilerine ayrılan pay giderek düşürülmektedir.

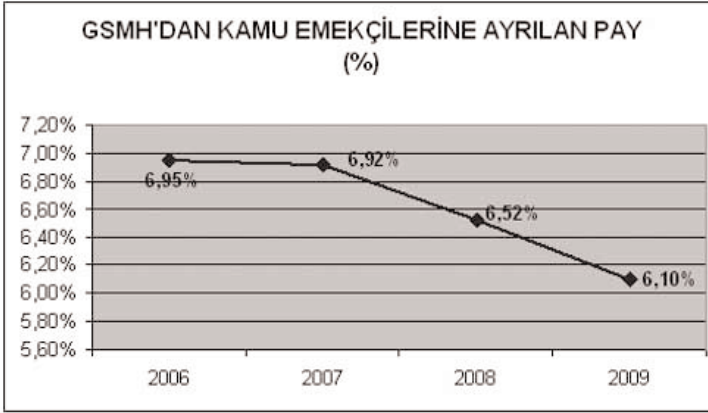


Kaynak: 2007 Merkezi Yönetim Bütçesi Sunuş Konuşması

Türkiye son 25 yılda bütçeden 433 milyar dolarlık faiz ödemesinde bulundu. 1983-2007 yılları arasında halkın ödediği **her 100 dolarlık verginin 51 doları faiz ödemelerine gitti**. Bu dönemde Türkiye'nin toplam bütçe harcamaları 1 trilyon 316 milyar dolara ulaşırken, bunun 373,9 milyar doları iç borca, 59,4 milyar doları da dış borca ait olmak üzere toplam 433,3 milyar doları sadece faiz ödemelerine gitti. Aynı dönemde devletin bütçeden yaptığı yatırımların tutarı 100 milyar dolarda kalırken, personele de 335,8 milyar dolar ayrıldı.

### **Kamu Emekçilerine Bütçeden Ayrılan Pay Düştü:**

2008 yılında milyonlarca kamu emekçisine bir yıl boyunca ödenecek ücretlerin toplamı için 48 milyar YTL ödenek konulurken, faiz ödemelerine 56 milyar YTL ayrıldı.



2008 Ocak ayında en düşük memur maaşı 887 YTL olması kararlaştırılmıştır. Oysa bu ülkede yoksulluk sınırı 4 kişilik bir aile için 2050 YTL'dir.

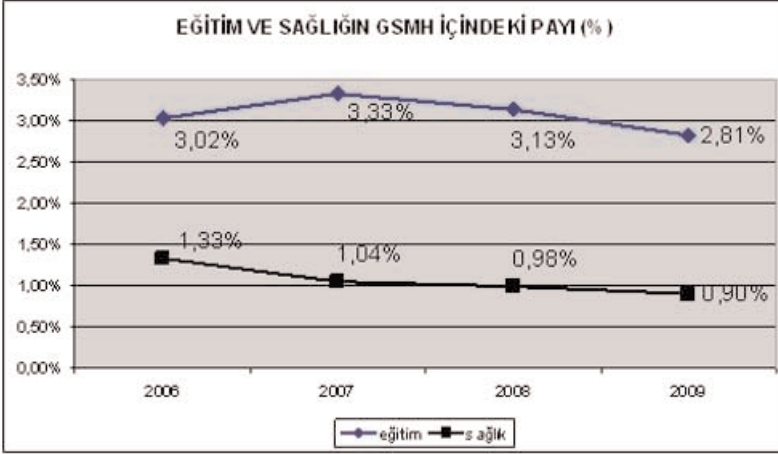
### **Türkiye'de aktif olarak çalışan 8 milyon kadının sosyal güvencesi YOK!**

Türkiye'de aktif olarak çalışan toplam kadın sayısı 12 milyon 112 bindir. Bu kadınların yüzde 65'ten fazlasının sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Sigortasız olarak çalıştırılan kadınların başında, yüzde 48 ile okuma-yazma bilmeyen, okur-yazar ve ilköğretim okulu mezunu kadınların gelirken, bu grubu yüzde 38 ile orta ve lise dengi okul mezunu kadınlar izlemektedir. OECD raporuna göre Türkiye, 28 OECD ülkesi içinde kadın işsizliği en hızlı yükselen ikinci ülkedir.

Resmi verilere göre, 23,7 milyona ulaşan istihdamdaki toplam nüfusun 11,6 milyonu yani **her iki çalışandan birinin herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna kaydı bulunmuyor**. Ücretli olarak çalışan toplam 11 milyon 602 bin kişiden

%21,5'inin (2 milyon 491 bin kişi) kayıt dışı çalıştığı bildirildi. Toplam sayıları bir milyon 988 bin olan yevmiyelilerin %89,5'i (bir milyon 779 bin kişi) kayıt dışı olarak çalışıyor. İşveren olarak faaliyet gösteren bir milyon 266 bin kişiden %27,9'unun (353 bin kişi) ve kendi hesabına çalışan 5 milyon 155 kişinin de %65,7'sinin (3 milyon 385 bin kişi) sosyal güvenlik kaydı bulunmuyor. Kayıt dışı çalışanların 6 milyon 2 bini tarım sektöründe bulunmaktadır. **Ülkemizde toplam yeşil kartlı sayısı da 13 milyon 990 bin 619 kişidir.**

### Eğitim ve sağlığa ulusal gelirden ayrılan pay giderek düşürülüyor:



Kaynak: 2007 Merkezi Yönetim Bütçesi Sunuş Konuşması

### Sağlık Harcamaları Arttı Ancak Sağlık Göstergelerinde İyileşme Yok!

Türkiye'nin toplam sağlık harcaması 1992 yılında 6 milyar dolar iken, 2000 yılında 13 milyar dolara, 2006 yılında da 30 milyar dolara yükselmiştir. Kişi başına ortalama sağlık harcaması ise 1992 yılında 103 dolar iken, 2000 yılında 194 dolar, 2006 yılında ise 381 dolar olmuştur. 2000-2007 döneminde özellikle de 2004'ten itibaren son derece hızlı bir artış söz konusu olsa da harcamaların bu oranda artması kamu sağlık hizmetlerinde gerçek bir iyileşme anlamına gelmemektedir. Dünyada en fazla sağlık harcaması yapan ülke ABD olmasına ve kişi başına sağlık harcaması Küba'nın 24 katı olmasına rağmen ABD'de ortalama yaşam süresi Küba'ya göre daha kısadır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Murat Başesgioğlu'nun verdiği bilgiye göre, Türkiye'deki sağlık harcamalarının %42'sini ilaç giderleri oluşturmaktadır. Oysa diğer ülkelerde bu oran, sağlık harcamalarının %20'si civarındadır.

## İlaç Tüketiminin Ulusal Gelire Oranı

| Ülkeler (2006 Yılı) | Ulusal Gelir (Cari Fiyatlarla Milyar \$) | İlaç Tüketimi (Üretici Fiyatlarıyla-Milyar \$) | İlaç Tüketiminin Ulusal Gelire Oranı (%) |
|---------------------|--|--|--|
| ABD                 | 13.200                                   | 198,00   | 1,50                                     |
| Fransa              | 2.230                                    | 25,60  | 1,15                                     |
| Almanya             | 2.900                                    | 27,70  | 0,95                                     |
| İtalya              | 1.845                                    | 15,00  | 0,80                                     |
| İngiltere           | 2 345                                    | 15,70  | 0,65                                     |
| Meksika             | 840                                      | 8,00   | 0,95                                     |
| <b>Türkiye</b>      | <b>400</b>                               | <b>7,00</b>                                    | <b>1,75</b>                              |

**Kaynak:** World Bank Data&Statistics 2007/IMS Retail Drug Monitor, December 2006

Ülkemizde bebek ölümü OECD ortalamasının 4 katından daha fazladır. OECD ülkeleri içerisinde bebek ölüm hızı en yüksek ülke Türkiye'dir. Bu veriler Dünya Bankası yönetimindeki Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde artan harcamaların temel sağlık göstergeleri üzerinde olumlu bir etkisinin olmadığını açıkça ortaya koymaktadır. Benzer biçimde doğumda yaşam beklentisi, tüm nüfus için OECD ortalaması 78,6 yıl iken bu rakam Türkiye için 71,4 yıldır. Bu rakam baz alındığında Türkiye OECD ülkeleri içinde sonuncu sıradadır.

### **Doğuda hamile kadınların yüzde 40'ı doğum öncesi bakım almıyor!**

"Kadın Sağlığı" projesi, doğulu hamile kadınların yüzde 40'ının doğum öncesi bakım almadığını gösterdi. Bu çalışmaya göre hamile kadınların yüzde 17'si sağlık personeli olmadan doğum yapmaktadır.

İyi düzenlenmiş koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıkta harcamaları önemli ölçüde azaltmak mümkündür. Ancak bu uygulama sağlık piyasasında faaliyet yürüten özel sağlık şirketlerinin kârlarını azaltacağından tercih edilmemektedir. Sadece kalp damar hastalıklarının yıllık ekonomik yükünün, Avrupa Birliği ülkelerinde 169 milyar avro, ABD'de ise 194 milyar dolar olduğu düşünüldüğünde, en az maliyetli yolun koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmek olduğu anlaşılır.

## **II) Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS)**

2008 yılının sonlarına doğru yürürlüğe girmesi planlanan Genel Sağlık Sigortası ile katkı payları 5 katına kadar arttırılabilecek, teminat sınırları iktidarın insafına bırakılacak, sağlık hizmetine en çok ihtiyaç duyan yoksullar parasızlık nedeniyle sağlık hizmetinden dışlanacaklardır. Tümüyle piyasa endekslenecek olan sağlık hizmetlerinde her şeyi belirleme yetkisi çok uluslu şirketlere devredilecektir.

Yasa ile sağlık bir hak olmaktan çıkarılacaktır. Aynı zamanda yasa, sigortalılara yeni haklar getirmemekte aksine var olan hakları gasp etmeyi amaçlamaktadır. Yasaya göre yatarak tedavi görmek zorunda kalan bir sigortalının iş görmezlik ödeneğinde eskiye göre %16'lık bir kayıp söz konusudur. Emzirme ödeneği sadece bir defa ile sınırlandırılmış, genel sağlık sigortasına devlet katkısı en alt düzeyde tutulmuştur.

Sağlık kurumlarının ayrı ayrı sınıflandırıldığı bu yasaya göre ücretsiz verilen sağlık hizmetlerinin kapsamı daraltılabilecektir. Katkı payının hem ayakta hem de yatarak tedavide ödenmesi zorunlu olacak, prim borcu olanlar asla sağlık hizmeti alamayacaklardır. Tasarı ile birlikte, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için vergi, genel sağlık sigortası primi ve katkı payı ödemek yeterli olmamakta bunların yanında bir de "ilave ücret" ödemek gerekmektedir.

Şimdi özel hastanelerde tedavi olabilen vatandaşlarımız, ileride yüksek oranlardaki katkı paylarının hepsini ceplerinden ödemek zorunda bırakılacaklardır. Bu yöntem ile Sağlık Bakanlığı bütçesinden oldukça yüklü miktarlar, özel hastanelerin şişirilmiş faturalarını ödemek için kullanılmaktadır. Kaynaklar yatırımlarda değerlendirilebilecekken özel sektöre aktarılmaktadır.

### **II.1) Aile Hekimliği Pilot Uygulamaları Yaygınlaştı:**

2005 yılında Düzc'e'de başlatılan Aile Hekimliği pilot uygulaması 2007 yılında 13 ile yaygınlaştırıldı. Pilot uygulamanın sonuçları değerlendirilmeden 2008 yılında 59 ile yaygınlaştırılması hedeflenmektedir.

Aile hekimliği ile aşılama, gebe bebek takipleri aksamakta, piyasa mekanizmasında yeri olmayan çevre sağlığı hizmetleri yeterince sunulamamaktadır. Bunun sonucu uzun vadede bulaşıcı hastalıkların artması olacaktır. Billboardlara "ücretsiz sağlık hizmeti" diye tanıtımı yapılan Aile Hekimliğinde GSS ile birlikte, sağlık ocaklarının aksine; hizmet paralı olacak, prim ödemeyen hizmetten yararlanamayacaktır.

Aile hekimliği ile sağlık emekçilerinin istihdam biçimi iş güvencesiz, sözleşmeli çalışma biçimine dönüştürülmekte, ücretleri piyasaya bağımlı hale getirilmekte, iş tanımları değişmektedir. Özlük hakları gasp edilen sağlık emekçileri zoraki sözleşmeli statüye geçirilmekte, sağlık çalışmalarında ekip hizmeti anlayışı terk edilerek sağlık kurumları hekim merkezli ticarethaneye dönüştürülmektedir.

Aile hekimliği sistemi ile iyice kötüleşen koruyucu sağlık hizmetleri yüzünden hastanelerde yığılmalar ve sağlık harcamalarında büyük artışlar ortaya çıkmak-

tadır. Bu yüzyılda Hakkârî’de Nisan ayının ilk haftasında 117 kişinin tifo hastalığına yakalanması Malatya ve Muğla’da ishal salgınları görülmesi böylesi bir anlayışın sonucunda gerçekleşmiştir.

## **II.2) Kamu Hastaneleri Ticari İşletmelere Dönüştürülmeye Çalışıldı:**

2007 yılı boyunca kamu hastanelerinin parça parça özelleştirilmesi amacıyla dışarıdan hizmet alımları yaygınlaştırıldı. Hastanelerin radyoloji, görüntüleme merkezleri, laboratuvar, yoğun bakım gibi hizmet birimleri özel sektöre ihale edilmeye çalışıldı. Sendikamızın (SES) açtığı davalarla ihalelerin çoğunluğu engellendi. Ancak Sağlık Bakanlığı hastaneleri ticari işletmeye dönüştürmekten vazgeçmedi. “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” da bu amaçla hazırlanmıştır. Bununla sağlık emekçilerinin iş güvencelerinin, özlük ve sosyal haklarının ortadan kaldırılması, hastanelerin kendi kendine yeten işletmeler olması, daha az personelle daha çok iş yaptırılması, genel bütçeden hastanelere ödenek verilmemesi, herkesin ihtiyacı kadar değil, ancak parası kadar sağlık hizmeti alması, hastanelerin zaman içinde kârlılık ve verimlilik ilkesi uyarınca özel sektöre devredilmesi hedeflenmektedir.

TÜSİAD’ın yayın organı Görüş Dergisi’nin Ekim 2004 tarihli sayısında “Kamu Hastanelerinde Özerkleştirme ve Özelleştirme” başlıklı yazıda “Türkiye’deki sağlık sektörü reform çalışmaları incelendiğinde kamu hastane sektöründe desantralizasyon (özerkleştirme) reformlarının iki aşamada ele alındığı söylenebilir. Öncelikle kamu hastanelerinin devlet bütçesi ünitesi olmaktan çıkarılarak birer sağlık işletmesine dönüştürülmesi, daha sonraki aşamada ise hastanelerin mülkiyeti ile birlikte özel sektöre aktarılması yani özelleştirilmesi amaçlanmaktadır” denilmektedir.

“Sağlıkta reform” paketleri genellikle kamu hastanelerinin özerkleştirilmesini de içermekte ve sağlıkta insiyatifin yerel yönetimlere devredilmesi gerekliliği ısrarla vurgulanmaktadır. Bu konuda temel referans metni ise Dünya Bankası’nın 1993 yılında yayınladığı World Development Report: Investing in Health başlıklı rapordur (Dünya Gelişme Raporu: Sağlıkta Yatırım). Devletlerin sağlık hizmeti sağlamasının verimliliği düşürdüğü (Dünya Bankası,1993) ve desantralizasyonun çözüm olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır (Dünya Bankası,1993). Ancak uluslar arası finans kurumları tarafından önerilen/dayatılan reform biçimleri sağlık hizmetlerinden yoksul kesimi dışlayarak sağlık alanındaki eşitsizlikleri daha da derinleştirmiş, sağlığı bir meta haline getirmiş ve bu çerçevede tüm sağlık sistemini alıcılar ve satıcılar şeklinde organize etmiştir.

Özerkleştirilerek birer sağlık işletmesine dönüştürülen hastaneler özel sektöre peşkeş çekilecektir. Ancak dünyada bu tarz uygulamalar sonucunda; eşitlik ilkesi büyük ölçüde zarar görmüş, sağlık emekçilerinin çalışma koşulları kötüleşmiş, katkı payları ve cepten ödemeler artmış, özerk hastaneler özerk olmayanlara göre daha pahalı hizmet vermeye başlamış, yoksullar hizmetlerden dışlanmış ve verimlilikte ise kayda değer bir artış yaşanmamıştır.

### **II.3) Sağlık Emekçilerinin Durumu:**

#### **i) Sağlık Çalışanlarının Çalışma Süreleri Uzatıldı**

1978 yılında başlatılan ve kamu sağlık kurumlarında tam gün uygulamasını ortadan kaldıran 12 Eylül darbesi, 1982 Anayasası ile sağlık çalışanlarının tüm ekonomik ve sosyal haklarını geri almış ama tam güne özgü 45 saat çalışmayı koruyarak adeta sağlık çalışanlarından intikam almaya çalışmıştır. Ancak değişen tüm hükümetler bunu uygulamamış sağlık çalışanları 2005 yılına kadar haftalık 40 saat çalışmaya devam etmişlerdir. Performans uygulaması ile bazı hastanelerde başlatılan 45 saat uygulaması, 2007 yılında çıkarılan "torba yasa" ve genelgelerle tüm hastanelere yaygınlaştırılmıştır.

#### **ii) Güvencesiz Çalışma Yaygınlaştı**

Devlet Planlama Teşkilatı'nın 2007 yılı programında "işgücü piyasasında esnek çalışma biçimlerinin yaygınlaştırılmasının özel önemi" olduğundan bahsedilerek, işgücü piyasasında esnek çalışma biçimlerinin yaygınlaşmasının önündeki mevcut yasal engellerin kaldırılması ve bu çalışma biçimlerinin teşvik edilmesi istenmektedir. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası ile hükümet, hem sağlık hakkına saldırmakta hem de çalışma koşullarını insanlık dışı müdahalelerle düzenlemeye kalkışmaktadır.

2007 yılında genel seçimlerin de etkisiyle personel alımı yapan Sağlık Bakanlığı tercihini kadrolu istihdamdan yana değil sözleşmeli istihdamdan yana kullanmıştır. 2007 yılında 30 bin civarında 4/b'li ve 5500 vekil ebe alımıyla güvencesiz çalışma yaygınlaşmıştır (Toplam 60 binin üzerinde). Taşeron çalışanların sayısını ise Sağlık Bakanlığı bile bilmemektedir.

Sağlık alanında temel ücretler düşük tutulmakta, döner sermayeden verilen paylarla idare edilmeye çalışılmaktadır. Ancak döner sermayeden alınan paylar emeklilik maaşına hiçbir biçimde yansımamaktadır. Emekli aylığının hesaplandığı taban ücret düşük olduğundan, sağlık emekçileri emeklilik dönemlerinde de sefalet mahkûm edilmek istenmektedir.

Ayrıca performansa dayalı döner sermaye uygulaması ile gereksiz ve şişirilmiş işlem sayısı artmış, böylelikle sağlık hizmeti sunan kamu kurumlarının çökerilmesi hızlanmış ve hastanın cebinden çıkan paraya yönelim artmıştır.

### iii) Personel Açığı Giderilmedi

Kamusal sağlık hizmeti anlayışından uzaklaşan Sağlık Bakanlığı, personel açığını gideremiyor. Önce mecburi hizmeti kaldırıp daha sonra tekrar getiren Sağlık Bakanı çelişkili ve ağırlıkta sağlık hizmetlerini özel sektöre devretmeyi amaçlayan uygulamalarıyla sağlık çalışanlarının güvenini çoktan kaybetmiş durumda. Özel sektörün bakanı gibi çalışan Sayın Akdağ'ın 2007 yılının son 6 ayında devlet hastanelerinden özele geçen 2 bin 360 uzman hekimin durumunu nasıl açıklayacağı merak konusudur.

Sağlık Bakanlığı'nın yaşadığı personel eksikliği, güvencesiz çalıştırmanın aracı haline getirilmiştir. Eleman temininde güçlük çekilen yerlerde başlatılan taşerondan hizmet alımının yaygınlaştırılması ve iş güvencesine dönük saldırılarla birlikte sağlık sektöründe parçalı bir istihdam yapısı oluşturulmuştur. Bundan kaynaklı olarak ücretlerde yoğun bir adaletsizlik yaşanmaktadır; aynı işi yapan sağlık emekçilerine çok farklı miktarlarda ücret ödenebilmektedir. Özlük haklarındaki farklılıklar, iş barışını bozmayı ve örgütlülüğü kırmayı hedeflemektedir.

### Sonuç:

Sağlık, ona en çok ihtiyaç duyanların erişebildiği bir hizmet olmalıdır. Sağlık hizmetinin az gelişmiş ülkelerde potansiyel "alıcıları" yaşılar, çocuklar ve toplumun en yoksul kesimleri yani paralı sağlık hizmetinden en çok mahrum bırakılan kesimdir. Pek çok yoksul ülkede ve dünyanın yoksul bölgelerinde, tümüyle piyasa kurallarına göre hareket eden yatırımcıların sağlık yatırımlarında bulunmaları beklenemez. Yani bu hizmeti piyasa mekanizması aracılığıyla sağlamak ve tüm sağlık sistemini piyasa kurallarına göre düzenlemek yoksul kesimlerin mağduriyetini ve eşitsizlikleri arttırmaktan başka bir işe yaramamaktadır. Sağlığın, tüketimi bireylerin özgür seçimlerine bırakılmış bir meta olmadığından hareketle sağlık hizmetlerinin bireyci değil toplumsal bir bakış açısıyla düzenlenmesi bir zorunluluktur.

Sağlıklı bir reform sürecinin başlaması ancak uluslararası finans kurumlarının sağlık alanından defedilmesi ve dünya nüfusunun çoğunluğunu oluşturan yoksulların ihtiyaçları doğrultusunda, eşitlikçi, adil ve bilimsel bir anlayışla sağlık sisteminin yeniden organize edilmesiyle mümkündür. □