

KRİZ, SAĞLIK ve SOSYAL GÜVENLİK

Cahide SARI*

GİRİŞ

2000'li yılların ortalarından itibaren dünya ekonomisinin merkez ülkelerindeki daralma ve durgunluğun sonuçları, 2007 yılından itibaren özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde konut sektöründe başlayan krizle somutlaştı. Bugünkü krizin temel nedenlerinden biri tüketim açığının kredilerle kapatılmaya çalışılmasıdır. Ücretlerin aşağıya çekilmesi ile genişleyen ve büyüyen sektörler, yine ücretlerin düşük düzeyde olması sebebiyle tüketim açığından kaynaklı olarak krize girmekte ve daralmaktadır.

Uzun süredir finansal araçlarla ve spekülatif operasyonlarla ertelenmeye ve törpülenmeye çalışılan krizin temel nedenlerinden biri de tüketim açığının krediler yoluyla kapatılmaya çalışılmasıdır. Ücretlerin aşağıya çekilmesi ile genişleyen ve büyüyen sektörler, yine ücretlerin düşük düzeyde olması sebebiyle tüketim açığına bağlı olarak daralmaktadır. Reel sektörde bir birimlik üretim artışına karşın bu maddi artıştan yola çıkılarak finans ve türev finans piyasalarında yüzlerce birimlik spekülatif işlem yapılmaktadır. Parasal genişleme giderek maddi üretimin zeminini zedeler hale gelmeye başlamakta ve maddi üretim ile parasal taban arasındaki ilişki yapay biçimde tersine döndürülmektedir. Yani maddi üretime bağlı olarak ortaya çıkan türev piyasalar ya da spekülatif işlemler giderek maddi üretimi belirler hale gelmeye başlamaktadır. Paranın toplumsal fonksiyonunda görülen bu değişim, yani paranın basit bir değişim aracı olmaktan çıkarılarak spekülatif bir araca çevrilmesi sermaye kesimine değişik kazançlar sağlamaktadır. Öncelikle spekülasyonla büyük paralar kazanılmakta, bu paralar tüketim için kredi olarak dağıtılarak piyasalar kısmen de olsa canlandırılmakta, dağıtılan kredilerin geri ödenmesi üzerinden toplumsal kontrol mekanizmaları işletilmektedir.

Gerçekleşmesi beklenen krize karşı dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi Türkiye'de de işçi ve emekçilerin hak kayıplarının önüne geçecek önlem paketi

* Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Uzmanı

hazırlanmamıştır. Bu krizin sonuçları sermaye kesimi tarafından, emek alanının kayıt dışılaştırılması ve güvencesiz çalışma biçimlerinin yaygınlaştırılması adına adeta bir fırsat olarak değerlendirilmektedir.

Toplumu piyasanın ve krizlerin yıkıcı etkilerine karşı kısmen de olsa koruyan alanlarda gerçekleştirilen neoliberal düzenlemeler sonucunda bugün işçi ve emekçiler tümüyle savunmasız bırakılmışlardır. Bu düzenlemelerin en önemlilerinden biri sağlık ve sosyal güvenlik alanında gerçekleştirilmiştir. Yine toplumu krize karşı korumada etkili biçimde kullanılabilecek araçlardan biri olan bütçede yatırımlar tırpanlanmış buna karşılık harcamalar öne çıkartılmıştır.

1) 2009 BÜTÇESİ:

Sosyal harcamalar kısılmaktadır!

Sağlık Bakanlığı'na ayrılan pay %4,9'a gerilemiş, Milli Eğitim Bakanlığı'na ayrılan pay %10'da kalmış, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na ayrılan pay da geçen yıla göre %8,9 azaltılarak %10'a düşürülmüştür.

faiz dışı harcamalar	204 milyar 610 milyon YTL
faiz giderleri	57 milyar 500 milyon YTL
personel giderleri	57 milyar 211 milyon YTL
yatırım harcamaları	12,1 milyar YTL

Bütçe ödeneklerinde en büyük pay 57,5 milyar TL ile faiz giderlerine ayrılmıştır. Bu rakam yatırımlar için ayrılan miktarın 5 katıdır ve personel giderlerinden daha fazladır.

Yatırımlar için ayrılan pay IMF'nin istemleri doğrultusunda azaltılmıştır!

Bütçe giderlerinde yatırımlar için ayrılan pay, bütçe görüşmeleri sırasında IMF'nin istemleri doğrultusunda yapılan 14 milyarlık kesinti ile 26,1 milyar TL'den 12,1 milyar TL'ye indirilmiştir. 1980'lerde yatırıma ayrılan pay ortalama yüzde 20 düzeyinde iken, bugün yüzde 4'e düşürülmüştür. Adalet, Milli Eğitim, Sağlık Bakanlıkları ile Karayolları Genel Müdürlüğü, DSİ ve Ulaştırma Bakanlığı bütçelerinin yatırıma ilişkin sermaye giderlerinin yüzde 16,5'inin iptal edilmesi kararlaştırılmıştır. Bütçe tasarısına göre, 2009 yılında ek yatırım cetvelinde yer alan projeler dışında herhangi bir kaleme yatırım yapılamayacaktır.

Cari açık büyüyor, gelecek yıllarda da kaynaklarımız borçlanmaya gidecek!

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) "**Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar 2009**" raporuna göre cari açık 2008 sonu itibarıyla 51,508 milyar dolar, 2009 sonu itibarıyla 50,415 milyar dolar olarak gerçekleşmesi beklenmektedir.

Cari işlemler açığının daha çok borçlanma ile karşılanması, yatırımlara ayrılan payın her yıl düşürülmesi gibi yanlış politikalar ve dünya ekonomisinde yaşanan finansman krizi nedeniyle bu borçlanmanın önümüzdeki dönem pek çok soruna neden olacağı ortadadır. Dolayısıyla önümüzdeki yıllarda faiz ödemelerine daha büyük bir bütçe ayrılmak zorunda kalınacaktır.

Vergilerin %75'ini emekçiler ödemektedir!

Kurumlar vergisinin yıllar içinde azaltılarak %20'ye indirilmesi yanında büyük sermayeye tanınan vergi muafiyeti ve indirimler sonucunda vergi yükü yine işçi ve emekçilere yıkılmış görünmektedir. Emekçilerden alınan vergiler tüm vergi gelirlerinin %75'ini oluşturmaktadır. Ülkemizde vergi gelirlerinin 2009 yılında da yaklaşık yüzde 68'i dolaysız vergilerden yani gelire bakılmaksızın yapılan tüketim üzerinden herkesten eşit oranda alınan vergilerden beklenmektedir.

Çeşitli kanunlardaki sermayeye uygulanan vergi istisna, muafiyet ve indirimlerin, önümüzdeki 3 yılda 47 milyar 318 milyon 925 bin 888 TL vergi kaybına yol açması beklenmektedir.

10 milyon kişinin sosyal güvencesi yok!

Türkiye'de 10 milyon 115 bin kişinin herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna kaydı olmadan çalıştığı belirlenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Mayıs ayında istihdamdaki toplam nüfus 22 milyon 277 bin kişi olurken, bunun 10 milyon 115 binini herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna kaydı bulunmayanlar oluşturmuştur. Ücretli olarak çalışan toplam 11 milyon 398 bin kişiden %17,5 oranındaki 2 milyon kişinin kayıt dışı çalıştığı belirtilmiştir. 1 milyon 640 bin olan yevmiyelilerin %89,8'i kayıt dışı olarak çalışmaktadır. İşveren olarak faaliyet gösteren 1 milyon 219 bin kişinin %27,4'ü, kendi hesabına çalışan 4 milyon 740 bin kişinin de %66,8'inin sosyal güvenlik kaydı bulunmamaktadır.

2009 bütçesinde krize karşı sosyal ve ekonomik politika geliştirilmemiş, aksine yanlış politikalarda ısrarlı olduğu mesajı verilmiştir. %4 büyüme hedefi üzerinden oluşturulan bütçenin toplumsal ihtiyaçlarla bir ilişkisi kalmamıştır. Dünyadaki bütün ülkelerde büyüme oranlarında radikal düşüşler yaşanırken ve beklenirken yıllardır yanlış ekonomik politikalarla idare edilen ve krize karşı tutarlı hiçbir politika gerçekleştirilmeyen ülkemizde bu büyüme oranının nasıl yakalanaacağı merak konusudur.

2008 yıl sonu gerçekleşme tahminlerine göre; bütçe giderlerinin GSYH'ya oranı %23,1 iken 2009'da bu rakam %23,6'ya çıkmaktadır.

Bu bütçe ile mali disiplin adı altında uygulanmak istenen şey; bütün kaynakların öncelikli olarak borç ödemelerine yönlendirilmesi, geriye kalan kaynakların

da yatırımlar yerine harcamalara, özelden mal ve hizmet alımlarına ayrılarak borçluluk durumunun süreklileştirilmesidir. Yeterli kamusal yatırım yapılmadığında borç ödemeleri için sosyal harcamalar kısılmakta, maaşlarımız eritilmekte ve emekçilerden daha çok vergi alınmaktadır.

Sonuç olarak 24 Ocak 1980 kararlarının ardından IMF ve Dünya Bankası kararları doğrultusunda uygulanan ekonomik ve siyasi politikaların sonuçları giderek belirginleşmekte, bu yanlış politikaların bedeli ise işçi, emekçi, işsiz ve yoksullara ödetilmektedir. Neoliberal politikalarla altı oyulan sosyal devlet anlayışı yerini günümüzde sadaka kültürüne bırakmıştır. Sosyal devlet anlayışı çerçevesinde hakların sürekliliğinin yerini keyfilik almıştır. Kişilerin insafına terk edilen yoksullar, çeşitli uygulamalarla “bağımlı” bireylere dönüştürülmek istenmektedir.

II) SAĞLIK BÜTÇESİ:

Sağlık Bakanlığı Bütçesi:

Sağlık Bakanlığının 2008 yılında 10,8 milyar YTL olan bütçesi 2009 yılı için 12 milyar 720,3 milyon YTL'ye çıkarılarak bakanlık bütçesinde %17'lik bir artış sağlandı. Sağlık bütçesi geçen yıl % 64 artarken, artış bu yıl %17 ile sınırlı kaldı.

Bütçe büyüklüğü bir şeyler ifade etmesine rağmen tablonun bütünü görmek açısından bütçe kalemlerinin hangi anlayışla düzenlendiğinin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık bütçesinden 2008 yılında yapılan harcamaların oldukça büyük kısmı tedavi ve ilaca harcanmıştır. Kamu hastanelerinde ayakta tedavi oranı %64'tür ve sağlık harcamalarının büyük bir bölümü ayakta tedaviye gitmektedir. Gelişmiş ülkelerde ayakta tedavilerin %85'i birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılmaktadır.

SSGSS'ye karşı toplumsal muhalefeti kırmak adına vatandaşlar hükümet politikalarıyla özel sektöre yönlendirilmişlerdir. Özel sektördeki şişirilmiş faturalar sağlık bütçesinden önemli bir pay götürmüştür. Kamu hastanelerinde de hizmet alımı yoluyla gerçek maliyetlerin çok üzerinde harcamalar yapılmakta, bütçenin önemli kısmı toplumsal olanakları iyileştirmek yerine harcamalarla heba edilmektedir. İlaçta ithalata bağımlı tüketim de yine bütçeden önemli harcamalar yapılmasına neden olmaktadır.

2006 yılında 23 milyar YTL olan toplam (kamu+özel) sağlık harcamaları, 2007 yılında 26,6 milyara yükselmiştir. 2008 yılı sonunda 30 milyar doları aşması beklenmektedir. Sağlık harcamalarında bir önceki yıla göre 5 milyar YTL artış vardır ve sağlık harcamaları son 4 yılda 16-17 milyar YTL artmıştır.

Sağlık Bakanlığı yatırım bütçesi 5 milyar 780 milyon YTL gibi bir rakamla sınırlıdır. Sosyal Güvenlik Kurumu'nca da 188 milyon liralık yatırım yapılması planlanmıştır. Sağlık yatırımlarının 132,6 milyon YTL'lik kısmı kesilmiştir. Yatırıma yeterli bütçenin ayrılmamış olması kamusal sağlık hizmetinin daraltılmak istendiğinin açık bir göstergesidir. **Kamusal sağlık hizmetinin daraltılmasıyla sağlık alanı özele bırakılmakta, sağlık bütçesi özele kaynak aktarma aracı olarak kullanılmaktadır.**

Ayrıca yeterli yatırım yapılmaması nedeniyle kamu sağlık kuruluşlarından hizmet alan vatandaşlarımız niteliksiz hizmete mahkûm edilmişlerdir. Bütçedeki kaynakların yatırımlar yerine harcamalara ayrılması nedeniyle artan nüfusun ihtiyaçlarına yanıt üretecek kapasite gelişimi olmamaktadır.

Yalnızca bir hastanede Temmuz ayı içinde 49 bebek, Ağustos ayının ilk beş gününde 25 bebek olmak üzere 35 gün içinde toplam 74 bebek kaybedilmiştir. Bebek ölümlerinin en önemli nedenleri kamu hastanelerinde yeterli sayıda kuvöz olmamasıdır. Kamu hastanelerinin yanık üniteleri ihtiyaca cevap vermemektedir, pek çok hastanede boş yoğun bakım yatağı bulmak neredeyse imkânsızdır.

Sağlık kurumlarında ciddi düzeye yükselen sağlık personeli açığı kapatılmamış, var olan çalışanlar kadroya alınmamış, ücret adaletsizliği devam ettirilmiş, hayat pahalılığı karşısında maaşlar ve çeşitli uygulamalarla özlük hakları giderek getirilmiş, istihdam biçimlerindeki farklılık iş barışını bozmuştur. Bunların tümü kamu sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetin niteliğini önemli ölçüde düşürmektedir.

Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü'nün 11.03.2008 tarih ve 2736 sayılı yazısı ile yataklı tedavi kurumlarında görev yapan personelden yemek ücreti alınmaya başlanmıştır.

Hastanelerdeki sorunlar manipüle edilerek neo-liberal sağlıkta dönüşüm programının önemli ayaklarından biri olan **Kamu Hastane Birlikleri** hayata geçirilmek istenmektedir. İşsizlik ve yoksulluğun arttığı ve mağdurların çeşitlendiği, sağlık hizmetlerine talebin arttığı bir ortamda sağlık hizmetlerine yeterli yatırım yapılmamakta, yeterli sayıda eğitilmiş, kadrolu personel alınmamaktadır.

İşsizlik ve yoksulluğun arttığı ve mağdurların çeşitlendiği, sosyal hizmetlere talebin arttığı bir ortamda sosyal hizmetlere yeterli yatırım yapılmamakta, yeterli sayıda eğitilmiş, kadrolu personel alınmamakta, taşeron aracılığıyla kamusal hizmet verilmeye çalışılmaktadır.

Krizle birlikte özellikle kadınların sağlık hizmetlerinden faydalanmasının zorlaşacağını öngörmek mümkündür. Kadınların sağlık hizmetlerinden dışlanması çocuk ve bebek sağlığını da olumsuz etkilemekte, yoksul kesimin büyük bölümü-

nü oluşturan kadınların yoksulluğa, işsizliğe, kayıt dışılığa itilmesi, gelecek nesilleri de doğrudan olumsuz etkilemektedir.

Hastalar, yeşil kartı olsa dahi katkı payı yüzünden sağlık kuruluşlarına başvuramayabilmektedirler. Prim, katkı payı, fark ücreti vb. uygulamalar sağlık hizmetine başvuru oranlarını düşürmektedir. Aile hekimliği ve krizin üst üste binen etkileri nedeniyle yoksulların sağlık hizmetinden giderek daha çok oranda dışlanacağını söylemek mümkündür. Kamu Hastane Birlikleri'nin yürürlüğe girmesiyle birlikte kriz ortamında kendi hallerine terk edilecek olan sağlık kurumlarının pek çoğunda hizmetin niteliğinde düşüş yaşanacaktır. Personeli ise uzun çalışma saatleri, düşük ücret, iş güvencesiz çalışma beklemektedir.

Kamu hizmeti sunan kurumların işletme mantığı gereğince yeniden yapılandırılması, bu "işletmelerin" tüccarlarca idare edilmesi ve finansal getiriye odaklı hizmet sunulması, kapsayıcılık yerine ayrımcılığın ve dışlamanın derinleştirilmesine neden olacaktır. İşletme mantığı gereğince kamu hizmetinin niteliği değil, hizmet sonucunda elde edilecek gelir birincil önemde olacaktır. Bütün kamu emekçilerinin gelire maksimum katkıyı koymaları dayatılacak, ücretlerde ve sosyal/özlük haklarında gerileme hedeflenecek, örgütlülüğe saldırı doruk noktasına ulaşarak sosyal diyalogcu liberal sendikal anlayış tek seçenek olarak sunulmaya çalışılacaktır.

Sağlıkla ilgili sorumluluk bireysel alana itilmiş, sağlığı etkileyen önemli faktörler (sağlıklı çevre, yaygın eğitim, temiz su ve sağlıklı kanalizasyon vb.) göz ardı edilerek kamusal sorumluluk alanı daraltılmıştır. Oysa **İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi'nde ve Dünya Sağlık Örgütü Kuruluş Bildirgesi'nde** sağlık "Yalnız hastalık ya da sakatlığın bulunmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali" şeklinde ifade edilmiştir. Yine SSGSS kapsamında yoksulların sağlık ve sosyal güvenlik hakkının Dünya Bankası'nın sürdürülebilir yoksulluk kavramı ile paralellik taşıdığını belirtmeliyiz. Bu yasada yoksullara minimum hizmet paketi kapsamında bazı sağlık hizmetleri ücretsiz sunulacağı ancak bu paketin dışında kalan hizmetler için cepten ödeme yapılması gerektiği belirtilmiş, yoksul ve işsizlere sağlanacak olan hizmetin kapsamının SGK'nın gelir-gider dengesine bağlı olduğu belirtilerek minimum hizmet paketinin gerekli hallerde daraltılabileceğinin işaretleri verilmiştir.

Toplumsal alana dair neoliberal düzenlemeler bugün artık tek tek bireylerin neoliberal rasyonaliteye yudurulmasına dek genişletilmek istenmektedir. Aslında bu yolla bütün toplum neoliberal tekniklerle kontrol edilebilir, hesaplanabilir ve öngörülebilir bir alana çekilmektedir. Neoliberal mantığının toplumun en küçük bi-

rimlerine dek yaygınlaştırılması ile herkesin neoliberal mantık uyarınca gerekli düzenlemeleri içselleştirmesi ve toplumsal alandaki dönüşümün de otomatik olarak bu yolla sancısız biçimde gerçekleşmesi beklenmekte ve istenmektedir.

SGK Bütçesi:

Kasım sonu itibariyle 15 milyon 539 bin 936 kişinin aktif sigortalı, 7 milyon 989 bin 338 kişinin de emekli olduğu belirlendi. Çalışanların emeklileri karşılama oranı (Aktif/Pasif Oranı) ise 1.95 olarak gerçekleşmiştir.

Sosyal güvenlik sisteminin açığı Ocak-Kasım döneminde geçen yılın aynı dönemine göre %2,44 artışla 24 milyar 788 milyon YTL'ye yükselmiştir. On bir ayda 60 milyar 269 milyon YTL gelir elde eden Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) gideri ise 85 milyar 58 milyon YTL olarak gerçekleşmiştir.

SGK Harcamaları:

AKP hükümeti döneminde SGK ilaç harcamaları yaklaşık 2,5 kat, SGK'nın döner sermayeli devlet hastanelerine yaptığı ödeme 2002'den bu yana 4 kattan fazla, SGK'nın özel hastanelere aktardığı kaynak da 14 kat artmıştır.

SGK harcamalarının yaklaşık yarısını ilaç harcamaları oluşturmaktadır. İlaç harcamalarında bu denli artışın en önemli nedeni SSK'nın tasfiyesi ve tasfiyenin ardından ilaçta dışa bağımlılığın daha da derinleşmesidir. SSK'nın 2004 yılında Kamu İlaç Alım Protokolü ile yaptığı ilaç harcaması 2,7 milyar YTL iken SSK'nın tasfiyesinin ardından 2007 yılındaki ilaç harcaması 6,4 milyar YTL'ye sıçramıştır. SSK sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devri ve SSK ilaç fabrikalarının kapatılması ile birlikte ilaçta dışa bağımlı bir model gelişmiş, bunun yanı sıra kamu sağlık kuruluşları toplu alım yoluyla ilaç fiyatlarını aşağıya çekmek gibi bir avantajdan yoksun kalmış ve ilaçta piyasa koşullarına mahkûm ediliş söz konusu olmuştur.

SGK Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibariyle Seyri:

Yıllar	2002	2007	2008
SGK (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) toplam harcamaları	7.6 milyar YTL	20 milyar YTL	25 milyar YTL (tahmini)
SGK İlaç harcamaları	4,3 milyar YTL	8,6 milyar YTL	10,5 milyar YTL (tahmini)
SGK'nın döner sermayeli devlet hastanelerine yaptığı ödeme	1.8 milyar YTL	6.4 milyar YTL	13 milyar YTL (tahmini)
SGK'dan özel hastanelere yapılan ödeme	0.4 milyar YTL	2.35 milyar YTL	5.5 milyar YTL (tahmini)

SGK toplam sağlık harcamalarının yarıya yakınıni tedavi (hastane) harcamaları oluşturmaktadır. Neoliberal "**Sağlıkta Dönüşüm Programı**" çerçevesinde kamu hastanelerinin döner sermaye ve performansla dayalı sağlık işletmelerine dönüştürülmesi sağlık harcamalarını büyük ölçüde arttırmıştır. Buna ek olarak hükümetin özel sağlık kuruluşlarına hasta yönlendirmesi kamunun özel hastane harcamalarını da arttırmıştır.

SGK Giderlerinin önemli kalemleri:

EMEKLİ AYLIğI ÖDEMELERİ	54 milyar 32 milyon YTL
-hizmet akdi ile çalışanlara yapılan ödeme	- 30 milyar 544 milyon YTL
-bağımsız çalışan emeklilere yapılan ödeme	- 8 milyar 257 milyon YTL
-kamu emekçileri emeklilerine yapılan ödeme	-15 milyar 232 milyon YTL
SAğLIK GİDERLERİ	23 milyar 371 milyon YTL
-tedavi giderleri	-12 milyar 972 milyon YTL
-ilaç giderleri	- 9 milyar 746 milyon YTL

Sağlık harcamalarında ilacın payı %42, tedavinin payı %56, optik ve diğer sağlık giderlerinin payı da %2 oldu.

Bu gelişmeler sonucunda sosyal güvenlik sisteminin açığı bu yılın on bir ayında geçen yılın aynı dönemine göre yüzde 2.44'lik artışla 24 milyar 788 milyon YTL'ye ulaştı. Geçen yılın aynı döneminde sosyal güvenlik sistemi 24 milyar 198 milyon YTL açık vermişti.

Anılan dönemde bütçeden 24 milyar 80 milyon YTL'si açık için, 4 milyar 419 milyon YTL faturalı ödemeler, 2 milyar 375 milyon YTL'si de ek ödeme için ve 861 milyon YTL'si devlet katkısı olmak üzere toplam 31 milyar 736 milyon YTL transfer yapıldı.

SGK Gelirleri:

SGK'nın verilerine göre, kurum'un on bir aylık dönemde elde ettiği gelirin en önemli kalemi 49 milyar 330 milyon YTL ile prim tahsilâtından oluştu.

SGK Gelirlerinin önemli kalemleri:

Prim tahsilatları	49 milyar 330 milyon YTL
- hizmet akdi ile çalışanlardan yapılan tahsilat	- 31 milyar 610 milyon YTL
- bağımsız çalışanlardan yapılan tahsilat	- 9 milyar 52 milyon YTL
- kamu çalışanlarından yapılan tahsilat	- 8 milyar 667 milyon YTL

III) SAĞLIKTA NEOLİBERAL DÖNÜŞÜM: SSGSS (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası)

Genelde "Sağlıkta Dönüşüm Programı", özelde SSGSS Yasası toplumsal ihtiyaçlar ve kaynaklar göz önünde bulundurularak hazırlanmış bir reform programı değildir. Bu yasa tümüyle Dünya Bankası'nın ve IMF'nin yani sermayenin öncelikleri ve çıkarları gözetilerek hazırlanmıştır. 1996'da Dünya Ticaret Örgütü ile imzalanan GATS Anlaşması'nda ifade edilen 'bir mal ya da hizmet özel sektör tarafından üretiliyorsa kamu tarafından üretilmemesi veya kamu tarafından üretilcekse de özel sektör piyasasının koşullarına göre o hizmetin üretilmesi" yaklaşımı SS ve GSS Yasasının temelidir. Buna göre piyasadan daha uygun bir fiyata kamu tarafından nitelikli sağlık ve sosyal güvenlik hizmeti üretimi olmayacaktır.

Reformun gerekçesi olarak öne sürülen sosyal güvenlik açığını ortaya çıkaran nedenler ve bunların çözümlerine dair hiçbir öneri yasadaki bulunmamaktadır.

Sosyal güvenlik sisteminin finansman darboğazı, asıl olarak,

- kamusal yatırımların azaltılması,

- işsizlik,

- kayıt dışı istihdam

- çalışma düzeninin esnekleştirilerek, çalışma ilişkilerine kuralsızlığın egemen olmasından kaynaklanmaktadır.

Kamusal yatırımlara ayrılan kaynaklar bütçede sürekli düşürülmektedir. Giderek büyüyen işsizliğe dair önlem alınmamıştır. Kayıt dışı istihdam da her geçen gün artmaktadır. Kadrolu yerine sözleşmeli iş güvencesiz çalıştırma biçimleri devlet kurumlarınca bile yaygın olarak kullanılmaktadır. Dolayısıyla bu darboğazdan nasıl çıkılacağı hala belirsizliğini korumaktadır.

Bütçe açıklarının asıl nedenleri üzerinde durulmadan, tüm olumsuzlukların kaynağı olarak sosyal güvenlik kurumları gösterilmektedir. Oysa pek çok ülkede sosyal güvenliğe bütçeden oldukça büyük paylar ayrılmakta ve bunlar yük olarak yansıtılmamaktadır. Gerçeği çarpıtan bu yaklaşımla, ülkemizde bütçedeki asıl yükün **borçlar ve faiz ödemeleri** olduğu gerçeği çarpıtılmaktadır.

SSGSS Yasası ile birlikte ücretsiz sağlık hizmeti tümüyle bitirilmiştir.

İster kayıtlı, ister kayıt dışı, isterse yeşil kartlı olsun **herkesten katkı payı alınacaktır**. Sistem **cepten ödemelere** dayandırılmaktadır. Ödediğimiz vergiler yanında sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri için prim ödenecek, üstüne katkı payı ödenecek, ödediğimiz primlerle elde edemediğimiz hizmetler için de cepten ödeme yapılacaktır.

- Yeşil kartlılar Temel Teminat Paketi kapsamında olan sağlık hizmetlerinden **ücretsiz olarak değil** katkı paylarını ödeyerek yararlanacaklar. Bu paketin dışında kalan sağlık hizmeti için de **cepten ödeme** yapacaklar.
- “Yeşil Kart” ile sağlanan sağlık hakkı tüm sağlık hizmetlerini kapsarken GSS ile Yeşil kartlılar sadece belirli sağlık hizmetlerinden yararlanabilecekleridir.
- GSS’nin vereceği sağlık hizmetinin kapsam ve niteliğini “SGK kasasındaki para, toplanan prim ve katkı payları” belirleyecektir.
- Prim ödeyerek hak edilen sağlık hizmetinin kapsamı **finansal koşullar çerçevesinde** daraltılabilecektir.
- Vatandaşların “katılım payları”nı ödeyememeleri ve cepten ödemeleri karşılayamamaları hizmet almaktan kaçınmalarına veya gecikerek hizmet talep etmelerine yol açacaktır.
- Bütçeden kaynak aktarmaksızın kayıtlı kesim üzerinden sağlanacak kaynakla, sayıları giderek artan yoksulların toplumsal gereksinimlerinin asgari düzeyde karşılanması hedeflenmektedir.
- Sistemin bu şekilde tasarlanması ile;
 - Özel sağlık sigortaları teşvik edilecek,
 - Sosyal güvenlik kurumundan kaçış hızlanacak,
 - SGK, bir yoksulluk yönetimi kurumuna dönüşecektir.

Kamu Hastane Birlikleri:

1980’li yıllarda dünya çapında tüm kamu hastanelerindeki bürokrasiden ve hantal işleyişten kaynaklı sorunlara çözüm olarak sunulan özerklik, ülkemizde de “Sağlıkta Dönüşüm” programının bir alt bileşeni olarak hazırlanan “Kamu Sağlık İşletmeleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” ile daha kapsamlı biçimde gündeme getirilmiştir. AKP hükümeti tarafından hazırlanan ve gerçekte bir yıkım programı olan “Sağlıkta Dönüşüm Programı, zorunlu sigorta uygulaması, aile hekimliği yanında hastanelerin özerkleştirilmesini de hedeflemektedir.

Hastanelerin özerkleştirilmesinin gerekçeleri “demokratik katılımın sağlanması, merkeziyetçiliğin ve rekabetsizliğin yarattığı verimsizliğin aşılması ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin sağlanması” olduğu belirtilse de aslında yasa tasarısıyla;

- Sağlık emekçilerinin iş güvencelerinin ortadan kaldırılması,

- Çalışma koşullarının kötüleştirilmesi,
- Genel bütçeden hastanelere ödenek verilmemesi,
- Herkesi parası kadar sağlık anlayışının yaygınlaştırılması,
- Hastanelerin 'verimlilik ve karlılık' ilkesi uyarınca özel sektöre devredilmesi hedeflenmiştir.

Kamu sektöründeki hastanelerin özzerleştirilmesinin ve piyasa mekanizmaları ile yürütülen işletmeler biçiminde organize edilmesinin pek çok sakıncalı tarafı vardır. Dünyada bu uygulamalar sonucunda eşitlik ilkesi büyük ölçüde zarar görmüş, sağlık emekçilerinin çalışma koşulları kötüleşmiş, katkı payları ve cepten ödemeler artmış, özzerk hastaneler özzerk olmayanlara göre daha pahalı hizmet vermeye başlamış buna karşın verimlilik artmamış ve yoksul kesim sağlık hizmetinden faydalanamaz hale getirilmiştir. ABD'yi de içine alan dünya çapındaki deneyimlere göre sağlık hizmetlerinin özel sektöre tümüyle devredilmesi yoksul ve dezavantajlı grupları oldukça olumsuz etkilemektedir (Govindaraj ve Chawla,1995: 24).

İngiltere'de de hastanelerin özzerleştirilmesini benimseyen reformlar uygulanmıştır. Reform sürecinin başında "özzerleşmenin, bürokrasiyi azaltacağı, ayrıcalıkları sona erdireceği daha iyi hizmet imkânı getireceği ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltacağı" iddia edilmiştir.

Ancak sonuçta çalışanlar arasında ücret farklılıkları yaratılmış, 8500 hemşire ve 5000 sağlık emekçisinin işine son verilmiştir (Andersen,1996). Özzerleşme ile birlikte finansman sorunu yaşayan hastaneler kapatılmış, kapanmalar ve özel sektöre devirler nedeniyle 1959'da 2441 olan kamu hastanelerinin sayısı 1990 yılında 1714'e gerilemiş, kamuda 1959'da 455.138 olan hastane yatak kapasitesi 1990 yılında 283. 469'a düşmüştür (Topak, 2000).

Govindaraj ve Chawla'nın az gelişmiş ülkelerde hastanelerin özzerleştirilmesine dair yürüttükleri çalışmanın sonuçlarına göre neoliberal özzerleştirme yönünde yürütülen faaliyetler nedeniyle eşitlik ilkesi büyük ölçüde zarar görmüş ve yoksullar hastanelerin özzerleştirilmesinin ardından sağlık hizmetlerinden dışlanmışlardır. Verimlilik alanında kayda değer bir gelişme olmamıştır (Govindaraj ve Chawla,1996: 16). Endonezya'da özzerleşmenin hemen ardından katkı payları ikiye üçe ve hatta dörde katlanmıştır. Gana'da özzerleşmeden sonra getirilen kullanıcı katkı payı uygulaması yoksulların sağlık hizmetinden faydalanmasını engellemiştir (age, 19).

III.2) Aile Hekimliği:

2005 yılında başlayan aile hekimliği uygulaması Sağlık Bakanlığı verilerine göre 29 Kasım 2008 tarihi itibarıyla 30 ilde yaklaşık 16 milyon nüfusa yaygınlaştırılmıştır (Bu uygulamanın 2008 yılı sonunda 39 ile yaygınlaştırılması planlanıyordu). 4 yıldır "pilot uygulama" olarak sürdürülen Aile Hekimliği uygulamasının kesin yasası ve yönetmelikleri çıkarılmamıştır. "Pilot" illerin her birinde "pilot" yönetmeliklerin farklı yorumlanmalarıyla farklı Aile Hekimliği uygulamaları devam etmektedir.

Aile hekimliği sisteminin olmazsa olmazlarından olan sevk zinciri, sistemin hoşnutsuzluklarını törpülemek amacıyla hayata geçirilmemiş, bu konuda da "pilot" uygulama olarak 4 ilde (Bayburt, Isparta, Gümüşhane ve Denizli) 1 Kasım 2008'den itibaren ilk müracaatın aile hekimliğine yapılması zorunlu kılınmıştır. Ocak 2009'dan itibaren de tüm aile hekimliği uygulanan illerde sevk zorunlu olacağı duyurulmuş ancak daha sonra SGK sağlık uygulama tebliğlerinde değişiklik yapılarak sevk zinciri uygulamasının pilot olarak başladığı 4 il haricindeki Aile Hekimliği uygulaması devam eden illerde uygulama 1 Temmuz 2009'a ertelenmiştir. 30 Haziran 2009 tarihinde bir genelge yayınlayan SGK, uygulamayı yine ertelediğini açıklamıştır.

Sevk zinciri pilot uygulaması yapılan Isparta, Denizli, Bayburt ve Gümüşhane illerinde Yeşil Kart mensupları ile Devlet Memurları da 01.01.2009 tarihi itibarıyla kapsama alınmıştır. Yeşil Kart mensupları ile Devlet Memurları da 01.01.2009 tarihi itibarıyla katılım payı uygulamasına dahil edilmiştir.

Aile Sağlığı Merkezleri Aile Hekimliği uygulamasının pratiğini bilmeyen amirlerce denetlenmektedir. İlk olarak Düzce ilinde denenen ve alt yapı oluşturulmadan başlatılan Aile Hekimliğinde sevk zinciri uygulaması birkaç sene sonra yine alt yapı hazırlanmadan 4 ilde daha denenmeye başlamıştır.

Aile Hekimliği uygulaması dahilinde sevk sisteminin uygulandığı dört ilde yaşanan sorunlar:

- 1 Kasım 2008'den itibaren 4 ilde başlatılan sevk uygulamasıyla Aile Hekimlerinin poliklinik sayıları %70 oranında artmış, Aile Hekimlerinin vermesi gereken diğer sağlık hizmetlerinde aksamalar ve verilen hizmetin niteliğinde de düşüş ortaya çıkmıştır.
- Aile Hekimlerinin artan poliklinik hasta sayıları nedeniyle gebe/bebek izlemleri ile bebek aşılarına yeterli zaman kalmamaktadır.
- Vatandaşlar ağız ve diş sağlığı hizmetlerini almak için Aile Hekimlerine başvurmaktadır. Hekimler bilgilerinin olmadığı bir konuda vatan-

daşların sadece sevk evrakını düzenleyip vermektedirler.

- Aile Hekimleri dışında kalan 1. basamak resmi sağlık kuruluşlarından olan toplum sağlığı merkezlerinden sevk yapılmamakta ve ildeki bütün hastaların sevkleri aile hekimlerinden geçmektedir.
- Uygulama ile birlikte Aile Hekiminden sevkle hastaneye giden hastaların daha sonraki takiplerinde (tahlillerin, istenen görüntüleme yöntemlerinin değerlendirilmesinde) defalarca sevk evrakı istenmektedir. Bu konuda hastaneye bir kez giriş yapan bir hastanın sevk evrakının ne kadar süre ile geçerli olacağı ve yapılan işlemlerde SGK tarafından ödemelerin hangi durumda yapılıp hangi durumda yapılmayacağı açıklanmamıştır.
- Belirli bir program dahilinde tedavi gören hastalar (radyoterapi, kemoterapi, dializ gibi) defalarca sevk evrakı için gönderilmekte olup bu hem hastalar hem de aile hekimi için zor bir durum ortaya çıkmaktadır.
- Aile Hekimi tarafından sevk edilmiş ancak ilgili branş uzmanının başka bir bölüm tarafından da hastanın görülmesi gerektiği belirlendiğinde hastadan tekrar sevk alıp gelmesi istenmektedir.
- Aile Hekiminden sevkle hastanede işlemlerini yaptıran bir hastanın eczaneden ilaçlarını almaya gittiğinde sevk evrakının bir nüshası istenmekte eğer hastanın elinde sevk evrakının işlem kapanmış şekli yok ise hasta ilacını alamamakta ya da tekrar Aile Hekimine gelip yazdırmak durumunda kalmaktadır.
- Aile hekimliğine geçilen (bazı iller hariç) illerde yapılan her türlü işlem Aile Hekimliği bilgi sistemine kayıt yapılmamakta (özellikle performans gerektirmeyen muayene, sevk, reçete vb. işlemler) bahsi geçen bu işlemler protokol defterine kaydedilmektedir. Dolayısıyla sadece evrak üstüne yapılan kayıtlarda karnesi olmayan yada müteakip defalar gelen hastaların kontrolleri bilgisayar kayıtları tutulmadığı için yapılamamaktadır.

(Kaynak: Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu'nun 22.12.2008 tarihli raporu)

Her ilde pilot uygulamaya geçilmeden önce Aile Hekimliği yapacak hekimlere 1 haftalık 1. basamak eğitimleri verilmiş ama aile hekimlerinin 2. basamak eğitimlerinin ne zaman ve nasıl yapılacağı hala belirtilmemiştir.

Aile Hekimliği sözleşmeleri yasal olarak tamamen tek taraflı hükümler içermekte ve bu sözleşmelerde Aile Hekimlerinin özlük haklarını gözetmeyen hükümler yer almaktadır. Bunun en somut örneği Isparta'da görev yapan 117 aile he-

kiminin 107'si hakkında Isparta Sağlık Müdürlüğü'nün teklifi ve önerisiyle Isparta Valiliği tarafından soruşturma açılmasıdır. Sistemin kendisinden kaynaklanan sorunlar, sözleşmelerinin yenileneceği bir dönemde aile hekimlerine yıkılmaktadır. Isparta'da aile hekimliği pilot uygulamasına geçilmesi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde tesis, hekim, hemşire ve yardımcı sağlık elemanı sayısında büyük oranda azaltmaya gidilmiş, yeterli hazırlık yapılmaksızın sevk zinciri uygulamasının başlatılması ile birlikte vatandaşlar yoğun biçimde mağdur edilmiştir.

Gebe takibi ve izlemi, çocuk, bebek takibi ve aşılmasında çok önemli rolleri olan, hastalar ile birebir yakın temas kuran ebeler, köylerdeki, mahallelerdeki görev yerlerinden alınmış, üç bin-dört bin kişilik nüfusa hizmet vermesi beklenen aile hekimleri bir yardımcı sağlık elemanı ile koruyucu, tedavi edici sağlık hizmetleri ile ev ziyaretlerinden sorumlu tutulmuşlardır.

Aile hekimliğinin finansman sorunu hala çözülememiştir:

Pilot uygulamalarda prim borcu olsa dahi vatandaşlar aile hekimliği hizmetinden faydalandırılmıştır. Ancak GSS'nin uygulamaya konulması ile birlikte sadece prim borcu olmayan hastalar aile hekimlerine başvurabilecektir. Prim borcu olanların yanı sıra kayıt dışı çalıştırılanları da hesaba katacak olursak nüfusun büyük bir bölümünün sağlık hizmetinden yoksun kalacağını söyleyebiliriz.

SS ve GSS Yasası esas olarak nitelikli, eşit ve ulaşılabilir sağlık ve sosyal güvenlik hizmeti sunmayı değil bu hizmetlerin hepsini paralı hale getirmeyi hedefleyen bir yasadır. Bu yasa, emekçiler, emekliler, yoksullar, kadınlar, kayıt dışı çalıştırılanlar, özürllüler ve bakıma muhtaç vatandaşlarımız açısından tam bir yıkım getirecektir.

Ayrıca hekimlerin ve diğer sağlık emekçilerinin emekli sandığı ödemeleri devlet tarafından karşılanmıştır. GSS yürürlüğe girdiğinde bu finansman sorununun nasıl çözüleceği hala belirsizdir.

Aile hekimliği Sosyalizasyon Yasası'nın "Sosyal Yükü"nden kurtulmak için gündemdedir:

Bu sistemde hizmetler sadece aile hekimliği ofislerine başvuranlara ya da telefonla iletişim kuranlara verildiğinden birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli özelliği olan ev ziyaretleri ile risk gruplarından (15-49 yaş kadın, gebe, loğusa, bebek, çocuk, engelli gibi) kişilerin tespit ve yaşam alanlarında izlemeleri yapılmamaktadır. Gezici hizmet adı verilen, aile hekimine bağlı köylere sağlık hizmet sunumu da işlememektedir.

Pilot uygulamalarda aile planlaması poliklinikleri, emzirme odaları, sağlam çocuk ve gebe poliklinikleri kapatılarak aile hekimi ofisine dönüştürülmüştür.

Sosyalizasyon yasasının mantığına uygun biçimde hizmet üreten sağlık ocaklarında çevre, ekonomik ve sosyal koşullar yani sağlığı etkileyen tüm faktörlerle ilgili bilgi kayıt sistemi tutulmaya çalışıldığı halde aile hekimliği sisteminde Ev Halkı Tespit Fişleri aile hekiminin müşteri listesi dışında bir anlam ifade etmemektedir.

Aile hekimliği sistemi ile hekimler ve hekim dışı sağlık personele çeşitli dayatmalar söz konusudur:

Bu sistemle hekim dışı sağlık personeline 'eleman' adı altında görev ve sorumlulukları muğlaklaştırılıp kabul edilemez bir uygulama dayatılmaktadır. Hekimlere aile hekimi olmaları için baskı yapılmakta, hasta-sağlık personeli ilişkisi ticari bir ilişkiye dönüştürülmektedir. Sağlık ve sosyal güvenlik sistemini parasal ilişkiler zincirine çeviren hükümet son olarak eczacılara katkı payı toplamaları için "tahsildarlık" rolü biçmiştir.

GSS (Genel Sağlık Sigortası):

Kapsam dışında bıraktığı kesimler nedeniyle, SSGSS Yasası toplumun tümü için güvence sağlamayacaktır.

- Herkesi kapsayacağı iddia edilen Genel Sağlık Sigortası, kayıt dışı çalıştırılanları ve primini ödeyemeyenleri, işsiz olduğu halde resmi işsiz olarak kabul edilmeyenleri, yoksul olduğu halde resmi olarak yoksul kabul edilmeyenleri kapsamamaktadır.

- Üniversiteye gitmeyen, herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olarak çalışmayan 18 yaşından büyük gençler ailelerinin bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumunun hizmetlerinden artık yararlanamayacaklardır. Bu kişiler adına ayrı ayrı GSS primi yatırılmadığı takdirde acil hizmetler dışındaki hizmetlerden yararlanmaları mümkün olmayacaktır.

- Aylık geliri, asgari ücretin üçte biri üzerinde olan herkes gelirine göre değişen miktarlarda sağlık sigortası primi yatıracaktır.

- Geliri asgari ücretin 1/3'ünden yüksek olanlar primlerini yatırmadıkları takdirde acil hizmetler dışında hiçbir sağlık hizmeti alamayacaklardır.

- İşvereni primini yatırmadığı ya da devlete herhangi bir gelir beyan edemediği için kayıt dışı çalışan milyonlarca kişi GSS kapsamı dışında kalacaktır.

SONUÇ

Ağırlıklı olarak 1990'lı yıllarda başlayan sağlık ve sosyal güvenlik reformları uygulandıkları ülkelerde toplumsal eşitsizlikleri arttırmış, ödeme gücüne göre

toplumsal kesimleri adeta yaşanmaya değen ve değmeyen hayatlar olarak ayırıştırır. Bu reformlar sonucunda kamusal sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri yapısal değişimlere uğratılmıştır. Öncelikle bu reformlarla birlikte bireye ve toplumun ne olduğuna dair algı tümüyle değişmiş, toplumsal alanı oluşturan bütün unsurlar sermayenin birer biçimi olarak kavramsallaştırılmaya çalışılmıştır.

Kapitalizmde toplumsal ve bireysel alana dair düzenlemeler, toplumsal yaşamın, kapitalist üretim ilişkilerinin yeniden üretilmesine bağlı olarak şekillenmesini hedefleyici tarzdadır. Bu bağlamda toplumsal alan, ekonomik anlamda maksimum çıktının elde edilmesine dayanan bir rasyonaliteye göre düzenlenmektedir. Bu rasyonalite dönemin ihtiyaçları doğrultusunda yeniden belirlenmektedir.

Sosyal devlet döneminde insan/vatandaş, kamusal hakları üzerinden tanımlanırken ve bu haklardan faydalanmak ödeme gücünden bağımsız biçimde kamusal bir güvenceye dayandırılırken, 80'li yıllardan itibaren kamuya ait işletme ve ekonomik etkinlik alanlarının özelleştirilmesiyle beraber devlet- vatandaş ilişkilerinde yeni bir dönem başlamıştır. Asıl olarak bireysel ödeme gücüne göre sunulan ve arkasındaki kamusal güvencenin çeşitli müdahalelerle eritildiği "kamusal hizmet" anlayışı ön plana çıkmış, devlet kamusal hizmetlerin sunumu ve üretilmesi yerine bu işlerin organize edildiği bir birim olarak belirlemeye başlamıştır. Kamu hizmetlerinin finansmanının kaynağı artık devlet bütçesi değil, çoğunlukla bu hizmetleri talep edenlerin yaptıkları ödemelerdir. Kamusal hizmetler alanı arz yönlü bir alan olmaktan çıkarılmaya başlanmış ve talebin belirleyiciliği üzerine inşa edilen bir kamu hizmeti piyasası oluşmaya başlamıştır. Sosyal devlet döneminde varlığını sorunları toplumsallaştırarak çözme becerisiyle meşrulaştıran iktidara karşılık, neoliberal dönemde iktidar bütün sorun çözme alanı olarak piyasaya işaret etmekte, toplumsal alanı piyasanın dili ile yeniden inşa etmektedir.

Türkiye'de sağlık ve sosyal güvenlik sisteminde radikal değişimlerle sonuçlanan SSGSS (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası) yasası, sağlık ve sosyal güvenlik haklarını daraltmakla kalmamış, sağlık hizmeti sunanlar ve bu hizmetten faydalanmak isteyenlerin birbiriyle ilişkilenme biçimini son derece keskin biçimde dönüşüme uğratmıştır. Neoliberalizmle birlikte kamu hizmetlerinin niteliğine, etkinliğine, verimliliğine ve bu hizmetlerin yerine getirilmesi için piyasa sisteminin önemine vurgu yapılmıştır. Piyasa mekanizmasına dayanan kamu hizmetleri yönetimi bir model haline gelmiştir. Piyasa mekanizması mal ve hizmetlerin üretim ve dağıtımı için en rasyonel araç olarak kabul edilerek özel sektörün üretim organizasyonu kamu hizmeti sunan ya da üreten kurumlarda da benimsenmeye başlamıştır. Neoliberal politikalarla birlikte kamu hizmetlerinde rasyonel tüketici tercihleri sıklıkla vurgulanır hale gelmiştir.

Tüm bunların emekçiler açısından 2008 yılına dair sonuçlarının tam bir yıkım olduğunu ileri sürmek mümkündür. Sağlık alanında uygulamaya konulan performans sisteminin yakın dönemde bütün alanlara yaygınlaştırılacağına işareti kamu yönetimi reformu paketinde verilmiştir. Bireysel performansa ve rekabete dayanan ücretlendirme skalası, hem çalışanlar arasında dayanışmayı kırmakta, çalışanları atomize ederek birbirine yabancılaştırmakta hem de temel ücrette kayda değer bir artış yapılmamasına neden olarak emekçilerin emeklilikte de yoksulluk sınırı altında yaşam sürmelerine neden olmaktadır.

Sağlık hizmetinin ve giderek yaygın biçimde bütün kamusal hizmetlerin bireysel performans sistemi ve işletme mantığınca yeniden düzenlenmesi öncelikle kamusal hizmetin niteliğini düşürecektir. Ücretlerinin insani düzeyden yoksun tutulması ile bütün kamu emekçileri performans sistemi üzerinden yarıştıracaktır. Bu yarışma ve rekabet mantığı, kamu hizmetinden faydalanan kesimleri de ister istemez müşterileştirilecek, ödeme gücü ve döner sermayeye katkısı yüksek olan “müşterilerle” bu olanaktan yoksun “müşteriler” arasında ayrımcılığı getirecektir.

Sermayenin krizden çıkışı için yaptığı her hamle aslında mücadele açısından potansiyel bir alan yaratabilmektedir. Kriz ile birlikte derinleşen toplumsal sorunlar, toplumsal muhalefeti güçlendirebilecek potansiyele sahiptir. SSGSS ile sağlık ve sosyal güvenlik alanında yaratılan yıkım, krizle birlikte derinleşmiş dolayısıyla neoliberal reçetelerle hazırlanan “sosyal güvenlik” sistemlerinin, gerçek anlamıyla sosyal güvenliğe yönelik tehdit oluşturduğu ortaya çıkmıştır. Özel olarak belirtirsek önümüzdeki dönemde emek örgütlerinin toplumsal mağduriyetleri toplumsal muhalefete dönüştürme noktasında önlerinde geniş bir alan oluşmuştur. Bu alanın büyük bir kesimini işsizler, kayıt dışı çalıştırılanlar ve kadınlar oluşturmaktadır. Dolayısıyla önümüzdeki dönem toplumsal muhalefetin genişletilmesi geleksel olarak sınıf mücadelesinin kıyısına itilen kesimlere dönük özel bir çalışma geliştirilebilmesine bağlıdır. Toplumsal muhalefetin özneleri, mekânları, öznelerin mekâna dağılımı ve bu mekânda birbiriyle ilişkilene biçimlerine yönelik geleksel bakış açısının tıkadığı kanalların yeniden zorlanması gerekmektedir. Dünyayı kurma ve anlamlandırma çabasını son derece sınırlı, parçalı ve belirli bir alanın içine sıkıştırma eğiliminin, bürokratik ve hiyerarşik dikey örgütlenmelerin, var olan olumsuzlukları mikro ölçekte yeniden yarattığını göz önünde bulundurarak, oluşan toplumsal muhalefet alanının yatay biçimde boydan boya kat edilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar:

- Andersen, G.Esping** "European Welfare States", Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies, Sage Publications, London:1996
- Chawla, M. ve R.Govindaraj**, 1996 "Hospital Autonomy: Implementation Guidelines" Data for Decision Making Project, Harvard University, Boston, MA.
- Topak, O.** "Sosyal Güvenlik ve Yeniden Yapılanma", Toplum ve Hekim, Kasım-Aralık 2000, Cilt: XV, No: 6