

“PARAN KADAR SAĞLIK”

Cahide SARI*

GİRİŞ

2010 yılı gerek ekonomik ve sosyal politikalar gerekse de demokrasi ve özgürlükler açısından işçi sınıfı, emekçiler ve ezilenler için sorunları daha da ağırlaştıran bir yıl oldu.

2008 yılının ortalarından itibaren, asgari ücretin alım gücü (özellikle benzine endekslendiğinde) büyük ölçüde gerilemiş, kriz karşısında asgari ücretle geçilen milyonlarca insan açlık ve sefalete terk edilmiştir. Primsiz ödemeler kanunu ileri bir tarihe (seçim sonrasına) ertelenmiştir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Kasım 2010’da, toplam yeşil kartlı sayısı 9 milyon 388 bin 146’ya, Doğu Anadolu Bölgesinde 2 milyon 178 bin 35’e yükselmiştir. Sağlık ve sosyal güvenlik sisteminde yaşanan neoliberal dönüşümle beraber, krizler karşısında emekçileri koruyan/koruması gereken mekanizmalar da neredeyse tümüyle işlevsizleşmiştir.

İstihdamın daraltıldığı, güvencesizleştirilenin yaygınlaştırıldığı bir kamu sağlık hizmetinin niteliği, erişilebilirliği sorgulanmak zorundadır. Katkı payları, ilaç fiyatları, tedavi masrafları ve anadilde verilmeyen sağlık hizmeti nedeniyle toplumsal dışlama mekanizmaları daha da keskinleşmiş ve ayrımcılık derinleşmiştir. Eşitsizlikleri gidereceği, sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştıracağı ve herkesi genel sağlık sigortası ve sosyal güvenlik kapsamına alacağı, bunun için de yurttaş ek bir yük getirmeyeceği belirtilen “sağlıkta dönüşüm” programının cilasası dökülmeye başlamış, gerçek yüzü açığa çıkmış durumdadır. “Paran Kadar Sağlık” anlayışı hayata geçirilmeye başlanmıştır.

I) TOPLUMSAL GÖRÜNÜM

I.1) İŞSİZLİK

İşsizliği rakamlara indirgeyerek okuduğumuzda, verilerin toplumsal gerçek-

* Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Uzmanı.

liği açıklama imkânını ve diğer toplumsal konularla ilişkisini yok saymış olunuz. İşsizlik, neden olduğu toplumsal sorunlar, tetiklediği toplumsal facialar, farklı cinsiyetlere, yaş kategorilerine ve etnik kökenlere ait insanlarda yarattığı farklı düzeylerdeki tahribatlarla ve en önemlisi de diğer toplumsal faktörlerle birlikte ele alınması gereken önemli bir sorundur.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından açıklanan 2010 yılı küresel istihdam eğilimleri raporuna göre kriz döneminde yaklaşık 34 milyon insan işsiz kaldı. 2007 yılında %5,7 olan dünyadaki işsizlik oranı, 2009'da %6,6 oldu. ABD'de %5-6 civarında olan işsizlik oranı bugün %9,5-10 civarına ulaşmıştır. Avrupa Birliğinin 27 ülkesinin ortalamasında ise yaklaşık yüzde 10'luk bir işsizlik söz konusudur. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) "Çalışma Dünyası Raporu 2010"da, mevcut politikaların sürdürülmesi halinde istihdamdaki iyileşmenin kriz öncesi duruma gelebilmesinin, bundan bir yıl önce hedeflenen 2013 yılı yerine, 2015 yılına erteleneceğini belirtmekte, işgücü piyasasındaki durgunluk uzadıkça, iş arayanların da yeni iş bulmak için daha da fazla zorlanacağını ileri sürmektedir.

Rapora göre;

- Verileri mevcut olan 35 ülkedeki iş arayanların yaklaşık olarak yüzde 40'ı bir yıldan uzun bir zamandır işsizdir ve bu kişiler önemli oranda demoralize olma, kendini değersiz hissetme ve ruhsal sağlık problemleri yaşama riski altındadırlar. Daha da önemlisi, genç insanlar orantısız bir şekilde işsizliğin hedefi olmaktadır.

- Birçođu gelişmiş ekonomiler olmak üzere en az 25 ülkede mali ve ekonomik krize bağlı toplumsal huzursuzluk olayları rapor edilmiştir. Bazı iyileşme gösteren, yükselen ekonomilerde ücret seviyeleri ve çalışma koşulları konusunda toplumsal huzursuzluk olayları kaydedilmiştir.

- 2009 yılı sonunda pozitif istihdam büyümesi yaşayan birçok ülke şimdi iş iyileşmesi konusunda zayıflamaktadır. Aynı zamanda, raporda, veri elde edebildikleri ülkelerde 2009 yılı sonunda, iş arayan 4 milyondan fazla kişinin iş aramayı bıraktığı açıklanmaktadır.

- Veri elde edilebilen 82 ülkenin dörtte üçünden fazlasında, insanların yaşam kalitelerinden ve yaşam standartlarından memnuniyet oranları, 2006 yılındaki benzer verilere göre 2009 yılında düşmüştür.

- 83 ülkenin 46'sında işi olan kişiler içerisinde dahi adaletsizlik olduğu düşüncesinden dolayı hissedilen memnuniyet oranında düşüş gözlemlenmiştir.

- 72 ülkenin 36'sında insanlar kriz öncesine göre hükümetlere daha az güven duymaktadır.

2010 yılında ekonomide kısmi toparlanmaya karşın işsizlikteki artış devam etmiş olup, gelişmiş ülkelerdeki işsizlik rakamlarının 2015 yılından önce kriz öncesi seviyeye gelme ihtimali bulunmamaktadır. IMF yetkilileri önümüzdeki yıllarda 400 milyona yakın yeni istihdam kaybı olacağı tahmininde bulunmaktadır.

Ülkemizde 2002 yılına kadar resmi olarak %6.5-%7 aralığındaki işsizlik oranının, AKP iktidarı döneminde neredeyse %100 artış göstererek, %13-14'lere yükselmesinin toplumsal sonuçları ne yazık ki yeterince tartışılmamaktadır. Tutuklu ve hükümlü sayısındaki anormal artışlar, kadınlara ve çocuklara yönelik şiddetin giderek tırmanması, toplumsal ve sınıfsal yabancılaşma, işsiz kalanların hızla suça yönelmesi, işi olanların işsiz kalma korkusu nedeniyle sürekli yaşadığı gerginlik ve korku, güvencesiz çalışmaya paralel genel anlamda güvensizliğin bütün toplumsal kesimler arasında yaygınlaşması, artan iş kazaları, milliyetçi ve faşist kışkırtmalara kolaylıkla angaje olunması, toplumsal dayanışmanın eriyerek yerini kanlı ve acımasız bir rekabete bırakması, uzun vadeli gelecek planlarının yerini günü kurtarmaya dönük hamlelerin alması nedeniyle yaşanan toplumsal çürüme vb. başlıklardan bağımsız bir işsizlik tartışması mümkün değildir.

Türkiye İşgücü Alanındaki Gelişmeler (x bin kişi, 15 yaş üstü nüfus)

Temel Göstergeler	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Çalışma çağındaki nüfus	47.544	48.359	49.174	49.994	50.772	51.686
İş gücü	22.017	22.455	22.751	23.114	23.805	24.748
İstihdam	19.632	20.067	20.423	20.738	21.194	21.277
İşsiz	2.385	2.388	2.328	2.376	2.611	3.471
İş gücüne katılma oranı (%)	46,3	46,4	46,3	46,2	46,9	47,9
-kadın	23,3	23,3	23,6	23,6	24,5	26
-erkek	70,3	70,6	69,9	69,8	70,1	70,5
İstihdam oranı (%)	41,3	41,5	41,5	41,5	41,7	41,2
İşsizlik oranı (%)	10,8	10,6	10,2	10,3	11	14
Tarım dışı işsizlik oranı (%)	14,2	13,5	12,7	12,6	16,6	17,4
Genç nüfusta işsizlik oranı (%)	20,6	19,9	19,1	20	20,5	25,3

Kaynak: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı çalışma hayatı istatistikleri

Resmi işsizlik rakamları Ağustos 2010'da % 11,4

Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) Hane Halkı İşgücü Araştırması, "2010 Ağustos Dönemi Sonuçlarına (Temmuz, Ağustos, Eylül 2010)" göre, 2009 yılı Ağustos ayında 3 milyon 429 bin olan işsiz sayısı, bu yıl söz konusu dönemde 2

milyon 971 bin oldu. İstihdam ise 22 milyon 108 binden, 23 milyon 195 bine çıktı.

1982 yılında Cenevre’de ILO Konferansında üç parametre esas alınarak yapılan işsiz tanımına göre çalışmaya elverişli ve istekli olduğu halde işsiz olan ve iş arayan kişiler de işsiz olarak kabul edilmektedir. Ancak TÜİK’in yaptığı işsizlik hesaplamalarında bu durum dikkate alınmamakta ve resmi işsizlik rakamı, hiçbir zaman gerçek işsizliği ifade etmemektedir.

- Sayıları 4,7 milyona varan genç işgücü alanında, iş bulabilenler 3,7 milyonda kaldığından genç işsiz sayısı bir milyonu aşmış durumdadır.

- İşsiz gençlerin yaklaşık %60’ı genç erkeklerden, % 40’ı genç kadınlardan oluşmaktadır.

1.2) YOKSULLUK

Dört kişilik bir ailenin sadece mutfak giderleri için harcaması gereken tutar geçen yıla göre 84 lira artış gösterdi. Toplam harcama tutarı ise son bir yılda 275 lira arttı. Ele geçen net asgari ücret ise sadece 599,12 liradır ve günlük olarak 19,97 liraya denk gelmektedir.

1980’lerden 1990’lara kadar Türkiye’de alt ve orta gelir gruplarının toplam gelir içerisinde aldıkları pay düşerken, üst gelir grubunun payı artış gösteriyor. Bilindiği gibi, neoliberal iktisadi sistemin etkilerinin görülmeye başlandığı 1980’lerden 1990’lara kadar geçen sürede birçok OECD ülkesinde gelir dağılımında eşitsizlik artmıştır. Türkiye, eşitsizlik artışının toplumun orta ve alt gelir gruplarını en olumsuz etkilediği ülkelerin başında gelmektedir.¹

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), dünya standartları içerisinde yoksul bir ülke olmamasına rağmen, Türkiye’nin çocuk yoksulluğunda çok kötü bir sicili olduğunu ortaya koymaktadır.² Avrupa Birliği İlerleme Raporu’nda (2009), 15 yaş altı çocuk yoksulluğu oranının arttığı ve özellikle kırsal bölgelerde çocuk yoksulluğunun tehlikeli seviyelere yükseldiği belirtilmektedir.

TEPAV, UNICEF ve Dünya Bankası tarafından ortaklaşa gerçekleştirilen ve 2.100 aileye uygulanan ‘Türkiye Refah İzleme Anketi’ne göre kentlerde yaşayan özellikle yoksul aileler krizden oldukça olumsuz etkilenmişlerdir. Ailelerin yaklaşık dörtte üçü Ekim 2008 ile Haziran 2009 arasında gelirlerinin düştüğünü bildirmiştir. Aileler, gelirlerindeki düşüşe uyum sağlamak için öncelikle, daha ucuz gi-

1 OECD, 2008, Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries

2 United Nations Children’s Fund. (2006) Child Poverty in Turkey 2006, Ankara

da ve gıda dışı ürünlere yönelmişler, aynı zamanda gıda tüketim miktarında da tasarrufa gitmişlerdir. Anketin gerçekleştirildiği dönemde, katılımcıların üçte birinin elektrik-gaz-su faturalarını ödeyemez duruma düştüğü, %9'unun en azından geçici süreyle de olsa faturalarını ödeyemediklerinden dolayı bağlantılarının kesildiği belirlenmiştir. Özellikle yoksullar ve orta sınıf olmak üzere, aileler geçinebilmek için yüklü bir borçlanma altına girdiklerini ve yeni alınan borçların toplam aylık gelirlerinin yarısına ulaştığını açıklamışlardır. Bununla birlikte, bazı aileler ile yapılan derinlemesine görüşmeler, sosyal destek ağlarının daralmakta olduğunu göstermiş ve en yoksul ailelerin yaklaşık beşte birinin her türlü destekten yoksun kaldıkları ortaya çıkmıştır.

1.3) ASGARİ ÜCRET

Asgari ücret belirlenirken asgari ihtiyaçlar için yeterli bir satın alma gücünün hesaba katıldığı söylenebilir, de, asgari ücret insanca yaşama olanak veren bir rakam olmaktan çok çalışanın üretim faaliyetine devam etmesini ve kıt kanaat geçindirecek satın alma gücünden başka bir şey ifade etmemektedir. Asgari ücret belirleme komisyonunun kombinasyonu önemli bir veridir. Bu kombinasyonun oluşturduğu kompozisyon da tabii ki sermayenin lehine bir sonucu açığa çıkaracaktır. İşsizliğin ve kayıt dışılığın bu denli arttığı geçmişe oranla eğitim, sağlık, ulaşım gibi temel ihtiyaçların katkı katılım payları ve ek ödemeler adı altında paralı hale geldiği bir süreçte asgari ücretin erimiş olduğu, vergide adalet, altın ya da benzin artışları üzerinden bir tartışma yürümezken emekçinin emeği pazarlık haline getirilmektedir. Türkiye'de asgari ücret belirlenirken, işçilerin ürettiği değerler hesaplanmaz, alacağı ücretin miktarı tartışılır. Türk-İş, Kasım ayında dört kişilik bir aile için açlık sınırını yaklaşık 862, yoksulluk sınırını ise 2807 TL olarak hesaplamıştır.

Tablodan da izlenebileceği gibi, 2008 yılının ortalarından itibaren, asgari ücretin alım gücü (özellikle benzine endekslendiğinde) büyük ölçüde gerilemiş, kriz karşısında asgari ücretle geçinen milyonlarca insan açlık ve sefaletle terk edilmiştir. Sağlık ve sosyal güvenlik sisteminde yaşanan neoliberal dönüşümle beraber, krizler karşısında emekçileri koruyan/koruması gereken mekanizmalar da neredeyse tümüyle işlevsizleşmiştir.

Asgari ücret dönemleri	Brüt Asgari ücret (TL)	Net asgari ücret TL	Net asgari ücretle alınabilen benzin miktarı (litre)	Net asgari ücretle alınabilen çeyrek altın miktarı (gram)
2005 yılı	488,70	350,15	135,65	10,6
2006 yılı	531,00	380,46	138,18	7,03
2007 1. dönem	562,50	403,02	151,50	7,76
2007 2. dönem	585,00	419,15	135,59	8,55
2008 1. dönem	608,40	435,92	143,89	8,05
2008 2. dönem	638,70	457,63	160,35	7,14
2009 1. dönem	666,00	477,18	165,62	6,40
2009 2. dönem	693,00	496,53	146,74	6,27
2010 1. dönem	729,00	521,89	142,73	5,85
2010 2. dönem	760,50	544,44	142,40	5,60

1.4) BÖLGELER ARASI EŞİTSİZLİKLER

Maliye Bakanlığı Kamu Hesapları Bülteni verilerinden yapılan hesaplamalara göre 2009 yılında yapılan 267 milyar 275 milyon 85 bin liralık harcamanın 167 milyar 69 milyon 669 bin lirası merkezde yapıldı. Bunun çok önemli bölümünü faiz ödemeleri ile sosyal güvenlik açıklarının kapatılması için Sosyal Güvenlik Kurumu'na yapılan para transferleri oluşturdu. 100 milyar 205 milyon 416 bin lira da illerde harcandı.

Bölgeler arası kişi başına harcama ve gelir rakamları, merkezden en fazla paranın Doğu Anadolu'ya, en az paranın ise Ege bölgesine harcandığını göstermektedir.

Bölgeler	Devletin yaptığı kişi başı harcama (TL)	Kişi başı gelir (TL)
Güneydoğu	1342,7	327,6
Doğu	2062,1	344,9
Ege	1143,8	1.308,8
Marmara	1228,8	2.944,3
İç Anadolu	1600,8	1116,5
Karadeniz	1538,5	669,4
Akdeniz	1311,4	911,3

Devlet tarafından farklı bölgelere yapılan harcamaların nerelerde, ne şekilde, hangi amaçla ve nereye kullanıldığının değerlendirilmesi gerekmektedir. Siyasal ve ekonomik politikalarından soyutlanarak, harcanan paranın miktarının çokluğu, Doğu ve Güneydoğu'ya yapılan harcamaların bölgede yıllardır süren savaştan bağımsız düşünülmesi gerçeği yansıtmayacaktır. Yapılan harcamaların büyük kısmı askeri ihtiyaçlar ve harcamalardan kaynaklanmaktadır. Daha önce hükümet temsilcileri en fazla desteğin Tunceli iline sunulduğunu beyan etse de Tunceli'ye yapılan harcamaların askeri operasyonlar için kullanılan yolların asfaltlanması ve güvenlikle ilgili diğer nedenlere ilişkin harcamalar olduğu Tunceli belediye başkanı tarafından da açıklanmıştır. Bu da rakamların yüksekliğinin ötesinde nerelere kullanıldığının göstergesidir. Rakamların detaylardan bağımsız değerlendirilmesi, bizleri yanlış sonuçlara götürecektir.

Türkiye'nin Doğu ve Güneydoğu'sunda 21 ili kapsayan tahmini 12,5 milyon nüfus bulunmaktadır. Bölge nüfusunun yarısından fazlası yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. AKP iktidarı döneminde Türkiye bütçesinden bölgenin 21 iline aktarılmış görünen kaynaklar, nüfusun iş ve aş beklentilerinden çok, savaş harcamalarında kullanılmıştır.

Yoksulluğun bir göstergesi olan yeşil kartla tedavi olanlar, 2008 yılında 9,4 milyon iken, bunların %46'sının, Doğu ve Güneydoğu Anadolu'daki 21 ilde yaşadığı görülmektedir. Yeşil kartlılık oranı Hakkâri, Ağrı, Van ve Bitlis'te nüfusun yarısını aşmaktadır

	Türkiye Geneli (Ortalama)	Doğu ve Güneydoğu (Ortalama)
Hane Başı Gelir	8500 TL	3591 TL
Kişi Başı Yerel İdare Harcaması	366 TL	187 TL
Yeşil Kart Oranı	%13,3	%45,8

Kaynak: 2010 SES Diyarbakır Şube raporu ve TÜİK verileri

1.5) SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER

Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre, sağlık masrafları nedeniyle her yıl 100 milyon kişi yoksullukla karşı karşıya kalmaktadır. Milyonlarca kişi paraları yetmediği için gerekli sağlık hizmetlerinden mahrum durumdadır. Dünyadaki sağlık sistemleri fonlarının %40'ı yolsuzluk, aşırı ödemeler, hatalar ve hastane kaynaklı yetersizlikler nedeniyle harcanmaktadır.

BM Dünya Nüfus Fonu'nun (UNFPA) "Orta Asya ve Doğu Avrupa'da Ana Sağlığındaki İlerlemeler 2009" raporuna göre, doğumda anne ölüm oranları 2005'ten itibaren %50 azaltıldığı halde, Türkiye'deki her 100 bin canlı doğumda anne ölüm oranı hâlâ Avrupa ortalamasının hayli üzerindedir.

Raporda Sağlık Stratejisi'nin ulusal hedefler yanında, bölgelerarası uçurumu kapatmaya dönük hedeflere yoğunlaşması gerektiği belirtilirken, kamu hizmetlerinin geri çekilerek, özel sektörün öne çıkarılmasının hizmetlere erişimdeki eşitsizlikleri ve dolayısıyla sorunu daha da derinleştireceği bildirilmektedir.

	Anne ölüm oranı (yüz bin canlı doğumda)	Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlar (evde doğum) %	Doğum öncesi bakım (en az dört ziyaret) %
Türkiye	19.4	8.7	73.7
Güneydoğu Anadolu	22.6	21.9	47.0
Ortadoğu Anadolu	26.1	34.0	44.4
Kuzeydoğu Anadolu	22.9	24.5	45.1

Kaynak: IBBS-1'e Göre Anne Sağlığı Verileri, (Yüz bin Canlı Doğumda), 2008

Anne ve bebek ölüm oranları sağlık düzeyi açısından önemli ölçütlerdir. Anne ölümlerinin Doğu Anadolu'nun en gelişmiş illerinden biri olan Van'da yüz binde 65,7 olarak saptanması vahim bir durumdur. Anne ölümlerinin bölgede yüksek olmasının başlıca nedenleri, gelir düzeyinin düşüklüğü, eğitimsizlik, sık ve erken yaşta doğumlar, doğumun eğitilmiş sağlık personeli olmadan uygunsuz koşullarda gerçekleşmesi, anadilde hizmeti sunulmaması, doğum sonrası bakımın yeterli düzeyde alınamamasıdır.

	Türkiye Geneli	Doğu ve Güneydoğu Anadolu
Ehil olmayan Ebe oranı	%4,3	%13,9
Evde doğum	%9,7	27,2
Doğum sonrası ilk bakım alamayan %	15,5	32,6
Neonetal ölüm hızı %	1,5	2,4
Bebek ölüm hızı %	2,6	3,9
5 yaş alt ölüm hızı %	3,3	5

Bebeklerin doğumdan itibaren sağlık kontrollerinin yapılması bebek ölümlerinin önlenmesi bakımından çok önemlidir. Doğum sonrası bakımın bölgede Türkiye ortalamasının altında olması doğumun hastane dışında sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşme oranının yüksek olmasıyla da ilişkilidir. Sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı düşük eğitim ve refah düzeyine sahip kadınlarda %71 iken, en yüksek eğitim ve refah düzeyindeki kadınlarda bu oran %100 dür. Yine refah düzeyi yüksek hanelerdeki çocuk ölüm oranları refah düzeyi düşük ailelerdeki çocuk ölümlerinin üçte biri oranındadır.

Sürekli açık veren Genel Sağlık Sigortası 2008'den bu yana katkı payı ve cepten ödemeleri arttırmıştır. Bu durum başta fakir olan bölge halkı ve tüm Türkiye halklarını sağlığa erişim ve sağlık hizmetlerinden faydalanma hususunda etkilemektedir. On bin kişiye düşen hastane yatak sayılarına baktığımızda Türkiye ortalaması 26,3 iken, Güney Doğu Anadolu 15,5 ile Türkiye'nin en eşitsiz bölgesidir. Onu takip eden Ortadoğu Anadolu ve Kuzeydoğu Anadolu'dur. On bin kişiye düşen yoğun bakım yatak sayısı Türkiye'de 2,0 iken, Güneydoğu Anadolu'da 1,4'tür. Yine Güneydoğu'yu Ortadoğu ve Kuzeydoğu Anadolu izlemektedir. On bin kişiye düşen hemodiyaliz cihaz sayısı incelendiğinde bölge Türkiye'den keskin bir hatla ayrılmaktadır. Aynı durum MR ve BT cihazı içinde geçerlidir.

1.6) CEZAEVLERİNDE SAĞLIK HAKKINA YÖNELİK İHLALLER

Ülke genelinde özel bir soruna dönüşen eşit, nitelikli ve ücretsiz sağlık hakkı, özellikle son dönemde tutuklu ve hükümlüler açısından yaşamsal bir soruna dönüşmüştür. Bu konuda yol gösterici belgelerden biri olan, "Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi'nin Üye Devletlere, Cezaevlerindeki Sağlık Bakımının Etik ve Örgütsel Boyutları Konusundaki, R (98) 7 Sayılı Tavsiyesi'nde" yer alan "cezaevinde sağlık bakım hakkının temel özellikleri"nde (Doktora ulaşma, bakımın (topluma verilen hizmet ile) denkliği, hastanın onayı ve gizlilik, mesleki bağımsızlık) uygun davranılmamaktadır. Yine aynı komitenin 11 Ocak 2006 tarihli Avrupa Cezaevi Kurallarının hiçbirine riayet edilmediği ifade edilmelidir.

Özellikle son beş yılda ikiye katlanan cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlü sayısı, (31 Aralık 2010'da 120.814) nedenleri ve sonuçları açısından ayrıca üstünde durulması gereken bu durumdur. Cezaevlerinin kalabalık olması sorununun yanı sıra koruyucu sağlık hizmetleri, cezaevinde ayaktan sağlık bakımı, sevkler, hastanede ayaktan bakım, hastanede yatarak tedavi ve sağlık nedeniyle salıverilme başlıklarındaki sorunlar her geçen gün daha da yoğunlaşmaktadır.

F Tipi Cezaevleri sistemiyle birlikte, tecrit/izolasyona dayalı cezaevi uygulamalarının yaygınlaştırılmasının gayriinsanî sonuçları her gün daha da berraklaş-

maktadır. Sağlık hakkının "güvenlik" gerekçesiyle kısıtlanabileceğini öngören, Adalet, İçişleri ve Sağlık Bakanlıklarının, 17 Ocak 2000'de yürürlüğe konulan, "Üçlü Protokol"ü tutukluların ve hükümlülerin sağlık bakımına erişiminin önündeki en önemli engellerden biridir.

30 Nisan 2009 tarihli "Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı arasında Ceza İnfaz Kurumlarındaki Sağlık Hizmetlerinin Düzenlenmesi Hakkında Protokol"ün, protokol gereğince 6 ay içinde hükümlerinin uygulamaya geçirileceğinin belirtilmesine karşın, hâlâ bütünüyle uygulamaya geçilmediğini hatırlatmak gerekir. 31 Aralık 2010 itibarıyla yaşamsal tehlike ile yüz yüze olan 97 kronik hasta tutuklunun ve hükümlünün, tüm ülkenin tanıklığında hâlâ cezaevlerinde tutulması, cezaevlerinde sağlık hakkının ne denli tahrip edildiğinin bir göstergesidir.

Cezaevlerindeki sağlığı etkileyen olumsuzlukların giderilmesi, sağlığın bozulmasının önlenmesi, cezaevine girmeden önce var olan "kronik hastalıkları" ve orada yaşadıkları sırada ortaya çıkan ve büyük bölümü aslında orada bulunmaktan kaynaklanan "hastalıkları" dahil, tüm sağlık gereksinimlerinin karşılanması, bunun sağlık hizmetinin kural ve ilkelerine göre yerine getirilmesi, eğer sağlıkları orada bozulmuşsa, dışarı çıktıktan sonra da tedavi, bakım ve rehabilitasyonlarının yapılması, dahası onların orada buldukları sırada, çevresinde ve yakınlarında bulunanların bu nedene bağlı, başta psikiyatrik sağlık sorunları olmak üzere, gereksindikleri hizmetlerin onlara sunulması da "sağlık hakkı"nın gerekleri arasındadır.³

1.7) İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ

ILO'nun 2009 yılı raporuna göre dünyada her yıl 270 milyon iş kazası meydana gelmekte ve her 15 saniyede 1 işçi, her gün yaklaşık 6300 işçi, iş kazaları veya meslek hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmektedir. İş kazalarında Türkiye, Hindistan ve Rusya'nın ardından dünyada 3'üncü sıradadır. Ölümlü maden kazalarında ise dünyada ilk sıradadır. Türkiye'de bir yılda gerçekleşen iş kazası sayısı Avrupa'daki iş kazaları ortalamasından 4,5, Kanada'dan 2,2, ABD'den 3,4, Avusturya'dan da 4,3 kat daha fazladır. Oysa Türkiye, dünyanın en büyük 17. ekonomisi olma özelliğine sahiptir. Yani sermaye sınıfı, kârlarını arttırırken, işçi ve emekçileri de sefalet koşullarında yaşamaya ve güvencesiz çalışmaya itmektir.

İşçi sağlığı ve iş güvenliğine ilişkin yasalar, işçi ve emekçilerin çalışma koşullarını gerçek anlamda iyileştirmeye dönük olmalıdır. Bütün işyerlerinin %98'i 50

3 <http://bianet.org/bianet/toplum/125152-diyarbakir-cezaevinde-saglik-hakki-baski-ve-terbiye-aracydi>

den az işçi çalıştırmakta, tüm çalışanların %70'i bu tür işyerlerinde çalışmakta ve iş kazalarının %63'ü bu tip işyerlerinde meydana gelmektedir. Yasalar ise bu işyerlerini işçi sağlığı ve iş güvenliği yasalarının istisnası olarak görmekte ve bu alanı ısrarla düzenlememektedir.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Müsteşarı Birol Aydemir, Türkiye'de 1 milyon 220 bin civarı iş yeri, 9 milyon civarı SGK kapsamına giren işçi, buna karşın ise 480 müfettiş bulunduğunu belirtmiştir. Müfettiş yardımcılarıyla birlikte denetim görevlilerinin sayısı sadece 653'tür. Sadece müfettiş olarak oranlandığında 20 bin iş yerine 1 müfettiş düşmekte ve müfettişler iş yerlerinin yalnızca yüzde 2,7'sini denetleyebilmektedirler.

2009 Yılı Sosyal Sigorta Denetim Sonuçları⁴

Denetlenen iş yeri sayısı	9.278
Denetlenen sigortalı sayısı	146.974
İncelenen iş kazası, meslek hastalığı sayısı	3.182

II) 2011 YILI SAĞLIK BAKANLIĞI VE SOSYAL GÜVENLİK BÜTÇESİ

Bütçeden en fazla payı, Bakanlıklar arasında 72 milyar 182 milyon 862 bin 900 lirayla Maliye Bakanlığı almıştır. Maliye Bakanlığını, 35 milyar 853 milyon 699 bin lirayla Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 34 milyar 112 milyon 163 bin lirayla Milli Eğitim Bakanlığı izlemiştir. 2011 yılı bütçesinde Sağlık Bakanlığınca ayrılan ödenekler 2010 bütçesine göre %23,7 artarak 17 milyar 241 milyon 263 bin 630 lira olarak öngörülmüştür.

2011 yılında koruyucu ve temel sağlık hizmetleri için ayrılan bütçe 6 milyar 424 milyon TL'dir. Aile hekimliği ödenekleri de 2010 başlangıç ödeneğine göre %146,6 oranında artırılarak, 1,3 milyar TL'den 3,3 milyar TL'ye yükselmiştir.

2011 yılında Sosyal Güvenlik Kurumuna toplamda %11,1 artışla 62,4 milyar lira transfer yapılması öngörülmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu'na 2011 yılında açık finansmanı için yapılacak transfer tutarı ise, 30,6 milyar lira olarak öngörülmüştür.

⁴ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı çalışma hayatı istatistikleri

Yıllar	SGK'na Bütçeden Transferler		
	Toplam (1000TL)	Yıllık Değ. Oranı %	GSYİH 'ya oranı %
1998	1.496.000		2,13
1999	2.936.145	102,2	2,81
2000	3.226.460	96,3	1,94
2001	5.523.000	9,9	2,30
2002	9.684.000	71,2	2,76
2003	15.883.617	75,3	3,49
2004	18.830.000	64,0	3,37
2005	23.322.000	18,5	3,59
2006	22.892.000	23,9	3,02
2007	33.060.241	-1,8	3,92
2008	35.016.403	44,4	3,68
2009	52.599.691	5,9	5,52
2010 ilk 9 ay	47.268.140	50,2	4,30

2011 yılı programı'ndan derlenen bilgilere göre SGK, gelecek sene 103,2 milyar lira gelir elde ederken, 133,8 milyar lira harcama yapacak. Bu yılın sonunda 28,2 milyar lira açık vermesi beklenen sistemin, 2011'de de 30,6 milyar lira açık vereceği tahmin edilmektedir.

SGK'nın 2011 yılında beklenen	
Harcama miktarı	133,8 milyar lira
Prim tahsilatları	82,8 milyar lira
Sigorta ödemeleri	92,9 milyar lira
Sağlık giderleri	33,3 milyar lira
Yatırım harcamaları	307 milyon lira
Gelirlerin GSYH'ya oranı	% 8,50
Giderlerin GSYH'ya oranı	% 11,02
Açığın GSYH'ya oranı	% 2,52

SGK'nın "2010 yılı Eylül ayı sigortalı istatistiklerine" göre 72.561.312 milyon nüfusa sahip Türkiye'de sosyal güvencesi olan 59.963.941 kişi bulunuyor. Kapsam dışı nüfus ise toplam nüfusun %17'sini oluşturmaktadır. Türkiye'de sosyal güvenlik kapsamında aktif çalışan kişi sayısı ise 15 milyon 876 bin 254'tür. Aktif pasif oranı ise 1.82'ye gerilemiştir.

2010 yılının ilk sekiz ayında Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık harcamaları 21 milyar 534 milyon TL olarak gerçekleşmiş olup, yıl sonu itibarıyla 32 milyar 271 milyon TL olması bekleniyor.

2011 yılı SGK sağlık harcamalarının 33 milyar 349 milyon TL, toplam kamu sağlık harcamalarının ise 41 milyar 577 milyon TL olacağı tahmin edilmektedir. 2010 yılının ilk sekiz ayında tedavi hizmetleriyle ilgili yaklaşık 184 milyon müracaat oldu. 2009 yılının ilk sekiz ayında bu rakam 166 milyon idi. 2009 yılında 63,34 lira olan müracaat başına maliyet 2010 yılında 66,50 liraya çıkmıştır.

SGK Prim Gelirleri, Emekli Aylığı ve Sağlık Ödemeleri (bin TL)

Yıllar	Devlet katkısı hariç prim gelirleri	Emekli aylığı ödemeleri	Sağlık ödemeleri	Prim gelirlerinin emekli aylıklarını ve sağlık ödemelerini karşılama oranı (%)
2000	6.575.358	6.756.700	2.633.552	70
2001	9.739.521	10.696.600	4.575.995	63,8
2002	14.821.913	16.687.400	7.629.027	61
2003	21.178.426	25.174.200	10.661.718	59,1
2004	27.423.790	30.660.700	13.150.129	62,6
2005	30.882.405	38.537.100	13.607.884	59,2
2006	41.619.875	45.075.855	17.666.674	66,3
2007	44.051.677	52.311.728	19.983.613	60,9
2008	54.546.453	59.136.539	25.345.913	64,6
2009	54.579.182	68.603.972	28.810.684	56
2010 (ilk 9 ay)	47.818.614	58.596.904	24.148.298	57,8

Kaynak: SGK Aylık İstatistik Bülteni

SGK'nın sağlık hizmetleri sunucularına yaptığı ödemeler, 2010 yılının ilk sekiz ayında toplam 12 milyar 285 milyon lira olmuştur. 2009 yılının ilk sekiz ayında bu rakam 10 milyar 507 milyon liraydı. Yaklaşık %16,92'lik bir artış söz konusudur.

Kamu İlaç Harcaması	1995	2002	2010
Kamuda İlaç Kutu Sayısı (Milyon)	565	699	1.548
Kamu İlaç Harcaması (2010 Fiyatlarıyla - milyon TL)	4.717	12.720	15.400

Kaynak: S. B. 2011 Mali Yılı Bütçesi T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na sunumu

II.1) AİLE HEKİMLİĞİ

2005 yılında Düzce’de başlayan aile hekimliğinin, dayanağı halen ‘pilot ya-sa’ olmasına rağmen Aralık 2010 sonunda tüm iller Aile hekimliğine geçti. Uygulamanın başlamasından bugüne kadar pilot uygulamaya geçilen illerde ne tür sonuçlar elde edildiğine dair çalışmalar görülürse, bu konudaki sorularımız yanıt-sız kalsa da 2010 yılı sonu itibariyle tüm Türkiye’de uygulanmaya başlanmıştır.

SGK’nın aile hekimliğine başvuranlardan gelirine ya da sigortalılık durumu-na bakılmaksızın 2 TL alınması kararı, sendikamızın açtığı dava sonucunda geri çekilmiştir. Mahkeme kararı ile Aile hekimliği hizmeti şimdilik ücretsizdir.

Aile Hekimliği Koordinatörü Turan Buzgan performansı düşük olan hekimle-rin aylıklarından yüzde 20’ye varan kesinti yapılabileceğini bildirmiştir. Aile he-kimliği sisteminde sağlık emekçilerinin özlük hakları yoğun biçimde ihlal edilmek-te ve sistem hekim ve diğer sağlık çalışanlarını tüccarlığa zorlamaktadır.⁵

Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı

Yıllar	Birinci Basamak	İkinci Basamak	Toplam
1995	0,5	0,8	1,3
2002	1,1	1,9	3,0
2010	2,7	4,3	7,0

Kaynak: S. B. 2011 Mali Yılı Bütçesi T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu’na sunum

II.2) KAMU HASTANE BİRLİKLERİ

DPT 9. Kalkınma Planı 2010 Yılı Programı’ndan

Tedbir 189: “Kamu Hastane Birlikleri”nin oluşturulmasına ilişkin pilot uygu-lama başlatılacaktır. Hastane yönetimlerinin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması için kamu hastane birliklerinin oluşturulmasını öngören tasarı-nın yasalaşmasını takiben 3 ilde pilot uygulama başlatılacaktır.

5 20 Aralık 2010 tarihinde www.sol.org.tr’den alınmıştır.

Aile Hekimliği Sistemi ile birlikte sağlık emekçileri olarak nasıl etkilendiniz?

“4/b sözleşmeli hemşirelerin ilçe dışına çıkması engellendi, 4 kez araç değiştirerek işyerime ulaşıyorum. Bu 2 saatimi alıyor. Maaşımızı 2 ay alamadık. Sadece bekliyoruz. Kurum için ge-reken tıbbi sekreterimiz yok, resmi yazışmalarımızı "sekreterleştirdiğimiz" bir hemşire arka-daşımız yapıyor. Yol giderlerimi karşılayamıyorum ve mesleksi anlamda hiçbir ilerlemeye destek vermeyen sağlık politikaları içinde eleman olarak kaybolan hemşirelik mesleğim için üzülüyorum. İş bırakamayız, çünkü bize ihtiyacı olan hastalarımız ve aşılmanmayı bekleyen be-beklerimiz var. Bu sağduyumuzu kullanan yetkililer bize istediklerini yaptırıyorlar. Nasıl olsa hizmet devam edecek. İşletmeci değilim. Hemşireyim.”

Kamu hastane birlikleri (KHB) yasa tasarısı 26.03.2010 tarihinde TBMM Plan ve Bütçe komisyonundan geçerek, görüşülmek üzere TBMM'ne havale edilmiştir. Tasarı kanunlaştığı zaman öncelikle kamu hastane yönetimi ve hizmet sunumunda, daha sonra hastane çalışanlarının özlük haklarında köklü değişikliklere neden olacaktır.

Tasarısı yasalaşırsa, var olan yönetim kadrolarındaki başhekim, hastane müdürü, hemşirelik hizmetleri müdürü ve yardımcılarını konumlarını yitirecek ve yerlerine sağlıklı ilgisi olmayan sözleşmeli yöneticiler alınacaktır. Hastanelerin, İl Genel Meclisi ve İl Ticaret Odası'nın belirlediği yöneticilerin çoğunlukta olduğu, siyasal ve piyasa müdahalesine açık 7 kişilik yönetim kurulu tarafından yönetilmesi planlanmaktadır.

Kamu Hastane Birlikleri'nden tasarıda tipik işletme olarak bahsedilmektedir. Taslakta merkezi yönetimin vesayetine ilişkin hemen hemen hiçbir düzenleme bulunmamakla beraber sağlık hizmeti dâhil her türlü hizmetin satın alma yoluyla gördürülebileceği belirtilmektedir. İhtiyaca göre değil, kârlılık üzerinden planlama yapılacaktır.

Sağlık çalışanlarının iş güvencesi ise tamamen bitirilmek istenmektedir. Sözleşmeli ve taşeron çalışma esas alınmaktadır. Sözleşmelerde kurumun hedef ve performansı dikkate alınarak bireysel performans ölçütleri yer alacaktır. Performans ölçütlerini yerine getiremeyen kişilerin sözleşmeleri süresinden önce sonlandırılabilir.

Hastaneler satılabilecek, kiraya verilebilecek, işletilebilecek, sınıflandırılacak ve verimsiz olduğu tespit edilen hastanelerin yöneticileri görevden alınabilecektir. Personel maaşları dahil tüm giderler hastane gelirleri ile karşılanacaktır.

AKP hükümeti bu yasayı 2010 yılında çıkarmayı planlamış, 2011 yılına bırakmıştır. Ancak özellikle son iki yıldır birçok ilde devlet hastaneleri birleştirilmiş, bazı dal hastaneleri (çocuk, göğüs, lepra) kapatılmıştır. Aynı zamanda belirlenen pilot illerde kampüs hastanelerin yapımı için ihaleler açılmaya başlanmıştır. Açılan ihalelerde, ihaleyi alan firmaya aynı zamanda kampüste yer alan hastanelerin yardımcı sağlık hizmetlerinin taşeronluğunun da verileceği belirtilmektedir.

Sağlık Bakanlığının "Bazı Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devir İşlemleriyle İlgili Komisyonların Oluşturulması İle Diğer Hususlara İlişkin Esas Ve Usuller"ini belirten 5283 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 61 ilde 118 hastane birleştirilmiş durumdadır. 2011 yılında da 15 ilde 19 hastanenin birleştirilmesi planlanmaktadır.

II.3) ÜNİVERSİTE HASTANELERİ

Üniversite hastanelerinin, ihaleyle malzeme alımlarından doğan borçlarının kapatılmasına ilişkin karar, Bakanlar Kurulu tarafından imzalandı. 1 Ağustos 2010 tarihinde çıkartılan bir yasaya eklenen geçici madde ile ve 11 Kasım 2010 tarihli Resmî Gazete’de yayınlanan söz konusu yasa gereğince hazırlanan protokol çerçevesinde, 22 üniversite hastanesinin döner sermaye bütçelerine yardım yapılması kararı alındı. Bu protokol ile üniversite hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na bağlanması süreci de başlatıldı. Bu uygulama ile borç ile gelir oranı %20’nin üzerinde olan ve Maliye Bakanlığı’nın protokolünü imzalayan üniversitelerin döner sermaye bütçelerine katkı yapılacak. Söz konusu yardımların, Maliye Bakanlığı ile üniversite arasında yapılan bir protokolle, Maliye Bakanlığı’nın yedek ödeneğinden üniversite bütçelerine yapılması ve hastanelerin Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine göre yani Sağlık Bakanlığı kurumlarının tabi olduğu mevzuat çerçevesinde yürütülmesi kararlaştırıldı.

Bu protokol ile birlikte Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bakanlığı ile birleştirildi. Adı 'Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi' oldu. İstanbul da Vakıf Gureba Hastanesi de peşkeş çekilerek, tüm çalışanları, asistanları Sağlık Bakanlığı hastanelerine gönderilmiştir.

Tam Gün Yasası’nın 11. Maddesinde de Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin, kurumları birlikte kullanmalarına ilişkin usul ve esasların, Maliye Bakanlığı ve YÖK’ün görüşü alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirleneceği ifade edilmesine karşın, henüz yönetmelik çıkartılmadan pek çok üniversite hastanesi ile Sağlık Bakanlığı arasında, protokol yapılmış durumdadır. Ayrıca, Tam Gün Yasası’nın 38. Maddesi⁶ tıp fakültelerinin öğretim üyelerini Sağlık Bakanlığı’nın yönetimi altına sokacak görevlendirilmeler için yasal dayanak olarak kullanılmıştır.

6 "Öğretim elemanları; ilgili kurumların talebi ve kendisinin muvafakati, üniversite yönetim kurulunun uygun görmesi ve rektörün onayı ile ihtiyaç duyulan konularda, özlük işlemleri kendi kurumlarınca yürütülmek kaydıyla, diğer kamu kurum ve kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarında geçici olarak görevlendirilebilir. Bu şekilde görevlendirilenlerin, kadrosunun bulunduğu yükseköğretim kurumlarındaki aylık ve diğer ödemeler ile öteki hakları devam eder. Yükseköğretim Kurulu, bağlı birimleri ve Üniversitelerarası Kurul ile Adli Tıp Kurumunda görevlendirilenler hariç olmak üzere bu fıkra uyarınca görevlendirilenler döner sermayeden yararlanamaz.

Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile dernek ve vakıfların yönetim ve denetim organlarında görev yapanlar bakımından ayrıca bir görevlendirme kararı aranmaz. Ancak bu görevler, öğretim elemanının bu Kanundan kaynaklanan mesaisini aksatmayacak şekilde yürütülür."

Üniversite hastanelerinin, SGK'dan sağlık hizmeti üretme maliyetlerinin çok altında değerlerde geri ödeme almaları, biriken borçların asıl nedenidir. Dışarıdan hizmet alımının hastanelerde norm haline getirilmesi ve bu yolla yapılan harcamalarla beraber hizmet maliyetlerinin giderek yükselmesi sonucunda üniversite hastanelerinin büyük bölümü adeta borç sarmalına sürüklenmiştir.

Bütçeden yeterli kaynak aktarılmadığı için üniversite hastanelerinin toplam sağlık harcamalarının %85,4'ü döner sermaye kaynaklarından gerçekleşmek zorunda kalmıştır. Yani hizmet sunumu yanında eğitim ve araştırma yapması da gereken üniversite hastaneleri, bu görevlerinin yanı sıra sürekli bir biçimde maliyet ve gelir gider hesabı yapmak zorunda bırakılmışlardır. Sağlık emekçilerini özellikle de hekimleri hastayı müşteri gibi görmeye zorlayarak daha fazla tetkik, muayene, işlem yapma yönünde baskı altına alan ve hastaneleri ticari işletmeye dönüştürme adımlarından en önemlilerinden biri olan performans uygulaması, asıl olarak eğitim, araştırma ve nitelikli sağlık hizmeti sunumundan vazgeçmek anlamına gelmektedir.

Borç Sarmalı Nasıl Oluşturuldu?

İlk olarak, 2006 Mali Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu'na konulan bir hüküm, sonra ise borç silmeye konu olan dönemi değiştiren başka bir kanuni düzenleme ile, Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayelerin (devredilen 38 SSK hastanesi dahil) yaklaşık 770 milyon YTL düzeyindeki alacağı silindi.⁷

2007 yılında çıkarılan 5588 sayılı Yasa, 5502 sayılı Yasa'ya eklenen geçici 3'üncü madde ile 2006 yılına kadar olan sosyal güvenlik kurumlarının devlet hastanelerine ve üniversite hastanelerine olan borçlarının mahsuplaşma, alacaktan vazgeçme ve terkin yoluyla silinmesi hükmü getirildi. Bu kapsamda, 2007 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı hastane döner sermayelerinin 3,1 milyar YTL düzeyindeki alacağı silindi.⁸

Şubat ayında, Bakanlar Kurulu kararı çerçevesinde yapılan düzenleme ile 31 Ekim 2007 tarihine kadar Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarına yapılan tedavi hizmetleri karşılığı olarak düzenlenen faturalardan 31 Aralık 2007 tarihine kadar yapılan ödemelerden sonra kalan bedeli ödenmemiş faturaların bedelsiz kamu hizmeti tanımına sokularak silinmesi kararlaştırıldı.⁹

7 TEPAV (Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı) Mali İzleme Raporu- 2008 Yılı Şubat Ayı Bütçe Sonuçları

8 age

9 age

Üniversite hastaneleri Sağlık Bakanlığı'ndan alacaklarını tahsil edemeyince, yatan hastalara ilaç ve tıbbi malzeme sağlamada pek çok sıkıntı yaşanmış ve rektörler 2008 yılı başında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Faruk Çelik, Maliye Bakanı Kemal Unakıtan ve Sağlık Bakanı Recep Akdağ ile bir araya gelerek soruna çözüm geliştirmeye çalışmışlardır. Bu görüşmelerde hükümetin teklifi üniversite hastanelerinin devletten alacaklarının %15'inden vazgeçmeleri yönünde olmuştur.

Türkiye'de üniversitelerin bünyesinde yer alan hastanelerde toplam yatak sayısı 34.042, yoğun bakım yatak sayısı 4.019, ameliyat salonu sayısı 804'tür. Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde fiili yatak sayısı (yoğun bakım hariç) 31.821, yoğun bakım yatağı sayısı 3.169, ameliyat salonu sayısı 777'dir.

Üniversite Hastaneleri	Borç Tutarları (TL)
Hacettepe Ü	144.095.000
Uludağ Ü	56.613.000
Ankara Ü	24.416.000
Mersin Ü	18.990.000
Trakya Ü	16.501.000
Dicle Ü	15.444.000
Süleyman Demirel Ü	12.863.000
Ondokuz Mayıs Ü	12.667.000
Fırat Ü	11.778.000
Marmara Ü	11.285.000
Akdeniz Ü	9.531.000
Gaziantep Ü	9.014.000
Karaelmas Ü	7.289.000
Yüzüncü Yıl Ü	6.457.000
İnönü Ü	5.646.000
Kırıkkale Ü	4.397.000
Afyon Kocatepe Ü	3.077.000
Selçuk Ü	3.024.000
16 Mart Ü	2.823.000
Gaziosmanpaşa Ü	2.458.000
Abant İzzet B. Ü	2.338.000
Dumlupınar Ü	19.000
TOPLAM	380.723.000

Finansal açıdan zorlanarak ayakta durmaya çalışan üniversite hastanelerinin “bağımsız” bir biçimde var olma mücadelelerini yitirmeleri, eğitim, araştırma ve nitelikli sağlık hizmet sunumu konusunda ağır ve telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğuracaktır.

II.4) YEŞİL KART

Sağlık Bakanlığı verilerine göre Kasım 2010’da, toplam yeşil kartlı sayısı 9 milyon 388 bin 146’ya, Doğu Anadolu Bölgesinde 2 milyon 178 bin 35’e yükseldi.

Yeşil kartlı sayısının yüksek olduğu ilk on il; Adana, Ağrı, Diyarbakır, Erzurum, Hatay, İstanbul, Kahramanmaraş, Mardin, Şanlıurfa ve Van olarak kaydedildi.

5510 sayılı yasadaki son düzenlemeye göre 1 Ekim 2010 tarihinde yeşil kart ortadan kaldırılacak ve aylık kişi başına düşen geliri asgari ücretin üçte birinden az olanların genel sağlık sigortası (GSS) primlerini devlet ödeyecekti. Ancak yapılan yeni bir düzenleme ile bu uygulama 1 Ocak 2012 tarihine ertelendi. GSS’nin tüm maddeleri henüz uygulanmamaktadır ve can yakıcı uygulamaları bugüne kadar ertelenmiş, son olarak da genel seçim sonrasında bırakılmıştır.

Mevcut durumda GSS primini ödeyemeyen yurttaşlara sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalanmak için yeşil kart verilirken teşhis tedavi sürecinde Yeşil Kartlılardan da katkı ve katılım payı talep edilmektedir. Yeşil kartlı vatandaşlar üniversite hastanelerine sevk ile gidebilmektedirler.

Hükümet ve devlet yetkilileri Yeşil kartı aynı zamanda vatandaşların demokratik taleplerine karşı silah olarak kullanmaktadır. Taş atan çocuklar olarak da gündeme gelen çocuklar ve ailelerinin yeşil kartlarının iptali gündeme getirilebilmektedir.

III) SAĞLIK EMEKÇİLERİNİN DURUMU

III.1) İSTİHDAM

1988 yılında başlayan hizmet alımları yıllar geçtikçe artmış ve 2010 yılında sadece Sağlık Bakanlığında 118 bin taşeron işçisine ulaşmıştır. Üniversite hastaneleri de dahil edildiğinde bu rakam daha da yükselmektedir.

Devletin asli ve sürekli görevleri arasında yer alan ve Anayasada da ifadesini bulan eğitim ve sağlık gibi alanlarda güvencesiz ve geçici işçi çalıştırılması yaygın bir uygulamaya dönüşmüştür. Taşeronlaşma adı altında yapılan uygulamalar, zamanla kamuda talanın ve yandaşlara kaynak aktarmanın yeni bir yolu da olmuştur.

Sağlık Bakanlığı Personel İstihdam Biçimindeki Net Değişim

YILLAR	KADROLU	TAŞERON	TOPLAM
1995	233.000	8.000	241.000
2002	245.000	11.000	256.000
2010	329.000	118.000	447.000

Kaynak: S. B 2011 Mali Yılı Bütçesi T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu

AKP iktidarı ile birlikte Sağlık Bakanlığı bünyesinde taşeron çalıştırma 10 kat artarak adeta norm haline getirilmiştir. 2002 yılında taşeron çalıştırılanların toplam personel içindeki oranı %4 düzeyinde iken, 2010 yılında %25 düzeyine yaklaşmıştır.

2010 yılı haziran ayı rakamlarına göre sağlık Bakanlığı bünyesinde toplam 335.000 personel hizmet vermektedir. Bunların 50.000'i 4B'li, 3000'i Vekil, 15.000'i çakılı (4924) ve 2500'ü de 4C'li olarak istihdam edilmektedir. Üniversitelerde 90.000, Hudut ve Sahillerde 600, Adli Tıp'ta 115, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü'nde 56, Hıfzısıhha Enstitüsü'nde 1513, Özürlüler İdaresi'nde 1086 olmak üzere kamuda toplam 438.000 sağlık personeli hizmet vermektedir.

Aktif Çalışan Sağlık Personelinin Kurumlara Göre Sayısal Dağılımı

	Hekim	Uzman hekim	Diş hekim	Hemşire	Eczacı
Sağlık Bakanlığı	63.622	27.587	5.776	70.288	1.358
Üniversite	25.015	11.726	900	15.335	218
Özel	22.574	18.945	12.588	16.941	23.462
Toplam	111.211	58.258	19.264	102.564	25.038

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Personel İstatistikleri, 01.06.2010

	100.000 Kişiye Düşen				
	Hekim	Uzman hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Eczacı
DSÖ Avrupa Bölge Ortalaması	340	272	60	745	71
Avrupa ortalaması	322	226	52	727	52
Türkiye ortalaması	153	80	27	141	35

Kaynak: WHO/Europe, European HFA Database, August 2009

Kamu ve özelde çalışan toplam 750 bin sağlık emekçisinin sadece 250 bini sendikalarda örgütlüdür. Sendikal örgütlenme içinde hekimlerin durumu da benzer şekildedir. Hükümet, sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde politikalarının devamlılığı için hekimleri yedeklemeyi temel almıştır. Sağlığın metalaştırılması sürecinde de hekimlerde bireyselleşme gelişmiş ve hekimler çoğunlukla örgütlenme ilişkileri dışında kalmışlardır.

Günümüzde hekimler, özel sağlık kuruluşlarında iş güvenceleri patronların iki dudağı arasında olan, kamuda esnek, kuralsız ve performans dayalı 7 gün 24 saat çalışan ve emeğı diğer sağlık emekçileri gibi ucuzlatılmaya çalışılan bir kesim haline gelmiştir.

Devlet tarafından yapılan propagandalar ile sağlığa olan talep kısıktılmakta, kısıktılan bu talep çeşitli nedenlerle (personel eksikliği, altyapı eksikliği, cipten ödemelerin artması vb.) karşılanamadığı zaman halk ve sağlık emekçileri karşı karşıya gelmektedir. Son yıllarda sağlık emekçilerine yönelik fiziki, sözlü ve psikolojik saldırılar ciddi oranda artmıştır. Sağlık sistemi yerine sadece sağlık emekçileri sorgulanır hale gelmiştir. Sağlıkta neoliberal dönüşümün faturası da sağlık emekçilerine çıkartılmakta, sağlık emekçileriyle sağlık sorunu yaşayan kitleler karşı karşıya getirilmek istenmektedir.

III.2) SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI

ILO ve DSÖ Mesleki Sağlık Ortak Komitesi 1950 yılında "mesleki sağlık" tanımını: "Tüm mesleklerden işçilerin (kamu çalışanları dahil) fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin en yüksek düzeyde korunması ve geliştirilmesi; Çalışma koşullarından doğan sağlık bozukluklarının önlenmesi; İşçilerin işteki sağlığa zararlı faktörlerden kaynaklı risklerden korunmaları; İşçilerin fizyolojik ve psikolojik kapasitesine uygun bir iş ortamına yerleştirilmesi, işte sürekliliğinin sağlanması ve özetle işin işçiyi ve her bir işçinin de işe uygunluğu" olarak yapmıştır.

Ortak Komite 1995 yılında "mesleki sağlık" ile ilgili hedefleri şöyle belirlemiştir: "İşçilerin (kamu çalışanları dahil) sağlığı ve çalışma kapasitesinin iyileştirilmesi; İş ortamının ve işin sağlık ve güvenliği sağlayacak şekilde geliştirilmesi; Çalışma organizasyonunun ve çalışma kültürünün işyerinde güvenlik ve sağlığı destekleyici yönde ve dolayısıyla olumlu bir sosyal ortamı ve işin üretkenliğini artıracak sorunsuz bir işleyişi destekleyecek şekilde geliştirilmesi. Bu bağlamda çalışma kültürü kavramından kastedilen, söz konusu işteki temel değer sistemlerinin yansımasıdır. Bu tarz bir kültür, pratikte, yönetim sistemleri, personel politikası, katılım ilkesi, eğitim politikaları ve işin kalite yönetiminde kendini gösterir."

1950'den 1995'e sosyal politikalarındaki bu değişim/dönüşüm "sosyal devlet" olgusunu geride bırakan neoliberal politikalar ve esnek üretim anlayışına yol haritasının kılavuzudur. İki tanım arasında göze çarpan fark; birincisinde doğrudan işçiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin tanımının; ikincisinde iş ortamı, işletmenin verimliğinin, yani çalışma kapasitesinin ve işin üretkenliğinin artırılması yönünde geliştirilecek çalışma kültürüne uygun hedeflerin tanımının yapılmasıdır.

Yenidünya düzenine göre her türlü sağlık hizmeti piyasa koşullarında verilecek, insan sağlığı kazanç alanı olarak görülecek. Kapitalist üretim ilişkileri çerçevesinde sadece en fazla kâr anlayışına uygun olarak, rekabet ortamında hizmetin kalitesi düşerken bedeli artacak.

Bu değişimden bağımsız; sağlık emekçileri koruyucu sağlık hizmetlerinin en az verildiği, hatta hiç verilmediği ortamlarda hizmet verdi. Bu değişime bağımlı olarak sağlık emekçileri artık, "çalışanların sağlığı ile birlikte onların çalışma kapasitesinin iyileştirilmesi; işin üretkenliğini artıracak sorunsuz bir işleyişin geliştirilmesi ve işin kalite yönetiminin sağlanması" gibi görevleri de üstlenmek zorunda kalacak.

Taşeronlaştırma; güvensiz ve güvencesiz çalışma ortamı, meslek hastalıkları, iş hastalıkları ve işe bağlı sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Gelişen süreçte çalışan sayısının yetersizliğine bağlı olarak ağır iş yükü altında ezilmektedirler. Hizmetlerin taşeron şirketlere devredilmesi nedeniyle, hastanelere sürekli yeni işgücü katılmakta ve şirketler maliyetlerini azaltmak amacıyla eğitimi ve niteliği düşük işgücünü tercih etmektedir.

SES'in 23 ilde ve 2562 sağlık çalışanının cevaplarına dayanarak gerçekleştirdiği anket çalışmasının sonuçlarına göre;

- Sağlık alanındaki ticarileştirme ve neoliberal dönüşüm kaçınılmaz biçimde sağlık çalışanlarını da doğrudan etkilemiştir. Sağlık çalışanları büyük bir çoğunlukla, çalışma koşullarının ülkedeki genel çalışma koşullarına göre daha kötü durumda olduğunu düşünse de, kolayca başka bir iş bulamayabileceklerine inanmakta ve bu nedenle iş değiştirerek sınırlı düzeyde de olsa iş güvencelerini riske atmak istememektedirler.

- Sağlık çalışanlarının büyük bölümü, çalışma koşullarının giderek kötüleştiğini ifade etmektedir. Sözleşmeli çalışmanın geçtiğimiz 10 yıl ve 5 yılda çok yaygın olmamasından kaynaklı olarak ve bu kesim iş güvencesi açısından en başından kısıtlı haklara sahip olduğundan, bugünkü dönüşümden rahatsızlığı, uzun yıllardır bu alanda çalışanlara göre daha az olabilmektedir.

- Fazla mesailer ve uzun çalışma süresi, sözleşmeli ya da kadrolu tüm sağlık emekçilerinin en önemli sorunlarından.

- Sağlık emekçilerinin, kadrolu ve sözleşmeli, oldukça büyük bölümü için aldıkları ücretlerle geçinemediklerini ifade etmişlerdir. Bilindiği gibi, kamu sağlık alanında yakın zamana dek, ücretlerin zamanında ödenmemesi gibi bir durum söz konusu değildi. Ancak neoliberal dönüşümle birlikte artık bu alanda da ücretlerin tam ve zamanında alınamaması gibi durumlar yaşanmaya başlanmış, alan geleneksel özelliğini yitirmeye başlamıştır. Sözleşmeli sağlık emekçilerinin %23'ü en büyük sorununun tam ve zamanında ücret alamamak olduğunu belirtmiştir. Neredeyse 4 sözleşmeli çalışandan birinin en büyük sorunlarından birinin zamanında ve tam ücret alamaması, sorunun ciddiyetini açığa çıkarmaktadır.

- Neoliberal sağlıkta dönüşüm programı, sağlık emekçilerinin çalışma koşullarını büyük ölçüde etkilemiştir. Özellikle kadrolu çalışanlar, ki bunların büyük bölümünü uzun yıllardır bu alanda çalışanlar oluşturmaktadır, önceki dönemlerdeki çalışma koşulları ile şimdiki koşullar arasındaki farkı net olarak hissetmektedirler.

- Sağlık emekçilerinin sağlıkta dönüşüm ve mevcut hükümet politikalarının işlerini daha da olumsuz etkileyeceğine ilişkin verdiği cevapların neredeyse birinin aynısı olması, sağlık emekçilerinin bu programın sorumlusunu hükümet olarak gördüklerini net biçimde ortaya koymaktadır.

- Sağlık emekçilerinin mevcut hükümetin ve sağlıkta dönüşüm programının çalışma koşullarını daha da kötüleştireceğine paralel biçimde, artık ilerini de kaybetme korkusu taşıdıkları ortaya çıkmıştır. İş güvencesi açısından görece daha korunaklı bir alan olarak kabul edilen kamu sağlık alanının artık bu niteliğini yitirdiği, bu alandaki insanların da işlerini kaybetme korkusunu ciddi biçimde yaşadıkları belirginleşmektedir.

- Sağlık emekçileri ülkedeki çalışma koşullarının genel olarak kötü durumda olması ve giderek daha da kötüleşmesi nedeniyle, işten çıkarma ya da işini kaybetme durumunda daha iyi koşullara sahip bir iş bulma imkânlarının daraldığını hissetmektedirler. Yukarıda anılan nedenden kaynaklı olarak da, sağlık emekçilerinin yarısından çoğu işlerini kaybetmenin en büyük korkuları olduğunu ifade etmişlerdir.

IV) KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİ

Kamu-özel ortaklığı, kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülmesi adına kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde ve finansmanında sözleşmeye ve özel hukuk hükümlerine dayalı bir ilişki biçimini ifade etmektedir. Bu anlamıyla kamu-özel or-

taklığı öncelikle kamu hizmetinin gerçekleşmesinde bugüne kadar izlenen yolda önemli bir zemin değişikliğine işaret etmektedir. Kamu hizmetinin üretilmesinde oldukça önemli aşamalar olan karar, finansman ve uygulama alanları özel sektör ile paylaşılmaya başlanmıştır. Kamu hizmeti imtiyazından farklı biçimde kamu özel ortaklığı; tabi olunan hukuki rejim, hizmetin örgütlenme biçimi ve risk paylaşımı gibi odaklar üzerinden değerlendirildiğinde oldukça farklı bir çerçeveye işaret etmektedir. Yakın döneme kadar kamu hukuku içerisindeki ilişkilerden türetilen kamu hizmeti anlayışının yerini kamu- özel ortaklığı uygulamaları ile birlikte özel hukukla ifade edilebilen bir çerçeve almıştır. Kamu hukuku dışında ayrı bir çerçevede gerçekleştirilen bu "ortaklık" beraberinde, kamu yararı kavramının da yeniden gözden geçirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı 2007'de 5683 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulmuştur. Böyle bir başkanlığın ana hizmet birimi olarak tanımlanması, kamu- özel ortaklığının ana hizmet alanlarından biri olarak görüldüğünü ortaya koymaktadır. Bu değişiklik Türk kamu örgütlenmesinde bir ilktir; kamu örgütlenmesi açısından köklü bir dönüşümün göstergesidir.¹⁰

Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı "7/5/1987 tarihli ve 3359sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 7. maddesiyle ön görülen iş ve işlemleri yapar." Ayrıca başkanlığın görevi "Bakanlar Kurulu Kararıyla yürürlüğe konulan, 3/7/2006 tarih ve 2006/10655 sayılı, Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine dair Yönetmelik çerçevesinde iş ve işlemlerin gerçekleştirilmesi ve Bakanlıkça verilen diğer görevleri yürütmek" olarak tanımlanmaktadır.

Ayrıca aynı yönetmelikte "Sağlık tesislerindeki tıbbî hizmetler dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi yükleniciye bırakılabilir" denilmekte ve tıbbî hizmetler dışındaki hizmetler; tıbbî destek hizmetleri, bilgi işlem, hasta danışmanlığı, sterilizasyon, çamaşırhane, temizlik, güvenlik, yemekhane, arşivleme ve benzeri hizmetleri, aydınlatma, asansör, ısıtma, soğutma, havalandırma, tıbbî gaz, su ve enerji temini, atık ve atık su uzaklaştırma hizmetleri de dâhil olmak üzere binaların tamiri, bakımı ve işletilmesi, park ve bahçe bakımı ve kara, hava, deniz ambulans hizmetleri ile morg ve gashane hizmetleri" olarak sıralanmaktadır. Ancak Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı tarafından şimdiye kadar yayınlanan

10 Karasu, Koray (yılı belirtilmemiş). Kamu Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi <http://yonetimbilimi.politics.ankara.edu.tr/karasuPPP.pdf> den indirilmiştir.

ihalelerin içeriği incelendiğinde görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinin de tıbbi hizmet alanları dışında sayıldığı ve özünde kamu hizmeti kapsamına giren hizmetlerin böylelikle özele bırakıldığı, sağlık hizmetinin çok sayıda asli unsurunun ihale kapsamına alındığı görülecektir.

Kamusal hizmetlere yönelik yatırımlar da bütçede yeterli ödenek bulunmadığı gerekçesi ile "Kamu Özel Sektör İşbirliği" projeleri ile yürütülmeye başlanmıştır. Dünya Bankası da bu modelin kreditorlüğünü yapmaktadır. Dünya Bankası Türkiye Direktörü Andrew Vorkink, Kamu Özel Sektör İşbirlikleri Zirvesinde yaptığı konuşmada: "İyi yapılandırılmış yönetim sözleşmelerinin yatırım ortamı uygun olduğunda işletmenin bütünüyle özelleştirilmesi için daha iyi bir teklifin gelmesini beklemek açısından geçici anlamda tek çözüm olabileceğini" belirtmiştir.

Pek çok ülkede ademi-merkeziyetçilik (özerkleşme) söylemi ile ulus ötesi sermayeye büyük kaynaklar aktaran bir model hayata geçirilmeye çalışılmıştır. Kamu özel işbirliği adı altında gerçekleştirilenlerin; özel sektörün yatırım maliyetlerinin azaltılması, özel sektörün genişlemesinin sağlanması, kamusal hakların metalaştırılması, özel sektörün karşılaması gereken yatırım kaynaklı risklerin toplum-sallaştırılması olduğunu söyleyebiliriz.

SONUÇ

Siyasal, sosyal ve ekonomik alanda yaşanan sorunları elbette ki sağlık ve sosyal güvenlik alanında yaşanan sorunlardan bağımsız ele alamayız. Çünkü sağlık birçok bileşenin etkide bulunduğu ve hemen herkesçe en önemli olduğu kabul edilen başlıklardan biridir. Çünkü sağlıklı olabilmek sağlıklı çevre, sağlıklı bir konutta oturma, yeterli, dengeli beslenme, çalışacak iş ve insanca yaşayacak ücretle birlikte barış içinde demokratik örgütlenme, düşünce özgürlüğünün olduğu, insan haklarına saygılı bir ortamda mümkün olabilmektedir. Sağlık emekçilerinin olduğu kadar halkın sağlık hakkını gözeten ve önceleyen bizler, sağlığa ayrılan payla gerekli yatırımların yapılamayacağını, bırakın personel açığının giderilmesini, istihdamın daraltıldığını bir kamu hizmeti olarak sağlık hizmetlerinin sosyal bir devlet olma iddiasıyla sürdürülmesi gerektiğini söyledik. Sosyal devlet anlayışından vazgeçip her şeyi piyasaya tabi kılmak isteyen neo-liberal anlayış; 2010 yılında sağlık, sosyal güvenlik ve sosyal hizmetler alanında birçok sorunun yaşanmasını beraberinde getirmiştir.

Türkiye'de 1980'lerde başlayan, 1990'larda devam eden ve AKP Hükümeti döneminde hızlanan "sağlıkta dönüşüm programı" işgücünün yeniden üretiminde, maliyeti kamudan alarak bireye yükleyen ve asıl olarak bireysel ödeme gücüne göre sunulan bir anlayış geliştirilmiştir.