

2009 YILINDA TÜRKİYE'DE SAĞLIK ve SOSYAL GÜVENLİK

Cahide SARI*

GİRİŞ:

2009 yılı krizin ve yıllardır uygulanan neoliberal politikaların sonuçlarının giderek belirginleştiği bir yıl oldu. Sistemin merkez ülkesi Amerika Birleşik Devletleri'nde bütçe açığı son mali yılda (30 Eylül'de sona eren 2009 mali yılı), üç katına çıkıp 1 trilyon 400 milyar dolara yükseldi. ABD'nin 2008 yılı bütçe açığı 459 milyar dolardı. Kongre Bütçe Dairesi'nden yapılan açıklamada, ülke ekonomisinin büyüklüğüyle karşılaştırılınca, 1945'ten bu yana bu büyüklükte bir açık görülmediği belirtildi. Açıklanan son rakamlara göre, ABD'nin bütçe açığı, ülkenin GSYİH'nın yani ekonomide yıl boyunca üretilen toplam değer in yüzde 10'u düzeyindedir.

Gelişmekte olan ülkelerin yalnızca üçte birinde enformel (kayıt dışı) sektörde ve kendi hesabına çalışanlara bir tür sosyal güvence var.

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) "Emek Dünyası 2009" raporuna göre, Ekim 2008'den beri kriz nedeniyle dünyada 20 milyon kişi işsiz kaldı. ILO, devlet destekleriyle açık kalan işletmelerde, yarı zamanlı, kısa süreli çalışmayı sürdürebilen milyonlarca emekçinin daha, bu desteklerin sürmemesi halinde işsizlik riskiyle karşı karşıya olduğunu hesapladı. Rapora göre, 51 ülkede toplam 43 milyon kişi doğru programların uygulanmaması halinde, uzun süreli işsizlik ya da kalıcı işsizlik riskiyle karşı karşıya. Bu 51 ülkenin üçte ikisinde işsizlik sigortası yok. ILO'nun raporuna göre, gelişmekte olan ülkelerde yüksek nitelikli işlerini kaybedenler kayıt dışı ekonomiye yöneliyor.

Yıl içinde tırmanan işsizlik ve yoksulluğa ilişkin rakamların oluşturduğu tabloyu yalnızca krizle açıklamak, sorunu yalnızca krize havale etmek aslında sorunu ve elbette bir yandan da çözüm yollarını bulanıklaştırmaya hizmet etmektedir.

* Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Uzmanı

Kriz fetişizmine saplanmak yerine krizleri ortaya çıkararak sistemin topyekün eleştirisi gerçekleştirilmelidir.

Kriz dönemleri, kapitalizmin yarattığı ve yüzyıllardır var olan eşitsizliklerin ve ayrımcılığın tümüyle belirginleştiği, sorunların daha görünür hale geldiği dönemlerdir. Dolayısıyla Türkiye'nin toplumsal, siyasal ve ekonomik manzaranın korkunçluğunun ancak bir kısmı küresel krizle açıklanabilir. Manzaranın geriye kalanının sorumluluğu, bu ülkeyi özelleştirme adı altında talan eden, IMF ve Dünya Bankası'nın neoliberal politikalarına teslim eden, olanakları ve kaynakları toplumsal gereksinimlere uygun biçimde değerlendirmeyen, yani bu ülkede neoliberalizmin bekçiliğini yapan hükümetlerdedir.

2006 yılının sonlarında başlayan küresel ekonomik krizin ülkemiz açısından son derece net biçimde ortaya koyduğu gerçeklerden birinin altını çizmekte yarar var: Türkiye ekonomisi küresel ekonomik dalgalanmalara paralel biçimde hareketlilik göstermektedir ve küresel ekonomik dalgalanmalar karşısında giderek savunmasız duruma getirilmiştir. 2006 yılına kadar küresel ekonomik genişlemeye uygun biçimde Türkiye ekonomisi de büyümüş, krizin başladığı yıldan itibaren de daralmıştır. Ulusal ekonominin küresel krizin özellikle olumsuz etkilerine karşı bu denli açık hale getirilmiş olması, pek çok sosyal mekanizmanın artık işlemediğinin de göstergesidir. Her kriz döneminde tırmanan işsizlik ve yoksulluk rakamları göz önünde bulundurulduğunda, işçi ve emekçileri küresel ekonomik dalgalanmaların olumsuz etkilerine karşı kısmen de olsa koruması gereken mekanizmalara ne olduğu sorusunun cevabı oldukça önemlidir. Bu noktada sağlık ve sosyal güvenlik sisteminde gerçekleştirilen neoliberal dönüşümün bütün toplumsal yapıyı derinden etkileyen ve sarsan sonuçları dikkatle incelenmelidir.

Neoliberal ilkeler etrafında sağlık ve sosyal güvenlik alanının piyasalaştırılması, yöneten ve yönetilen ilişkilerinde yani siyasal ve toplumsal ilişkilerde önemli bir dönüşüme neden olmuştur. 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 belirmeye başlamıştır. Kamu hizmetlerinin finansmanının kaynağı artık devlet bütçesi değil, çoğunlukla bu hizmetleri talep edenlerin yaptıkları ödemelerdir. Türkiye'de ve neredeyse bütün ülkelerde kamusal hizmetler alanı arz yönlü bir alan ol-

maktan çıkarılmaya başlanmış ve talebin belirleyiciliği üzerine inşa edilen bir "kamu hizmeti piyasası" oluşmaya başlamıştır.

Türkiye'de 1980'lerde başlayan 1990'larda devam eden ve AKP Hükümeti döneminde hızlanarak 2006'da son aşamalarına getirilen "sağlıkta dönüşüm programı" bugün neredeyse tümüyle hayata geçirilmiştir. İşgücünün yeniden üretiminde, maliyeti kamudan alarak bireye yükleyen bir anlayış geliştirilmiştir. Bu bağlamda SSGSS'nin "sosyal" politika araçları ile yürütülen bir "bireyselleştirme" süreci olduğunu söylemek mümkündür. SSGSS kapsamında sağlık ve sosyal güvenlik hakkı, talep edildiğinde ve yeterli ödeme yapıldığında sunulan, toplumsal sorunların bile bireysel olarak muhasebeleştirildiği bir çerçevede ele alınmıştır.

SSGSS hak niteliğindeki toplumsal gereksinimleri ticari mallar olarak tanımlanmakta, bu mal ve hizmetlerden kişiler ödeme gücüne göre faydalandırılmakta ve bütün hizmetler piyasanın öncelikleri ve ihtiyaçları doğrultusunda şekillendirilmektedir. Dolayısıyla piyasanın ve elbette ekonomik krizlerin yıkıcı etkilerine karşı sağlık ve sosyal güvenlik alanını, emekçileri, işsizleri ve yoksulları koruyan bir mekanizma kalmadığını ve krizin olumsuz sonuçlarının biraz da bu nedenle derinleştiğini söylemek mümkündür.

1980'li yıllardan itibaren temel sektörler 'reform' adı altında özelleştirilmeye çalışılmıştır. Sağlık ve sosyal güvenlik alanında da pek çok ülkede Dünya Bankası ve IMF'nin reçeteleri doğrultusunda mutlaka özelleştirme içeren "reformlar" gerçekleştirilmiştir. Bir yılını dolduran SS ve GSS (Sosyal Sigortalar Genel Sağlık Sigortası Yasası) bu koşulların ürünüdür.

Sağlık ve sosyal güvenlik alanına dair düzenlemeler ülkemizde de diğer ülkelerdekine paralel bir dönüşüm geçirmiş, yıllar içinde adım adım yürütülen dönüşüm programı AKP Hükümeti döneminde çıkartılan SS ve GSS yasasıyla birlikte hızlı bir biçimde yürürlüğe konmuştur.

"Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında yürütülen bu süreç toplumu ve sağlık emekçilerini derinden etkilemiştir. Salgın hastalıklardaki artış, hizmetin her aşamasının paralı hale getirilmesi, kamu sağlık kurumlarının mali krizi toplumu etkilerken, ücretlerin düşüklüğüne çözüm olarak getirilen performans dayalı döner sermaye uygulaması ücret adaletsizliğini derinleştirmiş, siyasi kadrolaşma yaşanmış, iş barışı, ekip anlayışı zedelenmiş, kadrolu istihdam yerine iş güvencesiz farklı statülerde istihdam dayatılmış, böylece çalışma ortamı parçalı hale getirilmiştir.

1) TÜRKİYE: EKONOMİK VE TOPLUMSAL TABLO

1.1) İŞSİZLİK:

TÜİK verilerine göre bu yıl eylül ayında toplam istihdam 22 milyon 20 bin kişi, işsiz sayısı 3 milyon 396 bin kişi olarak açıklandı. Geçen yılın aynı ayında ise işsizlik oranı yüzde 10,7, toplam istihdam 21 milyon 802 bin kişi, işsiz sayısı 2 milyon 601 bin kişi olarak belirlenmişti. İşsizlik oranı geçen yıl yüzde 11 olmuştu.

TÜİK'in açıkladığı Eylül 2009 işsizlik verilerine göre krizin ilk işaretlerinin görüldüğü Eylül 2008'den Eylül 2009'a kadar resmi işsiz sayısına 940 bin kişi eklenmiştir. "İşsiz olduğu halde iş bulma ümidi olmadığı için iş aramayanlar" ve TÜİK'in işsizlik tanımının dışında kalan ancak diğer ülkelerde de bu kategoriye sokulan kesimler de bu tabloya eklendiğinde toplam resmi işsiz sayısı 3 milyon 400 bine ve gerçek işsiz sayısı 5 milyon 700 bine ulaşmıştır. Dolayısıyla gerçek işsizlik oranı yüzde 21'e yaklaşmaktadır.

Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu'nun (TİSK) Temmuz ayı aylık ekonomi bültenine göre, Türkiye yüzde 14,9 düzeyinde işsizlik oranı ile dünya dördüncüsü olurken, ilk sırada yüzde 23,5 ile Güney Afrika yer aldı. Bu bülten de Türkiye ekonomisinin durgunluk içine girdiğinin artık kesinleştiği belirtilerek, ülkenin II. Dünya Savaşı sonrası dönemin en önemli krizini yaşadığı kaydedildi. Daha önceki krizlerden farklı olarak ekonomide GSYH'daki küçülmenin yanında fiyatların da düştüğü ifade edilen bültende, "Bu durum önümüzdeki yıl ekonominin tekrar canlanmasını zorlaştıracak temel olgudur. Öte yandan, OECD Türkiye'deki işsizlik oranının, pozitif büyümeye geçilmesi beklenen gelecek yıl da yükselişini sürdürerek yüzde 16,4'e varacağını öngörmektedir. Dolayısıyla, işsizliğin yüzde 20 patikasına yükselmemesi için yurtiçi üretim ve istihdam dostu bir büyüme politikasına geçilmesi gerekmektedir." açıklaması yapılmıştır.

Uluslararası Çalışma Örgütü'nden (ILO) Türkiye'ye Çağrı: Sosyal Güvenliği, İşsizlik Sigortasını Büyütün!

ILO'nun 2009 Emek Dünyası raporuna göre Resmi rakamlara göre, Ağustos 2008-Şubat 2009 arasındaki 2 milyon iş kaybının ardından, Ağustos 2009 itibarıyla 40 bin kişi gibi düşük bir istihdam artışı var. 2007'de, işsizlerin yalnızca yüzde beşi işsizlik sigortasından yararlanabilirken, enformel sektördeki (kayıt dışı-iş güvencesiz çalışanlar) ise herhangi bir sosyal güvenceleri bulunmuyor. Sosyal güvenlik sistemi dışında çalışanların oranı, Ağustos 2009'da, bir yıl öncesine göre binde 4 arttı ve yüzde 45,7'ye ulaştı. Çalışanların büyük bölümü zor durumda kaldıklarında kendilerini düşmekten koruyacak bir "emniyet ağı"ndan

yoksun. Bu da yalnızca çalışanlar ve işsizler arasında değil, sosyal güvenliğe erişimi olanlarla olmayan çalışanlar arasında da toplumsal bölünme yaratıyor. ILO, Türkiye'ye sosyal güvenlik ağını genişletmesini, işsizlik sigortasından yararlanma koşullarını kolaylaştırmasını öneriyor. Türkiyeli kadınların dörtte birinden azı, gençlerinse sadece üçte biri emek piyasasında bulunmaktadır ve bu oran uluslar arası standartların altında kalıyor. Kısmi zamanlı (part-time) çalışanların toplam çalışanlara oranı, 2009'un ikinci çeyreğinde, bir yıl öncesine göre yüzde 9,5'ten yüzde 11,3'e yükseldi. Aynı dönemde, bir kişinin ortalama çalışma süresi yüzde 2,62 düştü.

Bütün dünyada son derece yüksek olan işsizlik rakamlarını krizle açıklayan, işsizliği krizin sonucuna indirgeyen açıklamaların, yıllardır ulusal ve küresel alanda yürütülen yanlış politikaların sonuçlarını bulanıklaştırmaya hizmet ettiğini vurgulamak gerekmektedir.

1.2) YOKSULLUK:

Yoksulluk, hükümet tarafından, mücadele edilmesi ve ortadan kaldırılması gereken bir alan olarak değil, Dünya Bankası'nın yoksulluk kavramsallaştırmasına uygun biçimde "sürdürülebilir" düzeye çekilmesi gereken bir sorun alanı olarak görünmektedir. Yoksulların kim olduğuna, sosyal yardımlardan kimlerin yararlanacağına karar verenler, yoksulların hakkının ne olduğuna da kendileri karar vermektedirler. Devletin politikaları yüzünden işsiz ve yoksul olanların, devletin kendilerine reva gördüğü sadakalarla yetinmesi beklenmektedir. Taraflardan birinin her şeye karar verdiği diğer tarafın ise bu kararlara uymak zorunda bırakılmak istendiği bu ilişki, eşitsizlikleri ve yoksulluğu yeniden üreten bir bağımlılık ilişkisidir.

Yoksullukla gerçekten mücadele edilebilmesi için öncelikle kamu kaynaklarının istihdamı artırmaya yönelik yatırımlara yönlendirilmesi gerekmektedir. Yatırımları kısıp, sosyal sadakaları arttıran bir politika, olsa olsa bağımlılık ilişkilerini kalıcılaştırmaya hizmet eder. Yoksulların hükümetle bağımlılık ilişkisi içine sokulması, yoksulluğun muhalif enerjisinin sistemin yeniden üretimine sokulması anlamına gelmektedir.

Özellikle kriz dönemlerinde istisnasız bütün vatandaşların eşit, ücretsiz, erişilebilir ve nitelikli kamu hizmetlerinden yararlanabilmesi gerekmektedir. Yoksulluğun yeniden üretilmemesi adına neoliberal politikaların terk edilerek herkesin ücretsiz bir biçimde faydalandığı kamusal hizmet yelpazesinin acilen oluşturulması bir zorunluluktur.

Yoksulla zengin arasında 8 kat uçurum

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Avrupa Birliği'ne uyum amaçlı 'Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması' kapsamındaki 2006-2007 dönemine ait son veriler, oldukça çarpıcı sonuçlar ortaya koydu. Bu çalışmada bireyler gelirlerine göre küçükten büyüğe doğru sıralanarak beş gruba ayrıldı. 'Geliri en düşük' olan ilk yüzde yirmilik grubun toplam gelirden aldığı pay, 2007'de yüzde 5,8 olarak tespit edildi. Geliri en yüksek yüzde yirmilik grup, toplam gelirin yüzde 46,9'una sahip ve toplam gelirden en alttaki grubun 8,1 katı daha fazla pay alıyor. Araştırma sonucuna göre bir haneye yıllık ortalama 8 bin 50 lira düşüyor. Hane halkında en yüksek gelir ortalama 11 bin 454 lira ile İstanbul'un. En düşük gelir ortalaması ise 3 bin 591 lira ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ölçüldü. Toplam gelir içinde en fazla payı, yüzde 39,7 oran ile maaş ve ücret gelirleri oluştururken, sosyal transferlerin payı ise yüzde 18,2 düzeyindedir. Bu çalışmaya göre nüfusun yüzde 20,6'sı yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır.

Satın alma Gücü Paritesi'ne (SGP) göre gelirden Avrupa'da sondan 6'ncıyız

Satın alma Gücü Paritesi'ne göre Avrupa'da, 37 ülke arasında en yüksek kişi başına gelir, Lüksemburg'da elde ediliyor. Türkiye endeks listesinde 31. sırasında yer alıyor.

II) SAĞLIK VE SOSYAL GÜVENLİK BÜTÇESİ:

Sağlık Bakanlığı bütçesi geçen yıla göre yüzde 12 artırıldı.

Global bütçe çalışmalarını sürdüren Hükümet, Sağlık Bakanlığının 2010 yılı bütçesini 12 milyar 700 milyon olarak belirledi.

Çalışma Bakanlığı ve bağlı olan SGK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim Merkezi, Mesleki Yeterlilik Kurumu, Türkiye İş Kurumu ve Amele Birliği'nin toplam bütçesi de 160,9 milyar lira oldu ve bu rakam milli gelirin yüzde 15,6'sına denk gelmektedir.

2010 yılında kamu personelinin sağlık hizmetlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sunulmasına ve bunun için SGK'ya sağlık primi ödemesine başlanmasına karar verilmiştir. Hükümetin Sağlıkta Yıkım Programı çerçevesinde, sağlık bütçesi sağlık giderlerini vatandaşa yıkma bütçesi haine getirilmiştir.

SAĞLIK HARCAMALARI:

2007 ve 2008 yıllarında sağlık harcamaları %52-53 civarında öz gelirlerle karşılanabiliyorken, bugün sağlık harcamalarının sadece %43'ü öz gelirlerle karşılanabilmektedir.

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Danışmanı tarafından verilen bilgilere göre, dünyada 40 yılda (1960-2000) sağlık harcamalarında 3 kat artış olurken Türkiye’de 16 yılda (1992-2008) sağlık harcamaları 8,45 kat artmıştır.

Sağlık harcamaları 2000-2009 döneminde de sabit fiyatlarla yüzde 40, gayrisafi yurtiçi hasılaya oran olarak ise yüzde 65 oranında artmıştır. OECD ülkelerinde 1995-2005 yılları arasında kişi başına reel sağlık harcamalarındaki yıllık artış oranı yüzde 3,9 olurken, bu oran Türkiye için yüzde 11 düzeyindedir. OECD ülkeleri içinde reel olarak kişi başına harcaması en hızlı artan ülke Türkiye olurken, 2000-2005 yılları arasında OECD ülkeleri içinde ilaç harcaması en fazla artan ülkelerin başında da Türkiye gelmiştir.

2008’de 25,4 milyar TL olarak gerçekleşen SGK sağlık harcamalarının 2009 sonunda 28,9 milyar lira, 2010 yılında ise 32 milyar 842 milyon lira olacağı öngörülmüyor. Kamu sağlık harcamalarının ise 2009 yılında 37,2 milyar olarak gerçekleşeceği, 2010 yılında bu rakamın 9 milyar 676 milyon lira olacağı bekleniyor.

İLAÇ HARCAMALARI:

İlaç sektörü 2002 yılından bugüne 4 kat büyüdü ve 2002’de 5 milyar 230 milyon TL olan sektörün toplam hacmi 2009’da tahmini 15 milyar 586 TL’ye ulaşmış görünmektedir. Tedavide ise 4 milyar 200 milyon TL’den yaklaşık 20 milyar 196 milyon TL’ye yakın harcama gözüküyor. Dolayısıyla sağlık sektöründe toplamda 9 milyar 900 milyondan 36 milyar 400 milyona sıçrayan 4 kata yakın bir büyüme söz konusudur.

Türkiye’de reçeteli ilaç satışlarının hacmi, 2007’de 8,5 milyar dolardan 2008’de 9,4 milyar dolara çıkmıştır. 2007’de 1,31 milyar kutu adedi olan piyasa büyüklüğü, 2008’de yüzde 9,9’luk bir büyümeyle 1.38 milyar kutu adedine ulaşmıştır.

2006- 2009 yılları arasında Türkiye ilaç pazarındaki birleşme ve satın alma faaliyetlerini inceleyen PricewaterhouseCoopers Türkiye tarafından hazırlanan rapora göre Türkiye; Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve İspanya’nın ardından Avrupa’nın en büyük 6. ilaç pazarı sayılıyor. Raporda, Türkiye pazarında jenerik ilaçların satılan kutu sayısı bakımından yüzde 53’lük, tutar bakımından ise yüzde 34’lük pazar paya sahip olduğu bildirildi. Yaklaşık 300 firmanın faaliyet gösterdiği Türkiye ilaç piyasasında 43 üretim tesisinin 14’ü çok uluslu şirketlere aittir. Piyasadaki ilk 10 şirketin pazar payı yüzde 50’nin altındadır. Raporda, Batı Avrupa ülkelerinin Türkiye’de ilaç ve tıbbi cihazlar sektöründe gerçekleşen birleşme ve satın alma işlemlerinde en aktif ülkeler olduğu bildirildi. Buna göre 2008

yılında yabancı yatırımcılar Almanya, İtalya ve Avusturya kökenli oldu. Satın alma işlemleri incelendiğinde, yabancı yatırımcıların genelde hedef şirketlerin çoğunluk hisselerini devralmayı tercih ettiği görüldü (Genelde yüzde 85 üzeri ve çoğu kez yüzde 100).

İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası (İEİS) verilerine göre ithal ürünlerin Türkiye ilaç pazarındaki payı hacimsel olarak 2008 yılında yüzde 36 oldu. Öte yandan yerel üretim oranı yüzde 64, yerel üretim içinde jenerik ürünlerin payı da yüzde 72. Yine raporda, ilaç pazarının ekonomik krizden etkilenmediği belirtilerek pazarın 2009'un ilk 4 ayında yüzde 20 civarında büyüdüğü ifade edildi. PwC'nin İlaç Sektörü araştırması 2020 yılına kadar küresel pazarın yaklaşık 1,3 trilyon dolarlık değere ulaşacağını ve E7 ülkelerinin -Brezilya, Çin, Hindistan, Endonezya, Meksika, Rusya ve Türkiye- bu pazarın beşte birini oluşturacağını ortaya koymaktadır. Çin'in ikinci ya da üçüncü en büyük pazar olması beklenirken, Türkiye ve Hindistan'ın ise ilk 10'a girebileceği tahmin edilmektedir. Yine aynı rapora göre, Türkiye piyasasının her yıl yüzde 10-15 oranlarında büyümesi beklenmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerine göre kurum, 2009 yılının ilk 10 ayında reçeteler için eczanelere 11 milyar TL'yi aşan bir miktar ödedi. Reçete sayısında da ilk 8 aylık karşılaştırmaya göre 2008'de 160 milyon 32 bin olan reçete sayısı bu yıl 178 milyon 959 bine yükseldi.

Reçete başına ortalama maliyet ise 48 bin 94 TL olarak gerçekleşti. Reçete başına devlet kesesinden yapılan ödeme 2007 yılında 41.80 TL, 2008 yılında 43.14 TL idi. 2008'de hastanelere 217 milyon kişi başvururken 2009'da 14'lük bir artış yaşandı.

Sosyal Güvenlik Kurumlarına 57,7 Milyar Lira Aktarılacak

1 Ocak 2010'dan itibaren sağlık hizmetleri bütçe dışına çıkarılıyor. Yeşil kartlılar, milletvekilleri ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, er ve erbaşlar ile tutuklu ve hükümlüler dışındakilerin bütün sağlık harcamaları, tedavi ve ilaç giderleri, SGK'ya devrediliyor. Yeşil kartlıların sağlık giderleri için Sağlık Bakanlığı, milletvekilleri için TBMM, er ve erbaşlar için MSB, tutuklu ve hükümlüler için de Adalet Bakanlığı bütçesine ödenek konuluyor.

Meclis Plan ve Bütçe Komisyonu'nda Çalışma Bakanlığı ve bağlı kuruluşların bütçesini sunan Dinçer, 2009 yılı Sosyal Güvenlik Kurumu bütçesine göre gelirlerin 84,4 milyar lira, giderlerin ise 105,7 milyar lira olacağını, finansman açığının ise 31 milyar TL olarak gerçekleşeceğini tahmin edildiğini aktardı. Geçen yıl 15 milyon 258 bin kişi olan aktif sigortalı sayısının bu yıl 14 milyon 980 bine düş-

tüğünü vurgulayan Dinçer, 8 milyon 746 bin olan emekli maaşı alanların sayısının 9 milyon 53 kişiye yükseldiğini belirtti.

Sosyal güvenlik kurumlarına yönelik cari transferlerin, 2010 yılında yüzde 7,3 artarak 57,7 milyar liraya ulaşacağı tahmin ediliyor. Bu kapsamda SGK'ya sadece açık finansmanı için 31,8 milyar lira aktarılacak. Milli gelire oran olarak ifade edildiğinde ise 2000 yılında yüzde 1,9 olan transferler 2007 yılında yüzde 3,9'a çıkmıştır. Bu yıl bu oranın yüzde 5,7 olması beklenmektedir. 2012 yılına dek de yüzde 5,4 düzeyinde tutulması hedeflenmektedir.

KATKI PAYI:

Yasa ile sağlık sigortası primi ödemenin dışında, alınan sağlık hizmetine göre katılım payı ödeme zorunluluğu getirildi. Muayene ve tedavi ücretlerinin yanı sıra ilaç, iyileştirme araç ve gereçleri de ayrıca ücretlendirildi. Eylül 2009 da yapılan son düzenleme ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında her muayene için 2 lira, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında 8 lira ve özel sağlık kurumlarında 15 lira alınmaya başlanmıştır. Yatarak tedavilerde de katılım payı alınmaktadır. Eşitsizlikleri gidereceğini, sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştıracağını ve herkesi genel sağlık sigortası ve sosyal güvenlik kapsamına alacağını, bunun için de yurttışa ek bir yük getirmeyeceğini söyleyenlerin ciaları artık dökülmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bile alınan katkı payı ile hükümet, ortalama 48.02 TL olan reçete parasının 2 TL ile 15 TL arasındaki bölümünü ilaç alacak olanlara ödetmeye çalışmaktadır.

Fark ücreti 1 Ocak'tan itibaren yüzde 70 oldu!

Özel hastanelerde katılım paylarının 7,5 kat, üniversite hastanelerinde 4 kat arttırıldığının açıklandığı eylül ayında, Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) ayaktan tedaviler için gönderilen fatura sayısı, bir önceki aya göre ciddi biçimde gerileyerek 20 milyon 381 binden 18 milyon 709 bine düştü. Bu rakam son aylardaki en düşük rakama denk geliyor. Yetkililer, katılım paylarındaki yüksek oranlı artışların ekim ayında yürürlüğe girdiğini ancak psikolojik etki nedeniyle etkisinin eylül ayında görülmeye başladığını belirtiyor. Ayaktan müracaat sayısı Ocak'ta 18 milyon 946 bin olurken, nisan ayında katılım paylarının tüm hastanelerde eşit olarak uygulanması yönündeki yargı kararıyla birlikte rakamlar yükselişe geçmişti. Mayısta 19 milyon 851 bin olan fatura sayısı, Haziran'da 20 milyon 433 bine, Temmuz'da 20 milyon 676 bine çıkmıştı.

Fark ücreti ile ilgili karara göre Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dahil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları 1 Ocak tarihin-

den itibaren yüzde 70 fark ücreti alabilecek. Bakanlar Kurulu'nun fark ücretlerini %100'e kadar arttırma yetkisi de var.

YEŞİL KART

Türkiye'de ilk kez 1992 yılında, DYP ile SHP'nin oluşturduğu 7'inci Demirel Hükümeti Koalisyon Protokolü'nde "Tüm vatandaşlar sigortalanacak ve hepsine tedavi olma imkânını sağlayan yeşil kart verilecektir" sözleri ile yeşil kart uygulaması başladı.

25 Ağustos 2009 tarihi itibarıyla Yeşil Kart Bilgi Sistemi'nde 9 milyon 271 bin 770 aktif, 7 milyon 259 bin 235 pasif yeşil kart kaydı bulunuyor.

Yeşil kart politikası, hükümetin elinde bir açıklıkla terbiye politikasına dönüştürülmüştür. Hepimizin bildiği gibi AKP iktidarı döneminde sosyal devlete yönelik şiddetli saldırılardan en çok nasibini alan kesim yoksullardır. Neoliberal politikalarla altı oyulan sosyal devlet anlayışında sosyal haklar yerini günümüzde "sosyal sadaka" anlayışına bırakmıştır. Sosyal devlet anlayışı çerçevesinde hakların sürekliliğinin yerini keyfilik almıştır. Kişilerin insafına terk edilen yoksullar, çeşitli uygulamalarla "bağımlı" bireylere dönüştürülmüştür. Bu bağımlılık ve keyfilik kültürü, demokratik hak ve özgürlüklerin kısıtlanması ile birlikte işletildiğinde ortaya çıkan tablo sosyal devlet anlayışı açısından utanç vericidir. Adana Valisi İlhan Atış'ın gösterilere katıldığı ileri sürülen çocukların ailelerinin yeşil kartlarının iptal edileceği yönündeki açıklaması, açıklıkla terbiye politikasının yoksullar üzerinde gerektiğinde kullanılabilecek ölümcül bir silaha dönüştüğünü ortaya çıkarmıştır.

Yeşil kart, daha çok Güneydoğu illerinde yaygın

2006 yılında (yani yerel seçimlerden önce) Doğu ve Güneydoğu illerindeki bazı illerdeki yeşil kartlı sayısı: Ağrı 324 bin 60, Bingöl 160 bin 975, Muş 204 bin 660, Bitlis 175 bin 175, Hakkâri 152 bin 80, Batman 272 bin 130, Şırnak 160 bin 900, Siirt 148 bin 260, Mardin 311 bin 970, Tunceli 29 bin 190, Şanlıurfa 550 bin 840, Kahramanmaraş 367 bin 575, Gaziantep 336 bin 385 ve Adıyaman 315 bin 480.

Halen aktif durumda bulunan yeşil kart sayısında Şanlıurfa 585 bin 193 ile birinci, Diyarbakır 546 bin 525 ile ikinci, Van 530 bin 214 ile üçüncü, Adana 330 bin 325 ile dördüncü, İstanbul 321 bin 859 ile beşinci sırada.

Ağrı'da 305 bin 6, Hatay'da 298 bin 412, Mardin'de 282 bin 453, Kahramanmaraş'ta 265 bin 430, Adıyaman'da 245 bin 677, Erzurum'da 248 bin 943, Gaziantep'te 244 bin 511, Batman'da 220 bin 332, Şırnak'ta 192 bin 63, Hakkari'de 122 bin 253 aktif yeşil kart var.

Rakamlara göre, en çok pasif yeşil kart İstanbul'da bulunuyor. İstanbul'da

511 bin kişinin yeşil kartı pasif halde. İstanbul'u 262 bin 43 ile Şanlıurfa, 258 bin 25 ile Diyarbakır, 231 bin 675 ile Adana, 218 bin 661 ile Ankara izliyor.

Aktif yeşil kartlı sayısının az olduğu iller ise Doğu ve Güneydoğu'dakiler hariç, az nüfuslu iller. Bilecik'te 9 bin 549, Karabük'te 10 bin 947, Bolu'da 11 bin 45, Yalova'da 13 bin 430, Çankırı'da 13 bin 365, Bartın'da 14 bin 822, Bayburt'ta 16 bin 698 aktif yeşil kart bulunuyor.

Yeşil kart 1 yıl sonra kalkıyor

1 Ekim 2010'dan itibaren yeşil kartı kaldırmaya hazırlanan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), internet sitesi üzerinden bilgilendirme çalışmalarına da başladı. SGK, 2010 yılında "gelir tespit testi"ni geçemeyen ve bu teste girmeyen yeşil kartlıların prim ödemek zorunda kalacağı uyarısında bulunurken, artık sağlıkta primlerin devlet tarafından karşılanması için asgari ücretin üçte biri kadar bir gelirin bulunması koşulunu arayacağını duyurdu. Daha fazla geliri olanlar ise prim ödemekle yükümlü olacak. Yani yeşil kart kaldırılıp yerine 'gelir tespit testi' getirilecek. Bu testte kriterleri karşılayanların genel sağlık sigortası primlerini devlet ödeyecek. Bu testte harcama, gelir, tüketimle ilgili olarak bireylere çeşitli sorular yöneltilenler. Bu testin sonuçlarının yanı sıra kişinin kayıtlı olan gelir ve giderleriyle ilgili olarak bir araştırma da yapılacak. Ayrıca kişinin yaşadığı yere gidilerek, yerinde denetimle bireyin yaşam standartları saptanacak. Söz konusu test ve denetimler her yıl güncellenecek ve tekrarlanacak. Bir yıllık dönemde kişinin standartlarında bir değişiklik olması durumunda, verilecek destek de kesilecek. Gelir testini yaptırmayı kabul etmeyenlerin asgari ücretin iki katı üzerinden gelirleri varmış gibi kabul edilecek ve buna göre de kendilerinden prim tahsilatı yapılacak.

III) SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI (SSGSS):

Sağlık Bakanlığı Meclis Genel Kurulunda yaptığı konuşmada her ne kadar Tam Gün Yasasına değinmese de, konuşma için hazırladığı sunumda Tam Gün Yasasını 2010'daki hedeflerin en başına koydu. Hedefler arasında aile hekimliği ikinci sıradayken, Kamu Hastane Birlikleri Yasası da üçüncü sırada yer aldı. Kamu Hastane Birlikleri ile ilgili kanunun ise 2014 yılına kadar tamamlanması öngörülüyor.

III.1) AİLE HEKİMLİĞİ:

2005 yılında Düzce'de başlayan Aile Hekimliği pilot uygulaması Afyon, Aksaray, Ardahan, Artvin, Balıkesir, Batman, Bilecik, Bingöl, Bursa, Çanakkale, Çankırı, Erzincan, Iğdır, Kars, Kastamonu, Kayseri, Kırıkkale, Kırklareli, Kırşehir,

Konya, Kütahya, Malatya, Mersin, Nevşehir, Niğde, Rize, Sakarya, Siirt, Tekirdağ, Tokat, Trabzon, Tunceli, Uşak, Van, Zonguldak illerine yaygınlaştırılmıştır. Bütün bu illerdeki sağlık ocakları kapatılmış, yerine bir hekim ve bir aile sağlığı elemanı ile 1. basamak sağlık hizmeti görevi yapan aile sağlığı merkezleri oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Dr. Halil Ekinci'nin verdiği bilgiye göre, uygulamanın 2010'da bütün illere yaygınlaştırılması hedefleniyor.

Aile hekimliği uygulamasının başlaması ile ağırlıklı olarak pratisyen hekimlerden oluşan aile hekimlerinin uzman doktor reçetesi yazabilir hale gelmesi nedeniyle ilaç satışlarında kutu bazında ve parasal hacim olarak artış yaşanmaktadır. Aile hekimlerini işletmeci, hastaları müşteri haline getiren bu sistem yoğun bir işletmecilik ve finans yükünü de hekimlere yüklemektedir. Nitelikli sağlık hizmeti sunmak ile para kazanmak seçenekleri arasında kalan doktorların hangi seçeneğe yönlendirilmek istendiği açıktır.

Aile Hekimliğine geçilen bölgelerde koruyucu sağlık hizmetlerinin gerçek anlamıyla gerçekleştirildiğini kontrol edecek etkin bir denetim mekanizması bulunmamaktadır. Günde 80-100 hastaya bakan aile hekiminin aile planlaması, aşılama, gebe-bebek-çocuk-doğurgan çağ kadın izlemleri, çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, özürü ve yaşlı bakımı gibi koruyucu sağlık hizmetlerini yerine getirmesi imkânsızdır. Sözleşme feshi tehdidi ve performans kriterleri ile de gerçek bir denetim sağlanamayacağı açıktır. Hekim başına düşen nüfusun gün geçtikçe artması ve aile hekiminin bazı yerlerde hastaların ikamet ettiği yerlere çok uzak noktalarda hizmet vermesi önemli sorun alanlarından bir diğeridir.

Aile hekimliği pilot uygulamasının dayandığı yasa ve yönetmeliklerde aile hekimine 15 başlıkta görev yüklenmiştir. Bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanı tarafından kendisine bağlanan en az 3500 kişiye, bu 15 başlıkta belirlenen hizmetlerin verilmesi mümkün değildir.

Aile hekimliği yasasında sevk zinciri zorunluluğu bulunmasına rağmen, aradan geçen 4 yıla ve 36 İl'e yaygınlaştırılmasına rağmen sevk zinciri uygulamamış, sevk uygulamaya başlanacağı belirtilen tarihler ise 3 kez ertelenmiş, son olarak da belirsiz bir tarihe bırakılmıştır. Aile hekimliği uygulanan 36 ilde 36 farklı uygulama yapılmakta olup, henüz iller arasında uygulanma standardı dahi oluşturulamamıştır. Aile hekimliğinde kesinlikle katkı payı alınmayacağı propagandası ise 2009 Ekim ayında iflas etmiş, 2 lira katkı payı alınmaya başlanmıştır.

Hasta ve sağlık çalışanlarının mağdur olacağı bu sistem terk edilerek ekip hizmetinin verildiği modifiye edilmiş sağlık ocağı sistemine geri dönmelidir

Aile hekimliği uygulanan illerden birkaç örnek durumu daha açık anlatmaktadır;

- Denizlide idrar sondası değişimi için eve çağrılan, ancak 'benim görevim değil' diyerek gitmediği ileri sürülen aile hekimi, yasa ve yönetmeliklerin evde bakım hizmeti maddelerine aykırı hareket ederek görevini ihmal ettiği gerekçesiyle, Denizli 4. Sulh Ceza Mahkemesi tarafından 5 ay hapis ile cezalandırıldı. Mahkeme aynı şikayetin yöneltildiği, aynı yerde görev yapan aile sağlığı elemanına da 5 ay hapis cezası verdi. Cezalar 5 yıl içinde aynı suçun işlenmemesi kaydıyla ertelendi.
- 2009 yılında 14 aile hekiminin sözleşmesi feshedildi. 329 aile hekimine uyarı cezası verilirken, 241 aile hekimi de kendi isteğiyle aile hekimliği sisteminde ayrıldı.
- İzmir`de aile hekimliği yerleştirmelerinin hukuksuz yapıldığı mahkeme kararıyla ispatlanmasına rağmen valilik mahkeme kararlarını uygulamadı.
- Samsun Tabip Odası'nın çalışmasında sağlık personeli arasında 13 kataran ücret eşitsizliklerinin ortaya çıktığı bildirildi. Yine raporda projenin uygulanmasıyla birlikte eşit hizmet anlayışının yok olduğuna, sağlık personeli başına düşen nüfus açısından da eşitsizlik olduğuna dikkat çekildi.

III.2) KAMU HASTANE BİRLİKLERİ:

Sağlık Bakanlığı'nın, nüfusu 200 binin altında olan illerde devlet hastanelerini tek çatı altında toplama kararı uygulanmaya başlandı. Karar gereği Türkiye'de 84 hastane idare ve yönetim anlamında birleştirildi. Sağlığı piyasalaştırma, çalışanların özlük haklarını ellerinden alma sürecinin bir parçası olan birleştirmelere 2010'da da devam edileceği açıklaması yapıldı.

2009 Eylül ayına kadar 59 ilde 97 hastanede birleşme yapılmış, 24 ilde 48 hastanede de hizmet birleştirmesi yapılması planlamaya alınmıştır. Hastane birleştirmeleri gibi uygulamaların hiçbir açıklama yapılmadan ve sessizce hayata geçirilmeye çalışılması sağlık emekçilerini ve hastaları kaygılandırmaktadır. Hastane çalışanlarına yönelik yer değiştirme, istem dışı tayin, işten çıkarma gibi uygulamaların gündeme getirilmesi olasılığı yanında hastaların müşterileştirilme süreci ile beraber ele alındığında, kamu hastane birlikleri uygulaması 2010 yılının önemli mücadele başlıklarından biri olacaktır.

2007'de 5683 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan "Kamu- Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı", kamu has-

tanelerine özel sektörün girmesini daha da hızlandıran uygulamalara imza atmaktadır. Bakanlığa ait sağlık tesislerinin, tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesine ilişkin iş ve işlemleri buradan yürütülmektedir.

Yine 2007 yılında yapılan başka bir düzenlemeyle kamu idareleri tarafından yürütülen, tarım, madencilik, imalat, enerji, ulaştırma, haberleşme, bilgi teknolojileri, turizm, konut, eğitim, kültür, sağlık, kentsel ve kırsal alt yapı, belediye hizmetleri, kentsel dönüşüm, adalet ve güvenlik alt yapısı, çevre, araştırma-geliştirme alanlarındaki hizmetlerin, kamu-özel işbirliği modelleri çerçevesinde gerçekleştirilmesinin önü açılmıştır.

Son yıllarda bütçede yatırım harcamaları azaltılmıştır. 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.

Özel sektörün kamunun hizmet sunduğu alanlara başka yöntemleri de kullanarak daha fazla girmesi istenmektedir. Kamu yatırımlarının finansmanı için yeni alt modeller önerilmekte ve bu alt modellerle kamu özel sektör işbirliğinin yaygınlaştırılması amaçlanmaktadır.

Kamu Özel Sektör İşbirliği (Public Private Partnership) adı verilen yöntem ile doğrudan özelleştirmeye karşı yönelebilecek tepkiler bertaraf edilmek istenmekte ve kamunun varlığını sürdürmesinde yarar olan hallerde bile kamu hizmetlerinin ticarileştirilmesine olanak sağlanmaktadır. Neoliberal saldırıların ortak noktalarını kamu sağlık kurumlarının parçalanması, finansmanlarının düşürülerek kamu hastanelerinin hizmet veremez hale getirilişi, "müşteri-tedarikçi" anlayışının hakim kılınması olarak sıralayabiliriz.

Bunun yanı sıra pek çok ülkede ademi-merkeziyetçilik (özerkleşme) söylemi ile ulus ötesi sermayeye büyük kaynaklar aktaran bir model hayata geçirilmeye çalışılmıştır. Ülkemizde de kamu hastane birlikleri özerkleşme söylemi ile gündeme getirilmiştir. Bu, insan hakları başta olmak üzere kamusal hakların pek çoğunu hiçe sayan yaklaşım, "katılımcılık" adı altında pazarlanmaktadır. Neoliberal yönetim kavramının açık biçimde gösterdiği üzere, katılımcılık "kim", "neye", "ne için" katılıyor soruları cevaplanmadan kabul edilecek sorunsuz bir değer de-

ğildir. Şimdiye kadar olan uygulamalara bakılacak olursa bu neoliberal katılımcılıkta halkın payına düşen, zaten vergiler yoluyla katıldığı kamusal hizmetlerin maliyetine cepten ödemelerle bir daha katılmaktır. 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 toplumsallaştırılması olduğunu söyleyebiliriz.

IV) ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜ:

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI:

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Danışmanı Dr.Haluk Özsanı tarafından verilen bilgilere göre, özel sağlık sigortası yaptıran kişi sayısı 1997 yılında 528 bin iken, 2008'de bu rakam 1 milyon 297 bin'e yükseldi. Yine 1997 yılında 40 olan özel sağlık sigortası şirketi sayısı 2008'de 32'ye geriledi. Özel sağlık primi içinde sağlık sigortacılığı prim oranı 2008 yılında %11,3 olarak ölçüldü.

Özeller %12 büyüdü

Türkiye'de 820 kamu hastanesi ve 420 özel hastane faaliyet gösteriyor. Türkiye'deki sağlık hizmetinin yüzde 30'unu karşılayan özel hastaneler 10 milyar TL'lik bir sektörü oluşturuyor. Özel hastanelerin, 2003'de yüzde 8 olan toplam sağlık hizmetlerindeki payı şu anda yüzde 30 seviyesinde. 2006'da yüzde 80'i İstanbul'da olmak üzere 250 özel hastane bulunuyorken 2009'da bu rakam 420'ye yükseldi. Bazı hastaneler zincirleşirken, sektör dışından yatırımcılar da sağlıkçı oldu. Özel hastanelerin büyümesi belirli bir planlama yapılmadan gerçekleşti.

Çalışma Bakanı, özel hastanelerin 2009'da % 12 büyümüş görüldüğünü belirterek tüm dünyada ve Türkiye'de yıl sonu itibariyle % 6 küçülme olacağını bildirdi.

OHSAD'ın verilerine göre özel sektör, harcamalarının yarısını personel için yapıyor; ilaç-malzeme için yüzde 20, SSK-vergi için de yüzde 20'lik bir gider söz konusu.

OHSAD, sağlık dışı 70 bin personelin toplam giderdeki payının yüzde 9 olduğunu, istihdamın yüzde 50 azaltılması durumunda bile elde edilecek maksimum tasarrufun yüzde 4,5 olacağını kaydetti.

V) KAMU PERSONELİ:

Kamuda sözleşmeli personel sayısı 129 bin 343

Kamu kurum ve kuruluşlarında 1 milyon 717 bin 515'i memur, 129 bin 343'ü sözleşmeli personel olmak üzere toplam 1 milyon 846 bin 858 kişi çalışıyor. Bakanlıklar içerisinde ise en çok memur 654 bin 765'le Milli Eğitim Bakanlığı'nda çalışıyor. Sağlık Bakanlığı 51 bin 26 ile de en çok sözleşmeli personel çalıştıran kurum olarak dikkat çekiyor.

Sözleşmeli statüsünde çalışan personelden ise 90 bin 693'ü genel bütçeli kurumlarda 9 bin 645'i özel bütçeli kurumlarda 28 bin 745'i döner sermayeli kurumlarda, 213'ü sosyal güvenlik kurumlarında ve 47'si de 190 sayılı kanun hükmünde kararname kapsamında yer alan diğer kamu kurumlarında görev yapıyor.

Başesgioğlu, sözleşmeli personelin 106 bin 809'unun 4/B kapsamında olduğunu belirtirken 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4/C maddesine göre çalıştırılan geçici personelin de bir yıldan az süreli ve mevsimlik hizmetlerde istihdam edildiğini ve yine Aralık 2008 itibariyle 4/C kapsamında 23 bin 56 kişinin olduğunu bildirdi.

Sağlığın piyasalaştırılması sürecinin bir ayağını sağlık emekçilerinin güvencesizleştirilmesi oluşturuyor. Sağlıkta güvencesiz çalıştırma sözleşmeli 4-b, 4-c, 4924, vekil ebe-hemşirelik, gibi farklı statülerle yaygınlaşırken güvencesiz çalışmanın en yıkıcı sonuçları taşeron şirket işçiliğiyle gerçekleşiyor.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Ömer Dinçer'in açıkladığı rakamlara göre kamuda çalıştırılan taşeron işçi sayısı 174 bin 857 ulaştı. Sağlık Bakanlığı ise 108 bin işçile ilk sırada yer almaktadır. Hekimlerin taşeron şirketler aracılığıyla çalıştırılması henüz yaygın bir uygulama olmasa da Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nün 22 Nisan 2009'da 3 adet 112 acil istasyonunu içindeki doktor, yardımcı personel ve ambulans şoförüyle ihaleye açması ve bu uygulamanın yaygınlaşacağı açıklaması taşeron şirket işçiliğinin de hekim emeğini ucuzlatmanın aracı olabileceğini gösteriyor. Sağlık emekçileri hizmet alım ihaleleri dışında medikal firmalar aracılığıyla da çalıştırılıyor.

Başta Sağlık Bakanlığı hastaneleri olmak üzere üniversite hastanelerinde de ücret ödemelerinde kronikleşen düzensellikler yaşanıyor. Hacettepe üniversitesi Hastanelerinde temizlik hizmet alım ihalesiyle çalıştırılan 1000 işçi yaklaşık iki yıl boyunca ücretlerini birer ay gecikmeli aldı. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde işçiler geç yatan ücretleri için iş bıraktılar. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde de taşeron

şirketler aracılığıyla çalıştırılan işçilerin ücretleri gecikmeli olarak yatırılıyor. Mersin Toros Devlet Hastanesi'nde yeni ihale sürecinde 40 yaşını dolduran işçilerin işten çıkarılması ise işten çıkarmaların nereye varabileceğini gösteriyor. Neredeyse tamamı asgari ücrete çalıştırılan taşeron işçiler ilaç ve muayene katkı payları nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorlanıyor. Katkı payı, ilaç katkı payları ve yol masraflarıyla birleştiğinde asgari ücretle geçinen taşeron sağlık emekçilerinin sağlık kurumlarına başvurmaları mümkün görünmüyor.

Taşeron şirketler aracılığı ile sağlık çalışanı istihdam edilmesi iki temel sonuç ortaya çıkarmaktadır:

1- Kamusal bir hizmet olan ve süreklilik, bütünlük ve istikrarın esas olduğu sağlık hizmetinin bölünüp parçalanarak taşeron firmalar eliyle gördürülmesi sağlığın doğasına aykırı olup, sağlık hizmetinin niteliğini olumsuz etkilemektedir.

2- Taşeron çalıştırma biçimi sağlık çalışanlarının en temel haklarını ortadan kaldırmakta ve aynı işyerinde aynı işi yapan kadrolu çalışanlarla eşitsiz koşullar yaratması nedeniyle başta Anayasa'nın ve uluslar arası diğer sözleşmelerin eşitlik ilkesine aykırılık oluşturmaktadır.

AŞILAR:

Ülkemizde aşı üretimi 1887'de başlamış, 120 yıla yakın bir süre, ihtiyaçların önemli bir kısmı yurt içinden karşılanmış, hatta ihracat bile yapılmıştır. Türkiye çiçek, kuduz, verem, boğmaca, difteri, tetanos, tifo, tifüs ve kolera gibi aşıları üretip uygulayan ve tüm bu hastalıklarla mücadelede büyük başarı kazanmış bir ülke iken, domuz gribi salgını ile yeniden gündeme geldiği gibi aşı üretimi konusunda dışa bağımlı hale getirilmiştir.

1980'den sonra, biyoteknolojik gelişmeler yeterince takip edilmedi, Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü aşı-serum üretim merkezine de kayda değer bir yatırım yapılmadı. 1996 yılında difteri, boğmaca, tetanos, 1998 yılında da BCG aşısı üretimi durduruldu, 1999 yılında da Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü'nün, aşı üretim tesislerinin kapısına kilit vuruldu. 2004 Haziran ayında da son aşı tesisimiz olan ve 250 milyon doz üretim kapasitesi bulunan Manisa Tavuk Hastalıkları ve Aşı Üretim Enstitüsü kapatıldı.

Sağlık Bakanlığı, 2007-2009 yılları için 5'li kombinasyon aşıların alımıyla ilgili 210 milyon dolar tutarında ihale yapmıştı. Beşli kombine aşı ihalesi Difteri-Asellüler Boğmaca-Tetanoz-İnaktif (injektabl) Polio (Tip 1, 2, 3)-Haemophilus Influenza Tip B (HİB) aşılarını kapsamıştı. İhalenin üç yıllık toplam tutarının 210 milyon dolar, yıllık tutarının da 70 milyon dolar olması beklenmekteydi. Ancak bakanlık zorunlu aşı takvimindeki bütün aşılar için yılda yaklaşık 20 milyon dolar

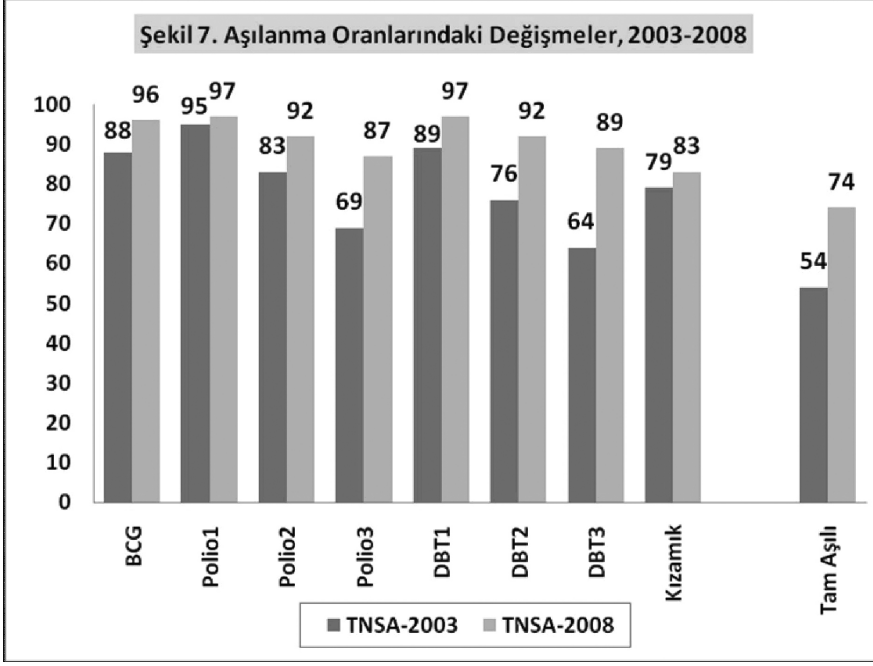
harcama yapmaktaydı ve Sağlık Bakanlığı bu ihaleyle toplam aşılama harcamasının 3 katından fazlasını tek başına beşli kombine aşılar için yapmıştı. Oysa sadece 1 yıllık beşli kombinasyon aşılarının tutarı olan 70 milyon dolarlık harcama ile yüksek teknolojik standartlarda tüm bakteri ve virüs aşılarını üretecek yatırımlar gerçekleştirilebilirdi.

TNSA-2008’de daha önceki demografik araştırmalar ile karşılaştırma yapabilmek için 1 doz BCG, 3 doz DBT, 3 doz Polio ve 1 doz Kızamık aşısı olan çocuklar tam aşıli olarak kabul edilmiştir. Bu tanıma göre bakıldığında, Türkiye’de 12-23 aylık çocukların yüzde 74’ünün tam aşıli olduğu görülmektedir. Kentsel yerleşim yerlerinde ve Doğu dışındaki bölgelerde her 10 çocuktan yaklaşık 8’i tam aşıli iken, tam aşıli çocuk yüzdesi kırsal yerleşim yerlerinde ve Doğu’da her 10 çocuktan 6’sı seviyesine gerilemektedir. En az lise mezunu annelerin çocuklarının yüzde 80’i; eğitimsiz annelerin çocuklarının ise ancak yarısı tam aşılidir. Erkek ve kız çocukların aşılanma düzeyleri arasında belirgin bir farklılık görülmektedir. Türkiye’de çocukların yaklaşık yüzde 2’si; İstanbul’da ve Doğu’da yüzde 4’ü; eğitimsiz annelerin bebeklerinin ise yüzde 7’si hiç aşı olmamıştır.

Türkiye’de BCG aşısını olan çocukların oranı yüzde 96’dır. Bu aşının yaygınlığı, tüm sosyo-demografik gruplarda yüzde 90’ın üzerinde bulunmaktadır. Kızamık aşısı, hem Türkiye genelinde hem de tüm sosyo-demografik gruplarda yaygınlığı en düşük olan aşıdır. Türkiye’de çocukların neredeyse tamamı üç doz olarak yapılan DBT ve Polio aşılarının birinci dozlarını almışlardır. Bu aşuların ikinci dozlarında yüzde 90’lara düşen aşılanma oranı; üçüncü dozlarda 90’ın hemen altına düşmektedir.

Ülkemizde Temmuz-Ağustos 2009 aylarında, aile hekimliği pilot ili olan 33 ilde, Konjenital Kızamıkçık Enfeksiyonu ve konjenital kızamıkçık sendromunu engellemek amacıyla 18-35 yaş grubu kadınlara 1 doz kızamıkçık aşısı uygulanmıştır. Kızamıkçık aşısı uygulaması sırasında kadınların gebelik durumlarının iyi sorgulanması ve kadınlara aşıdan sonra 4 hafta süreyle korunmaları gerektiğinin belirtilmesi kural olarak benimsense de kampanya sırasında bazı gebe kadınlara kızamıkçık aşısı yapıldığı ya da bazı kadınların, aşı yapıldıktan sonraki dört hafta içinde gebe olduğunun anlaşıldığı çok sayıda vaka olmuştur. İzmir şubemizin yaptığı araştırma ve çalışmalara göre, sadece İzmir ilinde 18-35 yaş kadınlar arasında gebe iken kızamıkçık aşısı yapılan ve aşı yapıldıktan sonra gebe kalan kadın sayısı 100 civarındadır. Bu kadınların 60 tanesi küretaj olmak zorunda kalmıştır. İzmir’de olduğu gibi Manisa, Denizli, Edirne ve Eskişehir’de de yüzlerce kızamık aşıli gebenin bulunduğu bunların önemli bir kısmının gebeliklerini sonlandırdığı ortaya çıkmıştır. Sağlıkta dönüşümün ilk olarak çocukları ve kadınları vu-

racağına ilişkin öngörü de bu vakalarla bir kez daha somutlanmıştır.



Kaynak: TNSA 2008

Domuz gribi aşısının Türkiye'ye maliyeti 220 milyon Euro.

Sağlık Bakanı'nın verdiği bilgiye göre 3 firmayla grip anlaşması kapsamında toplam 43 milyon doz aşı bağlantısı yapıldı. Sipariş edilen toplam 43 milyon doz aşının tamamının alınması durumunda 220 milyon Euro ödeme yapılacağını belirten Akdağ, firmalara göre birim fiyatın 4,74 ile 6 Euro aralığında olup, ortalama maliyetin 5,2 Euro olduğunu belirtti. Bugüne kadar 2 milyon kişiye H1N1 aşısı yapıldı.

Domuz gribinin ülkemizde bir salgın haline gelmesiyle beraber yönetim krizi iyice açığa çıkmıştır. Sağlık Bakanı ile Başbakan arasında söylem düzeyinde bile bir paralelliğin olmaması, topluca kullanılan mekânlarda yeteri kadar önlem alınmaması, vatandaşlara yönelik sağlıklı ve doyurucu bir bilgilendirmenin olmayışı ve aşı üzerinden yapılan spekülasyonlar sonucunda ülkemizdeki can kaybı önemli boyutlara ulaşmıştır.

Benzer bir yönetim krizi küresel düzeyde de ortaya çıkmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün ilaç şirketleriyle ilişki düzeyi kesinlikle tartışılması ve açığa çıkarılması gereken bir olgudur. Domuz gribine karşı zengin ülkelerde kullanılan aşılar ile yoksul ülkelerde kullanılan aşılar arasındaki farklılığın nedeni de sorgulanması

gereken bir diğer başlıktır. Bunlara ek olarak, domuz gribini ortaya çıkaran koşullarla gerçek anlamda mücadele edilmesi, Ucuz emek ve çevreyi kirletme gibi “ fırsatları” değerlendirmek isteyen şirketlerin yuvalandığı serbest ticaret bölgelerinin acilen denetime tabi tutulması gerekmektedir.

SONUÇ:

SSGSS, dayandığı eşitsizlik ve adaletsizlik ilkelerinin yanı sıra finansal sürdürülebilirliğin de olmadığı bir sistemdir. Krizin tırmandırdığı işsizlik, kayıt dışı çalışmanın yaygınlaşması ve yoksullukla beraber ele alındığında devletin yoksul olarak nitelediği insanlardan bile katkı payı alınması gibi insani olmayan ve hiçbir insani değerle bağdaşmayan uygulamaların önümüzdeki dönemde daha da yaygınlaşması olasıdır.