

## Rakamlarla "Sağlıkta Dönüşüm"

**D**ünya Bankası'ndan alınan 49.42 milyon Euro ile yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Projesi tamamlandığında, sağlığı artık bugün konuştuğumuz parametrelerle konuşmuyor olacağız. Özelleştirmelerin en büyüğü, en yaygın ve insan hayatını en doğrudan etkileyeni, sağlık alanında yaşanıyor. Bu proje için alınan paranın 40 milyon Euro'sunun "özel sağlık hizmetlerine temel oluşturulması bakımından aile hekimliğinin yaygınlaştırılmasına" harcanacak olması da bunu açıkça göstermektedir. 2007 yılının sonuna kadar bu "dönüşümün" tamamlanması hedefleniyor. Dünya Bankası raporuna göre de Türkiye, projenin uygulanmasında bugüne kadar "iyi bir ilerleme gösteriyor". Bu yazıda, hükümetin "dönüşümü" meşrulaştırmaya dönük, "daha yaygın ve daha kaliteli sağlık hizmeti", argümanının Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın açıklandığı 2003 yılından itibaren ne kadar gerçekleştiğini daha çok rakamlarla göstermeye çalışacağız.

Bir uyarı yapalım: Türkiye'de resmi kurumların istatistikle arası hiçbir zaman hoş olmamıştır. Türkiye sağlık istatistikleri, hangi uluslar arası belgeyi açarsanız açın "veri yok" diye geçer. Türkiye kendi toplam anne-çocuk ölüm oranlarını bilir ama hangi ilde ne kadar olduğunu ayrı ayrı bilmez. Türkiye'de herhangi bir sağlıklı ilaç istatistiği bulmak mümkün değildir.

Bildirimi zorunlu olmadığı veya ölen olmadığı sürece hangi hastalığın ne kadar görüldüğünü saptamak da aynı biçimde mümkün değildir.

### Altyapı ve Personel

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel hedeflerinden biri, tüm nüfusun sosyal güvenlik kapsamına alınması ve sağlık hizmetlerinden herkesin eşit biçimde yararlanması için bu hizmetleri yaygınlaştırmak olarak ifade edilmektedir. Bu doğrultuda yapılan ilk uygulamalardan biri "sevk zinciri"dir; sağlık ocaklarından sevk almak acil hastalar dışında zorunlu hale getirilmiştir. Diğer yandan "personelin kamuda çalışmasını özendirmek" diye ifade edilen amaç ile performans kriteri getirilmektedir.

Bir yandan sevk zinciri uygulaması zorunlu hale getirilirken, diğer yandan bu hizmeti verecek sağlık ocaklarının sayısı 2000 yılında 5.700'den 2004 yılında 6.066'ya çıkmıştır. Bu, sevk zinciri zorunluluğu ile birlikte düşünüldüğünde ihtiyacı kesinlikle karşılamayan bir rakam. Ama diğer yandan ve daha da önemlisi, hekim olmayan sağlık ocağı sayısı 2000'de 665'ken 2004 yılında 1353'e yükselmiş, yüzde olarak ise 11.6'dan 22.3'e çıkmıştır. Bir başka deyişle, sevk zorunlu ama her beş sağlık ocağından birinde hekim yok. Bu, birincisi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin

yetersizliğini, ikincisi performans kriterinin hekimleri kamuda çalıştırma konusunda herhangi bir işe yaramadığını göstermektedir.

### Harcamaların Finansmanı

Herkes eşit sağlık hizmeti verilmesi, herkesin eşit ölçüde "parasız" olduğunun varsayılmasını gerektirir. Yani, sağlık hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesini. Ama Türkiye'de durum bu değil. Kesin rakam bulunmamakla birlikte, sağlık hizmetlerinin yüzde 80'i primlerden karşılanırken, geri kalanı bugün hizmet alanların ceplerinden finanse edilmektedir. Bu rakam 1992 yılında yüzde 7, 1996 yılında yüzde 12 civarında iken, bugün yüzde 30'a yaklaşmıştır (USH çalışma sonuçlarına göre 1999'da 29.1'dir). Diğer özel sigorta şirketleri ve işletmelerin yaptığı sağlık harcamaları da göz önünde bulundurulduğunda; cari sağlık harcamalarının yüzde 38.33'ü (2000 yılında) kamu tarafından karşılanmamaktadır.

Kamu açısından bakıldığında sosyal güvenlik kuruluşları arasında SSK en önemli finansman kurumudur. Toplam sağlık harcaması içindeki payı yüzde 19.20 ile diğer iki finansman kurumunun toplamından daha fazladır (Emekli Sandığı ve Bağ-Kur). İşte bu nedenle SSK; sağlık dönüşüm projesinin temel taşlarından biridir.

## İlaç Hizmetleri

Diğer yandan Proje'nin en sorunlu ve daha az dikkat çeken yanlarından biri; şu tespit: "Gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında ilaç tüketimi ilk bakışta çok yüksek görülmemekle birlikte, sağlık harcamaları içindeki payı neredeyse iki kat fazladır". Bundan, sağlık harcamaları içinde ilacın payının düşürülmesi yönünde bir öneri çıkmaktadır. Yani, bütçeden sağlığa ayrılan payı artırmak. Sağlık harcamaları içinde ilacın yüksek olması, tek başına anlamlı bir tespit değildir. Türkiye özelinde, sağlık harcamaları içinde ilaç giderlerinin yüksek olmasının en temel nedeni, koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan payın düşük olması ve düşmeye devam etmesidir. Rakam, 1992'de yüzde 7.2, 1998'de yüzde 3.0, 2004'te ise yüzde 2.6'dır.

Eğer koruyucu sağlık hizmetlerine pay ayırırsanız, tedavi giderleri, ve tedavi giderlerindeki en yüksek kalem olan ilaç giderleri otomatik olarak düşer. Türkiye'de ilaç harcamalarının yüzde 23.4'ü anti enfeksiyon ilaçlarına yapılmaktadır. Yeşil kartlılar en çok enfekte olanlardır. Onu ise SSK'lılar takip etmektedir. Bu, çevre sağlığı ile ilgili ve önlenebilir hastalıkların daha çok yoksulları vurduğunu da göstermesi bakımından ilginç bir rakamdır. Dünyada antienfektiflerin oranı ise yüzde 8 dolaylarındadır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi, tedavi hizmetleri üzerinde yoğunlaşarak, koruyucu hizmetlere yeterince önem vermeme anlayışını sürdürmektedir. Bu durumda, global ilaç satışını düşürmeyi değil, ilacın devlet üzerinde yarattığı

"yükü" azaltmayı hedeflediklerini anlıyoruz. Nitekim, Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde hazırlanan ilk GSS yasa taslağındaki öneri, ilaçtan alınan hasta katılım payının yüzde 0 ile 50 arasında değişmesi idi.

**Bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı kişilerin ilaç giderlerinin yüzde 71'i primlerden karşılanmaktadır. Bu durumda, devlet kamudan aldığı kamuya geri dağıtmaktadır. Dağıtması gerekir. Bu tamamen devletin öncelikleri ile ilgili bir sorundur. Borç faizleri için kişilerin primlerinden oluşturulan havuzu yani toplumsal zenginliği kullanmak, devletin kendi bileceği iş değildir. Toplumsal zenginlik, toplum yararına kullanılmalıdır.**

İkincisi, Türkiye'de sağlık giderleri içinde ilacın payının yüksek olması, ilacın bulunabilir, alınabilir olduğunu göstermez. Türkiye OECD ülkeleri arasında kişi başına ilaç harcaması en düşük ülkelerden biridir. Örneğin, Danimarka, Belçika, Avusturya, Almanya gibi ülkelerde kişi başına ilaç tüketimi 200 doların üstünde, Portekiz, İspanya, Yunanistan gibi ülkelerde 150 dolar civarındadır. Türkiye'de bu rakam 80 dolar civarındadır.

## Sigorta Kapsamı

Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin bir ayağı olan Genel Sağlık Sigortası ile, nüfusun tamamının sigorta kapsamına alınacağı belirtilmekte-

dir. Türkiye'de halen sigorta kapsamında olan nüfus, yüzde 87.9'dur. Bu sigortalı kesimlerin gelir gruplarına göre dağılıma baktığımızda ise, Dünya Bankası 2003 yılı verilerine göre en yoksul yüzde 20'lik dilimde olup kırdı yaşayanların sigortalı birey yüzdesi 28, kentte yaşayanlar için ise 54'tür. Bu nüfusun toplam yüzde 46'sı sigortalıdır. 2.inci ve 3.üncü yüzde 20 için sigortalılık oranı yüzde 70'e çıkmakta ve nihayet 4.üncü ve 5.inci yüzde 20'lik gelir düzeyinde yüzde 86 olmaktadır. Demek ki, tüm nüfusu sigortalamak için öncelikli olarak en yoksul yüzde 20'nin sigortalanması gerekmektedir. Oysa Genel Sağlık Sigortası'nın getirdiği asgari ücret düzeyi ve prim şartı ile bu kişilerin sigortadan yararlanması mümkün olmayacaktır. Bu bakımdan GSS'nin getirdiği de olsa olsa bir "şekil şartı" olarak tanımlanabilir.

## Hizmetin Yaygınlığı

Sağlık hizmetlerini tamamen mahalli idarelere devretmeyi düşünen, Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatı kurmasını yasaklayan ve Sağlık Bakanlığı'nı Ankara'da hiçbir etkinliği olmayan göstermelik bir kurum haline getirecek olan bu proje T.C. Anayasası'na, sağlık hizmetleri anlayışına terstir. Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı olmaksızın, denetim yapamaz. Bu, açıktır. Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı olmaksızın veri toplayamaz. Köylere sağlık hizmeti götüremez. Özel sektör de ne bu işi yapabilecek kadar büyüttür ne de parası olmayan insanlara sağlık hizmeti götürece kadar "yardımsever".