

Küresel ekonomik krizin sağlığı tehdidi

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılı Bolu doğumlu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini tamamlayarak, 1992 yılında üroloji uzmanı oldu. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. Başhekim Yardımcılığı, Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı ve Dekan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevini yürüttü. Ayrıca 1998 yılında başladığı doktora çalışmalarını tamamlayarak 2003 yılında Klinik Mikrobiyoloji dalında bilim doktoru unvanı aldı. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevine atandı. 2006'da Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi oldu.

Ekonomik çöküş henüz küresel denebilecek boyutta değil. Ancak orta ve düşük gelir grubundaki ülkelerde toplumu sarsıcı etkisinin kaçınılmaz olacağından korkulmaktadır. Ekonomik krizin şekli, büyüklüğü ve süresine ilişkin tatmin edici veriler henüz yeterince mevcut olmasa da, konunun uzmanlarına göre 1930'lardan bu yana dünya en büyük ekonomik krizle karşı karşıyadır. IMF'ye göre, küresel ekonomik büyüme hız kaybetmeye devam edecek ve 2008'de yüzde 3,3 olan büyüme hızı, 2009'da yüzde 0,5'e gerileyecektir.

Söz konusu olan, bir finansal kriz değil, bundan öte çeşitli sektörleri içine alan ekonomik kriz halini almaktadır. ABD ve İngiltere gibi finans sektörüne dayalı ekonomilerden sonra Almanya ve Japonya gibi reel sektöre dayalı

ekonomiler de çöküş trendine girmiş durumdadır.

Küresel ekonomik kriz, finans çevreleri ve reel sektörde tartışılarsun, bu krizin başta işsizlik olmak üzere sosyal etkileri ülkemizde de hissedilmeye başlamıştır. Sosyal refahın kilit noktasını oluşturan sağlığın bu gidişattan etkilenmemesi düşünülemez. Avrupa Topluları İstatistik Ofisi'nin (Eurostat) verilerine göre 2008 Ekim ayında Avrupa'da faal nüfusun yüzde 7,1 ine tekabül eden 17,2 milyon kişi işsizdi. 2009 yılında işsizlik oranının artacağı ve Arnavutluk, Hırvatistan, Gürcistan İrlanda, Letonya, İspanya ve Türkiye gibi ülkelerde yüzde 12'leri bulacağı tahmin edilmektedir. Aslında biz, daha yılın ilk aylarında resmi verilere göre bu oranı aşmış (yüzde 13,1) görüyoruz.

Türkiye'nin de içinde olduğu birçok Avrupa ülkesinin 2009 yılı bütçesi geçen

yıla göre yüksek tutulmuştu. Bu ülkelerin bazıları krizle beraber gelirlerin azaldığını görünce daha şimdiden bütçe revizyonuna gitmektedir. Letonya, Litvanya, Macaristan ve Romanya bütçe açıklarını kapatabilmek için diğer sektörlerle birlikte sağlık bütçesini de kısıacaklarını ilan etmişlerdir. Estonya bu arada bütçe daraltmasını hayata geçirmiş, diğer sektörlerle birlikte sağlığın payını da düşürmüştür. Plânlanan sağlık yatırımlarını AB yapısal destek fonları aracılığıyla yürütmektedir. İzlanda'da bankacılık sistemi çökmüş durumdadır.

Bir yandan ekonomik çöküş, diğer yandan krize karşı geliştirilmeye çalışılan teşvik mekanizmaları ve kriz önleme paketlerinin maliyeti, kamu finansmanında ciddi açıklara yol açmakta ve kamu borçlanmalarını artırmaktadır. Bu yüzden 2009, ekonomik dengelerin ciddi şekilde bozulduğu bir yıl olacaktır. Krizin gerçek boyutu da 2010 bütçeleri yapılırken anlaşılacaktır.





Aslında ekonomik krizin olumsuz etkilerine karşı koymak, bir anlamda sağlığa daha fazla yatırım yapmakla mümkündür. Kriz, sağlık harcamalarının kısılması için bir gerekçe ve uygun zaman değildir. Bunun önemi anlaşılmaz, bu çelişkili gibi görünen durum fark edilmez ve hatta sağlık tasarruf alanlarından biri gibi görülürse, toplum sağlığı ve toplum sağlığının ayrılmaz parçası olan toplum refahı için ciddi bir risk oluşturacaktır.

Geçtiğimiz yıl Avrupa ülkelerinde ekonomi gündemlerinde, kriz önemli bir yer tutmasına rağmen sağlık sektörü insan kaynağı bakımından bu ülkelerde büyüyen sektörlerin başında gelmiştir. Ancak bu büyümenin sağlık personeli gelirlerine olumlu yansıdığı söylenemez. Gerçi Finlandiya ve Yunanistan gibi ülkelerde bu süreçte sağlık personelinin gelirlerinde artışlar olmuştur. Yine Romanya sağlık personelinin gelirlerinde kriz öncesinde alınmış yaklaşık yüzde 7'lik artış kararını bu süreçte uygulamaya koymuştur. Ancak Bulgaristan ve Macaristan'da kamu hastanelerinde çalışan sağlık personelinin maaşlarının dondurulduğu biliniyor. Macaristan, ayrıca belli dilimin üzerindeki gelirden alınan vergi oranının da artırmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü Yönetim Kurulu'nun Ocak ayı toplantısında ilk günlük programın yansı bu konuya ayrılmıştı. Yine DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin katkılarıyla Nisan başında Norveç, Oslo'da ekonomik krizin sağlık üzerine etkilerini konu alan bir konferans düzenlendi. Bu konferanslarda ekonomik krizin etkilerinin halk sağlığını olumsuz etkilemesi ihtimali üzerinde durulmakta ve bunun için ülke yönetimleri tedbir almaya teşvik edilmektedir. Ülkelerin ekonomik çöküşü yaşamadan önce davranmak ve önceden uygun düzenlemeleri yapmak zorunda olduğuna vurgu yapılmaktadır.

Küresel ekonomideki bu kötüye gidiş, aynı zamanda büyük demografik değişiklikler yanında küresel çevre ve enerji sorunları ile karşımıza çıkmaktadır. Eko-

nomi yavaşladıkça işsizlik hızla artmakta, milyonlarca insanın yaşama şartları kötüleşmekte, toplum sağlığı tehdit edilmektedir. Diğer yandan, toplumları koruma altına alan sosyal sigorta sistemleri ve sağlığın diğer gelir kaynakları da bu süreçten olumsuz olarak etkilenmektedir. Sağlık sektörünün sadece bir sosyal sektör olarak görülmemesi gerekir; mobilize ettiği finansal kaynaklar, teşvik ettiği üretim ve istihdam gücü dikkate alındığında önemli bir ekonomi sektörüdür.

Sağlık sistemleri genel vergilerle finanse edilen ülkelerde milli gelir ve ekonomik göstergelerdeki düşüş, kamu sağlık harcamalarında da ciddi düşüşe yol açmaktadır. Diğer taraftan sistemleri daha çok prime dayalı sigorta fonları ile finanse edilen ülkelerde, artan işsizlik sağlığa ayrılabilen kaynakların düşmesinin başlıca sebebi olmaktadır. Bunun yanında paranın değer kaybetmesi ve enflasyon, daha çok fiyatları uluslararası pazarda belirlenen ilaç ve tıbbi malzemelerin fiyatlarının artışına yol açmaktadır. Bu ürünleri ithal etmek zorunda olan ülkelerin yükü daha fazla artmaktadır.

Avrupa'nın doğusunda ilaçlar ve sağlık hizmetlerinin fiyatlarındaki artış sorun olarak hissedilmeye başlanmıştır. Ukrayna'da bu yılın ilk 2 ayında sağlık hizmetleri fiyatları neredeyse geçen yılın aynı dönemine göre yüzde 30 oranında artmıştır.

Fiyat artışıyla birlikte kamu kaynaklarının kısılması, hizmetten yararlananların ödeyeceği fark, katkı payı gibi ek ödemeler ve diğer informal yollarla cepten harcamaların artışına yol açmakta, bu tür politikalar neticede teminat paketlerinin daralmasıyla sonuçlanmakta ve yeniden kuyruklar, bekleme listeleri, erişim güçlükleri gibi sorunlarla halkı yüz yüze getirmektedir.

Yukarıdaki etkenlere ilave olarak krizin etkisiyle hane halkının gelirinin bir şekilde düşmesi bireylerin sağlık için cepten harcama yapmasını zorlaştırmakta ve kendi güçleriyle sağlık hizmeti almalarının önüne engeller koymaktadır. Bu durum ABD sağlık sisteminde kendini çok bariz olarak göstermesine rağmen Avrupa'da yaygın olan sistemlerde henüz alarm zili çalacak düzeyde ortaya çıkmamıştır. Yine de tamamlayıcı sağlık sigortaları hacmindeki düşüş dikkat çekicidir.

Eğer maliyet artışları absorbe edilemezse, krizin etkisi sağlık hizmetlerinin yararlanma potansiyelinin azalması ve hizmetin nicelik ve niteliğinin düşmesi şeklinde görülecektir. Gittikçe ağırlığı artmakta olan kronik hastalıklar dikkate alındığında, anti diyabetikler, kardiyovasküler ilaçlar, astım ilaçları, anti romatizmalar gibi ilaçlara ihtiyaç gittikçe artmaktadır. İnsanlar bir şekilde, borç bularak da olsa, akut hastalıkların tedavi giderlerini karşılayabilirler. Ancak uzun

sürelili kronik hastalıktan muzdarip ve ömür boyu ilaç kullanma durumunda kalanların bunun bedelini sosyal güvenlik olmadan karşılaması mümkün değildir. Bu yüzden bu tür tedaviler, yeterli sosyal güvenlik şemsiyesi olmayan toplumlarda halkı "fakirleştirici" hizmetler olarak görülmektedir. Bu arada evsizler, mevsimlik işçiler, işini kaybedenler, göçmenler, sığınmacılar, uyuşturucu müptelaları gibi zaten risk altındaki kesimlerin durumuna dikkat çekilmektedir.

Sağlık harcamalarının kısılması, tedavi maliyetlerinin artması ve hane halkı gelirin de düşmeye bir de sağlık güvence kapsamında küçülme eklenince, yukarıda da belirttiğim gibi, sağlık hizmetlerin hacminin ve kalitesinin etkilenmesi kaçınılmazdır. Belki de en belirgin etki, özel sağlık hizmetlerine olan talebin azalması şeklinde olacaktır; zira şartlar talebin kamu yönüne kaymasını doğuracaktır. Eğer kamu sağlık hizmetleri bunu karşılayacak desteği bulamazsa, artan talebi karşılayacak donanımına ulaşamazsa, bütünüyle sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşüşü akıbeti ile karşı karşıya kalırız. Bu problem, kamu sağlık hizmetleri, finans baskısı altında olan bütün ülkelerde görülecektir. Bu arada kamu sağlık hizmetlerinin bir parçası olan özel sağlık kuruluşları daha fazla sıkıntıya itilirken bu sistemin dışında varlığını sürdüren özel sağlık yatırımcılarını da küçülmeye zorlayacak ciddi bir tehdit ortaya çıkmaktadır.

Geçmişteki ekonomik kriz tecrübeleri, krizlerden en fazla etkilenenin, kırılan yapıya sahip korunmasız fakir ülkeler olduğunu göstermiştir. Bu kırılma, ülkeler ve toplumlar için olduğu kadar bireyler için de bir vakıadır. Bu yüzden fakirler, çocuklar ve yaşlılar krizin faturasını ödemeye en fazla adaydır.

Belki ümit var olmamızı sağlayacak olan husus, bilhassa Avrupa'da yönetimlerin sosyal güvenliğe gittikçe daha fazla önem veriyor olmasıdır. Ancak bunu dünyanın çoğunluğunu oluşturan Asya ve Afrika toplumları için söyleyebilmek mümkün değil. Ekonomik çözüm paketleri ve politik tartışmaların, belki de bundan böyle krizin etik boyutuna odaklanmasını beklemek yanlış olmayacaktır. DSÖ'nün Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu raporlarında yer alan sağlıktaki adaletsizliklerin giderilmesi ve dengesizliklerin azaltılması yönündeki çağrılarına şu aşamada politik ajandamızda daha fazla yer vermemiz gerekiyor.

Bu alandaki sorumluluğumuz yerelden genele gittikçe ve vizyonumuzu kendi dar ortamımızdan dünyaya çevirebilmeyi başardıkça, sorgulamamız gereken çok hususun var olduğunu görürüz. Dünyada çok kötü durumda yaşamak zorunda kalan insanların durumlarını kabul edilebilir hale getirmek için harcanması gere-

ken miktarın 100 milyar dolar civarında olduğu tahminleri yapılmaktadır. Hâlbuki gelişmiş ülkelerde krize karşı açıklanan ekonomik tedbir paketlerinde daha şimdiden bu miktarın üzerinde bir kaynağın harekete geçirildiğini görüyoruz. Bu da krizle mücadeledeki etik konumumuzu sorgulamamızı gerektiriyor.

Kriz küreselleştikçe bütün dünyayı etki altına alacaktır. Her zaman olduğu gibi krizin olumsuz etkisinin en fazla olacağı yerler fakir toplumlar, fakir ülkeler olacaktır. Hâlbuki daha çok gelişmiş, yani nispeten zengin ülkelerde krize karşı tedbirler geliştirilmekte, kaynaklar seferber edilmektedir. Yani iyi (!) yönetilmiş bir kriz süreci sonunda zenginlerin durumlarını korumaları karşılığında fakir toplumların daha da kötüleşeceğini beklemek kâhinlik olmayacaktır. Bu arada zenginliği ve krize ayırdığı finansal desteğinin kaynağı zaten fakir ülkelerin petrol ve maden gibi yeraltı varlıklarına dayanan örneklerden söz bile etmek istemiyorum. Sadece konunun ekonomik olduğu kadar etik yönünün de olduğuna vurgu yapmak yeter sanırım.

Önümüzdeki yıllarda sağlık sistemlerine yönelecek kaynaklar çok daha belirgin olarak azalabilir. Eğer kriz dolayısıyla sağlık bütçesi üzerindeki bu baskılar devam ederse, süreci az zararlı atlatabilecek şekilde yönetebilmek için sağlık sektöründe rol alan bütün paydaşların ve bu alanda politika üretici durumundaki otoritelerin birlikte ortak politikalar geliştirmesi gerekir.

Hükümetler çeşitli ekonomik sektörlere finansal destek sağlayacak ekonomik tedbirler almakta; tüketimi ve istihdamı teşvik etmeye, işsizliği önleyici tedbirler almaya çalışmaktadır. Aslında bir anlamda vergi mükellefleri ve toplum, bu teşvikler yoluyla üzerine düşen sorumluluğu daha şimdiden yüklenmiş durumdadır. Özellikle krizi daha yakından hissedilen zengin ülkelerde ekonomik tedbir paketleri daha şimdiden hayata geçirilmeye başlanmıştır. Daha küçük ekonomilerde ise hükümetler finansman kolaylıkları sağlayarak, vergi indirimleri yaparak krizi yumuşak geçişle göğüslemeye çalışmaktadır. Bu tedbirlerde göz ardı edilmemesi gereken husus, sosyal adaleti bütün kararların merkezine oturtmak ve ekonomik krizin sosyal krize yol açmasını önlemektir.

Batı Avrupa ülkelerinde sağlık sistemlerinin çeşitliliğine bağlı olarak, bir kısmı birbiri ile zıt gibi görünen farklı tedbirler başvurulduğu görülmektedir. Sosyal sağlık sigortasına doğrudan bütçe katkısının artırılması, bölgesel finans mekanizmaları üzerinde ve hizmet sunucularına yeni kaynak dağılımı formülasyonlarının geliştirilmesi gibi yöntemler uygulanıyor. İsveç ve İtalya

gibi desantralize sistemlerde kriz dikkate alınarak, merkezden bazı bölgelere ve bölgelerin kendi arasında fon transferleri yapılmaktadır. Bu arada bazı ülkeler tedbir olarak sosyal güvenlik kapasitesini genişletirken bazıları daraltmaya çalışmaktadır.

Aslında ekonomik krizin olumsuz etkilerine karşı koymak, bir anlamda sağlığa daha fazla yatırım yapmakla mümkündür. Toplumun sağlık düzeyini ve bunun arka planındaki sosyal şartları sürdürülebilmek ve hatta daha da iyileştirmek, sağlık sektörü ve sosyal güvenliğe daha fazla kaynak kaydırmayı gerektirmektedir. Kısacası kriz, sağlık harcamalarının kısılması için bir gerekçe ve uygun zaman değildir. Sağlıkta uygun kullanılan kaynak bir "harcama" değil, "yatırım" olarak kabul edilmelidir. Bunun önemi anlaşılabilir, bu çelişkili gibi görünen durum fark edilmez ve hatta sağlık tasarruf alanlarından biri gibi görülürse, toplum sağlığı ve toplum sağlığının ayrılmaz parçası olan toplum refahı için ciddi bir risk oluşturacaktır.

Eğer diğer sektörlerle beraber sağlık sektörüne ayrılan kaynakta da kısıntı yapmak kaçınılmaz olursa, temel sağlık hizmetleri ve toplum sağlığı alanında kaynak azalmasına fırsat verilmemeli, maliyet etkili olmayan yüksek maliyetli hizmetlerde tasarrufa gidilmelidir. Gerekirse bu tür yatırımlar geciktirilmelidir. Akılcı ilaç kullanımının teşviki ile birlikte jenerik ilaç tüketimini teşvik edici politikalar geliştirilmelidir.

Kısacası önümüzde zor bir zaman dilimi bizi beklemektedir. Sağlık hizmet sunucularının, bir başka deyişle hastanelerin ve özellikle doktorların, sağlık hizmeti üretirken maliyetleri düşürücü tedbirleri şimdiden alması, hizmet yöntemlerini bunu dikkate alarak şekillendirmesi, sürecin yönetimine yardımcı olacaktır. Sağlık sisteminde ayrılan kaynakların değişiminin yanında yaşama şartlarının, hayat tarzının, tüketim alışkanlıklarının ve hatta sosyal norm ve değerlerin değişmesi de sağlık çıktılarına ve sağlık harcamalarına doğrudan etkili olmaktadır. Bu itibarla, sağlığın korunması sorumluluğunun bütün topluma yayılmasını sağlayacak mekanizmaları geliştirmek zorundayız.

Sağlık hizmetlerinin kolay erişilebilir olmasının, yoksulluğu ve sosyal adaletsizlikleri ortadan kaldıran önemli bir etken olduğu, sağlığa yatırımın sosyal stabiliteye ve ekonomiye bir katkı olduğu, DSÖ'nün düzenlediği Sağlık ve Refah için Sağlık Sistemleri başlıklı 'Talinn Bildirgesi'nin ana temasını oluşturmaktadır. Bunun sağlık sektöründe söz sahibi olan çoğu yetkililerimizin üzerinde uzlaştığı bir husus olduğuna kuşku yok. Ancak ülkelerin finans kaynaklarını yönlendiren otoriteler ile sağlık harcamala-

rında kısıntı yapılmasını öneren IMF gibi kuruluşların bu gerçeği gördüğü konusunda aynı derecede iyimser olamıyoruz. Hatta farkında olmaları da çoğu zaman yeterli olmuyor. Zira onların misyonları gereği, kısa vadedeki öncelikli hedefinde, daralan bütçe içine sığabilmek yer alıyor ve bu kaçınılmaz bir şekilde kısır döngüye giriyoruz.

Yukarıda bir kısmına değindiğimiz çok yönlü baskılar, sağlık sisteminde kaynak daralması ve satın alma gücünün azalması ve daha da önemlisi riskin halkın üzerine yıkılması ihtimali, sağlık politika yapıcılarını zor duruma sokmaktadır. Sağlığa etkili bütün sektörleri harekete geçirerek işin gereğinin yapılabilmesi, ekonomik krizi toplum sağlığı açısından bir fırsata da dönüştürebilir.

Tayland bunun güzel bir örneğini göstermiştir. 1997-1998'de ekonomik krizle birlikte doktorların kamu hizmetlerinden özel sektöre geçişi durmuş ve hatta geçiş geriye yönelmiştir. Bu da, birçok reformun hayata geçirilmesine fırsat vermiştir. Aynı şekilde, devlasyondan kaynaklanan hızlı fiyat artışları, jenerik ilaçları teşvik eden politikaların geliştirilmesine neden oldu. Daha fazla verimlilik ihtiyacının kaçınılmaz olması, görev tanımlarını değiştirerek, farklı programların birbirini tamamlar hale getirilmesi gibi yeni çalışma tarzlarını ortaya çıkarmış ve iletişim teknolojileri daha akılcı kullanılmaya başlanmıştır.

Görüldüğü gibi başka zaman politik olarak kabul edilebilir ya da daha doğru bir deyişle, tolere edilebilir olmayan reformların hayata geçirilmesi için krizlerin her zaman birer fırsat olduğunu unutmamalıyız. Bu yüzden bütün olumsuz ihtimallere karşın, içinde bulunduğumuz durumun olumlu bir fırsat potansiyeli taşıdığı da hatırlatmak istiyorum.

Kaynaklar

Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO European Region, Discussion Paper, Oslo, Norway, 1-2 April 2009.

Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO European Region, Overview of the situation in the WHO European Region, Background Paper. Oslo, Norway, 1-2 April 2009.

"Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO European Region Oslo, Norway, 1-2 April 2009" konferans notları.

High-level consultation on the financial and economic crisis and global health, Information note, WHO 16 January 2009.

The financial crisis and global health, Report of high-level consultation. WHO Geneva, Switzerland 19 January, 2009.