

**DERLEME**

# SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIKTA REFORM MU, DÖNÜŞÜM MÜ? SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK SİSTEMİNİN EKONOMİ POLİTİĞİ

Oğuz TOPAK\*

Türkiye'de Sağlık Sisteminde bir dönüşüm yaşanmakta ve bunun ana parametresini de SOSYAL SİGORTALAR VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNU oluşturmaktadır. AKP Hükümeti tarafından IMF ve Dünya Bankasına verilen Niyet Mektupları doğrultusunda Kredi ön şartı olarak değerlendirilen bu kanun Cumhuriyet tarihinin en köklü değişimini gerçekleştirmesi nedeniyle oldukça önemli bir kanun olarak karşımıza çıkmaktadır. Söz konusu kanun, aslında bir bütün olarak bütün Kamu Yönetimi Temel Kanunu ve bu bağlamda yapılan yapısal ve kurumsal düzenlemelerin bir parçası olarak ele alınmalıdır. Çünkü bu yasa bir anlamda genel bir değişim ve dönüşüm sürecinin bir parçasıdır. Özellikle Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ve Primsiz Ödemeler Kanunu ile bir bütün oluşturan ve sosyal sigortalar ve sosyal yardım ve hizmetleri toptan değiştiren bu yaklaşımın temelini özelleştirme, taşeronlaştırma, özel sigortacılık, bireyselleştirme, piyasalaştırma, yerelleştirme yöntemleri gibi neo-liberal politikalar oluşturmaktadır. Bu politikaların işaret ettiği ise devlet biçiminde köklü bir dönüşümdür. Bu dönüşümün ilk etaptaki sonuçlarından en önemlisi ise hiç kuşkusuz güvencesizlik, metalaştırma ve muhafazakarlaşmadır. AKP açısından muhafazakar ve modern devletin refah anlayışının yerine konabilecek bazı ilkel, dinsel ve bireysel mekanizmaları da içermesi ise Türkiye gibi

ülkelerdeki gelişmelerin bu sürecin ve kurumsal değişimlerin bir başka boyutunu oluşturmaktadır.

Bu çerçevede genel dönüşüm süreci ve devlet aygıtının yeniden şekillenışı süreci bilimsel anlamda incelenmeyi gerektiren bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak bu konu bir makalenin çok ötesinde bir kapsam ifade ettiğinden çalışmamızda sadece bu dönüşüm sürecinin ve devletin yeniden yapılanmasının sadece sosyal güvenlik ve sağlık sistemleri ayaklarının gelişimini irdelemeye çalışacağız. Aşağıda kamu sosyal güvenlik ve sağlık sisteminin tasfiyesine yönelik bu stratejinin ana hatlarını tartıştıktan sonra bu stratejinin arka planında yatan ideolojik yaklaşımı ve toplumsal dönüşüm dinamiklerini inceleyeceğiz.

## Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sisteminin Ekonomi Politikası

Güvenlik kavramı toplumların oluşmasından yana varolan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle kişilerin doğal, ekonomik ve sosyal risklere karşı korunmasına ilişkin ihtiyaçlar farklı kurumların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bunlardan bir kısmı doğrudan yaşamsal ve fiziki ihtiyaçlara yönelik kurumsal düzenlemelerden oluşmakta bir kısmı ise ekonomik ve sosyal risklere karşı ortaya çıkan ihtiyaçlara cevap vermek üzere kurgulanmış kurumlardan oluşmaktadır. Özellikle ilkel toplumlarda ağırlıklı olarak bireyleri korumaya yönelik kurum aile olmuştur. Daha sonra kabile, topluluk gibi kurumlar

\*Dr., Harb-İş Sendikası

bu koruma işlevini yerine getirmeye başlamışlardır. Daha sonra giderek başat hale gelen kurum ise din kurumu olmuştur. Dinsel kurumlar aracılığıyla sağlanan bu koruma işlevi kapitalizmin doğuşu ile beraber ağırlığını kaybetmeye başlarken devlet bu işlevi yerine getiren kurum olarak devreye girmiştir. Kapitalist devletin sosyal güvenliğe ilişkin yapılanmasının ardında ise liberal özgürlüklerin, toplumsal refahın ve gönencin korunması gibi ilkeler yatmamaktadır, tam aksine kapitalizmin doğasının yarattığı tahripkar sürecin pazara ve sistemin kendisine yönelik olumsuz etkilerinin bertaraf edilmesi ve bu süreç içinde ortaya çıkan sandık tipi fonların yardımıyla sermaye karşısında örgütlenmeye başlayan işçi sınıfının bağımsız nitelikteki koruyucu kurumsallığını sisteme entegre ederek sistem dışına çıkışa olanak sağlayabilecek bu tür yardımcı aygıtları yok etme amacını taşımaktadır.

Bu nedenle sosyal güvenlik sisteminin kuruluşunu kapitalizmin öncesine götürmek bilimsel açıdan anlamlı değildir. Sistemin doğuşunun arkasında yatan nedenlerden en önemlisi ise kapitalizmin doğasında yatmaktadır. Kapitalizmin ilkel birikim sürecinde emek gücünü satmak zorunda bırakılan (mülksüzleştirilen) kitlelerin birçoğu kentlere ve bu kentlerin çevresine yayılmıştır. Bu mülksüz kitle dönemin ilkel sermayedarlarının belirlediği koşullarda ortaya yeni çıkmış atölyelerde çalışabilmek ve en azından yaşamlarını sürdürebilmek için kendilerinden istenilen her şeyi yapmaya hazır halde sermayedarlara emek gücünü sunmuşlardır. Bu dönemde özellikle geleneksel el zanaatlarında lonca tipi örgütlenmeler giderek çözülmeye başlamış, birçok zanaatkar, giderek makinelere bağımlı hale gelmiş, niteliksizleşmiş ve proleterleşmeye başlamıştır. Özellikle geleneksel sektörler olarak tanımlayabileceğimiz madencilik ve dokuma sektöründe mutlak artı değer sömürsünün çalışma sürelerinin arttırılması yoluyla maksimize edilmesi arayışı, işçi sınıfının bu dönemdeki kuşağını derinden etkilemiş ve gerek iş kazaları nedeniyle gerekse çalışma koşullarından kaynaklanan ölümler ciddi boyutlara ulaşmıştır. Fransa'da yayımlanan Villerme Raporu ile 1842 yılında kraliyet inceleme kurulunun hazırladığı rapor durumu gözler önüne sermekteydi. Yoksulluk Yasalarının (1842, 1849, 1856, 1876 yıllarında çıkarılan Yasalar) asıl çıkış noktasını da sermaye birikiminin doğasının toplumun sürekliliğini kesintiye uğratabilme noktasına gelmesi oluşturmaktaydı. İşsiz kitlenin devasallığı ve rekabetin yarattığı baskı karşısında sermaye emek sömürsünü arttırarak varolmaya çalışmakta idi.

Bir anlamda işçi sınıfının ölümleri üzerinde yükselen bu sınıf, artık dur durak bilmeden 'bırakınız geçsinler, bırakınız yapsınlar' ideolojisini son noktaya kadar taşıyordu. Üretim sürecindeki bu istikrarsız durum üretim ile tüketim arasındaki ilişkiyi tüketici kitlenin satınalma gücündeki düşüş nedeniyle bozmaktaydı. Teknolojinin üretim sürecinde emeğin yerine

kullanılmaya başlaması da hem işçilerin niteliksizleşmesine neden oluyordu, hem de işsiz kitlenin büyüklüğünü de arttırmaktaydı. Pazarın doyma noktasına gelmesiyle birlikte ilk büyük kriz patlak verdi. 1876 krizi. Bu krizle birlikte sermaye, sistemin yarattığı bu krizleri atlatabilmenin yolunu tüketicinin üretileni karşılayabilmesinde yattığını görerek tüketicinin istikrarının sağlanmasının sistemin devamı için bir zorunluluk olduğunu fark etti. İşte bu dönüşümle birlikte pazarın kendi kendini düzenleyeceği ilkesinden vazgeçilerek ekonomik olanın düzenlenmesi gereği ortaya çıktı. Bu düzenlemenin ana noktalarından birisini de hiç kuşkusuz emeğin yeniden üretimine ilişkin kurallar ve kurumların ortaya çıkışı oluşturmaktaydı.

Kapitalizmin sürekliliği için gerekli olan emek unsurunun yeniden üretimi ve sistem dışına kaçışları önleyici baskıcı tedbirlerin yanısıra toplumsal bütünleşmeyi sağlayıcı araçların da devreye sokulması sürecin bir diğer boyutunu oluşturmaktaydı. İşte bu ihtiyacı kapitalist üretim biçimi içerisinde ilk toplumsal koruma mekanizmalarının ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bu düzenleme ihtiyacının bir başka gerekçesini de işçi sınıfının bu sürece dönük tepkileri oluşturmuştur. Özellikle, yerel düzeyde oluşturulmuş sandıklar, dayanışma kurumları ve sendikaların ortaya çıkmasıyla bu tepkiler daha da artmıştır. Sendikaların ortaya çıkışı sınıf mücadelelerinin 1905 ve 1917 yılında geldiği nokta bir anlamda sermaye, mutlak artı değer sömürsünün ve tahripkar ilkel birikimin sonuçlarının sistemin toptan yıkımını önlemek ve birikimin istikrarını sağlamak için işçi sınıfını sistemle bütünleştirmeye yönelik adımlar atmaya başladı. Bunlardan biri de hiç kuşkusuz emeğin yeniden üretimini sağlayıcı mekanizmalardan en önemlilerinden birisi olan sağlık sistemlerinin ve ilkel biçimdeki sosyal sigorta sistemlerinin kurgulanması idi. Özellikle 19. yüzyıl sonları ile 20. yüzyıl başlarında, iş kazaları ve meslek hastalıkları üzerinde yoğunlaşan ve sanayi kesiminde çalışan işçilerin korunmasına dayanan ilk sosyal güvenlik sistemleri ortaya çıkmıştır. Öte yandan, Almanya'da Bismarck tarafından 1883-1889 yılları arasında oluşturulan sosyal sigorta sistemi, sosyal güvenlik alanındaki diğer bir kurumsal düzenleme olarak karşımıza çıkmaktadır. Bismarck'ın Almanya'da güç kazanan sosyalist düşünce akımlarının etkisini yok etmek amacıyla, sosyal politika alanında reform hareketlerine girişmesi; daha açık bir ifadeyle, işçileri sistemle bütünleştirme gayretleri; işçileri koruyan, emeğin yeniden üretimine olanak tanıyan bir sigorta modelinin gelişmesini sağlamıştır. Değişen koşullara bağlı olarak evrim geçiren bu model, zaman içinde pek çok ülkenin de sosyal güvenlik sistemine örnek teşkil etmiştir. Almanya'da uygulanan sistemin genel özelliklerine bakıldığında, özel sigorta tekniği temelinde gelişen sigortanın zorunlu, yapılan katkılar ve sağlanan sosyal karşılıkların ücretle orantılı olduğu görülmektedir. Başlangıçta ücreti belirli bir düzeyin altında olan sanayi işçileri kapsanırken, süreç içinde

diğer ücretliler de kapsama alınmış; hastalık (1883), iş kazası (1884), sakatlık ve yaşlılık (1889) riskleri yönünden korunmuşlardır.

Bu dönemde dünyanın birçok ülkesinde kapitalistleşmenin düzeyine göre bir çok kurumsal düzenlemeye gidildiği görülür. 1929 bunalım dönemi ise bir anlamda bu süreç açısından bir dönüştürme sürecinin başlangıç noktasını oluşturan bir adım olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle yerel düzeyde oluşturulmuş birçok geçici kurum ve yardım mekanizmasının derin ekonomik krizin yarattığı baskıyla beraber merkezi sisteme geçerek kurumsallaştığı bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun en bariz örneklerinden birisini hiç kuşkusuz New Deal programı ve bunun yansımaları oluşturmaktadır.

New Deal süreciyle başlayan ve savaş sonrasında Fordizm olarak tanımlayabileceğimiz dönemde de emeğin yeniden üretimini sağlayıcı birçok kurumsal düzenleme hayata geçirilmiştir. Bir yandan kitlesel olarak sigorta mekanizmaları kurumsallaşiyor, diğer yandan emeğin yeniden üretimine yönelik olarak maddi destek sistemleri hayata geçiriliyordu. Özellikle savaş döneminde sayısal açıdan emek gücünün tahrip olması bir yandan kadın ve çocuk emeğinin kullanımını tekrar gündeme getirirken öte yandan da yaşanan krizlerin tecrübesiyle sermaye gelecek açısından birikimin istikrarını kısa vadeli çıkarlarının zedelenmesi pahasına kabul ediyordu. Aynı zamanda rekabetin de belli ölçülerde sadece verimlilik artışına paralel görece artı değer sömürüsüne dayanması ve mal fiyatlarının kitlesel üretime dayalı olarak benzer eğilimlerle giderek düşmesi de sermayenin karşısına tüketimin devamının sağlanması zorunluluğunu çıkarmaktaydı. Bu nedenle de işçi sınıfının yeniden üretimini sağlayıcı gerek koruyucu gerekse telafi edici düzenlemeler bütün ülkelerde benzer dönemlerde hayata geçirilmeye başlandı. Bu çerçevenin siyasal ve kurumsal düzenlemeleri de süreç içerisinde gelişerek ortaya bugün endüstriyel ilişkiler ve sosyal güvenlik sistemi olarak tanımladığımız kurumsal düzenlemeler hayata geçirildi.

Bu yapının ana hattını emeğin yeniden üretimini sağlayıcı mekanizmaların ve kurumsal düzenlemelerin oluşturulması, üretim sürecinin sektörel ve ulusal düzeylerde yeknesaklaştırılması, çalışma ile sosyal alan arasında kurumsal bağların kurulması ve sosyal ücretin yeniden düzenlenerek istikrarlı bir ücret ilişkisinin kurulması oluşturmuyordu. Bu noktada emeğin yeniden üretimi açısından işçinin gelir istikrarının sağlanmasının yanı sıra sağlık ve uzun vadede sigorta sistemi aracılığıyla toplumsal korunma mekanizmalarının geliştirilmesi en önemli noktayı oluşturmaktaydı. İşçi sınıfının yeniden üretimi için çalışma ediminin varlığı ön koşul olmaktan çıkarılarak orta ve uzun vadede istikrarın sağlanması için potansiyel çalışma kabiliyetinde olanlar, işsizler ve bağımlılar da bu

kapsama alınmaktaydı. Geleceğin işçilerinin yetişmesi ve sağlıklı bir işçi sınıfının varlığı sermaye birikiminin devamı açısından öncelik taşımaya başlamıştı. Bu çerçevede Keynesyen refah devleti modeli sistemin işleyişi açısından önemli bir bileşen olarak karşımıza çıkmaktaydı.

Keynesyen Refah Devleti hiç bir zaman tek tip bir devlet modeli olarak karşımıza çıkmamıştır. Bir çok ülkede refah uygulamaları toplumsal formasyon düzeyinde farklılaşmalar gösterse de sosyal güvenlik sistemleri açısından Bismarck Modeline ve sağlık hizmetleri bağlamında uygulama genel anlamda Beveridge modeline dayanmaktaydı. Bu modelde sağlık sistemi genel vergilerden finanse edilmekte kullanım alanında eşitlikçi ve herkesin yararlanabileceği bir mantığa dayanmaktaydı. Fonlama mekanizması devlete sağlık hizmetlerinde büyük bir kontrol yetkisi vermekte ve sağlık çalışanları da hizmet sunumunu devletle yaptıkları iş akitleri çerçevesinde kayda değer bir özgürlük içerisinde yapmaktaydılar (Klein's, 2000). Her iki tarafta bu ilişkide temel olarak paternalistik bir konumdaydılar: Devlet vatandaşlar adına sağlık örgütlenmesinde karar alıcı olarak; doktorlar da hastaları için en uygun tedaviyi tercih etmede karar alma yetkisiyle. Bu çerçevede hiyerarşik örgütlenmeye dayalı bu sistem rasyonel politikaların hayata geçirilmesini sağlamakta ve Marshall'ın kanun önünde eşitlik ilkesi çerçevesinde de vatandaşların herhangi bir sorumluluk almadan hizmetlerden özgürce yararlanmasını sağlamaktaydı (Marshall, 1981; Glennerster, 1995). Sağlık sistemlerinin bu şekilde giderek başarılı bir şekilde işleyebilmesinin temelinde ise belli bir düzeyde olmak üzere ekonomik büyüme yatmaktaydı (Cairncross, 1992; Aldcroft, 2001).

1970'li yıllarda ortaya çıkan Fordizmin krizi ile birlikte sermaye ortaya çıkan fazla birikim krizinin etkilerini bertaraf etmek için yeni bir sermaye birikim rejimine geçiş için adım atarken bu çerçevede yeni emek rejimleri hayata geçirilmeye başlanıyordu. Bütün bu sürecin ana noktasını ise Fordist dönemin istikrarlı emek sermaye ilişkisi yerine niteliksizleştirilen, ücretleri düşürülen güvencesiz bir işgücü kitlesinin bulunması veya yaratılması oluşturmuyordu.

Yeni sermaye birikim rejiminin ortaya çıkış süreci ise kriz döneminin kendine özgü kaosunu yansıtıyor ve işçi sınıfına yönelik saldırılar farklı biçimler altında hayata geçiriliyordu. Bu yeni birikim rejiminin karşısındaki en büyük engel ise kuşkusuz güçlü ve merkezi sendikalara sahip işçi sınıfı idi. Emek rejimi içerisinde toplu iş sözleşmeleri yoluyla ortaya çıkan düzenlemeler yeni birikim rejiminin gelişmesini engelleyici etmenler ve işgücü maliyetlerini artırıcı unsurlar olarak değerlendirilirken emeğin kolektif kimliği parçalanmanın ve yeniden yapılanmanın önündeki tıkanıklık olarak görülüyordu. Sendikalar ya fabrikaların dışına itiliyor ya da emeğin kontrolünde yan kontrol aracı haline getirilmeye dönük politikalar

hayata geçiriliyordu. Bir yandan kadın ve çocuk emeğinin kullanımı özellikle üçüncü dünya ülkelerinde yaygınlaşırken bunu kısıtlayıcı unsurlar da çağdaş gereksinimler adı altında kaldırılmaya başlandı. Sonuç ücretlerin gerilemesi, niteliksizleşme, atipik istihdam biçimlerinin yaygınlaşması, işsizliğin yaygınlaşması olmuştur.

Bu döngü içerisinde sermaye birikimi için krizden çıkış koşulu olarak işgücü maliyetlerinin düşürülmesinin en büyük parçasını da sosyal ücrete ve emeğin yeniden üretimine dönük politikalar oluşturmaktaydı. Burada da Keynesyen Refah Devleti aracılığıyla ortaya çıkan kurumsal düzenleme bütününün yıkılması ve dönüştürülerek yeni birikim rejimine uygun hale getirilmesi önem kazanmaktadır. Emek gücünün aktif kullanımına dayanmayan emeğin yeniden üretiminde ihtiyaçların karşılanması için oluşturulmuş olan kurumsal düzenlemelerin yerine Workfare (Çalışma-Nimet) sistemi kurgulanarak toplumsal yeniden üretim aktif emek gücünün yeniden üretimine çevrilmeye başlanmıştır. Bu çerçevede Fordist Keynesyen Refah Devleti döneminde oluşturulan kurumlar da dönüştürülmeye başlanmış ve bu amaçla sosyal güvenlik sistemlerinden başlanarak sağlık ve sosyal yardım ve hizmetler de bu dönüşümün temel alanları haline gelmeye başlamıştır.

Keynesyen Refah Devletine sıkı sıkı bağlı olan bu modelin Fordizmden Schumpeterci Çalışma Devletine (SÇD) geçiş sürecindeki konumu da bir dönüşüm sürecine konu olmuştur. Schumpeterci Çalışma Devleti bir yandan esneklik ve arz yönlü politikaları aracılığıyla yapısal veya sistemik rekabetçilik üzerine inşa edilirken diğer yandan Keynesyen tam istihdam politikalarını da reddetmeye yönelik bir eğilim içerisindedir. SÇD işgücü piyasası esnekliğini sağlama adına sosyal hakları geri plana iterken çalışma-nimet (workfare) stratejileri teşvik etmekte ve bu nedenle de sermayenin ihtiyaçları vatandaşların ihtiyaçlarına göre öncelikli konuma çıkarılmaktadır. Aynı zamanda da ulus devlet ve merkezi hiyerarşik yapılar yerine IMF, AB ve Dünya Bankası gibi uluslararası kurumlar aracılığıyla sosyal politikaların oluşturulması yolunda bir eğilim sergilerken bu politikaların uygulanmasında da yerel ve mikro ekonomik yapıları sorumlu kılmaktadır (Jessop, 1999). Aynı zamanda bu rejim devlet ve diğer örgütlenmeler arasında bir ortaklık mekanizması kurarak devletçi ve hiyerarşik politikaların yerine teknolojik yeniliklere dayalı, bilgi yönlü, girişimcilik esasları çerçevesinde esnek bir ekonomi öngörmektedir.

Yeni birikim rejiminin dayandığı esnek ve yaygın emek rejimi esnek ve parçalanmış işgücü piyasalarına ihtiyaç duyduğu için bu süreçte sosyal güvenliğin ve yüksek işgücü maliyetinin en aza indirilmesi gerekmektedir. Ayrıca son dönemde ortaya çıkan bazı teknolojik gelişmelerin hizmet sektöründe yüksek karlılık vaatmesi uzun dönemli hedefler açısından

sosyal hizmetlerin özelleştirilmesini sermaye açısından rasyonel hale getirmektedir. Telekomünikasyonda, tıbbi araçlarda, bilgisayarla eğitimde sağlanan ilerlemeler, sağlık, eğitim, sigorta sistemleri gibi alanlarda da mal üretimindeki gibi üretkenlik ve karlılık artışlarını olanaklı hale getirmektedir. Bunun sonucunda sosyal güvenliğin ve sağlık sisteminin özelleştirilmesi evrensel bir reçete olarak bütün dünyada dayatılmaya çalışılmakta olduğu Dünya Bankası teorisyenleri tarafından dile getirilmektedir.

Sosyal güvenliğin özelleştirilmesine yönelik çok yoğun tartışmalar bulunmasına karşın, bugün dünyada saf halde özel sigorta programları daha çok Amerika kıtasında uygulamaya konmuş durumdadır. Özellikle Latin Amerika ülkelerinde, Şili modelinin de etkisiyle, Brezilya, Costa Rica, Uruguay, Peru gibi ülkelerde özel sigortacılık sistemi getirilmiştir. Sosyal güvenliği özel sigorta ile sağlamanın, uygulama şansının olamayacağı genel kabul görmektedir. Batı Avrupa ülkeleri sosyal güvenlikte kamunun payını daraltma amacı doğrultusunda özel sigortayı devreye sokmaya çalışmaktadır. Ancak bu programlar, kamusal nitelik taşıyan sosyal güvenlik programlarının yerine ikame edilebilir zorunlu programlar olarak görülmemektedir. Sadece sosyal güvenlik sistemini tamamlayıcı, sisteme ek yardımlar sağlayan ve bireyin isteğine bağlı üçüncü bir basamak olarak modele sokulmak istenmektedir. Bunun nedeni ise daha çok pazar hakimiyetine dayalı yapının Şili ve diğer Latin Amerika ülkelerinde yarattığı tahribatin toplumsal patlamalara yol açmasıdır.

Sağlık sistemleri konusunda ise Jessop'un yukarıdaki belirttiği eğilimler ışığında açık gelişmeleri gözlemek mümkündür. Örneğin Schumpeterci öge 1980'li yıllardan itibaren sağlık sistemlerindeki yardımcı hizmetlerin taşeronlaştırılması sürecinde görülmüştür. Bu taşeronlaştırma modelinde zorunlu olmayan hastane hizmetleri taşeronlaştırmaya konu edilirken burada tam zamanlı olarak bu hizmetleri yerine getiren personel daha düşük haklarla geçici veya atipik istihdam biçimleri çerçevesinde çalıştırılmaya başlanarak işgücü maliyetlerini düşürme adına düzenli istihdam biçimleri düzensizleştirilmiştir (Hutton, 1996). Hastaneler giriş katlarında alışveriş noktaları oluşturmaya, kullanım dışı bodrum katlarında kullanımda olmayan fitnes merkezleri açmaya ve personel kantinlerini de fast-food restoranlarına dönüştürerek personelin ve hastaların veya yakınlarının kullanımına açmaya başladılar. Aynı şekilde verimlilik tasarruflarına yönelik olarak hizmet sunumu esnasında birçok noktada ücretlendirme sistemlerine geçilirken personelin yararlandığı birçok hizmet türü de fiyatlandırmaya konu edilerek bir ticari meta biçimine dönüştürülmeye başlandı. Örneğin reçete ücretleri çok yüksek zamlara konu oldu. Hastaların yararlandığı bazı ek hizmetler de hastalara fatura edilmeye başlandı. Personelin kullanımına açık olan hastane otoparkları personele de ücretlendirildi. Göz ve diş servisleri gibi hizmet birimleri zaman içerisinde sağlık sisteminin ve

hastanelerin dışına çıkarılmaya başlandı (Taylor-Gooby, 1998). Kısaca sağlık politikalarında 1980'li yıllardan bugüne kadar uygulamaya konulan birçok Schumpeterci örnek bulabiliriz.

Çalışma-Nimet ögesi çerçevesinde 'üçüncü yol' retoriğinde de görüldüğü gibi sorumluluk olmadan hak olmayacağı ve sosyal yatırım devleti gibi kavramlar geliştirilerek devlet bir risk düzenleyici üst kurum haline dönüştürülmeye başlandı. Vatandaşları adına salt gözetim ve risk değerlendirme kurumu şekline dönüştürülen bir refah anlayışı düzenlenmeye başlandı (Giddens, 1998). Bu bağlamda sağlık sisteminin kendisindeki kamusalılık doğrudan ortadan kalkmazken hizmet kullanımı ve fonlama sistemlerinde bir değişim olmadan sistem içerisinde tedavi ve ilaç alımlarındaki katılım paylarının oluşturulması ve hızla yükselmesi aracılığıyla bir dönüşüm süreci yaşanmaya başlandı.

Dönüşüm sürecinde devlet orta sınıflara yönelik olarak özel sağlık sistemini sınırlı bir şekilde uygulamaya koyarken bu dönem aynı zamanda kamu sağlık politikalarında da vatandaşların kendi sağlıkları konusunda daha fazla sorumluluk almalarına yönelik düzenleme arayışlarına tanıklık etmiştir (Webster, 1998). Hastaların gelir durumlarından bağımsız sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri için katılım payları giderek yükseltilmiş, yaşlıların bakımları konusunda maliyete dayalı sigorta sistemine yönelmiş ve bu alandaki sorumluluk yerel yönetimlere devredilmeye başlanmış ve orta sınıfların sağlık sisteminden faydalanabilmesi için sağlık hizmetlerinin maliyetlerini paylaşması dayatılmıştır (Gibson, 2001). Geleneksel refah sisteminde hastalar tedavi süreci için bazı zaman kısıtlamalarına katlanmak zorunda kalırken çalışmak-külfet yönelimli bir yapıda kamusal sağlık sistemine göre daha hızlı hizmete ulaşmak isteyen hastalar genel pratisyenlerin çalıştıkları tıp merkezleri gibi özel sağlık hizmeti sunan yerlerden hizmet almaya yönlendirilmişlerdir. Bu yeni sistemde doktorların kamuda da hizmet verip vermemesi önemli olmamaktaydı. Hatta bir çok doktor bu şekilde çalış(tırıl)maya başlayarak gelir düşüşlerini önlemeye yönelik adımlar atmıştı. Aynı şekilde kamusal sağlık sisteminde de hastaların tanımlanan sağlık hizmetleri dışında ek tedavi yöntemleri veya farklı hizmetler istemesi halinde bunlar da maliyet konusu yapılarak ya bunlar hastaneler dışında özel sektöre yönlendirilerek sistem işletilmeye çalışılmış ya da istenen ek taleplere yönelik fiyatlandırma ve ücretlendirme politikaları devreye sokulmuştur. Bunlar gibi çalışma-nimet sistemine yönelik bir çok örnek daha sunulabilir (Stolk, 2002).

Keynesyen refah devletinden Schumpeterci Çalışma Devletine geçiş sürecinin bir diğer unsuru da devlete yönelimli yapıdan rejime dayalı bir yapıya geçilmesi sürecidir. Özellikle sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet her zaman kurumsal yapısının

dışında profesyonel bir organa ihtiyaç duyar. Bu da tıbbi personelin durumudur. Geçiş sürecinde tıbbi personel açısından sözleşme sistemlerinin yenilenmesi ve değişik tipte sözleşmelerin öngörülmesinin yanı sıra performans ölçümlerinin devreye sokulması da bu alanda görülen gelişmelerdir. Ayrıca sağlık alanında kayıt sistemlerinin de özel sektörün bu alana girmesiyle birlikte hiyerarşik ve bürokratik bir sistematüğün terk edilerek daha çok özel sektörle ortaklık temelinde bir network (ağ) sistemi oluşturularak düzenlenmeye başladığı görülmektedir. Artık sorumluluk ve kontrole dayalı bürokratik devlet yapısı yerine yönetim kavramıyla ifade edilen ve sektördeki özel sektör temsilcilerinin de eşit konumda hareket ettiği bir ortaklık ve işbirliği mekanizmasının geliştiği görülmektedir (Klein, 2000). Öte yandan ilaç sanayinin de benzer bir ilişki ağı içerisinde yer aldığı görülmektedir. Burada dikkati çeken asıl gelişme artık sağlık sektöründe hizmet sunumunu ve girdileri sağlayıcı pazar ajanları ile devlet arasındaki ilişkinin niteliğinin birisinin bu hizmeti veya girdiyi sunması diğerinin ise harcamaları ve talebi kontrol altında tutmaya çalıştığı bir pazar ilişkisinin ortaya çıkmış olmasıdır. Bu da artık devlete dayalı bir yapı yerine artık bir sağlık rejiminden söz edilebileceği anlamına gelmektedir (Hoggett, 1994).

Fordizmden Schumpeterci Çalışmaya dayalı birikim rejimine geçiş süreci gelişmiş kapitalist ekonomiler açısından önemli ve anlamlı bir analiz olarak değerlendirilmesine rağmen yeterli değildir. Özellikle gelişmekte olan ülkeler ve az gelişmiş ülkeler açısından konu incelendiğinde dönüşüm sürecinin çok farklı dinamikleri ve bileşenleri olduğu görülmektedir. Bu ülkelerde öne çıkan unsurların çokluğu toplumsal formasyonlar düzeyinde farklı unsurlarında devreye sokulması ihtiyacını çıkarmaktadır. Ancak yine de bu tür ülkeler açısından ortak bir gelişme sürecinden bahsedebiliriz. Bu da yapısal uyum programları ve bu çerçevede oluşturulan politikalar. Dünya Bankası'nca dile getirilen politikaların arkasında yeniden yapılanma ya da krizden çıkış için arayışlar yatmaktadır. Bu arayışın sonucunda arz yönlü iktisat politikalarını devreye sokarak ekonomik politikaları önceki altın çağa göre farklılaştıran ve refah devletinin köklerine saldıran yeni uluslararası işbölümüne tepki vermeye çalışan bir ulus devlet ile karşı karşıya bulunmaktayız. Artık sorun bir yandan küresel rekabetle uyumlu bir refah reformu ve işgücü piyasalarının katılıklarının ortadan kaldırılması ve örgütlü emeğin gücünün kırılması diğer yandan da yapısal uyum sürecinde bütçe içerisinde refaha ayrılan payın giderek azaltılmasının yanısıra yapısal uyumun yol açacağı toplumsal eşitsizliklerin süreci etkilememesi ve işgücü piyasalarının ihtiyacını karşılamak için yedek sanayi ordusuyla entegrasyonun sağlanması ve yapısal uyum politikalarının bir sonucu olarak artan yoksulluğun ve artan gelir eşitsizliklerin sürdürülebilir hale getirilmesine dönük projelerin hayata geçirilmesidir. Dünya Bankası öncülüğünde başlayan yapısal uyum

politikalarının olmazsa olmaz koşullarından birisi sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerinin özelleştirilmesidir.

### Dünya Bankası, Yapısal Uyum Programları, Sosyal Güvenlik ve Sağlık

Dünya Bankası'na göre gerek gelişmiş ülkelerde gerekse az gelişmiş ülkelerde ekonomik büyümenin yavaşlamasının nedenlerinden biri olarak Keynesyen Refah devleti'dir. Bir başka deyişle krizin nedeni olarak Keynesyen Refah Devleti'nin yaptığı üretken olmayan, sosyal harcamalar gösterilmektedir. Büyüme için devletin küçültülmesinin yanısıra sosyal güvenlik harcamalarını kesmesi gerektiği savunulmaktadır (World Bank, 1994).

Sağlık hizmetleri konusunda ise Dünya Bankası, iki ana tezde toparlanabilecek görüşler öne sürmektedir. Bu tezlerin ilki, mevcut sağlık hizmetleri sisteminin eleştirisine, ikincisi ise, Banka'nın önerdiği alternatifin övgüsüne dönüktür (World Bank, 1993).

Banka'ya göre, sağlık hizmetlerinin yeterince yerine getirilememesinden dolayı normal dışı ölümlerin artışı, gelişmekte olan ülkelerde nüfus artışı sorunu ve gelişmiş ülkelerde nüfusun yaşlanması sorunu gözlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin yetersizliği ise

sağlık harcamalarının müsrif kullanımı, eşitsizlik (temel sağlık hizmetlerinin yeterince yerine getirilememesi), verimsizlik ve maliyetlerin artmasına (sağlık harcamaları gelirlerden daha hızlı artmaktadır) bağlanmaktadır. Bunun nedeni olarak Banka, teknolojinin hızlı "ilerleyişini" (Buna sermayenin hızla değersizleşmesi süreci de diyebiliriz.), sağlık hizmetlerini üreten işgücü sayısındaki niceliksel artışı ve ücretsiz sağlık sigorta sisteminin genişlemesine paralel olarak maliyeti yüksek olan testler, bakım ve tedavi yöntemlerine olan talebin artışı göstermektedir.

Dünya Bankası'nın gerek gelişmekte olan ülkelerle gerekse sosyalizm-sonrası ülkelerle ikili olarak yaptığı anlaşmaların gereği olarak açtığı sektörel ve nokta hedefli krediler de ideolojik olarak yönlendirilmekte ve kredinin alınabilmesi için Dünya Bankası'nın öngördüğü bazı kriterlerin yerine getirilmesi zorunluluğu yaşanmaktadır. Banka bu durumda kendi ideolojik tercihini o ülkeye dayatarak yapısal bir dönüşüm için ülkeyi yönlendirmektedir (Güler, 1996). Aşağıda bu yönlendirmenin nasıl yapıldığını gösteren bir tablo bulunmaktadır. Bu tabloda kamusal üretim ile özel sektör üretimi bütün yapılar da karşılaştırılmıştır. Burada kamusal hizmet üretimi karşılaştırmada, devamlı olarak daha kötü gösterilmeye çalışılmış ve varolan durumun çözümü

Tablo 1. Reform Sürecini Yönlendiren Güçler

Yönlendiren Güçler	Politik Seçeneklerde ikilemler		
<b>Politik Faktörler</b>			
İdeoloji	Kollektivist	vs.	Bireyci
Politik Süreç	Otokratik	vs.	Çoğulcu
Yönetim	Totaliter	vs.	Demokratik
<b>Ekonomik Faktörler</b>			
Ekonomik Model	Sosyalist	vs.	Kapitalist
	Komuta	vs.	Piyasa
	Devlet	vs.	Laissez-faire
Mülkiyet/Finansman	Kamu	vs.	Özel
Fiyatlar/Ücretler	Önbelirlenimli	vs.	Rekabetçi
Üretim	Arz Yönlendirici	vs.	Talep Yönlü
Emek Piyasası	Sınırlandırılmış	vs.	Hareketli
Teşvik Edici Yapılanmalar	Bürokratik	vs.	Meritokratik
	Normatif	vs.	Performans
Ekonomik Denge	Statik	vs.	Çevrimsel
<b>Kurumsal Faktörler</b>			
Politika/Legal	Beş Yıllık Planlar	vs.	Kısa ve Parçalı
Yapı	Merkeziyetçilik	vs.	Adem-i Merkeziyetçilik
Personel	Basit/Benzer	vs.	Karışık/Farklı
	iyi Derecede Uzmanlaşma	vs.	Geniş Yetenekler

Kaynak: Preker, 1994.

için özel sektörün etkinliği ön plana çıkarılarak özelleştirmeye artalan yaratılmak istenmiştir.

Bu tablodan yola çıkarak Banka'nın reform sürecinde kolektivism vs. bireyci yaklaşımı genelde neo-liberal saldırının kullandığı eski taktiği betimlemektedir. Sosyal sınıfın kendi içerisindeki dayanışmayı kırarak sınıf içi bölünme yaratma hedeflenmektedir. Bunun sağlık alanındaki izdüşümüne baktığımızda neo-Liberal ideoloji, bireyin toplumsal aktör olması nedeniyle kamu tarafından sağlanan sağlık hakkının yerine bireyi atomize ederek bireyciliği özneleştirmektedir. Ekonomik modele baktığımızda ise genel özelleştirme süreci içerisinde devletin küçültülmesi gerekliliğini ve özelleştirmenin alternatifsizliğini vurgulayan söylemler karşılıklıdır. Burada, piyasa ilişkilerinde kamusal üretim süreci bürokratik, statik ve etkin olmayan katı kurallara dayanan bir yapı olarak tanımlanarak sektörün özel mülkiyete geçmesi halinde daha verimli, yozlaşmamış, dinamik bir yapıya kavuşacağı belirtilmektedir. Oysa ki yine aynı araştırmanın bulgularına göre Polonya'daki özelleştirme süreci sonrasında toplam sağlık harcamaları azalmamış aksine hızlı bir yükselişe tanık olunmuştur. Polonya'da özelleştirme sonrasında toplam sağlık harcamaları içerisinde devletin yaptığı harcamalar bir gecede %12'den % 30'a fırlamıştır.

Dünya Bankası'na göre yetersiz sağlık hizmetinin nedenlerinden birisi de işgücü mobilitesi ile verimliliğinin sağlanamaması ve kamu harcamalarıdır. Emek piyasası konusunda kamusal üretimin piyasayı sınırlı bir hale getirdiği belirtilirken özel sektörün hareketli bir emek piyasası içerisinde üretim yaptığı vurgulanmıştır. Yani esnekleştirilmiş bir emek piyasası hedeflenmektedir. Son bölümde yer alan kurumsal faktörler bölümünde personel değerlendirmesi yapılırken kurulan ikilem, hem kuruluş açısından hem de içeriği açısından ideolojiktir. Şöyle ki; uzmanlaşma ve geniş yetenekler karşı karşıya getirilirken kamusal hizmet sunumu açısından uzmanlaşma kriteri aranmamış, bu verili varsayılarak kullanıcıya doğrudan sunulan hizmetin sunucusunun ne derece kara dönük çalışabileceği üzerinden bu ikilemin bir ucu doldurulmuştur. Nitekim Polonya'da 1980'li yıllarda sağlık çalışanları arasında başlayan sendikalaşma süreci sağlık sektöründe özelleştirmeyi savunanlar açısından anti-reformcu bir gelişme olarak nitelendirilmiş ve reformlar için bu tip örgütlenmelerin reform sürecini tıkayacağı üzerinde sıkça durulmuştur (Preker, 1994). Bu örnek mevcut ikilemde neyin nesneleştirildiğini göstermektedir. Dünya Bankası özelleştirme sürecinde ve sonrasında sektörü esnekleştirmeyi de reformun ana noktası olarak görmektedir.

Banka, 1980'li yıllarda Şili'de uygulanan zorunlu özel sigorta reformunu örnek olarak sunmaktadır. Bu model daha sonra bazı değişimlere uğramıştır.

Özellikle, sistemin zorunlu bir unsuru olan özel emeklilik sigortaları tamamlayıcı bir konuma indirgenirken kamusal sigortada yeniden yapılanmaya gidilmiştir. Türkiye gibi ülkelerde uygulamaya konulan modelin kökenleri yine Dünya Bankası'nın örnek ülkesiyle paralellikler taşımaktadır. Bu nedenle "Pinera Modeli" olarak da bilinen Şili deneyimini tartışmakta fayda vardır.

Şili, sosyal güvenlik mekanizmalarını kıtanın diğer ülkelerine nazaran hayli erken bir dönemde uygulamaya koymuştur. 1919 yılında ilk modern sosyal güvenlik sistemine geçen Amerika ülkesidir. Şili'de sosyal güvenlik sistemi 1950'li yıllara geldiğinde çok ciddi bir gelişme göstererek işsizlik sigortası da dahil olmak üzere sosyal risklerin hemen hemen tamamını kapsayan bir sistem haline gelmiştir. Sistem asıl olarak kamusal sosyal güvenlik sistemi olarak tanımlanabilirse de meslek esasına göre kurumlaşma, o kadar yaygınlaşmış idi ki askerlerin rütbe sistemlerine göre 3 ayrı sosyal güvenlik kurumu vardı. Şili'de sosyal güvenlik sisteminin asıl sorunu bu noktadan başlamaktaydı. Kurumlar arası yeknesaklık sağlanmadığından ciddi bir eşitsizlik ortaya çıkmış ve askerler gibi bazı gruplar sistemin yeknesaklaşmasına ciddi şekilde karşı durmuşlardır. Bu sağlıksız ortam 1970 yılına kadar devam etmiştir. Sosyalist Allende Hükümeti'nin işbaşına gelmesinden sonra sistemi yeknesaklaştırmaya dönük bir reform hareketine girilmiştir. Bu hareketin bazı sosyal grupları ve askerleri rahatsız ettiğini söylemek yanlış olmaz, çünkü bu reformun negatif anlamda etkilediği kesimlerin başında askerler gelmekteydi. 1974 yılında Pinochet öncülüğünde gelişen darbe, bu reform hareketini sonlandırmıştır. Nitekim kamuoyunda Şili Modeli olarak bilinen reform hareketi "Pinera"nın tavsiyesiyle Şili diktatörü Pinochet tarafından 1981 yılında Şili'de uygulamaya konuldu. İşverenlerin sigorta primlerine katılımı ortadan kaldırılarak özel sigorta sistemi tamamen çalışanların primleriyle finanse edilmeye başlandı. 1983 yılına kadar ise her iki modelin aynı anda sürdüğü bir geçiş dönemi yaşandı.

Bu açıdan bakıldığında Şili Modeli yada Pinera Modeli sadece sosyal güvenlik sisteminin kamudan öze geçilmesiyle tanımlanamaz. Böyle bir tanımlama tam da neo-liberalizmin yukarıda da değindiğimiz yaklaşımı çerçevesinde tartışmayı doğurur. Toplumsal koruma ve bütünleşme yaklaşımından uzaklaşan, insan faktörünü ve kuşaklar arası ve kuşak içi gelir transferi işlevi unutulmuş ve konu üretim ve bölüşüm ilişkilerinden koparılarak salt bir ekonomik fenomen olarak tartışılır. Konuya bu yönden bakılınca Şili'deki dönüşüm süreci bu konuda bize bir ışık tutmaktadır. 1975 yılında başlayan ve asıl etkisini 1982 yılından itibaren ortaya koyan yapısal uyum programının ana noktasını iç talebin daraltılması ve kamuda özelleştirme ve harcamaların azaltılması (Özellikle üretken olmayan sosyal amaçlı harcamaların kısılması; burada böyle bir tanımlama kullanma gereğine ihtiyaç

duymaktayım, çünkü askeri alana dönük hiçbir harcama kısılmamıştır.) oluşturmaktadır. Bu amaçla sağlık hizmetleri piyasalaştırılırken FONORA sistemi olarak da bilinen bu hizmetleri sunan hastaneler birer işletme haline getirilmiştir. Yapısal uyumun diğer ayağında ise Şili için yaşamsal öneme sahip iki sektörün özelleştirilmesi büyük bir hızla gerçekleştirilmiştir. Özelleştirme süreci blok halinde satışın yanısıra hisse senetlerinin sermaye piyasalarında alınıp satılması şeklinde de hayata geçirilmiştir. Sosyal yardımlar ve diğer gelir adaletsizliğini önlemeye dönük harcamalarda kısıntıya gidilirken Pintera Modeli olarak bilinen sigorta sisteminin özelleştirilmesi de devreye sokulmuştur.

Yapısal uyumun bu ayağıyla birlikte yeni bir kurumsal düzenleme ortaya çıkarılmıştır. Bu yeni kurumsal ayak özel sigorta şirketleridir (AFP'ler). Zorunluluk temelinde kurulan bu yeni AFP'lerin buradaki konumu sermaye piyasalarının gereksinimi olan tasarrufları artırmak ve efektif talebin yükselmesini önlemektir. Biriken fonlar aracılığıyla, hem özelleştirme sürecinde toplumsal muhalefet bu kurumların hisseleri alması yoluyla önlenecek ve böylece kamunun gereksinimi olan uzun vadeli düşük kredi sistemi devreye sokulmuş olacaktı. Aynı zamanda bu şirketler aracılığıyla bir yandan sermaye piyasalarına ek kaynak girişi sağlanarak, tasarruf-yatırım ve istihdam artışı yoluyla ekonomik büyüme sağlanacaktı, öte yandan sermaye birikim sürecinde sermayenin vergi ve prim gibi yollarla ödemek zorunda olduğu sosyal ücret düşürülmüş olacaktı.

Model 1982 yılında uygulamaya başlandığında 12 olan özel şirket sayısı (Bunların büyük bir kısmı Pinochet'in generalleri tarafından, diğer yarısı da yabancı şirketlerce kurulmuştu.) 1993 yılında 22'ye kadar çıkmış ancak 1996 yılına gelindiğinde şirket evlilikleri ya da bazı şirketlerin sektörden çek(tir)ilmesi nedeniyle 13'e gerilemiştir. AFP (Emeklilik Fonları Yönetimi) şirketleri ülkedeki sosyal güvenlik fonlarının yüzde 100'üne sahipler. Bir diğer deyişle devlet sosyal güvenlik alanından tümüyle çekilmiş durumdadır. Profesyonel kurumlarla ve sendikalarla ortak çalışan eski sistemin ortadan kalkmasıyla AFP'ler sendikalarla olan ilişkiyi koparmıştır. Bunun istisnaları silahlı kuvvetler ve polistir, bu grupların sigortaları özelleştirilmemiştir.

Bu yeni sistemde her işçi ücretinin yüzde 10'unu bu özel sigorta şirketlerine öderken bu primler sayıları yaklaşık 19.000'i bulan acenteler tarafından toplanmaktadır. Her işçi kendisine yaklaşık sayısı on üçü bulan ve işçilerin primlerinin yatırım kararlarını alan ve birbirleriyle rekabet eden fon yöneticisi atayabilir. Acenteler yılda dört kez işçileri kendilerine çekmek için birbirleriyle rekabet etmek için büyük çaba harcamaktadırlar.

Özel sigortaların fonlarını nerelerde değerlendirebileceği kuruluş yasalarında belirtilmiş ve

bunlar ağırlıklı olarak devlet tahvil ve bonusu şeklinde fonlarını ağırlıklı olarak Merkez Bankası'na yatırmış durumdadır. Diğer değerlendirme alanları ise banka faizleri ve sermaye piyasalarıdır. 1991 yılında dışarıya giden fonların etkisi ve 1994 Meksika Hades Cehennemi nedeniyle yeni bir uygulama getirilerek fonların uluslararası piyasalarda değerlendirilmesine kısıt getirilmiştir. 1996 yılı itibarıyla bu fonların yüzde 10'luk kısmı yurt dışına çıkmış durumdadır. Bu nedenle reel faiz oranlarını uluslararası faiz oranlarının üzerinde tutarak yabancı para girişini arttırmaya hedefleyen ayarlamalar yapılmaktadır.

1996 yılında sektörde büyük bir değişim süreci başlamıştır. 1990'lı yılların başında sayısı 14'ü bulan AFP'ler 1991 yılında demokratikleşmeye geçişle birlikte Aylwin Hükümeti dönemindeki etkiyle 1993 yılında 22'ye ulaşırken bazıları pazarın rekabetine dayanamayarak kapanmışlardır. Ve bu sayı 1996 yılına gelindiğinde 13'e inmiştir. Bu sayı sistemin başlangıcındaki şirket sayısıdır. Bu yoğunlaşma ya da tekelleşme sürecinde şirket evlilikleri de yaşanmıştır. Örneğin 1995 yılında Provida CAP Holding tarafından kontrol edilen Libertador AFP'yi ele geçirmiştir.

Kısacası sosyal güvenlik sistemlerinin özelleştirilmesi tartışmasında kullanılan yeni reform önerisinin, bir başka deyişle Şili Modelinin, hedefi aslında neo-liberal teze göre iddia edildiğinin aksine toplumsal refahı artırmak değildir. Şili Modeline göre sosyal güvenlik sisteminin özel sektöre devri ile birlikte toplanan fonların sermaye piyasaları aracılığıyla sermayenin yatırım yetersizliklerinin gidereceği ve bunun da istihdamı ve üretimi artırarak toplam talepte ciddi bir yükseliş yaratacağı beklentisi gerçekleşecektir. Bunun sonucunda toplumsal kalkınma sağlanacaktır ve genel refah düzeyi artacaktır. Oysa Şili'de ve modeli uygulayan Meksika gibi ülkelerde de görüldüğü gibi sosyal güvenlik sistemlerinin özel sektöre devri ilk etapta bir rekabet ortamı yaratmadığı gibi kamusal tekelin yerine özel tekelin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Öte yandan ücretin düşürülmesi nedeniyle kapsanan toplumsal kesimin oranında ciddi daralmalar yaşanmıştır ve bu ülkelerde gelir dağılımında ciddi dengesizlikler ortaya çıkmıştır. Örneklerin asıl ilginç sonuçları sosyal güvenlik sistemini oluşturan özel sektör şirketlerinin menşelerinde yatmaktadır. Buna göre bu alanda kurulan şirketlerin birçoğu yabancı sermaye tarafından ortaklık veya vesaire yollarla kurulmuştur. Bu yabancı şirketlerin bir çoğu ya ABD ya da İngiliz şirketleridir. Ve bu şirketler tahditlere ve diğer kısıtlayıcı önlemlere rağmen biriken fonların büyük bir kısmını yurtdışına çıkarmıştır. Daha açık bir şekilde söylemek gerekirse yabancı şirketler dışarıya sermaye transferinde bulunmuşlardır. Nitekim bu tür gelişmeler de neo-liberal tezdeki denklemin kesintiye uğramasına yol açmaktadır. Sermaye piyasalarına kaydırılan bu fonların yurtdışına transfer edilmeleri nedeniyle ulusal sermayenin beklediği yatırım artışı



gerçekleşmemekte ve bunun sonucunda da istihdam artışı ve toplam talep artışı sağlanamamaktadır.

### Türkiye'de Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma Süreci

Türkiye'de de özellikle bu alanda 90'lı yılların başından bu yana yeni bir yeniden yapılanma süreci yaşamaktadır. Kimilerine göre dönüşüm süreci 1980'li yıllardan itibaren başlamıştır, ancak bize göre 1980'li yıllarda yaşanan gelişmeler Türkiye açısından Fordizmin krizini çözmeye yönelik arayışlardır. Asıl dönüşüm süreci 1990'lı yıllardan itibaren başlamıştır (**Topak, 2007**). 1992 ve 1999 yıllarında SSK yasasında yapılan değişikliklerle hastalık sigortasından yararlanma koşulları ağırlaştırılmış, SSK Hastaneleri birer işletme haline getirilmeye başlanmış, ilaç fabrikası kapatılmış ve Sağlık Bakanlığı ile yapılan protokollerle hastanelerin ortak kullanımına geçilmiştir. Emekli nüfusun aylık bağlama oranları ve aylığı hakediş süresi, bir diğer deyişle prim ödeme süresi artırılmıştır. Öte yandan, işsizlik yardımlarının yerine yine sigorta yaklaşımıyla işsizlik sigortası devreye sokulmuştur (4447 Sayılı SSK Yasası). Bu yeni kurumsal yapı sadece sigortalı olan dar bir kesimi kapsama alırken aktif işgücü içerisinde oranı yüzde 12 gibi yüksek bir düzeye erişen işsiz nüfusa dönük bir yardım programı yoktur. Bu süreç içerisinde 2000 yılının Mayıs ayında 5 Yasa Tasarısı'ndan oluşan bir paket Meclise sunulmuş ve Temmuz ayı içerisinde de Kanun Hükmünde Kararname'ye dönüştürülerek Cumhurbaşkanlığı'na gönderilmiştir. Cumhurbaşkanlığı'nın KHK çıkarmaya ilişkin Yetki Yasasını iptal etmesi üzerine Koalisyon Hükümeti döneminde askıya alınan bu düzenlemeler daha sonra AKP Hükümeti tarafından sırasıyla çıkarılmaya başlanmıştır.

1999 yılındaki değişiklikten sonra 2001 yılında Bireysel Emeklilik Fonlarına ilişkin Yasa çıkarılmış, 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nda, SSK Kurum Kanunu'nda değişiklik yapılarak SSK doğrudan Çalışma Bakanlığının ilgili Kurumu haline getirilmiş, öte yandan Türkiye İş Kurumu Kanunu çıkarılmış, Bağ-Kur Kanunu yenilenmiştir. Bugün yürürlüğe giren Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ise bu sürecin son halkasını oluşturmaktadır. Bütün bu değişim ve kurumsal dönüşümlerin hepsi bir bütünsel yaklaşımın parçalarını oluşturmaktadır. Bu da Schumpeterci Çalışma Devletidir. Esnek ve yaygın birikim rejimine uygun yeni bir devlet biçimi şekillenmektedir. Yeni birikim rejimine dönük olarak sermayenin kurumsal dönüşüm taleplerinin yoğunlaştığı alanlardan biri kabul edilebilecek olan sosyal güvenliğin yeniden yapılanması ve sağlık hizmetlerinin piyasaya devri veya ticarileştirilmesi yeni yasa ile uygulamaya geçirilmek üzeredir. Aynı şekilde diğer bir aşama olan işgücü piyasasının esnekleştirilmesi, bazı katılıkların - Kıdem Tazminatı, sosyal haklar vb. - ortadan kaldırılması ve özel sigortacılığın sisteme entegrasyonu bu politikanın nihai hedefi olarak karşımıza çıkmaktadır.

2002 yılında iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) bu süreçte özel bir rol oynamakta ve Türkiye'ye özgü bir durum ortaya çıkarmaktadır. Türkiye ekonomisinin en ağır iktisadi çöküntüsü sonrasında özellikle kent ve kırlardaki emekçi ve yoksul köylü kesimlerden aldığı siyasi destekle iktidara gelen AKP, iç ve dış egemen kesimlerin iktisadi ve siyasi ajandasını neredeyse harfiyen izlemiş ve yeni birikim rejimine uygun bir devlet biçiminin bütün kurumlarını hayata geçirmede önemli adımlar atmıştır.

AKP ile önceki dönemin ekonomik ve sosyal politikaları terk edilmeye ve pazar egemenliğine dayalı bir iktisadi ve sosyal düzen oluşturulmaya başlanmıştır. Örneğin pazarı düzenlemeye ve birikimin istikrarını sağlamaya dönük iktisadi müdahale biçimleri terk edilmekte, yine kredi ve yatırımlar yeni birikim rejimi için önemli olan anahtar sektörlerle ve uluslararası sermayenin yoğunlaştığı alanlara yönlendirilmektedir. Ayrıca, devletin istihdam aracılığıyla oynadığı birikim-tüketim dengesine dönük düzenleyici ve bütünleştirici rolünden vazgeçilmekte ve kamu istihdamı giderek daraltılmaktadır. Gerek "Kamu Personel Rejimi"ne ilişkin düzenlemelerin, gerekse "Kamu Yönetimi Temel Kanunu" ve "Norm-Kadro" uygulamalarının önemli bir ayağını oluşturan yönetim yoluyla hizmetler metalaştırılmakta, devlet şirketleştirilmektedir. Yine Fordizme özgü sosyal ücret kurumları ortadan kalkarken, refah devletinin kolektif koruma ve toplumsal bütünleştirme işlevi zayıflamakta ve işgücü piyasalarını düzenleyen kurumlar yeniden biçimlenmektedir.

Tam bu noktada genel neo-liberal yeniden yapılanma sürecinde Türkiye'ye özgün bir süreç ortaya çıkmıştır. Türkiye'de geçerli bir neo-liberal hegemonik projenin önkoşulu, dışlanan kesimleri içermeye dönük yeni eklemleyici strateji ve araçların geliştirilmesidir. Nitekim günümüzde kimlik siyasetiyle de uyumlu olan cemaatçiliğin ön plana çıkarılması yoluyla bağımlı sınıflar yeni projeye eklenilmeye çalışılmaktadır. AKP'nin refah devletinin tasfiyesi nedeniyle bu konuda ortaya çıkan boşlukları muhafazakarlık ve dinsel kurumlar aracılığıyla doldurmaya çalışması da, bu yönde bir girişimdir. Refah devletinin toplumsal koruma işlevinin çözülmesiyle ortaya çıkan boşluk, AKP tarafından feodalizme özgü dinsel refah anlayışı ile Schumpeterci Çalışma Devletinin kurumları birbirlerine eklenilerek doldurulmaya çalışılmaktadır. Özellikle sosyal politikalara hakim olan bu yönelimin Türkiye'de tarikat ve cemaat usulü dayanışma ağlarını daha da artıracığını söyleyebiliriz. Çünkü esnek ve atipik bir işgücü piyasasında güvencesiz ve düzensiz iş koşullarında çalışan işçi, karşı karşıya bulunduğu toplumsal ve ekonomik risklere karşı savunmasız bir durumdadır. Toplumsal korunmanın en temel ayağı olan devletin koruyucu ve bütünleştirici düzenlemelerinden de mahrum kalınca, kaçınılmaz olarak devlet dışı refah kurumlarına yönelecektir. Bu kurumların başında aile gelir. Ne var ki tarımdaki ve

işgücü piyasalarındaki yeniden yapılandırma ile uluslararası piyasalara eklenmeden ötürü artan yoksullaşma, hem ailenin dayanışma işlevini etkisiz kılmakta, hem de bizzat ailenin kendisinin parçalanması nedeniyle onu işgöremez hale getirmektedir. İkinci sosyal dayanışma ağı olan yerel yönetimler ise, devletin yeniden yapılanmasına bağlı olarak pazara bağımlı hale gelmekte, ayrıca mali kısıtlar nedeniyle de bu işlevi görmekten uzaklaşmaktadır. Sonuçta güvencesiz ve korumasız koşullarda yaşayan insanlar için tek alternatif, kendisine dayanışma ve koruma sunan dinsel kurum olacaktır. Türkiye'de bu dinsel dayanışma biçiminin en etkin formunu tarikatlar oluşturmaktadır. Bu arada bu yönelimden en çok yararlananların bu temelde örgütlenen siyasal partiler olacağı kesindir.

### SONUÇ

Türkiye gibi ülkelerde sosyal güvenlik sistemleri ve sağlık hizmetlerindeki taşeronlaşma ve özelleştirme gibi gelişmeleri salt kendi bağlamında değerlendirmek madalyonun sadece bir boyutunu gösterir. Oysa bu alanlarda yaşanan gelişmeler gerçekten de günümüzde yaşanan daha kapsamlı bir dönüşümün bir parçasını oluşturmaktadır. Bu da Keynesyen Refah Devletine dayalı Fordizmden Schumpeterci Çalışma Devletine dayalı esnek ve yaygın birikim rejimine geçiş sürecidir. Bu nedenle konuya sadece sosyal güvenlik ve sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması olarak bakmamak gerekmektedir. Yukarıdaki düzenleme girişimlerinde de görüldüğü gibi yeni birikim rejimi için neo-liberal temelde hazırlanan bir düzenleme biçimiyle karşı karşıya bulunmaktayız. Bu yeni politikanın ana noktasını ise esnekleştirme ve buna uygun kurumlar oluşturmaktadır. Dolayısıyla refah devleti artık miyadını doldurmuştur. Yeni bir devlet modeli ve düzenleme biçimi gerekmektedir. Bu ise henüz tam biçimlenmemiştir. Ancak kesin olan refah devletinin kurumlarının ve Fordizmin kurumlarının birer birer gözden düşmesidir. Süreci diğer dinamiklerini de ele alarak incelediğimizde karşımıza bütünsel olarak devletin yeniden yapılandırılması çıkmaktadır. Bu yeniden yapılandırmanın önemli bir ayağını işgücü piyasalarına yönelik düzenlemeler ile özelleştirme oluştururken diğer bir ayağını da sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerinin piyasalaştırılması ve özelleştirilmesi oluşturmaktadır.

Türkiye'de de Dünya Bankası tarafından dikte edilen yapısal uyum programı doğrultusunda AKP'nin hazırladığı bu yasalar, bir yandan mevcut hakları oldukça geriletmekte ve sosyal güvenceleri tahrip ederek toplumsal yapının çözümüne neden olacak yapısal bir dönüşümü hızlandırmaktadır. Diğer yandan özel sektörün bu alana yönelik olarak teşviki ve bunun kurumsal yapısının oluşturulması ise bu alanın da artık pazara terk edildiğini göstermektedir. İşçi sınıfının ve diğer toplumsal kesimlerin kaderlerinin piyasaya terk edilmesi refah devleti olgusunun da yok edildiğini

göstermektedir. Bu sürecin sonunu beklemeye gerek yoktur. Şili'de yaşananlar bu sürecin sonunu göstermektedir. Bu nedenle Türkiye'deki emeğiyle yaşayan herkesin üzerine düşen toplumsal sorumluluğunu yerine getirmesi ve bu sürece karşı bir mücadele süreci başlatması tarihsel bir sorumluluk olarak karşımıza çıkmaktadır.

### KAYNAKLAR

- Aldcroft, D.** (2001) *The European Economy 1914-2000*, London, Routledge.
- Cairncross, A.** (1992) *The British Economy Since 1945: Economic Policy and Performance*, Oxford, Blackwell Press.
- Gibson, D., Means, R.** (2001) *Policy convergence: restructuring long-term care in Australia and the UK. Policy and Politics*, 29(1), s. 43-58.
- Giddens, A.** (1998) *The Third Way*, Cambridge, Polity Press.
- Glennister, H.** (1995) *British Social Policy Since 1945* (Oxford, Blackwell).
- Güler, B. A.**, (1996) *Yeni Sağlık ve Devletin Değişimi*, TODAİE, Ankara, 1996
- Hoggett, P.** (1994) *The politics of modernisation of the UK welfare state*. In: Burrows, R. & Loader, B. (eds.) *Towards a post-Fordist Welfare State?*, London, Routledge, s. 38-58.
- Hutton, W.** (1996) *The State We're In*, London, Vintage Books.
- Jessop, B.** (1999) *The changing governance of welfare: recent trends in its primary functions, scale, and modes of coordination*. *Social Policy and Administration*, 33(4), s. 348-359.
- Klein, R.** (2000) *The New Politics of the NHS*, Harlow, Prentice Hall.
- Marshall, T.** (1981) *The Right to Welfare and Other Essays*, London, Heinemann Press.
- Preker A. S., Feachem G. A.** (1994) *Market Mechanisms and The Health Sector in Central and Eastern Europe*, Technical Paper, Newyork, Oxford University.
- Stolk, E., Bouwer, W., Busschback, J.** (2002) *Rationalising rationing: economic and other considerations in the debate about funding of Viagra*. *Health Policy*, 59, s. 53-63.
- Taylor-Gooby, P., Sylvester, S., Calnan, M., Manley, G.** (1998) *Knights, knaves and gnashers: professional values and private dentistry*. *Journal of Social Policy*, 29(3), s. 375-395.
- Topak, O.** (2007) *2000'li Yıllarda Türkiye'de Refah Devleti*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Webster, C.** (1998) *The National Health Service: A Political History*, Oxford, Oxford University Press.
- World Bank** (1993) *World Development Report 1993: Investing in Health*, New York: Oxford University Press.
- World Bank** (1994) *World Development Report 1994: Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*, New York: Oxford University Press.