

**DOSYA/DERLEME****ARZ VE TALEP DENGESİ(ZLİĞİ)NDE SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ DÖNÜŞÜMÜN EKONOMİ POLİTİĞİ***İsmail ŞİRİNER\****Giriş**

Sağlık hizmetlerinin kamusal bir hak oluşu ikinci paylaşım savaşının ardından insan hakları bildirgesi ile resmen ilan edilmişti. Bu ilan sağlık hizmetlerinin piyasaya bırakılmayacağı ve kamunun sağlaması gereken bir hak olduğunu güvence altına almaktaydı. Türkiye bunun altına imza atmakla kalmamış 1961 Anayasası ile de devleti insan sağlığının koruyucusu olmakla yükümlü kılmış ve sağlık hizmetini tek yanlı olarak sunması devletin yükümlülüğüne dönüştürülmüştür.

Kapitalizmin "Yeni Dünya Düzeni" çerçevesinde, 1970'lerle başlayan ama 1980 sonrası artan propaganda ve hegemonyası altında, neoliberal politikalar sağlık hizmetlerini piyasalaştırmaya başladı. Sağlık hizmetlerinin özellikleri, sıradan bir mal ve hizmetin arz ve talep dengesinde piyasa şartları altında çözümlenmesi gibi, göz ardı edilerek başlatılan bu girişim sermayenin artan krizine çözümün önemli bir parçası olarak ortaya kondu. Genel anlamda hizmetler sektörünün, özeldede sağlık hizmetlerinin, özellikle gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde ekonominin liberalleştirilmesi sürecinde yeniden yapılandırılarak uluslararası sermayenin giriş çıkışlarına (piyasalaştırmasına) uygun hale getirilmesi, hızlı bir şekilde, 1980 sonrası uygulamaya kondu (Loeppky, 2004). GATS (Hizmet Ticareti Genel Anlaşması) anlaşması bu dönüşümü küresel çerçevede gerçekleştirmek ve güvence altına almak üzere devreye sokuldu. Sağlık hizmetlerinde yaşanan bu dönüşüm ile gelinen nokta, sadece Türkiye için değil, çevre ülkeler için sağlığın piyasalaştırıldığı-"ekonomik"leştirildiği bir süreç olmuştur. Yani sunulan

sağlık hizmetlerinden, talep edilen sağlık hizmetlerine doğru bir dönüşüm yaşanmıştır. Serbest piyasa koşullarında bir mal veya hizmetin talebinden bahsedebilmenin yolu da isteklerin satın alma gücü ile desteklenmiş olmasıdır. Diğer bir deyişle, gereksinim duyulduğu kadar değil, satın alma gücü ölçüsünde talep edilebilen bir sağlık hizmeti anlayışı getirilmiştir. Bu yaklaşım farklılaşması, genelde her türlü kamu hizmetinden yararlanan bireyi "müşteri odaklı vatandaş"a, özeldede sağlık hizmetinden yararlanan hastayı ise "müşteri"ye dönüştürmektedir.

Bu çalışmada neoliberal ekonomi politikalarının, sağlık hizmetlerinde ve sağlık hizmetini alanlar (hastalar) açısından yarattığı temel dönüşüm nedenleri ve sonuçları ile birlikte ele alınmaktadır. Refah devletinden GATS'a, GATS'dan TRIPS (Ticarette Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları Anlaşması) ve GSS'a (Genel Sağlık Sigortası) kadar uzanan süreçte sağlık hizmetinin yaşadığı değişim-dönüşüm ele alınmaktadır. Bu bağlamda, önce sağlık hizmetlerinin metalaştırılması-piyasalaştırılması, ardından hastanın müşterileşme süreci ve son olarak da uluslararası anlaşmaların bu dönüşümdeki payına yer verilmektedir.

**Sağlığın Kamusal Arzından Piyasa Koşullarında Talep Edilen Sağlık Hizmetlerine: Sağlığın Metalaştırılma ve Piyasalaştırılma Süreci**

Üretici güçlerin belli bir gelişme sürecine denk düşen üretim ilişkileri, şüphesiz sağlık hizmetlerinin de bir bütün olarak örgütlenmesinde belirleyici olmaktadır. "Üretim ilişkileri toplum sağlığını doğrudan belirleyebilirken aynı zamanda bir üst yapı kurumu olarak sağlık hizmetlerinin nasıl örgütleneceğini, nasıl bir işbölümüne denk geleceğini ve nasıl finanse edileceğini de belirlemektedir (Nalçacı ve Hamzaoğlu, 2003:165)". Kapitalizmin gelişim sürecine (üretim ilişkilerindeki değişime) uygun olarak

\* Yrd. Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat Bölümü

sağlık hizmetlerinin de niteliği ve görünümü değişmektedir. Özellikle üretici güçlerin yaşamış olduğu tıkanma-kriz-yeniden yapılanma sürecinde sağlık hizmetleri de payına düşeni almaktadır. "Emek verimliliğinin arttığı ve el konan artı-değerin ücretlere oranı giderek yüksekliği kapitalizmde, hastalanan işçinin bir an önce üretim bandı başına dönmesi önem kazandı... Süreç içerisinde nitelikli işsizlerin de yedek ordusu nedeniyle, burjuvazinin, sağlık hizmetlerine herkesin ulaşmasına ve yararlanmasına gereksinimi kalmadı. Dolayısıyla, maliyeti azaltıcı girişimler gecikmeden uygulamaya kondu (Nalçacı ve Hamzaoğlu, 2003:166-7)".

Şüphesiz bir sistemin meşruiyeti insan gereksinimlerine verdiği karşılık ile eşdeğerdedir. Kamunun gerek sağlık hizmetleri arzı, gerekse bu hizmetler için ayırdığı payın büyüklüğü, öncelikle kapitalist birikimin özellikleri ile ilişkili olarak toplamda (kamu ve özel) artmaktadır. Sağlık harcamalarının küresel piyasalardaki bu hızlı artışı tek başına OECD ülkelerinde 1998 yılı için 3 trilyon ABD doları olarak hesaplanmıştır. Öte yandan yapılan tahminlere göre 2006 yılı sonunda 4 trilyonu aşması beklenmektedir. Ancak Chanda'ya (2001) göre sağlık hizmetleri ticaretinde küreselleşme ile doğrudan kamu kesimi harcamalarında azalma yaşanırken, özel kesimin katılımı aynen sigortacılık ve telekomünikasyon sektöründe olduğu gibi hızla artmaktadır (Chanda, 2001;1).

Dünya Bankası (DB) doğrudan kamu harcamalarının-hizmetlerin azaltılması ve özel sağlık harcamalarının-hizmetlerinin artırılmasını teşvik etmektedir (Sbarbora, 2000:2). Ayrıca 1997 yılında DB'nin yayınladığı "Değişen Bir Dünyada Devlet" (The State in a Changing World) adlı çalışma minimal devleti; devletin kamu hizmetleri içindeki payını azaltarak kurumsal ve düzenleyici çerçevede "etkili devlet" olarak tanımlamaktadır. DB'nin yanı sıra, onunla birlikte çalışan Uluslar arası Para Fonu (IMF) bile, geçerli bir makro ekonomik perspektifte, kamunun doğrudan sunduğu sağlık harcamalarının azaltılması için IMF'den kredi alıcısı konumundaki ülkelerde önemli roller üstlenmiştir (Sachs, 2001:19). Buna bağlı olarak da dünyadaki doğrudan yabancı yatırımların yaklaşık %60'ı kamunun hizmet sunduğu önceleri kamusal bir üretim olan, mal ve hizmet üretim alanlarında gerçekleşmeye başlamıştır (Sexton, 2001:3).

Sermayenin birikiminde dönem dönem yaşanan tıkanmalar kapitalizmin içsel dinamiğinde yer alan kriz eğiliminden başka bir şey değildir. Sermaye bu tıkanıklığı aşabilmek için ekonomik ve toplumsal yapıların yeniden düzenlenmesini-dönüştürülmesini zorunlu kılar. Bu amaçla devlet eliyle uygulanan ekonomi politikaları tıkanıklığın önünü açmak ve krizi bir an önce hafifletmek üzere işlev üstlenirler. Devlet uyguladığı ekonomi politikalarının işlevi ile sistemin devamını ve meşruiyetini de ortaya koyar. Devlet var olan üretim tarzı olarak kapitalizmi korumak ve devamını sağlamak üzere bazen kapitalizmin temel unsuru olan sermaye sahiplerinin kısa dönemli çıkarları aleyhine kararlar almak durumunda kalır

(Sweezy, 1975: 16-23). Refah devleti uygulamalarının gelişimi de tam da bu açılıma denk düşer. Sosyal koruma sisteminin yoğun olduğu kapitalist bir toplumda, böyle bir koruma sistemi aslında kapitalist üretim ilişkileri açısından bir tehdit olmaktan çok sınıflar arası çelişkileri yumuşatarak sisteme meşruluk kazandırma işlevine sahiptir (Özügür, 2003:76-77).

"Bireyin varlığını sürdürmesi için duyduğu gereksinimlerin tümü sadece piyasa mekanizmasının belirlediği koşullar içinde, kendi bireysel olanaklarıyla giderilemez. Dolayısıyla bireylerin var olma hakları kamusal alandaki faaliyetleri gerektirir. Ancak kapitalizmin sistemik çelişkisi kamusal alandaki faaliyetlerin her zaman bireyin ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde gerçekleşmesini engellemektedir. Diğer bir ifade ile kapitalist ekonominin dayandığı temel düzenleme mekanizması olarak piyasa mekanizması karların maksimize edilmesine dayanır. Buna bağlı olarak piyasa, toplumsal üretimi bireyin var olma hakkını yeteri kadar sağlayacak düzeyde dağıtmaz. Dolayısıyla kapitalist sistemde toplumsal üretimden alınan pay, mülkiyet sahibi olmaya bağlı olarak daha başından itibaren bir eşitsizlik içermektedir. Bu eşitsizliği meşru kılmak yani bireyin var olma hakkını sağlayacak bir gelir bölüşümü ile piyasa mekanizmasının temel mantığını bozmayacak bir ekonomik etkinlik arasındaki çelişkileri gidermek devletin sorumluluğundadır. Diğer bir ifade ile piyasanın ortaya çıkaracağı gelir dağılımını değiştirmek üzere refah hizmetlerinin, kamu harcamalarının ve kamu gelirlerinin kullanılması gerekmektedir (Arın, 1997:82-84)."

Bu bağlamda devlet, sistemin işleyişini ve sermaye birikimini engellemeyecek şekilde ekonomi politikaları ile sosyal hizmetler arz eder. Sağlık hizmetleri de kamunun II. Paylaşım Savaşından itibaren 1980'lere kadar artarak sunduğu kamusal bir hizmet olmuştur. Ancak sistemin 1970'lerle başlayan ama 1980'lerde netleşen ve "yeni dünya düzeni" ve/veya "küreselleşme" diye adlandırılan eski ama yeni yapılanması "daha çok piyasa" ve "piyasalara özgürlük" sloganları altında kamunun arz ettiği ve anayasal bir hak olan sağlık hizmetlerinin de piyasa koşullarına açılmasını zorunlu kılmıştır. Yani sağlık hizmetlerinin metalaşma süreci başlamış ve sağlık kamu tarafından sunulan bir hak olmaktan çıkarak sahip olunan mülkiyet-gelir ölçümünde bir metaya<sup>1</sup> dönüşmüştür.

Metalaştırılma ve piyasalaştırılma sürecinde sağlık hizmetlerinin öncelikle sahip olduğu anlamdan (bütünsellikten) "kurtarılması" gerekmektedir. Bu çerçevede kamunun artık sağlık hizmetinde bulunmasının gereksizliği ve hantallığı, arz edilen sağlık hizmeti kavramından talep edilen sağlık hizmetine, yani arz ve talep ilişkisine piyasa koşullarında terk edilmiş bir ekonomik aktiviteye geçiş sağlanmaktadır. Sağlık kamu tarafından arz edilen bir hizmet ve toplumsal bir hak olma işlevini yitirmesinde sağlık hizmetlerinin, gelire oranla talep edilebilen bir yapıya dönüştürülmesi sağlık hizmetlerinin ve hakkının piyasalaşma sürecindeki en önemli kilometre taşıdır. Bu dönüşüm tek bir hamlede ve

sürekli piyasalaşma-metalaşma şeklinde gerçekleşmekten ziyade kapitalizmin (konjonktürel) gelişim evresine de uygun olarak metalaşan, kamusallaşan, yeniden metalaşan diye tanımlanabilecek bir dalgalanma süreci içinde ortaya çıkmıştır. Bu dalgalanma süreçlerinden önemli bir uğrak da "refah devleti" olgusudur.

““Refah devleti” kavramı, tüm uyruklarının refahını, yani sadece hayatta kalmaktan fazlasını; belirli bir toplumda, belirli bir zamanda, onurlu bir şekilde hayatta kalmayı, sağlamanın devletin yükümlülüğü olduğu düşüncesini ifade eder. Kavram devletin işlettiği ve finanse ettiği kurumlara daha geniş bir kamu refahı düşüncesinin -bireylerin onurlu yaşamlarının kolektif garantisi-gerektirdiği sorumlulukları yüklemiştir. Kamu refahı ortaklaşa sağlanan ve topluluğun her üyesine yayılan kolektif bir sigorta biçimi gibi düşünülebilir; bireysel ödenen primlerin miktarına göre değil de, bireysel ihtiyacın ölçüsüne oranla karşılığı ödenen bir sigorta poliçesi (Bauman, 1999:67).”

Sağlık hizmetleri “refah devleti” kavramı içerisinde bir hak ve kamu tarafından arz edilmekte iken ödeme gücü ve ödeme gücündeki eşitsizlikler dikkate alınmamakta gereksinim önemli olmaktadır. Ancak kapitalizmin yaşadığı krizleri aşabilmesi için yeni kar alanları olarak piyasalaştırma sürecinde, sağlık hizmetlerinin tanımlanmasında eşitsizlikler ön plana çıkmaktadır. Kapitalizmin, genelde sosyal hizmetleri özelde ise sağlık hakkı ve buna ilişkin sağlık hizmetlerini metalaştırma sürecinde bir gerileme gibi duran, ancak kapitalizmin nihai metalaştırma izleğinde sadece geçici bir noktaya denk düşen “refah devleti” kazanımları, 1970’lerde sermayenin içine girdiği krizi aşabilmenin bir yolu olarak tasfiye edilmiştir. Sonucunda da sağlık hizmetleri “serbest piyasa” tarafından arz ve talep bağlamında belirlenen bir yapıya doğru evrilmiştir. Sermaye hem böylece kamu kaynaklarını kendine yönlendirmiş hem de karlı bir alan haline gelen sağlık alanı sermayenin hizmetine sunulmuştur. Ekonominin son 20-30 yılına bakıldığında reel mal üretiminin toplamdaki payının azaldığı görülmektedir. Bunun karşısında hizmet sektörünün toplam üretim içindeki payı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde artmaktadır. Bu artış genelde hizmet sektörünün özelde ise sağlık hizmetlerinin sermaye tarafından yüksek kar payı sunan bakir alanlar olarak ele alınmasına neden olmaktadır.

Kamu tarafından arz edilen sağlık hizmetlerinin metalaştırılması-piyasalaştırılması süreciyle bir hak olarak sağlığın gelir ölçüsünde talep edilen bir hizmet haline gelmesi sağlık hizmetlerindeki bu dönüşüm başka bir takım olguları da ortaya çıkarmaktadır. İktisat teorisinin organ borsasının serbestleştirilmesinin piyasada etkinliği artıracığı yaklaşımı organ ticaretinin hukuken yasaklandığı yerlerde bile, piyasa ilişkilerinin konusu olmasını engelleyememektedir. Ayrıca pek çok özelleştirme örneğinde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin arz edildiği kamuya ait mekanların kendisi dahi getirim mekanizmasına dönüşebilmektedir.

### Kamunun Yeniden Yapılandırılması ve Hastaların Müşterileştirilme Süreci

Küreselleşmeyi kamunun yeniden yapılandırılması ile ilişkilendirirken, küreselleşmeden nelerin etkilendiğini açıklıkla ortaya koymak gerekmektedir. Bu bağlamda küreselleşme ulusal politikaları ve yapıları etkileyen kapitalizmin yaygınlaşmış uluslar üstü bir biçimdir. İlk olarak uluslararası ekonomide sermayenin, malların, hizmetlerin işgücünün ve bunlar üzerinde belirleyici konumdaki çokuluslu şirketlerin, kurumların ve sivil toplum kuruluşlarının (STK) tam hareketliliğinin sağlandığı bir süreçtir. İkinci olarak küresel ekonomik aktörlerin ve yasal anlaşmaların ulus devlet ve onun düzenleme yapma gücü ve mal-hizmet fiyatları üzerindeki etkisi olan küresel ekonomik bir uyum sürecidir. Üçüncüsü, belirli ekonomik politikaları ya da neoliberalizm modellerini savunan ideolojik sürecin bir parçasıdır (Koivusalo, 2006:13). Küreselleşmeye ilişkin tanımlanan bu üç süreç birbirleri ile de çok yakından ilişkilidir ve bu yüzden bahsedilen süreçler ana ekseninde devletin düzenleyici işlevi dışında tüm alanlarda küçültülmesini de beraberinde getirir.

Bu neoliberal yaklaşımlar devleti küçülterek “laissez faire” düzenini yeniden kurmak (desteklemek), hizmetlerin sunulmasında özel sektör katılımını mümkün kılacak yolun açılması ve sağlık dahil olmak üzere her türlü hizmetin maliyetine kullanıcının katılmasını sağlamak için geliştirilmiştir (Gilson v.d., 1995). “Eskiden kamunun sağlamış olduğu hizmetleri bundan böyle parası olan piyasadan satın alacaktır. Bu doğrultudaki çabaların hedefi devleti küçültmek olarak ifade edilmektedir (Somel, 2004:449)”. Yeni dünya düzeni çerçevesinde devletin küçültülmesinin kalıcılaştırılması için Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de 1980’lerle başlayan ancak 1990’ların sonunda büyük bir basınçla gündeme getirilen devletin yeniden yapılandırılması için “Kamu Yönetimi Reformu” temel dayanak noktası olmuştur. Kamunun yeniden yapılandırılmasında DB, IMF gibi çokuluslu kuruluşlar, çokuluslu şirketlerden yana, etkin olmuşlardır.

“Yeni Kamu Yönetimi anlayışı, kamusal faaliyetlerin azaltılmasını, yani devletin küçültülmesini; kamusal hizmetlerin bir bölümünün piyasa ortamında kar amacı güden kuruluşlara gördürülmesini.... kurallardan çok sonuca, etkinliğe ve verimliliğe odaklanılmasını... amaç edinmiştir (Al, 2004:2-3)”. Neoliberal yaklaşımlarla uyumlu olarak, genelde kamu hizmetlerinin özelde ise sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde hizmetten yararlananların gereksinimlerinin temel oluşturacağı “müşteri-vatandaş” odaklı bir yönetim anlayışı ortaya konmaktadır. “Müşteri-vatandaş” yaklaşımı özel sektör ve STK’lerin yeniden yapılanan kamu yönetim anlayışına katılımı ile güçlendirilmektedir. Çünkü özel sektörün katılımı ve ağırlığının artması, rekabeti dolayısıyla da verimliliği arttıracaktır. Özellikle soğuk savaş yıllarının geride kalarak genelde marksizmin özelde devletçi-kollektivist kavrayışların sözde gerilemeleri ve refah devletinin gözden düşüşü ile birlikte egemen hegemonyanın etkisi altında piyasa mekanizması

cazibesini artmıştır. Hatta bu cazibe altında liberal söylemler "her şeyin çözümü piyasadadır" a kadar varmıştır<sup>2</sup>.

Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması içerisinde Sağlıkta Dönüşüm Programı da yer almaktadır. Bu program sağlık hizmetlerinin niteliklerini dikkate almaksızın devletin sunduğu sağlık hizmetlerini köklü bir biçimde yeniden yapılandırmakta ve düzenlemektedir<sup>3</sup>. "Müşteri" temelli vatandaş yaklaşımını desteklemek üzere kamunun hizmet sunduğu her alanda bedelinin bir kısmını veya tamamını ödeyen bireyin, alacağı hizmetler için seçme hakkı elde ettiği ileri sürülmektedir. Bu nedenle de ilgili hizmetin sunumunda daha yüksek etkinlik ve kalite sağlanacağı ileri sürülmesine karşın, sağlıklı diğer hizmetlerden ayıran noktalar göz ardı edilmektedir.

Kullanıcının talep ettiği hizmetin bedelinin bir kısmına ya da tamamına katılma şeklinde bir finansman "tanımlanmış mal ve hizmetler için satın alma gücünün belli gruplara transfer edilmesi" şeklinde tanımlanabilmektedir (Ensor, 2003:1). Buradaki amaç sağlık hizmetini kamusal kar amacı güdülmeyen hizmet statüsünden çıkararak, kullanıcının bedelini ödeyerek yararlanacağı yeni bir düzenlemeye kavuşturduktan sonra, bu hizmete gereksinim duyduğu halde bedelini ödeyemeyecek yoksullar için devletin bunu karşılamasını sağlamaktır. Kamusal bir hizmeti sağlama işlevi, kısmen sivil toplum kuruluşlarına devredilerek, yoksulluğun önlenmesi politikası çerçevesinde bir yardım hizmetine dönüşmektedir. Çünkü kamu hizmetinin sunulduğu biçimine ilişkin karar verme süreçlerinde ilgili hizmetin nitelikleri dikkate alınmamaktadır. Söz konusu hizmetler kar amacı güdülmesine veya kar kapsamı dışında değerlendirilmesine bağlı olarak finansmanı ya vergilerle (bütçe kalemlerinden) ya da kullanıcının bedelinin tamamını veya bir kısmını ödemesi ile sağlanır. İşte bu noktada hizmetin niteliğinden bağımsız olmamak üzere, hizmetin finansman şekli hizmeti kullananın kamu tarafından nasıl değerlendirildiğini ortaya koyar. Kamunun sunmuş olduğu hizmetten bedel ödeyerek yararlanma ilişkisi, "piyasa mekanizması ile üretilen mal ve hizmetlerden yararlanma durumundaki "müşteri"ye çok yakındır (Ataay, 2005)".

"Hasta ile doktor (sağlık hizmeti veren) arasındaki ilişki bir tür kamusal hizmet olmaktan çıkarılıp "müşteri-hasta" - "satıcı-doktor" alışverişine dönüştürüldüğünde hastanın hizmete ulaşmasında olduğu kadar doktorun da hastayı seçme ve yönlendirmesinde yanlış ilkeler öne çıkabilir ve bunun tetiklenmesinde hastanın maddi olanakları temel belirleyici olabilir (Önder, 2006:9)". Sağlık hizmetlerinin genel niteliği piyasa işlemine tabi diğer hizmetlerden oldukça farklıdır. İktisadi bir yaklaşımla, sağlık hizmetlerinin talep esnekliği sıfırdır ve/veya sıfıra yakındır. Bunun anlamı hizmet talebinin fiyat değişimlerinden etkilenmeyecek olmasıdır ki burada "müşteri" talebi gereksinime göre değil geliri ölçüsünde talep edebilir hale gelmektedir. Sağlık hizmetinin hastalık ortaya çıktığı andan itibaren alınması gereken ve ertelenemeyeceği oluşu "müşteri"yi talebin inelastik olduğu bir arz talep dengesizliğinde hizmeti

sunanın belirlediği fiyata ve şartlara razı olmaya zorlar. Yani fiyat ve nitelik arasında bir seçim şansı yoktur.

Diğer yandan asimetrik bilgi sorunu da bir diğer ayrımdır. Bireyin kendi isteği dışında ortaya çıkan hastalığının nedeni ve tedavisine yönelik alınacak sağlık hizmetleri hakkında tek taraflı olarak bilgi sahibi değildir. Bu nedenle bilgiye sahip olanın yönlendirmesi altında olmak durumundadır. Bu da sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması ve hastanın müşterileştirilmesinin en önemli gerekçelerinden verimliliğin ve etkinliğin artırılması, maliyetin azalması gibi rekabetin olumlu sonuçlarının ortaya çıkmasının önündeki en büyük engel olmaktadır.

Bir başka açıdan bakıldığında sağlık hizmetlerinin gelirle doğru orantılı olarak değil de gerektiği kadar verilebilmesi en önemli unsurdur<sup>4</sup>. Oysa "kapitalizmde ihtiyaç nesnelere ve hizmetlerin üretimi kar esasına dayanır. Kaba bir özetle, kar varsa üretim vardır yoksa yoktur. Örneğin sağlık gibi hayati bir gereksinime uygulandığında her türlü felakete zemin hazırlar (Toprak, 2006:6-7)". Hasta olan bireylerin gereksinimleri olan hizmetleri alabilmeleri isteklerinin yeterli satın alma gücü ile desteklenmesi ölçüsünde karşılık bulabilmektedir. Aksi takdirde hastane kapılarından geri dönebilmekte ve/veya kötü ya da yetersiz sağlık hizmeti alabilmektedirler. Bu da Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yeniden tanımladığı "herkes kendi sağlığından sorumludur" yaklaşımına uygun düşmektedir. Aslında sağlık hizmetlerini kamu yerine sunmaya başlayan sermaye için sağlıksız toplumun varlığı, yani "müşteri" sayısının artması ve gereksinimlerinin çoğalması karlılığın sürdürülebilmesi ve artması için gereklidir. Bu nedenle, 2000'li yıllarla birlikte neredeyse tüm çevre ülkelerde, devletin 1980'deki dönüşümle başlayan sağlık hizmeti arzının içinde önemli bir yer tutan koruyucu sağlık hizmetlerinin payının da verimsizlik-maliyet-f finansman kıskacında azaltılması istenmektedir. Bu istemin arka planında ise koruyucu hizmetlerin yetersizliği tedavi edici hizmetlerin -özel sektöre açılan- kullanımını artırmaktır. Ancak karlılığın artırılmasına dayanan üretim ilişkileri ve biçimleri ile insan sağlığı arasında bir anlaşma zemini bulunmamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin niteliği, talebi ve kişinin geliri arasında kurulan bu ilişkilerin ötesinde, "müşteri" olgusu sağlık hizmeti algılamalarında da değişikliğe yol açacak ve başka bir tartışmayı da beraberinde getirecektir<sup>5</sup>. "Sigara içmenin, alkol kullanmanın dengesiz beslenmenin, aşırı beslenmenin, uyuşturucu kullanmanın bireysel bir tercih (Baggot, 2002:2-3)" yani kısaca yaşam tarzının bir tercih olduğu ve artan gönüllü riskler üzerine vurgu ile vergilerle hizmetin finansmanında kökeninden kopartılmış haksız bir tartışmayı da beraberinde getirecektir. Çünkü özellikle asimetrik bilgiye bağlı olarak artması muhtemel hizmet fiyatlarının katılımcının ödediği primlerin yükselmesiyle sonuçlanması durumunda kendi sağlığına dikkat eden rasyonel birey "sağlık hizmetlerini aşırı miktarda kullanan (kullanmak zorunda kalan) azınlık bir müşteri topluluğunun sağlığa zararlı davranışlarının

maliyetini ödemek (Keaney, 2002:340)" istemeyecektir. Bunun sonucunda da sağlık sektöründe özelleştirmelerin yolu açılmakta, katılımcının bedelini ödeyeceği sağlık hizmetleri ön plana çıkartılmaya çalışılmakta ve "hasta" artık "müşteri"ye dönüştürülmektedir.

### Sağlık Hizmetlerinde Neoliberal Politikaların Yeni İzlenesi: GATS ve Özelleştirme

Sağlığın bir hak olmaktan çıkarak metalaşması ve sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılarak "serbest piyasanın" bir unsuru haline getirilmesi, yani sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak ticarileştirilmesi için uygun zemin demografik değişimle desteklenerek tamamlanmıştır. Özellikle gelişmiş ülkelerde tekelleşme ve teknolojinin artan kullanımı, artan üretime rağmen daha az emek kullanımı yüzünden, prim ödemelerindeki azalma ve doğum hızının ölüm hızının altında kalmasıyla birlikte yaşanan nüfusa verilen sağlık hizmetlerinin maliyetini artırmıştır. Sağlık hizmetlerindeki bu pahalılık karlılığa açılan yeni olanaklara kapı aralamıştır. Hem prim hem de vergi finansmanlı sağlık hizmetlerinde maliyet-finansman bağlamında aynı sözde sıkışıklık yaşanmaktadır. Öte yandan bu sıkışıklığın karşısında pek çok ülkede sağlık harcamaları kamu harcamalarının önemli bir kısmını oluşturmaya başlamıştır. Çünkü sağlık hizmetleri ekonominin büyüme hızının üzerinde bir kaynak gereksinimine ve dolayısıyla tüketimine ihtiyaç duymaya başlamıştır. Böylece sağlık harcamalarının kamu harcamaları içinde aldığı pay artarak, eğitimi bile geride bırakmıştır. İştah kabartan bu gelişim, daha önce kamunun ödeme durumunu dikkate almaksızın bireylerin gereksinimi kadar arz ettiği bir hizmet olan sağlığın "yeniden düzenlenmesi" ve bu çerçevede kamunun sağlık hizmetleri arzının hızla azaltılmasıyla, bu alanın özel sektöre devredilmesine yönelik girişimleri başlatmıştır.

Sağlık sistemlerinde yaşanan kaynak sıkıntısının üstesinden gelmek için gösterilen çabalar "serbest piyasa"nın çözücü rolüne dikkat çeken güçlü bir vurgu ile temellendirilmektedir (Borgonovi ve Brovetto, 1994:23-4). Yerelleştirme, özelleştirme, demokratikleştirme ve liberalizasyon olgusu pek çok gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkede ortak sağlık reformu içinde formüle edilmiştir. Özelleştirmenin çapı, kontrol edilebilirliği ve yöntem süreci bu ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte, maliyetin azaltılması, özelleştirme girişimlerine başlanması ve maliyete katılım yukarıda açıklanan olgular çerçevesinde ortak amaçlardır (Hebrang vd., 2003:421-2). "Kamu kurumları "kamu yararı" ilkesine zarar vermeden hizmet işletmesine dönüştürülebilirler (Çukurçayır, 2003:6)" yaklaşımı altında ticarileşmesinin temel nedeni sağlık hizmetlerinin ticaret potansiyelinin son yıllarda artan bir hızla genişlemiş olmasıdır. Daha verimli ve etkili iletişim sistemleri ticaretteki uzaklığa bağlı engelleri azaltmaya yardımcı olmaktadır. Hasta hareketliliğinin artması, artan yaşlı nüfus, teknolojinin gelişmesi, hastalık biçimlerinin değişmesi gibi nedenlere dayalı olarak sağlık sistemlerinde artan maliyetler nedeniyle verimliliğin bir amaç olarak görülmesi sonucu

devletler sağlık hizmetlerinde, özel kesimin rolünün artırılması gerektiği düşüncesini taşımaya başlamışlardır. Sağlık hizmetleri alanında dış yatırımların yapılması özellikle gelişmekte olan ülkeler için daha iyi teknolojinin transferi, yeni istihdam alanları yaratma gibi avantajları da beraberinde getirmektedir. 1970'lerle birlikte DSÖ, DB ve DTÖ (Dünya Ticaret Örgütü) bu alana yaptıkları vurgulamayı artırarak, sağlığın tanımlanmasından sağlık hizmetlerinin finansmanına kadar bir dolu yeni söylemi kamunun gündemine taşımıştır<sup>6</sup>. Vergi yerine prim esaslı finansman ön plana çıkarılmaya başlanmış, devletin doğrudan sağlık hizmeti arz etmedeki payı azaltılarak, özel sektöre üretilen hizmeti satın alan ve dolayısıyla özel kesime yüksek karlılık oranları ile yeni kaynak aktaran bir yeniden yapılanma oluşturulmuştur.

1980'lerde artan ama 1990'larla daha görünür hale gelen, çevre ülkelerde kamu harcamalarının kısılması ve bu çerçevede sağlık harcamalarına devletin yaptığı payların azaltılmasıyla birlikte ağırlıklı olarak katılımcının katkısı ölçüsünde, kamudan ziyade özel sektörün arz ettiği bir sağlık hizmeti uygulaması ortaya çıkmıştır. Bu dönüşümde DTÖ düzenlemesini yaptığı, hizmet sektöründe gümrük vergilerine ilişkin düzenlemelerin ötesine geçerek, kamunun hizmet arz ettiği tüm alanları özellikle de sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler-sigortacılık alanlarını da kapsayacak şekilde 1994 yılında imzalanan GATS'dır. Anlaşmaya taraf olan ülke sayısı DTÖ ve DB'nin de yaygın propagandası ile kısa sürede hızla artarak, 2005 yılı sonu itibarıyla 146'ya ulaşmıştır.

DTÖ eski başkanı Renato Ruggerio'nun GATS'a ilişkin söyledikleri anlaşmanın kapsamına dair yeterince açıklayıcıdır. "GATS ile daha önce ticaret politikası içerisinde tanımlamadığımız alanları bile piyasa ekonomisine açabiliyorsunuz ve yerli hizmet şirketlerine tanıdığınız ayrıcalıkların aynısını ya da daha fazlasını yabancı şirketlere de tanıyoruz. Korkarım şu anda ne hükümetler neyin altına imza attığının, ne de şirketler neler kazandıklarının farkında değiller... (Yılmaz, 2004)". 1994 yılında imzalanan GATS metninde kamunun arz ettiği hizmetlerin özelleştirilmesinden bahsedilmemesine karşın anlaşmanın, içerdiği teknik dilden kaynaklı olarak, belli dönemlerde uluslararası ekonominin ve konjonktürün durumunu da dikkate alarak yeniden düzenlenmesi, böylece de kamunun arz ettiği hizmetlerin tamamının süreç içinde, kamunun hizmet arzı açısından küçültülmesine paralel olarak, kapsama alınması için yeniden görüşülmesine olanak sağlanmıştır<sup>7</sup>.

Sağlık hizmetleri ile ilişkili mal ve hizmetlerin diğer mal ve hizmetler ile aynı kurallar çerçevesinde ticari faaliyete konu olanlar ve olamayacaklar açısından değerlendirilmesi son derece önemlidir. Ancak GATS çerçevesinde yapılan ticari görüşmelerde yeterince dikkate alınmamaktadır. Oysa GATS üzerinden yapılan uluslararası hizmet ticareti görüşmelerinin sağlık hizmetleri üzerine doğrudan etkileri söz konusudur. Diğer taraftan öteki hizmet sektörleri ile ilgili sürdürülen görüşmelerin de sağlık hizmetleri örgütleri ve uygulamaları üzerinde beklenmedik

ölçüde önemli ve kapsamlı etkileri olabilecektir. Sağlık hizmet ticaretinin serbestleştirilmesi ile birlikte; maliyetlerin artışı, ticari aktörlerin belirsizliği, veri ve bilgiye ulaşmanın sınırlanması, yüksek düzeyde sağlığı korumak ve hakkaniyeti sağlamak için önlemler almada hareket alanının daralması gibi istenmeyen etkiler doğurabilmektedir. Eğer sağlık hizmetleri de diğer hizmetler gibi uluslararası hizmet anlaşmalarına konu edilirse, sonraki kararlar ticari kurallar dikkate alınarak, önceliklerin belirlenmesi ve kararların alınması sağlık sektörünün dışına kayacaktır. Uluslararası ticari aktörlerin himayesine geçecektir (Yıldırım ve Yalçın, 2001:14-17).

DTÖ yönetimi üye ülkelerin kamusal hizmetlerini piyasaya açık açmama konularında serbest olduklarını belirtmektedir. Ancak GATS'ın istisnalarla ilgili maddesine bakıldığında anlaşmanın genelinde görülen esnek ifadeler burada da görülmektedir. Bu yüzden ilgili maddeye bakarak sağlık hizmetlerinin istisnalara ilişkin pozisyonunu ortaya koymak kişiden kişiye, kurumdan kuruma, ülkeden ülkeye değişebilecektir. Ancak şu bir gerçek ki GATS'ın amacı sağlık hizmetleri de dahil tüm hizmetleri uluslararası ticarete ve rekabete açmaktır (Labonte, 2004:61). Bu nedenle GATS'ın bu istisnalar kısmına bakarak, "sağlık hizmetleri kamunun sorumluluğundadır" bu nedenle de GATS'a konu olamaz demek anlaşmanın gerçek anlamını yeterince ciddiye almamaktır.

Biraz dikkatli bakıldığında sağlık hizmetlerinin GATS çerçevesindeki pozisyonunu belirlemek için "malların tasnifine ilişkin ayırıma başvurmakta" yarar vardır. Mallar temelde üç gruba ayrılarak incelenmektedir: kamu malı, karma mal ve özel mal. Bu tasnife göre sağlık hizmetlerinin bir kısmının kamu malı (örneğin aşılama, koruyucu sağlık hizmetleri vb), bir kısmının karma mal ve bir kısmının da özel mal (bireysel sağlık hizmetleri, ilaç, diş sağlığı hizmetleri gibi) grubuna girdiği belirtilmektedir. Bu tasniften hareketle kamu malı niteliğindeki sağlık hizmetlerinin GATS'ın genel istisnalarına dahil edilebileceği (tam net olmamakla beraber), ancak karma ve özel mal grubuna dahil olan diğer tüm sağlık hizmetlerinin istisnalara dahil edilemeyeceği ve GATS çerçevesinde uluslararası ticarete ve rekabete konu olabileceğini kesin bir dille söylemek olanaklıdır. Nitekim Türkiye de dahil bir çok ülke GATS çerçevesinde sürdürülen müzakerelerde sağlık hizmetlerini (hastaneler, ilaç sektörü, sigortalar, profesyonellerin ve hastaların serbest dolaşımı gibi) uluslararası ticarete ve rekabete açacaklarını taahhüt etmişlerdir (Yıldırım ve Yalçın, 2001:14-15). AKP hükümeti 2005 yılında yaptığı değişiklikle yabancı merkezli hastanelerin Türkiye'de açılışına ışık yakmış ve bu çerçevede özel sağlık hizmetleri sunumu için özellikle Amerika kökenli ilk girişimler başlamıştır. Bu gelişmelerin ardından 2006'nın başlarında ise hükümet tarafından yabancı doktorların Türkiye'de çalıştırılması tartışması gündeme alınmıştır.

GATS'ın doğrudan öngörmese dahi, sağlık piyasalarının özelleştirilmesi ve uluslararası ticarete konu haline getirmesi sağlık çalışanları aracılığıyla ulusal sağlık

sistemini ciddi şekilde dengesizleştirecek-yetersizleştirecektir. Çünkü GATS ile iki türlü transfer yaşanacaktır (McIntyre v.d., 2004:142). Birincisi ülke içerisinde özelleştirme ile piyasadan daha fazla pay almak isteyen özel sektör yetişmiş ve nitelikli sağlık çalışanlarını daha iyi imkanlarla kendine çekecek böylece kamunun kısmen de olsa verdiği hizmetleri devam ettirmede sıkıntıya düşecektir. Ayrıca kırsal bölgelerde çalışmak üzere yeterli personel temininde güçlük çekilecektir. Son olarak da, GATS ile uluslararası rekabete açılan ulusal sağlık hizmetleri (özel ve kamu) sermayenin yanı sıra çalışanların da hareketliliği (beyin göçü) ile zor duruma düşecektir. Özellikle profesyonel sağlık çalışanları zaten personel gereksinimi duyan düşük ve orta gelir grubundaki ülkelere refahı yüksek ülkelere doğru bir yer değiştirme ortaya çıkacaktır. Bu ülkelerde zaten yetersiz olan sağlık çalışanları sağlık hizmetlerinin, ister özel ister kamu tarafında sunulsun, verilmesinde güçlüklerle karşılaşacak ve sağlık sektörünün eskiye oranla maliyetleri çok daha fazla artacaktır.

GATS'la tüm hizmet alanlarının serbest piyasaya açılmasıyla yapılmak istenen, özelleştirme, mülkiyet dışında hizmet üretimi ile hizmetin sunumu boyutlarında Türkiye'de, özellikle sağlık sektöründe, 15 yılı aşkın süredir gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. AKP hükümetinin yasalaştırmaya çalıştığı GSS kanunu sağlık hizmetlerini GATS'a uygun hale getirmenin son halidir. 1987'de süreç ANAP hükümeti ile başlamış, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun çıkarılması ve devamında Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünün faaliyete geçirilmesi ilk icraatlar olmuştur. DYP-SHP koalisyon hükümeti tarafından sağlıkta piyasa lehine dönüşümlerin önünü açma yönündeki çalışmalara devam edilmiş, Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı, Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarı Taslağı, Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı hazırlanmıştır. 1996 yılında hedeflenen gerçekleştirilmek için FP-DYP koalisyon hükümeti Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu ile Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu tasarı taslaklarını hazırlamıştır. Ardından gelen ANAP-DSP koalisyonu üç taslağı bir araya getirmiş Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu tasarı taslağını oluşturmuştur. 1999 seçimiyle iş başına gelen DSP-MHP-ANAP koalisyonu Sosyal Güvenlik Kanununu çıkartmıştır. Sağlık Sandığı Kurumu Kanunu tasarı taslağını da sürecin bir devamı olarak yayınlamışlardır (TTB, 2003:243). GATS'a uyumda gösterilen bu devamlılık ve ısrar AKP hükümeti ile de devam etmektedir. Sağlık alanında büyük dönüşümün gerçekleştirileceği GSS kanununu çıkarmak da bu hükümete kismet olmuştur.

Son bağlamda GATS diğer sektörlerde olduğu gibi, sağlık sektöründe özelleştirmeyi mülkiyet boyutundan hizmet boyutuna genişletmenin belgesidir. Sağlığın da pek çok mal ve hizmet gibi bir maliyeti olduğu, dolayısıyla bedelinin ödenmesi gerektiği yönündeki yıllardır

sürdürülen kamuoyu oluşturma faaliyetlerinin ardından geldiğinin gözden kaçırılmaması gerekir. Sağlık hizmetlerinin, piyasaya, dolayısıyla metalaştırılmış alana çekilmesinin önündeki ulusal hukuk/mevzuatlardaki engeller kaldırılmaya çalışılmaktadır. Bu anlaşma ile sektörde varolmak isteyen ulusal sermaye gruplarının uluslararası hastane ve sigortacılık şirketleri ile küçük paylı sözde ortaklıkları artmaktadır. Esasında sektör uluslararası pazara açılmak istemektedir. Bugüne kadar kamu kaynakları, özel hastaneler, görüntüleme merkezleri, vb aracılığı ile ulusal sermayeye katkı sağlanırken, bundan sonra bunun büyük kısmına uluslararası tekeller el koymaya başlayacaktır. Bu anlaşma ile sağlık kuruluşları tam anlamıyla ticari işletmeler haline gelecek, bu da maliyeti artıracak, tekelci yapı ve ilişkileri ortaya çıkaracak ve sağlık çalışanları arasında rekabet yaratacaktır (Hamzaoğlu, 2002, aktaran; Özen, 2002:187).

### Sonuç

Emeğin sermaye ile olan mücadelesinde kazandığı en önemli hak olan sağlık hizmetlerinin kamu tarafından ücretsiz arz edilmesi genelde vergi temelli finansman modelinden prim temelli finansman modeline doğru değişmiştir. Bu doğal olarak katkı sağladığı ölçüde bir sağlık hizmetinin yaygınlaşması ile sonuçlanmaktadır. Böylece sağlık hizmetleri, toplumun tamamı için arz edilen bir hizmet olmaktan çıkarak, bireyin gereksinimlerini değil satın alma gücünü dikkate alır hale gelmiştir. Bu dönüşümün ana eksenini ise piyasa olmaktadır. Metalaştırılan sağlık "serbest piyasa" koşullarına tabi kılınarak sağlık hizmetlerinde kamunun arzı yerine özel kesimin arzı, dolayısıyla da geliri ve/veya katkısı ölçüsünde bir sağlık talebi kabul görmeye başlamaktadır.

Neo liberal ekonomi politikalarının genelde hizmetler ama özde sağlık alanında yarattığı bu tahribatın kalıcılaştırılması için DSÖ, DTÖ ve DB'nin 1980'lere denk düşen yaygın propagandası ve isteği/baskısı sonucunda GATS anlaşması pek çok ülke tarafından sağlık hizmetleri üzerindeki etkisinin ne olacağı yani sonuçları bilinmeksizin uygulamaya konulmuştur. Kamu yararı ilkesi ile hizmet üreten sağlık alanının çeşitli düzenlemeler ve "yeniden yapılanma" adı altında yerli ve/veya yabancı sermayeye yüksek kazanç için açılması hem emeğin sınıfsal mücadelesi ile edinilmiş kazanımların hem de insana insan olduğu için verilen değerlerin yitirilmesi ile sonuçlanmaktadır.

İktisadi literatürde mülkiyet biçimi ile verimlilik-etkinlik-maliyet arasında ciddi bir ilişkinin hem Türkiye hem de dünya ölçeğinde saptanamamış olmasına karşın, kamunun sağlık hizmeti arzında verimsiz ve maliyetli olduğu savı sağlıklı serbest piyasa koşullarına uygun hale getirmedeki çabaların temel argümanı olmuştur. Özellikle de maliyetlerdeki artışın özel sektöre devredilerek bu hizmetlerin arzının kamu bütçesi içindeki payın azaltılabileceği ileri sürülmüştür. Oysa, geçen süre içerisinde ileri sürülen görüşlerin tersine, hizmet üretmek yerine hizmeti özel sektörden talep ederek kamunun

kaynaklarının çok daha fazlasının özel kesime aktarıldığı görülmüştür. Ayrıca sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmet ticaretinden farklı özelliklere sahip olmasına karşın sağlığın ticarileştirilmesi ile hakkaniyet ilkesi verimlilik prensibi-sözleşme ilkesi arasında sıkışıp kalmıştır.

Metalaştırma ve bu metanın piyasaya sunulması sonucunda hasta da müşteriye dönüştürülmüştür. Ekonomikleştirici bir bakış açısı ile sadece maliyet-f finansman çerçevesine sıkıştırılan ve bir bütün olarak nereye denk düştüğü ve kamu tarafından karşısız neden sunulması gerektiği göz ardı edilen sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen hasta bir müşteri gibi satın alacağı hizmeti yani tedaviyi geliri ölçüsünde talep edebilmektedir. Hasta, serbest piyasa, asimetric bilgi, esnek olmayan talep yapısı, ertelenemezlik ve alternatifsiz bir hizmet olan sağlık hizmetini piyasadan alabilmek için tekelci bir piyasada maliyetinin çok üzerinde bir bedel ödemeye zorlanan müşteri konumuna evrilmektedir.

GATS ile sağlık alanında öngörülen özelleştirme; mülkiyet dışında, hizmet üretimi ile hizmetin sunumu boyutlarında Türkiye'de özellikle sağlık sektöründe 15 yılı aşkın süredir gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Öte yandan DSÖ, DTÖ ve DB'nin yoğun maliyeti azaltın baskıları metalaştırma-piyasalaştırma işlevinin yanı sıra hukuki çerçevede de çözüm için ele alınmaktadır.

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de devlet, sağlık hizmeti arz etme işini yavaş yavaş gerek özelleştirmelerle gerekse yasal düzenlemelerle birlikte özel sağlık kuruluşlarına devretmeye başlamıştır. Topluma yapılan propaganda da sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseleceği ve daha geniş kesimlerin sağlık hizmetinden faydalanacağı ileri sürülmüş/sürülmektedir. Oysa yabancı ve özel hastanelerin kamu kurumları gibi yoksullara ya da sosyal sigortası olmayan kişilere hizmet vermek gibi bir yükümlülükleri bulunmamaktadır.

Kamu sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinde ciddi anlamda başlayan gerilemeyle birlikte, tedavi edici sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak özel sektöre devredilirken, kamu koruyucu sağlık hizmetlerini yerine getirmekten imtina etmeye çalışılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin gerilemesi tedavi edici sağlık alımlarının artması anlamına gelmektedir. Kamunun sağlık için harcadığı payın artışındaki son dönem dikkate alındığında kamu kendi arz ettiği sağlık hizmetini üretmek yerine, artık özel kesimden daha yüksek maliyetlerle (fiyatlarla) hizmet alımlarını artırmış durumdadır. Hükümetlerin 2001 krizinin ardından yoğunlaşarak artan çabaları bir yana, Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile sağlıktaki dönüşümün son mimarı AKP olmuştur. Sosyal güvenlik sisteminde yeniden yapılanma ya da sosyal güvenlik reformu kapsamında, mevcut sosyal güvenlik kuruluşları tasfiye edilirken "tek çatı" modeli ekseninde "Sosyal Güvenlik Kurumu" ile yeni bir kurumsal yapılanma öngörülmektedir.

Hükümet tarafından ortaya konan ve köklü bir değişikliği yansıtan GSS, sigorta hizmetlerinde olduğu

kadar sağlık hizmetlilerindeki sorunlara da çözüm getirme gerekçesine dayandırılmaktadır. Ancak söz konusu model, sağlık hizmetlerinin insan onuruna yaraşır bir şekilde hakkaniyete uygun yerine getirilmesi yönündeki temel işlevini göz ardı etmektedir. Çünkü GSS ile sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasının önündeki son pürüzlerde temizlenerek "paran kadar sağlık" hizmeti anlayışı son kertede tek model haline getirilecektir.

Bir diğer önemli nokta, önerilen model çerçevesinde halkın sağlık hizmeti alırken yaşadığı sorunların daha da kötüleştiği, uzun süreçte çok daha kötüsü ile baş başa kalacaklarıdır. Çünkü, getirilen model, sosyal devleti yani kamunun sağlık hizmeti üretimini (özellikle de tedavi edici hizmetler açısından) dışlamakta, esas olarak neo liberalizmin devlet anlayışını egemen kılmaktadır. Bu bağlamda sağlığın özelleştirmelere karşı kamulaştırmaların kitlesel olarak talep edilmesi önemli olmaktadır. Sağlık sektöründe, finansman ile hizmet üretiminin bölünmemesi, sağlık hizmetleri finansmanının doğrudan vergilerle oluşturulan genel bütçeden sağlanması ve merkezi planlamanın korunup işlevselleştirilmesi gerekmektedir.

#### DİPNOTLAR

1 Metalaşma, sağlık hizmetlerinin sermaye birikimi ile olan ilişkiler ağında/altında insanların yaşamlarının piyasa ilişkilerinin gereklilikleri tarafından belirlenmesi sürecine karşılık gelen bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinin metalaşması günlük hayatın piyasada alım satım konu olamayacak yanlarının gün geçtikçe artan biçimde, bir ekonomik disipline içkin hale getirilmesi olarak açıklanabilir.

2 Fukuyama'nın (1999) tarihin sonunu ilan etmesine kadar giden ve kapitalizmi kutsayan yaklaşımlar bir yana, Buchanan ve Tullock'un öncülüğünü yaptığı liberal kamu tercihi teorisyenleri ise tam aksine devletin uyguladığı düzenleyici önlemlerin, etkin kaynak dağılımını gerçekleştirilmede başarısız olduğunu iddia etmektedir (Buchanan, 1991). Piyasaya yönelik olumlu yaklaşımlar, birçok ülkede olduğu gibi, özel sektörü kamu sektörü aleyhine güçlendirmektedir (Al, 2004:6).

3 Bu düzenlemenin 3 temel ayağı bulunmaktadır. Reformun temel unsurlarından ilki, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkartılıp genel sağlık politikalarının belirlenmesi, koordinasyon ve en genel anlamıyla "sağlık piyasası"nın denetim ve düzenlemesinden sorumlu bir birim durumuna getirilmesiyle gerçekleştirilmektedir. İkinci önemli ayağını, sosyal güvenlik kurumlarının (Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK) Genel Sağlık Sigortası (GSS) çatısı altında birleştirilip, GSS sisteminin sağlık hizmeti satın alınması temelinde kurumsallaştırılması oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde "kamu finansmanı çerçevesinde", "topluma dönük" hizmet anlayışını ortadan kaldırılarak, "muayenehane temelli", "fiyatlandırmaya dayalı", "kar amaçlı" ve "bireyi temel alan" bir yaklaşımı egemen kılmayı öngörmektedir (Ataay, 2005:5-7).

4 Kamu tarafından arz edilen sağlık hizmetinden piyasa koşullarında, gelire göre talep edilen sağlık hizmetine geçişte, bu hizmetin bazı özellikleri söz konusu dönüşümün neden büyük bir yanlış olduğunu ortaya koymaktadır. "Öte yandan alıcılar açısından bakıldığında sağlık hizmetinin alımı ertelenebilse bile, bu hizmet bir kez zorunlu hale geldiği anda alternatifsizdir. Sağlık hizmeti alanlar açısından bakıldığında, insanların kendi sınıfsal konumları ile aldıkları sağlık hizmetlerinin türü, kalitesi ve mekanı arasında daha doğrudan ve "hızlı" bir ilişkilendirme mümkündür. "Parası olup özel hastanelere gidenler", Emekli Sandığı'ndan yararlananlar, SSK'lılar, Bağ-Kurlular, Yeşil Kartlılar ve herhangi bir sağlık sigortası kapsamında olmayanlar, aldıkları hizmetin kalitesi ve mekanı ile kendi sınıfsal konumları arasındaki ilişkiyi daha rahat kurabilecek durumdadırlar (Çulhaoğlu, 2003:177)".

5 "Müşteri en basit anlamıyla bir mağazadan veya işletmeden mal veya hizmet satın alan kişidir. Hastaların müşteri olarak adlandırılması da doğrudur çünkü hizmeti bizden satın alırlar. Müşteri her şeydir bir işletme için..." Sağlık hizmeti sunanlar da müşteriye uygun promosyonlar da yapılabilmelidir. Mağazalarda görülen "birini alana diğeri bedava" türünden uygulamalara benzer teklifler yapılabilir mi? Mesela "burada hizmet alan herkese diğeri hastalık tedavisi ücretsiz" denirse kişilerin tepkisi ne olacaktır (D'Souza, 2003:182-3)

6 "DSÖ, 1946'da Anayasa'sına koyduğu sağlık tanımı olan "bedensel, ussal ve toplumsal açıdan tam iyilik durumu"nu, 1981'de "kendilerine sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürmeye olanak sağlayan sağlık düzeyi: 2000 yılında herkes için sağlık" olarak yeniden belirler. Bunun anlamı şudur: "Herkes kendi sağlığından sorumludur. Bunun için de üretmek, kazanmak ve ödeme yapmak zorundadır". DB ve DSÖ 1996'da Küresel Hastalık Yükü Çalışması'nı başlatırlar. DSÖ 2002 raporunu "risk yaklaşımı"na ayırır: Sağlıksız yaşam biçimi -sözgelimi sigara içme- bireysel bir risktir ve kişiler bundan kendileri sorumludur. Akciğer kanseri olmama ya da olurlarsa bunu finansal olarak karşılama da tümüyle kendi sorumluluklarındadır (Aksakoğlu ve Sönmez, 2003:198)".

7 GATS çerçevesinde hükümetlerin hizmet sektörünün istedikleri alt alanlarında bir takım istisnalar tanımalarına olanak sağlanmıştır. Ancak bu ayrıcalıkların ve/veya kapsam dışılığın, 10 Yıl İstisnası adı altında tanımlanarak, 10 yıl sonra otomatik olarak ortadan kalkmasına da kapı aralamıştır. "GATS'da geçen "ticarileştirme" gereğini de biraz açmak ve örneklemekte yarar vardır. Burada amaç, bir kamusal hizmetin kamu eliyle verilse bile piyasadaki rekabet koşullarına zarar vermeden icra edilmesini güvence altına almaktır. Başka deyişle, hizmetler kamu eliyle verilse bile kullanıcılara cari piyasa fiyatlarıyla satılacak, piyasada benzer hizmetleri vermek üzere faaliyette bulunan özel şirketlerin istihdam biçimlerini (esnek, kalite normlarına uygun, performans dayalı ücret ve istihdam sağlanan, verimlilik esasına göre çalışan vb) aynen uygulayacak ve örneğin şimdiye kadar olduğu gibi iş güvencesi



sağlamayacaktır. GATS anlaşması yalnız kamu hizmetlerini kapsamakla kalmamakta, kamunun, belli hizmet sağlayıcılarını fakat esas olarak toplum sağlığını ve toplumsal refahı sağlamak amacıyla devletler tarafından getirilmiş düzenlemeleri de tehdit etmektedir. Buna göre, örneğin kimyevi madde üreten firmaların belli sayıda kimya mühendisi ve kimyager istihdam etmesi ya da 50 kişiden fazla işçi çalıştıran işyerlerinde bir hemşire ve işyeri hekimi istihdam edilmesi ve bunun gibi daha pek çok düzenleme bir yandan toplum sağlığını nispeten güvence altına alırken bir yandan da mühendis ve doktorlara iş alanı yaratmaktadır. Oysa aynı düzenlemeler, GATS tarafından "gereğinden fazla kısıtlayıcı ve serbest rekabeti önleyici düzenlemeler" biçiminde yorumlanıp ve yasaklanabilecektir. Zira bir düzenlemenin "gereğinden fazla kısıtlayıcı" olarak kabul edilmesi, bu gereğin nasıl, kimler tarafından belirleneceğine ya da kısıtlayıcı olma fiilinin hangi sosyal sınıfa göre belirleneceğine ilişkin hiç bir kriterin verilmemiş olması dolayısıyla son derece kolaydır. Örneğin iş yeri hekimliği meselesi, o işyerinde çalışan işçiler ve onların sağlığından sorumlu tıp emekçileri için son derece yaşamsal ve gerekli iken, bir maliyet unsuru olması dolayısıyla aynı işyerinin işvereni tarafından kısıtlayıcı olarak görülebilecektir. En azından GATS anlaşma metni böylesi bir yorumu açık tutulmuştur (Yılmaz, 2004)".

#### KAYNAKLAR

- Adlung, R., Carzangia, A.** (2001). "Health Services Under the General Agreement on Trade in Services". *Bulletin of the World Health Organization*. Vol:79 (4), 2001. ss.352-364.
- Aksakoğlu, G., Sönmez, Y.** (2003). "Küreselleştirme ve Toplum Sağlığı". *Toplum ve Hekim*. Cilt:18, Sayı 3, Mayıs Haziran 2003. ss.196-199.
- Al, H.** (2004). "Türk Kamu Yönetiminde Liberal ve Postmodern Esintiler: Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasansı". *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt:37, Sayı:4, Aralık. ss.1-10.
- Arın, T.** (1997). "Anayasal İktisat ve Refah Devleti: TISK ve TÜSİAD'ın Asgari Devlet Raporlarının Eleştirisi" *Ekonomide Durum*. Türk-İş Araştırma Merkezi, Kitap:3-4, Bahar/Yaz. ss.41-106.
- Ataay, F.** (2005). "Kamu Hizmetlerinin Metalaşması ve Sağlıkta Yansımaları". *Toplum ve Hekim*. Cilt:20, Sayı:1, Ocak - Şubat. ss.48-52.
- Baggot, R.** (2003). "Public Health: Political Issues and Policy Dilemmas". *Consumer Policy Review*, Vol:12, No:1, January-February. ss.1-8.
- Bauman, Z.** (1999). *Çalışma, Tüketici ve Yeni Yoksullar*. Sarmal Yayınevi. İstanbul:1999.
- Borgonovi, E., Brovetto, P.R.** (1994). "Management Challenges and Markets". *International Journal of Health Planning and Management*. Vol:9. ss.25-38.
- Chanda, R.** (2001). "Trade in Health Services". *WHO CMF Working Papers*, No. WG4:5. ss.1-117.
- Çukurçayır, M. A.** (2003). "Dünyada Yerel Yönetimlerin Değişen Rolü ve Yeni Kimliği". *Çağdaş Yerel Yönetimler*. Cilt:12, Sayı:3, Temmuz. ss.5-21.
- Çulhaoğlu, M.** (2003). "İdeoloji ve Sağlık: Türkiye Örneğinde Genel Bir Çerçeve". *Toplum ve Hekim*. Cilt:18, Sayı:3, Mayıs-Haziran 2003. ss.175-180.
- D'Souza, E.** (2003). "Our Patients, Our Customers: What Do They Expect From Us?". *Accident and Emergency Nursing*, Vol:11, ss.182-183.

- Ensor, T.** (2003). "Consumer-led Demand Side Financing for Health and Education: An International Review". *The Assessment of Health Care Financing Options for the Poor*. WHO, No: WHO/BAN/DSF03.1, Final Draft. Bangladesh.
- Gilson, L., Russel, S., Buse, K.** (1995). "The political economy of user fees with targeting: developing equitable. health financing policy". *Journal of International Development*. Vol:7, ss.369-402.
- Güzel, A.** (2006). "Sosyal Güvenlikte IMF Modeline Doğru". *Cumhuriyet*. 18 Nisan 2006. s.12.
- Hebrang, A., Henisberg, N., Erdeljić, V., Vidjak, V., Grga, A.** (2003). "Privatization in the Health Care System of Croatia: Effects on General Practitioner Accessibility". *Health, Policy and Planning*. Vol:18, Issue:4, ss.421-428.
- Keaney, M.** (2002). "Unhealthy Accumulation: The Globalization of Health Care Privatization". *Review of Social Economy*, Vol:9, No:3, September. ss.331-357.
- Koivusalo, M.** (2006). "The Impact of Economic Globalisation on Health", *Theoretical Medicine and Bioethics*, Vol:27, ss.13-34.
- Labonte, R.** (2004). "Globalization and the Free Trade Regime: Assessing the Links". *Global Development and Technology*. Vol:3, Issue:1-2, ss.47-72.
- Loepky, R.** (2004). "International Restructuring, Health and the Advanced Industrial State". *New Political Economy*. Vol:9, No:4, December. ss.493-513.
- McIntyre, D. S.T., Cleary, S.** (2004). "Globalization and Health Policy in South Africa". *Perspectives on Global Development and Technology*. Vol:3, Issue:1-2, ss.131-152.
- Nalçacı, E., Hamzaoğlu, O.** (2003). "Üretim İlişkileri ve Sağlık". *Toplum ve Hekim*. Cilt:18, Sayı 3, Mayıs Haziran 2003. ss.164-168.
- Önder, İ.** (2006). "Bence". *Cumhuriyet*. 14 Mart 2006. s.9.
- Özen, M.** (2003). "Hizmet Ticareti Anlaşması'nın (GATS) Sağlık Alanına Etkileri". *Toplum ve Hekim*. Cilt:17, Sayı:3, Mayıs Haziran 2002. ss.182-188.
- Özüğür, Y.** (2003). "Bölüşüm İlişkilerinde Devletin Değişen Rolü". *Evrensel Kültür*. Sayı:142, Ekim 2003. <http://www.evrenselbasim.com/ek/dosya.asp?id=2422> (Erişim Tarihi:01.05.2006)
- Saïhi, J. D.** (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. WHO, Geneva, ss.1-213.
- Sbarbora, J. A.** (2000). "Trade Liberalization in Health Insurance: Opportunities and Challenges: The Potential Impact of. Introducing or Expanding the Availability of Private Health Insurance within Low and Middle Income Countries". *WHO CMF Working Papers*, No. WG4:6. ss.1-14.
- Sexton, S.** (2001). "Trading Health Care Away? GATS, Public Services and Privatisation". *Corner House Briefing Papers*. No:23, July. ss.1-36.
- Somel, C.** (2004). "Dünyada ve Türkiye'de Neoliberal Politikaların Topluma Yansıması". *Toplum ve Hekim*, Cilt:19, Sayı:6. Aralık. ss.448-451.
- Toprak, L.** (2006). "Kapitalizmde Sosyal Güvenlik". *Marksist Tutum*. Sayı:13, Nisan 2006. <http://www.marksisttutum.org/kapitalizmdesosyal.htm> (Erişim Tarihi:05.05.2006)
- TTB Kocaeli Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu.** "Türkiye'de Patronların Sağlık Sektörü Hayali Gerçekleş(ebil)ecek mi?". *Toplum ve Hekim*. Cilt:18, Sayı: 4, Temmuz-Ağustos 2003. ss.242-250.
- World B.** (1997). *The State in a Changing World*. World Development Report. WB.
- Yıldırım, H.H., Yalçın, T.** (2001). "Küreselleşme ve Uluslararası Ticaret: Uluslararası Sağlık Politikasında Değişen Dinamikler". *IV Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu*, 27-28 Eylül 2001. ss.1-23.
- Yılmaz, G.** (2004). "Hizmetlerin Piyasalaştırılması: Olayın Teknik ve Teorik Boyutları". *Hukuk ve Adalet Dergisi*, Sayı:1. <http://www.antimai.org/mkl/gy0704hukad.htm> (Erişim Tarihi:29 Nisan 2006)