

# TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME

Dr. Ata SOYER\*

Türkiye'de 1980-94 döneminin en önemli gündem maddelerinden biri "özelleştirme"dir. Sağlıkta da gündem aynıdır. Yıllardır özelleştirme ile yattık, özelleştirme ile kalktık. Son günlerde özelleştirme kanunu ile birlikte, sağlıkta özelleştirme de yeniden gündemimizde ön sıralara çıkmaya başladı. Aslında sağlık hizmetlerinde özelleştirme, ülkemizde fiilen yaşanmaktadır. Gerçi henüz kamu sağlık kurumlarının mülkiyeti, özel sektöre devredilmemiştir. ama sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektör egemenliğinden, belirgin bir özelleşmeden söz etmek hiç de abartma sayılmaz.

## Cepten Harcamalar ve Kişisel Katkılar Artıyor

Toplam sağlık harcamaları içinde en yüksek pay, kişisel sağlık tüketim harcamalarının. Başka bir deyişle, halkın cebinden çıkan para, sağlığa ayrılan toplam para içinde en önde geliyor. 1992'de toplam sağlık harcamaları içinde kişisel sağlık tüketim harcamaları % 28.2 ile başta gelirken, Sağlık Bakanlığı bütçesinin payı (fonlar dahil) % 26.7, SSK'nın payı % 17.7'di (Yıldırım, 1994).

1980-92 arasında kişisel sağlık harcamalarının payı % 43.6'dan % 51.4'e kadar yükselmiş (1984), 1986'dan itibaren düzenli bir gerileme ile 1992'de % 28.2'ye düşmüştür. Sağlık Bakanlığı bütçesinin toplam içindeki payı % 22.0'den % 13.8'e (1982) kadar gerilemiş, 1989'a kadar 1980'deki düzeyin altında seyretmiş, 1989-92 arasında bir artış göstermiştir. SSK sağlık harcamalarının payı, 1980-86'da % 9.8-11.0 arasında seyretmiş, 1987-92'de düzenli bir artışla % 17.7'ye yükselmiştir. (Yıldırım, 1994)

Bu kalemlerin yanısıra, Bağ-Kur sağlık harcamalarının payı 1987'de % 0.3'den, 1992'de % 1.2'ye; Emekli Sandığı sağlık harcamaları 1980'de % 0.4'den 1992'de % 3.5'a; kamu çalışanlarının sağlık har-

camaları % 1.9'dan % 7.3'e; üniversite hastaneleri harcamaları % 5.2'den % 4.6'ya; diğer kamu sağlık harcamaları %11.1'den % 5'e değişmiştir. (Yıldırım, 1994)

1. Toplum sağlık harcamalarını kabaca kamu özel diye ayırdığımızda, 1981-87 arasında özel sağlık harcamaları ağırlıktayken, 1988-92 döneminde giderek kamu sağlık harcamaları ön plana çıkmıştır.

Devletin sağlık hizmetlerine ayırdığı paranın kaynakları incelendiğinde, kamu kaynakları artışının nereden sağlandığı daha açık görülebilir. Bu kaynaklardan biri ve en önemlisi konsolide bütçeden sağlığa ayrılan paydır. Sağlık Bakanlığı bütçesinin payı, 1980'de % 4.35'den 1980'ler boyunca gerilemiş, hatta % 2.67'ye kadar düşmüş, 1990-93 arasında yeniden yükselmiş, 1994'de % 4.51 olmuştur. Dönemi bir bütün olarak değerlendirdiğimizde, dönemin önemli bir bölümünde Sağlık Bakanlığı bütçesinin düşük seyrettiğini söyleyebiliriz (Maliye ve Gümrük Bakanlığı, 1993).

1988'den itibaren yürürlüğe giren 3418 sayılı kanun ile, Sağlık Bakanlığı'nun da pay aldığı bir fon oluşturulmuştur. Bütçeye 1989-93 arasında % 6-15 arasında bir katkı sağlayan bu fon, ek bir vergilendirme anlamına gelmektedir (Maliye ve Gümrük Bakanlığı, 1993).

2- Sağlık Bakanlığı bütçesi çerçevesinde değerlendirilmesi gereken bir başka kalem, döner sermaye uygulamasıdır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı toplam 634 hastaneden 391'inde var olan döner sermaye uygulaması, kamu sağlık kurumlarından para karşılığı yararlanma uygulamasıdır. Bütçe yetersizliği, vb. gerekçesi ile başlatılan döner sermaye uygulaması, 1988'de kesinleşmiş Sağlık Bakanlığı harcamaları için % 14.2'lik paya ulaşırken, 1991'de % 12.0 oranında kalmıştır (Tokat, 1993). Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumlarında döner sermaye gelir 1988'de 117 milyardan, 1992'de 1.5 trilyona yük-

\* TTB Genel Sekreteri.

selmıştır. Bunun anlamı, döner sermaye geliri payının tedavi hizmetleri genel müdürlüğü bütçesi içinde 1988'de % 46, 1992'de % 33 olmasıdır (Sağlık Bakanlığı (SB) Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1993).

3- SSK'nın sağlık ile ilgili gelirleri incelendiğinde, kamunun sağlık katkısının artışının en önemli bileşeni olarak sunulan SSK'da, devletin katkısının olmadığını anlaşıyor. SSK sağlık kurumlarından yararlanan nüfusun artışı, prim gelirlerinin artışına yolaçmıştır. SSK gelirlerindeki bir diğer artış, sigortalıların ödedikleri ilaç katkı bedelleri ile ilgilidir. Örneğin, 1989'da 31 milyar olan ilaç katkı bedelleri, 1991'de 202 milyara çıkmıştır (Tokat, 1993).

4- Üniversiteler de, kamu sağlık kurumları arasında sayılmıştır. Oysa, üniversite hastanelerinde döner sermaye bütçesi, katma bütçeye kıyasla daha önemli hale gelmiştir. 1991 yılı itibarıyla tüm üniversite hastanelerinde döner sermaye bütçesinin üniversite hastaneleri toplam bütçesine oranı % 47'dir. Ancak bu oran Selçuk Üniversitesi'nde % 79, Çukurova Üniversitesi'nde % 61, Ege Üniversitesi'nde % 56, Erciyes, Ondokuz Mayıs, KTÜ, Akdeniz, Anadolu ve Ankara Üniversitesi'nde % 50'nin üzerindedir (Yıldırım, 1994).

5- Bunların dışında kamu sağlık harcamalarının artışında kamu çalışanlarının ilaç bedellerinin % 20'sini (emeklilerin % 10'unu) ceplerinden ödemeleri; protez, ortez, tıbbi malzeme, gözlük, diş vb. bedellerine belirli oranlardaki katkıları artmıştır. Özetlersek, 1980-92 arasında kamu sağlık harcamalarından oransal bir artış görülmekle birlikte, bu artışın daha çok Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri döner sermaye ve SSK (ve diğer sosyal güvenlik kurumları) prim gelirleri ile sağlık hizmetlerine işçi, memur, emekli, esnaf katkı paylarının artışı ile ilgili olduğunu söyleyebiliriz. Sonuç, halkın daha fazla cepten para ödeyerek, kamu sağlık kurumlarından yararlanmasıdır. Sağlıkta özelleştirmenin bir boyutu budur.

#### **Kamu Fonlarının Özel Sektöre Aktarılması Şeklinde Özelleştirme**

Sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin yaşandığı tüm ülkelerde bu süreç devlet desteği ile olmuştur. Vergilerden oluşan devlet bütçeleri, çeşitli gerekçelerle özel sektöre aktılarak, özelleştirme söz konusu olmuştur. Türkiye'de de benzer bir süreç yaşanmıştır. Bu durum, bir yandan devletin sağlık hizmetlerine parasal ve diğer desteklerini kısması, diğer yandan özel sağlık sektörüne çeşitli destekler vermesi ile birlikte oluşmuştur.

1- 1980 sonrası tercih sonucu, kamu sağlık yatırımları önemli ölçüde kısılmıştır. Burada bir nok-

tayı geçerken vurgulamakta yarar var. 1980 sonrası, daha çok halkın cebinden daha fazla para çıkması ile sağlanan kamu sağlık harcamalarındaki artış, önemli ölçüde personel harcamalarına gitmiştir. 1980'de % 83.7 olan Sağlık Bakanlığı bütçesi içindeki personel harcamaları % 65'e kadar gerilemiş (1987), 1991'de % 84'e ulaşmıştır (Maliye ve Gümrük Bakanlığı, 1993) 1995 bütçesi için önerilen oran, % 80 civarındadır (Baran, 1994).

Sağlık Bakanlığı yatırım harcamaları 1980-90 arasında % 12.3-17.6 arasında seyretmiş, 1990 sonrası gerilemiş ve 1993'te % 7.7 olmuştur. (Maliye ve Gümrük Bakanlığı, 1993). Üniversitelerde çoğu hastanenin yeni yapılanması nedeniyle yatırım harcamaları payı daha yüksektir. 1980'de % 23.5 olan ve 1988'de 15.8'e kadar gerileyen bu pay, 1992'de % 45.5'e çıkmıştır. (Yıldırım, 1994). Bu kurumlar arasında en yoksulu, SSK'dır. 1980'de sadece % 0.7 olan SSK sağlık yatırım harcamalarının SSK harcamaları içindeki payı, 1992'ye kadar en fazla % 7.7'ye ulaşmış (1986), 1992'de % 4.5 olmuştur. (Yıldırım, 1994). Özetle 1980'de 800 milyon TL olan kamu sağlık yatırım harcaması, 1992'de 1.3 trilyona ulaşmıştır. Oran olarak bakıldığında 1980'de % 90.3 olan kamu sağlık yatırım harcamaları, 1992'de 65.5'a gerilemiştir.

Bu durumun yansıması, Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumu sayısının 1980-93 arasında 604'den 653'e, hasta yatağı sayısının 57 binden 76 bine çıkmasıdır. 13 yılda, % 8 yataklı tedavi kurumu sayısı, % 33 yatak sayısı artışı sözkonusudur. (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1993 ve SB, 1993). Yatırım diye gözlünen; sağlık merkezlerinin hastane haline getirilmesi, var olan hastanelere ek koşullar yapılması, koşullarda daha çok hasta yatağı konulması, bunun dışında az sayıda yeni hastane yapılmasıdır. SSK hastane yatağı sayısında 6 bin üniversite hastane yatağı sayısı 5 bin artmıştır (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1993).

Yatırımların sağlık ocağı ve sağlık evi boyutuna bakıldığında, 1980-93 arasında sağlık ocağı sayısının 1.467'den 4.138'e, sağlık evi sayısının ise, 5.776'dan 11.621'e çıktığı görülür. Ancak sağlık ocaklarının % 36'sı, sağlık evlerinin % 65'inin binasız olduğu gözönünde bulundurulursa; yatırımların altyapı yatırım şeklinde olmadığı, daha çok kiralama yönteminin ön plana çıktığı ve asıl rakamların sağlık ocakları için 2.636, sağlık evleri için 4.093 olduğu görülür. (SB, 1993).

Sonuçta, sağlık yatırımlarının yetersiz olması, yataklı tedavi kurumları ve sağlık ocakları ile sağlık evlerinin, yani kamu sağlık kurumlarının, halkın sağlık talebine paralel bir düzeyde artış göstermemesine yolaçmıştır. Devlet eliyle, artan sağlık tedavi karşısında, sağlık hizmeti arzının kısılması, doğal olarak bir boşluk yaratmıştır. İşte bu boşluk,

yine devlet eliyle desteklenen özel sektör tarafından doldurulmaktadır.

2- Kamu sağlık hizmetlerinde nitelik ve nicelik olarak gerileme ve özel sağlık sektörünün devlet eliyle seçenек haline getirilmesinin bir yansıması da, kamuda çalışan sağlık personelinin çalışma ve yaşam koşullarının kötüleş(tiril)mesidir. Örneğin, kamuda çalışan hekimlerin aldıkları ücretin alım gücü 1980 sonrası önemli ölçüde gerilemiştir. 1978'de 1.223 dolar olan uzman hekim maaşı 1980'den itibaren düzenli biçimde gerilemiş, 1983'de 240 dolara kadar düşmüş, 1988'e kadar düşük seyrettikten sonra, 1989'dan itibaren artış göstermiştir (1989 bahar uygulamaları ile). 1992'de 1152 dolara kadar yükseldikten sonra son bir yıl içinde hızla 376 dolara düşmüştür. Diğer sağlık personeli için de gerileme oranları benzerdir (Soyer, 1993 ve Soyer, 1994b). (Grafik 1)

Çalışma ve yaşam koşulları kötüleşen hekimler ve sağlık personeli, ek işe yönelmiştir. Muayenehane açabilenler açmış, ama daha çok özel sağlık sektöründe "ucuz ekmek" olarak istihdam edilmeleri öne çıkmıştır.

3- Bizzat devlet politikası olarak kamu sağlık kurumlarından esirgenen kamu fonları, "teşvik" adı altında özel sağlık sektörüne aktıldı. 1980'lerin ortasından itibaren, özel sağlık sektörü DPT tarafından "özel önem arzeden yatırım konuları" arasında alınmış, böylelikle özel sağlık yatırımları önemli ölçüde artmıştır (Tablo: 1)

Özel sağlık yatırımlarının, toplam sağlık yatırımları içindeki payı, % 8.9'dan (1980), % 38.4'e (1991) yükselirken, aynı süre içinde özel sağlık yatırımları içindeki payı % 0.2'den, % 1.5'e artmıştır. (DPT, 1990; DPT, 1992; Maliye ve Gümrük Bakanlığı, 1993). Özel sağlık yatırım harcamaları 1980'de 800 milyondan, 1992'de 13.4 trilyona çıkmıştır (Yıldırım, 1994).

Bu artışta, özel sağlık sektörüne verilen teşviklerin payı oldukça fazladır. 1982-92 arasında özel sağlık sektörüne verilen yatırım teşvik belgelerinin değeri 1 milyon doların üzerindedir (Soyer, 1994 a). Bu teşvikler yatırım indirimi, gümrük muafiyeti, destekleme primi, teşvik primi vb. adlar altındaki kolaylıklar şeklinde sağlanmıştır.

4- Kamu fonlarının özel sağlık sektörüne açılması yolu ile özelleştirmenin, "teşvikler" dışında da biçimleri sözkonusudur. Örneğin, Sağlık Bakanlığı 1988'de ilaca 26.6 milyar TL harcarken 1991'de bu miktar 101.1 milyara çıkmıştır (Tokat, 1993). Yine Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumlarında tıbbi malzeme alımı adı altında özel sektöre, 1992'de ödenen para 613.4 milyardır. Bunun % 30'u röntgen filmi alımına harcanmıştır (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1993).

İşçi-işveren primleri ile oluşan SSK fonları, özel sağlık sektörü için en önemli kaynaktır. SSK sağlık harcamaları arasında ilaca giden para 1980'de % 13.7'den 1992'de % 26.2'ye yükselirken, anlaşmalı özel hekim ve hastanelere harcanan para % 6'dan % 22.4'e yükselmiştir. Böylece, sigorta fonlarının yarıya yakını özel sağlık sektörüne aktılmaktadır (Yıldırım, 1994). Buna tıbbi malzeme alımları eklendiğinde çok önemli miktar ortaya çıkmaktadır. SSK yönetimi, artan sigortalı sayısı ile oluşan sağlık talebi artışını karşılamak için yeterli yatırım yapmadığından, talep açığını gidermek amacı ile sigorta sağlık fonlarının özel sektöre aktılması giderek çok yüksek boyutlara ulaşmıştır. Örneğin, SSK sağlık kurumlarına başvuran sigortalı hastalardan yaklaşık % 10'u özel sağlık kuruluşlarına sevk edilirken, bu sevk sonucu ödenen para toplam sağlık harcamalarının % 22'sini bulmaktadır (TTB, 1992).

SSK dışında, Bağ-Kur fonları da özel sektöre, özellikle de ilaca harcanmaktadır. Bağ-Kur sağlık harcamalarının 1988'de % 52.4'ü ilaca giderken, 1992'de % 22.2'ye gerilemiştir. Emekli Sandığı sağlık harcamaları içinde de, ilaç 1980-92 arasında % 54-67 oranlarında paya sahip olmuştur (Yıldırım, 1994).

**Tablo 1 : Sağlık Sektörü (Kamu-Özel) Sabit Sermaye Yatırımları (1980-1992) (1988 Fiatları ile)**

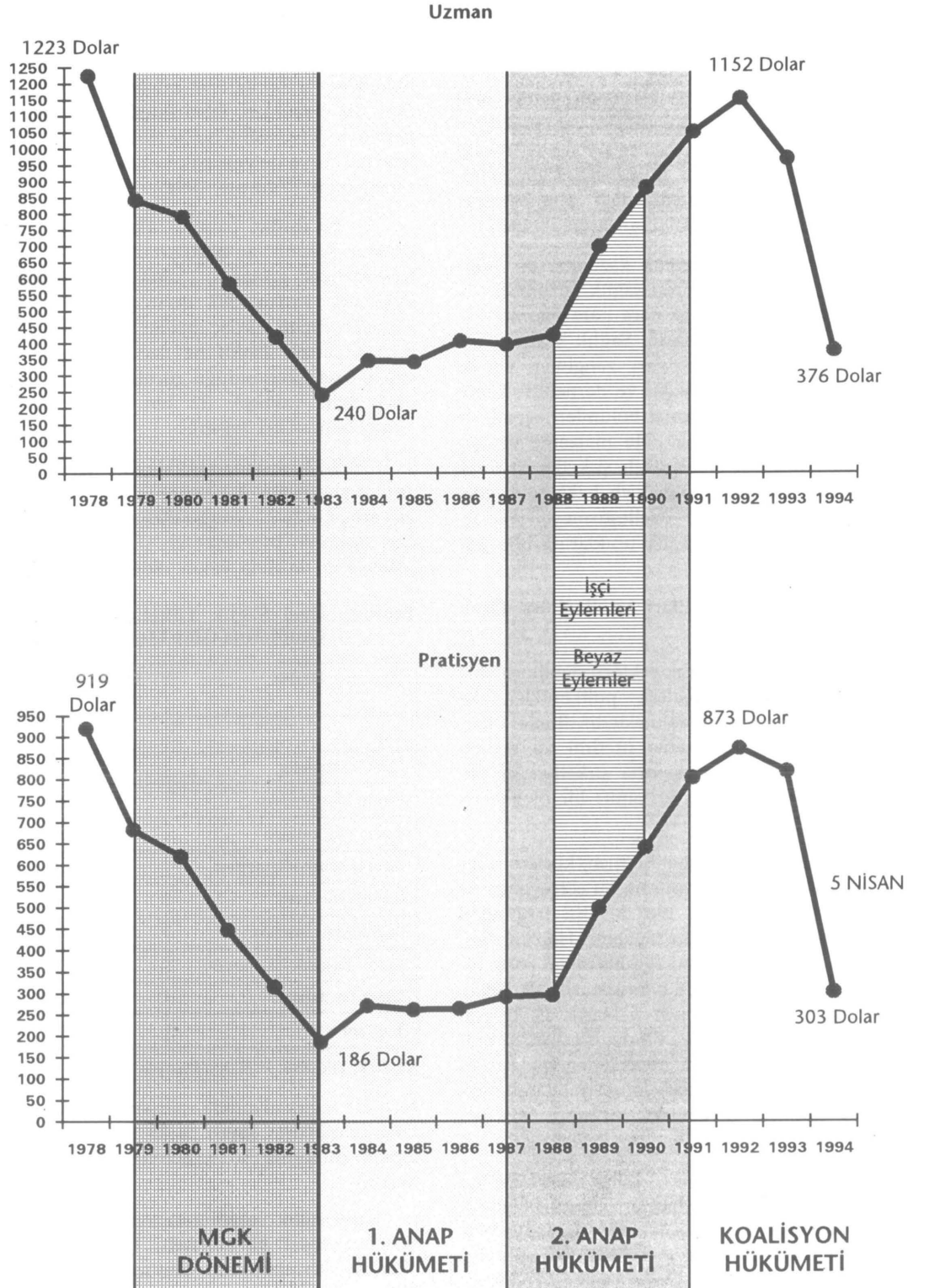
Yıllar	Kamu Sağlık	Özel Sağlık	Kamu Sağlık/ Toplam Kamu	Özel Sağlık/ Toplam Özel	Kamu Sağlık/ Toplam Sağlık	Özel Sağlık/ Toplam Sağlık
1980	141.3	13.8	1.3	0.2	91.1	8.9
1981	181.0	14.6	1.6	0.2	92.5	7.5
1982	168.5	15.3	1.5	0.2	91.7	8.3
1983	149.3	15.2	1.4	0.2	90.5	9.5
1984	135.4	16.3	1.3	0.2	89.0	11.0
1985	133.8	39.1	1.0	0.5	75.4	24.6
1986	153.8	56.6	1.1	0.6	75.6	24.4
1987	194.9	67.9	1.5	0.6	74.1	25.9
1988	203.1	55.9	1.8	0.4	78.4	21.6
1989	237.5	84.6	2.1	0.6	73.7	26.3
1990	329.1	134.5	2.8	0.9	71.0	29.0
1991	326.7	219.0	2.7	1.5	61.6	38.4

(Kaynak: DPT, 1990; DPT, 1992; Maliye ve Gümrük Bakanlığı, 1993).

MSB sağlık harcamaları içinde ilaç, tıbbi malzeme, vb. harcamaların payı % 52 -61 oranındayken (1988-91), aynı yıllarda üniversitelerin ilaç ve tıbbi malzeme harcaması % 26-31 oranında seyretmiştir (Tokat, 1993).

5- Kamu destekli özelleştirmenin diğer şekillerine gelince; bazı kamu hastanelerinin bazı hizmetleri özel sektöre devretmesi en sık kar-

GRAFİK 1- ABD DOLARI OLARAK SAĞLIK PERSONELİ MAAŞLARI (1980-1994)



Kaynak: Soyer (1994 a)

şlaşılanların başında gelmektedir. "Taşeronlaştırma" da denen bu yolla, hastanelerin yemek, temizlik, çamaşır, güvenlik vb. hizmetleri özel sektöre devredilmektedir. Sayısal durum yeterince bilinmemekle birlikte, bu uygulamanın giderek yaygınlaştığı söylenebilir.

Bunun yanısıra, devlet hastanelerindeki özel yatak uygulaması, SSK hastanelerinde yeni başlatılan ve saat 16:00'dan sonra paralı muayene ve tedavi olma uygulaması (sur-time), üniversitelerde öğretim üyelerine para ile muayene-tedavi olunabilmesi, vb. de özelleştirme uygulamaları arasında sayılabilir.

Son zamanlarda yaygınlık kazanan, bir "fili" özelleştirme yöntemi de kamu sağlık kurumlarında kurulan özel dernek ve vakıflara para alarak, hizmetin paralı hale getirilmesidir. Sağlık kurumu yöneticilerinin, ilin idari yetkilileri, zenginleri vb. ile birlikte oluşturdukları bu vakıf ve dernekler, kamu sağlık kurumları içinde hizmet bölümleri açmak ve faaliyet göstermek, kuruma tıbbi malzeme ve teçhizat temin etmek; sağlık amaçlı şirketler kurmak veya böyle şirketlere ortak olmak vb. haklar elde ederek, devlet olanakları ile özelleştirmeye yol açmaktadırlar. Bu durum, sağlık ocaklarına bile girmiştir.

#### Özel Sektörün Boyutları ve Sağlıkta Özel-leşirmenin Özellikleri

1- Türkiye'de özel sağlık sektörü denilince akla özel hekim muayenehaneleri, poliklinikler, laboratuvarlar ve hastaneler gelmektedir. Bunlara ilaç, tıbbi teknoloji, tıbbi malzeme üretimi ve ticareti yapan kuruluşlar ve özel sigorta şirketleri de eklenirse özel sağlık sektörünün sınırı bir ölçüde çizilebilir.

2- Başlangıçta bir parça sözedilen, kişilerin cepten yaptıkları sağlık harcamalarını bu çerçevede değerlendirmek istiyorum. 1987'de DİE tarafından yapılmış "Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları, Anketi Sonuçları"na göre, sağlığa harcanan para, tüketim harcamalarının % 2.56'sı kadardır (DİE, 1990). Bunun anlamı, 1992 yılı için yaklaşık 12 trilyon TL'dir (Yıldırım, 1994). Başka bir deyişle 1980-92 arasında ülkemizde insanların cebinden yaklaşık 16 milyar dolarlık bir sağlık pazarı oluşturabilecek miktarda para çıkmıştır diyebiliriz (Yıldırım, 1994'den hesaplanmıştır).

Sağlığa en çok para ayıran bölge Gaziantep'ten Muğla'ya kadar Akdeniz illerinin olduğu bölgedir. Özellikle kırsal kesimin daha çok para harcadığı bölgede halk, gelirinin % 3.19'unu sağlığa ayırmaktadır. Bu bölgeyi % 3.10'luk sağlık harcaması ile Artvin'den Zonguldak'a Karadeniz illeri izlemektedir. (DİE, 1990).

Bu paralar nereye gitmekte? Halkın cepten yaptığı harcamaların en önemli bölümü ilaca gitmektedir. Cepten harcamaların % 41.5'unun ilaca gitmesinin anlamı, 1992 yılı için yaklaşık 5 trilyon TL demektir. İlaç harcamalarını % 13.5 ile özel hastaneler, % 12.7 ile kamu hastaneleri, %8.4 ile özel poliklinikler, % 7.6 ile özel muayenehaneler, % 6.9 ile özel diş hekimleri izlemektedir. Bunların dışında gözlük ve lens, sağlık malzemeleri, kamu dışılık hizmetleri, vb.'ye de yaklaşık % 10'a yakın bir para harcanmaktadır (Yıldırım, 1994).

3- Bu kadar paranın aktığı özel sağlık sektörünün "profili" ne baktığımızda, 1992'de 2138 hastane faaliyeti gösteren, 13.562 tıp ve dışılık ile ilgili uygulama yapan, 593 insan sağlığı ile diğer faaliyetleri yapan, 63 ilaç imalatı yapan, 421 tabii cihaz imalatı yapan, 15.004 de ilaç ve tıbbi alet ticareti yapan özel işyeri olduğu görülür. Bu çerçevede, sağlıkla ilgili yaklaşık 32 bin işyeri faaliyet göstermektedir. (DİE, 1994b).

1985-92 arasında sağlıkla ilgili işyeri sayısı % 39 artış göstermiştir. Aynı süre içinde toplam işyeri sayısı artışının % 21 olduğu düşünülürse, sağlıkla ilgili özel işyerinin büyümesinin ülke ortalamasının neredeyse iki misline yakın olduğu görülür. Bu süre

Tablo 2: Özel Sağlık Tüketimi Harcamalarının Gruplarına Göre Dağılımı (1992)

Harcama Grubu	Harcama (Milyon ABD Doları)
İlaç	733
Özel Hastaneler	239
Kamu Hastaneleri	225
Özel Poliklinikler	133
Özel Dışılık Hizmetleri	123
Gözlük ve Lens	42
Sağlık Malzemeleri	25
Kamu Dışılık Hizmetleri	22
Diğer Hastaneler	78
<b>Toplam</b>	<b>1768</b>

Kaynak: Yıldırım, 1994'den hesaplanmıştır.

zarfında sağlık alanında, çalışanların sayısı % 53, ücretle çalışanların sayısı % 78 artmıştır (Bu sürede, toplam çalışanlar % 26, ücretle çalışanlar % 44 artmıştır.)

Özel sağlık sektöründe mülkiyet, büyük ölçüde "ferdi mülkiyet" biçimindedir. Hastane faaliyeti gösteren işyerlerinin % 80'i, özel muayenehanelerinin % 95'i, bu alandaki diğer işyerlerinin % 84'ü ferdi mülkiyettir. Ferdi mülkiyet oranı ilaç imalatı ile ilgili iş-

yerlerinde % 29, tıbbi teçhizat imalatı alanında % 81, ilaç-tıbbi alet/malzeme ticareti % 96'dır (DİE, 1994b).

İşyeri başına düşen çalışan sayısının, ilaç imalatı işyerlerinde 5.3 (ücretli çalışan: 4.4), hastane faaliyeti gösteren işyerlerinde % 4 (ücretli çalışan 2.9), tıbbi cihaz imalatı yapan işyerlerinde 3.3 (ücretli çalışan: 2.1), sağlık alanındaki diğer işyerlerinde 2.7 (ücretli çalışan: 1.6), ilaç tıbbi cihaz ticareti yapan işyerlerinde 2 (ücretli çalışan: 0.8), muayenehanelerde 1.5 (ücretli çalışan: 0.4) olması, bu sektörün henüz ferdi mülkiyet ve küçük çaplı üretim yapısını sergilemektedir (DİE, 1994b'den hesaplanmıştır). 1980-92 arasında yaklaşık 16 milyon dolarlık cepten harcamaya, ayrıca sigorta ve kamu fonlarının yaptığı harcamaya sağlıklı ilgili özel işyerlerinin sayısının artışına yolaçmış, ancak ilaç imalatı dışında bireysel küçük üretim yapan (hizmet sunan) işyeri yaygınlaşmıştır.

Sağlık alanında yeni kurulan şirketler incelendiğinde, 1992'de 473, 1993'de ise 1.338 yeni şirket kurulduğu görülür. 1992 ve 1993'te yeni kurulan 66.203 şirketin % 3.9'u sağlık ile ilgilidir. Sermaye açısından bu oran 1992'de % 1.0, 1993'de ise % 1.7'dir. (DİE, 1993b; DİE, 1994a).

İlaç sanayi dışındaki şirketler, sermaye yönünden ülke ortalamasının altında bir miktara sahiptir. 1993'te de tıbbi ilaç toptan ticareti ve eczaneler, bu açıdan ülke ortalamasını aşmıştır. 1992-93 arasında tüm şirketler açısından şirket başına düşen sermaye miktarında gerileme söz konusuysa, sağlık sektöründe bu gerileme sadece ilaç sanayiinde yaşanmıştır. Cari fiyatlarla bu gerileme oranı tüm şirketler için % 2.7, ilaç sanayiindekiler için ise % 66.2'dir. Diğer sağlık alanlarında yaşanan artış ise tıbbi aygıt ithalatı için % 75.2, ecza depoları için % 220.3, eczaneler için % 195.1, sağlık donatım gereçleri satışı için % 24.9, tıbbi-diş vb. için % 19.6 oranındadır (DİE, 1993b, DİE 1994a).

4- Türkiye'de özel sağlık sektörünün en önemli bileşeni, hekim muayenehaneleridir. Türkiye'de sadece özel sektörde çalışan hekim sayısı 8.487'dir. 1980'de 10.780, 1986'da 15.447 olan bu sayı giderek azalmıştır. Son 12 yılda % 12'lik bir sayısal gerileme söz konusudur. Oran olarak da, 1980'de hekimlerin % 40'ı sadece özel sektörde çalışırken, bu 1992'de % 15'e gerilemiştir. (Soyer, 19937).

Yalnızca bu tabloya bakarak, özel sağlık sektöründe daralma olduğu değerlendirilmesi yapılabilir. Oysa, Türkiye sağlık sektörünün bir "zaaf"ı, bu değerlendirmenin yapılabilmesini engellemektedir. Ülkemizde hekimlik, önemli ölçüde "part-time" bir meslektir. Yani, hekimler hem kanuda görevliyken, hem de özel sektörde iş yapabilmektedirler. Kamuda çalıştığı halde özel sektörde iş yapabileceği gibi bir imtiyazlı duruma sahip olan hekimler, sadece özel sektörde çalışmayı daha az tercih etmektedirler. Bugün uzman hekimlerin çoğunluğu, asistan ve pratisyen hekimlerin bir bölümü her iki sektörde de çalışmaktadır. Bu konuda sağlıklı bir rakam vermek mümkün görünmemekle birlikte, yine de bazı belirlemeler yapabilmeye olanak veren çalışmalar vardır.

Hekimlerin % 36'sının hem kamuda, hem özelde çalışması, özellikle denetlenemeyen bir para doluşunu yaratmaktadır. Halkın kamu olanaklarından, para vererek yararlanabilmesi anlamına geldiği için, bu duruma bir "örtülü" özelleştirme demek yanlış olmazsa gerek.

Bugün ülkemizde üniversitelerde öğretim üye-

**Tablo 3 : 1992 ve 1993 Yıllarında Yeni Kurulan Sağlık İle İlgili Şirketler**

Yeni Kurulan Şirket Sayısı	Şirket Sermayesi (Bin TL)		Şirket Başına Sermaye (Bin TL)			
	1992	1993	1992	1993		
Kuruluş	1992	1993	1992	1993	1992	1993
Eczacılık mad. ve ilaç san.	35	40	24.637.490	9521500	703928	238025
Tıbbi aygıt ve yedek parça toptan ithalatı	130	156	11.989.500	25.014.000	91526	160349
Tıbbi ilaç toptan ticareti (Eczacı depoları)	56	81	11.132.000	51.579.500	198786	636784
Eczaneler ve diğer ilaç satış yerleri	42	63	5.917.600	26.193.000	140895	415762
Sağlık donatım gereçleri satış yerleri	67	69	5.594.000	7.194.000	83493	104261
Tıbbi, diş ve diğer sağlık hizmetleri	473	1338	46.939.800	158.622.160	99238	118552
Toplam sağlık şirketleri	803	1747	106.119.390	275.124.160	132154	157484
Toplam şirketler	25.178	41.025	10.354.682.390	16.419.838.750	411259	400240

(Kaynak: DİE, 1993 b; DİE, 1994 a)

leri, eğitim hastanelerinde klinik şefleri ve şef yardımcıları ve devlet hastanelerindeki uzmanların önemli bölümü, kendilerine ayrılmış yatak kontenjanlarına sahiptirler. Bu yataklara, genellikle muayenehanelerinden geçmiş hastalar yatırılır. Halk arasında "turnike" diye bilinen bu tezgah, özünde kamu olanaklarının para karşılığında satılması anlamına gelmektedir. Bu şekilde dönen para hacmi yeterince bilinmemektedir.

Devlet hastanesinin yatakları, bu yatakları kendi muayenehane ilişkilerine bağlı olarak halka açan hekimlere bir rant sağlamaktadır. Bu konumdaki hekimler, birlikte çalıştığı hekim ve diğer personeli bu rantı elde etmek için kullanırlar. Başka bir deyişle, aslında işleri eğitim ve/veya hizmet olan bu personel şef ya da hocalarına rant sağlayabilmek için angarya içine sokulur. Bu hali ile bir fedol ilişkiyi çağrıştırmaktadır. 1980 sonrası özellikle ANAP döneminde yoğunlaşan ve Koalisyon Hükümeti sırasında da süren, "sağlık-reformu" tartışmalarının temel amacı, bu ilişkileri yeniden düzenlemektir. Devletin bildiği ama mali olarak denetleyemediği bu önemli miktardaki paranın, muayenehanelerin hastanelere taşınması ve hastanelerin fiilen özelleştirilmesi yolu ile denetlenebilmesi, son yıllardaki "sağlık reformu" girişimlerinin en temel amacıdır. Ülkemizde sağlıkta özelleştirme sürecinin en temel hedefidir.

5- Yılda 1.5 milyar doları aşkın paranın aktığı (kamu fonları hariç) özel sağlık sektöründe özel hastanecilik giderek gelişen bir alan olmuştur. Türkiye'de 1980'de 96 olan özel hastane sayısı, 1993'te 126'ya hasta yatağı sayısı da 3.850'den 5392'ye yükseltilmiş (Gürsoy, 1986, SB, 1993). SB hastaneleri 1980-93 arasında % 8, hasta yatakları % 33 artarken, aynı sürede özel hastane sayısı % 31, hasta yatağı sayısı % 40 artış göstermiştir (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1993 ve SB, 1993). 1980-92 arasında 204 hastaneye "teşvik" olarak yaklaşık 982 bin dolar verilmiştir (Soyer, 1994a).

Özel hastanelerin en önemli özelliği, yurt çapında eşit dağılmamış olmasıdır. Örneğin Adıyaman, Afyon, Ağrı, Amasya, Artvin, Bilecik, Bingöl, Bitlis, Burdur, Çankırı, Çorum, Giresun, Gümüşhane, Hakkari, Isparta, Kars, Kırşehir, Kütahya, Mardin, Muğla, Muş, Nevşehir, Niğde, Ordu, Rize, Siirt, Sinop, Sivas, Tokat, Tunceli, Şanlıurfa, Van, Yozgat, Zonguldak, Aksaray, Bayburt, Karaman, Kırıkkale, Batman, Şırnak, Bartın, Ardahan, Iğdır'da hiç özel hastane yoktur. Tüm illerin % 55'ini oluşturan illerde en az bir devlet hastanesi vardır. Bunca ilde hiç özel hastane yokken, İstanbul'da özel hastane sayısı kamu hastane sayısını geçmiştir. 143 özel hastanenin % 41'i İstanbul'dadır. İstanbul ile birlikte Adana (7), Ankara (7), Bursa (4), Hatay (4), İçel (5), ve İzmir'deki (9) özel

hastaneler toplamın % 66'sını teşkil etmektedir. Özel hastane yatakları için bu oran, % 80'dir (DİE, 1993a).

1985-92 arasında özel hastane sayısı % 24, özel hastane yatağı sayısı % 46 artarken, yukarıdaki 7 ildeki artış ise sırasıyla % 38 ve 57'dir. Özel hastaneler şeklindeki özel sağlık sektörü büyümesi, temel olarak 7 büyük ilde yaşanmıştır. Bu illere Antalya, Aydın, Balıkesir, Gaziantep, Kahramanmaraş, Sakarya ve Tekirdağ eklendiğinde özel sağlık sektörünün hastane bileşeninin kapsamı % 81'dir (yatak sayısı olarak % 90). Oysa aynı illerin toplam nüfusu, ülke nüfusunun % 45'ini teşkil etmektedir (DİE, 1993a).

Kamu hastanelerinin dağılımında da bir eşitsizlikten söz edilsede, yukarıdaki 7 ildeki kamu hastanesi sayısı, ülkedeki toplam kamu hastanelerinin % 22'sini oluşturmaktadır. Yatak sayısı açısından bu oran, % 47'dir. (DİE, 1993a).

6- 1980-93 arasında artış gösteren özel sağlık kurumlarının bölgesel olarak eşitsiz dağılımının yanısıra, başka eşitsizlikleri de barındırmaktadır. Her şeyden önce, devletin verdiği sağlık teşvikleri, özel sağlık kuruluşları arasında eşitsiz dağılmıştır. Örneğin, yatırım miktarı 10 milyon doları aşan 22 yatırım teşvik belgesi, 1980-92 arasında verilen teşviklerin % 40'ının üzerinde bir paya sahip olmuş, yine en fazla yatırım teşvik belgesi alan 10 özel kişi ve kurum toplam teşviklerin 1/3'ini almışlardır. (Soyer, 1994a).

Özel sağlık kuruluşları, daha zengin bölgeleri tercih etmekte ve bu yörelerde toplumun tümüne hizmet vermeyi değil, kendilerine avantaj sağlayacak hizmet alanlarına yönelmeyi tercih etmektedirler. Örneğin, son yıllarda yaygınlaşan en önemli özel sağlık kuruluş türü, pahalı tıbbi teknoloji kullanan teşhis merkezleri, nükleer tıp laboratuvarları, gelişkin ultrasonografi röntgen cihazların olduğu laboratuvarları gibi, önemli ölçüde ithalata dayanan bu merkezler, sağlık "piyasası"nda avantaj sağlama amaçlı kuruluşlardır. Aynı şekilde dializ makinaları, böbrek taşı kırma cihazları, vb. özel tedavi merkezleri de, kamu sağlık kuruluşlarında, yeni tıbbi teknolojinin yeterli olmaması ya da sürekli bakımının sağlanmaması nedeniyle, kendi alanlarında "tekel" olmayı amaçlayan kuruluşlardır. (Soyer, 1994a). Özel sağlık yatırımları, genellikle "rakipsiz olabilecekleri alanlara girmeyi tercih etmekte, ya da kamu ve diğer özel sağlık kurumları ile eşitsiz rekabet olanaklarına sahip olabilecekleri yönelimlere girmektedirler. Örneğin, ülkemizdeki hemodiyaliz cihazlarının % 28.2'si özel sektöre aitken, Sağlık Bakanlığı'nın sahip olduğu cihaz oranı % 28.9'dur. (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1993). Bu durum, özel sağlık kuruluşlarına cepten harcama yapan insanlara hizmet vermenin yanı sıra, arz ye-

tersizliği içindeki kamu kurumlarından da hasta çekme olanağı sağlamaktadır.

Özel sağlık kuruluşlarına "piyasa"da avantaj sağlayan benzer bir durum da, "uzmanlık hastaneleri"dir. Özellikle büyük ve orta büyüklükteki illerde göz hastanesi, kadın-doğum hastanesi, mikrocerrahi hastanesi, odyo merkezi, organ nakli hastanesi, geriatri hastanesi vb. uzmanlık hastaneleri açılması ile, hem "ilk" olmak, hem de ilgili alandaki uzmanları toplayarak tekel olmak, hem de her kesime ve alana hizmet vermemek suretiyle "verimsizlikten" kurtulmak gibi avantajlar elde edilmektedir. (Soyer, 1994 a).

Bu konuda bir örnek de, özellikle Anadolu illerinde giderek çeşitli nedenlerle muayenehaneciliğin daralmasına karşı, birleşerek şirketleşen hekimlerin yataklı özel hastane ya da teşhis merkezleri açmalarıdır. Böylece daralan "pazar"da, azalan parasal olanakları bir parça aşabilmek mümkün olmaktadır.

7- Özel sağlık yatırımlarının bir özelliği de pahalı ve ithalata bağımlı yatırımlar olmalarıdır. Sağlığa yatırılan her 100 TL'nin 49 TL'si döviz olarak kullanılmaktadır. Bu özelliği ile enerji yatırımları ile birlikte dışa en bağımlı yatırımlar arasındadır (Soyer, 1994 a).

Özel sağlık yatırımları, pahalı-tıbbi teknoloji ithalatı temelli yatırımlardır. 1980-93 arasında tıbbi amaçlı ithalatın genel ithalata oranı % 1.3'den % 4.2'ye yükselirken, tıbbi amaçlı ithalat içindeki payı % 10.0'dan % 17.8'e, tıbbi cihaz ithalatının toplam tıbbi ithalat içindeki payı % 10.9'dan % 17.8'e, tıbbi malzeme ithalatının payı da % 4.3'den % 7.5'a yükselmiştir (Şemin, 1994).

Tıbbi ithalatın toplam sağlık harcamalarına oranı ise % 5.4'den % 18.2'ye yükselmiştir. Yani sağlığa ayrılan her 100 TL'den 20'si sadece ithalata gitmektedir. Burada abartma pahasına, bazı örnekleri sıralamak istiyorum. 1980-93'te 36 bin kadar EKG cihazı, 350 civarında bilgisayarlı tomografi, 100 dolayında manyetik rezonans cihazı ithal edilmiştir (Şemin, 1994). Sadece ithal edilen bilgisayarlı tomografi cihazı ile, İngiltere standartlarında bir sağlık planlaması yapıldığında, bu ülkenin ihtiyacından % 483 lük bir fazlalık söz konusudur.

Tıbbi ithalat, ayrıca iç üretim karşısında da desteklenmesi için tıbbi ithalatçı firma sayısı bir anda bin civarında dayanmıştır. Bugün sağlık gereçleri üreten şirket sayısı çok az olmasına karşın, 35 ayrı ülkeden şirketlerle ortaklık kuran 35-40 misli sağlık amaçlı ithalat şirketi vardır. Daha çok enjektör, laboratuvar malzemesi, ameliyat masası, pamuk, sargı bezi, cerrahi malzeme üreten, bu arada çok sınırlı sayıda fir-

manın röntgen cihazı, EKG vb. tıbbi cihazlar üretimi yaptığı 1993'te cihaz üretim sektörü, toplam ihracat % 1'ine bile ulaşmayan 104.5 milyon dolarlık bir ihracat yapabilmıştır. Buna karşın, aynı yıl yapılan tıbbi cihaz ithalatı ihracatın 12 misli miktarda olmuştur. (TTB, 1993 ve Şemin, 1994).

Tıbbi cihaz ithalatı, devlet kuruluşlarınca da desteklenmektedir. Hatta bu destek, özel sağlık sektörüne kıyasla daha da fazladır.

8- Sağlığa harcanan paranın önemli bir bölümü ilaca gitmektedir. İlaçta da tıpkı tıbbi teknolojiye olduğu gibi, harcanan paranın aslan payı, yurtdışına akmaktadır. Türkiye'de tüketilen ilaç değeri 1980'de 426 milyon dolardan, 1993'de 1718 milyon dolara çıkarken, ilaç ve hammadde ithalatı için yurtdışına akan para 93 milyon dolardan 604 milyon dolara çıkmıştır (SB, 1993).

Özetlersek; ülkemizde sağlık hizmetlerinde özelleştirme 1980 sonrası yükselen bir süreç olmuştur.

1- Halkın cebinden özel sağlık sektörüne harcanan para artmıştır.

2- Kamu fonlarına işçi, memur, emekli, çalışan vb. katkısı artırılmıştır. Geneleneksel bütçe gelirlerinden ziyade, döner sermaye ve fon gelirleri ile çalışanların katkılarında artış söz konusudur.

**Tablo 4 : Yıllara Göre Türkiye'de İlaç Tüketimi ve İthalatı (1980-1992) (Milyon Dolar)**

Yıllar	Türkiye'de Tüketilen İlaç Değeri	İlaç ve Hammadde İthalatı
1980	426	93
1985	442	149
1986	545	187
1987	681	254
1988	856	290
1989	1018	377
1990	1272	470
1991	1371	496
1992	1711	604

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 1993 b'den hesaplanmıştır.

3- Kamu sağlık yatırımları kısılmış, özel sağlık sektörü teşvik edilmiş, böylelikle özel sağlık sektörü devlet eliyle kamu sağlık sektörü karşısında seçenek haline getirilmiştir.

4- Kamu sağlık fonları, ilaç, tıbbi teknoloji alınmasına özel sağlık kurumları hizmetlerine giderek daha fazla akıtılmaktadır.



5- Bazı kamu sağlık hizmetleri, taşeronlaştırma, dernek, vakıf vb. yöntemlerle fiilen özelleştirilmektedir. Kamu sağlık kurumlarında sağlık personeline özel hizmet verebilme olanakları genişletilmektedir.

6- Bu şekilde desteklenerek seçenек haline getirilmeye çalışılan özel sağlık sektörü büyümüş, ancak "bireysel mülkiyet- küçük üretim" şeklinde özellenebilecek yapıyı aşamamıştır.

7- Özel sağlık sektörünün içindeki ve neden olduğu eşitsizlikler, kamu sağlık sektörüne kıyasla daha yaygın ve derindir.

8- Özel sağlık sektörünün yapısı, önemli ölçüde ithalata bağımlıdır. Özel sağlık sektörüne akan paranın büyük bölümü yurtdışına akmaktadır. Özelleştirmeden esas kazançlı çıkanlar, yabancı ilaç ve teknoloji şirketleridir.

Gelinen noktada, sağlık hizmetlerindeki özelleştirme henüz "istenilen" düzeye ulaşmamıştır. Özel sağlık hizmetleri alanında yatırım yapanlar, büyük ölçüde tek tek veya grup halindeki hekimler ya da turizm, inşaat, otelcilik, ithalat-ihracat, tıbbi cihaz pazarlama, gazetecilik, ilaç depolama vb. alanlardaki şirketlerdir. Büyük sermaye grupları, sağlık alanını yeterince cazip bulmamaktadırlar (Soyer, 1994 a).

Ayrıca, bu konuda devletin en önemli sorunu, özel sağlık sektörüne akan paranın denetlenmesidir. İşte bu noktada yıllardır sağlık alanında yapılmak istenen, bir kazanım olan kamu sağlık hizmetleri ve kurumlarının, olabildiğince özel sektöre açılmasıdır. Adım adım özelleştirilen sağlık hizmetlerinde, eksik kalan, tamamlanmak istenmektedir.

#### **Bir Özelleştirme "Belgeseli"**

1980 sonrası, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile ilgili oldukça çok sayıda belge, rapor yayımlanmıştır. Bunların hepsine birden değinmek burada olanaklı değil. Ama, en temel olan birkaçını anımsatmak istiyorum. Anayasa'dan hükümet programına, DPT raporlarından TÜSİAD raporlarına ve uluslararası belgelere (Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Çalışma Örgütü) kadar uzanan bir çeşitlilik sözkonusudur.

Türkiye benzeri bir ülkelerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile ilgili en temel raporlardan biri, Dünya Bankası'nın "Gelişen Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı" raporudur. Rapor, "gelişen" ülkelerde sağlık hizmetleri ile ilgili sorunları "yetersiz, yavaş büyüyen ve bazen azalan kamu bütçesi, bireysel sağlık hizmetlerinde yoğunlaşan harcamalar, yetersiz risk paylaşım düzenlemeleri; varolan kamu kaynaklarının dengesiz dağılımı", olarak sıralandıktan sonra, hizmeti alanların ceplerinde katkıda bulunmaları ve böylece sağ-

lık sektörüne ek kaynak yaratılmasını önermektedir. Ayrıca, hükümet dışı kaynakların mobilize edilmesi, yani vakıf benzeri gönüllü kuruluşların, özel hekimlerin ve eczacıların, geleneksel tıp uygulaması yapanların olanaklarından yararlanılması, bu şekilde hükümet üzerindeki yükün azaltılması ve ek kaynak yaratılması öneriler arasındadır. Bu çerçevede girişimlere kredi olanakları, sağlanması, hükümet kurumlarının satış, kiralama vb. yollarla hükümet dışı kuruluşlara transfer edilmesi, özel sağlık kurumlarına teknik ve finansal destek sağlanması, vb." şeklinde vermesi önerilmektedir. Ayrıca sağlık sigortacılığı, desantralizasyon da çözüm olarak sunulmaktadır. (TTB, 1992 b ve Belek, 1994). Bu anlamdaki ikinci önemli rapor, yine Dünya Bankası'nın "Gelişmekte Olan Ülkelerde Özel Sektör Aracılığıyla Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi" raporudur. Bu ülkelerde sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payının % 3-5 arasında olduğu; bu düşük payın nüfusun yaşlanması, gelirin artması sonucu artan sağlık hizmeti talebi karşısında daha da yetersiz kalacağı; devlet bütçesinden sağlığa ayrılan payın bu ülkelerde son yıllarda düşmekte olduğu; sağlık harcamalarındaki hükümet payının % 50'nin altında olduğu; bu ülkelerde sosyal güvenlik sisteminin zayıf olduğu ve daha çok da kentsel bölgelerde toplandığı; sağlık harcamalarının daha çok hastanecilik hizmetlerine gittiği, bundan halkın çoğunluğunun yaşadığı kırsal kesim insanının yararlanmadığı ifade edildikten sonra, hükümetin sağlık hizmetlerini finanse etmesinin sağlıktaki eşitsizlikleri derinleştirdiği ileri sürülmektedir. Bu noktada özelleştirme çözüm olarak sunulmaktadır. Gerekçe olarak da; ek kaynak yaratmak suretiyle kamu fonlarının kısıtlılığı sorununun aşılabilmesi, hükümet harcamalarının çoğunu hemen hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi ile bu fonların koruyucu hizmetlere kaydırılabilmesi sıralanmaktadır (World Bank, 1990 ve Belek, 1994).

Sonuçta, Dünya Bankası "gelişmekte olan" ülkelerde sağlık hizmetleri alanındaki sorunların özelleştirme ile çözülmesini önermekte, ancak bu ülkelerde bu uygulama için gereken kaynakların yetersizliği bilindiğinden, karma bir sistemin zorunluluğu vurgulanmaktadır.

Gelelim, ülkemizdeki kamu ile ilgili belgelere.

1982 Anayasası'nın 56. maddesi, T.C. tarihinde ilk kez sağlık alanında "özel kesim"den ve "genel sağlık sigortası"ndan söz etmiş, böylece 12 Eylül ruhuna uygun bir anlayışı sergilemiştir.

1983 Hükümet Programı'nda, sağlık alanındaki "özel sağlık müesseselerinin kurulması, teşvik edilmesi, ilaç sektörünün geliştirilmesi ve rekabetin sağlanması için gerekli tedbirlerin alınacağı"nu ve "herkesin istediği hastaneden faydalanmasını sağlayacak bir sistemin hedeflendiği" belirtilmiştir.

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, fiilen geri plana itilmiş koruyucu hekimlik hizmetlerinin bu durumunu belgelemiştir: "... hizmetin sunulmasında tedavi edici sağlık hizmetinden, tedricen koruyucu sağlık hizmetlerine yönelinecektir". Yine, 5. Plan'ın sağlığa yaklaşımının temel ilkesi, verimlilik olmuştur. "Sağlık kuruluşları hizmet verimliliğinin artırılması için işletmecilik yönünden ele alınacaktır". P. Plan ayrıca "özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilecektir. Bu müesseselerin sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan ücretler serbest bırakılacaktır" diyerek, bu konuda kamunun fiilen özel sağlık kesimini desteklemesi politikasını sergilemiştir.

Bir diğer önemli belge olan 1983 tarihli, TÜSİAD'ın "Kamu Bürokrasisi" raporunun, konuyla ilgili yaklaşımı oldukça, en az bürokratik karışma ile himet sunmasıdır. Ekonomik az gelişmişliğin temel sorumlusu, özel girişime ihtiyaç duyduğu çalışma ortamı sağlamayan kamu yönetimidir".

Daha sonra, çözüme ilişkin olarak da; piyasaya tevdi mümkün kamu hizmetlerinin süratle özelleştirilmesi önerilmektedir. Özel kesime devredilmesi öngörülen hizmetler ise, sağlık, ulaşım, enerji ve eğitimidir (Soyer, 1991).

Bu belgeler sonrası, ANAP hükümetleri sağlıkta birtakım yasal düzenleme girişimlerinde bulunmuşlardır. İlk ve en kapsamlı çalışmayı Çalışma Bakanı iken SSK'da başlatan Mustafa Kalemli'nin Sağlık Bakanı olması ile, sağlıkta özelleştirme tartışmaları gündemimize yerleşmeye başlamıştır. Bu sürecin en önemli belgesi, daha sonra birçok maddesi Anayasa Mahkemesi'nce iptal önemli belgesi, daha sonra birçok maddesi Anayasa Mahkemesi'nce iptal edilen Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (3359)'dur. Bu kanun ile sağlık finansmanına çözüm olarak Genel Sağlık Sigortası önerilmekte, kamu sağlık kuruluşlarının Başbakanlık onayı ile "Sağlık işletmesi" haline getirilmesinin tedavi hizmetlerindeki "verimlilik" sorunu çözebileceğini belirtmekte, sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilerek "rekabet" ile daha iyi hizmetin sağlanabileceği ileri sürülmektedir. Ayrıca kanunda kamu kurumlarında özel muayene ve tedavi olanağının sağlanması ve özel sağlık kurumlarından hizmet alınabilmesi ile ilgili maddeler vardır (Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 1987).

Daha sonra gündeme gelen "Sağ-Kur Yasa Tasarısı" Koalisyon Hükümeti'nce reform başlığı ile piyasaya sürülen yasa tasarıları vb. hepsi benzer ifadeler içermektedir. Bu ifadeler şunlardır; "Türkiye'de tıpkı diğer devlet kurumlarında olduğu gibi, sağlıkta da aşırı merkeziyetçilik, bürokrasi, hantallık vardır. Bu hizmetlere verimsizlik olarak yansımaktadır. Ayrıca sağlık hizmetleri, gerçek değerinin altında fiyatlandırıldığı için, yeniden hizmet üretimi olanaksız hale gelmektedir. Hastane yönetimlerinde iş-

letmecilik ilkelerini uygulayacak yönetimler yoktur. Bürokrasi, kötü yönetim rekabetin olmamasına, dolayısı ile iyi hizmet sunulmamasına yolaçmaktadır. Bir başka verimsizlik nedeni de hastanelerin birinci basamak sağlık kurumlarının işlevini yüklenmiş olmasıdır".

Bu gerçeklerin ardından, tek çözüm olarak hastanelerin verimli çalışabilmesi ve gerçek maliyetleri ile yönetilebilmesi için, hastanelerin işletme haline getirilmesi (mülkiyet devri ile ya da yönetsel devir ile) önerilmektedir.

### Neden Özelleştirme?

Bu belgeleri çoğaltmak mümkün. Ama bunca desteğe karşın, özel sağlık sektörünün istenilen düzeye gelmemesi ve kendi finansal açmazı noktasında devlet bir adım daha atmak istemekte ve bunu zorlamaktadır.

1- Borç temelli bir kalkınma modeli benimseyen ülkemiz, içinde bulunduğu borç krizi konusunda Dünya Bankası ve IMF'nin "önerdiği" önlemler doğrultusunda, "üretken olmayan" sosyal hizmetlerle ilgili harcamaları kısmıştır. Sağlık hizmetlerine bu nedenle daha fazla kaynak ayıracak durumda değildir.

2- Yine globalleşme çerçevesinde, ekonominin büyütülmesi ve üretkenliğin artırılması adına, dünya piyasasında rekabeti azaltacağı düşüncesi ile kamu fonlarına işveren vb. katkısı azaltılmaktadır. İşveren vb. kesimden vergi alamayan devlet, açığı halkın katkıları ile kapatmaya yönelmiştir.

3- Devletin daha az katkı yaptığı, daha az yatırım yaptığı, bir sağlık hizmetleri ortamı, halkın yaşam koşullarının giderek bozulması ile artan sağlık talebine yanıt verememektedir. Devlet bu sorunu, kamusal sorumluluğu üzerinden artarak, kendi boşalttığı alana özel sektörü sokarak çözmeye çalışmaktadır.

4- Özel sektörün sağlık alanına girmesi için, henüz her şey "istenilen" düzeyde değildir. Yeni hastane, sağlık kurumu inşaatı yapmak pahalıdır. Oysa altyapısı tamamlanmış devlet hastaneleri ne güne durmaktadır? Mülkiyet ve işletme devri ile sektöre devir, özellikle de kendi alanında "tekeli" olan dallarda çekici olacaktır.

Ayrıca, yönelinen ekonomik tercihler, sağlığa verilen teşviklerin diğer sektörleri "üzmeyen", elinde varolan olanakları kullanma yönündeki seçeneklere yönelmelidir.

Tüm bunlara karşın, bu gelişmeleri yeterli bulmayan özel sağlık sektörüne el atacak sermaye kesimleri, parasal güvence istemektedirler. Bunun adı sigortadır. Halkın cebinden daha çok para çıkması ile

oluşturulacak sigorta fonları, kamu sağlık kurumlarının özelleştirilmesinin en önemli güvencesidir.

5- Bu arada, yıllardır çeşitli nedenlerle göz yunduğu, hekimlerin hem muayanehane, hem hastanede çalışma imtiyazı, devletin mali sıkıntısı karşısında "form" değiştirecektir. Başka bir deyişle, bu imtiyaz sonucu oluşan istismarın denetlenemeyen miktarda bir para ortaya çıkardığını gören ve bunu çeşitli polisiye önlemlerle çözemeyen devlet sonunda muayanehaneyi hastaneye taşımaya karar vermiştir. Belirli saatlerde hekimlere ve sağlık personeline özel uygulama olanağı tanıyarak, denetleyemediği paranın bir bölümünün kamu fonlarına akmasına sağlayacak ve mali sorununa kısmi bir çözüm bulacaktır.

#### Özelleştirme Toplumsal Kazanımların Gasp Edilmesidir.

Aslında, sağlık hizmetlerinde özelleştirme, bir mülkiyet tartışması değildir. Kamu sağlık hizmetleri ve bu hizmetleri sunan kamu kurumları, toplumsal bir kazanım olarak ortaya çıkmıştır. Bugün özelleştirme adı altında, sadece kamu mülkiyetinin özel mülkiyete dönüştürülmesi değil, iyi kötü bir toplumsal kazanım olan sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı gaspedilmektedir. Bunun en temel yansıması, halkın cebinden daha fazla para çıkararak, yine kendi denetleyemediği sağlık kurumlarından, giderek ödediği para karşılığı hizmet alabilmesidir. Bu iddianın en önemli kanıtı, olarak bu yıl yayınlanan VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Strateji Nihai Taslağı'nda açıkça "Ana-çocuk sağlığı, bulaşıcı ve salgın hastalıklar ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri ile muhtaç ve güçsüzlerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetleri dışında sunulan hizmetlerin bedelinin yararlananlar tarafından ödenmesi esas olunacaktır" denilmektedir (DPT, 1994).

Sağlıkta özelleştirmenin sonuçlarını, başka ülkelerdeki uygulamalarını, diğer sektörlerdeki özelleştirmeler ile benzerlik ve farklılıklarını tartışmadık. Bunların hepsi de oldukça kapsamlı çalışmalar gerektiriyor. Yine, kamuda verimlilik, bürokrasi, yönetim gibi kavramların elbette tartışılmasına ihtiyaç var. Ancak, insanların doğuştan kazanmış olduğu sağlık hakkını sağlık hizmetlerini baştan aşağıya ticarileştirerek ellerinden almaya çalışanlara dur demek gerekiyor. Bu da sorunu, salt mülkiyet tartışmasına indirgenmekten kurtarıp, insanların nasıl bir sağlık hizmeti almak istediklerini fade eden çabaları ile bu hizmeti sunanların nasıl bir sağlık hizmeti vermek istediklerine ilişkin yaklaşımlarının yan yana getirilmesi ve bu hizmetin kapsamındaki herkesin hizmete ilişkin doğrudan söz sahibi olmaları ile olanaklıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Baran, D. (1994) 1995 Mali Yılı Sağlık Bakanlığı Bütçesinin TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunuş Konuşması.
2. Belek, İ. (1994) "Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme" Toplum ve Hekim, Cilt 9, Sayı: 62, Temmuz-Ağustos.
3. DİE (1990) 1987 Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi Sonuçları, Yayın No: 1441.
4. DİE (1993a) Türkiye İstatistik Yıllığı 1993, Yayın No: 1620.
5. DİE (1993b) Şirketler Kooperatifler ve Firma İstatistikleri 1992, Yayın No: 1664.
6. DİE (1994a) Şirketler, Kooperatifler ve Firma İstatistikleri, 1993, Yayın No: 1698.
7. DİE (1994b) Genel Sanayi ve İşyerleri Sayımı 1992, Yayın No: 1703.
8. DPT (1990) 1980'den 1990'a Makroekonomik Politikalar.
9. DPT (1992) Temel Ekonomik Göstergeler.
10. DPT (1994). VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Stratejisi (Nihai Taslak.)
11. Dünya Bankası (1986), Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması.
12. Gürsoy, G. (1986) Sağlık, Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi, 54-55.
13. Maliye ve Gümrük Bakanlığı (1993) Sağlık Hizmetleri (1980-1993).
14. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (1993), Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı- 1992.
15. Sağlık Bakanlığı (1993) Sağlık İstatistikleri 1993, Yayın No: 558.
16. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987).
17. Soyer, A. (1991) 12 Eylül Sonrası Sağlıkın Öyküsü (11 Yıl Yetmedi İçinde) İHD Ankara Şubesi Yayınları 5.
18. Soyer, A. (1993) Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Personelinin Temel Sorunları, TTB yayını.
19. Soyer, A. (1994a) "Sağlık Alanında Yatırım Teşvik Belgeleri (1980-1992) "Toplum ve Hekim Cil: 9 S: 62, Temmuz-Ağustos.
20. Soyer, A. (1994b) Sağlık Personelinin Hal-i Pür Melali, Yayınlanmamış Çalışma.
21. Şemin, S. (1994) "Sağlık Hizmetlerinde Artan Dışa Bağımlılık: Tıbbi İthalatın ve İhracatın Son Dönemdeki Gelişimi" Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Eylül 1994.
22. TTB (1992a) Sosyal Sigortalar Kurumu Raporu.
23. TTB (1992b) Sağlıkta Gündem: Herkes Eşit Fırsat mı? Serbest Piyasa Egemenliği mi?, Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı Değerlendirme Raporu.
24. TTB (1993) Türkiye Tıp Kataloğu.
25. The World Bank (1990) Strengthening Health Services in Developing Countries Through the Private Sector.
26. Tokat, M. (1993) Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
27. Yıldırım, S. (1994) Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, DPT Yayın No: 2350.