

**DERLEME****HİZMET TİCARETİ ANLAŞMASI'NIN (GATS)  
SAĞLIK ALANINA ETKİLERİ***Mehmet ÖZEN\****I. GİRİŞ**

Yirminci yüzyılda dünyada yaşanan hızlı şehirleşme, kamu sektörünün genişlemesi, tüketici hizmetlerine ve diğer sektörlerde girdi olarak kullanılan ara hizmetlere olan gereksinimi artırmıştır. Buna koşut olarak hizmet ticaretinin, dünya ticareti içindeki payı ile birlikte, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için önemi de artmaktadır. Tüm sektörlerde yeterli hizmet alt yapısına sahip olmak, ekonomide üretkenlik ve rekabette öne çıkmak için önemli bir üstünlük sağlamaktadır.

Günümüzde hizmet sektörleri dünya ticaretine ve istihdam olanakları yaratmaya diğer sektörlerden daha fazla katkı yapmaktadır. Gelecekte hizmet ticareti, dünya ekonomisinin belkemiği ve Avrupa Birliği'nin (AB) de önemli rekabet alanlarından biri olacaktır. Hizmetler sektörü piyasası dünyada en serbest olan AB, bu alanda dünya liderliğini elinde bulundurmaktadır. Bu yüzden AB'nin dünya çaplı hizmet ticaretinin daha da liberalleştirilmesi ve hizmetlerde global piyasa engellerinin ortadan kaldırılması için gerekli zemini hazırlaması gerekmektedir. AB, Hizmet Ticareti Genel Anlaşması'nı (GATS; **General Agreement on Trade in Services**) bu çerçevede değerlendirmektedir. Hizmet ticaretinin önündeki engellerin ortadan kaldırılması, gelişmekte olan dünya ülkelerinin hızlı bir şekilde sürece dahil edilmesi ve yeni sektörlerin de kapsanması gerekmektedir. Bu yüzden AB öncülüğünde "GATS 2000" süreci başlatılmıştır (**European Commission; 2001**).

Ekonomik büyüme için hizmet sektörleri üretim sektörlerinden daha önemli hale gelmiştir. AB için de hizmetler sektörü çok önemlidir. Hizmetler, AB Gayri Safi Milli Hasılası'nın (GSMH) 2/3'ünü oluşturmaktadır. AB'nin

toplam ihracatında hizmet sektörünün payı ise 1/4'tür. AB hizmet endüstrisi dünya hizmet endüstrisi ile rekabet edebilecek düzeyde olduğundan bu açığın çok hızlı bir biçimde kapatılması gerekmektedir. Diğer taraftan sağlıkla ilgili sektörlerin GSMH'dan aldığı paylar oldukça yüksektir. Örneğin bu oran OECD ülkelerinde %13'e ulaşmaktadır. Dolayısıyla sağlığın ekonomik büyüklükler içindeki payı göz ardı edilemeyecek düzeydedir (**Pollock, A.M., Price, D.; 2000: 1996**).

Sağlık hizmetlerinde ticaret potansiyeli son yıllarda artan bir hızla genişlemektedir. Daha verimli ve etkili iletişim sistemleri (örneğin; telediagnosis, teleanalysis, vb) ticaretteki uzaklığa bağlı engelleri azaltmaya yardımcı olmaktadır. Gelirin ve bilginin artması hasta hareketliliğini artırmakta, 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. GATS çerçevesinde sağlık hizmetlerinin muamele görmesi iki temel nedenle farklılaşmaktadır. Birincisi, uluslararası hizmet ticaretinde yaşanan genel sınırlılıklardır. İkincisi ise sağlık sektörüne özgün olan sınırlılıklardır. Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden farklılaştıran özellikleri ve piyasa başarısızlıkları vardır (**Adlung, R., Carzaniga, A.; 2001: 352-64**).

**II. ULUSLARARASI SAĞLIK POLİTİKALARINDA DEĞİŞİM**

Günümüzde kamu politikasında yeni bir dönem başlamıştır. Bu yeni dönem, ulusal ve uluslararası çıkarların,

\* Dr., S.B. Yozgat 1 Nolu AÇS-AP Merk. Aile Hekimliği Uzm.,  
TODAE Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

iç ve dış politikaların üst üste geldiği, bölgesel, yerel, ulusal ve uluslararası bağlamda yeni aktörlerin politika oluşturma ve uygulama sahnesine çıktığı bir dönemdir, özel sektör ve sivil toplum, güç dengelerinde daha fazla söz sahibi olmaya başlamıştır. Eskiden uluslararası arenada devletlerin çıkarlarını yine devletler kendileri sağlamaya çalışırlardı. Şimdi ise devletler çıkarlarını uluslararası arenada faaliyet gösteren uluslararası organizasyonlarla işbirliği yoluna giderek sağlamaya çalışmaktadırlar.

Uluslararası sağlık politikası, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1970'lerin sonlarında gündeme getirildi. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra kurulan DSÖ, ilk olarak hastalıkların kontrolü ve eradikasyonu üzerinde durmuş, evrensel bazlı bilgi sağlama ve teknik danışmanlık verme gibi işlevleri üstlenmiştir. Ancak DSÖ'nün bu fonksiyonları, 1970'lerin ortasında hem dünyanın içinde bulunduğu ortamdan kaynaklanan hem de DSÖ'nün kendi içerisindeki çeşitli nedenlerden dolayı değişime uğramıştır. 1980'lerin sonlarında dünya çok hızlı bir şekilde değişim sürecinin içine girmiştir. Dünyadaki ulusal sağlık sistemleri krize girmişler ve yeni sağlık problemleri ortaya çıkmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklarda bir azalma yaşanmış, maliyetler gittikçe yükselince kamunun sağlık hizmetlerindeki rolü sorgulanmaya başlanmış ve sağlık hizmetlerinde özel sektörden medet umulmaya başlanmıştır. İşte tam bu noktada Dünya Bankası (DB), prestijini, parasını ve gücünü kullanarak DSÖ'nün boşluğunu doldurmaya başlamıştır. Başlangıçta DB, kullanıcı katkıları, özelleştirme gibi daha radikal politika araçları ve söylemlerle uluslararası sağlık politikası arenasında etkili olmaya çalışırken, sonraları daha sosyalize olmuş söylemlerle bu etkiyi sürdürmeye çalışmıştır. 1990'lardan sonra ise dünyada görülen küreselleşme akımlarına paralel olarak DB ve Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) öncülüğünde global sağlık politikaları ön plana çıkmıştır.

Küresel ölçekte sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulanmaya çalışılmasının bir çok nedeni olabilir. Bunlardan bazıları şu şekilde ifade edilebilir:

1. Küreselleşme çerçevesinde artık bütün sektörlerle ilişkin politikalar global düzeyde ele alınmaktadır. Sağlığa ilişkin politikalar da bu sürecin bir parçası olmaktadır.

2. DB, IMF ve DTÖ gibi uluslararası kuruluşların bakış açılarının yansımaları ve GATS'ın gereği, tüm hizmet alanlarının global ticarete açılması söz konusudur.

3. GATS, çok geniş bir yelpazede sağlık hizmetlerini de kapsayacak biçimde tüm mal ve hizmetlere ilişkin "küreselleşmenin anayasası"nı ortaya koyan bir çerçeveye sahiptir.

4. Artık politikalar belirlenirken, uygulanırken ve denetlenirken temel referans kaynağı GATS olacaktır (Yıldırım, H.H., Yalçın, T.; 2001:554).

Sağlık ve ticaret, kadın hakları, fikri mülkiyet hakları,

gıda güvenliği ve yapısal uyum programları gibi global sorunlar artık global düzeyde -G8, Bretton Woods Kuruluşları, AB, global şirketler gibi- farklı aktörlerin işbirliğinde ortaya koyacakları global politika stratejileri ile şekillenecektir (Kickbusch, I.; 2000:980-5). Kamu hizmetlerinin (sağlık, eğitim, sosyal güvenlik, vb) deregülasyonu ve özelleştirilmesi GATS çerçevesinde yürütülen müzakerelerin ana temasını oluşturmaktadır. DTÖ, AB ve ABD, sadece OECD ülkelerinde kamu harcamaları içerisinde yıllık 13 milyar Dolar tutan sağlık ve eğitim gibi sektörlerde piyasaları genişletmek ve özel sektöre açmak için çok yoğun çabaların içine girmişlerdir. Bu müzakerelerin birinde Amerikalı bir temsilci aynen şunu ifade etmiştir: "Diğer ülkelerdeki kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi ABD'nin ekonomi politikasının bir parçasıdır" (aktaran: Yıldırım, H.H., Yalçın, T.; 2001:547). GATS görüşmelerinde ABD temsilcileri ülkelerindeki yatırımcıların, tarihsel olarak büyük ölçüde kamu sorumluluğunda olan diğer ülkelerin sağlık hizmetleri piyasalarına girmeleri için her türlü fırsatları değerlendirmektedirler. Gene ABD'nin bir temsilcisi bu toplantıların birinde; "ABD diğer ülkelerin sağlık ve sosyal hizmetlerini de kapsayan çok geniş bir yelpazede piyasa payı kaparak ticari olanaklar yaratmak ve bu alanlarda ticaret yaparak büyük paralar kazanmayı öngörmektedir" demiştir (Price, D. ve ark; 1999:1889).

### III. DÜNYA TİCARET ÖRGÜTÜ (World Trade Organization)

İkinci Dünya Savaşı sonrası ülkeler uluslararası ticaretin, hem kendi ekonomilerinin hem de dünya ekonomisinin kalkınmasında yadsınamaz önemini fark ederek, uluslararası ticareti çok taraflı kurallara bağlama gereksinimi duymuşlardır. 1947 yılında 23 ülkenin katılımıyla Ticaret ve Tarifeler Hakkında Genel Anlaşma (GATT) imzalanarak, 1948'de yürürlüğe girmiştir. II. Dünya Savaşı sonrasında uluslararası ticaret sisteminin kurumsal yapısı olarak oluşturulmaya çalışılan Uluslararası Ticaret Örgütü (International Trade Organization) hayata geçirilememiş, yerini, yeni bir örgütten ziyade bir anlaşma olan ve bir sekreteryasından başka kurumsal yapısı bulunmayan GATT'a bırakmıştır. GATT görüşmeleri ile uluslararası ticaret kurallarının kapsamı önemli ölçüde genişletilmiştir (Hazine Müsteşarlığı; 2001).

1980'lerin başında ekonomik durgunluğun neden olduğu ticaret ortamındaki bozulma, dünya ekonomisinin artan küreselleşmesi ve GATT sisteminde ortaya çıkan sorunlar, üyeleri çok taraflı sistemin güçlendirilip genişletilmesi gereğine inandırdı. Bunun sonunda Uruguay Konferansı (Uruguay Round) kararı alındı (aktaran: Yıldırım, H.H., Yalçın, T.; 2001:551).

Eylül 1986'da başlayan ve 15 Aralık 1993 tarihinde tamamlanan Uruguay Round müzakerelerinde hizmet ticaretinin önemi vurgulanmış, "hizmetler" sektörü uluslararası müzakere sürecine dahil edilmiştir. DTÖ, Uruguay Round müzakereleri sonucunda 15 Nisan 1994'te Marakeş'te imzalanan ve 1 Ocak 1995'te

yürürlüğe giren Nihai Senet içerisinde yer alan "Dünya Ticaret Örgütü Kuruluş Anlaşması" ile kurulmuştur. DTÖ Kuruluş Anlaşması, ekleriyle birlikte 29 yasal metinden oluşmaktadır. Bunların yanında 25 bildirim, karar ve mutabakat metninde DTÖ üyelerinin yükümlülükleri belirtilmektedir. DTÖ, üye ülkelerin hayat standartlarını ve gelirlerini yükseltmeyi, tam istihdama ulaşmayı, üretim ve ticareti yaygınlaştırmayı ve dünya kaynaklarının optimal kullanımını sağlamayı amaçlamaktadır. Gelişme yolundaki ülkelerin ve en az gelişmiş olanların, artan dünya ticareti içinde ekonomik kalkınma ihtiyaçları ile orantılı bir pay alabilmeleri için gerekli çalışmaların yapılması da DTÖ'nün hedefleri arasında bulunmaktadır (Hazine Müsteşarlığı; 2001).

#### IV. HİZMET TİCARETİ GENEL ANLAŞMASI (The General Agreement on Trade in Services)

Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS), DTÖ'yü kuran anlaşmanın ekinde yer alan anlaşmalardan biridir. GATS, uluslararası hizmet ticaretine ilişkin temel kavram, kural ve ilkeleri ortaya koyan ilk çok taraflı anlaşmadır. Türkiye'nin de kurucu üye olarak imza koyduğu ve 1 Ocak 1995 tarihinde yürürlüğe giren Nihai Senet 25 Şubat 1995 tarihinde TBMM'de onanmış ve 26 Mart 1995 itibarıyla ülkemizin DTÖ'ye üyeliği resmi olarak ilan edilmiştir. GATS'a taraf ülkelerin Uruguay Round çerçevesinde yaptıkları ikili ve çok taraflı müzakereler sonunda sunmuş oldukları hizmetler ticareti taahhüt listeleri ile derogasyon listeleri Anlaşma'nın ayrılmaz parçasını oluşturmaktadır. Üye ülkeler, taahhüt listeleri ile hizmet sektörlerinde yabancı hizmet üreticilerine uyguladıkları kısıtlamaları ve hizmet sektörlerindeki son durumlarını belirtmektedirler. Ayrıca üye ülkeler derogasyon listelerini hazırlayarak hizmet ticareti alanında belirli ülkelere verdikleri ayrıcalıkları Anlaşma'nın yürürlüğe girdiği tarihten (1995) itibaren en fazla on yıl boyunca diğer DTÖ üyesi ülkelere yaygınlaştırmaktan kurtulmaktadırlar.

Taahhüt listeleri, GATS'ın Pazara Giriş ve Milli Muamele başlıkları altında yapılan düzenlemeler esas alınarak düzenlenmektedir. Listeler asıl olarak iki kolon halinde, ek taahhütlerde bulunulmasının gerektiği hallerde üçüncü kolon açılarak yapılmaktadır: Her bir kolonda da dört mod (hizmet sunuş biçimi) esas alınarak ilgili hizmet sektörüne ilişkin açıklamalar yer almaktadır. Dörtlü mod gereğince listelenmesi gereken önlemler (ilgili her türlü mevzuat gereği izlenmesi gereken aşamalar, izin mekanizmaları ve uygulanan idari yöntemler) Taahhüt Listesi'nde yer alan sektör ve alt sektörlerin ilgili modlarında tekrar tekrar yazılması gereken türden ise bu tür tedbirler Taahhüt Listesi'nin başında genel kısıtlamalar (horizontal measures) olarak verilmektedir. Örneğin, yabancıların Türkiye'de hastane yatırımı yapabilmelerine ilişkin olarak, ilgili bölümde "Sağlık Bakanlığı'ndan (SB) izin alınması gerekmektedir" denilmektedir. Burada yazılmaması olmasına rağmen, yabancı yatırımcının şirket kurması ve/veya kurulu bir şirkete ortak olması için asgari 50.000 Dolar sermaye getirmesine ilişkin "genel" düzenleme geçerliliğini korumaktadır (Hazine Müsteşarlığı; 2001).

#### V. TÜRKİYE'DE GATS'IN SAĞLIK HİZMETLERİNE ETKİSİ

DTÖ'nün bir üyesi olan ve GATS'a taraf olan Türkiye'de müzakereler ve koordinasyon işlemleri Hazine Müsteşarlığı Banka ve Kambiyo Genel Müdürlüğü'nce (HMBKGM) yürütülmektedir. Taahhüt listelerinin hazırlanmasına ilişkin ulusal çalışmalar ve ikili müzakereler yaklaşık beş yıl sürmüştür. Bu süreçte sağlıktan ulaştırmaya, eğitimden mesleki hizmetlere kadar tüm hizmet dalları için HMBKGM koordinasyonunda yetkili kamu kurum ve kuruluşları ile ilgili meslek odalarının katkılarıyla Türkiye'nin taahhüt listeleri hazırlanarak DTÖ Sekreteryası'na sunulmuştur (Hazine Müsteşarlığı; 2001).

##### Türkiye'nin Taahhüt Listesi

Türkiye'nin GATS kapsamında sunmuş olduğu hizmetler taahhüt listesinin başında Genel Taahhütler yer almaktadır. Genel Taahhütler'in pazara giriş koşulları bölümünde, söz konusu taahhütlerin listedeki bütün dallar için geçerli olduğu belirtilmekte ve pazara giriş için gerekli koşullar ortaya konmaktadır. Ayrıca, hizmet ticaretine ilişkin olarak hangi gerçek kişilerin ülkeye girişi ve geçici süre kalışının serbest olduğu da yine bu bağlamda yer almıştır. Türkiye'nin taahhütte bulunduğu hizmet sektörleri Tablo1'de verilmiştir.

Türkiye'nin GATS kapsamında sunduğu hizmetler taahhüt listesi, gelişmekte olan ülkeler tarafından sunulan tekliflerin en kapsamlısı ve en ilerilerinden biri olup, bazı gelişmiş ülke teklifleri ile boy ölçüşecek niteliktedir. Türkiye'nin özel taahhütleri GATS'ın sektörel sınıflandırma listesinde yer alan 155 hizmet faaliyetinden 72'sine tekabül etmektedir. Listelenmeyen hizmetler için bir inceleme yapıldığında; mesleki hizmetlerde bazı hizmet dallarının Türk vatandaşlığına bırakılması nedeniyle (doktorluk, diş hekimliği, veterinerlik, hemşirelik gibi) taahhütte bulunulmamıştır (Hazine Müsteşarlığı; 2001).

Türkiye'nin taahhüt listesi dört sütundan oluşmaktadır. İlk sütunda, üstlenilen taahhütlerin hangi sektör ve alt sektörler için olduğu yer almakta, ikinci sütunda pazara giriş kısıtlamaları verilmekte, üçüncü sütunda milli muamele koşulları sıralanmakta, birkaç sektör için açılmış bulunan dördüncü sütunda ise ek taahhütler yer almaktadır. Türkiye'nin GATS kapsamında sunduğu Sağlıkla İlgili ve Sosyal Hizmetler alanında Türkiye'nin Derogasyon Listesi Tablo 2'de gösterilmiştir.

Türkiye-AB Ortaklık Konseyi'nin 11 Nisan 2000 tarihinde Lüksemburg'da gerçekleştirilen toplantısında, taraflar arasında hizmet ticaretinin ve kamu ihalelerinin serbestleştirilmesine yönelik müzakerelere eş zamanlı olarak başlanması yönünde alınan karar doğrultusunda, müzakere pozisyonunun belirlenmesi için 15 Şubat 2001 tarihinde çalışma programlarının tespitine yönelik olarak yapılan toplantıda oluşturulan toplantı takvimi çerçevesinde 22 Mart 2001'de DPT Müsteşarlığı'nda gerçekleştirilen "Sağlık, Sosyal Hizmetler ve Çevre Hizmetleri" Alt Komite toplantısına, TOBB Sağlık Sektör

Tablo 1. GATS ile Türkiye'nin taahhütte bulunduğu hizmet sektörleri

Taahhütte Bulunulan Hizmet Sektörü	İlgili Alt Sektör
1. Mesleki Hizmetler	Uzmanlık gerektiren hizmetler, Bilgisayar ve ilgili hizmetler Diğer mesleki hizmetler
2. Haberleşme Hizmetleri	Posta hizmetleri, Kurye hizmetleri Telekomünikasyon hizmetleri
3. Müteahhitlik ve Müh.-Mimarlık Hizmetleri	
4. Eğitim Hizmetleri	İlk, orta ve diğer öğretim hizmetleri Yüksek öğretim hizmetleri
5. Çevre Hizmetleri	Kanalizasyon hizmetleri Çöplerin kaldırılması hizmetler ağılık-Çevre ve benzeri hizmetler
6. Mali Hizmetler	Sigortacılık ve sigortacılık ile ilgili hizmetler Bankacılık ve diğer mali hizmetler
7. Sağlık ile İlgili ve Sosyal Hizmetler	Hastane hizmetleri
8. Turizm ve Seyahat ile İlgili Hizmetler	Oteller ve lokantalar Seyahat acenteleri ve tur operatörü hizm.
9. Ulaştırma Hizmetleri	Deniz taşımacılığı hizmetleri Hava taşımacılığı hizmetleri Demiryolu taşımacılığı hizmetleri Kara taşımacılığı hizmetleri

Tablo 2. Sağlıkla İlgili ve Sosyal Hizmetler alanında Türkiye'nin Derogasyon Listesi

Sektör-Alt Sektör	Hizmet Sunum Şekilleri	Pazara Giriş Koşulları	Milli Muamele Koşulları
Hastane hizmetleri	1) Sınır ötesi ticaret	Kapalı (Teknik imkansızlıklar nedeniyle)	Kısıtlama yok
	2) Yurtdışında tüketim	Kısıtlama yok	Kısıtlama yok
	3) Ticari varlık	Yabancılar, Sağlık Bakanlığı'nın izniyle özel hastane kurabilirler.	Kısıtlama yok
	4) Gerçek kişilerin varlığı	Kapalı	Kapalı

Kurulu Temsilcisi olarak katılarak, görüş bildirdiğini ifade eden Hasan Hüseyin Yıldırım; toplantıda sağlık sektörüne ilişkin olarak yapılan tespit ve önerileri şöyle özetlemektedir (Yıldırım, H.H., Yalçın, T.; 2001:556-8):

Sağlık sektöründe hizmet ticaretinin serbestleştirilebilmesi için öncelikli olarak Türkiye'nin AB sağlık sistemleri karşısındaki durumu hem makro hem de mikro ölçekte saptanmıştır. Buna göre aşağıdaki sonuçlar ortaya çıkmıştır:

#### Makro Ölçekte Durum Tespiti

1. Türkiye'nin sağlık sisteminde bilimsel normlara dayalı olarak oluşturulan ve uygulanan bir sağlık politikası ve planlaması yoktur.

2. Halihazırda, bilimsel normlar dışında oluşturulan sağlık politikası ve planlaması faaliyetleri çok başlılık arz etmektedir. Örneğin; SB, DPT, Maliye Bakanlığı, YÖK, SSK gibi kurum ve kuruluşların birbirleriyle olan koordinasyonları düşük düzeydedir.

3. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı çok başlıdır. Örneğin; SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart, özel sigortalar, döner sermaye, vd. Bu da finansman duplikasyonlarını ve israfı beraberinde getirmektedir. AB'de

ise sağlık hizmetleri finansmanı dayanışma (solidarity) ilkesi çerçevesinde ağırlıklı olarak ya vergi gelirlerine (örneğin İngiltere; Beveridge modeli) ya da sosyal sigorta sistemine (örneğin Almanya; Bismarc modeli) dayanmaktadır.

4. AB sağlık sistemlerinde "yeşil kart" uygulaması yoktur.

5. AB sağlık sistemlerinde sağlık güvencesi olmayan kimse yoktur ya da çok azdır. Türkiye nüfusunun yaklaşık olarak %25'i sağlık güvencesinden yoksundur. Ayrıca Türkiye'de eksik sigortalılık da söz konusudur.

6. AB sağlık sistemlerinde hastaların hizmet sunucusunu (hekim ya da hastane) seçme hakkı vardır, Türkiye'de ise yoktur.

7. AB sağlık sistemlerinde ilk basamak sağlık hizmeti sunucusu olarak genellikle "genel pratisyenler" vardır. Türkiye'de ise herkes bu hizmeti sunabilmektedir.

8. AB sağlık sistemlerinde ağırlıklı olarak sevk zinciri uygulaması söz konusudur. Türkiye'de ise uygulanmaz.

9. AB ülkeleri ortalama olarak GSMH'nin %7.7'sini sağlık hizmetlerine ayırırken bu oran Türkiye'de %4.2'dir (1999).

10. AB'de kişi başına sağlık harcaması 1418 Dolar iken, bu rakam Türkiye'de 223 Dolar'dır (1997).

11. AB'de 1998 yılı verilerine göre ortalama yaşam süresi 78 iken Türkiye'de 70'tir.

12. AB'de 1998 yılı verilerine göre bebek ölüm hızı binde 6 iken, Türkiye'de binde 45'tir.

13. AB ülkeleri sağlık reformlarını yaklaşık olarak 2-3 yılda gerçekleştirip sonuçlarını değerlendirme aşamasına geliyorlarken, Türkiye'de 1990'ların başında başlayan reform çalışmaları bir türlü uygulanma aşamasına gelmedi.

14. Türkiye'nin sağlık sistemi hekim ve tedavi hizmetleri merkezli bir yapılanma içindedir.

15. Sağlık sistemi ile ilgili mevzuat düzenlemeleri 1930'lara dayanmaktadır.

16. Kullanılan sağlık teknolojisi bir enkazdan ibarettir.

#### Mikro Ölçekte Durum Tespiti

1. Hastane hizmetlerinin alt yapısı oldukça yetersizdir.

2. Hastaneler profesyonel işletmecilik anlayışına uygun olarak yönetilmemektedir.

3. Hastanelerde yönetim ve görev ihmalleri söz konusudur.

4. Sağlık kurum ve kuruluşlarında kalite çalışmaları yetersizdir. Yapılanlar da göz boyamak için yapılmaktadır.

5. Hastane komisyonları yeterli ve fonksiyonel değildir.

6. AB hastanelerinde 100'ün üzerinde kadro başlığı varken Türkiye'de ise bu sayı 80'dir.

7. Türkiye'de profesyonel meslek sigortası (malpraktis) yoktur.

8. Özel Hastaneler Tüzüğü güncel değildir.

9. Birçok sağlık mesleğinin birlikleri yoktur.

10. Acil sağlık hizmetleri yetersizdir.

11. Denetim mekanizmaları yetersizdir.

12. Özel sektör hastaneleri AB hastaneleri ile rekabet edebilecek düzeyde iken kamu hastaneleri için aynı şeyi söylemek mümkün değildir.

13. Özellikle hekim dışı sağlık personelinde yabancı dil problemi vardır.

14. Diploma denklik problemi vardır.

#### Öneriler

Türkiye-AB Ortaklık Konseyi'nin Lüksemburg toplantısında yukarıdaki durum tespiti çerçevesinde aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Gerek makro ve gerekse de mikro ölçekte yasal alt yapının hazırlanması gerekir. Mevzuat uyumlaştırma çalışmaları bir an önce bitirilmeli ve fonksiyonel hale getirilmelidir.

2. Sağlık kurumlarının organizasyon yapıları işletmecilik anlayışına dayalı olarak yeniden düzenlenmelidir.

3. Temel sağlık hizmetleri merkezli bir sağlık sistemi yeniden şekillendirilmelidir.

4. Sağlık reformları AB'ye entegrasyon çerçevesinde yeniden gözden geçirilmeli ve bir an önce uygulanmalı ve sonuçları değerlendirilmelidir.

5. Acil sağlık hizmetlerinin yeniden şekillendirilmesi gerekir.

6. Profesyonel meslek sigortası (malpraktis) mevzuatının bir an önce çıkarılması gerekir.

7. Sektörler arası işbirliğinin koordineli bir biçimde yerine getirilmesi gerekir.

8. Müzakere pozisyonu süresince sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmet alanlarından farklı olduğu gerçeği unutulmamalıdır. Bu gerçek doğrultusunda müzakereler yürütülmelidir.

9. Yukarıda gerek makro ve gerekse de mikro bağlamdaki durum tespitleri çerçevesinde ortaya konulan problemlerin çözülmesi ve sağlık hizmet ticaretinin karşılıklı olarak serbestleştirilmesi için Türkiye açısından 8-10 yıllık bir süreye ihtiyaç vardır.

10. Türkiye'nin bilimsel temele dayalı bir sağlık politikası olmalıdır.

11. Birlikleri olmayan sağlık mesleklerinin bir an önce birliklerini kurmaları gerekir.

12. Sağlık politikalarının yeniden şekillenmesi gerekir.

13. Sağlık sistemi içerisinde rollerin doğru bir şekilde tanımlanması ve yerine getirilmesi gerekir.

14. Doğru insanların, doğru yerde ve doğru karışımda bulundurulması gerekir.

15. Hastane komisyonlarının yeterli ve fonksiyonel hale getirilmesi gerekir.

16. Özel Hastaneler Tüzüğü'nün güncelleştirilmesi ve fonksiyonel hale getirilmesi gerekir.

17. Sağlık hizmetlerinde talebin finansmanı dayanışma ve hakkaniyet ilkesi çerçevesinde çözülemediği sürece sağlık hizmetlerinin karşılıklı ticarete açılması bir felaket olabilir.

18. Türkiye gibi gelişmekte olan bir ülke; mevcut olanakları ile tüm vatandaşlarına sağlık hizmetlerini hakkaniyet ilkesi çerçevesinde sağlayamıyorsa, sağlık hizmetlerini uluslararası ticarete açtığı zaman bu hakkaniyetsizlik daha da derinleşebilecektir.

## VI. GATS'IN SAĞLIK ALANINDA UYGULANMASINA YÖNELİK ELEŞTİRİLER

GATS rejiminden çıkarı olan kurumsal hizmet sağlayıcıları, ticari varlıklarını küresel anlamda büyütme ve kamu hizmetlerini tüm dünyada özel piyasalara çevirme konusunda son derece kararlı görünmektedirler. Sağlık sektörünün dünya çapında 3.5 trilyon Dolar pazara sahip olduğu bilinmektedir. Dünyanın en büyük kar-amaçlı hastaneler zinciri, Amerikan orijinli HCA/Columbia şirketinin yönetim kurulu başkanı sağlık alanının hava yolu ulaşımı ticareti ya da sıhhi yatak üretimi şirketlerinden farklı bir ticaret olmadığını belirterek, Amerika'da kalan son kamu hastanelerini de yıkmayı, yok etmeyi amaçlamaktadır (MAI ve Küreselleşme Karşısı Çalışma Grubu; 2001a).

### ABD'li Sağlık Şirketlerinin Sağlığın Özelleştirilmesi Çalışmaları hakkında bir değerlendirme:

AB ülkelerinde sağlığın özelleştirilmesi için çalışma yapan sivil hizmet mensuplarının sayısı birkaç düzineyi geçmezken, ABD bu konuyla yüzlerce uzmanını görevlendirmiş, tüm hizmet alanlarında tamamı ile serbest piyasa ekonomisine geçmek için bıçaklarını bilemektedir. Avrupa kıtasının sağlık hizmetlerinin neredeyse tümü ile devletlerin elinde bulunması, bu alanı öncelikli hedef haline getiriyor. Kitadaki yaşlı nüfusun giderek artıyor olması ve yaşlıların sağlık hizmetine duyduğu ihtiyacın sağlık maliyetlerini yukarıya çekmesi ulusötesi hizmet tükellerinin iştahını daha da kabartıyor.

ABD Hizmetler Sektörü Koalisyonu ise, sağlık piyasalarının ABD'li sağlık tacirlerine açılması yönünde yürütülecek müzakerelerin sonuç vereceğinden emin görünüyor. ABD'nin Özel Ticaret Temsilcisi Charlene Barshefsky; "Ne yazık ki sağlık sektörü şimdiye dek çoğunlukla kamunun sorumluluk alanındaydı. Bu durum ABD'li sağlık tacirlerinin yabancı piyasalarına girişinde sıkıntı yaratıyordu. Fakat şimdi WTO bir çıkış yolu aralıyor" diyor, ve "Sağlık alanında çalışan uzmanlara verilecek lisanslardaki kısıtlayıcı uygulamaların kaldırılması ve özel hizmetleri artıran yeni düzenlemelere gidilmesini umduklarını" belirtiyor. Barshefsky, katıldığı müzakerelerde tümü ile özelleştirme ve serbest rekabet yanlısı bir tutum sergilerken bir yandan da tüm sağlık hizmetlerinin sınır ötesi gerçekleştirilmesine olanak tanıyan düzenlemelerin getirilmesi ve bu alanda çoğunlukla yabancı sermaye tarafından hizmet verilmesini savunuyor. Hatta işi iyice sağlama almak ve yabancı yatırımcıların ulus devletler tarafından sağlanan sağlık hizmetlerine el atabilmesi için bu hususun "government procurement" adı ile bilinen ve hükümetler tarafından gerçekleştirilen tüm satın almalar, satışlar ve hizmetlerin özelleştirilmesini kapsayan anlaşmada da yer almasını istiyor.

IMF ve DB'nin son 20-25 yıldan beri yapısal uyarılama programları üzerinden yoksul güney ülkelerine adeta zorla uygulattığı politikalar bu ülkelerde kamu hizmetlerinin önemli ölçüde çökmesine yol açmış ve eğitim, sağlık, su

gibi temel gereksinim ve hizmetler çok uluslu şirketlerin kar hedeflerine kurban edilmiştir. Önerilen GATS 2000 hükümlerine bağlı olarak, gelişmekte olan ülkelerdeki bu temel hizmetler tamamen yok edilecek, dünya piyasaları kuzeyleli ulus ötesi şirketlerin tekeline terk edilecektir (MAI ve Küreselleşme Karşısı Çalışma Grubu; 1999).

### GATS Uluslararası Sempozyumu Sonuç Bildirgesi:

23-24 Haziran 2001 tarihlerinde MAI ve Küreselleşme Karşısı Çalışma Grubu'nun düzenlediği; DİSK, Türk-İş, Hak-İş, KESK, TTB, TMMOB ve birçok demokratik kitle örgütünün yanı sıra yurtdışından temsilcilerin katılımıyla İstanbul'da gerçekleştirilen GATS Uluslararası Sempozyumu'nda "Hizmet Ticareti Anlaşması" bütünü boyutlarıyla tartışıldı.

TTB temsilcisi Onur Hamzaoğlu özetle aşağıdaki görüşlerini aktardı: "GATS'la tüm hizmet alanlarının serbest piyasaya açılmasıyla emperyalistler kendilerine standart getirdi. GATS ile yapılmak istenen özelleştirmelerdir. Özelleştirme; mülkiyet dışında hizmet üretimi ile hizmetin sunumu/arzi boyutlarında ülkemizde özellikle sağlık sektöründe 15 yılı aşkın süredir gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Bu anlaşma 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 metasızlaştırılmış alandan, piyasaya, dolayısıyla metalaştırılmış alana çekilmesinin önündeki ulusal hukuk/mevzuatlardaki engeller kaldırılmak isteniyor. Bu anlaşma ile sektörde varolmak isteyen ulusal burjuvazinin uluslararası hastane ve sigortacılık şirketleri ile küçük paylı sözde ortaklıkları artacaktır. Esasında sektör uluslararası pazara açılmak istemektedir. Bugüne kadar kamu kaynakları, özel hastaneler, görüntüleme merkezleri, vb aracılığı ile ulusal burjuvaziye aktarılıyor iken, bundan sonra bunun büyük kısmına uluslararası tekeller el koyacaktır. Bu anlaşma ile sağlık kuruluşları işletmeleştirilecek, bu da maliyeti artıracak, tekelci yapı ve ilişkileri ortaya çıkaracak ve sağlık çalışanları arasında rekabet yaratacaktır. Özelleştirmelere karşı kamulaştırmaların kitlesel olarak talep edilmesi gerekir. Sağlık sektöründe finansman ile hizmet üretiminin bölünmemesi, sağlık hizmetleri finansmanının doğrudan vergilerle oluşturulan genel bütçeden sağlanması ve merkezi planlamanın korunup işlevselleştirilmesi gerekir." En temel insan hakları olan, sağlık hizmeti alma, sağlıklı beslenme, eğitim hakkı, sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı, özgün kültürlerin yaşanması hakkı gibi haklar, metalaştırılmakta ve alınıp-satılır hale getirilmektedir. Büyük marketler zincirleri ile, denetlenmesi mümkün olmayan, sağlıksız ürünlerin (deli dana, şap hastalığı, hormonlu et üretimi, hormonlu ve genetik yapısı bozulmuş sebze-meyve, vb) tüketimi topluma dayatılacak, yaratılan beslenme kültürü ile gelecek kuşakların sağlıklı gelişimi engellenecek ve yerel, bölgesel, ulusal kültürlerin yok oluşu hızlanacaktır.

DB üst düzey yönetimi ise sosyal güvenlik sistemlerinin özelleştirilmesinin en önemli gerekçesini, mevcut sistemlerin tümüyle dayanışma endeksli olması ve bu dayanışma anlayışının tez elden terk edilmesi gerekliliğine bağlayarak sistemin hedefini açıkça ortaya koymaktan çekinmiyor. Kamu hizmeti tanımının tamamen kaldırılması hedefleniyor. Bu durum devlet hastaneleri ve parasız sağlık hizmeti, tarıma verilen desteklemeler ve vergi konularını da kapsıyor (MAI ve Küreselleşme Karşıtı Çalışma Grubu; 2001b)..

## VII. SONUÇ

Sağlık hizmetleri ve ilişkili piyasalar diğer piyasalar gibi değildir. Sağlık hizmetleri ile ilişkili mal ve hizmetler diğer mal ve hizmetler ile aynı kurallar çerçevesinde ticari faaliyete konu olamazlar. Bu husus son derece önemlidir ve GATS çerçevesinde yapılan ticari görüşmelerde göz önünde bulundurulmalıdır. Avrupa'nın genel çıkarları açısından düzgün bir şekilde işleyen sağlık sistemlerinin varlığı, sağlık ve sağlık hizmetleri ilişkili sektörel çıkarlardan daha önemlidir. Uluslararası hizmet ticareti görüşmelerinin sağlık hizmetleri üzerine doğrudan etkileri söz konusudur. Diğer taraftan diğer 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 doğurabilir. Hizmet ticaretinin serbestleştirilmesine yönelik taraflar arasında ya da ülkeler içinde yapılan görüşmelerde sağlık hizmetlerinin diğer hizmet sektörlerinden olan temel farklılıkları göz önünde bulundurulmamakta, onlarla aynı kefeye konulmaktadır (Koivusalo, M.; 2000:1).

Sağlık, herkes için doğuştan kazanılmış ve vazgeçilmez bir haktır. Dünyadaki pek çok devlet bu hakkın ulaşılabiliğini ve kullanılabilirliğini tüm topluma yaymak amacıyla sağlık hizmetlerinin sunumunu kamu finansmanı ile yapmaktadır. 1980'den itibaren Türkiye'de ekonomik politik tercihler ile uyumlu olarak devletçi sağlık politikaları yerini özelleştirme uygulamalarına bırakmıştır. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi son üç Beş Yıllık Kalkınma Planları'nın tümünde temel strateji olarak benimsenmiş ve 1990'ların başında da SB'nin teknik düzeyde de üzerinde çalışmaya başladığı bir proje durumunu almıştır.

DTÖ'nün önderliğinde, GATS ile ülkelerin kamu hizmetlerinin dış yatırımlara ve piyasalara açılması öngörülmektedir. Bu çerçevede ülkelerin kamu hizmetlerini karşılıklı serbestleştirilmesi için bir dizi yapısal reformların gerçekleştirilmesi ve bu yapısal dönüşümlerin temel referans kaynağının da uluslararası ticaret hukukunun olması gerektiği belirtilmektedir. Bu girişim küreselleşme çerçevesinde uluslararası bir aktör olan DTÖ'nün yukarıdan aşağıya bir yaklaşımla sağlık sistemlerini özelleştirme girişiminden başka bir şey değildir.

Global bağlamda sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi daha önce de sağlık reformları adı altında DB tarafından 1990'ların başından itibaren gündeme getirilmiş ve sağlık projeleri adı altında özellikle gelişmekte olan ülkelere dayatılmış ve başarısızlıkla sonuçlanmıştır. En belirgin örneği Türkiye'de sağlık reformları 1990'ların başında DB'nin güdümünde başlamış ancak 10 yılı aşkın bir süre geçmesine karşın sağlık reformları bir türlü gerçekleştirilememiştir. Ancak Türkiye bu sağlık reformları yüzünden yüz milyonlarca Dolar borcun altına girmiştir. Şimdi aynı senaryo başka bir aktör olan DTÖ tarafından daha radikal bir biçimde yazılıp uygulanmaya çalışılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlerden farklı olduğu ve sağlık hizmetlerinde amacın sadece verimliliğe endekslenemeyeceği, hakkaniyetin de bir amaç olarak gözetilmesi gerektiği unutulmamalıdır. 21. yüzyılda sağlık sistemleri, sağlık politikaları küreselleşme sürecinin dinamikleri doğrultusunda; daha önce hiç olmadığı kadar daha liberal, daha global, daha ticari, daha özelleştirilmiş, biyoteknoloji ve genetik bilimi sayesinde yeni açılımlara gebe görülmektedir.

## KAYNAKLAR

Aldung, R. ve Carzaniga, A. (2001), "Health Services Under the General Agreement on Trade in Services". Bulletin of the World Health Organization, 79(4):352-64.

European Commission. (2001), "Trade in Services: EC Approach to Services", www.europa.eu.int (05.01.2002 tarihli erişim).

Hazine Müsteşarlığı. (2001), "Hizmet Ticareti Genel Anlaşması", www.hazine.gov.tr (27.12.2001 tarihli erişim). Kickbusch I. (2000), "The Development of International Health Policies: Accountability Intact" Social Science and Medicine, 51:980-5.

Koivusalo, M. (2000), "European Commission Consultation on Trade and Health", European Health Management Association (EHMA), June 2000:1.

MAI ve Küreselleşme Karşıtı Çalışma Grubu. (1999), "ABD'li Sağlık Şirketlerinin Sağlığın Özelleştirilmesi Çalışmaları", Bülten IV, 28 Temmuz 1999, www.antimai.org (27.12.2001 tarihli erişim).

MAI ve Küreselleşme Karşıtı Çalışma Grubu. (2001a), "GATS Saldırısı Derhal Durdurulmak Zorunda", 11.03.2001 tarihli bildiri, www.antimai.org (27.12.2001 tarihli erişim).

MAI ve Küreselleşme Karşıtı Çalışma Grubu. (2001b), "Uluslararası GATS Sempozyumu Sonuç Bildirgesi, İstanbul, 23-24 Haziran 2001, www.antimai.org (27.12.2001 tarihli erişim).

Pollock, AM ve Price, D. (2000), "Rewriting the regulations: How the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health-care systems?", The Lancet, 356:1995-2000.

Price, D. ve ark. (1999), "How the World Trade Organization is Shaping Domestic Policies in Health Care", The Lancet, 354:1889-92.

Yıldırım, HH ve Yalçın, T. (2001), "Küreselleşme ve Uluslararası Ticaret: Uluslararası Sağlık Politikasında Değişen Dinamikler", 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İstanbul, 27-28 Eylül 2001: 544-60.