

Kapitalizmin Ekonomi Politikası Çerçevesinde Sağlıkta Finansman Sorunu

Dr. İlker Belek, Dr. Erhan Nalçacı, Dr. Onur Hamzaoğlu

VAROLAN TARTIŞMA ORTAMI:

Şu günlerde Türkiye'de sağlık hizmetleri dikkati çeker gündem maddelerinden birisi konumunda. Özel olarak belirtmek gerekirse, hizmetin finansman boyutu ağırlıklı biçimde tartışılmakta. Bunda özellikle son 12 yıldır herşeyin parayla ölçülür duruma gelmiş bulunmasının ve ilintili olarak sosyal refahçı devlet anlayışının "eskimiş" olmasının önemli payı olduğunu sanıyoruz.

Bu yazı kapitalist üretim örgütlenmesi içinde sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili tartışmalara katkı ve eleştiri niteliğindedir. Ancak herşeyden önce konuyu tanımlamaya ve anlamaya yönelik bir çabadır.

Dolayısıyla, öncelikle süregelen tartışmaların içeriğini belirlemekte yarar olacaktır.

İzlenebildiği kadarıyla finansman tartışmaları başlıca iki noktada toplanmaktadır:

1- Kamu Finansmanı-Özel Finansman :

Bu tartışma 1970'lerin sonlarından itibaren sağlık gibi sosyal alanlarda kamu harcamalarının azaltılması gerektiği yönünde ortaya çıkan bir eğilimde somutlanmaktadır. Sözü edilen eğilimin tüm dünyaya yaygın olduğu görülmektedir. Bu eğilimin karşısında yer alan görüş ise sağlık hizmetlerinde kamu finansmanını savunan çizgidir. Bu ikinci görüşün giderek azalmakta olan bir taraftar kitlesine sahip olduğu hemen belirtilebilir.

2- Genel Sağlık Sigortası:

GSS şimdilerde sağlıkla ilgili gündemin temel noktası görünümündedir. Yıllardır Sağlık Bakanlığı bütçesinin % 3'ler sınırını "aş(a)mıyor" oluşu finansman konusundaki "yeni" yönelimleri uyarıcı olmuştur. Bu "yeni" yönelimler içinde artık tek telifli edileni kamu sigortacılığı olarak düşünülen GSS'dir. Konuyla ilgili tavırlar başlıca üç noktada toplanmaktadır:

a) "Evet"çiler: Yıllardır Sağlık Bakanlığı bütçesinin yetersizliğini, çözümlenmesi olanaksız ve ke-

sinlikle başka seçenekleri düşünmeyi gerektiren mutlak bir veri olarak kabul edenlerin sistem içi varyasyonları, bu seçeneğin GSS olduğu görüşündedirler. Sağlık Bakanlığı GSS yönelimli tavrın örgütleyicisi olup, sözü edilen görüşten yana epey de prim toplamış durumdadır.

b) "Hayır"çılar: Konunun, "Uygulamadaki zorluklar, tedavi edici hizmetlerin önceleneceği vb." gibi daha çok görüntüsel yanlarını işleyerek "hayır" diyenlerin tavrı bu başlık altında toplanabilir. Bizim bilgimiz dahilinde olan bu yöntemle hazırlanmış birkaç rapor bulunmaktadır ve belirlenen çerçevede tamamen haklı tespitlere dayanan bu raporların incelenmesi yararlı olacaktır^(1,2,3).

c) Tabip Odaları ve Türk Tabipleri Birliği içinde yeni yeni gelişmekte olan tavrı: Şimdiye kadar hekim örgütlerinin konuyla ilgili egemen tavrı, yukarıda özetlenen "Hayır"çılar kapsamında değerlendirilmeye uygundu. Ancak son zamanlarda, belki şu anda örgütü bağlayıcı nitelikte olmasa da, örgüt içinde aktif konumda bulunan kişilerce terennüm edilmeye başlanan değişik bir görüş dikkati çekiyor. Daha çok, Bakanlık kaynaklı GSS ve monetarist sağlık anlayışı propagandaları karşısında tutunamamanın sonucu olarak ortaya çıktığı izlenimini veren bu tavrı şöyle belirlenebilir: "Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında gerçekten sorun vardır. Ne şekilde olursa olsun yeterli düzeyde finans kaynağının yaratılması hükümetlerin görevidir. Burada sınırlayıcı ve hekim örgütünü ilgilendiren tek nokta hekimlerin haklarının zedelenmesi olacaktır. Kısaca, hekim haklarını zedelemeyecek şekilde uygulanması başarılabilecekse GSS'ye 'Evet' denilebilir ya da GSS uygulaması sırasında hekim örgütü meslektaşlarının haklarının sıkı takipçisi ve belirecek bir zedeleme durumunda tavrı koyucu olacaktır." Kanımızca bu tavrı, şimdiye kadar izlenegelmiş olan "Herkes Eşit Sağlık Hizmeti" anlayışı yönünde yürütülmüş mücadelenin içeriğini (en azından sınırlayıcı ve hekimlerin haklarını içinde buldukları toplumsal koşullar bütününden koparan, onun yerine (bilincinde olunsun ya da olunmasın) soyut bir "Hekim Hakkı" anlayışı-

nı ikame etmeye yönelik nitelik taşımaktadır. Öte yandan bu öneri aynı zamanda önemli oranda bir belirsizlik öngörüsünü de içermektedir. Oysa, kamımızca GSS'nin ne getirip ne götüreceği önceden belirlenebilir ve yine önceden kişilikli, belirgin netleşmelere gidilebilir. Bu bağlamdaki görüşlerimizi çok kısıtlı bir kapsamda ve çok kabaca da olsa daha önceden açıklamış olduğumuz için ⁽⁴⁾ burada daha fazla oranda üzerinde durmamanın uygun olacağı görüşündeyiz.

Bunun yerine asıl yapmak istediğimiz tüm bu karışıklık ve belirsizlik ortamında sağlıkta finansman modellerini ve GSS'yi ekonomik, siyasal, toplumsal ve tarihsel bir kategori olarak tanımlamaya çalışmak olacaktır. Görüşlerin bilimsel zemine oturmasının ancak böylece mümkün olabileceği inancındayız. Bu ise, kapitalist sistemdeki sağlık ve sağlık hizmetleri anlayışının kısaca da olsa irdelenmesini gerektiriyor.

KAPİTALİZMDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN EKONOMİPOLİTİK TEMEL ÖZELLİKLERİ

1- Üretimin Meta Karakteri ve Sağlık

Kapitalist Üretim meta karakteri taşır. Meta üretiminin tek güdüleyicisi daha fazla kâr elde etme istek ve olasılığıdır. Üretimin kârla tanımlı olan bu niteliği, yatırılan toplam sermayenin olabildiğince düşük tutulmasını ve buna karşın çalışanın emeğinin ücret ya da maaş olarak ödenmeyen karşılığı olan artı-değerin maksimize edilmesini gerektirir.

Bu ise üç anlama gelmektedir: a) Emekgücü sahibi insanın mümkün olduğunca uzun zaman çalıştırılması, b) Birim zamanda daha üretken kılınması, yani emek verimliliğinin artırılması, c) Ücretin olabildiğince düşük tutulması, d) Kullanılan hammaddelerin çeşitli mekanizmalarla ucuzlatılması.

Kısaca, kapitalist üretimde üretimi insan daha uzun süre, daha yoğun, üretken ve olabildiğince az ücretle çalıştırılmalıdır. Aksi durumda kâr edilmez ve sonuçta üretimi sürdürmeye gerek kalmaz.

Yukarıda tanımlanan dinamikten anlaşılabilceği gibi kapitalist meta üretimi ile toplumun çalışan sınıflarının sağlık durumları arasında uzlaşmaz bir çelişki vardır.

2- Emek-Gücünün Meta Karakteri ve Sağlık

Emek-gücünün değeri de diğer metalarınki gibi hesaplanır. Üretimi insanın ertesi gün işbaşı yapabilmesi için gerekli herşey onun emek-gücünün değerini oluşturur. Bu anlamda yiyecek, içecek, barınma, beslenme vb.. gibi tüm gereksinimler için gerekli olan tüketim maddelerinin değeri emek-gücünün değerinin, bileşenleridir.

Öte yandan çalışan insanın, yapılan iş ve entelektüel düzey ile belirli olan, sosyal ve kültürel bazı gereksinimleri de vardır. Dolayısıyla emek-gücünün değerinin tarihsel ve moral bir bileşeni de bulunmaktadır.

Benzer şekilde, yaşamın idamesi açısından belli düzeyde bir sağlık hizmeti de gerekmektedir. Sağlık hizmeti işçinin üretimi kapasitesinin tamamlayıcı bileşenidir. Optimum düzeyde üretkenlik için belli düzeyde fizik ve mental sağlık gereklidir. Çünkü bu düzeyin altında beklenen üretkenliği tutturmak olanaksızdır. Kısaca, sağlık hizmetinin boyutunu belirleyen üretimin gereksindiği emekgücü niteliğidir. İşte bu yüzden, ücretin içinde çalışanın ertesi gün işbaşı yaptıracak kadar sağlık hizmetine ulaşmasını sağlayacak bir pay da olmak zorundadır. Ücretin bu kısmına Sosyal Ücret (Social Wage) denilmektedir⁽⁵⁾.

Bu anlamda Kelman'ın sağlık "İşçilerin Kapital birikim sürecindeki uygun toplumsal rollerini başarmaları kapasitesidir" şeklindeki tanımı ilginçtir⁽⁵⁾.

Sonuçta, çeşitli toplumsal-tarihsel koşullarda belirlenen ücretin içindeki sosyal bileşenin gerçekleşmesi birkaç biçimde olabilir: a) Doğrudan doğruya ücretin içine yedirilebilir. Bu durumda sağlık hizmeti için yapılacak tüm ödemeler doğrudan çalışan insan tarafından üstlenilecektir. Ücretli ve maaşlılardan yapılan sigorta prim kesintileri, hizmetin satın alınması sırasında yapılan cepten ödemeler bu kapsam içinde değerlendirilebilir. b) Emekgücünü istihdam eden kişi veya kurum tarafından ücret dışı ayrı bir kalem olarak ödenebilir. Sigorta primleri içindeki patron ödentileri bu kapsamdadır. c) Genel bütçe içinden yapılacak ödemeler şeklinde olabilir. Bütçenin ne şekilde oluşturulduğu konusu bir yana, bu uygulama da sonuçta ücretin sosyal bileşeninin kamu sektörü içinde yer alan devlet eliyle karşılanması demektir. Devlet bütçesinin çok önemli oranda çalışanların dolaylı vergilendirilmesi yoluyla oluşturulduğu dikkate alınırsa, bu finansman biçiminin de aslında ilk maddede yaptığımız değerlendirme içine alınmasının uygun olacağı düşünülebilir.

3- Kapitalizm ve Emekçi Sınıflar İçin Asgari Sağlık Hizmeti

Sonuçta, kapitalist üretimin gelişkinlik düzeyi ve bu üretimin gerektirdiği emek-gücünün niteliği sunulan sağlık hizmetinin belirleyicileridirler. Ülkeler ve bölgeler arası sağlık hizmeti örgütlülüğündeki farklılıklar bundandır. Dolayısıyla, sanayi bölgelerinde daha iyi standardize edilmiş asgari düzeyde bir sağlık örgütlenmesinin olması da kaçınılmazdır.

İzlenebildiği kadarıyla, bu asgari sağlık hizmetinin başlıca bileşenleri acil ve ayaktan tedavi edici sağlık hizmetleri ile kişiye yönelik koruyucu hizmetlerdir. Bu tip örgütlenmenin üstlenicisi hemen

tamamen devlet olmakta ve genel bütçe ya da (az oranda olsa da) diğer kamu kaynaklarından (kamu sigortacılığı biçiminde) finanse edilmektedir. Kısaca kapitalist devlet, emekgücünün sağlığını idame ettirmeye yönelik asgari hizmeti kendisi üstlenmiş durumdadır. Bizim asgari sağlık hizmeti dediğimiz şeyin halk sağlığı literatüründeki karşılığı Temel Sağlık Hizmetleri'dir.

4 - Sağlık Hizmetinin Eşitsiz Niteliği

Tüm Kapitalist ülkelerde (bu arada 1970'lerin ortalarından başlayarak İngiltere'de de) özel sağlık hizmetlerinin giderek ağırlıklı bir yer aldığı gözlenmektedir. Asgari düzeyde ve finansmanı kamu kaynaklarından sağlanan, standardize edilmiş bir hizmet ağı olmakla birlikte, bunun yanında, gelişkinlik düzeyi ülkeden ülkeye farklılık gösterebilen ve giderek tekelleşen bir sağlık pazarı da yer almaktadır. 1978'de sayıları 16 olan Çok Uluslu Hastane Şirketleri'nin sayısı 1985'de 121'e ulaşmıştır ve bunların içinde 4 Amerikan şirketi ilk sıralardadır⁽⁶⁾.

Böylece kapitalist sistemde farklı düzeylerde sağlık hizmeti standardizasyonun yapıldığı söylenebilir. Bunlardan en alt düzeyde olanı kamu eliyle gerçekleştirilendir. Özel sektörde sunulan hizmet ise birkaç düzeyde olabilir, bu anlamda da toplumun farklı sınıflarına seslenir niteliktedir. Toplumun çalışan sınıfları için çeşitli biçimlerde kamu hizmeti söz konusu iken, parasını karşılamak koşuluyla özel sektörün değişik kurumlarından yararlanmak da olasıdır. Böylece sağlık hizmetleri açısından farklı sınıflar için farklı standartların bulunduğu belirtilebilir. Her standart düzey kendi içinde kabaca eşit, ancak farklı standartlar kendi aralarında eşitsizdirler. Kısaca, toplumun eşitsiz sınıfları için eşitsiz sağlık hizmeti örgütlenmesi söz konusudur ya da kapitalist bir ülkede "Herkes Eşit Sağlık Hizmeti", "Herkes Sağlık" gibi sloganların realize olabilmeleri mümkün değildir. Ancak belli bir toplumsal sınıfı, belli düzeyde bir sağlık hizmeti açısından eşitlemek mümkün olabilir. Eşitsizlikler (metropol tipteki kapitalist ülkeler dikkate alındığında) daha belirgin biçimde tedavi edici sağlık hizmetleri yönünden ortaya çıkmaktadır. Çünkü bunlar, özellikle ikinci basamaktan itibaren daha çok oranda özel sektöre bırakılmış durumdadır.

ARA SONUÇLAR

Şimdiye kadar kapitalist sağlık hizmetleri bağlamında söylediklerimizi, herbirisi üzerinde daha verili şeyler söyleyebilmenin mümkün olduğu kaydıyla özel olarak düşerek şu şekilde toparlayabiliriz:

1- Kapitalizm ile insan sağlığı arasında öz itibarıyla uzlaşmaz bir çelişki olmakla birlikte, sistemin kâr mantığına tabi olan bir sağlık hizmeti anlayışı vardır, olmak zorundadır. Özellikle işçi sağlığıyla

ilgili çalışmalarda gözlenen ve "kapitalizm işçi sağlığına yatırım yapmaz" biçiminde somutlanan yaklaşımların bu nedenle kabadır. Çünkü kapitalizm çalışanların sağlığına yatırım yapar, hatta geliştirmeyi gözler. Tek bir koşulla: Bu yatırımların üretkenliği artıracaklarını öngördüğünde.

2 - Kapitalizmde tüm toplum için eşit sağlık hizmetini yaşama geçirebilmek olanaksızdır. Temel Sağlık Hizmeti toplumun çalışan sınıfları için örgütlenen asgari sağlık hizmetlerine verilen addır. Finansmanı ağırlıklı olarak (sigorta sistemi de içinde olmak üzere) kamu kaynaklarından sağlanmaktadır. Ya da tersinden söylersek, kamunun finanse ettiği eninde sonunda asgari düzeydeki sağlık hizmetleridir. Bu alanda devlet ağırlıklı görev üstlenmiş durumdadır. Çünkü kapitalist üretim artık, yerinin doldurulması giderek güçleşen, bulaşıcı hastalıklar vb ile kırılmaya tahammülü olmayan nitelikte bir emek-gücünü gereksinmektedir.

3- Bu çerçevede, yukarıda söylediklerimizi de gözeterek ve daha ileriye devam etmemizi sağlayacak bir öngöründe de bulunabiliriz: Kapitalizmde her ne türden olursa olsun sağlık hizmeti sistemin temel karakteristiklerinden olan döngüsel krizlerden etkilenir, hatta (finansman, örgütlenme vb tüm yönleriyle) onun tarafından belirlenir. Şimdi, konuya yaklaşımımızı ve hizmetin finansman yönüne ilişkin teorik çerçeveyi toparlayacağımızı düşündüğümüz bu nokta üzerinden devam edebiliriz.

BİRAZ DAHA EKONOMİ POLİTİK: KAPİTALİZMİN GENİŞLEYEN VE DEPRESİF UZUN DALGALARI

Kapitalizm döngüsel krizlerle karakterizedir. Her kriz dönemi ortalama kâr oranının düşüşü ve üretim fazlalığı/pazar darlığı ile kendini ortaya koyar. Yatırılan sermaye aynı ortalama kâr oranı ile kendini gerçekleştiremez olur. Sonuçta sermayenin değersizleşmesi denilen süreç yaşanır. Pek çok patron, işletme yıkıma uğrar, fabrikalar hurdaya ayrılır, üretilmiş olan mallar yıkılır, denize dökülür. Sermaye bu krizden daha merkezileşmiş ve yoğunlaşmış biçimde çıkar, çıkabilir. Krizden çıkış için ortalama kâr oranını artıracak mekanizmalar gerekir. Her bir krizin ve arkasından gelen refah döneminin ortalama süresi 5-10 yıldır.

Ancak, kapitalizmin yukarıda açılan ve ilk kez Marx'ın tanımladığı klasik döngüsel bunalım-refah sikluslarını da içeren daha uzun dalgalarla karakterize bir bunalım-refah sürecini yaşadığı bildirilmektedir. (Uzun dalgalarla ilgili daha geniş ve tam bilgi için bkz. 7, 8).

Her bir uzun dalga 20-25 yıl sürmektedir. "Genişleyici bir dalga boyunca ortalama kâr oranı, her zamanki inişli çıkışlı hareketini sürdürür. Her 5-10 yılda bir, bildiğimiz devresel ekonomik krizler baş gösterir, birikim kesintiye uğrar, bu krizler bir şe-

kilde aşılır vs. Ama 20-25 senelik genelinde yükselir. Yani ortalama kârın kümülatif yönü yukarı doğrudur. Depresif bir dalga döneminde de tersi olur. Krizler tabii ki var. Ortalama kâr zaman zaman yükselse de, dönemin genelinde düşer" (8, s. 98, 99).

Depresif bir dalgadan genişleyene geçilebilmesi bir dizi ekonomik ve ideolojik-siyasal etkenin aynı yönde işlev görmesini gerektirir. Öte yandan asıl olan ekonomik etkenlerdir. İdeolojik ve siyasal etkenler ise ancak, ekonomik bileşenlerin ortaya çıkardığı genişleme yönündeki potansiyeli realize edebilirler.

Anılan ekonomik etkenler şunlardır (8, s. 99-102):

1- Ortalama kâr oranında keskin bir yükseliş: Bu bileşen emek verimliliğinin keskin biçimde artışına olanak veren teknolojik devrimlerle ortaya çıkar. Ayrıca dünyanın geri kalmış ülkelerinden sanayi bölgelerine her koşulda çalışmaya hazır (ve ucuz) emek-gücünün göçü de artı değer artışını mümkün kılar.

2) Sermayenin organik bileşiminin büyüme hızında ani bir yavaşlama, yani değişmeyen sermaye artışında düşüş: Bu da, nükleer ve güneş enerjileri gibi, ucuz, ancak aynı zamanda gelişkin teknoloji kullanımına da uygun düşecek yeni hammadde kaynaklarının kullanıma sokulmasını gerektirir.

3) Sermaye rotasyonunda ani bir hızlanma: Bilgisayar sistemlerinin kullanılması bunu mümkün kılmaktadır.

4) Sermayenin organik bileşiminin düşük, yani emek-gücünün ucuz olduğu ülkelere doğru sermaye akışının hızlanması: Bu bileşen ise yeni pazarların açılması anlamına gelmektedir.

Anlaşılabileceği gibi yukarıdaki dört bileşenin realize olabilmesi şu koşulları gerektirmektedir; 1) İşçi sınıfının iktisadi, ideolojik ve siyasal açılarından bozguna uğratılması, sonuçta emek-gücünün ucuzlaşması. 2) Güncel teknolojinin kullandığı hammaddelere sahip ülkelerin iktisadi, siyasal-askeri yollarla bağımlılaştırılması, 3) Bir biçimde metropol sermayesinin akabileceği yeni pazarların açılması. İşte ekonomi dışı etkenler denilerek kast edilenler bunlardır.

Mandel'in dediği gibi "... Kapitalizm koşullarında, kâr oranını tüm iktisadi ortamı değiştirebilecek ölçüde yukarı çekmek için kapitalistler önce sanayileşmiş kilit ülkelerde işçilerin örgütsel gücünü ve mücadeleciliğini belirleyici biçimde kırmalıdır... Vurgulanacak önemli nokta şudur ki, böyle bir gidiş, halihazırda çoğu emperyalist ülkede kullanılmakta olan demokratik özgürlüklerde radikal bir kısıntı anlamına gelecektir" (7, s.99).

Şüphesiz bu kırma ve kısıntıların en yalın ve uç noktası emperyalist paylaşım savaşlarıdır.

İşte 2. Dünya savaşı tüm bu koşulları realize etti. Sermaye değersizleştirildi, işçi sınıfı canından

edildi, emek-gücünün değeri düşürüldü. "Ortalama kâr oranı sınıkla bir atlama yaptı... Sermayenin yıkıp kül ettiği dünya yine sermayenin önüne yeni bir pazar olarak sunuldu" (8, s. 104). Kapitalist üretim-tüketim sarmalını yeniden işletmenin koşulları ortaya çıktı.

2. Dünya savaşı sonrası tüm Batılı ülkelerde gözlenen ve 1970'li yıllara kadar süren ekonomik genişleme bu koşullarda ve bu dinamiklerin sonucunda ortaya çıkmıştır. Savaşla yıkılan Avrupa'nın imarı, yeni pazarların açılması, ucuz hammadde kaynaklarının yaratılması sistemin bütünüyle rahatlamasında etken olan başlıca bileşenlerdir. Bunun yanında, üretimin artırılmasına olanak tanıyan aynı koşullar, savaş boyunca kırılmış, refah seviyesi iyice düşmüş olan geniş toplum kesimlerinin insanlık beklentilerine de uygun düşmüştür. İstihdam oranı hızla artmış, özellikle 1960'ların başlarından itibaren yaşam seviyesi reel anlamda da savaş öncesi yılların düzeyini yakalayarak, geçmiştir.

Ancak anlaşılabilceği gibi, genişleme emperyalist sistem içindeki bağımlı ülkelerden çok, metropol ülkeler için geçerlidir. Çünkü bağımlı ülkeler çeşitli yollarla kendilerinden metropole doğru artı-değer aktarımında bulunan bölgeler konumdadırlar.

Söylediklerimizi şu şekilde toparlayabiliriz: 1) Kapitalist ekonominin rahatlaması bir yandan emek-gücünün niteliğinde, yaşam standartlarında belli bir gelişmeyi sağlarken, bir yandan da bu olgulara bağlı durumdur. 2) Genişleme toplumun tüm çalışan sınıflarının, ama öncelikle de bağımlı ülkelerdekilerin örgütsüzlüğü, baskılanması zemininde olanaklı olabilmektedir. 3) Sözü edilen süreç tam anlamıyla ideolojik, siyasal, hatta askeri bir niteliktedir.

UZUN DALGALAR VE SAĞLIK

Yukarıda tanımlanan ekonomik rahatlamasının sağlık sektörünü de tam anlamıyla etkilediği görülmektedir. Şöyle ki:

1) Savaş sonrası sistem bütünüyle rahatlar, soluklanırken, ortalama kâr oranındaki fırlama yüzdesini tutturamasa da, reel ücretlerde düzenli bir artış olmuştur. Ek olarak işsizlik oranı da azalmıştır. Bu gelişmelerin özel sağlık sektörünü hareketlendirdiği, emek-gücünün gerekli niteliğini sağlayacak sağlık hizmetinin finansmanında ücretlilerin üzerine düşen finansal sorumluluğun yerine getirilebilmesinin zeminini hazırladığı belirtilebilir.

2) Aynı şeyin burjuvazi için de geçerli olduğu görülmektedir. Kâr oranındaki artış çerçevesinde, artı-değerden sağlık harcamaları için pay ayrılabilen olanaklı olmuştur.

Bu iki nokta, esas olarak, ücretin sosyal bileşeninin çalışanı istihdam eden kişi ve/veya kurumlar tarafından karşılanabilmesinin maddi koşullarının

savaş sonrası genişleme döneminde gerçekleşmiş olduğunu tanımlamaya yöneliktir.

3) Bunun dışında yine savaş sonrası dönemin karakteristik bir diğer özelliği Keynesçi-eflasyonist politikalaradır. Bu çerçevede enflasyon genişlemenin bir uyararı olarak kullanılmış, diğer yandan genişleme yönündeki ekonomik olasılıkların ortaya çıkması ile enflasyonist politikaların uygulanabilmesinin zemini doğmuştur. Sonuçta kamunun bir bütün olarak genişlediği görülmektedir. Öte yandan kamu sektörü harcamaları içindeki en önemli paylar eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik harcamalarına aittir (bkz, T.1, T.2, T.3.). Yani kamu sektörü eğitim ve sağlık gibi sosyal alanların finansmanını önemli oranda üstlenmiş durumdadır. Kısaca, devlet enflasyonist politikalarla ekonomik yaşantıya (nihai anlamda sermayenin çıkarına) mü-

Tablo 1: Ulusal Gelirin Yüzdesi Olarak Bazı Ülkelerdeki Kamu Harcamaları⁽⁹⁾

	1960	1982
ABD	27.6	37.6
İngiltere	32.6	47.4
İsveç	31.1	67.3
B. Almanya	32.5	49.4
Fransa	34.6	50.7

Tablo 2: Ulusal Gelirin Yüzdesi Olarak Eğitim, Sağlık, Sosyal Hizmetler ve Sosyal Güvenlik Harcamaları⁽⁹⁾

	1960	1981	Artış Yüzdesi
ABD	11	20	63
İngiltere	14	24	85
İsveç	15	33	55
B. Almanya	20	32	65
Fransa	13	29	73

Tablo 3: Sosyal Güvenlik Harcamalarındaki Yıllık Artış⁽⁹⁾

	1965-70	1971-75	1976 - 81
ABD	9.3	9.9	3.7
İngiltere	5.3	6.3	3.9
İsveç	10.2	9.6	4.4
B. Almanya	5.5	8.6	2.0
Fransa	5.0	6.6	7.4

dahalede bulunmuş, ücretin sosyal bileşenini sübvansan etmiştir. Ekonomik, genişlemenin gerçek koşullarının bulunması üretkenlik artışına olanak tanıyacak olan bu tip kaynak yaratmalarını da olanaklı kılmıştır. Sonuçta enflasyonla yaratılan kaynak pazarda kendisini gerçekleştiren ürün biçiminde ortaya realize olmuştur.

Böylece sağlıktaki kamu fonlarının üç kaynağını saymış olduk: a) Doğrudan hizmeti alanlardan toplanan kamu sigorta fonları, b) Genel Bütçeden ayrılan pay (ki ağırlıklı olarak işçi ve emekçi sınıflardan toplanan dolaylı vergilere dayanmaktadır), c) Enflasyonist para politikaları. Kamu sağlık fonu kaynaklarının bu niteliği dikkate alındığında, kamu sağlık sisteminin, ücretin sosyal bileşeninin kamu tarafından ve enflasyonist politikalarla karşılanması demek olduğu anlaşılacaktır. Kısaca, sağlık sisteminin kamu tarafından finanse edilmesi sanayi burjuvazisine subvansiyonda bulunmaktan başka birşey değildir. Bu ise sermayenin kâr oranını artırıcı bir etkide bulunmuştur. Amaç sermayenin gereksindiği nitelikli emek-gücünü sağlayabilmektir. Emek-gücünün savaş sonrası dönemde yükselen gerekli niteliği sağlık hizmetinin tamamen özel sektöre bırakılmasını olanaksız kılmış, asgari düzeyde bir kamu örgütlenmesini zorunlu duruma getirmiştir. Sosyal alanlara yapılan kamu harcamaları sermayenin tutturduğu ortalama kâr oranının güvencesi olmuştur.

Bu arada kamu sektörü içinde en ağırlıklı yeri olan bileşen devlet sektörüdür. Kısaca kamu kaynaklı fonların oluşturulmasında doğrudan vergileme (sigorta sistemi) yerine dolaylı vergileme yolu tercih edilmiştir (bkz. T.4).

Tablo 4: Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynaklarına Göre Dağılımı (%) (2, s.25)

	Hükümet Harcamaları	Toplam Kamu Harcamaları	Özel Harcamalar
ABD	31.0	42.7	52.7
İngiltere	87.3	92.3	7.0
İsveç	78.5	91.6	8.4
B. Almanya	14.6	76.1	17.8
Fransa	7.0	76.0	22.6

Bu gelişmelerin sağlık örgütlenmesine belirleyici etkileri olmuştur. Kamu ve özel sigortacılık şirketleri yaygınlaşmaya başlamış, devlet eliyle ve dolaylı vergilerle finanse edilen sağlık sistemi modelleri (Ulusal Sağlık Sistemleri) geliştirilmiştir (Sigorta Sistemi ve Ulusal Sağlık Sistemi tanımlamaları konusunda bkz.10.) Ancak tek cümleyle özetlemek gerekirse sağlık sektörü kapitalist üretim ilişkileri

içinde gerçek bir pazar durumuna gelmiştir (bkz. T.5.)

Tablo 5: Fransa'da Aile Tüketim Harcamalarının Yapısının Yıllara Göre Değişimi

	1950	1960	1970	1975	1980
Beslenme	46.2	36.1	27.9	25.1	16.7
Giyim	14.1	11.7	10.2	8.7	7.2
Barınma	13.0	17.7	20.8	22.2	23.3
Sağlık	5.4	8.7	12.0	13.8	20.1
Ulaştırma	6.3	8.6	10.3	10.6	11.3
Kültür	6.3	8.0	9.0	8.6	10.6
Eğitim	8.7	9.2	9.8	10.2	10.8

Burada dikkat edilmesi gereken nokta, sözü edilen tüm dinamik içinde Sigorta Sistemi ile Ulusal Sağlık Sistemi arasında öz bakımından herhangi bir farklılık olmayışıdır. Her iki sistemde de fonların yaratılmasındaki temel kaynak hizmeti kullanacak olan üretimi toplu kesimleridir. Buna değişik oranlarda sermayenin sahibi sınıfın katkısı söz konusu olabilmektedir. Aradaki tek fark ilkinin dolaysız, ikincisinin ise dolaylı bir vergileme niteliğinde oluşudur. Ancak nihai anlamda değerlendirildiğinde, fonun oluşturulması ne şekilde olursa olsun, söz konusu kaynak ücretin sosyal bileşeni niteliğindedir. Yani ücretin dışında bir sağlık harcaması söz konusu değildir. Kaynağın dolaylı ya da dolaysız vergilerle oluşturulması veya hizmetin alınması sırasında yapılan ödemelere dayanması olayın özünü değiştirmez. Çünkü emek ürünü olmayan hiçbir toplumsal değer yoktur/olamaz. Sonuç olarak emek-gücünün ürettiği toplumsal değerin bir kısmı sağlık harcamaları için ayrılır. Önemli olan şudur ki: Kapitalist üretim emek-gücünün değerini bulamayışı gibi, sağlık da gerçek değerini bulamaz. Sağlığa ayrılan pay emek-gücünün değeri ölçüsünde değil, üretkenlik artışını sağlayacak minimum düzeydedir. Sağlığa ayrılan kamu paylarının artması da emek dışı bir "kazanım" anlamına gelmez, yalnızca kapitalist ekonominin genişleme dönemlerinde ve belli zorunluluklar çerçevesinde mümkün olabilir.

İkinci savaş sonrası sağlık sistemlerinde gözlenen gelişmeleri örneklemek gerekirse: ABD'nin en önemli sosyal güvenlik sistemlerinden olan ve yaşlılara belli koşullarla sağlık güvencesi sunan Medicare'in kuruluşu 1960'lara rastlamaktadır. Aynı şekilde en yetkin örneği (1980'lere kadar) İngiltere'de görülen ve hemen hemen aynı yıllarda tüm Avrupa ülkelerine yaygınlaşan Ulusal Sağlık Sistemleri'nin gelişimi de bu dönemde olmuştur.

Ancak, 1945'lerde başlayan genişleyen uzun dalga 1970'lerden itibaren geri çekilmeye başladı. Kendisini doğuran tüm bileşenler, etkilerini yitirdi-

ler. Yeni bir genişleme için yeniden aynı türden bileşenlerin ortaya çıkması, yaratılması gerekiyor.

Etki ve belirtileri halen devam eden bu bunalım döneminde (ki 1980'lerden başlayarak iyice belirginleşmiştir) genişlemenin tüm yansımaları da tam tersine dönmüş durumdadır. "... Genişleyici bir uzun dalgadan depresif bir uzun dalgaya geçtiğimizde artık tam istihdamı sağlamak, sefaleti ortadan silmek, sosyal güvenliği genişletmek, ücretlilerin gerçek gelirin düzenli (mütevazı olsa da) bir artışı sağlamak mümkün değildir. Bu noktada, artıdeğer oranında (yani sömürü oranında) güçlü bir yükseliş yoluyla kâr oranını yerli yerinde tutmaya uğraşmak birinci derecedeki öncelik haline gelir".

"Akademik iktisat dünyasındaki monetaristlerin anti-Keynesçi karşıdevrim' bu değişken önceliğin ideolojik ifadesinden başka birşey değildir. Kronik yapısal işsizlik uzun vadeli olarak sürdürülmeden, 'bireysel sorumluluk duygusu' yerleştirilmeden (yani sosyal hizmetlerde ciddi kesintiler yapılmadan), yaygınlaşmış kemer sıkma politikaları (yani gerçek ücretlerde duraklama ya da düşüş) olmadan kâr oranının keskin, hızlı biçimde eski yerine oturtulması mümkün değildir" (7, s. 89, 90).

Şimdi artık hem İngiltere'nin NHS'si, hem de yüksek kamu harcamalarına neden olan tüm sosyal harcamaları işte bunun için eleştirilmektedir. Thatcher, iktidarının en sağlam günlerinde daha çok NHS'yi hedefleyerek şöyle demektedir: "Devlet insanların kazandıklarından daha fazla para kaynağına sahip değildir. Başarı, daha ve daha fazla mürif harcama programları yaratılarak elde edilmeyecektir. İnsanlar parasız hizmetten söz ediyorlar. Hizmet parasız değildir. Onun için bir şeyler ödemelisiniz" (11).

Bunun sonucunda İngiltere'de NHS'ye verilen devlet desteği azaltılmış, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi amaçlanmıştır. 1981'de yaklaşık 4.2 milyon İngiliz vatandaşı (nüfusun % 7'si) özel sağlık sigortalarına üye olmuştur⁽¹²⁾. Eş zamanlı olarak özel hastanecilik gelişmekte, özellikle çokuluslu Amerikan hastaneleri hızla yayılmaktadır⁽⁶⁾.

Benzer şekilde ABD'de sosyal güvenlik ve sağlık harcamaları Reagan'ın bütçe kesinti programı içinde ön sırayı almış durumdaydı (bkz. T.6).

Tablo 6: Reagan'ın Bütçe Kesinti Öncelikleri⁽⁹⁾

	Önerilen İndirim (%)
Sosyal güvenlik, sağlık sigortası, sağlık hizmetleri vb.	11.4
Tamamlayıcı eğitim, meslek eğitimi, sosyal hizmet yardımı vb.	60.2

Kısaca belirtmek gerekirse: Genişleyen uzun dalga boyunca kâr oranı artışı işçi sınıfının yaşam koşullarına, daha düşük oranda olmak üzere, yansır. Daralma dönemlerinde ise süreç tam tersine döner. Çünkü bunalım dönemlerinde kapitalist üretim ve tüketim mekanizmalarında tıkanıklıklar oluşur. Ürün pazarda kullanım değeri olarak kendisini gerçekleştiremez olur. Dolayısıyla üretimi sürdürmeye yönelik tüm bileşenler (bu arada emek-gücünün gerekli niteliği de) sistem açısından geçerlilikleri yitirirler. Bu nedenle burjuvazi gücü yettiğince tüm çalışanların haklarını kısımaya yönelir, ücretler düşürülür, sosyal bileşen ilk ve en fazla oranda geriletilebilir. Böylece sağlık hizmetlerinin finansmanı da ekonomik durumla birlikte salınır. Herkes başının çaresine bakmak durumunda kalır. Eğer refah dönemlerinde belirgin düzeyde sağlık talep ve alışkanlıkları yaratılmış ise, bunalım dönemlerinde kamunun boşalttığı alana özel sektör yerleşir. Batı Avrupa ülkelerinde gözlenen durum budur. Parantez içinde belirtilen kendi az ve çarpık gelişmişliği içindeki Türkiye'de ise kamu sektörü 1980'lerden beri gözle görünür bir küçülme içinde iken GSMH içindeki sağlık harcamalarının azalmasının (bkz. T.7) nedeni; Türkiye'de sağlık ile ilgili beklentilerin çok primatif düzeylerde oluşudur. Bu nedenle Türkiye'de büyük ölçekli özel sağlık sektörünün yaygınlaşması şansı çok azdır.

Tablo 7 : Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre GSMH'ye Oranı (3, s. 64), (% olarak)

	1981	1983	1985	1987
Kamu harcamaları	2.32	1.90	1.57	1.54
Özel harcamalar	1.17	1.39	1.42	1.44
Toplam	3.49	3.29	2.99	2.98

İşte bu nedenle, 1970'lerden beri daralma dönemine girmiş olan kapitalist Batı dünyasında, 2. Dünya Savaşı sonrası ortaya çıkan ve ekonomik boyutlarda Keynesçi politikalarda görüntülenen sosyal refah devleti anlayışının işlevi kalmamıştır. Artık bu anlayış sosyal demokratların nostaljisi durumundadır. Bugünkü bunalım koşullarında sosyal demokrat bir siyaset ve onun değişik yansımaları mümkün değildir. Emekten yana olan tüm harcamalar kısılmalı, bu yöndeki tüm talepler baskılanmalı, ideolojik beyin yıkama mekanizmaları yaratılmalıdır. Thatcher'ın yukarıdaki cümlesinde özetlenen şeyler olan yaptıkları bundan başka birşey değildir.

Buradan şu sonuç çıkar: İNSAN SAĞLIĞINDA KAPİTALİST SİSTEMİN DALGALANMALARINA TABİ OLMAYAN TALEPLER, KAPİTALİST SİSTEMİN

DIŞINA ÇIKMAK ZORUNDADIR. ÖZELLİKLE DEPRESİF DALGA SÜRESİNCE KAPİTALİZMİN SINIRLARI İÇİNDE KALARAK DAHA ÇOK SAĞLIK TALEBİNDE BULUNABİLMEK SİSTEM İÇİ SİYASİ YÖNELİMLERİN BİLE HARCİ DEĞİLDİR.

SONUÇLAR

Bu bölümü, yazımızın ilk kısmında belirlediğimiz tartışma noktalarına ilişkin görüşlerle ilintili olarak bitirmek istiyoruz.

1) Kamu ve/veya devlet eliyle sağlık hizmeti sunulması gerektiği yönündeki anlayışa ilişkin olarak:

İzlenebildiği kadarıyla sağlık hizmetinin devlet eliyle sunulması ve hizmetin kamu kaynaklarından finanse edilmesi gerektiği yönündeki talep, Türkiye'de eskiden beri bir ilerilik kriteri olarak alınmış ve hatta sosyalist bir yönelim olarak görülmüştür. Oysa yukarıda da açıklamaya çalıştığımız gibi; devlet-tekeli kapitalizmin de sağlık hedefleri vardır ve üretkenlik artışıyla çıkan genişleme dönemlerinde kamu kaynaklı sosyal harcamalar bir ekonomik politika olarak artırılabilir. Hatta bu politikalar sonucunda halkın sağlık talepleri ile sağlık harcamaları öylesine boyutlara ulaşabilir ki, aynı devlet tam tersi politikalar arayışına girebilir. Nitekim son yıllarda Batı'da yaşananlar bu türden gelişmelerdir. T.3'te görülen sosyal güvenlik harcamalarının artış trendinde 1975 sonrası beliren azalma bunun göstergesidir. Kanımızca önemli olan nokta devletin niteliğidir. Öyle sanyoruz ki, Türkiye'de sağlığa ayrılan devlet paylarının düşük oluşu, devletin özünü gözetmeyen-popülist bir "Devlet Eliyle Sağlık Hizmeti" talebini öne çıkarmıştır. Dolayısıyla, soyut bir "Devlet Eliyle Sağlık Hizmeti" anlayışının, en azından tüm toplumsal değerleri sarsıcı düzeyde ekonomik ve siyasal bunalımın yaşanmakta olduğu şu yıllar için, kesinlikle gerçekleşme şansı olmayan, bilim dışı bir formülasyon olarak değerlendiriyoruz.

2) GSS ile ilgili olarak:

GSS Türkiye'de sağlıkla finansmanın dolaysız vergilerle sağlanmasının yolu olacaktır. GSS ile ilgili olarak, olayın başka sakıncalarını da görmekle birlikte, çizmeye çalıştığımız çerçeveyi gözeterek, dikkatimizi bunun hangi koşullarda gerçekleştirilebileceği noktasında toplamak istiyoruz. Sağlık Bakanlığı GSS ile sağlık hizmetini Türkiye'deki mevcut üretim ilişkileri çerçevesinde daha fazla oranda bütçelendirmeyi başarabileceğini belirtmektedir. Bu durumda birkaç soru işareti belirmektedir: a) Belirli bir geliri olmayan toplum kesimlerinden sözü edilen vergi nasıl alınacaktır? Eğer bunlar vergileme kapsamı dışında bırakılacaklarsa, bu eksisinden farksız bir durum olmayacak mıdır? Ya da; eğer sözü edilen toplum kesimlerini vergilemek

mümkün idiyse şimdiye kadar neden başarılama-
mıştır? b) Belirli bir geliri olan ve ücretli ve maaşlı-
lar olarak bilinen toplum kesimlerinden zaten belli
oranlarda kesinti yapılmakta olduğuna göre, acaba
bu toplum kesimlerinin üzerine daha ağır bir vergi
yükü mü bindirilecektir? Eğer böyle ise, şimdiye
dek niçin dolaylı vergilendirme yoluna gidileme-
miş ve hizmetin genel bütçeden finansmanı sağla-
namamıştır. Eğer bütçeyi rahatlatmak mümkün
olmadıysa, doğrudan vergileme yoluyla bir fon
yaratmak nasıl mümkün olabilecektir?

Kanımızca, Türkiye ekonomisi GSS'nin gerek-
tirdiği fonu oluşturamayacak denli kötürümdür.
Uzun zamandır anılmakla birlikte yaşama geçirile-
memiş olmasının nedeni budur. Belirtmiş olduğ-
umuz gibi kamu sağlık harcamalarındaki artış ancak
ekonominin rahatlatma dönemlerinde olanaklı ola-
bilmektedir. "Batılı ülkelerin bile sağlık harcamala-
rını azaltma yönünde ciddi ve zorunlu bir eğilim
içine girdikleri günümüzde, Türkiye'nin sağlığa da-
ha fazla kaynak ayırabilmesi olanaklı mıdır?" soru-
su dikkatle yanıtlanmalıdır. Bizce, Türkiye dışaba-
ğımlılık biçimindeki siyasi yönelimlerini aşamadığı
sürece sağlık gibi sosyal alanlara, plânlı bir tarzda
kaynak aktarabilmesi olanaksızdır. GSS için Türki-
ye'nin "kendine özgün" kapitalist ekonomisinin ra-
hatlaması gerekmektedir. Bunun içinse kendi başı-
na sermaye yığılması, kendi pazarlarını açması zo-
runludur. Bu ise "Türk Cumhuriyetler" in gündem-
de olduğu şu günlerde bile olanaksız görünmekte-
dir. Çünkü, en azından, kapitalist sistemin bugün-
kü dengeleri içinde, Türkiye'de dıştan bağımsız bir
kapitalizm olanaksızdır.

Bu durumda her ne biçimde olursa olsun, Tür-
kiye'de kamu sağlık harcamalarının artırılması tale-
binde bulunmak ya bir çözümsüzlüğü dillendir-
mek anlamına gelir ya da "sağlık adına", çalışan
toplum kesimlerinin gelirlerinde gerçek anlamda
bir artış olmaksızın vergilemeyi; kısaca kemerlere
bir delik daha açmayı savunmak demek olur.

Dolayısıyla "kaynak bulunsun da, nasıl bulu-
nursa bulunsun" diyen, ya da en fazlasından "eğer
mesleki çıkarlarımızı" (hadi biz biraz daha geliştire-
lim) "veya halk sağlığını tehdit eder yönleri beli-
rirse tavrımızı alınız" türünden yaklaşımları son de-
rece güdük bulduğumuzu vurgulamalıyız. ÖTE
YANDAN ARTIK VE GİDEREK "HERKESE EŞİT
SAĞLIK HİZMETİ" SLOGANINI POPÜLİST BİR
SÖYLEMLE YİNELEMENİN DE BİR DİĞERİ KAL-
MIYOR. KANIMIZ ODUR Kİ; BU SLOGANIN İÇİ-
NİN DOLDURULABİLMESİ YANİ SİYASALLAŞTIRI-
LABİLMESİ MUTLAKA GEREKİYOR..

Sonuçlarken şunu belirtmek zorundayız: "Her-
kese Eşit Sağlık Hizmeti" sağlıkta pazar ilişkilerine
son verilmesini mutlaka gerektirir. Pazarın olduğu
yerde eşitlik yoktur, olamaz. Dolayısıyla, genel ola-
rak belirtmek gerekirse, sağlık hizmeti her yönüyle
ve diğer toplumsal alanlar gibi üretimi denetiminde
denetiminde olmak zorundadır. "Eşitlik" anlayışı
bu çerçevede ele alınarak, dışa bağımlı kapitalist
ilişkilere son vermeyi savunan bir siyasallığa bü-
ründürülebilir. Aksi halde Türkiye'ye ulaşın-
caya kadar depressif boyutu iyice artan, refah sik-
lusları giderek kısalan ve yüzeyselleşen uzun dal-
gaların girdabında kalmayı savunur konuma düş-
mek kaçınılmaz olacaktır.

Mart 1992

KAYNAKLAR

- 1- Kongar, B. Sağlık Sigortaları, Türkiye Sosyal, Ekonomik, Si-
yasal Araştırmalar Vakfı İçin Hazırlanan Rapor, Ekim 1989.
- 2- Tokat, M. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi; Fi-
nansman ve Örgütlenme, Friedrich-Ebert Vakfı İçin Hazır-
lanmış Rapor, Ankara Nisan 1991.
- 3- Sağlık Hizmetlerinde Finansman Sorunu ve GSS Yasa Tasa-
rısı, TTB MK Raporu, Mayıs 1991.
- 4- Belek, İ. Sağlık Bakanlığı'nın "Yeni" Projeleri, Ankara Ta-
bip Odası Bülteni, Mart 1992, s. 4-6.
- 5- Schatskin, A. Health and Labor Power; A Theoretical In-
vestigation, JHS, Vol. 8, No: 2, pp. 213-234, 1978.
- 6- Berliner, H.S., Regan, C. Multinational Operations Of US
For-Profit Hospital Chains; Trends and Implications, AJPH,
Vol. 77, No: 10, pp. 1280-1284, 1987.
- 7- Mandel, E. Kapitalist Gelişimin Uzun Dalgaları, Yazın Ya-
yıcılık, Birinci Basım, İstanbul, Ocak 1986.
- 8- Adalı, C. Kapitalizmin Döğümleri, Sorun Yayınları, 1. Ba-
sım, Ekim 1991.
- 9- Navarro, V. Sorunun Bir Kısmı mı? Yoksa Çözümün Bir Kis-
mı mı? Toplum ve Hekim, TTB Yayını, Sayı 47, s. 29-38,
1991.
- 10- Sönmez, S. Sosyal Güvenlik ve Sağlık Harcamalarındaki
Gelişmeler ve Düşündürdükleri, Ankara Tabip Odası Bülte-
ni (11), s. 22-24, 1987.
- 11- Iglehart, J.K. The British National Health Service Under The
Conservatives-Part II, N Engl J Med, Vol. 310, No: 1, pp.
1263-1267, 1984.
- 12- Iglehart, J.K. The British National Health Service Under The
Conservatives - Part I. N. Engl J Med, Vol 309, No: 20, pp.
1254-1268, 1983.