

GÖZLEM ve GÖRÜŞLER**TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜ ve SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME***Dr. Ata SOYER*, Dr. İlker BELEK*****GİRİŞ**

Bugün dünyanın her tarafından sağlık sistemlerinin reforme edilmesi çalışmaları gündemdedir. Reform çalışmalarındaki nedenleri ve biçimleri ise, görünürdeki bütün çeşitliliğe karşın, bir kaç başlıkta toplamak olanaklı görünmektedir (Creese A.;Y 1994).

Sağlık sistemlerinde reform yapılmasını gerektiren etkenler temel olarak iki başlıkta toplanabilir. Bunlardan ilki dünya çapında uluslararası ve ulusal sınırlar içinde ortaya çıkan ve son 20-25 yıllık zaman dilimi içinde giderek ciddi boyutlar kazanan ve yoksullukla doğrudan ilişkili olduğu anlaşılan sağlıktaki eşitsizlik olgusudur. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) bu nedenle bu sorunla mücadelede ayrı ve özel stratejiler geliştirilmesi gerektiğini önermektedir (WHO; 1995).

İkinci temel etken ise sağlık hizmetlerinin finansmanında karşılaşılan güçlüklerdir (Kutzin J.; 1995). Bu güçlükler, sağlık hizmetinin giderek pahalılaşması ve kamu sağlık harcamalarının ulusal gelir içinde artık katlanılmaz olarak nitelenen bir noktaya tırmanmış olması şeklinde özetlenmektedir (OECD; 1992).

Bu ikinci noktanın dünyanın kapitalist ekonomilerini sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırılması konumunda hareketlendiren asıl etken olduğunu belirlemek gerekir. Çünkü 1970'lerin ortasından itibaren ortaya çıkan ve halen sürmekte olduğu konusunda görüş birliği bulunan kapitalizmin son uzun bunalımı (Satlıgan N.; 1997), ekonominin bütün sektörlerini ve bu arada sağlık sektöründeki değişimleri de sarıp sarmalamış durumdadır (Belek İ.; 1994). Bu genel ekonomik bunalımdan çıkış yolu olarak kapitalist sistem post fordizm olarak nitelenen yeni bir birikim rejimine yönelmektedir. Buradaki amaç, içinde bulunulan uzun kriz döneminin en önemli gösterge

ve sonuçlarından olan kar oranlarındaki düşüşe çözüm üretecek sistem içi bir yeniden yapılanma ekonomik, teknolojik, ideolojik, siyasal ve sosyal boyutları olan oldukça kapsamlı bir düzenleme olarak gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Bunların en önemlilerinden bir tanesi devletin müdahale alanlarının yeniden belirlenmesidir (Belek İ.; 1997). İşte bu birikim rejiminin gereği olarak İkinci Dünya Savaşı sonrasında sınıflar arasında tesis edilmiş olan denge formasyonunun sosyal devletçi formları geri plana itilmeye çalışılmakta ve sağlık eğitim gibi sosyal sektörlerde devletin işlevleri sınırlandırılmaktadır. Keynesçi ekonomik politikalar yerine öne çıkarılan Monetarist tercihler gereği, devletin üretim yaptığı sektörlerde ekonomik verimsizlik ve adaletin kaçınılmaz olduğu, bunun ise bir yandan maliyet artışına, bir yandan da kalitede düşüşe yol açtığı tezleri ileri sürülmektedir. Emek gücünün yeniden üretimi çerçevesinde son derece özgün bir konuma sahip olan ve uzun süre sermaye tarafından kar getiren alanlar arasına dahil edilmeyen, bu nedenle de kaçınılmaz biçimde devletin üretimini ve düzenlemesini üstlenmek zorunda kaldığı sağlık sektörü bu bakımdan son derece ilginç bir konumdadır. Bilgisayarlı teknolojilerin emek gücünün yerini alması ve tıbbi bakım hizmetleri sektörünün başlı başına bir kar alanı durumuna gelmiş olması, post fordist birikim paradigması içindeki düzenlemelerde sağlık hizmetlerinin devletin sorumluluk alanı dışına çıkarılmasının nesnel olanaklarını yaratmaktadır.

Bu yazıda öncelikle sağlık sektöründeki reform çalışmalarının biçimleri ve bunun içinde özelleştirmenin kendine özgün alanı tanımlanacak, daha sonra Türkiye sağlık sektörünün gelişme sürecinin önemli uğrakları belirlenerek, bu süreçteki temel dinamikler Türkiye'nin ekonomik politik ortamı içinde değerlendirilecek, en sonra ise Türkiye'deki özelleştirme eğilimleri somut verileriyle tartışılacaktır.

SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ YENİDEN YAPILANMANIN ANA BİÇİMLERİ

Sağlık sistemi reformu çalışmaları bir yandan toplam

* TTB Merkez Konseyi Üyesi

** Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

sağlık harcamalarının, bir yandan da kamu sağlık harcamalarının toplam içindeki payının sınırlanmasını hedeflemektedir.

Bu amaçla da sağlık sistemlerinin hem organizasyon, hem de finansman boyutlarında önemli değişiklikler hedeflenmektedir (Kutzin J.; 1995). Bu hedeflerle uyumlu temel stratejiler ise şu şekilde özetlenebilir:

1) Mevcut kamu kaynakları dışında ek kaynak mekanizmalarının yaratılması; katkı payı ya da kullanıcı ödentisi (user fees/charges) denilen sistem (Kutzin J.; 1995).

2) Verimliliğin artırılması adına kamu sağlık sektörü içine piyasa kurallarının ve rekabet unsurunun sokulması ve daha genel bir düzlemde Yeni Kamu Yönetimi Modeli denilen bir yönetim stratejisinin geliştirilmesi (Moore M.; 1996): İç Piyasa Yönetilen Rekabet, Yönetilen Piyasa denilen yeniden yapılanmalar (Wynard PM, Van De Ven; 1996).

3) Kamu sağlık kurumlarının parça parça ya da toptan özelleştirilmesi ve özel sektörün çeşitli teşviklerle tıbbi bakım hizmetlerine sokulması (Muschell J.; 1995).

Yukarıdaki çerçevenin de ortaya çıkardığı gibi sağlık sektörü reformlarındaki yönelim, sağlık sektörünün gerek finansman, gerekse üretim olarak kamunun dışında yapılandırılmasıdır. Bu anlamda sağlık sistemlerinin reforme edilmesinde asıl amacın özelleştirme yönünde olduğunu saptamak yanlış olmayacaktır.

SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME VE BİÇİMLERİ

Sağlıkta özelleştirme kavramı kamu mülkiyetindeki kurumların, mülkiyet olarak özel sektöre devredilmesi anlamına gelmemekte ve bunun ötesinde daha geniş kapsamlı değişimleri ifade etmek üzere kullanılmaktadır. DSÖ özelleştirmeyi özel sektör hizmet sunumunu ve finansmanını yaygınlaştıran, kolaylaştıran ve uyaran hükümet politikaları olarak tanımlamaktadır (WHO; 1993). Dolayısıyla özelleştirme hükümet dışı aktörlerin sağlık hizmetlerinin üretim ve finansmanına giderek daha fazla oranda katıldıkları bir süreci ifade etmektedir. Bu anlamda da iç piyasa olarak tanımlanan ve kamu sağlık sektörü içine piyasa unsurlarının sokulması şeklinde gelişen değişiklik de özelleştirme olarak nitelenmektedir (Muschell J.; 1995).

Finansman ve üretim boyutları ile bağlantılı olarak düşünüldüğünde sağlık sektörünün yapılanması ile ilgili

olarak karşımıza Tablo 1'deki durum çıkmaktadır. Tablonun sol üst gözü klasik kamu sektörünü, sağ alt gözü klasik özel sektör yapısını, diğer iki göz ise kamu sektöründen özelleştirmeye geçiş uygulamalarını ifade etmektedir. Bu tablodan da görüldüğü gibi özelleştirme yönündeki gelişme oldukça zengin bir uygulama ağı içinde ortaya çıkmaktadır. Öte yandan tanımdan da ortaya çıktığı gibi özelleştirme esas olarak bir hükümet politikasıdır. İşte bu noktada hükümet politikalarının özelleştirme yönündeki süreci aktif ya da pasif olarak gündeme getirmesine bağlı olarak özelleştirme de aktif ve pasif özelleştirme olarak ikiye ayrılmaktadır (Muschell J.; 1995).

Aktif özelleştirme bir kaç biçimde gerçekleşebilmektedir:

1) Kamunun elindeki sağlık kurumlarının mülkiyetinin özel sektöre devri (ki özelleştirme en tipik olarak bu biçimde gündeme gelmektedir.)

2) Klinik ve (hastanelerdeki otelcilik hizmetleri gibi) klinik olmayan hizmetlerin sözleşme ile kar amacı güden ya da gütmeyen özel sektör kuruluşlarına bırakılması.

3) Özel sektörün çeşitli mali yöntemlerle (vergi indirimi, gümrük muafiyeti gibi) desteklenmesi.

Pasif özelleştirme ise, kamu sağlık sektörünün yetersiz kaldığı ya da bırakıldığı durumlarda, özel sektörün "kendiliğinden" genişlemesi sürecini tanımlamaktadır. Bu genişlemede özellikle kamu kesiminde çalışan sağlıkçıların (özellikle de hekimlerin) kamu kesimi çalışma koşullarından ve ücretlerinden memnuniyetsizlikleri sonucunda özel sektöre kayışları belirleyici olmaktadır (Muschell J.; 1995). Dolayısıyla pasif özelleştirmenin de açık bir hükümet politikası sonucunda ortaya çıktığını belirlemek gerekir.

TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜ

Türkiye kapitalizminde, sağlık sektörünün yapılanmasında iki önemli tarih diliminden ve bu dilimlere karşılık gelen iki önemli yeniden yapılanma politikasından söz etmek olanaklıdır. Bunlardan ilki 1960 sonrasına denk gelmektedir. Bilindiği gibi 1950'lerden itibaren, değişik ölçülerde de olsa, bütün merkez kapitalist ülkelerindeki temel birikim rejimi siyasal düzlemde sosyal devlet oluşumu biçiminde ortaya çıkmıştı. İşte bu gelişme, 1950'lerin "liberal" politikalarına karşı gelişen halk tepkisinin de gücüyle ve kendine özgün koşulları içinde 1960 kavşağında

Tablo 1: Sağlık Sektörünün Yapılanması ve Özel Sağlık Sektörünün Konumu (World Bank; 1993)

Finansman	Hizmet Sunumu	
	Kamu	Özel
Kamu	Kamu Hastaneleri	Özel hastanelerden kamunun hizmet satın alması
Özel	Kullanıcı ödentileri, katkı payları	Özel hastaneler, Amerikan HMO sistemi

Türkiye'yi de etkisi altına almıştır. TC tarihinde Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe içindeki payının en yüksek olduğu yıllar yine bu dönemin içindedir (SB; 1992). Bu gelişmelerin sağlık sektöründeki bir diğer yansıması, herkesi kapsayan, ağırlıklı olarak genel vergilerle finanse edilen, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren bir sağlık sisteminin kurulması için ilgili yasanın kabul edilmesi olmuştur (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun; 1961). Halen yürürlükte olan bu yasa hiçbir zaman tam olarak uygulanamamış olsa da, 1980'lerin ortalarına dek Türkiye sağlık sektörünün organizasyonel boyutunu belirlemede önemli işlev görmüştür. Öte yandan 1945 yılında oluşturulan sigorta uygulamasının da (SSK) benzeri bir işlev gördüğünü saptamak gerekir. 1980'lere gelinceye kadar Türkiye sağlık sektörünün temel paradigması devletçilik/kamuculuk olarak biçimlenmiş ve sağlık 1961 Anayasası'nda da belirtildiği gibi devletin sorumluluğunda bir alan olarak tespit edilmiştir. Bu dönem için asıl önemli olan nokta da budur.

1980'den itibaren ise, 12 Eylül sonrasının ekonomik politik tercihleriyle uyumlu olarak değişikliğe uğrayan asıl tercih işte bu devletçi sağlık sistemi paradigmasıdır. Böylece sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi son üç 5 yıllık kalkınma planlarının tümünde de temel strateji olarak benimsenmiş ve 1990'ların başında da Sağlık Bakanlığının teknik düzeyde de üzerinde çalışmaya başladığı bir proje durumunu almıştır.

Sağlık Bakanlığı 1990 sonrasındaki çalışmalarında sürekli olarak bir kaç noktayı gündemde tutmuştur. Buna göre;

1) Türkiye'de toplam ve kişi başı sağlık harcamaları gelişmiş ülkelerin gerisindedir.

2) Sağlık hizmetlerinin verimliliği son derece düşüktür ve bunun nedeni sektördeki kamu egemenliğidir.

3) Özelleştirme hem ek kaynak yaratmada, hem de verimliliği ve kaliteyi artırmada başlıca çözüm yoludur (SB; 1992, SB; 1992a).

Bu tespitlerin hem Dünya Bankası gibi uluslararası sermaye çevrelerce hazırlanan ilgili raporlardaki (Griffin CC.; 1990) görüşlerle, hem de Türkiye büyük sermayesinin kuruluşu olan TÜGİAD'ın aynı dönemde öne çıkardığı tezlerle (TÜGİAD; 1992) tam bir benzerlik gösterdiğini saptamak gerekir. Bütün bunlar Türkiye sağlık sektöründeki özelleştirmeci yönelimin ve daha sonradan net olarak formüle edilen Hastane İşletmeleri (İç Piyasacı düzenlemeler) projesinin (SB; 1996) Türkiye'deki yeni sağ ekonomik politikardan ortaya çıktığını göstermek konusunda ciddi verilerdir. Nitekim Türkiye sağlık sektörünün, özelleştirmeci tarzda yeniden yapılandırılması çalışmaları Dünya Bankası'nca hazırlanan bir proje çerçevesinde (World Bank; 1990) başlatılmış ve yürütülmektedir.

Bugün Türkiye sisteminde özel ve kamu sektörlerinin ağırlıklarına ilişkin tabloyu bir yandan 1980 sonrasının

yeni sağ ekonomik politikaları, bir yandan da bu politikalarla uyumlu tarzda geliştirilen özelleştirmeci sağlık politikaları belirlemektedir.

TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜ PROFİLİ VE BU PROFİLİ ETKİLEYEN DİNAMİKLER

Türkiye'de 1980 sonrası sağlık hizmetlerinde özel sektörün ağırlığı daha fazla kendini hissettirmektedir.

1980'de 91.2 milyar TL olan özel sağlık harcamaları 1996'da 198 trilyon TL'ne ulaşmıştır. Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 1980'de %48.6'dan 1981'de %53.8'e çıkmış, 1987'ye kadar %50'nin üzerinde seyretmiş (1984'de %56.1), 1988'den sonra gerilemiştir. 1993'de %31.8 olmuş, 1996'da ise %36'ya yükselmiştir (SB; 1997).

Bugün için toplam sağlık finans kaynaklarına bakıldığında özel sigortalar ve doğrudan cepten harcamalardan oluşan özel kaynaklar, toplamın %37'sini oluşturuyor. Harcamalara bakıldığında ise, özel sağlık sektörüne akan paranın toplam sağlık harcamalarının %49'una ulaştığı görülür (Engiz O.; 1996). Bunun anlamı yılda yaklaşık 2 milyar dolarlık bir sağlık pazarı demektir (Soyer A.; 1997a).

Bu sağlık pazarının dinamiklerini tartışmaya başlayabiliriz:

1- Özel sağlık sektörüne akan paranın en önemli bölümü, halkın cebinden sağlığa ayırdığı para oluşturmaktadır. Türkiye'de ortalama aile gelirin %2.56'sının sağlığa harcandığı saptanmıştır (DİE; 1990). Bu miktarın yılda yaklaşık 1.7 milyar dolar olması söz konusudur (Soyer A.; 1997a). Özel sağlık harcamaları, kişi başına dolar olarak değerlendirildiğinde, aşağıdaki tablo ortaya çıkmaktadır:

Tablo 2: Türkiye'de Özel Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre Dağılımı (1980-96) (SB; 1997)

Yıl	Kişi Başına Özel Sağlık Harcaması (\$)
1980	27.0
1981	27.0
1982	23.6
1983	22.3
1984	21.4
1985	21.7
1986	22.7
1987	25.0
1988	24.4
1989	27.6
1990	36.2
1991	35.7
1992	36.4
1993	41.4
1994	30.1
1995	38.0
1996	41.1

DİE 1987 araştırmasında sağlığa en çok para ayıran bölgenin Gaziantep'ten Muğla'ya kadar olan Güney illerinin olduğu bölgedir. Bu bölgedeki halk, gelirinin %3.19'unu sağlığa ayırmaktadır. Bu bölgeyi %3.10'luk harcamayla Artvin'den Zonguldak'a kadar olan bölge izlemektedir (DİE; 1990).

DİE 1994 araştırmasında ise; kentte yaşayanlar harcanabilir gelirlerinin %2.64'ünü sağlığa harcadığı, kırdaki bu oranın %2.50 olduğu belirlenmiştir. Sağlık tüketim harcamalarının %67.6'sı kentlerde yapılmıştır. 1994 yılında toplam tüketim harcamaları içinde sağlık harcamalarının payı açısından Akdeniz Bölgesi önde gelirken (%3.05), Marmara(3.04), Ege(2.55), Karadeniz (2.44), İç Anadolu (2.13), Doğu Anadolu (1.76) ve Güneydoğu Anadolu (1.47) onu izlemektedir.

Toplam sağlık tüketim harcamaları içinde bölgelerin payı incelendiğinde Marmara %40.62 ile başta gelirken, onu Ege (%14.59), İç Anadolu (%14.11), Akdeniz (%13.47), Karadeniz (%10.75) Bölgesi'nin izlediği görülür. Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinin toplam sağlık tüketim harcamaları içindeki payları, sadece %6.46'dır (DİE; 1996a).

Halkın cepten yaptığı harcamaların en önemli bölümü ilaca gitmektedir. Cepten harcamaların %41.5'inin ilaca gitmesinin anlamı, 1992 yılı içinde 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 dişçilik hizmetleri vb.'ye de yaklaşık %10'a yakın bir pay harcanmaktadır (Yıldırım S.; 1994).

Tablo 3: Halkın Cepten Sağlığa Harcadığı Paranın, Harcama Kalemlerine Göre Dağılımı (Yıldırım S.; 1994)

	Harcama Miktarı (Milyon Dolar)
İlaç	733
Özel Hastaneler	239
Kamu Hastaneleri	225
Özel Poliklinikler	148
Özel Muayenehaneler	133
Özel Dişçilik Hizmetleri	123
Gözlük ve Lens	42
Sağlık Malzemeleri	25
Kamu Dişçilik Hizmetleri	22
Diğer Hizmetler	78
Toplam	1768

Özel sağlık tüketim harcamaları daha da ayrıntılandırıldığında, aşağıdaki tablo ortaya çıkmaktadır:

Tablo 4: Özel Sağlık Tüketim Harcamalarının Dağılımı (Yıldırım S.; 1994)

Harcama Kalemi	Harcama Miktarı
Hekimlere	388.6r
Röntgen-Laboratuvar	93.6
Ameliyat	83.0
Yatak-Otelcilik	79.5
Doğum	31.8
Göz	15.9
Diğer Hizmetler	51.2

DİE 1987 araştırmasına göre aylık geliri 50 bin TL'dan az olanların toplam tüketim harcamaları içinde sağlığa ayırdıkları payın %4.14 olduğu, sağlığa nisbeten çok pay ayıran bir kesimin de aylık geliri 5 milyondan fazla olanlar olduğu (%4.39), onların dışındaki gelir gruplarının sağlığa ayırdıkları payın %2.04-%3.52 arasında değiştiği saptanmıştır (Yıldırım S.; 1994).

2. Özel Sağlık Sigortaları

1990 yılında hastalık sigortası uygulaması başlamış, 10 şirket ile başlayan bu uygulama 1997'de 46 sigorta şirketine ulaşmıştır. 1991'de 19 sağlık sigorta şirketinin doğrudan prim üretimi 48.1 milyar TL(964.5 milyon dolar) olmuş, bu miktarın 1996 yılında 8.4 trilyon TL'na (1.4 milyar dolar) ulaşmış, şirket sayısı da 43 olmuştur. Sigorta şirketlerinin toplam prim içindeki payları da 1991'de %1.2'den, 1996'da %6.5'a çıkmıştır (Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Gn. Md.; 1997).

3. Özel Hastaneler

Devlet İstatistik Enstitüsü 1996 yılı verilerine göre ülkemizin 76 ilinden 41'inde hiç özel hastane yokken, 15'inde sadece bir özel hastane mevcuttur. Toplam özel hastanelerin %45.2'si, özel hastane yataklarının %58.2'si İstanbul'dadır.

Özel hastanelerin 56.6'sı üç büyük il'de, %76.6'sı 10 il'de(üç büyük il, Adana, Antalya, İçel, Bursa, Gaziantep, Hatay, Sakarya), özel yatakların ise %70.5'ü üç büyük il'de, %88.3'ü 10 il'dedir. Özel hastanelerin %0.6'sı Güneydoğu, %1.8'i Doğu Anadolu, %4.2'si Karadeniz Bölgesi'ndedir (DİE; 1997).

Son 12 yılda özel hastane yatakları özellikle Antalya, Kahramanmaraş, Hatay, Adana, İçel gibi Güney illerinde artış göstermiş, onları İzmir, Bursa, Denizli, Balıkesir illeri ile Ankara, Trabzon, Kırklareli izlemiştir. Sayı olarak özel hastane yatağı artışında İstanbul 12 yılda 2573 yatak artışı ile önde gelmektedir.

Son 12 yılda özel hastanelerin gelişimi incelendiğinde, İstanbul'un özel hastanelerin yoğunlaştığı en önemli merkez olduğu; Güneyde Adana, Antalya, İçel, Gaziantep,

Hatay hattının bir diğer özel hastane odağı olduğu ve son yıllarda bunlara Muğla'nın eklenmekte olduğu; bir başka gelişmenin İzmir, Bursa, Sakarya, Denizli, Aydın, Balıkesir hattında izlendiği; Ankara'nın kamu fonları destekli büyük özel hastanelerin odağı haline geldiği; bunların dışında kısmen Edirne, Eskişehir, Trabzon, Samsun, Kahramanmaraş'ın özel hastaneciliğin yeni gelişim merkezi olduğu; Rize, Ordu, Nevşehir, Kars, Kırşehir, Isparta, Erzincan'ın özel hastaneciliğin geri çekildiği iller olarak belirdiği; Malatya, Konya, Erzurum, Diyarbakır, Bolu, Tekirdağ ve Kayseri'de özel hastanecilik açısından gerilemelerin yaşandığı iller olduğu saptanabilir (DİE; 1997).

Özel hastaneler kapsamında azınlıklar ve yabancılara ait hastaneler ile dernek ve vakıflara ait hastaneler de sıralanmaktadır. Yabancı ve azınlıklara ait hastaneler Balıklı Rum, Surp Agop Taksim Vakıf Ermeni, Balat Musevi (Or-Ahayim), Karataş (İzmir'de), Surp Pırgıç Yedikule Ermeni, Akliye Lape, Alman, İtalyan, Amerikan (Gaziantep'te), Sen Jorj, Amerikan Hastaneleri'dir. Dernek ve Vakıflara ait hastanelerin sayısı ile 15'tir. Diğer özel hastaneler ise, kar amaçlı ve şahıs ya da şirketlere aittir. Toplam özel hastanelerin %43.2'si şirketlere, %42.6'sı şahıslara aitken, özel hastane yataklarında bu oranlar sırasıyla %42.5 ve %28.9'dur.

Şahıslara ait özel hastanelerin %62'si tek hekim mülkiyeti şeklindedir (Yatak oranı:%65). Hekimlerin ortaklığı şeklindeki özel hastaneler, şahıslara ait özel yatakların %11.3'üne sahiptir. Hekim olmayan şahıs ya da ortaklıkların sahip olduğu yatak oranı ise %17.8'dir (Kaya K.; 1994).

Hemodiyaliz merkezleri, özel sağlık kurumları içinde ağırlıklı bir yere sahiptirler. Toplam hemodiyaliz merkezlerinin %24'ü, hemodiyaliz cihazlarının ise %29.3'ü özel sektörün elindedir. Diyalize giren hastaların da, %28'i özel sektör hizmetlerinden yararlanmaktadır (SB Tedavi Hizmetleri Gn. Md.; 1997).

4. Özel Laboratuvarlar

Özel sağlık piyasasının en önemli bileşenlerinden biri de, özel laboratuvarlardır. 1996 yılı itibarıyla Türkiye'de 1167'si radyoloji, 832'si bakteriyoloji, 709'u biyokimya, 274'ü fizik tedavi, 156'sı patoloji, 17'si halk sağlığı ve fizyoloji olmak üzere 3155 laboratuvar mevcuttur.

Bu laboratuvarların %38'i İstanbul'da, %12'si Ankara'da, %9'u İzmir'dedir. Bu illerin dışında Bursa, Antalya, Adana, Konya, Balıkesir, İçel özel laboratuvarların yoğun olduğu diğer illerdir (TTB; 1996).

5. Özel Poliklinikler

Türkiye'de özel poliklinikler, 1980 sonrasında çok tipik kurumlarıdır. 1980 sonrası, özellikle büyük kentlerin çevrelerinde yoğunlaşmaya başlayan özel poliklinikler,

giderek büyük kentlerin diğer bölgelerine ve orta büyüklükteki kentlere yayılmaya başlamıştır. Ancak özel polikliniklerin sayısı konusunda net bir rakam vermek oldukça zordur.

Özel polikliniklerin yaklaşık yarısından çoğunun İstanbul'da olduğu ve bu sayının 400'ü aştığı söylenebilir. Bu sayının Ankara'da 200'e yakın, İzmir'de 100 civarında olduğu; Adana (40-50), Bursa (30-40), Samsun (20-30)'un özel polikliniklerin tercih ettiği diğer merkezler olduğu; Aydın, Denizli, Erzurum'da özel polikliniklerin yoğunlaşmaya başladığı belirtilebilir (TTB; 1996).

6. Özel Muayenehaneler

Türkiye'de kamuyla bağlantısı olmayıp, sadece özel sektörde çalışan hekim sayısı 10 bin civarındadır. Kamuda çalışan uzman hekimlerin de 15 bin kadarının muayenehanesi olduğu varsayılırsa, Türkiye'de 25 bin hekimin muayenehanesi olduğu söylenebilir.

Ülkemizde hekimlik, önemli ölçüde "part-time" bir meslektir. Yani, hekimler hem kamuda görevliken, hem de özel sektörde iş yapabilmektedirler. Kamuda çalıştığı halde özel sektörde iş yapabilmeye 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 %35-40'ının hem kamuda, hem özelde çalışması, özellikle denetlenemeyen bir para dolaşımı yaratmaktadır. Halkın kamu olanaklarından, para vererek yararlanabilmesi anlamına geldiği için, bu duruma bir "örtülü" özelleştirme demek yanlış olmasa gerek.

Bugün ülkemizde üniversitelerde öğretim üyeleri, eğitim hastanelerinde klinik şefleri ve şef yardımcılarını 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 sağlık personelinin bu rantı elde etmek için kullanırlar. Başka bir deyişle, aslında işleri eğitim ve/veya hizmet olan bu personel, şef yada hocalarına rant sağlayabilmek için angarya içine sokulur. Bu hali ile bir feodal ilişkiyi çağrıştırmaktadır. 1980 sonrası yoğunlaşan ve halen 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.

6. Özel Sağlık Şirketleri

1985-95 yılları arasında sağlık hizmetlerinin de içinde bulunduğu toplum hizmetleri, sosyal ve kişisel hizmetler alanında 8275 yeni şirket, 2964 yeni firma kurulmuştur. Sadece 1995 yılında sağlık alanında kurulan şirket sayısı 999, sermaye büyüklüğü de 522 milyar TL'dir.

1995 yılında yeni kurulan sağlık alanındaki şirketlerin %36'sı İstanbul'da, %14'ü Ankara'da, %10'u İzmir'dedir. Bu illerin dışında Antalya, Adana, İçel, Konya yeni sağlık şirketlerinin yoğunlaştığı iller olarak sıralanabilir. 1995'te 20 il'de bu alanda hiç yeni şirket kurulmamıştır (Soyer A.; 1996, DiE; 1996b).

Özel sağlık şirketleri denilince ilk akla gelen ilaç şirketleridir. Türkiye'de yaklaşık 107 ilaç şirketi olduğu ve sağlık sektöründeki en büyük sermayeli ve en çok istihdamı barındıran şirketlerin bunlar olduğu söylenebilir (TTB; 1996). İlacın, sağlık sektöründe aslan payının sahibi olmasının sonucu olarak, ilaç depoları ve eczaneler de sağlık sektörünün diğer önemli kurumlarıdır.

İlaç üretimi yapan İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası üyesi 44, Türkiye İlaç Sanayi Derneği üyesi 44, Yerli İlaç Sanayicileri Derneği üyesi 29 şirket mevcuttur (TTB; 1996). İlaç şirketleri ile eczaneler arasında etkinlik gösteren 562 dolayında ilaç deposu vardır (İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası; 1997). 1992'de 776 milyon birim kutu olan ilaç üretiminin %79'u en büyük 20 şirket tarafından gerçekleştirilmektedir. 1995 yılı içinde Türkiye'deki ilaç tüketimi, 1716 milyon dolar olarak hesaplanmıştır (İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası; 1997).

Türkiye'deki 16 bin civarındaki eczanenin %22'si İstanbul'da, %8.6'sı Ankara'da, %8.4'ü İzmir'dedir. Ayrıca Adana, Bursa, Konya, Antalya, İçel, Manisa, Balıkesir, Gaziantep eczanelerin yoğunlaştığı illerdir.

1983-94 yılları arasında artan eczane sayısı İstanbul'da 1376, Ankara'da 563, İzmir'de 465, Bursa'da 238, Antalya'da 222, Adana'da 205'dir. Artış oranı olarak bakıldığında ise, ilginç bir tablo ortaya çıkmaktadır: Diyarbakır(%65), Adıyaman(%55), Şanlıurfa(%55), Bitlis(%54), Siirt(%54), Bilecik(%51), Bursa(%50), İçel(%50) ön sıradaki illerdir (DiE; 1997).

İlaç şirketlerinin yanı sıra, tıbbi teknoloji ve malzeme üreten şirketler mevcuttur. Sağlık gereçleri üreten 40'ı aşkın firma, ortopedik malzeme üreten ve ithal eden 20 civarında firma dışında daha çok ithalat(ve ihracat) yapan

çok sayıda şirket vardır. Bu şirketler laboratuvar cihazları, diş hekimliği malzemeleri, göz malzemeleri, tıbbi sarf malzemesi, tıbbi teknik cihazları, röntgen cihazları, hastane demirbaş ve donanımı, vb. satışı yapmaktadır. Bayileri hariç bu alanda faaliyet gösteren şirket sayısının 2000 dolayında olduğu ileri sürülmektedir. Yine 1500 civarında değişik uluslararası şirketlerin temsilcilikleri de faaliyet göstermektedir (TTB; 1996, Medser; 1996).

İlaç ve tıbbi teknolojinin önemli bir özelliği de, bu alana akan paranın büyük bölümünün yurtdışına gitmesidir. 1992'de 522 milyon dolar olan ilaç ithalatı, 1996'da 875 milyon dolara ulaşmıştır. İlaç ihracatının ithalatı karşılama oranı ise sadece %12'dir (İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası; 1997).

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 A.; 1994).

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 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.

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. 1980-93'te 36 bin kadar EKG cihazı, 350 civarında bilgisayarlı tomografi, 100 dolayında manyetik rezonans cihazı ithal edilmiştir. Sadece ithal edilen bilgisayarlı tomografi cihazı ile, İngiltere standartlarında bir sağlık planlaması yapıldığında, bu ülkenin ihtiyacından %483 fazladır (Şemin S.; 1994).

Tıbbi ithalat, ayrıca iç üretim karşısında da desteklenmediği için, tıbbi ithalatçı firma sayısı bir anda bin civarına 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 firmanın 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 yapabilmektedir. Buna karşın aynı yıl yapılan tıbbi cihaz ithalatı ihracatın 12 misli miktarda olmuştur.

7. Finansal Kiralama (Leasing):

1990'lı yılların başında girilen kriz, orta ve uzun vadeli kredi veren leasing şirketlerinin önünü açmış, sağlık alanında yatırım yapan şirketler de mali sıkıntılarını aşmak amacı ile leasing şirketlerine yönelmişlerdir. Yurt içi kiralamalarda

sağlık alanında özellikle tıbbi cihaz alanındaki işlem hacmi 1990'da 42.3 milyar TL'dan, 1995'de 1903.2 milyar TL'na çıkmıştır. Toplam leasing işlem bazında, sağlık sektöründeki işlem payı %2.4-5.4 arasında değişmiştir.

Tıbbi cihaz kiralama larının, yurtdışı kiralama lar içindeki payı %1.2-2.8 arasındadır. Başka bir deyişle 1990-95 yılları arasında toplam 51.5 milyon dolarlık yurt dışı tıbbi cihaz kiralama sı yapılmıştır (Ekonomist; 1996).

8. Sağlık Piyasasında Dönen Paraya İlişkin Bazı Örnekler:

Eczacılık ürünleri, tıbbi aletler perakende ticareti ile ilgili 1992 yılında 16299 işyeri olduğu, bu işyerlerinde 16185'i ücretli, 33311 çalışan olduğu, ücretlilere ödenen paranın 30 milyon dolar civarında olduğu, elde edilen katma değer miktarının ise 393 milyon dolar tuttuğu saptanmıştır. İşyeri sayısı 1980'e kıyasla %54, ücretlilere ödenen para %85, katma değer %83 oranında artmıştır. Sağlık işleri ve sosyal hizmetler ile ilgili ise 18619 işyeri, 17876'sı ücretli, 37358 çalışan söz konusudur. Ücretlilere ödenen para miktarı 38 milyon dolar, katma değer 196 milyon dolardır. Bu işyerleri arasında ciddi eşitsizlikler söz konusudur. 144 zengin işyeri(%0.8) ücretlilerin %22'si, çalışanların %11'i ücretlilere ödenen paranın %43'ü, katma değer %20'sinin sorumlusuyken; 16371 küçük işyeri (%88) ücretlilerin %50'si, çalışanların %70'i, ücretlilere ödenen paranın %34'ü ve katma değer %50'sinden sorumludur (DİE; 1997).

Tıbbi aletlerin ithalat ve ihracatı arasında da ciddi bir dengesizlik söz konusudur. 1989-95 yılları arasında 4.6 milyar dolar ithalat yapılırken, aynı süre içinde bu alanda yapılan ihracat ithalatın sadece %3.5'i kadardır. Aynı süre zarfında tıp ve eczacılık ürünleri ithalatı 2.4 Milyar dolar, ihracatı ise 512 milyon dolardır (%21) (İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası; 1997).

Sağlık işleri ve sosyal hizmetler alanındaki işyerlerinin %94'ü ferdi mülkiyetken, %01'i kollektif, %06'sı anonim ve %3.6'sı limited şirket biçimindedir. Ferdi mülkiyet biçimindeki işyerleri ücretlilerin %64'ü, çalışanların %80'i, ücretlilere ödenen paranın %47'si ve katma değer %74'ünün sorumlusuyken; işyerlerinin yaklaşık %4'ünü oluşturan diğer şirketlerin sahipliğindeki işyerleri için bu oranlar sırasıyla; %31, %17, %50, %23'dür (DİE; 1997).

KAMU SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN ÇÖKERTİLMESİ VE ÖZELLEŞTİRMEYE DEVLET DESTEĞİ

Özel sağlık sektörünün en temel özelliği, tüm ülkelerde olduğu gibi devlet desteği ve kamu fonlarından beslenmedir. 1980 sonrası da, özel sağlık sektörünün gelişmesi ve yaygınlaşması bir yandan kamu sağlık kurumlarının çökertilmesi, diğer yandan bizzat kamu fonlarının özel sağlık sektörüne aktırılması ve devlet politikası olarak özel sağlık sektörünün desteklenmesi ile mümkün olmuştur.

Kamu sağlık hizmetlerinin ve kurumlarının çökertil-

mesi, 1980 sonrası uygulanan ekonomi politikalarla adım adım yaşama geçirilmiştir. İlk olarak 1982 Anayasası ile sağlığı bir hak olarak görüp, devlet güvencesine alan geleneksel anlayış terkedilmiş, düzenleyici ve denetleyici konum tariflenmiştir. Anayasa'da genel sağlık sigortası, sağlıkta özel kesim yer almıştır.

MGK döneminde açıklanan ilk hükümet programı, "sağlık sigortası sistemine geçilmesi"nden söz etmiş, kamu sağlık personelinin çalışma koşullarını olumsuz etkileyen yasal düzenlemeler yapılmış (Tam Gün Yasası'nın kaldırılması ve Zorunlu Hizmet Yasası çıkarılması), Tıp Fakülte lerine öğrenci alımı artırılmıştır. Bu uygulamalar, bütün bir 80'li yıllar boyunca sürecek olan kamu sağlık personelinin niteliksizleştirilmesi ve özel sağlık pazarının ucuz emeği haline getirilmesi sürecinin başlangıcı olmuştur.

Ayrıca, MGK döneminde sağlığın ticarileştirilmesi ve özelleştirilmesi konusunda net bazı adımlar atılmıştır. 1981 yılında sağlık yatırımları teşvik kapsamına alınmış 1983 yılında da Sağlık Bakanlığı kurumlarında döner sermaye uygulamaları yasalaşmıştır. Bu adımlar, bir yanı ile sağlık alanında özel kesimin kamu fonları ile teşvik edilmesini yaygınlaştırmış, diğer yandan kamu sağlık kuruluşlarının ticari bir anlayışla işletilmesi sürecini başlatmıştır.

Bu arada sağlık çalışanlarının demokratik örgütleri kapatılmış (Türk Tabipleri Birliği, Tüs-Der, Has-İş, vb.), meslek örgütleri yasaları değiştirilmiştir.

ANAP Dönemi ise, Türkiye'de her alanda olduğu gibi, kamu sağlık alanında özelleştirmenin en pervasız uygulamalarının yaşandığı yıllar olmuştur. 1983 Hükümet Programı'nda sağlık ile ilgili olarak, "sağlık sigortası oluşturulması, özel doktor ve sağlık kurumu hizmetlerinden yararlanılması, özel sağlık müesseselerinden yararlanılması" gibi hedefler yer almıştır. Yine bu dönemde DPT sağlıkta özelleştirmeyi temel alan 5. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nı hazırlamıştır. Bu dönemde, SSK Hastanelerinden başlayan, giderek devlet hastanelerine yayılan özelleştirme çalışmaları somutluk kazanmıştır. Sürecin en temel belgesi de 1987'de çıkarılan, ancak önemli bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi'nde iptal edilen Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu olmuştur.

Bu yasa ile, "Sağlık Bakanlığı'na kamu ve özel sağlık kurumlarının düzenlenmesi görevi verilmiş; özel hekim ve özel sağlık kuruluşlarından yararlanma olanağı getirilmiş; kamu sağlık fonlarının özel sağlık sektörüne akmasının önündeki engeller kaldırılmış; sağlık personeline meslekten men'e kadar varabilen yetkiler Sağlık Bakanlığı'na tanınmış; devlete sağlık personeline özel sağlık kurumlarında zorunlu hizmet yetkisi verilmiş; devlete tüm sosyal güvenlik fonlarına el koyma ve bunu dilediği gibi yönlendirme yetkisi sağlanmış; tüm kamu sağlık kurumları işletme haline getirilmiş ve çalışanlar sözleşmeli olmuş"tur.

ANAP döneminde, sosyal devlet anlayışı yerine iane modeline geçişin göstergesi sayılabilecek Sosyal Yardım ve Dayanışma Teşvik Kanunu çıkarılmış; Fak-Fuk-Fon"

denen uygulamaya geçilmiştir. Sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin master planı, bu dönemde Price Waterhouse Şirketi'ne yaptırılmıştır. Bu dönem, özetle; sağlığın hak olarak bir kamusal görev olduğu anlayışının tamamiyle terk edilerek, bu tür hizmetlerin çok sınırlı yoksul kesime - o da iane tarzında- verilmesi, onun dışında herkesin parasıyla alabileceği hizmetler olduğu anlayışı yerleştirilmiştir.

DYP-SHP(CHP) Koalisyonu, eklektik bir Hükümet programı ile işe başlasa da, kısa sürede 1980 sonrası uygulamaların hiç değişmeksizin sürdürüldüğüne şahit olunmuştur. "Herkes ücretsiz sağlık hizmeti" yerine, "yöneticilerin karar verdiği süre sonunda tesbit edilen yoksullara sınırlı bir sağlık hizmeti" anlamına gelen yeşil kart, bu dönemin alamet-i farikası olmuştur. Ancak Koalisyon Hükümeti, 1992'de ilkinin 1993'te de ikincisini yaptığı "Ulusal Sağlık Kongreleri" ile sağlıkta özelleştirmenin halk, akademik çevreler ve demokratik örgütlerce "sindirilmesi" yolunda önemli adımlar atmıştır. Bu arada, ilk fiili hastane özelleştirmeleri(Koşuyolu ve Yüksek İhtisas Hastaneleri) bu dönemde olmuştur.

Daha sonra Anayol, Refahiyol ve bugünkü Anasol-D hükümetleri, sağlıkta özelleştirme konusunda, 1980 sonrası çizginin tutarlı takipçileri olmuşlardır (Soyer A.; 1996).

1980 sonrası kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesi ve bu şekilde özel sağlık sektörünün önünün açılması politikası birkaç temel noktada yoğunlaşmıştır (Soyer A.; 1995):

1-Sağlık Bakanlığı bütçesi kısalmıştır. 1980'li yıllar boyunca %3'ün altında seyreden Sağlık Bakanlığı bütçesi, 1990'lı yılların başında -ancak döner sermaye ve fon gelirleri ile- kısmen artış gösterse de, 1994 sonrası tekrar gerileme olmuştur.

2-Kamu fonları içinde sadece SSK fonlarının artışı gözlenmiş, bu da büyük ölçüde işçi primlerinden sağlanmıştır. Kamu sağlık fonları içinde değerlendirilen üniversite hastaneleri ise, fiilen döner sermayeye bağımlı "özel" kurumlar haline gelmiştir.

3-Kamu sağlık yatırımları 1980'den itibaren gerilemiştir. En çok SSK'da hissedilen yatırım gerilemesi, artan kamu sağlık hizmeti talebinin karşılanamaz hale gelmesinin en temel nedeni olmuştur.

4-Kamu sağlık personelinin çalışma ve yaşam koşulları kötüleş(tiril)miştir. Bu şekilde, kamu sağlık personeli, özel sağlık pazarının ucuz emeği haline ge(tiri)lmıştır.

Kamu sağlık sektörünün çökertilmesi ile paralel giden kamu fonlarının özel sağlık sektörüne aktarılması ve kamu olanaklarının özel sağlık sektörünü geliştirme amacıyla kullanılması, ülkemizde sağlıkta özelleştirmenin en temel dinamiklerinden biri olmuştur.

1.Sağlık Alanına Verilen Teşvikler

1982-96 yılları arasında sağlık alanında 630 teşvik verilmiştir. Bu teşviklerin verildiği sağlık yatırımlarının

toplam değeri 2.2 milyar dolardır. 2.2 milyar dolarlık yatırımın 1.3 milyar doları yurt dışına akmıştır. Teşvik olan yatırımların 479 tanesi (yaklaşık 1.8 milyar dolar) komple yeni yatırım, 333'ü (1.8 milyar dolar) hastane, 218'i teşhis-tedavi merkezi(0.3 milyar dolar), 589'u özel sektör(2 milyar dolar) yatırımdır.

Bu yatırımların 252'si (1.0 milyar dolar) Marmara, 125'i(0.5 milyar dolar) İç Anadolu, 80'i(171 milyon dolar) Ege, 68'i Akdeniz(215 milyon dolar) Bölgesine yapılırken, Doğu Anadolu'ya yapılan yatırım sayısı 15 yılda sadece 24'tür(29 milyon dolar).

İl bazında ise, 1982-96 yılları arasında 29 il'e hiç sağlık teşvik verilmediği, 9 il'e sadece 1 teşvik verildiği değerlendirilmesini yapmaktır mümkün.

Sağlık teşviği alan yatırımlarda aslan payını 931 milyon dolar ile (%42) İstanbul almış, onu Ankara 474 milyon dolar (%21), Antalya 103 milyon dolar(%5), İzmir 91 milyon dolar(%4), Adana 70 milyon dolar(%3), Zonguldak 47 milyon dolar(%2), Bursa 44 milyon dolar(%2), Denizli 35 milyon dolar(%1.5), İçel 30 milyon dolar(%1.4) ile izlemiştir.

Sağlık teşvikleri alan yatırımlar bölgesel ve il bazında eşitsizliklerin yanı sıra, şirket/kurum bazında da eşitsizlikleri yansıtmaktadır. 1982-96 yılları arasında teşvik alan sağlık yatırımları sıralamasında ise aslan payını Sevgi Özel Sağlık Hizmetleri AŞ(55 milyon dolar), Yeditepe Sağlık Hizmetleri AŞ(45 milyon dolar), Siyami Ersek Kalp Damar Hastalıkları Vakfı(33 milyon dolar), Hançer Sağlık Hizmetleri Ticaret Sanayi AŞ(31 milyon dolar), Baymer Turizm Yatırım AŞ(31 milyon dolar), Etimesgut Belediyesi(31 milyon dolar), İstanbul Memorial Sağlık Yatırım AŞ(31 milyon dolar), Güven Hastanesi AŞ(31 milyon dolar) almıştır (Soyer A.; 1994, Soyer A.; 1997b).

2-Kamu Sağlık Fonlarının İlaç, Tıbbi Teknoloji, Tıbbi Malzeme Alımı ve Sevklar Aracılığı İle Özel Sektöre Aktarılması

Kamu sağlık fonlarının özel sektörden mal ya da hizmet alınması yolu ile harcanmasında, ilaç en temel kalemdir. Örneğin, SSK'da sağlık harcamalarının yaklaşık %28'i ilaca gitmektedir. Bu oran 1980'e kıyasla %13 oranında artmıştır (Yıldırım S.; 1994, SSK; 1994 Faaliyet Raporu). Bağ-Kur sağlık harcamalarının %52'si, Emekli Sandığı sağlık harcamalarının ise %67'si ilaca gitmektedir (Yıldırım S.; 1994).

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesinin de -personel harcamaları dışarda tutulursa- %30-62'si tüketim alımlarına, %8-9'u demirbaş, makina ve teçhizat alımlarına gitmektedir. Tedavi Hizmetleri bütçesinin yaklaşık %13'ü tıbbi malzeme alımına, bunun da yaklaşık %1/3'i röntgen filmine harcanmaktadır (SB Tedavi Hizmetleri Gn.Md.; 1997, Soyer A.; 1996).

Kamu sağlık kurumlarına yatırım yapılmaması sonucu

artan sağlık hizmetleri talebini karşılamak amacı ile uygulanan sevkler (anlaşmalı hekim ve laboratuvarlar), kamu fonlarının özel sektöre aktılmasının bir başka önemli yoludur. Bu konuda en yoğun sorun, SSK'da yaşanmaktadır. 1980'de %6 olan sevklerin sağlık harcamaları içindeki payı, 1994'de %22.5'a yükselmiştir (**Ekonomist; 1996, SSK 1994 Faaliyet Raporu**).

3. Döner Sermaye Uygulaması:

Döner sermaye uygulaması, özünde kamu olanaklarının özel amaçlar için kullanılmasıdır. Kamu sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi demektir.

Sağlık Bakanlığı hastaneleri özellikle, 1980'li yılların ikinci yarısından itibaren hemen hemen tamamen döner sermaye gelirleri ile ayakta durmaya çalışmışlardır. 1988'de 321 olan (%58.5) döner sermayeye sahip Sağlık Bakanlığı hastanesi sayısı, 1996'da 479'a (%70.2); döner sermaye kapsamındaki hastane yatağı sayısı da 62598'den (%91.7) 74107'ye (%94.6) çıkmıştır (**SB Tedavi Hizmetleri Gn.Md.; 1997**).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı döner sermayeli hastanelerin döner sermaye gelirleri 1989'da 185 milyar TL'dan, 1996'da 39 trilyon TL'ya çıkmıştır. Döner sermaye gelirleri 1989'da Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesinin %44.6'syken, 1996'da %101.8'ne yükselmiştir. Personel gelirleri dışarda bırakılırsa, döner sermaye gelirleri, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesinin 6.1 misli olmaktadır (**SB Tedavi Hizmetleri Gn.Md.; 1997**).

Tıp fakültelerinde döner sermaye gelirleri, 1989'dan sonra devlet katkısını aşmış, neredeyse iki misli bir orana gelmiştir. Döner sermaye uygulaması ile, tıp fakültesi hastaneleri neredeyse özel hastaneler haline gelmiştir. Döner sermaye gelirleri ağırlıklı olarak tıp fakültesi öğretim üyelerine dağıtılmaktadır. Örneğin, İnönü Üniversitesi'nde döner sermaye gelirlerinin %71.8'i personele dağıtılırken, bu oran Cumhuriyet Üniversitesi'nde %53.7, Trakya Üniversitesi'nde %51.7, Marmara Üniversitesi'nde %50.3'dür (**Yıldırım S.; 1994**).

Döner sermaye gelirlerinin ortalama %48'i cari harcamalara, %34.ü personele dağıtılırken, yatırıma sadece %8'lik bir pay ayrılmaktadır. Buna karşın bütçe harcamaları içinde personelin payı %47, yatırım payı %45'dir.

Toplam döner sermaye geliri açısından bir sıralama yapıldığında Ege Üniversitesi'nin önde geldiği, onu Hacettepe, Ankara, İstanbul, Selçuk, Çukurova, Cerrahpaşa'nın izlediği görülebilir (**Yıldırım S.; 1994**).

Döner sermaye gelirlerinin toplam bütçe içindeki payı açısından bir değerlendirme yapıldığında ise, Selçuk Üniversitesi'nin %78.5 ile başta yer aldığı, onu Hacettepe ve Çukurova (%61)'nin izlediği, daha sonra sırayla Ege (%56), Erciyes(%54), Ondokuzmayıs(%54), KTÜ (%53),

Akdeniz(%52), Ankara(%52), Atatürk (%51)' ün geldiği görülebilir (**Yıldırım S.; 1994**).

Son yıllarda, kamu olanaklarının özel amaçlı kullanımına ilişkin çok sayıda yöntem yürürlüğe sokulmuştur. Devlet ve SSK hastanelerinde muayenehane-hastane ilişkisinin yanı sıra, tıp fakültelerinde paralı muayene-tedavi uygulamasının yaygınlaştırılması, SSK'da "sur-time" adı altında paralı muayene-tedavi uygulamasının başlatılması, tıp fakülteleri ve devlet hastanelerinde kurulan vakıf ve derneklere aracılığı ile bu kurumlardaki bazı olanak ve hizmetlerin kamu hizmeti dışına çıkarılarak özelleştirilmesi/paralı hale getirilmesi ilk akla gelenlerdir. Ayrıca kamu hastanelerinde uygulanan personel sınırlaması/kısıtlaması politikaları ile birlikte bazı hastane hizmetleri ihale ile özel sektöre devredilmiştir (**Soyer A.; 1996**) (Taşeronlaştırma).

4. Sağlık Amaçlı Vakıflar:

Bugün 4000'i aşkın vakfın %5'inden fazlası sağlık amaçlıdır. Bu vakıflar bir yandan kamu olanaklarından hiçbir katkı yapmaksızın özel amaçlı yararlanmaya fırsat verirken, diğer yandan da şirketlere kıyasla sağlanan avantajlarla da ticari üstünlük sağlamaktadırlar. Bu vakıfların en büyükleri tıp fakülteleri bünyelerinde kurulmuş olanlardır (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Tıp, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuzeylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gülhane Sağlık, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi-4 adet, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Vakfı).

Bu vakıfların en önemli özelliği, tıp fakültelerindeki sağlık hizmetlerinden yararlanmayı, sosyal güvenlik kapsamında olanlar için bile paralı hale getirmesidir.

Tıp fakültesi vakıfları dışında Sağlık Bakanlığı; Sağlık Bakanlığı'nın bazı hastaneleri (Ankara Numune Hastanesi, Ankara Onkoloji Hastanesi, Bakırköy Akıl Hastanesi, Baykent Taksim Hastanesi, Çanakkale Devlet Hastanesi ve Dializ, Çınarcık Hastanesi ve Huzurevi, Dr.Zekai Tahir Burak Doğumevi, Haseki Hastanesi, Haydarpaşa Numune Hastanesi, İstanbul Göğüs Kalp ve Damar Cerrahi Merkezi, İzmir Dr.Behçet Uz Çocuk Hastanesi, vb.); verem, kanser, cüzzam, vb. hastalıklarla ilgili kurumlar; dinsel amaçlı; özel şahıslara ait vakıflar da mevcuttur (**TTB; 1996, Medser; 1996, Şemin S.; 1994**).

5. Kamu Sağlık Destek Hizmetlerinin Özel Sektöre Verilmesi:

Sağlık Bakanlığı'nın büyük hastaneleri ve üniversite hastanelerinin önemli bölümü, temizlik, mutfak ve yemek, bakım onarım, çamaşır, bilgi işlem, maaş-muhasebe, telefon, vb. hizmetlerinin tümünü ya da bir kısmını özelleş-

tirmişlerdir. Bu özelleştirme işlemleri önemli ölçüde döner sermaye gelirlerinden karşılanmakta, ihale usulü yapılan bu özelleştirmelerde ihaleyi alan şirketler "ucuz emek-çok kar- hızlı personel sirkülasyonu" anlayışı ile çalışmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ve tıp fakültesi hastaneleri bu uygulamalar için döner sermaye gelirlerini, kısmen de vakıf ve dernekleri kullanırken, SSK Hastaneleri daha çok vakıf ve dernek tercihi yapmaktadır. Bu tür destek hizmetlerin özelleştirilmesi, destek hizmetleri alanında özel bir sağlık sektörünün oluşmasını da getirmiştir (Tengilimoğlu D.; 1996).

ÖZEL SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

Kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesi ve özel sağlık hizmetlerinin desteklenmesi politikası medyanın ideolojik desteği ile de toplumda özel sağlık hizmetlerinin kullanıma oranını artırmıştır.

Genel olarak halkın %15'i özel hekimi tercih etmekte, bu tercih evde geçirilen acil durumda %11, işteki acil durumda %10 olurken, ilk başvuru yeri olarak %23'e yükselmektedir.

Halk genellikle kamu hastanelerini ve sağlık ocaklarını tercih etmekle birlikte, ilk başvuru yeri olarak özel muayenehanelerin ön sırada olması ilginçtir.

Bölgelere göre değerlendirme yapıldığında, ortalama olarak halkın %31'i özel sağlık hizmetlerini kullandığı; özel sağlık hizmeti kullanımında Trakya Bölgesi'nin en ön sırada geldiği(%43), onu Batı Karadeniz(%40), Güney-Akdeniz(%31), Güneydoğu(%29), Orta Anadolu(%27), Doğu Anadolu(%26), Ege-Marmara(%26), Doğu Karadeniz(%22)'in izlediği belirlenmiştir.

Özel hekim tercihi, en çok üniversite mezunlarında (%30.2 ve 1. Tercih) görülürken, lise mezunlarında %19, ortaokul mezunlarında %16, ilkökul mezunlarında %15, okur-yazar olmayanlarda %12.5'dur.

Kentte özel hekim tercihi %16, kırdada %13 oranındayken, yaş grupları açısından 0-6 yaş grubu ön sıradadır (%15.3 ve 3. tercih). Diğer yaş gruplarında %12-18 arasında tercih edilen özel hekim, tercih sıralamasında 4. Sıradadır.

Bölgelere göre özel hekim tercihi sıralaması yapıldığında Trakya birinci sırada gelirirken (%25.9), onu Güney-Akdeniz (%20.1) Marmara-Ege(%16.4), Batı Karadeniz (12.7), Orta Anadolu(%11.6), Güneydoğu(%11.2), Doğu Karadeniz(%7.1), Doğu Anadolu(%6.0) izlemektedir.

Türkiye'de hastaneye yatarak tedavi görenlerin %5.9'u özel hastanelerden yararlanmaktadır. Bu oran Trakya'da %9.8'e ulaşmakta; Marmara-Ege'de %8.5, Güney-Akdeniz'de %8.4 olmakta; Orta Anadolu'da %4.3a, Doğu Karadeniz'de %2.7 ve Doğu Anadolu'da %2.6 civarında seyretmektedir.

Özel sağlık hizmeti kullanımı açısından kır kent tar-

görülmemekle birlikte, özel hastanede yatarak tedavi olma oranı kentte %7.4, kırdada %3.2 olarak farklılık göstermektedir.

Kadınlar yatarak tedavide %6.9 oranında özel hastaneleri kullanırken, erkeklerde bu oran %4.1'dir. Yaş açısından ise en çok 0-6 yaş çocuklar (%12.4) özel hastaneleri kullanırken, 65 üstü yaş grubunda bu oran en düşüktür(%1.4).

Yatarak tedavide özel hastaneleri kullanma sıralamasında %33.3 ile özel sigorta kapsamında olanlar gelmektedir. Onları Bağ-Kur'lular (%15.9), hiçbir sosyal güvencesi olmayanlar (%7.3), SSK'lular(%4.1), memurlar (%2.6) ve Emekli Sandığı mensupları(%1.7)dir.

Özel hastaneye yatanların dağılımı incelendiğinde ise, bunların %45.5'inin hiçbir sosyal güvencesi olmayanlar olduğu, daha sonra SSK'lular (%24.2), Bağ-Kur'lular (%21.2), memurlar (%4.5), özel sigortalılar(%3.0), Emekli Sandığı mensuplarının(%1.5) geldiği saptanabilir.

Türkiye'de özel sağlık kurumlarına başvuranlar, hafif vakalarda %13 oranında(3.sırada) tercih ederken, şiddetli vakalarda %28 oranında(1.sırada) tercih etmektedirler. Kronik vakalarda ise tercih oranı %15.2 (devlet hastaneleri ile birlikte 2. Sıra)dır.

Sosyal güvencesi olmayanlar %16.3 oranında özel hekimi tercih ederken (3.sırada), memur ve yakınları için bu oran %5'e düşmekte (5.sırada), Emekli Sandığı mensupları için ve SSK'lular için %11(sırasıyla 4. Sırada ve 3. Sırada) dir. Özel sigortalıların %32'si (1. Sırada) Bağ-Kur'luların %25'i(2. Sırada) özel hekimi tercih ederken, askerlerde bu oran %10 civarındadır(4.sırada) (Ministry of Health; 1995).

SONUÇ

Bütün veriler Türkiye sağlık sektöründe son 15-20 yıldır giderek belirginleşen bir özelleştirme sürecinin yaşandığını gösteriyor. Bu noktada iki olgunun tespit edilmesi yararlı olacaktır: 1)İlk cümlemizde ifade edilen gerçek, 20 yılın daha öncesinde sorunlar yaşanmadığı, özelleştirmeden muaf olduğu şeklinde bir çıkarsamaya yol açmamalıdır. Tersine Türkiye sağlık sektörü bu yüzyılın en başından beri, periferi bir kapitalist ülkenin sergileyebileceği bütün sorunları, çarpıklıkları, yetersizlikleri hep sergilemiştir: Yetersiz finansman, altyapı, üretim sürecinin ve genel olarak üretim ilişkilerinin sürekli sağlığı bozucu etken üreten yapıları... Ayırdedici nokta, son 20 yıl içinde, dünya ölçeğinde sınıflar arası güç "dengesinin" sermaye tarafından yok edilmesiyle ve işçi/emekçi sınıfların konjonktürel bozgunuyla ortaya çıkan ve maalesef kendisini ideolojik, politik hatlarda önemli oranda sağlamlaştırmayı başaran; "sosyal haklar"ın kısıtlanması şeklindeki sistematik karşı politikadır. 2)Ve bu politika doğrudan devletçe yürütülmektedir.

Bu politikanın iki sonuç yarattığı ve esasen bu iki sonucu içlediği de anlaşılmaktadır: 1)Artık sosyal sektörler

kamunun sorumluluk alanı dışına çıkartılmaktadır. Bunun anlamı, sermayenin artı değeri içindeki emekçi payının gaspedilmesidir. Konuyu sınıf mücadelesi boyutuna taşıyan da budur. 2)Sağlık sektörü, artık çok net biçimde, sermaye açısından artı değere el koyma/kar elde etme alanı olmuştur. (Ve bu potansiyeli de doğrudan, 40-50 yıllık sosyal devletçi politikalar yaratmıştır.)

Bu iki sonucun toplumsal eşitlikçi çıkarlar bakımından olumsuzluklara yol açtığı ortadadır. Ancak gözden kaçırılmaması gereken nokta, sürecin giderek artan oranda, eşitlikçi/insani bir alternatifin formülasyonu ve propagandasının yapılmasına da olanak tanıdığıdır. Burada görülmesi gereken ve üzerinden hareket edilecek ilk ve en temel nokta; artı ürünün bölüşümüne, sektörlere dağıtımına, kullanımına sömürsüz bir kolektif siyasallıkla karar verilmesi gereğidir. Aksi takdirde kapitalist işlerlik içinde kalındığı sürece, her ne "sosyal hak" kazanılmış olursa olsun, bu "haklar"ın aynı kapitalist işlerliğin ortaya çıkaracağı ritmik ekonomik, politik gelgitlerin girdapları içinde boğulmamasının hiçbir güvencesi olmayacaktır. Son 50 yılın dünya gerçekliğinin kanıtladığı bir olgu da budur. Ve bu olgu en küçük bir kafa karışıklığına yer bırakmayacak şekilde, bize hareket yönümüz konusunda da fikir vermektedir.

KAYNAKLAR

Creese A.(1994), Global Trends in Health Care Reform, World Health Forum, 15:317-322.

WHO(1995), The World Health Report-Bridging the Gaps, Geneva.

Kutzin J.(1995), Experience with Organizational and Financing Reform of the Health Sector, WHO.

OECD (1992), The Reform of Health Care, Paris.

Satlıgan N.(1997), Dünya Kapitalizmi:Bunalımı Bitirmeyen Toparlanma, Sınıf Bilinci(Nisan):49-60.

Belek, İ.(1994), Sosyal Devletin Krizi ve Sağlığın Ekonomi Politikası, Sorun Yayınları, İstanbul

Belek, İ.(1997), "Post Kapitalist" Paradigmalar, Sorun Yayınları, İstanbul.

Moore M.(1996), Public Sector Reform:Downsizing, Restructuring, Improving Performance, WHO.

Wynard PM, Van De Ven(1996), Market-Oriented Health Care Reforms:Trends and Future Options, Soc. Sci. Med., 43(5):655-666.

Muschell J.(1995), Privatization in Health, WHO.

WHO(1993), Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services, Geneva.

World Bank(1993), Investing in Health, Oxford.

Sağlık Bakanlığı(1992), Sağlık İstatistikleri, Ankara.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 224 Sayılı:1961.

Sağlık Bakanlığı(1992), Türkiye Sağlık Reformu, Sağlıkta Mega Proje, Ankara.

Sağlık Bakanlığı(1992a), Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı, Ankara.

Griffin CC(1990), Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector, World Bank, Washington.

TÜGİAD (1992), Ulusal Sağlık Sorunlarına Stratejik Bir Yaklaşım.

Sağlık Bakanlığı (Kasım 1996), Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslağı ve Gerekçeleri, Ankara.

World Bank(1990), Republic of Turkey Health Project.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (1997), Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1996, Ank.

Engiz, O.(1996), "Türkiye'de Sağlık Finansman Sorunu ve Çözüm Arayışları", Toplum ve Hekim, 72:22-31.

Soyer, A.(1997a), "Özel Sağlık Sektörü ve Hastaneler: Bir 'Profil'a Girişimi", Sağlıkta Sınıf Tavrı, 12:7-10.

DİE(1990), 1987 Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi Sonuçları, DİE Yayın No:1439, Ankara.

DİE(1996a), 1994 Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi Geçici Sonuçları, DİE Haber Bülteni, 27.01.96, Ankara.

Yıldırım, S.(1994), Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, Uzmanlık Tezi, DPT Yayın No:2350, Ankara.

Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü (1997), Bilgi Notu

DİE (1997), Türkiye İstatistik Yıllığı 1996, DİE Yayın No: 1985, Ankara.

Kaya, K.(1994), Türk Sağlık Sistemi İçinde Özel Hastanelerin Yeri, TODAİ Uzmanlık Tezi, Ankara.

TTB(1996), Türkiye Tıp Kataloğu, Ankara.

Soyer, A.(1996), Darbe, Liberalizasyon ve Sağlık:Türkiye Fotoğrafı(1980-1995), Ankara.

DİE(1996b), Şirketler Kooperatifler ve Firma İstatistikleri 1995, DİE Yayın No:1887, Ankara.

İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası(1997), Türkiye'de İlaç 1997, İstanbul.

Medser(1996), Tansiyon'96 Medikal Sektörün Kat., Ank.

Ekonomist(1996), Türkiye Yıllığı 1997, İstanbul.

Şemin, S.(1994), "Sağlık Hizmetlerinde Artan Dışa Bağımlılık:Tıbbi İthalatın ve İhracatın Son Dönemdeki Gelişimi", Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Eylül 1994, Didim.

Soyer, A.(1995), "Türkiye'de Sağlıkta Özelleştirme", Birikim, 70.

Soyer, A.(1994), "Sağlık Alanında Yatırım Teşvikleri Belgeleri(1980-1992)" Toplum ve Hekim, 62:

Soyer, A.(1997b), Özel Sağlık Sektörü Analizi, Yayınlanmamış Çalışma. SSK(1995).

SSK 1994 Faaliyet Raporu, SSK Genel Müdürlüğü, Yayın No:573, Ankara.

Oğhan, Ş.(1997), "8 Vakıftan Biri 'dini'", Hürriyet, ...

Tengilimoğlu, D.(1996), Hastanelerde Malzeme Yönetim Teknikleri, SADER Yayını, Ankara.

Ministry of Health, Turkey Health Project General Cordination Unit (1995), Health Services Utilization Survey In Turkey, Ankara.