

**PANEL****“AKP” HÜKÜMETİ VE SAĞLIK**

Ata SOYER\*

Kasım 2002 seçimleri, ülkemizi yeni bir hükümetle tanıştırdı; “AKP Hükümeti”. Önce Abdullah Gül, sonra Tayyip Erdoğan başkanlığında, 58. ve 59. hükümetler... Her hükümet gibi, bu hükümet(ler)in de bir “sağlık” programı vardı. Bu yazıda, bu sağlık programlarını ve olası sonuçlarını tartışmaya çalışacağız.

**1. Resmi Hükümet Belgelerinde Sağlık**

Yeni hükümet(ler)in sağlık ile ilgili 5 önemli belgesi söz konusudur: AKP Programı, 58.Hükümet Programı, Acil Eylem Planı, 2003 Bütçesi ve 59.Hükümet Programı. Önce, bu belgelerdeki, sağlıkla ilgili bölümleri özet olarak gözden geçirelim:

“devlet, herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorundadır...” “koruyucu hizmetlerin yaygınlaşması teşvik edilecek...” “...sağlık hizmetleri alanı, gönüllü kuruluşlara ve özel sektöre açıktır...”, “aile hekimliği sistemi uygulamaya konulacaktır...aile hekiminin muayenehanesi, fizik koşulları ve uygulama standartları Sağlık Bakanlığı’nca belirlenecektir...bu muayenehanelerin kurulması için devlet ucuz krediler verecek...” “sevk zinciri sağlıklı hale getirilecek, ihtisas hastanelerindeki anlamsız yığılmalar önlenecektir...” “sağlık sektörü SB tarafından tek merkezden koordine edilecek...sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, denetleyici, ..bir rol üstlenecektir...”, “SB’nca yeni sağlık sisteminin uygulamaya konulması ile tüm yerel yönetimler de buna entegre olacak...” “sağlık çalışanlarının hakları yeniden düzenlenecek, uluslararası standartlara uygun hale getirilecek ve bu sektördeki ücret politikası yeniden ele alınacak...”, “tüm vatandaşlarımızı kapsayacak etkin bir

genel sağlık sigortası sistemine geçilecek...” (İzmir Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu, 2002).

58.Hükümet Programı ise sağlıkta şu tespitlere yer vermektedir:

- 1.mevcut sağlık sistemi...ihtiyaca cevap veremiyor
- 2.nüfusumuzun %19’unun sağlık güvencesi yok
- 3.amaç;etkin, ulaşılabilir, kaliteli bir sağlık sistemi
- 4.devlet, herkesin temel sağlık ihtiyacını...özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorunda
- 5.mevcut sağlık sistemi çağdaş değil, maliyetleri yüksek, sağlık hizmetlerine ulaşım zor, sosyal güvenlik kurumları arasında standart birliği yok...
- 6.sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ulaşabileceği yapıya kavuşturulması gerek
- 7.sosyal güvenlik kuruluşlarının,sağlıkla uğraşması, asıl yapması gereken işleri engellemiş...”

Bu tespitlerin ardından, yapılması gerekenler de şu şekilde sıralanmış;

- 1.devlet-sigorta-kurum hastanesi ayrımı kaldırılacak; tüm hastaneler özertleştirilecek
- 2.sağlık bakanlığı, yeniden yapılandırılacak
- 3.sağlık sektörüne rekabet getirilecek
- 4.sağlık hizmeti sunumu ile finansmanı, birbirinden ayrılacak
- 5.sağlık sigortası, uzun vadeli sigorta kollarından çıkarılacak
- 6.nüfusun tamamını kapsayan GSS sistemi kurulacak, ödeme gücü bulunmayanların primleri devletçe ödenecek
- 7.aile hekimliği uygulamasına geçilecek
- 8.sağlam bir hasta sevk zinciri sistemi kurulacak
- 9.bilişim teknolojilerinden azami yararlanılacak, sağlık bilgi sistemi kurulacak
- 10.hasta haklarının korunmasında hukuki eksiklik giderilecek...”

\*Dokuz Eylül Ü.T.F. Halk Sağlığı öğretim üyesi

Yapılması gerekenlerin yanına kadın hakları, özürli hakları, çevre hakkı, kentli hakları, afetler başlıklarında bir çok önerme eklenmiş. Sosyal güvenlik konusunda da, sağlığı da ilgilendiren ciddi bir belirleme var: "sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliği sağlanacak,...bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurulacak" (58. Hükümet Programı,2002).

58.hükümetin "acil eylem planı"; "Etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi oluşturma, herkesin temel sağlık ihtiyacını özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirme, ülkemizde sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde dağılımını dengeli hale getirme hedefleri çerçevesinde; bir yıl içerisinde..."

1. Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımını kaldırmaya dönük çalışmalar başlatılacak,
2. Hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğinin sağlanması çalışmaları başlatılacak,
- 3.Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak,
- 4.Aile hekimliği uygulamasına geçilecek ve sağlam bir sevk zinciri oluşturulacak,
- 5.Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak,
- 6.Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecektir.

İnsanların ayırım gözetilmeksizin, ekonomik ve sosyal bakımdan güvencede yaşamaları ilkesi çerçevesinde yine bir yıl içinde;

- 1.Sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliği sağlanacak, bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurulacaktır.
- 2.Bütünleştirilmiş bir sosyal hizmet ve yardım ağının oluşturulabilmesi için dağınık durumdaki sosyal hizmet faaliyetleri tek çatı altında toplanacaktır.
- 3.Sosyal Yardımlaşmayı ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'nun kaynakları artırılacak, harcama usul ve esasları yeniden belirlenecek ve yönetim yapısı güçlendirilecektir.

Özetlersek;

1. hastaneler "işletmeleştirilecek"
2. finansmanda "sigorta" tercihi kurumsallaştırılacak
3. birinci basamak sağlık hizmetleri-aile hekimliği adı altında-özelleştirilecek
4. özel sektör yatırımları teşvik edilecek
5. sosyal güvenlik kuruluşları birleştirilecek
6. SYDTF güçlendirilecek... (58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003).

AKP Hükümet(ler)inin sağlıkla ilgili belgelerinde ifade edilen tezlere karşı, şu itiraz ve eleştiriler yapılabilir:

**2. Tez 1: AKP Hükümet(ler)inin sağlıkla ilgili tezleri "yeni" değildir! Özgün değildir!**

#### 2.1. "Reform"un Öyküsü:

1980 sonrası yönetime gelen MGK, ANAP, DYP-SHP, Anayol, Refahyol, Anasol-D, DSP-ANAP-MHP koalisyon hükümetlerinin tümünün gündeme getirdiği önerileri AKP -hemen hemen-aynen sahiplenmiştir. 1980-83 yılları

arasındaki MGK döneminin, "1."tam-gün" yasaasının mali kazanımlarının kaldırılması ve "mecburi hizmet" yasaası çıkarılması, 2.özel sağlık yatırımlarının teşvik kapsamına alınması, 3.sağlık bakanlığı' na bağlı kurumlarda döner sermaye uygulamasının genişletilmesi, 4."gss" yasa hazırlığı, 5.sağlık çalışanlarının örgütlerinin kapatılması ve meslek örgütlerinin yasalarının değiştirilmesi" ile özetlenebilen değişiklikleri; 1983-91 yıllarındaki ANAP döneminin "kampanyalar..., sosyal yardımlaşma ve dayanışmayı teşvik kanunu(fak-fuk-fon), "3359" sayılı sağlık hizmetleri temel kanununun çıkarılması, sağ-kur yasa tasarısının hazırlanması, vb" şeklinde özetlenebilen değişiklikleri daha sonraki "reform" tartışmaları için ciddi bir altyapı oluşturmuştur (Soyer, 1996).

Bu süreçte en önemli iki adım, 1987 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile, 1989-90 yıllarında DPT'nin "Price Waterhouse" firmasına hazırlattığı, "sağlık sektörü master plan etüdü"dür. Sağlık "reformu" ile ilgili daha sonra atılan tüm adımların temelinde, öz olarak, bu iki belgenin olduğunu söylemek yanlış olmaz. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı, Dünya Bankası ile ilk projesini 1990 yılında başlatmıştır. 1991'de de Türkiye Sağlık Reformu tasarımı çalışmaları gündeme getirilmiştir (Soyer, 1996).

#### 2.2. "Reform"un Vitrine Çıkışı:

Özellikle 1991-1993 yıllarını ayrıntılandırmakta yarar var. Bu noktada 1991 Ekim'ine dönelim. 1991 seçiminden önce, TTB bir rapor hazırlamış ve yeni oluşacak parlamento ve hükümetten taleplerini sıralamıştır. Bu talepler, şöyle özetlenebilir;

- 1.Eğitsizlikleri derinleştiren, ekonomi-politika uygulamaları terkedilmeli,
- 2.Kamu kaynakları ağırlıklı bir finansman yapısı -halk denetimi- ile birlikte tercih edilmeli,
- 3.Halk ve sağlık çalışanları katımlı, bir ulusal sağlık sistemi oluşturulmalı,
- 4.Sağlığa ayrılan kamu payı artırılmalı (bu miktar, ulusal gelirin %5'inden aşağı olmamalı),
- 5.Çalışma ve yaşam koşulları iyileştirilmeli,
- 6.Tıp eğitimi toplumun ihtiyaçlarına göre değiştirilmeli (Soyer, 1993a).

1991 Ekim genel seçimlerinden "DYP-SHP" Koalisyonu çıktı. Bu koalisyonun hazırladığı hükümet programı, DYP ve SHP'nin yaklaşımlarının "eklektik" bir birleşimi şeklindeydi;

1. Aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılması
- 2.Sağlık personelinin performansına göre ücretlendirme, sözleşmeli istihdam
3. GSS'nin aşamalı olarak yaygınlaştırılması (ödeme gücü olmayanlara devlet katkısı)
4. Yeşil kart (Bu tezlerin dışında, SHP'nin sosyalleştirme yaklaşımı, programda yer almaktaydı) (Soyer, 1993a).

TTB yeni hükümetten bazı taleplerde bulundu.

- 1.Son 11 yıldır uğranılan tüm kayıplar-sürgün, özlük hakları, vb.-giderilsin!
- 2.Hükümet, demokratik kitle meslek örgütleriyle masaya otursun!

3.6023 sayılı yasanın demokratikleştirilmesi TBMM'de kabul edilsin!

Dikkat edilirse, TTB, hükümet programındaki çelişki ve olumsuzlukları vurgulamak yerine, "yeni bir sayfa" açma mantığı ile değerlendirme yapmıştı.

Ancak, 1992 yılı Ocak ayında, Tansu Çiller'in açıkladığı "ekonomik paket", işin rengini netleştirdi! "Yeşil kart ve sosyal sigorta sisteminin yaygınlaştırılması, belirlenecek bölgelerde özel sağlık kurumlarına arazi tahsisi, kurumlara vergi muafiyeti, yatırım malı ithalinde alınan fonlardan muafiyet, fiyatlandırmada esneklik, sağlık sektörünün yabancı sermayeye açılması, ..." Görüldüğü gibi, "kamu sağlık yatırımlarını asgariye indirmek, her türlü teşvikle özel sağlık yatırımlarına ağırlık vermek, sağlıkta özelleştirme, 1980 sonrası politikaları sürdürme..." gibi bir değerlendirme yapılabilecek bir tablo açılmış oldu. İşte, tam böyle bir ortamda, DYP-SHP Hükümeti, sağlık "reformu" müjdesi verdi (Soyer, 1992).

Bu durumu değerlendiren TTB, Türkiye'de sağlıkta iyileştirmenin, "eşitsizliklerin" ortadan kaldırılması temelinde yapılabileceği iddiası ile, kendisi 8-12 Mart 1992'de bir "ulusal" kongre topladı (TTB 1992a).

Aslında, ülkemizde sağlık reformu tartışmaları denilince, 1992 Mart ayında Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı 1.Ulusal Sağlık Kongresi gelir. 23-27 Mart 1992 tarihleri arasında toplanan bu kongreye katılan katılımcılara, Sağlık Bakanlığı yetkilileri, "Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı", "Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum", "Çalışma Grupları Tartışma Soruları" başlıklı 3 doküman gönderdi. Bu dokümanlar arasında, "Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı", "reform"un özünü yansıtan bir içeriği yansıtıyordu. Taslaktaki temel yaklaşım şu cümle ile özetlenmişti: "Sağlık reformunun sorunlara yaklaşım metodolojisinde halkın sağlık düzeyini yükseltmek esas amaç olarak belirlenmiş bulunmaktadır" (Sağlık Bakanlığı, 1992a).

### 2.3. Sağlık "Reformu"nun Özü:

"Reform", şu 7 ana noktada yoğunlaşmıştı: 1.sağlık mevzuatının çağdaşlaştırılması, 2.hizmet sunumunda reform, 3.yönetim yapısında reform, 4.sağlık insan gücü reformu, 5.ulusal sağlık akademisinin kurulması, 6.sağlık enformasyon sisteminin kurulması, 7.hizmetlerin finansmanında reform. Sağlık mevzuatının çağdaşlaştırılması, ağırlıklı olarak, "günün ihtiyaçlarına karşılık getirilmesi" (özellikle Umumi Hıfzıssıhha Kanunu-1930, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun-1928) temelinde planlanmıştır. Dolayısı ile, "reform", hukuki düzenlemeler olarak gündeme getirilmiştir.

"Hizmet sunumunda reform" başlığı altında, hizmetlerin etkinliği ve verimliliği, birinci basamak hizmetlerine "özel" bir önem verilmesi, hizmetlere ulaşılabilirliğin artırılması, uygun teknoloji kullanımı ile kalitenin yükseltilmesi sıralandıktan sonra, şu düzenlemelerin yaşama geçirilmesi çözüm olarak sunulmuştur; 1.kamu sağlığı kanunu, 2.sağlık hizmetleri

kanunu, 3.sağlık hizmetlerinin finansmanı kanunu, 4.sağlık bakanlığının teşkilat ve görevleri hakkında kanun, 5.sağlık personelinin görev, yetki ve sorumlulukları hakkında kanun.

"Reform"un öngördüğü sistemin önkoşulları, "1.koruyucu hekimliğe ağırlık verilmeli, 2.vatandaşın düzenli ve sürekli sağlık sicili tutulması, 3.birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmeli, hastanelere yığılma önlenmeli, 4.sağlık personelinin ülke düzeyinde dengeli dağılımı, 5.hastanelerin verimli çalışacağı sistem" olarak sıralanmıştır.

Sistemin iki ana özelliği çok kritiktir; 1.birinci basamak hizmetlerin, aile hekimliğine dayandırılması, 2.hastanelerin özzerleştirilmesi, zaman içinde özelleştirilmesi. Hizmet sunumu reformunda, verimliliği artırmak ve hizmet sunumunda rekabeti sağlamak, Sağlık Bakanlığının, doğrudan hizmet üreten bir kuruluş olmaktan çıkarmak, amaç olarak verilmiştir.

"Reform"un yaşama geçirilmesi sırasında, "eski" sistemin de bazı özelliklerinin korunacağı ve bazı kurumların isim ya da işlev olarak değiştirileceği ifade edilmiştir. Örneğin, 224 sayılı yasa-kırsal alan için muhafaza edilecek, sağlık evlerine destek, sağlık ocaklarına standart getirilecek, ilçe merkezlerinde "kamu sağlığı merkezleri" açılacak (sağlık ocağı, anaçocuk sağlığı dispanserleri, verem savaş dispanserleri, vb. kamu sağlık merkezi adı altında "uniform" hale getirilecek) şeklinde öngörüler söz konusudur.

Aile hekimlerinin dışında, önemli kurumlardan biri olan kamu sağlık merkezlerinin işlevi; aile hekimlerine lojistik destek sağlama, halk sağlığına yönelik plan program geliştirme ve denetleme (laboratuvar ve röntgen tetkikleri) olarak belirtilmiştir. Her ilçede sağlık ocaklarının kamu sağlık merkezine bağlanması, bu merkezde de, halk sağlığı uzmanı veya bu konuda eğitim görmüş bir başhekimin görev alması gereği vurgulandıktan sonra, kamu sağlık merkezinde verilen hizmetler şu şekilde sıralanmıştır; sağlık eğitimi, ilk-acil yardım, bulaşıcı hastalıklar ile savaş, anaçocuk sağlığı hizmetleri, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, sağlık personelinin hizmet içi eğitimi, adli hekimlik, belediye sağlık hizmetleri, toplum taramaları, tıbbi istatistiklerin toplanması, idari işler, iş ve işçi sağlığı hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri, aşı dağıtımı, laboratuvar ve radyolojik tetkik hizmetleri.

Hizmet sunumu "reformu"nun ana değişimi, aile hekimleri üzerinde kurulmakta ve aile hekimleri, "kişiyeye yönelik koruyucu hizmetler ve birinci basamak tedavi hizmetlerini, asgari standardı tespit edilmiş bir muayenehanede, serbest çalışan hekim" olarak tanımlanmakta, aile hekiminin de "kendisine kayıtlı her kişi için (coğrafi durum ve sosyoekonomik durumlara göre) kişi başına değişen miktarda ücret alacağı,-her muayene için de ödeme yapılacağı-" belirtilmektedir. Aile hekimlerinin görevleri ise şöyle sıralanmıştır; 1.birinci basamak tedavi hizmetleri, 2.ikinci-üçüncü basamak

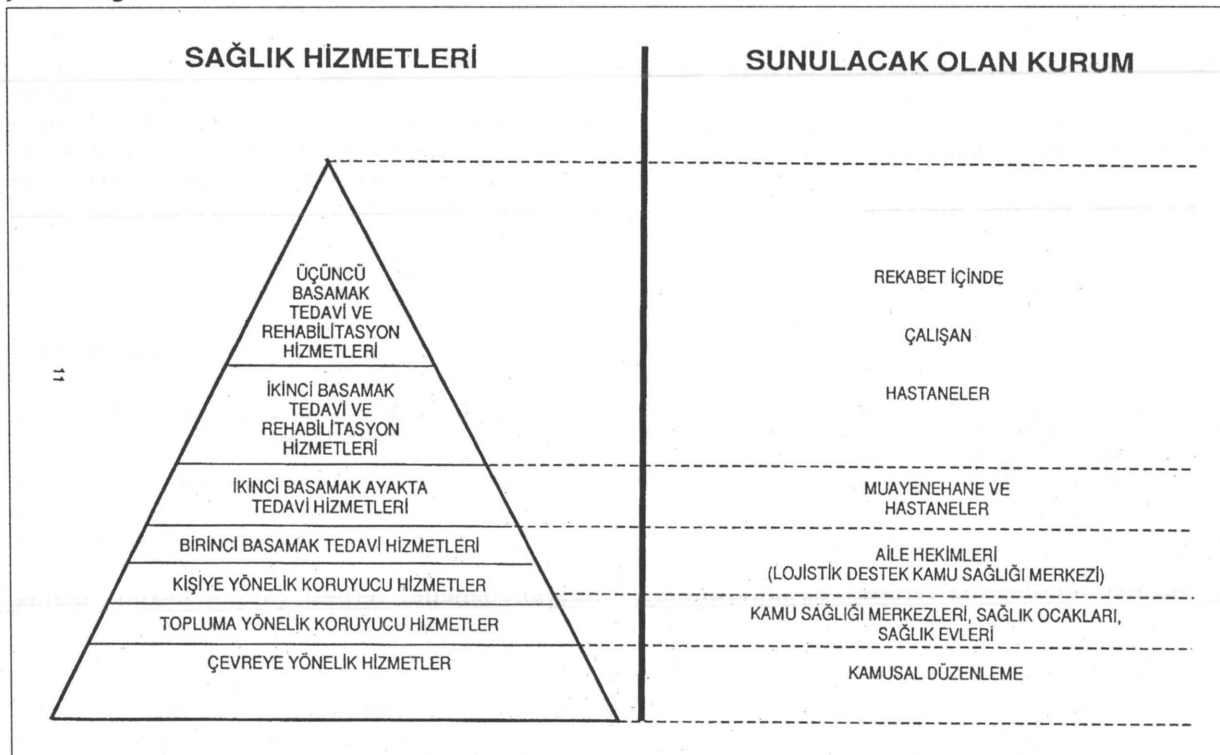
tedavi hizmetlerinin evde-ayakta takibi, 3.kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, 4.laboratuvar hizmetleri, 5.peryodik muayene, 6.ilik ve acil yardım, ..." Aile hekimliğinin işleminin temel koşulu, sevk sistemi olarak belirtildikten sonra, aile hekiminin uygun gördüğü takdirde uzman hekime veya hastaneye sevk edebilme yetkisi olduğu ifade edilmektedir. Yasa taslağında, aile hekimliği muayenehanelerinin, koruyucu hizmetlerin de verildiği kamusal kontrol içinde çalışan müesseseler haline gelmesinin amaçlandığı belirtilmiştir.

Diş sağlığı hizmetleri, yasa taslağında, diş hekimi ve sigorta kuruluşları arasında anlaşma yapılması şeklinde tanımlanmıştır. Kişilerin ek ödeme yaparak, diş hekimliği hizmetlerinden yararlanması öngörülmüştür.

Serbest çalışan uzman hekimlerin de sigorta kuruluşları ile anlaşma yaparak, aile hekimlerinin sevk ettiği hastalara ikinci basamak hizmet verebilme hakkına sahip olabilecekleri belirtilmiştir. "Reform" taslağında, ayrıca, hekimlerin sigorta-Sağlık Bakanlığı arasındaki anlaşmalar temelinde ücret alacağı belirtilmiştir.

"Reform"un diğer önemli ayağı, hastanelerin özleştirilmesi ve özelleştirilmesi (bugün verimsizlik nedeni, merkeziyetçilik ve rekabet olmayışı)dir. Hastane yönetimlerinin yerel yönetimlere bırakılması (demokratik katılımın sağlanacağı savı ile) öngörülerek, yerel yönetimlerin, personel kararlarını kendilerinin vereceği, her türlü gideri kendi bütçelerinden karşılayacağı ve profesyonel yöneticilerin teşvik edileceği tasarlanmıştır.

#### Şekil 1. Sağlık "Reformu"nun özeti



"Hizmetin finansmanı ile ilgili reform çalışmaları"; Bu konuda yapılması planlananlara geçmeden önce, yasa tasarısı, yaklaşım tarzını "ihtiyaçlar sonsuz, kaynaklar sınırlı! Hiçbir ülkede "bedelsiz" sağlık hizmeti yoktur! Dolayısı ile finansman vatandaş tarafından sağlanır. Seçenekler vergi, sigorta, cepten ödeme, hiçbiri tek başına uygulanmamaktadır" şeklinde açmaktadır. Bu belirleme ışığında, finansman tekniği olarak genel sağlık sigortası öngörülmektedir.

GSS öngörüsünün ardından, GSS oluşturulması için gerekli veri ve bilgi olmadığı, öncelikle bunun sağlanacağı belirtilerek, sistemin ana felsefesinin "hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayırmak (otokontrol yokluğu, verimsizlik gerekçesi ile)" olduğunun altı çizilmektedir.

"Reform" tasarısının önemli bir ayağı olarak, verimlilik ve etkinliğin artırılması başlığı söz konusudur. Bu başlık altında; 1.kaynak dağılımının düzeltilmesi (minimum kaynakla, maksimum etki), 2.maliyet/etkinlik oranının geliştirilmesi (maliyetleri sabit tutarak etkiyi artırmak veya etkiyi sabit tutarak maliyetleri düşürmek), 3.hizmet kalitesinin geliştirilmesi a) eğitim, b) fiziki altyapının geliştirilmesi, c) ekipman ve malzeme, d) taşıtlar, 4. sağlık hizmetlerinin yönetiminin geliştirilmesi a) yöneticilerin yetiştirilmesi, b) hastane kullanımı, c) hastane desantralizasyonu, d) yönetim enformasyon sistemi kurulması gibi maddeler sıralanmıştır.

Bu bağlamda, "reform"un öngördüğü yapı, aşağıdaki gibi özetlenmiştir:

#### 2.4. I.Ulusal Sağlık Kongresi:

Birinci Ulusal Sağlık Kongresi, bu "reform" öngörülerini ile başladı. 1992 Mart'ında, 5 ayrı grupta 34 çalışma grubu, 5 gün boyunca bu öngörülerini tartıştı. Bu gruplar; 1.sağlığın gelişmesine destek, 2.çevre sağlığı, 3.yaşam biçimi, 4.sağlık hizmetlerinin sunumu, 5.öncelikli sağlık hizmetleriydi.

Sağlığın gelişmesine destek başlığı altında, sağlığın gelişmesine destek, sağlık akademisi, sağlık enformasyon sistemi, sağlık hukuku, sağlık teknolojisi ve standardizasyonu, sağlık mimarisi, sağlık hizmetleri finansmanı olarak 7 tartışma grubu vardı. Bu gruplar arasında, kritik bir öneme sahip olan ve "reform"un ülkemizdeki tanıtıcılarından biri olan Serdar Savaş'ın başkanlığında finansman grubu, yapılan tartışmalardan sonra, "Sağlık hizmetleri finansmanında en temel sorun, prim toplamadır; bu-devlet eliyle-etkinleştirilmelidir; hizmet sunumunu kolaylaştırmak, kalitesini yükseltmek prim toplanmasını kolaylaştıracaktır; sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının tek elden toplanması faydalı olacaktır; sağlık hizmetleri finansmanı tek elde toplanmalıdır; bu devlet, prim ödeme gücü olmayanları desteklemeli; hizmeti alanların belli oranlarda masraflara katılması sağlanmalı; devlet memurları da, sağlık primi ödemeli; hekim, eczane ve diğer sağlık kurumlarını seçme serbestliği olmalı; Genel Sağlık Sigortasının finansman kurumu özerk olmalı" şeklinde özetlenebilecek bir sonuç çıkarmıştır. "Reform"un en ciddi başlıklarından biri olan bu grupta, TTB'den herhangi bir katılımcı yoktu (Sağlık Bakanlığı, 1992b).

Çevre sağlığı başlığı altında; Hava çalışma grubu, Su grubu, Gıda emniyeti grubu, Atıklar çalışma grubu, Konut-sağlık grubu, İşçi sağlığı ve iş güvenliği grubu olarak 6 çalışma grubu tartıştı. Yaşam biçimi başlığı altında 3 grup tartışması yapıldı; yetişkinin sağlık eğitimi, beslenme, zararlı alışkanlıklar.

"Reform"un kritik bir başlığı olan, hizmet sunumu çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin örgüt ve yönetim yapısı, sağlık insangücü-hekimler, hemşireler, eczacılar, diş hekimleri, temel sağlık hizmetleri, hastane yönetimi, ilaç kontrol ve denetim sistemi grupları tartışma yaptı. Bu gruplardan "sağlık hizmetlerinin örgüt ve yönetim yapısı grubu", sonucu "sağlık hizmetleri tek elden planlanıp, yürütülmeli; yerinden yönetim ilkesi (desantralizasyon) esas alınmalı; sağlık yöneticileri, halk sağlığı ya da sağlık yönetimi konusunda mezuniyet sonrası eğitim görmüş olmalı" olarak toplandı. Başkanlığını Zafer Özbek'in yaptığı grupta TTB'den Birgül Piyal ve Şitai Çiğ vardı.

Sağlık insangücü-hekimler grubu, TTB'ye emanet edilmiş gibiydi. Başkanlığını dönemin TTB Başkanı Selim Ölçer'in yaptığı grubun tartışma sonuçları şöyle özetlenebilir: "planlamada, insangücü tek değişken alınmamalı; AET'ye uyum önemli; yabancı hekimlere izin verilmemeli; pratisyen hekimler, ilk basamak hizmeti sunabilecek şekilde eğitim ve diğer olanaklarla desteklenmeli (aile hekimliği, vb gibi); aile hekimliği, ilk

basamak sağlık hizmetlerini yeterli ve etkin biçimde yürütebilecek eğitilmiş, kendine güvenen ve toplum tarafından benimsenmiş bir kavram olarak ele alınmalı; çeşitli sakıncalarına rağmen şu aşamada part time uygulamasının kaldırılması zor görünmekte; hekimlerin haklarını toplu sözleşmelerle elde edecekleri bir kurumun bulunmaması eksiklidir" Kongrenin en tartışmalı grubu, temel sağlık hizmetleri grubuydu. Başkanlığını Gazanfer Aksakoğlu'nun yaptığı grupta TTB'den Hüseyin Demirdizen bulunuyordu. Oldukça tartışmalı olan grubun tartışma sonuçları da, önemli ölçüde, "reform"un ilkelerine tersti; "sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri...ekip hizmeti, aile hekimleri, temel sağlık hizmetlerine yönelik eğitilmeli ve kent tipi sağlık ocakları ve semt polikliniklerinde istihdam edilmeli; birinci basamakta çalışan hekimlerin tümünü kapsayan mezuniyet sonrası ve sürekli hizmet içi eğitim tamamlanmalı; TTB de bu eğitimden sorumlu olmalı; sosyalleştirme yasanın, kentlerin ihtiyaçlarına göre gözden geçirilmesi, sevk sisteminin işletilmesi, araçların sağlanması, temel sağlık hizmetlerinde çalışmanın özendirilmesi, ilçe sağlık müdürlüklerinin kurulması ile güçlendirilip, yaygınlaştırılması" (bu kararlara aile hekimleri uzmanlar derneği ile Yıldız Tümerdem muhalefet şerhi koydu).

"Reform"un bir diğer önemli ayağı, hastane yönetimi idi. Bu başlıktaki gruba, Füsün Sayek başkanlık etmekteydi. Grubun tartışmalarının sonucu, "mali ve idari otonomi gerçekleştirilmeli; sevk sistemi içindeki yeri belirlenmeli; hastaneler, 2000 yılına kadar...kendi yönetim ve denetim yapılarını oluşturmuş, kendi kaynaklarını yaratabilen, yatırım yapabilen sağlık işletmelerine dönüştürülecektir..." şeklinde özetlenebilir.

Son başlık, öncelikli sağlık hizmetleriydi. Bu başlıkta çocuk sağlığı, ana sağlığı aile planlaması, yaşlılık, ağız-diş sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, dolaşım sistemi hastalıkları, kanser, ruh sağlığı, kazalar ilk ve acil yardım, turist sağlığı, gap ve sağlık gibi gruplar vardı (Sağlık Bakanlığı, 1992 b).

Bugüne kadar, sağlık "reformu" konusunda yapılan en şaşıla toplantı olan I.Kongre bittiğinde, TTB, şöyle bir değerlendirme yaptı; "Kongre demokratik bir kaygı ile toplandığı imajı verdi. Oysa, temel ilkeleri tartışmaya sınırlı olanak verdi...Sağlık Bakanlığı'nın ihtiyacı olan "konsensus"u oluşturma hedefliydi ama bu gerçekleşmedi. Katılımcıların seçimi, nesnel değildi ve güçlerin temsiliyeti sıkıntılıydı (özellikle sağlık hizmeti kullananların örgütleri). Reform çerçeve taslağının esas noktalarının güçlü kabul görmesi, temel stratejiydi, kurgu buna göre idi. ..Sektördeki tıkanıklıkların, piyasa mekanizmaları ile çözümlenebileceği politikası, TTB'nin seviyeli müdahalesine karşın, hakim oldu!" (Soyer, 1993a).

Sağlık Bakanlığı, kongre öncesi verdiği tüm sözlere karşın, kongredeki tartışmaları olduğu gibi yayınlamak yerine, işin başında sahip oldukları temel görüşleri kapsayan (ve bu çerçevede ayrıntılandırılan) "Ulusal Sağlık

Politikası Taslak Dökümanı"nı, Mayıs 1992'de yayınladı (Sağlık Bakanlığı, 1992c). Yine de, "demokratik bir görüntü vermek" amacı ile, taslak dökümanı çok sayıda kuruma ve kişiye göndererek, görüş ve eleştirilerini talep etti. Gelen 50'yi aşkın yanıt arasında, sadece 6 adet muhalif görüş mevcuttu! İkisi ziraat mühendisi olan bu muhalif görüşlerin (Muammer Kayhan, Mahir Gürbüz), diğer 4'ü Necati Dedeoğlu, Gürhan Fişek, Mustafa Sütlaş ve Gazanfer Aksakoğlu'na aitti (Sağlık Bakanlığı, 1992 ç).

### 2.5. "Reform"a Tepki(ler); Sıra, TTB'de...

Ancak, bu "taslak doküman"a en kapsamlı eleştiri, TTB Halk Sağlığı Kolu'ndan Haziran 1992'de geldi. Eleştirinin özü, "taslak doküman"ın, üzerine oturduğu nesnellığı kavramadığı/dikkate almadığı, dolayısı ile de sağlıktaki eşitsizliklerden yola çıkmadığı ve bu nedenle baştan malül olduğu, ayrıca, bu dökümanın özgün olmadığı, dünya bankasından "esinlendiği" şeklindeydi. Bu "esinlenme"nin, Dünya Bankası'nın 1987 tarihli "gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı" ve 1990 tarihli "gelişmekte olan ülkelerde özel sektör aracılığıyla sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi" başlıklı raporları temelinde olduğu iddia edilmekteydi. Ayrıca, ILO ve WHO ile, ülkemizdeki işveren kuruluşlarının (TÜCIAD vb) bazı raporları ile "ileri derecede benzerlik arzettiğide saptamalar arasındaydı. Bu saptamalar ışığında, TTB Halk Sağlığı Kolu, "taslak döküman, mevcut sınıfsal çelişkileri atlayarak başarılı olamaz"; taslak döküman"ın içeriği, birey ve toplum sağlığına olumsuz etki yaratacak" özelliktedir; "gss", sağlıktaki eşitsizliğin onanmasıdır; "özellikle, sağlıktaki eşitsizliğin bir diğer boyutudur; aile hekimliği, bir kopyacılık örneğidir" gibi vargılara varmıştı. Bu çalışma, TTB'nin daha sonra "reform"la ilgili çalışmalarının temelini de oluşturdu (TTB Halk Sağlığı Kolu, 1992). TTB Halk Sağlığı Kolu'nun bu raporunun, TTB MK'ne iletilmesi üzerine, bir çalışma grubu oluşturuldu. Ağustos 1992'de oluşturulan bu grup (Önder Alpdoğan, Zuhale Amato, İlker Belek, Sabri Dokuzoğuz, İrfan Gökçay, Celal Mestçioğlu, Ata Soyer, Kürşat Yıldız) Eylül 1992'de bir rapor hazırlamış, bu rapor 10 Ekim 1992'de kamuoyuna açıklanmıştı (TTB, 1992b). TTB'nin "reform" ile yapılmak istenenlere temel eleştirisi, bir cümle ile özetlenebilir: "...bu değişiklikler ile, sağlık sektörü değişik parçalara ayrılıp, atomize edilecek; atomize edilen bu parçalar arasındaki ilişkiler atama, sözleşme, prim ödeme, vb. yöntemlerle birbirlerine bağlanacak, örgütsel olarak kaotik bir pazar oluşturulacak..." (Soyer, 1993b).

TTB'nin, 1992-93 yıllarında, "reform" konusunda yaptıkları, özet olarak şöyle sıralanabilir: 1. Sağlık Bakanlığı ile yapılan toplantılarda TTB tezleri/yaklaşımları ifade edilmeye çalışıldı, 2. "reform" süreci, TTB kadrolarının "ezberlerini" gözden geçirmelerine ve kurumsal görüşlerin netleşmesine katkıda bulundu, 3. diğer sağlık çalışanları örgütleri (özellikle memur sendikaları) ile birlikte hareket edilme olanağı sağladı, 4. tabip odası temsilcileri ve bir grup uzmanla ortak raporlar hazırlanması, ortak strateji belirlenmesi ve görüşlerin örgüte maledilmesi söz konusu oldu, 5. değişik illerde bilgilendirme toplantıları yapılarak,

hekimlerle buluşma sağlanmaya çalışıldı, 6. slayt, kartpostal seti ve afiş gibi kamuoyu bilgilendirme araçları ile, kamuoyuna ulaşılmaya çalışıldı ("14 mart 1993" 20 bin afişle "sağlıkta herkese eşit fırsat" teması işlendi), 7. "II. ulusal sağlık kongresi"nde yaşanan olumsuzluklar üzerine kongreden toplu olarak-12 örgüt- çekildi, 8. "TTB 41. kongresinin ana gündemlerinden biri, sağlık politikaları" oldu ve geniş bir hekim, bilim adamı ve politikacı kitlesi ile tartışma yapıldı, 9. konunun daha "inceltilebilmesi" için "sağlık politikaları çalışma grubu" oluşturuldu, 10. çeşitli konuların tartışıldığı örgüt okulu başlatıldı, 11. özlük hakları eylemleri ile "reform" karşı tepkiler koordineli bir şekilde kamuoyu gündemine sokuldu. (TTB, 1994).

### 2.6. Ya "diğerleri"?

"Reform" sürecinde, TTB dışında çeşitli örgütler, farklı tepkiler gösterdiler. İki memur sendikası (Tüm Sağlık Sen, Genel Sağlık İş) başından beri "reform"a karşı net tepkileri ile TTB ile birlikte davranırken, yine Türk Eczacıları Birliği, Türk Dişhekimleri Birliği, Türk Veteriner Hekimler Birliği, Türk Hemşireler Derneği söz konusu süreçte benzer duruş göstermişlerdir. Ek olarak Biyologlar Derneği, Psikologlar Derneği... de "II. Ulusal Sağlık Kongresi"nden çekilen örgütler arasında yer aldılar.

"Reform" ile ilgili tartışmalara, örgütler dışında tek tek bireyler, özellikle akademisyenler (daha çok halk sağlığı alanında) de katıldılar. Bazı istisnalar dışında, akademisyenlerin, "reform" kapsamına eleştirel yaklaştığı söylenemez. Bu noktada, bir farklılığın altını çizmekte yarar var. 1980 öncesi, belki de "esen rüzgarlar" nedeniyle, toplum hekimliği kürsüleri, sağlık politikaları alanında gerek toplumun, gerekse sendika ve demokratik kitle örgütlerinin önünü açan açılımların kalesiyken, 1980 sonrası -adları halk sağlığını dönüştürülen- bu odaklar, bir anlamda sağlık politikalarından "uzak duran" ya da "reform"un arka perdesindeki ideolojik yaklaşımı savunan yerler haline gelmişlerdir. Teknik-projeci yerleşim diye yansıyan bu "reform" ile birlikte oluşturulan "Sağlık Projesi Koordinatörlüğü" danışmanlıklarından, onunla ilişki kuran şirket danışmanlıklarına uzanan statülerin kazanılması ile de sonuçlanmıştır. Dün sağlık politikalarına eşitlikçi/ toplumsal yaklaşımları öğrendiğimiz okullar olan "toplum hekimliği" kürsülerinin çoğu, bugün sağlığın piyasalaşmasının kuleleri haline gelmiştir.

Bu bağlamda, sağlık "reformu" tartışmalarının, sağlık sektöründeki yapılar arasında, ciddi bir "ideolojik" yarılmaya yol açtığı -belki de varolan bir ayrışmayı derinleştirdiği- söylenebilir.

### 2.7. Sağlık Bakanlığı, "Reform"u Yasalaştırma Yolunda...

Sağlık Bakanlığı, bu tartışmalar sürecinde "reform"u, 4 yasa tasarısında "özetleyip" (Sağlık Kanunu, Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun, Bölge Sağlık İdareleri Kanunu, Genel Sağlık Sigortası Kanunu), "zorunlu sağlık sigortası ve prim ödeme; prim



Aile hekimliği modeli, öngörüldüğü kadarı ile, birinci basamağı, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bütüncül hale getirildiği bir alan olmaktan çıkarmakta, muayenesi olan uzman hekimlere "rant" alanı açmakta, uygulamada da karmaşa yaratmaya gebe bir durum yaratmaktadır ve sağlık ocağı sisteminin çökertilmesinin son adımı sayılır.

Hastanelerin "özerkleştirilmesi" ise, özünde, hastanelerin kendi kendilerine yeter hale getirilmesidir, yani "işletmeleştirilmesi"dir. Sigorta finansman modeli olmaksızın işleyemeyecek olan bu modelde, hastanelerin sigorta kurumu ile sözleşme yapması gerekmektedir. GSS'nin kurulması haricinde, zaten ülkemizde hastaneler, 1980'li yılların ikinci yarısından itibaren-özellikle 1994, "5 Nisan" sonrası-kendi kendine yeter hale getirilmişler, döner sermayeye mecbur edilmişlerdir. Uzun süredir bir işletmeleştirme mevcuttur. Buna karşın, beklenen kalite artışı, bu kurumlarda gerçekleşmediği gibi, "taşeronlaştırma" uygulamalarının yaygınlaşması ile kamu istihdamı dışı istihdamda artış, iş güvencesinde azalma, ücretlerde gerileme yaşanmıştır. Ayrıca, bu modelin uygulandığı yerlerde/ülkelerdeki ilk sonuçlar, -sağlık çalışanları arasında giderek ücret farklılıklarının artışı, zor çalışma koşullarının personeli -özellikle hemşireleri- zora sokması, hizmet "duplikasyonları", gereksiz teknolojik yatırımlar, tekelleşme, bazı hastanelerin kapanması/bazılarının da yeniden "devletleştirilmesi", kalite artışının gerçekleşmemesi, hastane yönetimlerinin "politikleşmesi", vb. umutlu olunmasını mümkün kılmamaktadır (Belek, 2000b).

Genel Sağlık Sigortası ile yapılmak istenen, özünde teknik bir iş değil, politik bir tercihtir ve aslında "reform"un kendisidir! Bir "esnaf" temsilcisi olarak hükümete gelmiş ve büyük sermaye gruplarının da desteğini almaya çabalayan AKP hükümetinin ilk işlerinden biri, "kendini seçenlerin vergi borcunu affetmek" olduğundan, onlardan vergi olarak bir sistem sürdürmesi beklenemez. AKP de, tıpkı öncülleri olan hükümetler gibi, vergi topla(ya)madığı için, sağlık dahil toplumsal hizmetleri sürdürmek için ek para/vergi toplama tercihini yapmıştır. Yani, GSS, bir finansman modeli olmaktan ziyade, bir sağlık vergisi olarak zuhur etmiştir. Bu da, GSS'nin teknik bir mesele değil, siyasal bir tercih olduğunun kanıtıdır. Üstelik, ülkemizin kırsal nüfusu/tarım çalışanının çok olması, işsizliğin yaygın olması, informal sektör/kayıtdışı ekonominin büyük olması, kendi hesabına çalışanların bile, primini ödeyememekte olması (Bağ-Kur örneği), SSK'nın çökertilmekte olması, ülkemizde sigortanın bir seçenek olamayacağını göstermektedir. Ek olarak, enflasyonun yüksek olması, sigorta uygulamasına geçildiğinde, ya prim artışı ya da teminat paketinin daraltılması ile sonuçlanmasını kaçınılması kılmalıdır. Tedavi hizmetlerine yönelme, yönetsel maliyetlerin artması, bunun verimsizlik olarak yansımaları gibi belirlemeler, tabloyu tamamlamaktadır (Belek, 2003; Pala, 2003).

**4. Tez 3: AKP Hükümeti'nin sağlık "reformu" öngörülere, "ulusal" değildir. İçerideki sermaye gruplarının bütünlüştüğü, uluslararası sermayenin ve onun kurumlarının dayatmalarının "uyarlanması"dır.**

#### 4.1. Dünya Bankası, neden sigorta diyor?

Son yıllarda, dünyadaki sağlık "reformu" yönelimlerinde, sigorta formülü, özellikle, üçüncü dünya ve Doğu Avrupa'nın eski sosyalist ülkelerinde öne çıkarılmıştır. Bu alandaki tartışmalarda, sigorta tercihinin, yaşanmakta olan iktisadi krizle ilişkisinin altı çizilmektedir. Daha çok bir borç krizi olarak yaşanan, iktisadi kriz, ilgili ülkelerde "kaynak sorunu" olarak yansımaktadır.

Dünya Bankası, bu konudaki yönlendirmelerinde, "bu ülkelerde, genel bütçeden sağlığa daha çok kaynak ayırmak olanaksız; koruyucu hizmetlere genel bütçe, tedavi hizmetleri için ek finans yolu olarak sigorta uygun olur; sağlık hizmetleri için ek kaynak mobilize etmek ve sabit bir fon oluşturmak, ancak sigorta ile mümkündür..." diyerek, "sağlık sigortacılığı, sağlık hizmetleri sunumuna özel sektörü dahil etmenin önemli aracıdır; sigorta ile oluşturulan fonlar, özel sağlık sektöründen sağlık hizmeti almak için kullanılacaktır; sağlık sisteminin üretim ve finansman boyutlarının ayrılması gerekmekte; hazır fonun olması, özel sağlık sektörüne piyasa güvencesi anlamına gelmektedir" şeklinde belirlemeler yapmaktadır. Dünya Bankası'na göre, sağlık sigortası modelinin öne çıkmasındaki temel varsayım; "mevcut genel bütçe gelirleri, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakları gereken düzeye çıkarmak açısından yeterli değil, genel bütçe havuzunu artırma olanağı da yok, ek bir kaynak mekanizması yaratma zorunlu!" olarak özetlenebilir. Bu bağlamda, asıl gerekçe, gelir dağılımı eşitsizliklerini giderme açısından gerekli olan "progresif" nitelikli bir vergi reformunun, bugünkü sınıfsal dengeler içinde olanaklı olmamasıdır. Vergi tabanı, yüksek gelirli toplumsal sınıflara oturtulamayınca, kamu gelirlerinde yetersizlik olacak, bu da doğrudan hizmetten yararlanacaklar için sigorta adıyla ek vergiyi gerektirecektir. İşin özü budur! (Belek, 2000a; World Bank, 1987; WHO, 1993).

#### 4.2. Biraz "sigorta teorisi":

Bugün dünyada, 150 kadar ülkede, sağlık da dahil, sosyal güvenliği içeren bir sosyal güvenlik sistemi mevcuttur. Batıda daha kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi varken, çevre kapitalist ülkelerde kapsamı daha dar, hatta neredeyse sadece "formel" sektörde çalışanları kapsayan sınırlı bir sosyal güvenlik sistemi söz konusudur. Bu tür ülkelerdeki sigorta uygulamasının ortak özelliği, yönetsel yapının zayıflığı ve sigorta teminat paketinin darlığıdır.

Özellikle, Doğu Avrupa'da sosyalizm-sonrası toplumlar, yeni "tercih ettikleri" sigorta modelinde, farklı uygulamalar söz konusuken, benzer sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu ülkelerde, sigortaya geçildikten sonra, sağlık harcamaları önceki döneme kıyasla artış göstermiş, toplanan primlerle harcamalar arasında açık artmış, dolayısı ile hükümet katkısı (ve maliyet-sigorta kurumu gerginliği) gündeme gelmiştir. Sigorta primi, daha çok "formel" sektörde çalışanlardan toplandığından, bu toplanan prim, ekonomik olarak "aktif olmayanlar"ın sağlık giderlerini karşılamaya yetmemektedir. Bir finansal açmaz yaşayan bu ülkeler, hükümet katkısı ile durumu



götürmeye çalışmaktadırlar. Prim toplanmasında bir başka sıkıntı noktası da, eskiden devlete ait olan işletmelerin özel sektöre devredilmesi yolu ile oluşan ve yeni kurulan özel işletmelerde, emek maliyetinin artması, bu artış karşısında işletme sahiplerinin bildirim yapmamayı tercih etmeleridir. Oluşan açık, sonuçta primlerin artması ile, teminat paketinin daralması ile ve hükümet katkısının artması ile kapatılmaya çalışılmaktadır. Doğu Asya ve Afrika'daki uygulamalar ise, çok daha olumsuz sonuçlarla malüldür. (Belek,2000a; World Bank, 1987; WHO, 1993).

Burada, Batılı gelişmiş kapitalist ülkelerin de sigorta sistemlerine sahip oldukları anımsatılabilir. Doğru, gelişmiş kapitalist dünyada-Almanya, Fransa, Avusturya, Japonya, Belçika, Kanada,vb-sigorta temelli finansman modelleri ağırlıktadır, ancak bu ülkelerdeki sigorta modelleri, 1848 sonrası yaşanan toplumsal mücadelelerde, işçi sınıfının kazanımı/yönetici sınıfların tavizi diyalektiği ile elde edilmiştir. Yani, kendi iç dinamiği ile oluşmuştur. Navarro'ya göre, işçi sınıfı mücadelesinin güçlü, burjuvazinin ise aynı ölçüde güçlü olmadığı ülkelerde, daha kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi kurulurken, burjuvazinin güçlü, işçi sınıfının kısmen zayıf ve parçalı olduğu topraklarda daha geç oluşturulan ve kapsamı daha dar sosyal güvenlik sistemleri kurulmuştur (Navarro, 1989). Oysa, gelişmiş kapitalist ülkeler dışında, bugün dayatılan sigorta modelleri, bir işçi sınıfı talebi ile değil, uluslararası sermaye grupları ile ona eklenmiş yerel sermaye gruplarının gündeme getirdiği bir durumdur. Genellikle ekonomik sıkıntı çeken çevre ülkelere, merkez ülke ve finans kurumlarının dayatmasıdır ve özünde varlıklı sınıflardan vergi toplama(ya)mama tercihinin ürünüdür (Belek,2000a; Navarro, 1989).

Türkiye benzeri ülkelere "dayatılan" sigorta sisteminin temel amacı, "ek kaynak yaratmak"tır. Sağlık piyasasında, sermayenin istediği ölçüde denetleyemediği, başı boş dolaşan parayı merkezileştirmek, ve bu merkezileştirilen paranın, özel sağlık kuruluşlarına-bir sermaye işlevi görmek üzere-açılması, tercihin özüdür. Ekonomik sıkıntı nedeniyle, sistemi bile döndüremeyecek duruma gelen yetkililer, ihtiyaçları olan ek kaynağı "sigorta"da görmektedirler.

Bugün, kapitalist dünyada az ya da çok bir kaynak sıkıntısı yaşanmaktadır. Bu kaynak sıkıntısı, çevreye yıkılarak, çevre ülkelerin bu krizi sosyal bir kriz olarak yaşamasına yol açılmaktadır. Bu noktada, çevre kapitalist ülkeler, kendilerine merkez-çevre ilişkileri bağlamında dayatılan sigorta ile kaynak yaratma yönlendirmesini, bir "iç sorun" olarak yaşayamamaktadırlar. Kendileri için uygun olanı aramak ya da tercih etmekten ziyade, uluslararası sermayenin bu ülkeler için uygun gördüklerini benimsemek durumunda kalmışlardır.

Bir başka önemli nokta, sağlık hizmetlerinin finansmanında genel vergi ile finanse edilmesinin, sigorta ile finanse edilmesine kıyasla, daha eşitlikçi ve daha verimli olduğu, genel olarak kabul gören bir gerçektir. Örneğin,

sigorta ya yalnızca hizmetten yararlanacak olanların primleri, ya da işçi-patron ve devlet katkıları üzerine otururken, primler de ya sabit bir miktar ya da gelire göre sabit bir oranda toplanmaktadır. Buna karşın, sigorta modelinin, gelir dağılımı üzerinde, vergi sistemine kıyasla, "regresif" olduğu bilinmektedir. Sağlık finansmanının vergi sistemi ile yapılması, gelirlerin servet üzerinden alınma olanağına sahip olunması nedeniyle, sigortaya kıyasla daha eşitlikçidir. Yine sigorta sistemi, "hastaneciliğe yönlendirme ve moral risk" nedeniyle tahsisat verimliliği açısından daha sorunludur; hizmet başına ödeme de, sigortadaki tedavi yöneliminin bir başka gerekçesidir (WHO, 1993).

Sonuç olarak, 1945'lerde oluşan kapitalist refah devleti, 1970'lerin ortasından itibaren bir krize girmiş, bu krizi kaynak sıkıntısı olarak yaşayan burjuvazi, kaynakların dağılımında kendilerinin daha çok tercih edilmesini gerektiğini hükümetlerden talep etmiş, bu talep karşısında hükümetler boyun eğmişlerdir. Bu çerçevede, sağlık sektörü de, hükümetlerin ayırdığı kaynakların dondurulması veya azaltılması tercihi ile karşı karşıya kalmıştır. Kamu kaynaklarının kısılması ile, kamu sağlık hizmetlerinin kalitesi gerilemiş, ortaya çıkan tabloyu düzeltmek için de, tek çare olarak özel sağlık sektörü ve bu sektöre aktırılması amacıyla "ek kaynak", yani sigorta ortaya sürülmüştür. Çözüm, piyasadır; kamu sektörü yerine, özel sağlık sektörünün hizmet sunmasıdır; finansmanın da kamudan daha fazla kaynak aktarılamayacağı için, daha fazla cepten harcamalarla sağlanması ve bu sağlanan paranın özel sektöre aktırılmasıdır.

**5. Tez 4: Sağlık sektörünün finans yapısı bağlamında AKP'nin "reform" girişimi değerlendirildiğinde, bu girişimin bir "sıkışmışlığın" ifadesi olduğu, ama buna rağmen gerçekleşmesinin çok "olanaklı" olmadığı söylenebilir.**

#### 5.1. Türkiye'de Sağlık hizmetlerinin finansmanı:

Türkiye'nin ulusal geliri, son 10-15 yılda, 130-210 milyar dolar civarında gerçekleşmiştir. Bu süre zarfında sağlığa akan para ise, ulusal gelirin %3-4'ü arasında seyretmiştir. Bu çerçevede, kişi başına düşen sağlık harcaması, 1980 yılında 55 dolardan, 1998'de 140 dolara yükselmiştir. Bu rakam temel alındığında, Türkiye'de sağlığa akan paranın 9.5 milyar olduğu söylenebilir. Başka bir hesaplama göre, 1998'de sağlığa ayrılan paranın 8.1 milyar dolar olduğu belirtilmiştir. Söz konusu miktarın kamu ve özel olarak bölümlenmesine bakıldığında ise, şöyle bir tablo ile karşılaşmak mümkündür (DPT).

1980'de 1.3 milyar dolar olan kamu sağlık harcamaları, 1989'a kadar oldukça düşük seyretmiş, 1989'dan itibaren yükselmeye başlamış ve 1993'de 5.28 milyar dolar ile pik yapmış, sonra 1994 krizi ile gerilemiş, ancak 1998'de tekrar 5 milyar doları geçmiştir. Aynı sürede, özel sağlık harcamaları 1.2 milyar dolardan 3 milyar dolara yükselmiştir (DPT; Soyer-Belek, 1998).

Tablo 1. Sağlık harcamalarının kamu-özel dağılımı 1980-98

Yıl	Kamu (milyar dolar)	Özel(milyar dolar)
1980	1.28	1.20
1981	1.06	1.23
1982	0.91	1.10
1983	0.91	1.06
1984	0.83	1.05
1985	0.88	1.10
1986	1.02	1.17
1987	1.30	1.32
1988	1.43	1.31
1989	2.14	1.51
1990	3.31	2.03
1991	3.55	2.05
1992	4.17	2.12
1993	5.28	2.46
1994	3.34	1.82
1995	4.23	2.34
1996	4.50	2.54
1997	4.85	2.85
1998	5.10	3.00

DPT rakamlarından hesaplanmıştır; DPT,Soyer-Belek 1998.

Bu paralar, nerelerden geliyor ve nerelere gidiyor diye bakalım. Tokat'a göre, sağlığa akan paranın %41'i genel bütçeden gelirken, %26.4'ü sigorta primlerinden ve %32.6'sı ise cepten/özel kaynaklardan geldiği belirtilmiştir. 1988-98 yılları arasında, genel bütçeden gelen para %33.4'ten %41'e (1993'de %50), sigorta primlerinden gelen para %14.4'ten %26.4'e ve özel kaynaklardan/ cepten gelen para ise %52.2'den %32.6'ya gelmiştir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Koordinatörlüğü, 1996; Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Koordinatörlüğü, 1997; Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Koordinatörlüğü, 1998).

Böylece kamudan gelen paranın toplam sağlığa akan para içindeki payının %67, özelin payının da %33 olduğu görülmektedir. Biraz daha ayrıntı; genel bütçeden gelen paranın yarısından biraz fazlası (%53) Sağlık Bakanlığı bütçesinden gelirken, Üniversitelerin payı %23, diğer bakanlıkların payı %13 ve MSB'nin payı ise %11 kadardır. Sağlık Bakanlığı bütçesinden gelen paraya bakıldığında ise, döner sermaye ve fonların payının %28 olduğu görülmektedir. Üniversitelerden gelen parada döner sermaye payı ise, neredeyse %70 civarındadır (%65). Burada bir ara saptama yapmak gerekir: Sağlığa akan kamu payı artıyor görünmekle birlikte, bu artışın temel taşı, neredeyse 10 yılda ikiye katlanan sigorta primleridir. Kamu payının yarısını oluşturan Sağlık Bakanlığı bütçesi de, 1/4'üne yakın bir oranda-yatarak tedavi hizmetlerinin finansmanı için kullanılan-döner sermaye ile ayakta tutulmaya çalışılmaktadır. Kamunun akittiği paranın 1/4'üne yakın olan üniversitelerin payı ise, 2/3 oranında döner sermayeden oluşmuştur. Bu oranlar hesaba katıldığında, aslolarak genel bütçeden-döner sermaye ve fon dışı-gelen payın, eldeki rakamın %70'i kadar olduğu görülür.

Sağlığa akan para, nereye gidiyor? Kamudan %67, özelden %33 payla toplanan paranın yönü, dağılırken tersine dönüyor; %43 kamu- %57 özel (Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Koordinatörlüğü, 1998). Kamunun %67'lik payının %43'e gerilemesi ya da özelin payının %33'ten %57'ye çıkmasının tek bir anlamı vardır: Kamu, özele – toplam sağlığa akan paranın %24'ü kadar- kaynak aktarmaktadır.

Tablo 2. Sağlık harcamaları nereden geliyor-nereye gidiyor? (1988-98)

Yıl	Gelen Para		Giden Para	
	Kamu	Özel	Kamu	Özel
1988	47.8	52.2	54.3	45.7
1989	55.7	44.3	58.3	41.7
1990	58.1	41.9	58.8	41.2
1991	63.3	36.7	57.0	43.0
1992	67.6	32.4	59.1	40.9
1993	73.2	26.8	65.8	34.2
1994	62.7	37.3	52.1	47.9
1995	61.8	38.2	52.1	47.9
1996	64.5	35.5	50.5	49.5
1997	65.2	34.8	49.4	50.6
1998	67.4	32.6	33.1	56.9

Görüldüğü gibi, 1988-98 yılları, kamudan özele kaynak aktarımının yapıllaştığı bir dönem olmuştur. Bir yandan kaynağın sınırlılığından söz edilip, kamu kaynakları daha da sınırlandırılmak istenirken, bu sınırlı kaynakların özel sektöre kaydırılması sağlık sektörünün bugünkü tablosunun oluşumuna katkıda bulunmuştur. Kamunun özel sektöre kaynak aktarmasında, en temel yol ilaç alımlarıdır. Yılda 3-3.5 milyar dolar kadar olduğu ifade edilen ilaç harcamalarının 1.5 milyar doları özel harcama olduğu varsayılırsa, geri kalan kamunun ilaç harcamaları şöyle özetlenebilir:

SSK: 464 milyon dolar  
Emekli Sandığı: 308 milyon dolar  
Bağ-Kur: 161 milyon dolar  
Bakanlıklar: 521 milyon dolar  
Üniversiteler: 166 milyon dolar  
Belediyeler ve KİT'ler: 109 milyon dolar.

SSK, kamunun özele kaynak aktarılmasında en "örnek" kurum olarak gösterilebilir: Örneğin, 1980'de SSK'nın ilaca akittiği para, toplam SSK sağlık harcamaları içinde %13.7 oranında yer tutarken, 1998'de %41.7 olmuştur. SSK'nın anlaşmalı hekimlerden hizmet alımı için harcadığı pay da, aynı sürede %6'dan, %27.4'e yükselmiştir.

Bu noktada, Türkiye'nin sağlık finansman yapısı ile ilgili şu notu düşebiliriz; sağlığa akan para, son 20 yılda artmış, 4'e katlanmıştır; sağlığa ayrılan parada, kamunun payı artmıştır; kamunun payının artışında iki temel dinamik mevcuttur (biri, sigorta primleri, diğeri, döner sermaye gelirleri); kamunun payının artışı, genel bütçe gelirleri dışında sağlanmaya başlamıştır; sınırlı olan kamu kaynakları önemli ölçüde, özel sektöre akıtılmaktadır. Bu belirlemeler ışığında, AKP'nin, bu tabloyu olumlu yönde değiştirme olanağı görünmemektedir. Üstelik, böyle bir

niyeti olduğu da söylenemez. AKP de, kendisinden önceki hükümetler gibi, kamu kaynaklarını genel bütçeden değil, cepten/döner sermaye harcamaları ve sigorta primleri ile artırmayı tercih edecek, bu paranın da özel sektörden hizmet alınarak, daha fazla özele aktarılacağı mekanizmaları yaratacaktır. Bunun anlamı, kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesinin devam ettirilmesinden başka bir şey değildir. Hizmetlerin geliştirilmesi bir yana, insanlar, daha çok para harcayarak, daha dar kapsama sahip ve daha az kaliteli sağlık hizmeti almak durumunda kalacaklardır.

Son yıllardaki duruma da bir bakalım. 2001 yılı sağlık harcamaları, daha değişik bir irdelemeye tabi tutulmuştur. Bu irdelemeyi yakından görelim: 2001 yılı toplam sağlık harcamalarının 9.2 katrilyon TL olduğu, bunun kamu-özel ayrımının %83-%17 olduğu belirtilmiştir. Bu noktada, kamu sağlık harcamaları 7.6 katrilyon TL olarak hesaplanmıştır. Dünya Bankası'na göre, bu miktarın kurumsal dağılımı şöyledir (World Bank, 2002).

Sağlık Bakanlığı: %27  
 Üniversiteler: %11  
 Diğer kamu harcamaları ve memurlar: %13  
 Sosyal güvenlik kurumları: %47  
 Yerel yönetimler ve kit'ler: %2

Sosyal güvenlik kurumlarının payının, önceki yıllara kıyasla oldukça artmasının yanı sıra, memurların ayrı ele alınması, Dünya Bankası değerlendirmesinin bir özelliği olmuştur. Her kurumun kendi içindeki değerlendirmesi ile devam edelim. Yaklaşık 2.3 katrilyon TL olan Sağlık Bakanlığı bütçesinin, %38'i döner sermaye ve fon, %10'u ise yeşil kart geliridir. Geriye, genel bütçeden Sağlık Bakanlığı'na akan paranın 1.2 katrilyon TL olduğu gerçeği kalmaktadır (%52). Üniversitelerin kazandığı 836 trilyon TL'nin %76'sı döner sermaye kaynaklıdır. Görüldüğü gibi, 3 katrilyondan biraz fazla olan Sağlık Bakanlığı-üniversite gelirlerinin, 1.7 katrilyon TL'si döner sermaye-fon-yeşil kart geliridir (World Bank, 2002).

Bu döner sermaye gelirleri, nereden gelmektedir? Üniversitelerden başlayan, kamu kurumlarının "fiilen özel kurumlara dönüşmesi"nin temel desteği nedir? Dünya Bankası raporundan bakalım: 2001 yılında Sağlık Bakanlığı'na 846, Üniversitelere 730 trilyon TL, döner sermaye geliri kaydedilmiştir. Bu gelirin, kurumsal dağılımı şöyledir:

**Tablo 3 Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin döner sermaye gelirlerinin kaynakları**

Kurum	Emekli Bağ Sandığı	Bağ kur	Memur	Diğer kamu	Yeşil kart	Cep-ten
Sağlık Bakanlığı	208	108	272	19	135	104
Üniversiteler	177	92	232	16	115	98

Tablo incelendiğinde, en göze çarpan olgu, cepten harcamaların toplam kuruma akan para içindeki paylarının oldukça düşük olmasıdır (%12.3 Sağlık Bakanlığı, %13.4 Üniversiteler). Söz konusu kurumların kazandıkları içinde ağırlığı, sosyal güvenlik kurumları ve hükümet kuruluşları oluşturmaktadır. İşin özü, Üniversiteler ve Sağlık

Bakanlığı'nın, sosyal güvenlik kurumları ve hükümet kurumlarını "temel kazanç kapısı" olarak görmeleridir. Kamunun "piyasalaşması"nın beklenen bir sonucudur bu. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerinin otoriter-özel yapılara dönüşmeleri, piyasaçıların "sahici özel" hastanelerle işbirliğini açık açık ifade etmeleri ve buna "tenessül" etmelerini kolaylaştırmıştır!

### 5.2. Türkiye'nin ekonomik durumu bağlamında, sağlık finansmanının geleceği:

Sağlık finansmanı ile ilgili rakamları, bir de ülke ekonomisi çerçevesinde değerlendiresek, hangi sonuçlara varırız? Bunun için 2003 bütçesine bakmakta yarar var. Yaklaşık 147 katrilyon TL kadar olan 2003 bütçesinin %70'e yakını "transfer" harcamalarıdır. Yatırımın payı, sadece %4'tür. Bütçede Sağlık Bakanlığı'na ayrılan para, 3.6 katrilyon TL'dir (%2.4). Sağlık Bakanlığı'nın yatırımlara ayırdığı para ise, sadece 344 milyar TL'dir.

147 katrilyon TL olan bütçenin, vergi gelirleri 86 katrilyon TL'dir. Buna karşın, transfer harcamaları 101 katrilyon TL, iç borç 130 katrilyon TL ve dış borç da 19 katrilyon TL'dir. Böyle bir tabloda, hükümetin, sağlığa daha çok para ayırması ve kamu sağlık hizmetlerini iyileştirmesi mümkün görünmemektedir. Hükümet, borçları karşılamaktan çok uzak olan gelirlerini de artıramayacağı için, olsa olsa hizmetleri alanların "katkı payları"na başvurmaktan başka çare bulamayacak gibi durmaktadır (2003 Mali Yılı Bütçe Kanun Tasarısı; 2003).

Bunun böyle olacağı, bizzat "reform" çalışmalarını yürüten "odaklar"ca da kabul edilmektedir. Sosyal güvenliğin tek çatı altında toplanması ve "Genel Sağlık Sigortası"nın oluşturulması çalışmaları bağlamında; 68.6 milyon vatandaşımızın 49.3 milyonunun sosyal güvenlik kapsamında olduğu, 11.4 milyon kişinin yeşil kart sahibi olduğu, 7.9 milyon insanın da sağlık yardımı almadığı hesaplanmıştır. 2001 yılına ait olan bu veriler ışığında, kişi başına sağlık harcamasının 116 dolar olduğu belirlenmiştir. Bu rakamlardan yola çıkılarak, "genel sağlık sigortası" maliyetinin 7.9 milyar dolar olacağı öngörülmüş, bu paranın 16.5 milyon insanın prim ödemesi temelinde toplanacağı da belirlenmiştir. "GSS" maliyeti olan 7.9 milyar doların, bu insan sayısına bölünmesi ile elde edilen prim miktarı, yılda 484 dolardır. Bu 7.9 milyar doların, 4.1 milyar dolarının primini ödeyemeyenlerin primini ve finansal açığı karşılaması beklenen devletin üstleneceği, geri kalanı ise primlerle karşılanacağı hesaplanmıştır. (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2002). Devletin sadece primini ödeyemeyecekler için katkısı olan 4.1 milyar dolar, 2001 yılı için yine devletin tüm vatandaşlar için ödediği paranın %37 daha fazlasıdır! Bu bağlamda, devletin ayırdığı paranın kısıtlılığı iddiası, ne anlama gelmektedir?

**6. Tez 5: AKP Hükümetinin sağlık "tercihleri", küreselleşmenin gereklerini yerine getirmekle çok yakından ilintilidir!**

Dünyada çok kapsamlı ve giderek bu kapsamı genişleyen bir tıbbi ticarettten söz etmek mümkün.

Örneğin, 2000 yılı mamül ilaç ithalatı incelendiğinde, ABD'nin 9.9 milyar dolar ile başta geldiği, ABD-Fransa-İngiltere-Almanya ve İtalya'nın ilaç ithalatının yaklaşık yarısını gerçekleştirdiği, Türkiye'nin de 806 milyon dolar ile dünyanın ilk 20 ülkesi arasına girdiği görülebilir. İlaç hammadde ithalatı için aynı inceleme yapıldığında, ilk 5'in ABD-Fransa-Almanya-Japonya-İsviçre olarak değiştiği, Türkiye'nin (539 milyon dolarla) yine ilk 20'ye girdiği belirlenebilir. Bu durum, ilaç dışı tıbbi ithalatta da geçerlidir. Ancak, tıbbi ihracata bakıldığında, tablonun önemli ölçüde değiştiği görülmektedir: Örneğin, ilaç hammaddesi ihracatında ABD'nin yine en başta olmasına rağmen (5.8 milyar dolar ile), ilk 5 ülkenin (ABD, Almanya, İsviçre, Belçika, Fransa) payının %60'ları bulduğu, ithalatta ilk 20'ye giren Türkiye'nin ihracatta adının bile geçmediği (56 milyon dolar) saptanabilir.

Ihracatta ve ithalatta dünya sıralamasının başında gelen ABD'nin 1995-2000 yılları arasındaki rakamları ise, şu görüntüyü sunmaktadır:

**Tablo 4. ABD'nin tıbbi ticareti 1995-2000**

Yıl	Tıbbi İhracat (Milyon Dolar)	Tıbbi İthalat (Milyon Dolar)
1995	10.33	7.54
1996	11.82	8.19
1997	12.90	8.80
1998	13.32	10.07
1999	14.20	11.02
2000	15.44	12.53

Görüldüğü gibi, ABD 1995-2000 yılları arasında, tıbbi ithalatı artmasına karşın, tıbbi ihracatını %50 oranında artırmıştır. En çok tıbbi ticaret yaptığı 18 ülke ile ABD'nin ilişkisi incelendiğinde, 7 ülke ile negatif, 11 ülke ile pozitif bir tıbbi ticaret ilişkisi içinde olduğu görülür. ABD'nin tıbbi ithalatının ihracatından fazla olduğu 7 ülke (Almanya, Çin, Dominik C., İsrail, İtalya, Meksika, Tayvan) dışında, Türkiye'nin de dahil olduğu 11 ülke karşısında ihracatı fazla vermektedir. Örneğin, Türkiye'nin ABD'ye 2 milyon dolarlık bir tıbbi ihracat yapmasına karşın, 80 milyon dolar tıbbi ithalatı söz konusudur. Bu örnekleri, tüm dünya ölçeğinde değerlendirdiğimizde, tıbbi ticarete 4 belirgin ülke tipi olduğunu görebiliriz. Birinci ülke tipi, dünyadaki ticaretin aslan payına sahip ülkelerdir. ABD, Japonya, Almanya, İngiltere, İsviçre, Fransa, Hollanda, Belçika-

Lüksemburg, İtalya ve İsveç, dünyadaki tıbbi ticaretin neredeyse %80'ine sahiptir. İkinci ülke tipi, 10 ülkenin ardından gelen, dünya tıbbi ticaretinde daha az paya sahip, ancak tıbbi ihracatı, tıbbi ithalatından fazla olan ülkeler: Danimarka, Avusturya, İspanya, Finlandiya, Norveç, Kanada, Avusturalya, Çin, Singapur, G.Kore, Malezya, vb. Üçüncü ülke tipi ise, tıbbi ihracatta adı pek duyulmasa da, tıbbi ithalatta dünya sıralamasında nispeten üst sıralarda bulunan ülkelerdir: Hong Kong, Suudi Arabistan, Türkiye, Cezayir, Brezilya, Arjantin, Polonya, Çek C., G.Afrika, vb. Son ülke tipi, ne tıbbi ihracatta, ne de ithalatta adı geçmeyen ülkelerdir (Soyer, 1999). Türkiye'nin de içinde bulunduğu üçüncü grup ülkeler, "iyi sağlık pazarı" olma yolunda başarı ile yürüyen ülkelerdir. Türkiye de 1995-2000 yılları arasında, tıbbi ithalatını katlamıştır (Soyer 1999, WTO).

AKP'nin kamudan özele (ulusal-uluslararası sermaye gruplarına) kaynak aktarma tercihini sürdürmesi, bu "başarılı yürüyüş"ün güvencesidir. Bu noktada, ilaç başta olmak üzere içerde ve kamusal bir üretim, ciddi bir tıbbi planlama olmaksızın atılacak her adım, Türkiye sağlık sektörünün, dışa/özele kaynak aktaran yapısını değiştiremeyeceği için, kaynak sorununun derinleşerek sürmesine yol açacaktır.

"Hizmetlerin liberalleştirilmesi"ni öngören GATS benzeri anlaşmaların, sağlık hizmetlerine; "1.ülkedeki kamusal sağlık örgütlenmelerinin "piyasalaştırılması", 2.bu konudaki ulusal mevzuatın değiştirilmesi, 3.tıbbi hizmetleri sağlayanların serbest dolaşımının önündeki engellerin kaldırılması, 4.gelişmekte olan ülkelerde 'serbest bölgeler' kurularak yaygınlaştırılması, 5.sağlık hizmetlerinin finansmanında, uzun dönemli yükümlülükleri içeren sistemlerden, sigorta formülüne geçilmesi" şeklinde özetlenebilecek sonuçları da gözönüne alındığında, ne durumda olduğu daha net seçilebilir (WHO-UN, 1998). AKP'nin "reform" dediğinin, "son 20 yıldır çökertilen kamu sağlık hizmetlerinin "piyasa" mekanizmasına tabi tutulması (daha doğrusu, bunun sürdürülmesi), kamu sağlık hizmetlerinin çerçevesini oluşturan mevzuatın (başta Umumi Hıfzısıhha Kanunu, Sağlık Bakanlığı Teşkilat Kanunu, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası gibi) değiştirilerek yasal engellerin kaldırılması, vergi yolu ile sağlık finansmanı sağlamadan bütünüyle vazgeçilerek sigorta temelli finansmana

**Tablo 5. Türkiye'nin tıbbi ticareti 1992-2000**

Yıl	1992	93	94	95	96	97	98	99	2000
Farmasötikmiç	7.7*	6.2	11.5	17.7	36.8	37.9	43.3	59.1	55.7
Farmasötikmit	217.7	262.5	223.1	323.2	352.8	429.8	522.8	521.5	538.7
Mamülm.iç	40.6	70.2	66.5	45.5	60.1	75.7	76.7	67.4	91.9
Mamülm.it	102.4	132.4	134	227.6	282.1	381.3	495.2	637.8	805.7
Teşhisc.iç	0.7	0.7	2.0	0.7	1.9	3.2	2.6	3.7	3.1
Teşhisc.it	44.2	55.8	55.1	68.3	137.5	135.4	169.3	134.2	129.6
Teşhisdışic.iç	6.9	9.3	4.9	6.8	10.5	13.4	17.9	12.2	13.8
Teşhisdışic.it	155.8	184.2	131.7	186.1	194.9	234.8	258.6	245.2	272.2

\* milyon dolar (Farmasötikmiç: Farmasötik madde ihracatı, Farmasötikmit: Farmasötikmit madde ithalatı, Teşhisc.iç: Teşhis cihazı ihracatı, Teşhisc.it: Teşhis cihazı ithalatı).

geçilmesi, yetersiz kamu finansmanından kaynaklanan açığın cepten ödemelerle kapatma yoluna gidilmesi, sağlık örgütlenmesinin kamunun özelden hizmet alma temeline oturtulması, buradan hareketle sağlık alanındaki yabancı yatırımların önünün açılması, vb" den başka bir anlama gelmediğini söylemek, çok da haksızlık olmaz!

#### Sonuç Yerine...

AKP'nin sağlık "reformu" çabaları, Türkiye'nin ana sağlık sorunları ile ilgili de değildir. Her yıl ülkemizde 60 bine yakın bebek, birinci yılını doldurmadan ölmektedir. Bu konuda varolan çok sayıda rakamı sıralamak yerine, bir "basit" örneği vermek yeterlidir: Hangi bebekler ölmekte? Doğum öncesi hiçbir bakım almayan ve doğumda hiçbir sağlık personeli desteğini alamayan annelerin bebekleri, doğum öncesi en az bir bakım alan ve doğumlarını sağlık personelinin yardımı ile yapan annelerin bebeklerine kıyasla 4 misli daha fazla ölmektedirler! Çoğu Doğuda, kırdan yaşayan ve yoksulların bebekleri ölmektedir ki, bunların anneleri sağlık hizmetlerine ulaşamadıkları için ölmektedirler. Yoksa, hekim seçemedikleri ya da özel hastanelere gidemedikleri için değil! Paraları yok, sağlık kurumları ve hizmetlerinden uzaklar.

Yoksulların, önceki hükümetlerin kendilerini yoksullaştıran politikalarına tepkileri sonucunda hükümet olanların bu insani gerçeği unutmaları, ne ile açıklanabilir?

#### KAYNAKLAR

2003 Mali Yılı Bütçe Kanun Tasarısı (2003).

58.Hükümet Programı (2002).

58.Hükümet Acil Eylem Planı (2003).

Belek, İ. (2000a), "Nasıl Bir Sağlık Sistemi-III; Sigorta Değil, Genel Vergi", Toplum ve Hekim, Cilt 15, Sayı 12, Mart-Nisan 2000.

Belek, İ. (2000b), "SSK'da İç Piyasa Yönelimi", Toplum ve Hekim, Cilt 15, Sayı 12, Mart-Nisan 2000.

Belek, İ. (2003), "Yeni şişede, eski şarap", Tıp Dünyası, Sayı 96, 1.1.2003.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2002), "Sosyal Güvenliğin Tek Çatı Altında Toplanması ve Genel Sağlık Sigortasının Oluşturulması" Raporu, 29.11.2002.

İzmir Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu (2002), Siyasi Parti Programlarında Sağlık, Broşür.

Navarro, V. (1989), "Why Some Countries Have National Health Insurance, Others Have National Health Services, and the United States has Neither?", IJHS, 29(1).

Pala, K. (2003), "Genel Sağlık Sigortası Çözüm mü?", TTB MK'ne verilen yanıt.

Sağlık Bakanlığı (1992a), Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı, Şubat 1992.

Sağlık Bakanlığı (1992b), I.Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grupları Raporları, Mayıs 1992.

Sağlık Bakanlığı (1992c), TBMM'ne Sunulmak Üzere Hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı, Mayıs 1992.

Sağlık Bakanlığı (1992ç), Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı Üzerine Görüş ve Öneriler, Ekim 1992.

Sağlık Bakanlığı (1992d), Sağlık Reformu İle İlgili Kanun Tasarısı Taslakları ve Gerekçeleri, Aralık 1992.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Koordinatörlüğü (1996), Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-96.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Koordinatörlüğü (1997), Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Koordinatörlüğü (1998), Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998.

Soyer, A. (1992), "Sağlık Politikası Bakanlığa Bırakılmaz", Demokrat, Sayı 21, Şubat 1992.

Soyer, A. (1993a), "Koalisyon Hükümeti, Sağlık Reformu ve TTB", Tıp Dünyası, Mart-Nisan 1993.

Soyer, A. (1993b), "Sağlık 'Reformu': Piyasa Egemenliğinin Meşrulaştırılması", Mülkiyeliler Birliği Dergisi, Sayı 154, Nisan 1993.

Soyer, A. (1996), Darbe, Liberalizasyon ve Sağlık, kendi yayını.

Soyer, A. (1999), "Dünya'da ve Türkiye'de Tıbbi Ticaret", Toplum ve Hekim, Cilt 14, Sayı 1, Ocak-Şubat 1999.

Soyer, A. ve Belek, İ. (1998), "Türkiye'de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme", Toplum ve Hekim, Cilt 13, Sayı 1, Ocak-Şubat 1998.

TTB Halk Sağlığı Kolu (1992), "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı" Değerlendirme Çalışmaları, Temmuz 1992.

TTB (1992a), TTB Sağlık Kongresi, Cilt:1.

TTB (1992b), Sağlıkta Gündem: Herkese Eşit Fırsat mı? Serbest Piyasa Egemenliği mi? , Eylül 1992.

TTB (1994), TTB Merkez Konseyi Faaliyet Raporu 1992-94.

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

WHO and UN (1998), International Trade in Health Services, Geneva.

World Bank (1987), Financing Health Services in Developing Countries, An Agenda For Reform.

World Bank (2002), Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency, Report No. 24358-TU.

www.dpt.gov.tr

www.wto.org