

1980'den Günümüze Sağlık Politikaları

Ata Soyer

Sağlık hizmetlerinde 1980'den bu yana gerçekleştirilen değişiklikler, dönem boyunca yürürlükte olan neoliberal politikaların önemli bir ayağını oluşturmuş, sağlıktaki uygulamalar devletin sosyal nitelikli hizmetlere ilişkin işlevlerindeki değişikliklerin izlenebileceği önemli bir alan olma özelliği taşımıştır. 1980 sonrasında sağlık alanındaki değişiklikler birbiriyle ilişkili iki temel süreçle bağlantılandırılabilir. Bir yandan sermayenin kamu finansmanına katkısının azaltılmasıyla birlikte devletin sosyal harcamalara ayırdığı kaynaklar aşındırılır ve doğrudan sermayeye aktardığı kaynaklar artırılırken, bir yandan da sermayenin elinde biriken kaynaklar yeni yatırım alanlarına yayılarak geçmişte kamu tarafından yürütülen sosyal hizmetlerin özelleştirilmesi yönünde baskı yaratmaktadır. Böylece, bir yandan borç krizine giren devletin mali kaynaklarının iyice daralmasıyla ortaya çıkan finansman sorunları hizmetlerin fiyatlandırılması ve yararlanmaların mali katkısının zorunlu kılınması ile aşılmaya çalışırken, bir yandan da “kamunun sağlık hizmetlerinde bıraktığı boşluğu özel sektörün doldurması” olarak sunulan bir süreçte, kamudan özel kesime kaynak aktarması yapılmaya başlanmıştır. Birbiriyle ilişkili bu iki eğilim, sağlığın da aralarında yer aldığı kamu hizmetlerinin bir yandan aşındırılmasını bir yandan da özelleştirilmesini gündeme getirmektedir.

Neoliberalizmin sağlık sektöründeki temel yaklaşımı, sağlığı devletin sorumlu olduğu temel bir insan hakkı olarak gören anlayışı yıkarak, fiyatlandırılarak piyasada arz-talep koşullarında üretilmesi gereken bir hizmet olarak ele almaktır.

Neoliberalizme göre, kamusal sağlık hizmetlerinde verimlilik, etkinlik, yüksek maliyet gibi sorunlar bulunmakta, bu sorunların çözümü de aşamalı bir özelleştirme süreci sonucunda hizmetin tamamen piyasa mantığı ile üretilmeye başlanmasında yatmaktadır. Hizmetin kamu eliyle yerine getirildiği durumlarda da uygun çözüm hizmetin fiyatlandırarak “kullanan öder” yaklaşımının uygulamaya geçirilmesi olmalıdır.

Sağlık hizmetlerine ilişkin bu neoliberal yaklaşım sorunların nedeni olarak “devlet müdahalesi”ni göstermekle ve çözüm olarak sağlık hizmetlerine piyasa mantığının egemen kılınmasını sunmakla beraber, uygulama ile söylem arasında önemli farklar bulunmaktadır. 1980’den bu yana Türkiye’de sağlık alanında yaşanan gelişmeler, devletin sağlık hizmetlerini aşamalı olarak özel kesime aktararak bu alandan çekilmeye başlaması ve hizmet üretenlerle hizmetten yararlananlar arasında “nötr” bir konum kazanması biçiminden çok, devletin bizzat özel kesimin desteklenmesinde aktif rol alması biçiminde olmuş; sağlık alanında sermayenin egemenliğinin artışı anlamına gelen süreç bizzat devletin aktif yönlendirmesi eliyle gerçekleştirilmiştir. Bir başka deyişle, sağlık hizmetlerindeki sorunların kaynağı olarak “kamu hizmeti” yaklaşımını, çözüm olarak da “özel girişimi” gösteren neoliberal yaklaşım, artan sağlık sorunlarının kaynağında bizzat neoliberal politikaların yattığını gizlemekte, liberalizasyonun daha da ilerletilmesini meşrulaştırmaya çalışmaktadır.

Bu yaklaşımın özlü bir ifadesini Dünya Bankası raporlarında bulmak olanaklıdır. Sağlıktaki özelleştirme ve yeniden yapılandırma sürecini yönlendiren Dünya Bankası’na göre, az gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar temelde, devletin artan sağlık hizmeti talebini karşılayacak mali olanaklardan yoksun olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca, devletin sağlık hizmetlerini bütçe yoluyla finanse etmesinin “sağlıktaki eşitsizlikleri derinleştirdiği” ileri sürülebilmektedir. Banka çözümü ise, “devlet üzerindeki yükün azaltılması ve özel kesimin katkısının alınmasında” bulmaktadır. Buna göre, sağlıktaki yeniden yapılanma süreci, hem hizmetten yararlananların hizmetin bedelini ödemesini, hem de sağlık hizmetlerine “özel kesimin katkısının alınmasını” öngörmektedir. Dünya Bankası’nın, “özel kesimin katkısının alınması”ndan anladığı ise, kamuya ait sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesi, sektöre yatırım yapacak özel kesime teşvik ve muafiyetler sağlanması ile teknik ve finansal destek verilmesidir (Dünya Bankası, 1986; World Bank, 1990; Belek, 1994;

Soyer, 1995; Güler, 1996). Böylece, sorunların kaynağında kamunun mali olanaklarının kısıtlılığını gören Dünya Bankası, çözüm olarak kamu kaynaklarının özel kesime aktarılmasını sunabilmektedir. Bankanın sorunları ele alış biçimi ve sunduğu çözüm önerileri, asıl hedefin kamuya ait sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesi ve kamu olanaklarının özel kesime sunulması olduğunu açıkça sergilemektedir.

Bu çalışmada, 1980 sonrası dönemde sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler incelenmektedir. Çalışmanın ilk bölümünde sağlıktaki politikalar dönemin genel özellikleri çerçevesinde ele alınarak sağlık hizmetlerindeki özelleştirme uygulamalarının ülkedeki neoliberal politikaların önemli bir boyutunu oluşturduğu gösterilmeye çalışılmaktadır. Bu bölümde, sağlıktaki gelişmeler 1980-88 ve 1989'dan bu yana olmak üzere iki ana döneme ayrılarak incelenmektedir. Çalışmanın ikinci bölümünde ise, ele alınan dönemde sağlık politikalarında ortaya çıkan eğilimler ana özellikleriyle ortaya konmaya çalışılmaktadır.

1. 1980'den Günümüze Sağlık Alanındaki Temel Düzenlemeler

1980 sonrası dönem ekonomi politikaları açısından bütünüyle neoliberal ve dışa açılımcı olarak nitelense de farklı alt dönemlerden oluşmuştur. İlk dönem olarak ele alınabilecek olan 1980-88 dönemine damgasını vuran özellik dünya ekonomisi ile "ticaret yoluyla bütünleşme"dir. 1980-88 dönemi, asıl olarak ticari serbestleşmenin önkoşullarının hazırlandığı dönem olmuştur. 1989 sonrası dönemde ise, "finansal serbestleşme" politikası belirleyicilik kazanmıştır. 1989 sonrası ve özellikle 1999 sonrası dönemde, gerek genel ekonomi politikalarında gerekse sağlık politikalarında liberalizasyonun daha da ilerletilmeye çalışıldığı görülmektedir.

1-1 1980-1988 Döneminde Sağlık Politikaları

A. 24 Ocak Kararları ile başlayan dönemde neoliberal politikaların egemenlik kazanmasının sağlık politikaları açısından da önemli sonuçları oldu. Emek ile sermaye arasındaki bölüşüm ilişkilerinin belirgin bir biçimde emek aleyhine bozulduğu bu dönemde, kamusal sağlık hizmetleri de önemli oranda aşındırıldı.

Dönemin istikrar ve yapısal uyum politikaları temelde iç pazarın daraltılmasına, bunun için de ücretlerin ve tarımsal desteklerin kısılması, düşük değerli TL ve düşük ücretlerle ihracatın

teşvik edilmesine dayanıyordu. Ancak, sağlık politikaları açısından daha da belirleyici etkileri olan gelişme “devletin yeniden yapılandırılması” doğrultusunda uygulanan yapısal uyum politikaları oldu. Devletin yeniden yapılandırılması doğrultusundaki temel tercihlerden biri devletin imalat sanayiinden çekilmeye başlayıp, ağırlığı altyapı hizmetlerine vermeye başlamasıydı. Bu doğrultuda ikinci önemli uygulama, sermaye üzerindeki vergi yükünün hafifletilmesi, buna karşılık sermayeye sağlanan doğrudan ve dolaylı desteklerin artırılması idi. Sermaye üzerindeki vergi yükünün azaltılması, kamu finansmanı açısından önemli sorunlar doğurdu ve öncelikle sosyal harcamalara ayrılan kaynakların aşınmasına, ikinci olarak da kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi doğrultusunda baskıların artışına yol açtı.

Bu dönemde gerek bütçe harcamalarının gerekse kamu yatırımlarının bileşiminde önemli değişiklikler ortaya çıktı. 1980 öncesinde bütçe harcamaları içinde ağırlığını personel giderlerinin oluşturduğu cari harcamalar kalemi yüzde 46.4'lük bir paya sahipken, bu oran 1988'e gelindiğinde yüzde 37.5'e kadar düşürülecek, 1989-1993 döneminde yeniden yükselişe geçip yüzde 46.7'ye kadar yükseldikten sonra 1994 krizi ertesindeki dönemde yeniden yüzde 36.2 seviyesine düşecektir. Bunun sağlık hizmetleri açısından en önemli sonuçları, gerek sağlığa ayrılan payların gerekse sağlık personelinin de içinde yer aldığı kamu çalışanlarının reel ücretlerinin büyük oranda gerilemesiydi. Aynı dönemde bütçe harcamaları içinde yatırımların payı da neredeyse üçte iki oranında gerileme gösterdi. Ayrıca, kamu yatırımları içinde eğitim ve sağlık gibi sosyal hizmetlerin payı önemli oranda azaldı (Boratav, 1995; Oyan, 1998).

Bu dönemde, özellikle düşük ücret politikası, nüfusun önemli bölümünün yaşam koşullarını olumsuz etkilemesi nedeniyle toplum sağlığını bozan en temel etmen olmuştur. Gelirleri gerileyen geniş toplumsal kesimlerin kötü beslenmesi ve sağlık hizmetlerine erişiminin zorlaşması dönemin temel bir özelliğidir. İkinci önemli değişim, sermayenin vergi yükünün azaltılmasının vergi gelirlerinde azalmaya yol açarak bütçenin sosyal harcamalar kaleminde büyük düşüşlere neden olmasıdır. Bu dönemde, sağlığın da aralarında yer aldığı sosyal harcamaların büyük ölçüde kısıldığı görülmektedir. Dönemin ekonomi politikalarının sağlık alanındaki etkilerinden üçüncüsü, kamu sağlık personelinin reel ücretlerinde büyük oranlı gerilemeler ortaya çıkmasıdır.

B. 1980-83 döneminin Milli Güvenlik Konseyi yönetimi al-

tında geçen yıllarında sağlık politikaları alanında önemli değişiklikler gerçekleştirildi. Sağlık politikalarını etkileyen ilk önemli değişiklik, yeni Anayasa ile devletin sağlık alanında üstlendiği görevlerin yeniden tanımlanmasıydı. 1961 Anayasası'nın "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul ya da dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır" (madde 49) hükmüyle sağlığı temel bir insan hakkı olarak gören ve bu hakkın devlet tarafından güvence altına alınmasını öngören "sosyal devlet" anlayışı, devletin sorumlu değil "düzenleyici" olduğunu ifade eden bir anlayışla değiştirildi: "Herkes, sağlık ve dengeli bir çevrede yaşamak hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşın ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası konabilir" (madde 56). Anayasa'daki bu değişiklik, temelde "sosyal devlet" anlayışın değiştirilmesi anlamına geliyordu. Gerçi 1980 öncesi dönemde de Batı ülkelerindeki gibi gelişkin bir "sosyal devlet"ten söz etmek olanaklı değildi, ancak "sosyal devlet" uygulamaları 1980 sonrası döneme kıyasla daha güçlü idi. Bu temel politika değişikliği dönem boyunca başta MGK Hükümeti Programı olmak üzere tüm resmi belgelere yansdı.

Bu dönemde sağlıkla ilgili hukuksal altyapı, devletin yeniden yapılanmasının gereklerine uygun olarak önemli ölçüde değiştirildi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Yasası, Organ Nakli Yasası, Adli Tıp Kurumu Yasası, Nüfus Planlaması Hakkında Yasa, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasası, Kan ve Kan Ürünleri Yasası gibi onlarca yasa çıkarıldı. Bu yasal değişikliklerde sağlık çalışanlarının örgütlerinin görüşlerine başvurulması ise düşünülmüyordu bile...

Kamu hizmetlerini çöktürücü ve özel sermayeyi destekleyici ilk önemli kararlar da MGK yönetiminin başlarınca demagojik "parasız hizmet olmaz" söylemleri eşliğinde bu dönemde alınmıştır. 1981 yılı sonunda alınan bir Bakanlar Kurulu kararı ile, sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuş, sağlıkta kamu fonlarının

özel sektöre akıtılması dönemi başlatılmıştır. Yine 1983 tarihinde, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda döner sermayenin kapsamı genişletilmiştir. Böylece, daha sonra bütçeden ayrılan payın azaltılması yoluyla çöktürülecek olan sağlık kurumlarına ayakta durmanın yolu olarak hizmetlerini fiyatlandırmaları yolu gösterilmiş, sağlık hizmetleri paralılaştırılmaya başlanmıştır. Finansmanı halktan alınacak ek primlerle sağlanacak Genel Sağlık Sigortası ile ilgili yoğun çalışmalar da ilk kez bu dönemde başlatılmış, ancak daha sonra tamamlanamamıştır.

Hekimlere ve sağlık personeline yönelik en düşmanca ifade ve uygulamalar da yine bu dönemde başladı. İlk olarak kamuda çalışan sağlık personelinin özlük haklarını düzenleyen “Tam Gün Yasası”nın ücret ve mali düzenlemeler ile ilgili hükümleri yürürlükten kaldırıldı. Ama çalışma süresi ile ilgili (diğer memurlara kıyasla günde 1 saat fazla çalışma zorunluluğu getirilmesi gibi) hükümler aynen korundu. Üstelik tüm hekimlere dört yıl “zorunlu hizmet” getirildi. Bu dönemde özellikle MGK Başkanı'nın ağzından, hergün hekimlere ve sağlık personeline hakaretler yağdırıldı. Böylece, daha sonra “sağlık hizmetlerindeki olumsuzlukların sorumlusunun kamu sağlık hizmetleri ve hekimler olduğu” fikrini yaymayı üstlenen medya için de yol açılmış oldu.

Bu dönemde tüm muhalif örgütlere ve özel olarak sola saldıran cunta, doğal olarak sağlık çalışanlarının demokratik örgütlerine de saldırmış, yöneticilerine baskı uygulamıştır. Türk Tabipleri Birliği (TTB), Tüs-Der, Has-İş, Devrimci Sağlık İş vb. örgütlerin kapatılmasının yanı sıra, TTB Başkanı Erdal Atabek 3 yıl cezaevinde kalmış, TTB yöneticilerine “gizli örgüt” üyesi olmaktan dava açılmıştır. Baskılar bunlarla da kalmamış, zaten sınırlı yetkiler içeren TTB Yasası ve diğer meslek örgütleri yasaları, 1982 Anayasası'nda yapılan değişikliklere paralel olarak değiştirilmiş, yetkileri daraltılmış, üzerlerine devlet vesayeti getirilmiştir.

C. ANAP'ın 1983-87 ve 1987-91 olarak tek başına iktidar olduğu iki dönem bulunmakla birlikte, uygulanan ekonomik politikalar itibarıyla, 1989 öncesi ve sonrası diye dönemleştirerek bir değerlendirme yapmak daha uygun olacaktır. 1989 öncesi dönem için, gerek 1983 Hükümet Programı, gerekse V. Beş Yıllık Kalkınma Planı ANAP'ın sağlıkla ilgili yaklaşımını yansıtmaları açısından ele alınması gereken ilk önemli belgelerdir. “Bütün vatandaşlarımızın sağlık sigortasına kavuşturulmasını, herkesin istediği hastaneden faydalanmasını sağlayacak bir sistemin geliştire-

rilmesini hedef alıyoruz” diyen ANAP Hükümet Programı, bütün bir 1980’li yıllar boyunca kamu sağlık hizmetlerine yöneltilcek neoliberal eleştirinin habercisi olmuştur. Bu bağlamda, programda yer alan “Devlet ve Sigorta Hastanelerinin yükünü hafifletmek ve daha iyi hizmet verebilmelerini temin etmek için bu kuruluşlar dışında çalışan doktor ve sağlık personelinin belirli esaslar dahilinde faydalanılacaktır” ifadesi, sağlığı özel sermayenin kâr alanı haline getirmeyi hedefleyen ANAP sağlık politikasının temel anlayışını da ortaya koyuyordu. Yine aynı programda yer alan “ilaç sektörünün ve özel sağlık müesseselerinin teşvik edilmesi” ifadeleri çerçeveyi tamamlamaktadır. Ve yine ilk defa, bir beş yıllık planda “kamu sağlık kurumlarında rasyonellik ve verimlilik sağlanması”, “sağlık kurumlarına işletmecilik anlayışının getirilmesi”, “özel sağlık müesseselerinin ve hastanelerin desteklenmesi”, “özel sağlık kurumlarının ücretlerinin serbest bırakılması”, “kamu sağlık kuruluşlarının özel sağlık kurumları ve özel hekimlerden hizmet alması” gibi görüşler yer almıştır.

Ancak, 1983 sonrası yılların, hatta son 20 yılın mantığını en iyi anlatan belge, 1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’dur (SHTK). Kamu sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve piyasaya açılması, devletin bu alandaki sorumluluğuna son verilmesi, sağlık personeli üzerinde piyasa mantığı ile oluşturulan baskının meşrulaştırılması ile SHTK, kendisinden sonraki tüm yasa girişimlerinin/tartışmalarının öncüsü olmuştur. Söz konusu yasa ile kamu ve özel sağlık kuruluşları aynı yaklaşımla ele alınmış, devletin her iki sağlık kuruluşuna aynı mesafede yaklaşması anlayışı egemen kılınmış, kamu sağlık kuruluşları statü olarak işletme haline getirilmiş, gerek özel gerekse kamu sağlık kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmış, sosyal güvenceye sahip olan herkesin kamu ya da özel istediği sağlık kuruluşundan yararlanabilmesi olanaklı kılınmıştır. SHTK’nun sağlık personeline getirdikleri ise, Sağlık Bakanlığı’na “geçici ve daimi meslekten men etme yetkisi verilmesi, yabancı sağlık personeli çalıştırılmasına izin verilmesi, özel ya da kamu sağlık kuruluşlarında zorunlu hizmet yaptırma yetkisi” ile tüm sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesidir. Ek olarak, yukarıda ifade edilen Genel Sağlık Sigortası’nın oluşturulmasını içeren SHTK, sağlıkla ilgili 22 yasa ve 54 yönetmelik, tüzük, yönergeyi ilgilendirmesine karşın, toplumda açık bir tartışmaya sokulmamış, tümüyle yukarıdan bir dayatma ile çıkarılmıştır. Ancak, tabip odaları (özel olarak Ankara Tabip Odası’nın) ve sağlık çalışanları örgütleri ile bazı siyasi

partilerin (özel olarak SHP'nin) tepkisi ile, Anayasa Mahkemesi SHTK'nun bazı maddelerini iptal etmiş, ANAP da bu kanunu uygulama olanağını önemli ölçüde yitirmiştir. İlginç olan ise, 1995 yılında aynı yasaya dayanarak Yüksek İhtisas ve Koşuyolu hastanelerinin işletme haline getirilmesinin SHP'nin de içinde olduğu koalisyon hükümeti döneminde gerçekleşmiş olmasıdır.

ANAP hükümetleri dönemi ülkede “pembe” reform rüzgarlarının estirilmesiyle geçmiştir. “Sağ-Kur Yasa Tasarısı”, “Türkiye Milli Sağlık Politikası” ve 1990'ın değeriyle 1,2 milyar TL'ye Price Waterhouse firmasına hazırlatılan “Sağlık Master Planı”... İşte ANAP dönemi, bir yandan fiilen sağlıkta piyasa egemenliğini tesis etmek doğrultusunda ilk adımları atarken, gelecekteki adımların da ideolojik ve hukuksal altyapısını oluşturmuştur.

ANAP, gerek sosyal güvenlik gerekse sağlık alanında çok kapsamlı bir ideolojik saldırıyı birkaç koldan harekete geçirmiş, bunun için de medyayı çok iyi kullanmıştır. ANAP'ın tekrarlaya tekrarlaya halkın zihnine kazınan ideolojik saldırısının en önemli motifleri şunlardı: “Türkiye’de tıpkı diğer devlet kurumlarında olduğu gibi sağlıkta da aşırı merkeziyetçilik, bürokrasi, hantalık sorunları bulunmaktadır. Bu durum hizmetlere verimsizlik olarak yansımaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetleri gerçek değerinin altında fiyatlandırıldığı için hizmetin finansmanında sorunlar yaşanmaktadır. Hastane yönetimlerinde işletmecilik ilkelerini uygulayacak yönetimler yoktur. Bürokrasi, kötü yönetim ve rekabetin bulunmaması iyi hizmet sunulamamasına yol açmaktadır. Diğer yandan, sosyal güvenlik kuruluşlarına tabi olanlar istedikleri kurumdan hizmet alamamakta, kamunun kalitesi düşük hizmetlerine mahkum olmaktadır” (). Bu ideolojik saldırının anlamı şuydu: Kamu sağlık hizmetlerinde tıpkı piyasa hizmetleri gibi fiyatlandırmaya gidilmeli, sosyal güvenlik kuruluşları hizmeti sunan sağlık kurumlarına bu fiyatlar üzerinden ödeme yapmalı, sosyal güvencesi olmayan yurttaşlar için de ayrı bir fon oluşturulmalı. Buna göre, devlet yalnızca bu en yoksulların yükümlülüğünü almalıydı. Kısacası, tüm yurttaşlara değil, en yoksullara sorumlu bir sosyal güvenlik sistemi!

ANAP iktidarı bu anlayış doğrultusunda, çağdaş sosyal devlet anlayışı yerine ortaçağın “yoksullara yardım” modelini geçiren Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Yasası'nı çıkarmıştır. Bu yasa ile bir fon oluşturulmuş, her il ve ilçede Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları kurulmuş, bu vakıflar “fakir ve muhtaç” kişilere yardım etmeyi amaçlamıştır. Ancak bu yasa, neoliberal

politikalarca bozulan bölüşüm ilişkilerine karşı oluşan toplumsal tepkileri azaltmak amacı ile maliyeti düşük, reklamı bol bir girişim olmaktan öteye gidememiştir. Böylece, bir yandan dinsel mesajlarla süslenen “halkını düşünen iktidar” imajı yaratılmaya çalışılmış, diğer yandan da yerel güçlerin devreye sokulması yoluyla ANAP'ın yerel güç odakları ile bütünleşmesi ve “partileşme”si de sağlanmak istenmiştir. Sağlık ve eğitim hizmetlerindeki kaygı verici gerilemeleri görünürde “telafi etme” amaçlı bu uygulama, “Fak-Fuk-Fon” gibi “küçümseme” içeren bir ifade ile anılmaktan kurtulamayacaktır.

SSK konusunda da günümüzde yaşama geçirilmeye başlanan değişikliklerin temeli, ilk olarak ANAP iktidarı döneminde atılmıştır. 2000 yılında gazetelere manşet olan “SSK'nın sağlık hizmeti üreten değil, satın alan bir müessese olması” anlayışı, tam 15 yıl önce, SSK 40. Genel Kurulu'nda ifade edilmişti. “Kamu hastaneleri özel hastane statüsünde çalışacak, hastane yönetimleri verimini artıracak şekilde personel istihdam edecek, sağlık tesislerindeki tüm personel sözleşmeli olacak, başarısız ve verimsiz hekim ve diğer personel hastane yönetimince uzaklaştırılacak...” sözleriyle 40. Genel Kurul'da dile getirilen anlayış daha sonra tüm kamu hastaneleri için geçerli kılınmış, özellikle DYP-SHP koalisyon hükümeti döneminde “reform” olarak sunulmaya çalışılmıştır.

ANAP hükümetlerinin sağlık politikaları konusunda dikkat çekilmesi gereken bir başka önemli nokta, yeni yeni oluşturulmaya çalışılan “birinci basamak sağlık hizmeti ve sağlık ocağı anlayışı”nın çöktürülmesidir. 1985'de başlatılan “Hızlandırılmış ve Genişletilmiş Aşı Kampanyası” uygulaması, sürekli ve düzenli birinci basamak faaliyetinin özverili yaklaşımından vazgeçilerek, onun yerine reklamı bol, kalıcı olmayan ve birinci basamak sağlık hizmeti fikrini yok eden “kampanyalar” (taramalar, “şov” ağırlıklı uygulamalar vb.) dönemini açmıştır. Bu yolla “sağlık ocağı ve toplum hekimliği” anlayışına karşı “aile hekimliği” fikrini gündeme getiren kişi ise İhsan Doğramacı idi.

Sonuç olarak, kamu sağlık hizmetlerine belki de Cumhuriyet tarihinin en az bütçe payını ayırarak sağlık hizmetlerini çokertmeye başlayan ANAP hükümetleri, bu çokertme operasyonunu meşrulaştırmak için büyük bir özveri ile hizmet veren sağlık kurum ve personelini hedef tahtasına oturtmaya da özel bir önem verdi. Sağlık hizmetleriyle ilgili sorunların kaynağında hizmetin “kamu” tarafından verilmesinin bulunduğunu ileri süren ANAP, çözüm olarak da özelleştirmeyi gösteriyordu.

1. 2. 1989 Sonrası Dönemde Sağlık Politikaları

A. 1980-88 dönemi, esas olarak çalışanların ve üretici kesimlerin dayanma sınırlarına kadar ekonomik (ve siyasi) baskı altına alınmaları biçiminde geçmişti. Dönemin sonunda, yeniden açılan sendikaların da etkisi ile çalışanların gösterdiği tepkiler, ekonomik baskının sınırına gelindiğini göstermekteydi. Gerek sendikaların 1989 yılında gerçekleştirdiği “bahar eylemleri”, gerekse sağlık çalışanlarının “beyaz eylemler”i tahammül sınırlarının sonuna gelmiş kitlelerin artık neoliberal politikaların uygulanmasına rıza göstermeyeceğinin göstergesi olmuştu. Buna, politik düzlemde kitlelerin ANAP’a karşı tepkilerinin yükselmesi ve 1989 yerel seçimlerinde bunun sonuçlarının görülmesi de eklenince, 1980’le başlayan dönemin bitişi ilan edilebilmiştir.

1980-88 yılları arasında çalışanların reel ücretlerinin gerilemesi, bunun telafi edilmesini zorunlu kılmıştı. 1989-93 döneminde hükümetlerin, çalışanların reel gelirlerinin düzelmesini de sağlayan temel politika tercihi kısa vadeli sermaye hareketlerinden yararlanmak oldu. 1989 sonrası dönemin temel özelliği, sermaye hareketlerinin hızla serbestleştirilmesidir. Bu süreçte kur politikasında düşük değerli TL’den yüksek değerli TL’ye geçilerek ülkeye “sıcak para” girişinin koşulları hazırlanmıştır. Bu uygulamada önemli bir dış etkenin, özellikle gelişmiş kapitalist ülkelerde büyüme oranlarının ve faiz hadlerinin düşmesi nedeni ile kendine yeni yatırım alanları arayan spekülatif sermayenin çekilmesinin de etkisi oldu. Bu yolla, sermaye-emek arasında bozulan bölüşüm ilişkilerinin, sermayeye daha fazla vergi yüklemek yerine, dışarıdan akan sermayenin iç borçlanmada kullanılması yoluyla düzeltilmesi sağlandı. Bu süreç, aynı zamanda, büyük sermayenin, giderek devlet borçlanmasından rantlar elde etmeye yönelmesini de güdüledi. Bu yönelim, 1994 krizi ve 5 Nisan Kararları’na kadar sürmüştür. Sıcak para, rant gelirleri ve kayıt dışılık politikalarında değişiklik yapmayan 5 Nisan Kararları, bütünüyle ücretlerin bastırılması ve kamu harcamalarının kısılması anlamına gelmiştir. Böylelikle, çalışanların ücretleri 1989-93 döneminde sıcak para akımlarıyla sağlanan yapay ekonomik genişlemenin etkisiyle artış gösterdikten sonra, 1994’den itibaren yeniden eritmeye başlanmıştır. Böylece emek kesimi için, ücretlerde düşme, kazanılmış hakların gaspı, işsizliğin artması, sendikalaşma oranında düşme gibi olumsuzluklar yaşanmaya başlamıştır (Boratav, 1995; Oyan, 1998).

Kamu finansmanında 1994 sonrası yaşanan gelişme, devletin

topladığı vergileri ağırlıklı olarak iç ve dış borçlar ve faizlere aktarması, bir başka deyişle bütçenin bir “aktarma aracına” dönüşmesi olmuştur. 2000 yılında borçların ve faizlerinin vergi gelirlerini aşması ise bütçenin artık aktarma organı olma işlevini bile gerçekleştirememesi anlamına gelmeye başlamıştır. Bir yandan sermayenin vergi yükünü azaltan devlet, toplanan vergileri de daha çok sermayeye aktarıcı bir tercih içindedir.

1989 sonrasında 1994'e kadar olan dönemde ekonomik genişlemenin etkisiyle gerek toplumun geniş kesimlerinin yaşam koşullarında, gerek kamu sağlık harcamalarında, gerekse sağlık çalışanlarının yaşam koşullarında görece bir iyileşme ortaya çıkmıştır. 1994 sonrasında ise tablo tam tersine kötüleşmeye başlamıştır. Bu dönemin toplum sağlığı açısından en temel özelliklerinden biri gelir dağılımının iyice bozulmasıdır. Bu durum çalışanların temel gereksinimlerini karşılamakta iyice güçlüğü düşmesine ve yaşam koşullarının iyice kötüleşmesine yol açmıştır. Aynı sürecin bir başka boyutu, kamu maliyesindeki krize bağlı olarak kamu hizmetlerinin iyice gerilemesi ve sosyal harcamalara ayrılan payların büyük ölçüde erimesidir. Böylece, giderek yoksullaşan çalışanlar devletin sosyal politikalarından da yoksun kalmış, “hizmetin bedelini yararlanan öder” uygulaması ile karşı karşıya bırakılmışlardır. Sonuçta, bir çok kamu hizmeti “kamusal” niteliğini bütünüyle yitirmiştir.

B. 1980'lerin neoliberal politikalarına yönelik toplumsal tepkiler üzerinde yükselerek iktidara gelen DYP-SHP koalisyon hükümeti, toplumsal taleplere uygun “sosyal” söylemlerle başa geçmesine karşın, uygulamada zaman zaman ANAP'ı bile aratacak ölçüde “piyasacı” bir görünüm sergilemiştir. Hükümet'in “küreselleşmenin gerçekleri” ile “kendisini seçenlerin sosyal talepleri” arasına sıkışmış durumu, en iyi 1991 Hükümet Programı'na yansımıştır. Programın sağlıkla ilgili kısmının ilk yarısı Sosyalleştirme Yasası ağırlıklı ve muhtemelen SHP damgalıyken, diğer yarısı finansmanda ANAP'ın Sağlık Sigortası modelini ve sosyal güvencilerde yine ANAP'ın “Fak-Fuk-Fon”unu çağrıştıran “Yeşil Kart uygulaması”nı içermektedir. Hükümet programını tamamlayan Ocak 1992 “Ekonomik Paket”i ise, DYP-SHP Hükümeti'nin “muğlaklıkları”na bir netlik kazandırdı: “Devletin sağlığa ayıracak çok parası yok”, “bütçe ve kamu yatırımı boşluğu, özel sağlık sektörüne verilecek teşviklerle kapatılacak”, “yeşil kart uygulaması ile sosyal sigorta sistemi yaygınlaştırılacak”, “sağlık sektörü yabancı sermayeye açılacak”...

* Dünya Bankası ile yapılan kredi anlaşmaları ile yürürlüğe konan üç tane sağlık projesi bulunmaktadır. Bunlar, sırayla 7 Ekim 1990 tarih ve 20658 sayılı, 22 Aralık 1994 tarih ve 22149 sayılı, 17 Aralık 1997 tarih ve 23203 sayılı *Resmî Gazete*'lerde yayımlanmıştır. Bu projelerin temel amacı 1993'te gündeme getirilen ve yukarıda da sözedilen Sağlık Reformu Taslağı'yla aynıdır.

Ancak, DYP-SHP hükümeti, daha çok 1992 ve 1993'te gündeme getirdiği “sağlık reformu” tartışmaları ile hatırlanmalıdır. 1980 sonrası uygulanan “istikrar programı”nın uzantısı olarak uygulanagelen piyasacı sağlık anlayışının özünü hiçbir şekilde değiştirmeden, biraz parlatarak toplumda bir “uzlaşma” arayışı havası ile gündeme getirilen “sağlık reformu” tartışmaları, Yıldırım Aktuna-Serdar Savaş ikilisinin “başarılı” gündem oluşturuculuğuyla kamuoyunu uzun süre işgal edebilmiş ve toplumu oyalayabilmiştir. “Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir aracı olarak aile hekimliğinin gündeme getirilmesi”, “kamu hastanelerinin işletmeleştirilmesi/özelleştirilmesi”, “sağlık finansmanı konusunda genel sağlık sigortasına geçiş”, “sağlık hizmetlerinde yerel güçlerin söz sahibi kılınması” ve “sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi”, “sağlık reformu” tartışmalarında öne çıkan temel noktalar idi.

DYP-SHP döneminin “sağlık reformu” çalışmalarının önemli bir boyutu da, bakanlık bürokrasisinin devre dışı bırakılarak sağlık alanında girişimleri Dünya Bankası politikaları doğrultusunda yapan Sağlık Reformu Proje Genel Koordinatörlüğü'nün kurulması ve bu yapı aracılığı ile “sağlık projeleri”nin yaşama geçirilmesi idi. Aslında bu doğrultuda ilk adım ANAP hükümetleri döneminde, 1990'da Dünya Bankası ile imzalanan Sağlık Projesi Kredi Anlaşması ile atılmıştı^{*}. Bu anlaşmayla verilen kredi Dünya Bankası'nın Türkiye gibi azgelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini desteklemek ve yönlendirmek amacıyla uygulamaya koyduğu programın bir parçası idi. Anlaşma, Dünya Bankası'nın temel yaklaşımı doğrultusunda, devletin rolünü “koruyucu sağlık hizmetleri” ile sınırlıyor, “tedavi edici hizmetlerin” ise özel sektör tarafından yerine getirilmesini öngörüyordu. Anlaşmaya göre, sağlıktaki özelleştirme üç aşamada gerçekleşti. İlk olarak hastanelere daha geniş işletme özerkliği verilerek “yerelleşme” sağlanacaktı. Bu adım, “hizmetlerin etkinliğinin” ve “hizmetten yararlananların denetimi”nin sağlanması gerekçesiyle savunuluyordu. İkinci olarak kamu kuruluşlarınca verilen sağlık hizmetlerinin “fiyatlandırılma”sı isteniyor, bu adım sosyal güvenlik sistemindeki düzenlemelerle pekiştiriliyordu. Sosyal güvenlik sisteminde getirilen yeni anlayış ise, prim ödeme yükümlülüğünün bütünüyle çalışanlara yüklenmesi ile sosyal güvenlik fonlarının mali piyasalara açılmasıydı. Üçüncü adım ise doğrudan “özelleştirme” olacaktır. Bu süreçte, Sağlık Reformu Proje Genel Koordinatörlüğü'nün etkisi artmaya başlayacak, sağlık hizmetleri-

nin ticarileştirilmesi/özelleştirilmesi süreci bu birim tarafından yönlendirilecektir (Güler, 1996: 110-112; Kutbay, 2002).

Bu dönemde hazırlanan VII. BYKP, diğer planlarda da yer alan sağlığın piyasalaştırılması anlayışını daha açık ifade eder biçimde kaleme alınmıştır. VII. BYKP Strateji'sinde, "Ana-çocuk sağlığı, bulaşıcı ve salgın hastalıklar ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri ile muhtaç ve güçsüzlerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin dışında sunulan hizmetlerin bedelinin yararlanırlar tarafından ödenmesi esas olacaktır" sözleriyle, sağlıktaki piyasacı yaklaşım açıkça dile getirilmiştir (DPT, 1994). Böylece, devletin sağlık hizmetindeki görevini "koruyucu sağlık hizmetleri" ve "muhtaç durumdaki yurttaşlara destek" ile sınırlayan bir yaklaşım ortaya konmuş, bunun dışındaki hizmetlerin piyasa mekanizması aracılığıyla sağlanması öngörülmüştür.

Ancak DYP-SHP hükümetinin en yıkıcı adımı, 5 Nisan 1994 kararları ile kamu sağlık hizmetleri ve kurumlarının çökertilmesi sürecini son noktaya yaklaştırmasıdır. 5 Nisan kararları ile, kamu sağlık kurumlarına devlet katkısı sadece personel giderlerini karşılamak düzeyine indirilmiş, özellikle devlet hastaneleri en basit harcamaları için bile ödenek bulamaz duruma sokulmuştur. Sağlık ocakları da, verdikleri hizmetler karşılığında yurttaşlardan ücret talep etmek zorunda bırakılmışlardır. Bu süreçte mülkiyet devri yoluyla özelleştirme konusundaki ilk adım da atılmış, ülkemizdeki döner sermayesi en kârlı devlet hastaneleri arasında yer alan Yüksek İhtisas ve Koşuyolu hastaneleri, 1987 tarihli 3359 sayılı yasaya dayanarak ve 11.1.1995 tarihli yönetmelikle işletme haline getirilmiştir.

1995 sonrası dönemde de sağlıktaki özelleştirme politikaları sürdürülmeye devam edilmiştir. 1995 sonrasında, SSK'nın tasfiyesi doğrultusunda yeni adımlar atılmış, 1999 yılında çıkarılan yasa ile bu konuda ilerleme sağlanmıştır. Son dönemde atılan en önemli adımlardan biri de SSK hastanelerinde "toplam kalite yönetimi"nin uygulanmaya başlanmasıydı. Bu doğrultuda, SSK kurumunu ve hastanelerini parçalayarak hizmetleri parçalı olarak yapılandırma ve ISO 9000 standartlarına geçiş süreci başlatılmış bulunuyor. ISO 9000 standartlarıyla her şeyin ISO'ya göre belirlendiği görülüyor. Örneğin bir serviste kaç doktorun olacağı, her hastaneden ne kadar kâr elde edileceği, hemşirenin ve hastabakıcının görevleri gibi tüm kuralları belirleyen bu kalite sistemi, "kalite" söylemi eşliğinde özelleştirme ve çalışanlar üzerindeki denetimin artırılmasının meşrulaştırmasını hedefli-

yor. Birkaç pilot hastane ve dispanserde ve hastanelerin bazı kısımlarında daha önceden başlayan çalışmalar, hasta-doktor-ilaç ilişkilerinde kısmi özelleştirmelerin yaşandığı bir süreçten sonra tümüyle ticarileştirilmiş ilişkilere açılmak üzere daha kapsamlı uygulamalara geçiş sağlamayı hedefliyor. Başlatılan bu çalışmalarla “etkili yönetim anlayışı” iddiasıyla “kalite yönetimi” ve “kalite konseyi” oluşturulduğu, yönetimlerde değişiklikler yapıldığı dikkat çekiyor. Bunlarla birlikte SSK hastanelerinde toplam kalite yönetimine ve ISO standartlarına geçiş adı altında pekçok uygulama yürürlüğe konuyor (KESK, 2003).

Son dönemde gündeme gelen ve sağlık alanını da etkileyen bir başka adım Uluslararası Tahkim Yasası’nın kabulü ile uluslararası sermayenin sağlığa yapacağı yatırımların önünün açılmasıdır. Ayrıca, GATS’in da sağlık hizmetlerine önemli etkileri bulunmaktadır. GATS ile Türkiye’nin DTÖ’ye sunduğu taahhüt listesindeki hizmet sektörleri arasında sağlık ile ilgili sosyal hizmetler (hastane hizmetleri) de bulunmaktadır. Türkiye, GATS ile birlikte taahhüt ettiği sektör ve alt sektörlerde sağlık hizmetlerini serbestleştirecek ve yabancı sermaye bu alanlara yatırım yapma hakkı kazanacaktır. Örneğin yabancı firmalar Sağlık Bakanlığı’nın izniyle özel hastane kurabileceklerdir (Özen, 2002). Bu adım da, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini gündeme getirerek, devletin hizmetin “kamu hizmeti” anlayışı doğrultusunda yerine getirilmesi yönünde önlemler alabilmesini bütünüyle engellemektedir.

Son olarak, AKP hükümetinin programı ve Acil Eylem Planı’nda da sağlığı etkileyecek unsurlar bulunmaktadır. Özellikle hükümet programında sağlık personeliyle ilgili olarak, “Kamuda yöneticiler ile çalışanlar arasında yapılacak sözleşmelerle performans yönetimi geliştirilecek, uzun vadede *performansa dayalı ücret sistemine* geçilecektir” (www.akp.org.tr) denmesi, kamu sağlık sektöründe esnek çalışma biçimlerinin egemen kılınmasının hedeflendiğini göstermektedir.

2. Sağlık Politikalarındaki Dönüşümlerin Temel Özellikleri

Buraya kadar olan bölümde, 1980’den günümüze sağlık alanında yaşanan gelişmeler ana hatları ile incelenmeye çalışıldı. Bu bölümde ise uygulanan politikaların somut sonuçları temel boyutlarıyla ele alınacaktır.

A. Son 20 yılda gerek sağlığa ayrılan kamu kaynaklarının da-

raltılmasıyla sonuçlanan politikaların, gerekse sağlık alanında gündeme getirilen yasal-yönetmelik değişikliklerin en önemli sonucu kamu sağlık hizmetlerinin tam anlamıyla çökertilmesi olmuştur. 1980 sonrasında sağlığa bütçeden ayrılan paylar oldukça düşük düzeyde seyretmiş, kamu yatırımlarının erimesine paralel olarak kamu sağlık yatırımları da büyük ölçüde gerilemiştir.

Bütçeden sağlığa ayrılan payların azaltılması, devlet ve üniversite hastanelerini döner sermaye benzeri araçlarla ayakta durabilme noktasına getirmiştir. 1989 sonrasında tıp fakültesi hastanelerinin giderek döner sermayeye bağımlı hale getirilmesi bugün bu hastanelerin fiilen özel hastaneler gibi çalışmasına, eğitim amaçlı tıp fakültelerinin de “ticari” temelli kurumlara dönüşmesine yol açmıştır. Devlet hastaneleri ise, özellikle 1994 krizinden sonra Sağlık Bakanlığı’ndan neredeyse personel maaşları dışında ödenek alamaz hale gelmişler, diğer giderlerini yeşil kart ağırlıklı döner sermaye gelirleri ile sağlayabilir duruma düşmüşlerdir. Bu durum, öncelikle, kamusal sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasını getirerek kamusal sağlık kuruluşlarının finansmanında bütçe ve sosyal güvenlik kuruluşları dışı yollarla finansmanın (döner sermaye) ağırlık kazanması anlamına gelmektedir. İkinci olarak, bütçe ve yatırımların iyice kısılmasıyla tüm kamu hastanelerinde verilen hizmetlerin niteliğinin düştüğü görülmektedir.

B. Bu arada, neredeyse kamu sağlık kurumlarına personel giderleri dışında bir ödenek ayrılmaması, bazı hastane hizmetlerinin (özellikle yemek, temizlik, çamaşır, güvenlik gibi destek hizmetlerinin) kamu hizmeti kapsamı dışına çıkarılmasını, taşeron şirketlere ve vakıflara devredilerek özelleştirilmesini getirmiştir. Bu, sağlıktaki özelleştirmenin en yaygın biçimlerinden biri olmuştur. Bu gelişim, destek hizmeti veren kamu personelinin istihdamının giderek azaltılmasıyla birlikte seyretmiştir. Buna paralel bir başka tür özelleştirme de, kamu hastanelerinde “paralı muayene”, “özel yatak” gibi uygulamalara geçilmesi, hastane içinde özel hizmet bölümleri açmak gibi uygulamalardır. Bu uygulamalar kamu olanakları ile özel kazanç sağlanmasına yol açmaktadır.

C. Sosyal güvenlik sisteminin sağlık fonları özel sağlık kuruluşlarının en önemli gelir kaynağı durumuna getirilmiştir. Bunun en önemli boyutlarından biri de, yeterli yatırım yapılmaması nedeniyle doğan teşhis ve tedavi hizmeti açığının özel kuruluşlara sevklerle aşılmaya başlanmasıdır. SSK’li hastaların yaklaşık yüzde 10’unu anlaşılmış özel sağlık kuruluşlarına sevk eden SSK’nin

bunun karşılığında ödediği bedel ise, toplam sağlık harcamalarının yüzde 22'sini bulmaktadır. Bunun kadar yaygın bir başka uygulama da tıbbi malzeme, araç-gereç ve ilaç harcamalarında ortaya çıkmaktadır. Kamu sağlık kuruluşları gereksinim duydukları malzemeleri doğrudan kendileri ithal etmek yerine bu malzemeleri ithal eden özel firmalardan satın almakta, bu firmaların inanılmaz kar oranlarıyla kazanç sağlamasına olanak sağlamaktadır. Bu uygulamalar sonucunda, SSK'nin sağlık harcamaları içinde ilaca giden oran 1980'de yüzde 13.7'dan 1992'de yüzde 26.2'ye, anlaşmalı özel hekim ve hastanelere giden oran da 1980'de yüzde 6'dan 1992'de yüzde 22.4'e ulaşmıştır (Yıldırım, 1994).

D. Sağlık Bakanlığı, devletin yeniden yapılandığı son 20 yıl boyunca işlevsel ve teknik birikimi erezyona uğratarak önemli ölçüde işlevsizleştirilmiştir. Teknik görünen yönü Dünya Bankası ile anlaşma çerçevesinde oluşturulan Sağlık Proje Koordinatörlüğü'ne, teknik işleri de geleneksel bakanlık bürokrasisi yerine "proje prensleri"ne aktarılan Sağlık Bakanlığı, ödenek yetersizliği ortamında hiçbir teknik birikimi olmayan siyasal kadrolarla doldurulmuştur. Parasal ilişkiler de, daha çok işlerini döner sermaye gelirleriyle döndürebilen sağlık kurumlarının ve idari birimlerin ihalelerindeki rant bölümünü biçimine bürünmüştür. Böylece hizmet üretmek açısından işlevsizleşen sağlık kurumlarında, "iş yapar görünme" amaçlı "şov"lar dışında bir seçenek kalmamıştır.

E. Kamu sağlık sektörünün çökertilmesi bir yönü ile de "koruyucu sağlık hizmetleri"nin iflas etmesi biçiminde yaşanmıştır. Toplum sağlığı açısından büyük önem taşıyan su ve kanalizasyon gibi altyapı yatırımları giderek kısılrken, Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı koruyucu sağlık hizmetleri yatırımları da % 1'ler düzeyine gerilemiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin toplam sağlık harcamaları içindeki payı da yüzde 1'lere kadar düşürülmüştür. Kamu sağlık hizmetlerindeki gerilemenin bir başka sonucu, zaten sınırlı sayıda olan sağlık ocaklarının halktan hizmetler karşılığında ücret almadan ayakta duramaz duruma gelmesidir. Ayrıca, sağlık ocaklarının aşılama, gebe-bebek izlemeleri benzeri yaşamsal işlevleri de büyük gerileme göstermiştir. Buna karşılık "tedaviye yönelik sağlık hizmetleri"nin payında önemli artışlar ortaya çıkmıştır. Bu, sağlık hizmetlerindeki ticarileşmeyle doğrudan bağlantılı bir eğilimdir. Çok daha düşük maliyetli koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesiyle pekçok hastalığı daha baştan önleyerek toplumun genel sağlıklılık durumunu yükseltmek olanaklıyken bunun için gerekli daha küçük kaynakların ayrılmama-

ısı, sonuçta sağlık hizmetleri, malzemeleri, araç-gereç ve ilaç sektörlerine “talep yaratmak” anlamına gelmektedir. Bir boyutuyla teknoloji odaklı olan bu gelişme, ülkedeki kaynakların yurt dışına akmasına yol açan tıbbi araç-gereç ticaretini de yükseltmiştir. Öyle ki, tıbbi malzeme, araç-gereç ithalatının toplam ithalat içindeki payı 1980 ile 1993 yılları arasında yüzde 1.3'ten yüzde 4.2'ye çıkmıştır (Şemin, 1994).

F. Kamu çalışanlarının reel ücretlerinin gerilemesinden daha fazla bir gerileme yaşayan kamu sağlık personeli ise ek iş yapmadan temel gereksinimlerini karşılayamaz duruma düşürülerek özel sağlık sektörünün ucuz emek pazarının bileşeni durumuna getirilmişlerdir. Kamu sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin reel ücretlerinin geriletilmesi, tıp fakültelerinin sayısının hızla artırılması ve mezun sayısındaki büyük yükselişle birlikte yaşanınca, mesleğinden ve çalıştığı ortamdaki memnun olmayan bir vasıfsız kitle ortaya çıkmıştır. 1980 yılında 27 bin olan hekim sayısı günümüzde 80 bini aşmış, tıp fakültesi sayısı da 1980 sonrası açılan yeni fakültelerle 19'dan 47'ye yükselmiştir. Altyapısı ve öğretim kadrosu oldukça yetersiz olan çok sayıda yeni tıp fakültesinin açılması ve yılda 5 bin civarında hekim mezun edilmesi, hekimler arasında var olan eşitsizlikleri daha da derinleştirmiştir. Böylece, ülkenin “üst” tabakasına Batı ülkelerinde varolan teknolojik düzeye sahip bir ortamda hizmet veren hekim kesimi ile “alt gelir gruplarına” sınırlı koşullarda hizmet vermek durumunda kalan hekimler arasında, sadece gelir anlamında değil, toplumsal statü, yaşam tarzı, sosyal olanaklar vb. düzeyde de eşitsizlikler artmıştır.

G. MGK döneminde uygulamaya sokulan özel sağlık sektörünün teşvik kapsamına alınması uygulaması, ANAP ve sonraki iktidarlar dönemi boyunca da desteklenerek kamu fonları eliyle beslenen bir “özel sağlık pazarı” yaratılmıştır. Özel sağlık sektörüne teşvik primi, destekleme primi, vergi muafiyeti, gümrük muafiyeti gibi şekillerle önemli miktarda kaynak aktarımı yapılmıştır. Temel olarak, pahalı-gelişmiş tıbbi teknoloji ve lüks otelcilik hizmetleriyle öne çıkan özel sağlık kuruluşları, kamunun seçenек olmaktan çıkarılmasına paralel olarak ve sosyal güvenlik sisteminden aktarılan kaynaklarla yaygınlaşmıştır. İnsanların kamu sağlık hizmetlerine ulaşamaması ya da ulaştığında istedikleri düzeyde hizmet alamaması, özel-kişisel sağlık harcamalarının artırılmasını da teşvik etmiştir.

Günümüzde özel sağlık sektörü, henüz büyük sermaye beklenen ilgiyi göstermese de önemli bir büyüklüğe ulaşmıştır. Özel

sağlık yatırımlarının toplam sağlık yatırımları içindeki payı 1980’de yüzde 8.9 iken 1991’de yüzde 38.4’e, özel sağlık yatırımlarının toplam özel yatırımlar içindeki payı da 1980’de yüzde 0.2’den yüzde 1.5’e yükselmiştir (Soyer, 1995: 43-45).

H. Bütün bu süreçte halka yansıyan ise, gerek toplumsal yoksullaşmanın, gerekse sağlık hizmetlerinden yararlanmada yaşanan yoksunluğun getirdiği eşitsizliklerdir. Neredeyse toplumun üçte birinin sosyal güvencesi bulunmuyorken, önce Fak-Fuk-Fon ile sonra Yeşil Kart ile boşluk doldurulmaya çalışıldı. Ancak, 20 yıldır dillerden düşmeyen Genel Sağlık Sigortası gerçekleşemedi. Üstelik, Dünya Bankası dayatmaları sonucu varolan sosyal güvenlik sistemi, özellikle de SSK çökertilmeye devam edildi. Diğer yandan, sağlık harcamaları içinde sosyal güvenceye sahip olanlar arasında bile kişisel (cepten) harcamalar önemli oranlara ulaşmış, kişisel harcamalar kamu ve sosyal güvenlik kuruluşları kaynaklı harcamalar aleyhine büyümüştür.

Sonuç

Sağlık alanında 1980’den bu yana yürürlükte olan politikaların, kamuya ait sağlık kuruluşlarının mülkiyetinin özel kesime aktarılması noktasına ulaştırılmasında henüz pek fazla ilerleme kaydedilemese de, sağlık hizmetlerinin metalaştırılması ve hizmetin sunumunda özel sektörün belirleyicilik kazanması anlamında önemli adımlar atıldığını söylemek olanaklıdır. Geline nokta, sağlıktaki liberalizasyon bir yönüyle kamunun sağlık hizmetlerine ayırdığı kaynakların azaltılması ve buna karşılık hizmetten yararlananların özel katkılarının artırılması (hizmetlerin fiyatlandırılarak ücretlendirilmesi), bir yönüyle de özel sağlık kuruluşlarına kamudan ve sosyal güvenlik kuruluşlarından büyük kaynaklar aktarılması biçiminde gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla, sağlık alanında “özelleştirme” adı altında gerçekleştirilen uygulamalar daha çok kamudan özel kesime kaynak aktarımı yapılmasından ibaret görünmekte, özel girişimin sektöre yatırım yaparak isteyenlere özel sağlık hizmeti sunmaya başlaması biçimindeki bir özelleştirme ise henüz ikincil bir eğilim olarak kalmaktadır.

Günümüzde sağlık alanında yaşanan sorunlar asıl olarak neoliberal politikaların doğrudan bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlığa ayrılan kamu kaynaklarının azaltılmasına ve kamu kaynaklarının özel kesime aktarılmasına dayanan neoliberal politikalar, günümüzde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların da temelinde yatmaktadır. ■

Kaynakça

Belek, İ. (1994) "Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme", *Toplum ve Hekim*, 9 (62), 82-93.

Belek, İ. ve A. Soyer (1995) *Sağlıkta Özelleştirme*, İstanbul: Sorun.

Boratav, K. (1995) "İktisat Tarihi (1981-1994)", *Bugünkü Türkiye (1980-1995)* içinde, Yayın Yön: S. Akşin, İstanbul: Cem.

DPT (1994) *VII. BYKP Stratejisi*, Ankara: DPT.

Dünya Bankası (1986) *Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması*, Ankara.

Güler, B. A. (1996) *Yeni Sağlık ve Devletin Değişimi*, Ankara: TODAİE.

KESK (2003) *Kamuda Esnek Çalıştırma ve Toplam Kalite Yönetimi*, Ankara: KESK.

Kılıç, B. ve İ. Sayek (2000) *Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu-2000*, Ankara: TTB.

Kutbay, E. (2002) "Sağlık Reformları Ekseninde Dünya Bankası ve Türkiye", *Kamu Yönetimi Dünyası*, 11-12.

Oyan, O. (1989) "Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu", *Ankara Tabip Odası Bülteni*, 1989/1.

Oyan, O. (1998) *Türkiye Ekonomisi: Nereden Nereye?*, Ankara: İmaj.

Özen, M. (2002) "GATS ve Sağlık Sektörü", *Kamu Yönetimi Dünyası*, 11-12.

Petrol-İş (1999) *20 Başlıkta 2000 Bütçesi*, İstanbul: Petrol-İş.

Price Waterhouse (1990) *Türkiye Sağlık Master Planı Nihai Raporu*, Ankara: DPT.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987).

Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (1998) *Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi*, Hazırlayan: R. B. Saltman, J. Figueras, Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Soyer, A. (1991) "12 Eylül Sonrası Sağlıkın Öyküsü", *11 Yıl Yetmedi* içinde, Ankara: İHD.

Soyer, A. (1993) *Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Personelinin Temel Sorunları*, Ankara: TTB.

Soyer, A. (1994) "Sağlık Alanında Yatırım Teşvik Belgeleri (1980-1992)", *Toplum ve Hekim*, 9 (62), 94-105.

Soyer, A. (1995) "Türkiye'de Sağlıkta Özelleştirme", *Birikim*, 70, 40-53.

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

Soyer, A. (1998) *Kapitalizm, Sosyalizm ve Sağlık*, Ankara: Öteki.

Soyer, A. (2001) "1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?", *Toplum ve Hekim*, 4, 259-264.

Şemin, S. (1992) "Ülkemizde Sağlık Mevzuatı ve Sağlıkla İlgili Politikaların Genel Değişim Dinamikleri", *Hekim ve Yaşam*, 2.

Şemin, S. (1994) "Sağlık Hizmetlerinde Artan Dışa Bağımlılık: Tıbbi İthalatın ve İhracatın Son Dönemdeki Gelişimi", *Halk Sağlığı Kongresi*'ne sunulan bildiri, 12-16.9.1994.

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

World Bank (1990) *Strengthening Health Services in Developing Countries Through The Private Sector*, Washington DC: World Bank.

Yıldırım, S. (1994) *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*, Ankara: DPT.