

KAPİTALİZMDE SAĞLIK HİZMETLERİ ve DÜNYADA ve TÜRKİYE'DE SAĞLIK REFORMU

Onur HAMZAOĞLU*

Mayıs 2009 tarihi itibarıyla, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), domuz gribi salgını nedeniyle, alarmda ve önlemlerin derecesini çok kısa sürede beşe çıkarttığını açıkladı. Öncesinde de bir mutasyonla oluşan influenza (A) H1N1 virüsü, domuzlarda hastalık yapan, başlangıçta domuzdan domuza bulaşırken, önce domuzdan insana, bugünlerde insandan domuza bulaşabilme özelliğini kazandığı saptanan bir virüs.

Aralık 2005-Şubat 2009 tarihleri arasında, ABD'nin 10 eyaletinde, 12 hasta tanımlanmış, Mart 2009'dan Nisan'ın son haftasına kadar da 64 vaka bildirilmiş. Bunlarda izole edilen virüs ile dünya kamuoyunda Meksika kaynaklı olarak anılmaya başlayan salgındaki etken benzer; birbirinin kopyası. Meksika'da çok kısa sürede 32 eyaletin 24'ünde 2498 hasta saptanmış, bunlardan 159'u ölmüş, 1311'i de hastanede tedavi altında alınmış. Hem hastaların oldukça kısa sürede ortaya çıkışı hem de fatalitesinin %6'nın (domuz gribi tanısı alan yüz hastadan 6'sının ölmesi) üzerinde oluşunun da etkisiyle domuz gribinin kaynağı Meksika olarak anılmaya, gösterilmeye başlandı. Kamuoyunda yaygın olarak paylaşılan; Mart-Nisan 2009'da ilk vakaların Meksika'da görüldüğü, oradan Kuzey Amerika'ya, Avrupa'ya hatta Çin'e kadar ulaştığı biçiminde. Çin, Meksikalı turistleri karantinaya almaya başladı. Meksika Cumhurbaşkanı ise bunun bir insanlık suçu olduğunu, kendilerinin konunun farkına varır varmaz durumu dünya ile paylaştıklarını, halbuki birkaç yıl önce çok daha büyük bir salgında (kuş gribini ve Çin'inin tutumunu kastederek) bazı ülkelerin bilgileri dünya kamuoyundan sakladığını ve bu yüzden alınması gereken tedbirlerin geciktirildiğini açıklamasını yaptı.

Günümüzden 30 yıl kadar önce, Meksika, Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası (DB)'nin çevre kapitalist ülkelere dayattığı piyasacı ekonomik modeli başka bir ifadeyle, neoliberal reformları bütün alanlarda uyguladı-uygula-

* Prof. Dr. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

mak zorunda kalmıştı. Bu uygulamaların ardından, 1994 yılında ekonomik kriz yaşandı. Meksika yaşanan kriz ile birlikte her iki kuruluşa daha da bağımlı hale geldi. Ulusötesi sermayenin özellikle, Kuzey Amerika Ülkeleri Serbest Ticaret Anlaşması (NAFTA)'nın aracılığı ile de ABD'nin ucuz emek cenneti haline getirildi. ABD'li şirketler hem ölkelerindeki emek maliyetinden korunmak hem ölkedeki yabancı yatırımcıya yönelik teşviklerden yararlanmak hem de kendi ölkelerinde uymaları gereken çevre ve sağlık alanlarındaki korunma kurallarının yarattığı maliyetten kurtulmak için üretim yeri olarak Meksika'yı tercih etmeye başladı. Böylece, Meksika, yıllar içerisinde ABD'nin öncelikle kirli, tehlikeli ve emek yoğun üretimlerinin üssü haline getirildi.

Meksika'da bu gelişmelerle birlikte, krizden çıkmanın yolu olarak sosyal güvenlik sisteminde de reform adı altında patronların çıkarına uygun düzenlemeler yapıldı. Toplumun ancak %50-55'i sosyal güvenlik kapsamı altında. Sağlık sektöründe de yine DB ve IMF destekli reform faaliyetleri ile kamu sağlık hizmetlerinin kapsamı daraltıldı, katkı payı vb. ödemeler adı altında cepten ödemeler artırıldı, özelleştirmeler yaygınlaştı, özel hastaneler ve özel sigorta uygulaması desteklendi. Hizmet kapsamında olmayanların, kapsamda olup da hizmetten yararlanamayanların (düzenli prim ödeme, katkı payı vb. nedenlerle) sayısı yıllar içerisinde artmaya başladı. Sağlık hizmetlerinin yönetiminde hızla desantralizasyona gidildiğinden, eyaletler arasında ve eyalet içinde işbirliği azaldı ve düzenliliğini yitirdi. Özellikle sağlık verilerinin toplanması ve paylaşılması, özetle hem eyalet hem de ülke genelinin-bütünün sağlık durumunu kısa süre içinde görebilmek ve izleyebilmek zorlaştı.

Domuz üretimi ABD'de oldukça hızla büyüyen, bir o kadar da hızla tekelleşen bir sektör. Bir zamanlar bir milyon domuz çiftliğinde yaklaşık 53 milyon domuz bulunurken, günümüzde yalnızca 65 bin çiftlikte 65 milyon domuz bulunduğu biliniyor. Dev çiftliklerin koşulları da doğal olarak sağlıksız. Bu koşulların gerektirdiği maliyetleri azaltmak adına bu çiftliklerin önemli bir kısmı Meksika'da faaliyette bulunuyor. Bunlardan birisi de Meksika'da ilk domuz gribi olgularının saptandığı Perote kasabası. Kasabada, Mart 2009'da nüfusun yarısından çoğunda nezle, alt ve üst ve solunum yolu infeksiyonlarının görülmesi üzerine belediye tarafından rapor hazırlanmış olmasına rağmen, eyalet ve federal sağlık yetkilileri konunun "farkına varamamış"lar. DB ve IMF'nin dayattığı sağlık sektöründe reformun bir parçası olan desantralizasyon ve özelleştirmelerin, sağlık yetkililerinin hem olayı zamanında fark etmelerini ve bütünlüklü olarak görebilmelerini engellediği, olay patlak verdikten sonra da merkezi olarak koordinasyon ve müdahaleye olanak vermediği ayan beyan ortaya çıktı.

Yoğun hayvansal üretimin yapıldığı sağlıklı koşullarda, H5N1 kuş gribi virüsünde de olduğu gibi, iki virüsün birleşmesinden olabilecek mutasyonların riskinin arttığını kanıtlayan araştırmalar 3-5 yıldır yayımlanıyor olmasına karşın, sorumlular-yetkililer tarafından dikkate alınmıyor. Maliyeti düşürüp, kârı artıracak her türlü faaliyet ne pahasına olursa olsun gerçekleştirilmeye devam ediyor. Eğer H5N1 kuş gribi virüsü ile ilgili yaşananlardan insanlık için yararlı olacak dersler zamanında ve gerektiği biçimde hayata geçirilseydi, belki de domuz gribi salgını yaşanmayacaktı. Ama patronların kâr hırsı insan yaşamının önüne geçti. Bunca hastaya ve ölüme rağmen, ilaç ve teknoloji harcamaları planlanıyor olmasına karşın, hâlâ kimse domuzların üretim alanlarının ıslahını, domuzların domuz gibi yaşayabilmesi için yapılması gerekenleri “konuşmuyor-konuşamıyor”.

Dünya genelinde 2009 yılı itibariyle saklanamaz hale gelen kapitalizmin yapısal krizinin ardından yaşanan domuz gribi salgını da patronların kârın maksimizasyonu için yapamayacağı hiçbir şey olmadığını gösteriyor. Son yedi-sekiz aydır yaşanan işten atılmalar, intiharlar, evsiz kalmalar, fabrika kapatmalar, şirket ve banka kurtarma operasyonları vb. kapitalist sistemin yapısal krizlerini kendisinin hazırladığını, başka bir ifadeyle, akıl dışı ve insana karşı olduğunun en güncel kanıtları. Kapitalizmin akıl dışılığı sağlık sektöründe de dünya genelinde 25-30 yıldır yürütülmekte olan sağlık reformlarıyla birlikte sürdürülüyor. Yürütülmekte olan sağlık reformları yukarıdaki örnek olayda da görüldüğü gibi, insanlığı tehdit ediyor.

Bu çalışmada, yukarıda paylaştığımız örnek olayın temel neden(ler)ini çözümlenebilmek için önce kapitalist üretim ilişkileri bağlamında sağlık hizmetlerinin ekonomi politikası tartışılacak, sonra da tüm kapitalist ülkelerde uygulanmakta olan sağlıkta reform süreci incelenecektir. Bu incelemede, kapitalist ülkelerin hemen hepsinde yürütülmekte olan sağlıkta reform faaliyetinin toplumların sağlık gereksinimleri üzerinden değil, kapitalistlerin kâr fetişinden kaynaklandığı, Türkiye örneği üzerinden ortaya konmaya çalışılacaktır.

Kapitalizmde Sağlık Hizmetleri

Yirminci yüzyılda genel olarak beklenen yaşam süresindeki dramatik artış ile merkez ve çevre kapitalist ülkeler arasında hastalık ve ölüm hızlarındaki farklılıkların, doğrudan sağlık hizmetlerine ve ülkelerin sağlık sistemlerine bağlanamayacağı kanıtlarıyla ortaya konmuştur. Buna karşın, sosyal ve ekonomik müdahalelerin rolünün önemli olduğu saptanmıştır. Kişi başı sağlık harcamalarının fazlalığı ölüm ve hastalık hızlarını azaltmada yeterli değilken, refah düzeyi ve gelir dağılımı ile bunları da belirleyen politik müdahalelerin daha etkili olduğu bilinmekte-

dir. Etkisi ifade edilen söz konusu başlıklar, toplumsal yaşantının bütün alanlarını içine alan sınıf mücadelesinin beraberinde var olmaktadır. Bahsedilen mücadele, tarih boyunca iki karşıt sınıf arasında süregelmektedir.

Kapitalist toplumsal yaşantıda sınıf, doğrudan toplumsal artığın elde edilmesi ve ona el konulmasıyla ilgili olan sömürü olgusunun kendisiyle ilgilidir. Bir başka ifadeyle, sömürüden doğan ilişkilerin tamamı sınıf ilişkilerini oluşturur. Üretim süreci bir taraftan değişmeyen sermayeyi (hammadde vb.) kapitalist için daha fazla servet aracına dönüştürürken, diğer bir yandan emek-gücünü tüketir. Emekçinin tüketimi iki yönlüdür. İlki üretici tüketimdir. Emekçi, üretici tüketim ile üretim sırasında emeğiyle üretim araçlarını tüketir ve bunları, yatırılan sermayeden daha fazla değerli ürünlere dönüştürür. Bu aynı zamanda, emek-gücünün, onu satın alan kapitalist tarafından tüketilmesidir. Diğerini kapitalistler, bireysel tüketim olarak adlandırmaktadır. Bu, emekçinin, emek-gücü için kendisine ödenen parayı geçim araçlarına çevirmesidir. Emekçinin üretken tüketimi ile bireysel tüketimi birbirinden tamamen farklıdır. İlkinde emekçi, sermayenin hareketlendirici gücü olarak iş görür ve kapitaliste aittir. İkincisinde kendisine aittir ve üretim faaliyetleri dışında kendi gerekli yaşamsal işlevlerini yerine getirir. Marx'ın ifade ettiği gibi; birincinin sonucu ile kapitalist, ikincisinin sonucu ile de işçi yarar.

Aslında emekçinin bireysel tüketimi de, kendisi yönünden üretken olmayan bir tüketimdir, çünkü bu yalnızca gereksinim içindeki bir kişiyi yeniden üretmektedir. Halbuki kapitalist için üretken bir tüketimdir. Çünkü bu onların servetini yaratan gücü üretmektir.

Emek-gücünün ömrünün uzunluğu da kapitalist için önemli değildir. Onun için önemli olan bir iş günü boyunca akışı sağlayabilecek en fazla emek gücüdür. İş gününün uzatılması, işçinin ömrünü dolayısıyla emek-gücünün süresini kısaltır; böylece kullanılıp tüketilen güçlerin yerini daha hızlı doldurma zorunluluğu ortaya çıkar ve emek gücünün yeniden üretimi -bireysel tüketim için gerekli giderler- daha büyük olur. Emek-gücünün tüketimi, aynı zamanda metaların ve artı-değerin birlikte üretimidir ve diğer her türlü metada olduğu gibi, piyasanın ya da dolaşım alanının sınırları dışında tamamlanır.

Emek-gücünün yeniden üretimi için bazı mal ve hizmetlerin her gün (yiyecek, yakacak vb.) bazı mal ve hizmetlerin de değişik aralıklarda kullanılması gerekir. Piyasaya emek arzının eksilmemesi için de kapitalizmin yakın tarihine kadar ücret/asıgari ücret aileyi besleyebilecek miktarda gerekli tüketim malzemeleri üzerinden hesaplanır(dı). Günümüzde emek arzının talebe göre fazlalığı/aşırılığı, üretim sürecine yönelik düzenlemelerle (esnek üretim vb.) birlikte kapitalisti, emek gücünün yeniden üretim sürecine yönelik olarak daha kaygısız, az kaygılı hale

getirmiştir. Öyle ki ülkemizde de asgari ücretin hesaplanmasında, ailenin (dört kişi) değil de yalnızca emek gücünü satanın dikkate alınarak hesaplanması gerektiği kapitalistler tarafından önerilmekte ve kamuoyu oluşturulmaya çalışılmaktadır.

Ancak emek-gücünün yaşamaya devam etmesi ve yeniden üretilmesi, sermayenin yeniden üretilmesinin her zaman için zorunlu bir koşuldur. Buna karşın bütün kapitalistler, emekçilerin bireysel tüketimini elden geldiğince tamamen zorunlu olan mal ve hizmetlere indirgemeye çalışırlar. Ve emekçinin bireysel tüketiminden yalnızca bu sınıfın devamı için gerekli olan ve bu nedenle de kendilerinin (kapitalistlerin) tüketmek üzere emek-gücü bulabilmeleri için yerine getirilmesi zorunlu olan kısmını üretken tüketim sayarlar. Bu kapsamda sağlık hizmetleri üretken tüketim kapsamında değerlendirilmelidir. Üretken tüketimin dışında kalan ve emekçinin kendi keyfi için yaptığı tüketimi ise üretken olmayan tüketim olarak kabul ederler. Eğer ücretlerdeki artış, sermaye tarafından daha fazla emek-gücü tüketilmesi olanağını birlikte getirmeyen bir yükselişe ve dolayısıyla da emekçinin tüketiminde bir artışa yol açacak ise, bu ek sermaye, kapitalistler için üretken olmayan bir şekilde tüketilmiş olacaktır.

Toplumsal açıdan bakıldığında, işçi sınıfı, emek sürecine doğrudan doğruya katılmadığı zaman bile, tıpkı sıradan bir emek aracı gibi sermayenin tamamlayıcı bir parçasıdır. Bireysel tüketimi bile, belirli sınırlar içinde, üretim sürecinde bir etmendir. Ancak, kapitalist üretim süreci, emekçinin kendisini yüzüstü bırakmalarını önlemek için gerekli önlemlerini alır ve bunların ürettikleri ürünleri daha bitir bitmez onların bulunduğu taraftan kendisinin/kapitalistin bulunduğu karşıt tarafa taşır.

Bireysel tüketim bir yandan emek-gücünün varlığını sürdürmesini ve yeniden üretilmesini, öte yandan da yaşamak için gerekli tüketim maddelerini yok ederek işçinin, emek pazarına emek-gücünü arzını sağlar. Böylece, ücretli emekçi, Marx'ın Kapital'de yazdığı gibi, sahibine görünmeyen bağlarla bağlanır.

Kapitalist üretim süreci, yalnızca meta üretmekle, artı-değer üretmekle kalmaz, aynı zamanda kapitalist ile ücretli işçi arasındaki toplumsal ilişkiyi de sürekli olarak üretmektedir. Böylece emekçi, yaşayabilmek için emek-gücünü satmaya zorlanmakta ve kapitaliste, daha da zenginleşmesi için bu emek-gücünü satın alma olanağı hazırlamaktadır.

Emek gücünü satabilenlerin, şu ya da bu derecede uygun koşullar altında yaşamını sürdürmesi ve çoğalmaya devam etmesi, kapitalist üretimin niteliğini hiçbir şekilde değiştirmez. Emek-gücü kitlesinin yeniden-üretimi, aslında sermayenin kendisinin yeniden-üretiminin kökü ve esasıdır. Bu yüzden sermaye birikimi, bir yönüyle de emekçilerin çoğalması demektir.

El zanaatları ile manüfaktürde, işçi aleti kullanırdı, oysa fabrikada, makine işçiyi kullanmaktadır. Burada işçiden bağımsız cansız bir mekanizma vardır ve işçi bu mekanizmaya uymak zorundadır. Bu özelliği ile emek araçlarını kullanan işçi değildir, tersine, işçiyi kullanan emek araçlarıdır. Emek-aracının emek-gücüne egemen haline gelmesiyle, üretimin zihinsel güçleri el emeğinden ayrılmıştır. Bu sürecin devamında, emek-aracı makine şeklini alır almaz, bizzat işçinin rakibi olmuştur. İşbölümü, emek-gücünü, belli bir aleti kullanma hünerine indirgeyerek uzmanlaştırmış, aletin kullanılması, makinenin işi olur olmaz, işçinin emek-gücünün kullanım-değeri ile birlikte değişim değeri de yok olmuştur. Bu durum emekçinin pazarlık gücünü azaltmıştır.

Bir üst yapı kurumu olan sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansmanı ve diğer özellikleri mevcut üretim biçimine göre belirlendiğinden, onun gereksinimine göre şekillenmektedir. Dolayısıyla, her üretim biçiminin gereksinimini karşılayacak kendisine özgü bir sağlık sisteminden bahsedebiliriz. Bu durum, alt yapı tarafından belirlenen bir üst yapı ilişkisini göstermektedir. İlişkinin diğer bir yönü, bir üst yapı kurumunun alt yapıyı etkilemesi ile ilgilidir. Sağlık hizmetleri üretimi doğrudan bir meta üretimi olmamasına karşın, metaları da üreten emek-gücünün sağlıklı olması için gerekli unsurlardan birisidir. Çünkü emekçilerin gelişkin üretim araçlarını kullanabilmesi için eğitilmiş, sağlıklı vb. özelliklere sahip olması gerekir. Bu noktada, sağlık hizmetleri beslenme gibi günlük olarak alınması zorunlu olmasa da gereksinim ortaya çıktığında karşılanmaması kişiyi olduğu kadar, üretim sürecini de derinlemesine etkilemektedir. Bu yüzden patronlar, emek-gücünün yeniden üretim sürecinde özellikle emek-gücünün niteliğinin artırılmasında sağlık hizmetlerini göz önüne almak zorundadır. Bu nedenle kapitalist üretim biçiminin belirli bir döneminden sonra sağlık hizmetleri düzenli olarak topluma sunulmuştur. Ne var ki, kapitalist üretim sürecinde sağlık hizmetlerinin hedefi, bir işçinin sadece ertesi gün işine gelebileceği kadar 'sağlıklı' olmasını sağlamaktır; ancak, bu hizmet bile özünde patronlar için bir maliyettir. Bu nedenle patron, sağlık hizmetlerinin maliyetine sömürünün sürdürülmesine katkı sunduğu sürece ve ölçüde katlanır.

Emek-gücünün yaşamaya devam etmesi ve yeniden üretilmesi, kapitalizmde sermayenin yeniden üretilmesi için zorunlu bir koşuldur. Kapitalist toplumsal yapıda sermaye nerede birikiyorsa, sağlık hizmetleri de yukarıdaki aktarılan gerekçeler nedeniyle orada sunulmaktadır. Kapitalist ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumundaki, sağlık emekçilerinin istihdamlarındaki ve toplumsal sağlık düzeylerindeki kırsal/kent ve bölgesel farklılıkların temelinde de bu yatmaktadır. Örneğin, İkinci Paylaşım Savaşı'ndan sonra yürütülen sosyal devlet uygulamaları dönemin-

de, yoğun sanayileşmenin gereksinim duyduğu nitelikli emek-gücünün patronların da "katkılarıyla" üretilmesi gerekiyordu. bu nedenle sağlık hizmetleri doğrudan işçi sınıfının bir talebi olarak gündeme gelmemesine karşın, işçileri üretimin sürekliliğinden koparmamak için patronların öncelikli gereksinimleri nedeniyle bu dönemden itibaren, kamusal olarak sunulmaya başlamıştır. Böylece, kapitalist ülkelerin sağlık hizmetleri büyük oranda kamusal olarak sunulmuş ve sağlık hizmetleri bir hak olarak tanımlanmıştır. Zaman içinde geniş toplum kesimleri sağlık hizmetlerini öğrenmiş ve günümüzde de olduğu gibi, hizmeti talep eder hale gelmiştir. Bunlara paralel olarak, kapitalist üretim sürecinin gerektirdiği emeğin niteliği bilim ve teknolojideki ilerlemeler sağlık sektörünün gelişmesini ve yaygınlaşmasını sağlamıştır.

Kapitalist toplumsal yaşantıda kapitalist, ücretlerde kısıtlamaya giderken, asgari ücretin işçinin ailesiyle birlikte (dört kişi) hesaplanmasından, dolayısıyla gelecekte kendine yeni işgücü üretimini sağlama zorunluluğundan/hedefinden vazgeçse bile, işçinin tek başına emek-gücünün yeniden üretimi için gerekli zorunlu harcamaları üzerinden hesaplanmasını dayatırken inebileceği alt sınır, bireysel tüketim başlığı altında grupladığı 'üretken tüketimi' sağlayacak ücret olacaktır. Bu da belirli düzeyde de olsa, sağlık hizmetlerini kapsayan, kapsamak zorunda olan bir belirleme olmak durumundadır.

Küreselleşmiş kapitalizm de günümüzde teknolojideki gelişmişliklerin yarattığı olanaklardan da yararlanarak, yaşamakta olduğu bunalımını aşabilmek adına, yedeklediği işgücünden bile vazgeçmek, nüfusun büyük kısmını yok saymak, ölüme mahkum etmekten yarar ummaktadır. Ancak yine de vazgeçemeyeceği emek-gücü, bu emek-gücünün yeniden üretiminin sağlanması için gerekli koşulların asgari düzeyde de olsa sağlanmasıdır. Kapitalist sistem her ne koşulda olursa olsun istihdam etmek zorunda olduğu emek-gücü için bunu sağlamak zorundadır. Ancak, 40'lı yılların ikinci yarısından itibaren yaşama geçirilen sosyal devlet uygulamalarının yeniden yaşanması/tekrarı kapitalizmin doğası gereği mümkün değildir. Kapitalistler, bir dönemin hak olarak tanımlanan emekçilerin kazanımlarını, hak değil gereksinim olarak tanımlamaktadırlar. Bütün gereksinimler gibi, bunların da kişilerin sorumluluğu olduğu, ulaşabilmek için gerekirse satın alınması gerektiği, dolayısıyla herkesin parası kadar sahip olabileceği hizmetler olarak tanımlamaktalar.

Berberinde bugüne göre daha sosyal, daha adil ve demokratik bir kapitalizm beklemek, kapitalizm içinde eşitsizlikleri ve işsizliği kaldırmayı ummak, emeğin değer yaratan tek özne olduğunu ve kapitalistlerin kâr dediklerinin özünde emekçiye verilmeyen, el konulan olduğunu yadsımak olacaktır. Kaldı ki kapita-

lizm günümüzde yedek işgücüne dahi gereksinim duymayan, bunun için de istihdam dışındakilerin yaşamlarıyla ilgilenmeyen bir düzenlemeyi dayatmaktadır.

Sağlıkta Reform

Kapitalizmin altmışlı yılların sonunda başlayıp bugüne değin süren son büyük krizi ve krizden çıkış için uygulanmaya çalışılan ekonomik politikalar nedeniyle kapitalist ülkelerin tümünde, emek-gücünü satmak zorunda olanların, sağlık dahil bütün sosyal alanlara yönelik kazanımları daralmaktadır. Bu süreçte, sermaye sınıfı ve temsilcileri olan hükümetler, sağlık başta olmak üzere sosyal alanların hemen hemen hepsini toplumsal bölüşümün yeniden düzenlendiği alanlar olmaktan çıkartmak istemekte, etkili ideolojik araçlar kullanarak, emekçi sınıfların bu duruma karşı çıkışlarını da sönlendirmektedirler.

DB ile IMF'nin seksenli yılların başında imzaladıkları Washington Konsensüsü kapsamında aynı yıllardan itibaren yardım koşulu olarak ülkelere "yapısal uyum politikaları"nı dayatmaktadır. Ülkelerin pek çoğunun gönüllü olmamalarına rağmen, uygulamak zorunda kaldıkları bu politikaların üç genel hedefi vardır. Birincisi, piyasa/pazar ekonomisi mekanizmalarının ekonomiye hakim olması, ikincisi kamunun mal ve hizmet sunumuna son verilmesi, üçüncüsü de kamunun düzenleyici müdahale olanaklarının daraltılmasıdır. Günümüzde burjuvazi (sermayedar sınıfı-patronlar), kapitalizmin bu son bunalımının öncesindeki dönemde yaşadığı genişlemede emek-gücünün yeniden üretiminde "aldıkları" sorumluluklardan tek taraflı olarak vazgeçmek, toplumsal "barışı" tek taraflı bozmak istemektedirler.

Sermaye adına DB ve IMF tarafından çevre kapitalist ülkelere dayatılan "yapısal uyum politikaları"nın uygulanmasıyla hedeflenenlerin gerçekleştirilebilmesine yönelik olarak, kapitalizmin düşen kâr oranlarını yükseltebilmek amacıyla emekçilere yönelttiği saldırıları birkaç başlık altında gruplanabilir. İlki savaşlardır. İkinci mekanizma olarak, devletin yeniden yapılandırılmasını sayabiliriz. Kamunun mal ve hizmet sunumuna son verilmesi ve kaynakların patronlara aktarılması amacıyla, hem mülkiyet hem de hizmet sunum alanlarında özelleştirmeler yürütülmektedir. Üçüncü mekanizma, sendikasılaştırma, esnek üretim ve esnek ücretlendirme ile "yedek işgücü" (işsiz) sayısındaki artışlar üzerinden ücretlerin kaba olarak baskılanması ile emek-gücü fiyatının düşürülmesidir. Toplam kalite yönetimi, kalite çemberleri gibi emekçiyi işyerine ideolojik olarak bağlama işlevi gören stratejileri de söz konusu mekanizmalar listesine eklemek gerekir.

Kapitalizmin kâr oranını artırmaya yönelik mekanizmaları sağlık sektörü özelinde de uygulanmaktadır. Sağlık sektörü de diğer sosyal alanlar gibi piyasa

koşullarına devredilmek istenmekte ve öncelikle kâr oranı görece daha yüksek bölümleri ulusal ve uluslararası sermayeye “yeni” yatırım alanı olarak açılmaktadır. Son 20-25 yıldır kapitalist ülkelerdeki hükümetlerin sağlık politikaları ve sağlık sektörüne yönelik hedefleri özünde hiçbir farklılık taşımamaktadır. Hem merkez hem çevre, hem sosyal yönelimli olan hem olmayan kapitalist ülkelerle, kapitalistleşme sürecindeki ülkelerde, DB, IMF ve DSÖ tarafından önerilen finans ve hizmet sunum modelleri hükümetler tarafından, ülkelerinin özgün gereksinimlerinden kaynaklanan modellermiş gibi gösterilerek, elbirliğiyle yerleştirmeye çalışmaktadırlar. Dünya genelinde 1980’lerden itibaren kapitalist ülkelerde yaşananlar, sağlık sektöründe “reform” adı altında uygulamaya konulmak istenenlerin toplumların sağlık gereksinimlerinden değil, küreselleşen kapitalizmin, sermaye sınıfının gereksinimlerini karşılamayı hedeflemektedir.

Sözü edilen reform paketlerinin ve uygulamalarının ayrıntılarını oluşturan hedeflerini birkaç başlık altında toplamak mümkündür. Öncelikle hizmetin nüfusun tümünü kapsama hedefinde olması gerektiği ifade edilirken, bir yandan prim, katkı payı vb. ödemelerle sağlık hizmetine ulaşmayı kişisel kaynaklara dayandırmayı hedeflemektedir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumuyla finansmanın birbirinden ayrılması, sağlık sektöründe kamu kurumlarının varlığını olabildiğince sınırlayıp, kamu dışı aktörlerin sağlık sektörüne girişi ve yerinden yönetim dayanan bir sistem ile son olarak da sağlık sektöründe piyasa mekanizmalarının hakimiyeti sağlanmaya çalışılmaktadır. Ayrıca sağlık emek-gücü istihdamında esnek çalışma biçimleri ile özellikle hekim ve hemşirelik hizmetleri sunumunda ara emek-gücü kullanımının yaygınlaştırılması dikkati çeken benzerlikler olarak sıralanabilir.

Çoğunlukla, kapsamı yaygınlaştırma gerekçesi ile hem sağlık hizmeti bütün aşamalarında paralı hale getirilip, herkese parası kadar hizmet sunumu öne çıkartılmakta hem de sağlıklı olmanın “bireysel sorumluluk” olduğu kabulü yaygınlaştırılmak istenmektedir. Birçok ülkede bu sürecin tamamlandığı görülmektedir. Özellikle kapitalistleşme sürecindeki Doğu Avrupa ülkeleri başta olmak üzere ‘sağlık reformu’ uygulamalarının gerçekleştirildiği ülkelerde cepten ödemelerin arttığına ve toplumun büyük kesimlerinin sağlık hizmetlerine ulaşmalarının kısıtlandığına tanık olmaktadır.

AKP Hükümeti tarafından yasalaştırılan ve 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile öncesi ve sonrasında yapılan düzenlemeler aracılığıyla Türkiye’de sağlıkta reform nihayete erdirilmek istenmektedir. AKP Hükümeti, 2003 yılı Haziran ayında açıklamış olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı ile konunun tek sahibi olduğunu iddia etmek-

te ve bu tarihi milat kabul etmektedir. Beraberinde de Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda doğrudan özelleştirme geçmiyor iddiasındadırlar. Öncelikle ikinci iddialarını kendilerinin çürüttüğünü-yalanladığını bir belge ile ortaya koyabiliriz. "Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı" başlıklı Bakanlar Kurulu Kararı, 31 Aralık 2008 tarihli ve 27097 sayılı 5. Mükerrer Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Yılın son günü yayımlanan program, dünyayı kasıp kavurmaya başlayan kapitalizmin yapısal krizinin gerekçesi olarak ilan edilen ve geri dönüş yönünde sermayedarları korumak amaçlı da olsa, Amerika ve Kıt'a Avrupa'sındaki emperyalist ülkeler başta olmak üzere, ekonomide devlet müdahalesine hızla geri dönen uygulamaları görmezden gelecek pervasızlıkta "piyasa ekonomisinin güçlendirilmesi ve ekonominin rekabet gücünün artırılması öncelikli hedeflerini" ifade ettikten sonra, özelleştirme başlığı altında sağlıkta özelleştirmelere devam edileceği ve bunun Hükümet'in temel başlıklarından biri olduğu belirtilmektedir. Bu teminatların ardından sağlık başlığı altında da "sürdürülmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Programı tamamlanacaktır" sözü verilmektedir.

İkinci olarak sağlıkta reform ile dönüşümün aynı program olduğunu ortaya koyalım. Türkiye'de 1980 Askeri Darbesi'nden sonraki bütün hükümetler sağlıkta reformun taşeronluğunu yapmıştır. Bu durum belgeleriyle de kanıtlanabilir. Sağlık sektöründeki saldırı yasalarının birincisi 15 Mayıs 1987'de ANAP hükümeti tarafından çıkartılan "3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"dur. İkinci aşamada, 31 Mart 1993'te, DYP-SHP koalisyon hükümetinin "Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı, Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarı Taslağı, Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı ile Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı"ndan oluşan dörtlü paketini görüyoruz. Üçüncü aşamada, Kasım 1996 tarihinde FP-DYP koalisyonu adları değiştirip işlemi sürdürmek istediler. Hazırlıklarının adı, "Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu Tasarı Taslağı ile Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslakları"ndan oluşan üçlü pakettir. Aynı koalisyon hükümeti birincisini beğenmemiş olsa gerek, Nisan 1997'de aynı adlarla benzer içerikteki kanun tasarı taslaklarını yeniden yayımladı. Bu tarihten hemen sonra kurulan ANAP-DSP koalisyonu da Haziran 1998'de kendini sağlık hizmetlerinin finansmanı ile "sınırlandırmak" için midir bilinmez "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı"nı yayımladı. AKP hükümetinden önceki son paket, Ekim 1999 tarihinde DSP-MHP-ANAP koalisyon hükümeti tarafından yayımlanan "Sağlık Sandığı Kurumu Kanunu Tasarı Taslağı"dir. Bunların ardından, AKP hükümeti tarafından Haziran 2003 tarihinde kamuoyuyla paylaşılan "Sağlıkta Dö-

nüşüm Programı” da öncekilerle aynı hedef ve içeriğe sahiptir. Son günlerde DB web sayfası aracılığıyla ulaşabildiğimiz bir belge de hem konuyla ilgili tarihsel süreci hem de bu yasa tasarılarının gerçek sahip(ler)ini ortaya çıkartmaktadır;

Sağlık Bakanı Akdağ, 10 Mart 2004, Çalışma Bakanı Başesgioğlu da 05 Mart 2004 tarihinde DB Başkanı James Wolfensohn’a birer mektup yazarak, DB’nin önceki hükümetleri olduğu gibi kendilerini de, DB’nin önerileri doğrultusunda hazırladıkları program çerçevesinde desteklemesini ve borç vermesini “Dünya Bankası’nın mali ve teknik desteğinden yararlanmanın ne denli önemli olduğunu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’mızın uygulanmasında ilerleme kaydettikçe işbirliğimize ne kadar değer verdiğimizizi vurgulamak isterim. Dünya Bankası tarafından Birinci ve İkinci Sağlık Projeleri boyutu içinde teknik ve mali destek yoluyla sunulan yatırımlar ve hizmetler, ülkemizdeki kamu sağlık hizmetlerine olduğu kadar, bu hizmetlerin etkinlik ve etkilerine önemli katkılarda bulunmuştur. Dünya Bankası’nın bu yeni proje altındaki sürekli mali ve teknik desteğinin şu ana kadar elde edilmiş olanları güçlendireceğine ve bunların değerini artıracığına ve böylelikle de Türkiye’nin Avrupa Birliği ile bütünleşmesini tamamlamak üzere kendi önümüze koymuş olduğumuz hedeflere ulaşma çabamızı ilerleteceğine inanıyorum.” ifadeleriyle talep etmişlerdir. Bunun üzerine söz konusu başvurular, DB tarafından ‘ivedilikle’ dikkate alınmış ve 21 Nisan 2004 tarih ve 27717-TU numaralı “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın İlk Evresine Destek Olarak Türkiye Cumhuriyeti’ne Sağlıkta Geçiş Projesi İçin 49.40 Milyon Avro Miktarında Önerilen Kredi Hakkında Proje Değerlendirme Belgesi” adlı raporla istenen paranın tamamının borç olarak verildiği bildirilmiştir. Bu belge, AKP hükümetinin seksenli yılının başından günümüze kadarki hükümetlerle taşımakta olduğu aynılığın bir kanıtı olarak kabul edilmelidir.

Ancak önceki hükümetlerden farklı olarak, AKP hükümetinin sağlıkla ilgili programı, TÜSİAD tarafından, Eylül 2004 tarihinde yayımlanan “Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri” raporuyla “açık” olarak desteklenmiş ve “alternatifinin olmadığı” kamuoyuyla paylaşılmıştır. Onbeş yılı aşan bir süredir yürütülmekte olan tartışmalarda ve uygulamalarda, bu konudaki görüşlerini bir “sır” olarak saklayan patronların ikiyüz sayfayı aşan raporlarında ilk dikkat çeken şey; bu ülke topraklarında devlet desteğiyle yaratılan burjuvazinin, bugün itibarıyla emekçilerden farklı olarak, sınıfsal aidiyetlerinin şuurunda olduğu ve bu yönde herhangi bir tereddüt taşımadığıdır. Bugünün nesnelliği içerisinde burjuvazi, dünyanın diğer kapitalist ülkelerinde olduğu gibi, artık toplumsal mutabakata dahi gereksinim duymamaktadır. Bunun gereğini yapmak için herhangi bir tereddüt yaşamamaktadır. TÜSİAD, Türkiye’de de kapitalist üre-

tim ilişkilerinin belirlediği, toplumsal yaşam biçimi içerisinde, sınıf çıkarlarının gereğini ne pahasına olursa olsun, taviz vermeksizin gerçekleştirmeye kararlı olduklarını vurgulamaktadır. Ancak bilindiği gibi, burjuvazi homojen bir sınıf değildir. Ayrıca, yatırım yaptıkları sektörler itibarıyla da aralarındaki çelişkiler sürmektedir. Öyle ki bu rapor da, aralarında sağlık ve sigortacılık alanlarına yatırım yapanların finansmanı ile yayımladıklarını önsözde belirtmek durumunda kalmışlardır. Hatta bu girişimcileri yaptıkları katkılarının büyüklüğüne göre olsa gerek, üç gruba (kendi yazdıklarıyla kategoriye) ayırmışlardır.

Rapor bir başka açıdan da belge özelliği taşımaktadır: Türkiye burjuvazisi, yıllar sonra bütün hükümetlerin, hatta muhalefetteki partilerin bile programına hakim olan sağlık alanındaki durum saptaması ve sorunların çözümüne yönelik önerilerin: "bu ülkedeki sahibi biziz, görüşler bütünüyle bize aitti" demektedirler. Bu yönüyle de rapor -doksanlı yılların başında dönemin Sağlık Bakanlığı aracılığı ile açıklanan görüşlerin arkasındaki bu gerçekliği görüp: "bu program emekçi ve emekten yana sınıflara burjuvazinin saldırısıdır, dolayısıyla karşı koyuş/mücadele de sınıfsal olmalıdır" diyenleri, sınıf indirgemeciliğiyle suçlayanlar için de bir ders kitabı özelliğini taşımaktadır.

Birbirinden farklı taban ve söylemlere sahip, bir şekilde hükümet olabilmiş partilere ait, onbeş-yirmi yıllık zaman dilimi içindeki söz konusu metinlerin yalnızca tarihleri ile sayfa sayılarında farklılık saptanabilmektedir. DB pek çok ülkede olduğu gibi, Türkiye'de de bunların yaşama geçirilebilmesi için hükümete sağlık sektöründe kullanılmak üzere yaklaşık 348 milyon dolar kredi vermiş, bunun da büyük kısmının kendi tayin ettiği danışmanlara ödenmesini sağlamıştır. Hükümetler, aralarındaki bu benzerliğe gerekçe olarak sağlık sektöründe yaşanan sorunları göstermektedir. Evet doğrudur; sağlık sektörümüz sorunsuz değildir. Bu haliyle sürdürülmesini isteyemeyiz. Ancak sorunun çözümü için önerdikleriyle var olan sorunlar emekçiler adına daha da derinleşmiş, sağlık hizmetleri parası olanın parası kadar alabildiği bir meta haline gelmiştir. Özetle, temel hedefleri ayırdır; kapitalizmin uzun bunalımını aşabilmesi için sağlık sektörünü burjuvazinin çıkarlarına uygun hale getirmek. Bu nedenle, hem soruna hem de çözümü için önerilenlere bir bütün olarak bakılmalı, bütünü oluşturan parçaları ayrı ayrı ele almamalı, parçalarda işe yarar bir şeylerin olabileceği arayışına girmemeliyiz.

Yinelemekte yarar var; yaşananlar da gösteriyor ki, sağlık reformları insanlığı tehdit ediyor. Bu tehditler; sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu, özelleştirmeler, hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılmasının yarattığı kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin göz ardı edilmesi vb. pek çok alt başlıktır. Sağlık sektöründeki reform süreci temelde kapitalistlerin gereksiniminin

karşılanmasına yönelik olarak sürdürülüyor. Bu kanıtlardan yola çıkarak, kapitalizm devam ettikçe akıl dışılığına ve bize-insana karşılığına tanıklık etmek zorunda kalacağımızı görebiliyoruz. Bunların asla kendi kendilerine gitmeyeceklerini de biliyoruz. O zaman, hedefimizi belirlemek de zor değil; ne pahasına olursa olsun bunları "göndermek". Sırada bunu nasıl yapacağımıza karar vermek bulunuyor. Sanırız zor, ama gerekli olan da bu. Bununla birlikte, zamanını geçirmek de bir o kadar önemli...

KAYNAKÇA

- Başkaya, F. (1992), "Kalkınma İktisadının Yükselişi ve Düşüşü", 1. Baskı, Ankara, İmge Kitabevi.
- Belek İ, Hamzaoğlu O. (2000), Son Yirmi Yılda Sağlıkta Değişim: 12 Eylül Rejiminin Yaratdığı Olumsuzluklar, Toplum ve Hekim, 15(4):265-277, Temmuz-Ağustos.
- Carrin, G., Politi, C. (1996), "Exploring the Health Impact of Economic Growth, Poverty Reduction and Public Health Expenditure", WHO, Geneva.
- Defever, M. (1995), Health Care Reforms: unfinished agenda, Health Policy, 34: 1-7.
- Engels F. (1978), "Ütopik Sosyalizm ve Bilimsel Sosyalizm" Çev. Öner Ünalın. Sol Yayınları, 5. Baskı. Ankara.
- Engels, F. (1997), İngiltere'de Emekçi Sınıfın Durumu. Çev. Yurdakul Fincancı, Sol Yayınları, Ankara.
- Gonzales-Block, M. A. (1997), Comparative Research and Analysis Methods for Shared Learning from Health Sector Reforms, Health Policy, 42: 187-209.
- Gough, I., Thomas, T. (1994), "Why Do Levels of Human Welfare Vary Among Nations?", International Journal of Health Services, 24(4): 715-748.
- Ham, C., Brommels, M., (1994), Health Care Reform in Netherlands, Sweden and The United Kingdom, Health Affairs, 13(5): 106-119.
- Hamzaoğlu O, Belek İ. (2001), Kapitalizmin Olağan Seyri İçinde Sağlık Açısından Projeksiyonlar. Toplum Sağlık Eczacı Dergisi, 1(1): 37-52.
- Hamzaoğlu O., Yavuz C. I. (2006), Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine. Mülkiye, Cilt: XXX, Sayı 252: 275-296, Güz.
- Hamzaoğlu, O. (2007), Kapitalizmin Depresyonu ve Sağlık: Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı. İktisat Dergisi, Sayı: 479-480: 58-65, Şubat.
- Hamzaoğlu, O. (2007), Sağlık Sistemleri Dosyasından Akılda Kalanlar. Toplum ve Hekim, 22(3): 239-240, Mayıs-Haziran.
- Hamzaoğlu, O. (2006), Sağlık Tek Başına Sınıf Mücadelesinin Bir Aracı Olabilir mi? Tarihsel Süreci Yeniden İnceleme: Bismarck Öncesinde Sosyal Güvenlik. Toplum ve Hekim, 21(5-6): 330-334, Eylül-Ekim, Kasım-Aralık.
- Kazgan, G. (1994), "Yeni Ekonomik Düzendeki Türkiye'nin Yeri", 1. Baskı, Altın Kitaplar, İstanbul.

- Kennedy, B.P., Kawachi, I., Stith, D.P. (1996), "Income Distribution and Mortality: Cross Sectional Ecological Study of the Robin Hood Index in the United States", *British Medical Journal*, 312: 1004-1007.
- Kocaeli Tabip Odası (2004), "Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye'sinde Halka, Hekimlere, Sağlık Personeline Ne Getiriyor?" 2. Baskı, ISBN 975-6984-63-5.
- Kocaeli Tabip Odası (2004), "Sağlıkta Dönüşüm Sözlüğü", ISBN 975-6984-68-6.
- Lena, H. F., London, B. (1993), "The Political and Economic Determinants of Health Outcomes: A Cross National Analysis", *International Journal of Health Services*, 23(3): 585-602.
- Marx, K. (1979), "Ekonomi Politîğin Eleştirisine Katkı" Çev: Sevim Belli. Sol Yayınları. 4. Baskı. Ankara.
- Marx, K. (1986), *Kapital Cilt I*, Çev. Alaaddin Bilgi, 3. Baskı, Sol Yayınları, Ankara.
- Marx, K. (1992), "Feuerbach üzerine tezler. Ludwig Feuerbach ve Klasik Alman Felsefesinin Sonu. F. Engels." Çev:Sevim Belli, Sol Yayınları. 3. Baskı., Ankara.
- Marx, K. (1999), "Grundrisse" Çev: Arif Gelen, Sol Yayınları, Birinci Baskı, Ankara.
- Marx, K ve Engels F. (2003), "Komünist Parti Manifestosu" Çev: Erkin Özalp. NK Yayınları. 3. Baskı. İstanbul.
- Marx, K. (2003), "Kapital 3. Cilt" Çev: Alaattin Bilgi. Sol Yayınları, 4. Baskı, Ankara.
- OECD (2005), *Labour Force Statistics 1984-2004*. Erişim adresi: www.oecd.org/statsportal Erişim tarihi: 13.05.2007.
- Ram, R. (1985), "The Role of Real Income Level and Income Distribution in Fulfilment of Basic Needs", *World Development*, 13(5): 589-594.
- soL Meclis Sağlık Komisyonu (2002), *Sosyalist Türkiye'de Sağlık, Nazım Kültürevi Kitaplığı*, Kasım, İstanbul, ISBN 975-8271-48-2.
- Twaddle, A. C. (1996), *Health System Reforms: Toward a Framework for International Comparisons*, *Social Science and Medicine*, 43(5): 637-650.
- TÜSİAD (2004), "Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri" Yayın No. TÜSİAD-T/2004-09/380.
- World Bank, Erişim adresi: [http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSID=IB/2004/05/03/000090341_20040503130553/Rendered/PDF/27717.pdf](http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer?WDSID=IB/2004/05/03/000090341_20040503130553/Rendered/PDF/27717.pdf) Erişim Tarihi: 12.06.2009.
- WHO (1993), "Health for All Targets", Finland.
- Yen, I.H., Kaplan, A. (1999), "Poverty Area Residence and Changes in Depression and Perceived Health Status: Evidence From the Alameda County Study", *International Journal of Epidemiology*, 28: 90-94.