

# DÜNYADA SAĞLIK REFORMU TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM: Gerçekler ve Belgeleri

Onur HAMZAOĞLU\*

**Özet:** Sağlık reformları, dünya genelinde son otuz, otuzbeş yılın sadece sağlık alanında değil, tüm alanların en önemli gündemlerinden birisidir. Bu makalede, sağlık hizmetlerinin genel olarak kapitalist ülkelerde geldiği durum ile bu ülkelerde 1970 sonrasında görünür hale gelen yapısal kriz ile birlikte, Dünya Bankası(DB)'nin işlevi ve uygulamaları ile DB'nin sağlık reformu adıyla gerçekleştirdiği faaliyetlerin bütün ülkelerdeki aynılığı ile tek bir merkezde kararlaştırıldığı ve yaşama geçirilişinin de yine o merkezden yönetildiğinin ortaya konması amaçlanmıştır. DB, 1980'li yıllarla birlikte dünya genelinde, hiçbir ülkede farklılık göstermeyen 'yapısal uyum-istikrar' politikalarının hayata geçirilmesinin yürütücülüğüyle, sağlık alanının da yeniden düzenlenmesiyle ilgili planlama ve uygulamalara ev sahipliği yapmıştır. DB merkezli olarak gerçekleştirilen sağlık reformu, kapitalizmin yeniden düzenlendiği dönemde-küresel kapitalizmde, sağlık alanının yeni bir birikim alanı haline getirilmesi ve sağlık alanının toplumsal bölüşümünün yeniden düzenlendiği alan olmaktan çıkartılması amacıyla ülkelerin sosyal, ekonomik ve sağlık durumları dikkate alınmaksızın tek bir model-tek tip olarak uygulanan bir modeldir.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık reformu, sağlıkta dönüşüm, Dünya Bankası, kapitalizm

## *Health Reform in the World Health Transformation in Turkey: Facts and Documents*

**Abstract:** Health reforms have been one of the most important agendas worldwide not only in terms of health, but also all the areas of life for the last thirty three years. In this article, it was aimed to prove the sameness of the functions and activities of World Bank (WB) and activities carried out by the WB under the name of health reforms in all the countries, considering the general condition of health services in capitalist countries and the structural crisis, which became visible in these countries after 1970's, and also, the fact such activities are determined by a single centre, and actualization of them are managed from that centre. In 1980's, WB pioneered the new planning and applications in health sector by restructuring the healthcare field as the executor of 'structural adjustment - stability' policies, which don't show any differences in any country across the world. Health reform which was carried out based on the central policies of WB, is a model, which was applied without taking social, economic and health conditions of the countries into account with the purpose of making the healthcare field a new area of accumulation and ending its status as an area, where social division is reorganized.

**Keywords:** Health reform, health transformation, World Bank, capitalism

### Giriş

Kapitalizmin yetmişli yıllarda görünür olan yapısal krizini aşmak için yeniden düzenlenmesi olarak da nitelendirilebilen küresel kapitalizmde sistemin aktörleri yalnızca emek sürecini değil, düşün sisteminden, kültürel alana, kültürel alandan sosyal faaliyetlere kadar toplumsal yaşamın bütün alanlarına yönelik yeni düzenlemeleri hayata geçirdiler. Sağlık alanı da bunlardan birisidir.

Bu makalede, sağlık hizmetlerinin genel olarak kapitalist ülkelerde geldiği durum, toplumsal yaşamın hemen bütün alanlarının sistemin egemenleri

adına yeniden düzenlenmesinin baş aktörü olarak rol verilen Dünya Bankası(DB) ile DB'nin sağlık alanındaki uygulamaları ele alınacaktır. Ayrıca, DB'nin sağlıkta reform adıyla gerçekleştirdiği uygulamaların bütün ülkelerdeki aynılığı ile tek bir merkezde kararlaştırıldığı ve yaşama geçirilişinin de yine o merkezden-DB'den, yönetildiğinin ortaya konmasına çalışılacaktır. Makalenin ilk bölümünde yakın tarihe kadar sağlık hizmetlerinin sunumu, ikinci bölümde DB'nin dönüşümü ile sağlık reformu uygulamalarındaki rolü, yeri ve gerekçeleri, üçüncü bölümde ise Türkiye'de sağlıkta reformun-dönüşümün süreci incelenmiştir.

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

## 1. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Yakın Tarih

Yirminci yüzyılda reel sosyalizmin yaşandığı ülkelerde, yaşandığı sürece sosyal hizmetlerin tümünde olduğu gibi, sağlık hizmetleri de toplumsal kaynaklardan finanse edilip toplumsal hedeflerle sunuldu. Sağlık hizmeti, kapitalizmin hüküm sürdüğü ülkelerin bir bölümünde ise ancak, 2. emperyalist paylaşım savaşının ardından reformizmin içeriğinin önemli bir parçası olarak sosyal devlet uygulamaları kapsamında kamusal olarak finanse edilmeye ve sunulmaya başlandı. Bunlardan bir bölümü doğrudan genel bütçeden finanse edilirken (Ulusal sağlık sistemi-Beveridge modeli), bir bölümü de genel bütçe destekli kamu sağlık sigorta sistemi (Bismark modeli) adlarıyla tanımlanan modeller olarak uygulandı. Bu ülkelerde kapitalizmin içinde bulunduğu evreden kaynaklanan gereksinimleri ve reel sosyalizm ile rekabetin de etkisiyle kamu, hem hükümet hem de yerel yönetimler olarak, ilaç ve tıbbi cihaz üretimi dışında, sağlık alanında aktif ve kapsamlı olarak yer aldı. Neredeyse tekelleşti. Sağlık hizmetleri toplumsal bölüşümün yeniden düzenlendiği bir alan haline geldi (**Hamzaoğlu, 2009**). Temelde bu uygulamaların etkisiyle sağlık hizmeti, zaman içinde yurttaşlar tarafından kullanılan ve aranılan bir hizmet alanına dönüştü. Ekonomi deyimiyle zaman içinde sağlık hizmetlerine talep oluştu. Önceki yıllarda arzla yaratılan sağlık hizmeti talebi söz konusuysen, 70'li yıllarla birlikte, ekonominin diğer alanlarında olduğu gibi, sağlık hizmeti arzını sağlık hizmeti talebi belirlemeye başladı.

Yetmişli yılların ikinci yarısından itibaren kapitalizmin yapısal krizinin çözümüne yönelik olarak, toplumsal yaşantının bütün alanları güncellenir-yapılandırılırken, sağlık alanında da benzer gelişmeler yaşandı. Küresel sermaye ve uluslararası örgütleri, sağlık hizmetlerine talebin boyutunu, genişleme potansiyelini ve kısırtılabilirliğini fark ederek, sağlık alanının yeni bir birikim (artı değer elde etme) alanı olabileceğini belirledi. Sağlık alanının birikim alanı haline getirilebilmesi için bu alanının sermayenin yatırım yapabileceği ve artı değer maksimizasyonunun sağlanabileceği biçimde düzenlenmesi için gerekli olan hem yapısal hem de fonksiyonel girişimlerde bulunuldu. Yeniden yapılandırma kapsamında ikinci olarak da reformizm (sosyal devlet uygulamaları) döneminde biçimlenmiş olanın aksine, sağlık hizmetleri sunumunun toplumsal bölüşümün yeniden düzenlendiği (üretim ilişkileri korunarak, toplumsal kaynakların dağılımındaki eşitsizliklerin görece olarak azaltılması hedefiyle kamusal-parasız hizmet sunumu vb.) alan olmaksızın çıkartılması, dolayısıyla sağlık harcamalarının

hizmeti kullananlar tarafından yapılmasının sağlanması için de uygun duruma getirilmesi için gerekenler hayata geçirildi. Kapitalizmin kendi içinde sağlık alanı için belirlediği hedefler ve bu bağlamda yürütmekte olduğu faaliyetler, reel sosyalizmin çözümlüyle birlikte kendine yeni ülkeler de bularak hızlandı ve yaygınlaştı.

## 2. Dünya Bankası ve Sağlıkta Reform

### 2.1. Dünya Bankası'nın Yeniden Kuruluşu (Dönüşümü)

Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası ya da Dünya Bankası (DB), 1944 yılında imzalanan Bretton Woods anlaşması uyarınca 1946 yılının ilk yarısında kuruldu ve 25 Haziran 1946'da da çalışmaya başladı. DB, 15 Kasım 1946 tarihi itibarıyla de Birleşmiş Milletler'in bir ihtisas kuruluşu haline getirildi (**www.worldbank.org**). Yapılandırıldığından itibaren, kuruluş amacına uygun olarak ekonomik kuruluş olarak işlev gören DB, 1987 yılında yayımladığı "Sağlık Hizmetini Finanse Etmek: Reform İçin Gündem" başlıklı yayını ve 1990 yılında yayımladığı "Yoksulluk" raporuyla bir süredir bu işlevinden arındığının da ipuçlarını veriyordu. DB, söz konusu yayınlarıyla uluslararası ekonomik kuruluş olma hüviyetini 1980'li yıllarla birlikte terk ettiğini, bunun yerine bilgi kuruluşuna dönüşerek, dünya genelinde yapısal uyum politikalarının hayata geçirilmesinin yürütücülüğünü yapacağını duyurmuş oluyordu. Diğer alanlarda olduğu gibi, sağlık alanının yeniden düzenlenmesiyle ilgili planlama ve uygulamalar da esas olarak DB merkezli olarak yürütülürken, Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de yardımcılıklarını üstlendi (**WB, 1987; WB, 1990; Laurel ve Arello, 1996; Hamzaoğlu, 2011**). Hem bilgi kuruluşuna hem de yapısal uyum programlarının merkez karargâhına dönüştürülen DB, söz konusu işlevini günümüzde de sürdürmektedir.

### 2.2. DB'nin Sağlık Alanında Önerdiği Yapısal Uyumun Gereği

Yetmişli yıllarda görünür hale gelen kapitalizmin yapısal krizinden çıkabilmek için DB ile IMF'nin seksenli yılların başında belirleyip, aynı yıllardan itibaren "istikrar" adına, yardım koşulu olarak çevre kapitalist ülkelere uygulattıkları "yapısal uyum politikaları" o tarihlerden itibaren Washington Uzlaşması olarak adlandırılmaktadır. Ülkelerin pek çoğunun gönüllü olmamalarına rağmen, uygulamak zorunda bırakıldıkları Washington Uzlaşması kapsamındaki bu politikaların birkaç genel hedefi vardır. Hedeflerden birincisi, piyasa/pazar ekonomisi mekanizmalarının ekonomiye hakim olması, hedeflerden ikincisi,

kamunun mal ve hizmet sunumunun özelleştirilmesi, hedeflerden üçüncüsü, kamunun düzenleyici müdahale olanaklarının daraltılması, hedeflerden dördüncüsü, yabancı yatırımcılara serbestlik tanınması ve hedeflerden beşincisi de emek-gücü maliyetinin düşürülmesi olarak sıralanabilir. Günümüzde burjuvazi (sermayedar sınıfı-patronlar), kapitalizmin bu bunalımının öncesindeki dönemde yaşadığı genişlemede emek-gücünün yeniden üretiminde "aldıkları" sorumluluklardan tek taraflı olarak vazgeçmiş, özetle toplumsal "barışı" tek taraflı bozmuştur.

Küresel sermaye adına DB ve IMF tarafından çevre kapitalist ülkelere dayatılan 'istikrar-yapısal uyum' politikalarının uygulanmasıyla hedeflenenlerin gerçekleştirilebilmesine yönelik olarak, küresel sermayenin düşen kâr oranlarını yükseltebilmek amacıyla, emekçilere yönelttiği saldırıların mekanizmaları-alanları birkaç başlık altında gruplanabilir. İlk mekanizma savaşlardır. İkinci mekanizma, devletin yeniden yapılandırılmasıdır. Bu kapsamda 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. Bir diğer mekanizma ise toplam kalite yönetimi, kalite çemberleri gibi emekçiyi işyerine ideolojik olarak bağlama işlevi gören stratejilerdir (Danaher, 2004; Woods, 2006; Hamzaoğlu, 2009).

DB, sağlık alanı özelinde de yine Washington Uzlaşması'nın hedefleri kapsamında, hem merkez hem de çevre kapitalist ülkelerde, sağlık alanında maliyetin karşılanamayacak boyutlara ulaştığını ve önlem alınmadığı takdirde var olan durumun daha da derinleşerek 'sağlık krizi' yaratacağıyla ilgili saptamalarını kamuoyuyla paylaşmaya başladı. Özetle, maliyet artışından kaynaklandığını iddia ettiği bir 'sağlık krizi', bunu engellemek ve ortadan kaldırmak için de 'sağlıkta reform' uygulamasının zorunluluğu (WB, 1987) ardışık olarak dile getirildi ve kamuoyunda çok yaygın biçimde paylaşıldı ve propagandası yapıldı.

### 2.3. Sağlık Reformu Süreci: Pandemi mi Biyolojik Savaş mı?

DB, sağlık alanındaki yapısal uyum programını "Sağlık Reformu" olarak adlandırdı. Geriye dönük olarak bakıldığında, DB, sağlık reformunu 1980'lerin ilk

yarısında Şili, Arjantin, Meksika, Hindistan, Yeni Zelanda ve Filipinler'de uygulamaya koymuştur (www.worldbank.org). Bununla birlikte, söz konusu ülkelerdeki sağlık reformu uygulamaları DB için başlangıç ve deneyim kazanma dönemi olarak adlandırılabilir. Çünkü, 80'li yılların başındaki uygulamalar, 1985 yılında Zambiya'da başlayan ve 21. yüzyılda da devam eden sağlık reformu uygulamalarından amaç açısından farklılık taşımamakla birlikte, aşamaları ve uygulamaları bazı farklılıklar taşıyordu. Zambiya ile birlikte başlayan ve ikinci dönem olarak adlandırılacak dönemde ise, ülkelerin tümünde izlenen aşamalar ve kullanılan araçlar birbirine neredeyse tıpkısının aynısı denilebilecek benzerlikler taşımaktadır. Kısa ve orta vadede pek çok ülkede uygulamaya konmasından hareketle, DB'nin sağlık reformu uygulamalarının ikinci dönemi, sağlık reformu pandemisi olarak nitelendirilebilir (Hamzaoğlu, 2011). Bununla birlikte, göz ardı edilmemesi gereken önemli bir özellik, pandemi etkeninin laboratuvar koşullarında geliştirilmiş ve üretilmiş olmasıdır. Bilgi kuruluşuna dönüştürülmüş olan DB'nin uzmanları ve danışmanları, kapitalizmin yeniden yapılandırılması (küresel kapitalizm) döneminde sağlık alanında iki ana hedef için çalıştılar. Yukarıda da bahsedildiği gibi bunlar, sağlık alanının yeni bir birikim alanı olarak biçimlendirilmesi ve sağlık hizmetleri sunumunun toplumsal bölüşümünün yeniden düzenlendiği alan olmaktan çıkarılmasıdır. DB, sağlık alanı için saptanmış her iki hedefe ulaşılabilmesi için gerekli olan ideolojik, ekonomik ve teknik her türlü hazırlığın merkezi haline getirildi. Bununla da yetinilmeyip, uygulamaların bizzat belirlendiği ve gerçekleştirildiği, devamında da uygulamaların her aşamasının değerlendirilip, gerekli müdahalelerin planlandığı bir laboratuvar ve karargâh özelliğine kavuşturuldu. Bu durum, alanının özelliklerini de dikkate alarak sağlık reformunu biyolojik silah, uygulamalarını-süreci de biyolojik savaş olarak adlandırmamızı doğrulayacak niteliktedir. Çünkü, toplumsal sağlığı bozan bir etken olarak sağlıkta reform, DB'de (laboratuvarda) üretilmiş ve emekçi sınıflarla, bağımlı kapitalist ülkelere karşı silah olarak kullanılmıştır.

Biyolojik savaşın yaşandığı (sağlık reformunun ikinci dönemi) ülkeler, başlangıç tarihlerine göre şu şekilde sıralanabilir: 1985 yılında Zambiya'da, 1986'da Türkiye ve Andorra'da, 1987 yılında Tayvan, Sri Lanka, Uruguay ve Uganda'da, 1988 yılında Brezilya, Almanya ve Trinidad&Tobago'da, 1989'da İspanya ile Polonya'da görülürken, Belçika'da doksanlı yıllardan önce başladı. Biyolojik savaşın en yaygın olduğu dönem 1990-1995 yıllarıdır. İngiltere, Kanada, ABD,





Şekil 1c: Sağlık reformunun ülkelerde başlama tarihini gösteren epidemiyolojik harita, 1990 - 1994



Şekil 1d: Sağlık reformunun ülkelerde başlama tarihini gösteren epidemiyolojik harita, 1995 - 1999



Şekil 1e: Sağlık reformunun ülkelerde başlama tarihini gösteren epidemiyolojik harita, 2000 - 2006

yapıları ile ekonomik ve sosyal politikalarındaki değişimle başlayan bir sistematik değerlendirilmeye çalışıldığı, sağlık sistemlerinde yaklaşık son 20-25 yıl içindeki yaşanmış olan değişiklikler ile yapılmış düzenlemelerin finansman, örgütlenme ve emekgücü başlıklarında ulaşılabilen güncel kaynaklar üzerinden değerlendirildiği görülmektedir. Ülkelerin üç tanesi dışındakilerde sağlık alanında maliyet artışından kaynaklandığı ifade edilen bir 'sağlık krizi'nin tanımlandığı izlenirken, krizin çözümü için reçete olarak da "sağlık reformu" öneri ve uygulamalarına tanık olunmaktadır. Üç ülke dışındaki 39 ülke, sağlık finansman modeli üzerinden genel bütçe, kamu sigortası ve özel sigorta olarak üç grupta ele alındığında, sağlık krizinin çözümü için önerilen reform paketinde temelde hiçbir farklılık görülmemektedir. Kısaca, söz konusu ülkelerde hangi sağlık sistemi modeli olursa olsun, hem krizin kapsamı ve nedeni olarak tanımlananlar hem de krizin çözümü için önerilen reçeteler benzer, hatta birbirinin aynıdır. Söz konusu üç ülkeden Küba ve Kore Demokratik Halk Cumhuriyeti'nin kendilerini sosyalist olarak tanımladığı, Venezüella'nın da sosyalizm yönelimli halkçı bir hükümet tarafından yönetildiği bilinmektedir. Bu üç ülke dışında kalan 39 ülkeyi siyasal yapısı, ulusal gelirin toplumsal paylaşımı ve ulusal gelirin sektörel dağılımı gibi ekonomi-politik özellikleriyle merkez kapitalist, merkez kapitalist sosyal yönelimli, bağımlı kapitalist, bağımlı kapitalist sosyal yönelimli ve kapitalistleşme sürecindeki ülkeler olarak, kapitalist ülke başlığı altında olmak üzere beş grupta toplamak mümkündür. Bir başka ifadeyle söz konusu ülkeler, birbirinden üretim ilişkileri yönüyle değil, ekonomik gelişmişlik ve bölüşüm düzeyinde farklılıklar taşımaktadır. Buna karşın, 39 ülkeyle ilgili makaleler ayrıntılı bir şekilde değerlendirildiğinde, sözü edilen farklılıklarına rağmen, bu ülke grupları arasında da sağlıkta krizin varlığı, nedeni ve çözümü başlıklarında birbirine çok yakın, hatta zaman zaman aynısı denebilecek tanımlamaların varlığı dikkat çekmektedir. Özetle, DB, söz konusu 39 ülkede sağlıkta maliyet artışından kaynaklandığını iddia ettiği 'sağlık krizi'nin varlığı saptamasını yapmıştır. Bu ülkelere, farklı ekonomik gelişmişlik düzeyleri ve farklı sağlık sistemlerine sahip olmalarına karşın, sağlık reformu adıyla neredeyse birinin tıpkısı çözüm önerileri sunmuş ve hayata geçirilmesini sağlamıştır (Akgün, 2007; Aksakoğlu, 2006; Aksu, 2007; Alpar, 2006; Aras, 2006; Azap, 2007; Beliner, 2007; Çağlayan, 2006(a); Çağlayan, 2006(b); Çatak, 2006; Çiçeklioğlu, 2007; Durusoy, 2007; Ekuklu, 2006; Ergin, 2007; Etiler, 2006; Gerçek, 2007; Giray, 2007; Gürsoy, 2007; Hassoy, 2007; Kaya, 2006; Kaynak, 2007;

Meseri, 2007; Öcek, 2007; Özcan, 2006; Özşahin, 2006; Pala, 2007(a); Pala, 2007(b) Seçkin, 2007; Şenol, 2006; Sevin, 2007; Sönmez, 2007; Terzi, 2007; Türk, 2007; Türkay, 2006; Türkkkan, 2007; Tüzün, 2006; Utku, 2007; Yavuz, 2006; Yıldırım, 2007; Yüksel, 2006; Zencir, 2007).

Yukarıda yapılan saptamalar ışığında DB'nin sağlık alanındaki bilgi sunumu ve eylem sürecini dört aşamada gruplayarak incelemek, sürecin ülkelerdeki benzerliğini gösterebilmek için de yararlı olacaktır. Birbirini takip eden bu aşamalar sırasıyla: a) başlangıç aşaması, b) toplantılar ve tespitlerin yapılması aşaması, c) hedeflerin belirlenmesi ve d) çözüm aşamasıdır.

Başlangıç aşamasında, ilk adım, DB'nin yapısında bulunan "Nüfus, Sağlık ve Beslenme" bölümü aracılığıyla, yine DB tarafından sağlanan krediler ve önerdiği uluslararası araştırma şirketleri eliyle ülkelerin sağlık alanının durum tespitini hedefleyen araştırmaların gerçekleştirilmesidir. Ülkelerdeki alanın uzmanlarının hemen hiçbirinin katılımı sağlanmadan gerçekleştirilen söz konusu araştırmalar sonucunda, her bir ülke için sağlık durum raporları hazırlanmıştır. Bunun yanı sıra, söz konusu raporların tümünde, ülkede sağlık alanında maliyet artışından kaynaklandığı gösterilen bir 'sağlık krizi'nin varlığının tanımlandığı görülmektedir.

İkinci aşama olarak ifade edilen toplantılar ve toplantılarda yapılan tespitler de yine ülkelerin hemen tümü için genellenebilir özellikler taşımaktadır. Bu aşamanın ilk adımı; ülke yöneticileri ve akademisyenlerle DB uzman ve danışmanlarının gerçekleştirdiği toplantılardır. Sistemli bir biçimde gerçekleştirilen bu toplantılarda, yukarıda ifade edilen araştırma sonuç raporları, ülkelerin sağlık alanındaki neredeyse geçerli tek verisi olarak kabul edilmiştir. Yine bu araştırma verileri kapsamında hemen bütün ülkelerde; "sağlık krizi yaşandığı, bu durumun sağlık finansman sisteminin maliyet etkili olmamasına dayandığı, kapsam dışılığın fazla olduğu ve sosyal güvelik kurumları arasında eşitsizlikler bulunduğu" tespitleri yapılmıştır. İkinci adım; sağlık bakanlıklarının idari yapılanmaları dışında tutulan sağlık reform birimlerinin kurulması ile hükümetlere düşük faizli krediler verilerek, sürecin hızla başlatılmasının benimsenmesidir. Bu alanda hükümetlere sağlanan kredilerin çok büyük bölümü DB tarafından önerilen-atanan danışmanlara ödenmiştir.

Üçüncü aşama, hedeflerin belirlenmesidir. Önceki iki aşamada olduğu gibi, bu aşamada da ülkelerin

hemen hepsinde benzer hedefler belirlenmiştir. Bunlardan öne çıkanlar: “kapsam dışılığın azaltılması ve kaldırılması, sosyal güvenlik kurumları arasındaki eşitsizliklerin önlenmesi, hakkaniyetin ve müşteri memnuniyetinin sağlanması ile etkinlik ve etkinliğin artırılması”dır.

Çözüm aşaması olarak adlandırılabilir dördüncü ve son aşama, ülkelerin tamamında sağlık reformuna karar verilmesi ve uygulanmasıdır. Genel olarak ortalama beş, altı yılda tamamlanan bu aşamada her bir ülkenin sağlık alanında gerçekleştirilenleri; a) eşitsizlikleri önleyecek iddiası ile sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi, b) maliyet etkinliği, etkinlik sağlayacağı iddiası ile hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması c) kamu verimsizdir iddiasıyla mülkiyet ve hizmet sunumunda özelleştirme (kamu hastanelerinin özel sektöre satılması, kamu sağlık kurumlarının işletmeleştirilmesi, kamu özel ortaklığı (şehir hastaneleri vb.)), d) ademi merkezîyetçilik yaşanan sorunların ilacıdır iddiası ile desantralizasyon ve sağlık bakanlıklarının karar vericilikten arındırılarak yalnızca düzenleyici olması, karar vericiliğinin kamu finans kurumuna devredilmesi, e) hekim seçme özgürlüğü yaratacağı iddiasıyla aile hekimliği sisteminin kurulması, f) hem kapsam dışılığın önlenmesi hem de “sağlık hizmetlerinin de maliyeti var, herkes bedelini gelir durumuna göre ödemeli” gerekçesiyle sağlık hizmetlerinin genel bütçeden karşılandığı ülkelerde sağlık primi ödemesiyle karakterize genel sağlık sigortası (GSS) uygulanması, GSS’nin uygulanmakta olduğu ülkelerde prim ödemelerinde kişilerin paylarının artırılması ile g) sağlık hizmetlerine gereksiz başvuru ve kullanımın engellenmesi gerekçesiyle katkı ve katılım payı vb. uygulamalar olarak sıralanabilir (WB, 1993; Homedes ve Ugalde, 2005; Hamzaoğlu 2007).

### 3. Türkiye’de Sağlık Reformu-Sağlıkta Dönüşüm

Türkiye’de süreci başlatan, sürdüren ve tamamlayan istisnasız bütün Hükümetler ve Sağlık Bakanları söz konusu programın (sağlık reformu-sağlıkta dönüşüm), ülkemiz için özgün olduğunu, ülkemizin sağlık durumu ile sosyal, ekonomik ve kültürel yapısı dikkate alınarak hazırlandığını iddia ettiler. Bununla birlikte, aşağıda paylaşılacak olan bilgi ve belgeler söz konusu iddiaların tümünü çürütmektedir.

Türkiye’de yaşanan süreç dünya örneklerinde olduğu gibi; dört aşamada ele alındığında başlangıç aşaması, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) adına DB kredisiyle, DB Nüfus, Sağlık ve Beslenme Bölümü tarafından gerçekleştirilip, 18 Mart 1986

tarihiyle kamuoyuyla paylaşılan “Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması” ile başlatılabilir. Daha sonra Mayıs 1987 tarihinde çıkartılan “3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” (RG, 1987) ile yine DB kredisiyle, DPT için İngiliz şirketi Price Waterhouse tarafından hazırlanan “Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü Mevcut Durum Raporu” (Price Waterhouse, 1990) ve 1990 yılı sonu, 1991 yılı başı itibarıyla Sağlık Bakanlığı (SB) Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (SPGK)’nün kuruluşu da Türkiye’de sağlık reformunun başlangıç aşamasının belirleyicileridir. İkinci aşamanın önde gelen olgusu olarak, SB tarafından 23-27 Mart 1992 tarihlerinde Ankara’da gerçekleştirilen 1. Ulusal Sağlık Kongresi’ni göstermek gerekir. Kongredeki toplantılarda kararlaştırıldığı ifade edilen tespitler, “Çalışma Grupları Raporları” başlığıyla yayımlanmıştır (SB, Temmuz 1992). Kongre öncesinde, SPGK yetkililerinin, özellikle akademisyenlerle küçük gruplar halinde yaygın “ikna” toplantıları gerçekleştirdikleri de bilinmektedir. Raporun hemen ardından da “TBMM’ne Sunulmak Üzere Hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı” (SB, Ağustos 1992) kamuoyuna sunulmuştur. Taslak Doküman’ın yayımlanması üçüncü aşama olarak tanımlanabilir. Bununla birlikte, “Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı Üzerine Görüş ve Öneriler” (SB, Eylül 1992) adıyla yayımlanan, dönemin son dokümanının başlığında ifade edilen aksine, kongre katılımcılarının, grup raporlarının toplantıda paylaşılanları yansıtmadığı üzerine yaptıkları yazılı itirazlarını içerdiğini belirtmek gerekir. Türkiye’de diğer ülkelerden farklı olarak oldukça uzun süren sağlıkta reformun dördüncü aşamasının başlangıcı olarak Haziran 2003’de yayımlanan Sağlıkta Dönüşüm (SB, Haziran 2003) adlı dokümanının yayımlanmasını gösterebiliriz.

Diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de sürecin finansman kaynağı DB’den konuya özel olarak alınan krediler olmuştur. İlk üç aşama için alınan kredilerden ilki 7 Ekim 1990 tarih ve 20658 sayılı Resmi Gazete’nin Milletlerarası Antlaşma bölümünde, “Ülkemizdeki Sağlık Reformları Kapsamında Gerçekleştirilecek Temel Sağlık Hizmetleri Projesi’nin Dış Finansman İhtiyacının Karşılınması İçin Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası’ndan Sağlanan Krediyeye İlişkin İkraz Antlaşması ve Ek Mektubun Onaylanması Hakkında Karar,” başlığında yayımlanmıştır. Birinci Proje olarak da bilinen Antlaşma ile toplamı 146.6 milyon dolar olan bütçenin, 75 milyon dolarının (%51’i), bundan sonra 22 Aralık 1994 tarih ve 22149 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan ve İkinci Proje olarak da bilinen, ilkinin aynı adı taşıyan projenin toplam 213.6 milyon dolarlık bütçesinin 122 milyon

dolarının (%63'ü) ve 17 Aralık 1997 tarih ve 23203 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan ve Üçüncü Proje olarak da bilinen projenin 14.5 milyon dolarlık bütçesinin tamamının DB tarafından kredi olarak karşılanması karar altına alınmıştır (RG 1990; RG 1994; RG 1997).

Dördüncü aşamanın bütçesi için, dönemin Çalışma Bakanı (hedeflenen sağlık finansman kurumunun bağlanacağı bakanlık) tarafından 5 Mart 2004, Sağlık Bakanı tarafından da 10 Mart 2004 tarihinde, DB Başkanı'na hitaben yazılmış, tıpa tıp aynı metin (mektup) ile, DB'ye kredi başvurusu yapılmıştır. Başvuru, DB tarafından kabul edilmiş ve 21 Nisan 2004 tarih ve 27717-TU numaralı karar ile "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" yayımlanmıştır ([www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)).

Sürecin bundan sonraki aşamalarına, bu makalenin de içerisinde yer aldığı dosyanın planlanan içeriğindeki diğer makalelerin kapsamına gireceğinden yer verilmeyecektir. Bununla birlikte, her türlü kısıtlılığın karşın, iki temel dayanağını da açıklayarak, Türkiye'de sağlık reformunun tamamlandığı tarih olarak 1 Ocak 2012 tarihi kabul edilebilir. Dayanaklardan ilki, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'nın bütün maddeleriyle söz konusu tarihte yürürlüğe girmesidir. İkincisi de Kasım 2011'de yayımlanıp uygulaması için bir yıl süre belirlenen ve Sağlık Bakanlığı'nın görev ve işlevi ile merkez ve taşra teşkilatını A'dan Z'ye yeniden yapılandıran 663 sayılı KHK'nin de hayata geçirilmeye başlanmasıdır.

Sağlıkta reform-dönüşüm, dünya genelinde hemen bütün ülkelerde ortalama beş, altı yıllık sürelerde tamamlanmasına karşın, Türkiye'de bu süre 30 yılı aşmıştır. Bu durum, DB tarafından da kabul edildiği gibi, başta TTB olmak üzere sağlık alanında SES ve diğer örgütlü yapıların yürüttüğü başarılı, tutarlı ve bilgi üretimine dayalı mücadeleden kaynaklanmıştır.

### Sonuç

Yukarıda ortaya konulan bulgular üzerinden: 1. Sağlık reformu, Türkiye de dahil bütün ülkelerde DB merkezli bir uygulamadır. 2. Sağlık reformu, ülkelerin sosyal, ekonomik ve sağlık durumları dikkate alınmaksızın kapitalist ülkelerde tek bir model-tek tip olarak uygulanmıştır. 3. Temel amaç, kapitalizmin yeniden düzenlendiği dönemde-küresel

kapitalizmde, sağlık alanının yeni bir birikim alanı haline getirilmesi ve sağlık alanının toplumsal bölüşümün yeniden düzenlendiği alan olmaktan çıkartılmasıdır. 4. Bu nedenle, sağlık reformu özü itibarıyla emekçi sınıfına bir saldırıdır. Bunun için diğer özellikleri de göz önüne alındığında program olarak biyolojik silah, uygulama-süreç olarak da biyolojik savaş olarak adlandırılabilir. 5. Sağlık reformu, hem merkez hem de çevre kapitalist ülkelerde ana hatlarıyla tamamlanmıştır. 6. Sağlık reformu ile; a) sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılmıştır. b) sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında toplanmıştır. c) kamu hastaneleri ve kamusal sağlık hizmetleri özelleştirilmiş, özel sektörün payı artırılmıştır. d) sağlık primi, katılım ve katkı payı, reçete bedeli, hizmet fark bedeli vb. uygulamalarla cepten sağlık harcamaları artırılmıştır. e) özellikle aile hekimliği sistemiyle birinci basamak sağlık hizmetleri de piyasaya eklenmiştir. f) sağlık bakanlıkları, planlama ve denetleme birimleri haline getirilmiştir.

### Kaynaklar

- Akgün, A.** (2007) *Venezüella'da Topluma Dayalı Sağlık Hizmeti Modeli*, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 75-82.
- Aksakoğlu, G., Giray, H.** (2006) *Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü*, *Toplum ve Hekim*, 21(5-6):335-43.
- Aksu, F.** (2007) *Uruguay Sağlık Sistemi*, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 23-8.
- Alpar, A.** (2006) *Kanada Sağlık Sistemi*, *Toplum ve Hekim*, 21(5-6): 394-8.
- Aras, E., Tüzün, H.** (2006) *Komşu Ülke Yunanistan'da Reçete Aynı: Sağlıkta Reform*, *Toplum ve Hekim*, 21(5-6): 388-93.
- Azap, A.** (2007) *İspanya Sağlık Sistemi: Yerinden Yönetmek Merkezen Yönetime Göre Daha mı İyi?* *Toplum ve Hekim*, 22(4): 242-6.
- Beliner, A.S.** (2007) *Avusturya Sağlık Sistemi*, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 96-101.
- Çağlayan, Ç., Erkoç, M.** (2006-a) *Küba Sağlık Sistemi Paradoks mu, Sosyalizm mi?* *Toplum ve Hekim*, 21(5-6): 459-69.
- Çağlayan, Ç., Erkoç, M.** (2006-b) *Polonya Sağlık Sistemi*, *Toplum ve Hekim*, 21(5-6): 437-49.
- Çatak, B., Sözmen, M.K.** (2006) *Yeni Zelanda Sağlık Sistemi'nin Organizasyonu ve Finansmanı*, *Toplum ve Hekim*, 21(5-6): 413-25.
- Çiçeklioğlu, M.** (2007) *Meksika Sağlık Sistemi*, *Toplum ve Hekim*, 22(3): 188-197.
- Danaher, K.** (2004) *10 Reasons to Abolish The IMF & World Bank*. New York: Seven Stories Press.
- Davas, A.** (2007) *Slovakya Sağlık Sistemi ve Son 20 Yıldaki Reformlar*, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 152-60.
- Durusoy, R.** (2007) *Lüksemburg: Küçük Bir Ülkede Merkezi Liberal Ama Kamu Finansmanlı Sağlık Sistemi*, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 121-9.
- Ekuclu, G.** (2006) *Norveç Sağlık Sistemi*, *Toplum ve Hekim*, 21(5-6): 372-8.
- Ergin, I.** (2007) *Arjantin Sağlık Sistemi ve Reformlar*, *Toplum ve Hekim*, 22(3): 171-83.



- Etiler, N.** (2006) Romanya Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 21(5-6): 450-8.
- Gerçek, H.** (2007) Hindistan Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 45-52.
- Giray, H., Aksakoğlu, G.** (2007) Belçika Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 22(4): 260-5.
- Gürsoy, Ş.T.** (2007) Bolivya Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 138-43.
- Hamzaoğlu, O.** (2007) Sağlık Sistemleri Dosyasından Akılda Kalanlar. *Toplum ve Hekim*, 22(3), 239-40.
- Hamzaoğlu, O.** (2009) Almanak 2008 içinde; Kapitalizmde Sağlık Hizmetleri ve Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Reformu, İstanbul: SAV Sosyal Araştırmalar Vakfı: 459-72
- Hamzaoğlu, O.** (2011). *Pandemic of Health Care Reform: Why and How? Political Economy of Health. XVI. Conference of International Association of Health Policy in Europe: Crisis Of Capitalism And Health. Conference book*, Ankara: TTB, ÇB, IAHP Publishing: 29-32.
- Hassoy, H.** (2007) Çek Cumhuriyeti Sağlık Sistemi ve Reform Süreci, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 144-51.
- Homedes, N., Ugalde, A.** (2005) Why Neoliberal Health Reforms Have Failed in Latin America, *Health Policy*, 71: 83-96. [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/Erism\\_tarihi: Temmuz 2011](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/Erism_tarihi: Temmuz 2011)
- <http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf> (Erişim tarihi: Temmuz 2011)
- <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5519.pdf> (Erişim tarihi: Ağustos 2011)
- <http://www.worldbank.org>. (Erişim tarihi: Haziran 2013)
- Kaya, M.** (2006) Seksenli Yıllardan Günümüze İtalya Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 21(5-6): 379-87.
- Kaynak, C.** (2007) Güney Kore Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 102-11.
- Laurel, A.C., Arellano, O.L.** (1996) Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health, *International Journal of Health Services*, 26(1):1-8.
- Meseri, R.** (2007) Hollanda Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 22(4): 247-59.
- Öcek, Z.** (2007) Almanya Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 83-95.
- Özcan, U.** (2006) İsrail Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 21(5-6): 399-407.
- Özşahin, A., Sözmen, M.K.** (2006) Danimarka Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 21(5-6): 413-25.
- Pala, K.** (2007-a) Japonya Sağlık Sistemi'nde Değişim, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 130-7.
- Pala, K.** (2007-b) Türkiye Sağlık Sistemi Nereye Gidiyor? *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 62-9.
- Price Waterhouse.** (1990) *Health Sector Master Plan Study Report on the Current Situation, January*.
- Resmi Gazete** 15 Mayıs 1987 tarih, sayı 19461.
- Resmi Gazete** 7 Ekim 1990 tarih, sayı 20658.
- Resmi Gazete** 22 Aralık 1994 tarih, sayı 22149.
- Resmi Gazete** 17 Aralık 1997 tarih, sayı 23203.
- Sağlık Bakanlığı.** (Ağustos, 1992) "TBMM'ne Sunulmak Üzere Hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı", Ankara.
- Sağlık Bakanlığı.** (Temmuz, 1992) "Çalışma Grupları Raporları", Ankara.
- Sağlık Bakanlığı.** (Eylül, 1992) "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı Üzerine Görüş ve Öneriler", Ankara.
- Sağlık Bakanlığı.** (Haziran 2003) "Sağlıkta Dönüşüm", Ankara.
- Seçkin, R.Ç.** (2007) Sierra Leone Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 53-61.
- Sevin, E.** (2007) Sri Lanka Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 70-4.
- Sönmez, Y.** (2007) İsviçre Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 112-20.
- Şenol, Y.** (2006) Finlandiya Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 21(5-6): 357-65.
- Terzi, C.** (2007) Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 2-22.
- Türk, M.** (2007) Fransa Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 22(3): 162-70.
- Türkay, M.** (2006) İrlanda Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 21(5-6): 344-56.
- Türkkan, A.** (2007) Brezilya Federal Cumhuriyeti Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 29-37.
- Tüzün, H.** (2006) İsveç: Sosyal Devletin Düşen Kalesinde Sağlık Nereye? *Toplum ve Hekim*, 21(5-6): 366-71.
- Utku, M.A.** (2007) Filipinler Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 22(1-2): 38-44.
- Woods, N.** (2006) *The Globalizers: The IMF, the World Bank, and Their Borrowers*(Cornell Studies in Money). Cornell University Press, London. Erişim tarihi: 11.06.2013 <http://www.google.com.tr/search>
- World Bank.** (1987) *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, Washington.
- World Bank.** (1990) *World Development Report 1990, Poverty*. New York: Oxford University Press.
- World Bank.** (1993) *World Development Report 1993, Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- Yavuz, C. I.** (2006) Bulgaristan Sağlık Sistemi'nde Değişim, *Toplum ve Hekim*, 21(5-6): 426-36.
- Yıldırım, E.** (2007) Guatemala Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 22(3): 184-87.
- Yüksel, S., Etiler, N.** (2006) Kore Demokratik Halk Cumhuriyeti Sağlık Sistemi, *Toplum ve Hekim*, 21(5-6): 470-74.
- Zencir, M.** (2007) Çin Sağlık Sistemi ve Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm Sosyalist Sağlık Sisteminden Özelleşmiş Sağlık Sistemine, *Toplum ve Hekim*, 22(3): 198-225.