

YENİ DEĞERLENME ALANI OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN SERMAYELEŞMESİ

Mehmet ZENCİR*

Öz: Neoliberal sağlık reformlarının altında yatan nedenler sıklıkla kapitalizmin krizi ile ilişkilendirilmektedir. Yeni değerlendirme alanı olarak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi şeklinde reformlar ele alınmaktadır. Bununla birlikte yeni değerlendirme alanı olarak sağlık hizmetlerinin seçilmesinde karlı bir alan olması ile sınırlı değerlendirmeler yapılmaktadır. Sağlık hizmet üretiminde üretici güçlerin gelişimi ile ilgili değerlendirmelere yeterince yer verilmemektedir. Bu yazıda sermayenin sağlık alanına yaptığı yatırıma yer verilerek neoliberal reformlara zemin hazırlayan sağlık hizmet üretimindeki üretici güçlerdeki gelişim, sağlık hizmetlerinin sermayeleşmesi ile sağlık hizmetlerinin metalaşma süreci analiz edilecektir.

Anahtar sözcükler: üretici güçler, sağlık hizmetlerinin metalaşması, kapitalizmin krizi, sağlık harcamaları, neoliberal sağlık reformları

Capitalization of Health Services as a New Area of Valuation

Abstract: The underlying drives behind neoliberal health reforms are often associated with the crisis of capitalism. Reforms are addressed as the privatization of health services as a new area of valuation. However, the rationale for the selection of health services as a new area of valuation is discussed as limited to profitability, which leaves insufficient room for the development of productive forces in the production of health services. By addressing capital investment made in health, the present article analyses the development of productive forces in health service production as the basis of neoliberal reforms and capitalization and commodification of health services.

Key words: productive forces, commodification of health services, crisis of capitalism, health spending, neoliberal reforms in health

1. Sağlık alanına sermaye yatırımlarının artışı

Sağlık alanında doğrudan ya da dolaylı olarak bir çok ekonomik sektörün yatırım yaptığına ve sermaye birikimi sağladığına tanık oluyoruz. Tıp endüstrisi (tıbbi teknoloji, ilaç ve tıbbi destek ürünleri), sigortacılık, bilişim sektörü ilk akla gelenler. Yeni yeni bu alana inşaat sektörü ve turizm sektörünün de el atıyor. Kritik olan bunların çoğunun sağlık hizmet üretimi aracılığıyla sermaye birikim sürecine doğrudan değil dolaylı katkı sağlıyor olmasıdır. Dolaylı sermaye birikimi dediğimiz bu yatırımların erken kapitalizm döneminden beri var olduğu, bununla birlikte, geç kapitalizm döneminde (neoliberal) ciddi genişleme gösterdiği bilinen bir gerçektir.

Küresel sağlık harcamaları 2017'de 7,8 trilyon ABD doları, gayri safi yurtiçi hasılanın (GSYİH'nin) yaklaşık %10'u ve kişi başına 1080 doları olup artmaya devam etmektedir. 2000 ve 2017 yılları arasında küresel sağlık harcaması reel olarak yılda %3,9 büyümüştür. Yüksek gelirli ülkeler, dünya nüfusunun

%20'sini oluşturmasına karşın küresel harcamalarının yaklaşık %80'ini oluşturmaktadır. Küresel sağlık harcamalarının içerisinde kamunun payı %60 düzeyindedir (DSÖ, 2019). Küresel sağlık harcamalarının 2023 yılına kadar GSYİH'nin %10,2'si civarında kalacağı öngörülmektedir (Deloitte, 2020). Sağlık sektörü, günümüzde gıda ve tarım sektörünün ardından, dünyanın en büyük ikinci sektörü olma niteliğine sahiptir. 2030 yılında bulaşıcı olmayan hastalıklar sağlık harcamalarının dünya ekonomisine maliyeti 47 trilyon ABD doları olarak hesaplanmaktadır (TÜSAP, 2016). Küresel geriatrik (yaşlı) bakım pazarına (evde sağlık, uzaktan hasta takibi, vb.) yapılan harcamalar 2023 yılına kadar 1.4 trilyon ABD dolarını aşacağı öngörülmektedir (Deloitte, 2020).

Dünya sağlık sektörünün yıllık ticaret hacmi 5,8 trilyon ABD dolarının üzerinde olduğu bildiriliyor. Düşük ve orta gelirli ülkelerde 2000 ile 2011 yılları arasındaki ekonomik büyümenin yaklaşık dörtte

*Prof. Dr., Ata Soyer Sağlık ve Politika Okulu (ORCID No: 0000-0003-0781-7841)

Geliş Tarihi / Received : 04.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted : 08.08.2020

birinin sağlıktaki gelişmelerden elde edilen değerdan kaynaklandığı belirtiliyor. Sağlıkta yatırım getirilerinin 1'e 9 olduğu tahmin ediliyor. Ekstra bir yıllık ömür beklentisinin, kişi başı GSYİH'yi yaklaşık %4 artılabileceği gösterilmiştir. Genel ekonomik büyümeye olan bu katkının altı çizilerek sağlık alanına yatırım teşvik edilmektedir. OECD ülkelerinde 2000-2014 yılları arasında ekonomik büyüme %14 iken, sağlık sektöründe (sosyal hizmetler dâhil) büyüme, %48 ile bunun üç katından fazla olmuştur **(BM, DSÖ, OECD, UÇÖ; 2016)**.

Araştırma şirketi Frost & Sullivan'ın Hitachi için yaptığı çalışmaya göre, sağlık sektöründeki çok sayıda yeniliğin tıp alanında devrim yaratması, tıbbi görüntüleme, ilaç, tıbbi cihaz ve fen bilimleri gibi sağlık alanlarındaki harcamaların 2020 yılında %6,4 artışla 2,1 trilyon dolara çıkması bekleniyor. Aynı zamanda nano teknolojik robotlar, kombine cihazlar, elektronik tedavi yöntemleri ve gen manipülasyonu gibi teknolojilerin mikroskopik ölçekte karmaşık işlemleri mümkün kılarak ve hasta ihtiyaçlarına uyarlanmış tedaviler sunarak dünya çapındaki hasta bakımı sektörünü dönüştüreceği tahmin ediliyor **(Dünya Gazetesi web sayfası, 2015)**.

Sağlık alandan sermaye birikimi elde etmek için uygun koşullar, neoliberal sağlık reformları ile mümkün oldu. Bu politikaların teorik çerçevesi ve uygulamanın yaşama geçirilmesinde Dünya Bankası (DB) öncülük etmiştir. Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de yardımcılıklarını üstlenmiştir **(Hamzaoğlu, 2013)**.

Sağlık alanının sermayeye açılması ve reformların büyük oranda yaşama geçirilmesi ile birlikte danışmanlık kuruluşu Deloitte bu alan ile ilgili çalışmalarını yoğunlaştırdı. Deloitte tarafından hazırlanan yıllık sağlık hizmetlerinde görünüm raporlarında sağlık harcamaları (mevcut durum ve beş yıllık büyüme oranları, kamunun payı, cepten harcamalar), itici faktörler (yaşlı nüfus artışı, beklenen yaşam süresi, bulaşıcı olmayan hastalıklar, demans, risk faktörleri), sağlıkta finansmanın ve sağlık hizmetlerinin durumu, teknoloji kullanımı, tüketicilerin beklentisi, sağlık emek gücü vb. üzerine değerlendirmeler yapıp sorunlar tespit ediliyor ve çözüm önerileri sıralanıyor. Genel olarak finansal sürdürülebilirlikteki belirsizlik, sağlık emek gücünde nicelik ve nitelik olarak yetersizlik, teknoloji kullanımına uygun olmayan alt yapı, sağlık kurumlarının tüketici beklentilerinin karşılama kapasitelerinde yetersizliğe vurgu yapılıyor. Çözüm önerileri olarak da sağlık sigortasının yaygınlaşması, özel sağlık sigortası ile

işbirliği, yeni ve esnek sağlık bakım modelleri, yenilikler, teknolojinin yaygın kullanılması, hizmetin hastane duvarlarının dışına taşması, tedavi yerine önleyici hizmetleri esas alan hizmetlere yatırım yapılması, tüketicilerin katılımı vb. getiriliyor. Genel biçim olarak sermayenin yatırım yapacağı alanları cazip hâle getiren örnek vakalar üzerinden genellemelere gidiliyor. Sonuç olarak Deloitte'nin rapor ve çalışmaları neoliberal sağlık reformlarının daha da derinleşmesi, pazarın genişletilmesi, artık değer üretme konusundaki belirsizliklerin giderilmesi, dönüşen sağlık hizmeti ile uyumlu sağlık emek gücü oluşturmaya aracılık ediyor **(Deloitte, 2014, 2020)**.

Sermayenin sağlık alanına ilgisi Türkiye'de de benzer şekilde güncelliğini koruyor. Konu ile ilgili iki rapora kısaca yer vereceğiz. Sermayenin önemli bir kurumu olan YASED Uluslararası Yatırımcılar Derneği, 2012 yılında Türkiye Sağlık Sektörü Raporu hazırladı **(YASED, 2012)**. Raporda sağlık alanı, hizmet sunumu boyutuyla değerlendirilirken, şu kriterlerle ele alınıyor: Hastane yatak sayısı, hasta başına düşen doktor ve hemşire sayısı, doktor başına düşen hemşire sayısı, yeni mezun hekim ve hemşire sayıları. Bu kriterler üzerinden Türkiye, OECD ülkeleri ile karşılaştırılıp niceliksel olarak yetersiz kaldığı tespiti yapılıyor. Sorunlara karşı iyileştirme reçetesi veriliyor: Kayıt sistemi, entegre kayıt sistemi; tamamlayıcı sağlık sigortası, yatırımların iyileştirilmesi/teşvikin altı çiziliyor. Özetle, sermaye için sağlık alanında cazip olan kısımlar dile getiriliyor **(YASED, 2012)**. İkinci rapor Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği tarafından Türkiye'de Sağlık Sektörüne Genel Bakış (2017) başlığı ile yayımlandı. Daha güncel olan bu raporda özel sağlık sektörünün sağlık hizmet gereksimini karşılamada ne kadar etkili olduğu, daha etkin verimli çalışması için sağlık reformlarına devam edilmesi gerektiğine vurgu yapılıyor **(TOBB, 2017)**. Görüldüğü gibi, sağlık hizmet üretiminden sermaye birikimi sağlama hedefi, ticaret sermayesinin ülkemizdeki örgütü tarafından, doğrudan dile getiriliyor.

Özel sağlık sektörü ile birlikte devlet-kamunun da sağlık alanında yatırımları gündeme geliyor. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'nin devreye girmesi ile birlikte, bütçe görüşmelerinde sağlık alanına yapılan yatırımların altı çizilmektedir. Tamamlanan tesisler ve yeni sağlık tesisleri (yeni yapılan hastaneler, şehir hastaneleri, ağız ve diş hastaneleri), hastanelerin donanımı, teşhis ve tedavi merkezleri, tıbbi teknoloji kapasitesi, uzun süreli bakım merkezleri, koruyucu ve temel sağlık hizmetleri (birinci basamak), tıbbi teknoloji, tıbbi destek hizmetleri ve

destek hizmetleri vb. üzerinden yatırımlardaki artış bütçe konuşmalarının olmazsa olmazı oldu. SDP öncesi ve bütçe konuşmasının yapıldığı dönem arasında ne kadar artış olduğu gururla anlatılıp durdu. Bunun tümünü özetlemek için çoğunlukla kişi başına düşen kamu harcamasındaki artış kullanıldı.

Sağlık hizmet üretiminden artık değer elde ederek sermaye birikimi sağlamak için yatırım yapma neoliberal döneme özgüdür. Özel sağlık sektörü ile birlikte kamu-özel ortaklığı sağlıkta sermayeleşmenin en en görünür hâlidir. Kamu sağlık hizmetleri açısından da alt işveren ilişkileri (taşeronluk) üzerinden konu sıklıkla ele alınmaktadır. Bununla birlikte, kamu hizmetlerinin metalaşması süreci ile bizzat devletin sağlık üzerinden sermaye birikimi yaptığını söyleyebiliriz. Artık sağlık hizmeti sadece emeğin yeniden üretilmesi için değil bizzat sermaye birikimi için yatırım yapılan bir alan hâline gelmiştir.

Sağlığın hizmetlerinin sermayeleşmesi diye özetleyebileceğimiz bu durumu açıklamada değişik yaklaşımlar karşımıza çıkıyor. İlk zamanlarda en sık kullandığımız argüman işçi sınıfı mücadelesinin zayıflaması, SCBB yıkılması ile kapitalistlerin refah devleti uzlaşısından vazgeçmesi olmuştur. Bu tespitin doğruluğundan şüphemiz olmasa da sağlığın sermayeleşmesini açıklamada daha derinlerde neler var sorularına bulacağımız yanıtlar bizler için mücadele açısından da yol gösterici olacaktır.

Konu ile ilgili yazılan yazılarda biri daha baskın iki eğilim öne çıkıyor. İlk kapitalizmin krizi ve krizden çıkış yolu olarak sermayenin yeni değerlendirme alanlarına nüfuz etmesi. Bu yeni alanlar arasında başta sağlık ve eğitim olmak üzere kamu hizmetlerinin önemli yer tutması. İkinci eğilim ilk eğilime destek veriyor, bununla beraber krizden bağımsız sağlık alanında üretici güçlerin gelişmesi ve canlı emek sömürüsü üzerinden analiz ediyor. Sağlık hizmet üretiminin doğrudan artı değer üretme koşullarının her geçen gün daha da olgunlaşması bu ikinci eğilimi daha görünür kılmaya başlamıştır.

2. Kapitalizmin krizi ve yeni değerlendirme alanı olarak sağlık

Konu ile ilgili çok sayıda yazı var. Bunlardan birkaçından alıntılarla devam edeceğiz. Ata Soyer refah devleti dönemindeki sağlık hizmetlerinin kapitalizm için ayak bağı olmasına ve tek kutuplu dünyayı öne çıkartır. Şöyle der: '1974-75 dönemi oluşturulan istikrar mekanizmaları, artık sermaye için ayak bağı hâline gelmişti. Kamu sektörünün verimsiz ve karsız işletmelerinin yaşatılmasının, onlara akıtılan paralar

nedeniyle kamu maliyesini zorladığı; sosyal devletin, işçilerin dayanışmasını artırıcı olanaklar sağlaması ve dolayısıyla onların direniş gücünü artırması nedeniyle, mali planda sermayeye bir yük oluşturmaya başlaması; üçüncüsü dünyadaki korumacı politikalar nedeniyle, uluslararası sermayenin istediği koşulların yaratılmasının engellenmesi iddiaları bu 'ayak bağı'ndan kurtulmayı gündeme getirir. 'Yeni Dünya Düzeni' diye ifade edilen bu şartları iki etmen sağladı: Canlı sermaye birikimi ve genişleme bitmişti. Her şeyden önce Ekim'le oluşan sosyalist toplumlar ortadan kalkmıştı. Bu etmenler bağlamında, artık sermayenin işçi sınıfı ile birarada yaşamasını sağlayan istikrar mekanizmalarına, yani sosyal devlete, düşük işsizliğe, ücret artışlarına, sosyal demokrasiye ihtiyaç kalmamıştı.' (Soyer, 2004).

Toplum ve Hekim dergisinde çok sayıda yazı çıkmıştır. Onur Hamzaoğlu dünyada ve Türkiye'de sağlık reformlarını ele aldığı yazısında kapitalizmin yapısal krizine çözüm vurgusunu öne çıkartıyor: '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 kısırlatılabilirliğini fark ederek, sağlık alanının yeni bir birikim (artı değer elde etme) alanı olabileceğini belirledi. Sağlık alanının birikim alanı hâline getirilebilmesi için bu alanının sermayenin yatırım yapabileceği ve artı değerlerin maksimizasyonunun sağlanabileceği biçimde düzenlenmesi için gerekli olan hem yapısal hem de fonksiyonel girişimlerde bulunuldu.' Yine reformların yürütücüleri olarak uluslararası sermaye tekellerine gönderme yapıyor: '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'. Washington Uzlaşması olarak çevre ülkelere dayatılan reformların hedefleri olarak da şunları dile getiriyor: 'Hedeflerden birincisi, piyasa/pazar ekonomisi mekanizmalarının ekonomiye hâkim 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.' (Hamzaoğlu, 2013).

Sağlık reformları üzerine yoğunlaşan Sağlığın Ekonomi Politikası yazarı İlker Belek'te benzer vurguya sahiptir. Kitabın 2. baskısına yazdığı önsözde

kapitalizmin krizi ve sağlık reform ilişkisini şu sözlerle ortaya koyar: 'Kapitalist sistem 1970'lerden beri içine girdiği döngüsel uzun dönemli krizini yaşarken, kâr oranlarını artırmak açısından bütün sosyal harcamaları sınırlamaya ve sosyal sektörleri piyasaya açarak sermayeye yeni yatırım alanları yaratmaya yönelmiştir.' (Belek, 2001).

3. Üretici güçlerin gelişimi-sağlık hizmet üretimi

Marx üretici güçleri, üretim araçları ve emek gücü olarak belirlemiştir (Marx, 2004). Bunları sağlık alanında ele alırsak, üretim araçları başlığında, sağlık kurumlarını (hastane, birinci basamak, laboratuvarlar), alt yapıyı (otomasyon, iklimlendirme, sterilizasyon vb.), donanımı (yatak, yoğun bakımlar, ameliyathane, laboratuvarlar, klinik ve poliklinikler vb.) ve teknik donanımı (her türlü tıbbi cihazlar vb.) sayabiliriz. Emek gücü ise DSÖ tarafından elliden fazla olduğu belirtilen, niceliksel olarak büyüyen ve niteliksel olarak oldukça geniş ve gelişkin, üretimde kolektif olarak yer alan sağlık emekçileridir (Yavuz, 2019). Üretici güçlerin her iki bileşeni de günümüzde gelişim göstermiştir. Üretim araçları yaygınlaşmış, sadece sağlık kurumlarında değil yaşam ve çalışma ortamlarımıza dahi nüfuz etmiştir. Sağlık kurumları sayıca ve çeşitlilik olarak çok artmıştır.

Erken kapitalizm dönemi ile kıyaslandığında üretim araçları ve sağlık emek gücünde hem niceliksel hem de niteliksel anlamda çok geniş yelpazede büyüme olduğu görülecektir. Sağlık alanına sermayenin yatırım yapması her ikisi ile de ilişkilidir. Dünya genelinde sağlık kurumlarına yapılan yatırımlar oldukça fazladır. Son dönem Kamu-Özel Ortaklığı modeli ile yapılan hastaneler, özel sektöre ait zincir hastaneler, tüm nüfusa yayılmış birinci basamak olmak üzere sağlık kurumları hem sayıca artmış olarak hem de donanım (tıbbi donanım dâhil) açısından güçlenmiştir. Özetle sağlık hizmet üretimin olanakları oldukça genişlemiştir. Bu eğilim sadece Türkiye'de değil dünya genelinde gerçekleşmiştir. Hamzaoğlu bu trendi pandemi olarak tanımlamıştır (Hamzaoğlu, 2011). Bu neoliberal sağlık pandemisi ile ilgili ülke örneklerine Toplum ve Hekim Dergisi'nin "Sağlık Sistemleri" dosyalarında yer verilmiştir (2006 yılı Eylül-Ekim ve Kasım-Aralık ile 2007 yılı Ocak-Şubat, Mart-Nisan, Mayıs-Haziran ve Temmuz-Ağustos sayıları). Neoliberal sağlık reformları tüm ülkelerde gerçekleşmiştir, sağlık finansman sistemi ister vergi ister genel bütçe isterse özel olsun fark etmemiştir. Yine hem merkez hem çevre hem sosyal yönelim olan hem olmayan kapitalist ülkelerle, kapitalistleşme sürecinde olan ülkelerde finansman ve hizmet sunum

modellerindeki reformlar tamamen benzerdir ve DB, İMF ve DSÖ önerileriyle şekillenmiştir (Hamzaoğlu, 2007).

3.1. Üretim araçları

Üretici güçlerin ilk bileşeni olan makinalar (sağlık alanında kullanılan dil ile tıbbi teknoloji ve donanımın) sağlık hizmet üretiminde tarihsel olarak ciddi farklılaşma göstermiştir. Sağlık emek gücünün her üyesinin beceri-hüner, bilgi ve deneyimi erken kapitalizm döneminde çok önemliyken, üretim aracı olarak alet kullanımı baskınken geç kapitalizm döneminde makina (tıbbi teknoloji ve donanım), sağlık hizmet üretimine hâkim hâle gelmiştir.

Teknik donanım olarak ele alabileceğimiz tıbbi cihazlar şu şekilde tanımlanmaktadır: İnsan üzerinde bir hastalığın, yaralanmanın, sakatlığın tanısı, tedavisi, izlenmesi ve kontrol altında tutulması, hafifletilmesi veya mağduriyetin giderilmesi, anatomik veya fizyolojik bir işlevin araştırılması, değiştirilmesi veya yerine başka bir şey konulması, doğum kontrolü veya sadece ilaç uygulamak amacıyla üretilmiş, tek başına veya birlikte kullanılabilen, amaçlanan işlevini yerine getirebilmesi için gerekiyorsa bilgisayar yazılımı ile de kullanılan ve cansız hayvanların dokularından da elde edilen ürünler dâhil olmak üzere, her türlü araç, alet, cihaz, aksesuar veya diğer malzemeleri ifade eder (Kiper, 2018).

Tanımdaki çeşitlilik tıbbi cihazların tüm yaşamımıza sirayet ettiğini de göstermektedir. Artık insanların tıbbi cihaz kullanımları sadece hastane ile sınırlı değildir. Hastane dışı, evde tıbbi cihaz kullanımı (tansiyon aleti, kan şekeri ölçen cihaz, pulsometre, spirometre vb.) yaygınlaşmıştır. Yedi ülkeyi kapsayan bir çalışmada sağlığı için evinde tıbbi cihaz bulunan vatandaşların oranının %20-35 arasında değiştiği gösterilmiştir (Betts ve Korenda, 2019).

Sermaye için de bu pazar oldukça caziptir. Dünya tıbbi cihaz pazarı toplam geliri 2017 yılında 370,8 milyar ABD doları düzeyinde gerçekleşmiş olup, toplam gelirin 2018 yıl sonu itibarıyla %5,2'lik bir artışla 390,1 milyar ABD doları seviyesine ulaşacağı tahmin edilmektedir. Tıbbi cihaz pazarına satış rakamları bazında baktığımızda, 2017 yılında en büyük satış rakamlarına ulaşılan ilk üç segment ortopedi (%13,2), minimal invaziv cerrahi (%11,6) ve kardiyoloji (%9,5) olmuştur. Pazarın büyümesinde sağlık harcamaları, teknolojik gelişmeler, yaslanan dünya nüfusu ve kronik hastalıklar gibi etkenlerin rol oynayacağı öngörülmektedir (Kiper, 2018).

Dünya tıbbi cihaz pazarının ABD %43'üne, AB %24'üne, Japonya %8'ine hâkim gözükmetedir. Dünya'daki en büyük otuz tıbbi cihaz firmasının dünya pazarındaki payı %89'dur. Kalan firmaların ise pazar payı %11'dir. 2018 yılında dünyanın en büyük ilk onu; Johnson & Johnson, Siemens Healthcare, GE Healthcare, Medtronic, Baxter International, Philips Healthcare, Fresenius, Stryker, Cardinal Health ve Becton Dickinson'dır. Sadece bu ilk on firmanın küresel pazardaki gelirleri 182 milyar doları bulmaktadır (Kiper, 2018).

Sektördeki lider firmalar cirolarının büyük bir kısmını son 2 yıl içerisinde ürettikleri yeni ürünlerden elde etmektedirler. Yeni ürünlerin yaşam döngüsünün ortalama 18 ay olduğu sektörde, araştırma ve geliştirme faaliyetleri büyük önem taşımaktadır (YASED, 2012).

3.1.1. Üretim araçlarının gelişimi

Sağlık hizmet üretiminde kullanılan tıbbi alet ve cihazların gelişimi şu seyri izlemiştir. On sekizinci yüzyılda termometre, mikroskop, stetoskop ve anestezi bulunmuştur. Anestezi ve kan nakli tekniklerinin gelişimi ile cerrahi uygulamaların ilerlemesi tıbbi alet ve cihazlarının sanayileşmesine ve bu sanayiye yönelik teknolojinin de ilerlemesine yol açmıştır. Wilhelm Conrad Röntgen'in 1895 yılında ilk X-ışın tüpünü bulmasıyla tıbbi görüntüleme teknolojisinde ciddi gelişmelerin adımı atılmıştır. Başlangıçta kemik kırıklarının tanısında bu ışınlar yoğun olarak kullanılmıştır. 1930'lu yıllarda baryum tuzlarının ve radyoopak maddelerin yaygın olarak kullanılmasıyla tüm organların görüntülenmesi sağlanmıştır. Bunu elektrokardiyografi ve ilk modern solunum cihazının geliştirilmesi izlemiştir. 1940'lı yıllarda tıbbi uygulamalar teknolojiye daha bağımlı hâle gelmiş, gerek ileri cerrahi tekniklerinin gelişmesi gerekse anjiyografi tekniklerinin kullanılmaya başlanmasıyla kardiyovasküler cerrahi alanında yeni bir çığır açılmıştır. İkinci Dünya Savaşı yıllarında, tıbbi cihaz teknolojisi çok hızlı gelişme göstermiş ve takip eden kırk yıllık teknolojik gelişmenin temeli bu dönemde atılmıştır. 1945'de ilk böbrek diyaliz makinesi geliştirilmiştir. 1950'de yapay kalça kemiği değişimi gerçekleştirilmiştir. Yien, 1950'lerde kullanılmaya başlanan transistörler biyomedikal donanımları sağlık sektöründe yaygınlaştırmıştır. 1951'de kalp makinesi ve 1952'de de kalp dışına takılan başarılı kalp pili geliştirilmiştir (Kiper, 2018).

Tıp ve mühendislik ile teknoloji arasında disiplinler arası çalışmaların, 1960'lı yıllarda başlaması sağlık bilimini geliştirirken, medikal sanayi ürünlerini

de bu evrim içerisinde karmaşıklştırmıştır. Ve ilk örnek olarak vücut içerisine konan kalp pili geliştirilmiştir. Bunu bilgisayarlı tomografi cihazı (1970) ve manyetik rezonans (MR) cihazı (1977) izlemiştir. 1980'lerde kardiyovasküler tedavide önemli gelişmeler yaşanmıştır. 1982'de ilk yapay sürekli kalp nakli gerçekleştirilmiş, 1985'de implante kardiyoverter defibrilatörü geliştirilmiştir (Kiper, 2018).

Bindokuzyüzseksenbeş, aynı zamanda ilk kez robotik cerrahi uygulamanın da gerçekleştirildiği yıl olmuş ve bu tarihten itibaren robotlar tıp alanında giderek daha etkili olmaya başlamışlardır. Ardından, ileri bilgisayarlı tomografi, ultrason ve manyetik rezonans (MR) sistemlerinin tıbbi görüntüleme ve teşhis alanlarında kullanılmaya başlamalarıyla tıbbi cihazlardaki gelişmeler büyük bir hız kazanmıştır. 1980'lerden itibaren hastanelerdeki tıbbi cihaz sayılarında büyük artışlar olmuştur. Bu dönemde özellikle, yüksek çözünürlükte görüntüleme cihazlarının radyoskopik ve floroskopik sistemli olarak tanı ve tedavilerde yoğun olarak kullanılmaya başlanması ile kardiyovasküler sürekli görüntüleme ve pek çok konuda monitörizasyon işlemleri hastane rutinleri arasına girmiştir. Teknolojideki gelişmeye paralel olarak böbrek diyaliz makineleri, ventilatörler gibi cihazlar giderek yaygınlaşmıştır (Kiper, 2018).

1980-2000 arası dönemde ise özellikle gelişmiş ülke hastanelerinde bilgisayarlı tomografi tarayıcılar (CT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) cihazları büyük bir yaygınlık kazanmış ve cerrahi uygulamalarda pek çok vücut parçasının değiştirilmesi mümkün hâle gelmiştir. Bu dönemde sayı, çeşit, model vb. unsurlar bakımından tıbbi cihaz seçeneklerindeki artış ivmesel bir yükseliş göstermiştir (Kiper, 2018).

2000-2010 arasında tıbbi cihaz alanındaki en önemli gelişmelerin başında robotik uygulamalar gelmektedir. Fonksiyonel engelliler için destekleyici ekipmanlarda dramatik gelişmeler olmuş ve tıbbi cihaz fonksiyonlarına enformasyon ve web-tabanlı sistemlerin entegrasyonu gerçekleştirilmiştir (Kiper, 2018).

Günümüzde artık çok kesitli bilgisayarlı tomografi sistemleri, gelişmiş yazılımlar ile çok kısa sürelerde tüm vücut çekimi yapabilen manyetik rezonans sistemleri, PET, PET/CT ve son olarak da SPECT. CT bu gelişme içindeki yerlerini almışlardır. Tıbbi cihazlar sağlık hizmetlerinin sunumunda, tanı ve tedavinin her aşamasında gittikçe daha büyük ölçüde

kullanılmakta ve kullanım oranı sürekli artarak devam etmektedir (**Kiper, 2018**).

Tıbbi cihazların içerdiği mikroelektronik, tele-bilişim, enstrümantasyon, biyoteknoloji, yazılım vb. gibi çok sayıda teknolojinin de gelişimini sağlamaktadır (**Kiper, 2018**).

Mevcut eğilimler ve yakın gelecekteki bazı beklentiler çerçevesinde tıbbi cihazlarda, özellikle şu dört konudaki gelişmelere bağlı önemli değişikliklerin yaşanacağı düşünülmektedir: 1-Teknolojideki yansımalar; teknik risklerin daha da azalması ve hasta güvenliğinin üst seviyelere çıkması, klinik bulgu ve verilerin ve bunların analizlerinin gelişmesi, 2-Tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanelerden evlere doğru akışında artışı; portatif cihazlardaki gelişmeler, hastane dışında bakım ve tedavilere devam etme olanağı, 3-Bilgisayar destekli operasyonlarda ve robotik uygulamalarda artış ve 4- Holistik yaklaşım; tedavi yerine önleme, yaşam boyu sağlık yaklaşımını öne çıkması ve bunu destekleyen tıbbi cihazlardaki gelişmeler (**Kiper, 2018**).

Tıbbi cihaz sanayi, çok hızla gelişmektedir ve gelen noktada olağanüstü geniş çeşitlilikte ürünler içerilmektedir. Bandaj ve şırınga gibi geleneksel ürünlerden; biyo-iletişim, nanoteknoloji, tasarlanmış/işlenmiş hücre gibi çok gelişmiş sofistike ürünlere kadar yüz binlerce ürünü kapsamaktadır. 1900'lü yılların son yarısında tıbbi cihaz sayısı yüz civarındayken, bugün ana kategoriler bazında dünya pazarında yaklaşık 10.000 tıbbi cihaz türü bulunmaktadır. Bunların değişik versiyonları ve farklı modeller dikkate alındığında söylenen rakamlar 90 bin ile 1,5 milyon arasında değişmektedir. "Örneğin, başlangıçta sadece üç firma ultrason cihazı üretirken, bugün yetmişten fazla firma bu cihazı üretir hâle gelmiştir. Her yıl yüz kadar yeni tıbbi cihaz piyasaya sunulmaktadır (**Kiper, 2018**).

Sağlık alanında daha az maliyetle daha fazlasını kazanabilmek için sağlık hizmet üretiminde yaygınlaştırılması önerilen 10 yenilik olarak şunlar sıralanmaktadır: Yeni nesil sekanslama, 3D yazıcı aygıtlar, immünoterapi, yapay zeka, bakım noktası teşhisi, sanal gerçeklik, hasta deneyimini geliştirmek için sosyal medyadan yararlanma, biyosensörler ve izleyiciler, uygun bakım ve tele-sağlık (**Deloitte, 2017a**). Üretim sürecinde değişim veya teknoloji kullanımı kombinasyonu olarak önerilen bu yeniliklerin ciddi anlamda teknoloji kullanımı ile mümkün olduğunu, böylelikle dijital tıbbi cihaz kullanımının

hastane duvarını aşarak yaşam ve çalışma alanlarında kullanılması mümkün hâle getirilecektir. Daha az maliyetle daha fazlasını başarmanın yalın üretim, yalın sağlık uygulamaları olduğunu biliyoruz. Yani değere dönüşmeyen zamanları (atık-israf zamanlar) en aza indirme, artık değer üretimini maksimize etme yönlü neoliberal dönemin emek sürecine en ciddi müdahalesi karşımıza çıkıyor.

3.2. Sağlık emek gücü

Günümüzde sağlık işçisi olduğu daha rahat kabul edilen hekimin, kapitalist ve devlet karşısındaki konumu ve üretim ilişkilerindeki pozisyonundaki değişimini sağlık alanındaki üretici güçlerin gelişimi ile birlikte ele almak gerekir. Erken kapitalizm döneminde sağlık hizmet üretiminde rol alan sağlık emek gücü sayıca oldukça az olduğu ve ekibin-kolektifin çeşitliliğinin çok sınırlı olduğunu (çoğunlukla hekim, hemşire, ebe, laboratuvar teknisyeni, sağlık memuru, anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni vb.) söyleyebiliriz. Bununla birlikte, geç kapitalizm döneminde sağlık emek gücünün sayıca ciddi bir şekilde artmış ve ekip/kolektif çok çeşitlenmiştir.

BM, DSÖ, OECD ve UÇÖ tarafından hazırlanan 'Working for Health and Growth – Investing in the health workforce' raporunda genel ekonomik büyümeye sağlık hizmetlerinin katkısı nedeniyle sağlık emek gücüne yatırımın önemli olduğuna dikkat çekilmiştir. Sağlık emek gücü (sosyal hizmetler dâhil), 2014 yılı itibarıyla, OECD ülkelerinde toplam istihdamın %11'ini oluşturmaktadır. İki bin yılına göre %9'luk bir artış gerçekleşmiştir. Bu sektörde 58.5 milyon kişi istihdam edilmektedir. Bunların yaklaşık dörtte üçü sağlık emekçileridir (43.5 milyon). Daha geniş ele alındığında (ücretsiz kişisel bakım çalışanları, özel sektör sağlayıcıları, temizleyiciler ve yiyecek içecek firmaları da dâhil) bu sektöre katkı sağlayan kişi sayısının 200 milyondan fazla olduğu belirtilmektedir (**BM, DSÖ, OECD ve UÇÖ, 2016**).

Türkiye'de de sağlık emek gücü ciddi artış göstererek 2018 yılında bir milyonu geçmiştir (**Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018**). En güncel olarak Sağlık Bakanı Fahrettin Koca tarafından 10 Nisan 2020 tarihli açıklamada sağlık emekçisi sayısının 1 milyon 61 bin 635 olduğu ve bunun 165 bin 363'ünün doktor, 204 bin 969'unun hemşire olduğu açıklandı (**Sözcü Gazetesi web sayfası, 2020**).

Sağlıkta İnsangücü 2023 Vizyonu için belirttikleri hedefe, 1 milyon 067 bin 572 kişiye neredeyse ulaşılmış görünüyor (**Akdağ, 2011**). Bu hedefe ulaşmak için sağlıkçı yetiştiren fakülte, yüksekokul, meslek yüksekokulu ve meslek liselerinin sayıları

ve öğrenci kontenjanları ciddi şekilde artırılmıştır. Sadece kamu değil özel eğitim sektörü de sağlık alanında tanımlanan bu ihtiyacı yatırıma çevirmiş ve çok sayıda okul açmıştır. 2014-2015 eğitim yılında yüksek öğretime bağlı sağlık eğitimi alanındaki toplam öğrenci sayısı yaklaşık 294 bin'dir. Bunların yaklaşık 100 bini iki yıllık sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu (SMYO), 68 bini dört yıllık sağlık yüksekokul, 65 bini tıp fakültesi, 37 bin 650'si sağlık bilimleri ve hemşirelik, 14 bin 500'ü dış hekimliği ve 9 bin 200'ü eczacılık fakültesi öğrencisidir. Aynı eğitim yılında toplam kontenjan sayısı da 87 bin 418'dir. Kontenjanların yarıya yakını SMYO'ya ait olup, tıp fakülteleri kontenjanı yaklaşık 12 bin'dir (**Şencan İ, 2014**).

Sağlık emek gücü sayısında yetersizlikler genel olarak, bazı mesleklerde ve uzmanlık alanlarında hemen her raporda dile getirilmektedir. Bazı sağlık kuruluşları, uygun maliyetli, yeni nesil yeteneklere sahip istihdam edebilmek için iyileştirilmiş çalışma koşulları, alternatif istihdam modelleri (örneğin, sanal, esnek sözleşme) ve yenilikçi teknolojiler kullanılmaktadır (**Deloitte, 2019**). Birçok ülke, yabancı yetenekleri çekmek veya sağlık çalışanlarını uzak bölgelerde çalışmaya özendirme için teşvikler sağlayarak işgücü sıkıntılarını dengelemeye çalışmaktadır. Bunun yanında sağlık emek gücünün neoliberal reformlar değişen sağlık hizmet üretimine uyum sağlaması üzerine tartışmalar yapılmaktadır. Özellikle sağlık hizmet üretiminde teknoloji kullanımının artması da sağlık emek gücünün geleceği üzerine tartışmaları sıcak tutmaktadır. Dijital teknoloji, robotik ve diğer otomatik araçlar, mevcut ve gelecekteki sağlık hizmetlerinde ağırlığının artacağı ve sağlık emek gücünün buna uyum sağlaması gerektiği vurgulanmaktadır. Üretkenliğin sadece gelişen teknolojiye uyumla değil aynı zamanda sağlık emek gücünün ödüllendirilmesiyle (performans) sağlanabileceğine dikkat çekilmektedir. Deloitte İnsan Sermayesi Eğilimleri (2017) raporunda ankete katılan hizmet sunucu kurumların yüzde yüzü önümüzdeki 3-5 yıl içinde bilgi teknolojileri ve yapay zeka teknolojileri planladıklarını ve %33'ü işçilerin robotlarla yan yana çalışabilmelerini bir öncelik olarak düşündüklerini belirtmektedir. Hemşirelerin dijital teknoloji, robotik ve diğer araçları kullanarak zamanlarını ezber dayalı idari görevlerden "iyileştirici dokunma aktiviteleri" ve karar alma süreçlerine yönlendirirken, potansiyel maliyetleri en aza indirecekleri ve manuel faaliyetler, fazla çalışma ve eksiklikten kaynaklanan insan hatasıyla ilgili bakımın iyileşeceği vurgulanmaktadır. Yine hastaları kaldırmak için robotik desteğin, fiziksel yükleri ve yaralanmaları

azaltabileceği, uygulamaya dayalı kitle kaynaklı bir planlama yazılımı, vardiya yönetiminde daha fazla esneklik sağlayabileceği, son dakika vardiya değişikliklerini azaltabileceği ve kapsamı geliştirebileceğine dikkat çekilmektedir (**Deloitte, 2018**). Sağlık alanında artan teknoloji yatırımlarına uyuma yönelik hekimlerin, hemşirelerin yeni işlevler yüklenmesine işaret edilmektedir. Geleceğin hekimlerinin özellikleri şu şekilde sıralanmaktadır: Karmaşık bakım yöneticisi/entegratör; Dijital danışman/Analitik danışmanı/Proceduralist; Veri ve bilişim uzmanı/Araştırmacı ve Yönetici/Eğitmen (**Deloitte, 2019**). Tükenme nedeniyle işi bırakan sağlık emek gücü, yetenekli kişileri çekmede cazibesini kaybeden sağlık alanına dikkat çekilerek sağlık emek gücünü sektörde tutmanın da yollarının aranması gerektiği gündemde tutulmaktadır (**Deloitte, 2018**). Özetle üretici güçlerin önemli bileşeni olan sağlık emek gücünün yetiştirilmesi, sayıca artırılması yanında üretken kılınmasına yönelik sermayenin çabaları yoğunlaşmıştır.

3.3. Sağlık hizmetlerinin sermayeleşmesi - sağlık hizmetlerinin metalaşması

Üretici güçlerdeki bu gelişim, kapitalizmin 1970'li yıllarda girdiği kriz ile birlikte sağlık alanı doğrudan sermaye birikimi sağlamak için oldukça elverişli yeni değerlendirme alanı olarak görülmüştür. Sağlık alanına tıp endüstrisinin hızlanan üretiminin realizasyonu için DTÖ, DB'nin teşvikleri ile ciddi yatırımlar gerçekleştirildi. Öte yandan, özellikle tıbbi cihaz yatırımları sağlık hizmet üretiminin hızını da çok artırdı. Artan tıbbi tanı, tedavi, girişim ve bakım olanakları toplumun artan sağlık gereksinimi (büyüyen nüfus, yaşlanan nüfus, kronik hastalıkların artması, yaşam biçiminde değişim, maruziyetlerin artması, sağlık hizmeti beklentisinde değişim vb.) ile birleşince sağlık hizmet üretimi sermaye için büyük bir pazar anlamı yaratmaya başladı. 1980'li yıllarla birlikte sağlığın sermayeleşmesine tanık olmaya başladık. Bunun için neoliberal sağlık reformları tüm dünyada yaşama geçirilmeye başlandı. Erken ve geç kapitalist ülkelerde farklı seyrete de tüm ülkeler neoliberal sağlık reformlarından payını almış oldu. Bu reformlar sağlık hizmet üretiminden doğrudan sermaye biriktirmenin zeminini yaratmış oldu. Hizmet üretimi, finansmanı, sağlık emek gücü, sağlık yönetimi vb. alanlarında reformlar gerçekleştirildi. Aynı zamanda toplumun sağlık algısı çarpıtıldı, sağlık hizmetinden yararlanma talebi kısıktıldı, tıbbi hizmetlere olan bağımlılığı artırıldı. Sadece tedavi değil koruyucu hizmetler de (özellikle erken tanı) sermaye birikimi için kullanılmaya başlandı. Toplum, sağlık alanında tüketici hâline

getirildi, daha fazla hizmet tüketimi için ideolojik hazırlıklarda medya ve akademi tarafından sağlandı. Topluma sağlık kılma üzerinden denetim, popüler sağlıklı yaşam söylemi dayatıldı (**Sezgin, 2011**). Böylelikle Ata Soyer'in sağlıkta fabrika dönemi olarak tanımlandığı devasa hastanelerde artmış kitlesel üretim, kitlesel tüketim ile realize edilmeye başlandı (**Soyer, 2010**).

Toparlarsak kapitalizmin krizi ile eş zamanlı olarak sağlık alanında üretici güçlerin gelişimi sağlığın sermayeleşmesine, sağlık hizmetlerinin metalaşmasına aracılık etmiş oldu. İşçi sınıfının mücadelesinde gerileme ve SSCB'nin çözülmesi de bu sürecin hızlandırılmasına katkı sağladı (**Soyer, 2004**).

Süreç kamu tarafından sağlık alanına yatırımlarının artırılması ve özel sağlık sektörüne teşvikler (değişmeyen sermaye-ölü emek baskın hâle getirildi) ile işletildi. Kamu yatırımları ile kamu sağlık hizmetleri sağlık hizmetlerinden sermaye birikimine katkı sağlayacak hâle getirildi. Yine kamu yönetimi ve emek sürecindeki değişiklikler ile sağlık hizmetleri özel sağlık sektörüne benzetildi. Canlı emek sömürüsü ile artık değer sızdırma, doğrudan sermaye birikimi mümkün hâle getirildi. Sağlık alanındaki üretim araçlarının gelişimi, emek sürecinde birim zamanda daha fazla değer yaratılmasına olanak sağladı.

Önemli işlevi emek gücünün yeniden üretimi olan sağlık emek gücü, kapitalizm döneminde alet ile üretim yapıyordu. Sağlık emek gücü deneyim, bilgi ve hünerinin kontrolüne sahipti. Emek, sermaye ile ilişkilendirilmiş ancak henüz emek sürecinde özne konumunu kaybetmemişti. Teknik iş bölümünde meydana gelen gelişmeyle (tıbbi cihazların gelişimi ve yaygınlaşması) hüner, bilgi ve deneyim zamanla emek/üretim aracına geçmeye başladı, emeğin kontrol gücü azaldı. Kontrol, üretim araçlarına (değişmez sermayeye) geçirildi, sağlık emek gücü vasıfsızlaştırıldı. Böylelikle sermaye (devlet-kolektif sermaye, tikel sermaye) sadece mutlak artı değer değil, aynı zamanda nispi artı değer sızdırmanın da anağına sahip hâle geldi. Başka bir ifadeyle, sistem, hem iş gününü uzatabildi hem de işin yoğunluğunu artırabilirdi. Marx'ın 'sermayenin emek üzerindeki gerçek boyunduruğu' olarak tanımladığı nispi artı değer ön planda olduğu, işçinin özne pozisyonunu kaybettiği ve işçi için kapitalist ilişkilerin dışında bir yaşam şansının kalmadığı bir ilişki, sağlık hizmet üretimine hâkim hâle geldi (**Akarca, 2019**).

Günümüzde chip teknolojisi ile bilgisayar tümleşik üretim (BTÜ) diye adlandırılan daha gelişkin bir sağlık hizmet üretimi söz konusudur. Hastane içindeki

tüm birimler birbiriyle bağlantılıdır, aynı zamanda bu bağlantılar hastaneler, sağlık kurumları ve evlerimiz kadar yaygınlaşmıştır. Tanı, tedavi ve bakım sürecinde, sağlık emek gücünün kendi arasında ve hizmetten yararlanan yurttaşlar ile bağlantısı güçlenmiştir. Her yer, her an sağlık hizmet üretimi için kullanılabilir hâle gelmiştir. BTÜ, sadece tıbbi teknoloji ve donanımda gelişme ve yaygınlaşma olarak anlaşılmalı, aynı zamanda emek sürecini kontrol altına alan algoritmalara dayalı tıbbi uygulamalara da imkan vermiştir. Bu durum sağlık emekgücünün vasıfsızlaşmasını daha da güçlendirmiş, emek gücünün boyunduruğu biçimsel boyunduruktan gerçek boyunduruğa dönüşmüştür. Gerçek boyunduruk önceleri rıza üretimi ile sağlanırken, sağlık hizmet üretimindeki ölü emeğin cesametinin, belirleyiciliğin artması ile aşırı derecede uzmanlaşmış hekim emeği dahi emek gücünü kapitaliste (devlet ya da özel sağlık sektörü) satmadan bireysel, özgür emek üretici olarak varlığını sürdürmesi neredeyse olanaksız hâle gelmiştir. Sağlık emek gücü, aletlerinin baskın olduğu dönemde biçimsel boyunduruk ile (devlet zoruyla) hastanede, sağlık ocağında tutulurken, günümüzde, BTÜ, yerleştiği sağlık hizmet üretiminde gerçek boyunduruk ile ortalama işçi hâline getirilmiştir (**Akarca, 2019**). Hatta biçimsel boyunduruk dönemimin devlet zoru performans, güvenlik soruşturmaları, KHK, sürgünler ile militarize edilmiş emek rejiminde devam etmektedir. Biçimsel ve gerçek boyunduruğun iç içe geçtiği bu durumu despotik boyunduruk olarak da tanımlayabiliriz.

Aynı zamanda emek-sürecinde sağlık emekçisinin daha fazla karşılığı ödenmemiş emek zamanı yaratılmasını sağlamaya yönelik uygulamalar (*performans, verimlilik, etkinlik, etkinlilik*) kamu/özel sağlık hizmetlerinde yaygınlaştı. Böylelikle devlet-kolektif sermaye ve özel sermaye değişmez sermaye (girdiler) ile değişken sermayenin (sağlık emekçileri) farklı bileşenleri arasında maliyet-minimizasyonu (cost minimisation) yaratacak hesaplamalar yapmaya ve *en az girdi-maliyet* ile *en hızlı çıktı* üretme dönemine geçtiler. Sağlık emek-gücü sadece emek kapasitesi ile toplumun gereksinimi olan hizmetleri üretmedi, kendisi için değer biçilen ücretten daha fazla değer üretmeye başladı. Hastane sahibi ya da artık girişimci gibi davranan kamunun, temel amacı bir ücret karşılığı belirli bir zamanda kullanım/denetim hakkına sahip olduğu sağlık emekçilerine verilen ücretten daha fazlasını üretim sürecinde yaratmasını sağlamak oldu (**Ercan, 2018**).

Sağlık hizmet üretimi büyük oranda standardize edilmiş bir üretim sürecine dönüştürüldü. Bu

özelliği sağlık emek sürecinin dizayn edilmesiyle mümkün hâle getirildi. Yalın üretim tekniklerinin hastanelerdeki somut uygulamaları toplam kalite yönetimi, insan kaynakları süreç yönetimi kavramlarının artık hastane yönetim stratejilerinin esasını oluşturduğu söylenebilir. Toplam kalite yönetimi ile emekçiler yönetim mekanizmasının bir dişlisi hâline getirildi. Sağlık emekçilerinin her türlü emeğinden, artık değer üretimine katkı sağlanması hedeflenir hâle geldi (Canıvar, 2018).

Sağlık emek gücünün sömürsüne yönelik reformlar aracılığıyla (birinci basamak dâhil) istihdamın güvencesizleştirilmesi, esnek çalışma, ücretlendirmenin esnetilmesi, performans ve hasta memnuniyetinin belirleyici olduğu bir çalışma biçimi yaşama geçirildi.

4. Üretici güçlerin gelişimi ve birinci basamak sağlık hizmetleri

Sağlık hizmet üretimi bütünlüklü olarak ele alınırsa tıp endüstrisi, tüm basamaklarda hizmet veren sağlık kurumları, laboratuvarlar ve tıbbi destek ürünleri sağlayan sektör ile birlikte kompleks olarak tanımlanabilir.

Üretici güçlerin gelişimi sağlık emek gücü ve üretim araçları bileşenleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde de ciddi değişiklik göstermiştir. Birinci basamak, sağlık hizmetinin sürekliliğini (devridaimini) sağlama, yani tanı-tedavi ve bakım sürecinin devamlılığını sağlama işlevi görmektedir. Sağlıklı olma-hasta olma ayrımı olmadan yürütülen hizmetle sağlığın fabrikaları için yaşamsal fonksiyon görmektedir. Yaşamsal fonksiyondan kasıt sağlık pazarı için hasta bulma, sağlık hizmeti talebi yaratma ve tanı-tedavi ve bakım sürecinin sürekliliğini sağlamaktır. Bu amaçla, üretim araçları güncellenmiş, yeni roller tanımlanmış, emek süreci yeni işlevlere hazır hâle getirilmiştir. Günümüzde dijital teknoloji yatırımları ile alt yapı daha da güncellenmeye çalışılmaktadır. Alma-Ata'dan Astana'ya giderken kapı tutuculuk ve Hub koordinasyonu¹ ile çeşitli sağlık kurumları arasında erken tanı, tedavi, esenlendirme ve bakım hizmetleri arasında koordinasyonu sağlama işlevi de birinci basamağa yüklenmiştir (DSÖ, 2008, DSÖ, 2018). Bu süreç, Alma-Ata'dan Astana'ya sürekliliği olan bir dönüşümdür. Bu bağlantının kurulması da dijital teknoloji yatırımlarını, sanal sağlık hizmetini gündeme getirmektedir. Sanal sağlık hizmeti, bireyselleştirilmiş sağlık anlayışı, hastanın bakım sürecinde sorumluluk alması vb. önerilerle birinci basamak hizmet üretimi esnekleştirilmektedir. Dijital teknolojiler, zaman ve mesafe

arasında köprü kurma, tüketicileri eğitme ve güçlendirme ve bakım veren hasta ilişkisini güçlendirme yeteneklerinden dolayı sağlık sistemlerinin yenilikçi bakım modellerinde yer almaktadır. Daha proaktif, öngörücü ve iyi olmaya odaklanmak için sağlık hizmetlerinde tüketici katılımı ve güçlendirilmesinin önemine dikkat çekilmektedir. Artık tüketicilerin sağlık sürecine pasif katılımcılar değil, hayatlarının diğer tüm alanlarında aldıkları şeffaflık, rahatlık, erişim ve kişiselleştirilmiş ürün ve hizmetler talep etmelerine yer verilmektedir. Tüketicilerin sağlık hizmetlerinden ne beklentilerine yönelik Deloitte 2016 Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Öncelikleri Araştırması ve Deloitte'nin 2019 Küresel Sağlık Bakım Tüketicileri Araştırması isimli iki çalışma yürütülmüştür. Birçok tüketicinin sağlık sistemleriyle ilişkiye geçmek istediğine ve buna yönelik teknoloji olanaklarının da var olduğuna dikkat çekilmiştir. Bu veriler ışığında dijital teknolojilerin yardımıyla yeni ve gelişen bakım modellerine ihtiyaç olduğu tespiti ile yönelim belirlenmektedir. Böylelikle, sağlık hizmetlerinde dijital teknoloji kullanımının hastane duvarlarını aşarak evlere kadar yayılması, sağlıkta alanında tüketici davranışı gösteren kişilerin artışı ile pazarın daha da büyütülmesi yönlü neoliberal sağlık reformları için alt yapı hazırlanmaktadır. Tüm bu hazırlık sanal sağlık hizmetleriyle birleştiriliyor, ortakların ilgili verilere kolayca erişmesine, bakım kalitesini artırmaya ve değer sunmasına yardımcı olacağı belirtilerek, sanal sağlık hizmetlerinin kapsamında şunlara yer veriliyor:

- Senkron bakım (hastaların sağlayıcılara erişim kolaylığını artırmak için)
- Hekim-hekim iletişimi (bilgi paylaşımı yoluyla hasta bakımını iyileştirmek için)
- Kronik hastalık yönetimi (kronik hastalığı olanlar için izleme ve uyarıları iyileştirmek için)
- Sanal sosyal hizmet (yetersiz hizmet alan nüfus için iletişimi ve bakımı geliştirmek için)
- Tele sağlık hizmeti (hastalık izlemeyi iyileştirmek için - örn., e-ICU, telepsişi, telestrok)
- Uzaktan hasta izleme (sağlayıcıların hastaların sağlığı ile ilgili anlayışlarını geliştirmek için)
- Bakım Yönetimi (hastaların tedavi planlarını anlamalarını ve tedavi planlarına katılmalarını artırmak için)
- Hasta uyumu (ilaç uyumu, sağlık takibi ve hastanın hesap verebilirliği için)

- Bakım koordinasyonu (ödeme yapan / sağlayıcı ilişkilerini geliştirmek için) (**Deloitte, 2019**).

Sanal sağlık hizmeti, dijital ve telekomünikasyon teknolojileri aracılığıyla sağlık hizmetlerinin daha etkin sunulması ve tüketicilerin ihtiyaçlarının karşılanması mümkün hâle gelecek denilmektedir. Sanal sağlık hizmeti, gelecek nesil, hasta odaklı, dijital olarak etkinleştirilen bir sağlık hizmeti sunum modelinin temel dayanağı olarak gündeme gelmektedir. Sanal sağlık hizmeti ile insanların (hastaların) bilgilendirilmesi, bakım yeteneklerinin geliştirilmesi ve kişiselleştirilmesi, iletişimin (klinikisyenler ile hastalar, klinikisyenler arası, diğer paydaşlarla) artırılması ve hızlandırılması mümkün hâle geleceği ifade edilmektedir. Video ziyaretlerini veya telekonferans randevularını etkinleştirmenin yanı sıra, sanal sağlık hizmetinin, hasta popülasyonu gereksinimlerine, sağlık organizasyonu yeteneklerine ve kaynak kullanılabilirliğine dayalı kişisel bakım sunumunun bir tamamlayıcısı olduğu, hatta onun yerine geçebileceği belirtilmektedir (**Deloitte, 2019**). Sanal sağlık hizmeti, kişilerin sağlık kurumlarına olan bağımlılıklarının artmasına yol açması kaçınılmazdır. Tedavi ve bakım sürecinin günün 24 saatine yayılması, hizmete erişim açısından mekân ve zaman engellerinin kaldırılması ve isteklerin-taleplerin (kısırlanmış, yönlendirilmiş) tümünün hizmetle buluşturulması ile hizmet üretiminin artırılması ve hızlanması ile sömürü oranının artırılması ve yoğun kullanımın sağlanmasıyla sağlık kurumların maliyetlerinin azaltılması gibi artık değeri maksimize etmeye yönelik sermayenin çıkarları da gizli ajanda olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tüm sağlık camiası açısından ideolojik hegemonya kurma bu sürecin olmazsa olmazları arasındadır. Hegemonyanın yolu sağlık hizmetlerinin sermayeleşmesi sürecinin değil sağlık hakkının, herkese sağlık düsturunun, yaşam boyu koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi, sağlığın sosyal belirleyicileri gibi kavramsal setin ön plana çıkarılması gerçeğin ustaca gizlenmesidir (**DSÖ, 2008; DSÖ, 2018**). Alma-Ata sürecinde daha silik gözükken, sağlık hizmetlerinin sermayeleşmesine yönelik hamleler, seçici temel sağlık hizmetleri, Talinn şartı, Ljubljana sözleşmesi, her zamankinde daha fazla temel sağlık hizmetleri adlı 2008 dünya sağlık raporu ve Astana sürecinde daha görünür hâle gelmiştir Halk sağlığı adına olan birikimin içerilmesi için incelelikli bir yol izlenmiş, camianın desteği de alınmaya çalışılmıştır. Sağlığın sosyal boyutunun ikincilleştirilmesi, temel koruma söyleminin kullanılmaması, birinci basamağa hastalık ve tedavi merkezli işlev

yüklenmesi, hasta odaklı hizmetin öne çıkması, çoğulcu finansman ve çoğulcu sağlık hizmetleri, örgütlenmede esneklik, teknoloji yatırımları, seçme hakkı, yaşam boyu koruyucu hizmet yaklaşımının tıbbileştirilmesi, sağlığı hastanede-tedavide arar hâle gelme, sağlık okur yazarlığı ile hastane başvurularında artış ile sağlık kurumlarında daha fazla zaman geçirme, sağlık için daha fazla kaynak arama, sağlık yönetiminden yönetişime geçiş ile sağlık alanına katkı sağlayan sermaye kesimlerinin karar süreçlerinde etkin hâle gelmesi, sağlık emek gücünün güvencesizleştirilmesi, performans dayalı çalışmanın ön plana çıkması vb. saklanan-gizlenen gerçekler olarak metinlerin içerisinde dağınık hâlede yer almaktadır (**DSÖ, 2008; DSÖ, 2018**).

Bu tartışmalarda en çok kafa karıştıran sağlığın sosyal belirleyicileri; sağlık okuryazarlığı; önleme gibi halk sağlığıculara daha sıcak gelen kavramlar olmuştur. Kavramların içerisi boşaltılmış, çarpıtılmıştır.

Önleme kavramı, sermaye tarafından 'önlemeye yatırım' olarak dile getiriliyor. Sermayeye danışmanlık yapan Deloitte İngiltere Sağlık Çözümleri Merkezi tarafından 2016 yılında hazırlanan raporda Avrupa genelinde daha iyi sağlık hizmetlerinin nasıl sağlanacağı ile ilgili yedi yaşamsal belirteçten biri önleme olarak gösteriliyor. Önlemeye yatırımının hastalık yükünü azaltma, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği, eşitsizlikleri azaltma, sistem verimliliğini artırma açısından olumlu katkılarına yer veriliyor. Önleme yatırımları arasında özellikle kronik hastalara yönelik sağlık okuryazarlığına, erken tanıya yönelik hastalık taramalarına, sağlıklı yaşam tarzlarının teşvik edilmesine, yüksek kan basıncı, yüksek kan şekeri ve düşük oksijen seviyeleri gibi risk faktörlerini azaltmayı hedefleyen standart protokollere ve yönergelere uygun olarak reçete edilmesine, statin, anti-hipertansif, anti kolesterol ilacı reçetelemenin yararları konusunda birinci basamak personelinin eğitilmesine de yer veriliyor Sağlık okuryazarlığı erken tanı, kronik hastalıkların yönetimi, sağlıklı yaşam tarzları ile dijital teknoloji kullanımı birleştiriliyor (**Deloitte, 2019**). Deloitte tarafından hazırlanan başka bir raporda sağlıkla ilgili tüketim mallarına yatırım yapan sermaye gruplarının gelirlerinin 2015 yılında 971 milyon ABD doları iken, 2017 yılında 3.1 trilyon ABD dolarına çıktığına yer verilmiştir. Bu kapsamda sağlıklı diyet ürünlerinin (azaltılmış şeker, azaltılmış tuz, azaltılmış doymuş yağ içeren) piyasasının büyüdüğüne dikkat çekilmektedir (**Deloitte, 2017b**). Halk sağlığı için önemli olan bir kavramın sermaye için yeni bir pazar olarak

yatırıma dönüşmesi ile ilgili böyle çok sayıda örnek göstermek mümkün... (Kickbusch, 2012; Stuckler ve ark., 2012a; Stuckler ve ark., 2012b, Moodie ve ark., 2013; Kickbusch ve ark., 2016; Buse ve Hawkes, 2016; Buse ve ark., 2017).

Sağlığın sosyal belirleyicileri (SSB) söylemi kapsamında yaşama sağlıklı başlamak, eğitim, ekonomi, işsizlik ve iş güvenliği, istihdam ve çalışma koşulları, gıda güvenliği, bağımlılık, sağlık hizmetlerine erişim, ulaşım, barınma durumu, sosyal dışlanma ve sosyal destek gibi başlıklara sıklıkla yer verilmektedir. En radikal kullanımında dahi toplumsal düzen ile bağlantı kurulmamakta, kapitalist toplumsal düzene referans verilmesinden kaçınılmaktadır. Toplumsal güç ilişkileri kavramının içerisinde bunun yer aldığı söylene de bu kavramı kullananların çoğunluğunun anti-kapitalist olmadığı, bu sorunların sistem içi giderilmesi yönlü bir söylemin hâkim olduğu, neoliberal sağlık reformlarının bizzat yürütücüleri olduğu bilinmektedir. Özkan, SSB üzerine ayrıntılı bir değerlendirme kaleme almıştır. Özkan (2019), SSB'nin 14 yıldan beri DSÖ'nün küresel ölçekte egemen sağlık politikası ve uygulaması olduğuna ve egemen üretim tarzının görmezden gelindiğine dikkat çekerek, SSB'nin sağlıksızlığın ve sağlıktaki eşitsizliklerin temel nedeni değil, onların risk faktörleri, etkileyen faktörleri, ara nedenleri, kolaylaştırıcıları, orta düzey belirleyicileri ya da öncülleri olduğunu ifade etmiştir. Sağlıkta hakkaniyetsizlikleri azaltmada SSB üzerinden müdahale önerilerinde DB, IMF, DTÖ gibi uluslararası düzeyde sermaye örgütlerine, iş dünyasına ve diğer piyasa dinamiklerine önemli görevler tanımlandığına dikkat çekmiştir. Özetle, SSB kavramı halk sağlığına sıcak gelse de sağlık muhalefetine sistem içine çekilmesine, içerlenmesine hizmet ettiği unutulmamalıdır (Özkan, 2019).

Halk sağlığı camiası için cazip gelen birinci basamağa önem verilmesi şeklinde algılanan bu kavramların yanında her nedense sağlık hizmetlerinin metalaşmasına aracılık eden çoğulcu finansman sistemleri, sağlığa daha fazla yatırım, çoğulcu sağlık sistemleri vb. kavramlar görmezden gelinmektedir. Halk sağlığı camiası için cazip gelen, birinci basamağa önem verilmesi şeklinde algılanan bu kavramların yanında örgütlenmenin esnetilmesi, birinci basamağın örgütlenmesinde yeniliklerin teşvik edilmesi, çoğulcu sağlık modelleri, çoğulcu finansman modelleri, sağlığa daha fazla yatırım yapılması, birinci basamağa çok daha fazla kaynak ayrılması, teknolojinin yaygın kullanılması, yönetim, liderlik, seçme hakkı, performansın teşvik

edilmesi, ekonomik katkı sağlayarak sorumluluk alma gibi sağlık hizmetlerinin metalaşmasına zemin hazırlayacak kavramlara da yer veriliyor (DSÖ, 2008; DSÖ 2018). Yazılan bir çok raporda halk sağlığı tartışmasının arasına katılarak görünmez kılınan bu kavramlar neoliberal sağlık reformları için anahatar işlev görmektedir.

Sonuç

Neoliberal sağlık reformları 1980'lerle birlikte gündemimize yerleşti. DSÖ, DB, IMF sağlık hizmetlerinde mevcut tikanıkları aşmak için bu reformları gündeme getirse de sağlık muhalefeti ve toplumsal muhalefet, yapılmak isteneni çok erken analiz etti. Sermayenin güncel ihtiyaçlarının karşılanması, kapitalizmin yapısal krizini aşma istemi deşifre edildi. Bununla birlikte, sağlık hizmet üretiminde üretici güçlerin gelişimi, sağlık alanının artık değer sızdırmaya olanaklı hâle gelmesi yeterince ele alınmadı. Sağlık hizmet üretiminde üretim araçları ve emek gücündeki gelişmeler sağlığın sermayeleşmesine yönelik reform ihtiyacını kamçulamıştır. Sağlık hizmet üretimindeki üretici güçlerin gelişimi neoliberal sağlık reformlarının arka planının okunmasında bizlere ciddi katkı sağlayacaktır.

Dipnot:

1. Birinci basamakta neoliberal dönüşüm ile hekime biçilen rol hasta odaklı hizmette koordinasyonu sağlamak olmuştur. Bu işlev 'Hub koordinasyon' olarak adlandırılmıştır. Hub koordinasyonda birinci basamak koordinasyonun merkezi olarak aşağıdaki sağlık kurumları ile bağlantının sürdürülmesi ve sıralanan birimlerin birinci basamakla entegre edilmesi hedeflenmiştir (uzmanlık hizmetleri düzeyinde diyabet klinikleri, tüberküloz kontrol merkezleri, toplum ruh sağlığı üniteleri; ahstaneler düzeyinde acil servis, ana sağlığı ve cerrahi hizmetleri; tanı hizmetleri düzeyinde BT ve sitolojik taramaları; uzmanlaşmış koruyucu hizmetler için çevre sağlığı laboratuvarı ve kanser tarama merkezleri; sivil toplum kuruluşları düzeyinde kadın sığınma evleri ve alkol bağımlılık merkezleri).

Kaynaklar

Akarca, G. (2019) Sağlık Tanımı ve Hekimin ve İşyeri Hekiminin Sınıfsal Konumu Üzerine. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 71: 21-34.

Belek, İ. (2001) Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası. Sorun yayımları, 3.baskı, İstanbul, s:13.

Betts, D., Korenda, L. (2019) A consumer-centered future of health: Deloitte's 2019 global health care consumer survey finds evidence that the future is now.

BM, DSÖ, OECD, UÇÖ (2016) Working for Health and Growth – Investing in the health workforce.

Buse, K., Hawkes, S. (2016). Sitting on the FENSA: WHO engagement with industry. Lancet, 388: 446-447.

- Buse K, Tanaka S, Hawkes S.** (2017) Healthy people and healthy profits? Elaborating a conceptual framework for governing the commercial determinants of non-communicable diseases and identifying options for reducing risk exposure. *Globalization and Health* (2017) 13:34 DOI 10.1186/s12992-017-0255-3.
- Canvar, C.** (2018) Sağlıkta yalın üretim uygulamaları. <http://siyahaber4.org/yalin-saglik-4-saglikta-yalin-uretim-uygulamalari>.
- Deloitte (2014)** 2014 global health care outlook. Shared challenges, shared opportunities.
- Deloitte (2015)** 2015 global health care outlook. Common goals, competing priorities.
- Deloitte (2016)** 2016 global health care outlook. Battling costs while improving care.
- Deloitte (2017a)** 2017 global health care outlook. Making progress against persistent challenges.
- Deloitte (2017b)** Health&Wellness Progres Report. Based on 2017 survey findings
- Deloitte (2018)** 2018 global health care outlook. The evolution of smart health care.
- Deloitte (2019)** 2019 global health care outlook. Shaping the future.
- Deloitte (2020)** 2017 global health care outlook. Laying a foundation for future.
- DSÖ (2008)** The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever).
- DSÖ (2018)** From Alma-Ata to Astana: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future.
- DSÖ (2019)** Global spending on health: a world in transition. Geneva: World Health Organization; 2019, WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/19.4). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Ercan, F.** (2018) Şehir Hastaneleri Üzerinden Ezberleri Bozmak: Alavere Dalavere Sağlık Emekçileri Göreve. Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES), Şehir Hastaneleri Çalıştayı, SES yayımları, s:14-50
- Hamzaoğlu, O.** (2007) Sağlık Sistemleri Dosyasından Akılda Kalanlar. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 22 (3): 230-240
- 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.
- Hamzaoğlu, O.** (2013) Dünyada Sağlık Reformu Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 28 (3): 172-180.
- Kiper, M.** (2018) Dünyada Ve Türkiye’de Tıbbi Cihaz Sektörü Ve Strateji Önerisi, Türkiye Teknoloji Geliştirme Vakfı-TTGv, TTGV/ TTGV – T/2013/002, 2.baskı, 2018.
- Kickbusch, I.** (2012). Addressing the interface of the political and commercial determinants of health (EDITORIAL). *Health Promotion International*, 27 (4): 427-428.
- Kickbusch, I., Allen, L., Franz, C.** (2016) The commercial determinants of health. *Lancet*, 4: 895-896.
- Marx, K.** (2004) Kapital. Cilt 1, Sol yayımları, 7. Baskı, Ankara.
- Moodie R, Stuckler, D., Monteiro, C., Sheron, N., Neal, B., Thamarangsi, T., Lincoln, P., Casswell, S., on behalf of The Lancet NCD Action Group.** (2013) Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet* 2013; 381: 670-679
- Özkan, Ö.** (2019) Sağlıkım Sosyal Belirleyicileri Sağlıkta Eşitsizliklerin Temel Nedeni Olabilir mi? *Toplum ve Hekim Dergisi*, 34 (5): 374-395.
- Sağlık İstatistik Yıllığı (2018)**
- Akdağ, R.** (2011). Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu (2011). Başeditör: Akdağ R. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, ISBN : 978-975-590-397-2 Sağlık Bakanlığı Yayın No: 851 HMM Yayın No : HMM-2011-31, Ankara, 2011.
- Sezgin, D.** (2011) Tibbileştirilen Yaşam, Bireyselleştirilen Sağlık. Ayrıntı yayımları, Birinci baskı, İstanbul
- Soyer, A.** (2004) Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sağlıkta Değişim. İçinde: Sağlıkım Öyküsü, Sorun yayımları, Birinci baskı, İstanbul, s: 50-57.
- Soyer, A.** (2010) Sağlık Hizmetlerinde ‘Fabrika’ Dönemine Geçiliyor, *Bianet*, 18 Haziran 2010, <https://m.bianet.org/bianet/siyaset/122812-saglik-hizmetlerinde-fabrika-donemine-geciliyor>
- Stuckler, D., Nestle, M.** (2012a) Big Food, Food Systems, and Global Health. *PLoS Med* 9(6):e1001242. doi:10.1371/journal.pmed.1001242.
- Stuckler, D., McKee, M., Ebrahim, S., Basu, S.** (2012b) Manufacturing Epidemics: The Role of Global Producers in Increased Consumption of Unhealthy Commodities Including Processed Foods, Alcohol, and Tobacco. *PLoS Med* 9(6): e1001235. doi:10.1371/journal.pmed.1001235.
- TOBB (2017)** Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bakış.
- Türkiye Sağlık Platformu (TÜSAP-2016)** Sağlık Teknolojileri Raporu.
- YASED Uluslararası Yatırımcılar Derneği (2012)** Türkiye Sağlık Sektörü Raporu: Sürdürülebilir ve Kaliteli Sağlık Sektörü için Genel Bakış ve Potansiyel İyileştirme
- Yavuz, C.I.** (2019) Emek Gücünde Dönüşüm. İçinde: Birinci Basamak Çalıştayı, 12-12 Ocak 2019. Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası yayımları, S: 88-96
- Sözcü Gazetesi web sayfası (2020).** Erişim Tarihi 3 Haziran 2020, https://www.sozcu.com.tr/2020/gundem/sondakikaturkiyedeki-corona-salgininda-vaka-ve-can-kaybisiyaciaklandi-10-02-2020-5739894/?utm_source=szc&utm_medium=free&utm_campaign=ilgilihaber.
- Dünya Gazetesi web sayfası** <https://www.dunya.com/ekonomi/dunya-saglik-harcamalari-127-trilyon-dolara-cikacak-haberi-274523>.
- Şencan, İ** (2014). 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi (2014), Editör: İrfan Şencan, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 958, ISBN: 978-975-590-516-7, (Ankara).