

YİRMİNCİ YÜZYILIN ÜTOPYASI: HERKES İÇİN REFORM! HERKES İÇİN EŞİT(SİZ)LİK!

Coşkun BAKAR*

Özet: İnsanoğlu, bugüne kadar yaşamış kuşaklardan daha avantajlı bir noktaya ulaşmayı başarmıştır. Binlerce yıldır çözülmeyen sorunlara bilimsel yöntemler geliştirmiştir. Kendine güvenli şehirler yaratmış ve hastalıklardan korunmasını ya da tedavisini sağlayacak yöntemler bulmuştur. Ancak, halen kendi eliyle yarattığı eşitsizlikler için akılcı ve bilimsel bir yöntem bulamamıştır ve geliştirememiştir.

Geride bırakılan çeyrek yüzyıl boyunca, küresel rüzgârların etkisi ile sağlık sistemleri dönüştürülmektedir. Reform olarak sunulan bu dönüşümde ulus devletler sağlık hizmeti finansmanı ve sunumundan çekilmekte olup piyasa yeni hizmet sunucularına (tedarikçilere) devredilmektedir. Yaşanan dönüşümün gerekçelerinden birisi de eşitsizliklerin giderilmesidir. Ancak bugüne kadar kazandığımız tecrübeler, göstergelerin küresel olarak iyileşmesi illüzyonuna rağmen, dönüşümün eşitsizlikleri azaltmada başarılı olamayacağını bize düşündürmektedir.

Anahtar sözcükler: Sağlık, reform, dönüşüm, eşitsizlik

Utopia in The Twentieth Century: Reform For Everyone! (in)equality For Everyone!

Abstract: Human being has succeeded accessing more advantageous position than past generations. They have also developed scientific methods for insoluble problems for thousands of years. They have established safe cities for themselves and discovered methods to provide protection from diseases or treatment for themselves. However, they couldn't find and improve a rationalistic and scientific method for the inequalities created by their own hand.

The health care systems have been transformed into an obscurity with the impact of the global winds for the past quarter century. During this transformation presented as a reform, nation-states have been take off the market of health care financing and delivering and the market has been transferred into new suppliers. In addition, one of the reasons for this transformation is to eliminate inequalities. However, our experiences that we have achieved so far have made us think that this transformation can not be successful in reducing inequalities, despite the illusion of global recovery of health indicators.

Key words: Health, reform, transformation, inequality

“Evet, kaybedenler de olacaktır. Bazı insanlar işsiz kalacaktır. Evet, daha fazla eşitsizlik olacaktır. Fakat eşitsizlik hep vardı: şu an sahip olduğumuz yanlış bir eşitlikti. Karar vermemiz gereken kimin tepede olmayı gerçekten hak ettiğiidir”.
Omer Everlery Perez¹ (Lambert, 2011).

Giriş:

Sağlık Reformu ve Eşitlik

Yukarıda okuduğunuz sözler, sağlık ve eğitim hizmetleri ile sembol olmuş Küba ile ilgili olarak kaleme alınmıştır. Yazının ana teması, Küba’da sosyalizmin piyasa ekonomisine yenilmiş olduğu mesajının dünyaya kabul ettirilmesidir. Ve yukarıdaki sözler, belki de eşitsizliğin normalleştirilmesi anlamında

söylenmiş en acımasız görüşlerdendir. Öte yandan yarım yüzyıldır, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) öncülüğünde, “Herkes İçin Sağlık” rüyası peşinde koşulmaktadır. Hedeflerden biri de eşitsizliklerin azaltılmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2011; Whitehead, 1992).

*Doç. Dr. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Ülkemizde bebek ölüm hızına bakıldığında binde onlar seviyesine indiği görülmektedir. Bu durum yıllardır ulaşılmaya çalışılan bir nokta olmakla birlikte; her ilin aynı seviyede olduğunu söylemek zordur. 2012 yılı verilerine göre bebek ölüm hızı Ağrı ilinde binde 22,9 iken, Bayburt'ta binde 5 seviyelerindedir. Bu ölüm hızının ülkenin doğusu ile batısı arasında farklılıklarını yansıttığını yadsıyamayız. Doğumda yaşam beklentilerine bakıldığında ise ülkemizin illeri arasında her iki cinsiyette 6 yıl gibi bir fark gözlenmektedir (**Türkiye Kent Sağlık Göstergeleri, 2013**).

Temel göstergelerdeki eşitsizlikler küresel açıdan da benzerdir. Farklı gelir grubu ve bölgelerde yaşayan insanların doğumda yaşam beklentileri arasındaki farklılık 20 yıla kadar ulaşmakta olup son yıllarda bu farklılıkta önemli bir düşüş görülmemiştir (Şekil 1) (**WHO, 2013**). Aynı durumun beş yaş altı ölüm hızına da yansıdığı gözlenmektedir. Beş yaş altı ölüm hızları son 20 yılda küresel olarak azalmakla birlikte; gelir durumu ve bölgesel ayrımlara bağlı farklılıklar halen devam etmektedir (Şekil 2) (**WHO, 2013**).

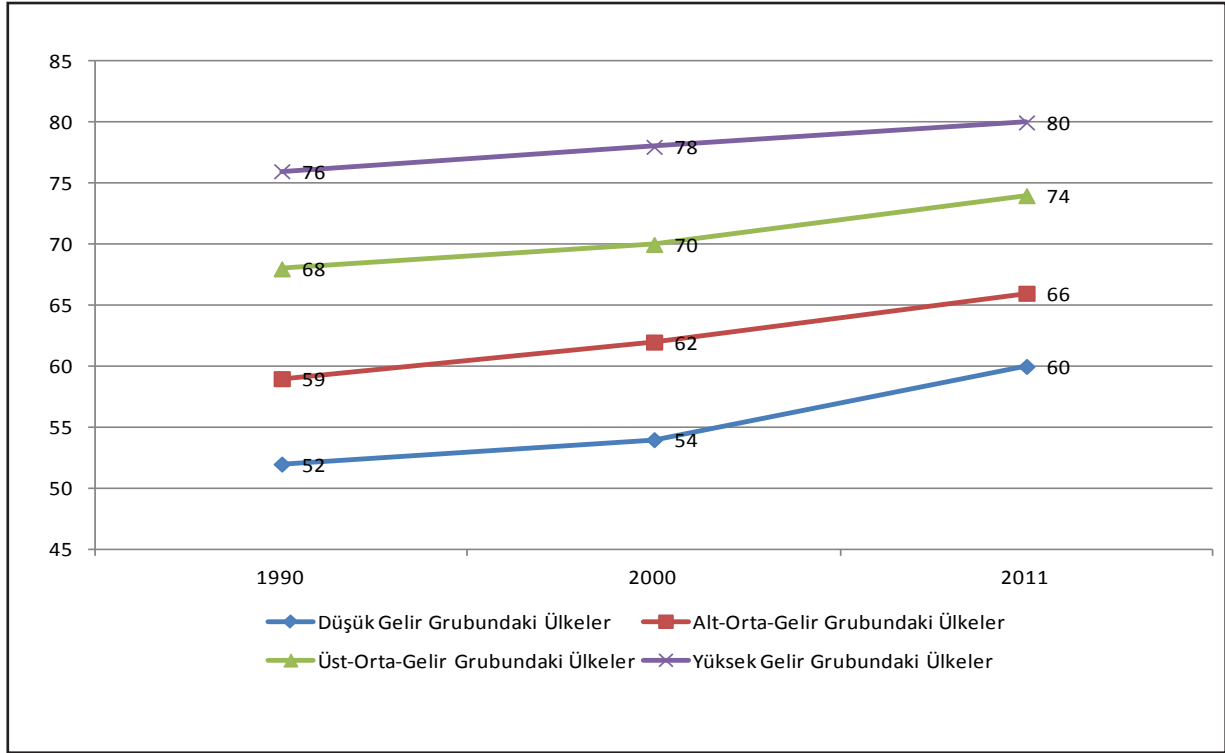
Bu durumun temel nedenlerini DSÖ'nün 2000 yılında yayınladığı raporu içinde gözlemekteyiz. Bu rapora göre dünya nüfusunun %84'ü küresel sağlık harcamalarının 11'ni paylaşmakta, hastalık yükünün ise %93'nü çekmektedir (**Lister, 2005**). Bu durum farklı araştırmaların sonuçlarında da göze batmaktadır:

- Dünya nüfusunun %5'ni oluşturan Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) küresel sağlık harcamalarının %40'ı yapılmaktadır. Ancak bu harcama düzeyi bile tüm ABD toplumunun hak ettiği sağlık hizmetini aldığı anlamına gelmemektedir. Bugün on milyonlarca insan sağlık hizmetlerine hiç ulaşamamaktadır (**Lister, 2005**).
- Japonya'nın Nijerya'ya göre sağlık hizmetlerine ayırdığı bütçe 270 kat daha fazladır. Ancak her iki ülkenin nüfusu neredeyse aynıdır (**Lister, 2005**).
- Medikal ve farmasötik araştırmalar çoğunlukla piyasanın yönlendirdiği kâr getiren alanlara kaydırılmaktadır. Kaynakların ancak %10'u ancak insanlığı %90'nını etkileyen sağlık sorunlarına ayrılmıştır (**Lister, 2005**).

Söz konusu örnekleri çoğaltmak mümkündür. Ancak ulaşacağımız nokta açıktır: Eşitsizlikler dünyanın her yerinde ve farklı boyutlarda ve benzer sonuçlara yol açacak şekilde yaşanmaktadır. DSÖ

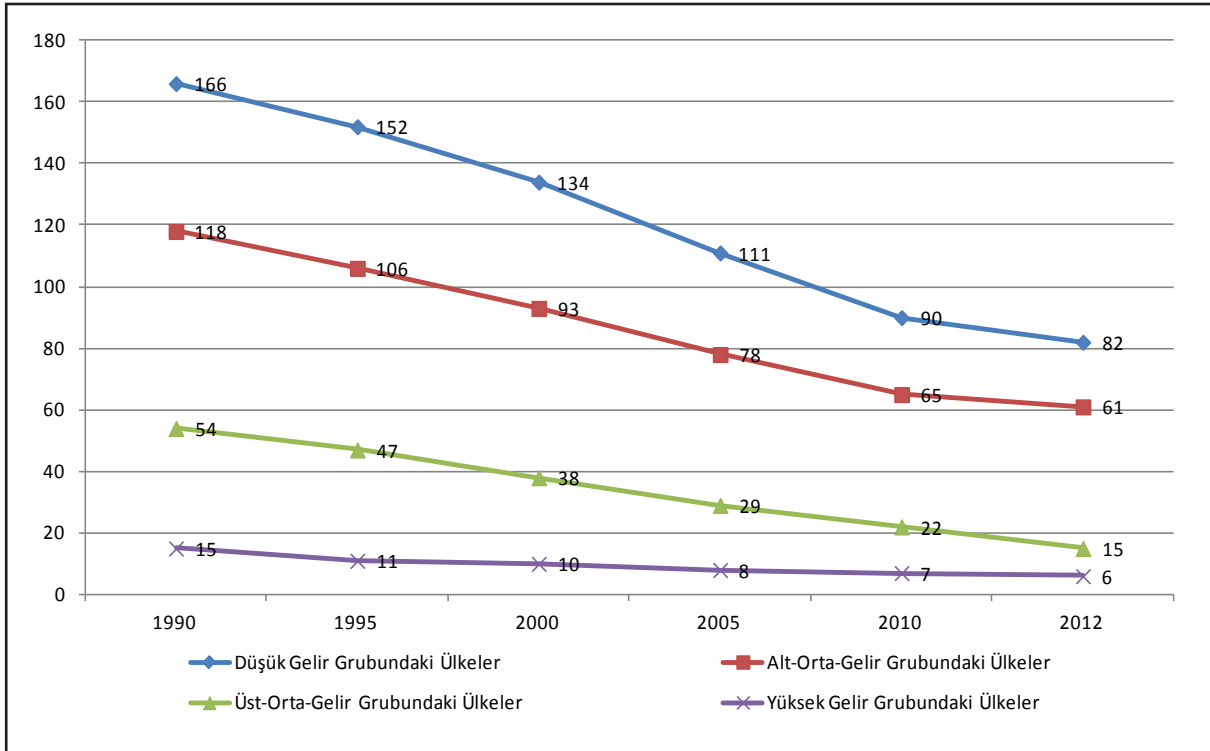
öncülüğünde dünya çeyrek yüzyıldan fazla bir zamandır hem küresel sağlık durumunu iyileştirmek hem de eşitsizlikleri azaltmak için politika üretmeye çalışmaktadır. Ancak sonuçlar konusunda başarıdan bahsetmek çok da mümkün görülmemektedir. Çünkü bir yanda "Herkes için sağlık" kavramı durmaktayken; diğer tarafta neoliberal saldırı, dünyayı kendi bildiği anlamda şekillendirmeye devam etmektedir. Tüm dünyada 1970'li yıllarla birlikte daha saldırganlaşan bu anlayışın sembol isimlerinden Ronald Reagan birinci başkanlık konuşmasında "Sorunlarımızın çözümü devlet değildir, sorun devlettir" diyerek, bugün başımıza gelecekleri önceden duyurmuştur (**Krugman, 2009**). Bu dönem aynı zamanda sonradan küreselleşme olarak adlandırılacak olan yeni bir devrin de başlangıç noktasını oluşturacaktır. Küreselleşme başlangıçta G72 ülkeleri, Dünya Bankası (DB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Ticaret Örgütü'nün (DTÖ) işbirliği içinde uygulanmıştır. Yöntem çok da karışık değildir. DB ve IMF ulusal hükümetlere yapısal uyum kredileri sağlarlar ve kredilerin şartları ile de piyasaların kontrolünü sağlarlar. Ulusal hükümetlerin kredilere başvurma garantileri ise içinde buldukları sistemin kaosunda yatmaktadır. Piyasa odaklı sistemler genişleme dönemlerinin içinde mutlaka belirli aralıklarla yıkımlara yol açan krizleri barındırmaktadır. Bu kriz dönemlerinde de ulusal hükümetler kaynak sıkıntısı içinde uluslararası fonlara başvurma ihtiyacı duymaktadır. Her kriz sonrasında o ülke sınırları içinde bulunan birçok sektör uluslararası sermayenin kontrolüne bırakılmaktadır. Küreselleşmenin doğal sonucu olarak görülen ve birçok akademisyen ve uzmanın savunuculuğunu yaptığı bu sistem, dünya genelinde yaşayan insanların hayatlarına özelleştirme, güvencesiz esnek koşullarda çalışma, daha fazla prim ve sağlık reformu uygulamalarıyla yansımaktadır (**Labonte, 2009**). Sonuç özellikle son yıllarda yaşanan çelişkiler yumağı olmuştur. Zengin ülkelerde obezite salgını gözlenirken yoksullar beslenme yetersizliğine bağlı sağlık sorunlarından kurtulamamış; yaşam beklentileri zengin ülkelerde 80'li yılları aşarken, yoksullarda 60'lara ancak ulaşabilmiştir (**Coburn, 2009**).

"Sağlıkta Eşitlik" kavramının tartışılacağı bu sayıda, bu makalenin sınırları Sağlık Reformları ekseninde çizilmeye çalışılacaktır. Bu makalede reform kelimesi, sağlık politikalarının ve kurumlarının değiştirilmesine yönelik, siyasi otorite tarafından desteklenen ve yürütülen sistemli, planlı politikalar bütünü olarak ifade edilecektir. Bu kavram içinde küçük çaptaki değişimler yerine yapısal büyük değişimler, tek tek hedefler yerine kurumsal politikadaki



Şekil 1. Doğumda yaşam beklentilerinin ülkelerin gelir gruplarına göre dağılımı, 1990-2011

Kaynak: World Health Organization. Life expectancy: Life expectancy by World Bank income group. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.700?lang=en>



Şekil 2. Beş yaş altı ölüm hızlarının ülkelerin gelir gruplarına göre dağılımı, 1990-2011

Kaynak: World Health Organization. World Health Statistics: Mortality and global health estimates. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.172WB?lang=en>

değişimler, bir seferlik değil uzun dönemli değişimler ile hükümetler tarafından yukarıdan aşağıya uygulanan, uluslararası finans kurumlarının desteklediği politik süreçler bulunmaktadır (**Avrupa Sağlık Reformu, 1998; Belek, 2001**). Bu makalede reform yerine kullanılan dönüşüm kavramı da aynı anlamları içermektedir. Bilindiği üzere Sağlık Bakanlığı 2003 yılından itibaren reform kelimesi yerine "Sağlıkta Dönüşüm" kavramını kullanmaya başlamıştır (**Sağlık Bakanlığı, 2003**).

Sağlıkta eşitlik kavramı için birçok tanım yapmak mümkündür. Whitehead, sağlık hizmetlerindeki eşitliği; "eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, eşit ihtiyaçlar için eşit kullanım ve herkes için eşit kalitede hizmet" olarak tanımlamaktadır (**Whitehead, 1992**). Labonte ve Schrecker ise sağlıkta eşitliği "sistemik olarak sosyal avantaj ve dezavantajlarla ilişkili olan, sağlıkta (ve sağlığın ana toplumsal belirleyicilerinde) farklılıkların olmayışı" olarak ifade etmektedir (**Labonte, 2009**). Sonuç olarak insan eliyle yaratılan, önlenemez ve önemli sağlık ve sosyal sonuçlar yaratan bireysel ve toplumsal farklılıkları eşitsizlik olarak görmekteyiz. Bu tanımlamalardan dolayı eşitsizlik, önlenemez olması ve ahlaki sorunlar yarattığı için politik olduğu kadar akademik bir mücadele alanı oluşturmaktadır.

Herkes İçin Reform

Kamusal sağlık sistemlerinin dünya tarihinde çok eski geçmişi bulunmamaktadır. Sistemik hizmete olan ihtiyaç, özellikle salgın hastalıkların durdurulması için doğmuş ve sağlık hizmetinin toplumsal boyut kazanması ile şekillenmeye başlamıştır. Ve belki de başladığı andan itibaren dinamik özellikleri nedeniyle hep yenilenme doğmuştur. Bugünkü anlamda reform süreçlerini toplumsal ihtiyaçlar etkilemiş görünse de küresel ve bölgesel düzeyde iktidara hâkim olan güçlerin etkisi yadsınamaz.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından üç kuşak olarak ifade edilen reform süreçlerinden ilki İkinci Paylaşım Savaşı ertesine denk gelmiştir. Bu dönemde özellikle zengin ülkeler olmak üzere birçok ülkede ulusal sağlık sistemlerinin kurulması ya da güçlendirilmesi ile sosyal sigorta sistemlerinin güçlenmesine tanık olmaktadır (**WHO, 1998; WHO, 2000**).

İkinci kuşak olarak ifade edilebilecek sağlık reform süreci 1978 yılı ve sonrasına rastlar. DSÖ ve UNICEF işbirliği ile ve dünyanın büyük çoğunluğunun katıldığı Alma-Ata Konferansı bu sürecin başlangıcı sayılmaktadır. Bu dönemde dünyayı arayışa iten

gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerin aleyhine olan sağlık düzeyi olmuştur. DSÖ bu kongre ile ülkelere Temel Sağlık Hizmetleri anlayışını önermiştir (**WHO, 2000; Öztekin, 1992; Pekçan, 2001**).

Alma-Ata Bildirisi, idealist, geniş kapsamlı ve gerçek dışı olmakla eleştirilmiştir. Özellikle o yıllarda hedeflenen "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" sloganının uygulanabilirliğinin olmadığı gelen eleştiriler arasındadır (**Cueto, 2004**). Dolayısıyla 1979 yılında İtalya'da yapılan toplantı sonunda "Seçici Temel Sağlık Hizmetleri (Selective Primary Health Care)" anlayışı önerilmiştir. Bu anlayış özellikle yoksul ülkeler başta olmak üzere, ulaşılabilir hedefler ve maliyet-etkin planlamaların önemini vurgulamıştır. DSÖ tarafından üçüncü kuşak reform olarak adlandırılmıştır (**WHO, 2000; Cueto, 2004**).

1987 yılında DB sağlık reformu tartışmalarına, yayımladığı "Gelişmekte Olan Dünyada Sağlık Sistemleri Finansmanı: Reform İçin Ajanda" dokümanı ile dâhil olduğu gözlenmektedir. Bundan sonra Türkiye'de dâhil olmak üzere, DB'nin tüm ulusal sağlık reformu çalışmalarını doğrudan etkilediği görülecektir (**The Worldbank, 1987**).

Sağlık reformu ve dönüşümü ile ilgili birçok doküman ortak bir dili paylaşırcasına benzer gerekçeler sunmaktadır; nüfusun yaşlanması, sağlık taleplerinin değişmesi, politik baskılar, harcamaların artması, sağlık sistemlerinin verimsizliği ve hakkaniyetsizlik ya da eşitsizlik bunlardan bazılarıdır.

Dünya Bankası 1987 yılında yayınladığı "Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Sistemlerinin Finansmanı: Reform İçin Ajanda" başlıklı raporunda gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektörü için üç temel problem öngörmektedir. Bunlar, tahsis (allocation); kamu programlarındaki verimsizlik (Internal inefficiency of public programs) ve sağlık servislerinin dağılımında hakkaniyetsizlik, adaletsizliktir (Inequity in distribution of benefits from health services). Bu sorunları ise gelişmekte olan ülkelerin sağlık harcamalarının tamamını genel harcamalardan karşılama çabasına bağlamaktadır. DB raporunda söz konusu sorunların çözümü için gerekli finansmanın kamu kaynaklarından sağlanamayacağını ve bu yaklaşım tarzının değiştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (**The World Bank, 1987**).

DB'na göre az gelişmiş ülkeler sağlık hizmetini bir vatandaşlık hakkı olarak görmekte ve anlamsız bir şekilde herkesin hizmetlerden ücretsiz bir şekilde yararlanması için çaba göstermektedir. Bu yaklaşım

işe yaramamaktadır. DB'na göre devlet sadece piyasayı düzenlemeli, özel sektör, aile planlamasının da dâhil olduğu bir paket dışında tüm hizmetleri devralması konusunda desteklenmelidir. Bu tarihten itibaren küresel sağlık politikaları konusunda DB'nın DSÖ'nün önüne geçtiği görülecektir (**The World Bank, 1987**).

DB'nın sağlığı da kendisine uğraş alanlarından birisi olarak belirlemesinden sonra, dünya üzerinde her şey gözle görülür bir biçimde değişmeye başlamıştır. DB, IMF ile birlikte İkinci Paylaşım Savaşı sonrasında yeni düzenin aktörleri tarafından oluşturulan yeni paylaşım araçlarıdır. DB'nın bir dönem Başkan Yardımcılarından olan Joseph E. Stiglitz, "Küreselleşme Büyük Hayal Kırıklığı" isimli kitabında, Bankanın politikalarının gelişmekte olan ülkelerde yaşayan fakir insanlar üzerindeki yıkıcı etkilerini itiraf etmektedir (**Stiglitz, 2002**). Yazarın kapitalist ekonomik sistemi ana ilkelerini tartışmadığını, sadece uygulama yanlışlarının olduğunu ve kendisinin asla bir küreselleşme karşıtı olmadığını özellikle belirttiğini ifade etmek gerekmektedir. Stiglitz kitabında, DB'nda alınan kararların ideolojik temellere dayandığını ve iktidardakilerin çıkarlarına hizmet ettiğini ifade etmiştir. Kararlar alınırken çoğunlukla bilimsel kanıtlar iktidarların istekleri doğrultusunda düzenlenmektedir. Stiglitz'e göre özellikle kriz dönemlerinde IMF tarafından ülkelere modası geçmiş çözüm önerileri dayatılırken, ülkelerdeki yoksul insanların hayatları hiç düşünülüyordu. Tek bir reçete vardı. Tartışma yoktu ve ülkelerin IMF programlarına tartışmadan uymaları bekleniyordu. Dayatılan programların kriz içindeki ülkelerde büyümeyi sağlayabildiği durumlarda hali vakti yerinde olanlar orantısız biçimde fayda sağlarken, yoksullar daha da yoksullaşıyordu (**Stiglitz, 2002**).

DSÖ tarafından 1996 yılında yayımlanan bir dokümanda sağlık reformlarının uygulanması için üç değerden bahsetmektedir. Bunlar eşitlik (equity), dayanışma (solidarity) ve verimlilik (efficiency) (**Belek, 2001**). Reformların amaçları arasında sağlık hizmetlerinden memnuniyeti ve hizmet kalitesini arttırmak; dezavantajlı grupların aleyhine sağlıkta eşitliliği sağlamak ve kaynak verimliliğini sağlamak bulunmaktadır. Bu hedefin özellikle üzerinde durulmalıdır ki belki de reformların diğerlerinden daha fazla anlamlı olan gerekçesi finansman kaynaklarının yeniden tahsisini oluşturmak olacaktır (**Sağlık Bakanlığı, 2003**). Bu noktada bazı yorumlar yapmayı doğru buluyorum. Bugüne kadar biriktirdiğimiz tecrübeler reform çalışmalarının motivasyonun çoğunlukla finansman kaynaklarının

yönlendirilmesi olduğunu kanıtlar niteliktedir. Uluslararası sermaye sağlığı da diğer sosyal hizmet alanlarında olduğu gibi bir yatırım ve kâr odağı olarak görmeye başlamıştır. Ancak o zamana kadar dünya halklarının çoğunluğu, sağlığı insan hakkı çerçevesinde anlamış ve hizmet sunumu modeli olarak da kamusal ağırlıklı olanlarını tecrübe etmiştir. Bu dönüşümü sağlamak üzere özellikle de gelişmiş dünya başta olmak üzere kamuoyunu ikna etmek o kadar kolay bir iş değildir. İşte finansman kaynaklarının yeniden düzenlenmesi dışındaki tüm gerekçeler, temel motivasyon kaynağını kamuoyundan saklamak ve reform çalışmalarına kamuoyu desteği yaratmak işlevi görmüşlerdir. Kimse eşitsizliklerin azaltılması ya da hizmet sunumundaki eksikliklerin giderilmesi ile ilgili çalışmaları eleştirmeyi düşünmeyecektir. Bu süreç ülkemizde de bu noktadan yürütülmüştür. Başta sistemin açıkları dönüşüm sürecine kamuoyu önünde destek sağlamıştır. Ancak günümüzde katkı payları, özel sağlık hizmetine sağlanan ayrıcalıklar ve artık gündemimize girmiş olan tamamlayıcı sigortanın başından itibaren neyle karşı karşıya olduğumuzun kanıtı olduğu düşünülmektedir.

Zaten reform kavramının gündemimize girmeye başladığı 1980'li yılların başlarında dünyada sağlık sektörü merkezde şişmiş harcamalar, çevrede ise kaynak yetersizliği sorunları ile boğuşmaktaydı. Bu duruma ek olarak ülkelerde kaynakların yanlış noktalara tahsis edilmesi ve yönetim beceriksizlikleri bulunmaktaydı. Hem küresel olarak hem bölgesel olarak hem de aynı ulusların içinde eşitsizlikler oldukça yaygındı. İlaç ve tıbbi teknoloji hızla gelişirken, bu durumdan kısıtlı küçük gruplar yararlanabiliyordu (**Belek, 2001**).

Kısaca özetlersek reform hikâyesinin ana fikrini finansman tartışmalarında bulduğunu gördük. Bütün reformların temel amaçlarının kendisini kamu harcamalarının azaltılması, yeni finansman kaynaklarının yaratılması ve hizmet sunumunun desantralizasyonu en son olarak da özelleştirmesi olduğu, bugün için herkesçe bilinen bir olgudur (**Belek, 2001; Avrupa Sağlık Reformu, 1998**).

Türkiye'de Sağlık Reformu

Türkiye'de sağlık sistemi tarihsel süreç içinde incelendiğinde tamamlanamayan reform uygulamaları ile dolu olduğu gözlenecektir (**Bakar, 2005**). Ülkemizdeki devlet bünyesindeki ilk sağlık organizasyonun veba ve kolera ile mücadele amacıyla kurulan "Meclisi Umumi Sıhhiye" (Karantina Meclisi) ile başladığını söylemek çok da yanlış olmaz. Koruyucu hekimlik ve salgınlarla mücadele için kurulan

Karantina Meclisleri ve sonrasında kurulan Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri ilk reform paketleri olarak tanımlanabilir **(TUBA, 2010)**.

Cumhuriyet dönemi ise bugüne kadar yaşanmış en büyük reform paketidir. Bu bağlamda sağlık alanında da yeni yapılanmalarla karşılaşmıştır. Öncelikle bir Sağlık Bakanlığı kurulmuştur.

Birçok kaynaklarda dönemler halinde anlatılan sağlık politikalarımız burada ayrıntılı olarak anlatılmayacaktır **(Sağlık Bakanlığı, 2003; Akdağ, 2012; TUBA, 2010; Atun, 2013)**. Makalenin ana temasını tamamlaması açısından kısa bir özet sunulacak ve özellikle 2002 yılı sonrası yaşadığımız gelişmeler irdelenecektir.

Sağlık sistemimiz içindeki en büyük reform 1961 yılında yapılmıştır. 1961 Anayasa'sının sosyal devlet anlayışı içinde kabul edilen "Sosyalizasyon Yasası" günün ihtiyaçlarına göre oldukça ileri bir reform olarak değerlendirilmelidir. İlkel olarak bugün de geçerli olan yasa bazı düzenlemelerle günümüzün Temel Sağlık Hizmetleri ihtiyacını halen karşılamaktadır. Ancak yasa çok kısa birkaç deneme dışında gerektiği şekliyle uygulanamamış ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte ortadan kalkmıştır **(Akdağ, 2012; Aygün, 1998; Akdur, 1998)**.

Ülkemizde birçok olağan üstü dönemler yaşanmıştır. 12 Eylül 1980 ve sonrası yaşananlar, bugünden gördüğümüz kadarıyla ve yarattığı sonuçları itibarıyla olağanüstü dönemlerin en olağanüstüsüdür. Bu dönemin miladı 24 Ocak 1980'dir. Dönemi diğerlerinden ayıran nedenler, sonuçlarında yatmaktadır. 12 Eylül ve sonrası yaşananlar Türkiye'ye has değildir. Dünyanın başka bölgelerinde de benzer müdahalelerin yaşandığı gözlenmiştir. Ayrıca hepsinde neoliberalizmin dünya genelinde yaygınlaştığı görülmektedir. Ülkemizde başarılı olan bu süreç aynı zamanda karşı devrim hareketine dönüşmüştür. Cumhuriyet döneminin yarattığı bütün değerler 1980'li yıllarla birlikte piyasaya ya da zamanla cemaatlara peşkeş çekilmiş ve bu yapılırken bir dönemin sembol kurumları için adı bile kalmayacak denilerek; biriktirilmiş öfke gün yüzüne çıkmıştır. Önce ülkemizde yazılmış ve belki de uzunca bir dönem içinde yazılabilecek en sosyal adaletçi Anayasa rafa kaldırılmıştır. Ve bugün ülkeyi halen kaldırılamayan, baskıcı bir Anayasa yönetmektedir. Bu Anayasa içinde sağlık hizmetlerinin devlet yanında özel sektör eliyle sunulabileceği ve Genel Sağlık Sigortası kurulacağı ibareleri bulunmaktadır. Anayasa her türlü örgütlenme hakkını ortadan kaldırmış ve çalışanların hakları sürekli olarak gerileme dönemine girmiştir.

1980'li yıllarla birlikte, hekimlere zorunlu hizmetinin geldiğini, hastanelerde döner sermaye uygulamalarının yaygınlaştığını, muayenehanecilik uygulamalarının yaygın olduğunu, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile sağlık kurumlarının işletme haline dönüştürülmeye çalışıldığını (Anayasa Mahkemesi iptal etmiştir) gördük. Türk Tabipleri Birliği yasasındaki değişikliklerle hekimlerin örgütlü yapısına ağır bir darbe vurulmuştur **(Soyer, 2004a; Soyer 2004b)**.

Özellikle 1980'li yıllarla birlikte hayatımıza girmeye başlayan, 1990'larla "Sağlıkta Reform" ve 2000'lerde "Sağlıkta Dönüşüm" olarak ifade edilen süreçlerin bir makale içine sığdırılması mümkün değildir. Zaten amacımız da değildir. Bu makale reformu eşitsizlikler penceresinden ele almaya çalışmaktadır. Ancak yine de sürecin kısaca özetlenmesine gerek duyulmuştur ki hangi olayların tartışıldığı, doğru yere konumlanabilsin. Bu amaçla 1990 ve 2000'leri özetleyen iki tablo sunulmuştur (Tablo 1-2). Bundan sonra dönüşüm sonunda elde edilen sonuçlar amaçlar doğrultusunda irdelenecektir.

Sağlıkta Dönüşüm programının açıklandığı 2003 yılından bu yana hem toplumun hem de sağlık çalışanların yaşantısında çok fazla şey değişmiştir. 2003 yılında programın amaçları, sağlık hizmetinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması ve sunulması olarak belirtilmektedir. Aile hekimliği uygulaması ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasına geçilmiştir. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı hedefine 2011 yılında kabul edilen 663 sayılı KHK ile ulaşılmıştır. Dönüşüm ile ilgili ilk dokümanda GSS yanında destekleneceği ve özel sigortaların tamamlayıcı bir rol oynayacağı vurgulanmaktadır. Ayrıca temel teminat paketinden ve ilave hizmet almaktan bahsedilmektedir. Sağlık sigortacılığının diğer sigortalardan ayrılması da ulaşılmaya istenen hedefler arasındadır **(Sağlık Bakanlığı, 2003)**.

Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti de diğer bir hedeftir. Bu hedefin gerekçeleri açıklanırken de sağlıkta eşitsizlikleri azaltmayı hedeflemeyen hiçbir programın anlamı olmayacağı söylenmektedir. Ülkemizde doğu batı eşitsizliğinin daha fazla olduğu vurgulanırken bu durumun ekonomik gerekçelerle açıklanamayacağı anlatılmaktadır. Çözüm olarak da ihtiyaç olan bölgelerde kamu sağlığı hizmetleri artırılırken, özel sektörle yarışması gösterilmektedir. Ayrıca bu bölümde ülke genelinde farklı sosyoekonomik yapılar gereği homojen bir sistemin uygulanmasının gerçekçi olmayacağı vurgulanmaktadır **(Sağlık Bakanlığı, 2003)**.

Tablo 1. Sağlık reformu sürecinin siyasal süreçle olan ilişkisi, 1990-2000, Türkiye

| SİYASAL SÜREÇ | TARİH | SAĞLIK REFORMU SÜRECİ |
|---|------------------|--|
| | 1990 | <ul style="list-style-type: none"> Sağlık Sigorta Kurumu Kanunu (Sağ-Kur) Sigorta kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi-tamamlanamamıştır Türkiye Milli Sağlık Politikası <ul style="list-style-type: none"> DPT Sağlık Sektörü Master Planı (İngiliz Price Waterhouse tarafından hazırlanmış) Rekabete dayalı sağlık sektörü, Sağlık Bakanlığı'na planlayıcı rol Dünya Bankası ile Sağlık Projesi İkraz Anlaşması imzalanıyor (İkraz no:3057-TU) 1. Sağlık Projesi Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü |
| <ul style="list-style-type: none"> Büyük Madenci Yürüyüşü Erken Genel Seçimler DYP-SHP Koalisyon Hükümeti ve koalisyon dönemlerinin başlaması | 1991 | |
| | 1992 | <ul style="list-style-type: none"> 3774 sayılı kanun ile emeklilikte yaş sınırı kaldırıldı 1. Ulusal Sağlık Kongresi (Sağlık Reformu Hikâyesinin başlangıcı) 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun Reformla ilgili 3 yasa taslağının kamuoyuna açıklanması |
| | 1993 | <ul style="list-style-type: none"> Ulusal Sağlık Politikasının Yayınlanması 2. Ulusal Sağlık Kongresi |
| <ul style="list-style-type: none"> 1994 Ekonomik Krizi ve 5 Nisan kararları IMF 16. Stand-by Antlaşması Özelleştirme İdaresi Başkanlığı'nın Kurulması | 1994 | <ul style="list-style-type: none"> 2. Sağlık Projesi-23 ilde |
| | 1995 | <ul style="list-style-type: none"> Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Taslağı ve Gerekçeleri hazırlandı - Yasalaşamadı Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık işletmelerinin Yönetimi ve Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi işletmeleştirildi |
| <ul style="list-style-type: none"> Erken Genel Seçim Refah Partisi – Doğru Yol Partisi Koalisyonu Post Modern Darbe (28 Şubat) Hükümet krizi ve yeni hükümetin kurulması Asya Krizi – 1998 Rusya Krizi | 1996 | |
| | 1997 | <ul style="list-style-type: none"> Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Projesi |
| | 1997-1998 | |
| | 1998 | <ul style="list-style-type: none"> Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı Meclise sunuldu - Yasalaşamadı 1. Sağlık Projesinin kapanması |
| <ul style="list-style-type: none"> Erken Genel Seçimler DSP – ANAVAN-MHP Koalisyon Hükümeti Marmara Depremi IMF 17. Stand-by Antlaşması | 1999 | <ul style="list-style-type: none"> Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun teklifinin Meclise sunulması - Yasalaşamadı |

Kaynaklar: Akdağ, 2012; Bakar, 2005; Belek, 2012; Demir, 2006; Gürsoy, 2009; Kazgan, 2008; Milliyet Gazete Arşivi; <http://www.osgb.com.tr/>; Soyer, 2004a; Soyer, 2004b; Resmi Gazete; TÜİK. Seçim Sonuçları

Tablo 2. Sağlık reformu sürecinin siyasal süreçle olan ilişkisi, 2000-2013, Türkiye

| SİYASAL SÜREÇ | TARİH | SAĞLIK REFORMU SÜRECİ |
|---|--------------|---|
| • Ekonomik Kriz | 2000 | |
| • Ekonomik Kriz | 2001 | • Sağlık Sandığı yasa Meclis'e gönderildi - Yasalaşamadı |
| • Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı | | • Birinci Basamak sağlık kuruluşlarında döner sermaye uygulamalarına geçiş |
| • Milletlerarası Tahkim Kanunu | | • Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Projesinin tamamlanması |
| • IMF 18. Stand-by Antlaşması | 2002 | |
| • Erken Genel Seçimler | | |
| • 1. AKP Hükümeti | | |
| • 2. AKP Hükümeti | 2003 | • Sağlıkta Dönüşüm Programının açıklanması |
| • Kamu yönetimi yasa tasarısı | | • 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve KHK'de Değişiklik Yapılması Hakkındaki Kanun -Zorunlu hizmetin kaldırılması |
| | | • Sağlık Bakanlığı'na Bağlı 10 hastanede performans uygulamasının başlatılması |
| | | • Özel sağlık kuruluşlarına başvuruların devlet memurlarından başlayarak serbestleştirilmesi |
| | 2004 | • 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun |
| | | • 2. Sağlık Projesinin kapanması |
| | | • Performans Ödeme sistemi Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde yaygınlaştırıldı |
| | | • SSK hastalarının tüm hastaneler ve eczanelerden yararlanması |
| • IMF 19. Stand-by Antlaşması | 2005 | • 5371 sayılı kanun – Zorunlu Hizmetin geri dönmesi |
| | | • Aile Hekimliği Düzce Pilot Uygulaması |
| | | • Teşhise ilişkin gruplar çalışmasının başlaması – cerrahi işlemlerde paket uygulaması |
| | | • 5283 sayılı Bazı kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesine dair kanun |
| | 2006 | • Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığının kurulması |
| | | • 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu |
| | | • Aile hekimliğinin yaygınlaştırılmaya başlaması |
| | | • İlaçların fiyatlarındaki indirim yapılması |
| | | • Ayaktan hastalarda vaka başına ödeme uygulaması |
| | 2007 | • 5510 sayılı kanunun bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesinde iptali |
| • 27 Nisan Muhtırası | | |
| • Genel Seçimler | | |
| • 3. AKP Hükümeti | | |
| • Küresel Ekonomik Kriz (Türkiye'yi teğet geçtiği söylenen kriz) | 2008 | • 5754 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu |
| | | • Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunun yürürlüğe girmesi |
| | | • Muayene katılım payı uygulamasının başlaması |
| • Her iki cinsiyette işsizlik oranı %14 | 2009 | • Ortak Sağlık Güvenlik Birimleri çalışmalarının başlaması |
| • Referandum | 2010 | • 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair kanun |
| | | • Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge |
| | | • Aile Hekimliği Pilot uygulamasının kaldırılması ve tüm Türkiye'de aile hekimliğine geçiş |
| • İyi Hekimlik, Nitelikli Sağlık Hizmeti Mitingi | 2011 | • Üniversitelerde performans uygulaması yönetmeliği yayınlandı |
| • Genel Seçimler | | • Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge |
| • 3. AKP Hükümeti | | • 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK |
| | 2012 | • Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması, planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı |
| • Hükümet Revizyonu | 2013 | • Sağlık Bakanı değişimi |
| | | • Özel hastanelerin ücret farklılıklarının artırılması |

Kaynaklar: Akdağ, 2012; Bakar, 2005; Belek, 2012; Demir, 2006; Gürsoy, 2009; Kazgan, 2008; Milliyet Gazete Arşivi; <http://www.osgb.com.tr/>; Soyer, 2004a; Soyer, 2004b; Resmi Gazete; TÜİK. Seçim Sonuçları

Geride bıraktığımız 12 yıl içinde (2013 yılı itibarıyla) bu hedeflerin bazılarında ulaşılmış, bazıları da halen yerine getirilememiş, bazılarında da vazgeçilmiştir. Örneğin hiçbir zaman sevk zinciri kurulmamıştır. Yüksek motivasyonla donanmış sağlık insan gücünden de bahsetmek, memnuniyet anketleri sonuçlarına rağmen mümkün değildir. Çünkü bu dönem içinde sağlık personeline yönelik şiddet olayları ve hatta ölümleri yaşadığımızı unutmamak gerekmektedir. Tam gün uygulamalarının üniversite hastanelerini olumsuz etkilediği ve eğitimin aksadığı da tartışılan konular içindedir. GSS uygulamaya geçmiş; ancak teminat paketleri ve tamamlayıcı sigorta henüz oluşmamıştır. Aile hekimleri halen Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışmaktadır. Ancak sistemi destekleyecek eğitim kurumu ve akademisyen oluşturma hedefinde fazlasıyla ileri gidilmiştir. Yeni üniversiteler açılmış ve sistemi destekleyen uzmanların eski ve yeni bu kurumlarda akademik hayata geçişleri desteklenmiş hatta kolaylaştırılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm ve Eşitsizlikler

Sağlık Sistemi'nin ulaştığı noktayla ilgili son yıllarda önemli değerlendirmeler yapan raporlar ve makaleler yayınlanmıştır. OECD 2008 yılında yaptığı değerlendirmede, Türk Toplumunun sağlık durumunun son 15-20 yılda ilerlemeler kaydettiğini, sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin artırılması için yapılan hizmet sunumu reformları ve sağlık sigortası kapsamının genişlik ve derinliğinin artması, nüfusun mali korumasının genişletilmesi konusunda etkileyici bir rol kat edildiğini belirtmektedir. Hatta raporda Türkiye'de uygulanan sağlık reformlarından özellikle personel verimliliğini arttırmak üzere performans sisteminin kullanılması konusunda diğer ülkelerin öğrenebilecekleri çok şeyin olduğu vurgusu yapılmaktadır. Ancak diğer yandan da gelecek için uyarılar yapılmaktadır. Yeni sağlık sisteminin tasarımı yüzünden gelecek yıllarda maliyet kısıtlama riskinin yüksek olduğu, ekonomik büyümede meydana gelecek düşüşlerin durumu daha da kötüye götürebileceği vurgusu yapılmaktadır. Öneri olarak da sağlık harcamalarının büyüme hızında kontrol; verimlilikte daha ileri iyileştirmeler; erişimde hakkaniyet sağlanmasına yönelik daha fazla ilerleme ve mali kontrol alanında ulaşılan yüksek düzey koruma sunulmaktadır (OECD, 2008).

OECD özellikle temel teminat paketleri ile ilgili olarak hemen hemen sınırsız bir paketin ya da çok az kişiyi dışarıda bırakan paketin gelecekte maliyet baskısı altında ezileceğini ve yeniden değerlendirilmesinin gerekli olacağını belirtmektedir. Rapor

diğer OECD ülkelerin deneyimlerine dayanılarak GSS'na rağmen geçmişten gelen coğrafi eşitsizliklerin devam edeceği vurgusu yapılmaktadır. Ekstra faturalandırma, kamu ve özel uygulamaların dezavantajlı gruplara yönelik erişim hakkaniyetsizlikleri arttıracığı düşünülmektedir. Çözüm olarak da ödeme şekillerinin gözden geçirilmesi ya da doğrudan sübvansiyonlar önerilmektedir (OECD, 2008).

Sağlık Bakanlığı son iki yıldır yaptıklarını bilimsel platforma taşımaya çalışmaktadır. Bunlarda ilki BMJ'de 2011 yılında yayınlanan "Healthcare in Turkey: from laggard to leader" isimli yazıdır. Bu yazıda sağlık sisteminin eski sorunlarına, bunların nasıl çözümlendiğine ve 2000 ile 2008 yılları arasındaki bazı sağlık göstergeleri değişimlerine yer verilmiştir. Bu göstergeler üzerinden sağlık sisteminin başarısından söz edilmektedir. Ayrıca 1990-2000-2009 yılları arasındaki beş yaş altı ve anne ölüm hızları da karşılaştırılmaktadır. "Başarılar ve Dersler" bölümünde Herkes için Sağlık kavramının artık bundan böyle bir özlem olmadığı, GSS nedeniyle katastrofik sağlık harcamalarının nüfusun sadece %0,4'ünü etkilediği söylenmektedir. Türkiye'nin sağlık çıktıları açısından "Binyıl Kalkınma Hedefleri"ne 2015'den önce ulaştığı vurgulanmaktadır. Bu makale tartışma konusu olmuş ve dergide iki adet editöre mektup yayınlanmıştır. Cem Terzi'nin mektubunda, makalenin yayımlanış tarihinin seçim öncesinde olmasının düşündürücü olduğu belirtilirken, dönüşüm programının Türkiye'deki sivil inisiyatiflerden ve üniversitelerden yoğun bir muhalefetin olduğu, ancak bunun göz ardı edildiği belirtilmiştir. Programın Amerika Birleşik Devletleri'ndeki "Maged care" adı verilen sistemin transferi olduğu ve sadece Türkiye'de yapılmadığı vurgulanmıştır. Yazara göre amaç ulusal sağlık sisteminin uluslararası piyasaya terk etmek için çökertilmesidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı Türk halkına yeni katkı payları ödetmek durumunda kalmıştır (Terzi, 2011). Diğer bir yanıt ise Murat Civaner'den gelmiştir. Civaner yanıtından bir hafta önce 30.000 sağlık çalışanının Ankara'da büyük bir miting yaptığını belirtmiştir. Sağlık çalışanların giderek özelleşen, haklarının ve çalışma düzenlerinin bozulduğu ve hastaların meta haline getirildiği sağlık düzenine itiraz ettiğinden bahsedilmektedir (Civaner, 2011).

Sağlıkta dönüşüm ile ilgili yayınlanan bir diğer yazı da Lancet'te çıkmıştır. Bu makale 2003-2013 dönemi uygulamalarını verilere dayalı olarak anlatmakta olup, çıktılar üzerinde sağlık sistemimizi hem uluslararası hem de bölgeler arası karşılaştırmaktadır.

Oldukça uzun ve birçok veriyi içeren bu makalede sistemin finansman yönü, tarihsel birikim, temel sağlık hizmetleri göstergeleri, dönüşüm ana noktaları, uygulanan programlar gibi birçok başlıkta bilgi verilmeye çalışılmaktadır. Yazı makaleden çok DB'na sunulan ya da Sağlık Bakanlığının hazırladığı raporların özeti gibidir. Sağlıkta dönüşüm programının sosyal adalet ve eşitlik çerçevesinde sağlık hakkının önemini arttırdığını ve bölgesel, kırsal, kentsel, zenginlik ve eğitime bağlı eşitsizlikleri azalttığı vurgulanmaktadır. Kadın sağlığı ve anne ölümündeki gelişmelere rağmen, kadınların halen sosyokültürel eşitsizliklere maruz kaldıkları belirtilmektedir. Bu durumun nedenleri ve 2023'e kadar olan stratejik planlardan da kısaca da olsa makalede bahsedilmektedir (**Atun, 2013**). Lancet'te yayınlanan makale ile ilgili de itirazlar olmuştur. Bülent Kılıç'ın "Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Derneğinin" dergisinde yayınlanan makalesinde makalenin SD'ün dezavantajlı yönlerini görmezden geldiği belirtilmektedir. Nüfusun tamamının sigortalı olması, tüm sağlık hizmetlerinin karşılanması ve hizmetlerin tamamının kamu tarafından kapsamı açısından bakıldığında evrensel kapsayıcılıktan söz etmenin mümkün olmadığı ifade edilmektedir. Kılıç makalesinde GSS'nin eşitlik değil, bilakis eşitsizlik yarattığını ifade etmektedir. Buna gerekçe olarak da GSS primlerinin gelire orantılı olmadığı ve yoksulu korumadığını söylenmektedir. Hakkaniyetli bir sistemde primin gelire doğru orantılı artması gerekmektedir, oysa bu sistemde prime esas kazanç için üst sınır belirlenmiştir. SGK her yıl hizmet paketlerini yenilemekte olup, giderek bazı sağlık hizmetleri ve ilaçlar paket dışına itilmektedir. Ayrıca hastalardan giderek artan katkı payları alınmaktadır. Bu sonuçlar evrensel kapsayıcılığın finans ve hizmet çeşitliliği ile çeliştiği vurgulanmaktadır. Kılıç eşitsizliklerle ilgili olarak da sadece bölgesel verilerden yola çıkıldığını oysa eşitsizliklerin sınıfsal ve cinsiyet alanında yorum yapılmadığını, dolayısıyla da tablonun tam olarak anlaşılmadığını belirtmektedir (**Kılıç, 2013**).

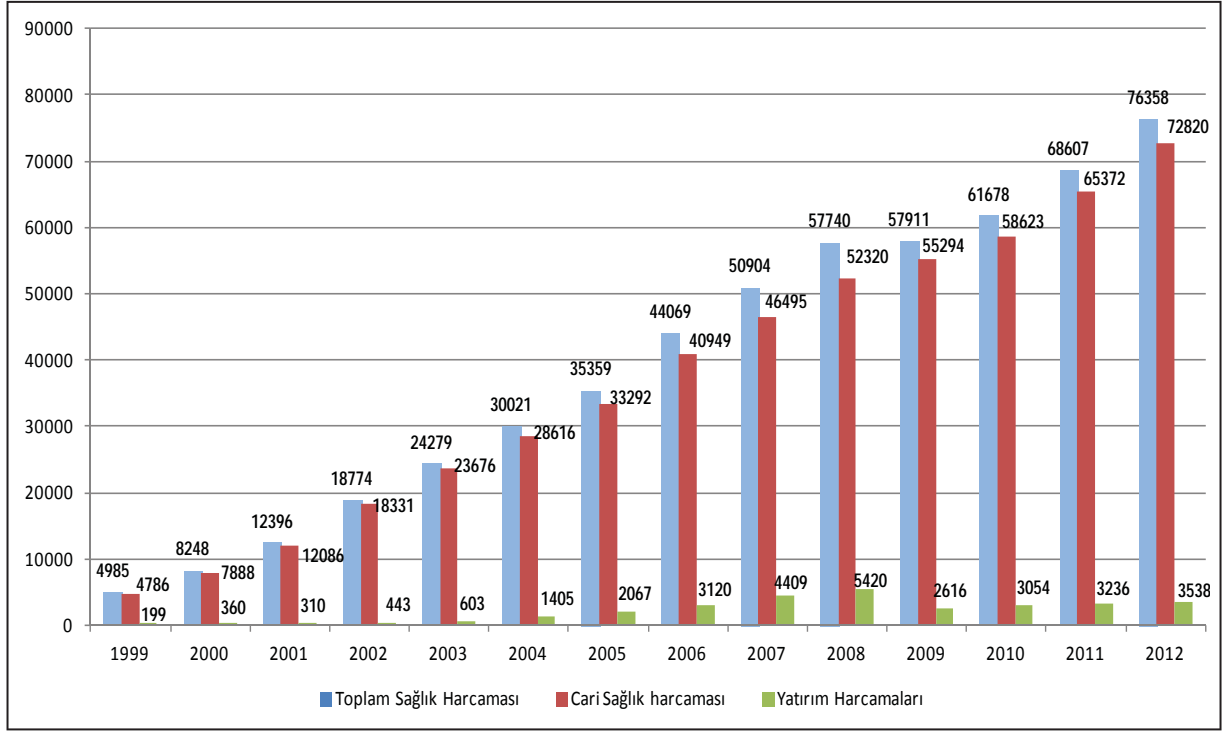
Son yıllarda özellikle sosyal güvenlik sisteminin insanları sağlık harcamalarının yıkıcı yönünden koruduğuna yönelik başka makaleler de yayınlanmıştır (**Yardım, 2010; Yasar, 2011; Yardım, 2013**). İlginç olan ise benzer bir makalenin 2012 yılında Meksika için yine Lancet'te yayınlanmış olmasıdır. "Seguro popular" olarak adlandırılan ulusal sağlık sigortası programının 2003 yılında başladığı ve sağlık servislerini geliştirdiğini ve yoksulların yıkıcı sağlık harcamalarını azalttığını belirtmektedir. Makale

Meksika'daki genel sağlık sigortası sistemini düşük ve orta gelirli ülkelere önermektedir (**Knaul, 2012**).

Lancet'in 2014 yılı ilk sayısında Sağlık Bakanlığının makalesi ile ilgili ülkemizden eleştiri yazıları yayınlandı mektup yazısı basılmıştır. Bu eleştirilerde sağlık hizmetlerinin özelleştirildiği, sağlık harcamalarının artmaya devam ettiği, katkı payları ile cepten harcamaların daha da artacağı vurguları yapılmaktadır. Son uygulamaların hekimlerin hastalara ayırdıkları muayene sürelerini azalttığını bununla birlikte gereksiz teşhis ve tıbbi uygulamaların arttığı belirtilmektedir. Murat Civaner yazdığı eleştiri yazısında sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin eşitlik, adalet ve sağlık hakkını ilerletmesinin beklenmesinin bir oksimoron olduğunu belirtmiştir. Yazar, maliyet-etkililik, ve geri ödeme kriterlerinin hastanın ihtiyaçları değil parasal maliyetlere dayandığını ifade etmiştir. Bir başka yazar başarıdan söz etmek için önemli bir kısıtlılık olduğunu bunun da güvenilir veri sistemi olduğunu belirtmiştir. Bir başka eleştiride ise bebek ölüm hızları arasındaki bölgesel farklılıkların azalmadığı vurgulanmaktadır. Yazarlardan bir diğeri makalede bağışıklama hızlarının yükselmesinden bahsedildiği ancak 2011 ve 2012 yıllarındaki kızamık salgınlarının yeterince açıklanmadığını ve Bakanlığın salgını ret ettiğini belirtmektedir. Bunun dışında da hekimlerin ücretleri ve çalışma koşulları ile bebek ölüm hızları arasındaki farklılıklar tartışılmaktadır (**Aktan, 2014; Civaner, 2014; Aksakoğlu, 2014; Hamzaoğlu, 2014; Yavuz, 2014; Tanık, 2014; Kılıç, 2014; Pala, 2014**). Bu durum söz konusu makalenin sonuçlarını tartışılır hale getirmekle kalmayıp yayının basıldığı dergi açısından da ciddi bir bilimsel etik şüpheler yaratmaktadır.

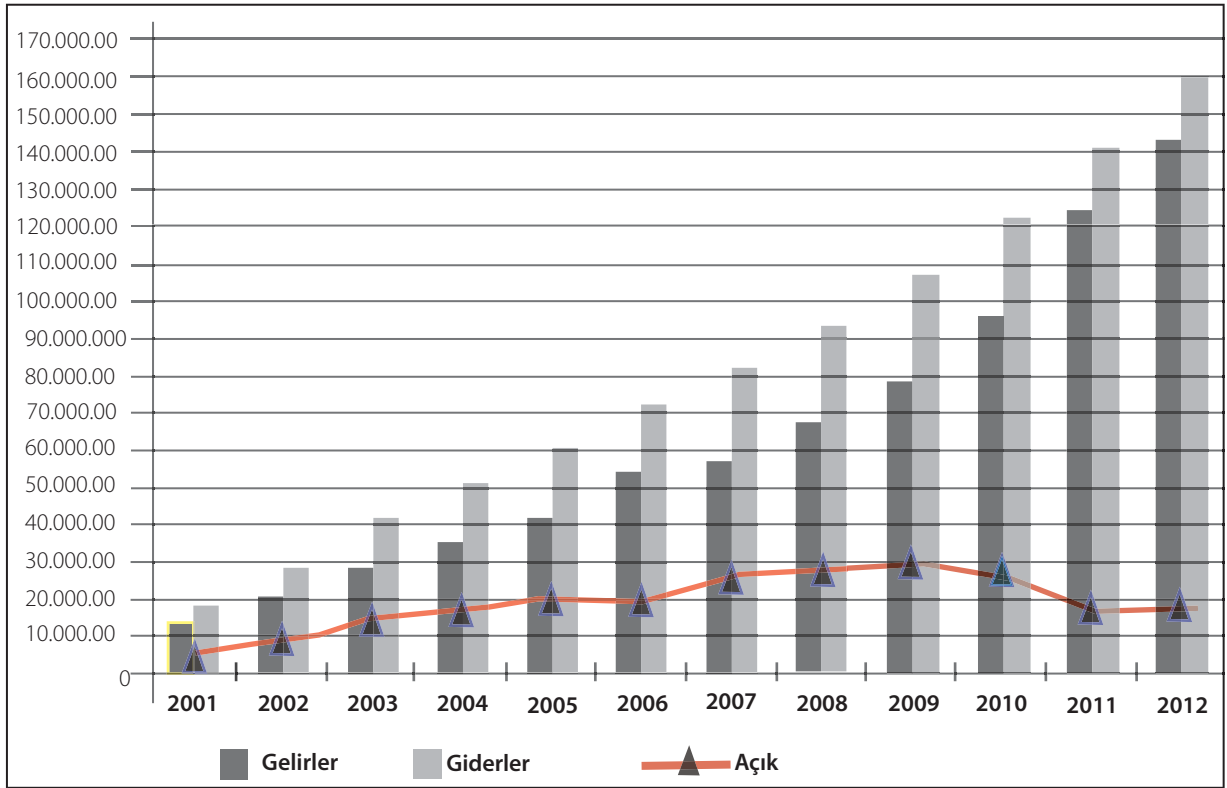
Sağlıkta Dönüşüm Programı ve reform son 20 yılımızın en çok tartışılan konularından olmuştur. Sağlık Bakanlığı, 2003'e kadar kaynakların etkili kullanılmadığını ancak kendilerinin kaynakları etkili kullandıklarını iddia etmektedirler (**Sağlık Bakanlığı, 2012**). Seher Nur Sülkü, 2011 yılında yayınladığı kitabının sonuç bölümünde sağlık harcamalarındaki artışın kişi başı gayri safi yurt içi hasıla ile paralel olduğu için sürdürülebilir olduğunu, sağlık harcamaları içinde kamunun payının ve verimliliğinin arttığını belirtmektedir (**Sülkü, 2011**).

Sağlık harcamaları bu dönemde sürekli olarak artmıştır (Şekil 3, 4). Dönüşümün en önemli gerekçelerinden birisidir; artan sağlık harcamaları. Bu nedenle sosyal güvenlik kurumları açıkları kamu

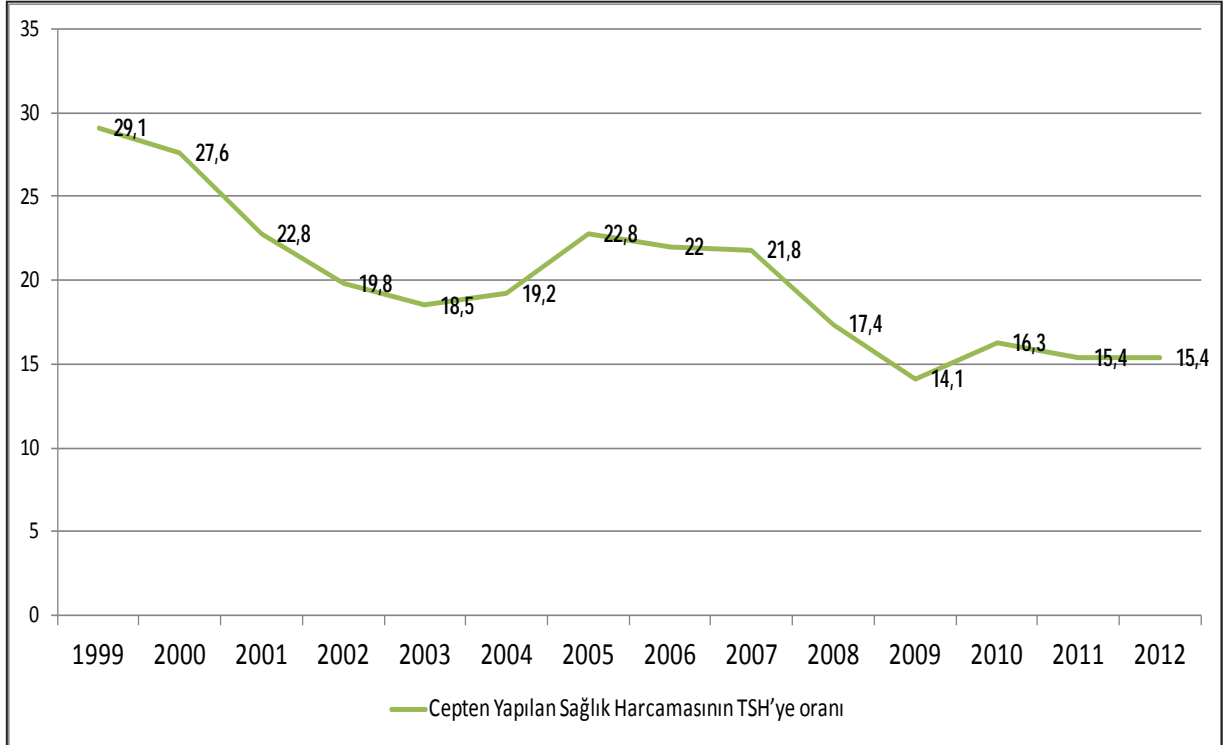


Şekil 3. Sağlık harcamalarının artış eğilimleri (milyon TL), 1999-2012, Türkiye

Kaynak: TÜİK. Sağlık Harcamaları İstatistikleri. Erişim Tarihi: 10.11.2013. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084



Şekil 4. Sosyal güvenlik kurumunun gelir ve giderleri, 2001-2012, Kaynak: TC. Sosyal Güvenlik Kurumu, İstatistik Yıllıkları, 2012. Erişim Tarihi:10.11.2013 <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler>



Şekil 5. Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları (TSH) içindeki yüzdesi, 1999-2012, Türkiye

Kaynak: TÜİK. Sağlık Harcamaları İstatistikleri. Erişim Tarihi: 10.11.2013. www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=8393

bütçesinden karşılanmakta olup, bu durum da ekonomik olarak sürdürülebilir görülmemiştir. 2001 yılı krizinden çıkışta sosyal güvenlik sisteminin açıklarının kapatılması en sık duyduğumuz söylemlerden birisidir. Ancak sonuç bu noktadan oldukça uzakta görülmektedir.

TÜİK tarafından yayınlanan sağlık harcamaları istatistiklerine göre 2009-2012 yılları arasında sağlık harcamaları artmaya devam etmiş, 2012 yılında 76 milyar 278 milyon olarak gerçekleşmiştir (Şekil 3). Kişi başı sağlık harcaması 2012 yılında 1019 TL (566\$), sağlık harcamasının gayri safi yurt içi hasılaya oranı da %5,4 olarak gerçekleşmiştir. Devlet sağlık harcamalarının %76,8'ni karşılarken, hane halkı tarafından yapılan cepten sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamalarının %15,4'nü oluşturmaktadır (Şekil 5) (TÜİK, 2013).

Cepten harcamalar SD programının en önemli gerekçelerinden birisidir. Her ne kadar bu konuda sağlıklı veri toplanamasa da 1999 yılından itibaren düşmeye başlayan harcamaların % 15'lerde sabitlendiği görülmektedir (Şekil 5). Yıkıcı sağlık harcamalarının azaldığı belirten yayınlar da bulunmasına rağmen, son yıllarda tedavi hizmetlerinde doğrudan katılım payı alındığı unutulmamalıdır (Yardım, 2010; Yardım, 2013). Aile hekimliğinden başlayarak, her sağlık

kurumuna yapılan muayene başına belli oranlarda katılım payı alınmaktadır. Giderek artacağı belli olan bu katılım paylarının yakın gelecekte düşük gelirli insanların sağlık hizmetlerine ulaşımında engeller yaratacağı ve sağlık hizmetine ulaşımında eşitsizlikler yaratacağı düşünülmektedir. 2014 yılının ilk ayında yapıla son düzenlemelerle birlikte önceden sadece ilaçlardan alınan katkı payı artık, muayene, ilaç başına alınan ek ücret, erken muayene, özel hastane gibi alanlarda olmak üzere genişletilmiştir. Ayrıca özel hastanelerin alabileceği ek ücretler arttırılmış ve buna üniversite hastanelerinde de hoca işlemi altında ek ücretler getirme hakkı tanınmaktadır. Bu durumda zaten işletme olarak özel kurum olan üniversite hastanelerinin giderek özel hastanelere döndüğü düşük gelirli kişilerin bu kurumlarda tedavi hakkının zorlaşacağı gerçeği gözlerden kaçmamaktadır. Tedavi hakkına ulaşma ile ilgili düşük gelir üzerinden konulan bu engel başlı başına eşitsizlik sebebi olacaktır (Bahçetepe, 2014; Büyükbaş, 2014).

Özellikle temel sağlık hizmetlerinin toplumun tüm kesimlerine ulaşabilmesinin sağlanması, hizmetin ücretsiz sunulmasına bağlıdır. Hizmetin aşırı kullanılmasını engellemek amacıyla düşük bir katkı payı düzeyinde devam edebildiği söylenen bu avantajın ücretin artması ile kaybolduğu bilinmektedir. Hizmete ulaşımın ve eşitsizliğin en fazla arttığı

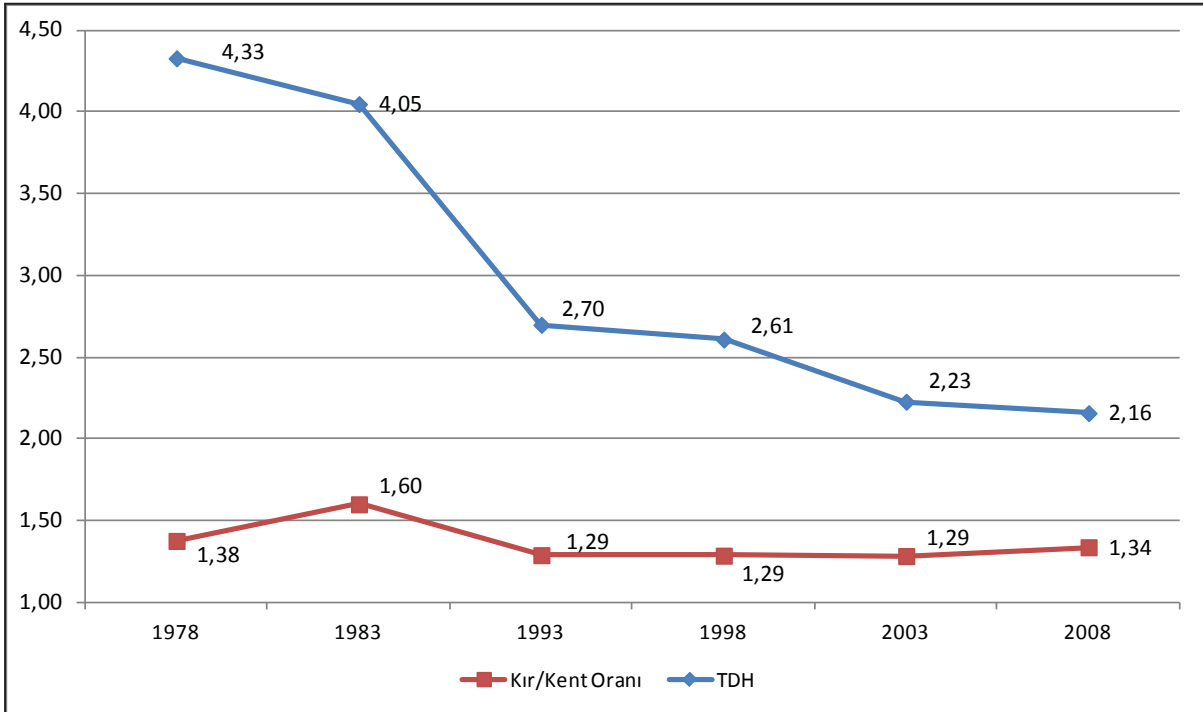
durum sağlık finansmanın özel kaynaklardan sağlanmaya çalışılmasıdır. Kayıt dışı sektörün yoğun olduğu toplumlarda, sağlık sigortacılığının koruyucu etkisi geriletilmektedir (Cornia, 2009). Ülkemizde sağlık sigortacılığı başta vermeye çalıştığı görüntüden giderek uzaklaşmaktadır. Kapsayıcılığı geniş sistem katkı payları ve her yıl yenilenen sağlık uygulama tebliğleri ile giderek daha fazla kullanıcı katkısının içerdiği yapıya dönüşmektedir. Bu durumun nihai sonucunun özel sigortalar tarafından kullanılan tamamlayıcı sigorta ya da cepten ödeme olacağı artık saklanamaz biçimde ortadır. Bugün kapsayıcılığın genişlediği saviyle eşitsizlikleri azalttığı iddia edilen bu sistem aslında bir ilüzyondan ibarettir. Sistemin birkaç yıl içinde dönüşeceği yapı bırakın eşitsizlikleri azaltmayı açık bir şekilde kaynak vazifesi göreceği düşünülmektedir.

Sosyal güvenlik kurumlarının açıkları bir diğer önemli bir diğer önemli reform nedenidir. Ve bu dönemde sosyal güvenlik sistemi tamamen değiştirilmiş ve prime esas bir sisteme geçilmiştir. Ancak SGK'nın verileri bize yapılan dönüşümün sistemin açıklarını kapatmada çok da faydalı sonuçlar vermediğini göstermektedir (Şekil 4).

SD programının sağlık üzerindeki etkileri iki temel sağlık göstergesi üzerinden yorumlanacaktır. Bunlardan birisi Toplam Doğurganlık Hızı (TDH) ve Bebek Ölüm Hızıdır (BÖH). Bu iki gösterge doğurganlık, aile planlaması, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, toplumun ekonomik ve sosyal gelişmesi gibi birçok faktörden etkilendiği için önemli bilgiler sunmaktadır.

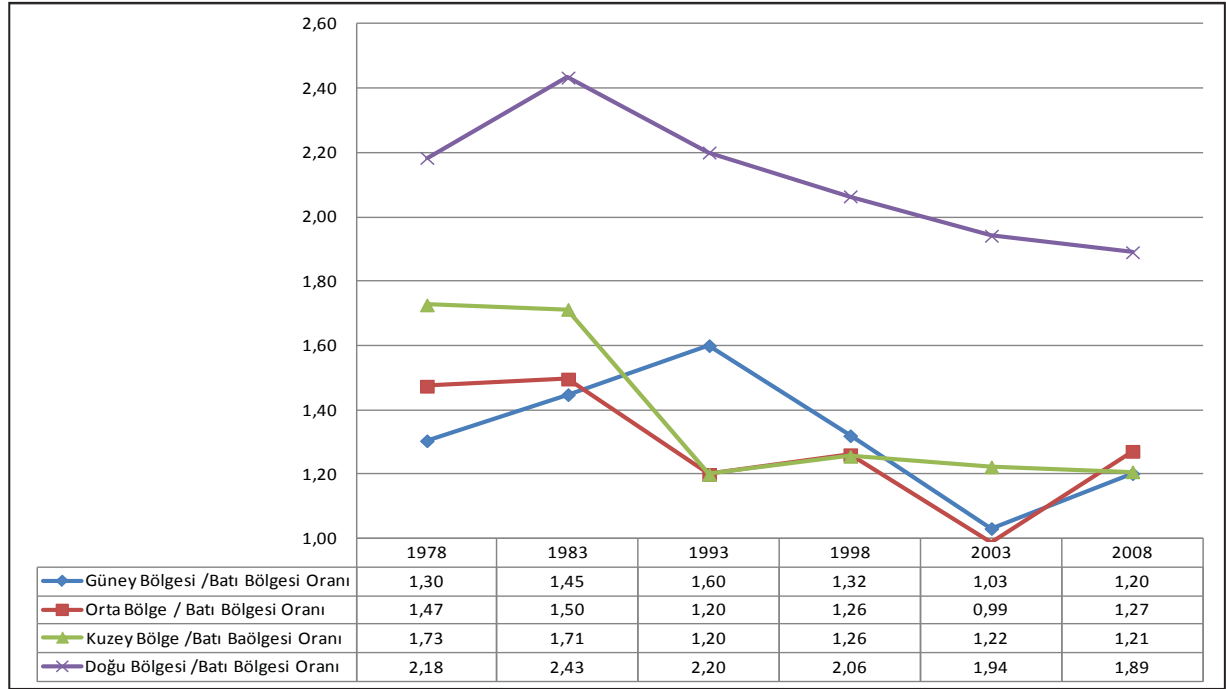
Türkiye'de 1980'li yıllarla birlikte uygulanan Aile Planlaması politikaları ile TDH giderek azalmış ve yenilenme seviyesine kadar inmiştir. Ancak temel sorun kentsel kırsal ve bölgesel hızlardaki farklılıklardır. Tüm bölgelerde hızlar azalmakla birlikte kırsal alan ve doğu ve güney doğu bölgeleri aleyhine devam eden eşitsizlikler halen varlığını korumaktadır (Şekil 6-7).

Bir diğer gösterge de BÖH'dır. BÖH bugüne kadar sağlık hizmeti ve sosyal gelişmişlik açısından kullandığımız en hassas ölçütlerden birisidir. 1980'li yıllarla birlikte başlayan hızlı düşüş BÖH'da da görülmüştür. Hatta Bin Yıl Kalkınma Hedeflerine 2015 yılına varmadan ulaşılmıştır. Tüm bölgeler bu düşüşten önemli oranda etkilenmiştir. Ancak burada



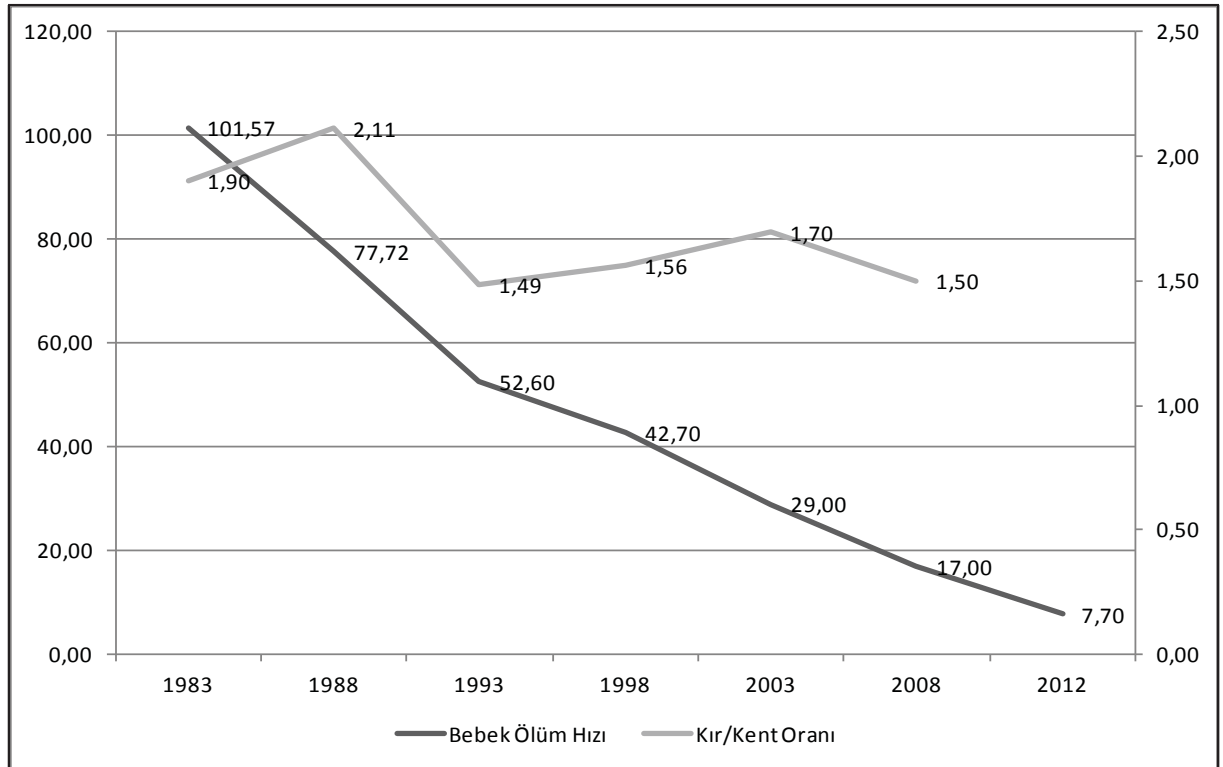
Şekil 6. Toplam doğurganlık hızı ve toplam doğurganlık hızındaki kırsal-kentsel oranlardaki değişim, 1978-2008

Kaynak: Turkish Fertility Survey 1978, 1983 Turkish Population and Health Survey, 1988 Turkish Population and Health Survey, Turkish Demographic and Health Survey 1993, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008.



Şekil 7. Toplam doğurganlık hızındaki bölgesel oranlardaki değişim, 1978-2008

Kaynak: Turkish Fertility Survey 1978, 1983 Turkish Population and Health Survey, 1988 Turkish Population and Health Survey, Turkish Demographic and Health Survey 1993, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008.



Şekil 8. Bebek ölüm hızı ve bebek ölüm hızındaki kırsal kentsel oranındaki değişim, 1978-2012

Kaynak: Turkish Fertility Survey 1978, 1983 Turkish Population and Health Survey, 1988 Turkish Population and Health Survey, Turkish Demographic and Health Survey 1993, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Sağlık Bakanlığı, 2012

da kırsal alan ile doğu ve güney doğu bölgelerindeki dezavantajlı durumun halen deva ettiği gözlenmektedir (Şekil 8-9).

Bir diğer önemli gösterege 1000 kişi başına düşen hekim sayısıdır. Ülkemizde sağlık personellerinin bölgesel dağılımlarında hep sorun olmuştur. Sağlık personelleri merkezde ve kentsel alanda bulunurken kırsal alanlar ve doğu bölgeleri hep sorun yaşamıştır. Bu sorun 1980 sonrası mecburi hizmetle çözülmeye çalışılmış ancak olumlu bir sonuç alınamamıştır. SD programının ilk icraatlarından birisi zorunlu hizmetin kaldırılması ve özendirici sözleşmelerle bölgenin sağlık personeli sorunu çözümlenmesi olmuştur. Ancak bu durum da sonuç vermeyince zorunlu hizmet yasası tekrar gündeme gelmiştir.

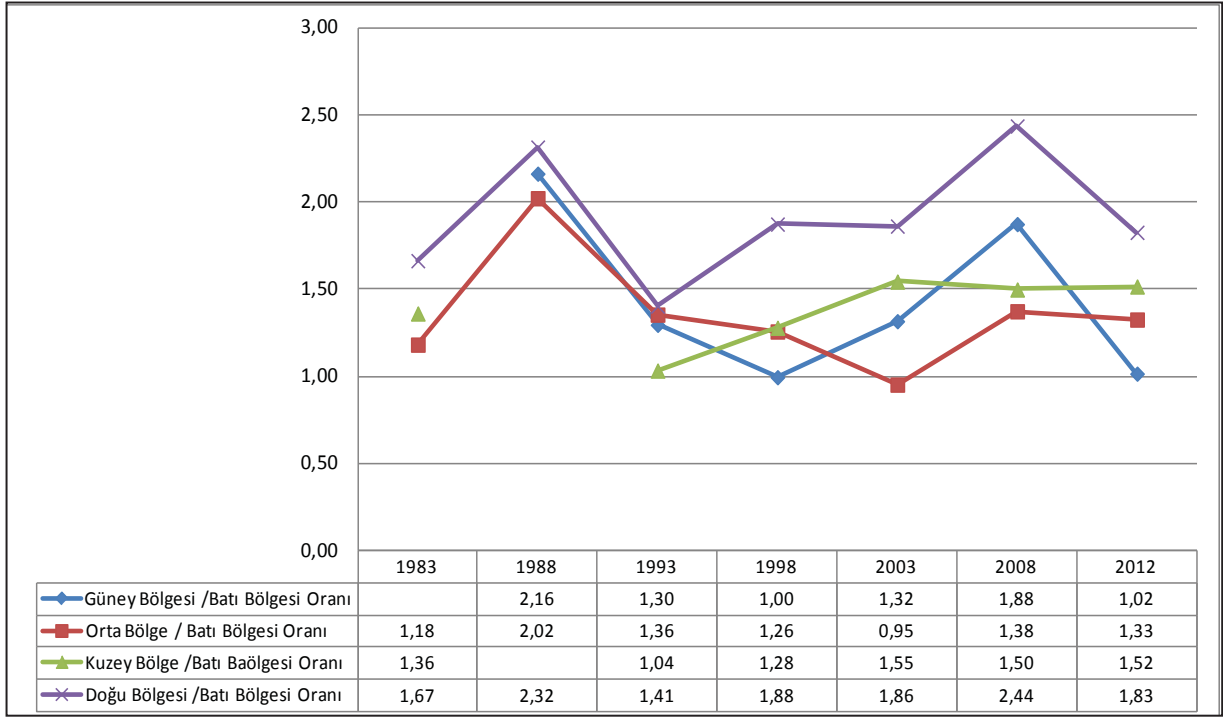
Bu makalede bölgesel hekim sayıları en düşük hekime sahip olmuş olan Güney Doğu Anadolu Bölgesi ile oranlanarak sunulmuştur. Mecburi hizmetin zorunlu kılındığı 2005 yılından sonra açığın kapanmaya başladığı görünse de halen Güney Doğu Anadolu bölgesinin dezavantajlı durumu devam etmektedir (Şekil 10). Ayrıca aile hekimliği sistemi ile kırsal alanda bulunan sağlık evleri ve sağlık ocakları kapatılmış, yerine mobil hizmet konulmuştur. Bu duruma bağlı ortaya çıkan sağlık hizmeti kullanım engelleri hakkında yeterli bilgiye sahip değiliz. Ancak 2014 yılının Ocak ayının ilk günlerinde Siirt'te yaşanan bir çocuk gelin olayı sistemin riskli durumları yakalamada yeterince başarılı olamadığı izlenimini vermektedir. 12 yaşında evlendirilip 13 yaşında ve 14 yaşında iki hamilelik yaşayan ve 1,5 yaşında çocuğu olan çocuk anne, ikinci çocuğu erken doğum yaptıktan sonra ölü bulunmuştur. Aile hekimliği sisteminin herkesi kayıt altına aldığı bir durumda bu küçük kızın evlilikte olmasa bile ilk hamileliğinde yakalanıp riskli gebelik takibine alınması ve yaşı çok küçük olduğu içinde psikolojik ve sosyal destek sağlanması gerekmektedir. Böylece ikinci gebeliğin önlenmesi ve olayı duymamıza neden olan trajik sonun engellenmesi mümkün olabilecektir. Bu durum sistemin sorunları zamanında yakalayamadığını küçük bir gösteresidir. Sosyalleşme sisteminde ebelerin köylerde ve uç mahallerde yaşadığı ve işlerinin bu gibi sorunlu gebelikleri takip etmek olduğu unutulmamalıdır. Burada sadece olgu sağlık üzerinden tartışılmıştır. Olayın nedeni ve çözümü hepimizin üzerinde durması gereken acil bir sorundur.

Bu makalede seçilmiş bazı sağlık göstergeleri üzerinden SD programı tartışılmaya çalışılmıştır. Son 10 yılda önemli dönüşümler yaşanmış ve temel sağlık

göstergelerinde iyileşmeler görülmüştür. Ancak bu iyileşmelerin hepsinin SD'na bağlanması mümkün değildir. Özellikle temel sağlık göstergelerinin önemli bir bölümü toplum yapısındaki sosyal ve ekonomik olaylarla ilişkili olarak etkilenebilmektedir.

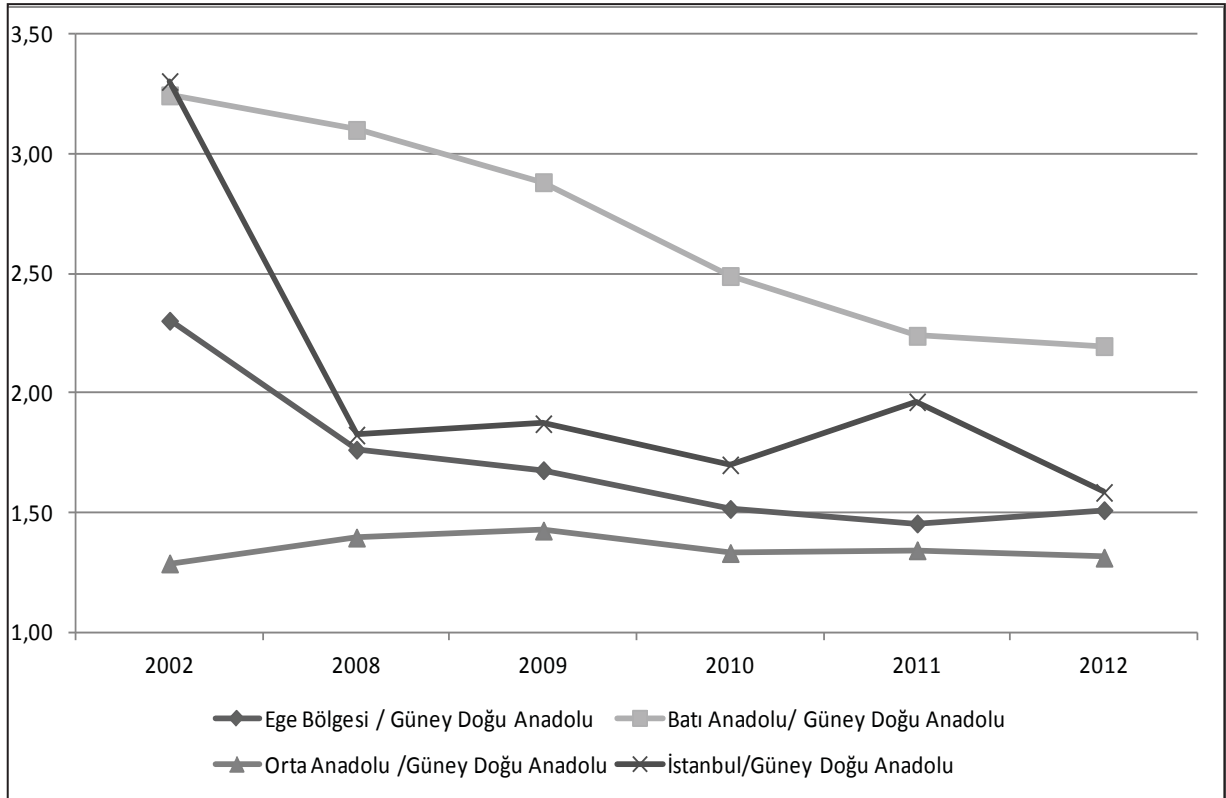
Ayrıca, Hükümet'in aile planlaması tercihlerinde geriye dönüşler görülmektedir ve Sağlık Bakanlığı bu dönüşü desteklemektedir. Bu durum özellikle dezavantajlı grupların aleyhine doğurganlık hızlarının artışına sebep olabilir. Bağışıklama hızları son yıllarda artmıştır. Ancak son bir yıldır yaşadığımız kızamık salgını herşeyin iddia edildiği kadar iyi gitmediğini düşündürmektedir.

Eskişehir'de 2009-2010 yıllarında eşitsizlikleri araştırmak amacıyla farklı bölgelerde meslek gruplarında bir araştırma yapılmıştır. Çalışmada üç farklı örneklem grubu alınmıştır. Bunlar, köy, düşük gelir grubuna sahip mahalle ve üniversitede çalışan doçent ve profesörlerdir. Köyde yaşayanların üçte ikisinde tuvalet evin dışındadır. Köy ve mahalle örneğinde üçte birinden fazlasının ayda bir ya da daha az et tükettiği görülmüştür. Diğer temel besinlerin tüketimi de üniversite örneğinde daha yüksektir. Bu çalışmada aylık geliri 500 TL ve altında olanların dörtte birinden fazlası ekonomik gerekçelerle sofradan aç kalktıklarını belirtmişlerdir. Verilerin toplandığı dönemde köy ve mahalle örneğinin ortalama aylık gelirlerinin Türk-İş'in belirlediği açlık sınırının (819 TL) altında olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada örneklem genelinde kentleşme, eğitim, gelir düzeyi yükseldikçe, istihdam arttıkça kronik hastalık, hastalanma, yorgun hissetme, ağrılı hissetme, ilaç içme ve uyku bozukluğu azalmakta ve mevcut sağlık statüsü iyileşmektedir. Sağlık statüsü açısından üniversite örneği, mahalleden, mahalle örneği de köyden daha iyi durumda bulunmuştur. Çalışma sağlık hizmetine ulaşım açısından köyde yaşayan insanların önemli engellerinin olduğunu da göstermektedir. Araştırmacılar katkı ve katılım paylarının, zaten ekonomik nedenlerle sağlık kuruluşlarına başvurma engeli yaşayan kişilerin sağlık kuruluşlarına başvurusu önünde ciddi engel olduğunu ve tedavilerini yarıda kesme nedeni olduğunu bulmuşlardır. Örneğin köy örneğinin %79'u eğer yeterli ekonomik güce sahip olmaları durumunda sağlık kuruluşuna başvuracaklarını belirtmişlerdir. Ekonomik nedenlerle sağlık kuruluşlarına başvuramayanların %70 kadın, %70'i köy doğumlu, %97'si en fazla ortaokul mezunu ve tamamının aylık geliri 1500 TL altındadır (Şavran, 2013).



Şekil 9. Bebek ölüm hızındaki bölgesel oranlardaki değişim, 1978-2008

Kaynak: Turkish Fertility Survey 1978, 1983 Turkish Population and Health Survey, 1988 Turkish Population and Health Survey, Turkish Demographic and Health Survey 1993, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Sağlık Bakanlığı, 2012



Şekil 10. Bazı bölgelerdeki 1000 kişi başına düşen hekim sayısının Güney Doğu Anadolu Bölgesi'ne göre dağılımı, 2002-2011, Kaynak: TC. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2008, 2009, 2010, 2011

SD programının hakkaniyet yarattığı ya da eşitsizlikleri azalttığı iddia edilmektedir (**Sağlık Bakanlığı, 2012**). Ancak bu konuda derin şüphelerimiz bulunmaktadır. Temel sağlık göstergeleri ve sağlık alt yapısı ile ilgili bazı veriler bölgesel eşitsizliklerin çok da azalmadığını göstermektedir. Ancak daha fazla veriye ihtiyacımız vardır. Örneğin, sınıfsal eşitsizlikler konusunda sınırlı birkaç çalışma dışına yeterli bilgiye sahip değiliz. Cinsiyete bağlı eşitsizlikler konusunda da yetersiziz. Öte yandan ülkemizde halen en zengin kesimle, en yoksul kesim arasındaki farkın 8 kat olduğunu biliyoruz (**TUİK, 2012**). Bu grupların sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda ne gibi farklılıklar sahip olduklarını ve sonuçlarını çok iyi bilmiyoruz. Ancak 2013 yılı İnsani Gelişmişlik İndeksi sıralamasında 90. sırada, Eşitsizlikle Düzeltilmiş İndeks sıralamasında ise 63. sırada olduğunu biliyoruz. Bu sıralamanın Avrupa Birliği Ülkeler içinde en son sıra olduğunu da biliyoruz. Otuz yıldır sıralamadaki yerinin çok değişmediğini de biliyoruz (**Human Development Report, 2013**).

Bu noktada sorulması gereken soru herhalde neyin dönüştüğüdür? Bu program hiçbir zaman söylenildiğinin aksine hakkaniyeti savunmamıştır. Nihayi hedefi ülkemizdeki sağlık piyasasının uluslararası yatırım koşullarına uygun hale getirilmesidir. 2002 yılından bu yana ülkemizdeki özel hastanelerin sayısı neredeyse iki kat artmıştır. Çünkü 2003 yılından bu yana hastaların özel hastanelerdeki masrafları devlet tarafından karşılanmaktadır. Sağlık hizmetine ulaşımında kolaylık olarak sunulan ve iktidara önemli oranda seçim kazandıran bu durum aslında kamu eliyle özeline desteklenmesinden başka bir şey değildir. Şu anda hastanelere verilen katkı payı alma hakkı ile herkesin özel hastanelerden yararlanması mümkün değildir. Ya da tersinden düşünülürse rekabet gücü olmayan ve istediği katkı payını alamayarak mali baskı altında ezilen hastanelerin ya kapanması ya da zincirlere devredilmesi söz konusu olacaktır.

Ancak bir konuyu da belirtmeden geçemeyeceğim. O da ülkemizde zaten fiilen kamu hastanesi yoktur. Döner sermaye uygulamaları ve en son performansla birlikte devlete bağlı hastaneler de fiilen özelleştirilmiştir. Büyük şehirlerden başlayarak gerçekleştirilmeye çalışılan "Kent Hastaneleri" ile de bu özelleştirme süreci tamamlanacaktır.

İlerleyen süreçte GSS'da temel teminat paketleri ve tamamlayıcı sigorta gelecektir. Şu anda GSS'nın kapsayıcılığı yüksek görünmekle birlikte prim ödeyemeyen insanların ne gibi sorunlarla

karşılaştığı konusunda yeterli bilgimiz yoktur. Tek bildiğimiz konu primlerini ödeyemeyenlerin sağlık hizmeti alamadığıdır. Tamamlayıcı sigortanın gelecekte eşitsizlikleri arttırması beklenmelidir. Zaten OECD'de raporunda benzer konularda uyarılar yapmıştır.

Son sözleri söylemeden önce bir noktaya daha değinmek doğru olacaktır. Sağlık reformu süreci uluslararası bir programdır. Bizle beraber birçok ülke bu konuda benzer deneyimleri yaşamıştır. Sadece bu deneyimler bile ayrı bir yazının parçasıdır. Tek bir örnek ABD'den verilecektir. Yapılan tüm dönüşümler ülkemizdeki sistemin ABD'deki modele benzetilmek istendiğini düşündürmektedir. Ancak ABD eşitsizlikler konusunda dünyadaki en başarısız sistemlerden birisidir. Sağlığa ayırdığı para birçok ülkenin gelirinden daha fazla olmasına rağmen, kendi ülkesinde kocaman bir ülke boyutunda bir nüfus hiç sağlık hizmeti alamamaktadır. Obama'nın bu konuda başarılı olup olamayacağını ise önümüzdeki yıllarda hep birlikte izleyeceğiz.

Son Sözler: Herkes İçin Eşitsizliğin Normalleştirildiği Bir Dünya

Dünya Bankasının 2011 verilerine göre nüfus 6 milyar 966 milyondur. Toplam Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) 66 trilyon 363 milyar Dolar'dır. Bu gelirin 458,9 milyarı düşük gelire sahip ülkelere aittir ve nüfusları 828 milyondur. 19 trilyonu orta gelire sahip ülkelere aittir ve nüfusları 4 milyar 843 milyondur. Yüksek gelire sahip ülkelerin GSMH 47 trilyon 121 milyardır ve nüfusları 1 milyar 295 milyondur. Sadece Amerika Birleşik Devletlerinin (ABD) GSMH'sı 15 trilyon 126 milyar olup nüfusu 312 milyondur (**World Bank, 2013**).

UNCTAD tarafından yayınlanan Ticaret ve Gelişme Raporu'na göre emeğin dünya ekonomisinden aldığı payın 1980'de %63'den 2011'de %54'e gerilediği bildirilmektedir. UNDP tarafından Rodriguez ve Jajadev imzalı "Emeğin gerileyen payına ilişkin bir araştırmada" emeğin payının 1960-70 döneminde arttığını, 1970'li yıllarla birlikte azalmaya başladığı ve 1980'lerden sonra çöküşe döndüğü bildirilmektedir (**Yıldızoğlu, 2013**).

DSÖ'ye göre, ülkeler arasında doğumda yaşam beklentisinde 36 yıllık bir açığı vardır. Çad'da her beş çocuktan birisi beş yaşını doldurmadan ölmektedir. Avrupa bölgesinde binde 10 seviyesindedir. Bu farklılık biyolojik ve genetik gerekçelerle açıklanamaz. Sosyal statü, gelir, etnisite, cinsiyet, özürllülük

ve cinsel yönelime bağlı köklü farklılıklar sağlık çıktıları açısından önemli açıklara neden olmaktadır. Örneğin ABD’de zenci kadınların bebekleri be-yazlara göre 1,5 ile 3 kat arasında ölüm riski ile karşı karşıyadır. Tüm yaş, ırk ve etnik gruplardaki erkekler kadınlara göre dört kat daha fazla intihar etme eğilimindedir (**WHO, 2011**).

Son tahminlere göre bir milyara yakın insan açlık sorunu ile uğraşmaktadır. 1,5 milyar insan işsizliğe karşı savunmasızdır ve bu insanların sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinden yararlanma olanakları yoktur. Yaklaşık 150 milyon insan sağlık harcamaları yüzünden yoksulluk tehlikesi ile karşı karşıyadır. Her yıl 100 milyon insan sağlık harcaması nedeniyle yoksulluk sınır altına itilmektedir. Nijerya ve Myanmar’da her 10000 kişiye 4 hekim düşerken, Norveç ve İsviçre’de 40 hekim düşmektedir (**WHO, 2011**).

Dünya üzerinde insanların yaşadığı bu somut örnekler arttırılabilir. Bu sayılar çok anlamlıdır. Hepsi erken ölen, korunabileceği halde hastalanan, iş kazasında ölen, okulda olması gerekirken çocuk doğuran insanlara karşılık gelmektedir. Ve hepsinin sorununu çözecek kadar bilgi birikimine ve tecrübeye sahibiz. Daha Afganistan, Irak, Suriye, Filistin, Somali gibi ülkelerde çıkartılan savaşların yarattığı yıkımlardan; bu bölgelerden daha huzurlu bir yaşama kaçmaya zorlanan göçmenler ve onların sırtından milyarlarca ABD Doları kazanırken, göçmenleri denizin ortasında ölüme mahkûm edenlerden bahsetmedik. Tüm bu eşitsizlikler küreselleşmenin kutsandığı 30-40 yılda yaşandı. Bir yandan DSÖ 2000 yıllarda Herkes İçin Sağlık Hedefi koyarken, diğer yandan DB’nin aynı paketler üzerinden neoliberal devrimleri ülkelere dayattığı bir dönemde. Hem de elimizdeki bilginin dünyanın her yerinde yaşayan insanlara temel yaşam ihtiyaçlarını gidermek için yeterli olduğunu öğrendiğimiz; ancak en basit sorunlara bile seyirci kaldığımız bir dönemde.

Ülkemizde son 10 yılda sağlık sistemimiz ve sosyal güvenlik sistemimiz üzerinde önemli dönüşümler yaşanmıştır. Cumhuriyet dönemi boyunca kurulan birçok kurum ve kuruluş artık yoktur. Her şeyden önce devletin sağlığa bakış tarzı değişmiştir. Otuz yıl öncesine kadar kendini halkının sağlığından doğrudan sorumlu gören devlet yoktur. Artık devlet sağlığı da piyasa kuralları içinde düzenlenmesi gereken bir alan, hastaları da müşteri olarak algılamaktadır. Hizmet kalitesini belirlerken de memnuniyetlerin öne çıkarılması tesadüfi değildir. Günümüzde devlet sadece oyun kurucu ve denetleyicidir.

Oyuncular ise değişmiştir. Artık sağlık sistemine uluslararası şirketler hâkimdir ve daha da olacaktır. Sağlık çalışanları da bu piyasa da alınıp satılabilen işçilerdir. Gazetelerin insan kaynakları bölümüne bakarsanız, ne demek istediğim anlaşılacaktır. Hastanelerimiz, aile hekimliği sistemimiz ve sosyal güvenlik sistemimizin dönüşümünü henüz tamamlamamıştır. Fiilen özel olan kamu hastaneleri kısa vadede tamamen özelleşecektir. Aile hekimliği sistemi bu hastanelere entegre edilecek ve GSS’ye bağlanacaktır. GSS temel teminat paketi düzeyine inecek ve tamamlayıcı sigorta yaptırmak ya da cep-ten harcama yaparak doğrudan hizmet satın almak gerekli olacaktır. Böyle bir sistemin eşitliği (ya da hakkaniyeti) sağlayacağı ve sürdüreceğini beklemek mümkün değildir.

İçinde yaşadığımız dünya eşitsizlikleri ile kutsanmış durumdadır. Eşitsizlikler on binlerce yıldır, yaşanan tüm bilimsel, sosyal, kültürel ve ekonomik gelişmelere rağmen halen sorun olmaya devam etmektedir. Eşitlik, kısa dönemler dışında hiç konuşulmamış, sadece birilerinin bazı şeyleri hak etmesinden bahsedilmiştir. Hak kavramı da dünyaya bakış açımıza göre bir anlam kazanmıştır. Birileri tepede olmayı; birileri de binlerce yıl öncesinin koşullarında yaşamayı hak etmektedir. Buna kimin, nasıl karar verdiği ise hiçbir zaman tam olarak açıklanmaya çalışılmamıştır. Makaleyi Şeyh Bedrettin’in bir sözü ile bitirmek istiyorum: “Bu kitaplar insanlığın eşitsizliğine ve sefaletine çare değilse, neye yarar?”

Dipnot

1. Omar Everleny Perez Villanueva is Professor in the Department of Economics and a Researcher at the Center for the Study of the Cuban Economy, University of Havana.
2. Endüstrileşmiş 7 ülke, Kanada, İtalya, Fransa, Japonya, Almanya, Birleşik Krallık, ABD’yi içerir. 1997 yılında Rusya’nın eklenmesi ile G8 haline gelmiştir.

Kaynaklar

- Akdağ, R. (Editör)** (2012) *TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu(2003-2011). Herkes İçin Sağlık. Ankara.*
- Akdur, R.** (1998) “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri”, *Yeni Türkiye Cumhuriyet III*, (23-24):1984-1995.
- Aksakoglu, G.** (2014) *Health-care reform in Turkey: far from perfect. The Lancet*, 383(9911):26-27.
- Aktan, A.O., Pala, K., Ilhan, B.** (2014) *Health-care reform in Turkey: far from perfect. The Lancet*, 383(9911):25-26.
- Atun, R., Aydın, S., Charkraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, İ., Nazhoğlu, S., Özgülcü, Ş., Aydoğan, Ü., Ayar, B., Dilmen, U., Akdağ, R.** (2013) *Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. The Lancet*, 382(9886):65-99.

- Aygün, R.** (1998) "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri", Yeni Türkiye Cumhuriyet III, (23-24):1976-1983.
- Bahçetepe, S.** (2014) Yurttaşların ödediği katkı payı AKP döneminde yüzde 12'den yüzde 45'e çıktı, Sağlıkta katılım payı isyanı. Cumhuriyet Gazetesi, 19 Ocak 2014 Pazar:11.
- Bakar, C., Akgün, S.** (2005) Türkiye'de Sağlık Reformları: Sonu Gelmeyen Hikâye. Toplum ve Hekim. 20(5):339-352.
- Başara, B.B., Güler, C., Eryılmaz, Z., Yentir, G.K., Pulgat, E.** (2012) TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Başara, B.B., Güler, C.** (2013) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Haber Bülteni. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Barış, E., Mollahaliloğlu, S., Aydın, S.** (2011) Healthcare in Turkey: from laggard to leader, BMJ, 342(12 March 2011):579-582
- Belek, İ.** (2001) "Sağlık Reformları Kriz ve Sağlık Paradigma-sında Liberal ve Yeniden Yapılanma", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 16(6):430-437.
- Belek, İ.** (2012) Sağlıkta Dönüşüm, Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı. Yazılama Yayınları. İstanbul.
- Büyükbaş, O., Öngel, İ.** (2014) Soyguna yasal zemin. Cumhuriyet Gazetesi, 19 Ocak 2014 Pazar:11.
- Civaner, M.M.** (2011) Turkish healthcare reforms. "Transforming" our health by privatisation(Our solid grounds to resist metamorphosis), BMJ, 29:342.
- Civaner, M.M.** (2014) Health-care reform in Turkey: far from perfect, The Lancet, 383(9911):26.
- Coburn, D.** (2009) Eşitsizlik ve Sağlık. Panitch L, Leys C. Socialist Register 2010, Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları, (Çeviri: Haskan U). Yordam Kitap, 2011. İstanbul:54-74.
- Cornia, G.A., Rosignoli, S., Tiberti, L.** (2009) Küreselleşme ve Sağlık Üzerine Ampirik Bir İnceleme, Labonde R, Schrecker T, Packer C, Runnels V. Küreselleşme ve Sağlık. Süreç, Kanıtlar ve Politika (Çeviri editörleri: Kayı İ, Yasin Y), İnsev Yayınları, İstanbul, 2011:46-77.
- Cueto, M.** (2004) "The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care", American Journal of Public Health, (94):1864-1873.
- Demir, M.** (2006) Ayaktan Hastalara Yönelik Vaka Başı (Başvuru Başı) Ödeme Modeli, Medimagazin, 2 Ekim 2006, Erişim Tarihi 10.11.2013, <http://www.medimagazin.com.tr/authors/mehmet-demir/tr-ayaktan-hastalara-yonelik-vaka-basina-basvuru-basi-odeme-modeli-72-63-901.html>
- Hacettepe Institute of Population Studies.** (1978) Turkish Fertility Survey 1978. First Report, Ankara.
- Hacettepe Institute of Population Studies.** (1983) 1983 Turkish Population and Health Survey, Ankara.
- Hacettepe Institute of Population Studies.** (1988) 1988 Turkish Population and Health Survey, Ankara.
- Hacettepe Institute of Population Studies.** (1994) Turkish Demographic and Health Survey 1993, Ankara.
- Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü.** (1999) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara.
- Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü.** (2004) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara.
- Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü.** (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Ankara.
- Hamzaoglu, O.** (2014) Health-care reform in Turkey: far from perfect, The Lancet, 383(9911):27
- Gürsoy, M.** (2009) Ekonomik ve Finansal Krizler Dünü ve Bugünü. MG Yayınları. İstanbul
- Kazgan, G.** (2008) Türkiye Ekonomisinde Krizler (1929-2001) "Ekonomi Politik" Açısından Bir İrdeleme. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. İstanbul.
- Kılıç, B.** (2013) Sağlıkta Dönüşüm Programının evrensel kapsayıcılık ve eşitlik iddiaları üzerine bir eleştiri. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Erişim Tarihi:10.11.2013. <http://www.sdplatform.com/Dergi/729/Saglikta-Donusum-Programinin-evrensel-kapsayicilik-ve-esitlik-iddialari-uzerine-bir-elistiri.aspx>
- Kılıç, B.** (2014) Health-care reform in Turkey: far from perfect, The Lancet, 383(9911):28-29.
- Knaut, F.M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., Sandoval, R., Caballero, F., Hernández-Ávila, M., Juan, M., Kershnerobich, D., Nigenda, G., Ruelas, E., Sepúlveda, J., Tapia, R., Soberón, G., Chertorivski, S., Frenk, J.** (2012) The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico, Lancet, 380(6):1259-1279.
- Krugman, P.** (2009) Bir Liberalin Vicdanı. (Çeviren: Neşenur Domaniç). Literatür Yayınları, İstanbul.
- Lamber, R.** (2011) Küba'nın yeni sosyalizmi. Le Monde Diplomatique, 14 Mayıs 2011, (Çeviri: Aysen Baylak), Dünya Gündemi, 22-29 Mayıs 2011.
- Labonde, R., Schrecker, T.** (2009) Küreselleşmenin Halkların Sağlığına Tehditleri, Labonde R, Schrecker T, Packer C, Runnels V. Küreselleşme ve Sağlık. Süreç, Kanıtlar ve Politika (Çeviri editörleri: Kayı İ, Yasin Y), İnsev Yayınları, İstanbul, 2011:11-46.
- Lister J.** (2005). Umutsuz bir reform ihtiyacı: eşitsizlikler ve sağlık sistemleri üzerindeki baskılar (Bölüm 1). Sağlık Politikası Reformu Yanlış yolda mı gidiyoruz? Küresel "Sağlık Reformu" Endüstrisinin Eleştirel Kılavuzu. (Çeviri: İnan M, Kılıçaslan A, Erten N, İlhan D, Kurban HC) İnsev Yayınları. İstanbul. 2008:5-18.
- Milliyet Gazetesi Arşivi.** Erişim Tarihi:09.11.2013, <http://gazetearsivi.milliyet.com.tr/>
- Mollahaliloğlu, S., Kosdak, M., Eryılmaz, Z.** (2010) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara.
- Mollahaliloğlu, S., Başara, B.B., Eryılmaz, Z.** (2011) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara.
- Mollahaliloğlu, S., Başara, B.B., Eryılmaz, Z.** (2011) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010.

- Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara.
- OECD, The World Bank.** (2008) OECD Sağlık İncelemeleri Türkiye.
- Ortak Sağlık Güvenlik Birimi. Erişim Tarihi: 09.10.2013. <http://www.osgb.com.tr/>
- Öztek, Z.** (1992) Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara.
- Pala, K.** (2014) Health-care reform in Turkey: far from perfect, *The Lancet*, 383(9911):28.
- Pekçan, H., Uğurluoğlu, Ö.** (2001) "Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri, Aile Hekimliği", *Yeni Türkiye, Sağlık* 1,(39):817-844.
- Resmi Gazete.** (2011) Kanun Hükmünde Kararname(KHK). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Tarih:02.11.2011. Sayı:28103 Mükerrer.
- Soyer, A.** (2004a) Darbe Liberalizasyon ve Sağlık Türkiye Fotoğrafı(1980-1995). Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Darbeden AK Partiye Sağlık Öyküsü. Sorun Yayınları. İstanbul:137-167.
- Soyer, A.** (2004b) 1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?. Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Darbeden AK Partiye Sağlık Öyküsü. Sorun Yayınları. İstanbul: 167-183.
- Stiglitz, J.E.** (2002) Küreselleşme Büyük Hayal Kırıklığı. (Türkçesi: Arzu Taşcıoğlu-Deniz Vural). Plan B İletişim, İstanbul.
- Sülkü, S.N.** (2011) Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesinde ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. TC Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Yayın No:2011/414. Ankara.
- Şavran, T.G.** (2013) Toplumsal Eşitsizlikler ve Sağlık, Elbek O. (Yayına Hazırlayan) Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır, Hayykitap, 2013, İstanbul:57:71.
- Yardım, M.S., Cilingiroğlu, N., Yardım, N.** (2010) Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey, *Health Policy*, 94:26-33.
- Yardım, M.S., Cilingiroğlu, N., Yardım, N.** (2013) Financial Protection in Health in Turkey: the effects of the Health Transformation Programme, *Health Policy and Planning*, 1-16.
- Yasar, G.Y.** (2011) 'Health Transformation Programme'in Turkey: an assessment, *International Journal of Health Planning and Management*, 26:110-133.
- Yavuz, C., Eskiocak, M.** (2014) Health-care reform in Turkey: far from perfect, *The Lancet*, 383(9911):27-28.
- Yıldızoğlu, E.** (2013) Uzun Durgunluk ve Küreselleşme. Cumhuriyet Gazetesi. Ekonomi. 14 Ekim 2013 Erişim tarihi: 09.11.2013. <http://www.sendika.org/2013/10/uzun-durgunluk-ve-kureselles-me-ergin-yildizoglu-cumhuriyet/>
- Tanık, F.A.** (2014) Health-care reform in Turkey: far from perfect, *The Lancet*, 383(9911):28.
- TC Sağlık Bakanlığı.** (2004) Sağlıkta Dönüşüm, 2003. TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. (1998) "Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi", Ankara.
- TC Sağlık Bakanlığı.** (2012) Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011. Ankara.
- TC Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.** (2011) Sağlık Teşviği ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Ankara.
- Terzi, C.** (2011) Turkish healthcare reforms. Article was a gift to minister of health just before general election(Can authors or editors publish an article as gift to a minister of health just before the general election?). *BMJ*. 29:342.
- The World Bank.** (1987) A World Bank Policy Study. PUB-6563. Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform. Washington, D.C.
- The World Bank.** (2103) World Development Indicators. Table 1.1. Erişim Tarihi 10.11.2013. <http://wdi.worldbank.org/table/1.1#>
- The World Bank.** (2013) World Development Indicators: Mortality. Tables 2.21. Erişim Tarihi 10.11.2013. <http://wdi.worldbank.org/table/2.21>
- Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği** (2013). Türkiye Kent Sağlık Göstergeleri(Tanımlama, Sınıflama, Değerlendirme, Öneriler), Bursa, 2013.
- Türkiye Bilimler Akademisi Çevre Komitesi.** (2010) Türkiye'nin Sağlık Tarihi Bağlamı İçinde 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve Cumhuriyetin Sağlık Sorununa Yaklaşımı. Ankara.
- TUİK.** (2012) Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2012. Erişim Tarihi 10.11.2013 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13594>
- TUİK.** (2013) Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2009-2012. Erişim Tarihi 10.11.2013 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15871>.
- TUİK.** (2013) Seçim Sonuçları. Erişim tarihi: 10.11.2013, Erişim Tarihi 10.11.2013 <http://tuikapp.tuik.gov.tr/secimdagitimapp/secim.zul>
- UNDP.** (2013) Human Development Report 2013. The Rise of South: Human Progress in a Diverse World. New York, 2013.
- Whitehead, M.** (1992) Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. Türk Tabipleri Birliği. 2001. Ankara.
- World Health Organization.** (1998) "The Changing World", *The World Health Report 1998 Life in The 21st Century A Vision for All*, 1998.
- World Health Organization.** (2000) "Why do Health Systems Matter? (Chapter One)", *The World Health Report Health Systems: Improving Performance*, 2000.
- World Health Organization.** (2011) World Conference on Social Determinants of Health. Fact file on health inequities. Erişim Tarihi:09.11.2013. <http://www.who.int/sdhconference/background/news/facts/en/>
- World Health Organization.** (2013) Life expectancy: Life expectancy by World Bank income group. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.700?lang=en>. Erişim Tarihi:19.01.2014.
- World Health Organization.** (2013) World Health Statistics: Mortality and global health estimates. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.172WB?lang=en>. Erişim Tarihi:19.01.2014.