

KAMUSAL SAĞLIK SİSTEMLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ: 1980'DEN GÜNÜMÜZE KÜRESEL BİR BAKIŞ

Yavuz YAŞAR*

Öz: Kamusal sağlık sistemleri 1980'lerden bu yana, küresel ölçekte ve ciddi bir biçimde dönüşüme uğramıştır. Bu dönüşümün sorumlusu olarak neoliberalizm ve onun politikaları işaret edilmiştir. Bu makalede, neoliberal politikalar sonucunda sağlık sistemlerinin kamusal niteliğinde ne gibi değişimler yaşandığını anlamak ve küresel ölçekte merkez ile çevre arasındaki benzerlikler ile farklılıkları ortaya koymak amacıyla ilgili yazının eleştirel bir değerlendirmesini sunuyoruz.

Anahtar sözcükler: Sağlık Sistemleri, Sağlıkta Dönüşüm, Kamusal Sağlık, Neoliberal Politikalar

Transformation of Public Health Systems: A Global Overview from 1980 to the Present

Abstract: Public health systems have been transformed at a global scale and in a serious way since the 1980s. The culprit for this transformation has been identified as neoliberalism and its policies. In this article, we provide a critical survey of the relevant literature to understand what happened to public nature of healthcare systems as a result of neoliberal policies and identify similarities as well as differences between the center and periphery around the globe.

Key words: Health Systems, Transformation in Healthcare, Public Health, Neoliberal Policies.

1. Giriş

Kamu hastanelerinin neoliberal dönemdeki (kaba- ca 1980 'den günümüze) dönüşümü elbette aynı dönemdeki sağlık sistemlerinin dönüşümünün bir parçasıdır. Bu makalenin temel amacı da sağlık sis- temlerinin neoliberal dönemdeki dönüşümünün bir tür kuşbakışı görüntüsünü ortaya çıkarmak ve dönüşümün nedenlerini anlamaya çalışmak. Ancak böylesine kapsamlı bir konuda, tamamıyla özgün bir çalışma yapmak hem zor ve hem de uzun zaman alacağından, konuyla ilgili yazından yararlanarak, bu makaleyi eleştirel bir özet başlangıç gibi değer- lendirmek uygun olacaktır.

Başlamadan önce birkaç noktanın netleştirilme- sinde yarar var. İlki, "Kamusal sağlık sistemi" deyin- ce neyi kastettiğimizi açmamız gerek çünkü çok önemli iki konu var başlıkta: "kamusal" ve "sağlık sistemi". Bunu yapmaya çalıştığımızda ise kaçınıl- maz olarak ve her şeyden önce, bir sağlık sistemi nasıl tanımlamalı kısa da olsa üzerinde durmamız gerekiyor. Daha sonra "kamusal sağlık sistemi"ne demek, onu yanıtlamalı. Burada "kamusal"dan kastedilen hizmetlerin sunucusu olarak kamu mu?

Yoksa finansörü mü? Düzenleyicisi mi? Yoksa bun- ların bir bileşeni mi? Dünyada kamu sağlık hizmet- lerinde dönüşümü anlamak ve bunu da kaçınılmaz

olarak karşılaştırmalı bir şekilde yapmak istiyorsak, öncelikle farklı sağlık sistemlerini sınıflandırmak ve onların içinde kamu sağlık hizmetlerinin yerini ve önemini belirtmek gerekir.

Diğer bir nokta ise bir sağlık sistemini neye ve hangi ölçütlere göre tanımladığımızdır. En genel anlamda bir sağlık sistemi üç bileşenine göre tanımlanıyor: sağlık ve ilgili bakım hizmetlerinin sunumu, finans- manı ve düzenlenmesi (Rothgang ve ark. 2010; Beckfield, Olafsdottir ve Sosnaud 2013; Qua- dagno 2010; Wendt, Frisina ve Heinz 2009; Car- valho, Schmid ve Fischer 2021; Cordilha 2023). Bu üç bileşende kimlerin (özel, kamu, kâr amacı gütmeyen sivil toplum örgütü gibi) ve ne derece rol oynadığı bize birçok farklı düzenlemeler ve do- layısıyla sağlık sistemi tipleri verecektir. Bu faktörleri dikkate alarak üç farklı sağlık sistemi tipinden söz etmek mümkün: ulusal sağlık sistemi (ya da İngil- tere'nin Beveridge modeli), sosyal sigorta sistemi (ya da Almanya'nın Bismarck modeli), ve serbest pi- yasa sistemi (ya da ABD sistemi).¹

Üçüncü nokta olarak, neoliberalizm kavramı günü- müzde biraz fazla kullanılmış, bu yüzden bir dere- ceye kadar içi boşaltılmış ve ilgili-ilsiz birçok de-ğişimi ve dönüşümü açıklayan bir "maymuncuğa"

*Prof.Dr., Ekonomi Bölümü, Denver Üniversitesi. (ORCID No: 0000-0001-7656-5997)

Geliş Tarihi / Received : 13.01.2026

Kabul Tarihi / Accepted : 29.01.2026

dönüşen bir kavram haline gelmiştir. Bir yandan da kavramın anlamı, teorik kökenleri, temellerindeki ideolojisi ve dahi bilimum özellikleri itibarıyla hâlâ tartışmaya açık, anlamı ve işlevi açısından sürekli evrilen bir kavram olarak kabul ediliyor (**Cahill ve ark. 2018**). Ancak bu makale söz konusu değişen tanımlar ve kasıtlar tartışmasından çok, makalenin konusu ve içeriği açısından artık anaakım kurum ve kuruluşların bile neoliberal olarak adlandırdığı somut sağlık politikaları ve uygulamaları eleştirel politik iktisat açısından değerlendirerek hareket edeceğiz.

Makalenin gerisi şöyle bir sıra izlemektedir. Bir sonraki bölüm 1980'lerden bu yana sağlık sistemlerinde yaşanan dönüşümü anlamak için bazı kurumsal ve kuramsal açıklamalar sunmakta. Bunu ise kamunun sağlık sistemlerindeki rolünü merkez ve çevre ülkelerini ayırarak sağlık sistemlerindeki değişimleri inceleyen bölüm takip ediyor. Makale bazı gözlem ve çıkarımlarla sona eriyor.

2. Bazı Kurumsal ve Kuramsal Açıklamalar

Sağlık sistemlerindeki 1980'lerden bu yana küresel ölçekte yaşanan değişimler ve dönüşümlerin neoliberal politikalarından azade olmadığı artık bir sır değil. Bu makalenin bağlamı açısından neoliberalizmin anlamı, işlevi ve önemi konusunda, var olan ve birbiriyle yarışan tanımlardan birini ya da birkaçını seçmekten çok, elimizdeki sağlık alanındaki somut kanıtlardan ve eleştirel politik iktisat bakışıyla hareket edeceğiz.

İlk olarak, daha bir entelektüel ve sonradan da politik bir harekete dönüşmeden önce, neoliberalizm, ABD'deki kapitalist sınıfın Büyük Buhran'a çare olarak uygulanan ve ABD'deki refah devletinin temellerini atan Yeni Anlaşma (New Deal) programları karşısında kaybettiği mevzileri geri kazanmak adına yaptığı karşı saldırının adıdır (**Philips-Fein 2009**). Ayrıca, Hayek, Mises, Friedman gibi neoliberalizmin temel düşünürleri olarak görülen kişilerin sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık sistemleri açısından fikirleri çok açık ve nettir (**Gaffney 2014**): Örneğin, sağlığın evrensel bir insan hakkı olması ve İngiltere'deki gibi ulusal bir sağlık sistemi yoluyla sağlanması tartışmasında, Mises ürpererek şöyle şikâyet etmektedir: "Eskiden fakirlerin talep hakkı olmadığı bir hayırseverlik kurumu olan şey artık toplumun bir görevi olmuştur... Geçim yardımı, hak sahibinin yasal yollarla talep edebileceği bir iddiadır artık." Ya da Hayek, ücretsiz sağlık hizmeti sunmayı kökten ve felsefi açıdan bir hata olarak gördüğünü, insanların ihtiyaçlarının ve bireysel tercihlerinin (sağlık ve sağlık hizmeti dahil) başkalarının varsayamayacağını, araştırılabileceğini, dolayısıyla da İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi'nin temel varsayımı olan insan ihti-

yaçlarının nesnel olarak bilinebileceğinin gerçekte bir ilgisi olmadığını savunmuştur. Benzer şekilde Friedman, hekim olarak çalışma izninin ve ilaç endüstrisinin düzenlemeye tâbi tutulmasını eleştirmiş, her ikisine de piyasanın görünmez eliyle karar verilmesini önermiştir. Özetle, sağlık bağlamında gerek teorik ve gerekse ideolojik temelleri açısından neoliberalizm, Hayek, Mises, Friedman gibi sağ liberteryen düşünürlerin fikirlerine dayanır. En saf haliyle bu ideoloji toplumu ve devleti (mümkünse) yok sayar ve onların yerine ve üzerine bireyi, bireyin çıkar ve tercihlerini koyar. Böylesine bir dünya tahayyülünün gerçekleşebileceği tek yer ise herkesin özgürce değişim (= alım-satım) yaptığı serbest piyasalardır!

Açık bir politik ve politika tercihi olarak, merkez ülkelerde neoliberal süreç Başkan Reagan (ABD) ve Başbakan Thatcher'ın (İngiltere) politikalarıyla başlamış ve meşrulaştırılmış kabul edilir.² Ancak, bu sağcı hükümetlerin devamında iktidara gelen ve kendilerini sosyal demokrasinin modernleşmiş hâli olarak iddia eden yönetimler (ABD'deki "Demokrat" Clinton ve İngiltere'deki "Yeni İşçi Partisi" başkanı Blair hükümetleri gibi) aynı politik ve politika tercihlerini yapmakla kalmayıp, aslında neoliberalizmi sosyal demokrat bir kılıfı sürdürmüşlerdir (**Lister 2010**). "Modern sosyal demokrat sosuna" banılmış bu ideoloji, yani "Üçüncü Yol"un temel amacı hem "eski sol" (devlet kontrolü, yüksek vergi, eşitlik) hem de "yeni sağ" (piyasa köktenciliği, bireycilik, fırsat eşitliği) değerler arasında "faydacı" (pragmatist) bir orta yol bulmaktır. Buna göre devlet "büyük devlet" modelinden "kolaylaştırıcı devlet" veya "sosyal yatırım devleti" modeline evrilmeli; devletin rolü, doğrudan hizmet sunmaktan ziyade, özel sektör ve gönüllü kuruluşlarla ortaklık kurarak vatandaşları güçlendirmek olmalıdır (**Lister 2010**). Piyasa ekonomik büyüme ve rekabet için vazgeçilmezdir; küreselleşme kaçınılmaz olumlu bir süreç olup kamu hizmetlerinde "tüketici tercihi" ve "piyasa mekanizmaları" teşvik edilmelidir (**Lister 2010**). Siyasi düzlemde oluşturulan "Üçüncü Yol" ideolojisi, sağ liberteryen düşüncenin ürünü olan kamu tercihi teorisi (public choice theory), anaakım neoklasik iktisat teorisi ve yeni kamu yönetimi teorisi (new public management) gibi teorik desteklerle de "bilimsel" bir meşruluk kazanarak, neoliberal politikaların hızla yayılması sağlanmıştır.

Ancak bu yayılma tek tip ve tekdüze bir yayılma olarak görülmemelidir. Çünkü neoliberalizm merkezde ve çevre ülkelerde farklı şekillerde, derecelerde ve yollarla uygulanmaya konmuş ve meşrulaştırılmıştır. Genelde çevre ülkelerdeki dönüşüm ve değişimler, 1980'den günümüze dek, DB'nin önderliğinde, yapısal uyum programlarının "sağlık

reformu" adı altında uygulamaya konulmasıyla 59 ülkede gerçekleşmiştir (**Hamzaoglu 2013**). DB "laboratuvarlarında" geliştirilen bu reformlar (bir tür "biyolojik silah" gibi), ilk olarak 1980'lerin ilk yarısında Şili, Arjantin, Meksika, Hindistan, Yeni Zelanda ve Filipinler'de denenmiş ve sonra da Zambiya ile başlayan ikinci dönemde hızla yayılmaya devam eden bir pandemi gibi küresel olarak uygulamaya konulmuştur (**Hamzaoglu 2013**). Bu reformlar neoliberal yapısal uyum politikalarını takip eden ve sermaye yanlısı -öncelikle ve çoğunlukla- sağcı (ve sonradan da sol eğilimli) hükümetlerin, dış borçları ve bütçe açığını bahane ederek sosyal koruma harcamalarını kısması, hastane bütçelerine sınır koyması, kamu kurumlarında maliyetlerin sözüm ona rasyonelleştirilmesi, cepten-ödemelerin yaygınlaşması, performans göstergelerinin kullanılması, sağlık çalışanlarının ücretlerinin azaltılması, bazı sağlık hizmetlerinin taşeronlara devri, zaten zayıf olan sağlık sistemi altyapısına yeterince yatırım yapılamaması gibi bir sürü sonuca neden olmuştur (**Cordilha 2023**).

Bu genellemeye rağmen, tam da bu noktada neoliberal politikaların çevre ülkelerdeki seyrinin neden ve nasıl tek tip ve tekdüze olmadığına altını çizmekte fayda var. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1978'teki Alma Ata Deklarasyonu, "Herkes için Sağlık" (*Health for All*) sloganı ile yola çıkıp birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen ve vergilerle fonlanan adil bir sağlık finansmanına (İngiltere'nin Ulusal Sağlık Sistemi'nin özgün hâli gibi) vurgu yapmıştı. Ancak bu vurgu DB ve IMF'nin, özelleştirme, deregülasyon gibi piyasa dostu çözümleri tavsiye eden yapısal uyum politikalarıyla çelişiyordu.³ Gerek DSÖ ve gerekse diğer BM örgütleri (ILO, UNICEF, UNDP, vs.) DB ve IMF ile taban tabana zıt misyonlarını yeniden ve neoliberal ilkelere göre tanımlayarak ve neoliberal taleplerle uyumlaştırarak, fakat ne neoliberalizmin saf biçimini ne de kendi özgün misyonlarını tamamiyle temsil eden bir tür "orta yol" buldular (**Chorev 2018: 261**). Bireysel deneyimlerin farklılıklarına rağmen, küresel düzeyde beliren bu "orta yol" politikaların neler olduğuna kısaca değinmekte fayda var.

İlk olarak sağlık hizmetlerinin sunumu ve idaresinin ne tamamen piyasaya ne de tamamen devlete bırakılması yerine, âdem-i merkeziyetçiliğin benimsenmesini örnek olarak gösterebiliriz. Bu anlamda, örneğin Afrika'ya önerilen ve sonuçta dayatılan sağlık politikasının bir özeti olan DB'nin 1981'de yayınladığı Berg Raporu, tipik DB tavsiyesi olan bütçe kesintilerinin yaratacağı sorunları çözmek adına, kullanıcı harçları (user fees) ve yerel (köy) döner sermaye sistemleri gibi yöntemlerle kendi kendini

finanse edebilen hem idari hem de finansal anlamda âdem-i merkeziyetçi sağlık sistemleri tavsiye etmiş ve desteklemiştir (**Shakow, Yates ve Keshavjee 2018; Chorev 2018**). Her ne kadar 1970'li ve 1980'li yılların küresel anlamda birçok ülkenin ödemeler dengesi ve enflasyon sorunlarıyla boğuştuğu ve dolayısıyla sağlık dahil sosyal politikalara bütçe ayırmakta zorlandığı dönemler olması neoliberal politikaların uygulanmasını kolaylaştırmışsa da yıllar sonra, benzer politikalar farklı biçim ve gerekçelerle devam etmiştir. Örneğin, Türkiye'deki sağlıkta dönüşüm reformuyla sağlık bakanlığının sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı konularında doğrudan sorumluluğunun hemen hemen tamamıyla sona erdirilmesi ve planlama ve denetlemeden sorumlu bir kurum haline gelmesi ise 2000'li yıllara ait bir örnek olarak gösterilebilir (**Yenimahalleli-Yaşar 2017; Çavdar ve Yaşar 2019**). Özellikle sağlık sistemlerinin finansmanı konusunda, ABD'deki en büyük sosyal deneyleri takiben, kullanıcı harcı ve diğer cepten ödeme yöntemlerinin meşruiyeti ve ABD dışına da ihracında büyük rol oynamıştır (**Shakow, Yates ve Keshavjee 2018; Iriart ve Waitzkin 2000**).⁴

Diğer bir eğilim ise küresel yönetişimin yeni biçimleri olarak da adlandırılan, herhangi bir ülkedeki sağlık sisteminin tümüne odaklanan "yatay" programlar yerine, tek-soruna odaklı "dikey" girişim ve programların (Uluslararası AIDS Aşısı Girişimi, Bill ve Melinda Gates Vakfı, Aşı ve Bağışıklık için Küresel İttifak, Uluslararası Bebek Gıdası Eylem Ağı, Rockefeller Vakfı gibi) mantar gibi türemesidir (**Koivusalo ve Ollila 2008; Chorev 2018**). Diğer bir deyişle, küresel sağlıkta "hayırsever kapitalizmi" benimsenmiş, BM'ye üye ulusların üyelik harçlarıyla finansal kaynak yaratımı yerine, şirketlerin ve özel sektörün bağışlarına ve hatta yeni finansal araçlar ("pandemi bonoları" gibi) aracılığıyla finansal kaynak yaratma yöntemine geçilmiştir (**Koivusalo ve Ollila 2008**). Dahası, bu "uluslararası sivil toplum örgütleri" (international non-governmental organizations) bağış yaptıklarında, yardıma muhtaç ülkelerdeki devletler yerine "kâr amacı güden şirketler gibi örgütlenen ve davranan," "devletler gibi bürokratik olmayıp daha hızlı karar veren" yerel sivil toplum örgütlerini tercih etmişlerdir (**Koivusalo ve Ollila 2008; Chorev 2018**). Özellikle 1990'larda, bu uluslararası ve ulusal sivil toplum örgütlerinin ilişkileri çoğu zaman "kamu-özel-ortaklıkları" (public private partnership, PPP) şeklinde örgütlenmekte, siyasi ve bürokratik kısıtları ortadan kaldırmak adına devletler aradan çıkarılmakta, özel sektörden ve sivil toplum örgütlerinden oluşan mütevellî heyetlerince yönetilmekte ve yardımlar da ihtiyaca göre değil randımına (performance) göre belirlenmekte (**Koivusalo ve Ollila 2008**).

Bütün bu değişim ve dönüşümler ise “daha iyi sağlık göstergelerini ve hakkaniyeti başarmak, etkinlik ve verimliliği yükseltmek, katılımcılık ve sektörler arası iş birliğini arttırmak” gibi sloganlarla bezenmekte ve meşrulaştırılmaktadır (**Zakus, Bhattacharya ve Wei 2014**).⁵

Küresel yönetim madalyonunun diğer yüzü ise sağlıkta finansallaşmadır. Görece yeni bir araştırma alanı olarak, sağlıkta finansallaşma, ilgili yazında, birbiriyle ilintili üç süreç üzerinden tartışılmaktadır (**Cordilha 2023:93**): “bir, sağlığın finansmanı ve sunumuyla ilgili etkinliklerin finansal varlıklara dönüştürülmesi; iki, dolayısıyla bu dönüşümle ilintili finansal aktörlerin sağlık sektörüne artan katılımı; üç, finansal şirketlerin davranışlarının sağlık sektöründeki aktörlerce özümsemi.” Finansal varlıklara dönüşüm, yukarıda bahsi geçen “dikey programları” birer “yatırım platformu” olarak tanımlayıp, farklı kaynaklardan devletin sübvansiyon ve garantileri ile belirli bir projeyi (örneğin AIDS, verem, ya da sıtmayla mücadele gibi) fonlama (ki buna “harmanlanmış finans” [blended finance] deniyor) yoluyla yeni finansal varlık sınıfları ve risksiz (“de-risking”) yatırım olanakları yaratılmaktadır (**Cordilha 2023; Dafermos, Gabor ve Michell 2021**). Böylelikle harmanlanmış finans artarken, geleneksel insani yardımlar azalmakta ve “küresel sağlığın finansmanını ise hissedarlarının kâr beklediği bir tür özel yatırıma dönüştürmektedir” (**Erikson 2015**). Sağlık hizmeti sunan özel şirketler ile özel sağlık sigortası şirketleri de giderek artan bir şekilde borç ve finansal araçlara (örneğin borsa da hisse satmak, sermaye arttırımı, başka şirketlerle birleşme ve/veya satın al(ın)ma gibi) başvurmak ve firmaların sahipliğinin el değiştirmesi ve yeniden yapılandırılması yoluyla, finansal aktörlerin (“özel sermaye şirketleri” gibi) sağlık sektöründe katılımı ve rolü artmaktadır (**Cordilha 2023:96; Vural 2017**). Sağlıkta finansallaşmanın bir başka boyutu ise kamu ve kâr amacı gütmeyen örgütlerin belirli bir projenin finansmanı için “etki yatırımı” adı verilen “sağlık bonoları” ya da “sosyal etki bonoları”⁶ gibi finansal yenilikleri kullanmalarının teşvik edilmesidir (**Cordilha 2023**). Özellikle kamuda, bir yandan kemer sıkma politikalarının izlenmesi ve diğer yandan da sağlıkta gerekli altyapı yatırımlarında (örneğin hastaneler) kamu-özel-ortaklıklarının kullanılması bir tür norm haline gelmiş bulunmaktadır (**Cordilha 2023; Ayhan ve Üstüner 2023; Hunter ve ark. 2025**). Kısacası, kamunun en fazla rol oynadığı sağlık sistemlerinde bile özel finansmanın, çeşitli kanallardan ve farklı derecelerde, geleneksel olarak kamu maliyesinin sorumluluğu olan en temel alanlara nüfuzu söz konusudur. Örneğin İngiltere’de ve Kanada’da hastane inşaatları için kamu-özel-ortaklıkları kullanımının yaygınlaşması; İngiltere’de özel sağlık şirketlerinin özel sermaye

grupları, bankalar, yatırım fonları ve yatırımcılarca finansal olarak desteklenmesi; İtalya’daki ulusal sağlık sisteminin (Servizio Sanitario Nazionale SSN) sisteme girdi ve hizmet sunanlara olan borcunun ödemesini hızlandırmak için borçlarını menkul kıymetleştirmesi (securitization); Hindistan’da kamu sağlık sistemi yerine, düşük gelirli için özel sağlık sigortası programları teşvik edilmesi gibi örnekler giderek yaygınlaşmaktadır (**Cordilha 2023**).⁷

Şu ana dek bahsi geçen küresel eğilimler nihayetinde 1978 Alma Ata deklarasyonundaki “Herkes için Sağlık” ilkesinin yerini “evrensel sağlık kapsayıcılığı”nın almasına neden olmuştur. Örneğin, 2010’dan bu yana DB 100’den fazla çevre ülkesinin teknik yardım yoluyla evrensel sağlık kapsayıcılığını gerçekleştirmelerine yardımcı olmuştur ve bu yeni ilke 2015’te Birleşmiş Milletler’deki (BM) 193 ülke tarafından imzalanan *Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin* başarılmasının da bir anahtarı olarak görülmüştür (**Cordilha 2023**). Yalnız burada dikkat edilmesi gereken nokta evrensellikten kastın çevre ve merkez ülkelerde ayrı ayrı olduğudur ki bu bize *evrensel kapsam* (universal coverage) ile *evrensel sağlık hizmeti* (universal care) arasındaki farkı da gösterir (**Cordilha 2023**): “Evrensel sağlık hizmeti, koruyucu hekimlikten tedavi ve rehabilitasyona kadar tüm bakım seviyelerinde eşit erişim anlamına gelir. Ancak evrensel sağlık kapsayıcılığı çerçevesi, evrensel sağlık hizmetine ulaşmak için yeni bir yöntem önermez, yalnızca kavramın yeniden yorumlanmasını sunar. Devletin en temel işlevi, bireylerin sağlık riskleriyle başa çıkarken ciddi mali zorluklarla karşılaşmalarını önlemek için talebin sübvansye edilmesidir. Pratikte, evrensel kapsam; birincil sağlık hizmetleri (temel ihtiyaçlar) için devlet kapsamını ve özel hizmetler ve sigorta yoluyla daha karmaşık hizmetlere erişim için kamu sübvansiyonlarını içerir.” Resmîyette BM Genel Kurulu evrensel sağlık kapsayıcılığını sağlık sistemlerinin toplumsal hakkaniyet ve sağlık hizmetlerine erişimi başarmak için önermiş olsa da (**Kouivusalo ve Ollila 2008**), sonuçta bu dönüşüm sayesinde, özellikle DB ve OECD’nin desteklediği sağlık sistemi reformlarında giderek artan bir şekilde özel sektör aracılığıyla sağlık hizmetlerinin sunumuna, sağlık hizmetinin alıcısı ve sunucusunu ayırmaya, ve gerek sağlık hizmetlerinin sunucusu ve gerekse kullanıcılarının teşvikler yoluyla davranışlarını değiştirmek amacıyla yeni ödeme (kullanıcı harçları gibi) ve gelir yaratma yöntemlerinin uygulamaya konulmasına neden olmuştur (**Kouivusalo ve Ollila 2008; Cordilha 2023**). Diğer bir deyişle, neoliberal reformlar bir yandan daha önce kapsam içi olmayan bireyleri kapsayarak (kayıt dışı sektör gibi) ama aynı zamanda kamunun fon ve hizmet sunumunu da kısıtlayarak, aslında kamusal sağlık sistem ve ağlarını

yok etmeden, özel sermayenin toplumun ortak kaynaklarına el koyup, gelişip birikmesine yardımcı olan bir koza haline getirmiştir (**Cordilha 2023:82-83**).

Sonuç olarak, her ne kadar DSÖ gibi uluslararası örgütler başış yapan daha zengin ülkelerin dışsal baskıları yüzünden kendi bürokrasi ve politikalarını baskın neoliberal politikalarla uydursalar da aynı zamanda, bir yere kadar direnç gösterip, söz konusu neoliberal mantığın kendi çıkarları etrafında değişmesini de sağlamışlardır (**Chorev 2018**). Bu karşılıklı etkileşim, DB ve IMF gibi kuruluşlarca dayatılan neoliberalizmin saf (ya da daha keskin) hâli ile gerçek yaşamda uygulanan hâli arasında bir fark, sapma ve hatta iraksamalar yaratmıştır (**Chorev 2018**). Örneğin, DB ve IMF'nin neoliberal dayatmaları ve "önce ekonomik büyüme sonra sağlık" politikası karşısında, DSÖ, eskisi gibi sağlığı en temel insan gereksinimi ve hakkı olarak tanımlayıp savunmakta direnmek yerine, sağlığın ekonomik etkisiyle, ekonomik büyümenin en önemli motoru olarak, tanımlamıştır.⁸ Benzer şekilde, DB sağlık ve sosyal politikada öncelikleri maliyet-fayda analizi kullanarak belirlediği için en savunmasız yoksul kitleleri etkileyen bulaşıcı hastalıklar yerine daha çok varlıkları etkileyen ve bulaşıcı olmayan hastalıkları öncelerken, DSÖ maliyet-fayda analizini kabul etmekle birlikte önceliği bulaşıcı hastalıklara vermekte ısrar etmiştir. Bir orta yol olarak, sıtmayla mücadelede cibinlik dağıtmak yerine, cibinliklerin özel sektör aracılığıyla tedarikine destek vermiştir (**Chorev 2018**). Ya da küresel HIV/AIDS politikalarının tanınması ve hayata geçirilmesi, evrensel sağlık kapsayıcılığında ısrar (2012), bir çok sosyal kalkınma konusunun, engelli haklarının gündemde tutulması, sağlığın sosyal ve ticari belirleyicileri ile "Bütün Politikalarda Sağlık" (Health in All Policies, HiAP) gibi kampanya ve etkinlikler her ne kadar sınırlı da olsa, bazı küresel politikaların meşrulaştırılmasında ve gelecekteki önceliklerin neler olması gerektiğine dair bir çerçeve çizmesi açısından etkili olmuştur (**Koivusalo ve Ollila 2008**).

3. Merkez ve Çevre Ülkelerde Sağlık Sistemlerinin Dönüşümü

Bu bölümde amacımız, iktisadi ve sosyal açıdan kalkınmış, zengin merkez ülkelerin sağlık sistemleri ile iktisadi ve sosyal açıdan az gelişmiş ya da gelişmekte olan, (genellikle) yoksul çevre ülkelerin sağlık sistemlerindeki değişim ve dönüşümünü kısaca incelemektir. Bunu yaparken de Rothgang ve arkadaşlarınca (2010), özellikle kamunun zaman içerisinde değişen ve dönüşen rolünü anlamak için sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve düzenlenmesi boyutlarına ayrı ayrı ve sistematik olarak bakarak yapılan çalışmadaki yöntemi izleyeceğiz.

Rothgang ve arkadaşları (2010), öncelikle bir sağlık sistemleri tipolojisi ve analitik çerçevesi sunarak, devletin sağlık sistemlerindeki rolünü zaman içinde ve farklı sistem tiplerini karşılaştırmalı olarak analiz etmektedir. Bu çalışmada sağlık sistemleri herhangi bir sağlık sisteminin finansman (kaynak sağlayıcılar), hizmet sunumu (kimin tarafından yapıldığı) ve düzenleme (finansman, hizmet sunumu ve hastalar arasındaki ilişkileri yönetme anlamında), devletin her boyut için oynadığı role göre sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmaya göre, üç *ideal* sağlık sistemi tipi tanımlanmıştır: (1) *Ulusal Sağlık Hizmeti* (ideal örnek İngiltere'nin Beveridge modeli) sistemi devlet ağırlıklı olup, temel finansman kaynağı vergilerdir, hizmetler de kamu kuruluşlarınca sağlanır ve eşitlik ilkesince devlet hiyerarşisi ile düzenlenen bir sistemdir. (2) *Sosyal Sigorta Sistemi* (ideal örnek Almanya'nın Bismarck modeli): Toplumsal odaklı bir sistem olup çalışanların sosyal sigorta prim katkılarıyla finanse edilir, hizmetler kâr amacı gütmeyen özel kuruluşlarca sağlanır ve sistemin düzenlenmesi ise dayanışma ilkesine göre kolektif pazarlık (ya da korporatist sistem) yoluyla gerçekleşir. (3) *Özel Sağlık Sistemi* (ideal örnek ABD'nin piyasa modeli): Piyasa ve birey odaklı bir sistem olup özel sigorta primi ve cepten ödemelerle finanse edilir. Hizmetler kâr amaçlı özel kuruluşlardan satın alınır ve ödeme gücüne göre hizmet ilkesiyle rekabetçi piyasalarca düzenlenir.⁹

Bu ideal üç tip sağlık sisteminde değişim olup olmadığı, değişimden ne kastedildiği ve bu tipler arasında bir yakınsama ya da iraksama olup olmadığı ise aynı çalışmada şöyle kavramsallaştırılmıştır. Değişimden kasıt devlet ile özel sektörün değişen rollerinin yanısıra ulusal ve alt-uluslararası eksenlerdeki değişimleri de dikkate almak olarak tanımlanmıştır. Ayrıca, OECD ülkeleri arasındaki seçilen göstergelerin ortalamalarındaki değişim (seviye etkisi) ve ülkeler arasındaki farklılıkların değişimi (koridor etkisi) ayrı ayrı incelenmiştir. Sistemlerin birbirine benzeşmesi (ya da sistemler arası yakınsama) ise seçilen göstergelerin varyansının azalması (sigma-yakınsama), geriden gelen sistemlerin hızla ilerlemesi (beta-yakınsama) ve seçilen bir referans modele göre yakınlaşma (delta-yakınsama) olarak üçe ayrılmıştır. Aşağıda daha detaylı olarak anlatılacağı gibi gerçek yaşamda 1970'ten bu yana sağlık sistemlerinde bir melezleşme eğilimi görülmekte; karşılıklı olarak etkileşen bu ideal tipler, giderek daha karmaşık bir hâl almaktadır. Bu da devletin rolünün yeniden tanımlanmasını gerektirmektedir.

Özellikle devletin sağlık hizmeti sunumu bağlamında gündeme gelen özelleştirme kavramı ise bu çalışmada üçe ayrılarak kullanılmıştır

(Rothang 2010): maddi, biçimsel ve işlevsel. Maddi özelleştirme mülkiyet sahipliğindeki değişikliği kastetmekte ve “açık” ve “örtük” olarak ikiye ayrılmaktadır. Açık özelleştirmede kamu hastanelerinin özel mülkiyete geçmesi ve sektör içinde mülkiyet değişimleri kastedilirken, ikincisinde ise kaynakların, kamu sunumunun ağırlıklı olduğu sektörlerden (örneğin yataklı bakım) özel sunumun ağırlıklı olduğu sektörlerle (örneğin ayakta tedavi) kayması **(Schmid ve Wendt 2010)**.¹⁰ Biçimsel özelleştirmede ise her ne kadar sağlık hizmeti sunucularının kamusal özelliği yasal olarak aynı kalsa da daha bağımsız hale gelmelerini kastetmektedir. İşlevsel özelleştirme ise kamusal kurumların bazı işlevlerinin taşeron sistemi ile kamu dışına çıkarılması (ki çoğunlukla özel sektöre devri) anlamına gelmektedir.

3.1. Merkez Ülkelerin Sağlık Sistemleri: Yukarıda yönteminin bir özetini sunduğumuz çalışmada, merkezdeki 23 OECD ülkesinin¹¹ sağlık sistemlerinde devletin sağlık sistemlerinin finansmanındaki rolüne üç ayrı açıdan bakılmıştır **(Schmid, Cacace ve Rothgang 2010)**: ortalama kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranındaki değişim (seviye etkisi), ülkeler arasındaki farklılıkların azalıp azalmadığı (koridor etkisi ya da sigma yakınsama), düşük kamu harcaması yapan ülkelerin hızla artış yaparak “yakalama” sürecine girmesi (beta yaklaşımı).

Bu yönetsel çerçeveden bakınca, 1970 ile 2006 arasında ortalama kamu sağlık harcamaları (GSYİH'ya oranı) sürekli artmıştır. Bu eğilim vergi finansmanlı ülkeler için daha belirgin iken, sosyal sigorta ve özel finansmanlı ülkelerde görece daha az belirgindir. Toplam sağlık finansmanı içindeki kamu payı 1970'lerde artmış, 1980-2000 arasında görece olarak azalmış, ancak 2000'den sonra tekrar artmaya başlamıştır. Ancak, söz konusu dönem boyunca özel finansman istikrarlı bir şekilde hep artmıştır. Kalkınmış ve zengin ülkelerin sağlık sistemlerinin finansal açıdan benzeşmesine bakılınca şöyle bir resim ortaya çıkmakta. Kamu sağlık harcamalarında (GSYİH payı olarak) belirgin bir yakınsama varken, toplam sağlık harcamaları açısından söz konusu yakınsama daha zayıf kalmıştır. 1970'te kamu harcaması düşük olan ülkeler (ABD, İsviçre, Yunanistan, Portekiz, İspanya) hızlı bir artış gösterirken, yüksek kamu harcaması ile bilinen ülkelerde (İsveç, Danimarka) artış yavaş olmuştur. Her ne kadar, 2008-2009 Küresel Finansal Krizi, birçok zengin OECD ülkesinde sağlık harcamalarının büyüme oranı ekonomik büyüme oranının gerisinde kalmasına neden olmuşsa da **(Stevens, Kroneman ve Zee 2017)**, 2019 yılında ki pandemi hemen hepsinde sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur.

1992 ile 2006 yılları arasında, hakkında veri olan 18 zengin ve kalkınmış ülkede, sağlık sistemlerinin finansmanı açısından bakıldığında ise yukarıda sınıflandırılan üç finansman modeli (vergi, sosyal sigorta, özel) arasında sınırlı bir yakınsama söz konusu iken vergi ve sosyal sigorta modelleri belirgin bir şekilde ayrılmaya devam etmektedir. Genelde ise tek bir modele doğru yakınsama için istatistiksel olarak güçlü bir kanıt bulunamamış ve hâlihazırda var olan finansman modelleri ayırt edici özelliklerini sürdürmüşlerdir. Özetle, OECD genelinde devletin sağlığın finansmanındaki mutlak rolünün gerilemediği, OECD ülkelerinde kamu/özel karışımının geçmişe kıyasla daha benzer hale geldiği (yakınsama), sistemler arası uç farklılıkların ortadan kalktığı (örneğin kamu finansman payının Almanya'da azalması, ABD'de artması, İngiltere'de dalgalı bir eğilim izlemesi gibi) gözlemlenmiştir **(Rothgang 2010:238-239)**.¹²

Yukarıdaki çalışmanın **(Rothang ve ark. 2010)** bir parçası olarak, Schmid ve Wendt (2010: 53-71) sağlık hizmet sunumunda devletin rolünü karşılaştırmalı ve nicel olarak analiz etmek için Kamu Hizmet Sunumu Endeksi (Public Service Provision Index- PPI) geliştirmiştir. PPI, sağlık sistemini dört sektöre (yataklı hasta bakımı, ayakta hasta bakımı, diş bakımı, tıbbi malzemeler/ilaçlar) ayırmakta ve her sektördeki kamu payını (kamu yatak oranı, kamu çalışanı hekim oranı vb.) sektörün toplam harcamadaki ağırlığıyla çarparak hesaplamaktadır. Bu yönetsel çerçeve içerisinde yapılan analizler devletin doğrudan hizmet sunumundaki rolünün, finansmandaki rolüne kıyasla, genellikle daha sınırlı olduğunu; özel (kâr amacı güden ve gütmeyen) sağlık hizmeti sunanlar ayakta tedavi ve ilaç sektörlerinde yoğunlaşırken, kamu sektörü ise daha çok yataklı bakımın ağırlıklı olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, çoğu OECD ülkesinde, devletin doğrudan hizmet sunumundan çekildiği ve özel sağlık hizmeti sunumunun arttığı gözlemlenmiştir. Bu eğilim özellikle Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) sistemlerinde belirgindir.

Schmid ve Wendt (2010) aynı çalışmada, PPI değerlerini karşılaştırarak (örneğin Finlandiya 74%, ABD %6), sağlık hizmetlerinin sunumu açısından ülkelerarası bir yakınsama görülmediği gibi, sağlık sistemleri kendi içlerinde farklılaşmaya devam etmekte olduklarını bulmuşlardır. Bir başka bulgu ise ülkeler arasındaki kamu/özel karşılaştırmasında, aynı tür sağlık sistemi içinde bile (örneğin Ulusal Sağlık Sistemi veya Sosyal Sağlık Sigortası sistemi) farklılıkların dikkate değer derecede fazla olması ki bu da sağlık sistemlerini sınıflandırırken yalnızca finansman boyutunun değil, aynı zamanda hizmet sunumunun da dikkate alınması gerektiğini

göstermektedir. Sonuç olarak, tüm sistem tiplerinde, özellikle 1990'lardan itibaren, zayıf da olsa bir maddi özelleştirme (açık ve örtük olarak) ve devletin rolü açısından bir gerileme eğilimi görülmekte; Kamu Hizmet Sunumu Endeksi (PPI) ülkeler arasında çok geniş bir aralıkta değişmekle birlikte, ortalama olarak bir düşüş eğilimi gösterse de, bu bağlamda, bir yakınsama kanıtı istatistiksel olarak bulunmamıştır (**Rothgang 2010**). Örneğin, İngiltere'de 1980'lerden bu yana, özellikle hastane yemeleri ve temizliği gibi hizmetler taşeron firmalara devredilirken (işlevsel özelleştirme), özellikle dış ve uzun dönemli bakım konusundaki giderek artan sıra beklemler örtük özelleştirmeye neden olmuş; kamu hastaneleri özel sektördeki hekimlerin hizmetine açılırken özel hastane yatak sayısında da ciddi artışlar gözlemlenmiş ve biçimsel özelleştirme yoluyla hastaneler bağımsız bir vakıf altında toplanmıştır (NHS Trust Hospitals) (**Rothgang 2010**).

Sağlık sistemlerinin düzenlenmesi açısından bakıldığında ise genelde bir melezleşme eğilimi görülmekte ve bu melezleşme bir tür yakınsama olarak değerlendirilmektedir (**Rothgang 2010**). Örneğin, İngiltere'de, başlangıçtaki kamu hiyerarşisine ve planlamaya dayalı bir sistemden kamu aktörleri arasında yaratılan bir "iç piyasa"da rekabete doğru bir dönüşüm varken, Almanya'da ise korporatist aktörlerce karşılıklı denetim özünde korunmakta fakat sigorta fonları arası rekabet sisteme sokulmakta (1992) ve dolayısıyla sistemin düzenlenmesi hem devletin hem de rekabetin giderek artan rolleri ile sağlanmakta. ABD'de ise hiyerarşik devlet düzenlemesi görece daha zayıf kalmış olup, özel sağlık sigortalarının piyasadaki ağırlıklı rolü bir anlamda onları düzenleyici konumuna sokmuştur ve dolayısıyla da kamu ile özel arasındaki sınırlar giderek belirsizleşmektedir.

Bu bölümü sonlandırmadan önce, yukarıda anılan çalışmaların ulaştığı sonuçlarla ilgili kısa bir eleştiri ve düzeltme gerekiyor. Söz konusu çalışmalarda izlenen nicel yöntem gereği kaçınılmaz olarak toplulaştırılmış istatistiklerden hareket edilerek çikarsamalarda bulunulmuştur. Bu yöntem bize bazı açılardan (örneğin kamu harcamalarında genel eğilim hakkında) genel bir fikir verse de diğer açılardan (örneğin söz konusu eğilimlerin nedeni hakkında) baktığımızda sağlık sistemlerinin kendilerine özgü dinamiklerini yakalamakta veya anlamakta ne yazık ki yardımcı olamamaktadır (**Carvalho, Schmid ve Fischer 2021**). Örneğin, Rothgang ve arkadaşlarının (2010) yapılan analizlerde kullanılan ölçütlerden ortalama kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı ve toplam sağlık finansmanı içinde kamunun payı göstergeleri, sanki her ülkede aynı şekilde belirlenmiş gibi kullanılmıştır. Dolayısıyla, böylesine

toplulaştırılmış istatistiklerle varılan sonuçlar her ülke için aynı anlamı ifade etmeyebilir. Örneğin, ABD'de bu iki göstergenin zaman içerisindeki seyirinde görülen artış eğilimlerinin iki temel belirleyicisi vardır: piyasalarca belirlenen sağlık hizmetlerinin fiyatları (**Anderson ve ark. 2003**) ve artan eşitsizlik ve yoksulluk ile beraber yoksulluk sigortası kapsamına alınan nüfusun büyümesi.¹³ ABD'deki bu iki faktöre, bir de işveren ve işçilerin sağlık sigortasına katkı paylarının vergiden muaf tutulması nedeniyle gelir kaybını da eklersek o zaman kamunun payı daha da fazla çıkmaktadır (%60) (**Woolhandler ve Himmelstein 2002**). Dahası, sağlık hizmetlerinin finansmandan sunumuna dek tamamıyla kamusal olmuş gazi ve malullere sağlık hizmeti sunan Veterans Administration uzun bir süredir taşeronlaşma yoluyla işlevsel özelleştirmeye tabi tutulmaktadır. Aslında ABD'de her sosyal ve kamusal program hem demokratlar hem de cumhuriyetçiler tarafından bu ve benzeri şekilde yayıflatılmaktadır. Aynı çalışmada merkez ülkelerdeki sağlık sistemlerinin düzenlenmesi konusunda varılan sonuçlar da aslında bir bakıma eksik. Çünkü tarihsel olarak, örneğin ABD'de, devlet sağlık sektöründe hangi aktörün eli daha güçlü ise onun etkisiyle sistemi düzenlemektedir: 1970-80'lere kadar hekimlerin egemenliği, 1970-80 döneminde sağlığın hemen her alanında şirketleşmelerin başlaması ve 1990'lardan sonra ise sağlık sigortaları ile ilaç sektörünün egemenliği gibi. Dolayısıyla, Rothgang ve arkadaşlarının (2010) analizinde genel eğilimlerin gerisindeki sebepler araştırılmadan varılacak sonuçlar yanıltıcı olabilir.

Aynı çalışmalardaki bir başka sorunlu çıkarım ise farklı sağlık sistemleri arasındaki yakınsama/benzeşme yazınının konuyu benzer şekilde ele alması. Diğer bir deyişle, yakınsama gözlemlendiğinde sanki sağlık politikalarının farklı ülkeler arasında birbirlerinden öğrenerek yayılması gibi bir çıkarım var. Bunun doğru olduğu yerler kesinlikle vardır elbet. Örneğin Danimarka'nın Fransa'yı etkileyerek sağlığın sosyal belirleyicilerini dikkate alınmasını sağlaması gibi (**Beckfield, Olafsdottir ve Sosnaud 2013**). Fakat diğer yandan, yukarıda birçok örnekte de görüldüğü gibi, çevre ülkelerdeki sağlık sistemlerinde gerçekleşen "reform" ve "değişimler" birçok durumda bir tür öğrenme ve uygulamadan çok, bir dayatma sonucu gerçekleşmiştir (**Weiner et al. 2008; Jasso-Aguilar et al. 2004; Holden 2005; Beckfield, Olafsdottir ve Sosnaud 2013; Cordilha 2023**).

3.2. Çevre Ülkelerin Sağlık Sistemleri

Düşük ve orta gelirli ülkelerin sağlık sistemleri (ki özellikle Afrika ve Doğu Asya'nınkiler) sömürgeleşme mirasına sahip olup, sömürgeci ülkelerin sistemlerini taklit etmeye çalışarak, sınırlı sayıda

insan grubu için (sömürgecilerin vatandaşları, devlet memurları, askerler gibi) işlevsel olmuştur (Stevens, Kroneman ve Zee 2017:502). Özellikle İngiltere'den esinlenilen ulusal sağlık sistemi ve Almanya'dan esinlenilen sosyal sigorta sistemi birçok çevre ülkede taklit edilirken, Latin Amerika ve dünyanın birçok yerinde DSÖ'nün "Herkes için Sağlık" kampanyasının da etkisiyle İngiltere modeli görece daha çok tercih edilmiştir (Stevens, Kroneman ve Zee 2017; Block ve McQuire 2017; Waitzkin 2017; Shakow, Yates ve Kesharjee 2018; Cordilha 2023). Benzer bir durum orta ve doğu Avrupa ülkeleri için de geçerlidir. Sovyetlerin çöküşünden önce, birçok orta ve doğu Avrupa ülkesinde (örneğin Bulgaristan, Macaristan, Polonya) devlet mülkiyeti, merkezi planlama, ücretsiz ve kapsayıcı hizmet özellikleri ile tanımlanan Semashko modeli uygulanmaktayken, Hırvatistan ve Slovenya'da ise, Yugoslavya'nın mirası olan, işçi ve işveren primlerine dayalı zorunlu sosyal sağlık sigortası (Sosyal Sigorta) sistemi mevcuttu (Cacace 2021).

Çevre ülkelerindeki sağlık sistemleri homojen değildir; Küba gibi devlet odaklı sistemlerden Ekvator Ginesi gibi özel finansman ağırlıklı sistemlere kadar çeşitlilik gösterir. Ancak, bu ülkelerin çoğunda görülen ortak zorluklar üç ana kategoride toplanabilir: kaynak yetersizliği (personel eksikliği, düşük sağlık harcamaları, yetersiz altyapı ve dolayısıyla uluslararası aktörlere bağımlılık), zayıf devlet kapasitesi (düzenleme, denetim ve idaredaki eksiklikler), ve hastalık yükü (yüksek oranlı bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar) (Carvalho, Schmid ve Fischer 2021). Çevre ülkelerin sağlık sistemlerinde görülen bir başka belirgin özellik ise sağlığın finansmanı, hizmet sunumu ve nüfusun aidiyeti açısından bölünmüş ve parçalı hâlidir. Bu bölünme ve parçalı hâl, gelir, sosyal statü ve istihdam türüne göre farklı nüfus gruplarını hedefleyen çoklu düzenlemelerle kendini gösterir. Genellikle, yoksul kesimler, temel bakım sağlayan kamusal hizmetlere bel bağlarken, orta ve üst sınıflar, sosyal ve/veya özel sigorta kapsamındadır. Kamusal sağlık hizmetlerinin temel düzeyde kalması nedeniyle, bunu karşılayabilenler ek özel sigorta veya cepten ödemelere yönelmektedirler (Carvalho, Schmid ve Fischer 2021). Bu genel saptamalardan sonra, kısaca küresel bölgelerdeki sağlık sistemlerindeki değişim ve dönüşümüne bakalım.

Orta ve Doğu Avrupa: Sosyalizm sonrası geçiş sürecinde orta ve doğu Avrupa ülkelerinin sağlık sistemlerinde yapısal dönüşümler yaşanmıştır (Öniş ve Şenses 2009; Yıldırım ve Yıldırım 2013; Tatar 2018; Cacace 2021): Kapitalizme geçiş döneminde, neredeyse tüm orta ve doğu Avrupa ülkeleri birçoğunun sosyalizm öncesi sistemi olan, Bismarck

tipi sosyal sağlık sigortası modelini benimsemeye yönelmişler, fakat uygulamada Alman modelinden farklılaşmışlardır. Örneğin Estonya ve Letonya'da primler vergi otoriteleri tarafından toplanırken, Çek Cumhuriyeti ve Slovakya'da birden fazla rekabetçi hastalık fonu oluşturulmuştur. Polonya'da işveren katkısı yokken, Hırvatistan'da tamamı işveren tarafından ödenmektedir. Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı (özellikle Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti ve Slovakya'da %5'ten fazla) ve yüksek işsizlik ve kayıt dışı istihdam (ki bölgede işgücünün yaklaşık %25'i) nedeniyle de sosyal sigorta primlerinin payı azalmıştır. Aynı zamanda gönüllü sağlık sigortası (örneğin Slovenya'da nüfusun yaklaşık %90'ı) ve cepten ödemeler (örneğin toplam sağlık harcamalarının yüzdesi olarak Bulgaristan %47, Letonya %42, Arnavutluk %60, Hırvatistan ve Slovenya %12 civarı, Çek Cumhuriyeti %15) aracılığıyla özel ödemelerde artış gözlemlenmiştir. Türkiye'deki "Genel Sağlık Sigortası" tartışmalarına benzer şekilde, kapsayıcılık ve sürdürülebilirlik sorunları ortaya çıkmıştır. Özelleştirme, özellikle birinci basamak ve diş hekimliği hizmetlerinde görülmüş, hastane özelleştirmeleri ise daha sınırlı kalmıştır. Merkezi planlamadan, hastane özerkliği ve yerel yönetimlere yetki devri gibi âdem-î merkezîyetçi yapılaraya geçiş denenmiştir. Ancak bu süreç, kaynak dağılımında eşitsizliklere ve koordinasyon zorluklarına yol açmıştır. Tanıya Dayalı Gruplar (DRG) gibi ödeme mekanizmaları ve performans dayalı ek ödemeler getirilerek verimlilik artırılmaya çalışılmıştır. Ancak bu uygulamalar, bazen hekimleri "hizmet yoğun" davranmaya teşvik ederek maliyetleri artırabilmiştir. Geçiş döneminin sert ekonomik şokları, işsizlik ve gelir dağılımındaki bozulma, sağlık hizmetlerine erişimde derin eşitsizlikler yaratmıştır. Devlet bütçelerinin yetersiz kalması, sosyalist dönemden kalma "bahşiş" (rüşvet) kültürünü, yaygın ve sistematik bir gayri resmî ödeme sorununa dönüştürmüştür. Bu durum, evrensel erişim ilkesini aşındırmıştır. 1990'ların başında, özellikle erkeklerde olmak üzere, yaşam beklentisinde düşüş, kardiyovasküler hastalıklarda ve şiddet/alkole bağlı ölümlerde artış gözlemlenmiştir. 2000'lerden itibaren çoğu ülkede göstergeler düzelme eğilimine girmiş, ancak Batı Avrupa seviyelerini yakalamak zaman almıştır.

Ortadoğu ve Kuzey Afrika: Benzer ülkelerle karşılaştırıldığında gerek hastalık ve gerekse ölüm oranları açısından 1960'larda çok daha kötü durumdayken, 2000'li yıllarda, bölge her iki alanda da dikkate değer gelişmeleri sosyoekonomik ve ekonomik kalkınma yanında, özellikle halk sağlığı programlarının ve sağlık hizmetlerinin genişletilmesine borçludur (Mate ve ark. 2017). Bölgede aynı anda hem bulaşıcı hastalıkların hem de giderek artan şekilde bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların yükünün ülkelerin

gelir düzeyiyle orantılı olarak dağıldığını söylemek mümkündür.¹⁴ Tarihsel olarak bölgedeki sağlık sistemlerinin çoğunluğu başlangıçta kamu tarafından sağlanmak ve finanse edilmek üzere, birinci basamak sağlık hizmetleri ile koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine ağırlık vererek düzenlemişler de kaynakların giderek artan bir şekilde -özellikle de orta ve yüksek gelirli ülkelerde- akut tedavi ve atıl kapasiteye (gereğinden fazla hastane yatakları gibi) ayrıldığı gözlemlenmektedir. Genelde, sağlığın finansmanı çoğunlukla hala merkezi fonlarca sağlanırsa da sağlık hizmetlerinin sunumu bağımsız işletme sistemlerine ve özel sektöre (ki özellikle Körfez ülkelerinde) bırakılmış durumdadır. Örneğin, düşük gelirli ülkeler iki basamaklı bir sağlık sistemi geliştirerek, sağlık hizmetlerinin sunumunu (sübvans edilmiş hâlde) kamuya ve cepten ödemelerle¹⁵ karşılanan özel sektöre bırakmış durumdayken; orta gelirli ülkeler (en azından kayıtlı sektörde istihdam edilenler için) sosyal sigorta sistemleri geliştirerek sigorta dışı kalan sağlık hizmetleri için ise kâr amacı güden ve gütmeyen özel sektör ile gönüllü kuruluşlara sığınarak, çok parçalı ve dağınık bir sistem yaratmışlardır. Petrol ve doğal gaz geliri olan zengin ülkeler ise vatandaşlarına geniş kapsamlı sağlık hizmetleri sunan ve bedava ya da çok az maliyetli bir sağlık sistemine sahiptirler). Ancak, gerek orta ve yüksek gelirli bölge ülkeleri için iki noktaya değinmekte yarar var. İlki, bu ülkelerdeki göçmen işçiler vatandaşların yararlandığı haklardan yararlanmazlar ve bu nokta genellikle gözden kaçırılır. Örneğin, Birleşik Arap Emirlikleri'nde toplam nüfusun %88'i kendi vatandaşı olmayıp bunların çoğu ise göçmen işçi konumundadır. İkincisi ise, son yıllarda, en zengin bölge ülkelerinde (örneğin Suudi Arabistan) bile kendi vatandaşlarına sağlanan sağlık sigortası gibi menfaatler artık tümüyle bedava olmaktan çıkarılmakta ve bu tür menfaatlerden yararlananların katkıda bulunması istenmektedir.

Latin Amerika: Küba, Kosta Rika, Arjantin ve Şili'nin kendilerine özgü tarihsel durum ve farklılıkları dışında, 1980'lerden günümüze bölgedeki sağlık sistemlerinin dönüşümünü kabaca üç ayrı döneme ayırmak mümkün: 1980-1990 arası uygulanan yapısal uyum ve neoliberal reformlar, 2000'li yıllardaki sol eğilimli yönetimlerin görece ve kısmi müdahaleleri ve 2010'lardan bu yana gözlemlenen kırılganlık ve kesintiler. Bu üç dönem boyunca yaşanan değişim ve dönüşümleri is şöyle özetlemek mümkündür (**Iriart ve Waitzkin 2000; Jasso-Aguilar ve ark. 2004; Weiner ve ark. 2008; Laurell 2015; Hartman 2016, Block ve McQuire 2017; PAHO 2022; ECLAC 2025**): İlk dönem boyunca uygulanan kemer sıkma politikaları kamu sağlık sistemlerinde kaynak yetersizliği, altyapının eskimesi ve sağlık işgücün-

de kayıplara neden olurken, sağlık yönetiminde adem-i merkeziyetçilik (yerel yönetimlerin ellerinde yeterince kaynak olmamasına rağmen sorumluluk alması), eldeki kaynakların evrensel kapsayıcılığı başarmak yerine (anne-çocuk sağlığı gibi) "hedef" programlara kullanılması, ve sonuçta ikili ve eşitsiz bir sistemin yaratılması (yoksullar için düşük kaliteli, yetersiz kamu hizmetleri ile zenginler için gelişmiş özel sağlık hizmetleri) ile sonuçlanmıştır. İkinci dönemde ise (özellikle Venezuela, Bolivya, Ekvador, Brezilya, Uruguay, Arjantin'de) yönetimi ele geçiren sol hükümetler sağlığı yeniden temel bir hak olarak tanımlayıp evrensel kapsamı başarmak adına sağlık sistemlerini güçlendirip, hizmetleri yaygınlaştırıp kamunun sağlık harcamalarındaki payını arttırmışlardır (örneğin Brezilya'da Sistema Único de Saúde (Tek Sağlık Sistemi), Venezuela'da Barrio Adentro, Bolivya'da Salud Familiar Comunitaria Intercultural modeli gibi). Bu dönemki olumlu değişiklikler özel sektörün sağlıkta genişlemesine tamamiyle engel olmadığı gibi yapılan reformların sürdürülebilirliği konusunda kuşku da tamamiyle ortadan kaldırmamıştır. Son dönemde ise küresel emtia fiyatlarındaki düşüşle gelen ekonomik durgunluk ve sağ hükümetlerin iktidara gelmesiyle sağlık harcamalarında kesintiler ve reformlarda duraklama ve geri çekilmeler yaşanmıştır. Süregelen yapısal eksiklikler, sağlık sistemlerinin temel sorunlarını COVID-19 pandemisi ile iyice gözler önüne sermiştir. Sonuç olarak, bölgede nüfusun sosyoekonomik durumuna göre değişen, kalite ve erişimde büyük farklılıklar gösteren parçalı ve eşitsiz sistemler oluşmuş; kamunun rolü temel sağlık hizmetlerinin özellikle yoksul kesimler için sunumuna indirilirken özel sektör sağlık sigortası ve hizmet sunumuyla sistemdeki payını giderek arttırmış ve sağlığın finansmanı ve kapsayıcılığının nasıl sürdürüleceğine dair kaygılar devam etmektedir.

Asya: Bölge içerisinde hem merkez hem de çevre ülkelerini barındıran yapısından dolayı sağlık sistemleri açısından daha karmaşık bir coğrafyadır. Avusturalya, Yeni Zelanda ve Japonya hariç, bölgenin geri kalanına göre daha gelişmiş olan ülkeler (Singapur, Çin ve Tayland gibi) görece yakın zamanlarda bu statüye kavuşmuş olup çoğu hâlâ kent-kır, bulaşıcı olan ve olmayan hastalık yükleri gibi zıtlıkları ve demografik geçiş sorunlarını bünyelerinde barındırmaktadır (**Ikegami 2017; Caussy ve Sein 2017; Leung, Lu ve Meng 2017; Chin, Rani ve Bonu 2017**). Bölgede, merkezi veya federal hükümet tarafından hiyerarşik bir şekilde örgütlenmiş sağlık sistemlerinin (örneğin Çin, Japonya, Endonezya, Tayland gibi) zamanla adem-i merkeziyetçi

bir yapıya dönüştüğü, merkezi ya da federal devletin planlama ve sağlık politikasından sorumluyken, daha küçük idari birimlerin sağlık politikalarının uygulanmasından sorumlu olduğu gözlemlenmiştir.¹⁶ Her ne kadar sağlık sisteminin bütünüyle piyasaya bırakıldığı durumlar çok sınırlı ise de, bölgedeki sağlık sistemleri genelde sözleşmeler yoluyla kamu ve özel karışımı melez ve adem-i merkezîyetçi bir yapı göstermektedir. Bölgedeki birçok ülke, 1978'deki "Herkes için Sağlık" sloganı ile sonuçlanan Alma Ata Deklarasyonundan etkilenmiştir. Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve bulaşıcı hastalıklarla mücadelede başarılar rağmen Çin, Endonezya, Filipinler, Laos, Tayland, Burma ve Vietnam gibi ülkeler hem bulaşıcı hastalıklarla hem de giderek artan bulaşıcı olmayan, kronik sağlık sorunları (kanser, kalp hastalıkları ve diyabet gibi) ile mücadele etmeye devam etmektedir. Ancak, 2000'li yıllardan bu yana ağırlık DSÖ öncülüğünde "Herkes için Sağlık"tan "evrensel sağlık kapsayıcılığı"na dönüşmüştür. Bu politikaların bir devamı olarak, merkezi devletin (örneğin geçmişte Çin, Burma ve Vietnam'da olduğu gibi) planlı bir ekonomide sağlık hizmetlerinin doğrudan finansmanı ve sağlayıcısı olması yerine, adem-i merkezîyetçilik yoluyla, daha çok yönlendiricisi ve genel anlamda yöneticisi olması yeğlenip uluslararası küresel finansın da çeşitli kampanyalar (Uluslararası Aşı ve Bağışıklık İttifakı, Küresel Fon, Küresel Verem İşbirliği, Küresel Cüzzamla Mücadele İttifakı, Bill ve Melinda Gates Vakfı gibi) ile katkıda bulunduğu bir sisteme doğru evrilirken, Japonya ve Singapur gibi bir kaç istisnai durumda, devlet doğrudan müdahale yoluyla sağlık hizmetlerinin fiyatlarının belirlenmesinde ve standartlaştırılmasında rol oynamaktadır. İncelenen diğer bölgelere benzer şekilde devletin toplam sağlık harcamaları içindeki katkı oranı görece yüksektir (%60, küçük ada devletlerinde %80). Birçok ülke (Japonya, Güney Kore, Çin, Endonezya, Moğolistan, Filipinler, Tayland, Laos ve Vietnam gibi)¹⁷ sosyal sigorta modelini benimsemiş olup, özellikle genç, sağlıklı ve yüksek gelirli nüfusu hedef alan ve sınırlı kapsamlı özel sağlık sigortası bölgede pek yaygın değildir. Bölgedeki nüfusun ciddi bir kısmı yüksek miktarda cepten ödemelere maruz kalmaktadır (Burma'da %80, Kamboçya'da %75, Çin'de ise %44) ve kullanıcı harçları yaygın olarak kullanılmaktadır.

Afrika: Gerek sömürgeleşme geçmişi (ve dolayısıyla da) gerekse ekonomik ve insani kalkınmışlık açısından dünyanın geri kalanına göre görece daha geride olan Afrika, belki de diğer bölgelere göre IMF ve DB'nin neoliberal politikaları uygulamada en

çok kullandıkları bir laboratuvardır denebilir (**Tursen 1998; Yates 2009; Killewo, Bazeyo ve Mdegela 2017; Shakow, Yates ve Keshavjee 2018**). 1980'lerden başlayarak, yapısal uyum programları çerçevesinde sağlık bütçelerinin daralması, sağlık çalışanlarının maaşlarının dondurulması, altyapı ve ilaç tedarikindeki ihmaller ile kullanıcı harçlarının yaygınlaşması gözlemlenmiştir. Diğer bölgelerdeki gibi âdem-i merkezîyetçilik ve özel sektörün genişlemesi el ele gitmiştir. 1990'ların sonu ve 2000'lerde, HIV/AIDS, sıtma, tüberküloz gibi belirli hastalıklarla mücadeleye odaklanan, genellikle uluslararası bağışçılar tarafından finanse edilen büyük "dikey programlar," birinci basamak sağlık hizmetlerinin altını oyma pahasına, öne çıkmıştır. 2000'li yıllarda yapısal uyum programlarının verdiği zararlara karşı ve Milenyum Kalkınma Hedefleri doğrultusunda çeşitli reform deneyimleri yaşanmıştır. Sağlık bakanlıkları daha sektör odaklı (örneğin Sağlık Bakanlığı Sektör Gelişim Programları, SWAPS), "hedef" sağlık sorunları (anne-çocuk sağlığı gibi) ile ilgili ve ücretsiz (temel) sağlık hizmetleri sağlanması gibi konularda reform girişimlerinde bulundularsa da bağış yapan zengin ülke ve özel şirketlere bağımlılık, finansal ve siyasi sürdürülebilirlik gibi tehditler altında çoğunlukla etkisiz kalmışlardır. Özetle, Afrika eşitsizliklerin derinleştiği, sistem zafiyetlerinin sürdüğü, bağış-bağımlısı, bulaşıcı olan ve olmayan hastalıkların yarattığı çifte yüke maruz ve parçalı sağlık sistemlerinin (biri-birinden bağımsız çok sayıda dikey programlar, bağışçı ülke projeleri ve sağlık bakanlığının aynı anda varlığı anlamında) var olduğu bir coğrafya hâline gelmiştir.

4. Sonuç

Makalenin başında kamunun rolü ile ilgili sorduğumuz sorulara iki şekilde yanıt verebiliriz. İlki yukarıda bir özetini sunduğumuz çalışmalardan hareketle ortaya çıkan genel eğilimler ve ikincisi de söz konusu eğilimlerin, eleştirel politik iktisat yaklaşımı açısından, ne anlama geldiğine dair varılabilecek çıkarımlar.

İlk olarak, yukarıda özetlediğimiz çalışmalar bize göstermektedir ki 1980'lerden günümüze merkez ülkelerde, devletin sağlık hizmetlerinin sunumundaki rolü tüm sistem tiplerinde mutlak olarak gerilerken, sağlığın finansmanı ve düzenlemesi alanlarında ise devletin rolünün zayıf olduğu yerlerde güçlendiği, güçlü olduğu yerlerde ise giderek artan rekabet ve piyasa mekanizmalarının kullanılması nedeniyle farklılaşmalara yol açmıştır. Benzer şekilde, çevre ülkelerindeki kamusal sağlık sistemleri merkezdeki kapitalist sistemlerde gözlemlenene

paralel bir değişim yaşamıştır: az gelişmişlikle birlikte bütçe krizleri, dış yardım bağımlılığıyla birlikte yaygınlaşan finansallaşma, sağcı hükümetlerin iş başına gelmesiyle neoliberal düşünce ve politikaların yaygınlaşması gibi. Ancak, çevre ülkeler merkeze bağımlı olduğu ve bırakıldığı için bu değişimler daha çok uluslararası kuruluşların (DB, IMF, DSÖ gibi) aracılığı ve dayatmaları ile olmaktadır.

Eleştirel politik iktisat açısından bakınca, bu değişim ve dönüşümler göstermektedir ki sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu ve düzenlemesi alanlarındaki temel kamusal politikalar yoluyla, sağlık ve sağlık hizmetlerinin meta olmaktan çıkarmaya yönelik uygulamaların yerini, toplumun ezilen ve sömürülen üyeleri aleyhine ve tekrar-metalaştırma yönündeki uygulamaların aldığıdır. Ancak bu bizce hiç de şaşırtıcı bir durum değildir. Unutmayalım, kapitalizmin azizlerinden ve kutsayıcılarından Adam Smith devletin “gerçekte zenginleri fakirlere karşı, ya da bir mülkü olanları hiç mülkü olmayanlara karşı korumak için kurulduğunu” açıkça söylemiştir (**Smith 1976**). O yüzden, “serbest” piyasacı yaklaşımların söylediklerinin aksine, kapitalizmin ortaya çıkışı dahil, kendi kendini sürekli yenileyebilmesi adına değişen sermaye birikim koşullarını yaratmak için, kamunun çıkarlarını temsil ettiği varsayılan devlete her zaman gereksinimi vardır.

Örneğin, kapitalizmin tarihinde bir anomali olarak var olan -refah devleti ya da sosyal devlet dönemi olarak da bilinen- 1945-1980 arası kısa dönemde yaşamımıza giren ve yaygınlaşan, sağlık ve sağlık hizmetlerini metalaştırmaktan uzaklaştıran çoğu kamusal politikalar, neoliberal dönemin “laboratuvarlarında” geliştirilen ve sonra bir “biyolojik silah” gibi yaygınlaştırılan politikalarla (**Hamzaoğlu 2013**) tekrar metalaştırılmaya başlanmıştır. Washington Uzlaşması olarak anılan bu süreçte, devlete biçilen rol finansmandan, hizmet sunumuna ve hatta düzenlemeye kadar elini çekmesi ve sağlık ve sağlık hizmetlerinde yerini özel sermaye birikimi için terk etmesi olmuştur. Fakat neoliberalizmin finansallaşmasıyla birlikte -ki bu döneme Wall Street Uzlaşması dönemi denmekte- devlet tekrar aktif göreve çağırılmış ve özel (finansal) sermayenin birikiminin devamlılığı için yeni finansal varlık sınıfları ve risksiz (“de-risking”) yatırım olanakları (Türkiye’deki şehir hastaneleri gibi) yaratılmasıyla görevlendirilmiştir (**Gabor 2021; Dafermos, Gabor ve Michell 2021**).

Ortaya çıkan bu tabloda hareketle nasıl bir gelecek bizi bekliyor ve bu konuda neler yapılabilir hakkında birkaç söz söylemek yerinde olacaktır.

Geleceğin pek de parlak olmadığı açık. Bizce bunun bir nedeni neoliberal düşünce, sistem ve politikaların küresel ölçekte yaygınlaşmış olması ve nihayetinde ciddi oranda kurumsallaşmasıdır.¹⁸ İkinci bir nedeni de hâlihazırdaki ABD’deki Trump yönetimi hariç, dünyanın geri kalanının, neoliberalizmin hızlandırarak son hâline soktuğu, “çoklu kriz” adı verilen, birbirine girmiş ve birbirini tetikleyen ve besleyen çoklu sorunlar yumağı (iklim değişikliği, gelir ve servet eşitsizlikleri, finansal kırılganlıklar, pandemi, bakım krizi vs. gibi) ile baş edebilecek kapasiteden giderek uzaklaşan (bir yere kadar uluslararası işbirliğinin temsili olan BM ve DSÖ dahil çatısı altındaki kurumların etkisiz hale gelmesi gibi) ve hızla daha çatışmalı ve çok kutuplu bir dünyaya doğru yol almasıdır.

Üstüne üstlük bu çoklu krize önerilen çözümler de hâlâ neoliberal mantıktan çok da uzak olarak görülmemektedir (**Jäger ve Vargas 2023; Desai 2023**). Örneğin giderek neoliberallerin de daha sık (ama çok dar kapsamlı hâliyle) sahip çıktıkları bir çözüm *evrensel temel gelir* (Universal Basic Income) politikasıdır. 2017’deki Dünya Ekonomik Forumu’nda, “tekno-popülist çağ”ın¹⁹ baş aktörlerinden Facebook’un kurucusu Mark Zuckerberg bunu en açık şekilde dile getirenlerdendir: “Evrensel temel gelir gibi fikirleri, daha geniş bir sosyal güvenlik ağına dayanan ilerici ilkelerden ziyade, daha küçük bir devlet anlayışını savunan muhafazakâr ilkelerden hareketle ele almalıyız.” (**Jäger ve Vargas 2023:164**).

Sağlık hizmetleri dahil edilerek de olsa, evrensel temel gelirin, ideolojik olarak daha solda duranlar tarafından savunulsa bile, neoliberalizmin ve çoklu krizin yarattığı çatlaklardan düşenleri yakalayan görece daha geniş bir “güvenlik ağı” olmaktan pek de öteye gidemeyeceği düşünülmektedir (**Gough 2019; Coote, Kasliwai ve Percy 2019; Jäger ve Vargas 2023; Desai 2023**). Polanyi’nin “ikili devrim”indeki anlamıyla tekrar-metalaştırma karşıtı (ya da tekrar-kamusallaştırma diyebileceğimiz) ve dolayısıyla dönüştürücü kapasiteye sahip politikalar arasında bizce bir tanesi umut verici görünmektedir.²⁰ Ian Gough (2019) önderliğinde bir grup sosyal politika uzmanı evrensel temel geliri tamamlayıcı ve eksiklerini kapatan, çok daha geniş kapsamlı bir politika olan *evrensel temel hizmetleri* önermektedirler. Bu politikanın temelinde geniş anlamda tanımlanmış evrensel insani ihtiyaçların (örneğin gıda, konut, eğitim/bilgi/iletişim yoluyla sosyal katılım, koruyucu-önleyici ve tedavi edici sağlık

hizmetleri, fiziki güvenlik ve yeterli gelir gibi) toplumsal haklar olarak görülmesi ve kolektif sorumlulukla (ki hizmetlerin bir tür kamusallaşmasını gerektirir) giderilmesi önerilmektedir. Evrensel temel hizmetler politikası sağlığın ve sağlık hizmetlerinin metalaşmasını önleyeceği gibi, sağlığı en temel insani gereksinim ve sağlık hizmetlerini de en temel bir hak olarak görüp, sağlık sisteminin demokratik planlama ve toplumsal katılımı ile yönetilmesini sağlayabilme ve kapitalist piyasa anarşisine karşı bir alternatif olarak savunma olanağı verecektir.

Son notlar

1. Sovyetler 'in dağılıp sosyalist ülkelerin kapitalizme geçişiyle artık var olmayan Semashko sistemi de yakın zamana dek var olan dördüncü bir sistem türüydü.

2. Shakow, Yates ve Keshavjee'ye (2018, 513) göre ise, neoliberal politikaların ve planlama araçlarının sağlık sektöründe uygulanması 1960'lara kadar gider. Bunlar "eşitlikçi liberalizmin" öncüsü olarak addedilen ABD başkanları Lyndon Johnson ve Jimmy Carter ve DSÖ direktörü Halfdan T. Mahler tarafından da onaylanmıştır.

3."Geçmişte bakınca, küresel sağlık kavramı ve neoliberalizmin (zamanlama açısından) bir ikiz olduğunu söylemek daha doğru olur. Bu ikizler birbirleriyle bir bürokrasi, prosedür ve belgeler ağı ile bağlanmış, kendini siyaset bilimcilerin 'liberal yönetim' diye adlandırdığı, küresel bir model olarak ileri sürerek, Sierra Leon ile Brezilya gibi apayrı iki ülkeye karşı sanki eşitlermiş gibi, hemen hemen aynı politikaları uygulamalarını salık verir." (Shakow, Yates ve Keshavjee 2018).

4. Soğuk savaş yıllarında Amerikan hava kuvvetlerince 1948'te kurulan RAND, ABD'nin kâr amacı gütmeyen küresel düşünce kuruluşudur. RAND şirketi 1974 ile 1982 yılları arasında 30'dan fazla yerleşim bölgesinde, doktor ziyaret ücretinin %0 ile %95'ini bulan farklı cepten ödeme tiplerinin "müşterilerin sağlık hizmeti talebini" nasıl etkileyeceğini araştıran bir sosyal deney yapmıştır.

5. Bu pratikler ayrıca "iyi yönetim" (good governance) ve "iyi politikalar" (good policies) adıyla da anılırlar ve Türkiye'de kamunun reformunda da sıklıkla kullanılmışlardır (Yaşar 2012).

6. Kamerun Katarakt Performans Bonusu, İsrail Tip-II Diyabet Sosyal Etki Bonusu, Küresel Aşı ve Bağışıklık İttifakı'nı fonlayan Bağışıklık için Uluslararası Finans Hesabı, Ebola Bonoları sadece birkaç örnek olarak sıralanabilir (Cordilha 2023; Erikson 2015).

7.Uluslararası ilaç firmalarının ticaretle bağlantılı fikri mülkiyet hakları anlaşmasını (TRIP) bahane ederek birçok yoksul ülkenin acil ihtiyacı olan ilaçların patent hakları nedeniyle jenerik üretimlerine izin vermemesi başlı başına ayrı bir makale konusu. 2006 yılında Birleşmiş Milletler Kalkınma Örgütü (UNDP) için Kamboçya'da çalışırken, Dünya Ticaret Örgütü'ne (WTO) yeni üye olan ve HIV/AIDS pandemisiyle boğuşan yoksul Kamboçya'ya retro virüslere karşı etkili ilaçların jeneriklerini üretmek için en fazla üç veya dört yıllığına izin verildiğini hatırlıyorum. Kamboçya halkının yalnızca Polpot'tan değil uluslararası ilaç firmaları ve onların koruyucusu WTO'dan neler çektiğini gösteren çarpıcı bir örnekti bu benim için.

8. İronik bir şekilde Sovyetlerin çöküşünden sonra Polonya ve Çekoslovakya gibi ülkelerin kapitalizme geçişinde ve Afrika'da kalkınma ve yoksulluk konularında yapısal uyum politikalarının uygulanmasında danışmanlık yapmış ekonomist Jeffrey Sachs, meslek hayatının geri kalan kısmında çoğu kez geçmişte parçası olduğu "şok terapisi" olarak da bilinen politikalara karşı çıkmış, Milenyum Kalkınma Hedeflerini takiben de DSÖ'de Makroekonomi ve Sağlık Komisyonunu kurmuştur.

9. Merkezdeki ülkelerin çoğu (ABD hariç) ilk iki modeli izlerken (örneğin İsveç, Norveç, Danimarka, Finlandiya, İzlanda, Yeni Zelanda, İtalya, Portekiz, İspanya, Brezilya ve Küba ulusal sağlık hizmeti modelini, Fransa, Belçika, Hollanda, Japonya, İsviçre, Kanada, Tayvan ve Güney Kore sosyal sigorta sistemini); Şili ise neredeyse ABD'yi izleyen tek çevre ülkedir (Cordilha 2023).

10. Özelleştirme yazınında ayrıca "delegasyon veya toplum sağlığı etkinliklerinin kamusal yönetimi, sahipliği, fonlaması ya da sunumunun özel sektöre kısmi transferi," "pasif-geleneksel özelleştirme," "içsel-dışsal özelleştirme" gibi ayrımlar da yapılmaktadır (Bakiniz Cordilha 2023).

11. Kanada, İrlanda, İtalya, Yeni Zelanda, Finlandiya, Danimarka, Avusturya, İzlanda, Norveç, İngiltere, İspanya, İsveç, ABD, İsviçre, Almanya, Hollanda, Luxemburg, Fransa, Portekiz, Yunanistan, Japonya, Avusturalya, Belçika.

12. Yukarıdaki çalışmanın kapsamı dışındaki ülkeleri de dikkate alınca, genelde, sosyal sigorta sistemine sahip ülkelerin çoğunda, sigortalı nüfusun emek piyasasındaki kayıt dışı kesimi de içerecek şekilde evrenselleştirildiği gözlemlenmektedir (Cordilha 2023).

13. Diğer zengin OECD ülkelerindeki 2000'lerden sonra artma eğilimine giren kamu payı ve katkısı da pekâlâ servet ve gelir eşitsizliklerinin neoliberal dönemde artmasıyla yakından ilgili olsa gerektir.

14. Düşük-gelirli ülkeler (Yemen ve Cibuti); orta-gelirli ülkeler (Cezayir, Mısır, İran, Irak, Ürdün, Lübnan, Libya, Fas, Tunus); yüksek-gelirli ülkeler (Bahreyn, Katar, Kuveyt, Suudi Arabistan, Birleşik Arap Emirlikleri (BAE), Umman) olarak listelenmiştir. Son gelişmeler dikkate alındığında, bir zamanlar orta-gelirli ülkeler olarak görülen Suriye, Batı Şeria ve Gazze'yi düşük gelirliiler içinde saymak gerekir.

15. 2003 yılında, Suudi Arabistan, Umman ve BAE hariç, bölgedeki özel sağlık harcamalarının en azından %74'ünü cepten ödemeler oluşturmıştır (Mate ve ark. 2017).

16. Sözü edilen çalışmalarda ada devletler de dahil olmak üzere 31 ülke kapsanmış olsa da çoğunlukla Çin, Japonya, Güney Kore, Malezya, Tayland, Endonezya, Avusturalya, Yeni Zelanda gibi sağlık sistemleri hakkında veri toplayabilen ve yayımlayabilen ülkeler daha yakından incelenmiştir.

17. Çin'in sağlık sistemi, özellikle devlet memurları ve şehir merkezlerindeki nüfusu kapsayan ve genel vergilerle fonlanan kooperatif sistemden istihdama dayalı sosyal sigorta sistemine zaman içerisinde geçmiştir (Caussy ve Sein 2017).

18. "Küreselleşme ve ulusötesi şirket ve finans çıkarları küresel sağlık politikası alanını etkiliyorsa, küresel düzenlemelerin uygulanabilirliğini kısıtlamayı amaçlayan popülist ve milliyetçi rejimler ve

politikalar için de aynı durum geçerlidir. Sözde 'plütokrat-popülistler'... küresel neoliberal veya liberteryen pozisyonları desteklemek için kilit şirket aktörleriyle daha fazla uyum içinde olma eğilimindedir..." (Koivusalo ve Ollila 2022).

19. "Tekno-popülist çağ"ın evrensel temel gelir savunucuları olarak Elon Musk (Tesla), Richard Branson (Virgin), Jeff Bezos (Amazon), Mark Zuckerberg (Facebook), Phillippe Van Parijs, Charles Murray, David Graeber, Greg Mankiw, Chris Hughes, John McDonnell, Yannis Varoufakis, Kathi Weeks, Jim O'Neil gibi isimler sayılmıştır (Jäger ve Vargs 2023:165).

20. Benzer bir öneri BM çatısı altında emeğin haklarını savunan son kale, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından savunulan "adil geçiş" (just transition) politikalarıdır. "Yeşil" ekonomiye geçişten dolayı doğacak zararların ve kayıpların sosyal koruma ile önlemesi gerektiğini savunan bu politikanın da BM'nin giderek neoliberalleşen yapısı dikkate alınınca çabucak bir tür güvenlik ağına indirgenmesi kuvvetle ihtimaldir.

Kaynaklar

Anderson, Gerard F., Uwe E. Reinhardt, Peter S. Hussey, ve Varduhi Petrosyan. "Is The Prices, Stupid: Why The United States Is So Different From Other Countries" *Health Affairs*, 22, no.3 (2003):89-105

Ayhan, Berkay ve Yılmaz Üstüner. "Turkey's public-private partnership experience: a political economy perspective." *Southeast European and Black Sea Studies*. 2023, Vol. 23, No. 1, 115-138.

Beckfield, Jason, Sigrun Olafsdottir and Benjamin Sosnaud. "Healthcare Systems in Comparative Perspective: Classification, Convergence Institutions, Inequalities, and Five Missed Turns," *Annual Review of Sociology*. 2013. 39:127-46

Berg, Elliot. *Accelerated Development in Sub-Saharan Africa: An Agenda for Action*. 1981. World Bank. Washington D.C. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/702471468768312009/pdf/multi-page.pdf> (Erişim tarihi 11 Aralık 2025).

Block, Miguel A Gonzalez ve Sebastian González McQuire. "Health Systems of Mexico, Central America and the Caribbean," *International Encyclopedia of Public Health*. 2017. 2nd edition, vol. 3. Pp. 483-490.

Cacace, Mirella. "Case study C: Transforming healthcare financing in Central and Eastern European countries." *Handbook of Social Protection Systems*, 2021. Edward Elgar: <https://www.elgaronline.com/edcollbook-0a/edcoll/9781839109102/9781839109102.xml> (Erişim tarihi 11 Ocak 2026)

Cahill, Damien, Melinda Cooper, Martijn Konings and David Primrose. *The SAGE Handbook of Neoliberalism*, 2018. SAGE, Los Angeles.

Carvalho, Gabrielle de, Achim Schmid ve Johanna Fischer. "Classifications of health care systems: Do existing typologies reflect the particularities of the Global South?" *Global Social Policy*, 2021. Vol 2(2). 278-300.

Causy, Deoral and U Than Sein. "Health Systems of East Asia and Pasific States," in *International Encyclopedia of Public Health*. 2017. 2nd edition, vol. 2. Pp. 387-395.

Chin, Brian, Manju Rani and Sekhar Bonu. "Health Systems of South Asia," *International Encyclopedia of Public Health*. 2017. 2nd edition, vol. 7. Pp. 1-9.

Coote, Anna, Pritika Kasliwai and Andrew Percy. *Universal Basic Services: Theory and Practice-A Literature Review*. The IGP Social Prosperity Network. https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10080177/1/ubs_report_online.pdf (Erişim tarihi 13 Ocak 2026)

Cordilha, Ana Carolina. *Public Health Systems in the Age of Fi-*

nancialization: Lessons from the Center and the Periphery. 2023. Brill. Leiden, Boston.

Çavdar, Gamze ve Yavuz Yaşar. *Women in Turkey: Silent Consensus in the Age of Neoliberalism and Islamic Conservatism*. 2019. Routledge. New York.

Dafermos, Yannis, Daniella Gabor, & Jo Michell. *The Wall Street Consensus in pandemic times: what does it mean for climate-aligned development?*. *Canadian Journal of Development Studies*. 2021. 42(1/2), 238-251.

Desai, Radhika. *Capitalism, Coronavirus and War: A Geopolitical Economy*. 2023. Routledge. London and New York.

ECLAC. *Social Panorama of Latin America and the Caribbean 2025: How to escape the trap of high inequality, low social mobility and weak social cohesion*. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/03763434-905f-4b15-b04a-80e44b451743/content> (Erişim tarihi 10 Aralık 2025).

Erikson, Susan. 2015. "The Financialization of Ebola". *Somatosphere*, November 11: somatosphere.net/2015/the-financialization-of-ebola.html (Erişim tarihi 10 Ocak 2026)

Gaffney, Adam. *The Neoliberal Turn in American Healthcare*. Jacobin. 4/15/2014. <https://jacobin.com/2014/04/the-neoliberal-turn-in-american-health-care> (Erişim tarihi 10 Ocak 2026).

Gabor, Daniella. "The Wall Street Consensus," *Development and Change*. 2021. Volume 52, Issue3: 429-459.

Gough, Ian. *Universal Basic Services: A Theoretical and Moral Framework*. *The Political Quarterly*. 2019. Vol. 90, No. 3, pp.534-542.

Hamzaoglu, Onur. "Dünyada Sağlık Reformu Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri," *Toplum ve Hekim*, 2013, 28 (13):172-180.

Hartman, Christopher. "Postneoliberal Public Health Care Reforms: Neoliberalism, Social Medicine, and Persistent Health Inequalities in Latin America," *American Journal of Public Health*, 2016 Dec;106(12):2145-2151.

Holden, Chris. "Privatization and trade in health services: a review of the evidence." *International Journal of Health Services*. 2005; 35:675-89.

Hunter, Benjamin M., David McCoy, Ana Carolina Cordilha, Anna Marriott, Victor Roy, Felix Stein ve Benjamin Wood. 2025. *Private Financial Actors and Financialisation in Global Health*. Private Financial Actors and Financialisation in Global Health. United Nations University International Institute for Global Health, Kuala Lumpur. https://collections.unu.edu/eserv/UNU:10084/Financialisation_in_Global_Health.pdf (Erişim tarihi 10 Aralık 2025).

Ikegami, Naoki. "Health System of Japan," in *International Encyclopedia of Public Health*. 2017. 2nd edition, vol. 4. Pp. 346-352.

Iriart, Celia and Howard Waitzkin. "How the United States Exports Managed Care to Third-World Countries," *Monthly Review*, 2000. Vol. 52, No. 1.

Jasso-Aguilar R, Waitzkin H, Landwehr A. "Multinational corporations and health care in the United States and Latin America: strategies, actions, and effects." *Journal of Health and Social Behavior*. 2004. 45:136-57

Jäger, Anton and Daniel Zamora Vargas. *Welfare for Markets: A Global History of Basic Income*. 2023. The University of Chicago Press. Chicago and London.

Koivusalo, Meri and Eeva Ollila. *Global Health Policy*, in *Understanding Global Social Policy*, 3rd edition, edited by Nicola Yates and Chris Holden. 2022. Bristol University Press. Bristol.

Killewo, Japhet, William Bazeyo ve Robinson Mdegela. "One Health Central and Eastern Africa: Historical and Future Perspectives," *International Encyclopedia of Public Health*. 2017. 2nd edition. Vol. 5. Pp.342-347.

Laurell, Christina Asa. "Three Decades of Neoliberalism in Mexico: The Destruction of Society," *International Journal of Health Services*. 2015. Vol. 45, No. 2, pp. 246-264.

Leung, Gabriel M., Jui-Fen Rachel Lu and Qingyue Meng. "Health Systems of Mainland China, Hong Kong, and Tiwan" in *International Encyclopedia of Public Health*. 2017. 2nd edition, vol. 4. Pp. 515-528.

- Lister, Ruth.** *Understanding theories and concepts in social policy.* 2010. Policy Press. Bristol.
- PAHO.** *Advancing towards universal health in Latin America and the Caribbean: Lessons from the COVID-19 pandemic.* <https://www.paho.org/en/stories/advancing-towards-universal-health-latin-america-and-caribbean-lessons-covid-19-pandemic> (Son ulaşım Ocak 10, 2026).
- Phillips-Fein, Kim.** *Invisible Hands: The Making of the Conservative Movement from the New Deal to Reagan.* 2009. W. W. Norton & Co.
- Quadagno J.** "Institutions, interest groups, and ideology an agenda for the sociology of health care reform." *Journal of Health and Social Behavior.* 2010; 51:125–36.
- Öniş, Ziya & Fikret Şenses.** *Küreselleşme, Kalkınma ve Sağlık: Türkiye ve Karşılaştırmalı Perspektifler.* 2009. İletişim Yayınları.
- Rothgang, Heinz, Mirella Cacace, Lorraine Frisina, Simone Grimmeisen, Achim Schmid and Claus Wendt.** *The State and Healthcare: Comparing OECD Countries,* Palgrave-Macmillan. 2010. New York.
- Rothgang, Heinz.** "The Converging Role of the State in OECD Healthcare Systems," in *The State and Healthcare: Comparing OECD Countries,* edited by Rothgang, Heinz, Mirella Cacace, Lorraine Frisina, Simone Grimmeisen, Achim Schmid and Claus Wendt. Palgrave-Macmillan. 2010. New York.
- Schmid, Achim, Mirella Cacace and Heinz Rothgang.** "The Changing Role of the State in Healthcare Financing" in *The State and Healthcare: Comparing OECD Countries,* edited by Rothgang, Heinz, Mirella Cacace, Lorraine Frisina, Simone Grimmeisen, Achim Schmid and Claus Wendt. Palgrave-Macmillan. 2010. New York.
- Schmid, Achim and Claus Wendt.** "The Changing Role of the State in Healthcare Service Provision" in *The State and Healthcare: Comparing OECD Countries,* edited by Rothgang, Heinz, Mirella Cacace, Lorraine Frisina, Simone Grimmeisen, Achim Schmid and Claus Wendt. Palgrave-Macmillan. 2010. New York.
- Shakow, Aaron, Robert Yates ve Salman Keshavjee.** "Neoliberalism and Global Health" in the *SAGE Handbook of Neoliberalism,* edited by Damien Cahill, Melinda Cooper, Martijn Konings and David Primrose. 2018. SAGE, Los Angeles.
- Smith, Adam.** *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations.* Oxford: Clarendon Press, 1976.
- Tatar, M.** "Doğu Avrupa'da Sağlık Sistemlerinde Gayriresmi Ödemeler: Nedenler, Sonuçlar ve Çözüm Arayışları." 2018. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 8(1), 115-134.
- Turshen, Meredith.** *Privatizing Health Services in Africa.* 1998. Rutgers University Press.
- Vural, İpek Eren.** "Financialisation in Health Care: An Analysis of Private Equity Fund Investments in Turkey". *Social Science & Medicine.* 2017.187, pp. 276–286.
- Weiner JP, Famadas JC, Waters HR, Gikic D.** "Managed care and private health insurance in a global context." *Journal of Health Politics, Policy and Law.* 2008. 33, pp. 1107–31.
- Wendt, Claus, Lorraine Frisina, Heinz Rothgang.** "Healthcare system types: a conceptual framework for comparison." *Social Policy Administration.* 2009; 43:70–90.
- Woolhandler, Steffie and David U. Himmelstein.** "Paying for National Health Insurance—And Not Getting It," *Health Affairs,* July/August 2002.
- Yaşar, Yavuz.** "Turkey's Environment and Public Health in the Neo-liberal Age: An Inconvenient Truth!" *The Arab World Geographer,* Vol. 15 no 1(2012), 20-44.
- Yates, Rob.** "Universal health care and the removal of user fees," *the Lancet.* 2009. Volume 373, Issue 9680, p 2078-2081.
- Yenimahalleli-Yaşar, Gülbiye.** "AKP'li Yıllarda Sağlık ve Sağlık Politikası" *İnsana Karşı Piyasa: Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik, derleyenler Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel ve Ömür Birler.* 2017. NotaBene. İstanbul.
- Yıldırım, H. H. & Yıldırım, T.** "Geçiş Ekonomilerinde Sağlık Reformları: Macaristan, Polonya ve Çek Cumhuriyeti Örnekleri." *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 2013. 16(1), 67-92.