

**DOSYA/ÇEVİRİ****ABD'DEN SAĞLIK İŞLETMECİLİĞİ İHRACI\***

Howard WAITZKIN\*\*

Aralık 1999'da Güney Afrika'lı Nobel ödülü sahibi başpiskopos Desmond Tutu, Miami sahilinde yapılacak olan önemli bir konferansı işaret ediyordu; sağlık işletmeciliği uluslararası zirvesi. Konferansa katılım ücreti yol, yemek ve otel masrafları dahil olmak üzere 1395 \$ idi. Amerikan Sağlık Planları Birliği ve Uluslararası Sağlık Çalışmaları Akademisi tarafından düzenlenen toplantıya, sağlık ve işletme alanında belli başlı yöneticilerin katılımı hedeflenmişti. Tutu gibi görünüşte ilerici olan pek çok isimlerden biri de Ron Dellums idi. 1970'lerin ortasından başlayarak ABD (Amerika Birleşik Devletleri)'de sağlık sisteminin oluşturulması için çaba harcayan pek çok aktivisti yönlendiren Dellums, artık Uluslararası Sağlık İşletmeciliği (Healthcare International Management) Başkanı olmuştur.

Dünya Ticaret Örgütü'nün Seattle'da protesto edilen toplantısından bir hafta önce yapılan Miami sahili zirvesi, Seattle göstericilerinin protesto etmekte oldukları ekonomik küreselleşme için önemli kararlar almak üzere toplanmıştı. Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu (IMF) ve ABD Uluslararası Gelişme Kuruluşu (USAID), zirvede, çokuluslu kuruluşların dünya ölçeğinde etkilerini artırmaları yönünde çaba sarfettiler. Bu örgütlerin temsilcileri, Latin Amerika, Afrika ve Asya'da sağlık sistemlerinin ve sosyal güvenlik kurumlarının özelleştirilmesi gerektiğini vurguladılar. Bu amaçla Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO)'de belirleyici bir rol oynadılar. Ayrıca, Meksika, Brezilya, Arjantin, Şili, Kolombiya, Uruguay, Paraguay,

Hindistan, Nepal, Tayland, Endonezya, Filipinler, Singapur, Nijerya, Zimbawe ve Güney Afrika, Kamerun, Umman, Birleşik Arap Emirlikleri, Romanya, Kanada, Almanya, Hollanda, İsviçre ve Avustralya'dan resmi temsilciler de toplantıya katılmışlardı. Kamu sektörünün daralması ve özelleştirme politikaları konusunda çok az miktarda karşı görüş belirtilirken, toplantının konusu sağlık işletmelerinin (Bu yazıda geçen *managed care organizations* sağlık işletmeleri; *managed care* sağlık işletmeciliği olarak dilimize tercüme edildi.) faaliyetlerinin gelişmekte olan ülkelere nasıl yaygınlaştırılacağı üzerine yoğunlaştı.

**Genel Çerçeve**

Sağlık işletmeciliği, büyük özel kuruluşların yönetiminde ve finansal liderliğinde verilen sağlık hizmeti olarak tanımlanabilir. Bu sistemde, işveren ya da kamu kuruluşu, belirli bir zaman diliminde bireyler için saptanan parayı ileride alınacak hizmet için önceden ödemektedir. Ayrıca sigortalanan kişiler de ek ödemeler yapabilmektedirler. ABD'de sigortalı insanların pek çoğu artık aynı zamanda bir sağlık işletmesi kapsamındadır.

ABD'de özel mülkiyete dayalı işletmecilik süreci gelişirken, pazar doydukça, bekleneceği üzere kar oranları da düşmektedir. Bu durum karşısında özel işletmeler karlarını artırmak için yeni stratejiler geliştirmek zorundadırlar. Bu stratejiler emeğin üretkenliğinin artırılması, yeni üretim kanallarının yaratılması ve yeni pazarların bulunması olabilir. Uluslararası Sağlık Çalışmaları Akademisi'nin 1996 yılında belirttiği gibi, "2000 yılında, ABD nüfusunun % 80'i bir şekilde sağlık işletmeleri tarafından kapsanacaktır. Amerikan sağlık işletmelerinin % 70'i kar amaçlı kuruluşlar olduğundan, büyümenin sağlanması ve yatırıma dönüşmesi için yeni pazarlar gerekmektedir" (Lewis JC. 1996). ABD'de örnek olarak kar amaçlı sağlık işletmeleri, Medicare ve Medicaid programlarına girmiş bulunmaktadır. ABD'de bazı

\**International Journal of Health Services* (2001; 31: 495-505) dergisinden çevrilen bu yazı, daha önce küreselleşme ve sağlık alanındaki önemli çalışmalardan biri olarak bazı küçük değişikliklerle *New England Journal of Medicine* (1999; 340: 1131-36) ve *Monthly Review* (2000; vol. 52, Mayıs 2000) dergilerinde de yayınlanmıştır.

\*\* Prof. Dr., New Mexico University Toplum Hekimliği  
Çeviri: Önder Ergönül

bölgelerde sağlık işletmeleri, hastalarından 3-4 yıl boyunca büyük paralar aldıktan sonra, programlarını tasfiye ettiler. Sağlık işletmeleri bir kez paraları topladıktan sonra, hizmet maliyetini düşük tutarak karlarını büyük ölçüde artırabilirler. Kamusal pazara hızlı giriş ve aynı hızla çıkıştan en çok hastalar etkilenmekte ve alternatif arayışlara zorlanmaktadır.

Şimdi artık vurgu, uluslararası pazara yapılmaktadır. 1980 ve 90'li yıllarda Avrupa, sağlık açısından daha iyi bir konumdaydı. Birçok Avrupa ülkesinin ulusal sağlık sistemi, sağlık işletmeciliğinin esasları, pazar rekabeti ve kamusal hizmetlerin özelleştirilmesiyle bu dönemde tanıştı. Bu reformlar, İngiltere'de Thatcher hükümetinin ve başka ülkelerde muhafazakar partilerin güçlü desteğini aldı. Clinton yönetiminin ulusal sağlık planını şekillendiren Alain Enthoven ve ekibi, Avrupa hükümetlerinin söz konusu değişimlerinde danışmanlık yaptılar. Bununla birlikte, Avrupa kamu merkezli programların başarısı ve popularitesi özelleştirmelerin yerleşmesini ters yönde etkiledi. 1990'li yılların ortalarından itibaren İngiltere, Hollanda ve İsveç gibi ülkeler sağlıkta özelleştirme girişimlerini geri çevirmeye başladılar. Ayrıca ABD'de sağlık işletmeciliği giderek eski popularitesini kaybetmeye başladı.

Sağlık işletmeciliği pazarının ABD içinde doygunluğa ulaşması ve Avrupa'da gelişiminin sınırlı olması nedeniyle, sağlık işletmeleri gözlerini gelişmekte olan ülkelere özellikle de Latin Amerika'ya çevirdiler. Gelişmekte olan ülkelere tütün ve pestisid ihracı deneyimlerinden sonra, sağlık işletmeciliğinin ihracının gündeme gelmesi ABD içinde ağır eleştiriler aldı. Sağlık işletmeciliği ihracı Dünya Bankası ve diğer çok uluslu kredi kuruluşu ve şirketler tarafından da coşkulu bir şekilde desteklenmektedir. Diğer uçta, sağlık işletmeciliği ihraç edilmesi düşünülen gelişmekte olan ülkeler, sağlık sistemlerinin ve sosyal güvenlik kurumlarının özelleştirilmesi için ağır bir baskı altındalar. Amerikan sağlık işletmeleri çoktan Latin Amerika pazarına girdiler ve artık bu deneyimin, Afrika ve Asya ülkelerine sağlık işletmeciliği ihracı için bir model oluşturması bekleniyor.

ABD' den Latin Amerika ülkelerine sağlık işletmeciliği ihracının sağlık hizmetine etkileri üzerine, 1995 yılında bir çalışma başlattık. Araştırmanın sonuçları, gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemi ve sosyal güvenlik fonlarının, en önemli sermaye ve yüksek oranlı kar kaynağını oluşturduğunu göstermektedir. Bizler, tüm gelişmekte olan ülkelerde politika değişikliği söyleminin, serbest piyasa sayesinde daha etkin ve ulaşılabilir hizmeti vurguladığını gördük. Oysa, ABD dışında örneği olmayan bu sistem, etkinlik, maliyet ve ulaşılabilirlik açısından sorunludur. Bu söylemin, gelişmekte olan ülkelerin liderleri tarafından kolayca kabul edilmesi de yakın bir trajedinin habercisidir. Sağlık işletmeciliği söylemi altında sağlık sistemlerinin tasfiyesi ve özelleştirilmesi gerçekleşince, çokuluslu şirketler bu ülkelere girecek, büyük karlar edecek ve birkaç yıl sonra da ülkeyi terkedeceklerdir. Sonrasında ise, gelişmekte olan ülkeler kamu sağlık sistemlerini yeniden inşa etmek gibi büyük bir külfet ile başbaşa kalacaklardır.

### Sessiz Bir Reform Olarak Sağlık İşletmeciliği

Sağlık işletmeciliği reformu genel olarak sağlık hizmeti maliyetindeki krize odaklanmıştır. Maliyetin azalabilmesi için, sağlık hizmetini sunanlar ve alanlar arasında hizmeti ve finansı ayırmak amacıyla bir aracı oluşturulması hedeflenir. Sağlık işletmeciliği yaklaşımı, yatırımcıların risk paylaşımları ve devlet destekli hizmetlerin yöneticileriyle sözleşme yapmalarıyla bağlıdır.

1993 yılında geniş olarak tartışılan 'Sağlıkta Yatırım' başlıklı Dünya Gelişme Raporunda, Dünya Bankası, kamu sektörünün yetersizliklerini hizmetin sunumu ve yoksulluğun azaltılması açılarından ele almıştır (World Bank. World Development Report 1993). Bu rapor, özel sağlık sigortacılığı, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, piyasa rekabetinin artırılması ve primer bakım ve korunmayı vurgulamaktaydı. Latin Amerikalı eleştirilere göre, bu belge ve sonrasındaki politikalarla Dünya Bankası, "sağlık özel bir sorundur ve sağlık hizmeti özel bir metadır" ideolojisini pekiştiriyordu (Laurell AC, Lopez AO. 1996).

Özel olarak Dünya Bankası, kamuya ait sağlık hizmeti kuruluşlarını ve sosyal güvenlik kurumlarını özel işletmeciliğe ve/veya özel mülkiyet biçimine dönüştürülmesini destekledi. Bu girişimler, söz konusu ülkelerin dış borçlar hanesine yazılan yeni krediler anlamına geliyordu. Kamuya ait sosyal güvenlik fonuna ulaşabilmek, çokuluslu şirketler için önemli bir teşvik oldu.

Dünya Bankası'nın kamu sağlık sektörüne ait çabaları, Latin Amerika hükümetlerinin 1990'larda yaşadıkları parasal kriz ışığında ve küresel şirketlerin bu krizi para kazandıran bir fırsata dönüştürme isteği bağlamında değerlendirilmelidir. Bu hükümetler krizlerini aşmak için Dünya Bankası'ndan kredi istediklerinde bazı koşulları kabul etmeye zorlandılar. Bu koşullar borçların daha da artması, ulusal ekonominin çokuluslu finanskapitale açılması ve özelleştirmeler yoluyla devletin yeniden yapılandırılması ve kamu harcamalarının azaltılması olarak özetlenebilir. Yeni krediler alabilmek "yapısal uyum" planlarına uymayı gerektirmektedir. Sağlık ortamında, yapısal uyum, Latin Amerika hükümetlerinin özellikle Dünya Bankası gibi kredi veren kuruluşların projelerini kabul etmek anlamına gelmektedir.

Bu reformlar, refah devletinin krizine bağlı yeni bir söylevi başlatmaktadır. Sağlık, hastalık kavramları ve sağlık hizmetlerinde "kamuoyu" aşamalı olarak dönüşüme uğramaktadır. Çalıştığımız resmi belgelerde sağlık hizmetinin artık devletin sorumluluğunda bir evrensel hak olmaktan çıktığı ve piyasada bir mal haline dönüştüğü görülmektedir. Bu düşünce biçimi, politikacıların sağlık hizmeti "reformu" nu uygulamaya sokmalarını kolaylaştırmaktadır.

Yeni kamu bütçelerinin oluşumunda politikalar, hizmet arzı yerine talebe yanıtı göre belirlenecektir. Başka bir deyişle, sağlık hizmeti gerektiği değil halkın istediği ölçüde sunulacaktır. Teorik olarak bu yaklaşım ile, hizmet fazlası kontrol altına alındığından ve finansmanın daha kaliteli

hizmet sunumuna yönelmesi beklendiğinden, sabit fiyatların azalması ve kaynakların daha etkin işletilmesi söz konusudur. Bu mantığa göre, hizmet sunanlar daha düşük fiyata daha kaliteli hizmet sunmaya zorlanırlar. Bu politikaları destekleyen söylemlere göre, sağlığı satın alanlar en iyi hizmeti en düşük fiyata almak isteyeceklerinden maliyetin ve kalitenin kontrolünde doğal düzenleyici unsurlar olacaklardır.

Sağlık işletmeciliği reformları klinik uygulamalarda da temel değişikliklere yol açmaktadır. Bu değişiklikler, sağlık profesyonellerinin yönetsel-finansal mantık ile düşünmelerine kaymalarını kapsamaktadır. Aynı reform önerileri, profesyonellerin sigorta şirketlerine ya da büyük tıbbi kuruluşlara bağlı çalışmalarını sonucunda bağımsız mesleki pratiklerini azaltıcı bir etki yapacaktır.

Bu reformlara e<sup>o</sup>lik eden politik süreç genellikle hükümetin yönetsel kurumlarıyla sınırlı olarak sessizce geçer. Politika üretim süreci parçalara ayrılmak suretiyle politik çatışma en aza indirilir. Sessiz politika üretiminin önemli bir tercih olduğu, Dünya Bankası'nın Arjantin sorumlusu ve Arjantin Sağlık Bakanlığı'nın en yetkili kişileri tarafından bizzat ifade edilmiştir. Reform politikaları sırasıyla kamu sektörü, özel sektör ya da sosyal güvenlik sistemini hedefler; ama bütünsel bir sürecin parçaları olarak gösterilmezler. Genel olarak, politikanın uygulanması hukuksal alandaki tartışmalara değinmeden geçer. Her sektörden katılımcılar, diğer sektörlerdeki süreci bilmeksizin reform sürecini işletirler. Sonunda, süreç, özel sektörün özellikle de çokuluslu şirketlerin belirleyiciliği altında üç sektörün eklemlenmesiyle tamamlanır.

#### Sağlık İşletmeciliği İhracında Ekonomik Motivasyon

Latin Amerika'da sağlık pazarına giren şirketlerin yöneticileri, yapılan yatırıma oranla çok büyük karlar etmekte, birkaç yıl içinde yüksek kar marjı beklemektedirler. Sağlık işletmeciliği ihraç eden yöneticiler, ABD' de bazı sağlık işletmelerinin değer verdiği koruyucu önlemler ve kalite kontrolünden nadiren söz etmektedirler. ABD'de bazı sağlık işletmelerinin öne çıkardığı eğitim desteği de, bir hedef olarak görünmemektedir.

Latin Amerika pazarına girmelerindeki motivasyonları açıklarken, sağlık işletmesi yöneticileri sıklıkla bu ülkelerdeki sosyal güvenlik fonlarına ulaşmanın öneminden söz etmektedirler. ABD'den farklı olarak Latin Amerika ülkelerinde sosyal güvenlik sistemleri özel ya da kamuda çalışanların sağlık harcamaları yanısıra emeklilik döneminde ödenen paraları da kapsamaktadır. Latin Amerika ülkelerinde sosyal güvenlik kapsamında olmayan işçiler ve işsizler için, kamuya ait hastane ve klinikler de bulunmaktadır.

Latin Amerika'da hükümet ya da kamusal kuruluşlarca yönetilen sosyal güvenlik sistemleri çok geniş bir fon oluşturmaktadır. Kuzey Amerikalı yöneticiler ise, bu Latin Amerikalı sosyal güvenlik fonlarını finanskapitalin en önemli kaynağı olarak görmektedirler. Örneğin, Arjantin'e

yerleşen İndianapolis kökenli çokuluslu bir şirketin yöneticisi şöyle demektedir; "çok kazançlı bir pazar..." Yatırımcı şirket için asıl kazanç, sosyal güvenlik (*obras socials*) pazarında ön ödemeli (*prepagas*) araçların geliştirilmesidir (Kertesz L. 1997).

Hükümetin sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin özelleştirilmesi, sağlık işletmelerinin ve yatırım fonlarının sermayelerini genişletmelerini sağlamaktadır. Bir önceki dönemde Kolombiya ve Arjantin gibi ülkelerde kamu sektörü verimsizdi, pahalıydı ve yolsuzluklarla maluldü. Özelleştirmeleri destekleyen argümanlar, ABD' de Medicare ve Medicaid içerisinde sağlık işletmeciliğinin tercih edilmesi sırasında öne çıkarılan argümanlara benziyordu. Örnek olarak Pinochet nin diktatörlüğü ile uygulamaya konan, sağlık ve sosyal güvenlik kurumlarının özelleştirilmesine imkan tanıyan 1980 Şili Anayasası sayesinde bu kurumlar (*instituciones de Salud Previsional, ISAPRES*) çokuluslu sigorta şirketleri tarafından satın alınacaktı. Sosyal güvenlik fonlarına (manana pension bonanza) erişmek sayesinde yatırımcı şirketlerin milyarlarca dolarlık sermaye havuzuna açılmaları mümkün olacaktı (Tangeman M. 1997).

Ekonomik küreselleşme, sağlık işletmeciliği alanında çokuluslu yatırımları da kolaylaştırdı. Önceki ticari engeller, Gümrük ve Ticaret Anlaşması (GATT), Kuzey Amerika Serbest Ticaret Anlaşması (NAFTA) ve Güney Amerika'yı kapsayan Güney Ortak Pazarı (MERCOSUR) Anlaşmaları sayesinde ortadan kaldırıldı. Çokuluslu şirketler kendi çalışanları için sağlık işletmelerini oluşturmak yoluna gittiler. Örneğin, Mexico City'de Johnson & Johnson, Bristol-Myers Squibb ve Hewlett-Packard sağlık işletmesi çabalarını ortaklaştırdılar (Ceniceros R. 1997),

#### Sağlık Hizmeti ve Halk Sağlığı Programları Üzerine Etkisi

ABD'de olduğu gibi, Latin Amerika'da sağlık işletmeciliği hakkında kaygılar, muhtaç kesimlerin hizmete sınırlı erişimi ve yatırımcıya dönüşü olmayan harcamaların kısılması üzerinde odaklanmaktadır. Sağlık işletmelerine ödenmesi gereken primler, hizmete ulaşım engel oluşturmakta ve kamu hastaneleri ve klinikleri üzerindeki yükü artırmaktadır. Şili'de ISAPRE sağlık işletmesi tarafından kapsanan hastaların % 24'ü kamu hastaneleri ve kliniklerine başvurmak zorunda kalmaktadırlar, çünkü ISAPRE'nin topladığı kaynakların ortalama % 8.6'sını oluşturan primlerini ödeyememektedirler. Arjantin ve Brezilya'da özleştirilen kamu hastanelerinin sosyal güvenlik ve özel sigorta fonları ve kişisel primler için rekabet etmeleri gerekmektedir. Özleştirilen bu kamu hastanelerine yoksul hastaların başvurabilmeleri için uzun gelir araştırmalarından geçmeleri gerekmektedir ve başvuruların reddedilme oranı yaklaşık % 30-40 oranındadır.

Arjantin'de sağlık işletmeciliğine henüz tabi olmayan hastaneler, özleştirilmiş sosyal güvenlik fonları kapsamında olan hastaların akınına uğramaktadır. Örneğin

1997'de Buenos Aires kamu hastanelerine özel sağlık sigortası olan 1.25 milyon emekli hasta başvurdu. Bu yaşlı hastaların kamu hastanelerine başvurularının başlıca nedenleri, primlerinin yeterli olmaması, sosyal güvenlik fonlarının ödenmemiş olması ve sağlık kurumlarında yaşanan bürokratik karmaşadır.

Latin Amerikan sağlık işletmeleri, daha iyi durumda olan hastaları çekerken, daha ağır sorunları olan hastalar da kamu sektörüne yönelmişlerdir. Şili'de ISAPRE, kronik hastalığı olmayan daha genç işçileri kapsamayı hedeflemiştir. Sonuç olarak, genel nüfusun % 8.9'u ve kamu sağlık kuruluşlarına başvuranların % 12'si 60 yaşın üzerindeyken, ISAPRE bu yaş grubunun sadece % 3.2'sini kapsamaktadır.

#### Sağlık İşletmelerine Karşı Direnç Ve Alternatif Öneriler

Sağlık işletmeciliği ihracına karşı ülkelere göre değişen bir muhalefet vardır. Ekvador'da, meslek örgütleri, sendikalar, eğitimciler ve Amerika yerlilerinin örgütlerinin oluşturduğu bir koalisyon, kamu hizmetleri içine özel sağlık işletmeciliğinin sokuşturulmasına karşı direnç göstermektedir. 1995 yılında bu koalisyon, sağlık sistemi, ulaşım, petrol ve kamu hizmetlerini kapsayan 11 kuruluşun özelleştirilmesine karşı ulusal halk oylaması için seçmenleri örgütledi. Ekvadorluların üçte ikisi bu 11 kuruluşun özelleştirilmesine karşı oy kullandı. Halk oylamasından sonra, bu koalisyon özelleştirmelere karşı aktif olarak çalışmaya devam etti ve sağlık sisteminin özelleştirilmesine ve sağlık işletmeciliğine karşı eğitimler düzenledi.

Brezilya'da hekimler ve halk sağlığı aktivistleri sağlık işletmeciliğine karşı direnmekteler. Örneğin, Brezilya Ulusal İşçi Partisi (Partido dos Trabalhadores) aktivistleri, sağlık işletmeciliği altında sağlığın özelleştirilmesine karşı muhalefet ettiler. Santos, Rio de Janeiro ve Brasilia'da, yerel düzeyde kamu hizmetlerini güçlendirmek, özelleştirme politikalarına karşı muhalefet oluşturmak amacıyla bu partiden adaylar yerel yönetimlere seçildiler. İşçi Partisi'nin üyeleri ve diğer politik aktivistler 1988'de hazırlanmış olan Brezilya Anayasa'sının, sağlık hizmetinden yararlanmayı yurttaşlık hakkı olarak belirttiğini ve sağlık işletmeciliği uygulamalarının anayasa ile çeliştiğine dikkat çekmektedirler. Ek olarak, hekim örgütleri sağlık işletmeleri ile toplu pazarlık yapmak yoluyla sağlık işletmeciliği ilkelerini zorlamaktadırlar. Bunların bir örneği, binlerce hekim üyesi olan UNIMED isimli örgüttür. UNIMED, sağlık işletmelerinin tıp pratiği üzerindeki kontrolünü sınırlamayı başarmış ve kamu sektörünün özelleştirilmesini engellemeye çalışmıştır.

Şili, Arjantin ve Kolombiya gibi daha önceden diktatörlükle ya da otoriter hükümetlerce yönetilen ülkelerde sağlık işletmeciliği daha az örgütlü bir direnç ile karşılaştı. Diğer yandan, meslek örgütleri ve sendikalar sağlık işletmeciliğinin ülkeye girişine karşı kampanyalar düzenlediler. Şili'de Tabipler Birliği (Colegio Medico)

ISAPRE'nin ulusal sağlık fonunu (Fondo Nacional de Salud, FONASA) kullanarak genişlemesine karşı direndi. Arjantin'de sağlık emekçileri, işçi sendikalarının (Central de Trabajadores Argentinos, CTA) ulusal örgütlenmesi ile işbirliği yaparak özelleştirmeler ve sağlık işletmeciliğine karşı eğitim faaliyetleri sürdürdü. Tüm bu çabaların sonucu olarak Cordoba'da kamu sağlık hizmetlerinin ve sosyal güvenliğin özelleştirilmesi ertelendi.

Kamu emekçileri sendikalarının uluslararası koalisyonu olan Uluslararası Kamu Hizmetleri (Public Services International), birçok ülkede sağlık işletmeciliği anlayışına karşı geliştirilen muhalefete yardımcı oldu.

#### Kamuoyu Oluşturulması

Sağlık işletmelerinin ABD'de genişlemesi yavaşladıkça, diğer ülkelerde yeni Pazar arayışları artarak sürecektir. Yatırımcılar, Latin Amerika'yı sağlık işletmeciliğinin yayılması için önemli bir kar kapısı olarak görmüşlerdir. Kamu sektörünün ve sosyal güvenlik kurumlarının kaynakları kesildikçe, uluslararası kredi kuruluşlarının desteği ile özelleştirilen ve yeniden düzenlenen sağlık hizmeti tüm gelişmekte olan ülkeler için büyük önem kazanacaktır.

İdeolojik açıdan, toplumsal olarak paylaşılacak gerçekleri ifade eden yeni "kamuoyu" yaratma ihtiyacı bulunmaktadır. Sağlık ortamında uzmanların kamuoyu oluşturmak için gözönüne aldıkları ve bizlere de sistemi yeniden düşündüren konular 11 madde halinde toparlanabilir;

1. Finansal nedenli sağlık sistemi krizi ortaya çıkmıştır,
2. Krizi çözmek için işletmecilik anlayışı yeni ve zorunlu bir rasyonalite sunar,
3. Eğer maliyet kontrolü isteniyorsa, klinik kararların bu rasyonaliteye göre belirlenmesi gerekir,
4. Finansman hizmet sunumundan ayrılırsa ve rekabet tüm alt sektörlerde (devlet, sosyal güvenlik ve özel sektör) genel olarak artarsa verimlilik artar,
5. Sağlıkta pazar anlayışı geliştirilmelidir çünkü kalite ve maliyetin en iyi düzenleyicisidir,
6. Arz yerine talep öne çıkmalıdır,
7. Esnek istihdam, verim, üretkenlik ve kalite açısından en iyi mekanizmadır,
8. Özel sektör, kamu yönetiminden daha verimli ve daha az yolsuzdur,
9. Sosyal güvenlik ödemeleri her işçinin özel tasarrufundadır,
10. Sosyal güvenliğin tasfiyesi, çalışanların kendileri için en uygun yolu seçmeleri açısından özgürlük getirir,

11. Kullanıcı/hasta/yararlanan'dan müşteri/tüketici'ye geçiş haklara saygıyı güvenceye alır.

Bu ideolojik önermeler, kamuoyu oluşturulmasında belirleyici olmaktadır. Kamu sağlık işletmelerinin ve sosyal güvenlik kurumlarının verimsizliği, kısıtlı kaynakların sağlık hizmetine ulaşımı engellemesi, bürokrasinin yükü, toplumun artan taleplerine yanıt verebilecek kısıtlı kapasite ve artan maliyetler hizmetten yararlananlar ve sağlık emekçilerinin kendi kendilerine öğrendikleri ve giderek daha çok paylaştıkları yaşam deneyimleridir. Dolayısıyla reform talepleri için istekler artmaktadır. Böylece, sağlığın ticarileşmesi normal bir süreç olarak algılanmaya başlayacak ve sağlık hizmetlerinin dönüştürülmesi hakkında kamuoyu yavaş yavaş oluşacaktır. Yıllarca sağlığın devletin sorumluluğu altında olması gerektiğini savunan söylem yerini, kompleks argümanlarla yürütülen özelleştirme, ekonomik yeniden yapılanma ve parasal tutuculuk gibi tartışmalara bırakmaktadır. İlericiler, neoliberallerle aralarında mesafe koymaya özen gösterse de bu argümanları pek çok durumda kabul etmek durumunda kalacaklardır.

Karşı argüman olarak, bu yorumların gerçeği yansıtmadığının ve çıkar çevreleri tarafından belirlendiğinin gösterilmesi önemlidir. Halkın sağlığı açısından bakıldığında, resmi ideologların ileri sürdüğü gibi reform tek çare ya da en iyi çare değildir. Sağlığı kamucu yaklaşımla değerlendiren birçok grup alternatif projeler üzerine çalışmaktadır. Bu hareketler, Latin Amerika'nın bazı ülkelerinde diğerlerine göre daha güçlüdür. Benzer hareketler Afrika ve Asya'da da başlamıştır. Bu kavga sadece bir sınıf kavgası değil, aynı zamanda emperyalizme karşı verilen bir kavgadır. Bu örnekte emperyalizm, gelişmekte olan ülkeleri verimsiz bürokrasiler ve sağlık maliyetlerinden kurtarmak kisvesi altında ABD'den ihraç edilen neo-liberal sağlık işletmeciliği

biçiminde karşımıza çıkmaktadır. Bu durumda, birçoklarının yaptığı gibi küresel düzenin mantığına karşı direnenlerle uluslararası dayanışma büyük önem taşımaktadır.

#### KAYNAKLAR

**Lewis JC.** (1996). Latin American managed care partnering opportunities. Paper presented at the Eight Congress of the Association of Latin American Pre-paid Health (ALAMI), Sao Paula, Brazil, November 8, 1996.

**Stocker K, Waitzkin H, Iriart C.** (1999), The exportation of managed care to Latin America. *N Eng J Med*; 340: 1131-1136.

**World Bank. World Development Report** (1993) Invest in Health. Washington DC.

**Laurell AC, Lopez AO.**(1996) Market commodities and poor relief: The World Bank proposal for health. *Int J Health Serv.* 26: 1-18.

**Rao M (ed.).**(1999) *Disinvesting in Health: The World Bank's prescriptions for health.* Sage, New Delhi, 1999.

**Turshen M.**(1999) *Privatizing Health Services in Africa.* Rutgers University Press, Brunswick, NJ.

**Kertesz L.** (1997)The new world of managed care. *Modern Healthcare*, November, p. 114-120.

**Tangeman M.** (1997), The manana pension bonanza. *Institutional Investor*, 1997; 31(2): 69-72.

**Ceniceros R.** (1997), Managed care makes inroads in Latin America. *Business Insurance*; October 6: 3-6.