DERLEME

YENİ LİBERAL POLİTİKALAR VE TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA REFORM-DÖNÜŞÜM*

*Onur HAMZAOĞLU***

Sağlıklılık insanın varlığı ile birlikte ortaya çıkmış, sağlık hizmetleri de gelişkinliği ve kapsamı farklılık göstermekle birlikte, egemen olan üretim tarzları farklı olsa da toplumsal yaşantıların tümünde var olmuştur. Sağlık; "soyut ve somut pek çok ürünün yaratıcısı olan insanın, toplumun üyeleriyle kolektif içinde ve her bir üyenin gereksinimini eşit olarak karşılayacak şekilde üretebilmesi, biyolojik ve zihinsel bütünlüğünün korunması ve toplumsal örgütlülük ve üretim süreciyle birlikte geliştirilmesi" olarak tanımlanmaktadır (soL Meclis Sağlık Komisyonu, 2002). Böyle olunca sağlığın, bireysel bir durum ya da bir sonuç değil, toplumsal yaşantının bir sonucu olduğundan, belirleyicileriyle birlikte (ekonomi, siyaset, ideoloji) toplumsal süreç içerisinde değerlendirilmesi gerekir.

Sağlık kavramının yukarıdaki içeriği, sağlığın üretici güçlerin ve üretim ilişkilerinin bir ürünü olarak ele alınmasını koşullar. Bunun için sağlıklı olma durumu, emeğin bütün sürecine müdahale eden ortamı, kısaca insan yaşamının bütün alanlarını kapsamaktadır. Çünkü sağlıklı olabilmek için sadece sağlık hizmeti yetmez. Beslenme, barınma, eğitim, ulaşım, çevre, iş, spor, sosyokültürel etkinlik vb. gibi birçok alan birbirine bağımlı olarak, kişinin ve toplumun sağlığı ile doğrudan ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinin yanı sıra, yukarıda sıralanan toplumun ürettiği tüm olanaklardan toplumun bütün üyelerinin eşit olarak -gereksinimine göre- yararlanabiliyor olmasıyla sağlıklı olunabilinir. Bu durum birçok ampirik çalışmada da gösterilmiştir; ülkelerin zengin olması toplumun sağlıklı olmasını sağlamamaktadır. Sosyalist ülkelerin sağlık düzeyi kendilerinden bir kaç kat zenginlikteki kapitalist ülkelerden çok daha iyi iken, kapitalist ülkeler içinde de sağlıkta dahil, sosyal hizmetleri kamusal olarak sunanlarda diğerlerine göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Etkili olan ana belirleyici üretim ve bölüşüm ilişkileridir **(Hamzaoğlu, 1995)**.

Diğer bir saptama da sağlık hizmetlerinin hastalık(lar) ortaya çıktığında kullanılıyor görünmesinin yarattığı aldatıcılıktır. Oysa sağlık hizmetlerinin sunumundaki öncelik, hastalar ve hastaları iyileştirmek değil, sağlığın geliştirilmesi ve korunması ile hasta olmayanlar yani sağlıklılardır. Çalışma ve yaşam koşulları sağlığı doğrudan etkilediğinden, sağlığı geliştirme ve korunma, çevreye ve kişiye yönelik olarak birbirinden koparılmadan sunulmalıdır. Bu durum özellikle sağlık hizmetleri örgütlenirken kişiye ve çevreye yönelik sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetlerin bir arada olması gerekliliğinin gerekçesini oluşturmaktadır.

Sağlıklı olabilmenin gerektirdiği hizmetlerin kullanılabilmesi için bu hizmetlerin tanımlanmış "hak" olması yeterli değildir. "Hak" kavramının toplumsal yaşantıda ayrıcalıkların varlığı ile birlikte tanımlandığı tahmin edilmektedir. Bu kavram, ayrıcalıkları onaylayan (eşitsizlikçi) ya da ayrıcalık olgusuna karşı geliştirilen (eşitlikçi) bir düşünce olarak doğup gelişmiştir **(Şenel, 1996)**. Eğer durum ilki gibi ise, tanınan hakların toplumdaki varlığı, egemenliğin, özgürlüksüzlüğün ve

** Bu çalışma, DİSK'in 40. yılı nedeniyle planlanan Emek Toplantıları kapsamında 12 Mayıs 2007 tarihinde düzenlenen "Sosyal Politikada Dönüşüm: Sağlık ve Sosyal Güvenlik" konulu toplantıda davetli bildiri olarak sunulmuştur.*

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

ayrıcalığın belirtisidir. Toplumsal yaşantıda "hak"ların bu temeldeki varlığı, ayrıcalıkların var olduğunun ve varlığının kabul edildiğinin bir başka deyişle, toplumsal eşitsizliklerin varlığının kanıtıdır. Bu durumun söz konusu olduğu toplumlarda yaşamın öznesi insan değildir. Böyle toplum biçimlerinin en gelişkini/vahşisi olan kapitalist toplum biçiminde de ayrıcalıkların/eşitsizliklerin kabul edilebilirliğini sağlamak için fırsat eşitliği, şartlarda eşitlik (erişim ve yararlanma eşitliği) gibi, özünde eşitlik barındırmayan tanımlar/yaklaşımlar üretilmiş/uygulanmıştır **(Hamzaoğlu, 2002)**.

Fırsat eşitliği, yurttaş eşitliği ve devlet alanında eşitlik olarak da bilinmektedir. Sınıflar arası eşitliğin hukuksal olarak tanımlanmasıdır **(Turner, 1997)**. Herkese ticaret yapma, okuma, çalışma, seçme ve seçilme hakkı yasal olarak tanınmasına karşın, bunların kullanılabilir olmasıyla ilgilenmez. Var olan hakların hemen hemen tümü parayla satın alınmaktadır. Parası olan "herkes" okuyabilmekte, parası olan "herkes" sağlık hizmetinden yararlanabilmekte, parası olan "herkes" ticaret yapabilmekte, parası olan "herkes" parlamenter demokraside temsil edilmekte, parası olmayan herkes de emeğini "özgürce" ve "pazarlık yaparak" satabilme hakkına, yasal olarak sahip bulunmaktadır **(Hamzaoğlu, 2002).**

Şartlarda eşitlik ise herkesin önceden tanımlanmış ölçülerde/düzeyde eğitim, sağlık, sosyal güvenlik gibi haklara ulaşabilmesini ve yararlanabilmesini ifade eder **(Turner, 1997).** Daha fazlasını istiyor ve/veya gereksiniyorsa para karşılığında satın almak durumundadır. Birçok bileşeni içermekle birlikte, şartlarda eşitlik kapitalizmin genişleme döneminin bir manüplasyonu olarak, sosyal devlet uygulaması döneminde, özellikle Batı Avrupa ülkelerinde bir süre uygulanmıştır. Sınıflar, sosyoekonomik statüler, yerleşim yerleri arasındaki ekonomik, sosyal (sağlık, eğitim, ulaşım, haberleşme vb.) farklılıklar kısmen azalsa bile, özünde sürmüştür. Şartlarda eşitlik uygulaması kapitalist üretimin gereksinim duyduğu emek gücünün niteliği ile doğrudan ilgilidir. Ülkeler ve bölgeler arasındaki sağlık hizmetlerinin örgütlülüğündeki farklılıkların altındaki temel neden de budur. Bu nedenle, sanayi bölgelerinde standardize edilmiş, üretimin yapısı ve gereksinimine göre asgari düzeyi belirlenmiş bir sağlık hizmeti örgütlenmesi söz konusuyken, tarımsal ekonominin yoğun olduğu bölgelerde daha düşük standartlarda sağlık hizmeti örgütlenmiştir **(Hamzaoğlu, 2002)**. Özetle, kapitalist toplumsal yaşantıda sağlık hizmetlerinin düzeyini emek gücünün niteliğine olan gereksinim belirler. Bunun için, yüksek nitelikli emek gücü gerektiren fabrika vb. birimlerin bulunduğu yerlere göre diğer yerlerde sağlık hizmetleri ya daha geri düzeyde sunulmakta ya da hiç sunulmamaktadır. Dolayısıyla, kır-kent ve bölgeler arasındaki eşitsizliklerin temel nedeni de budur.

Kapitalist üretim ilişkilerinin varlık nedeni kar oranlarını maksimize etmek olduğundan, bu sistemde sunulan sağlık hizmetlerinin hedefi, işçinin ancak ertesi gün işine gelebileceği kadar "sağlıklı" olmasını sağlamaktır. Kapitalist toplumda, üretimin gerektirdiği nitelikteki emekgücünün ertesi gün iş başı yapabilmesi için gerekli olan sağlık hizmeti, özünde burjuvazi için bir maliyettir **(Belek ve ark, 1992)**. Kapitalist, sağlık hizmetlerinin maliyetine sömürünün sürdürülmesine katkı sunduğu sürece ve ölçüde katlanır. Fakat emekgücünün yaşamaya devam etmesi ve yeniden üretilmesi, sermayenin yeniden üretilmesinin her zaman için zorunlu bir koşuludur. Buna karşın bütün kapitalistler, emekçilerin bireysel tüketimini elden geldiğince tamamen zorunlu olan mal ve hizmetlere indirgemeye çalışır. Ve emekçinin bireysel tüketiminden yalnızca bu sınıfın devamı için gerekli olan ve bu nedenle de kendilerinin (kapitalistlerin) tüketmek üzere emekgücü bulabilmeleri için yerine getirilmesi zorunlu olan kısmını üretken tüketim sayar. Bu kapsamda, sağlık hizmetleri üretken tüketim kapsamında değerlendirilmelidir. Bu nedenle, ikinci savaştan sonra, yoğun sanayileşmenin gereksinim duyduğu nitelikli emekgücünün burjuvazinin de "katkılarıyla" üretilmesi gerekiyordu ve gereken de yapılmıştır.

Günümüzde, patron-kapitalist- ücretlerde kısıtlamaya giderken, asgari ücretin işçinin ailesiyle birlikte (dört kişi) hesaplanmasından, dolayısıyla gelecekte kendine yeni işgücü üretimini sağlama zorunluluğundan/hedefinden vazgeçiyor. Bunun üzerinden, asgari ücretin işçinin tek başına emekgücünün yeniden üretimi için gerekli zorunlu harcamaları üzerinden hesaplanmasını dayatıyor. Buna karşın, inebileceği alt sınır, bireysel tüketim başlığı altında grupladığı "üretken tüketim" sağlayacak ücrete kadar olacaktır. Bu da belirli düzeyde de olsa, sağlık hizmetlerini kapsayan, kapsamak zorunda olan bir belirleme olmak durumundadır. Küreselleşmiş kapitalizm de söylemlerin aksine, emekgücünden vazgeçemez ve kendisi için zorunlu olan emekgücünün yeniden üretiminin sağlanması için gerekli koşulları asgari düzeyde de olsa sağlamak zorundadır. Ancak süreç içerisinde artık yeterince nitelikli işsiz de yedekte bekliyorken, burjuvazinin, sanayi bölgelerinde bile standardize sağlık hizmetlerine herkesin ulaşmasına ve yararlanmasına gereksinimi kalmamıştır.

Yukarıdaki saptamalardan sonra Türkiye'nin sağlık durumunu ve zaman içindeki değişimini izlemeye çalışarak tartışacağız.

Türkiye'nin Sağlığı

Ülkelerin sağlık durumları toplumsal sağlık göstergelerinin yanı sıra, hizmetle ilgili göstergelerle de değerlendirilmektedir. Bebek ölüm hızı, beş yaş altındaki çocuklarda bodurluk toplumsal sağlık göstergeleri grubunda değerlendirilirken, sağlık kuruluşu dışında yapılan doğumlar, çocukların aşılama durumları, sağlık ocağı başına düşen nüfus ve ebesiz köy sağlık evlerinin sıklığı hizmetle ilgili olan göstergelerdir. Şimdi sırasıyla bu göstergeler üzerinden Türkiye'nin sağlığını tartışacağız **(Hamzaoğlu, 2005; Hamzaoğlu, 2006; Hamzaoğlu, 2007).**

Tablo 1. Yıllara ve çeşitli sosyoekonomik özelliklere göre bebek ölüm hızı (binde) ve eşitsizlik göstergeleri

	1978	1983	1988	1993	1998		2003
Yerleşim yeri							
Kent	119	67.4	50.1	44.0	35.2		23.0
Kır	146	128.3	105.7	65.4	55.0		39.0
Hız Oranı (HO)*	1.23	1.90	2.11	1.49	1.56		1.70
Topluma Atfedilen Risk (TAR)**	11.2	33.7	35.5	16.4	17.6		20.7
Bölge							
Batı	108	82.5	44.5	42.7	32.8		22.0
Güney	109	-	96.3	55.4	32.7		29.0
Orta	151	97.6	90.0	57.9	41.3		21.0
Kuzey	141	112.5	-	44.2	42.0		34.0
Doğu	147	137.4	103.0	60.0	61.5		41.0
Doğu/Batı (HO)	1.36	1.67	2.32	1.41	1.88		1.86
TAR(%)	19.4	18.8	42.7	18.8	23.4		27.6
Anne eğitimi							
İlk↓				68.0	60.5	İlk ↓	51.0
İlk ve↑				43.6	36.1	İlk birinci kademe	25.0
						İlk ikinci kademe ve ↑	18.0
İlk ↓/İlk ve ↑ (HO)			1.56	1.68		İlk ↓/ İlk ikinci kademe ve↑	2.83
TAR			17.1	15.5			37.9
Toplam	**134.0**	**101.6**	**77.7**	**52.6**	**42.7**		**29.0**

**Hız oranı, en kötü ve en iyi durumdaki sosyoekonomik grupların karşılaştırmasını verir.*

***Topluma atfedilen risk, incelenen toplumun sosyoekonomik durumunun, sosyoekonomik durumu en iyi olan grubun düzeyine ulaştırılması durumunda sorunun ne kadarından korunulabileceğini gösterir. Kaynaklar eşit dağıtıldığında ulaşılabilecek sağlık düzeyini göstermesi açısından önemlidir.*

Tablo1'de de görüldüğü gibi, 1978 yılında bin canlı doğumdan 134'ü birinci doğum gününü göremeden ölürken, 2003 yılında bu sayı 29'a düşmüştür. Ancak 1978 yılında kentteki bir bebek ölümüne karşılık kırda 1.2 bebek ölürken, 2003 yılında kentteki bir bebek ölümüne karşılık kırda 1.7 bebek birinci doğum gününden önce ölmüştür. Benzer şekilde 1978 yılında Batı'daki bir bebek ölümüne karşılık Doğu'da 1.4 bebek ölürken, 2003 yılında Batı'daki bir bebek ölümüne karşılık Doğu'da 1.9 bebek ölmüştür. Başka bir açıdan bakıldığında, 1978 yılında kırın sosyoekonomik düzeyi kent düzeyine ulaştırılsa bebek ölümlerinin %11.2'si önlenebilir durumdayken, 2003 yılında aynı koşullar sağlandığında önlenebilir ölümlerin oranı %20.7'ye yükselmiştir. Benzer biçimde ülkenin bütününün sosyoekonomik düzeyi Batı bölgesi düzeyine ulaştırıldığında bebek ölümlerinin 1978 yılında %19.4'ü önlenebilirken, 2003 yılında bu oran %27.6'ya çıkmıştır.

Yine aynı tabloda 1993 yılında eğitim düzeyi ilkokul ve üzerindeki annelerden doğan bebeklerden bir ölüme karşılık, eğitim düzeyi ilkokulun altındaki annelerden doğan bebeklerden 1.68'inin öldüğü görülmektedir. 1988 yılında da eğitim düzeyi ilkokul ve üzerindeki annelerden doğan bebeklerden bir ölüme karşılık, eğitim düzeyi ilkokulun altındaki annelerden doğan bebeklerden 1.56'sı ölmüştür. 2003 yılında ise eğitim düzeyi ilköğretim ikinci kademe ve üzerindeki annelerden doğan bebeklerden bir ölüme karşılık, eğitim düzeyi ilkokulun altındaki annelerden doğan bebeklerden 2.83'ü ölmüştür. Başka bir açıdan bakıldığında; 1993 yılında ilkokul eğitim düzeyinin altında eğitimi olan annelerin eğitim düzeyi, ilkokul ve üzerine çıkarılabilseydi, bebek ölümlerinin %17.1'i önlenebilecekti. 2003 yılında ise, ilkokul eğitim düzeyinin altında eğitimi olan annelerin eğitim düzeyi ilköğretim ikinci kademe ve üzerine çıkarılabilseydi, bebek ölümlerinin %37.9'u engellenebilecekti.

Bir diğer toplumsal sağlık düzeyi göstergesi, 0-5 yaş arası çocuklarda yaşa göre boy açısından beslenme bozukluğudur (bodurluk). 1993 yılında yüz çocuktan

Tablo 2. Yıllara ve çeşitli sosyoekonomik özelliklere göre yaşa göre boy açısından beslenme bozukluğu olan (-2SD↓) 0-5 yaş grubu çocuklar

	1993 %		2003 %
Yerleşim yeri			
Kent	14.8		9.0
Kır	25.2		18.4
Kır/Kent (HO)	1.7		2.0
TAR (%)	21.7		26.2
Demografik Bölge			
Batı	10.2		5.5
Güney	14.8		10.4
Orta	18.8		9.5
Kuzey	12.9		13.0
Doğu	33.3		22.5
Doğu/Batı (HO)	3.3		4.1
TAR (%)	46.0		54.9
Anne eğitimi			
İlk↓	30.3	İlk↓	25.3
İlk	14.9	İlk birinci kademe	9.0
İk↑	4.4	İlk ikinci kademe	5.6
		Lise ve↑	2.9
İlk↓/ İlk↑ (HO)	6.89	İlk↓/ Lise ve↑	8.72
TAR	76.7		76.2
Toplam	**18.9**		**12.2**

18.90'ında, 2003 yılında da 12.20'sinde beslenme bozukluğu olduğu, bir başka ifadeyle 10 yıllık sürede bir iyileşme saptanmıştır (Tablo 2).

Ancak, 1993 yılında kentteki beslenme bozukluğu olan bir çocuğa karşılık kırda 1.7 çocuk varken, 2003 yılında bu oran 2.0'ye yükselmiştir. Durum bölgelere göre değerlendirildiğinde; 1993 yılında Batı'daki her bir beslenme bozukluğu olan çocuğa karşılık, Doğu'da 3.3 çocuk varken, 2003 yılında bu oran 4.1'e yükselmiştir. Yine 1993 yılında, eğitim düzeyi ilkokul ve üzerindeki annelerin 0-5 yaşındaki çocuklarından bir bodur çocuğa karşılık, eğitim düzeyi ilkokulun altındaki annelerin 0-5 yaşındaki çocuklarından yaklaşık yedisi bodurdur. 2003 yılında da eğitim düzeyi lise ve üzerindeki annelerin 0-5 yaşındaki çocuklarından bir bodur çocuğa karşılık, eğitim düzeyi ilkokulun altındaki annelerin 0-5 yaşındaki çocuklarından yaklaşık dokuzu bodurdur. Başka bir ifadeyle, ülke genelinde 0-5 yaş çocuklarda bodurluk azalmakta ancak anne eğitim düzeyi düşük olan çocuklar bu durumdan yararlanamadığı gibi, durumları yıllar içinde daha da kötüleşmektedir. Tablodaki verilere başka bir açıdan bakıldığında, 1993 yılında ilkokul eğitim düzeyinin altında eğitimi olan annelerin eğitim düzeyi, ilkokul ve üzerine çıkarılabilseydi, 0-5 yaş çocuklarda bodurluğun %76.7'sinin önlenebileceği, 2003 yılında ise, ilkokul eğitim düzeyinin altında eğitimi olan annelerin eğitim düzeyi lise ve üzerine çıkarılabilseydi, 0-5 yaş çocuklarda bodurluğun %76.2'sinin engellenebileceği görülmektedir. 1993 yılında, kırın sosyoekonomik düzeyi kentin durumuna yükseltilse çocuklardaki beslenme bozukluğunun %21.7'si önlenebilirken, 2003 yılında aynı şartlar sağlandığında çocuklardaki önlenebilir beslenme bozukluğu %26.2'ye yükselmiştir. Benzer biçimde ülkenin bütününün sosyoekonomik düzeyi Batı bölgesi düzeyine ulaştırıldığında çocuklardaki beslenme bozukluğunun 1993 yılında %46.0'sı önlenebilirken, 2003 yılında bu oran %54.9'a yükselmiştir.

Ülkemizde sunulmakta olan sağlık hizmetlerinin durumunu değerlendirebilmek için yaralanabileceğimiz göstergelerden bir tanesi de sağlık kuruluşu dışında doğuran kadınlardır (Tablo 3).

Bu ölçüte göre, Türkiye'de doğum yapan yüz kadından, 1983 yılında 58'i, 1988 yılında 39.1'i, 1993 yılında 40.4'ü, 1998 yılında 27.5'i ve 2003 yılında 22.7'si doğumlarını sağlık kuruluşu dışında gerçekleştirmiştir. Bu veriye göre, Türkiye'de yıllar içerisinde sorunun azaldığı söylenebilir. Ancak 1993 yılında eğitim düzeyi ilkokul ve üzerindeki annelerin sağlık kuruluşu dışında bir doğumuna karşılık, eğitim düzeyi ilkokulun altındaki annelerden 5.5'i sağlık kuruluşu dışında doğum yapmıştır. Ülke genelinde sağlık kuruluşu dışında doğuran kadınların yüzdesindeki azalmaya karşın, eğitim düzeyi ilkokul ve üzerindeki annelerin sağlık kuruluşu dışında bir doğumuna karşılık, eğitim düzeyi ilkokulun altındaki annelerden 1998 yılında 14.6'sının, 2003 yılında 16.2'sinin doğumlarını sağlık kuruluşu dışında yaptığı izlenmektedir. Kentte gerçekleşen sağlık kuruluşu dışındaki her bir doğuma karşılık kırda, 1983 yılında 2.1 doğum, 2003 yılında da 2.5 doğum sağlık kuruluşu dışında gerçekleşmiştir. Aynı yıllarda Batı'daki her bir sağlık kuruluşu dışındaki doğuma karşılık Doğu'da 2.3 ve 5.4 doğum sağlık kuruluşu dışında geçekleşmiştir. Tablodaki verilere başka bir açıdan bakıldığında; 1993 yılında ilkokul eğitim düzeyinin altında eğitimi olan annelerin eğitim düzeyi, ilkokul ve üzerine çıkarılabilseydi, sağlık kuruluşu dışında gerçekleşen doğumların %70.3'ünün, 2003 yılında ise %85.9'unun engellenebileceği görülmektedir.

Bir başka sağlık hizmeti göstergesi, 12-23 aylık çocuklardan tam aşılanmamışların oranıdır. 1998 yılında 12-23 aylık yüz çocuktan 54.3'ü, 2003 yılında 45.8'i tam aşılı değildir (Tablo 4). Aynı yıllarda sırasıyla kentte tam aşılı olmayan bir çocuğa karşılık kırda 1.3 ve 1.7 çocuk, Batı'da tam aşılı olmayan bir çocuğa karşılık Doğu'da 1.6 ve 2.4 çocuk bulunmaktadır. Kırın sosyoekonomik durumu kentle benzer hale getirildiğinde de 1998 yılında tam aşılı olmayan yüz çocuktan 11.2'sini, 2003 yılında ise 19'unu, eğer bütün ülke Batı'nın sosyoekonomik düzeyine getirilirse tam aşısız yüz çocuktan 1998 yılında 24.3'ünü, 2003 yılında ise 41'ini önlemek mümkündür.

Sağlık sistemimizi ve sağlık göstergelerimizi tarihsel bir süreç içerisinde değerlendirdiğimizde çoğunlukla

Tablo 3. Yıllara ve çeşitli sosyoekonomik özelliklere göre sağlık kuruluşu dışında doğuran kadınlar

	1983 %	1988 %	1993 %	1998 %		2003 %
Yerleşim yeri						
Kent	37	27.6	27.5	19.8		14.4
Kır	76	52.8	59.5	40.3		35.7
Kır/Kent (HO)	2.05	1.91	2.16	2.04		2.48
TAR	36.2	29.4	31.9	28.0		36.6
Bölge						
Batı	37	27.6	19.8	13.4		8.5
Güney	67	45.2	37.2	30.8		21.5
Orta	49	34.9	36.0	16.7		11.8
Kuzey	63	24.5	35.9	16.3		14.7
Doğu	84	63.1	69.8	55.6		45.6
Doğu/Batı (HO)	2.27	2.29	3.53	4.15		5.36
TAR	36.2	37.3	51.0	51.3		62.6
Anne eğitimi						
İlk↓			66.0	55.5	İlk↓	51.7
İlk			29.3	19.6	İlk birinci kademe	13.8
İk↑			12.0	3.8	İlk ikinci kademe	6.7
					Lise ve↑	3.2
İlk↓/ İlk↑ (HO)			5.5	14.6	İlk↓/ Lise ve↑	16.2
TAR			70.3	86.2		85.9
Toplam	**58.0**	**39.1**	**40.4**	**27.5**		**22.7**

Tablo 4. Yıllara ve çeşitli sosyoekonomik özelliklere göre tam aşılanmamış 12-23 aylık çocuklar

	1998 %	2003 %
Yerleşim yeri		
Kent	48.2	37.1
Kır	63.2	63.5
Kır/Kent (HO)	1.3	1.7
TAR (%)	11.2	19.0
Demografik Bölge		
Batı	49.8	27.0
Güney	42.7	39.8
Orta	48.2	39.0
Kuzey	41.1	39.9
Doğu	77.1	65.2
Doğu/Batı (HO)	1.6	2.4
TAR (%)	24.3	41.0
Toplam	**54.3**	**45.8**

gözden kaçan, ayrıntı gibi düşünülen durumlar da söz konusudur. Bu durumu, "bölgelere göre sağlık ocağı başına düşen ortalama nüfus"u incelediğimizde görebilmekteyiz. Ayrıca bu değerlendirme bize, ülkemizde seksenli yılların sonunda başlayıp, aşama aşama ilerleyen, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi faaliyetini ve hedefini de somutlaştıran veriler sunmaktadır.

Özelleştirmeler mülkiyet boyutu ile kamu kaynaklarını patronlara aktarırken, hizmet sunumu yönünden de hizmete ulaşımı kişilerin cepten ödemelerinin daha da ağırlık kazandığı bir modele geçme eğilimindedir. Bu nedenle, ülkemizin diğer bölgelerine göre, ulusal kaynağın en büyük bölümünün tüketildiği Marmara bölgesi diğerlerinden farklılık taşımaktadır. Bu bölgede yaşayanlar, diğer bölgelerde yaşayanlara göre sağlık hizmetlerine daha fazla para "ayırabilir durumda"dır. O nedenle de kamusal sağlık kurumları bu bölgeden "çekilmiş", başta nüfus artışı olmak üzere, ortaya çıkan gereksinimlere paralel olarak uygun bir şekilde artırılması yoluna gidilmemiştir. Yaşanan hizmet açığı da birinci basamakta özel polikliniklerle, yataklı tedavi hizmeti sunan özel hizmet birimleri ve görüntüleme merkezleri tarafından "giderilmeye" çalışılmaktadır. Para neredeyse özel sektör oradadır ve özel sektör oralara "kamu" tarafından yerleştirilmektedir. Öyle ki, Türkiye'de 251 özel hastanenin 245 (%98)'i, 12449 özel hasta yatağının 11508(%92)'i 18 ilde bulunmaktadır. Söz konusu 18 il, ülke gayri safi milli hasılası (GSYİH)'nın %70'ini alırken, özel hasta yatağı (hastanesi) bulunmayan 41 ilin GSYİH'den aldığı pay %13.5'tir.

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda temel hizmet birimi sağlık ocaklarımızdır. Yürürlükteki mevzuata göre de her beş bin ile on bin kişi için bir sağlık ocağı açılması gerekir. Buna karşın ülkemizde genel ortalama bile bu aralıkta olamamış, bazı bölgeler ve illerimizdeki sayılar 20bin, 230bin düzeylerine çıkabilmiştir. Tablo 6'da, yaşamın hemen bütün alanlarında karşıtlıkların yaşanmakta olduğunu söyleyebileceğimiz Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgelerimizi sağlık ocağı başına düşen ortalama nüfus bakımından benzer durumda görüyoruz. Bu iki bölge diğer beş bölgemizden ayrılıyor. Ancak tabii ki gerekçeler aynı değil. Birinde özel sektöre alan açma ve kaynak aktarma söz konusuyken diğerinde "gözden çıkarma" söz konusudur.

Tablo 5. Sağlık ocağı başına düşen ortalama nüfusun coğrafi bölgelere ve yıllara göre dağılımı

Coğrafi Bölgeler	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Marmara	11480	18933	18472	19810	19434	19344	20091	19878
Ege	9615	9213	8805	9273	8973	9071	9348	9445
Akdeniz	19803	11161	10741	11805	10678	10783	11051	11056
İç Anadolu	9020	10427	10117	10418	10165	10794	11077	11092
Karadeniz	10690	8324	8088	7971	7650	8250	8214	8180
Doğu Anadolu	10308	10394	10187	9658	10226	10900	11029	11097
G. Doğu Anadolu	16457	15857	15420	16253	15893	15875	16305	16334
TOPLAM	**12064**	**11734**	**11306**	**11805**	**11461**	**11752**	**12057**	**12091**

Tablo 6. Sağlık ocağı başına düşen ortalama nüfusun coğrafi bölgelere göre dağılımının karşılaştırılması

Coğrafi Bölgeler	Marmara	Ege	Akdeniz	İç Anadolu	Karadeniz	Doğu Anadolu	Güneydoğu Anadolu
Marmara		*	*	*	*	*	
Ege	*		*				*
Akdeniz	*	*			*		*
İç Anadolu	*						*
Karadeniz	*		*				*
Doğu Anadolu	*						*
G. Doğu Anadolu		*	*	*	*	*	

**İki yönlü varyans analizinde farklı olan coğrafi bölgeler (Tukey testi, p< 0.05)*

Sağlık Bakanlarımızın "sağlık hizmetlerinin tek başına hekimlik hizmeti olduğu ve hekim sayısındaki yetersizliklerin giderilmesiyle sağlık sorunlarının çözüleceği" yanlışlığı, özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında, anne ve çocuklara yönelik sağlık hizmetlerini sunmakla görevli ebelerin ve onların çalıştıkları birimlerin durumuna da terkedilmişlik olarak yansıdığı görülmektedir (Tablo 7).

Yukarıdaki tabloda ülke genelinde 2000 yılında yüz köy sağlık evinden 66'sında, 2003 yılında da 79'unda ebe olmadığı görülmektedir. Bir başka ifadeyle, ülke genelinde sorun yıllar içinde artmıştır. Bu artış göreli olarak %20 (1-1.2) iken, mutlak olarak her yüz köy sağlık evinde 13'tür. Her iki yılda da Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerimizin diğer bölgelerimize göre en kötü durumda olduğu görülmektedir. Ancak 2000-2003 yılları arasındaki eğilim değerlendirildiğinde, sorun Akdeniz bölgesinde diğer bölgelere göre çok daha fazla artmış, bunu sırasıyla Karadeniz ve Marmara bölgelerimiz izlemiştir. Yani yıllar içerisinde ebesiz köy sağlık evlerimizdeki artış bu bölgelerimizde en fazladır. 2000-2003 yılları arasında bu artış, mutlak olarak yüz köy sağlık evinde Akdeniz bölgesinde 24, İç Anadolu bölgesinde 15 ve Marmara bölgesinde 14'tür. Görece olarak Akdeniz bölgesinde %55 (1-1.55), Ege bölgesinde %28 (1-1.28) ve Marmara bölgesinde de %26 (1-1.26)'dır. Hız oranı ve topluma atfedilen riskteki, 2000-2003 yılları arasındaki görece değişime baktığımızda, hız oranında %21 (1-.79), topluma atfedilen riskte de %28 (1-.72)'lik bir azalma dikkati çekmektedir. Bu verilere göre ülke genelinde ve bölgelerimizin tümünde 2000-2003 yılları arasında ebesi olmayan köy sağlık evlerinde bir artış olmakla birlikte, bölgeler arasındaki farkın yıllar içerisinde kapanmakta olduğu izlenmektedir. Ebesi olmayan köy sağlık evleri açısından bölgelerimiz arasında sağlıkta eşitsizliklerin azaldığını söylemek mümkündür. Ancak bu durumun ülkenin bütün bölgeleriyle kötüleştiği bir eğilim içindeyken olduğunu da görmemiz gerekir.

Yukarıdaki veriler bir arada değerlendirildiğinde, Türkiye'de son 20-25 yıldır sağlığın genel olarak "iyiye" gittiğini söylemek mümkündür. Buna karşın, bölgeler ve kır-kent arasında yıllar içerisinde sağlıktaki eşitsizliklerin belirgin bir biçimde arttığı görülmektedir. Ülke genelinde ne yazık ki, sınıfların sağlık durumunu gösterecek veriler bulunmamaktadır. Ancak annelerin eğitim durumlarına göre gruplanmasıyla elde edilebilen sağlık göstergelerine

Tablo 7. Türkiye'de yıllara ve coğrafi bölgelere göre ebesi olmayan köy sağlık evi* orantıları(%) ve eşitsizlik göstergeleri

	2000	2001	2002	2003	Hızlardaki Değişim Göreli (2003/2000)	Hızlardaki Değişim Mutlak (2003/2000)
Coğrafi Bölge						
Marmara	53	56	62	67	1.26	14
Ege(E)	47	51	55	60	1.28	13
Akdeniz (A)	44	60	70	68	1.55	24
İç Anadolu	73	73	80	88	1.21	15
Karadeniz	68	67	77	80	1.18	12
Doğu Anadolu (DA)	85	84	90	91	1.07	6
G.Doğu Anadolu (GDA)	84	86	90	92	1.10	8
Toplam	**66**	**68**	**75**	**79**	**1.20**	**13**
Hız Oranı DA/A	1.9 GDA/E	1.7 DA/E	1.6 GDA/E	1.5	**0.79**	
Topluma Atfedilen Risk (%)						
	33.3	25.0	26.7	24.1	**0.72**	

**2003 yılında ebesi olmayan köy sağlık evi sayısı 9 224 iken, 'Sağlık Ocaklarına Bağlı Mahalle Sağlık Evlerinin "Sağlık Ocağı Ebe Bölgesi" Olarak Değerlendirilmesi ve Binası Olmayan Köy Sağlık Evlerinin İptal Edilmesi Hakkında Genelge' ile 2004 yılında sayıları 5 101'e düşürülmüş, 2005 yılında da bu verinin sunulmasından vazgeçilmiştir.*

ulaşmak mümkün olmaktadır. Bu veriler incelendiğinde de diğer verilere benzer biçimde, annelerin eğitimindeki farklılıklarla tanımlanan sağlık farklılıklarında zaman içinde artış görülmektedir. Bu durum, Türkiye'de sağlık-toplumun sağlığı için yapılacaklarda önceliğin sağlıktaki eşitsizliklerin kaynağına yönelik olması gerektiğini gösteren bir ipucu olarak değerlendirilmelidir.

Sağlıkta Dönüşümü(Reformu)n Sahibi Kim?
(Hamzaoğlu, 2007)

Bilindiği gibi Türkiye'de sağlık sistemi 1980'lerin sonlarından beri değiştirilmeye çalışılmaktadır. Yapılmak istenen değişim bütünüyle piyasacı yöndedir. Bir başka ifadeyle, üretim araçları "kim"in elindeyse, bütünüyle o tarafın talepleri doğrultusunda işleyen bir modelin kurulmasına çaba gösterilmektedir. Bu girişimler yalnızca sağlıkta değil, eğitim, yerel yönetimler, kamu yönetimi, üniversiteler, çalışma ortamı, sosyal güvenlik, hazine ve orman arazileri vb. alanlarda da yürütülmektedir. Ayrıca bu piyasacı uygulamalar, sadece Türkiye ile de sınırlı değildir. DB ile IMF'nin seksenli yılların başında imzaladıkları Washington Konsensüsü kapsamında aynı yıllardan itibaren yardım koşulu olarak ülkelere "yapısal uyum politikaları"nı dayatmaktadır. Ülkelerin pek çoğunun gönüllü olmamalarına rağmen, uygulamak zorunda kaldıkları bu politikaların üç genel hedefinden bahsedilebilinir. Birincisi, piyasa/pazar ekonomisi mekanizmalarının ekonomiye egemen olması, ikincisi kamunun mal ve hizmet sunumuna son verilmesi, üçüncüsü de kamunun düzenleyici müdahale olanaklarının daraltılmasıdır. Özellikle Avrupa kıtasındaki merkez kapitalist ülkelerde hükümetler, İkinci Paylaşım Savaşı sonrasından günümüzden 25-30 yıl öncesine kadar insanlarına kapsamlı bir sosyal güvenlik şemsiyesiyle birlikte iş güvencesi, işsizlik sigortası, güvenli bir emeklilik vb. sunuyorlardı. Yetmişlerle birlikte kapitalizmin daralma-depresyon dönemine girmesiyle kar oranlarının düşmeye başlamasına paralel olarak bu hükümetler, kapitalizmin günümüzde de sürmekte olan son uzun depresyonunu aşabilmek için, toplumsal yükümlülüklerinden kurtulmak, emek maliyetini en aza düşürmek için çaba göstermekte, sosyal devletçi anlayışı ve uygulamaları terk etmek istemektedir. Yetmişli yıllarla birlikte patronlar bu güvenceleri devam ettiremeyeceklerini/ettirmeyeceklerini ifade ederken, hükümetler de bunun uygulayıcısı olmuşlardır. Sözü edilen uygulama dönemlerinin sonuna doğru bu ülkelerdeki sağlık harcamaları, sosyal harcamaların üçte birini oluşturur büyüklüğe ulaşmıştır. Demografik gelişmeler, tıbbi teknolojideki gelişmeler ve yaygın kullanımı, ilaç fiyatlarındaki neredeyse geometrik artışlar ve insanların sağlık hizmetlerinden beklentilerindeki yükselmeler sağlık hizmetlerinin maliyetini artırmıştır. Bunun sonucunda pek çok ülkede sağlık harcamaları ulusal gelirdeki artıştan daha hızlı yükselmiştir **(Belek, Hamzaoğlu, 2001).**

Günümüzde burjuvazi (sermayedar sınıfı-patronlar), kapitalizmin bu son bunalımının öncesindeki dönemde yaşadığı genişlemede emekgücünün yeniden üretiminde "aldıkları" sorumluluklardan tek taraflı olarak vazgeçerek, toplumsal "barışı" tek taraflı bozmak istemektedir. Sermaye adına DB ve IMF tarafından çevre kapitalist ülkelere dayatılan "yapısal uyum politikaları"nın uygulanmasıyla hedeflenenlerin gerçekleştirilebilmesine yönelik olarak, kapitalizmin düşen kar oranlarını yükseltebilmek amacıyla emekçilere yönelttiği saldırılar birkaç başlık altında gruplanabilir. İlki savaşlardır. Son on yıldır dünyanın tek hakimine oynayan ABD, müttefiki diğer emperyalistleri de değişen ölçülerde katarak, bütünüyle sömürü oranını ve alanını genişletebilmeye yönelik olarak

emperyalist hegemonyalarını sağlayabilmek için Orta Doğu'da, Afrika'da, Balkanlar'da, Afganistan'da ve Irak'ta (yakın zamanda Suriye ve İran için de hedeflendiğini görmek mümkün) masum insanların üzerine toptan imhalara yönelik bomba yağdırmaktadır. Bu saldırganlık ABD için hiç yeni değildir. ABD, insanların üzerine nükleer bombaları atan insanlık tarihindeki ilk ve bugüne kadar da tek ülke olma özelliğini korumaktadır. Kapitalizm, son otuz yıldır yaşamakta olduğu bunalımı aşabilmek için birçok aracı kullanmaya çalışırken, ekonomisini de askerleştirmiştir. Üretimlerinin büyük bölümünü silah oluştururken, bunun ticaretinin yapılabilmesi için gereken tüketim ortamlarının (işgal, savaş, çatışma, gerilim vb.), pazarın yaratılması/sağlanması da sürece paralel olarak yürütülmektedir. Bununla birlikte insanlarını katledip, yakıp, yıktıkları ülkeleri 'inşa etme' işini de askerleştirdikleri ekonomik yapıları içerisinde gerçekleştirmeye başlamıştır. Ne pahasına olursa olsun sömürünün sağlanması ve devamlılığı adına başlatılan emperyalist taarruz insanlık karşıtı pek çok sonucuna rağmen, karşı çıkışlardaki tutarsızlık ve zayıflıklardan da yararlanılarak sürdürülmeye devam edilmektedir. Özetle kapitalistler, savaşlarla işgal ettikleri coğrafyalarda kendilerine yeni doğal kaynak alanları yaratırken, eş zamanlı olarak "üretim fazlası yaratmamak" adına ürettiklerinin de birinci elden tüketimini yapıp, kendi ekonomilerini canlı tutmaya çaba göstermektedir.

İkinci mekanizma, devletin yeniden yapılandırılmasıdır. Kamunun mal ve hizmet sunumuna son verilmesi amacıyla, ideolojik arka planı zaman içerisinde olgunlaştırıp, 'hantal devleti' hantallıktan kurtarmak, devleti "kürekçi" değil "dümenci" yapmak vb. gerekçeleri geniş toplum kesimleri nezdinde meşrulaştırıp, özelleştirmelere başlanmıştır. Hükümetler, kamuya ait toplumsal mülkiyetleri ulusal ve uluslararası patronlara peşkeş çekerken, eğitim, sağlık, yaşlılık sigortası vb kamusal hizmet sunum alanlarını da önce buralarda sunulmakta olan hizmetleri paralı hale getirmekte daha sonra da bu alanların mülkiyetini patronlara devretmektedir. Kısaca özelleştirmeler hem mülkiyet hem de hizmet sunum alanlarında yürütülmektedir.

Üçüncü mekanizma, sendikasızlaştırma, esnek üretim ve esnek ücretlendirme ile "yedek işgücü" (işsiz) sayısındaki artışlar üzerinden ücretlerin kaba olarak baskılanması ile emekgücü fiyatının düşürülmesidir. Sosyal devlet uygulamalarını sağlamak için çalışma yaşamını düzenleyen koruyucu mevzuat ile emeğin metalaşması belirli bir ölçüde de olsa sınırlanmışken, son dönemde yapılan düzenlemelerle insanın toplumsal yaşantıdaki varlığını yalnızca ücretli emek ilişkisi içinde sağlayabileceği şartları dayatılmaktadır. Dayatmaları "hukuksal" düzenlemelere dönüştürerek kapitalist bir toplumda yaşayabilmek için emekgücünü satmak zorunda olanların, yaşamı boyunca, tam zamanlı ve düzenli bir işe sahip olabilme durumunun geçerliliği de tamamen yok edilmiştir. Beraberinde hem sağlık hem de emeklilik güvencesinin sosyal güvenlik şemsiyesi içerisinde sağlanması gerekliliği de ortadan kaldırıldığı gibi insanların bu durumu kabullenmeleri de sağlanarak, sosyal güvenliğin yurttaşlık hakları temelinde sağlanması terk edilmiştir. Öyle ki ideolojik mücadele sonucunda emekçi sınıflar bile bunun doğruluğunu savunur hale getirilmişlerdir. Bu durumun Türkiye için somut örneği olarak "Devrimci" İşçi Sendikaları Konfederasyonu (DİSK)'nun son dönem örtüsüz hale getirmekte sakınca görmediği söylem ve uygulamalarını ("patronlarımız için hükümete karşı gerekirse sokağa dökülürüz") gösterebiliriz.

Toplam kalite yönetimi, kalite çemberleri gibi emekçiyi işyerine ideolojik olarak bağlama işlevi gören stratejileri de söz konusu mekanizmalar listesine eklemek gerekir. Ülkemizde de patronlarını "hepimiz için üretiyoruz, patronla işçi aynı gemideyiz" diyerek omuzlarında gezdiren sendikalı işçilerimizin iki üç ay sonra "işler kötü" gittiğinde kapı önüne nasıl kondukları unutulmamalıdır.

Söz konusu durum, yine yukarıda sözünü ettiğimiz konfederasyona bağlı, Sabancılar'ın İzmit'te ki fabrikalarında "örgütlü" bir sendikanın Türkiye'de sendikalar ve sendikacılar tarihi yazılırken göz ardı edilmemesi gereken ibret verici bir tutumudur.

Sağlıkta Dönüşümle Ne(ler) Hedefleniyor? (Hamzaoğlu, 2007; Hamzaoğlu, Yavuz, 2006)

59. Hükümet tarafından IMF'ye verilen sözler arasında olduğu beyan edilen "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" verilen sözün yerine getirilmesi adına 31 Mayıs 2006 tarihinde, Kanun No: 5510 olarak yasalaşmıştır. Madde 108'deki hüküm gereği 1 Ocak 2007 tarihinden itibaren uygulamaya girecekken, yapılan başvuru üzerine Anayasa Mahkemesi tarafından bazı maddeleri iptal edilmiştir. Bunun üzerine hükümet, Yasa'nın uygulamaya girme tarihini Aralık 2006'da Temmuz 2007'ye ertelemiştir. Daha sonra gerekli değişikliklerin ilgili tarihe kadar gerçekleşemeyeceği gerekçesi ile daha ileri bir tarihe ertelenebileceği haberi, Sağlık Bakanlığı çevrelerinden kamuoyuna duyurulmaktadır. Başta patronlar olmak üzere söz konusu karara rağmen, uygulamanın gerçekleşebilmesi için gereken her şeyin bir an önce yapılması hükümete telkin edilmektedir. Sağlık emekçilerinin istihdamı, kamu sağlık kurumlarının çalışma biçimleri vb. alanlarda gerçekleştirilen yasal düzenlemelerin tümünü bir çatı olarak örtecek olan bu Yasa'nın yürürlüğe girmesiyle Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hedeflenenler tamamlanacak ve Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin sunumu, toplumsal bölüşümün yeniden düzenlendiği alanlardan biri olmaktan yasal olarak çıkarılmış olunacaktır.

Kapitalizmin kar oranını artırmaya yönelik mekanizmaları sağlık sektörüne Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yasa metnine dönüştürülmüş hali "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" adıyla birkaç bölüm altında aşağıda özetlenmeye çalışılan başlıklarda yansımaktadır.

1) Öncelikle devletin sağlık alanındaki toplumsal sorumluluğu planlama ve standart belirlemeye

indirgenecektir. Bir başka ifadeyle devletin, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık alanındaki varlık gerekçesi emekçilere, köylülere, yoksullara sağlık hizmeti sunma ödevinden arındırılacak, hizmet sunmak yerine "kural koymak" işiyle sınırlandırılacaktır.

2) Sağlık hizmetlerinin finansmanında genel bütçenin kullanımını yasaklarcasına dramatik bir azaltmayla, yerine sigorta, cepten ödeme, katkı payı biçiminde parası olana parası kadar sağlık uygulaması yasalaşmış olacaktır.

3) Özel sektörün kar edebileceği tedavi edici sağlık hizmetleri dışındaki koruyucu ve geliştirici hizmetler sağlık hizmetleri başlığından çıkartmakta, hastayı da müşteri olarak tanımlamaktadırlar. Ancak müşteri olabilmek için de para gerektiği unutulmaktadır.

4) Sağlık sektörü hizmeti üreten ve finanse eden birimler olarak bölünüp, bu iki yapının piyasa koşullarında ilişkide bulunmasını, böylece finansmandan 'sorumlu yapının' hizmet üreticisi yapıların (sağlık işletmelerinin) arasında "oluşacak" rekabetten yararlanarak, ucuz olandan hizmet satın almasını hedeflemektedir. Ancak, eğer iyi niyetlilerse bu hedef bilgisizlikten kaynaklı yalnızca bir hayalden ibarettir. Çünkü İngiltere sağlık sektöründe son 15-20 yılda yalnızca bu uygulama sonucunda, sağlık hizmetlerinin pahalandığını görmezden gelmektedirler. İyi niyet yerine, insanların sağlığı pahasına, özele kaynak aktarmanın kanallarını yasalaştırma hedeflerini görmemiz gerekmektedir.

5) Sağlık hizmeti üreten birimler kamusal da olsa işletmeleştirilecek ve piyasacı yaklaşımla (ürettiği hizmetin niteliğini göz ardı ederek) davranmaya zorlanacaktır. Çünkü söz konusu birimler artık bütün giderlerini kazandıklarından karşılamak zorunda kalacaktır. Her bir birim ayrı işletme olduğundan, piyasaya hastane zincirleriyle dahil olan yerli ve yabancı sermaye karşısında en azından maliyet unsurlarının küçültülebilmesi başlığında sıkışacaklar ve pek çoğu kapanmak durumunda kalacaktır. Piyasa büyük hastane zincirlerinin kontrolüne girecek ve bunlar fiyatı belirleyen aktör rolünü kolaylıkla oynayabilecektir. Bu sonuç, Finans Kurumu için de maliyetin karşılanmasında güçlükleri beraberinde getireceğinden; prim oranlarında artış, teminat paketi kapsamında daralma ve katkı payında artışlar gibi uygulamalarla hizmeti kullananlara olumsuzluklar olarak yansıyacaktır. Ayrıca, hastane zincirleri biçimindeki yapılanma sağlık emekgücünün sömürü oranını artırmasını da kolaylaştıracaktır.

6) Söz konusu Yasa önceki düzenlemelerle birlikte sağlık emekçilerini sözleşmeli çalışmaya, yarı zamanlı çalışmaya, performansa dayalı ek ödeme (döner sermaye gelirlerinden prim dağıtımı) gibi özlük haklarından yoksun ve emekliliğe yansımayan ücretlendirme modelleri ile çalışmaya mahkum etmeyi daha kapsamlı hale getirecektir.

Bütün bunların uygulanmasının kolay olmayacağını bilen sermayedar sınıfı kamuoyunun direncini kırabilmek ve karşı çıkışı en aza indirebilmek için, işbirlikçileri hükümetler eliyle hem kamusal alanları hem de hizmetleri yıllar içerisinde zafiyete uğratmıştır. Uzun süreli bu uygulama sonucunda "kamusal olan her şeyin işe yaramaz ve kötü" olduğuyla ilgili kanaat yaratılmış ve yaygınlaştırılmıştır.

Bu uygulama ülkede, tarihsel olarak seksenli yıllarda "ilaç israfını önlemek" gerekçesiyle ilaçta katılım payı uygulaması ile başlamıştır. Ardından, toplumun sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi için sağlık ocaklarında, çalışanların maaşlarını ödemek dışında hemen hiç bir sorumluluğu yerine getirmeyen Sağlık Bakanlığı, buralarda muayeneye gelenlerden "bağış" makbuzu adı altında vakıf ve dernek gelirleri yaratıp, sağlık ocağı çalışanlarını sorumlu oldukları bölgenin/nüfusun sağlığını koruyabilmek için ya da hastalananları tedavi etmek istiyorlarsa yine onlardan para talep etmeye zorlamıştır. Direnenler olduysa da bu uygulama yaygınlaştırılmıştır. Sağlık Sosyal Yardım Vakfı makbuzlarıyla, "bağış"ların belirli yüzdesini vakıfa "kaptırmak" istemeyen ocaklarda kurulan derneklerin makbuzları üzerinden hizmeti kullananlardan sağlanan "gelirler" esasında yakın zamana kadar sağlık ocaklarındaki hizmetlerin finansmanında ana unsur olmuştur.

Yine seksendeki asker darbesi sonrasındaki süreçte, üniversite hastanelerinde, o zamana kadar hastanelerin acil gereksinimlerinin ihale kanunu kapsamı dışında sağlanması ve hizmetin aksamadan sürdürülmesi için çıkartılmış olan döner sermaye yasası hem kurumlardan para aktarılması hem de özel tetkik, özel muayene, özel ameliyat vb. uygulamalarla hizmetin finansmanında genel bütçenin yerini almıştır. Günümüzde üniversite hastanelerinin gelirlerinin %76'dan fazlası döner sermayelerinden karşılanmaktadır. Üstüne üstlük bu gelirlerin %17.5'i de henüz sosyal güvenlik kurumları ile ilgili kurumlardan ciro edilmeden, peşin olarak hazineye ödenmek zorundadır. Üniversite hastaneleri alacaklarını altı ay, bir yıl gibi süreler sonra ve önemli miktarları (%20-40) da çeşitli gerekçelerle kesintiye tabi tutularak alabilmektedir. Bu uygulamayla hükümetler hem üniversite hastanelerini fütursuzca işletmeleştirip, piyasa mekanizmasının aktörü haline getirdiler hem de onlar üzerinden hazineye yeni bir doğrudan gelir kaynağı yarattılar. Yakın zaman önce de birkaç üniversite dışında başta Yeşil Kart için yapılan harcamalar için hiçbir ödeme yapılmamakta, özellikle SSK'de bazı üniversitelere olan borçlarını sürekli ertelemektedir. Bu nedenlerle üniversite hastanelerinde sözleşmeli çalışan işçiler zorunlu izne çıkartılmakta ya da işten atılmakta, başta tıbbi malzeme ve ilaç alımları için kaynak bulunamadığında yöneticiler şirketler tarafından icraya verilmekte, bazı üniversiteler de mülk satışı yoluyla yaşatılmak istenen krizi kendi adlarına ertelemeye çalışmaktadırlar.

Döner sermaye uygulaması yalnızca hizmetin finansmanı için değil, sağlık çalışanlarının ücretlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Aslında "daha fazlasını hak ediyorsunuz ama elimizde olmadığı için

sizlere veremiyoruz, gelin siz özel muayene, ameliyat vb. uygulamaları artırın buradan da size yüzde verip kırışalım" anlamına gelen döner sermaye payı dağıtımı uygulanmaya başlanmıştır. Hekime ayrı, hemşireye ayrı oranlarda yapılan "dağıtım" beraberinde emekçileri bölme aracı olarak da kullanılmaktadır. Bu uygulama Ocak 2001 tarihinde çıkartılan bir yasa ile sağlık ocaklarına da yaygınlaştırılmıştır **(Hamzaoğlu, 2003)**. Artık sağlık ocaklarında da özel polikliniklerde olduğu gibi parası ya da sosyal güvencesi olanlar sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Kesilen makbuzlar üzerinden de sağlık ocağı çalışanlarına hastanelerdekilere yaptıkları gibi "sus payı" verilmektedir. Kamu sağlık kurumlarını işlevsiz ve paralı hale getirip, buralardan özele sevkler meşru hale getirilmiştir. Bunun öncesinde de özel sektöre verdikleri yaklaşık 7.5 milyar dolar teşvikle sağlık sektörünü sermayenin yatırım alanına açmayı ihmal etmediler.

Sağlık Bakanlığı bu özelleştirme uygulamalarının dışında, kamu hastanelerini birer işletmeye dönüştürmeye çalışmaktadır. Yerinden yönetim ve ademi merkeziyetçilik gerekçesiyle sağlık emekçilerini ve kamuoyunu yanıltıp, desantralizasyon adıyla hastaneleri özelleştirmeyi hedeflemektedir. Bunun ilk adımı olarak da SSK ve diğer kamu kurumlarına ait yataklı tedavi kurumlarının Sağlık Bakanlığı'na devrini Ocak 2005 tarihinde "sağlık hizmetleri sunumunun tek elde toplanması" gerekçesini kullanarak gerçekleştirdiler. Sosyal Sigortalar Kurumu o tarihten itibaren bütün sağlık hizmetlerini ve ilacı sigortalıları ve bakmakla yükümlü oldukları için satın almaktadır. Şubat 2005-Ağustos 2005 tarihleri arasındaki verilere göre SSK'nin ilaç harcamalarının yaklaşık %32, sağlık hizmeti giderlerinin de yaklaşık %28 pahalandığı bizzat Çalışma Bakanı tarafından açıklanmak zorunda kalınmıştır. SSK'nin 2004 yılı toplam sağlık giderleri 6.5 katrilyon TL iken, 2005 yılı Ağustos ayı itibariyle ve yalnızca ödemesi gerçekleşmiş sağlık hizmeti (tedavi, ilaç, görüntüleme vb.) gideri 8.6 katrilyon TL'dir. Varlıklarını patronlara peşkeş çektikleri sosyal güvenlik kurumlarını "kara delik" olarak ilan edip, emekçilerden kesinti ve katkı paylarını daha da artırmanın önü açılmıştır. Esas hedefleri, yerel yönetimlerle ilgili yasal düzenlemeler kapsamında bu birimleri yerel yönetimlere birer sağlık işletmesi olarak devretmektir. İşletmenin varlık gerekçesinin yalnızca kar olduğunu, desantaralizasyonun da bunun önemli mekanizmalarından biri olduğunu hiç değilse dünya örneklerinden görmemiz gerekmektedir.

Genel Sağlık Sigortası (GSS) gerek sağlık hizmet sunumunu gerekse de finansmanını bütünsel olarak değiştirecek bir başlık olma özelliğini taşımaktadır. GSS 59. Hükümetin metinlerinde "toplumun bütününü kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemi" olarak tanımlanmaktadır. Zorunlu sağlık sigortacılığında prim düzenli, sabit geliri olanlardan toplanabilmektedir. Örneğin bu uygulamanın yaygın olduğu OECD ülkelerinde, 2004 yılı itibariyle, ortalama olarak çalışanların %80'i ücretli yevmiyeli, %15'i kendi hesabına çalışan ya da patron, %2'si de ücretsiz aile işçisiyken, Türkiye'de çalışanların yalnızca %51'i ücretli, yevmiyeli yani düzenli gelir sahibiyken, %29'u kendi hesabına çalışmakta ve %20'si ise ücretsiz aile işçisidir **(OECD, 2005).** Bu durum sisteme katılanların ancak yarısından, maaş ya da ücretlerinden kesinti yoluyla düzenli prim toplayabilmeyi, diğer yarısından ise, Bağ-Kur örneğimizde olduğu gibi, düzenli prim toplayamamayı getirecektir. Böyle olunca, zaman içinde toplanan prim miktarında hızlı artışa ya da teminat paketinde kısıtlamalara ve katkı paylarının artışı yoluna gidilecektir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ek vergi (sağlık vergisi) uygulaması anlamına gelen zorunlu sağlık sigortası ile Türkiye'de hem doğrudan hem de dolaylı verginin ana kaynağı kabul edilen çalışanlar ve yoksulların yükü artacaktır. Çalışanlar aylık brüt gelirlerinin %12.5'i oranında sağlık vergisi (sağlık sigorta primi) ödeyecekler. Ancak bu ödemeye rağmen yine bazı hizmetleri satın almak zorunda kalacaklar. Primin %7'lik dilimini patronlar ödeyecek. Ancak bu ödemeyi vergiden düşebilecekler. Hükümetin, "sermayenin, kar oranlarını azaltacak herhangi bir uygulama yaratmayalım" kaygısını hemen bütün işlerinde görmek mümkün. Bunun yanı sıra, çalışanların aylık bütün brüt gelirlerinin %5'i sağlık primi olarak kesilecek olmasına rağmen, hizmet kullanımı sırasında da katkı/katılım payı vb. adı altında paralar ödemeye devam edecekleri gibi, bazı hizmetler sigorta (teminat paketi) kapsamında olmayacağı için cepten ödeme yapmak ya da tamamlayıcı sigorta için başka sağlık primleri de ödemek zorunda kalacaklar.

Bunlara ek olarak, Sağlık Bakanlığı sağlık emekçilerinin istihdam ve ücretlendirilmelerine yönelik tedbirler de almaktadır. Bu hükümet döneminde çıkartılan 4924 sayılı Yasa ile Sağlık Bakanlığı 365 günlük sözleşmelerle personel istihdam edebilmektedir. Ancak, ödeyeceği ücret kapsamında Emekli Sandığı üzerinden sosyal güvenlik kesintisi bulunmamaktadır. Çalışan eğer istiyorsa Emekli Sandığı'na kendisi prim yatırarak bunu sağlayabilecektir. Sağlık çalışanları, bununla birlikte 366. gün ne olacağını bilemeden çalışmayı/yaşamayı sürdürmek zorunda kalmaktadırlar. Sözleşmeyi uzatıp uzatmama tümüyle patron konumundaki Sağlık Bakanlığı'nın inisiyatifindedir.

Sağlık Bakanlığı kurumlarında, çalışanlar arasında dayanışma yerine rekabeti teşvik edecek olan, sonucunda da hemen hiçbir çalışanın çıkarına olmayacak olan performansa dayalı ek ödeme uygulaması başlatılmıştır. Döner sermaye gelirlerinden özlük hakları ve emekliliğe yansımayan ve sağlık emekçilerini hastalarıyla karşı karşıya getiren (özel muayene, özel tetkik, özel ameliyat vb. adlarda kamuda hizmetten ücret alma) uygulamalardan sonra şimdi de sağlık emekçilerini kendi aralarında parçalanmayı/bölmeyi hedeflemektedir. Herkese performansı(takatı)na göre ücretlendirmede yüksek ücret alabilmek için sağlık emekçileri birbirleriyle rekabet ederken, gereksinim dışı tetkik ve tedavi uygulamalarının da yapılmasına yol açacaktır. Tıbbi gereksinim dışı bu uygulamalar tıbbi teknoloji ve ilaç tüketimini artırdığından, bu alana yatırım yapmış sermaye tarafından özel olarak desteklendiği de göz ardı edilmemelidir. Sonunda ise, sağlık meslek grupları (hekimlerle hemşireler, hemşirelerle teknisyenler vb.) paylaşım oranları için aralarında,

puanlarını artırabilmek için kendi meslektaşları arasında (hekimler kendi, hemşireler kendi içinde vb.) kıran kırana bir rekabete tutuşturulmuşlardır. Dağıtılan paranın ana kaynağını ise SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur oluşturmaktadır. Küçük bir kısmı da hizmeti kullananlardan toplanmaktadır. Yapılan hesaplamalar sonucunda, sosyal güvenlik kurumlarının, 2005 yılı ilk altı aylık giderlerinin önceki yıllara göre birkaç kat arttığı daha şimdiden ortaya konmaktadır. Bu uygulama sosyal güvenlik kurumlarının çökertilmesi girişiminin de bir parçasıdır.

Performansa dayalı ek ödeme uygulamasına bazı üniversite hastaneleri de "üniversite" kimliklerini görmezden gelerek başlamıştır. Bu tercih, her şey işletmenin daha çok kazanması ve karı için "doğrusu"na mahkumiyetin içselleştirilmesi anlamına gelmektedir. Üniversitelerin ve tıp fakültelerinin sistem içi olarak tanımlayabileceğimiz hukuksal kuruluş gerekçeleri ve öncelikleriyle bile çelişen bu durum, tıp fakültelerini, araştırma ve eğitim alanları olmaları gerekliliği ve gerçeğinin tümüyle dışına taşıyan bir tercihtir. Bu tercihlerini yaparken, bu kurumlar da piyasa aktörlerine dönüşmekte, bir yandan da fakülte/öğretim üyesi kimliklerini "reklam" aracı olarak kullanarak sağlık piyasasında "haksız rekabet koşullarıyla" kendilerine yer aramaktadır. "Nasıl bir hekim, nasıl bir insan yetiştirmeliyiz" sorusunun muhatapları ve sorumluları tercihlerini daha çok para kazanmaktan yana koymakta, bulundukları fakültelerde varlık gerekçeleriyle çeliştiklerini bile yadsıyarak "var olmaya" çalışmaktadır.

Sağlık Bakanlığı uygulamalarına ilave olarak sağlık ocaklarında verilmekte olan hizmeti (birinci basamak sağlık hizmeti) piyasaya entegre edebilmek için, "herkesin bir doktoru olacak" masalı ile aile doktorluğu sistemini getirmek istemektedir. Hekimlerin patronluk yapıp yanlarında bir iki tane "aile sağlığı elemanı" (hemşire, ebe vb.) çalıştırmasını koşullayan, kendisi için de iş güvencesinin olmayacağı ve birer işletme gibi çalıştırılması öngörülen bu birimler aracılığı ile sağlık sistemimizin bütün kamusal birimleri işletmeleştirilmiş olacaktır. Hekim işletmeci, hastalar da müşterisi olacaklar. Ayaktan tanı ve tedavi hizmetleriyle kişiye yönelik bazı koruyucu hizmetlerin sunulacağı bu birimlerle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamı daraltıldığı gibi, hizmetten yalnızca düzenli prim ödeyebilenlerin yararlanabileceği yasal hale getirilerek prim ödeyemeyenler bu birimlerin denetiminde sağlık hizmetlerinin kapsamından çıkartılmış olacaklardır.

Sağlıkta Dönüşüm Yeni mi ya da Hangi Hükümetin Programı? (Hamzaoğlu, 2005; Hamzaoğlu, 2007)

Sağlık sektöründe yapılmak istenenlerden hiçbiri bu hükümetin keşfi ya da inisiyatifi olmayıp, seksenli yıllarda yapılan saldırı planının taşeronluğunu yapmaktadır. Yazılı belgeler üzerinden bunu kanıtlamak da mümkündür. Sağlık sektöründeki saldırı yasalarının birincisi 15 Mayıs 1987'de ANAP hükümeti tarafından çıkartılan "3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"dur. İkinci aşamada, 31 Mart 1993'te, DYP-SHP koalisyon hükümetinin "Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı, Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarı Taslağı, Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı ile Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı"ndan oluşan dörtlü paketini görüyoruz. Üçüncü aşamada, Kasım 1996 tarihinde FP-DYP koalisyonu adları değiştirip işlemi sürdürmek istediler. Hazırlıklarının adı, "Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu Tasarı Taslağı ile Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslakları"ndan oluşan üçlü pakettir. Aynı koalisyon hükümeti birincisini beğenmemiş olsa gerek, Nisan 1997'de aynı adlarla benzer içerikteki kanun tasarı taslaklarını yeniden yayımladı. Bu tarihten hemen sonra kurulan ANAP-DSP koalisyonu da Haziran 1998'de kendini sağlık hizmetlerinin finansmanı ile "sınırlandırmak" için midir bilinmez "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı"nı yayımladı. AKP hükümetinden önceki son paket, Ekim 1999 tarihinde DSP-MHP-ANAP koalisyon hükümeti tarafından yayımlanan "Sağlık Sandığı Kurumu Kanunu Tasarı Taslağı"dır. Bunların ardından, AKP hükümeti tarafından Haziran 2003 tarihinde kamuoyuyla paylaşılan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" da öncekilerle aynı hedef ve içeriğe sahiptir. DB web sayfası aracılığıyla ulaşabildiğimiz bir belge de hem konuyla ilgili tarihsel süreci hem de bu yasa tasarılarının gerçek sahip(ler)ini ortaya çıkartmaktadır;

Sağlık Bakanı Akdağ, 10 Mart 2004, Çalışma Bakanı Başeskioğlu da 05 Mart 2004 tarihinde DB Başkanı James Wolfensohn'a birer mektup yazarak DB'nin önceki hükümetleri olduğu gibi kendilerini de, DB'nin önerileri doğrultusunda hazırladıkları program çerçevesinde desteklemesini ve borç vermesini *"DB'nin mali ve teknik desteğinden yararlanmanın ne denli önemli olduğunu ve Sağlıkta Dönüşüm Program'ımızın uygulanmasında ilerleme kaydettikçe işbirliğimize ne kadar değer verdiğimizi vurgulamak isterim. DB tarafından Birinci ve İkinci Sağlık Projeleri boyutu içinde teknik ve mali destek yoluyla sunulan yatırımlar ve hizmetler, ülkemizdeki kamu sağlık hizmetlerine olduğu kadar, bu hizmetlerin etkinlik ve etkilerine önemli katkılarda bulunmuştur. DB'nin bu yeni proje altındaki sürekli mali ve teknik desteğinin şu ana kadar elde edilmiş olanları güçlendireceğine ve bunların değerini artıracağına ve böylelikle de Türkiye'nin Avrupa Birliği ile bütünleşmesini tamamlamak üzere kendi önümüze koymuş olduğumuz hedeflere ulaşma çabamızı ilerleteceğine inanıyorum."* ifadeleriyle talep etmişlerdir. Bunun üzerine söz konusu başvurular, DB tarafından "ivedilikle" dikkate alınmış ve 21 Nisan 2004 tarih ve 27717-TU numaralı "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın İlk Evresine Destek Olarak Türkiye Cumhuriyeti'ne Sağlıkta Geçiş Projesi İçin 49.40 Milyon Avro Miktarında Önerilen Kredi Hakkında Proje Değerlendirme Belgesi" adlı raporla istenen paranın tamamının borç olarak verildiği bildirilmiştir. Bu belge, AKP hükümetinin seksenli yılların başından günümüze kadarki hükümetlerle taşımakta olduğu aynılığın bir kanıtı olarak kabul edilmelidir.

Ancak önceki hükümetlerden farklı olarak, AKP hükümetinin sağlıkla ilgili programı, TÜSİAD tarafından da, Eylül 2004 tarihinde yayımlanan "Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri" raporuyla "açık" olarak desteklenmiş ve "alternatifinin olmadığı" kamuoyuyla paylaşılmıştır. Onbeş yılı aşan bir süredir yürütülmekte olan tartışmalarda ve uygulamalarda, bu konudaki görüşlerini bir "sır" olarak saklayan patronların 200 sayfayı aşan raporlarında ilk dikkat çeken şey, bu ülke topraklarında devlet desteğiyle yaratılan burjuvazinin, bugün itibariyle emekçilerden farklı olarak, sınıfsal aidiyetlerinin şuurunda olduğu ve bu yönde herhangi bir tereddüt taşımadığıdır. Bugünün nesnelliğinde burjuvazi, dünyanın diğer kapitalist ülkelerinde olduğu gibi, artık toplumsal mutabakata dahi gereksinim duymamaktadır. Bunun gereğini yapmak için herhangi bir tereddüt yaşamamaktadır. Türkiye'de de kapitalist üretim ilişkilerinin belirlediği toplumsal yaşam biçimi içerisinde, sınıf çıkarlarının gereğini ne pahasına olursa olsun, taviz vermeksizin gerçekleştirmeye kararlı olduğunu vurgulamaktadır. Ancak bilindiği gibi, burjuvazi homojen bir sınıf da değildir. Ayrıca, yatırım yaptıkları sektörler itibariyle de aralarındaki çelişkiler sürmektedir. Öyle ki bu raporu aralarında sağlık ve sigortacılık alanlarına yatırım yapanların finansmanıyla çıkarttıklarını önsözde belirtmek durumunda kalmışlardır. Hatta bu girişimciler yaptıkları katkılarının büyüklüğüne göre olsa gerek, üç gruba (kendi yazdıklarıyla kategoriye) ayrılmıştır.

Rapor bir başka açıdan da belge özelliği taşımaktadır. Türkiye burjuvazisi, yıllar sonra bütün hükümetlerin, hatta muhalefetteki partilerin bile programına hakim olan sağlık alanındaki durum saptaması ve sorunların çözümüne yönelik önerilerin "bu ülkedeki sahibi biziz, görüşler bütünüyle bize aitti" demektedir. Bu yönüyle de rapor 1990'lı yılların başında dönemin Sağlık Bakanlığı aracılığı ile açıklanan görüşlerin arkasındaki bu gerçekliği görüp: "bu program emekçi ve emekten yana sınıflara burjuvazinin saldırısıdır, dolayısıyla karşı koyuş/mücadele de sınıfsal olmalıdır" diyenleri, sınıf indirgemeciliğiyle suçlayanlar için de bir ders kitabı özelliğini taşımaktadır. Birbirinden farklı taban ve söylemlere sahip, bir şekilde hükümet olabilmiş partilere ait, on beş-yirmi yıllık zaman dilimi içindeki söz konusu metinlerin yalnızca tarihleri ile sayfa sayılarında farklılık saptanabilmektedir. Temel hedefleri ise aynıdır; kapitalizmin uzun bunalımını aşabilmesi için sağlık sektörünü burjuvazinin çıkarlarına uygun hale getirmek. DB pek çok ülkede olduğu gibi, Türkiye'de de bunların yaşama geçirilebilmesi için hükümetlere sağlık sektöründe kullanılmak üzere yaklaşık 348 milyon dolar kredi vermiş, bunun da büyük kısmının kendi tayin ettiği danışmanlara ödenmesini sağlamıştır. Hükümetler, aralarındaki bu benzerliğe gerekçe olarak sağlık sektöründe yaşanan sorunları göstermektedir. Evet doğrudur; sağlık sektörümüz sorunsuz değildir. Bu haliyle sürdürülmesini isteyemeyiz. Ancak sorunun çözümü için önerdikleriyle var olan sorunlar emekçiler adına daha da derinleştirecek, sağlık hizmetlerini parası olanın parası kadar alabildiği bir meta haline getireceklerdir. Bu nedenledir ki hem soruna hem de çözümü için önerilenlere bir bütün olarak bakılmalıdır. Tek tek, parça parça tespitler bütünü görmemizi engellediği gibi, birçok tuzağı da içerisinde barındırmaktadır.

Ne-Nasıl Yapmalıyız?

Kapitalistler, bir dönemin hak olarak tanımlanan kazanımlarını, hak değil gereksinim olarak tanımlamakta, bütün gereksinimler gibi bunların da kişilerin sorumluluğu olduğu, ulaşabilmek için gerekirse satın alınması gerektiği dolayısıyla herkesin parası kadar sahip olabileceği hizmetler olarak tanımlamaktadır. Beraberinde bugüne göre daha sosyal, daha adil ve demokratik bir kapitalizm beklemek, kapitalizm içinde eşitsizlikleri ve işsizliği kaldırmayı ummak, emeğin değer yaratan tek özne olduğunu ve kapitalistlerin kar dediklerinin özünde emekçiye verilmeyen, el konulan olduğunu yadsımak olacaktır. Kaldı ki kapitalizm günümüzde yedek işgücüne dahi gereksinim duymayan, bunun için de istihdam dışındakilerin yaşamlarıyla ilgilenmeyen bir düzenlemeyi dayatmaktadır.

Emekgücünü satmaktan başka yaşama olanağı olmayanlar da emekgücü piyasasında emekgücünü satabilenler ve satamayanlardan oluşan, özünde aynı sınıfın birbirine karşıt iki tabakasına ayrılmış durumdalar. Süreç böyle devam ettikçe, ikinciler daha da kalabalıklaşırken, birinci gruptakilerin "mutlu azınlık"a dönüşeceği kaçınılmazdır. Bunları da görerek, günümüzde bütün yakıcılığı ile yaşanmakta olan sorunlardan kalkıp, kazanımlarımızla kapitalizme son verecek antikapitalist mücadeleyi; emekgücünü satanlarla satamayanların, formel sektörde çalışanlarla enformel çalışanların, kadrolu çalışanlarla sözleşmeli çalışanların, düşük ücret alanlarla yüksek ücret alanların dahası bütün sektörlerde her biçimde çalışanların, emekgücünü satamayanlarla bir arada yürütmesi zorunluluktur.

Türkiye'deki süreçte de yaşandığı gibi, seksenli yılların ikinci yarısından itibaren hızla yükselen, düzenin sınırlarını zorlayarak kapitalizmi deşifre etmeyi hedefleyen talepler, hemen her zaman sektör temelli (parasız eğitim, parasız sağlık vb.) yani bütün yerine parça(lar) üzerinden gerçekleştirildi. Bu da ilgili sektörün emek örgütleri tarafından tek tek yürütüldü. Yalnızca, o da sınırlı düzeyde olmak üzere, eylem dönemlerinde diğer sektörlerin örgütlerinden destek sağlanabildi, verildi. Her yapı kendine ait olduğunu düşündüğü parçayla ilgilendi ve o konuda faaliyet yürüttü-yürütüyor. Bu faaliyetlerde, söz konusu özel alanın siyasallaştırılmasını da hedefleyen talepler çoğunlukla geliştirilemedi. Çünkü daralmadaki tercih, her yapının kendi alanını siyasallaştırması da değildi. Sektör temelli bu faaliyetler, özellikle kendi için sınıf olamamış unsurların, üst kimlik yerine alt kimlikleri üzerinden faaliyetlerinin/taleplerinin şekillenmesini koşulladı. Bir başka ifadeyle, süreç içerisinde parçalar alt parçalara bölündü ve parçaların iç bütünlüğü de kayboldu. Saldırı yaşamın bütün alanlarında ve emekgücünü satmak zorunda olanların tümünü kapsıyor olmasına rağmen, tanımlanan bu koşullanma aynı sektörün farklı meslek grupları (mühendis-teknisyen, diş hekimi-diş teknisyeni,

hekim-hemşire, vb.) bazen de mesleklerin kendi alt grupları arasındaki "çelişkileri" derinleştirmeyi ve kopuşu (alt parçanın da parçalanmasını) beraberinde getirdi.

Günlük yaşamı sektörel parçalarıyla, bulunulan yerden ele almak saldırının bütünlüklü yapısının görülmesi/algılanması önündeki ideolojik engellemelere katkı sunan tarzda her geçen gün yükseldi. Bu durum mücadelelerin üst kimlik üzerinden ve bütünlüklü yürütülmesi yerine alt kimlikler üzerinden, parçalara hatta alt parçalara hatta alt parçaların da parçalarına yönelik olarak yürütülmesini besledi. Parçalarla ilgili örgütsel yapılardaki (sendika, demokratik kitle örgütü vb.) siyasal unsurlar, içinde bulundukları sektör üzerinden kapitalizmi deşifre etme adına sektörlerinde yaşanan güncellikleri, olgusal sınırlılıkları içerisinde görme ve göstermeyle yetiniyorlar. "Kitlelerden kopmamak adına", sistemden kopuşu işaret etmekten, sınıf mücadelesinin dışında çözüm bulunmadığını belirtmekten kısaca süreci siyasallaştırmaktan, hatta siyasal dil kullanmaktan bile kaçınıyorlar. Böylece, hem sorunların kaynağı hem çözüme yönelik metinlerinde ve alanlara indikleri eylemlilik süreçleri ile sloganlarında hemen daima bu tutumları ile "kapitalizmden başka yaşanacak toplumsal yaşantı olmadığı" algısını, fark etmeden beslemiş oluyorlar. Kendinde sınıfı kendi için sınıfa dönüştürmeyi hedeflemeyen bu örgütlülükler hem bu hem de kendi ürettikleri nesnelliğe mahkum oluyorlar-tercih ediyorlar-.

Olgulara ilk bakışta gördüğümüzün ne kadar gerçek olduğunu bilebilmek için bilim ve siyaseti bir arada kullanmaya ihtiyacımız var. Kapitalistler, sınıf kimlikleri üzerinden, her türlü iç çelişkilerine rağmen, hem emekçilere karşı örgütlülüklerini hem de toplumsal yaşantının bütün alanlarını kapsayan saldırılarını sürdürüyorlar. Öncelikle kapitalizmi bir süreç-canlı bir organizma olarak yeni baştan inceleyebilmeli, sınıf mücadelesinde egemen sınıfların sınıf karakterlerini yeterince kavrayabilmek için de ilk sınıflı toplumlardan günümüze sınıf mücadelelerini bütün bileşenleriyle yeniden önümüze koyabilmeliyiz. Böylece hem göremediklerimizi görebilmek hem gördüklerimize önceden verdiğimiz anlamları emek güçleri olarak/adına gözden geçirme fırsatını yakalayarak günceli örten politikaları genel siyasal hattı ve nihai hedefi koruyarak geliştirebiliriz.

Kapitalizmin günümüzdeki derin daralmasında, "üretken tüketim" hala talep edilebilir, uzak erimli hedefleri de içeren siyasal bir talep olma potansiyeline sahiptir. Bu hedefin emek gücünü satmak zorunda olanların ve yaşamın tümünü kapsayabilmesi için de tam istihdam gerekliliktir. Emekgücünü birbirinden farklı sektörlerde satmak zorunda olanların bulundukları alanı kapsayan, daralmış (eğitim, sağlık vb.) taleplerinin yarattığı erozyonun önüne geçmenin bir aracı olarak yaşamın bütünlüğünden kopuk, ayrı ayrı sağlık, eğitim vb. hak taleplerinden vazgeçilmelidir.

Günümüzde kapitalizme karşı sosyalizmi hedefleyen mücadele ne kadar zorunluysa, kapitalizmi deşifre edebilmek için de hedefin tam istihdam olması, taleplerdeki parçalılığın beslediği, hedef ve algılardaki parçalılığı önleyebilmek ve bütünü görmek ve gösterebilmek için gerekliliktir. Taleplerimiz hem yaşamın bütününü hedeflemeli, parçalara ve alt parçalara ayrılmamalı hem de süreci sınıf açısından siyasallaştırabilir olmalıdır. Tam istihdam olmadığı, işsizlik olduğu sürece saldırının, hak kayıplarının bütünlüğü görülemeyecektir. Sağlık da dahil hak kayıplarını sınıflı toplumsal yaşantının bütünlüğü içerisinde tanımlayabilmenin ve bugünden sosyalizm perspektifli taleplerimizle süreci siyasallaştırmanın yolu günümüzde tam istihdamı talep etmekten geçmektedir.

Ancak bu talep örülürken, nihai hedefin, kapitalist toplumsal yaşantıda sorunun (sömürü oranının, eşitsizliklerin) azaltılması değil ortadan kaldırılması, sosyalist iktidar olması gerektiği gözden kaçırılmamalıdır. Bu kapsam ve çerçeve içinde taleplerimizi; özelleştirmelere son verilmesi, özelleştirilen kamu mülkiyetlerinin geri alınması, paralı hale getirilen hizmetlerin (eğitim, sağlık vb.) parasız olması, merkezi planlı kamu yatırımlarının sosyal ve sanayi alanında yeniden başlatılarak artırılması ve tam istihdam sağlanması başlıklarında topladığımızda, bugünden istenebilecek ve ulaşılması kapitalist üretim ilişkilerini sarsacak talepler olduğunu söyleyebiliriz.

Sağlık alanına daraldığımızda da bugün için talep etmemiz gereken parasız sağlık (ilaç dahil) hizmetidir. Hizmetin finansmanı, bütünüyle adil olarak ve çok büyük çoğunluğu doğrudan vergilerle (faizler, rant ve servetin de vergilendirildiği) toplanan genel bütçeden karşılanmalı, hiçbir prim, katkı payı vb. ödemeleri içermeyen kamucu sağlık hizmeti olmalıdır. Sağlık alanındaki bütün özelleştirme/özerkleştirme uygulamaları geri alınmalı, merkezi planlama çerçevesinde kamu yatırımları hem bina hem teknoloji yönünden artırılmalıdır.

Sağlık hizmetleri ilk aşamasında da (birinci basamak sağlık hizmetleri), sağlık ekibi tarafından, nüfusa orantılı olarak, yaşam (mahalle) ve üretim alanlarında (fabrika, okul, hastane vb.) örgütlenmiş birimlerde, kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetlerle ayaktan tanı ve tedavi edici hizmetleri veren, hastane ile sevk zinciri kurulmuş birinci basamak sağlık hizmet birilerinde verilmelidir. Bu alanlardaki bütün birinci basamak sağlık birimleri ile buralarda ekipler olarak hizmet üretecek olan sağlık emekçilerinin istihdamı, Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenmesi kapsamında olmalıdır. Bu birimlerin birbirleriyle ve yataklı tedavi kurumlarıyla organik ilişkileri kurulmalıdır.

Sağlık emekçileri örgütlü, iş güvenceli, sosyal güvenlikleri belirlenmiş, ek iş yapmalarına gerek kalmayacak boyutta maaş alabilecek şekilde tek işte, tam süreli çalışmalıdırlar.

Taleplerimize ulaşmanın yolu, saldırıya bütün sınıf güçleriyle birlikte, yaşamın bütün alanlarında top yekin karşı çıkmaktan geçmektedir. Adı ne olursa olsun eylemlerimizi ortaklaştırmalı, alt kimlikler yerine sınıf kimliğiyle hareket etmeli, bugünden anti-kapitalist taleplerle başlayarak, sosyalist toplumsal yaşantıyı hedefleyen mücadele, sınıfın emekgücünü satan ve satamayan unsurlarının gündemine sokulmalı ve yükseltilmelidir.

KAYNAKLAR

Belek, İ., Hamzaoğlu, O. (2001) Kapitalizmin Olağan Seyri İçinde Sağlık Açısından Projeksiyonlar. Toplum Sağlık Eczacı Dergisi, 1(1):37-52.

Belek, İ., Nalçacı, E., Onuroğulları, H., Ardıç, F. (1992) Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi, 2. Baskı, Sorun Yayınları, İstanbul.

Hamzaoğlu, O. (2007) Türkiye'nin Sağlığını Okumak, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 16(1): Ocak.

Hamzaoğlu, O. (1995) GSMH Ülkelerin Gelişmişlik Düzeylerinin Göstergesi Olabilir mi? Toplum ve Hekim, 9 (64-65) Kasım1994- Şubat.

Hamzaoğlu, O. (2002) Sağlık Politikaları ve Etik. Yaşama Dair Etikçe Bir Bakış, ATO Yayını (içinde). Nisan, Ankara.

Hamzaoğlu, O. (2003) Sağlık, Hak, Etik, Döner Sermaye. İnsan Hakları Dergisi, Sayı: 2: 7-22.

Hamzaoğlu, O. (2005) Türkiye'de Sağlığın Bugünü (Sağlıkta Dönüşüm)-Ne Yapmalı? 9. Ulusal Sosyal Bilimler Kongresi, Ankara, 7-9 Aralık.

Hamzaoğlu, O. (2006) Türkiye'nin Sağlığını Okumak, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 15(4-7, 12): Nisan-Temmuz, Aralık.

Hamzaoğlu, O. (2007) Kapitalizmin Depresyonu ve Sağlık: Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı. İktisat Dergisi, Sayı: 479-480: 58-65, Şubat.

Hamzaoğlu, O., Yavuz, C.I. (2006) Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine. Mülkiye, Cilt: XXX, Sayı 252: 275-296, Güz.

OECD (2005), Labour Force Statistics 1984-2004 (www.oecd.org/statsportal)

soL Meclis Sağlık Komisyonu (2002), Sosyalist Türkiye'de Sağlık, Nazım Kültürevi Kitaplığı, 2. Baskı, İstanbul.(ISBN 975-8271-48-2). S. 33-165.

Şenel, A. (1996) İnsanlık Tarihi Boyunca İnsan Hakları Demokrasi İlişkisi, İzmir Barosu İnsan Hakları Hukuku ve Hukuk Araştırmaları Merkezi Yayını:9, İzmir.

Turner, B. (1997) Eşitlik (Çev. Şener B), Dost Kitabevi, Ankara.