

SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME

Dr. Ata SOYER

Sağlık hizmetlerinde özelleştirme; 1980 sonrası giderek güçlenen dünya çapındaki özelleştirme rüzgârlarının, sağlık sektöründeki yansımasıdır. Batı'lı gelişmiş kapitalist ülkelerden, üçüncü dünyaya uzanan bu rüzgârın özellikleri ve sonuçları bazı başlıklar altında özetlenebilir.

1 — Sağlık hizmetlerinde özelleştirme dünya çapında bir olgu olmasına karşın, ülkelerin tarihsel-kültürel-sosyal özelliklerine göre farklılıklar arz etmektedir. ABD özelleştirmenin en yoğun uygulandığı ülke olma özelliğinin yanı sıra, bu olgunun da merkezi konumundadır. Avrupa, refah devletlerinin vatanı olma özelliği ile, kısmen İngiltere ve Almanya dışında, özelleştirme ile daha az, daha yeni ve daha dolaylı ilişki içindedir. Doğu Avrupa'nın "eski sosyalist ülkeleri ise", "serbest pazar"ın yeni uygulama alanı olması itibarıyla, özelleştirmede "özel" bir öneme sahiptir. Üçüncü Dünya ülkeleri, mevcut ekonomik krizin, gelişmiş kapitalist ülkelerce "perifere yıkılması" sonucu, zaten oturtamadıkları toplumsal yapılarını özelleştirme adı altında yitirme tehlikesi yaşamaktadırlar.

2 — Sağlıkta özelleştirme; görüntü olarak özel hastanelerin yaygınlaşması, özel sağlık kuruluşlarının genişlemesi şeklinde bir profil sergilese de, öz olarak bir hizmet alanının alabildiğine kâr amaçlı kılınması, ticarileşmesidir. Toplumun sosyal güvenlik şemsiyesinin daraltılmasıdır.

3 — Sağlıkta özelleştirme deneyimi yaşanan ülkelerde; özelleştirmenin en vazgeçilmez bileşenleri devletin sosyal harcamaları kısması/kesmesi ve sağlık sektörünü büyük sermaye gruplarına cazip kılabilecek özendirici tedbirleri almasıdır. Nixon'la başlayıp, Reagan ile pik yapan uygulamalar ABD'de; Thatcher ile yaşananlar İngiltere'de; 1989 sonrası Doğu Avrupa'da ve daha çok Dünya Bankası-IMF temelli borç ödeme programları altındaki Üçüncü Dünya'da farklı boyutlarda da olsa söz konusu olan budur.

4 — ABD ve Batı Avrupa'nın özelleştirme dene-

yimlerinde hastanelerin özelleştirmesi önemli bir yer tutmaktadır. Devletlerin daha yoksul ve muhtaç kesimlere hizmet veren sosyal kuruluşlara ve hastanelere desteğini kesmesi ile özel hastane-sağlık şirketlerine vergi indirimi, düşük faizli kredi verme, hisse senetleri ile sermayesini genişletebilme vb. kolaylıklar tanınması; dev hastane tekellerinin doğmasına ve giderek mali krize giren devlet hastanelerini satın almalarına yol açtı. Bugün en büyük özel hastane tekelleri ABD, İngiltere ve Almanya başta olmak üzere çok sayıda ülkede, özel hastaneler işletmektedirler.

Özel hastaneler ile kamusal hizmet veren hastaneler, bu ülkelerin deneyimleri ışığında kıyaslandığında, bazı noktalar ortaya çıkmaktadır.

4.1 — Kamu sağlık kuruluşları, kâr güdüsü olmaksızın değişik alanlarda, ödeme gücüne bakmaksızın tüm vatandaşlara hizmet verirken; özel sağlık kuruluşları sadece kârlı buldukları alanlarda ve ödeme gücü olan kesimlere hizmet verirler. Özelleşmenin yoğun yaşandığı ülkelerde, bölgelerindeki sağlık kuruluşlarının kapanması nedeniyle hizmet göremeyen yoksul ve muhtaç nüfus artmıştır. Ayrıca kamu kuruluşları akıl hastalığı, gelişim özürlüler, yanık merkezleri, travma merkezleri, zehir kontrol merkezleri, bakımevleri vb. gibi genellikle muhtaç kişilere yönelik hizmetleri, kâr amacı olmaksızın geliştirirken; özel sağlık kuruluşları bir yandan ödeme gücü olmayan kesimlerin sık başvurduğu acil hizmetler, ortopedi, doğum kliniklerini -bazı olgularda- kapatırken, diğer yandan da estetik cerrahi, aşırı şişmanlık tedavisi, güzellik merkezleri vb. gibi kârlı alanlara yönelmiştir.

4.2 — Kamu sağlık kuruluşları, genellikle nüfusa orantılı yerleşimi benimserken, özel sağlık kuruluşları pazarın kârlı bölgelerini tercih etmektedirler. Özel hastane şirketleri gerek kendi ülkelerinde, gerekse yatırım yaptıkları ülkelerde vergi kolaylığı, gelir düzeyi yüksekliği, hükümet desteği, gümrük muafiyeti vb. gibi kriterleri temel almışlardır.

4.3 — Özel sağlık kuruluşlarının, kamu sağlık kuruluşlarından daha verimli olacağı özelleştirmelerin en temel gerekçesi olmuşken, yaşanan deneyimler bunun hiç de böyle olmadığını göstermiştir. Özellikle yönetim maliyetlerinin daha yüksek oluşu ve kâr amacı, özel kuruluşların daha pahalı hizmet vermesi sonucunu doğurmuştur. Hizmetin nisbeten ucuz olduğu durumlarda ise, özel sağlık kuruluşlarının ya daha düşük kaliteli hizmet sundukları, ya da daha az kapsamlı hizmet sundukları gerçeği söz konusu olmuştur. Yapılan bazı çalışmalar özel hastanelerin %15-20 daha fazla maliyetle çalıştığını göstermiştir. Bunda özellikle pazarlama ve reklam harcamalarının önemli payı vardır.

4.4 — Yine özelleştirme konusunda en çok öne çıkarılan kavramlardan biri, rekabet'tir. Oysa, gide-rek tekelleşen ve yoğunlaşan bu sektörde, rekabet oldukça sınırlıdır. Özel şirketler, bu durumda genellikle "uzmanlaşmış hastaneler" uygulamasına yönelmektedirler. Kamu kuruluşlarının tüm hastalara bakacak, asgari sayıda klinikleri barındırması söz konusuysen, "uzmanlaşmış hastaneler" örneğin sadece parkinson, el cerrahisi, fizik tedavi, radyoloji vb. gibi alanlarda hizmet vermek suretiyle kendi alanında tekel haline gelir. Böylece alanın en vasıflı personelini istihdam edebilme ve istediği fiyatı belirleme olanağını ele geçirir.

4.5 — Özel sağlık kurumlarının daha vasıflı personel çalıştırdığı ve çalışan personele iyi ücret olanağı tanıdığı, özel sağlık kurumlarının çalışkan-vasıflı sağlık personeli için "cennet" olduğu bir başka iddiadır. Oysa, değerlendirilen deneyimler oldukça farklı sonuçlar vermektedir. Herşeyden önce, özel sağlık kuruluşlarında personel hareketliliği çok fazladır ve bu durum, hizmetin sürekliliği ve kalitesini olumsuz etkilemektedir. Özel hastanelerde sağlık personeline daha fazla ücret verilmesi, genellikle doğru olmakla birlikte, kişi başına iş hacmi kamuya kıyasla daha fazladır. Bunun anlamı, "daha az kişiyle daha çok iş" pahasına fazla, ücrettir. Ayrıca, fazla ücret genellikle sınırlı sayıda uzmana ödenme eğilimindedir, tüm personel için geçerli değildir.

4.6 — Özel sağlık kuruluşları, eğitim ve araştırmayla ancak kârlı bulduğu ölçüde ve bazen de prestij getirici işlevi nedeniyle ilgilenmektedirler. Eğitim ve araştırma için geçen sürenin, hizmet süresinden kayıp olarak algılanması genel bir eğilimdir. Buna karşın, özel sağlık kuruluşlarının ortak olduğu teknoloji şirketlerinin ve büyük sermaye gruplarının, kendi ürünlerinin denendiği laboratuvarlar olarak gördüğü tip fakülteleri ve eğitim hastanelerine ilgileri giderek artmaktadır. Ayrıca, kamu fonlarına dayanan üniversitelerin pahalı bulduğu bazı çalışmalarını üstlenerek,

"prestij" elde etmek girişimleri de görülmektedir.

4.7 — Hastalar açısından daha kaliteli hizmet anlamına geldiği ileri sürülen özel hastanelerin, maliyetleri düşürüp, kârları arttırmak durumuyla karşı karşıya geldiklerinde, bazı hizmetleri kestikleri, daha kalitesiz hizmet sundukları görülmüştür.

5 — Sağlık sektöründe özelleştirme, uluslararası düzeyde bir tekelleşme-merkezileşme süreci ile paralel gitmiştir. Hekimlerin ve tek tek sermayedarların özel sağlık kuruluşları açıp, kazanma olanakları giderek daralmıştır. Tıbbın ticarileşmesi ve teknolojileşmesi denilen süreç, özel sağlık pazarının hastane şirketleri, özel sigorta kuruluşları, ilaç-tıbbi teknoloji şirketlerinin ve bunların dev birleşmelerinin eline geçmesi şeklinde yaşanmaktadır. Elektronikte yaşanan başdöndürücü gelişme, tıba hergün eskiyen teknolojik değişikliklerin pazara yayılması demek olan, tıbbin teknolojik değişime tabi kılınmasına yol açmıştır.

6 — Sağlıkta özelleştirme, dünya çapında sınırsız bir pazarın yaratılmasına yönelmiştir. İlk özelleştirme alanları hastanelerde kârlılık oranı düştükçe, orta-büyükölçekte sağlık kuruluşlarına yönelinmiş; pazarın sınırlarına dayanan ilk ülkelerden, ağırlık yavaş yavaş yeni pazar olabilecek ülkelere kaydırılmıştır.

7 — Sağlıkta özelleştirmenin, genel olarak KİT'lerin ve kamu hizmetlerinin özelleştirilmesinde kullanılan argümanların yanı sıra tıbbi argümanlarla da desteklenmesi söz konusudur. Batı tıbbının hastanelerin odak olarak alındığı, birey temelli, hekim merkezli bir tıp eğitimine dayanarak gelişmesi; hasta ve hastalık ile yoksulluk, iş, işsizlik, siyasal güçsüzlük, çevre vb. arasındaki bağın kopartıldığı sağlık anlayışının olması pazarlanabilir tıbbin temel nedeni olmuştur. Sağlığın toplumsaldan ziyade kişisel bir mesele olarak ele alınması, mevcut ekonomik-toplumsal sistemin kendi çıkarları için rekabet eden tek tek bireylerin öne çıkarıldığı anlayışa denk düşmüştür. Bu zeminde, özel şirketlerin yönettiği, büyük ölçekli, daha etkin sağlık organizasyonlarının sağlık hizmetlerini daha iyi geliştirebileceği düşüncesi egemen olmuştur. "Daha çok bireysel tıbbi müdahale, daha çok hastane, daha çok tedavi-ilaç, daha çok bireycilik" kısır döngüsü pekiştirilmiştir.

8 — Sosyal refah devletlerinin daha güçlü olduğu ülkelerde ise "pervasız" bir özelleştirmeden ziyade, "reform" söylemi egemen olmuştur. Kamu borçlarının azaltılması ve firmaların dünya çapında rekabet edebilmesinin sağlanması gerekçesi ile, gerek vergilendirme ile gerek sigorta sistemi ile sağlık sistemini finanse eden ülkelerde maliyetlerin azaltılması operasyonları başlatılmıştır. Sağlık hizmet-

lerinde de devlet katkısının sınırlanması, bazı sağlık kuruluşlarının daha verimli çalışabilmesi, kişilerin taşıdıkları risklere ve gelir düzeylerine göre katkılarının artırılması, sağlık personelinin, özellikle uzman hekim emeğinin teşvik edilerek daha etkin hizmet sağlanması vb. başlıkları ile tartışılan "sağlık reformu", uluslararası sağlık pazarına yönelik operasyonların başlangıcıdır. Avrupa'da bu tartışmalar ışığında giderek sağlık hizmetlerine ve sosyal güvenliğe devlet katkıları azalmış yada sınırlandırılmıştır.

9 — Avrupa'da özelleştirme konusunda, yakın dönemde en büyük sorunların D. Avrupa'da yaşanması muhtemeldir. Merkezi planlama ile, bütünüyle devletin sunduğu, halkın paralı katkısının -resmen- olmadığı sağlık hizmetleri, bu ülkelerde yaşanan derin altüst oluşlardan en çok etkilenen sektör olma yolundadır. Ekonominin büyütülmesi ve üretkenliğin artırılması adı altında, sağlık ve eğitime, sosyal güvenliğe ayrılan payların azaltılması, halktan sağlık hizmetleri için katkı alınması, işgüvencesi ve maaşla çalışan sağlık personelinin çalışma koşullarının kötüleşmesi, bu ülkelerde kısmi özelleştirmeleri gündeme getirmiştir. Bugün gerek sağlık hizmetlerinde, gerekse diğer sektörlerde uluslararası sermaye gruplarının önemli özelleştirme hedeflerinin başında bu ülkeler gelmektedir. Bunun, sosyalizmden kalan herşeyin kötülenmesi, ezilmesi, yok edilmesi gibi "iş-tah artırıcı" bir başka yönü de vardır.

10 — Sorunun Üçüncü Dünya açısından değerlendirilmesi ise, son yıllardaki ekonomik kriz ile çok yakından ilgilidir. Borç temelli bir kalkınma modeli benimseyen bu ülkeler, ekonomik kriz sonucu bu borçları faizleri ile ödemek durumunda bırakılınca, özellikle Dünya Bankası ve IMF'nin empoze ettiği, ekonomik önlemleri almak zorunda kalmışlardır. Kamu harcamalarının, özellikle de "üretken olmayan" sosyal hizmetlerle ilgili harcamaların kısılması; ücretlerin kesintiye uğratılması, çeşitli yardımların, örneğin beslenme yardımlarının kesintiye uğratılması; devlete bağlı sinai kuruluşların özelleştirilmesi; rekabeti teşvik etmek için ithalatın liberalize edilmesi; devalüasyon" şeklinde özetlenebilecek önlemlerin üçüncü dünyanın sağlığına yansması vahim oldu:

Bu dönemde, L. Amerika'da sosyal harcamalarda şiddetli bir kesinti oldu. Örneğin 9 L. Amerika ve Karaip ülkesinde, 1980-85 yılları arasında, kişi başına sosyal harcamalar ortalama %21 oranında kısıldı. 8 ülkede sağlık harcamaları 1986'da, 1980 yılındakinin %67'sine düşmüştü. Şili'de kişi başına sağlık harcaması, 1973'de 29 dolarken, 1988'de 11 dolara düştü. Bu durumun en belirgin yansması tifo ve viral hepatit patlaması şeklinde oldu. 1988'de kişi başına sağlık harcamasınının 288 dolardan 121 do-

lara indirilmesine yol açan "düzeltme" programı, Kosta Rika'da daha önceden ortadan kalktığı belirtilen kızamık ve tüberküloz gibi hastalıkları ortaya çıkardı. 1991'in ilk 6 ayında 200 bin L. Amerika'lı koleraya yakalandı ve halen yayılmakta olduğu belirtiliyor.

Bu sorunlar neoliberallerce küçümşenen ve onlar tarafından kısıtlanan kamu sağlık harcamalarının artırılması ile çözülebilecek halk sağlığı sorunlarıdır. Çöp toplama, kanalizasyon, sokakların temizliği vb. harcamaların L. Amerika ülkelerinde gerilemesi söz konusu oldu. Örneğin, bu harcamalar Arjantin'de 1980'de %5'den 1988'de %0.4'e düşerken, Bolivya'da %1.7'den %0.4'e, Kosta Rika'da %2.2'den %1.5'a, Meksika'da da %2.6'dan %0.5'e düştü.

Dünya Sağlık Örgütü, 1990'da 1 milyon L. Amerikalı'nın HIV virüsü ile enfekte olduğunu, 1995'de bu rakamın iki misline çıkacağını belirtti.

Sosyal ve ekonomik kötü durum, yetersiz beslenme ve bebek ölümleri artışları olarak yansıdı. 1982-84 yıllarında Brezilya'da bebek ölümleri %12 artarken, Zambiya'da çocuklar arasında açlığa bağlı ölümler 1980-84 arasında 2 kat arttı.

11 — Türkiye'de 1980 sonrası kamu sağlık harcamalarının ve yatırımlarının iyice kısıldığı, özel sağlık kuruluşlarının teşvik edildiği, kamu sağlık hizmetlerinin aşama aşama özelleştirildiği, kamuda çalışan sağlık personelinin özelde çalışmaya itildiği bir dönem yaşandı. Bu zeminde son yıllarda yoğunlaşan "reform" tartışmaları da, kamunun sağlığa katkısının sabit tutularak/kısılarak, özelleştirmenin alabildiğine genişletilmesi ötesinde bir hedefe sahip değildir.

SONUÇ

Bu gelişmeler ışığında sağlık çalışanları ve tüm emekçi hekimler, sağlıkta özelleştirmenin diğer sektörlerdeki özelleştirme girişimlerinin bir parçası olduğu bilinciyle;

1 — Kamunun sunduğu sağlık hizmetlerinin bir toplumsal kazanım olduğunu, sağlık hizmetinin toplumsal ücretin bir bileşeni olduğu anlayışına sahip olmalıdır. Bu çerçevede, toplumsal kazanımların korunması, toplumsal ücretlerin artırılması talebi öne çıkarılmalıdır. Bunun anlamı kamunun sunduğu sağlık hizmetlerinin niteliğinin artırılarak genişletilmesidir.

2 — Sağlık sektörü, aynı zamanda önemli bir işgücü barındıran büyük bir işkoludur. Var olan iş olanaklarının daraltılması ve personelin daha rekabetçi koşullarda çalışmaya zorlanması demek olan özel-

leştirme girişimlerine karşı, kamu sağlık kuruluşlarının elden çıkarılmasına karşın çıkmanın yanı sıra, yine iş olanakları demek olan yeni sağlık kuruluşları yapılmasını savunmak gerekir.

3 — Dünya çapında sermaye birikim sürecinin yarattığı güvensizlik, huzursuzluk ve yabancılaşma gibi sonuçlar, gerek sağlık çalışanları gerekse tüm emekçileri etkilemektedir. Bizzat sermaye birikim sürecinin neden olduğu bu sonuçların özelleştirme ile daha da derinleşeceğinin bilinci ile, bu sonuçları yumuşatıcı refah, sosyal güvenlik, işsizlik sigortası gibi hizmetlerin sağlanması talep edilmelidir.

4 — Sağlık personeli de, diğer çalışanlar da özelleştirme ideologlarının yaratmak istediği özelleştirme x devletleştirme ikilemini aşmak durumundadırlar. Çalışan kesimler özelleştirmeye karşı devletçiliği değil, yıllardır oluşmuş kazanımlarını savunmalıdır. Ayrıca, sağlık kurumlarında daha fazla denetim talebi öne çıkarılmalıdır.

5 — Burada temel talep, tüm üretim araçları gibi sağlık kurumlarının da toplumsallaştırılmasıdır. Olası en yetkin denetim ve yönetim temelinde, üretimin, dağıtımın ve değişimin toplumsallaştırılması yoluyla, tüm mal ve hizmetlerin eşit dağıtımını, kafa ve kol emekçileri adına güvence altına almaktır.

6 — Sağlıkta özelleştirme en çok sağlık çalışanlarına ve toplumun çalışan, yoksul kesimlerini olumsuz etkileyeceğinden, bu kesimlerin doğrudan temsilcilerinin birlikte davranmaları, ortak program geliştirmeleri ve bu birlikteliği çalışanlara yönelik tüm saldırılara karşı genişletmeleri gerekir.

EK :

Dünya Bankası "Kalkınma Raporu 93" verilerine göre yaptığımız bir hesaplamada, 114 ülke arasında, sağlık hizmetlerinde özel sektör payının ağırlıkta olduğu 27 ülke var (%23.7). Türkiye'nin de içinde bulunduğu bu ülkeler arasında sadece ABD (1228), G. Kore (154), Hong Kong (1349) zengin ülkelerdir.

Ayrıca bu ülkelerde, özel sektör egemenliği olmasına karşın, devletin sağlık harcamaları kişi başına 100 doların üzerindedir. Geri kalan ülkelerden 15'i, sağlığa devlet katkısı olarak kişi başına 10 Doların altında ayırabilmektedirler. Diğer 9 ülkede ise, devletin sağlığa ayırdığı pay, kişi başına 13-29 dolar arasındadır (Ürdün, Haiti, Kolombiya, El-Salvador, Malasya, Paraguay, Kamerun, Türkiye, Tayland).

Devletin sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülkeler ise, sanılanın aksine eski "sosyalist" ülkeler değil, Batının gelişmiş kapitalist ülkeleridir. Devletin sağlığa en çok pay ayırdığı 30 ülke incelirse; 3 özel sektör ağırlıklı ülke dışında, sadece 3 eski "sosyalist" ülkenin yer aldığı, diğer 24 ülkenin ise (İsrail, S. Arabistan, Cezayir, Singapur dışında) gelişmiş Batılı kapitalist ülkeler olduğu görülür.

Özel sektör ağırlıklı ülkelerden ABD, Hong Kong, G. Kore ve Malasya'nın dışındakiler, Türkiye'den daha az kişi başına GSMH'ya sahip ülkelerdir. İlginçtir, kişi başına GSMH'sı 1000 doların üstünde olan ülkeler arasında -özel sektör ağırlıklı sağlık hizmetlerine sahip olanlar hariç- devletin sağlığa en az para ayırdığı ülke Türkiye'dir. Örneğin, kişi başına GSMH'sı 1980 dolar olan Cezayir 128.1 dolar, 184' dolar olan Bulgaristan 106.7 dolar, 1700 dolar olan Türkmenistan 82.5 dolar, 1500 dolar olan Tunus 51.2 dolar, 1550 dolar olan Kırgızistan 76.4 dolar, 1350 dolar olan Özbekistan 84.5 dolar, 1390 dolar Romanya 38.8 dolar, kamu sağlık harcaması yaparken, kişi başına GSMH'sı 1780 dolar olan Türkiye, 20.5 dolarlık bir kamu sağlık harcaması yapmaktadır. Bu miktarı da sınırlamak/azaltmak eğiliminde olan Türkiye'nin kamu sağlık harcaması, kişi başına GSMH'sı 1000 dolar ve altında olan Ekvador (27.3 dolar), Nikaragua (27.3 dolar), Papua, Yeni Gine (22.9 dolar) kadardır. Özel sektör ağırlıklı sağlık hizmetlerine sahip diğer ülkelerin durumu da Türkiye ile benzerdir. Örneğin ABD kişi başına GSMH'sı en yüksek ülkeler arasındayken (22.240 dolar), kamu sağlık harcamaları Kanada ve Fransa gibi kendisinden daha düşük kişi başına GSMH'ya sahip ülkelerden düşüktür. (Tablo 1)

Tablo : 1

Ülke	Kamu S.Payı Özel S. Payı	Kamu S. Harcaması Toplam Sağlık Harcaması	Sağ. Harc.	Savunma/Top. Harcama
20.001 +				
Avusturya (20140) **	1.96(10) *	1133.8(10) *	1711(8)	2.4
Fransa (20380)	2.87(6)	1386.0(6)	1869(6)	6.3
Kanada (20440)	2.83(7)	1437.6(5)	1945(5)	7.4
ABD (22240)	0.80(11)	1228.0(8)	2763(1)	21.6
Almanya (23650)	2.64(8)	1095.5(11)	1511(11)	8.3
Danimarka (23700)	5.30(3)	1335.9(7)	1588(9)	5.1
Finlandiya (23980)	5.17(4)	1714.2(3)	2046(4)	4.7
Norveç (24220)	23.33(1)	1759.6(2)	1835(7)	8.0
İsveç (25110)	8.78(2)	2013.4(1)	2343(3)	6.3
Japonya (26930)	3.00(5)	1154.3(9)	1538(10)	—
İsviçre (33610)	2.12(9)	1713.6(4)	2520(2)	—

* Dünya Bankası Kalkınma Raporu 93 verilerinden hesaplanmıştır.

** Kişi başına G.S.M.H.

Tablo : 2

10000-20000				
İrlanda (11120)	4.14(4)	705.7(7)	876(7)	2.3
İsrail (11950)	1.00(10)	247.0(9)	494(10)	22.4
Y. Zelanda (12350)	4.54(3)	758.0(6)	925(6)	4.1
İspanya (12450)	3.71(5)	654.7(8)	831(8)	5.4
Hong Kong (18430)	0.24(11)	134.9(10)	699(9)	—
Singapur (14210)	1.38(9)	126.8(11)	219(11)	24.0
İngiltere (16550)	5.78(1)	885.7(5)	1039(5)	11.1
Avusturya (17050)	2.35(8)	933.4(4)	1331(4)	8.6
İtalya (18520)	3.41(6)	1102.8(2)	1426(3)	—
Hollanda (18780)	2.59(7)	1082.3(3)	1500(1)	4.8
Belçika (18950)	4.77(2)	1197.8(1)	1449(2)	—

Tablo : 3

Ülke	Hong Kong'daki K.B. GSMH'ya Oran	Kamu S.H.'na Göre Oran	Toplam S.H.'na Göre Oran
İrlanda	0.83	5.23	1.25
İsrail	0.89	1.83	0.71
Y. Zelanda	0.92	5.62	1.32
İspanya	0.93	4.85	1.19
Singapur	1.06	0.94	0.31
İngiltere	1.23	6.57	1.49
Avusturalya	1.27	6.92	1.90
İtalya	1.38	8.17	2.04
Hollanda	1.40	8.02	2.15
Belçika	1.41	8.88	2.07

Kişi Başına GSH'sı 10000-20000 dolar ülkelerin sağlıkla ilgili bazı rakamlarının, Hong Kong rakamları ile kıyaslanması (Hong Kong = 1).

Hong Kong sağlıkta özel sektör ağırlığı olan ülkelerden biri. Kişi başına GSMH'sı İrlanda, İsrail, Y.Zelanda, İspanya'dan yüksek olmasına karşın, kamu sağlık harcamaları da, toplam sağlık harcamaları da bu ülkelerden oldukça düşüktür.

Türkiye'nin de içinde olduğu, kişi başına GSMH'sı 1500-3000 dolar olan 24 ülke değerlendirildiğinde, bu 24 ülkenin sadece 3'ünde özel sektör ağırlıklı sağlık hizmetleri olduğu görülür. Tayland, Türkiye ve Malaysiya.

Kamu sektörü/özel sektör oranının en yüksek olduğu ülkeler ise Çekoslovakya (5.56), Macaristan (5.56), Bulgaristan (4.40), Polonya (4.10) ve Cezayir (3.38)'dir. Kişi başına kamu sağlık harcamaları 156.8 dolar ile Macaristan'da en yüksekken, onu Çekoslovakya (146.6 dolar), Cezayir (128.1 dolar), Litvanya (114.8 dolar), G. Afrika (109,9 dolar) ve Bulgaristan (106.7 dolar) izlemektedir. Endüyük kamu sağlık harcaması ise Tayland (16.1 dolar), Türkiye (28.5 do-

lar), Malaysiya (29 dolar) ve İran İslam Cumhuriyeti'ndedir. (31.2 dolar).

Toplam sağlık harcamalarının karşılaştırılmasında da sonuç benzerdir. Özel sektör ağırlıklı sağlık hizmetine sahip ülkelerde, özel sektörün katkısı belirli bir düzeye ulaşamamıştır. Sonuncular; İran İslam Cumhuriyeti (54 dolar), Malaysiya (67 dolar), Tayland (22 dolar), Tunus ve Türkiye (76'şar dolar); baştakiler de Macaristan (185 dolar), Çekoslovakya (173 dolar), (166 dolar), Litvanya (159 dolar) ve G. Afrika'dır (158 dolar).

Aslında sağlığa ayrılan para, sağlık düzeyini etkilemede önemli olmasına karşın, çok belirleyici bir etmen değildir. Bu paranın hangi örgütlenme ile dağıtıldığı ve birçok sağlık dışı etmenin bu konuda belirleyiciliği daha fazladır.

Denilebilir ki, "Türkiye'nin kişi başına GSMH'sı daha düşüktür, gelişme/büyümeye daha fazla önem verdiği için sağlık harcamaları/sosyal harcamaları-

nın düşük olması normaldir." Yine bir değerlendirme ışığında, bu savı inceleyebiliriz. Türkiye'nin kişi başına GSMH'sı, 1780 dolar. Türkiye'ye ait bu rakamı 1 kabul edersek, bu rakamın 0.84 olduğu Tunus'un kişi başına kamu sağlık harcaması Türkiye'ninkinden 1.8 katı, 0.87 olan Kırgızistan'ın kamu sağlık harcaması 2.68. katı; 0.94 olan Azerbaycan'ın kamu sağlık harcaması 2.08 katı; 0.96 olan Türkmenistan'ın kamu sağlık harcaması ise 2.89 katıdır.

Türkiye ile hemen hemen aynı kişi başına GSMH'ya sahip ülkeler Polanya ve Bulgaristan'ın kamu sağlık harcamaları ise, Türkiye'ninkinden 2.34 ve 3.74 misli daha yüksektir. Yine denilebilir ki; "Bu ülkeler merkezi planlama ile yönetilen eski "sosyalist" ülkeler. Henüz 'serbest pazar' ekonomisine geçemediklerinden devletin ağırlığının fazla olması olağan."

O zaman Türkiye benzeri yönetimlere/ekonomilere sahip ülkelerle kıyaslama yapabiliriz: Şili'de kişi başına GSMH, Türkiye'ninkinin 1.21 misli olmasına karşın, kamu sağlık harcaması 2.54 misli yüksek. Hem de "özelleştirme örneği" olarak gösterildiği bir dönemde...

Türkiye ile kıyaslandığında G. Afrika'da kişi başına GSMH 1.44 misli yüksekken, kamu sağlık harcamaları 3.66 misli yüksektir. Bu oranlar Venezuelada 1.53 ve 1.73, Arjantin'de 1.57 ve 2.88, Uruguay'da 1.60 ve 2.36, Brezilya'da 1.65 ve 3.09'dur.

Genellikle sağlık harcamalarının kısılması konusunda, ekonominin büyümesi gereği gösterilmektedir. Oysa en basit hesaplamalar bile, bu savı geçersiz kılmaktadır. Örneğin, Türkiye savunma harcamalarını yarı yarıya kısarsa, kişi başına sağlık harcaması yaklaşık 56-67 dolara fırlayacaktır. Özel sektör ağırlıklı sağlık hizmetlerine sahip ülkelerde, ilginç bir benzerlik de, savunma harcamalarının yükseklidir. Bu tür 17 ülkenin ortalama savunma harcamaları, %15.2'dir. Kişi başına GSMH'sı 1800 doların altında kamu ve özel sektör ağırlıklı sağlık ülkeleri kıyasladığımızda;

14 ülke özel sağlık sektörü ağırlıklı: %14.2

20 ülke kamu sağlık sektörü ağırlıklı: %10.5 tablosu ile karşılaşırız.

Bir başka ilişkili olgu olarak da, dış borçları değerlendirdik. Örneğin, Türkiye'nin dış borcu yarı yarıya azaltılsa, kişi başına yaklaşık 457 dolarlık

bir çıktı azalması olacaktır. Bu çıktı azalması, kamu sağlık harcamasına, mevcut oranda eklense 35.3 dolarlık, tüm dış borçların kesilmesi durumunda ise 42.2 dolarlık bir kamu sağlık harcaması düzeyine ulaşılabilecektir. Savunma harcamasındaki kısıntı da eklendiğinde; 70-71 dolara ulaşılabilecektir.

Aslında tablolar kabaca incelendiğinde; birkaç belirgin nokta göze çarpmaktadır. Birinci nokta, eski sosyalist ülkelerdeki kamu harcamalarının halen ağırlıklı görüntüsüdür. Bu ülkeler çok dayatılan "serbest piyasa" ekonomisine henüz geçemediği için, devletin ekonomi ve sosyal yapıdaki belirleyiciliği ve harcamaları oldukça yüksektir.

Bir diğer nokta ise, askeri harcamalarla ilgili verilerin olmaması. "Savunma" harcamaları Sovyetler Birliği ağırlıklı üstlenildiğinden, henüz yeni bağımsız hale gelen ülkelerin "savunma" harcamaları yok görünüyor.

Bir son nokta da, bazı ülkelerde -özellikle dağılan Sovyet Cumhuriyetleri- dış borç rakamlarının olmaması. "Savunma" harcamalarına benzer bir açılama, bu nokta için yapılabilir.

Yeni dünya düzeni ile birlikte estirilen "özelleştirme" rüzgarlarının görünen hedefleri, bu bağlamda ortaya çıkmaktadır. Uygulanacak "serbest piyasa" ekonomileri ile bugüne değin oluşmuş "birikim"e, devlet işletmelerinin ve merkezi planlamanın "verimsizliği" değerlendirmeleri temelinde el konulması amaçlanmaktadır. Elden çıkarılacak devlet kuruluşları çerçevesinde, devlet harcamaları da kısıtlanacak ve özelleşmeye kaynak sağlanacaktır. Giderek alınan borçlarla geliştirilecek yeni uygulama, dışa bağımlılığı pekiştirecektir.

Bu uygulama başarılı olduğu ölçüde, çok övülen kamu harcamaları sınırlanacaktır.

Savunma harcamaları konusunda ise, görünenleri yorumlamak yeterlidir. Eski sosyalist ülkeler arasında ve bu ülkeler ile komşuları arasında sürekli çıkan/çıkarılan anlaşmazlıklar temelinde, sınırlı devlet kaynaklarının önemli bölümüne de, askeri harcamalar adı altında el konulması amaçlanmaktadır.

Çok değil, 5-10 yıl sonra yayınlanacak bir raporda, bu ülkelerin rakamlarının Türkiye ve benzeri ülkelere benzemesi, hiç de şaşırtıcı olmayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Chossudovsky, "Yapısal Uyum Programı ve IMF'nin Diktatoryası", (Çeviren: Siren İdemen) İksita Dergisi, Sayı: 342, Ekim 1993.
2. C. Griffin, Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector, IFC discussion Paper Number 4, The World Bank, 1989,
3. H. Güldağ, "Popülist Politikaların Sonu", İktisat Dergisi, Sayı: 340, Temmuz - Ağustos 1993.
4. O. İyiler "Yeni Dünya Düzeninin Büyük Soygunu: Özelleştirme", Teori, Sayı 40, Nisan 1993.
5. D.W. Light, "Corporate Medicine for Profit", Scientific American, Vol. 225, No. 6, 1986.
6. V.Navarro, "The crisis of the international capitalist order and its implications for the welfare state", Int. J. Health Serv. 12 (2), 1982.
7. J. Petras-S. Vieux, "Myths and Realities: Latin America's Free Markets", Int. J. Health Services, Vol. 22, 1992.
8. A. Soyer, "Sağlık Alanında Esen Batı Rüzgarı: Özelleştirme", ATOB Ekim 1988.
9. A. Soyer, "Hastane Tekelleri Geliyor", Bilim ve Sanat 91, Temmuz 1987.
10. A. Soyer, "Sağlık 'Reformu': Piyasa Egemenliğinin Meşrulaştırması", Mülkiyeliler Birliği Dergisi, Sayı: 154, Nisan 1993.
11. S. Sönmez, "Tekelci Devlet Kapitalizminde Sağlık Hizmeti", Bilim ve Sanat 91, Temmuz 1988.
12. "Health Cannot Be Bought For Money, Or Can-It?," PSI, Oct. 1986.
13. Özelleştirme Üzerine, Petrol-İş Yayınları, Yayın No: 24, Aralık 1989.
14. Sınıfa Saldırı: Parti Özelleştirme Politikalarıyla Hesaplaşıyor, Parti Kitaplığı 1.
15. Türkiye'de Sanayileşmenin Yeni Boyutları ve KİT'ler (Editörler: Korkut Boratav, Ergun Türkcan) Tarih Vakfı Yurt Yayınları, 1993.
16. World Development Report 1993-Investing in Health, World Development Indicators, World Bank Oxford University Press, 1993.

Tablo 4. Kişi başına GSMH'sı 1500-3000 Dolar olan ülkelerin bazı sağlık rakamlarının kıyaslanması (1991)

Kişi Başına GSMH'sı 1500-3000 Dolar Olan Ülke	Kamu S. Payı/Özel S. Payı**	Kişi Başına Kamu Sağlık Harc.** (Dolar)	Kişi Başına Toplam Sağ. Har. (Dolar)	Savunma Harc. (Toplam Harcamalara Oranı)	Dış Borç/ GSMH	Bebek Ölüm Hızı (Binde)	Son 15 Yılda B.Ö.H.'de Gerilme Oranı (%)**	Türkiye'ye Oranları (Türkiye=1)**		
								Kişi Başına GSMH	Kamu Sağ. Harc.	Toplam Har.
Tunus (1500)*	2.06 (11)	51.2 (19)	76 (20)	5.6	66.2	45 (16)	67.9	0.84	1.80	1.00
Kırgızistan (1550)	1.83 (14)	76.4 (14)	118 (15)	-	-	53 (18)	15.9	0.87	2.68	1.55
Tayland (1570)	0.28 (24)	16.1 (24)	73 (22)	17.1	39.0	36 (14)	57.6	0.88	0.56	0.96
Azerbaycan (1670)	1.5311	59.3 (18)	98 (17)	-	-	52 (17)	24.6	0.94	2.08	1.29
Türkmenistan (1700)	1.94 (13)	82.5 (12)	125 (13)	-	-	93 (23)	7.9	0.96	2.89	1.64
Türkiye (1780)	0.60 (23)	28.5 (23)	76 (20)	10.4	48.1	94 (24)	45.3	1.00	1.00	1.00
Polonya (1790)	4.10 (4)	66.7 (17)	83 (19)	-	68.5	20 (3)	31.0	1.01	2.34	1.09
Bulgaristan (1840)	4.40 (3)	106.7 (6)	131 (11)	5.6	151.7	21 (7)	27.6	1.03	3.74	1.72
Cezayir (1980)	3.38 (5)	128.1 (3)	166 (3)	-	70.4	82 (21)	92.9	1.11	4.49	2.18
Ermenistan (2150)	1.47 (17)	90.5 (10)	152 (7)	-	-	32 (12)	25.6	1.21	3.18	2.00
Şili (2160)	2.43 (8)	72.3 (15)	100 (15)	12.4***	60.7	20 (3)	70.6	1.21	2.54	1.32
İran İ. C. (2170)	1.36 (19)	31.2 (21)	54 (24)	9.6	11.5	64 (19)	61.0	1.22	1.09	0.71
Moldavya (2170)	2.90 (6)	106.3 (7)	143 (8)	-	-	32 (12)	37.3	1.22	3.73	1.88
Ukrayna (2340)	2.30 (9)	91.3 (9)	131 (11)	-	-	22 (8)	12.0	1.31	3.20	1.72
Çekoslovakya (2470)	5.56 (1)	146.6 (2)	173 (2)	7.1	29.5	13 (1)	43.5	1.39	5.14	2.28
Kazakistan (2470)	1.65 (15)	95.8 (8)	154 (6)	-	-	39 (15)	18.9	1.39	3.36	2.03
Malaysia (2520)	0.76 (22)	29.0 (22)	67 (23)	-	47.6	20 (3)	63.0	1.42	1.02	0.88
G. Afrika (2560)	2.29 (10)	109.9 (5)	158 (5)	-	-	91 (22)	35.5	1.44	3.86	2.08
Litvanya (2710)	2.66 (7)	114.8 (4)	159 (4)	-	-	18 (2)	21.7	1.52	4.03	2.09
Macaristan (2720)	5.56 (1)	156.8 (1)	185 (1)	3.6	77.0	20 (3)	39.4	1.53	5.50	2.43
Venezuela (2730)	1.25 (20)	49.4 (20)	89 (18)	5.8***	65.3	26 (10)	55.9	1.53	1.73	1.17
Arjantin (2790)	1.47 (17)	82.1 (18)	138 (9)	9.9	49.2	26 (10)	53.6	1.57	2.88	1.82
Uruguay (2840)	1.19 (21)	67.4 (16)	124 (14)	9.2	45.3	23 (9)	60.3	1.60	2.36	1.63
Brezilya (2940)	2.00 (12)	88.0 (11)	132 (10)	3.5	28.8	69 (20)	37.3	1.65	3.09	1.74

* Kişi Başına GSMH

** Dünya Bankası Kalkınma Raporu 93 verilerinden hesaplanmıştır.

*** 1980