

DOSYA/DERLEME**ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN
PARAMETRELERİ****Özet**

Kansu YILDIRIM*

Özel sağlık sektörü, basit bir kar-zarar ikiliği içinde değerlendirilemez. Sektörün değerlendirilmesi esnasında ekonomik olduğu kadar, sosyolojik olgular da göz önünde tutulmalıdır. Özellikle devlet aygıtı ve toplumsal sınıflar arasındaki ilişki düşünüldüğünde iki unsur belirginleşir: İlki, sermaye birikiminin sürdürülebilirliği açısından canlı emeğe yönelik biyolojik ve fizyolojik "yardımlar" olarak sağlık. Yani emek ve sermaye açısından ihtiyaç kategorisinde sağlığın konumu. İkincisi ise, sağlık üzerinden sisteme aktif ve pasif rızanın sağlanmasında yeni politik teknolojilerin geliştirilmesi olarak sağlık. Bu kısa yazı, özel sağlık sektörünü analiz etmeden önce, bu iki özelliğe Marksist değer teorisi içinden cevap üretmeye çalışmıştır. Daha sonra, kamusal sağlığın tasfiyesi ve özel sağlık sektörünün büyümesinde, sektörü ampirik boyutta da işlemiştir. 1990 ve 2009 yılları arasında Türkiye'de özel sağlık sektörünün gelişimi ele alınarak, özellikle Sağlıkta Dönüşüm süreci sonrası yaşanan gelişmeler, rakamlar düzeyinde serimlenmiştir. Yazıda son olarak, özel sağlık sektörünün Türkiye için güncel veçhesi sayılabilecek sağlık turizmine değinilmiştir. Kuramsal ve olgusal boyutta özel sağlık sektörüne bakıldığında, mevcut yapısal koşullar altında geriye dönüşü olmayan bir yola girildiği anlaşılmaktadır.

Anahtar sözcükler: İhtiyaç kategorisi ve sağlık, sermaye birikimi ve özel sağlık sektörü, özel hastanecilik, Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve AKP, sağlık turizmi.

Parameters of the Private Health Sector**Abstract**

Private health sector can not be evaluated within a simple profit-loss dichotomy. During the evaluation of this sector, economic and sociologic facts should both be considered. Especially when thinking about the relationship between the state apparatus and the social classes, two factors become clear: first, health as a biological and physiological "assistance" directed to the dynamic labour in terms of the continuation of capital accumulation. That is, the state of health in demand category within the sense of labour and capita. Second, health as the development of new political technologies in providing active and passive consent for the system. This short article tries to find answers to these two aspects through Marxist value theory before analysing private health sector. Then, it discusses the sector in an empirical dimension within the contexts of the elimination of public health and the development of private health sector. The processes seen especially after the Transformation in Health duration are displayed at numeral levels by considering the development of private health sector in Turkey between 1990 and 2009. And finally, health tourism that can be thought as a current aspect of the private health sector for Turkey is dealt. When looking at the private health sector in an institutional and factual dimension, it is understood that we are in an irreversible way under these current structural conditions.

Key words: Demand category and health, capital accumulation and private health sector, private hospital sector, Project of Transformation in Health and AKP, health tourism.

*Ankara Üniversitesi Kadın Çalışmaları Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi, TTB-Ankara Tabip Odası - Uzman

1. Kuramsal Girizgah

Hangi tür üretim tarzı geçerli olursa olsun, her dönemde kitlelerin belirli ihtiyaçları vardır. Bu ihtiyaçlar, sınıfların nesnel konumlarıyla şekillenir. Örneğin işçi sınıfının üretim süreci içindeki en temel ihtiyacı, emek-zaman kapasitesini satarak fizyolojik ve geçimlik ihtiyaçlarını karşılamak için emeğinin karşılığını almasıdır. Sermaye sınıfları içinse, birikim gereksinimidir. Bunun için kendi dışındaki sınıflar üzerinde tahakküm kurmaya çalışır. Kapitalist toplumsal formasyonda bu tip ilişkinin en görünür hali, sömürü ilişkileridir. Bütün bu olanlar, belirli yapısal koşullar altında sınıf mücadeleleri içinde gerçekleştiğinden ötürü, tahakküm olduğu kadar, tahakküme karşı bir direnç noktası da vardır. Ancak sınıfsal düzeyde kitlelerin ihtiyaçlarına baktığımızda asal parametrenin değer biçim olduğunu ve toplumsal olana dair ilişkiselliklerin değer biçim tahakkümü altında işlediğini görürüz. Belirtmek gerekir ki, her tür ilişki biçimi meta-forma da tabi değildir. Ancak işçi sınıfı açısından, hatta ücretler bağlamında görece gelir düzeyi iyi ve özel mülkiyet olgusu açısından işçi sınıfından görece konumları avantajlı olsa bile orta sınıflar açısından, ihtiyaçların, kapitalist toplumsal formasyondaki konfigürasyonu önemlidir. İhtiyaçlar tanımlaması içinde sağlık ihtiyacı kavramını tanımlayabilirsek, sağlık alanının neden sermaye fraksiyonlarının göz bebeği olduğunu, ülkemizde AKP iktidarı ile birlikte özel sağlık dediğimiz sağlığın metalaşması alanın güçlenmesini anlayabiliriz.

1.a. İhtiyaçlar kategorisi

İhtiyaçlar tanımlaması Marx'ın eserlerinde Hegel'in soyut insan kavramı ve onun kullandığı bağlama karşı çıkarak kendini göstermiştir. Hegel, soyut insanın ihtiyaçlarının sonsuz sayıda çoğalmasına vurgu yapar. Sayısının artmasına paralel olarak, böylelikle somut biçimini soyutlayarak devam ettiren ihtiyaç, insanların hayvanlardan olan farkını da ortaya koyar. Hegel'in kalkış noktası, ihtiyaçların kendinden menkul gerçekliğidir (Hegel, 2004). Marx, Hegel ile düşünsel tartışmalarında, bu denklemi dikkate almış ancak ağırlığı üretici güçlere vermiştir. Grundrisse'de insanların yeni nitelikler edinerek, üretimde

kendilerini geliştirdikleri zaman yeni güçler ve yeni fikirler, yeni ihtiyaçlar geliştirdiklerini söyler. Diyalektik bu süreçte Marx, üreticilerin kendisinin de değiştiğini belirtir.

Lebowitz, ihtiyaçlar konusuna Kapitalin Ötesi eserinde yeniden değinmiştir. Çünkü ihtiyaçların doğasının ve gelişiminin anlaşılmasının ücretli emeğin politik iktisadı için bir gereklilik olduğunu belirtmiştir. Lebowitz, Marx'ın kendi başına ihtiyaçların gelişiminin Kötü Bir Şey olmadığını, zenginliğin evrensel değiş-tokuş yoluyla yaratılan bireysel ihtiyaçların, kapasitelerin, hazların, üretici güçlerin evrenselliğinden başka bir şey olmadığını söylediğini ve cevap olarak şunu ileri sürdüğünü belirtir: "tarihsel ihtiyaçlar -üretimin kendisi tarafından yaratılan ihtiyaçlar, toplumsal ihtiyaçlar- kendisi toplumsal üretim ve ilişkinin ürünü olan ihtiyaçlar ne ölçüde gerekli kabul edilirse, gerçek zenginliğin gelişmişlik düzeyi de o derece yüksektir." (Lebowitz, 2006; Marx, 1999). İlâveten Marx, işçi sınıfının mensuplarının ihtiyaçlarının verili ve sabit olduğu görüşünü eleştirmiştir. Aynı zamanda bu eleştiri, Hegel'in soyut insanına karşı da yapılmıştır. Çünkü kapitalist üretim ilişkilerindeki değişimler ve dalgalanmalar, senkronik şekilde ihtiyaçlar kategorisindeki değişimleri de tetikleyecektir. Ne var ki Lebowitz, Marx'ın ürünler gibi ihtiyaçların da üretilmesi ve üreticilerin de değişmesi şeklindeki perspektifin, emek-gücünün değişmez teknik (ya da fizyolojik) girdilere ihtiyaç duyan bir meta kavrayışıyla örtüşmeyeceğine dikkat çeker (Lebowitz, 2004). Haklı bir tespittir çünkü emek-gücünün asli maddesi, tarihsel-toplumsal ilişkiler içinde şekillenir. Emeğin sui generis özelliği, verili toplumsal formasyona çakılıdır; dönemin koşulları içinde belirlenir.

İhtiyaçlar kategorisinin değişen yüzü, kapitalist üretim tarzıyla simbiyotik ilişkidir. Kapitalist üretim tarzı genişledikçe, sınıfın ihtiyaçları da genişleyecektir. Hem derinleşen hem de genişleyen düzlemde ihtiyaçların ortaya çıkışı, işçi sınıfının sermayeye tabiyyeti kadar, sermayenin dolaşımı olgusu boyutunda da önemlidir. Marx'ın sermaye kategorisine ilişkin analizlerinde üretim kadar dolaşım olgusu kritik rol alır. Sermaye birikiminin gerçekleşmesi için sermaye fraksiyonlarının öncelikli

yapması gereken pazar sınırlarını sürekli genişletmek ve pazara olan gereksinme katsayısını çoğaltmak için tüketicilerin ihtiyaçlarının miktarını da arttırmaktır. Gerek ulusal gerekse uluslararası koşullarda pazarın hukuksal ve politik özellikleri, birikim ihtiyacının karakteristiği tarafından belirlenir. Her işçinin aynı zamanda ihtiyaçlarını karşılama noktasında pazardaki tüketici kimliği, sermayenin çağdaş iktidarının da temel kaynağıdır. Bu yüzden Marx, Grundrisse'de üretim-değişim- bölüşüm kategorilerine ek olarak tüketimi eklemiştir. Yeni kullanım-değerlerinin yaratımı, yeni ihtiyaçların yaratımı için önemlidir.

Pazar dolayısıyla sermayenin genişlemesinde ihtiyaç kategorisi bu etmenler içinde önem kazanır. Öte yandan ihtiyaçların verili bir toplumsal formasyondaki suretleri üçe ayrılır: Fizyolojik, geçimlik ve toplumsal ihtiyaçlardır. Her birini tek tek tanımlamak yerine genel hatlarıyla söylersek, fizyolojik ihtiyaçlar, emek-gücünün varlığını devam ettirebilmesi için belirli bir sepeti kapsar. Bu sepet, biyolojik üretimin ve emek-gücünün yeniden üretiminin omurgasıdır. Bu sepetteki kullanım-değerleri, işçi sınıfının yaşam koşullarının alt kategorisidir. Geçimlik ihtiyaç, işçilerin toplumsal düzenlilik içinde tükettiği kullanım-değerlerini ifade eder. Marx'ın ifadesiyle, alışkanlık ve geleneklerce gerekli kılınan ihtiyaçlar düzeyidir. Toplumsal ihtiyaçlar kategorisi ise, işçi sınıfının ihtiyaçlarının belirli tarihsel-toplumsal koşullardaki üst-sınırıdır (Marx, 2011; Lebowitz, 2006). Bu üst-sınır, aynı zamanda politik-iktisadi mücadelenin eşiğidir. Her üç kategori birbiriyle bağımsız, geçirgensiz ya da hiyerarşik değildir. Örneğin, fizyolojik ihtiyaçlar olarak tanımladığımız alt-sınır sepetindeki ihtiyaçlar, işçi sınıfının diğer ihtiyaç kategorilerindeki kalemleri belirlemekle kalmaz, sermayenin ve sermayenin icra komiteleri olan hükümetlerin bu kalemleri gözetmesine de neden olur. Somutlaştırsak, sağlık bağlamında temiz içme suyu kaynağı temin etme ya da barınmak için mekanları düzenleme, üretim sürecinin sürdürülebilirliği açısından hayatidir. Kapitalist yeniden üretimde emek-gücünün üretimi, salt üretim dizgesinin işlemesi değil; işçi sınıfına mensup tüketicilerin yegane artı-değer kaynağı olması açısından önemlidir. Tarihsel olarak sınıf

mücadelelerine baktığımızda, sağlık alanı bağlamındaki bütüncül gelişmelerin işçi sınıfının kazanımı olduğu gibi sermayenin, yeniden-üretim olgusunun nesnel kıstaslarını gözeterek verdiği tavizlerin toplamı olduğunu görürüz.

1.b. Kapitalizmde ihtiyaç olarak sağlık kategorisi

Sağlık, en genel tanımlamasıyla bireyler düzeyinde ruhsal ve bedensel olarak esenliğin olmasıdır. Hasta olmama durumu veya gündelik yaşamda bireysel etkinlikleri yerine getirme anlamlarında kullanılan sağlık, geniş bir bağlama sahiptir. Çünkü sağlık alanı içine biyolojik, fizyolojik psikolojik diriliği ve yeniden-üretimi sağlayacak tüm etmenler girer. Barınma, beslenme, üreme, çevre temizliği, alt yapı hizmetleri, hastane yapımı bunlardan sadece birkaçıdır. Bu etmenler, devlet aygıtı tarafından belirli bir planlama ve sterilizasyon işlemi dahilinde yerine getirilir. Kapitalist üretim tarzı içinde bu hizmetler, sermaye birikimi rejiminin ihtiyaçlarına göre biçimlenir. Sermaye mantığı ekolü veya sınıf-kuramsal yaklaşımlar açısından incelendiğinde, sağlık hizmetinin sunumu nesnel bir gerekliliktir. Ne var ki, sermayenin evrensel çıkarlarındaki değişim, üretim sürecini ve buna bağlı olarak işçi sınıfını yakından ilgilendiren yasal ve idari değişimlere neden olmaktadır. Kapitalizmin sayısız krizlerine rağmen sürekli genişleyerek büyüme stratejileri geliştiren sermaye fraksiyonları, günümüzde kamu eliyle yürütülen hizmetlere yönelmiştir. Sağlık, bu bağlamda, işçi sınıfının fizyolojik ihtiyaçları kategorisinde yer aldığı gibi, sermaye cephesi içinde birikimin gereksinimleri arasındadır. 1980'lerin başlarından itibaren TINA (there is no alternative) söylemleriyle başlayan neoliberal dalganın, yayılma alanı kamusal olanın tasfiyesi ile başlamıştır. İlâveten, kazanılmış hakları erozyona uğratacak bir dizi hukuksal, politik, moral ve ideolojik uygulamaya hız verilmiştir. Sağlığı bu yüzden biricik kılan ikili özelliği şudur: Emekçiler için zorunluluk taşıdığı kadar sermaye için daha da önem kazanmasıdır. Kısaca kapitalist sistemde sağlığın ana özelliğine değinelim.

Sağlık başta olmak üzere sermaye politikalarının her ülkede senkronize olsa dahi aynı biçimsel kalıplar

altında işlemediğini belirtmemiz gerekmektedir. Karl Marx, ülkelerin özgül toplumsal formasyonlarının farkında olarak 'farklı kapitalizmler'den bahsetmektedir. Farklı kapitalizmler, sadece ekonomik yapıyı merkezine almayarak, daha geniş bir toplumsal ve insani değerler sistemini etkilemektedir. Üretim ilişkileri değiştiği ölçüde insanların davranış kalıpları ve rol modelleri de değişmektedir. Birbirine benzerlik göstermeyen tüketim, siyasi temsil, kültürel pratik gibi eğilimlere neden olan farklı kapitalizmler, sağlık, eğitim, basın-yayın, inanç sistemleri, vb. gibi hayatın tüm alanlarını kesmektedir.

Kapitalist bir toplumda, özel mülkiyet ve emek-sermaye arasındaki antagonistik ilişki biçimine paralel sağlık sistemi sınıflı bir karakterde olup, eşitsiz bir yapıdadır. Kapitalist sağlık sistemleri üç esaslı bölümden oluşur: İşçi sınıfının sigorta sistemi, köylülük ve kendi hesabına çalışanlar için genel bütçenin finanse ettiği kamusal bir sistem, üçüncü olarak burjuvazi için özel sağlık sistemi. Türkiye'de geleneksel sağlık sistemi genel bütçeden finanse edilen sistemdir. İkinci Dünya Savaşı sonrası uluslar arası etkileşimin artmasıyla, hakim üretim sisteminin Fordizm olması ve işçi sınıfının toplumsal alanda 'konuşkanlığının' artmasıyla, sigorta sistemi kurulmuş, genel bütçe finansmanlı sağlık sistemi sosyalize olmuştur; farklı bir ifade ile sağlığın sosyalizasyonu. 1970'lere gelindiğinde kapitalizmin küresel mali krizin neden olduğu maliyeti dağıtıcı stratejiler, sosyal devlet mantığının, hizmet alanındaki dozajının azalmasına, bütçelendirme sisteminde özel sektöre daha fazla alan açılmasına, sermayenin tedavi edici hizmetlere büyük bir pazar payı gözüyle bakmasına neden olmuştur. Sosyal devlet uygulamaları zamanında başta sağlık olmak üzere kamusal hizmetlerin parasız olarak devlet tarafından karşılanması, yurttaşların hizmet kullanımdaki alışkanlığını geliştirmiş ve piyasa koşulları içinde sağlık hizmeti, üretim alanı olarak büyük karların elde edileceği bir sektör haline gelmeye başlamıştır. Yurttaşların hastanelerden ve sağlık ocaklarından en çok istifade ettiği tedavi edici sağlık hizmetleri, özel sektör yatırımlarının cazibe merkezi olmuştur.

1.c. Aktif-Pasif Özelleştirmeler

Özel sektörün kamu hizmetleri alanında faaliyetlerini sürdürebilmesini sağlayacak araç, özelleştirmelerdir. Sağlıkta özelleştirmeler, Muschell'in tarifi ile iki kategoridedir: Aktif ve Pasif. Aktif özelleştirmeler, doğrudan hükümetler aracılığıyla çıkarılan yasalar ve KHK'lerle, kamusal hizmetlerin sermaye tarafından yerine getirilmesidir. Bu modelde, sermaye, kar maksimizasyonunu, orta-kısa-uzun vadeli olarak hesaplar ve stratejik alanlara talip olur. Diğer bir model ise pasif özelleştirmelerdir. Siyasi müdahaleler ya dolaysızdır ya da zımni-dolaylı bir şekilde, kamu sektörünün yetersiz kaldığı sektörleri hedefine koyar. Bu durumun farklı bir vechesi, hükümetin kamu bütçesi üzerinde kısıntılara gitmesi ve denetimlerini arttırmasıyla kamuda görevli sağlık uygulayıcılarının, yüksek maaşlar nedeniyle özel sektöre kayışının artmasıdır (Nalçacı, 2006). Bunlara ek olarak günümüzde pasif özelleştirme ya da diğer adıyla kamu-özel ortaklığı modeli ivme kazanmıştır.

Pasif özelleştirme (hidden privatization), özellikle kamu-özel işbirliği yöntemiyle gizli piyasalaştırmayı garanti altına almaktadır. Türkiye'de de 2010 yılından itibaren vechesi, kamu-özel ortaklığı olarak, kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülmesi adına kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde ve finansmanında sözleşmeye ve özel hukuk hükümlerine dayalı bir ilişki biçimine bürünmüştür. Bu anlamıyla kamu-özel ortaklığı öncelikle kamu hizmetinin gerçekleşmesinde bugüne kadar izlenen yolda önemli bir zemin değişikliğine işaret etmektedir. Kamu hizmetinin üretilmesinde oldukça önemli aşamalar olan karar, finansman ve uygulama alanları özel sektör ile paylaşılmaya başlanmıştır. Kamu hizmeti imtiyazından farklı biçimde kamu özel ortaklığı; tabi olunan hukuki rejim, hizmetin örgütlenme biçimi ve risk paylaşımı gibi odaklar üzerinden değerlendirildiğinde oldukça farklı bir çerçeveye işaret etmektedir. Yakın döneme kadar kamu hukuku içerisindeki ilişkilerden türetilen kamu hizmeti anlayışının yerini kamu- özel ortaklığı uygulamaları ile birlikte özel hukukla ifade edilebilen bir çerçeve almıştır. Kamu hukuku dışında ayrı bir

çerçevede gerçekleştirilen bu "ortaklık" beraberinde, kamu yararı kavramının da yeniden gözden geçirilmesini zorunlu kılmaktadır.

2. Türkiye'de durum

Türkiye toplumsal formasyonuna baktığımızda, kamusal sağlık alanının çelişki yumağı olduğunu görürüz. Öncelikle Türkiye'nin de taraf olduğu Birleşmiş Milletler'in Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'nin ilgili 12. maddesinde sağlık hakkı, "... taraf devletler herkese erişilebilir en yüksek bedensel ve ruhsal sağlık standartlarından yararlanma hakkını tanır. Söz konusu hakkın tam olarak gerçekleştirilebilmesi için sözleşmeye taraf devletlerin ilgili adımları atması gerekmektedir" şeklindeki tanımlamasına uyulmamaktadır. Kamusal sağlıktaki katkı payları başta olmak üzere pek çok hizmetin paralı olması, emekçiler açısından kazanılmış bir hakkın iğdiş edilmesi anlamına gelmektedir. Özellikle 2003 yılındaki Sağlıkta Dönüşüm Sürecinden itibaren hükümetin hizmet söylemini öne çıkararak, sağlıktaki gelişimi tedavi hizmetleri ve hastane yapımıyla sınırlı tutması, yukarıda saydığımız sağlık alanına giren bileşenleri dışlamak anlamına gelmektedir.

2003 yılında AKP tarafından uygulanmaya koyulan Sağlıkta Dönüşüm Projesi adı altında kamusal sağlık alanının neoliberal politikalara uyumlu hale getirilmesi operasyonu, son yıllarda AKP'nin pratik-politikada elini kuvvetlendiren en önemli hamlelerden olmaya başlamıştır. Gerçekte 2003'ten önce başlamış sağlık sisteminin özelleştirilmesi sürecini AKP zamanında farklı kılan, sağlık alanını kendi çıkarları doğrultusunda neopopülist politik çıkarlar için işlevselleştirebilmesidir. Diğer deyişle sağlığın yeniden-üretim özelliğine ilaveten toplumsal genelleştirilmiş rıza üretimi de parti ajandasına dahil edilmiştir. Kamusal hizmetler ve sağlık çalışanlarının özlük hakları, AKP ve taşıyıcısı olduğu piyasa çıkarları için bu dönemde yoğun bir şekilde deformasyona uğramaktadır. Disraeli'nin söylediği gibi "Üç çeşit yalan vardır: yalan, kuyruklu yalan, istatistik". Son dönemlerde hizmet söyleminin toplumsal formasyonda uyaracağı etkiyi manipüle etmeye çalışan resmi ağızlar, rakamlar üzerinde oynama yapmaktadırlar.

2.a. Bütçe ve Harcamalar

Meclisteki 2011 bütçe görüşmelerinde genel bütçeden Sağlık Bakanlığı'na ayrılan ödenek % 23,7 oranında arttırılmıştı. Bu oransal artışın parasal karşılığı 3 milyar TL'ye tekabül etmekteydi. Bu 3 milyarın 2 milyar TL'si de aile hekimliği sistemine ayrılmıştı; koruyucu ve temel sağlık hizmetleri için sağlık bütçesinden ayrılan rakam ise 6 milyar 424 milyon TL'ydı. Babı-Ali toplantılarında Bakan Akdağ yaptığı sunumlarda 2003 yılında 17.642 milyon olan kamu sağlık harcamalarının 2009 yılında 46.989 milyon TL'ye çıktığını anlatmıştı. Ne var ki, geriye doğru resmi bütçe rakamlarını taradığımızda, 2010 yılı bütçesinden sağlığa ayrılan pay % 4.86 iken, hükümet bu payı 2011 yılında % 5.62'ye çıkarmayı hedeflediğini duyurmuştu. Söz konusu artışın iki yıl arasındaki farkı %2'yi bile bulmamaktadır. Evet, kamusal sağlığa yıllar bazında önemli harcamalar yapılmış ancak son yıllardaki artış eskisi gibi değildir. Önemli ölçüde bir ivme düşüşü gözlemlenmektedir.

Yıllar bazında ülkemizde sağlığa ayrılan paylar: (www.bultensaglik.com, 2011)

Yıl	Oran (%)	(milyar TL)
* 2008	4.85	10,8
* 2009	4.90	12,7
* 2010	4.86	13,9
* 2011	5.62	17,2

Bakanlığın yayınladığı son istatistiklerde Türkiye'deki toplam sağlık harcaması tutarı 2008 yılı itibariyle 57 milyar 682 milyon TL'dir. Bunun 52 milyar 320 milyon TL'si cari sağlık harcamalarına gitmiştir. Kamu ve özel sağlık harcamasının GSMH içinde payına baktığımızda kamu sağlık harcaması 4,44; özel sağlık harcamaları 1,43'tür. Kişi başı kamu sağlık harcamalarının tutarı 593 TL; kişi başı özel sağlık harcaması tutarı 218 TL'dir. Özel sektöre yönelik sağlık harcaması 15 milyar 583 milyon TL'dir Bunun yüzde 64,4'ü yani 10 milyar 36 milyon TL'si hastalar tarafından karşılanmıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan SGK'nın 2008 yılı verilerine göre toplanan prim geliri 47 milyar 871 milyon, yaptığı toplam sağlık harcaması ise 25 milyar 404 milyon TL. Ortaya çıkan gerçek, sağlık bakanının üç katına çıkardık diye açıkladığı sağlık harcamaları

toplamının 2008 yılı itibarıyla 16 milyar 880 milyon TL'sinin devletin kasasından çıkan kısmı olduğudur.

2.b. Katkı Payları

Genel sağlık sigortalı vatandaşların eczanelere ödedikleri "ilaç katkı payı" ise 2009'da (geçmiş yıllara ait avanslar kapatıldığından) 441 milyon lira, 2010'da ise 353 milyon lira oldu. SGK'nın 2009'daki ilaç giderleri 13 milyar 161 milyon lira, 2010'da 13 milyar 468 milyon lira, tedavi giderleri 2009'da 15 milyar 129 milyon lira, 2010'da ise 18 milyar 150 milyon lira olarak gerçekleşti. Genel sağlık sigortası kapsamındakiler, hastanelere "muayene katkı payı" olarak 2009'da 466 milyon lira, 2010'da ise 1 milyar 377 milyon lira ödedi.

SGK, 2009'da devlet hastanelerine 7 milyar 875 milyon lira, üniversite hastanelerine 2 milyar 572 milyon lira, özel hastanelere 4 milyar 682 milyon lira ödedi; 2010'da ise sırasıyla yapılan ödemeler 9 milyar 584 milyon lira, 3 milyar 371 milyon lira ve 5 milyar 195 milyon lira oldu. Söz konusu bu giderlerin nakit gerçekleştirmelerinden alındığı ve revize edileceği belirtildi. SGK'nın tedavi yollukları dahil toplam sağlık harcamaları 2009'da 28 milyar 863 milyon lira, 2010'da ise 32 milyar 80 milyon lira olarak gerçekleşti.

2.c. Özel Sağlık Sistemi ve Bakanlığa Bağlı Hastaneler

Rakamların diliyle konuşmaya devam ettiğimizde sağlıkta dönüşümün can alıcı noktasının özel sağlık sektörünün ihya süreci olduğunu görüyoruz. Sağlıkta Dönüşüm'ün 8 yıllık tablosu özel sağlık sektörüne yaramıştır. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

tarafından yayımlanan hastane sayılarına göz atıldığında 2002 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane sayısı 774 iken, 2009 yılında 834'e çıkmıştır.

Kamu ve özel arasındaki fark dikkat çekicidir. Özel sektör kamudan daha yoğun bir gelişme göstermiştir. 1987'de 116 olan özel yataklı tedavi kurumu sayısı, 2007'de 365'e, 2011'de ise 490'a yükselmiştir. 2011 başı itibarıyla toplam; yataklı tedavi kurumu sayısı 1439'a ve yatak sayısı 201 bine yaklaşırken; özel yataklı tedavi kurumu sayısının 490'a, yatak sayısının da 28 binin üstüne çıktığı görülmektedir.

Neoliberal sağlık politikaları uyarınca sağlık yatırımlarının yüzde 75'ini özel sektör gerçekleştirmektedir ve sağlığa yatırımları özel yatırımların toplamında yüzde 5'e yaklaşmaktadır. SGK'nın yaptığı sağlık harcamalarından özel hastaneler şimdiden yüzde 30 dolayında pay alacak kadar 'sektörel gelişme' göstermiş durumdadır. 1987'de 116 olan özel yataklı tedavi kurumu sayısı, 2007'de 365'e, 2011'de 490'a, yatak sayısı da 28 binin üstüne çıktı.

Temel tedavi hizmetlerinde ve yatak kapasitesi gibi teknik büyümeye ilaveten finans-kapital boyutta da hacim kaplamaya başladılar. İstanbul Menkul Kıymetler Borsası'nda son 4 yılda en çok işlem gören şirket hisselerine baktığımızda, özel hastane gruplarının yavaş yavaş listelere girmeye başladığını görüyoruz. İMKB'de işlem gören şirketler arasında olan Acıbadem Hastaneleri, önemli bir gelişmenin habercisi: Özel sağlık piyasası hisselerinin yükselmesiyle dikkat çeken sektör, henüz kar marjı açısından diğer sektörlerle yarışmasa bile sermaye gruplarının ilgisini çekmektedir.

Tablo 1. Yataklı tedavi kurumlarında kamu-özel dağılımı 2011

	Kuruluş	Yatak sayısı	Kuruluş	Yatak payı %
Sağlık Bakanlığı	842	120.535	58.5	60.1
Üniversite Hastaneleri	62	35.001	4.3	14.4
Özel	490	25.147	34.01	14.0
Belediye Hastanesi	3	1.095	0.2	0.5
Milli Savunma	42	15.900	2.9	7.9
Türkiye	1.439	200.678	100	100

Kaynak: Sönmez, 2011

Kamusal sağığın tedrici tasfiye sürecine de bakmamız gerekmektedir. Türkiye'de ortalama kişi başına sağığ harcamasının 400 dolardır ve söz konusu rakam, OECD'nin tespit ettiğı 2000 dolarlık ortalamasının çok altındadır. Türkiye'de sağığ alanına yönelik siyasaların bir amacı da 10 yıl gibi bir sürede OECD ortalamasını aşmaktır. Hükümet kanadında özel sektör aracılığıyla OECD ortalamasını aşma yolları düşünülmektedir. Bu bağlamda Sağığta Dönüşüm Programı kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu ile yapılan anlaşmaların özel hastanelere alan açması ve özel hastanelere müracaat sayılarının artması gibi faktörler, sektörün iştahını kabartmaktadır. Sağığ Bakanlığı'nın yaptığı hesaba göre gelecekte nüfusun yaşlanması tıbbi hizmetlere duyulan ihtiyacı da arttıracak. Tıbbi bakıma en yüksek ihtiyaç duyan yaşlı ve orta yaş nüfusunda 2015 yılında 5,5 milyon artış olacak. Orta ve üst gelir düzeyleri baz alındığında bu kesimlere mensup yaşlı nüfusu iyi bir kazanç kapısı olarak algılanmaktadır.

Türkiye genelinde sadece 15 ilde özel hastane bulunmamaktadır. 490 özel hastanenin 155'i İstanbul olmak üzere diğerleri merkezi şehirlere kurulmuştur. Mevcut sağığ politikaları aracılığıyla SGK anlaşması ile hastaların özel hastaneleri kullanabilmesi ve bazı masrafları devlet tarafından karşılanması, hastaların özel sektöre ayağının alışması açısından da önemlidir. Hükümetin özel hastanelere sunduğı belki de en büyük ticari avantaj budur. Ayrıca AKP'nin gündeminde olan ve Sağığ Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Plan'ında yer alan sağığ turizmi başlığı altında, pek çok özel hastanenin hem içeride hem de dışarıda kurulması öngörülmektedir.

Özel hastanecilik ile ilgili bazı oranlar, sermayenin ilgisinin yoğunlaşmasını kendiliğinden izah etmektedir: Tablo 2'de görülen özel hastanecilik ile ilgili bazı oranlar, sermayenin ilgisinin yoğunlaşmasını kendiliğinden izah etmektedir:

Çalışma Bakanlığı yaptığı açıklamada özel hastanelerin toplam tedavi harcamalarındaki payı yıllar itibariyle artış gösterdiğini belirtti. Bu pay, 2002'de yüzde 14'ken, 2010'da yüzde 28,62'ye yükseldi. Özel hastanelere başvuru sayısı ise son 3 yılda hızla arttı. Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında (SGK) (yeşil kart ve memurlar 2007-2008'de genel sağığ sigortası kapsamı dışında olduğı için sistemde yer almadığından) dal hastanesi, diyaliz merkezi, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi de dahil özel hastanelere 2008'de 30 bin 42 kişi, 2009'da 37 bin 683 kişi, 2010'da 43 bin 665 kişi başvurdu. Özel tıp merkezi, özel dal merkezi ve özel hastanelere toplamda ise 2008'de 56 bin 985 kişi, 2009'da 66 bin 194 kişi, 2010'da ise 71 bin 171 kişi gitmiştir.

Yıllara ve sektörlerle göre hastane müracaat sayıları özel sağığ sisteminin gelişimini ampirik düzeyde doğrulamaktadır: Sağığ Bakanlığına 2002 yılında 110 milyon kişi başvurmuşken 2009 yılında 228 milyon 279 bin kişi başvurmuştur. Üniversite hastanelerine 2002 yılında 8 milyon 891 bin kişi başvurmuşken 2009 yılında 19 milyon 364 bin kişi başvurmuştur.

3. Özel Sektörün gelişimi

3.a. 1990'lar

1980 yılından önce Türkiye'de hakim görüş, sağığın bir kamu hizmeti olması ve kamu tarafından

Tablo 2. Özel hastanecilikle ilgili bazı oranlar

Pazar Büyüklüğü	Hastane ciroları	Kişi başı harcama	Özel sektörün payı
2008 - 25 milyar dolar 2011 - 80 milyar dolar	2005 - 5,7 milyar dolar 2011 - 16,1 milyar dolar	2010 - 400 dolar 2015 - 2000 dolar	Kamu - % 58,5 Özel - % 34,1
Zincir Hastaneler	Tedavi alan SGK'lı	SGK'dan transfer	
2006 - % 10 2010 - % 22	2009 - 66.194 2010 - 71.171	2009 - 4,6 milyar lira 2010 - 5,1 milyar lira	

Kaynak: SGK İstatistik Yıllığı, 2010 ; Sağığ Bakanlığı İstatistik Yıllığı, 2010

gerçekleştirilmesiydi. 12.1.1961'de Resmi Gazete'de yayınlanan 224 sayılı yasa "Sağlığın Sosyalleştirilmesi" başlığını taşıyordu. Ancak Türkiye'de özel sektörün sağlık alanında faaliyette bulunması da yine 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunla başlamıştır. Bu kanunla isteyen özel sektöre başvurabileceği belirtilmiştir. Bu kanunun 3. maddesinde de hekimlere özel ya da devlet hizmetinden birisini seçmeleri zorunluluğu getirilmiş, ancak daha sonraki yıllarda bu zorunluluk kaldırılmıştır. Bu dönemde Türkiye'deki hekimlerin yaklaşık %40'ı özel olarak çalışmaktaydı. Ancak bu özel çalışma büyük ölçüde yarım günlük bir çalışma niteliğindedir. 1973 yılından itibaren sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği iyice belirginleşti. Sağlık personelinin 24 saati ücretlendirilerek özel sektörde çalışmalarının yasaklanması sonucu birçok özel sağlık kuruluşu kapandı. 24 Ocak 1980, tarihi süreci tersine çeviren bir dönüm noktası olurken, 1980'li yılların sonundan itibaren sağlıkta bir "özel sektör" patlaması gerçekleşti. 1981 yılından sonra hekimlere mesai saatleri dışında özelde çalışma imkanı verildi.

1990'lardan itibaren dönemin sağlık politikaları temel olarak birkaç maddeyi gündemine almış, uluslararası boyutlardaki yeni sağ politikalara eklemlenmeye çalışmıştır:

1-Türkiye'de kişi başı sağlık harcamalarının gelişmiş ülkelerdeki rakamların altında olması,

2-Kamusal sağlık alanının genişliği nedeniyle sağlık hizmetinin kalitesinin düşük olması düşüncesi,

3-Özelleştirmeler yoluyla atıl durumda olan birimler çalışır hale geleceğine; faal durumda olan birimlerin kalitesi daha da artacağına yönelik hakim piyasa mantığı çözüm yolu kamuoyuna sunulmuştur. Hali hazırda yapısal uyum programları çerçevesinde dönüşümün katalizörü olan Dünya Bankası, Türkiye sağlık alanı içinde bir proje başlatmıştır.

Kamusal sağlığın özelleştirilme operasyonlarına eşzamanlı biçimde özel sektör palazlanmaya ve sağlık alanındaki ağırlığını hissettirmeye başlamıştır. Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı 1980 yılında %48'den 1981'de %53'e çıkmıştır. 1988 ile 1996 yılları arasında belirli bir durgunluk yaşayan özel sağlık harcamaları, 1997 yılından itibaren de %30'ların üstünde seyretmiş ve her yıl daha da artmıştır.

1990'lı yılların sonuna doğru, toplam sağlık harcamalarının %37'si özel sigorta ve cepten harcamalardan oluşan özel kaynaklardan karşılanmıştır.

Yıllar içinde, sadece kamuda çalışan hekim sayısı hızla düşerken, sadece özelde çalışan hekim sayısı giderek artmıştır. Anılan dönemde hem kamuda hem de özelde çalışan hekim sayısında da büyük bir artış gerçekleşmiştir.

Verilen teşvikler ve dolaylı destekler ile özel sağlık kurumları hem sayısal olarak artmış, hem de kurumların yatak kapasiteleri tırmanmıştır. 1980'li yıllarda sağlık yatırımlarına sağlanan teşvik imkanları, özellikle 1985 yılından itibaren etkisini göstermeye

Tablo 3. Sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı

	1992	1993	1994	1995	1996
Kamu/GSMH	2,52	2,46	2,49	2,35	2,65
Özel/GSMH	1,24	1,24	1,12	0,97	1,07

Kaynak: TÜİK, 2010

Tablo 4. Sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı (Sektörel)

Yıllar/milyon dolar	1992	1993	1994	1995	1996
Kamu sağlık harcamaları	4.041	4.465	3.256	4.043	4.827
Özel sağlık harcamaları	1.984	2.250	1.464	1.661	1.945
Özel sektör hastane harcamaları	92	138	117	275	226

Kaynak: TÜİK, 2010; Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı, 2010

Tablo 5. Kişi başı özel sağlık harcaması

Yıl	Kişi Başı Özel Sağlık Harcaması (Dolar)
1980	27
1981	27
1982	23,6
1983	22,3
1984	21,4
1985	21,7
1986	22,7
1987	25
1988	24,4
1989	27,6
1990	36,2
1991	35,7
1992	36,4
1993	41,4
1994	30,1
1995	38
1996	41,1

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl 1999-2002

başlamış, teşviklerden istifade ederek yatırım yapan sermayedarların sayısı ve yatırım tutan hızla artmıştır.

Özel sağlık sektörü 1997 yılı itibariyle Türkiye'deki hastanelerin % 19'una, yatak kapasitesinin de % 8'ine sahip bulunmaktaydı. 1985 ve 1997 yılları arasında özel hastane sayısı % 83 artarken kamudaki artış % 43 ile sınırlı kalmıştır. Aynı dönemde kamu

Tablo 7. Kamu ve özel sektör hastane ve yatak sayılarının gelişimi

	Kamu		Özel	
	Yatak Sayısı 1992	Hastane Sayısı 1993	Yatak Sayısı 1994	Hastane Sayısı 1995
1985	607	99.044	115	4.874
1986	623	102.257	113	4.895
1987	640	105.928	116	5.207
1988	662	107.541	115	5.469
1989	687	110.222	125	5.839
1990	732	114.508	125	6.230
1991	766	117.136	133	6.570
1992	785	119.475	143	7.136
1993	811	124.150	151	7.724
1994	828	126.740	154	7.925
1995	843	127.138	166	8.934
1996	850	129.877	184	10.042
1997	868	133.729	210	11.255

Kaynak: TÜİK, (2010)

hastanelerinin yatak sayısındaki artış %35'te kalırken, özel hastaneler yatak sayılarını %131 oranında arttırmışlardır.

Özel sektörün esasen kamu hizmeti olarak tanımlanan alanda faaliyetlerini sürdürebilmesini sağlayacak olan araçlar ticarileşme ve özelleştirmelerdir. Kamu sağlık hizmetinin nitelikli

Tablo 6. Özel ve kamuda çalışan hekimlerin dağılımı

	1992	1993	1994	1995	1996
Sadece özelde çalışan	7780	8119	9140	10193	10648
Pratisyen hekim	1256	1394	1998	2698	3410
Uzman hekim	6524	6725	7142	7495	7238
Part-time	19.485	22.496	24.461	30.032	42.672
Pratisyen hekim	12.215	14.396	15.481	19.827	28.460
Uzman hekim	7.270	8.100	8.980	10.205	14.212
Sadece kamuda çalışan	29.720	30.435	32.231	29.437	20.452
Pratisyen hekim	17.927	18.938	20.789	18.337	11.852
Uzman hekim	11.793	11.497	11.442	11.100	8.600
TOPLAM HEKİM SAYISI	56.985	61.050	65.832	69.662	73.772
Kamuda Çalışan Dış					
Hekimi Sayısı	3.532	3.641	3.707	3.756	3.839
Özelde Çalışan Dış					
Hekimi Sayısı	7.171	7.428	7.435	7.626	7.795

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2001

Tablo 8. Özel kesimde ve kamu kesiminde sağlık AR-GE harcamaları (SAGP \$)

Yıllar	Özel kesmin sağlık AR-GE harcamaları	Kamu kesiminin sağlık AR-GE harcamaları
1990	3.2	3.1
1991	8.9	3.1
1992	10.0	3.8
1993	7.9	3.2
1994	3.1	3.2
1995	4.6	3.3
1996	11.1	7.5
1997	12.5	20.4

Kaynak: DİE, 1997

Tablo 9. Dünya genelinde sektörel dağılımlar

Bölge	Kamu %	Özel %
Serbest Piyasa Ekonomileri	61	39
Orta Doğu	57	43
Eski Sosyalist Ekonomiler	71	29
Hindistan	22	78
Çin	59	41
Diğer Asya Ekonomileri ve Pasifik Adaları	39	61
Latin Amerika ve Karayipler	50	50
Sahra Altı Afrika	53	47

Kaynak: Hammer, 1997

bir biçimde verilebilmesi için gerekli yatırımın yapılmaması, kurumların işlevsizleştirilerek kapatılması, personel açığının giderilmemesi yoluyla dolaylı olarak özel sektöre alan açmanın yanı sıra, hizmet alımı, teşvik verme ve doğrudan servis ve birimleri özelleştirme ile de özel sektör doğrudan desteklenebilmektedir. 90'lı yıllarda dünyada kamu ve özel sektörün durumu aşağıdaki gibidir.

3.b. AKP dönemi (2002-2009)

Pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin "reform" ve "dönüşüm" adı altında özelleştirilmesi, ticarileştirilmesi ve sağlık/sosyal güvenlik alanının rant alanı haline getirilmesinde epey yol alınmıştır. Bu alandaki dönüşüm temel olarak küresel finans piyasasının neoliberal ideoloji doğrultusunda kusursuz biçimde işlemesi için "sorunlu" alanların yeniden yapılandırılmasına dayanmaktadır. Sağlık ve sosyal güvenlik alanında neoliberal reform ve dönüşüm, en başta çalışma hayatının kuralılaştırılması (deregülasyon) olmak üzere, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, hastaların "müşteri" konumuna getirilmesi ve sağlık

hizmetlerinin kamusal finansmanı yerine rekabetçi ve piyasa güçlerine dayanan bir finansman biçiminin yerleştirilmesidir.

Bu yıkım programlarının yarattığı en önemli tahribat sağlığın bir hak olmaktan çıkarılmasıdır. Toplumsal bilince de bu yönde müdahaleler söz konusudur. Neoliberal politikaları benimseyen ülkelerde sağlık hizmetinin daha iyi, daha kaliteli, daha ucuz olduğuna ve yoksulların da daha etkin bir biçimde sağlık hizmetine erişimlerinin arttığına dair kanıt bulunmamaktadır.

AKP Hükümeti dönemi birçok alanda yapısal değişimlerin gerçekleştirildiği bir dönem olarak yaşanmıştır. Sağlık ve sosyal güvenlik alanı Türkiye'nin kendine özgü toplumsal ihtiyaçları yerine, küresel sermayenin ihtiyaçları/dayatmaları üzerinden şekillendirilmektedir.

İktidara gelmeden IMF, DB programlarını harfiyen uygulayacağını taahhüt eden AKP, en acımasız hamlelerini genelde kamusal alan, özelde ise sağlık alanında gerçekleştirdi. Ardı ardına çıkarılan yasalar ve yasaların engellendiği

durumlarda atılan fiili adımlarla sağlık hak olmaktan çıkarılmaya ve sağlık hizmetleri hızla piyasalaştırılmaya çalışıldı. Temel amaçlarının sağlık hizmetlerini özelleştirmek olduğu ise artık saklanamaz bir gerçek. Kamusal sağlık yatırımının yapılmadığı bu dönemde; özele sevk, hizmet alımı gibi yöntemlerle sağlık harcamaları hızla artarken, sağlık göstergelerinin iyileşmemesi yanlış bir yolda yüründüğünün kanıtıdır. Harcamalardaki artış ve hizmete ulaşmadaki kısmi kolaylıkların arka planında; kamudan (özellikle sosyal güvenlik kurumlarından) özele kaynak aktarımı, böylece kamunun çökertilmesi, yerine ise özel sektörün palazlandırılması yatmaktadır.

Sağlık ve sağlık hizmetleri bir ürün/çıktı olarak ele alındığında sağlığın ekonomik, politik ve sosyal yönleri olan kompleks bir toplumsal süreç içinde belirlendiği gerçeği atlanmıştır. Sağlığın, doğasına uygun olmayan biçimde böylesi ele alınışı kaçınılmaz biçimde sağlığı metalaştırmaktadır. Sağlığı bir hak olarak değil de bir meta olarak kavramsallaştıran bu programlar, sosyal devleti tamamen ortadan kaldırarak piyasa mekanizmasını toplumsal alanının merkezine yerleştirmektedir. Sonrasında da bütün

hizmetler piyasanın öncelikleri ve ihtiyaçları doğrultusunda şekillendirilmekte, toplumsal ihtiyaçlarımız yok sayılmaktadır.

Özel sağlık sektörü yatırımları 2006 yılından itibaren hız kazanmaya başlamış, sektöre yeni şirketler girmiş ve karlılığı arttırmak amacıyla şirket birleşmeleri gündeme gelmiştir.

Özel girişim sermayeleri ve bazı hastane zincirleri yaygınlıklarını arttırmak amacıyla kendilerinden daha küçük çaptaki şirketleri devralmaktadırlar. Ekonomik kriz ve Sağlık Bakanlığı'nca yaratılan yasal anlamdaki belirsizlikler nedeniyle küçük çaptaki işletmeler ya kapanmakta ya da büyük sağlık zincirleri tarafından

Tablo 10. Türkiye'ye sağlık işleri ve sosyal hizmetler alanında uluslararası doğrudan yatırım girişi

Yıllar	(Milyon \$)
2005	74
2006	265
2007	177
2008	149
2009	106
2010 yılı	ilk 8 ay 54

Kaynak: Hazine Müsteşarlığı, Yabancı Sermaye Genel Müdürlüğü, DPT, TC Merkez Bankası

Tablo 11. Dünya serbest rekabet piyasasında üretilen değerler

İlan Tarihi	Hedef Şirket	Alıcı Şirket	Alıcının Ülkesi	Hisse Oranı	Değer (milyon dolar)
10.12.09	Medical Park	Carlyle	ABD	%40	110.0
01.06.09	İsviçre Hastanesi	Bayındır	Türkiye	%100	n.d.
14.10.08	International Hospital	Acıbadem	Türkiye	%40	32.5
22.09.08	Acıbadem Kayseri	Acıbadem	Türkiye	%20	4.2
27.09.08	Şafak	Hygeia	Yunanistan	%50	48.0
14.07.08	Acıbadem Poliklinikleri	Acıbadem	Türkiye	%37	5.7
16.06.08	Özel GOP Hastanesi	Bahat Gr.	BAE-Türkiye	%50	n.d.
11.01.08	Acıbadem Sağlık Hiz.	Almond Holding	BAE-Türkiye	%32	443.9
16.08.07	Acıbadem Sağlık Hiz.	Almond Holding	Türkiye	%22	162.5
15.08.07	İtalyan Hastanesi	Universal Hospital Gr.	Türkiye	%100	35.0
31.05.07	Noro Tıp Mer.	Acıbadem	Türkiye	%100	7.6
31.05.07	Memleket Medikal Cer.	Acıbadem	Türkiye	%51	7,6
19.04.07	Dentistanbul	Global Env. Fund	ABD	%100	n.d

yutulmaktadır. Özellikle büyük şehirlerde yeni hastane lisansı almanın ve teşviklerden yararlanmanın çok olası gözükmediği dikkate alındığında küçük işletmelerin büyüklerce yutulması sürecinin devam edeceği beklenmektedir.

Çok sayıda özel hastane Joint Commission International (JCI) akreditasyonu almak için girişimde bulunmaktadır. Ayrıca, bazı hastaneler EFQM Uzmanlık Ödülünü almış veya almak üzeredir. Bu tür akreditasyonlar ve ödüllerin tek anlamı yüksek profilli ve/veya yurtdışından gelecek olan hastaları çekebilmehtir.

Özel Sağlık Kurumlarını Etkileyen Gelişmeler

1. Mayıs 2007 SUT ile sevsiz başvuruların başlaması
2. Şubat 2008 Sağlık Bakanlığı "Planlama" yönetmeliği
3. Temmuz 2007 Fark ücretinin % 30 ile sınırlanması
4. Ekim 2008 GSS ile birlikte katılım payı uygulaması

5. Ocak 2009 Branş anlaşmalarının başlaması
6. Ocak 2010 Hastanelerin sınıflanması
7. Şubat 2010 Tam Gün Yasası

Yasal düzenlemeler ve fiili müdahaleler ile Türkiye'de özel sağlık sektörü hızla genişlemeye başlamıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu, özel sağlık sektörünün garantörü ve finansörü konumuna gelmiştir.

Neoliberal sağlıkta dönüşüm programının en önemli sonucu özel sektörün neredeyse önlenemez yükselişi olmuştur. Yıllar içinde, kamu kurumları yerinde sayarken, özel sektörde hastane, yatak, cihaz ve personel sayısında inanılmaz bir artış yaratılmıştır.

Yasal düzenlemeler ve kamu kaynaklarının özele aktarılması ile başlayan süreçte, vatandaşların özele başvuruları da özendirilmiştir. Özel sağlık sektörünün büyümesinin en önemli nedenlerinden biri bizzat kamu eliyle vatandaşların özele doğrudan ya da dolaylı olarak yönlendirilmeleridir.

Tablo 12. 2009 Yılı SGK verileri

2009 yılı/SGK	Fatura gönderen tesis sayısı	Tesis türlerine göre toplam fatura tutarı (TL)	Tesis türlerine göre toplam hasta müracaat sayısı	Müracaat başına ortalama maliyet (TL)
Devlet 2. Basamak	894	5.356.956.019	128.796.379	41,59
Devlet 3. Basamak	61	2.828.864.829	36.187.681	78,17
Özel 2. Basamak	1.854	4.536.980.664	66.194.300	68,54
Üniversite sağlık tesisleri	77	2.930.341.911	15.963.991	183,56
Toplam	2.886	15.653.143.423	247.142.351	63,34

Kaynak: SGK, 2009

Tablo 13. Yıllara ve sektörlere göre hastane sayısı

	2002	2006	2007	2008	2009
Sağlık Bakanlığı	774	768	848	847	834
Üniversite	50	56	56	57	58
Özel	270	331	365	400	450
Diğer	61	49	48	46	46
Toplam	1155	1204	1317	1350	1389

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009

Tablo 14. Özel hastanelerin toplam hastaneler içindeki payı (%)

Yıl	Hastane	Hastane Yatağı	Poliklinik	Yatan Hasta	Büyük Ameliyat	Orta Ameliyat	Küçük Ameliyat	Doğum
2001	19.9	7.1	3.3	8.9	10.8	7.9	7.1	9.1
2007	28.6	9.7	9.3	20.0	18.6	18.6	10.9	18.9

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları Yıllıkları, 2001, 2007'den hesaplanmıştır

Tablo 15. Sektörlere göre ameliyat sayılarının ameliyat gruplarına dağılımı, 2009

	A	B	C	D	E	Toplam
Sağlık Bakanlığı	131.534	588.993	1.109.392	993.296	1.642.111	4.465.326
Üniversite	86.197	219.360	241.346	192.021	279.382	1.018.306
Özel	148.221	391.994	591.216	293.270	241.283	1.665.984
Toplam	365.952	1.200.347	1.941.954	1.478.587	2.162.776	7.149.616

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009

Tablo 16. Yıllara ve sektörlere göre yatan hasta sayısı

	2002	2006	2007	2008	2009
Sağlık Bakanlığı	4.169.779	5.379.198	5.674.935	5.959.585	5.934.978
Üniversite	781.990	1.165.277	1.262.973	1.386.449	1.462.690
Özel	556.494	1.220.176	1.782.381	2.338.211	2.503.992
Toplam	5.508.263	7.764.651	8.720.289	9.684.245	9.901.660

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010

Tablo 17. Yıllara ve sektörlere göre hastane yatağı sayısı

	2002	2006	2007	2008	2009
Sağlık Bakanlığı	102.589	119.328	120.228	119.310	122.354
Üniversite	26.877	31.193	30.978	29.912	30.112
Özel	13.192	15.416	17.397	20.938	25.178
Diğer	18.561	15.416	17.588	17.905	17.905
Toplam	161.219	183.696	186.191	188.065	195.549

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010

Tablo 18. Yıllara ve sektörlere göre hemodiyaliz merkez sayısı

	2002	2006	2007	2008	2009
Sağlık Bakanlığı	235	323	356	385	393
Üniversite	39	50	52	52	51
Özel	170	306	354	400	410
Toplam	444	679	762	837	854

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010

Tablo 19. Yıllara ve sektörlere göre toplam hastane müracaat sayısı

	2002	2006	2007	2008	2009
Sağlık Bakanlığı	109.737.182	189.422.137	209.630.370	216.723.712	228.279.139
Üniversite	8.891.333	12.588.872	15.025.079	18.290.800	19.364.865
Özel	5.680.954	15.529.416	24.485.650	38.688.313	47.618.186
Toplam	124.309.469	217.540.425	249.141.099	273.702.825	295.262.190

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010

Tablo 20 Yıllara ve sektörlere göre kişi başına hastanelere müracaat sayısı

	2002	2006	2007	2008	2009
Sağlık Bakanlığı	1,66	2,73	2,97	3,03	3,15
Üniversite	0,13	0,18	0,21	0,26	0,27
Özel	0,09	0,22	0,35	0,54	0,66
Toplam	1,88	3,13	3,53	3,83	4,07

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010

Tablo 21. Özel tıp ve dal merkezleri ve özel polikliniklere müracaat sayıları, 2009

	Özel Tıp ve Dal Merkezleri	Özel Poliklinikler
Akdeniz	4.664.769	168.048
Batı Anadolu	4.838.559	235.891
Batı Karadeniz	1.582.003	45.871
Batı Marmara	538.188	43.101
Doğu Karadeniz	742.453	30.445
Doğu Marmara	2.667.493	65.491
Ege	4.258.733	80.282
G.D.Anadolu	3.317.630	240.226
İstanbul	5.828.171	466.541
K.D.Anadolu	519.259	7.164
Orta Anadolu	1.751.827	52.155
Ortadoğu Anadolu	1.319.097	952.300
Türkiye	32.018.182	2.387.515

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010

Vatandaşların özel sağlık kurumlarına başvurusunda inanılmaz bir artış gerçekleştirilmiştir.

3.c. Sağlık Turizmi

Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 Stratejik Plan'ında "Stratejik Amaçlar" kısmında "lider ülke", "cazibe merkezi", "sınır ötesi sağlık" gibi ibarelere rastlanmaktadır. Her ibare aynı zamanda sağlık politikalarının karakterini ortaya koymaktadır. Neoliberal politikalara uygun sağlık hizmeti sunumu, sağlığı hem içeriye hem de dışarıya göre piyasa

ilişkilerine entegre etmektedir. Son 4 yıldan beri sağlıkla ilgili haberlerde sıkça rastladığımız sağlık turizmi kavramı, sağlığın kapitalist ve paralı yapısını güçlendirecek, sağlıklı bir hak olmaktan çıkaracak mahiyete sahiptir.

Proaktif dış politika uyarınca çeşitli ülkelerle vizelerin kaldırılması, sadece ülkemizden gerçekleştirilen seyahatleri değil; dışarıdan ülkemize girişi de kolaylaştırmaktadır. Başta vizelerin kaldırılması olmak üzere tüm yasal-idari uygulamalar, sağlık sektöründe özel hastanecilik alanında son

Tablo 22. Özel tıp ve dal merkezi ve özel poliklinik sayıları, 2009

	Özel Tıp ve Dal Merkezleri	Özel Poliklinikler
Akdeniz	126	52
Batı Anadolu	183	79
Batı Karadeniz	41	12
Batı Marmara	21	15
Doğu Karadeniz	21	8
Doğu Marmara	88	31
Ege	177	53
G.D.Anadolu	79	47
İstanbul	211	129
K.D.Anadolu	9	3
Orta Anadolu	33	9
Ortadoğu Anadolu	41	13
Türkiye	1030	451

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010

yıllarda artmaya başlayan yerli sermaye gruplarının yurtdışına açılmasını ve yurtdışından "müşteri" (hasta) getirmesini garanti altına almaktadır. Türkiye'de akreditasyon uygulamasıyla uluslar arası referanslara sahip olan özel hastane grupları, sağlık turizminin sektörel büyüme rakamlarını yakından takip etmektedir.

Dünya'da 2008'de sağlık turizmine 60 milyar dolar harlandı. Rakamın 2012'de 100 milyar dolara ulaşması bekleniyor. Günümüzde 600 milyon olan sağlık turisti sayısının 1 milyarı bulması bekleniyor. 2009'da dünyada 5,4 trilyon dolar sağlık harcaması yapıldı. Sağlık turizminden yüksek gelir sağlayan ülkeler: Hindistan, Kosta Rika, Macaristan, Türkiye, Litvanya, İsrail, Ürdün, Tayland, Malezya, Güney Afrika ve Küba. Hindistan sağlık turizmi gelirinin 2012 yılına kadar 2 milyar dolara kadar yükseltmesini hedefliyor. Singapur 2012 yılında 1 milyon hasta çekmeyi ve 1,8 milyar dolar gelir elde etmeyi planlıyor.

Sağlık turizminin hem niteliksel hem de niceliksel profili dönemsel olarak değişmektedir. Sağlık hizmetlerine erişiminin yüksek fiyatlara evrilmesi nedeniyle tedavi olmakta güçlük çeken veya aynı paraya ucuz hekim işgücünün olduğu ülkelerde daha "kaliteli" tedavi olmayı planlayan Avrupa, Amerika

ve Orta Doğu coğrafyasında yaşayanlar Türkiye'yi tercih etmeye başladılar. En fazla tercih edilen tedavi alanı ise göz oldu. Örneğin Dünyagöz Hastanesi 2010 yılında 25 bin hastayı tedavi etti. Dünyagöz Hastaneler Grubundan bazı yetkililer, hastalarının yüzde 80'inin Avrupa ülkelerinden olduğunu, fakat son yıllarda sınır komşularımızla ilişkilerdeki artış ve vize kolaylığı sağlayan anlaşmaların imzalanmasıyla birlikte Orta Doğu ülkelerinden gelen yabancı hasta sayısında artış olduğunu ifade etmişlerdi. Avrupa'da sosyal güvenlik sistemlerinin tedavi masraflarını karşılamamasından dolayı özellikle göz ameliyatlarında, plastik cerrahide, diş ve saç ektirme gibi tedavilerde çok yüksek fiyatların söz konusu olduğu bilinmektedir. Muadil kalitede hizmetin neredeyse yarı fiyata olmasının Türkiye'yi sağlık turizmi açısından "cazibe merkezi" yapmaktadır. Başka bir örnek 2011 yılında hastalarının ağırlıklı olarak Almanya, İngiltere, Hollanda, İsviçre ve Arap ülkelerinden geldiğini ifade eden Dentistanbul Grubudur. Yunanistan ve Orta Asya ülkelerinden gelen hasta ve talep artışına dikkat çeken Grup yetkilileri, yurtdışı hasta transferi altyapı çalışmalarında 2008 yılından beri piyasa stratejisi çizmeye çalışmaktadırlar. 2010 yılında 50 ülkeden 800 hastayı tedavi eden Grup, Almanya başta olmak üzere Avrupa'nın çeşitli kentlerinde partner kliniklerle işbirliği yapmaktadır.

Tablo 23. Türkiye'de sağlık turizmi rakamları

Yıllar	Yurt dışına tedaviye giden sayısı	Tedaviye gelen Türkiye vatandaşları	Tedaviye gelen yabancılar sayısı	Yabancıların Türkiye'deki sağlık harcamaları milyon dolar
2005	47.248	55.741	164.600	163
2006	41.397	39.834	153.900	192
2007	18.505	43.951	154.540	247
2008	20.057	62.171	162.480	282
2009	30.852	68.545	132.680	225

Kaynak: Türk-Amerikan İş Konseyi Sağlık Komitesi, 2009

KAYNAKLAR

Akdağ, 2011 Sağlık Bakanı Recep Akdağ, Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Sunumu, Bab-i Ali Toplantıları, İstanbul, 24 Şubat 2011.

Althusser, L. (2005) Yeniden Üretim Üzerine, Çev.: A. I. Ergüden ve A. Tümertekin, İthaki Yayınları, İstanbul.

Brownlie, I., (1997) Basic Documents in International Law, Clarendon Press, Oxford.

DİE, (1997) AR-GE Bülteni

Hammer, Jeffrey S. (1997) Economic Analysis For Health Projects, The World Bank Research Observer, Volume 12, Number 1, February 1997, 5.54

Hegel, G.W.F., (2004) Hukuk Felsefesinin Prensipleri, Çev.: Cenap Karakaya, Sosyal Yayınları, İstanbul.

Huff, D., (1995) İstatistikle Nasıl Yalan Söylenir? Çev.: Ergin Koparan, Sarmal Yayınevi, İstanbul.

Lebowitz, M., (2006) Kapital'in Ötesi Marx ve İşçi Sınıfı'nın Politik İktisadı, Çev.: Arif Geniş, Phonenix Yayınevi, Ankara.

Marx, K., (1999) Grundrisse, Çev.: Arif Gelen, Sol Yayınları, Ankara.

Marx, K., Kapital 1. Cilt, Çev.: Mehmet Selik ve Nail Satlıgan, Yordam Kitap, İstanbul, 2011.

Nalçacı E., Hamzaoğlu O. ve Özalp E., (2006) Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü, Nazım Kitaplığı, İstanbul, 2006.

Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı, (2010) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, Ankara, 2011.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008 ve 2009, Ankara, 2010 & 2011.

Sağlık Bakanlığı, (2001) Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı, 2001

Sağlık Bakanlığı, (2010) Avrupa Birliği ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl 1999-2002

SGK, (2009) Sosyal Güvenlik Kurumu, Aylık İstatistik Bülteni 2009, Aktüerya ve Fon Daire Başkanlığı, 2009.

SGK, (2010) Sosyal Güvenlik Kurumu, Aylık İstatistik Bülteni 2010, Aktüerya ve Fon Daire Başkanlığı, 2010.

Sönmez, M. (2011) Cumhuriyet Gazetesi 16 Mart 2011.

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2009) Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı.

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2010) Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı.

TÜİK, (2010) http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?metod=GostergeListe&tb_id=6&st_id=1 (Erişim Tarihi: 20 Temmuz 2010)

Türk-Amerikan İş Konseyi Sağlık Komitesi (2009), Türkiye-ABD Arasındaki Ekonomik İlişkiler Raporu, 2009 & "Turkey, Your Partner In Healthcare" Raporu, 2009

www.bultensaglik.com (2011) <http://www.bultensaglik.com/popup/haber-yazdir.asp?haber=166>

Yataklı Tedavi Kurumları Yıllığı, (2001)

Yataklı Tedavi Kurumları Yıllığı, (2007)