T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KÜRESELLEŞMENİN TÜRKİYEDE SAĞLIK SEKTÖRÜ ve SAĞLIK HARCAMALARI ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ONUR ÜZMEZ

ANABİLİM DALI : İKTİSAT
PROGRAMI : İKTİSADİ GELİŞME VE ULUSLARARASI İKTİSAT

KOCAELİ - 2006

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KÜRESELLEŞMENİN TÜRKİYEDE SAĞLIK SEKTÖRÜ ve SAĞLIK HARCAMALARI ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ONUR ÜZMEZ

ANABİLİM DALI : İKTİSAT
PROGRAMI : İKTİSADİ GELİŞME VE ULUSLARARASI İKTİSAT

TEZ DANIŞMANI: YRD.DOÇ.DR.İSMAİL ŞİRİNER

KOCAELİ – 2006

T.C
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KÜRESELLEŞMENİN TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK SEKTÖRÜ VE SAĞLIK HARCAMALARI ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tezi Hazırlayan : Onur ÜZMEZ

Tezin Kabul Edildiği Enstitü Yönetim Kurulu Tarih ve No:

Prof. Dr. Onur HAMZAOĞLU	Yrd. Doç. Dr. Bülent KANTARCI	Yrd. Doç. Dr. İsmail ŞİRİNER

Kocaeli, 2006

KÜRESELLEŞMENİN TÜRKİYEDE SAĞLIK SEKTÖRÜ VE SAĞLIK HARCAMALARI ÜZERİNE ETKİSİ

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇİNDEKİLER TABLOSU ..... I-IV

ÖZET V

ABSTRACT VI

KISALTMALAR VII

TABLOLAR VIII

GRAFİKLER IX

GİRİŞ 1-2

BİRİNCİ BÖLÜM
KÜRESELLEŞME VE KAMU HARCAMALARI

1.KÜRESELLEŞMENİN TANIMI VE KAPSAMI 1

2.KÜRESELLEŞMENİN TARİHSEL AŞAMALARI 2

2.1. Birinci Küreselleşme Dalgası: 2

2.2. İkinci Küreselleşme Dalgası: 3

2.3. Üçüncü Küreselleşme Dalgası: 5

3. KÜRESELLEŞMEYE YÖNELİK GÜNÜMÜZDEKİ YAKLAŞIMLAR 9

3.1. Aşırı Küreselleşmeciler: 10

3.2. Küreselleşme Karşıtları(Kuşkucular): 11

3.3. Dönüşümcüler: 13

4. KÜRESELLEŞME SÜRECİNİN DÜNYA EKONOMİSİNE ETKİLERİ 15

4.1. Keynesyen Refah Devletinden Neo-Liberal Devlete..... 15

4.2. ABD VE İngiltere'de Liberal Hükümetlerin İktidara Gelmesi 17

4.3. IMF, Dünya Bankası ve DTÖ'nün Sürece Etkileri..... 17

4.4. Çok Uluslu Şirketlerin Sürece Eklemlenmesi..... 18

5. NEO LİBERAL EKONOMİ POLİTİKLARININ KAMU HARCAMALARI ÜZERİNE ETKİSİ 21

5.1. Küçük Devlet Nedir ?..... 22

6. KAMU HARCAMLARININ TANIMI 25

6.1. Kavram ve Tanım: 25

6.2. Kamu Harcamaları ve Özel Harcamalar Arasındaki Farklar..... 26

7. KAMU HARCAMALARININ SINIFLANDIRMASI..... 27

7.1. Kamu Harcamalarının İdari Sınıflandırması..... 28

7.2. Kamu Harcamalarının Bilimsel Sınıflandırması 29

7.3. Kamu Giderlerinin Fonksiyonel Sınıflandırması..... 29

7.4 Kamu Harcamalarının Ekonomik Sınıflandırılması 30

7.4.1 Cari Giderler -Yatırım Giderleri.....30

7.4.2 Efektif Giderler - Transfer Giderleri 31

7.4.2.1. İktisadı Transferler:.....32

7.4.2.2. Mali Transferler:.....32

7.4.2.3. Sosyal Transferler:.....32

7.4.2.4. Borç Faiz Ödemeleri:.....32

7.4.3 Verimli giderler - Verimsiz giderler: 33

8. TÜRKİYE'DE KAMU HARCAMALARININ BAŞKA ÜLKELER İLE KARŞILAŞTIRILMASI..... 36

İKİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK HARCAMALARI, GELİŞİMİ VE PİYASALAŞMA SÜRECİ

1.SAĞLIK KAVRAMI..... 40

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIRLANDIRILMASI..... 41

2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri. 41

2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 42

2.2.1. Birinci basamak:.....42

2.2.2. İkinci basamak: 43

2.2.3.Üçüncü basamak: 43

2.3.Rehabilitasyon Hizmetleri 43

2.3.1.Tıbbi Rehabilitasyon.....43

2.3.2.Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon. 43

3. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YENİDEN YAPILANDIRILMASININ ANA BİÇİMLERİ: METALAŞTIRMA-PİYASALAŞTIRMA SÜRECİ 43

3.1. Sağlık Hizmetlerinin Metalaşması-Piyasalaştırılması Üzerine Bazı Saptamalar..... 49

3.2. Sağlık Hizmetlerinde Neo-Liberal Politikaların Yeni Uygulama Alanı: GATS 52

3.3. Sağlık Hizmetlerinin Özelikleri ve Piyasalaştırılmasındaki Bazı Sakıncalar 57

3.4. İlaç Sektörü ve TRIPs Antlaşması 59

4. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÖZELLEŞTİRME SÜRECİ VE BİÇİMLERİ 62

4.1. Türkiye'de Özel Sağlık Sektörü Profili 64

4.1.1. Özel Sağlık Harcamaları 64

4.1.2. Özel Sağlık Sigortaları.....66

4.1.3. Özel Poliklinikler.....68

4.1.4. Özel Muayenehaneler.....68

5. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN İNSAN GÜCÜ YAPISI..... 69

6. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜN YAPISI 71

6.1. Sağlık Harcamaları Yönünden 71

6.2. Sağlık Harcamalarının Niteliği Yönünden 73

6.3. Sağlık Yatırımları Yönünden 77

SONUÇ 79

KAYNAKÇA 83

EKLER 91

ÖZGEÇMİŞ 97

ÖZET

Küreselleşme, dünyadaki sosyal, kültürel ve ekonomik yapıyı büyük bir hızla değişime uğratmıştır. Hızla ilerleyen teknoloji dünyayı daha küçük bir yer haline getirmiştir. Büyük Buhrandan sonra kabul gören Keynesyen Refah Devleti anlayışı, 1970'li yıllardan itibaren ortaya çıkan "sermayenin yeni krizini" çözmede başarılı olamamış ve yerini neo-liberal politikalara bırakmıştır. Özellikle 1980'li yıllardan sonra bu politikaların asıl hedefi devletin ekonomi içindeki payının azaltılması olmuştur. Eğitim, sağlık gibi toplumun yapısını etkileyen sektörlerden devletin çekilmesi neo-liberal politikaların temel öngörüsü halini almıştır.

Anayasal bir hak mi,ştir.olan sağlık hizmetleri de bu süreçte dönüşüme uğramıştır. Kamunun arz ettiği sağlık hizmetleri piyasa koşullarına açılmış böylece metalaşma sürecide başlamıştır. Sağlık kamunun sunduğu bir hizmet olmaktan çıkarak ihtiyaç sahiplerinin gelirleri ölçüsünde satın alabildiği bir metaya dönüşmüştür. GATS ve TRIPS antlaşmaları ile de bu süreç perçinlenmiştir.

Bu bağlamda, devletin sağladığı ve anayasal bir hak olan sağlık hizmetleri, azalarak yerine piyasası olan bir ticari meta haline gelmiştir. Bu dönüşümün bir sonucu olarak, devlet tarafından özel sektörden satın alınan sağlık hizmetlerinin miktarı devlet bütçesinin içinde düzenli olarak artmaktadır. Fakat artan giderlere rağmen sağlık hizmetlerinin kalitesinde de bir düşme gözlemlenmektedir.

ABSTRACT

Globalization is rapidly varied the social, economic and cultural structures in all over the world. Progressing in technology and innovation is minified the world. Keynesian Welfare State Approach couldn't be successful to solve the new crisis of capital accumulation in 1970s and welfare state approach switched to the neo liberal policies. Especially after 1980s, the main focus of neo liberal policies has been minimizing the state's situation in economy. Withdrawing of state from sectors like education and health that impacting the structure of society became main activity of neo liberal policies.

Health services as constitutional right also are transformed in this period. Health services that supplied by public are opened to the marketing and included to marketing – capitalizing process. Health became turned in from a service that supplying by state to a meta who need to health services that could buy with money as possible as their income. Also this process is buttressed with GATS and TRIPS agreements.

In this context, health services that supplied by state is reduced and it became a commercial meta that could be trade in markets instead of constitutional right that supply by states. As a result of this transformation, health services which bought from private sector by state are increased in the sense of expenditure and volume in government budget, although health services are worsening.

TABLOLAR

		S. No:
Tablo 1.	Üç Küreselleşme Dalgası	9
Tablo 2.	Küreselleşmenin Kavramlaştırılmasında Üç Eğilim	14
Tablo 3.	Sosyal Devletten Küçük Devlet'e	24
Tablo 4.	Konsolide Bütçe Giderleri (Cari Fiyatlar İle)	34
Tablo 5.	Sağlık Sektörünün Yapısı ve Finansmanı	63
Tablo 6.	Özel Sağlık Harcamaları ve Gelişimi	65
Tablo 7.	Özel Sağlık Sigorta Şirketleri ve Sigortalı Kişi Sayısı	66
Tablo.8.	Özel Sağlık Sigortacılğının Prim Üretimi	67
Tablo.9.	Türkiye'de Hekimlerin Özel ve Kamu Çalışma Tarzlarına Göre Dağılımı	69
Tablo.10	Sağlık Personeli	70
Tablo.11	Türkiye'de Bölgelere Göre Sağlık Personeline Düşen Nüfus	71
Tablo.12	Kamu Sağlık Harcamalarının GSMH'ya Oranlarının Gelişimi (Yüzde Pay)	74
Tablo.13	2005 Yılı Faiz Dışı Harcamaların Fonksiyonel Bazda Karşılaştırılması	75
Tablo.14	Seçilmiş OECD ve AB Bölgesi Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranları	76

GRAFİKLER

		S. No:
Grafik 1.	Cari Harcamalar ve Yatırım Harcamaları	35
Grafik 2.	İç Borç ve Dış Borç Faiz Ödemeleri	36
Grafik 3.	Konsolide Bütçe Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (Türkiye, % pay)	38
Grafik 4.	Fonksiyonel Dağılıma Göre Toplam Kamu Sosyal Harcama Kalemleri, (GSYİH'a Oran, 2000)	39
Grafik 5.	Kamu ve Özel Sektörün Sağlık Harcamaları	72

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ÇUŞ	Çok Uluslu Şirketler
DB	Dünya Bankası
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DTÖ	Dünya Ticaret Örgütü
GATT	Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması
GATS	Hizmet Ticareti Genel Anlaşması
GSMH	Gayri Safı Milli Hasıla
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safı Yurt İçi Hasıla
IMF	Uluslararası Para Fonu
OECD	İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
TÜSİAD	Türk Sanayici İşadamları Derneği
TTB	Türk Tabipleri Birliği
TRIPS	Ticaretle Bağlantılı Fikri mülkiyet Hakları Anlaşması
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Dünya tarihine bakıldığında sosyal-kültürel-ekonomik dönüşümlerin en belirgin ve hızlı yaşandığı zaman hiç kuşku yoktur ki 20.yüzyıldır. 19.yüzyılın sonlarında başlayan bu "büyük dönüşüm", geri dönülmesi imkânsız bir süreci başlatmıştır. Hızla ilerleyen teknoloji dünyayı daha küçük bir hale getirmiş dünya üzerindeki insan ve kültür çeşitliliği hızla yok olma eğilimine girmiştir. Kurumların, olguların hatta insanların bile metalaştığı bu büyük dönüşüm sürecinde, sağlık tanımı ve politikaları da değişime uğramıştır.

Dünya ekonomisinde ortaya çıkan hızlı dönüşüme karşın mevcut ekonomik sistemin yaşadığı krizler ekonomi politikalarının da bu krizleri aşabilmek üzere yapılandırılmasına neden olmuştur. Sermayenin birikim sürecinde karşılaştığı ve kendi varlığının neden olduğu krizi öteleyebilmesi-aşabilmesi için küresel anlamda düzenlemeler de görmek mümkündür. İşte 1980'lerden sonra kullanım dozu artan ve neo liberalizm olarak adlandırılan, temel amacı sermayenin içine girdiği krizi aşabilmek olan bu yeni yaklaşım neredeyse tüm dünyada etkili olmaya başlamıştır. Temel hedefi ekonomik ve sosyal alanlarda devleti ve devletin yapmış olduğu kamu harcamalarını mümkün olduğunca tasfiye ederek, devletin minimum düzeyde güvenlik ve kısmen adalet hizmetlerini yerine getirmesini öngörmektedir. İnsan hakları bildirgesi ile anayasal ve evrensel bir hak olarak yerini bulan kamunun yapmış olduğu doğrudan sağlık hizmeti sunumu ve dolayısıyla da sağlık harcamalarının payının azaltılması da 1980 sonrasında artan bir şekilde gündeme gelmeye başlamıştır. Devletin ve kamu harcamalarının -gelirlerinin

yeniden yapılandırılması adı altında neo liberalizm pek çok gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkede uygulama olanağına kavuşmuştur.

Türkiye'de 1980'lerle birlikte bu dönüşümden payına düşeni almış ve devletin eğitim, sağlık ve sosyal alanlardan mal ve hizmet arz eden konumdan uzaklaştırılması ile sonuçlanmıştır. Pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de kamunun sağlık harcamalarındaki artış özel sektörden hizmet satın alınmaya başlanması ile artmıştır. Kamu kaynaklarını sermayenin krizini aşmak üzere özel sektöre aktarıldığı yeni bir neo liberal uygulama imkânı bulmuştur.

Bu çalışmanın amacı; tarihsel süreci çok eskilere dayanan, fakat özellikle 1970'lerden sonra adından sıkça söz edilen kapitalizmin yeni bir formu olan "küreselleşme" olgusunun, genelde kamu harcamaları, özelde ise sağlık harcamaları üzerinde nasıl bir değişim ve etki yarattığını ortaya koymaktır. Ayrıca bu değişim ve dönüşümün, 1980 sonrası Türkiye'si kamu sektörünün sağlık alanındaki payı ve etkileri tartışılmaktadır.

Araştırmada kullanılan yöntem; İlk olarak küreselleşme kavramının tanımı ve tarihsel aşamalarından söz edilmekte ve dünya ekonomisinde ortaya çıkardığı durumlardan bahsedilmektedir. Daha sonra kamu harcamalarının süreç içindeki değişimleri ile bazı Avrupa ülkeleriyle kamu harcamaların karşılaştırılması yapılmaktadır.

Tezin temelini oluşturan ikinci bölümde, Türkiye'deki sağlık sektörü ele alınarak, neo-liberal politikaların sağlık sektörü üzerine etkisi ve 1980'li yıllardan sonraki süreçler incelenmektedir. Bu inceleme yapılırken Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Dünya Sağlık Örgütünden elde edilen veriler ile desteklenmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM
KÜRESELLEŞME VE KAMU HARCAMALARI

1.KÜRESELLEŞMENİN TANIMI VE KAPSAMI

Küreselleşme ekonomik, sosyal, siyasi ve kültürel yönleriyle çok boyutlu bir olgudur. Bu çok boyutlu olguyu incelerken özellikle ekonomik boyutu çalışmamızın odağını oluşturacaktır.

Sözcük kökeni olarak 400 yıl kadar eskiye dayanan "küresel" (global) sözcüğünün bir kavram (globalization) olarak ortaya çıkışı ilk olarak 1960'lı yıllarda görülür. 1980'li yıllarda dünyada yaşanan teknolojik gelişmeler, bilgi ekonomisinin öne çıkması ve yakın tarihte yaşanan neo-liberal politikaların yükselişi gibi olayların sonucunda sıkça sözü edilen bu kavram, tam olarak 1990'larda bilimsel alanda da kabul edilip tartışılan kilit konulardan birisi haline geldi. Ancak şimdiye kadar küreselleşme ya da başka bir deyişle uluslararasılaşma etrafında seyreden hiçbir tartışmada teorisyenler veya uygulamacılar arasında uzlaşım sağlanamadı.[1]

Globalleşme söylemlerinin gündemi sürekli meşgul ettiği dönemin başlangıcı olarak bir tarih almak gerekirse, Sovyetler Birliği'nin yıkılışıyla dünyanın tek kutup etrafında şekillenmeye başladığı 1990'lı yıllar bunun için uygundur. Ancak globalleşme, bir tarihsel süreç olarak ele alınması gereken bir kavramdır. 1980'lerden sonra akademik çözümlemeler amacıyla literatüre girmiş olsa da, son yirmi-otuz yıl içinde doğmuş bir olgu değildir. Son yıllarda,

[1]Lubber Ruud, "The Dynamic of Globalization", http://www.xs4all.nl/~koorevaa/html/dynamic.html. Erişim Tarihi: (13.10.2005)

globalleşmeden bu kadar yoğun bahsedilmesinin en önemli nedenlerinden biri olarak bilişim ve iletişim alanlarında hızla gelişen teknolojik devrimin sonucuymuş gibi gözüken "yeni dünya düzeni" kavramı kabul edilse de, böylesine kısıtlı bir bakış açısı globalleşmenin tarihten koparılarak yüzeysel algılanmasına yol açabilir. Oysaki bugün globalleşme olarak tanımladığımız süreç, 500 yıldan bu yana kapitalizmin gelişmesine paralel bir biçimde dünyaya yerleşmiştir. Kapitalizmin ortaya çıktığı ilk dönemlerden başlayarak sermaye, sınır tanımaz niteliği gereği, global bir sistem yaratmaya eğilimlidir. Globalleşme olarak isimlendirilen yeni dünya düzeni "sürekli bir dengesizlikler süreci ve kriz atmosferi olan kapitalist sistemin"[2] yirminci yüzyılın son çeyreğinde yaşadığı krizden kurtulmak için yeniden yapılandığı bir çıkış noktasıdır. Bilişim ve teknolojide yirminci yüzyılda yaşanan ve devrimsel olarak nitelendirilen patlama da kapitalizmin kendini yeniden üretebileceği bir araçtır. Bu nedenle kapitalizmin tarih boyunca geçirdiği evrelerden bağımsız olarak globalleşme sürecinin kavranması mümkün değildir.[3]

2.KÜRESELLEŞMENİN TARİHSEL AŞAMALARI

Kapitalizmin tarihini incelediğinde küreselleşme olgusunun tarihsel gelişiminin 3 başlık altında toplanması mümkündür.

2.1. Birinci Küreselleşme Dalgası:

Küreselleşmenin ilk tohumlarının Batı'nın denizler ötesi keşiflere girişmesi ile birlikte 1490 yılında atıldığını kabul edilir. 18. yüzyılda bile devam eden bu yayılmanın başlamasına olanak veren teknoloji ve denizcilikteki gelişmelerdir. Bu dönemin öncü devleti ise Hollanda'dır.

Batılı ülkelerin kullandığı yöntem, kâşiflerin ardından, üstün silah teknolojisinin yardımıyla askerî işgali devreye sokmaktı. Bu işgaller sırasında yapılan değerli maden yağması ve katliamları kendi halkları gözünde haklı

---

[2] Etyen Mahçupyan, "Devlet,Liberalizm ve Kapitalizm", **Doğu-Batı Dergisi**,Sayı:1 (1997) s.23
[3] Y.Faruk Şen, **Globalleşme Sürecinde Milliyetçilik Trendleri ve Ulus Devlet,** 1.Baskı, Ankara, Yargı Yayınevi, 2004, s.124.

gösterebilmek için Batılı ülkeler bu "putperest" topraklara "Hıristiyanlık değerlerini taşıdıklarını" söylediler.

Bu yayılmayı doğuran gereksinme, Batı Avrupa'da oluşma kıpırtıları yeni başlayan Mutlakiyetçi Monarşi'nin denizaşırı ülkelerdeki değerli madenlere (altın vs.) ve mallara (baharat vs.) el koyma isteğiydi. Bu, 16-18. yüzyıllarda doruğuna ulaşacak olan Merkantilizm politikasının da başlangıcını oluşturur.

Sonuç, ulusal devleti güçlendirecek olan kolonilerin (sömürge imparatorluklarının) kurulması, yani Batı'nın o zamana kadar ulaşmadığı denizaşırı ülkelere siyasal, askerî ve ticarî etkisini yayması olmuştur.[4]

2.2. İkinci Küreselleşme Dalgası:

Batı'nın ikinci yayılması 1870'den sonra başladı ve deyim yerindeyse 1890'larda sanayi devrinin etkisi ile kurumsallaştı.

Sanayi Devrimi, buhar makinesinin 18. yüzyıl sonunda İngiltere'de sanayide uygulanması ve kol gücünün ikamesiyle başlamıştı. Devrim, buhar makinesinin demiryollarında ve denizyollarında uygulamaya girmesiyle 19. yüzyılın ortasında dünya pazarının oluşmasını sağladı. Telgrafın devreye girmesi ve fotoğraf, haberleşmenin hızlanmasını ve haber malzemesinin zenginleşmesini sağlayan yeni buluşlar oldu. İngiltere bunlara öncülük etmekle kalmadı, aynı zamanda bunları sanayisinde uygulayarak sanayi devrimiyle olanaklı hale gelen yeni araçları da üretti.

Bu ikinci yayılmayı doğuran gereksinmeler de sanayi devriminin sonuçlarından çıktı ve dolayısıyla da birincisindekine oranla çok daha çeşitli, belirgin ve önemliydi. Bu yayılma "Avrupa'nın içinden gelen yeni ve belirli ekonomik ve malî baskılara bir cevap" oldu.

---

[4] Baskın Oran, **Küreselleşme ve Azınlıklar**, 3.Baskı, Ankara, İmaj Yayınları, 2000, s: 4 -5

Bu gereksinmeleri şöyle özetleyebiliriz:

- Metropol sanayilerine ucuz ve sürekli hammadde akışı sağlamak,
- Beliren fazla üretimi satacak yeni pazarlar bulmak,
- Sermayenin marjinal verimliliğinin metropollerde çok azalışı nedeniyle sermaye ihraç etmek
- Fazla nüfusu akıtmak. [5]

Dolayısıyla, kıyasıya bir uluslararası rekabet başladı. Bu, kâr marjlarını düşürdü. Ulusal burjuvaziler dış rekabetin sınırlanmasını istemeye başladılar. Fakat bu yapıldığı takdirde toplam dünya ticareti düşecekti. Bu çözümü zor sorunun bir tek çıkar yolu vardı: Dünyanın o zamana kadar uluslararası siyasal ve ekonomik ilişkilere yeterince açılmamış yerlerini açmak. Bu başlangıçta sorun çıkarmadı. Çünkü Batı dünyasının deyimiyle "uluslararası ticarete açılacak", bir başka deyimiyle “sömürgeleştirilecek” boş topraklar bulunuyordu ve Avrupa'daki ekonomik sorunlar bu yolla çözülebirdi.

İngiltere 17. yüzyıldan itibaren, daha sanayi kapitalizmine geçmeden önce, adım adım dünyanın çeşitli yerlerinde fetihler yapıp bir imparatorluk kurmaya başlamıştı. Ticari kapitalizm dönemindeki bu fetihler, kendi insanlarının katıldığı coğrafi keşiflerle birlikte gitti. Avustralya, Yeni Zelanda gibi bakir topraklarda, Kuzey Amerika'da yerleşmeler yetmedi; Afrika'da, Pasifik Adaları'nda ve 'Taç'taki Pırlanta' Hindistan'da kurduğu sömürgelerle “Üzerinde Güneş Batmayan İmparatorluk” boyutuna geldi.

Bu geniş coğrafi alana yayılan imparatorluk rakipsiz biçimde ucuz hammadde kaynaklarına, ucuz iş gücüne ve ucuz gıda maddelerine ulaşmak demekti. İkinci küreselleşme dalgasının da öncü devleti, bu sayılan özelliklerden dolayı İngiltere olmuştur.[6]

---

[5] Baskın Oran, a.g.e. ss.5-6.

[6] Gülten Kazgan, **Küreselleşme ve Ulus Devlet,** Genişletilmiş 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2000, ss.25-27.

Yukarıda bahsettiğimiz gelişmeleri özetleyecek olursak: 19. yüzyıl sonunda kapitalizm yeniden yapılanma zorunluluğuyla karşı karşıya kalmıştı ve İkinci yayılma dalgası bunu sağlayarak, sistemin kendini yeniden üretmesine olanak tanıdı.

Sonuçta, ikinci Batı yayılması olan Emperyalizm bu denizaşırı topraklara güçlü biçimde yerleşerek, birinci küreselleşmenin aksine kendi altyapısını çok köklü biçimde aşıladı. Buraların ekonomisi metropol ekonomisine eklemlendi. Yani, çoğu feodal dönemi bile yaşamamış olan topraklarda dünya kapitalist sistemi egemen oldu. Doğal olarak, bu da arkasından Batı'nın üstyapısını sürükledi. Buralara, yama biçiminde de olsa, Batı kültürü yayılmaya başladı. Misyonerlerin başlattığı ve sömürgeci devletin sürdürdüğü Batıcı eğitim de bunu perçinledi.[7]

2.3. Üçüncü Küreselleşme Dalgası:

1914 yılında başlayan Birinci Dünya Savaşı ile sona eren ikinci küreselleşme evresi; Sovyet Devrimi, ardından yaşanan 1929 Büyük Buhran ve İkinci Dünya Savaşı ile birlikte dünya ekonomisi,1945 yılına kadar bir içe kapanma evresi yaşamıştır. Bu dönem küreselleşmenin kesintiye uğradığı dönem olarak kabul görmektedir.

Küreselleşmenin üçüncü evresi İkinci Dünya Savaşı sonrası başlamış ve 1980'li yıllardan itibaren hız kazanmıştır. Üçüncü küreselleşme evresinin öncüsü, savaştan en az zararla çıkan Amerika Birleşik Devletleri (ABD) olmuştur. ABD'li bilim adamları savaş sonrası üçüncü küreselleşme evresinin teorik altyapısını oluştururken, teknolojik gelişme, iletişim, her alanda büyük üretim artışı ve büyük altın stokları sayesinde ABD Dolarının dünyada en geçerli para olması, ABD'yi üçüncü küreselleşme evresinin öncüsü yapmıştır.

[7] Baskın Oran, a.g.e. s.7.

II. Dünya Savaşı sonrasında dünya ekonomisi doğu ve batı şeklinde parçalanmış ve entegre olmamış bloklara bölünmüştür. 1950 ve 1960'lı yıllarda, ekonomik yapıda uluslararasılaşmaysa gidilmeye başlanmış, savaş sonrasında uluslararası ticaretin serbestleştirilmesi ve yatırımların kolaylaştırılması doğrultusunda Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması (GATT), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası (DB) kurulmuş, Avrupa Birliği'nin (AB) temelleri atılmış, ABD'nin "açık kapı" politikası çerçevesinde devletler finansal ve ticari ilişki kurmaya başlamış, doğrudan sermaye yatırımları artmış, yerel pazarda ortaya çıkan durgunluk sonucunda dış pazara yönelim başlamıştır.[8]

1950'li yıllardan itibaren Soğuk Savaş'ın dünyayı ikiye bölmesiyle ABD birinci küreselleşme evresinde İngiltere'nin sahip olduğu bütün koşullara sahip olmasına rağmen, bu dönemde serbest piyasanın kendisine sağlayacağı avantajlardan pek yararlanamamıştır. Bu dönemde Merkezi Planlı ekonomilerin sağladığı başarılar küreselleşmeyi geciktiren etmenlerden biri olmuştur.

Özellikle 1960'lı yılların ortasından itibaren artmaya başlayan doğrudan yabancı yatırımlarla gelişen küreselleşme ve Çok Uluslu Şirketlerin (ÇUŞ) artan gücü ulusal egemenlik ve yerel endüstriler için tehdit oluşturmaya başlamıştır.

1970'li yıllara gelindiğinde, çok ciddi ekonomik olaylar yaşanmıştır. Bir yandan 1971-73 yılları arasında Bretton Woods sistemi (sabit kur) çökerken ABD doları dalgalanmaya bırakılmış; 1973-74 ve 1979-80'de iki petrol şoku yaşanmıştır. Diğer yandan üretim teknolojisinde kazanılan ivme uluslararası rekabeti bozmuştur.

1970-1980 arası dönem büyümenin en az olduğu dönemdir. Dünya çapında üretim aynılaşmaya başlarken, şirketlerarası rekabet içerde ve

[8] Nilüfer Bozkurt, "Globalleşme ve Devlet", **İktisat Dergisi**, Eylül 1998, s.49.

dışarıda kızışıp finans pazarı yerküre haline gelmiş; kapitalizm, kendi sürekliliği içerisinde bir "yeniden yapılanma" sürecine girmiştir.[9]

1980'li yıllardan itibaren bilgi işlem, iletişim, telekomünikasyon teknolojilerindeki gelişmelerle birlikte üçüncü küreselleşme evresi hız kazanmıştır. Özellikle 1970'lerin istikrarsız ortamından çıkmak isteyen gelişmekte olan ülkelere IMF ve Dünya Bankası aracılığıyla önerilen ekonomik istikrar ve yapısal uyum programları küreselleşmenin etkinliğini artırmıştır. IMF ve Dünya Bankası'nın önerdiği istikrar ve yapısal uyum programları bütün ülkelerde ortak amaçları hedeflemiştir. Serbest piyasa ekonomisi çerçevesinde dışa açık ekonomik gelişmenin gereği olarak, ticari liberalleşme, esnek çalışma ve ücretlerin denetimi, finansal liberalleşme, kamu işletmelerinin özelleştirilmesi, devletin ekonomik olarak küçültülmesinin yanı sıra, daraltıcı para ve maliye politikaları ile sosyal harcamaların azaltılması temel hedefler arasındadır. Bu dönemde Latin Amerika, Güney Sahra Afrika'sı ile aralarında Türkiye'nin de bulunduğu birçok gelişmekte olan ülke IMF ve Dünya Bankası güdümünde yeni liberal ekonomik programları hızla uygulamaya koymuşlardır.

Küreselleşmenin etkisiyle 1980'li yıllardan itibaren dünya ekonominde büyük bir büyüme yaşanmıştır. Bu dönemde dünya ticaret hacmi hızla büyümüş, çok uluslu şirketler aracılığıyla doğrudan yabancı yatırımlar büyük hacimlere ulaşmış ve sermaye hareketlerinin sınırsız hareketliliğe sahip olmasıyla dünya ekonomisi hızla küreselleşmiştir. 1980'li yıllardan itibaren doğrudan yabancı yatırımlar daha çok sanayileşmiş ülkeler ve bölgesel bloklar öncelikli yapılırken, daha sonra ucuz emek maliyetleri nedeniyle gelişmekte olan ülkelere kaymış ve bir çok gelişmekte olan ülke küresel entegrasyona dahil olmuştur.[10]

Bu üç evredeki ekonomik durumdan bahsedecek olursak; iktisadi büyüme üzerine olan etkilerinin, birbirinden peş peşe kopuşlar sergileyen

[9] Nilüfer Bozkurt;a.g.e. s.50.
[10] Lance Taylor, "The Revival of the Liberal Creed-The IMF and World Bank in a Globalized Economy", **World Development**, Vol.25, No:2, 1997, s.145

sıçramalar şeklinde olduğu görülmektedir. Örneğin, 1800'lerin başına kadar neredeyse sabit olan ve ancak geçimlik düzeyde bir gelir sağlayan büyüme oranları, 19. yüzyıl boyunca ivmeler göstermiş ve %2'lik hadlerinden, 20. yüzyılın ikinci yarısında %3'ün üzerine taşmıştır. Bu süreçte dünya kapitalizminin lideri konumundaki ülkenin elde ettiği büyüme oranının her defasında bir öncekinden daha yüksek olduğu görülmektedir. Örneğin dünya kapitalizminin 1580-1820 arasında önderi konumunda olan Hollanda'nın büyüme hızı %0.2 iken, ikinci evredeki önder İngiltere'nin yaşadığı büyüme hızı %1.2'dir. 1890'dan başlayarak dünya kapitalizminin hegemonik gücü haline dönüşen ABD 1890-1990 arasında yıllık ortalama %2.2 oranında büyüme göstermiştir. [11]

Hızlı bir şekilde yaşanan bu sanayileşme evresinin bir diğer boyutunun ise bugün "Üçüncü Dünya" diye adlandırdığımız ülkeler açısından bir "sanayisizleştirme" ve "geri bıraktırma" olgusu ile paralellik gösterdiğidir. Örneğin, bu sürece koşut olarak 18. yüzyıla değin dünya tekstil imalatında lider konumunda olan Hindistan, 19. yüzyıl başlarında tekstil ihtiyacının %70'ini ithal eden ve karşılığında ham pamuk ihracatı yapan bir çevre ekonomisine dönüşmüştür. Dolayısıyla 19. yüzyılın ikinci küreselleşme dalgası, uluslararasında görece olarak eşit dağıtılmış olan bir dünya ekonomisinden hareket etmiş ve ortalama olarak geçimlik düzeyde sürdürülen iktisadi faaliyetleri hızla geliştirerek 20. yüzyıla gelir eşitsizliklerinin artmış olduğu bir dünyayı miras bırakmıştır. İkinci küreselleşme dalgası ise, bir anlamda, bu eşitsizlik üzerine inşa edilmiş, ve kalkınma ve azgelişmişlik ideolojisinin bir uzantısını oluşturmuştur.[12]

---

[11] Erinç Yeldan, **Küreselleşme Sürecinde Türkiye Ekonomisi,** 10. Baskı, İstanbul, İletişim Yayınları, s.15

[12] Erinç Yeldan, a.g.e. s.16

Tablo 1. Üç Küreselleşme Dalgası

ÜÇ KÜRESELLEŞME DALGASI		YÖNTEM	HAKLI GÖSTERİŞ	SONUÇ
Birinci Küreselleşme	Denizcilikte Gelişmeler, Merkantalizm	Önce Keşifler, *Sonra Askeri İşgal*	Putperestlere *Tanrı' nın Dinini* Götürme	**SÖMÜRGECİLİK**
İkinci Küreselleşme	Sanayileşme ve Doğurduğu Gereksinimler	Önce Misyonerler, Sonra Kaşifler, Sonra Ticaret Şirketleri, *En Son İşgal*	"Beyaz Adamın Yükü" "Uygarlaştırıcı Görev""Irkçı Teoriler"	**EMPERYALİZM**
Üçüncü Küreselleşme	1970'lerde *ÇUŞ*,80'lerde *İletişim Devrimi*,90'larda *Batının Rakibinin Ortadan Kalkması.*	Kültürel-Ideolojik Etki (böylece ülkenin her yanı - ekonomik, siyasal, sosyal- kendiliğin-den etkileniyor	"En Yüksek Uygarlık Düzeyi", "Uluslararası Topluluğun idaresi" "Piyasanın Gizli Eli", "Globalleşme Herkesin Çıkarınadır"	**GLOBALLEŞME**

Kaynak: Baskın Oran, **Küreselleşme ve Azınlıklar**, 3.Baskı, Ankara, İmaj Yayınları, 2000, ss: 4 -5

3. KÜRESELLEŞMEYE YÖNELİK GÜNÜMÜZDEKİ YAKLAŞIMLAR

Küreselleşmenin tarihsel gelişiminden bahsettikten sonra günümüzde küreselleşmeye yönelik yaklaşımları Held, McGrew, Goldblatt ve Perraton'ı izleyerek, "*aşırı küreselleşmeciler*" (hyperglobalist), "*kuşkucular*" (skeptical) ve "*dönüşümcüler*" (transformationalist) şeklinde üçlü bir sınıflandırmaya tabi tutmak mümkün olmaktadır.[13]

[13]David Held and Anthony McGrew, David Goldblatt and Jonathan Perraton, **Global Transformations: Politics, Economics and Cultures,** Cambridge Polity Press, 1999, s. 2-10.

3.1. Aşırı Küreselleşmeciler:

Bu gruptan radikaller diye de bahsedilmektedir. Bu görüşü savunanlara göre endüstri uygarlığının bir ürünü olan ulus devlet, küreselleşme sürecine paralel olarak önemini yitirmiştir. Artık küresel piyasa, politikanın yerini almaktadır; Politikalar yerel ya da ulusal ölçekte hala etkili olsalar bile, küresel ekonominin hareketlerini etkileyebilecek güce sahip değillerdir.

Bir başka deyişle aşırı küreselleşmecilere göre, piyasalar artık devletlerden daha güçlüdür. Devletlerin otoritesindeki bu gerilemeyi ise, diğer kurumlar ile yerel/bölgesel otoritelerin artarak yaygınlaşması şeklinde görmek mümkündür. Aşırı küreselleşmeciler, dünya toplumunun, geleneksel ulus devletlerin yerini almakta olduğunu ve yeni toplumsal örgütlenme şekillerinin belirmeye başladığı düşüncesindedirler. Ancak bu grup içinde yer alanlar, homojen bir görünüm arz etmemektedirler. Örneğin neo-liberaller, devlet gücü üzerinde piyasanın ve bireysel otonominin başarısını memnuniyetle karşılarken, aynı grup içinde yer alan neo-marksistler, çağdaş küreselleşmeyi, baskıcı küresel kapitalizmin temsilcisi olarak değerlendirmektedirler. Bu ideolojik yaklaşımlardaki farklılıklara rağmen, bugün giderek artan bir biçimde bütünleşmiş küresel bir ekonominin mevcut olduğuna ilişkin düşünceyi de paylaşmaktadırlar.

Aşırı küreselleşmeciler, bu ekonomik sürecin küresel ekonomide kaybedenler ve kazananları yarattığını inanıyorlardı. Bir taraftan geleneksel merkez-çevre yapısının yerine geçen, “yeni bir küresel işbölümü” yükselirken; öte yandan da Güney ve Kuzey arasındaki “artan bir anokranizmin” mevcudiyetine dikkat çekiyorlardı. Küreselleşme, kazanan ve kaybeden arasındaki kutuplaşmayı, küresel ekonomik düzen içinde birbirine eklemlemektedir. En azından neo-liberal harekete göre, küresel ekonomik rekabetin “sıfır toplamlı” üretimde bulunması söz konusu değildir. Ekonomi içinde belli grupların durumu küresel rekabet sonunda kötüleşse bile, hemen

hemen bütün ülkelerin belli malların üretiminde karşılaştırmalı avantajı söz konusudur. Neo-Marksistler ve radikaller içinse böyle bir "iyimser yaklaşım" doğru değildir. Onlara göre küresel kapitalizm, hem uluslar arasında hem de ulusların içinde eşitsizlik yaratmaktadır. Ancak sosyal korumada geleneksel refah devleti yolunun yıpratıldığı fikrini savunmaktadırlar.[14]

Bir çok neo-liberal için küreselleşme, ilk gerçek küresel uygarlığın habercisi olarak değerlendirilmektedir. Aşırı-küreselleşmeci bakış açısına göre, küresel ekonominin yükselişi, radikal yeni dünya düzeninin bir delili olarak yorumlanabilecek, küresel düzeyde kültürel karışım, küresel yayılma ve küresel yönetişim kurumlarının doğuşu, köklü bir biçimde yeni dünya düzenin delilleri ve ulus devletin ölümü olarak yorumlanmaktadır. Artık ulusal hükümetler sınırlarını kontrol etmekte zorluk çekmeye başlamışlardır. Küresel ve bölgesel hükümetler daha büyük roller talep ederken, devletlerin otonomisi ve egemenliği de daha çok aşınmaktadır. Bunun yanında, ülkeler arasında uluslararası işbirliği kolaylaşmıştır; artan küresel iletişim altyapısı sayesinde değişik ülkelerin halkları, ortak çıkarlarını daha çok farkına varmakta ve bunun sonucunda da küresel bir uygarlığın doğuşu için ortak bir zemininin oluştuğunu iddia etmektedirler.[15]

3.2. Küreselleşme Karşıtları(Kuşkucular):

Aşırı küreselleşmecilerin tam karşısında yer alan bu grup, kuşkucular olarak da anılmaktadır. Yaşadığımız dünyada hiçbir şeyin yeni olamadığını iddia etmekte olan Kuşkucular, küreselleşmenin 19. yüzyıldaki geçmişine bakarak, o dönemde de önemli derecede para ve mal hareketinin oluşmuş olduğunu söylemektedirler. Günümüzde hala bir çok ülkenin oldukça katı bir biçimde uyguladıkları ulusal sınır kontrollerine karşılık, 19. yüzyılda insanların pasaport bile kullanmadıklarını iddia eden Kuşkucular, dünya ekonomisinde duvarların kaldırılması yönündeki günümüzde yaşanan gelişmelerin, 100 yıl öncesine benzer bir duruma geri dönüşten başka bir şey

[14] David Held and Anthony McGrew, David Goldblatt and Jonathan Perraton, a.g.e, s.2-4.
[15] Veysel Bozkurt, **Küreselleşmenin İnsani Yüzü**, 1.Baskı, İstanbul, Alfa Basım Yayımevi, 2000, s.22

olmadığını söylemektedirler. Küreselleşmenin yeni bir süreç olduğunu kabul etmeyip bu terimin son dönemlerde bu kadar popüler olmasını zamanın ideolojisi haline gelmesine bağlamışlardır. Kuşkucular için küreselleşme terimi, refah devletini yok edecek, minimal devlet ve hükümeti amaçlayan çevrelerin sık sık kullandığı basit bir terimdir. Kuşkucular; küreselleşme olgusunu başından sonuna kadar ulus-devlet lehine eleştirirken, onun yapısına ve dinamiklerine adeta savaş açmışlardır.

> *"Globalleşmiş bir dünya, her yerin pazar, her şeyin pazar için var ve de herkesin pazarda olduğu bir dünya olacaktır. Zira kapitalistin yegane hayat kaynağı artı-değerdir ve artı-değerin varlık kazanması ancak ve ancak üretimin pazar ile olan ilişkisinde mümkün olur. Kapitalistin kapitalist olarak kalması artı değere el koyduğu sürece/ölçüde mümkün olduğuna göre kapitalizmin varlıksal açıdan zorunlu yönelimi de pazar için üretimi mümkün olduğunca genişletmek, her şeyi pazar için üretilir ve/veya üretimin her türlüsünü pazar için gerçekleşir kılmak, dolayısıyla varlığını üretimden alan, üretilerek var olan, varlığında üretilmişlik payı taşıyan her şeyi pazarlık bir mal haline getirmek olacaktır. Başka bir ifadeyle kapitalizmin maksimal hedefi toplumsal yeniden üretimin tümünü, her bir an ve noktasında artı-değer de üretilebilecek bir 'pazar için üretime dönüştürmektir. Sadece sanayi tesislerini değil, aynı zamanda en temel sağlık ve eğitim hizmetlerini de kapsayan bir özelleştirme/devleti küçültme söyleminin her zaman ve her yerde 'globalleşmeci' söylemle eklemlenmiş olarak ortaya çıkması da, buradaki 'Pazar içinleştirmenin global niteliğine kanıt eden hususdur".*[16]

Bu gruba göre küreselleşme, beklenilmeyen bir şey değildir; sadece bu süreç aşırı küresellileşmeciler tarafında abartılarak bir efsane haline getirilmiştir. Dünya ekonomisi geçmişte olduğundan daha az bütünleşmiştir.

---

[16] Kadir Cangızbay, "Küreselleşme ve Kamusal Alan", **Küreselleşme Sivil Toplum ve İslam** (Der. Fuat Keyman, A. Yaşar Sarıbay),1998, Ankara, Vadi Yayınları, s.116

Bunun yanında ulusal hükümetler, uluslararasılaşmanın edilgen mağdurları değildirler.

Bunun yanında küreselleşme sürecinin karşısında gelişen bölgeselleşme, küreselleşmenin bir ara istasyonu değil, tam aksine alternatifidir. Dünya küresel bir uygarlık yerine, yeni anlayışlar çerçevesinde bölünmeye doğru gitmektedir. Küreselleşme, bir bütünleşmeyi değil, farklı kültürler, farklı uygarlıklar ya da bölgeler arasında yeni çatışmaları beraberinde getirecektir. Yine bu grup, dünya ekonomisi içerisindeki eşitsizliğe dikkat çekerek, bunun dünyada küresel bir uygarlığın doğuşundan ziyade, köktendinciliğin ya da saldırgan milliyetçiliğin doğuşuna yol açacağını savunmuştur.

Ayrıca kuşkucuların iddiası, küreselleşme sürecinin ekonomik ya da teknolojik gelişmelerin sonucunda ortaya çıkan bir olgu olmaktan ziyade, bir ideolojik tutum olduğudur.

3.3. Dönüşümcüler:

Giddens'ın da dahil olduğu ve "dönüşümcüler" diye nitelendirilen üçüncü grup, küreselleşmeyi modern toplumları ve dünya düzenini yeniden şekillendiren hızlı sosyal, siyasal ve ekonomik değişmelerin arkasındaki ana siyasal güç olarak görmektedir. Dönüşümcüler, ulusal hükümetlerin otoritelerini ve güçlerini yeniden yapılandırdığını kabul ettiği halde, hem aşırı küreselleşmecilerin "egemen ulus devletin sonunun geldiği" iddialarını, hem de küreselleşme karşıtı kuşkucularının "hiçbir şey değişmedi" tezini reddetmektedirler.[17]

Dönüşümcüler, küreselleşme konusunda, kuşkuculardan daha ziyade, radikallere yakın durmaktadırlar.

[17] Veysel Bozkurt,a.g.e., s. 27

Tablo 2. Küreselleşmenin Kavramlaştırılmasında Üç Eğilim

	Aşırı Küreselleşmeciler	***Kuşkucular***	***Dönüşümcüler***
Yeni olan ne?	Küresel bir çağ	Ticaret blokları Geçmiş dönemlerden daha zayıf jeo-yönetişim (geogovernance)	Tarihsel olarak eşi görülmedik düzeyde küresel karşılıklı bağlılık
Hâkim özellikler	Küresel kapitalizm Küresel yönetişim Küresel sivil toplum	Dünya 1890'larda olduğundan daha az karşılıklı bağlı.	Yoğun ve derin (thick) küreselleşme.
Ulusal hükümetlerin gücü	Geriliyor ve aşınıyor	Güçleniyor ve çoğalıyor	Yeniden inşa ediliyor Yeniden yapılanıyor.
Küreselleşmenin itici gücü	Kapitalizm ve teknoloji	Devlet ve piyasalar	Modernitenin birleştirici güçleri
Tabakalaşma kalıpları	Eski hiyerarşilerin aşınması	Giderek artan bir şekilde Güney'in marjinalleşmesi	Dünya düzeninin yeni mimarisi
Hakim motif	McDonalds, Madonna, vs.	Ulusal çıkar	Siyasal topluluğun transformasyonu
Küreselleşmenin kavramlaştırılması	İnsani eylemin çerçevesinin yeniden düzenlenmesiyle	Uluslararasılaşma ve bölgeselleşme..	Belli bir mesafedeki eylemlerin ve bölgeler arası ilişkilerin yeniden düzenlenmesiyle
Tarihsel yörünge	Küresel Uygarlık	Bölgesel bloklar Uygarlıklar çatışması	Karşılıklı bağımlılık: küresel bütünleşme ve parçalanma
Özet	Ulus devletin sonu	Uluslararasılaşma devletin kabulü ve desteğine bağlı	Küreselleşme devletin gücünü ve dünya siyasetini dönüştürüyor.

Kaynak: David Held &Anthony McGrew, **Global Transformations- Politics, Economics and Culture**, "Global Transformations: Politics, Economics and Cultures", Cambridge Polity Press, 1999, s. 10

4. KÜRESELLEŞME SÜRECİNİN DÜNYA EKONOMİSİNE ETKİLERİ

4.1. Keynesyen Refah Devletinden Neo-Liberal Devlete

1929 yılındaki Büyük Buhran ile birlikte klasik iktisatçıların serbest piyasa görüşleri bu büyük krizi aşmaya yeterli olmadı. Keynes'in ileri sürdüğü devlet müdahalesi eşliğinde serbest piyasa modeli, krizden çıkışa yardımcı olunca, tüm dünyada Klasik İktisat yerini Keynesyen İktisada bıraktı. Liberalizmin sınırlı sorumlu devlet anlayışı yerine refah devlet'i uygulamaları başladı. Keynesyen sosyal devletin temel görevleri elindeki para ve maliye politikası araçları ile; ekonomide kaynak kullanımında etkinliği sağlamak, ekonomide iç ve dış dengeyi sağlamak ve gelir dağılımındaki eşitsizlikleri gidermektir. Müdahaleci liberalizm anlayışıyla krizden çıkan dünya ekonomisi, 1970'lerin ortasına kadar rahat bir dönem geçirmiştir.1945 -1970 arasındaki süreç kapitalizmin "*altın çağı"*[18] olarak da nitelendirilir. 2. Dünya Savaşı sonrası kapitalizme altın çağını yaşatan bu dönemin başarısında kapitalist sistem tarafından üretilen dinamikler vardır. Savaş ekonomisinden çıkış nedeni ile dünya üzerinde büyük bir mal ve hizmet talebi fazlası oluşmuştur. Otomotiv sektörü ve dayanıklı tüketim malları sektöründeki talep fazlalıkları üretim sektörünün canlanmasını sağlamış ve savaş sonrası gelişmiş ülkelerin rahat bir ekonomiye tekrar kavuşmalarına neden olmuştur. BU dönemde OECD ülkelerinde GSMH yılda ortalama % 5 civarında büyümüş ve kişi başına GSMH % 4'e yakın artmıştır ve Üçüncü Dünya ülkelerindeki üretim OECD ülkelerine kıyasla daha fazla büyümüş Üçüncü Dünya ülkelerinin en başarılı on beşinde bu rakam % 6 olmuştur.[19]

Ancak 1970'lere gelindiğinde, bu sefer, sistem içinde kapitalizme başarı sağlayan koşullar tersine dönmüş ve sistemin çöküşüne neden olmuştur. Gelişmiş ülkelerde toplam talep azalmaya başlamış, ülke pazarları

[18] Erinç Yeldan, "Neoliberal Küreselleşme İdeolojisinin Kalkınma Söylemi Üzerine Değerlendirmeler", **Praksis,** 7.Sayı,(2002 Güz), s.2

[19] Fikret Şenses, **Kalkınma İktisadı Yükselişi ve Gerilemesi**, 1.Baskı, İstanbul, İletişim Yayınları, 1996, ss.60-61.

ulusal sınırlara ulaşmış şirket karları azalmıştır, bunun yanında refah devleti uygulamaları nedeniyle artan ücretler şirket karlarını düşüren diğer bir neden olmuştur. Gelişmiş ülkelerin kendi içlerinde yaşadıkları, fazla üretim eksik talep krizine, dünya petrol fiyatlarındaki artış da eklenince krizin boyutları daha da derinleşmiştir. Petrol fiyatlarındaki hızlı artış krizin merkez ülkelerden çıkıp çevre ülkelere de yansımasına neden olmuştur. Ekonomilerde hem işsizlik hem de enflasyon bir arada yaşanmıştır.[20]

1970'lerde yaşanmaya başlanan krizle eş zamanlı olarak, merkez ülkelerde klasik liberalizmi savunan okullar ve kişiler önem kazanmaya başlamıştır. Bunlar: "Friedrick von Hayek'in kurucusu olduğu Neo-Avusturya Okulu, Milton Friedman'ın liderliğini yaptığı Chicago İktisat Okulu, James M. Buchanan'ın liderliğini yaptığı Virginia Politik İktisat Okulu liberalizmin gün ışığına çıkmasında önemli rol oynadılar."[21] Keynesyen ekonominin başarısızlığı üzerine, krizden çıkış için yeni politikalar üreten klasik iktisatçılar ve okulları, tüm dünyada 'yeni sağ' akımının (neo-liberal iktisadın) etkili olmasını sağladılar.

Neo – liberal siyasetin savunucuları krize neden olan argümanlarını açıklayarak yeni politikalarını belirlemişlerdir. Bu teze göre krizin nedeni refah devleti uygulamalarıdır. Refah devleti uygulamaları ile kamu kesimi, bütçe açıkları vermekte ve bu da zincirleme bir etki ile tüm ekonomik göstergelerin bozulmasına sebep olmakta idi. Bu durum karşısında neo-liberal politikaların çözümü, denk bütçe oluşturmak için kamu harcamalarının kısılmasıdır. Özellikle Hayek ve Friedman krizden çıkış için devletin ekonomi ve toplum üzerindeki etkisinin azaltılmasını savunmuşlardır. Krizin bir nedeni de ulusal piyasaların hareket serbestliğinin olmaması olarak belirtilmiştir. Bu nedenle, ulusal piyasaların uluslararası piyasalarla eklemlenmesini sağlamak için deregülasyon (yasal ve kurumsal serbestleşme) politikaları uygulamaya konulmuştur.

[20] Bengü Erdem, "Neoliberal Ekonomi Politikalarının Eğitim Üzerine Etkileri"(Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2003), ss.33-35
[21] Coşkun Can Aktan, **Gerçek Liberalizm Nedir?,**1.Baskı, T Yayınları, İstanbul,1994, s.27.

4.2. ABD VE İngiltere'de Liberal Hükümetlerin İktidara Gelmesi

1980'lerde neo-liberal politikaları uygulan hükümetler dünya çapında iktidara gelmeye başladılar. ABD'de Reagan, İngiltere'de Theatcher, Almanya'da Kohl, Türkiye'de Özal hükümetleri buna örnek olarak gösterilebilir. İzlenen politikalar, *Reaganeconomics* ve *Thatcherism* olarak adlandırılır ve orta ve alt sınıfların iktisadî ve sosyal şartlarını ağırlaştırır.[22] K*üreselleşme* denen sürecin derinleşmesine katkıda bulunur. Reaganın siyaseti, devletçi ekonomilerin yönlendirdiği etkiyi azaltmayı, refaha yönelik politikaları kısıtlamayı öngörmektedir. *Thatcherism* özelleştirmeye yüksek düzeyde prim vermiş, daha esnek emek piyasası yaratmaya önem vermiş ve özellikle alt düzeydeki grupların durumunu daha da kötüleştirecek yeni vergiler koymuştur.[23] Thatcher'ın 1979-92 döneminde izlediği bu politikalar, en zengin yüzde 20'lik dilimin toplam gelirden aldığı payın yüzde 35'den yüzde 43'e yükselmesi, buna mukabil yüzde 60'ı oluşturan orta ve alt sınıfların toplam gelirden aldığı payın yüzde 42'den yüzde 34'e düşmesi sonucunu doğurmuştur.[24]

4.3. IMF, Dünya Bankası ve DTÖ'nün Sürece Etkileri

Neoliberal dalganın yükselmesi sürecine katkı yapan bir diğer gelişmeyse, merkezin güçlü ülkelerindeki bu iktidar değişimi ile eşzamanlı olarak, faiz oranlarının yükselmesidir. Bu gelişme, daha önce de ifade edildiği gibi, çevre ülkelerinin önemli bir bölümünü borçlarını ödeyemez duruma düşürür ve erteleme talebinde bulunmaya mecbur eder. Alacaklılar yani *merkez* ülkeler, çevre'den gelen borç erteleme talebini, ekonomilerini dışa açmaları ve ihracata yönelmeleri *(yapısal dönüşüm programı* uygulamaları) şartı ile kabul eder.[25] 1945 yılında kurulan ülkelerin kısa vadeli döviz problemlerini gidermek için kurulan IMF (Internatıonal Moneytary Fund) ve

---

[22] Samir Amin, Noam Chomsky, Andre Gunder Frank, **Düşük Yoğunluklu Demokrasi,** çev. Ahmet Fethi, 1994, İstanbul, Alan Yayıncılık, s.69
[23] Fuat Ercan, **Modernizm,Kapitalizm ve Azgelişmişlik**, 2. Baskı, Bağlam Yayınevi, İstanbul, 2001, s.115
[24] Taner Timur, **Küreselleşme ve Demokrasi Krizi,** 1.Baskı, İmge Yayınları, Ankara, 1996, s.382
[25] M.Keml Aydın, **Sermayenin Küreselleşmesi**, 1.Baskı, Değişim Yayınları, 2003, İstanbul, s. 63

İkinci Dünya Savaşından sonra Avrupa ülkelerinin yeniden inşası ve kalkınma süreçlerine yardımcı olmak amacı ile kurulan Dünya Bankası (World Bank) 1980'li yıllardan sonra neo-liberal politikaları - ticari liberalleşme, esnek çalışma ve ücretlerin denetimi, finansal liberalleşme, kamu işletmelerinin özelleştirilmesi, devletin ekonomik olarak küçültülmesinin yanı sıra, daraltıcı para ve maliye politikaları ile sosyal harcamaların azaltılması- çevre ülkelere dayatmak suretiyle dönüşüme uğrattı. 1993 yılında sonuçlanan yedi yıllık uzun Uruguay müzakere sürecinin bir ürünü olarak 1995 yılında kurulan Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) de neo-liberal küresel düzenin kurumsal yapısının temel taşlarından birini oluşturdu. DTÖ, bazı önemli alanlarda azgelişmiş ülkelerin hareket alanını kısıtlayıcı yeni denetim mekanizmalarının gündeme gelmesinde önemli bir rol üstlendi. Kamuoyunun dikkatlerini diğer iki kurum kadar çekmese de DTÖ, liberalleşme eğilimini mal ticaretinin ötesinde hizmet ticaretine ve dış ticaretle ilgili olarak fikrî mülkiyet hakları ve yatırım alanlarına doğru genişletme açısından etkili bir güç olarak ortaya çıktı.

Kuruluşundan bu yana kısa bir süre geçmesine karşın DTÖ şimdiden, Dünya Bankası ve IMF ile aynı amaçlar doğrultusunda hareket edeceğinin işaretlerini vermeye başladı. DTÖ, azgelişmiş ülkelerin dış ticarete, yabancı sermaye yatırımları ve teknoloji akımlarına daha açık bir hale gelmelerini sağlayarak, çokuluslu şirketlerin hareket alanındaki engelleri kaldırarak, emek ve çevre standartları ve rekabet politikası gibi konuların bu çerçevede gündeme gelmesine yol açarak bu ülkelerin devlet müdahale alanını özellikle sanayileşme politikası açısından önemli ölçüde daraltan bir işleve sahip olduğunu kanıtladı.[26]

4.4. Çok Uluslu Şirketlerin Sürece Eklemlenmesi

Bu serbestleşme sürecinde özellikle sermayenin önündeki engellerin kaldırılması ile küresel pazarda Çok Uluslu Şirketlerin (ÇUŞ) ağırlığı oldukça artmayla başladı. Öyle ki 1970'li yıllarda birkaç yüzü geçmeyen ÇUŞ'ların

[26] Fikret Şenses, "Neoliberal Küreselleşme Kalkınma için Bir Fırsat mı, Engel mi?",**Economic Research Center Working Paper in Economics,** August-2004, ss.3-4.

sayıları, 2000'li yıllara gelindiğinde 40.000'i aşmıştır. Dünya üzerindeki belli başlı 200 şirketin global cirosu, tüm dünyadaki ekonomik faaliyetlerin % 25'inden fazlasını oluşturmaktadır.[27] ÇUŞ'ların var olmalarının temel nedenini küresel iletişim ile üretim ve dağılımda, rekabette avantaj elde etmektir. Rekabette avantajlar ise dış faaliyetlerin yatay ve dikey alanlarda artması ile olmaktadır. Bir çok ÇUŞ, dikey (vertical) entegrasyon ile yabancı piyasalarda sıkça olan kusurları önlemek ve yabancı ülkeden hammadde ile ana mal üretimlerinin tedariklerinde başarı sağlayabilmektedir. Böylece, onlar daha iyi dağıtım ve hizmet için iletişimi gerçekleştirebilmektedirler. Yatay entegrasyon ile ÇUŞ'lar onların tekelci güçlerini koruyarak, üretimlerinin yerel koşullarda beğenilmesini sağlamak ve üretim kalitesinde daha tutarlı olmasını gerçekleştirmeyi hedeflemektedirler.[28] ÇUŞ'ların faaliyetlerini ülke dışına kaydırmalarının genel ve özel olmak üzere ilgi alanına göre değişmesi mümkündür. Ancak ÇUŞ niteliğine sahip bir şirketin üretim faaliyetlerini yabancı ülkelere yönlendirmesinin başka nedenleri de bulunmaktadır.

Bu nedenlerden bazıları şunlardır:[29]

I. Üretim yerindeki pazarların yetersiz olması, mal veya hizmete olan talebin doymuşluğu.

II. Büyük ölçekte üretim kapasitesine sahip olmak ve bunu uluslararası alanda gerçekleştirebilmek için rekabette avantajlı olabileceği yerlerde üretimde bulunarak pazarı büyütmek ve diğer pazarlara girişte üstünlük sağlamak.

III. Kendi ülkesindeki vergi, ücret, sosyal haklar gibi maliyet arttırıcı faktörlerin rekabette dezavantaj oluşturması.

---

[27] Ignacio Rambert, "Globaliter Rejimler, Başka Türlü Totalitarizm", **İTÜ Vakıf Dergisi**, Haziran 1999, Sayı: 29, s.27

[28] Dominick Salvatore, **International Economics**, Sixth Edition, Prentice Hall, New Jersey, 1998, s.377

[29] Ayhan Gençler, "Küreselleşme, Çok Uluslu Şirketler ve Sendikalar", **İş,Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, Cilt:5, Sayı:2. www.isguc.org Erişim Tarihi: (31.03.2006)

IV. Ülkedeki ekonomik, siyasal alanlarda baskı olması veya üretim faaliyetlerinin rasyonel bakımdan gerçekleştirilebilmesi için uygun ortamın olmaması

V. Küresel toplumda birleşme eğilimleri (AB, NAFTA) ve birçok ülkenin bir ticari entegrasyon içine girme eğilimlerinin olması.

VI. Ticari faaliyetlerin küreselleşmesi ve ticaret önündeki engellerin giderek azalma eğiliminde olması, bu nedenle şirketlerin üretim ya da ihracat için bu tür kolaylıklar sağlayan ülkelere yönelmeleri.

VII. Teknolojinin hızla gelişmesi, düşüncelerin ve bilgilerin sınır ötesine kolaylıkla aktarılabilmesi. Özellikle internet sayesinde küçük şirketlerin bile küresel rekabet içine girebilmeleri, iletişim teknolojisi ile müşterilere ve satıcılara ulaşmanın kolaylığı.

VIII. Rekabetin küreselleşmesi gibi müşterilerin de küreselleşmesi ve küresel olarak faaliyet gösteren firmalar için dünyanın bir pazar haline gelmesi.

IX. Yeni şirketlerin özellikle bir çoğunun gelişmekte olan ülkelerden küresel pazarlara girmeleri ve rekabeti hızlandırmaları

2000 sonrası ÇUŞ'ların en az %89'u AB, ABD ve Japonya merkezlidir. 1990 yılından beri de bu oran %85-87 arasında kalmıştır. En büyük 500 şirketin 162'si ABD, 126'sı ise Japonya orijinlidir. Küresel düzeyde rekabette avantajlı olmak ve adeta dünya ekonomisini yönlendirme gücüne sahip olabilmeyi gerçekleştirebilmek için de kendi aralarında da birleşmelere gitmektedirler. Petrol şirketlerinden Mobil ile Exxon, otomotivde Ford - Volvo

ve Renault - Nissan, havacılıkta British Aerospace ile Marconi bu birleşmelere örnek olarak gösterilebilir.[30]

Uluslararası şirketlerin bu denli önemli hale gelmesi, çeşitli tepkisel akımların oluşmasında da etkili olmuştur. Özellikle bu yapıların sosyal hakların yeterince gelişmediği ülkelere yönelmesi bu tepkileri arttırmaktadır. "Uluslararası şirketler ekonomik avantajların gösterdiği yere yerleşecektir. Maliyetleri yerel hükümetlere yıkacaklar, rahatsız edilirlerde gitme tehdidini ortaya atacaklar ve hem ücretleri hem de sosyal maliyetleri aşağıya çekmeye çalışacaklardır."[31] Aynı zamanda bu şirketlerin ülkeler arasındaki gelir eşitsizliğinin en önemli nedeni olduğu öne sürülmektedir, özellikle üçüncü dünya ülkelerinde bu şirketlerin sermaye sahiplerinin az olduğuna dikkat çekilerek, bu gibi bir yapının küreselleşmeye "emperyalizmin yeni yüzü" niteliğini kazandırdığı savunulmaktadır.

5. NEO LİBERAL EKONOMİ POLİTİKLARININ KAMU HARCAMALARI ÜZERİNE ETKİSİ

Liberalizm'de devlet görevlerinin ve politikalarının önemi büyüktür. Klasik liberaller devleti toplum için var olan fakat toplumun üstünde var olmayan bir kurumdur. Devlet ekonomik hayata müdahale etmemelidir, devletin temel bazı görevleri vardır. İç ve dış güvenliği, adaleti sağlamak, özel sektör için karlı olmayan ve kamusal yarar sağlayan (eğitim, sağlık vb.) ihtiyaçları karşılamak bunların başlıcalarıdır. Liberalizmin, devletin görevleri konusundaki temel fikirleri 1980'lere gelindiğinde neo-liberal iktisatçılar tarafından da ana hatları ile benimsenmiştir.

Neo-liberal politikalarda devletin küçültülmesi için, devletin elinde bulunan üç farklı müdahale yöntemini sınırlandırmak amaçlanmıştır. Birincisi; devletin kamu iktisadi işletmeciliğinin sınırlandırılması (özelleştirme), ikincisi;

---

[30] Ayhan Gençler ve Adil Oğuzhan, Çok Uluslu Şirketlerin Kollektif İlişkilere Bakışı ve Sendikaların Stratejik Yaklaşımları, Küreselleşme Sürecinde Kafkasya ve Orta Asya Konferansı, 11-13 Mayıs 2003. ss. 43-45. http://www.ceterisparibus.net/arsiv/a_gencler4.pdf (Erişim Tarihi: 25 Aralık 2005)

[31] Paul Hirst ve Graheme Thompson, **Küreselleşme Sorgulanıyor**, (Çeviren:Çağla Erdem ve Elif Yücel), Dost Kitapevi, Ankara, 1998, s.15

devletin bütçesi ile ekonomiye yaptığı müdahalenin sınırlandırılması. Çünkü devletin kamu gelir ve harcamaları ile ekonomiye etkisi oldukça büyük orandadır, bu durum ise kaynak tahsisinin belirleyiciliğinde ve özel sektör karları üzerinde devletin etkili olmasına neden olur. Bu durum ise başlı başına neo-liberal politikaların işleyiş mantığına ters düşmektedir. Bütçenin bu nedenlerle küçültülmesinin sonuçlarından biri de, "devletin çekildiği sosyal hizmet alanının sermayeye sunduğu yeni değerlenme olanaklarının kullanılması yani sermayenin eğitim, sağlık ve sosyal sigortacılık gibi alanlara daha fazla girebilmesinin koşullarının yaratılmasıdır.[32] Üçüncü ve son olarak 'düzenleyici ve kural koyucu devletin sınırlandırılmasıdır.

5.1. Küçük Devlet Nedir ?

Devletin küçültülmesi tezi liberalizminin kendi doğusundan beri savunduğu bir tez olmakla birlikte, bu, kapitalist ülkeler tarafından her zaman kabul gören bir tez değildir. Kapitalizmin yaşanmış pratiği de bunu göstermiştir.19. yüzyılın sonuyla 20. yüzyılın başlarında kapitalist devlet, ekonomiye ileri düzeyde müdahalede bulunan devletti. Bu müdahalecilik, azalıp çoğalarak 70'lerin ortalarına kadar devam etti. 2.Dünya Savaşının yaklaştığı yıllar ve savaş sonrası kapitalist devletin ekonomiye müdahalesinin belirgin bir yükseliş gösterdiği yıllardır. Başlangıçta, tekellerin ekonomide egemenliklerini sağladığı 19. yüzyılın 20. yüzyıla evrilme yıllarında, üretimin ve sermayenin yoğunlaşma ve merkezileşmesine bağlı olarak, dev hisse senetli şirketler ve tröstler ortaya çıkarken aynı zamanda devlet, bu işletmelerin bile güç yetiremediği yatırımları yapmak üzere ekonomiye müdahalelerde bulunmuştur. Devletin, küçüklüğü ya da büyüklüğü tartışmasına hiç yer bırakmadan yöneldiği yatırımlar, kapitalizmin gelişmesi bakımından zorunluluk olarak gerçekleşti. Özellikle büyük sermayelere ihtiyaç gösteren ve tek tek ya da birkaçı bir arada kapitalistlerin, birikimlerinin üstesinden gelmekte yetersiz kaldığı, kısa dönemde büyük kârlar vaat etmeyen demiryolları, posta vb. haberleşme gibi sektörlere ilişkin

[32] Oğuz Oyan; "Bütçelerin İşlevsizleştirilmesi", **Türk-İş Yıllığı 1977 'den 1999'a Değişimin Dinamikleri**, Cilt 1, Türk-İş Araştırma Merkezi, 1999, s.76

yatırımlar, hemen tüm gelişmiş ülkelerde devlet tarafından yapıldı. Almanya ve Japonya gibi bazı ülkeler ise, devletin ekonomiye müdahalesi bakımından çok daha ileri gittiler ve bu ülkelerde hemen tüm büyük yatırımlar devlet eliyle gerçekleştirildi. 1. Dünya Savaşı sırasında gerçekleşen, Sovyetler Birliği'nin kurulması ve sosyalizmin kapitalizmin varlığını tehdit eden bir örnek olarak algılanan sağladığı başarılı ilerleme, kapitalist ülkeleri, özellikle yakın tehdit altındaki Avrupa ülkelerini "devletin sosyalizasyonuna" yönelmek zorunda bıraktı. ABD gibi birkaç istisna bir yana, kapitalist ülkeler, "sosyal devlet" görüntüsü vermeye, emeklilik, işsizlik, sağlık ve eğitim gibi devletin temel hizmet alanlarına önemli fonlar ayırıp yatırımlar yapmasına yöneldiler. Ancak bu nedenle devletin ekonomiye müdahalesinin düzeyi de yükselmiş oldu.[33]

1970'lerin son dönemlerine ve 1980'li yıllara gelindiğinde neo-liberal ideolog ve politikacılar, devletin küçülmesi adına, devletin ekonomiye müdahaleden elini çekmesini, en başta sosyal hizmet ve yardımlara kaynak ayırmaktan vazgeçmesini öngörmüşlerdir. Ancak bütün bu önermelere karşın, kapitalist devletin ekonomiye müdahaleden geri durması olanaksızdır. Kapitalist devlet, hâlâ vazgeçemediği yatırımlara sahiptir. Fransa, Çin, Rusya, Almanya gibi bazı kapitalist ülkelerde bugün olduğu gibi devletin doğrudan yatırımlar yönüyle ekonomiye müdahalesi görece yüksek ya da başka bazılarında olduğu gibi düşük düzeyde olabilir ve zamanla her ülkede bu müdahalenin boyutu dalgalanma gösterir. Ama tümüyle son bulmaz, bulmamıştır. Devletin küçültülmesi ve özellikle devlet yatırımlarına son verilmesi tezi, neo-liberal küreselcilerce, uluslararası sermayeye kâr alanları açılması amacıyla özellikle bağımlı az gelişmiş ülkelere yönelik olarak gündeme getirilmektedir. Sermayenin uluslararası düzeyde merkezileşmesi sürecinde, az gelişmiş ülkelerin ekonomilerinin temel yönleriyle sevk ve idaresi büyük oranda uluslararası tekellerin eline geçmektedir. Az gelişmiş ülke devletlerinin iktisadi hayata ilişkin rollerini; MAI, MIGA gibi düzenlemelerle, IMF, Dünya Bankası, Dünya Ticaret Örgütü vb. uluslar arası kurumlar bir anlamda devralmaktadır. Ancak, bu "küçülme",

---

[33] Kadir Yalçın, "Devletin Küçülmesi Ya Da Ucuz Devlet", **Özgürlük Dünyası**, Sayı:116 Aralık 2001 http://www.evrenselbasim.com/od/index.asp?sayi=116

devasa görevliler ağı ile DTÖ, IMF vb. örneği yüzlerce ve binlerce yeni "uluslararası kuruluş"un merkez ülkelerde bürokrasiyi şişirerek devleti büyütmesi pahasına gerçekleşmektedir. Bunun bir görünümü de, ulusal ekonomilerin uluslararası tekellerin yağmasına engelsizce açılmasına yönelik özelleştirmeci emperyalist dayatmalarla, bağımlı ülkelerde devlet işletmeciliğinin hızla yok oluşa sürüklenmesidir. Örneğin bugün Türkiye'de devletin ekonomideki payı yüzde 20'ler düzeyine geriletilmiştir. Ancak bu oran, gelişmiş sanayi ülkeleri ortalaması olarak yüzde 50'lere yaklaşmaktadır.[34] Bu rakamlar ışığında da "küçük devlet" söylemlerinin erken kapitalistleşen ülkelerin, geç kapitalistleşen ya da henüz kapitalistleşme sürecine yeni eklemlenen ülkelerin ekonomilerini yönetmek için kullandıkları politik bir söylem olduğu söylemek yanlış olmayacaktır.

Tablo 3'te Büyük Sosyal devletten "Küçük devlete" geçiş aşamaları gösterilmiş ve bu dönemlerde yapılması gereken işlemler ve bunların neo-liberal ideologlara göre sağlayacağı yararlar gösterilmiştir.

Tablo 3. Sosyal Devletten Küçük Devlet'e

TEMEL NEOLİBERAL EKONOMİK TAHMİNDEN ÇAĞDAŞ KÜRESELLEŞMEYE GEÇİŞ	
AMAÇLAR	**ÖNERİLER ve YARARLARI**
Liberalizasyon	Serbest Piyasa herkes için en iyi şekilde çalışır.
Özelleştirme	Devlet ekonominin karlı ve verimli sektörlerine sahip olmamalı veya işletmemeli
Özel Sektörü Kuvvetlendirme	Devlet sadece varlıklarını satmamalı, programları veya servisleri özel sektör rekabetine açmalıdır.
Deregülasyon	Özel sektörün daha iyi olması için kuralları düzenlemeli
Küçük Devlet	Devlet kamu harcamalarını, vergi oranlarını azaltmalı, borçlarını geri ödemek için maliyeti azaltmalı, bütçesini dengelemeli ve özel sektörü desteklemelidir.

Kaynak: Ronald Labonte :Globalization,Health and the Free trade Regime : Assesig the links, Perspectives on Global Development and Techology, Volume 3 , issue 1-2, s. 50

[34] Kadir Yalçın, "Devletin Küçülmesi Ya Da Ucuz Devlet", **Özgürlük Dünyası**, Sayı:116 Aralık 2001 http://www.evrenselbasim.com/od/index.asp?sayi=116

6. KAMU HARCAMLARININ TANIMI

6.1. Kavram ve Tanım

Kamu harcamaları klasik iktisadın hüküm sürdürdüğü dönemlerde pek dikkat çekmemektedir. Liberal anlayışın gereği olarak devletler ekonomiye müdahale etmemek adına kamu hizmetlerini en düşük seviyede tutmuşlar, sadece iç ve dış güvenlik ile adalet hizmetleri için harcama yapmışlardır.

Özellikle 1929 yılında meydana gelen Büyük Buhran ile birlikte hâkim iktisat okulu olarak Keynesyen iktisadın ortaya çıkması ile birlikte sosyal devlet ve refah devleti görüşlerinin ortaya çıkması ile birlikte devletin yaptığı kamu hizmetlerinin sayısında ciddi bir artış olmuştur. Bilinen kamu hizmetleri yanında sosyal güvenlik hizmetlerinin ve adaletli gelir dağılımının sağlanması, bayındırlık işlerinde devletin daha çok hizmet yüklenmesi, kalkınmanın ve ekonomik dengenin sağlanması vb. gibi hizmetler, devletin ekonomideki önemini artırmıştır. Kamu hizmet sayısının artışı ise kamu giderlerinin artması demektir.[35]

Dar anlamda kamu giderleri kamu hizmetlerinin bedeli olarak devlet ve diğer kamu tüzel kişilerinin (belediye, il özel idaresi ve köyler gibi) yaptıkları ödemelere denir. Başka bir deyişle, kamu kuruluşlarının bütçelerinden kamu hizmetlerinin doğrudan doğruya maliyetine giren bütün unsurlar kamu gideridir. Belirli hizmetler karşılığı olarak ödenen aylıklar ve ücretler güvenlik bayındırlık, sağlık, eğitim giderleri, sosyal yardımlar, sanayi veya ziraatın korunması için ödenen primler vb. kamu giderleri örnekleridir. Dar anlamda kamu giderlerinin özelliği, bunların prensip olarak, genel ve katma bütçelerle mahallî idareler bütçelerinde ve federal ülkelerde merkezî devlet ve federe devletler veya kantonlar bütçelerinde bulunmasıdır.

---

[35] Emine Orhaner, **Kamu Maliyesi,** 3.Baskı**,** Gazi Kitapevi, Ankara, 2000, s.89

Geniş anlamda kamu giderleri, yalnız devlet ve diğer kamu kuruluşlarının bütçe ödemeleri değil, iktisadî devlet teşekküllerinin harcamaları, sosyal sigorta ödemeleri, vergi muaflık ve istisnaları ve özel kişilerin kamu kuruluşlarına yardımlarını da içeren bir terimdir. Gerçekten iktisadî devlet teşekkülerinin, sermayelerini oluşturmak için devletten verilen para ve bunların zararlarının devletçe karşılanması için yapılan ödemeler kamu gideri yapısındadır.[36]

6.2. Kamu Harcamaları ve Özel Harcamalar Arasındaki Farklar

Bu farklar her iki sektörün mahiyetinden doğmaktadır. Bilindiği gibi, kamu sektörünün dayandığı temel ve izlediği amaç, toplumun ortak ihtiyacından doğan kamu hizmetlerinin görülmesidir. Kamu hizmetinin görülmesinde, prensip olarak, maliyet ve kârlılık unsurları aranmaz. Örneğin dış veya iç güvenliğin sağlanmasında amaç, millî sınırların dış tehlikelerden korunması ve içeride fertlerin kendilerinin ve mal, eşyalarının herhangi bir şiddet veya müdahaleye maruz kalmamasıdır. Bunun gibi adalet, eğitim ve sağlık hizmetlerinin de gerekli derecede yerine getirilmesi beklenir. Bütün bu hizmetlerde özel sektörün temelini teşkil eden bir kâr amacı yoktur. Prensip olarak, devletin malî imkânlarına göre tespit edilen kamu hizmetlerinin kârlılığına bakılmaz. Kamu giderlerinin yapısı, yetkili devlet organlarının kamu hizmeti olarak tespit ettiği görevlere dayanır. Başka bir deyişle kamu giderleri, kamu hizmetlerinden doğan ihtiyaçlar için genellikle özel iktisat prensipleri dışında belirli amaçlar için yapılır.

Oysa özel iktisat giderleri, fiyat-kâr esasını benimseyen özel teşebbüsün üretim ve tüketim gereklerine dayanır. Özel teşebbüsün temeli ve gayesi, belirli bir hizmet mal veya eşya karşılığı kâr elde etmektir. Kârlar tüketicilerin taleplerine göre meydana gelir. Özel iktisat, kâr ihtimali görülmeyen işlere girişmez ve genel refah, özel iktisadı ilgilendirmez. Kamu

[36] Akif Enginay, **Kamu Maliyesi**, 16.Baskı, Ankara, Savaş Yayınevi, s. 131

iktisadında ise toplumun genel refahı ile ilgili ve özel iktisadın zarar etme korkusu karşısında yapmadığı işler de görülür.[37]

7. KAMU HARCAMALARININ SINIFLANDIRMASI

Kamu harcamalarını çeşitli şekillerde sınıflandırmak mümkündür. Sınıflandırmada; kamu giderleri ile gerçekleştirilmesi düşünülen görevler, kamu giderlerinin ekonomik nitelikleri, harcamayı yapan tüzel kişinin niteliği, kamu giderlerinin kalkınma planlarıyla olan ilişkileri, kamu giderlerinin sosyal ve malî politika uygulamalarındaki değeri, vb. gibi ölçüler esas alınabilir.

Kamu giderlerinin sınıflandırılması başlıca şu faydaları sağlamaktadır.[38]

I. Kamu giderlerinin sınıflandırılması yapıldığında nereye, ne amaçla, ne kadar harcama yapılacağı daha kolay tespit edilmektedir. Dolayısıyla sınıflandırma, bütçe çalışmalarına kolaylık sağlamaktadır.

II. Devlete ait işlevlerin özelliklerini belirlemede, her fonksiyon içindeki harcamaya ilişkin usulleri incelemede yarar sağlamaktadır.

III. Bütçe uygulamalarında, Maliye Bakanlığı'nın, Sayıştay'ın ve meclisin yaptığı denetlemelerde yarar sağlamaktadır.

IV. Bütçe plan ilişkileri bakımından önemlidir. Kamu giderlerinin sınıflandırması bütçe ve plan arasında mümkün olan en yararlı uyumu sağlamaktadır.

V. Devlet masraflarının, doğurduğu sonuçları, etkilerini, sosyal

[37] Akif Enginay, a.g.e. ss.135-139
[38] Emine Orhaner; a.g.e., s.99.

hasılaya katkılarını, toplumda yarattığı yükünü inceleme bakımından yarar sağlamaktadır.

VI. Kamu giderlerinin mali politika aracı olarak kullanılmasında amaca ulaşmayı ne derece sağladığını belirlemede yarar sağlamaktadır.

Kamu giderlerinin sınıflandırılması 4 ana başlık altında toplamamız mümkündür. Bunlar;

I. İdari Sınıflandırma
II. Bilimsel Sınıflandırma
III. Fonksiyonel Sınıflandırma
IV. Ekonomik Sınıflandırma 'dır.

7.1. Kamu Harcamalarının İdari Sınıflandırması

İdarî sınıflandırmalar, devletin yapısı, organları, ifa ettiği fonksiyonlar göz önünde tutulmak kaydı ile yapılan sınıflandırmalardır. Devlet bütçesinde, ödenekler, kamu hizmetlerini yürüten çeşitli kuruluşlar arasında, idarî sınıflandırmaya göre dağıtılır. Bu tasnif devletin harcama yapan organları arasındaki bir sınıflandırma olduğu için, bu sınıflandırmaya organik sınıflandırma da denir.[39] İdarî sınıflandırmaya örnek olarak, Cumhurbaşkanlığı, Yargıtay, Sayıştay, TBMM, Milli Eğitim Bakanlığı, Dışişleri Bakanlığı vb. idarî birimlerin ayrımı verilebilir.

[39] İsmail Türk, **Kamu Maliyesi**, 2.Baskı, Ankara, Turhan Kitapevi, 1996, s.46

7.2. Kamu Harcamalarının Bilimsel Sınıflandırması

Bunlar, maliye ve iktisat yazarlarının çeşitli ölçülere göre ve bilimsel yaptıkları sınıflandırmalardır. Yazarların yaptıkları ve yapıları bakımından bazı temel farklar gösteren başlıca sınıflandırmalar şunlardır:

İngiliz maliyecilerinden H. Dalton'ın bu özellik taşıyan sınıflandırmasına göre kamu giderleri, bir mal ve hizmet karşılığı olmasına ya da olmamasına göre ayrılır.

Buna benzer bir sınıflandırma da yine İngiliz iktisat ve maliyecilerinden Pigou tarafından yapılmıştır. Buna göre kamu giderleri millî ekonomiye üretim bakımından etki edip etmemelerine göre ikiye ayrılır. Birincisi, üretim faktörlerini satın alma giderleri; ikincisi transfer giderleri veya aktarma ödemeleridir. Pigou'nun sınıflandırması zamanımızda bütçelerde çeşitli şekillerde yer almıştır.[40]

7.3. Kamu Giderlerinin Fonksiyonel Sınıflandırması

Fonksiyonel sınıflandırmada devletin klasik ve sosyo ekonomik nitelikteki görevleri göz önünde tutulur. Bir görev birden fazla idari birim arasında paylaşılmış olsa bile aynı başlık altında toplanacaktır. Örneğin askerî hizmetler, Millî Savunma Bakanlığı; adalet hizmetleri, Adalet Bakanlığı; ulaştırma veya bayındırlık hizmetleri, yine bu isimleri taşıyan bakanlıklar veya dairelerce yerine getirilir. Ancak daha önce de belirttiğimiz gibi, millî eğitim hizmetleri dolayısıyla çeşitli hizmetlerde çoğu kez çeşitli organlar kendi alanları dışında kalan görevleri de gördükleri gibi aynı yapıdaki bir hizmeti de çeşitli organlar yerine getirebilir. Örneğin İç güvenlik hizmetlerinde bir yandan Jandarma Genel Komutanlığı, öte yandan Emniyet Genel müdürlüğü görevlidir. Bunun gibi ulaştırma işlerinde karayolları hizmetleri, katma bütçeli

[40] Akif Enginay, a.g.e., s.148

olan Karayolları Genel Müdürlüğü ve demiryolları hizmetleri ise iktisadî devlet teşekkülü olan T.C.D.D Genel Müdürlüğünce görülür.

İşte kamu giderlerinin böyle çeşitli kamu hizmetlerini gören idarî - siyasî organlara göre değil de, bir bütün olarak belirli kamu hizmetlerine göre bölünmesine fonksiyonel sınıflandırma denir. Buradaki ölçü hizmeti yapan organlar değil, nasıl ve kim tarafından yerine getirilirse getirilsin hizmetin bütünüdür Şu halde çeşitli organlarca ortaklaşa yapılmasa dahi, örneğin millî eğitim hizmetleri, güvenlik hizmetleri, tarım hizmetleri, bayındırlık hizmetleri vb, giderler bakımından öngörülen sınıflandırma fonksiyonel sınıflandırmadır.[41]

Fonksiyonel bütçenin amacı, bir bütün olarak çeşitli hizmetlerin maliyetlerini görmek ve bu maliyetler bakımından karşılaştırmalar yapılarak hizmetlerin daha verimli olmasını sağlamaktır.

7.4 Kamu Harcamalarının Ekonomik Sınıflandırılması

Kamu giderlerini ekonomik niteliklerine göre de çeşitli şekillerde sınıflandırmak mümkündür. Kamu giderlerinin bu tür sınıflandırılmasında kamu giderlerinin; tüketime ya da yatırıma yönelik olması, üretim kapasitesinde yarattığı artış, mal ve hizmet karşılığında yapılması ya da transfer ve yardım niteliğinde olması esas alınmaktadır. Kamu giderlerinin ekonomik sınıflandırılması hizmet ve gider plânlamasında ve etkin kaynak kullanımında yarar sağlamaktadır.

7.4.1 Cari Giderler -Yatırım Giderleri

Devletin yaptığı harcamalar tüketim mallarına yönelik ise yapılan giderlere cari gider denir. Cari giderler genellikle hizmetler ve en çok bir yıl içinde bir ya da birkaç kez kullanmakla tüketilen dayanıksız mallar için

[41] Akif Enginay, a.g.e., s.151

yapılmaktadır. Memur aylıkları, ücretler, kira, ısıtma, aydınlatma giderleri, kırtasiye, tamir - bakım giderleri, cari giderlere örnek verilebilir.

Üretim araçlarını dolayısıyla üretim kapasitesini arttırmak için yapılan, üretim faktörlerinin verimliliğini artıran ve faydası birden fazla yıla yayılmış dayanıklı mallar için gerçekleştirilen giderlere yatırım giderleri denir[42]. Yollar, yapılar, tesisler, barajlar, köprüler, makineler, büyük onarma giderleri ile kamulaştırma giderleri yatırım giderlerine örnek verilebilir.

1929 ekonomik kriz sonrası, devletin, ülke ekonomisi içinde önemi dolayısıyla bütçe içerisinde yatırım giderlerinin önemi giderek artmıştır. Devlet, ekonomik kalkınma ve büyümenin sağlanmasında, istihdam düzeyinin yükseltilmesinde, ekonomik istikrarın ve adil gelir dağılımının sağlanmasında, kaynakların etkin kullanımında kamu giderlerinden özellikle de yatırım giderlerinden yararlanmaktadır. Ancak cari giderler yapılmadığı takdirde yatırım giderleri yoluyla üretim artışı yaratmak mümkün değildir. Dolayısıyla cari giderler de üretim kapasitesi üzerinde dolaylı olarak etkili olmaktadır.[43]

7.4.2 Efektif Giderler - Transfer Giderleri

Devletin üretim faktörleri talebi dolayısıyla yapmak zorunda olduğu giderlere, efektif giderler denir. Pigou'nun yaptığı, sınıflandırmada sözü edilen gerçek giderler, efektif giderlerdir. Faktör giderleri veya üretken giderler olarak da bilinen efektif giderlerin temel niteliği bir mal veya hizmet karşılığında yapılmış olmasıdır. İşçi ve memurlara ödenen ücret ve aylıklar, mal, eşya bedelleri vb. gibi.[44]

Transfer giderleri ise mal ve hizmet karşılığında yapılmayan, toplumun sosyal yönden güçlü kalmasına yönelik olan, kişilere ve sosyal

---

[42] Halil Seyidoğlu, **Kamu Maliyesi Teorisi**, 2.Baskı, İstanbul, Sermet Matbası, 1976, s. 165
[43] Emine Orhaner; a.g.e., s.103- 104
[44] Emine Orhaner; a.g.e., s.101- 102

gruplara karşılıksız olarak aktarılan satın alma gücüdür. Şekil olarak transfer giderleri bir çeşit negatif vergidir. Transfer ödemeleri tüketicilere ya da firmalara yapılmaktadır. Sosyal sigorta ödemeleri, harp gazilerine ödenen aylıklar, fakirlere yapılan yardımlar, öğrenci bursları vb. kişilere yapılan transferlerdir. Firmalara yapılan transferlere vergi iadeleri, sübvansiyonlar örnek verilebilir. Tüketici yönünden mal ve hizmetlerin fiyatlarının ucuzlatılması amacıyla devletin yaptığı ekonomik yardımlara sübvansiyon adı verilir. Ülkemizde devlet katma bütçeli kuruluşlara, iktisadi devlet teşebbüslerine transfer harcaması yapmaktadır. Ayrıca ihracata sübvansiyon vererek ihracatı artırmayı, tarım kesimine sübvansiyon vererek (destekleme fiyatları gibi) üretimi artırmayı amaçlamaktadır.

Ülkemizde bakanlık bütçelerinde yer alan transfer giderleri başlıca dört bölümde toplanmaktadır:[45]

7.4.2.1. İktisadı Transferler

İktisadı Devlet Teşekküllerine bütçeden aktarılan kaynaklar, iktisadı transfer niteliğindedir.

7.4.2.2. Mali Transferler:

Genel Bütçeden Katma Bütçeli kuruluşlara aktarılan kaynaklar mali transfer niteliğindedir.

7.4.2.3. Sosyal Transferler:

Devletin sosyal güvenlik kuruluşlarına emekli sandığına aktardığı kaynaklar, sosyal transfer niteliğindedir.

7.4.2.4. Borç Faiz Ödemeleri:

Devletin iç ve dış borçlanmalar karşılığında ödediği faizler, borç taksitleri, geçmiş yıl borçları vb. da önemli bir transfer çeşididir.

---

[45] Mahmut Kalenderoğlu, **Kamu Maliyesi, Bütçe ve Borçlanma**, 1.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2002, s.40.

7.4.3 Verimli giderler - Verimsiz giderler:

Yapısı bakımından kesin ölçülere dayanmamakla beraber bu sınıflandırmadan da zaman zaman söz edilmektedir. Gerçekten verimli gider terimi kamu giderleri hakkında bir değer hükmü verilmesini gerektirdiği için bilimsel olmaktan çok politik iddialara yer verecek durumdadır. Bir giderin verimli olup olmadığını tespit bakımından her şeyden önce, verimli gider veya kamu hizmetlerinin verimliliği sorununu çözümlemek gerekir.

Tablo 4'te Türkiye'nin 1980-2003 yılları arasında ekonomik sınıflandırmaya göre düzenlenmiş kamu harcamaları tablosu vardır.

Cari harcamalara bakıldığında 1980 yılından itibaren 1988 yılına kadar bütçede özellikle personel harcamalarının payının gitgide düştüğü görülmektedir. 1989 yılı itibari ile artmaya başlayarak 1992 yılında bütçeden aldığı %42.4'lük payla 1980-2003 yıları arasındaki en yüksek değere ulaşmıştır. Bu tarihten itibaren personel harcamalarının payı 2001 yılına kadar düşüş eğilimini sürdürmüş 2001 yılında 1980- 2003 yılları arasındaki en düşük değere -bütçe içinden aldığı pay %18.9- inmiştir.

Tablo 4. Konsolide Bütçe Giderleri (Cari Fiyatlar İle)

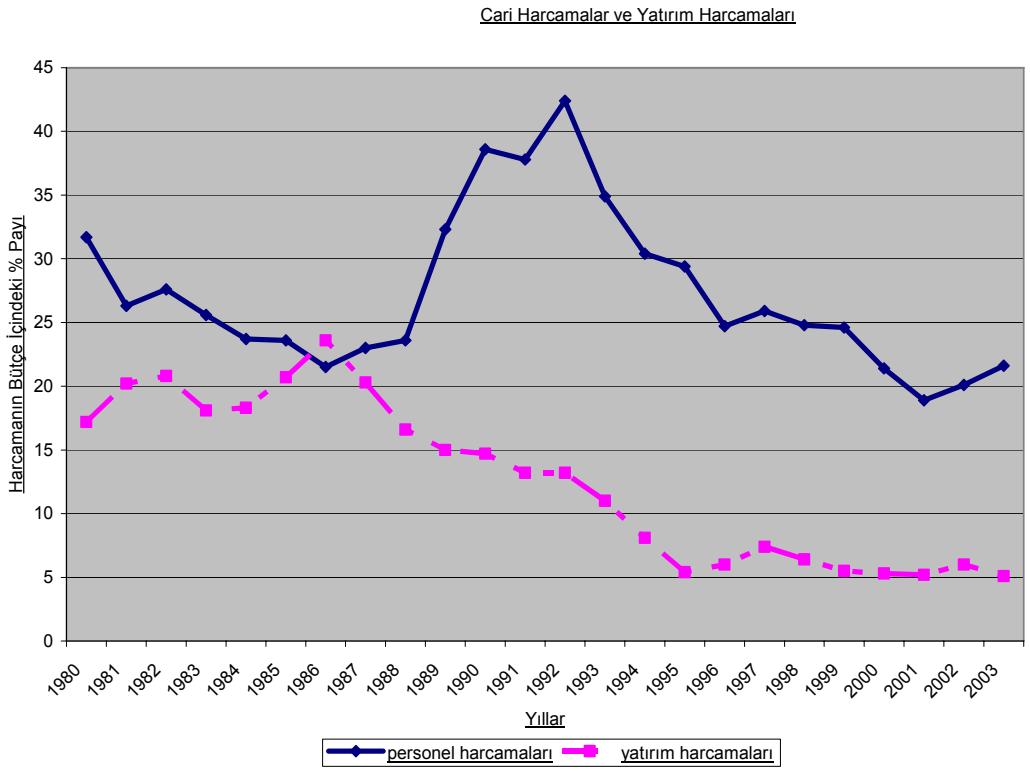
Yıllar	(TOPLAM BÜTÇE İÇERİSİNDEKİ % PAY)						
	Cari Harcamalar		Yatırım Harcamaları	Transfer Harcamaları			
				Faiz Ödemeleri		*KİT'lere Transferler*	*Diğer Transferler*
	Personel	*Diğer Cari*		*İç*	*Dış*		
1980	31,7	14,2	17,2	2,0	0,8	16,4	17,6
1981	26,3	15,8	20,2	2,7	2,2	12,6	20,1
1982	27,6	17,4	20,8	2,1	3,3	14,0	14,8
1983	25,6	15,2	18,1	3,1	5,0	11,6	21,4
1984	23,7	15,7	18,3	4,7	7,0	7,3	23,4
1985	23,6	15,2	20,7	4,6	7,9	3,4	24,7
1986	21,5	14,1	23,6	7,6	8,0	1,6	23,6
1987	23,0	11,8	20,3	9,7	7,7	3,4	24,2
1988	23,6	11,2	16,6	14,7	8,5	4,8	20,6
1989	32,3	10,6	15,0	13,2	8,1	3,1	17,8
1990	38,6	10,2	14,7	14,0	6,4	1,8	14,3
1991	37,8	8,5	13,2	13,0	5,5	9,4	12,6
1992	42,4	9,1	13,2	13,8	4,4	3,7	13,4
1993	34,9	7,3	11,0	19,1	4,9	5,3	17,5
1994	30,4	8,2	8,1	26,0	7,3	2,3	17,7
1995	29,4	8,3	5,4	27,8	5,9	2,7	20,6
1996	24,7	7,8	6,0	33,7	4,3	1,3	22,1
1997	25,9	8,8	7,4	24,8	3,8	1,5	27,8
1998	24,8	8,4	6,4	36,1	3,5	1,0	19,7
1999	24,6	8,1	5,5	35,0	3,2	1,5	22,2
2000	21,4	7,7	5,3	40,3	3,5	1,9	19,8
2001	18,9	6,4	5,2	46,6	4,4	1,5	16,9
2002	20,1	6,8	6,0	40,5	4,4	1,9	20,4
2003	21,6	5,9	5,1	37,6	4,2	1,3	24,3

Kaynak: Hazine İstatistikleri 1980-2003
http://www.hazine.gov.tr/yayin/hazineistatistikleri/index.htm#P2 Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2006

Yatırım harcamaları göz önüne alındığında ise bütçenin içinden özellikle 90 'lı yıllarda çok az pay aldığını söylemek yanlış olmaz. 1986 yılında yatırım harcamalarının bütçedeki payı % 23.6 ile en yüksek düzeye erişmiş,

fakat ilerleyen yıllarda devamlı bir azalış göstererek 2003 yılında sadece bütçenin %5.1'i yatırım harcamalarına ayrılmıştır.

Grafik 1. Cari Harcamalar ve Yatırım Harcamaları



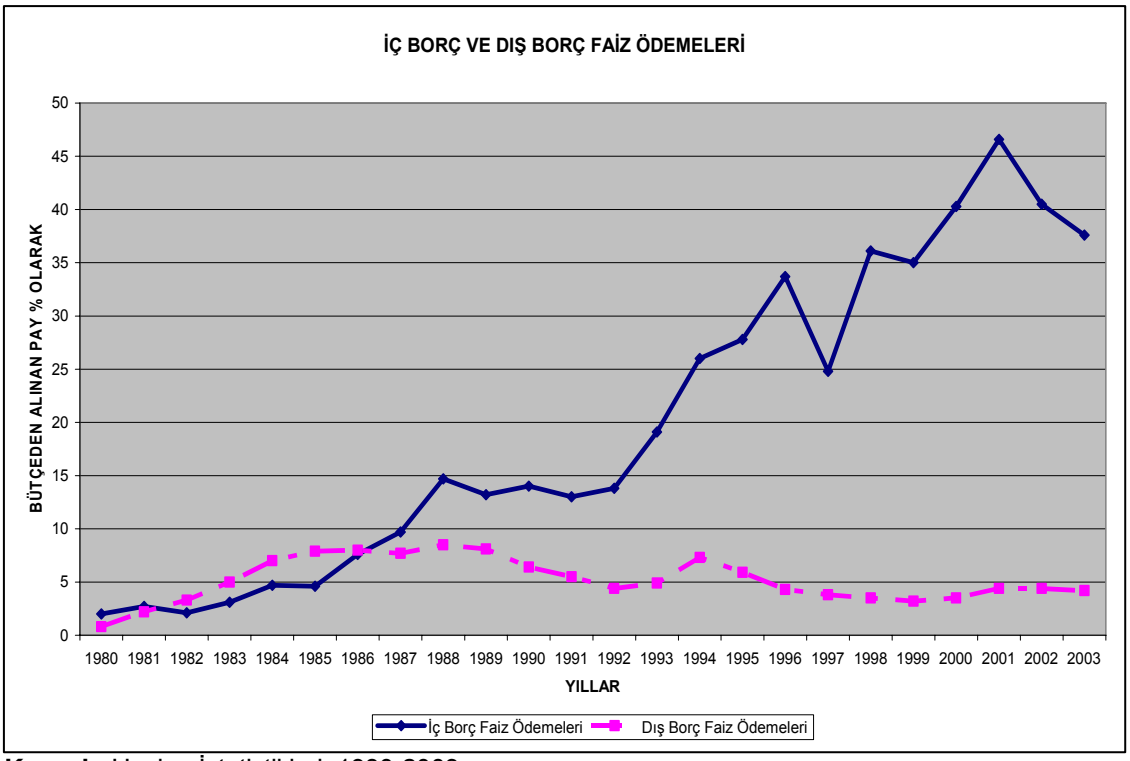
Kaynak: Hazine İstatistikleri, 1980-2003. http://www.hazine.gov.tr/yayin/hazineistatistikleri/index.htm

Transfer harcamalarından faiz kalemi ele alındığında; devletin iç borçlarına ödediği faizler ve dış borçlarına ödediği faizler olmak üzere iki kalemden oluştuğu görülür. Dış borç faiz ödemeleri, 1980 yılından sonra artan bir seyirle 1986 yılında bütçe ödeneklerinin %8'ine ulaşmış bu yıldan sonra ise azalan bir süreç izleyerek 1992 yılında bütçeden aldığı pay % 4.4'e düşmüştür. Bu tarihten sonra da yatay bir seyir izlemiştir. 2003 yılında bütçe ödeneğinin %4.1'i dış borç faiz ödemelerinde kullanılmıştır.

İç borç faiz ödemelerinin bütçe içindeki payıysa yıllar itibari ile dış borç faiz ödemeleri gibi durağan değildir.1980 yılında %2 olan iç borç faiz ödemesindeki bütçe payı 1988'de %14.7, 1998'de %36,1, 2001 yılında ise

%46,1 gibi bir rakama ulaşmıştır. 2001 yılında iç borç ve dış borç faizlerinin bütçe içindeki payı % 51'dir.

Grafik 2. İç Borç ve Dış Borç Faiz Ödemeleri



Kaynak: Hazine İstatistikleri, 1980-2003.
http://www.hazine.gov.tr/yayin/hazineistatistikleri/index.htm Erişim Tarihi: (15 Mayıs 2006)

8. TÜRKİYE'DE KAMU HARCAMALARININ BAŞKA ÜLKELER İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Kamu harcamalarına daha kapsayıcı ve daha detaylı bakmak amacıyla merkezi hükümet harcamaları incelenmektedir. Merkezi hükümetin transferler yoluyla yaptığı harcamalar, kamu büyüklüğünün hesaplanmasında daha sistematik ve ayrıntılı bir açıklayıcılığa sahiptir. Ayrıca devlet harcamalarında gözetilen gelir dağılımı ve ekonomide etkinlik perspektifinin incelenmesine imkan sağladığı için söz konusu veriler, kamu tüketim harcamalarına göre kamu büyüklüğünü daha sağlıklı bir şekilde temsil etmektedirler.

Devletin bütçeden yaptığı harcamalar cari, yatırım ve transferler olarak sınıflandırılmaktadır. Transferler ise oldukça detaylı yayınlanmakta ve faiz ödemeleri, sosyal güvenlik, eğitim ve sağlık gibi alt kalemler bazında incelemeye imkan vererek harcamaların niteliği ve etkinliği konusunda belli sonuçlara ulaşılmasını kolaylaştırmaktadır. Harcama göstergeleri içindeki temel ayrım, harcamaların kamu kesiminin hangi birimi tarafından yapıldığıyla ilgilidir. Bu noktada, merkezi hükümet harcamaları ile toplam kamu kesimi harcamaları birbirinden ayrılmaktadır. Ülkemizde merkezi hükümet harcamalarının en önemli kalemi faiz harcamalarıdır. Faizlerin yüksek seyri ve kamunun borçlanma gereksinimi nedeni ile bu harcama kalemi artmaktadır. Bu oran 1995 yılında GSYİH (Gayri Safi Yurtiçi Hasıla)'nın % 7,4 iken 2001 yılında oran %23'e kadar ulaşmıştır.[46]

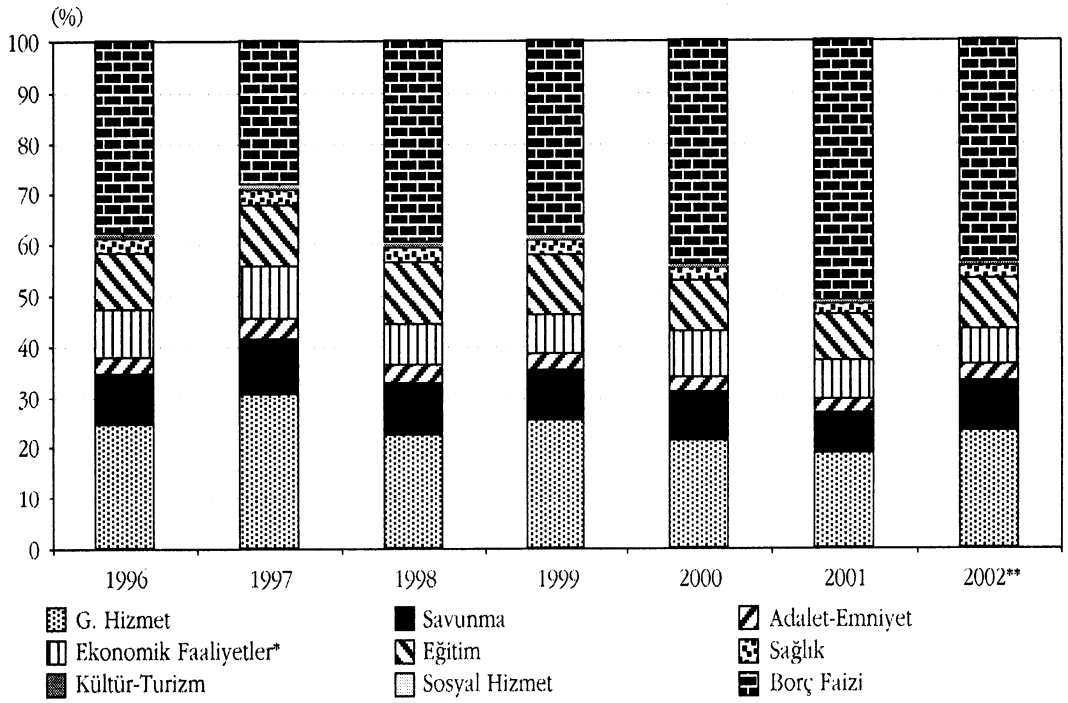
Konsolide bütçe harcamalarının fonksiyonel dağılımı, merkezi hükümetlerin bütçeden yaptığı harcamaların amaçlarına göre sınıflandırılmaktadır. Hükümetlerin siyasal, ekonomik tercihlerine ve önceliklerine göre belirlenen bu harcamalar, konsolide bütçe harcamalarının özelliklerini göstermektedir. Ülkemizde faiz ödemeleri kalemi hızla artarken, eğitim sağlık ve sosyal güvenlik alanlarındaki sınırlı ve yetersiz artışlar kamu harcamalarındaki sorunları göstermekte yardımcı olmaktadır.

Fonksiyonel dağılıma göre 2000 yılından sonra borç faizlerine olan harcamalar artarken, eğitim ve sağlık harcamaları ise gerilemiştir. Savunma harcamaları ise yaklaşık % 10'luk payını korumuştur. Bu veriler ise bize sonuç olarak faiz geliri elde eden kesimler ile toplumun alt gelir seviyesindeki diğer kesimler arasındaki ekonomik ve sosyal uçurumun derinleştiğinin kanıtını oluşturmaktadır.[47]

---

[46] Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği, **Karşılaştırmalı Bir Perspektiften Türkiye'de Kamu Sektörü Göstergeleri, Aralık, 2003,** İstanbul, 2003, ss.44 – 46.
[47] Bkz. Grafik 3

Grafik 3. Konsolide Bütçe Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (Türkiye, % pay)



* Tarım, su işleri, karayolları, bayındırlık, ulaştırma, madencilik

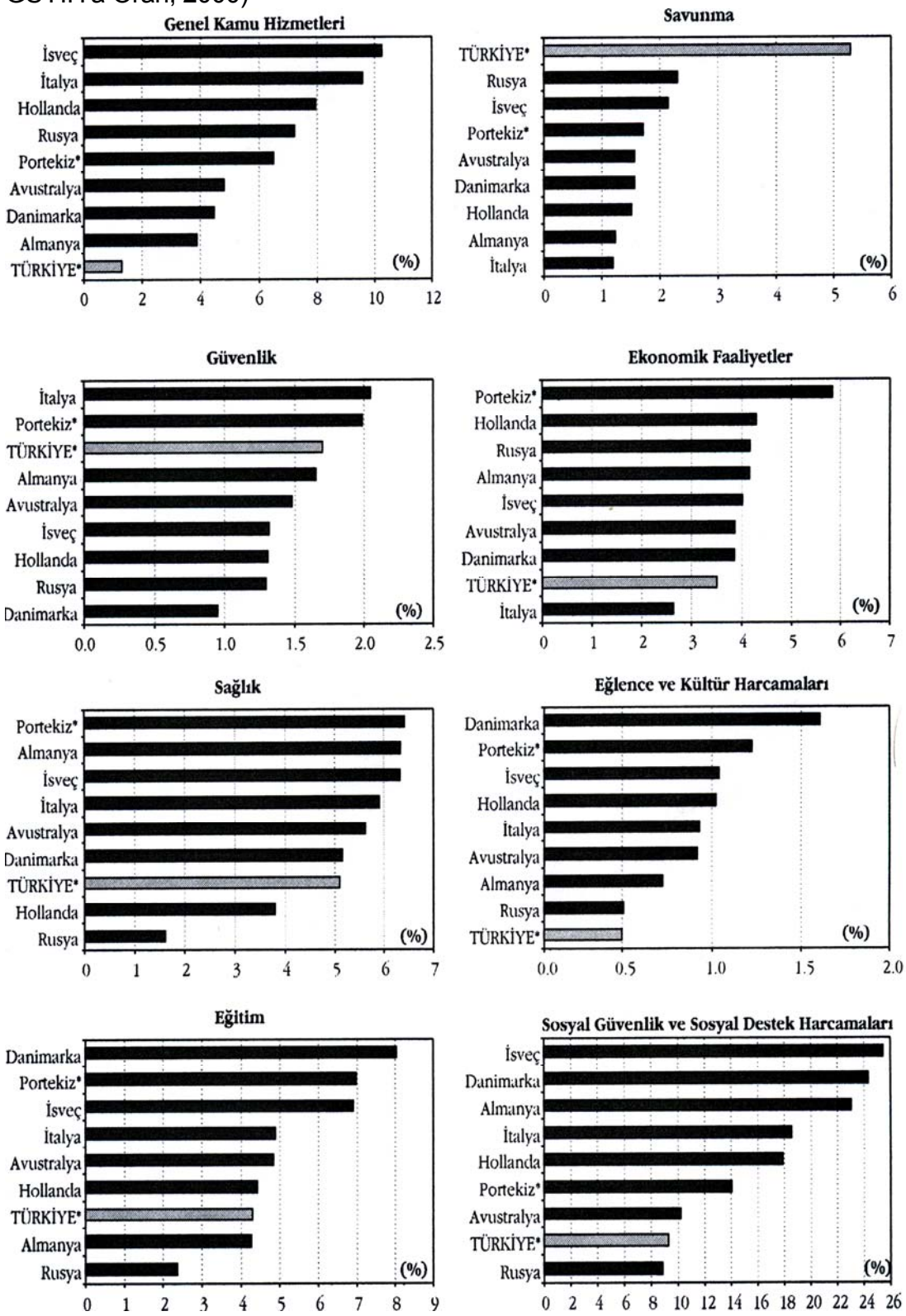
** 2002 Yılı Başlangıç Ödeneği

Kaynak: Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği, **Karşılaştırmalı Bir Perspektiften Türkiye'de Kamu Sektörü Göstergeleri, Aralık, 2003,** İstanbul, 2003, ss. 4.

Ülkemizdeki konsolide bütçe harcamalarının fonksiyonel dağılımının toplam kamu sosyal harcama kalemlerinin Avustralya ve Rusya dışında AB'deki (Avrupa Birliği) ülkelerinden oluşan grupla karşılaştırdığımızda elde ettiğimiz sonuçlar dikkat çekicidir. Savunma ve güvenlik gibi kalemlere ülkemizin jeopolitik konumu etkisi ile diğer ülkelerden oldukça yüksek paylar ayrılırken genel kamu hizmetlerine yapılan harcamada Türkiye en geride bulunmaktadır. Ayrıca sağlık, eğitim, eğlence ve kültür harcamaları ile sosyal güvenlik ve sosyal destek harcamalarında Türkiye aşağıdaki grafikte verilen 9 ülke arasında son sıralarda yer almaktadır. [48]

[48] Bkz. Grafik 4.

Grafik 4. Fonksiyonel Dağılıma Göre Toplam Kamu Sosyal Harcama Kalemleri, (GSYİH'a Oran, 2000)



Kaynak: Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği, **Karşılaştırmalı Bir Perspektiften Türkiye'de Kamu Sektörü Göstergeleri, Aralık, 2003,** İstanbul, 2003, s. 49.

İKİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK HARCAMALARI, GELİŞİMİ ve PİYASALAŞMA SÜRECİ

1.SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık, Dünya Sağlık örgütü (WHO)'nün tanımına göre, "ruhsal, bedensel ve sosyal bakımdan iyi durumda olma halidir."[49]

Kişi ve toplumun sağlığı, çevresel, davranışsal ve tıbbi olmak üzere üç ana unsurla ilişkilendirilmektedir. Sağlığın korunup geliştirilmesi ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplumun üyelerinin davranış ve hayat tarzında gerekli değişikliklerin yapılması ve son olarak gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir. Görüldüğü gibi, sağlık hizmetleri insan sağlığını iyileştirme ve geliştirme ile ilgili yaklaşımlardan sadece biridir. Gerçekte, etkili bir sağlık hizmeti çok sektörlü bir boyutta olup, bu durum sektörler arası işbirliğini kaçınılmaz kılmaktadır.[50]

Bugünkü modern anlayışa göre barış, yeterli besin ve gelir, gerekli niteliklere sahip konut, temiz içme ve kullanma suyu, hıfzıssıhha ve toplum içinde kişinin tatmin edici bir rolünün bulunması sağlık için temel unsurlardır. Bir toplumda bunlar olmadan ekonomik gelişme ve sosyal

---

[49] Savaş Yıldırım, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi,** Devlet Planlama Teşkilatı Yayın No:2350, Ankara, 1994, s.12

[50] Savaş Yıldırım, a.g.e., s.12.

kalkınma da olamaz.[51] Ancak burada belirtilmesi gereken en önemli husus, adı geçen temel sağlık unsurlarıyla ilgili faaliyetlerin tamamen sağlık sektörü dışında kalmasıdır.

Dünya Sağlık Teşkilatı'nın "2000 Yılında Herkese Sağlık" programı çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastalıklar ve hastalıkların olumsuz sonuçlarının azaltılması için gerekli gördüğü iyileştirme önerileri dört başlık altında toplanmaktadır. Bunlar[52];

a. Sağlıkta eşitlik (ülkelerarası ve aynı ülkedeki nüfus grupları arasında sağlık göstergelerindeki farklılıkların ortadan kaldırılması)
b. Sağlıklı bir hayat için insanların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini tam olarak kullanmalarını sağlayarak "yaşama anlam kazandırılması".
c. İnsanların önemli hastalık ve sakatlıklar olmadan yaşadıkları yılların sayısını arttırarak "yaşama sağlık kazandırılması"
d. Doğuşta beklenilen yaşam süresinin yükseltilerek "hayatın uzatılmasıdır.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIRLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır.

2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup-geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü ifade eder. Bu hizmetlerin

[51] WHO, **Health For All,** 2000, Geneva, s.11.
[52] WHO, **Health For All**, 2000, Geneva, ss.5-6.

maliyeti düşük, etkisi yüksek olup tipik birer kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilirler.[53]

Toplumda hastalık ihtimali azaltılırsa, bütün toplum üyeleri rekabet olmaksızın bundan faydalanır.[54] Toplumun üyelerinden sadece biri için bu ihtimalin azaltılması hepsi için azaltılması demektir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri, dışsal faydası en fazla olan sağlık hizmetidir.

Aşılama, içme suyu ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk sağlığı, çevresel risk unsurlarının denetimi, verem-sıtma-trahom-frengi-cüzzam denetimi, erken teşhis gibi faaliyetler koruyucu sağlık hizmetleridir.

2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi hizmetleri ayakta tedavi, yataklı tedavi ve evde bakım şeklinde sınıflandırılabilir. Bunlardan yataklı tedavi sistemi en pahalı sistemdir. Koruyucu sağlık hizmetlerine göre, tedavi hizmetlerinde kişisel fayda ön plandadır. Tedavi hizmetleri, en uç noktadaki ayakta tedavi birimi veya hastaneden, en üst seviyedeki modern üst müracaat hastanelerine kadar uzanan bir yapı içerisinde verilir.[55]

Tedavi edici sağlık hizmetleri 3 basamak altında toplanabilir.[56]

2.2.1. Birinci basamak:

Hastaların tedavilerinin evde ve ayaktan yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Sağlık Ocağı, Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri, Kurum Hekimlikleri birinci basamak tedavi edici hizmetlerin verildiği yerlerdir. Birinci basamaktaki imkanlarla tanı ya da tedavisi yapılamayan hastalar ikinci basamağa sevk edilirler.

---

[53] Kenan Bulutoğlu, **Kamu Ekonomisine Giriş, Devletin Ekonomi Kuramı**, 2.Baskı, İstanbul, Sermet Matbası, 1977, s.258.
[54] Kenan Bulutoğlu, a.g.e. s.258.
[55] Savaş Yıldırım, a.g.e., s.13
[56] http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/aykonu/Ay2003/kasim03/cagdassaglik.html. Erişim Tarihi: (1 Mayıs 2006)

2.2.2. İkinci basamak:

Hastaların yatırılarak tanı ve tedavi hizmetlerinin verildiği hastanelerdir.

2.2.3.Üçüncü basamak:

Özel dal hastaneleridir. En yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir. Kanser hastaneleri, ruh sağlığı hastaneleri, sanatoryumlar, kalp-damar hastaneleri gibi.

2.3.Rehabilitasyon Hizmetleri

Sakat ve işgücünü kaybedenlere işgücü ve çalışma imkanı sağlanmasına yönelik hizmetler rehabilitasyon hizmetleridir. İki türü vardır:

2.3.1.Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel sakatlıkların olabildiğince düzeltilmesini içerir.

2.3.2.Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon: Sakatlıkları nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belli bir işte çalışamayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yönelik hizmetlerdir.

3. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YENİDEN YAPILANDIRILMASININ ANA BİÇİMLERİ: METALAŞTIRMA-PİYASALAŞTIRMA SÜRECİ

Neo-liberal politikaların devletin küçültülmesi için uyguladığı, devletin kamu gelir ve harcamalarının sınırlandırılması yöntemi ile devletin sağlık hizmetinin serbest piyasa koşullarınca arz ve talep edilmesine imkan vermesi sağlanmıştır. Liberal iktisatçılara göre 1970'lerdeki krizin temelinde devletin ekonomiye aşırı müdahalesi ve kamu harcamalarındaki artış vardır. Kamu harcamaları içine bulunan sağlık hizmeti de bu artışın bir kalemidir. Uygulamaya konulan yeni politikalarla kamu harcamaları içinde fazla yer tutan ama ekonomik açıdan bir gelir yaratamayan sağlık kurumunun sermayenin yatırım alanı içine çekilmesiyle, devletin üstünden mali getirisi olmayan bir yük kalkmış olacaktır. Fakat bu harcamaların devlet tarafından karşılanmaması,

sağlık hizmetlerinin özel sektöre devri sadece parası olan kesimin sağlık hizmetlerinden yararlanması sonucunu doğuracak ve ülke içerisindeki eşitsizliği arttırıcı yönde bir gelişme sağlayacaktır.

1980'li yıllardan sonra güncellik kazanan sağlık sistemi reformu çalışmaları bir yandan toplam harcamalarının, bir yandan da kamu sağlık harcamalarının toplam payının sınırlanmasını hedeflemektedir.

Bu amaçla da sağlık sistemlerinin, hem organizasyon, hem de finansman boyutlarında önemli değişiklikler hedeflenmektedir.

Hedeflerle uyumlu temel stratejiler ise şu şekilde özetlenebilir:

- Mevcut kamu kaynakları dışında ek kaynak mekanizmalarının yaratılması; katkı payı ya da kullanıcı ödentisi adı verilen sistem.

- Verimliliğin artırılması adına kamu sağlık sektörü içine piyasa kurallarının ve rekabet unsurunun sokulması ve daha genel bir düzlemde Yeni Kamu Yönetimi Modeli denilen bir yönetim stratejisinin geliştirilmesi: İç Piyasa Yönetilen Rekabet, Yönetilen Piyasa denilen yeniden yapılanmalar.

- Kamu sağlık kurumlarının parça parça ya da toptan özelleştirilmesi ve özel sektörün çeşitli teşviklerle tıbbi bakım hizmetlerine sokulması.[57]

Bu çerçevenin de ortaya çıkardığı gibi sağlık sektörü reformlarındaki yönelim, sağlık sektörünün gerek finansman, gerekse üretim olarak kamunun dışında yapılandırılmasıdır. Bu anlamda sağlık sistemlerinin reforme edilmesinde asıl amacın özelleştirme yönünde olduğunu saptamak ise yanlış olmayacaktır.

---

[57] Ata Soyer ve İlker Belek, "Türkiye'de Özel ve Kamu Sağlık Harcamaları", **Dünyada ve Türkiye'de Kamu Girişimciliğinin Geçmişi Bugünü ve Geleceği Sempozyumu, Sempozyum Bildirileri Kitabı, Cilt 1**, İstanbul, 6-7 Ekim 1997, ss.340-341.

Üretici güçlerin belli bir gelişme sürecine denk düşen üretim ilişkileri, şüphesiz sağlık hizmetlerinin de bir bütün olarak örgütlenmesinde belirleyici olmaktadır. "*Üretim ilişkileri, toplum sağlığını doğrudan belirleyebilirken aynı zamanda bir üst yapı kurumu olarak sağlık hizmetlerinin nasıl örgütleneceğini, nasıl bir işbölümüne denk geleceğini ve nasıl finanse edileceğini de belirlemektedir."*[58]. Kapitalizmin gelişim sürecine (üretim ilişkilerindeki değişime) uygun olarak sağlık hizmetlerinin de niteliği ve görünümü değişmektedir. Özellikle üretici güçlerin yaşamış olduğu tıkanma-kriz-yeniden yapılanma sürecinde sağlık hizmetleri de payına düşeni almıştır. *"Emek verimliliğinin arttığı ve sömürü oranının(el konan artı-değerin ücretlere oranı) giderek yüksekliği kapitalizmde, hastalanan işçinin bir an önce üretim bandı başına dönmesi önem kazandı… Süreç içerisinde nitelikli işsizlerin de yedek ordusu nedeniyle, burjuvazinin, sağlık hizmetlerine herkesin ulaşmasına ve yararlanmasına gereksinimi kalmadı. Dolayısıyla, maliyeti azaltıcı girişimler gecikmeden uygulamaya kondu"*[59] Şüphesiz bir sistemin meşruiyeti insan gereksinimlerine verdiği karşılık ile eşdeğerdedir. Kamunun gerek sağlık hizmetleri arzı, gerekse bu hizmetler için ayırdığı payın büyüklüğü, öncelikle kapitalist birikimin özellikleri ile ilişkili olarak azalıp çoğalmaktadır. Kamu tarafından arz edilen hizmetlerle ihtiyaçların karşılanması dönem dönem sistemin gereği gibi görünse de, sermayeye karşı yürütülen mücadelelerin ve asıl önemlisi de sistemin yaşadığı tıkanıklığı aşabilmenin geçici bir gerilemesine işaret etmektedir.

> "*Bireyin varlığını sürdürmesi için duyduğu gereksinimlerin tümü sadece piyasa mekanizmasının belirlediği koşullar içinde, kendi bireysel olanaklarıyla giderilemez. Dolayısıyla bireylerin var olma hakları kamusal alandaki faaliyetleri gerektirir. Ancak kapitalizmin sistemik çelişkisi kamusal alandaki faaliyetlerin her zaman bireyin ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde gerçekleşmesini engellemektedir. Diğer bir ifade ile kapitalist ekonominin dayandığı temel düzenleme mekanizması olarak*

[58] Onur Hamzaoğlu ve Erhan Nalçacı, "Üretim İlişkileri ve Sağlık",**Toplum ve Hekim**, Cilt 18, Sayı:3, Mayıs-Haziran 2003,s.166
[59] Onur Hamzaoğlu ve Erhan Nalçacı,a.g.e., s.166

piyasa mekanizması kârların maksimize edilmesine dayanır. Buna bağlı olarak piyasa, toplumsal üretimi bireyin var olma hakkını yeteri kadar sağlayacak düzeyde dağıtmaz. Dolayısıyla kapitalist sistemde toplumsal üretimden alınan pay, mülkiyet sahibi olmaya bağlı olarak daha başından itibaren bir eşitsizlik içermektedir. Bu eşitsizliği meşru kılmak yani bireyin var olma hakkını sağlayacak bir gelir bölüşümü ile piyasa mekanizmasının temel mantığını bozmayacak bir ekonomik etkinlik arasındaki çelişkileri gidermek dev1etin sorumluluğundadır. Diğer bir ifade ile piyasanın ortaya çıkaracağı gelir dağılımını değiştirmek üzere refah hizmetlerinin, kamu harcamalarının ve kamu gelirlerinin kullanılması gerekmektedir.[60]

Sermayenin birikiminde dönem dönem yaşanan tıkanmalar kapitalizmin içsel dinamiğinde yer alan kriz eğiliminden başka bir şey değildir. Sermaye bu tıkanıklığı aşabilmek için ekonomik ve toplumsal yapıların yeniden düzenlenmesini-dönüştürülmesini zorunlu kılar. Bu amaçla devlet eliyle uygulanan ekonomi politikaları tıkanıklığın önünü açmak ve krizi bir an önce hafifletmek üzere işlev üstlenirler. Devlet uyguladığı ekonomi politikalarının işlevi ile sistemin devamını ve meşruiyetini de ortaya koyar. Devlet var olan üretim tarzı olarak kapitalizmi korumak ve devamını sağlamak üzere bazen kapitalizmin temel unsuru olan sermaye sahiplerinin kısa dönemli çıkarları aleyhine kararlar almak durumundadır. Refah devleti uygulamalarının gelişimi de tam da bu açılıma denk düşer. Sosyal koruma sisteminin yoğun olduğu kapitalist bir toplumda, böyle bir koruma sistemi aslında kapitalist üretim ilişkileri açısından bir tehdit olmaktan çok sınıflar arası çelişkileri yumuşatarak sisteme meşruluk kazandırma işlevine sahiptir.[61]

Bu bağlamda devlet, sistemin işleyişini ve sermaye birikimini engellemeyecek şekilde ekonomi politikaları ile sosyal hizmetler arz eder.

---

[60] Tülay Arın, "Anayasal İktisat ve Refah Devleti: TİSK ve TÜSİAD'ın Asgari Devlet Raporlarının Eleştirisi", **Ekonomide Durum**, Türk-İş Araştırma Merkezi, Kitap 3-4, ss.82-84.

[61] Yasemin Özuğurlu, "Bölüşüm İlişkilerinde Devletin Değişen Rolü". **Evrensel Kültür**, Sayı:142, Ekim 2003.ss.76-77 http://www.evrenselbasim.com/ek/dosya.asp?id=2422. Erişim Tarihi: (05.05.2006)

Sağlık hizmetleri de kamunun II. Dünya Savaşından itibaren 1980'lere kadara artarak sunduğu kamusal bir hizmet olmuştur. Ancak sistemin 1970'lerle başlayan ama 1980'lerde netleşen ve "*yeni dünya düzeni*" ve/veya "*küreselleşme*" diye adlandırılan eski ama yeni yapılanması "*daha çok piyasa*" ve "*piyasalara özgürlük*" sloganları altında kamunun arz ettiği ve anayasal bir hak olan sağlık hizmetlerinin de piyasa koşullarına açılmasını zorunlu kılmıştır. Yani sağlık hizmetlerinin metalaşma süreci başlamış ve sağlık kamu tarafından sunulan bir hak olmaktan çıkarak sahip olunan mülkiyet-gelir ölçümünde bir metaya dönüşmüştür. Metalaşma, sağlık hizmetlerinin sermaye birikimi ile olan ilişkiler ağında altında insanların yaşamlarının piyasa ilişkilerinin gereklilikleri tarafından belirlenmesi sürecine karşılık gelen bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinin metalaşması günlük hayatın piyasada alım satıma konu olamayacak yanlarının gün geçtikçe artan biçimde, bir ekonomik disipline içkin hale getirilmesi olarak açıklanabilir.

Metalaştırma ve piyasalaştırma sürecinde sağlık hizmetlerinin öncelikle sahip olduğu bütünsellikten kurtarılması gerekmektedir. Bu çerçevede kamunun artık sağlık hizmetinde bulunmasının gereksizliği ve hantallığı, arz edilen sağlık hizmeti kavramından talep edilen sağlık hizmetine, yani arz ve talep ilişkisine piyasa koşullarında terk edilmiş bir ekonomik aktiviteye geçiş sağlanmaktadır. Sağlığın kamu tarafından arz edilen bir hizmet ve toplumsal bir hak olma işlevini yitirmesinde sağlık hizmetlerinin, gelirine oranla talep edilebilen bir yapıya dönüştürülmesi sağlık hizmetlerinin ve hakkının piyasalaşma sürecindeki en önemli kilometre taşıdır. Bu dönüşüm tek bir hamlede ve sürekli piyasalaşma-metalaşma şeklinde gerçekleşmekten ziyade kapitalizmin konjonktürel gelişim evresine de uygun olarak metalaşan, kamusallaşan, yeniden metalaşan diye tanımlanabilecek bir dalgalanma süreci içinde ortaya çıkmıştır. Bu dalgalanma süreçlerinden önemli bir uğrak da "*refah devleti*" olgusudur.

> "*"Refah devleti" kavramı, tüm uyruklarının refahını, yani sadece hayatta kalmaktan fazlasını; belirli bir toplumda, belirli bir*

zamanda, onurlu bir şekilde hayatta kalmayı, sağlamanın devletin yükümlülüğü olduğu düşüncesini ifade eder. Kavram devletin işlettiği ve finanse ettiği kurumlara daha geniş bir kamu refahı düşüncesinin –bireylerin onurlu yaşamlarının kolektif garantisi- gerektirdiği sorumlulukları yüklemiştir. Kamu refahı ortaklaşa sağlanan ve topluluğun her üyesine yayılan kolektif bir sigorta biçimi gibi düşünülebilir; bireysel ödenen primlerin miktarına göre değil de, bireysel ihtiyacın ölçüsüne oranla karşılığı ödenen bir sigorta poliçesidir[62].

Sağlık hizmetleri, *"refah devleti"* kavramı içerisinde bir hak ve kamu tarafından arz edilmekte iken, ödeme gücü ve ödeme gücündeki eşitsizlikler dikkate alınmamakta, gereksinim önemli olmaktadır. Ancak kapitalizmin yaşadığı krizleri aşabilmesi için yeni kar alanları olarak piyasalaştırma sürecinde, sağlık hizmetlerinin tanımlanmasında eşitsizlikler ön plana çıkmaktadır. Kapitalizmin genelde sosyal hizmetleri özelde ise sağlık hakkı ve buna ilişkin sağlık hizmetlerini metalaştırma sürecinde bir gerileme gibi duran, ancak kapitalizmin nihai metalaştırma süreci izleğinde sadece geçici bir noktaya denk düşen "*refah devleti*" kazanımları, 1970'lerde sermayenin içine girdiği krizi aşabilmenin bir yolu olarak tasfiye edilmiş ve sağlık hizmetleri "serbest piyasa" tarafından arz ve talep bağlamında belirlenen bir yapıya doğru evrilmiştir. Sermaye hem böylece kamu kaynaklarını kendine yönlendirmiş, hem de karlı bir alan haline gelen ve getirilen sağlık alanı sermayenin hizmetine sunulmuştur.

Ekonominin son 20-30 yılına bakıldığında reel mal üretiminin toplamdaki payının azaldığı görülmektedir. Bunun karşısında hizmet sektörünün toplam üretim içindeki payı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde artmaktadır. Bu artış genelde hizmet sektörünün özelde ise sağlık hizmetlerinin sermaye tarafından yüksek kar marjı sunan bakir alanlar olarak ele alınmasına neden olmaktadır. "*Sağlık hizmeti mal gibi ele alınmalı,*

---

[62] Zygmunt Bauman, **Çalışma, Tüketicilik ve Yeni Yoksullar,** İstanbul, 1999, Sarmal Yayınevi, s.67.

üretiminden elde edilen kar insan verimliliği geliştirilerek artırılmalı ve artı değerin daha fazlasına el konulmalıdır."[63] Sağlık hizmetlerine karşı getirilen bu yeni öğreti, sağlığı piyasalaştırmak için gereken hamlelerin atılmasına zemin hazırlamaktadır.

3.1. Sağlık Hizmetlerinin Metalaşması-Piyasalaştırılması Üzerine Bazı Saptamalar

Sağlık hizmetlerinin arzı üzerinde neo liberal politikaların metalaşma-piyasalaştırma işlevi üzerine bazı genel saptamalar yapmak mümkündür.[64]

- Öncelikle, sürecin bu hizmetlerin verildiği mekân üzerindeki etkisinden bahsedilebilir. Bu kapsamda hizmetin üretimi için gerekli mekânlardaki değişim ele alınabilir. Bugün, sağlık hizmetlerinin üretim süreçlerinde mekânsal bir parçalanma saptamak mümkündür. Piyasa ilişkilerine tabi olmaya başladığı andan itibaren sağlık hizmetlerinin üretiminde, büyük kamu hastaneleri karşısında, toplumun belirli bir kesimi için, özel poliklinikler ve muayenehanelerin rolünün arttığını saptamak mümkün olmaktadır. Bu süreç içinde, zaman ile birlikte özel polikliniklerin ve muayenehanelerin yerini özel hastanelerin ve özel tanı merkezlerinin aldığı görülmektedir. Bu durum sağlığa ilişkin özel sigorta biçimlerinin yaygınlaşması olgusu tarafından da desteklenmekte, bu süreçle birlikte gelişmektedir. Özel sigorta, uygulanabildiği durumlarda, sağlık hususunda işçinin yeniden üretilmesinin toplumsal maliyetini sosyalize eden, bir başka değişle, sağlık "maliyetini", birinci dünya savaşı öncesinin toplumsal düzenlemelerin mantığı ile uyumlu olarak, yine işçiye yükleyen bir yaklaşımın belirmesinin en belirgin kanıtlarından birisidir.

---

[63] Gazanfer Aksakoğlu ve Yonca Sönmez, "Küreselleştirme ve Toplum Sağlığı". **Toplum ve Hekim**, Cilt:18, Sayı 3, Mayıs Haziran 2003. s. 198.

[64] Ali Murat Özdemir, "Sağlığın Ekonomi Politiği: Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma Süreci Üzerine Bir Deneme", **Ekonomik Yaklaşım,** Cilt:16, Sayı:56, 2005, ss.85-86.

Aynı sosyal mekanizma, uygulanamadığı durumlarda da, işgücünün belirli bir kısmını sosyal güvenceden mahrum eden bir yaklaşımın meşrulaştırıcı dayanağını oluşturması kuvvetle mümkündür.

- İkinci olarak sağlık hizmetlerinin kapsamında da bir parçalanma ortaya çıkmaktadır. Bu kapsamda, hepsi de bir ve aynı tedavi sürecinin parçaları olan, nakil/ambulans hizmetleri, pansuman, dikiş, ilaç gibi unsurların ayrı ayrı fiyatlandırmaya konu olması durumu ve ilgilinin maddi gücüne bağlı olarak farklı malzemeler ve tekniklerle gerçekleştirilebilmesi genel olarak sermaye ilişkisine içkin dönemin bir sonucu olarak kabul edilebilir. Artık, "*tüketicinin*" maddi gücüne göre aynı hizmeti farklı unsurlarla eklemlendirerek "*talep etmek"* "*hakkından*" bahsedilebilecektir. Bu durumun doğrudan sonucu, aynı sağlık problemine farklı kişiler için farklı tedavinin üretilmesi olarak ortaya konulabilir. Farklı fiyatlandırmanın ortaya çıktığı en belirgin konulardan birisi de hastanelerin otelcilik hizmetleridir. Aynı parçalanma süreci bu hizmetleri verecek personelin çok katmanlı ücretlendirilmesini ve farklı statü gruplarına ayrılmasını da olası kılacaktır. Bu durumun olası sonuçlarından birisi, sağlık hizmetini veren emekçiler arasında yeni çekişmelerin üretilmesi olabilecektir.

- Üçüncü olarak, piyasa ilişkilerine tabi bir sağlık hizmetleri örgütlenmesinin toplumsal kaynaklardan sağlık cihazlarına ayrılan payın içerisinde, kullanılması elzem olamayan ve öncelik sırasına göre geri planda kalması beklenen cihazlara ayrılan payın artmasına sebebiyet verebileceği olgusundan bahsedilebilir. Sözleşme serbestisi ilkesi uyarınca, estetik kaygıların tatmini, parasız kesimlerin hayati ihtiyaçlarının önüne geçebilecektir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların, anti-ageing ya da yağ aldırma gibi,

doğrudan kamu sağlığı ile ilgili olmayan sorunların, önce icadı, sonra da çözümü için kullanılması da beklenebilir.

- Dördüncü olarak hizmetten faydalanacak kimselerin toplumsal sınıflarını ve statülerini gösteren yeni alışkanlıkların, yine sınırlı toplumsal kaynakların dağılımı üzerindeki olumsuz etkilerinden bahsetmek mümkün olacaktır. Buna göre, özel hastanelerde doğum, gerekmediği durumlarda bile sezaryen yolu ile doğum, özel çocuk poliklinikleri, check-up pratiğinin eşitsiz biçimde yaygınlaşması ve istismar edilmesi, kamu hastanelerinin sürekli ihmalinden kaynaklanan sorunların giderilmesi yerine parası ve kamuoyu yaratabilecek gücü olan kesimlerin ihtiyaçlarının özel hastanelerde giderilmesi gibi durumlar öncelikli olarak görünür hale geleceklerdir. Aynı durumdan döner sermayeler yolu ile adeta bir “işletme” şeklinde yönetilen kamu hastaneleri içinde bahsetmek mümkün hale gelmiştir. Bu durumlar sağlık sorunun kamusal yönlerinin görünmez hale getirilmesi yanı sıra, toplumun belirli kesimlerinin kayıtsızlığını arttırmak gibi politik maksatlara tahvil edilebilecektir.

- Beşinci olarak, sağlık hakkının kolektif bir hak olmaktan çıkışı ile ilişki içerisinde, başta hekimler olmak üzere, sağlık emekçilerinin sorumluluğu topluma karşı sorumluktan, bizatihi ilgili hizmeti alan kişiye, bir başka deyişle, "tüketiciye" karşı bir sorumluluğa dönüşecektir, Bu kapsamda hizmetin doğasını belirleyen ilişkilerde bir değişimden de bahsetmek mümkün olacaktır. Artık, genel olarak işgücünün yeniden üretimi devletin sorumluluğundan çıkmakta, bununla bağlantılı olarak, sağlık hizmetinin satıcısı ile hizmeti alan arasında, açık ya da örtülü olarak bireysel bir sözleşmenin belirlediği, karşılıklı bir ilişki, sağlık hizmetlerinde egemen olmaya başlamaktadır.

Kamu tarafından arz edilen sağlık hizmetlerinin metalaştırılması-piyasalaştırılması süreciyle bir hak olarak sağlığın gelir ölçüsünde talep edilen bir hizmet haline gelmesi yukarıda saptananların dışında da başka bir takım olguları ortaya çıkaracaktır. İktisat teorisinin organ borsasının serbestleştirilmesinin piyasada etkinliği artıracağı yaklaşımı organ ticaretinin hukuken yasaklandığı yerlerde bile, piyasa ilişkilerinin konusu olmasını engelleyemeyecektir. Ayrıca pek çok özelleştirme örneğinde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin arz edildiği kamuya ait mekanların kendisi dahi rant mekanizmasına dönüşebilecektir.

3.2. Sağlık Hizmetlerinde Neo-Liberal Politikaların Yeni Uygulama Alanı: GATS

Sağlığın bir hak olmaktan çıkarak metalaşması ve sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılarak "*serbest piyasanın*" bir unsuru haline getirilmesi, yani sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak ticarileştirilmesi için uygun zemin demografik değişimle desteklenerek tamamlanmıştır. Özellikle gelişmiş ülkelerde tekelleşme ve teknolojinin artan kullanımı, artan üretime rağmen daha az emek kullanımı yüzünden, prim ödemelerindeki azalma ve doğum hızının ölüm hızının altında kalmasıyla birlikte yaşlanan nüfusa verilen sağlık hizmetlerinin maliyeti artırmıştır. Sağlık hizmetlerindeki bu pahalılık karlılığa açılan yeni olanaklara kapı aralamıştır. Hem prim hem de vergi finansmanlı sağlık hizmetlerinde maliyet-finansman bağlamında aynı sözde sıkışıklık yaşanmaktadır. Öte yandan bu sıkışıklığın karşısında pek çok ülkede sağlık harcamaları kamu harcamalarının önemli bir kısmını oluşturmaya başlamıştır. Çünkü sağlık hizmetleri ekonominin büyüme hızının üzerinde bir kaynak gereksinimine ve dolayısıyla tüketimine ihtiyaç duymaya başlamıştır. Böylece sağlık harcamalarının kamu harcamaları içinde aldığı pay artarak, eğitimi bile geride bırakmıştır[65]. İştah kabartan bu gelişim, daha

[65] Ayrıca ekonomik büyümenin sağlanmasında hizmet sektörlerinin üretim sektörlerinden daha önemli hale gelmesi hizmetler sektörünü ön plana çıkarmıştır. Örneğin hizmetler sektörünün bir bütün olarak AB Gayri Safi Milli Hasılası'nın (GSMH) 1/3'nü oluşturmaktadır. Yine AB'nin toplam ihracatında hizmet sektörünün payı 1/4'tür. Örneğin bu oran OECD ülkelerinde %13'e ulaşmaktadır. Allyson M. Pollock ve David Price, **"Rewriting the regulations: How The World Trade Organisation Could Accelerate Privatization in Health-Care Systems"**. The Lancet, Vol:356, December 9, s.1996

önce kamunun ödeme durumunu dikkate almaksızın bireylerin gereksinimi kadar arz ettiği bir hizmet olan sağlığın "*yeniden düzenlenmesi*" ve bu çerçevede kamunun sağlık hizmetleri arzının hızla azaltılmasıyla, bu alanın özel sektöre devredilmesine yönelik girişimleri başlatmıştır.

Sağlık hizmetlerinin ticaret potansiyeli son yıllarda artan bir hızla genişlemektedir. Daha verimli ve etkili iletişim sistemleri ticaretteki uzaklığa bağlı engelleri azaltmaya yardımcı olmaktadır. Hasta hareketliliğinin artması, artan yaşlı nüfus, teknolojinin gelişmesi, hastalık biçimlerinin değişmesi gibi nedenlere dayalı olarak sağlık sistemlerinde artan maliyetler nedeniyle verimliliğin bir amaç olarak görülmesi sonucu devletler sağlık hizmetlerinde, özel kesimin rolünün artırılması gerektiği düşüncesini taşımaya başlamışlardır. Sağlık hizmetleri alanında dış yatırımların yapılması özellikle gelişmekte olan ülkeler için daha iyi teknolojinin transferi, yeni istihdam alanları yaratma gibi avantajları da beraberinde getirmektedir.[66] 1970'lerle birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya Bankası (DB) ve DTÖ bu alana yaptıkları vurgulamayı artırarak sağlığın tanımlanmasından, sağlık hizmetlerinin finansmanına kadar bir çok yeni söylemi kamunun gündemine taşmıştır[67]. Vergi yerine prim esaslı finansman ön plana çıkarılmaya başlanmış, devletin doğrudan sağlık hizmeti arz etmedeki payı azaltılarak, özel sektörce üretilen hizmeti satın alan ve dolayısıyla özel kesime yüksek karlılık oranları ile yeni kaynak aktaran bir yeniden yapılanma oluşturulmuştur.

1980'lerde artan ama 1990'larla daha görünür hale gelen, çevre ülkelerde kamu harcamalarının kısılması ve bu çerçevede sağlık harcamalarına devletin yaptığı payların azaltılmasıyla birlikte ağırlıklı olarak

---

[66] Rudolf Adlung ve Antonia Carzangia, "Health Services Under the General Agreement on Trade in Services", **Bulletin of the World Health Organization**. Vol:79, 2001, ss.352-364.

[67] *"DSÖ, 1946'da Anayasa'sına koyduğu sağlık tanımı olan "bedensel, ussal ve toplumsal açıdan tam iyilik durumu"nu, 1981'de "kendilerine sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürmeye olanak sağlayan sağlık düzeyi: 2000 yılında herkes için sağlık" olarak yeniden belirler. Bunun anlamı şudur: "Herkes kendi sağlığından sorumludur. Bunun için de üretmek, kazanmak ve ödeme yapmak zorundadır". DB ve DSÖ 1996'da Küresel Hastalık Yükü Çalışması'nı başlatırlar. DSÖ 2002 raporunu "risk yaklaşımı"na ayırır: Sağlıksız yaşam biçimi -sözgelimi sigara içme- bireysel bir risktir ve kişiler bundan kendileri sorumludur. Akciğer kanseri olmama ya da olurlarsa bunu finansal olarak karşılama da tümüyle kendi sorumluklarındadır"* (Aksakoğlu ve Sönmez,a.g.e. ,s.198.).

katılımcının katkısı ölçüsünde, kamudan ziyade özel sektörün arz ettiği bir sağlık hizmeti uygulaması ortaya çıkmıştır. Bu dönüşümde DTÖ düzenlemesini yaptığı, hizmet sektöründe gümrük vergilerine ilişkin düzenlemelerin ötesine geçerek kamunun hizmet arz ettiği tüm alanları özellikle de sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler-sigortacılık alanlarını da kapsayacak şekilde 1994 yılında imzalanan Hizmet Ticareti Genel Anlaşması'dır (GATS). Anlaşmaya taraf olan ülke sayısı DTÖ ve DB'nin de yaygın propagandası ile kısa sürede hızla artarak 2005 yılı sonu itibariyle 146'ya ulaşmıştır.

DTÖ eski başkanı Renato Ruggerio'nun GATS'a ilişkin söyledikleri anlaşmanın kapsamına dair yeterince açıklayıcıdır. "*GATS ile daha önce ticaret politikası içerisinde tanımlamadığımız alanları bile piyasa ekonomisine açabiliyorsunuz ve yerli hizmet şirketlerine tanıdığınız ayrıcalıkların aynısını ya da daha fazlasını yabancı şirketlere de tanıyorsunuz. Korkarım şu anda ne hükümetler neyin altına imza attığının ne de şirketler neler kazandıklarının farkında değiller…*"[68]1994 yılında imzalanan GATS metninde kamunun arz ettiği hizmetlerin özelleştirilmesinden bahsedilmemesine karşın anlaşmanın, içerdiği teknik dilden kaynaklı olarak, belli dönemlerde uluslararası ekonominin ve konjonktürün durumunu da dikkate alarak yeniden düzenlenmesi, böylece de kamunun arz ettiği hizmetlerin tamamının süreç içinde, kamunun hizmet arzı açısından küçültülmesine paralel olarak, kapsama alınması için yeniden görüşülmesine olanak sağlanmıştır[69].

---

[68] Gaye Yılmaz "*Hizmetlerin Piyasalaştırılması: Olayın Teknik ve Teorik Boyutları* ". **Hukuk ve Adalet Dergisi**, Sayı:1. http://www.antimai.org/mkl/gy0704hukad.htm. Erişim Tarihi: (29 Nisan 2006)

[69] GATS çerçevesinde hükümetlerin hizmet sektörünün istedikleri alt alanlarında bir takım istisnalar tanımalarına olanak sağlanmıştır. Ancak bu ayrıcalıkların ve/veya kapsam dışılığın, *10 Yıl İstisnası* adı altında tanımlanarak, 10 yıl sonra otomatik olarak ortadan kalkmasına da olanak sağlanmıştır. "*GATS'da geçen "ticarileştirme" gereğini de biraz açmak ve örneklemekte yarar vardır. Burada amaç, bir kamusal hizmetin kamu eliyle verilse bile piyasadaki rekabet koşullarına zarar vermeden icra edilmesini güvence altına almaktır. Başka deyişle, hizmetler kamu eliyle verilse bile kullanıcılara cari piyasa fiyatlarıyla satılacak, piyasada benzer hizmetleri vermek üzere faaliyette bulunan özel şirketlerin istihdam biçimlerini (esnek, kalite normlarına uygun, performansa dayalı ücret ve istihdam sağlanan, verimlilik esasına göre çalışan vb)aynen uygulayacak ve örneğin şimdiye kadar olduğu gibi iş güvencesi sağlamayacaktır. GATS anlaşması yalnız kamu hizmetlerini kapsamakla kalmamakta, kamunun, belli hizmet sağlayıcılarını fakat esas olarak toplum sağlığını ve toplumsal refahı sağlamak amacıyla devletler tarafından getirilmiş düzenlemeleri de tehdit etmektedir. Buna göre, örneğin kimyevi madde üreten firmaların belli sayıda kimya mühendisi ve kimyager istihdam etmesi ya da 50 kişiden fazla işçi çalıştıran işyerlerinde bir hemşire ve işyeri hekimi istihdam edilmesi ve bunun gibi*

DTÖ yönetimi üye ülkelerin kamusal hizmetlerini piyasaya açıp açmama konularında serbest olduklarını belirtmektedir. Ancak GATS'ın istisnalarla ilgili maddesine bakıldığında anlaşmanın genelinde görülen esnek ifadeler burada da görülmektedir. Bu yüzden ilgili maddeye bakarak sağlık hizmetlerinin istisnalara ilişkin pozisyonunu ortaya koymak kişiden kişiye, kurumdan kuruma, ülkeden ülkeye değişebilecektir. Ancak şu bir gerçek ki GATS'ın amacı sağlık hizmetleri de dahil tüm hizmetleri uluslararası ticarete ve rekabete açmaktır. Bu nedenle GATS'ın bu istisnalar kısmına bakarak, "*sağlık hizmetleri kamunun sorumluluğundadır*" bu nedenle de GATS'a konu olamaz demek anlaşmanın gerçek anlamını ve açılımını kavramamaktır. Biraz dikkatli bakıldığında sağlık hizmetlerinin GATS çerçevesindeki pozisyonunu belirlemek için "malların tasnifine ilişkin ayırıma başvurmakta" yarar vardır. Mallar temelde üç gruba ayrılarak incelenmektedir: kamu malı, karma mal ve özel mal. Bu tasnife göre sağlık hizmetlerinin bir kısmının kamu malı (örneğin aşılama, koruyucu sağlık hizmetleri vb), bir kısmının karma mal ve bir kısmının da özel mal (bireysel sağlık hizmetleri, ilaç, diş sağlığı hizmetleri gibi) grubuna girdiği belirtilmektedir. Bu tasniften hareketle kamu malı niteliğindeki sağlık hizmetlerinin GATS'ın genel istisnalarına dahil edilebileceği (tam net olmamakla beraber), ancak karma ve özel mal grubuna dahil olan diğer tüm sağlık hizmetlerinin istisnalara dahil edilemeyeceği ve GATS çerçevesinde uluslararası ticarete ve rekabete konu olabileceğini kesin bir dille söylemek olanaklıdır. Nitekim Türkiye de dahil bir çok ülke GATS çerçevesinde sürdürülen ve 2002'ye kadar bitirilmesi planlanan müzakerelerde sağlık hizmetlerini (hastaneler, ilaç sektörü, sigortalar, profesyonellerin ve hastaların serbest dolaşımı gibi) uluslararası ticarete ve

---

daha pek çok düzenleme bir yandan toplum sağlığını nispeten güvence altına alırken bir yandan da mühendis ve doktorlara iş alanı yaratmaktadır. Oysa aynı düzenlemeler, GATS tarafından "gereğinden fazla kısıtlayıcı ve serbest rekabeti önleyici düzenlemeler" biçiminde yorumlanıp ve yasaklanabilecektir. Zira bir düzenlemenin "gereğinden fazla kısıtlayıcı" olarak kabul edilmesi, bu gereğin nasıl, kimler tarafından belirleneceğine ya da kısıtlayıcı olma fiilinin hangi sosyal sınıfa göre belirleneceğine ilişkin hiç bir kriterin verilmemiş olması dolayısıyla son derece kolaydır. Örneğin iş yeri hekimliği meselesi, o işyerinde çalışan işçiler ve onların sağlığından sorumlu tıp emekçileri için son derece yaşamsal ve gerekli iken, bir maliyet unsuru olması dolayısıyla aynı işyerinin işvereni tarafından kısıtlayıcı olarak görülebilecektir. En azından GATS anlaşma metni böylesi bir yoruma açık tutulmuştur" (GayeYılmaz, a.g.m.)

rekabete açacaklarını taahhüt etmişlerdir.[70] 57. hükümet 2005 yılında yaptığı değişikle yabancı merkezli hastanelerin Türkiye'de açılışına ışık yakmış ve bu çerçevede özel sağlık hizmetleri sunumu için özellikle Amerika kökenli ilk girişimler başlamıştır. Bu gelişmelerin ardından 2006'nın başlarında ise hükümet tarafından yabancı doktorların Türkiye'de çalıştırılması tartışması gündeme alınmıştır.

GATS diğer sektörlerde olduğu gibi, sağlık sektöründe özelleştirmeyi mülkiyet boyutundan hizmet boyutuna genişletmenin belgesidir. Sağlığın da pek çok mal ve hizmet gibi bir maliyeti olduğu, dolayısıyla bedelinin ödenmesi gerektiği yönündeki yıllardır sürdürülen kamuoyu oluşturma faaliyetlerinin ardından geldiğinin gözden kaçırılmaması gerekir. Sağlık hizmetlerinin, piyasaya, dolayısıyla metalaştırılmış alana çekilmesinin önündeki ulusal hukuk/mevzuatlardaki engeller kaldırılmaya çalışılmaktadır. Bu anlaşma ile sektörde varolmak isteyen ulusal sermaye gruplarının uluslararası hastane ve sigortacılık şirketleri ile küçük paylı sözde ortaklıkları artmaktadır. Esasında sektör uluslararası pazara açılmak istemektedir. Bugüne kadar kamu kaynakları, özel hastaneler, görüntüleme merkezleri, vb aracılığı ile ulusal sermayeye katkı sağlanırken, bundan sonra bunun büyük kısmına uluslararası tekeller el koymaya başlayacaktır. Bu anlaşma ile sağlık kuruluşları tam anlamıyla ticari işletmeler haline gelecek, bu da maliyeti artıracak, tekelci yapı ve ilişkileri ortaya çıkaracak ve sağlık çalışanları arasında rekabet yaratacaktır.[71]

Bu güne kadar pek çoğu gelişmekte olan Dünya Ticaret Örgütü(DTÖ) üyesi olan 54 ülke sağlık hizmetlerini GATS'a bağlı olarak liberalize etme sözü verdiler. Sağlık piyasalarını özel sağlık sigortasını da içererek liberalize eden ülke sayısı ise 78' e ulaştı. Bazı gelişmekte olan ülkeler sağlık hizmetlerini liberalize ederek ve özelleştirerek çevre ülkeler için bir sağlık turizmi merkezine dönüştüler ve sağlık profesyonellerini de ihraç eder

[70] Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yalçın, "Küreselleşme ve Uluslararası Ticaret: Uluslararası Sağlık Politikasında Değişen Dinamikler". **IV Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, 27-28 Eylül 2001. ss.14-15.

[71] Mehmet Özen, "Hizmet Ticareti Anlaşması'nın (GATS) Sağlık Alanına Etkileri". **Toplum ve Hekim**. Cilt:17, Sayı:3, Mayıs Haziran 2002. s.187.

duruma gelmişlerdir. İster sağlık turizmi, ister yabancı yatırım şeklinde olsun profesyonellerin dışarıda çalışması yoluyla özelleştirilen yerel sağlık hizmetleri ise ülke içinde gerileme göstermiştir.[72] GATS çerçevesinde sağlığın özelleştirilmesi ile sağlık profesyonellerini(personellerine) ihtiyacı olan ülkelerden refah düzeyi yüksek olan ülkelere doğru bir kayma olmaktadır. Eğer GATS çerçevesinde bu tip hareketin önüne engeller gelmez, çalışma şartlarında iyileştirme ve ya takdir edilir bir düzenleme yapılmaz ise ulusal sağlık sisteminde bu tür kaymaları azaltmak mümkün olmayacaktır.[73]

3.3. Sağlık Hizmetlerinin Özelikleri ve Piyasalaştırılmasındaki Bazı Sakıncalar

Özgül bir alan olarak sağlık, diğer temel hizmetlere göre önemli farklılıklar içerir.[74] Sağlık hizmetleri ve ilişkili piyasalar diğer piyasalar gibi değillerdir. Sağlık hizmetleri ile ilişkili mal ve hizmetler diğer mal ve hizmetler ile aynı kurallar çerçevesinde ticari faaliyete konu olamazlar. Bu husus son derece önemlidir ve GATS çerçevesinde yapılan ticari görüşmelerde yeterince dikkate alınmamaktadır. Oysa GATS üzerinden yapılan uluslararası hizmet ticareti görüşmelerinin sağlık hizmetleri üzerine doğrudan etkileri söz konusudur. Diğer taraftan öteki hizmet sektörleri ile ilgili sürdürülen görüşmelerin de sağlık hizmetleri örgütleri ve uygulamaları üzerinde beklenmedik ölçüde önemli ve kapsamlı etkileri olabilecektir. Sağlık hizmet ticaretinin serbestleştirilmesi ile birlikte; maliyetlerin artışı, ticari aktörlerin belirsizliği, veri ve bilgiye ulaşmanın sınırlanması, yüksek düzeyde sağlığı korumak ve hakkaniyeti sağlamak için önlemler almada hareket alanının daralması gibi istenmeyen etkiler doğurabilmektedir. Eğer sağlık hizmetleri de diğer hizmetler gibi uluslararası hizmet anlaşmalarına konu edilirse, sonraki kararlar ticari kurallar dikkate alınarak, önceliklerin belirlenmesi ve

---

[72] Ronald Labonte. "Globalization,Health and the Free Trade Regime : Assesig The Links", **Perspectives on Global Development and Technology**, Volume 3 , Issue 1-2, ss. 61-62

[73] Dı Mcıntyre, Stephan Tomas and Susan Cleary. "Globalization and Health Policy In South Africa" **Perspectives on Global Development and Technology**, Volume 3 , Issue 1-2, s.142. **131-152**

[74] Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yalçın, a.g.e., ss.5-7.

kararların alınması sağlık sektörün dışına kayacaktır. Uluslararası ticari aktörlerin himayesine geçecektir.[75]

Kamu tarafından arz edilen sağlık hizmetinden piyasa koşullarında, gelire göre talep edilen sağlık hizmetine geçişte, bu hizmetin bazı özellikleri sözkonusu dönüşümün neden büyük bir yanlış olduğunu ortaya koymaktadır. "*Öte yandan alıcılar açısından bakıldığında sağlık hizmetinin alımı ertelenebilse bile, bu hizmet bir kez zorunlu hale geldiği anda alternatifsizdir. Sağlık hizmeti alanlar açısından bakıldığında, insanların kendi sınıfsal konumları ile aldıkları sağlık hizmetlerinin türü, kalitesi ve mekânı arasında daha doğrudan ve "hızlı" bir ilişkilendirme mümkündür. "Parası olup özel hastanelere gidenler", Emekli Sandığı'ndan yararlananlar, SSK'lılar, Bağ-Kurlular, Yeşil Kartlılar ve herhangi bir sağlık sigortası kapsamında olmayanlar, aldıkları hizmetin kalitesi ve mekânı ile kendi sınıfsal konumları arasındaki ilişkiyi daha rahat kurabilecek durumdadırlar."*[76]

Bir başka açıdan bakıldığında sağlık hizmetlerinin gelirle doğru orantılı olarak değil de gerektiği kadar verilebilmesi en önemli unsurdur. Oysa "*kapitalizmde ihtiyaç nesnelerinin ve hizmetlerin üretimi kâr esasına dayanır. Kaba bir özetle, kâr varsa üretim vardır yoksa yoktur. Örneğin sağlık gibi hayatı bir gereksinime uygulandığında her türlü felâkete zemin hazırlar."*[77] Hasta olan bireylerin gereksinimleri olan hizmetleri alabilmeleri isteklerinin yeterli satın alma gücü ile desteklenmesi ölçüsünde karşılık bulabilmektedir. Aksi takdirde hastane kapılarından geri dönebilmekte ve/veya kötü ya da yetersiz sağlık hizmeti alabilmektedirler. Bu da DSÖ'nün yeniden tanımladığı "*herkes kendi sağlığından sorumludur*" yaklaşımına uygun düşmektedir. Aslında sağlık hizmetlerini kamu yerine sunmaya başlayan sermaye için sağlıksız toplumun varlığı karlılığın sürdürülebilmesi ve artması için gereklidir. Bu nedenle, 2000'li yıllarla birlikte neredeyse tüm çevre ülkelerde, devletin 1980'deki dönüşümle başlayan sağlık hizmeti arzının içinde önemli bir yer

---

[75] Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yalçın, a.g.e., ss.14-17.
[76] Metin Çulhaoğlu, "İdeoloji ve Sağlık: Türkiye Örneğinde Genel Bir Çerçeve". **Toplum ve Hekim**. Cilt:18, Sayı:3, Mayıs-Haziran 2003. s.177.
[77] Levent Toprak, *"Kapitalizmde Sosyal Güvenlik"*. **Marksist Tutum**. Sayı:13, Nisan 2006. http://www.marksisttutum.org/kapitalizmdesosyal.htm. Erişim Tarihi: (05.05.2006)

tutan koruyucu sağlık hizmetlerinin payının da verimsizlik-maliyet-finansman kıskacında azaltılması dayatılmaktadır. Bu dayatmanın arka planında ise koruyucu hizmetlerin yetersizliği tedavi edici hizmetlerin *–özel sektöre açılan-* kullanımını artırmaktır. Karlılığın arttırılmasına dayanan üretim ilişkileri ve biçimleri ile insan sağlığı arasında bir anlaşma zemini bulunmamaktadır.

İş çevrelerinin sağlık hizmetlerinin, teknolojilerinin ve ilaç endüstrisinin daha da liberalleştirilmesi, özelleştirilmesi ve uluslararası ticari alanda serbestleştirilmesinden çok büyük çıkar beklentileri vardır. Ancak sağlık hizmetleri alanındaki temel problem ise sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi ve serbestleştirilmesi hem maliyetleri artıracak hem de hakkaniyet ilkesini önemli ölçüde zedeleyebilecek olmasıdır. Bölgesel ve ulusal yönetimler ve sağlık hizmetleri alıcıları henüz sağlık hizmetlerinin küresel rekabete açılmasının potansiyel etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip değillerdir[78]

3.4. İlaç Sektörü ve TRIPs Antlaşması

İlaç sektörü, toplum sağlığı ile doğrudan ilişkili olduğundan kamu müdahalelerine açık ve bu nedenle klasik mal ve hizmet sektörlerinden oldukça farklı bir yapıya sahiptir. İlacın ürün özelliklerine bağlı olarak ortaya çıkan bu farklılık; doktor, sağlık sigortası ve tüketiciden oluşan üçlü talep yapısının ve ürünlerin ruhsatlandırma süreci (pazara girmeden önce) ile başlayan ve pazara sunulduktan sonra da devam eden etkinlik, güvenilirlik ve kaliteye ilişkin yoğun denetimlerin temel nedenini teşkil etmektedir.

Bunun yanında ilaç sektörünün dinamik yapısından kaynaklanan yoğun ar-ge yatırımları ve sonucunda ortaya çıkan yaygın patent koruması da yapısal farklılığın diğer önemli bir unsurudur.

[78] Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yalçın, a.g.e., s.7.

İlaç sektörünün farklı yapısı, sektörün dünyanın pek çok ülkesinde yoğun düzenlemelere tabi tutulmasına neden olmuştur. Bu düzenlemeler yalnızca ilaçların etkinlik, güvenilirlik ve kalite hususları bakımından kontrolü ile sınırlı kalmamış, aynı zamanda ilaç fiyatlarının, kar marjlarının ve dağıtım kanallarının (toptan ve perakende seviyede) faaliyet alanlarının çerçevesini de içermiştir. Neredeyse tamamı birbirleriyle bağlantılı olan bu düzenlemelerin iki temel gerekçesi vardır. Bunlar, sosyal politika hedefleri doğrultusunda, ilaçların, ülke genelinde bulunabilir ve makul fiyatlarla satın alınabilir olması ile ilaç harcamalarının devlet tarafından finanse edildiği durumda bütçe hedeflerinin tutturulabilmesidir.[79]

Patent ve Fikri Mülkiyet Hakları (FMH)'nın özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık ile ilgili araştırma ve geliştirme (Ar&Ge) faaliyetlerine uyarıcı etkide bulundukları şeklinde yaygın bir kanaat bulunmaktadır. Ar&Ge faaliyetlerinin yüksek maliyet / risk barındırması ve potansiyel olarak tüm ülkelerin kullanımına yönelik buluşlar ile sonuçlanması nedeniyle patentlere büyük önem verilmektedir. Buluşlara yönelik korumanın yabancı yatırım, teknoloji transferi ve araştırma (özellikle ortak araştırma programları ve yerel ihtiyaçlara yönelik araştırmalar) üzerinde etkili olduğu konusunda da yaygın bir inanış bulunmaktadır. Ancak FMH beraberinde fiyat ve rekabet maliyetlerini de getirmektedir. Tedavi ya da ilaçlara ulaşımın hayati sonuçlar doğurabildiği sağlık sektöründe, fiyatlar da dahil olmak üzere tıbba erişimi belirleyen tüm koşullar, özellikle düşük gelirli toplum kesimleri için çok önemli unsurlardır. FMH'larının konunun sadece ilgili bir yan faktörü olmadığının kabul edilmesi ile bile FMH'lerin oluşturulduğu ve uygulandığı yöntemlerin ilaçlara erişim üzerinde kayda değer etkilerde bulunduğu kolayca görülmektedir. Bu yüzden tüm FMH sistemleri, buluşlara yönelik teşvik verilmesi ve koruma altındaki malların erişilebilirliğine dair tüketici menfaatlerinin savunulması arasında bir denge kurmalıdır.[80]

---

[79] Hakan Deniz Karakoç, "İlaç Sektöründe Fiyat Rekabeti", Rekabet Kurulu Uzmanlık Tezi, Ankara 2005, ss. 7-8.

[80] Carlos Correa, **Gelişmekte Olan Ülkelerde Halk Sağlığı Konularını Patent Mevzuatı ile Bütünleştirme,** (Çeviren Koray Güler), Refik Saydam Hıfzı Sıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara, 2000.

TRIPs Antlaşmasına imza atan tarafların bu antlaşmadan talepleri;[81]

1. En çok kayırılan ülke statüsünün genişletilmesi ve ulusal işleyişin fikri mülkiyet haklarına dahil edilmesi

2. Telif hakkı, marka adı, coğrafi işaretler, endüstriyel dizayn ve patentler için koruma.
3. Fikri Mülkiyet Haklarının ihlali halinde kanuni işlem öngörmesi

4. 20 yıl patent koruma hakkı

5. Patentlerin hükümet tarafından kullanımı karşılığında bedel ödeme

Antlaşmanın imzalanması ile meydana gelen monopol ya da en azından oligopol şirketler nedeniyle ilaç fiyatlarındaki artış; örneğin Amerika'da 1995-2000 yılları arasında her yıl % 15 artarak sağlık harcamalarının en büyük kısmını oluşturmuştur.(sağlık harcamalarındaki genel artış %5,6 nın üzerine çıkmaz iken) TRIPs'i talep eden ilaç firmaları araştırma ve kalkınmalarındaki büyük ölçekli yatırımları için bu fiyat düzeyleri konusunda ısrarcı olmuşlardır.[82]

Sağlık sektörü içinde özellikle ilaç sektörü için TRIPS antlaşması ortaya konmuş en büyük zaferdir. 2002 yılı sonunda 50 biotech şirketi piyasa cirosunun en azından 1 trilyon dolarlık kısmına ulaşmıştır ve kapasitelerindeki artış finans kapitalin ilgisini çekecek kadar büyük seviyelere ulaşmıştır.[83]

---

[81] Bernard Hoekman, "New Issues In The Uruguay Round And Beyond", **The Economic Journal, V**ol:103, No:421, 1993, ss.1531-1532.
[82] Her başarılı ilaç için yaklaşık olarak 800 milyon doların üzerinde para harcandığı şirketler tarafından ifade edilmektedir. Ayrıntılı bilgi için bkz. Henry Grabowski, " Patents Innovetion and Access to New Pharmaceuticals", **Journal of International Economic Law,** Vol:5, No:4, 2002, ss.849-860. Ancak bu iddiaların yanlışlığını sorgulayan çalışmalar da bulunmaktadır. Ayrıntılı bilgi için bkz. James Love, "How Much Does İt Cost The Develope A New Drug", **MSF Working Paper,** Genova, 2000; Merrill Goozner, " The Price Isn't Right", **The American Prospect** Vol:11 No:20, 2000. ss.25-28.
[83] Rodney Loeppky, "International Restructiring, Health and Advanced Industrial State", **New Political Economy,** Vol:9,No:4. December 2004, s.497.

4. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÖZELLEŞTİRME SÜRECİ VE BİÇİMLERİ

Sağlıkta özelleştirme kavramı kamu mülkiyetindeki kurumların, sadece mülkiyet olarak özel sektöre devredilmesi anlamına gelmemekte ve bunun ötesinde daha geniş kapsamlı değişimleri ifade etmek üzere kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) özelleştirmeyi, özel sektör hizmet sunumunu ve finansmanını yaygınlaştıran, kolaylaştıran ve uyaran hükümet politikaları olarak tanımlamaktadır.[84] Bu nedenle özelleştirme hükümet dışı aktörlerin sağlık hizmetlerinin üretim ve finansmanına daha da fazla oranda katıldıkları bir süreci ifade etmektedir. Bu anlamda da iç piyasa olarak tanımlanan ve kamu sağlık sektörü içine piyasa unsurlarının sokulması şeklinde gelişen değişiklik de özelleştirme olarak nitelenmektedir.[85]

Sağlık sektörünün yapısı ve finansmanı ile ilgili olarak karşımıza Tablo 5'teki durum çıkmaktadır. Tablonun sol üst gözü klasik kamu sektörünü, sağ alt gözü ise klasik özel sektör yapısını göstermektedir. Diğer iki göz ise kamu sektöründen özel sektöre geçiş uygulamalarını, kısacası özelleştirmeyi ifade etmektedir. Bu tablodan da anlaşılacağı gibi özelleştirme çalışmalarının son derece geniş bir uygulama alanına sahip olduğundan söz etmek yanlış olmayacaktır. Diğer taraftan yukarıda yapılan özelleştirme tanımlarından da anlaşılacağı üzere özelleştirme tamamı ile bir hükümet politikasıdır.

---

[84] WHO,**"Evalution of Recent Changes In The Financing of Health Services"**, WHO Technical Report Series 829, Genava, 1993, s.11

[85] World Bank, **"Investing in Health"**, World Devolopment Report 1993, Oxford University Pres, Newyork, 1993, s. 5

Tablo 5. Sağlık Sektörünün Yapısı ve Finansmanı

FİNANSMAN	HİZMET SUNUMU	
	KAMU	ÖZEL
KAMU	Kamu Hastaneleri	Özel hastanelerden sözleşmeler ile kamunun hizmet satın alması
ÖZEL	Kullanıcı ödentileri, katkı payları	Özel hastaneler,Özel Sağlık Sigortaları ve Amerikan HMO sistemi

Kaynak: WHO,**"Evalution of Recent Changes In The Financing of Health Services"**, WHO Technical Report Series 829, Genava, 1993, s.13

Bu noktada hükümetlerin politikalarının özelleştirme yönündeki süreci aktif ya da pasif özelleştirme olarak ikiye ayrılmaktadır.[86]

Aktif Özelleştirme: Aktif özelleştirme bir kaç biçimde gerçekleşebilmektedir:

I. Kamunun elindeki sağlık kurumlarının mülkiyetinin özel sektöre devri (özelleştirme en tipik olarak bu biçimde gündeme gelmektedir.)

II. Klinik ve klinik olmayan(hastanelerdeki otelcilik hizmetleri gibi) hizmetlerin sözleşme ile kar amacı güden ya da gütmeyen özel sektör kuruluşlarına bırakılması.

III. Özel sektörün çeşitli mali yöntemlerle (vergi indirimi, gümrük muafiyeti gibi) desteklenmesi.

Pasif Özelleştirme: Pasif özelleştirme ise, kamu sağlık sektörünün yetersiz kaldığı ya da bırakıldığı durumlarda, özel sektörün "kendiliğinden"

[86] Ata Soyer ve İlker Belek, a.g.e., s.342.

genişlemesi sürecini tanımlamaktadır. Bu genişlemede özellikle kamu kesiminde çalışan sağlıkçıların (özellikle de hekimlerin) kamu kesimi çalışma koşullarından ve ücretlerinden memnuniyetsizlikleri sonucunda özel sektöre kayışları belirleyici olmaktadır. Dolayısıyla pasif özelleştirmenin de açık bir hükümet politikası sonucunda ortaya çıktığını belirlemek gerekir.

4.1. TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜ PROFİLİ

4.1.1. Özel Sağlık Harcamaları

Türkiye'de 1980 sonrası özel sağlık sektörünün ağırlığı kendini daha fazla hissettirmektedir. 1980'de 91.2 milyar TL olan özel sağlık harcamaları yıllar itibari ile hızla artmış 1990 yılında 5298 milyar TL'ye, 2000 yılında 1.089.000 milyar TL'ye ve en son 2003 yılında ise 3.045.803 milyar TL'ye ulaşmıştır.

Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı ise; 1980 yılında % 48.64 iken 1984'te % 56,07 ye çıkmış, 1987 yılına kadar % 50'nin üzerinde seyretmiş ve bu tarihten sonra gerileme eğilimine girmiştir. 1998 yılında oran %37 iken, 2003 yılı sonu itibari ile % 18,70 olarak açıklanmıştır.(bkz. Tablo 6.)

Özel sağlık sektörüne akan paranın en büyük bölümü, halkın cebinden sağlığa ayırdığı para oluşturmaktadır. Türkiye'de 2004 yılında ortalama aile gelirinin % 2,2'sinin sağlığa ayrıldığı saptanmıştır. Bu miktar da yaklaşık 340.462.899 milyon TL değerindedir.[87]

Türkiye İstatistik Kurumunun 2004 yılı araştırmasına göre ise kentte yaşayan insanlar gelirlerinin %2.1'ini sağlığa harcadığını, kırsal da ise bu oranın %2.7 olduğu belirlenmiştir.[88]

---

[87] Türkiye İstatistik Kurumu, Hane Halkı Tüketim Harcamaları, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=47&tb_id=1 (Erişim Tarihi: 1 Mayıs 2006)

[88] Türkiye İstatistik Kurumu, Hane Halkı Tüketim Harcamaları, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=47&tb_id=16 (Erişim Tarihi: 1 Mayıs 2006)

Tablo 6. Özel Sağlık Harcamaları ve Gelişimi

YILLAR	Özel Sağlık Harcaması (milyar TL)	Özel Sağlık Harcaması /Toplam Sağlık Harcaması (%)
1980	91.2	48,64
1981	135,3	53,78
1982	177,1	54,38
1983	239,1	53,95
1984	383,5	56,07
1985	572,7	55,39
1986	782,7	53,51
1987	1.125,3	50,24
1988	1.861,6	47,79
1989	3.213,4	41,50
1990	5.298,0	38,06
1991	8.532,3	36,50
1992	14.583,7	33,76
1993	27.000,0	31,76
1994	56.500,0	35,31
1995	107.000,0	35,67
1996	198.000,0	36,00
1997	385.000,0	37,02
1998	719.576,0	37,00
1999	642.000,0	20,01
2000	1.089.000,0	19,99
2001	1.229.732,6	18,03
2002	2.189.070,3	18,70
2003	3.045.803,1	18,70

Kaynak: Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) 1980- 2003, http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/1950-03/esg.htm Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2006

Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarının içindeki payının azalmasının nedeni kamunun sağlık harcamalarını arttırmasıdır fakat bu harcamaların tedavi edici sağlık harcamaları, ilaç harcamaları ve özel sektörden hizmet satın alması yoluyla olduğunu söylemek mümkündür.

4.1.2. Özel Sağlık Sigortaları

1990 yılında başlayan hastalık sigortası uygulaması, başlangıçta 10 şirketle başlayıp hızla artarak 1997 yılında 40'a ulaşmıştır. 1997 yılında 527.991 kişi özel sağlık sigortası kapsamındayken, 2005 yılına gelindiğinde sağlık sigortası satan şirket sayısı 2001 ve 2002 krizlerinin sektörü etkilenmesi nedeni ile 32'ye düşmüş fakat aktif sigortalı sayısı nerede ise 2 kat artarak 974.251'e ulaşmıştır.

Tablo.7. Özel Sağlık Sigorta Şirketleri ve Sigortalı Kişi Sayısı

Yıllar	Özel Sağlık Sigorta Şirketi Sayısı	Özel Sağlık Sigortası Satan Şirket Sayısı	Özel Sağlık Sigortalı Kişi Sayısı
1997	60	40	527.991
1998	65	41	599.703
1999	63	40	743.399
2000	63	40	690.363
2001	61	40	655.703
2002	58	39	697.505
2003	55	36	704.545
2004	56	33	785.835
2005	53	32	974.251

Kaynak: Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, 2006.
http://www.tsrsb.org.tr/tsrsb/Istatistikler (Erişim Tarihi: 8 Mayıs 2006)

Özel sağlık sigortacılığının başladığı ilk yıllarda toplanan prim 12 milyon dolardır. Toplam sigorta primi içindeki sağlık sigorta primi %1.2 dolayındadır. Yıllar geçtikçe bu oran artmış toplam prim tutarı 1997 yılında 118.3 milyon dolar olurken toplam prim oranı %8.5'a çıkmıştır. 2005 yılında ise 596,1 milyon dolarlık prim toplanmış ve bu primlerin toplam sigorta primleri içindeki sağlık sigorta prim oranı %10.2'ye ulaşmıştır.

Tablo.8. Özel Sağlık Sigortacılığının Prim Üretimi

Yıllar	Sağlık Sigortası Satan Şirketlerin Topladığı Prim (Milyon USD)	Toplam Sigorta Primi İçinde Sağlık Sigortası Prim Oranı(%)
1991	12	1.2
1992	20,6	1.7
1993	30,5	2.0
1994	34,8	2.9
1995	60,5	4.8
1996	98,6	6.5
1997	118,3	8.5
1998	179,8	10.1
1999	199,6	10.9
2000	281,1	10.5
2001	187,8	10.8
2002	250,3	11.4
2003	371,5	10.1
2004	510.3	10.1
2005	596.1	10.2

Kaynak: Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, 2006.
http://www.tsrsb.org.tr/tsrsb/Istatistikler (Erişim Tarihi: 8 Mayıs 2006)

4.1.3. Özel Poliklinikler

Türkiye'de özel poliklinikler, 1980 sonrasının çok tipik kurumlarıdır. 1980 sonrası, özellikle büyük kentlerin çevrelerinde yoğunlaşmaya başlayan özel poliklinikler, giderek büyük kentlerin diğer bölgelerine ve orta büyüklükteki kentlere yayılmaya başlamıştır. Ancak özel polikliniklerin sayısı konusunda net bir rakam vermek oldukça güçtür.

4.1.4. Özel Muayenehaneler

Yıllar içinde, giderek daha fazla oranda hekimin kamu kurumlarında yarı süreli (part-time) çalışmayı tercih ettiği görülmektedir. 1992-1998 yılları arasında yalnızca özel sektörde çalışan hekimlerin oranında önemli bir değişiklik olmazken (1992'de %14 ve 1998'de %13), yalnızca kamuda çalışanların oranı neredeyse yarı yarıya azalmış (%52'den, %29'a), yarı süreli çalışanlarınsa; bir o kadar artmıştır (%34'ten, %58'e). Bugün hekimlerin yarıdan çoğu yarı süreli olarak çalışmaktadır. Bu eğilim, hekimlerin kamuda elde ettikleri ücretin geçimlerini sağlamaya yetmemesiyle açıklanabilir. Yarı süreli çalışma kamu sağlık kurumlarındaki hizmet kalitesi üzerinde kaçınılmaz olarak olumsuz yönde, etki yaratmaktadır. Öte yandan yapılan araştırmalar, hekimlerin, kamuda yeterli ücret verildiğinde muayenehanelerini kapatma isteği taşıdıklarını göstermektedir.[89]

2000'li yılların başından itibaren hastanelerde kurulan döner sermaye işletmelerinin faaliyete geçmesi ve hekim ücretlerinin performansa dayalı hale getirilmesi ile birlikte hekimler tekrar hastanelerde tam zamanlı çalışmaya başlamıştır.

[89] TTB, Yenibinyılın Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu, 2002, Ankara, ss.23-24.

Tablo.9. Türkiye'de Hekimlerin Özel ve Kamu Çalışma Tarzlarıan Göre Dağılımı

Çalışma Tarzı	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Yalnızca özel	14.0	13.0	14.0	15.0	14.0	13,5	13.0
Yalnızca kamu	52.0	50.0	49.0	42.0	28.0	23,5	29.0
Yarı süreli (kamu+özel)	34.0	37.0	37.0	43.0	58.0	63.0	58.0

Kaynak: TTB, Yenibinyılın Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu, 2002, Ankara. s.24

5. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN İNSAN GÜCÜ YAPISI

Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de etkili hizmet sunmanın şartı, istenilen özelliklere sahip yeterli insan emeğinin bulunmasıdır. Fakat sağlık sektöründe diğer sektörlerden önemli bir fark vardır ki bu da hizmetlerin ertelenemez ve ikame edilemez olmasıdır. Bu hizmetlerin aksamadan yürütülmesi için ise gerekli olan emek gücünün temini politikaların temelini oluşturmaktadır.

2003 yılı sonu itibariyle; 93.200 hekim, 16.482 diş hekimi, 24.015 eczacı , 80.900 hemşire, 41.159 ebe ve 57.900 sağlık memuru sağlık sektöründe istihdam edilmektedir.[90] Rakamların son yıllarda hızla artmasına karşın 2000 yılı Türkiye'sinde sağlık ocaklarının %12'sinde hekim, köy sağlık evlerinin de %66'sında ebe yoktur. Personel eksikliği, birinci basamak sağlık kurumlarının fiziksel yetersizliklerinin yarattığı sorunu daha da artırmaktadır. Personel sıkıntısı yaşayan sağlık ocağı ve sağlık evleri bakımından bölgeler arasında önemli farklar vardır. Güneydoğu Anadolu'da sağlık ocaklarının %20'si, köy sağlık evlerinin de %84'ü boştur.[91]

[90] Sağlık Bakanlığı, DPT, 2003.
[91] Türk Tabipler Birliği, "Yeni Bin Yılın Başında Türkiye'de Sağlık Sektörünün Durumu", Ankara, 2002, s.13

Tablo 10. Sağlık Personeli

Yıllar	Hekim	Dişhekimi	Eczacı	Hemşire	Ebe	Sağlık Memuru + Sağlık Teknisyeni
1980	27.241	7.077	12.039	26.880	15.872	11.664
1981	28.411	7.186	11.610	29.459	13.825	12.226
1982	30.956	7.525	11.428	29.343	13.454	11.830
1983	32.263	7.763	11.527	29.316	14.570	10.704
1984	34.195	8.133	11.586	30.261	15.506	10.456
1985	36.427	8.305	12.202	30.854	17.987	10.525
1986	37.442	8.410	12.866	32.452	19.127	11.684
1987	38.829	8.589	13.668	34.855	21.982	12.352
1988	42.502	9.639	14.567	38.903	25.665	18.831
1989	46.708	10.132	15.201	43.374	27.805	18.869
1990	50.639	10.514	15.792	44.984	30.415	21.547
1991	53.264	10.623	16.002	47.540	33.724	23.813
1992	56.985	10.703	16.593	50.456	35.096	24.160
1993	61.050	11.069	17.696	54.268	36.263	28.776
1994	65.832	11.467	18.366	56.280	35.604	30.811
1995	69.349	11.717	19.090	64.243	39.551	39.342
1996	70.947	12.406	19.681	64.526	38.945	39.165
1997	73.659	12.737	20.557	67.265	40.230	39.658
1998	76.000	13.421	21.441	69.146	41.059	41.461
1999	77.969	13.757	22.065	70.270	41.271	43.032
2000	80.900	14.200	21.400	71.000	41.590	46.528
2001	83.170	14.681	21.900	75.000	41.158	45.560
2002	90.957	15.866	22.932	75.879	41.158	48.396
2003	93.200	16.482	24.015	80.900	41.159	57.900

Kaynak: DPT 1950 – 2003 Sosyal Göstergelerdeki Değişiklikler, http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/1950-03/esg.htm Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2006

Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan personel dikkate alındığında Marmara bölgesinin oldukça olumsuz konumda olduğu görülmektedir. Marmara bölgesinde sağlık ocağında çalışan bir pratisyen hekim 7.614, bir ebe 5.198, bir sağlık memuru da 20.413 kişiye hizmet vermek zorundadır. Buna karşılık Ege bölgesinde pratisyen hekim 3.123, ebe 2.063 ve sağlık memuru da 8.828 kişilik bir nüfustan sorumludur. Marmara bölgesinin birinci basamak personeli bakımından durumu Güneydoğu Anadolu'dan bile kötüdür. Öyle ki İstanbul'da bir hekim 13.661 kişiye, bir ebe 17.211 kişiye, bir hemşire 17.544 kişiye ve bir sağlık memuru da 83.332 kişiye hizmet sunma sorumluluğundadır. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin

Sosyalleştirilmesine dair yasanın 159 numaralı yönergesinde sağlık ocaklarında bir pratisyen hekime 5.000 - 7.000, bir ebeye de 2.000 - 2.500 nüfus verilmesi gerektiği belirtilmiştir.[92]

Tablo 11. Türkiye'de Bölgelere Göre Sağlık Personeline Düşen Nüfus

Bölgeler	Hekim başına düşen ortalama nüfus	Ebe başına düşen ortalama nüfus	Hemşire başına düşen ortalama nüfus	Sağlık Memuru başına düşen ortalama nüfus
Marmara	7614	5198	8929	20413
Ege	3123	2063	4764	8828
Akdeniz	3455	2500	5217	9162
İç Anadolu	3556	3420	6230	8807
Karadeniz	4080	s2557	5872	6693
Doğu Anadolu	.4573	3034	5638	7434
Güneydoğu Anadolu	6430	4912	7261	10156
Türkiye	4435	3209	6302	12598

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2000,2001Ankara, s.89.

6. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜN YAPISI

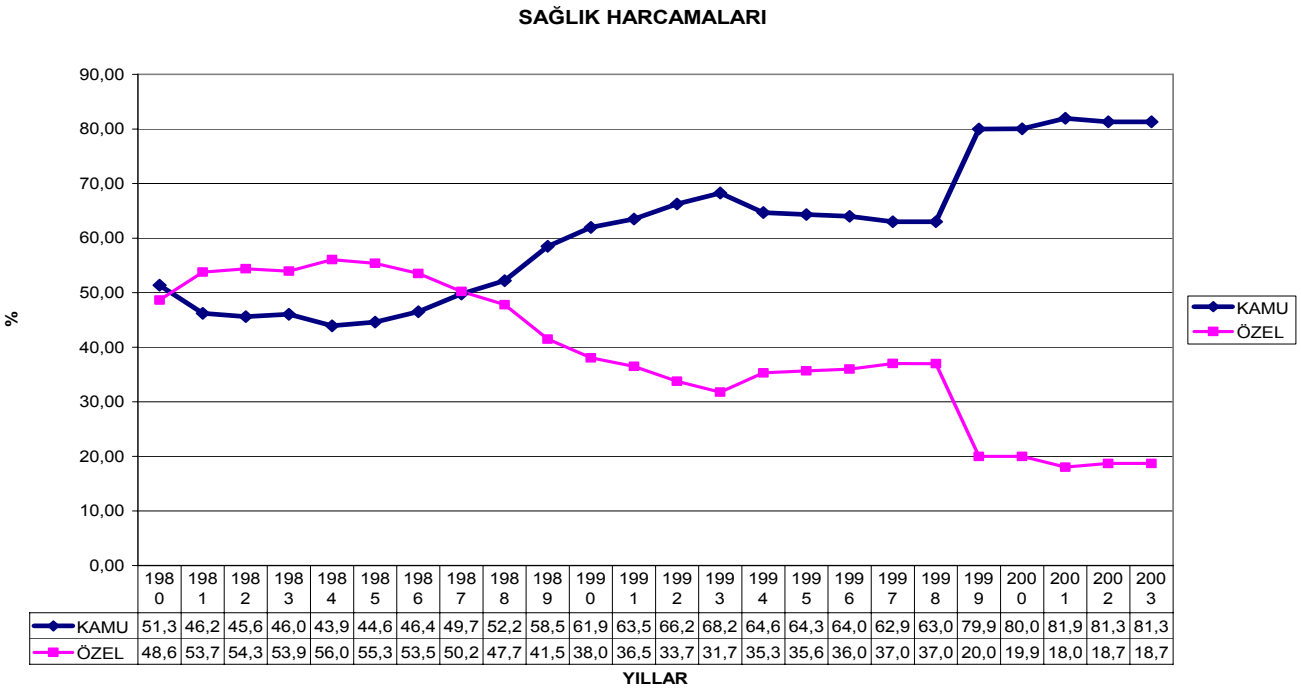
6.1. Sağlık Harcamaları Yönünden

Türkiye'nin yaklaşık 200 milyar dolar olan ulusal gelirinin, %3ile %4'ü arasında bir pay her sene sağlık harcamalarına gitmektedir. Son 20 yılda sağlığa ayrılan toplam kaynaklar artmıştır. 1980 yılında 55 dolar olan, kişi başına düşen sağlık harcaması, 2000 yılında 135 dolara ulaşmıştır.

[92] Türk Tabipler Birliği, "Yeni Bin Yılın Başında Türkiye'de Sağlık Sektörünün Durumu", Ankara, 2002, s.14

Toplam sağlık harcamaları, 1980'de 2.5 milyar dolar civarından, 2000'de 9 milyar dolar civarına yükselmiştir. Bazı çalışmalar, toplam sağlık harcamalarının 10 milyar doları aştığını ifade etse de, DPT verilerine göre, bu rakam 10 milyar doların altındadır. 1980-87 yılları arasında, özel sektörün payı sağlık harcamalarında ağırlıklıyken, 1988 sonrası giderek kamu toplam sağlık harcamaları içindeki payını artırmıştır. 1988'de %52 olan kamu sağlık payı, 2000'de %80'i bulmuştur. Başka bir deyişle, 9 milyar dolar civarında olan toplam sağlık harcamalarının, 7 milyar doları kamuya aittir.

Grafik 5. Kamu ve Özel Sektörün Sağlık Harcamaları



	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
KAMU	51,3	46,2	45,6	46,0	43,9	44,6	46,4	49,7	52,2	58,5	61,9	63,5	66,2	68,2	64,6	64,3	64,0	62,9	63,0	79,9	80,0	81,9	81,3	81,3
ÖZEL	48,6	53,7	54,3	53,9	56,0	55,3	53,5	50,2	47,7	41,5	38,0	36,5	33,7	31,7	35,3	35,6	36,0	37,0	37,0	20,0	19,9	18,0	18,7	18,7

Kaynak: Savaş Yıldırım, **"Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi",** Devlet Planlama Teşkilatı Yayın No:2350,Ankara,1994.(1980-1994),
DPT, 1980-2003 yılları, http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/1950-03/esg.htm

Kaynaklar açısından belirgin olan kamunun ağırlığı, harcamalarda kaybolmaktadır. 1988 sonrası kamu sağlık kaynaklarının artışı, büyük ölçüde kamudan özele kaynak aktarılması süreci ile paralel seyretmiştir. 1989 yılında, toplam sağlık harcamalarının %1.5'u kadar bir kaynak, kamudan özel sektöre aktarılırken, bu oran 1998 yılında %24.3'ü bulmuştur. 1994 yılında yapılan bir çalışma bağlamında, sağlığa giden para kaynakları üç bölümde incelendiğinde; genel bütçe payının 45 birim (Sağlık Bakanlığı 19.5 birim,

Üniversite 4.7 birim, MSB 4.3 birim, diğer kamu kurumları 1.7 birim, fonlar 2.3 birim, devlet memurları sağlık harcamaları 8.9 birim, Emekli Sandığı sübvansiyonu 3.6 birim), kamu sigortası payının 18.2 birim (SSK 15. birim, Emekli Sandığı 1.2 birim, Bağ-Kur 1.9 birim) ve özel sektör payının 36.8 birim olduğu görülür. Paranın gittiği yön incelendiğinde, toplam 63.2 birim olan kamu payının (genel bütçe ve kamu sigortası) 50.7'ye gerilediğini, özel sağlık sektörü payının ise 36.8 birimden 49.3 birime yükseldiği görülür. Bunun anlamı, 12.5 birimlik kamudan özel sektöre kaynak aktarımıdır. Bu aktarım, daha çok devlet memurları, SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur şevkleri ve alımları yolu ile gerçekleşmektedir. 1994 yılı için hesaplanan kaynak aktarımı, toplam 676 milyon dolar kadardır (toplam sağlığa ayrılan para 5.2 milyar dolar). Örneğin, 1980'de toplam SSK sağlık harcamaları içinde %6 olan anlaşmalı sağlık kurumlarına ödenen para, 1998'de %27.4'e çıkarken, aynı süre içinde ilaca harcanan para %13.7'ye %41.7'ye yükselmiştir. Neredeyse, toplam SSK sağlık harcamalarının 7/10'unun kaynak aktarımına gittiği söylenebilir. Türkiye sağlık sektörü, kamu kaynaklarından özel sektöre kaynak aktarımı temelinde yapılandırılmıştır. Kamudan, özele kaynak aktarımı, sağlık sektörünün yapısal bir sorunudur.[93]

6.2. Sağlık Harcamalarının Niteliği Yönünden

Sağlık harcamaları eğitim harcamalarında olduğu gibi bir ekonomide büyüme ve verimliliği arttıran harcamalar olarak değerlendirilmektedir. Sağlık harcamalarının miktar ve kalitesinin artması yaşam süresini uzatması nedeniyle, istihdam süresini de uzattığı gibi koruyucu sağlık hizmetleri yolu ile yarattığı pozitif dışsallıkla da büyüme üzerinde olumlu bir etki ortaya koymaktadır. Sağlık harcamalarının büyümeye katkısı ve kalitesi konusunda değerlendirilmesi gereken bir husus bizzat bu sektörün içindeki önceliklendirme meselesidir. Özellikle önleyici ve temel sağlık hizmetleri ile daha yüksek maliyetli tedavi edici sağlık hizmetleri arasındaki tercih,

[93] TTB, **Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye'sinde Halka Hekimlere,Sağlık Personeline Ne Getiriyor?**, 2.Baskı, 2004, TTB Kocaeli Odası, ss.13-14.

birincisinin sosyal faydasının maliyetinden daha yüksek olmasının beklendiği bir ortamda daha bir önem kazanmaktadır.[94]

Bu tablodan da görüleceği üzere GSMH içindeki payında artış olmayan koruyucu sağlık hizmetlerinin aynı zamanda toplam sağlık harcamaları içindeki payı da 1990'ların sonunda yaklaşık % 5-6 oranında iken, bu oran 2004 yılında % 3'ün altına düşmüştür. Bu durum sağlık sektörüne yönelik olarak kamunun yapmış olduğu harcamalardaki reel artışın aslında harcamaların kalitesine yansımadığının somut bir göstergesidir.

Tablo 12. Kamu Sağlık Harcamalarının GSMH'ya Oranlarının Gelişimi (%)

YILLAR	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Yönetim-Destek	0,30	0,28	0,29	0,30	0,24	0,24
Koruyucu	0,17	0,13	0,14	0,15	0,14	0,14
Tedavi Edici	3,42	3,43	4,05	4,30	4,65	4,98
Toplam Sağlık Harcamaları	**3,89**	**3,84**	**4,48**	**4,76**	**5,02**	**5,36**

Kaynak:Türkiye Ekonomi Politikalarını Araştırma Vakfı, Mali İzleme Raporu Haziran 2005, Matsa Basımevi, Ankara, 2006. s. 7

Koruyucu hizmetlerdeki bu azalmanın etkilerini "beş yaş altı ölümlerde"[95] ve "aşılama oranlarında" görmemiz mümkündür. UNICEF'in 2005 yılında yayınladığı Dünya Çocuklarının Durumu" isimli raporda; beş yaş altı çocuk ölümlerine ait ülke istatistiklerinde Türkiye 192 ülkenin arasında %0,39 ölüm oranı ile İran, Belize, Mısır, Fas ve Surinam ile birlikte 79. sırada yer almaktadır. Bağışıklandırma oranları ise dünya ortalamasının çok çok altında ve en az gelişmiş ülkeler seviyesindedir.[96]

[94] Ferhat Emil, H. Hakan Yılmaz, "Kamu Borçlanması, İstikrar Programlan ve Maliye Politikasının Kalitesi Üzerine Gözlemler", **Economic Research Center Working Paper In Economics,** Eylül 2003, s.10

[95] Doğumdan itibaren tam 5 yaşına kadar olan ölüm olasalığının 1000 canlı doğum bazında ifadesidir.

[96] UNICEF, **Dünya Çoçuklarının Durumu 2005**, UNICEF, 2005, ss.115-117.

2006-2008 dönemini kapsayan Orta Vadeli Programda ise "Sağlık" başlıklı bölümde koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verileceği ve koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinleştirilerek yaygınlaştırılacağı açık bir şekilde yer almıştır. Ancak, sağlık alanında ortaya konan bu politika önceliğinin Orta Vadeli Mali Programda nasıl bir kaynak tahsisi süreciyle yerine getirileceği ve bu alana ne kadar kaynak aktarılacağı belli değildir.[97]

2005 Yılı faiz dışı Harcamaların Fonksiyonel Bazda Karşılaştırılmasının yapıldığı tabloya bakıldığında; hükümetin sağlık hizmetlerine başlangıçta öngördüğü payın yaklaşık % 1,5 daha fazlasını ayırdığı görülmektedir. Bu paydaki artış ağırlıklı olarak tedavi edici hizmetlere gittiği için önleyici sağlık hizmetlerine başlangıçta ayrılan ödeneğin sadece % 76'sının kullanıldığını da belirtilmesi gerekmektedir.[98]

Tablo13: 2005 Yılı Faiz Dışı Harcamaların Fonksiyonel Bazda Karşılaştırılması

	Bütçe Hedefi	Yüzde Dağılım	Gerçeklesen	Gerçekleşme Oranı	Yüzde Dağılım
Genel Kamu Hizmetleri	11.671.331	11,77	8.206.447	70,31	8.30
Savunma Hizmetleri	11.033.718	11,12	10.193.399	92.38	10.31
Kamu Düzeni ve Güvenlik Hizmetleri	8.495.781	8,57	8.544.597	100,57	8,64
Ekonomik isler ve Hizmetler	17.604.487	17,75	18.510.433	105,15	18.72
Çevre Koruma Hizmetleri	204.979	0,21	180.631	88,12	0.18
İskan ve Toplum Refahı Hizmetleri	611.282	0.62	681.673	111.52	0,69
Sağlık Hizmetleri	5.988.167	6,04	7.342.130	122.61	7,43
Dinlenme, Kültür ve Din Hizmetleri	2.120.013	2.14	2.232.632	105,31	2,26
Eğitim Hizmetleri	18.796.490	18,95	18.634,153	99,14	18,84
Sosyal Güv. ve Sosyal Yardım Hizmetleri	22 661 296	22,85	24.356.663	107,48	24,63
TOPLAM	**99.187.544**	**100,00**	**98.882.758**	**99,69**	**100,00**

Kaynak: Türkiye Ekonomi Politikalarını Araştırma Vakfı, Mali İzleme Raporu,2005 Yıl Sonu Değerlendirmeleri, Matsa Basımevi, Ankara, 2005,s.19.

[97] Türkiye Ekonomi Politikalarını Araştırma Vakfi, Mali İzleme Raporu, Haziran 2005, s. 7
[98] Türkiye Ekonomi Politikalarını Araştırma Vakfi, Mali İzleme Raporu, 2005 Yıl Sonu Değerlendirmeleri, 2006, Ankara s. 18

Tablo 14' den de görüleceği gibi kamu sektörü sağlık harcamaları diğer ülkelerin altında kalmakla birlikte, program dönemi boyunca GSMH'ya oran olarak bir yükselme içinde olmuştur. Bununla birlikte, bu harcamaların alt fonksiyonel dağılımına bakıldığında, kamunun topluma sunması gereken ve büyüme üzerinde etkili olan sağlık harcamalarının düştüğü görülmektedir. Bu durumun en iyi göstergelerinden bir tanesi koruyucu sağlık hizmetlerinin azalması ve diğer ülkelerin çok gerisinde kalmasıdır. OECD ve AB Bölgesi ülkelerinde kişi başına koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik harcama ortalaması yaklaşık 71 dolar düzeyinde iken (Meksika, Türkiye gibi ülkeler ayıklandığında bu tutar 90 dolara yaklaşmaktadır), Türkiye'de ise kişi başına 5 doların altındadır.

Tablo 14 Seçilmiş OECD ve AB Bölgesi Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranları

Ülkeler	1999			2003		
	Kam u	Özel	Toplam	Kamu	Özel	Toplam
Cek Cumhuriyeti	6,0	0,6	6.6	6,8	0,7	7,5
Finlandiya	5,2	1,7	6,9	5,7	1,7	7,4
Fransa	7,1	2,2	9.3	7,7	2,4	10,1
Alnı anya	8,4	2,2	10,6	8,6	2,5	11,1
Yunanistan	5,2	4,4	9,6	5,1	4,8	9,9
Macaristan (2002)	5,3	2,1	7,4	5,5	2,3	7,8
İtalya	5,6	2,1	7,7	8,3	2,1	8,4
Japonya(2002)	6,0	1,4	7,4	6,4	1.5	7,9
Meksika	2,7	2,9	5,6	2,9	3.3	6,2
Hollanda	5,2	3,2	8,4	6,1	3,7	9,8
Norveç	7,3	1.2	8,5	8,6	1,7	10,3
Polonya	4,2	1.7	5,9	4,4	1.6	6,0
Portekiz	5,9	2,8	8,7	6,7	2,9	9,6
İspanya	5,4	2,1	7.5	5.5	2,2	7,7
İsveç	7,2	1,2	8,4	7,9	1,3	9,2
Türkiye	**3,9**	**2,5**	**6,4**	**4,4**	**2,6**	**7,0**
İngiltere	5,8	1,4	7,2	6,4	1,3	7,7
Amerika Birleşik Devletleri	5,7	7,3	13,0	6,6	8,3	15,0
OECD Ülke Ortalamaları	5,7	2,4	8,1	6,2	2,6	8,8

Kaynak:Türkiye Ekonomi Politikalarını Araştırma Vakfı, Mali İzleme Raporu Haziran 2005, s.7

6.3. Sağlık Yatırımları Yönünden

Son 20 yılda sağlık yatırımlarının aldığı durum, sağlıktaki olumsuz tablonun hem nedeni, hem sonucudur. Kamu sağlık yatırımları, 1980-88 yılları arasında, toplam kamu yatırımlarının %1.2 ila %2.0'si arasında seyretmiş, ancak 1992'den sonra nispeten artarak %3'ü aşmış ve 2001'de %5.4'ü bulmuştur. Bunun anlamı, kamu sağlık yatırımlarının 1980-89 arasında 200,1989-92 arasında 300 milyon doların altında kalması, sadece 1998-1999'da 600 milyon doları aşmasıdır. 2001 yılı miktarı ise, 475 milyon dolar kadardır. Bu yatırımlar, kamu sağlık hizmetlerinin genişlemesi için yeterli olmamıştır. Üstelik kamu sağlık yatırımlarında, giderek Sağlık Bakanlığı-dışı kaynakların (toplam kamu sağlık yatırımlarının %32'si Sağlık Bakanlığı, %51'i Üniversite)ve yabancı (toplam kamu sağlık yatırımlarını %39'u yabancı) kaynakların ağırlığı artmıştır. Özellikle Sağlık Bakanlığı yatırımları, son 20 yılda o kadar kısılmıştır ki, kamu sağlık hizmetlerinin işlevini yitirmesinde en temel bileşeni olarak öne çıkmıştır. Resmi verilerde, 1983-2000 yılları arasında Sağlık Bakanlığı yatırımlarının, toplam Sağlık Bakanlığı bütçesi içindeki payı, %7.9- 19 arasında seyrediyor görünse de, gerçekleşen yatırım harcamaları, son 3 yıl hariç- resmi rakamların altında seyretmiştir. Örneğin, 1983'de %15.8 olarak görünen Sağlık Bakanlığı yatırım payının, gerçek miktarı %2.8'dir. Kamu sağlık yatırımlarının, ihtiyaçların altında kalması, özel sağlık yatırımlarının öne çıkarılması ile ikame edilmeye çalışılmıştır. Bunda, 1982 sonrası verilen özel sağlık teşviklerinin inkar edilemez bir etkisi vardır. 1982-88 yılları arasında 100 milyon doların altında kalan özel sağlık teşvikleri, daha sonraki yıllarda 100 milyon doları aşmış, 1991'de 1 milyar doları aşmış, 1992-2002 yılları arasında ise -kriz yılları hariç- 300-850 milyon dolar arasında seyretmiştir. 1982-2002 yıllarında özel sağlık teşvikleri ile ilgili toplam rakam, 7.5 milyar dolara yakındır. Bu teşviklerle birlikte ele alındığında, özel sağlık yatırımlarının seyri şu şekilde seyretmiştir; 1980-89 yılları arasında kamu sağlık yatırımlarının çok altında seyrederken, 1991'den itibaren kamu sağlık yatırımlarını aşan özel sağlık yatırımları, 1998 sonrası yıllarda kamu sağlık yatırımlarını ikiye katlamıştır ve

9.1 miyar dolara ulaşmıştır (1980-2001). Aynı dönemde kamu sağlık yatırımlarının toplam miktarı, 6.2 milyar dolar civarındadır. Kamu sağlık yatırımları, yıllar içinde artsa da, halkın sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktan uzak kalmış, yaratılan boşluk, özel teşviklerle yükseltilen özel sağlık yatırımları ile doldurulmuştur. Önceleri özel sağlık yatırımlarının 1/9'u kadar olan kamu sağlık yatırımları, 2001 yılı bittiğinde, toplam özel sağlık yatırımlarının 2/3'ü düzeyinde kalabilmiştir. Bir devlet politikası olarak işlevsizleştirilen kamu sağlık sektörü karşısında, devlet olanaklarıyla özel sağlık sektörü seçenek haline getirilmiştir.[99]

[99] TTB, **Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye'sinde Halka Hekimlere,Sağlık Personeline Ne Getiriyor?**, 2.Baskı, 2004, TTB Kocaeli Odası, ss.15-16

Sonuç

Sağlık sektörünün diğer sektörlerden önemli bir fark vardır ki bu da hizmetlerin ertelenemez ve ikame edilemez olmasıdır. Bu yüzden sağlık hizmetlerinin kamusal bir hak oluşu İkinci Dünya Savaşı'nın ardından insan hakları bildirgesi ile resmen ilan edilmiştir.

1970'li yıllarda başlayan ve 1980'li yıllarda artarak devam eden neo liberal politikalar, özellikle kamunun ekonomi içindeki varlığını azaltarak yerini özel sektörün alması yönünde gelişmiştir. Bu politikalar dünya genelinde; devletin kamu iktisadi işletmeciliğinin sınırlandırılması (özelleştirme), devletin bütçe harcamaları ile ekonomiye yaptığı müdahalenin sınırlandırılması ve son olarak düzenleyici ve kural koyucu devletin sınırlandırılmasıdır. Devletin bütçe kalemlerini kısarak küçültülmesinin sonuçlarından biri de, özel sektörün eğitim, sağlık ve sosyal sigortacılık gibi alanlara girebilmesinin koşullarının yaratılmasıdır.

Konuya sağlık harcamaları özelinde bakıldığında, özellikle 1990'lı yıllardan sonra devletin bu sektördeki yerini hızla özel sektöre bıraktığı görülmektedir. Temelde sağlık harcamalarının bütçe içerisinde payının artığı görülse de harcamaların yapıldığı alt kalemlere bakıldığında gerçek ortaya çıkacaktır. Harcamaların artmasındaki temel neden tedavi edici sağlık hizmetlerinin ve ilaç harcamalarının ciddi bir şekilde artmasıdır. Bunun yanında ise koruyucu sağlık hizmetleri ve kamunun yaptığı sağlık yatırımları harcamalarındaki düşüş devletin sektördeki payını özel sektöre bıraktığının göstergesidir

.

Tüm bu bilgiler ışığında dünyada olduğu gibi Türkiye'de de devlet, sağlık hizmeti arz etme işini yavaş yavaş gerek özelleştirmelerle gerekse yasal düzenlemelerle birlikte özel sağlık kuruluşlarına devretmeye başlamıştır. Topluma yapılan propaganda da sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseleceği ve daha geniş kesimlerin sağlık hizmetinden faydalanacağı ileri sürülmüş/sürülmektedir. Oysa yabancı ve özel hastanelerin kamu kurumları gibi yoksullara ya da sosyal sigortası olmayan kişilere hizmet vermek gibi bir yükümlülükleri bulunmamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kamu tarafından ücretsiz arz edilmesi genelde vergi temelli finansman modelinden prim temelli finansman modeline doğru değişmiştir. Bu doğal olarak katkı sağladığı ölçüde bir sağlık hizmetinin yaygınlaşması ile sonuçlanmaktadır. Böylece sağlık hizmetleri, toplumun tamamı için arz edilen bir hizmet olmaktan çıkarak, bireyin gereksinimlerini değil satın alma gücünü dikkate alan "talep edilen" sağlık hizmetine dönüşmektedir.

Bu dönüşümün ana ekseni piyasa olmaktadır. Metalaştırılan sağlık "*serbest piyasa*" koşullarına tabi kılınarak sağlık hizmetlerinde kamunun arzı yerine özel kesimin arzı, dolayısıyla da geliri ve/veya katkısı ölçüsünde bir sağlık talebi kabul görmeye başlamaktadır.

Neo liberal ekonomi politikalarının genelde hizmetler ama özelde sağlık alanında yarattığı bu tahribatın kalıcılaştırılması için DSÖ, DTÖ ve DB'nin 1980'lere denk düşen yaygın propagandası ve isteği/baskısı sonucunda GATS anlaşması pek çok ülke tarafından sağlık hizmetleri üzerindeki etkisinin ne olacağı yani sonuçları bilinmeksizin uygulamaya konulmuştur. Kamu yararı ilkesi ile hizmet üreten sağlık alanının çeşitli düzenlemeler ve "*yeniden yapılanma*" adı altında yerli ve/veya yabancı sermayeye yüksek kazanç için açılması hem emeğin kazanımlarının hem de insana insan olduğu için verilen değerin yitirilmesi ile sonuçlanmaktadır.

İktisadi literatürde mülkiyet biçimi ile verimlilik-etkinlik-maliyet arasında ciddi bir ilişkinin hem Türkiye hem de dünya ölçeğinde saptanamamış olmasına karşın, kamunun sağlık hizmeti arzında verimsiz ve maliyetli olduğu savı sağlığı serbest piyasa koşullarına uygun hale getirmedeki çabaların temel argümanı olmuştur. Özelikle de maliyetlerdeki artışın özel sektöre devredilerek bu hizmetlerin arzının kamu bütçesi içindeki payın azaltılabileceği ileri sürülmüştür. Oysa, geçen süre içerisinde ileri sürülen görüşlerin tersine, hizmet üretmek yerine hizmeti özel sektörden talep ederek kamunun kaynaklarının çok daha fazlasının özel kesime aktarıldığı görülmüştür. Ayrıca sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmet ticaretinden farklı özelliklere sahip olmasına karşın sağlığın ticarileştirilmesi ile hakkaniyet ilkesi verimlilik prensibi-sözleşme ilkesi arasında sıkışıp kalmıştır.

GATS ile sağlık alanında öngörülen özelleştirme; mülkiyet dışında, hizmet üretimi ile hizmetin sunumu boyutlarında Türkiye'de özellikle sağlık sektöründe 15 yılı aşkın süredir gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Öte yandan WHO, DTÖ ve DB'nın yoğun maliyeti azaltın baskıları metalaştırma-piyasalaştırma işlevinin yanı sıra hukuki çerçevede de çözüm için ele alınmaktadır.

Kamu sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinde ciddi bir gerileme başlamıştır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak özel sektöre devredilirken, kamu koruyucu sağlık hizmetlerini yerine getirmekten imtina etmeye çalışmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin gerilemesi tedavi edici sağlık alımlarının artması anlamına gelmektedir. Kamunun sağlık için harcadığı payın artışındaki son dönem dikkate alındığında kamu kendi arz ettiği sağlık hizmetini üretmek yerine artık özel kesimden aldığı hizmet alımlarını artırmış durumdadır. Sosyal güvenlik sisteminde yeniden yapılanma ya da sosyal güvenlik reformu kapsamında, mevcut sosyal güvenlik kuruluşları tasfiye edilirken *"tek çatı"* modeli ekseninde *"Sosyal Güvenlik Kurumu"* ile yeni bir kurumsal yapılanma öngörülmekte, sosyal sigorta türleri ise *"Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası"* ile *"primsiz ödemeler"* biçiminde gruplandırılmaktadır.

Hükümet tarafından ortaya konan ve köklü bir değişikliği yansıtan GSS, sigorta hizmetlerinde olduğu kadar sağlık hizmetlilerindeki sorunlara da çözüm getirme gerekçesine dayandırılmaktadır. Getirilen model, sosyal devleti yani kamunun sağlık hizmeti üretimini (özellikle de tedavi edici hizmetler açısından) dışlamakta, esas olarak neo liberalizmin devlet anlayışını egemen kılmaktadır.. Bu bağlamda sağlığın özelleştirmelere karşı kamulaştırmaların kitlesel olarak talep edilmesi önemli olmaktadır. Sağlık sektöründe, finansman ile hizmet üretiminin bölünmemesi, sağlık hizmetleri finansmanının doğrudan vergilerle oluşturulan genel bütçeden sağlanması ve merkezi planlamanın korunup işlevselleştirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Adlung, Rudolf ve Antonia Carzangia (2001). "*Health Services Under the General Agreement on Trade in Services*". **Bulletin of the World Health Organization**. Vol:79 (4), 2001. ss.352-364.

Aksakoğlu, Gazanfer ve Yonca Sönmez (2003). "*Küreselleştirme ve Toplum Sağlığı*". **Toplum ve Hekim**. Cilt:18, Sayı 3, Mayıs Haziran 2003. ss.196-199.

Aktan, Coşkun Can. (1994). **Gerçek Liberalizm Nedir?.** T Yayınları, 1.Baskı. İstanbul.1994.

Amin, Samir ve Noam Chomsky, Andre Gunder Frank.(1994). **Düşük Yoğunluklu Demokrasi,(**çev. Ahmet Fethi). Alan Yayıncılık.İstanbul. 1994.

Amin, Samir.(2000). **Entelektüel Yolculuğum.** Ütopya Yayınevi. 1.Baskı. İstanbul. 2000

Arın, Tülay (1997). "*Anayasal İktisat ve Refah Devleti: TİSK ve TÜSİAD'ın Asgari Devlet Raporlarının Eleştirisi*" **Ekonomide Durum**. Türk-İş Araştırma Merkezi, Kitap:3-4, Bahar/Yaz. ss.41-106.

Aydın, M. Kemal. (2003) **Sermayenin Küreseleşmesi: kapitalizmin "Altın Dönemi"nden "Neoliberal Dalga"ya Uzana Süreç.** Değişim Yayınları. 1. Baskı. İstanbul. 2003

Başkaya, Fikret. (2000). **Kalkınma İktisadının Yükselişi Düşüşü.** İmge Kitapevi, 3.Baskı, Ankara. 2000

Bauman, Zygmunt (1999). **Çalışma, Tüketicilik ve Yeni Yoksullar**. Sarmal Yayınevi. İstanbul:1999.

Belek İlker ve Ata Soyer. (1997). "Türkiye'de Özel ve Kamu Sağlık Harcamaları". **Dünyada ve Türkiye'de Kamu Girişimciliğinin Geçmişi Bugünü ve Geleceği Sempozyumu.** Cilt 1. İstanbul.1997.

Bozkurt, Nilüfer. (1998). "Globalleşme ve Devlet". **İktisat Dergisi.** Eylül 1998.

Bozkurt, Veysel.(2000). **Küreselleşmenin İnsani Yüzü.** Alfa yayınevi. 1. Baskı. İstanbul. 2000.

Bulutoğlu, Kenan. (1977). **Kamu Ekonomisine Giriş, Devletin Ekonomi Kuramı.** Sermet Matbası. 2.Baskı. İstanbul. 1977.

Cangızbay, Kadir.(1998). "Küreselleşme ve Kamusal Alan". **Küreselleşme Sivil Toplum ve İslam.** (der. Fuat Keyman, Yaşar Sarıbay). Vadi Yayınları. Ankara. 1998.

Correa, Carlos **Gelişmekte Olan Ülkelerde Halk Sağlığı Konularını Patent Mevzuatı ile Bütünleştirme,** (çev) Koray Güler, Refik Saydam Hıfzı Sıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara, 2000.

Çulhaoğlu, Metin (2003). "*İdeoloji ve Sağlık: Türkiye Örneğinde Genel Bir Çerçeve*". **Toplum ve Hekim**. Cilt:18, Sayı:3, Mayıs-Haziran 2003. ss.175-180.

Emil, Ferhat. H. Hakan Yılmaz, "Kamu Borçlanması, İstikrar Programlan ve Maliye Politikasının Kalitesi Üzerine Gözlemler", **Economic Research Center Working Paper in Economics,** September 2003, s.10

Enginay, Akif. (1998). **"Kamu Maliyesi".** Savaş Yayınevi. 16.Baskı. Ankara. 1998.

Ercan, Fuat. (2001). **Modernizm, Kapitalizm ve Azgelişmişik**. Bağlam Yayınevi. 2. Baskı. İstanbul. 2001

Erdem, Bengü.(2003). "Neoliberal Ekonomi Politikalarının Eğitim Üzerine Etkileri"(Basılmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul. 2003.

Gençler Ayhan. "Küreselleşme, Çok Uluslu Şirketler ve Sendikalar". İş,Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi. Cilt:5. Sayı:2. www.isguc.org Erişim: 31.03.2006

Gençler Ayhan.ve Adil Oğuzhan.(2003). " Çok Uluslu Şirketlerin Kollektif İlişkilere Bakışı ve Sendikaların Stratejik Yaklaşımları"

Küreselleşme Sürecinde Kafkasya ve Orta Asya Konferansı, 11-13 Mayıs 2003.

Goozner, Merrill " The Price Isn't Right", **The American Prospect** Vol:11 No:20, 2000. ss.25-28.

Gouverneur, Jacques. (1997). **Kapitalist Ekonominin Temelleri**. İmge Kitapevi. 1. Baskı. Ankara. 1997.

Grabowski, Henry. " Patents Inovetion and Access to New Pharmaceuticals", **Journal of International Economic Law,** Vol:5 No:4, 2002. ss.849-860

Güzel, Ali (2006). "*Sosyal Güvenlikte IMF Modeline Doğru*". **Cumhuriyet**. 18 Nisan 2006. s.12.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2004) **Türkiye Nufus ve Sağlık Araştırması 2003.** Ankara. 2004.

Hamzaoğlu Onur ve Erhan Nalçacı. (2003). "*Üretim İlişkileri ve Sağlık*". **Toplum ve Hekim**. Cilt:18, Sayı 3, Mayıs Haziran 2003. ss.164-168.

Held. David. Ve Anthony McGrew, David Goldblatt and Jonathan Perraton. (1999). **Global Transformations: Politics, Economics and Cultures.** Cambridge Polity Pres. 1999.

Hirst Paul ve Graheme Thompson. (2003). **Küreselleşme Sorgulanıyor**, (Çeviren:Çağla Erdem ve Elif Yücel).Dost Kitapevi, Ankara,3. Baskı. 2003.

Hoekman, Bernard. "New Issues ın the Uruguay Round and beyond",**The Economic Journal,** Vol.103, No:421, 1993, ss.1531-1532

http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/aykonu/Ay2003/kasim03/cagdassaglik.html. Erişim Tarihi 1 Mayıs 2006.

İşşizlik ve Sağlık Çalışma Grubu.(2005) "İşşizlik ve Sağlık". **Türkiye Sosyalist İktisat Kongresi 2005 Bildirileri.** Nazım Kitaplığı. İstanbul. 1.Baskı. 2005. ss.291-297

Kalenderoğlu, Mahmut. (2002). **Kamu Maliyesi, Bütçe ve Borçlanma**. Seçkin Yayıncılık. 1.Baskı. Ankara.2002.

Kara, Uğur. (2004). **Sosyal Devletin Yükselişi ve Çöküşü.** Özgür Üniversite Kitaplığı:52. 1. Baskı. Ankara: 2004..

Karakoç, Hakan Deniz, **İlaç Sektöründe Fiyat Rekabet**i, Rekabet Kurulu Uzmanlık Tezi, Ankara 2005.

Kazgan, Gülten.(2000). **Küreselleşme ve Ulus Devlet.** İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. Genişletilmiş 1. Baskı. İstanbul .2000.

Koç, Yıldırım. (2005). **Özelleştirme Türkiye'yi Parçalamanın Bir Aracı.** Kaynak Yayınları. 1.Baskı. İstanbul. 2005

Koivusalo, Meri (2000). **European Commission Consultantion on Trade and Health**. European Health Management Association. June 2000.

Kurtgözü, Kerem. (çev). (2001). **Kapitalizmin Kara Kitabı.** Evrensel Basım Yayın. 2. Baskı. İstanbul. 2001

Labonte, Ronald. "Globalization, Health and Free Trade Regime:Assesign the Links", **Perspectives on Global Development and Technology**. Volume:3, Issue: 1-2. s.61-62.

Loeppky, Rodney. "Internatıonal Restructiring, Health and Advanced Industrıyal State", **New Political Economy.** Vol 9,No:4. December 2004.ss.493-513.

Love, James. "How Much Does İt Cost The Develope A New Drug". **MSF Working Paper,** Genova, 2000.

Mahçupyan, Etyen.(1997). "Devlet,Liberalizm ve Kapitalizm". **Doğu-Batı Dergisi**. Sayı:1 .1997.

Mcıntyre Dı, Stephan Tomas ve Susan Cleary. ""Globalization and Health Policy In South Africa" **Perspectives on Global Development and Techology**, Volume 3 , Issue 1-2,s.142. **131-152**

Oran, Baskın. (2000). **Küreselleşme ve Azınlıklar**. İmaj Yayınevi. 3. Baskı. Ankara. 2000

Orhaner, Emine.(2000). **"Kamu Maliyesi".** 3.Baskı. Gazi Kitapevi. Ankara..2000.

Oyan Oğuz.(1999). "Bütçelerin İşlevsizleştirilmesi". **Türk-İş Yıllığı 1977 'den 1999'a Değişimin Dinamikleri Cilt 1.** Türk-İş Araştırma Merkezi. 1999.

Özdemir, Ali Murat (2005). "*Sağlığın Ekonomi Politiği: Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma Süreci Üzerine Bir Deneme*". **Ekonomik Yaklaşım**. Cilt:16, Sayı:56. ss.79-96.

Özen, Mehmet (2003). "*Hizmet Ticareti Anlaşması'nın (GATS) Sağlık Alanına Etkileri*". **Toplum ve Hekim**. Cilt:17, Sayı:3, Mayıs Haziran 2002. ss.182-188.

Özuğurlu, Yasemin (2003). "*Bölüşüm İlişkilerinde Devletin Değişen Rolü*". **Evrensel Kültür**. Sayı:142, Ekim 2003. http://www.evrenselbasim.com/ek/dosya.asp?id=2422 (Erişim Tarihi:01.05.2006)

Partant, François. (2002). **Kalkınmanın Sonu Bir Alternatif Mi Doğuyor?.** Özgür Üniversite Kitaplığı:35. 2. Baskı. Ankara: 2002..

Polatoğlu, Aykut. (1994). **Özelleştirme Tartışmaları.** Bağlam Yayınevi. 1. Baskı. İstanbul.1994

Price, David ve Allyson M. Pollock. "**Rewriting the Regulations: How The World Trade Organisation Could Accelerate Privatization in Healt-Care Systems"**. The Lancet. Vol 356. December 9 s.1996 (1995-2000)

Rambert, İgnacio.(1999). "Globaliter Rejimler, Başka Türlü Totalitarizm". **İTÜ Vakıf Dergisi.**, Sayı. 29. Haziran 1999.

Ruud, Lubber. "Dynamic Of Globalization". http://www.xs4all.nl/~koorevaa/html/dynamic.html

Salvatore, Dominick. (1998). **International Economics.** Sixth Edition. Prentice Hall. New Jersey. 1998.

Sayar, Nihat. (1970), **Kamu Gider ve Gelir Prensipleri**. Sermet Matbası. 4.Baskı. Cilt1. İstanbul İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayınları, Sayı: 215, İstanbul

Seyidoğlu, Halil. (1976). **Kamu Maliyesi Teorisi**, Sermet Matbası.2.Baskı. İstanbul. 1976.

Stiglitz, Joseph E.(1994). **Kamu Kesimi Ekonomisi**. (çev) Ömer Faruk Batırel. 2.Baskı. Marmara Üniversitesi Yayınları, Yayın No:549. 1994, İstanbul.

Şen, Y. Faruk. (2004). **Globalleşme Sürecinde Milliyetçilik Trendleri ve Ulus Devlet.** Yargı Yayınevi. 1. Baskı. Ankara. 2004.

Şenkal, Abdülkadir. (2005). **Küreselleşme Sürecinde Sosyal Politika**. Alfa Yayınları. 1. Basım. İstanbul. 2005.

Şenses, Fikret (haz.). (1996) **Kalkınma İktisadının Yükselişi ve Gerilemesi**. İletişim Yayınları. 1.Baskı. İstanbul. 1996

Şenses, Fikret. (2004). "Neoliberal Küreselleşme Kalkınma için Bir Fırsat mı, Engel mi?".**Economic Research Center Working Paper in Economics.** August-2004.

Taylor, Lance.(1997). "The revival of the Liberal Creed-The IMF and World Bank in a Globalized Economy". **World Development Report.** Vol.25. No:2. 1997

Timur, Taner. (1996). **Küreselleşme ve Demokrasi Krizi.** İmge Yayınları. 1.Baskı. Ankara. 1996.

Tonak, E. Ahmet. (der). (2004). **Küreselleşme, Emperyalizm, Yerelcilik, İşçi Sınıfı**.İmge Kitapevi, 2.Baskı, Ankara. 2004.

Toprak, Levent (2006). "*Kapitalizmde Sosyal Güvenlik*". **Marksist Tutum**. Sayı:13, Nisan 2006. http://www.marksisttutum.org/kapitalizmdesosyal.htm (Erişim Tarihi:05.05.2006)

TTB, Kocaeli Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu, "*Türkiye'de Patronların Sağlık Sektörü Hayali Gerçekleş(ebil)ecek mi?"*. **Toplum ve Hekim**. Cilt:18, Sayı: 4, Temmuz Ağustos 2003. ss.242-250.

TTB, **Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye'sinde Halka Hekimlere,Sağlık Personeline Ne Getiriyor?**, 2.Baskı,2004, TTB Kocaeli Odası

Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği.(2003). **Karşılaştırmalı Bir Perspektiften Türkiye'de Kamu Sektörü Göstergeleri.** Aralık 2003**,** İstanbul. 2003.

Türk Tabipler Birliği.(2002). **Yeni Bin Yılın Başında Türkiye'de Sağlık Sektörünün Durumu**,Ankara, 2002

Türk, İsmail.(1996). **Kamu Maliyesi**, Turhan Kitapevi. 2.Baskı. Ankara. 1996.

Türkiye Ekonomi Politikası Araştırma Vakfı (TEPAV). (2005). **Mali İzleme Raporu Haziran 2005 Bütçe İzleme Sonuçları,** Ankara, 2005. www.tepav.org.tr

Türkiye Ekonomi Politikası Araştırma Vakfı (TEPAV). (2006). **Mali İzleme Raporu 2005 Yılsonu Değerlendirmeleri,** Ankara, 2006.

Türkiye İstatistik Kurumu, Hane Halkı Tüketim Harcamaları, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=47&tb_id=1

UNICEF.(2004). **Dünya Çocuklarının Durumu 2005**, 2004, UNICEF.

WHO,**"Evalution of Recent Changes In The Financing of Health Services"**, WHO Technical Report Series 829, Genava, 1993.

WHO. (2000). **Health For All**, 2000, Geneva, WHO.

World Bank, **"Investing in Health"**, World Devolopment Report 1993, Oxford University Pres, Newyork, 1993.

Yalçın, Kadir. (2001). "Devletin Küçültülmesi ya da Ucuz Devlet", Özgürlük Dünyası, Sayı:116, Aralık 2001. www.evrenselbasim.com/od/index.asp?sayi=116

Yeldan, Erinç. (2002) . "Neoliberal Küreselleşme İdeolojisinin Kalkınma Söylemi Üzerine Değerlendirmeler". **Praksis.** 7.Sayı.2002 Güz.

Yeldan, Erinç. (2004). **Küreselleşme Sürecinde Türkiye Ekonomisi: Bölüşüm,Birikim,Büyüme.** İletişim Yayınları. 10. Baskı. İstanbul. 2004.

Yıldırım, Hasan Hüseyin ve Türkan Yalçın (2001). "*Küreselleşme ve Uluslararası Ticaret: Uluslararası Sağlık Politikasında Değişen Dinamikler*". **IV Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, 27-28 Eylül 2001. ss.1-23.

Yıldırım, Savaş. (1994). **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi.** Devlet Planlama Teşkilatı Yayın No:2350, Ankara. 1994.

Yılmaz, Gaye (2004). "*Hizmetlerin Piyasalaştırılması: Olayın Teknik ve Teorik Boyutları* ". **Hukuk ve Adalet Dergisi**, Sayı:1. http://www.antimai.org/mkl/gy0704hukad.htm (Erişim Tarihi:29 Nisan 2006)

EKLER

Ek 1: 5 Yaş Altı Çocuk Ölümleri

Ek 2: Bağışıklanma Oranları ve Bazı Temel Göstergeler

EEK.1. 5 Yaş Altı Çocuk Ölümleri

Ölüm Hızı			Ölüm Hızı			Ölüm Hızı		
Ülke	**Değer**	**Sıra**	**Ülke**	**Değer**	**Sıra**	**Ülke**	**Değer**	**Sıra**
Sierra Leone	284	1	Moğolistan	68	65	Bosna Hersek	17	130
Nijer	262	2	Bolivya	66	65	Libya	16	132
Angola	260	3	Kiribati	66	65	Bahreyn	15	133
Afganistan	257	4	Güney Afrika	66	65	Bulgaristan	15	133
Liberya	235	5	Namibya	65	65	Katar	15	133
Somali	225	6	Marshall Adaları	61	71	Şeyseller	15	133
Mal	220	7	Kore Demokratik Halk Cumhuriyeti	55	72	Sri Lanka	15	133
Burkina Faso	207	8	Tuvalu	51	73	Bahamalar	14	138
Kongo Demokratik Cumhuriyeti	205	9	Guatemala	47	74	Dominik	14	138
Gine-Bissau	204	10	Gürcistan	45	75	Sırbistan ve Karadağ	14	138
Rvvanda	203	11	Cezayir	41	76	Uruguay	14	138
Cad	200	12	Honduras	41	76	Barbados	13	142
Nijerya	198	13	Endonezya	41	76	Antigua ve Barbuda	12	143
Fildişi Sahili	192	14	Belize	39	79	Litvanya	12	143
Burundi	190	15	Mısır	39	79	Umman	12	143
Moritanya	183	16	Iran islam Cumhuriyeti	39	79	Liechtenstein	11	146
Zambiya	182	17	Fas	39	79	Litvanya	11	146
Orta Afrika	180	18	Surinam	39	79	Eski Yugoslav	11	148
Malavvi	178	19	Türkiye	39	79	Kosta Rika	10	149
Etiyopya	169	2D	Nikaragua	38	85	Şili	9	150
Kamerun	166	21	Vanuatu	38	85	Estonya	9	150
Tanzanya	165	22	Çin	37	87	Kuveyt	9	150
Gine	160	23	El Salvador	36	88	Küba	8	153
Mozambik	158	24	Filipinler	36	88	Macaristan	8	153
Benin	154	25	Brezilya	35	90	Slovakya	8	153
Svvaziland	153	26	Yeşil Burun	35	90	Birleşik Arap Emirlikleri	8	153
Ekvator Ginesi	146	27	Dominik Cumhuriyeti	35	90	ABD	8	157
Kamboçya	140	28	Peru	34	93	Andora	7	158
Togo	140	29	Ermenistan	33	94	Hırvatistan	7	158
Uganda	140	29	Moldova Cumhuriyeti	32	95	Malezya	7	158
Cibuti	138	31	Lübnan	31	96	Polonya	7	158
Senegal	137	32	Nauru	30	97	Avustralya	6	162
Madagaskar	126	33	Paraguay	29	98	Brunei Darussalam	6	162
Zimbabwe	126	33	Ürdün	28	99	Kanada	6	162
Irak	125	35	Meksika	28	99	İrlanda	6	162
Timor-Leste	124	36	Palau	28	99	İsrail	6	162
Gambia	123	37	Ekvador	27	102	Malta	6	162
Kenya	123	37	Saint Vincent ve Grenadines	27	102	Yeni Zelanda	6	162
Haiti	118	39	Suudi Arabistan	26	104	Birleşik Krallık	6	162
Sao Tome ve Pincipe	118	39	Tayland	26	104	Avusturya	5	170
Tacikistan	118	39	işgal Altındaki Filistin	24	106	Belçika	5	170
Yemen	113	42	Panama	24	106	Kıbrıs	5	170
Botsvvana	112	43	Samoa	24	106	Finlandiya	5	170
Kongo	108	44	Tunus	24	106	Fransa	5	170
Myanmar	107	45	Grenada	23	110	Almanya	5	170
Pakistan	103	46	Mikronezya	23	110	Yunanistan	5	170
Türkmenistan	102	47	Viet Nam	23	110	Kore Cumhuriyeti	5	170
Gana	95	48	Saint Kitts ve Nevis	22	113	Lüksemburg	5	170
Papua Yeni Gine	93	49	- Solomon Adaları	22	113	Hollanda	5	170
Sudan	93	49	Arnavutluk	21	115	Portekiz	5	170
Azerbaycan	91	51	Kolombiya	21	115	San Marino	5	170
Gabon	91	51	Cook Adaları	21	115	İsviçre	5	170
Lao Demok. Halk Cum.	91	51	Rusya Federasyonu	21	115	Çek Cumhuriyeti	4	183
Hindistan	87	54	Venezüela	21	115	Danimarka	4	183
Bhutan	85	55	Arjantin	20	120	İzlanda	4	183
Eritre	85	55	Fiji	20	120	İtalya	4	183
Lesotho	84	57	Jamaika	20	120	Japonya	4	183
Nepal	82	58	Romanya	20	120	Monako	4	183
Komoros	73	59	Trinidad ve Tobago	20	120	Norveç	4	183
Kazakistan	73	59	Ukrayna	20	120	Slovenya	4	183
Makfnrler	72	61	Tonga	19	126	İspanya	4	183
Bangladeş	69	62	Mauritius	18	127	Singapur	3	192
Guyana	69	62	Saint Lucia	18	127	İsveç	3	192
Özbekistan	69	62	Suriye Arap Cumhuriyeti	18	127	Papalık	veri yok	
Kırgızistan	68	65	Belarus	17	130	Niue	veri yok	

Ek.2: Bağısıklanma Oranları ve Bazı Temel Göstergeler

Ülkeler ve Bölgeler	Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus %'si 2002			Yeterli sanitasyon imkanlarına sahip nüfus %'si 2002			Devlet tarafından finanse edilen rutin GBP aşılamaları %'si 2002	Bağışıklananların %'si 2003						ASYE'li 5 yaşından küçük çocuk %'si	ASYE'li olupta tedaviye götürülen 5 yaşından küçük çocuk %'si	AST kullanım oranı %'si 1994-2003[a]	Sıtma, 1999-2003		
								1 yaşındaki çocuklar					gebe kadınlar			çibinlikte uyuyan 5 yaşından küçük çocuk %'si	İlaçlı çibinlikte uyuyan 5 yaşından küçük çocuk %'si	humması olup sıtma ilacı alan 5yaşından küçük çocuk %'si
	toplam	kentsel	kırsal	toplam	kentsel	kırsal	toplam	BCG	DTB	polio3	kızamık	hepB3	tetanos	1996-2003[a]				
Afganistan	13	19	11	8	16	5	0	56	54	54	50	-	40	19	28	-	-	-	-
Arnavutluk	97	99	95	89	99	81	40	95	97	97	93	97	-	1	84	51	-	-	-
Cezayir	87	92	80	92	99	82	100	98	87	87	84	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	100	100	100	100	100	100	-	-	99	99	96	84	-	-	-	-	-	-	-
Angola	50	70	40	30	56	16	10	62	46	45	62	-	72	-	-	32	10	2	63
Antigua ve Barbuda	91	95	89	95	98	94	100	-	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Arjantin	-	97	-	-	-	-	100	99	88	91	97	-	-	-	-	-	-	-	-
Ermenistan	92	99	80	84	96	61	65	92	94	96	94	93	-	11	25	48	-	-	-
Avustralya	100	100	100	100	100	100	100	-	92	92	93	95	-	-	-	-	-	-	-
Avusturya	100	100	100	100	100	100	-	-	84	84	79	83	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaycan	77	95	59	55	73	36	51	99	97	98	98	98	-	3	36	40	12	1	1
Bahamalar	97	98	86	100	100	100	-	-	92	93	90	88	-	-	-	-	-	-	-
Bahreyn	-	100	-	-	100	-	100	-	97	97	99	98	-	-	-	-	-	-	-
Bangladeş	75	82	72	48	75	39	100	95	85	85	77	-	89	18	27	35	-	-	-
Barbados	100	100	100	99	99	100	94	-	86	90	90	91	-	-	-	-	-	-	-
Belarus	100	100	100	-	-	-	100	99	86	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Belçika	-	100	-	-	-	-	-	-	90	95	75	50	-	-	-	-	-	-	-
Belize	91	100	82	47	71	25	100	99	96	95	96	96	-	-	66	-	-	-	-
Benin	68	79	60	32	58	12	0	99	88	88	83	81	56	12	29	42	32	7	60
Bhutan	62	86	60	70	65	70	0	93	95	96	88	95	-	-	-	-	-	-	-
Bolivya	85	95	68	45	58	23	40	94	81	79	64	81	-	-	49	59	-	-	-
Bosna Hersek	98	100	96	93	99	88	70	94	87	86	84	-	-	2	80	23	-	-	-
Botswana	95	100	90	41	57	25	100	99	97	97	90	78	-	39	14	7	-	-	-
Brezilya	89	96	58	75	83	35	100	99	96	99	99	91	-	-	-	28	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	100	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaristan	100	100	100	100	100	100	-	98	96	96	96	96	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	51	82	44	12	45	5	100	83	84	83	76	-	50	14	22	-	-	-	-
Burundi	79	90	78	36	47	35	6	84	74	69	75	-	46	13	40	16	3	1	31
Kamboçya	34	58	29	16	53	8	7	76	69	69	65	-	43	20	35	-	-	-	-
Kamerun	63	84	41	48	63	33	100	82	73	72	61	-	65	7	25	33	11	1	66
Kanada	100	100	99	100	100	99	-	-	91	88	95	-	-	-	-	-	-	-	-
Yeşil Burun	80	86	73	42	61	19	80	78	78	79	68	54	-	-	-	-	-	-	-
Orta Afrika Cumhuriyeti	75	93	61	27	47	12	0	70	40	40	35	-	63	10	32	47	31	2	69
Çad	34	40	32	8	30	0	75	72	47	48	61	-	43	12	22	50	27	1	32
Şili	95	100	59	92	96	64	100	94	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-
Çin	77	92	68	44	69	29	100	93	90	91	84	70	-	-	-	-	-	-	-
Kolombiya	92	99	71	86	96	54	100	96	91	91	92	93	-	13	51	44	24	1	-
Komoros	94	90	96	23	38	15	0	75	75	75	63	27	46	10	49	31	36	9	63
Kongo	46	72	17	9	14	2	0	60	50	50	50	-	59	4	38	-	-	-	-
Kongo Demokratik Cumhuriyeti	46	83	29	29	43	23	0	68	49	55	54	-	48	11	36	17	12	1	45
Cook Adaları	95	98	88	100	100	100	100	99	96	95	99	93	-	-	-	-	-	-	-
Kosta Rika	97	100	92	92	89	97	0	87	88	88	89	86	-	-	-	-	-	-	-
Fildişi Sahili	84	98	74	40	61	23	58	66	54	54	56	48	80	-	-	34	10	1	58
Hırvatistan	-	-	-	-	-	-	100	98	94	95	95	-	-	-	-	-	-	-	-
Küba	91	95	78	98	99	95	99	99	71	98	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Kıbrıs	100	100	100	100	100	100	25	-	98	98	86	88	-	-	-	-	-	-	-
Çek Cumhuriyeti	-	-	-	-	-	-	-	98	97	97	99	86	-	-	-	-	-	-	-
Danimarka	100	100	100	-	-	-	-	-	96	96	96	-	-	-	-	-	-	-	-
Cibuti	80	82	67	50	55	27	85	63	68	68	66	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominik	97	100	90	83	86	75	70	99	99	99	99	-	-	-	-	42	-	-	-
Dominik Cumhuriyeti	93	98	85	57	67	43	65	90	65	60	79	81	-	20	61	53	-	-	-
Ekvador	86	92	77	72	80	59	100	99	89	99	99	58	-	-	-	-	-	-	-
Mısır	98	100	97	68	84	56	100	98	98	98	98	98	71	10	70	29	-	-	-
El Salvador	82	91	68	63	78	40	100	90	88	87	99	75	-	42	-	-	-	-	-
Ekvator Ginesi	44	45	42	53	60	46	0	73	33	39	51	-	53	-	-	36	15	1	49
Eritre	57	72	54	9	34	3	0	91	83	83	84	83	55	19	44	-	12	4	4
Estonya	-	-	-	-	93	-	-	99	94	95	95	-	-	-	-	-	-	-	-
Etiyopya	22	81	11	6	19	4	18	76	56	57	52	-	24	24	16	38	-	-	3
Fiji	-	-	-	98	99	98	100	99	94	99	91	92	-	-	-	-	-	-	-

	Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus %'si 2002			Yeterli sanitasyon imkanlarına sahip nüfus %'si 2002			Devlet tarafından finanse edilen rutin DBP aşılamaları %'si 2002	Bağışıklanmanın %'si 2003						ASYE'li 5 yaşından küçük çocuk %'si	ASYE'li olupta tedaviye götürülen 5 yaşından küçük çocuk %'si	AST kullanım oranı %'si 1994-2003[a]	Sıtma, 1999-2003		
								1 yaşındaki çocuklar					gebe kadınlar tetanos	1998-2003[a]			cibinlikte uyuyan 5 yaşından küçük çocuk %'si	ilaçlı cibinlikte uyuyan 5 yaşından küçük çocuk %'si	humması olup sıtma ilacı alan 5 yaşından küçük çocuk %'si
	toplam	kentsel	kırsal	toplam	kentsel	kırsal	toplam	BCG	DTB	polio3	kızamık	hepB3							
Finlandiya	100	100	100	100	100	100	.	98	98	96	97	.	.	.	.	.	.	.	.
Fransa	.	100	.	.	.	.	.	85	97	97	86	29	.	.	.	.	.	.	.
Gabon	87	95	47	36	37	30	100	89	38	31	55	.	54	13	48	44	.	.	.
Gambia	82	96	77	53	72	46	63	99	90	90	90	90	.	8	75	38	42	15	55
Gürcistan	76	90	61	83	96	69	19	87	76	75	73	49	.	4	99	.	.	.	.
Almanya	100	100	100	.	.	.	.	.	89	94	92	81	.	.	.	.	.	.	.
Gana	79	93	68	58	74	46	28	92	80	80	80	80	70	10	44	24	.	.	61
Yunanistan	.	.	.	.	.	.	.	88	88	87	88	88	.	.	.	.	.	.	.
Grenada	95	97	93	97	96	97	100	.	97	98	99	97	.	.	.	.	.	.	.
Guatemala	95	99	92	61	72	52	0	97	83	83	75	.	.	18	64	22	6	1	.
Gine	51	78	38	13	25	6	20	78	45	43	52	.	74	16	39	29	27	.	.
Gine-Bissau	59	79	49	34	57	23	0	84	77	75	61	.	66	10	64	23	67	7	58
Guyana	83	83	83	70	86	60	90	95	90	91	89	90	.	5	78	40	67	6	3
Haiti	71	91	59	34	52	23	30	71	43	43	53	.	52	39	63	41	.	.	12
Papalık	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Honduras	90	99	82	68	89	52	100	91	92	92	95	92	.	.	.	.	.	.	.
Macaristan	99	100	98	95	100	85	.	99	99	99	99	.	.	.	.	.	.	.	.
İzlanda	100	100	100	.	.	.	.	.	97	97	93	.	.	.	.	.	.	.	.
Hindistan	86	96	82	30	58	18	100	81	70	70	67	.	78	19	64	22	.	.	.
Endonezya	78	89	69	52	71	38	90	82	70	70	72	75	51	8	57	61	.	.	1
İran İslam Cumhuriyeti	93	98	83	84	86	78	100	99	99	99	99	98	.	24	93	.	.	.	.
Irak	81	97	50	80	95	48	100	93	81	84	90	70	70	7	76	.	.	.	.
İrlanda	.	100	.	.	.	.	.	90	85	86	78	.	.	.	.	.	.	.	.
İsrail	100	100	100	.	100	.	100	.	97	93	95	98	.	.	.	.	.	.	.
İtalya	.	100	.	.	.	.	.	.	96	97	83	97	.	.	.	.	.	.	.
Jamaika	93	98	87	80	90	68	100	88	81	80	78	19	.	3	39	21	.	.	.
Japonya	100	100	100	100	100	100	100	.	97	97	99	.	.	.	.	.	.	.	.
Ürdün	91	91	91	93	94	85	100	67	97	97	96	97	.	6	72	.	.	.	.
Kazakistan	86	96	72	72	87	52	100	99	99	99	99	99	.	3	48	22	.	.	.
Kenya	62	89	46	48	56	43	36	87	73	67	72	73	66	18	46	15	14	4	.
Kiribati	64	77	53	39	59	22	.	99	99	96	88	99	.	.	.	.	.	.	.
Kore Demokratik Halk Cumhuriyeti	100	100	100	59	58	60	80	88	68	99	95	.	.	.	.	.	.	.	.
Kore Cumhuriyeti	92	97	71	.	.	.	100	87	97	94	96	91	.	.	.	.	.	.	.
Kuveyt	.	.	.	.	.	.	100	.	99	99	97	99	.	.	.	.	.	.	.
Kırgızistan	76	98	66	60	75	51	40	99	98	98	99	99	.	.	.	16	.	.	.
Lao Demok. Halk Cum.	43	66	38	24	61	14	0	65	50	52	42	50	36	1	36	37	.	.	.
Litvanya	.	.	.	.	.	.	100	99	98	98	99	98	.	.	.	.	.	.	.
Lübnan	100	100	100	98	100	87	100	.	92	92	96	88	.	4	74	.	.	.	.
Lesotho	76	88	74	37	61	32	10	83	79	78	70	.	.	7	49	29	.	.	.
Liberya	62	72	52	26	49	7	0	43	38	39	53	.	56	39	70	.	.	.	.
Libya	72	72	68	97	97	96	.	99	93	93	91	91	.	.	.	.	.	.	.
Liechtenstein	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Litvanya	.	.	.	.	.	.	100	99	94	91	98	95	.	.	.	.	.	.	.
Lüksemburg	100	100	100	.	.	.	.	.	98	98	91	49	.	.	.	.	.	.	.
Madagaskar	45	75	34	33	49	27	12	72	55	58	55	55	55	6	47	47	30	0	61
Malawi	67	96	62	46	66	42	0	91	84	85	77	84	70	27	27	51	8	3	27
Malezya	95	96	94	.	.	98	100	99	96	97	92	95	.	.	.	.	.	.	.
Maldivler	84	99	78	58	100	42	98	98	98	98	96	98	.	22	22	.	.	.	.
Mali	48	76	35	45	59	38	100	63	69	65	68	79	32	10	43	45	72	8	38
Malta	100	100	100	.	100	.	.	.	94	94	90	70	.	.	.	.	.	.	.
Marshall Adaları	85	80	95	82	93	59	.	93	68	80	90	74	.	.	.	.	.	.	.
Moritanya	56	63	45	42	64	9	100	84	76	75	71	.	41	10	39	.	.	.	.
Mauritius	100	100	100	99	100	99	100	92	92	93	94	92	.	.	.	.	.	.	.
Meksika	91	97	72	77	90	39	100	99	91	92	96	91	.	.	.	.	.	.	.
Mikronezya (Federal Devlet)	94	95	94	28	61	14	6	64	92	88	91	89	.	.	.	.	.	.	.
Moldova Cumhuriyeti	92	97	88	68	86	52	49	98	98	98	96	99	.	1	78	52	.	.	.
Monako	.	100	.	.	100	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Moğolistan	62	87	30	59	75	37	22	98	98	98	98	98	.	2	78	66	.	.	.
Fas	80	99	56	61	83	31	100	92	91	91	90	90	.	.	35	.	.	.	.

	Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus %'si 2002			Yeterli sanitasyon imkanlarına sahip nüfus %'si 2002			Devlet tarafından finanse edilen rutin EBP aşılamaları %'si 2002	Bağışıklananların %'si 2003						ASYE'li 5 yaşından küçük çocuk %'si	ASYE'li olupta tedaviye götürülen 5 yaşından küçük çocuk %'si	AST kullanım oranı %'si 1994-2003[a]	Sıtma, 1999-2003		
								1 yaşındaki çocuklar					gebe kadınlar					
	toplam	kentsel	kırsal	toplam	kentsel	kırsal	toplam	BCG	DTB	polio3	kızamık	hepB3	tetanos	1994-2003[a]			ilaçlı cibinlikte uyuyan 5 yaşından küçük çocuk %'si	ilaçlı cibinlikte uyuyan 5 yaşından küçük çocuk %'si	humması olup sıtma ilacı alan 5 yaşından küçük çocuk %'si
Mozambik	42	76	24	27	51	14	21	87	72	70	77	72	57	10	51	33	.	.	.
Myanmar	80	95	74	73	96	63	0	79	77	76	75	.	77	4	48	48	.	.	.
Namibya	80	98	72	30	66	14	100	92	82	82	70	.	85	18	53	39	7	3	.
Nauru	.	.	.	.	.	.	100	95	80	59	40	75	.	.	.	.	.	.	.
Nepal	84	93	82	27	68	20	65	91	78	76	75	15	69	23	24	43	.	.	.
Hollanda	100	100	99	100	100	100	.	.	98	98	96	.	.	.	.	.	.	.	.
Yeni Zelanda	.	100	.	.	.	.	100	.	90	82	85	90	.	.	.	.	.	.	.
Nikaragua	81	93	65	66	78	51	74	94	86	86	93	86	.	31	57	49	.	.	2
Nijer	46	80	36	12	43	4	100	64	52	51	64	.	36	12	27	43	17	6	48
Nijerya	60	72	49	38	48	30	100	48	25	39	35	.	51	10	31	28	6	1	34
Niue	100	100	100	100	100	100	100	99	95	95	86	95	.	.	.	.	.	.	.
Norveç	100	100	100	.	.	.	.	.	90	90	84	.	.	.	.	.	.	.	.
İşgal Altındaki Filistin Toprakları	94	97	86	76	78	70	.	99	98	98	99	98	.	17	65	.	.	.	.
Umman	79	81	72	89	97	61	100	98	99	99	98	99	.	.	.	.	.	.	.
Pakistan	90	95	87	54	92	35	100	82	67	69	61	.	57	.	.	33x	.	.	.
Palau	84	79	94	83	96	52	5	.	99	99	99	99	.	.	.	.	.	.	.
Panama	91	99	79	72	89	51	100	87	86	83	83	86	.	.	.	.	.	.	.
Papua Yeni Gine	39	88	32	45	67	41	80	60	54	41	48	53	34	13x	75x	.	.	.	.
Paraguay	83	100	62	78	94	58	100	70	77	77	91	77	.	.	.	.	.	.	.
Peru	81	87	66	62	72	33	100	94	89	89	96	60	.	20	58	46	.	.	.
Filipinler	85	90	77	73	81	61	3	91	79	80	80	40	70	.	46	37	.	.	.
Polonya	.	100	.	.	.	.	.	94	99	98	97	97	.	.	.	.	.	.	.
Portekiz	.	.	.	.	.	.	.	81	99	96	96	94	.	.	.	.	.	.	.
Katar	100	100	100	100	100	100	100	99	92	93	93	98	.	.	.	.	.	.	.
Romanya	57	91	16	51	86	10	100	99	97	97	97	98	.	.	.	.	.	.	.
Rusya Federasyonu	96	99	88	87	93	70	100	97	98	97	96	94	.	.	.	.	.	.	.
Rwanda	73	92	69	41	56	38	50	88	96	96	90	96	76	12	20	16	6	5	13
Saint Kitts ve Nevis	99	99	99	96	96	96	97	99	99	99	98	99	.	.	.	.	.	.	.
Saint Lucia	98	98	98	89	89	89	100	95	90	91	90	14	.	.	.	.	.	.	.
Saint Vincent ve Grenadines	.	.	93	.	.	96	100	87	99	99	94	31	.	.	.	.	.	.	.
Samoa	88	91	88	100	100	100	100	73	94	95	99	97	.	.	.	.	.	.	.
San Marino	.	.	.	.	.	.	.	.	96	96	91	96	.	.	.	.	.	.	.
Sao Tome ve Principe	79	89	73	24	32	20	.	99	94	94	87	43	.	5	47	44	43	23	61
Suudi Arabistan	.	97	.	.	100	.	100	94	95	95	96	95	.	.	.	.	.	.	.
Senegal	72	90	54	52	70	34	100	77	73	73	60	.	75	7	27	33	15	2	36
Sırbistan ve Karadağ	93	99	86	87	97	77	.	94	89	89	87	.	.	3	97	.	.	.	.
Şeyseller	87	100	75	.	.	100	100	99	99	99	99	99	.	.	.	.	.	.	.
Sierra Leone	57	75	46	39	53	30	20	87	70	60	73	.	62	9	50	39	15	2	61
Singapur	.	100	.	.	100	.	100	97	92	92	88	92	.	.	.	.	.	.	.
Slovakya	100	100	100	100	100	100	100	98	99	98	99	99	.	.	.	.	.	.	.
Slovenya	.	.	.	.	.	.	100	98	92	93	94	.	.	.	.	.	.	.	.
Solomon Adaları	70	94	65	31	98	18	.	76	71	68	78	78	.	.	.	.	.	.	.
Somali	29	32	27	25	47	14	0	65	40	40	40	.	.	.	.	.	16	0	19
Güney Afrika	87	98	73	67	86	44	100	97	94	94	83	94	52	19	75	37	.	.	.
İspanya	.	.	.	.	.	.	.	.	98	98	97	83	.	.	.	.	.	.	.
Sri Lanka	78	99	72	91	98	89	100	99	99	98	99	.	.	.	.	.	.	.	.
Sudan	69	78	64	34	50	24	0	53	50	50	57	.	35	5	57	38	23	0	50
Surinam	92	98	73	93	99	76	100	.	74	74	71	.	.	4	58	43	77	3	.
Swaziland	52	87	42	52	78	44	100	97	95	95	94	95	.	10	60	24	0	0	26
İsveç	100	100	100	100	100	100	.	16	98	99	94	.	.	.	.	.	.	.	.
İsviçre	100	100	100	100	100	100	.	.	95	95	82	.	.	.	.	.	.	.	.
Suriye Arap Cumhuriyeti	79	94	64	77	97	56	100	99	99	99	98	98	.	18	66	.	.	.	.
Tacikistan	58	93	47	53	71	47	0	99	82	84	89	57	.	1	51	29	6	2	69
Tanzanya	73	92	62	46	54	41	30	91	95	97	97	95	83	14	68	38	21	2	53
Tayland	85	95	80	99	97	100	100	99	96	97	94	95	.	.	.	.	.	.	.
Eski Yugoslav Cumhuriyeti Makedonya	.	.	.	.	.	.	90	95	96	96	96	.	.	.	.	.	.	.	.
Timor-Leste	52	73	51	33	65	30	0	80	70	70	60	.	.	14	57	.	48	8	47
Togo	51	80	36	34	71	15	0	84	64	63	58	.	47	9	30	25	15	2	60
Tonga	100	100	100	97	98	96	100	99	98	98	99	93	.	.	.	.	.	.	.

	Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus %'si 2002			Yeterli sanitasyon imkanlarına sahip nüfus %'si 2002			Devlet tarafından finanse edilen rutin BBP aşılamaları %'si 2002	Bağışıldananların %'si 2003						ASYE'li 5 yaşından küçük çocuk %'si	ASYE'li olupta tedaviye götürülen 5 yaşından küçük çocuk %'si	AST kullanım oranı %'si 1994-2003*	Sıtma, 1999-2003		
								1 yaşındaki çocuklar					gebe kadınlar					
	toplam	kentsel	kırsal	toplam	kentsel	kırsal	toplam	BCG	DTB	polio3	kızamık	hepB3	tetanos	1996-2003*				
Trinidad ve Tobago	91	92	88	100	100	100	100	.	91	91	88	76	.	3	74	31	.	.	.
Tunus	82	94	60	80	90	62	100	93	95	95	90	92	.	9	43	.	.	.	.
Türkiye	93	96	87	83	94	62	100	89	68	69	75	68	37	12x	37x	19	.	.	.
Türkmenistan	71	93	54	62	77	50	82	99	98	99	97	97	.	1	51	.	.	.	.
Tuvalu	93	94	92	88	92	83	100	99	93	93	95	95	.	.	.	.	.	.	.
Uganda	56	87	52	41	53	39	7	96	81	82	82	63	48	23	65	29	7	0	.
Ukrayna	98	100	94	99	100	97	96	98	97	99	99	77	.	.	.	.	.	.	.
Birleşik Arap Emirlikleri	.	.	.	100	100	100	100	98	94	94	94	92	.	.	.	.	.	.	.
Birleşik Krallık	.	100	.	.	.	.	.	.	91	91	80	.	.	.	.	.	.	.	.
ABD	100	100	100	100	100	100	56	.	96	91	93	92	.	.	.	.	.	.	.
Uruguay	98	98	93	94	95	85	100	99	91	91	95	91	.	.	.	.	.	.	.
Özbekistan	89	97	84	57	73	48	77	98	98	99	99	99	.	0	57	33	.	.	.
Vanuatu	60	85	52	50	78	42	100	63	49	53	48	56	.	.	.	.	.	.	.
Venezüela	83	85	70	68	71	48	100	91	68	86	82	75	.	9	72	51	.	.	.
Viet Nam	73	93	67	41	84	26	55	98	99	96	93	78	79	20	71	24	96	16	7
Yemen	69	74	68	30	76	14	100	67	66	66	66	42	31	23x	32x	23x	.	.	.
Zambiya	55	90	36	45	68	32	5	94	80	80	84	.	60	15	69	24	16	7	52
Zimbabwe	83	100	74	57	69	51	0	92	80	80	80	80	60	16	50	80	3	.	.
ÖZET GÖSTERGELER																			
Sahra Güneyi Afrika	57	82	44	36	55	26	45	74	60	63	62	30	53	14	39	32	14	2	38
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	87	95	77	72	88	52	89	88	87	87	88	71	.	12	69	.	.	.	.
Güney Asya	84	94	80	35	64	23	96	82	71	72	67	1	75	19	57	26	.	.	.
Doğu Asya ve Pasifik	78	92	68	50	72	35	84	91	86	87	82	66	.	.	.	.	.	.	.
Latin Amerika ve Karayipler	89	95	69	75	84	44	92	96	89	91	93	73	.	.	.	36	.	.	.
ODA/BDT	91	98	79	81	92	62	89	95	88	89	90	81	.	.	.	25	.	.	.
Sanayileşmiş ülkeler	100	100	100	100	100	100	69	.	95	93	92	62	.	.	.	.	.	.	.
Gelişmekte olan ülkeler	79	92	70	49	73	31	80	85	76	77	75	40	64	16	52	31	.	.	.
En azgelişmiş ülkeler	58	80	50	35	58	27	37	79	68	68	67	20	56	16	37	35	19	2	36
Dünya	83	95	72	58	81	37	80	85	78	79	77	42	64	16	53	31	.	.	.

Her bir kategorideki ülkeler 140. sayfada sıralanmaktadır.

GÖSTERGELERLE İLGİLİ TANIMLAR

Aşılarda devlet finansmanı – Çocukları korumak üzere bir ülkede rutin olarak yapılan ve finansmanı (krediler dahil) ulusal hükümetçe karşılanan aşıların yüzdesi.

GBP – Genişletilmiş Bağışıklama Programı. Bu program kapsamındaki bağışıklama, bebekleri neonatal tetanoza karşı koruma amacıyla gebe kadınların aşılanmalarının yanısıra, BCG, DPT, çocuk felci ve kızamık aşılarını içerir. Kimi ülkelerde bu programa diğer hastalıklara (örneğin hepatit B ya da sarı hummaİ karşı yapılan aşılar da dahil edilebilmektedir.

DPT3 – Üç doz difteri, boğmaca ve tetanos aşısı olan bebeklerin yüzdesi.

HepB3 – 3 doz hepatit B aşısı olan bebeklerin yüzdesi.

ASYE'li 5 yaşından küçük çocukların %'si – son iki hafta içinde ASYE'ye (akut solunum yolu enfeksiyonları) yakalanan 0-4 yaş çocukların yüzdesi.

ASYE'ye yakalanıp tedaviye götürülen 5 yaşından küçük çocukların %'si – son iki hafta içinde ASYE'ye yakalanıp tedaviye götürülen 0-4 yaşlarındaki çocuklar.

İshalli olup daha fazla sıvı verilen ve beslenmesi sürdürülen 5 yaşından küçük çocukların %'si– (Araştırmayı önceleyen son iki hafta içinde) ishalli olup beslenmenin sürdürülmesinin yanısıra ağızdan sıvı tedavisi (ishal tozları veya tavsiye edilen ev yapımı sıvıları) uygulanan ya da daha fazla sıvı verilen çocukların (0-4 yaş) yüzdesi.

Sıtma

Cibinlikte uyuyan 5 yaşından küçük çocuk %'si – 0-4 yaş çocuklar.

İlaçlı cibinlikte uyuyan 5 yaşından küçük çocuk %'si – 0-4 yaş çocuklar.

Humması olup sıtma ilacı olan 5 yaşından küçük çocuk %'si – son iki hafta içinde humması olup uygun (yerine göre) sıtma ilaçları alan 0-4 yaş çocukların %'si.

BAŞLICA VERİ KAYNAKLARI

Temiz içme suyu ve yeterli sanitasyon olanaklarına erişim – UNICEF, WHO, ÇGKA ve NSA

Aşılamada devlet finansmanı – UNICEF ve WHO.

Bağışıklama – UNICEF ve WHO.

Akut solunum yolu enfeksiyonları – NSA, ÇGKA ve diğer ulusal hanehalkı araştırmaları.

AST kullanımı – NSA ve ÇGKA.

Sıtma – ÇGKA ve NSA.

NOTLAR

. Veri yok.

x Sütun başlığında belirtilen yıllar ya da dönemlerden farklı yıllar ve dönemlere ait olan, standart tanımlara uymayan ya da ülkenin yalnızca bir bölümü hakkında bilgi sağlayan veriler.

* Veriler sütun başlığında belirtilen dönem içinde bulunabildikleri en yakın yıla ait verilerdir.

Kaynak: UNICEF,**Dünya Çocuklarının Durumu 2005**, 2004, ss.114-117.

ÖZGEÇMİŞ

13 Ekim 1982 yılında Kocaeli'de doğdum. İlkokulu 28 Haziran İlköğretim okulunda, ortaokulu Ulugazi İlköğretim okulunda, lise eğitimimi ise İzmit Atılım Lisesinde tamamlayarak 2000 yılında Marmara Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi İktisat bölümüne girdim. 2004 yılında Marmara Üniversitesinden mezun olduktan sonra, 2004- 2005 öğretim yılında Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisadi Gelişme ve Uluslararası İktisat Yüksek Lisans programına kabul edildim. 2006 yılında tez çalışmamı tamamlayarak mezun oldum.