

TÜRKİYE – AVRUPA BİRLİĞİ İLİŞKİLERİ SÜRECİNDE TÜRK SAĞLIK POLİTİKALARI

Prof. Dr. Ahmet SALTİK
(www.ahmetsaltik.net)

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Uzm. Ecz. - Ekonomist Gülizar MORDENİZ
(gulizarmordeniz@yahoo.com)

Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü

Özet

Türkiye, 1959 Temmuz’unda şimdiki AB’ye başvurmuştur. 47 yıldır da tam üye olamamıştır. Bu durumda olan hiçbir ülke yoktur. Halen görüşmeler sürmekte olup, ucu açıktır ve 10-15 yıldan önce bir sonuç umulmamaktadır. Görülen odur ki, Türkiye hiçbir zaman tam üye yapılmayacak ama AB’ce “*kendine benzetilertek*”, 17 Aralık 2004 Doruk toplantısından çıkan karara uygun biçimde, tam üye yapılmasa da AB yapılarına, limanlarına sıkıca demirlemesi sağlanacaktır.

AB politikaları ile, küresel hegemonik gücün küreselleştirmeci öbür aktörleri IMF, DB ve DTÖ’nün istem hatta dayatmaları son derece uyumlu olup, birbirini tamamlamakta, birbiriyle örtülmektedir. Türkiye 1 Ocak 2006’da GB’ne girmiş ve 10 yılda katlanılamaz ve sürdürülemez boyutlarda dış ticaret açığı vermiştir (184 milyar \$!). Sağlık sistemini 1982 Anayasası’nın 56. maddesine dayanarak sürekli biçimde serbest piyasaya açmakta, sosyal sağlık politikalarından uzaklaşmaktadır. Başta AB ülkeleri olmak üzere Batı’nın farmasötik ürünlerinin ve yüksek tıbbi teknolojisinin “yağlı” bir müşterisine dönüşTÜRÜLMüştür. Sağlık giderleri, doğrudan IMF’nin saptamasıyla kaldıramayacağı düzeylere ulaşmıştır (2005 sonmunda 19 milyar \$!). IMF’ye borçları ödemenin güvencesi olan ulusal gelirin % 6.5’i düzeyindeki faiz dışı fazla tehlikeye düşmüştür. Sağlık sektöründe yolsuzluklar ve eşitsizlikler derinleşirken, makro ve hatta mikro verimlilik düşmüştür. Sosyal güvenlik sistemi çökertilmiştir. Varılan yer tam bir fiyaskodur.

AB dahil Batı, DB 2. Başkanı Prof. Stiglitz’in itiraflarına göre,
“... DB başekonomistliğine geçiş yaptığımda farkına vardığım en tehlikeli durum, IMF ve ABD Hazinesi’nin yurt dışında, yurt içinde uğruna savaştıklarımızın tam tersini dayatıyor olmalarıydı. **İçeride sosyal güvenliğin özelleştirilmemesi için savaşıırken, dışarıda özelleştirilmesini aşılyorduk.**” yönündedir.

Küreselleştirmeci-emperyalist Batı’nın apaçık tarihsel ikiyüzlülüğü artık fark edilmeli ve Türkiye ulusalcı politikalara dönmelidir. Çünkü, Cumhuriyetin kurucusu Yüce Atatürk’ün de buyurduğu üzere; “*Kendine, Devrimin ve devrimciliğin çeşitli ve yaşamsal görevler verdiği Türk vatandaşının sağlığı ve sağlamlığı, her zaman üzerinde dikkatle durulacak ulusal sorunumuzdur.*” Türkiye, Prof. Nusret Fişek’in uyarısına kulak kabartmalıdır :

“ **Atatürk’çü Sağlık Politikası 1961 Anayasası ile yeniden benimsendi : ”**

S O S Y A L L E Ş T İ R M E !

Anahtar sözcükler : Avrupa Birliği, Türk Sağlık Politikaları, Gümrük Birliğı, Yeni Dünya Düzeni, Küreselleştirme, Sağlık Hakkı

I. Giriş ve Genel Bilgiler

“ Kendine, Devrimin ve devrimciliğin çeşitli ve yaşamsal görevler verdiği Türk vatandaşının sağlığı ve sağlamlığı, her zaman üzerinde dikkatle durulacak ulusal sorunumuzdur.”
Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK

Avrupa yüzyıllarca, sık yaşanan kanlı savaflara sahne oldu. 1870-1945 arasında Fransa ve Almanya üç kez savaştılar. Milyonlarca insan yaşamını yitirdi. Kimi Avrupa ülkelerinin önderleri, sürdürülebilir barışın tek yolunun, ülkelerinin ekonomik ve siyasal yönlerden birleşmesi olduğuna inandılar.¹ Sanayi Devrimi ve Avrupa bütünleşmesinin çıkardığı 3 önemli sonuç vardır. Ucuz hammadde gereksinimi, ucuz işgücü gereksinimive Pazar gereksinimi.. II. Dünya Savaşı sonunda oluşan yıkım, ekonomik çöküntü nasıl ortadan kaldırılabildi? Nasıl bütünleşir fikri sonucu ortaya çıkmıştır. (Erhan, Ç. 2006)

Avrupa Birliği (AB); ilk olarak 1957’de Belçika, Almanya, Fransa, Hollanda, Lüksemburg ve İtalya tarafından Roma Antlaşması'nın imzalanmasıyla Avrupa Ekonomik Topluluğu (AET) adı altında kurulmuş topluluktur. Bu topluluğun temelini, II. Dünya Savaşı sonrasında sanayi açısından özellikle önem kazanan iki temel hammadde olan kömür ve çelik sektörünü güçlendirmek ya da denetlemek amacıyla 1951’de kurulan Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu (AKÇT) oluşturmaktadır.

1958’de yürürlüğe giren Roma Antlaşması üye ülkeler arasında önce gümrük birliğini, yani malların gümrük vergisi ödenmeksizin üye ülkeler arasında serbestçe alınıp satılmasını öngörmüştür. Ancak Roma Antlaşması'nın soncul hedefi yalnızca ekonomik değil; ortak tarım, ulaştırma, rekabet gibi öbür birçok alanda ortak politikalar oluşturulması, ekonomik politikaların yakınlaştırılması, ekonomik ve parasal birlik kurulması, ortak bir dış politika ve güvenlik politikası üretilmesidir. Bu yapının oluşturulmasının öncüleri Fransız Planlama Örgütü Başkanı Jean Monnet ve Dışişleri Bakanı Robert Schuman’dır.

I.1 Üç Topluluktan Avrupa Birliği’ne

Kuruluşundan başlayarak AKÇT birkaç yıl içinde öyle başarılı oldu ki, söz konusu altı ülke işbirliklerini daha da ileriye götürmeye ve ekonomilerindeki öteki sektörleri de bütünleştirmeye karar verdi. 1957’de Roma Antlaşmalarını imzaladılar. Böylece Avrupa Atom Enerji Topluluğu (AAET) ve AET oluşturuldu. Üye devletler kurdukları “Ortak Pazar” ile aralarındaki ticaret engellerini kaldırdılar. 1967’de AKÇT, AAET ve AET’nin kurumları birleştirildi. Bundan sonra, Avrupa Parlamentosu’nun (AP) yanı sıra, tek bir Komisyon ve tek bir Bakanlar Konseyi vardı.

Başlangıçta, AP’ndaki üyeler ulusal parlamentolardan seçiliyordu. 1979’de, ilk doğrudan seçimler gerçekleştirildi. Bu çerçevede, üye ülkelerin vatandaşlarına kendi tercihlerine yönelik bir seçim yapma olanağı tanındı. Bu tarihten başlayarak, doğrudan seçimler 5 yılda bir gerçekleştirilmeye başlandı.²

AET ilk kez 1973’te İngiltere, Danimarka ve İrlanda’nın katılımıyla genişlemiş, sonraki katılımlar ise 1981’de Yunanistan, 1986’da İspanya ve Portekiz’in üyeliğe katılımı ile olmuş, üye sayısı 12’ye çıkmıştır. 1995’te Avusturya, Finlandiya ve İsveç’in katılımıyla üye sayısı 15’i bulmuştur. AB’nin son ve en kapsamlı genişlemesi 2004’te olmuştur. 10 yeni aday ülkenin üyelik antlaşmalarını imzalamalarıyla AB üyesi ülke sayısı Mayıs 2004’te 25’e erişmiştir. Bulgaristan ve Romanya ise üyelik görüşmelerini sürdürmekte olan ve üyelikleri 2007 yılı için öngörülen ülkelerdir.

AB’ni oluşturan Roma Antlaşması, uluslararası bir karar alma düzeneğini öngörmektedir. Bunun anlamı, AB’ni yönetmek üzere oluşturulan kurumların üye uluslardan bağımsız olup birçok konuda üye devletleri de bağlayıcı durumda olmasıdır. 1986’da Tek Avrupa Senedi, 1992’de AB’nin oluşturulmasına ilişkin Maastricht Antlaşması, 1997 yılında Amsterdam Antlaşması ve 2000 yılında Nice Antlaşmasıyla AB’ni oluşturan kurumlar üzerinde reformlar yapılmış, üye sayıları ve karar verme yöntemleri üzerindeki etkileri yeniden düzenlenmiştir.

Amsterdam Antlaşması; AB, AT, AAET ve AKÇT anlaşmasına dayanan, Avrupa kurumlarına dayalı uyumlu bir birliğin organları olarak sağlam bir dayanak sağlamaktadır. Bu birliğin adı Avrupa Birliği’dir. Topluluklar kavramı ve Birliğin sütunları kavramı yalnızca farklı tasarruf alanlarını nitelendirmektedir. Amsterdam Antlaşması yalnızca ulusalüstü yetkilerin kullanış biçimi bakımından değil, örgütlenmenin saydamlığı, demokrasi, hukuk devleti, işlevsel yetki

¹ <http://www.deltur.cec.eu.int/default.asp?lang=0&pId=3&fId=1&prnId=2&hnd=1&ord=1&docId=269&fop=0>, 11.05.07

² <http://www.deltur.cec.eu.int/default.asp?lang=0&pId=3&fId=1&prnId=2&hnd=1&ord=1&docId=269&fop=0>, 24.05.06

kullanımı ilkeleri bakımından da bir gelişme sağlamıştır (Arsava, 2000).

AB'ni oluşturan temel değerler kalıcı barışın sağlanması, birlik, eşitlik, özgürlük, güvenlik ve dayanışma olarak belirtilmektedir. AB'nin amaçları özgürlük ve demokrasi ilkelerini korumak ve tüm üyeler tarafından insan haklarına saygı ve temel haklar ile birlikte hukukun üstünlüğü kuralının uygulanmasını sağlamak olarak sunulmaktadır. AB, dünyada benzeri olmayan kurumsal bir sistem olarak takdim edilmektedir.³

AT, yeni adıyla AB'ni oluşturan üç Topluluktan biridir. Öbür iki Topluluk AKÇT ve AAET. AT'nin kuruluşundaki ilk adı AET olup, AT adı 1992'de Kurucu Anlaşmada değişiklikler yapan Maastricht Anlaşması ile benimsenmiş, aynı Anlaşma uyarınca üç Topluluğun oluşturduğu Birlik, AB olarak adlandırılmıştır. AB, Maastricht Antlaşmasıyla oluşturulmuş ve daha sonra Amsterdam Antlaşmasıyla güçlendirilmiş ve aşağıdaki çizelgede gösterilen üç kolondan oluşan bir Birliktir. Maastricht Antlaşması, üye ülke hükümetleri arasında yeni işbirliği olanaklarının başlangıcı oldu. Buna örnek olarak, savunma ve adalet ve içişleri konuları verilebilir. Varolan Topluluk sistemine hükümetlerarası işbirliği yollarının da eklenmesi yoluyla, Maastricht Antlaşması AB'yi doğurdu.

I.2 Bütünleşme ortak politikalar demektir

Ekonomik ve siyasal bütünleşme, AB üyelerinin birçok alanda ortak kararlar alması gerektiği anlamına gelmektedir. Bu çerçevede, tarımdan kültüre, tüketici politikasından rekabete, çevreden enerjiye, ulaşımdan ticarete ve sağlığa dek birçok alanda, ortak politikalar gerçekleştirilmektedir. İlk başlarda, kömür-çelik alanında ortak ticaret politikası ve ortak bir tarım politikası izlenmesine önem veriliyordu. Öbür amaçlar ve politikalar zamanla ve gereksinim duyuldukça ortaya çıktı. Kimi temel politikaların amaçları, değişen zaman ve koşullarla birlikte değişime uğramaktadır. Örneğin tarımda izlenen politika daha ucuza daha çok ürün yetiştirmektir. Zamanla, daha sağlıklı, daha nitelikli ve çevreye zarar vermeyen ürünler yetiştirmeye yönelik olarak çiftçilik yöntemlerine destek verilmeye başlandı. Çevreyi korumaya duyulan gereksinim, artık tüm AB politikalarında göz önünde bulundurulmaktadır.

AB'nin öbür ülkelerle ilişkileri giderek daha çok önem taşımaya başladı. AB, öbür ülkelerle temel ticaret ve yardım anlaşmaları üzerine pazarlık yapıyor, aynı zamanda ortak dışişleri ve güvenlik politikası da geliştiriyor.

I.3 Ortak Pazar : Ticaret Engellerinin Kaldırılması

Üye devletlerin kendi aralarındaki tüm ticaret engellerini kaldırıp, ortak pazarlarını, malların, hizmetlerin, kişilerin ve sermayenin serbestçe dolaşabileceği tek bir pazar haline getirmeleri zaman aldı. 1992 sonunda Ortak Pazar'ın resmen tamamlanmasına karşın, kimi alanlarda halen yapılması gerekenler vardır. Buna örnek olarak, mali hizmetler alanında "Tek Pazar" yaratılması verilebilir.

1990'lı yıllarda AB'nin birçok iç sınırı içinde pasaport ve gümrük denetimlerinin kaldırılmasıyla, Avrupa'da bir yerden bir yere gidilmesi çok daha kolay duruma geldi. Bunun sonucunda, AB vatandaşları için daha fazla hareketlilik sağlandı. Örneğin, 1987'den başlayarak, bir milyondan fazla genç Avrupalı AB desteğiyle yurtdışında eğitim aldı.

I.4 Ortak Para : Ceplerdeki EURO

AB 1992'de, Avrupa Merkez Bankası tarafından yürütülecek tek Avrupa para birimine geçişi de içine alan, Ekonomik ve Parasal Birlik'i geliştirmek için karar aldı. 1 Ocak 2002'de AB'nin 15 üyesinden 12'si ulusal para birimleri yerine ortak para birimi Euro'yu (€) kullanmaya başladı. Bu ülkeler, Belçika, Almanya, Yunanistan, İspanya, Fransa, İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, Avusturya, Portekiz ve Finlandiya'dır. Avro alanı (Euro Land) henüz birliğini sağlamış değil.

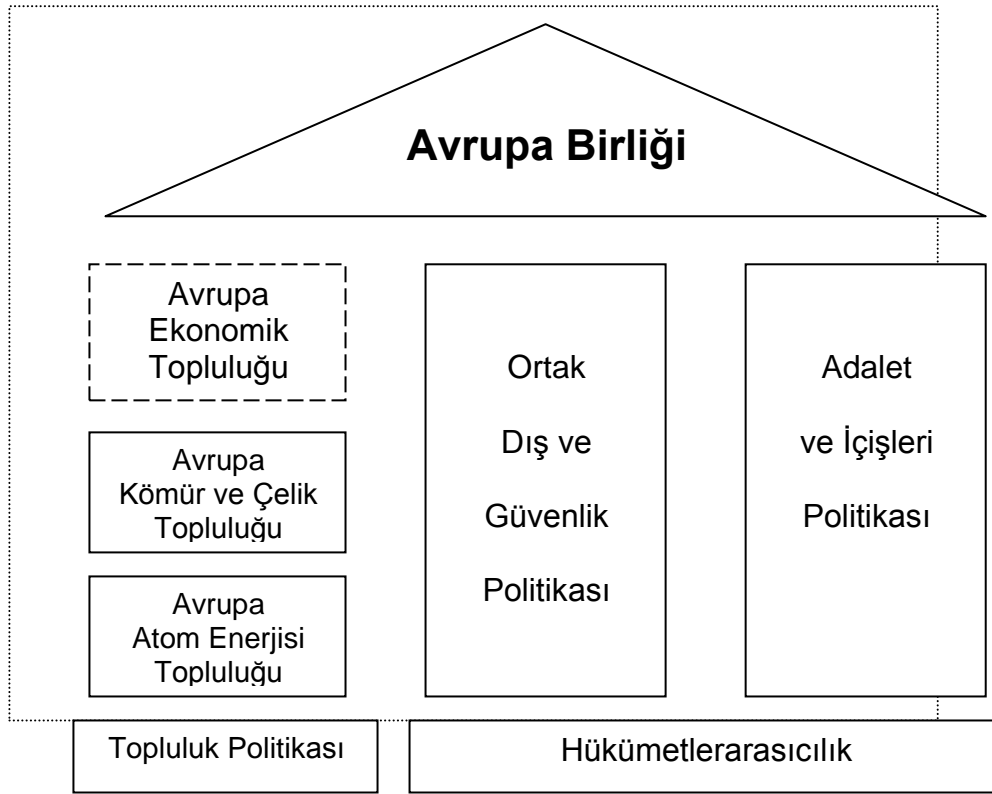
I.5 Büyüyen Aile

AB, birbirini izleyen katılımlarla günden güne büyüdü. Danimarka, İrlanda, ve İngiltere 1973'te, Yunanistan 1981'de, İspanya ve Portekiz 1986'da ve Avusturya, Finlandiya ve İsveç 1995'te AB'ye üye oldular. 2004'te on yeni ülke AB'ne üye oldu. (Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan, Letonya, Litvanya, Malta, Polonya, Slovakya ve Slovenya) Birkaç yıla dek Bulgaristan ve Romanya'nın da üye olması bekleniyor. Türkiye ise aday ülke konumunda bulunuyor. AB'nin 25 ya da daha çok üye ile etkin olarak işleyebilmesi için, karar verme süreçlerinin daha uygun duruma getirilmesi gerekiyor. Bu yüzden Nice Antlaşması, AB kurumlarının boyutlarına ve çalışma

³ <http://www.deltur.cec.eu.int/default.asp?pld=3&lang=0&prnid=1&fld=1&ord=0&docId=268&fop=1>, Erişim : 21.07.06

sistemlerine yönelik yeni kurallar ortaya koydu. Bu Antlaşma, 1 Şubat 2003'te yürürlüğe girdi.

AB, barışı korumak, ekonomik ve sosyal ilerlemeyi pekiştirmek amacı ile bir araya gelmiş 25 üye Ülke'den (1 Mayıs 2004) oluşmaktadır. 2007'de Romanya ve Bulgaristan'ın katılımı beklenmektedir. Türkiye ile üyelik müzakerelerine 3 Ekim 2005 Müzakere Çerçeve Belgesi ile başlanmıştır ancak **sürecin ucu açıktır**.⁴



Kaynak : Yıldırım, HH. Avrupa Birliği Sağlık Politikaları: Avrupa Birliği'ne Üye ve Aday Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Performans Analizi ve Politika Önerileri. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2004.

1963'te imzalanan Ankara Antlaşması ile başlayan Türkiye-AB ilişkileri; 1987 yılında "tam üyelik" başvurusu ile ivme kazanmış, 1 Ocak 1996'da yürürlüğe giren Gümrük Birliği (GB) ile ilişkiler kurumsallaşmaya başlamış ve 1999 Helsinki Doruğu'nda Türkiye'ye "adaylık statüsü" verilmesi ile de yeni bir boyut kazanmıştır.

12-13 Aralık 2002'de gerçekleşen Kopenhag Doruğu'nda ise 17 Aralık 2004 Doruğu'ndaki, Komisyon'un İlerleme Raporu'nun (Ekim 2004) olumlu olması ve Türkiye'nin Kopenhag Siyasal Ölçütlerini yerine getirdiğine kanaat getirildiğinden, gecikmeksizin "tam üyelik" görüşmelerine başlanacağı kayıt altına alınmıştır.⁵

Müzakere Çerçeve Belgesi (MÇB) 3 Ekim 2005'te yürürlük almış ve aşağıda sıralanan 31 başlıkta - **Sağlık olmaksızın!** - görüşmeler başlatılmıştır.

Kişilerin serbest dolaşımı (Türkiye bu hakkından vazgeçmiştir!)

Malların serbest dolaşımı	Hizmet sunumunda serbestlik
Sermayenin serbest dolaşımı	Şirket hukuku
Rekabet politikası	Tarım
Balıkçılık	Ulaştırma politikası
Vergileme	Ekonomik ve Para Birliği (EMU)
İstatistikler	Sosyal siyaset ve istihdam
Enerji	Sanayi
Küçük ve Orta Büyüklükte İşletmeler (KOBİ'ler)	Bilim ve araştırma
Öğrenim ve eğitim	Haberleşme ve Enformasyon teknolojileri

⁴ <http://www.absaglik.com/abgenel.htm#how>, 20.07.06

⁵ <http://www.absaglik.com/abturkey.htm>, 10.07.06

Kültür ve Gör-İşit (Odyovizüel) politikalar	Çevre
Bölgesel politikalar ve yapısal enstrümanların eşgüdümü	
Tüketici ve sağlık korunması	Adalet ve içişleri alanlarında işbirliği
Gümrük Birliği	Dış ilişkiler
Ortaklaşa Dış ve Güvenlik politikaları	Finansal denetim
Finansal ve bütçeleme teknikleri	Kurumlar
Başka	

I.6 AB'nin Kurumları

Aşağıdaki gibi sıralanabilir⁶ :

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| 1. AB Komisyonu | 2. AB Konseyi |
| 3. AB Parlamentosu (AP) | 4. Ekonomik ve Sosyal Komite |
| 5. Bölgeler Komitesi | 6. Avrupa Adalet Divanı |
| Öbürleri | |

II. AB SAĞLIK POLİTİKASI

II.1 Tarihsel süreç

Yarım yüzyılı aşkın bir geçmişi olan AB, günümüzde ulaştığı aşamaya, bir genişleme ve derinleşme süreci, yatay ve dikey büyüme sonucunda gelebilmiştir. Ekonomik bütünleşmesini büyük ölçüde tamamlayan ve giderek politik derinleşme sürecine giren AB, çalışmalarının kapsamını, sağlık ve sağlık politikaları dahil sosyal politika alanlarını da kapsayacak biçimde yükselen bir çizgiyle sürdürmektedir. AB'nin gelişme süreci içinde ele alındığında başlangıçtaki antlaşmalarda (Paris, Roma) sağlık hizmetlerine ilişkin doğrudan bir düzenlemelerin yer almamasına karşılık; sağlığı dolaylı olarak etkileyebilecek kimi konularda düzenlemelere gidilmiştir. Örn. işyeri sağlığı ve güvenliği gibi... 1993 Maastricht Antlaşması (9-10 Aralık 1991'de imzalandı, 1 Ocak 1993'te yürürlük aldı), 1997 Amsterdam Antlaşması ve 2004 Anayasal Antlaşma ile AB düzeyinde yasal temele oturtulan AB sağlık politikaları zamanla daha da kapsam kazanarak gelişmektedir. Aralık 1999'da gerçekleştirilen Helsinki Doruğu ile AB'ye adaylık konumu (statüsü) kazanan Türkiye'nin istenen en kısa sürede AB'ye üye olabilmesi için, öbür alanlarda olduğu gibi yoğunlaşması gereken alanlardan biri de "sağlık sektörü" dür.

Yıldırım'a göre, temellerinin atıldığı 1950'lerden günümüze bir genişleme ve derinleşme süreci sonucunda gelen AB, öbür pek çok alanda olduğu gibi sağlık alanında da ülkeler arasında bir yakınlaşma yaşanmış ve çok sınırlı da olsa sağlığa ilişkin kimi alanlarda ortak program ve politikalar geliştirilmiştir. Sağlık kulvarındaki bu sektörel benzeşmenin ve içerik ortaklaşırmanın zaman içinde artarak sürmesi beklenebilir.⁷

AB sağlık politikalarına ilişkin şu ilkelerin altı çizilmektedir (Akdur, 2006) :

- Birlik düzeyinde tek tip / ülkeler üstü bir politika söz konusu değildir.
- Üye ülkedeki sağlık politikasını belirleme ve sektörün yönetimi tümüyle ulusal erkin yetkisindedir.
- Birliğin temel amacı, tüm üye ülkelerde belli bir standardın yakalanmasıdır.
- Birlik yalnızca yol gösterici konumdadır.
- Sağlık politika ve uygulamaları ülkelere özgüdür.

II.2 Türkiye'nin AB'ye Sunduğu İki Ulusal Program

Bölgeselleşme bağlamında AB, Uluslararası Küresel Sistem'in mimarisinde önemli bir rol oynamaktadır. AB, uluslar üstü (supra-nasyonal) bir örgütlenme çatısı altında ulusal egemenliklerinden ödün vermeye yavaş yavaş alıştırılan Avrupa'nın ekonomik açıdan önemli güçlerinin, zaman içinde Küresel sisteme katılmaları, giderek tümüyle Küreselleş(tiril)meleri daha kolay olabilecektir (Kissinger H. 1993). AB, temelleri 1951'de atılan, üyelerinin ekonomik, sosyal, siyasal vb. birçok konuda uyum sürecini ileri bir düzeye taşımış ve Maastricht Antlaşmasıyla

⁶ <http://www.absaglik.com/abgenel.htm#where>, 22.06.06

⁷ <http://www.absaglik.com/absaglikpolitika.htm>, 03.07.06

ekonomik bir topluluk konumu kazanmıştır. Dahası, AB izleyen aşamada siyasal bir Birlik hedeflemektedir. Birlik Anayasası hazırlanmış ve imzaya açılmıştır. 2007 sonunda yürürlüğü öngörülmektedir. Ayrıca AB dışında başka büyük bölgesel ekonomik birlikler de bulunmaktadır. ABD, Kanada ve Meksika'yı içine alan Kuzey Amerika Serbest Ticaret Anlaşması (North America Free Trade Agreement NAFTA) bu yapılanmalardan ikincisidir. Üçüncü önemli ekonomik kutup ise Asya Pasifik Ekonomik İşbirliği Örgütü (Asia-Pacific Economic Cooperation, APEC) olarak adlandırılan, Japonya ve çevresindeki Asya-Pasifik ülkelerinin oluşturdukları ekonomik bütünleşme girişimidir (Ay İC. 2002).

Son birkaç onyıldır Türkiye'yi derinden ve kalıcı izlerle etkileyip dönüştürmeyi sürdüren temel eylemlerden birinin AB'ye giriş çabaları olduğu açıktır. Bu bakımdan, Türkiye'nin AB'ye katılım serüveni, bir anlamda Küreselleştirilmesi ile eş anlamlıdır. Türkiye için Temmuz 1959'da AET'ye başvuru ve ardından 1963 Ankara Antlaşması'nın üzerinden geçen 47 yıl, AB serüveninin tarihsel boyutu hakkında temelli bir fikir vermektedir. İlk sırada usa gelen, bunca uzun süre (47 yıl!) üyelik sürecini tamamlayamayan hiçbir ülke kalmayıp, ikinci olarak, Gümrük Birliği'dir (GB). Türkiye dışında başka hiçbir ülke için, tam üye yapılmadan GB'ne alınma gibi bir uygulama yoktur (Manisalı E. 1998, Torun A. 2001). Türkiye'nin bu durumdan bir kazancı olmamış, aksine yitiği çok olmuştur (Manisalı E. 1998, Torun A. 2001, Kazgan G. 1999). Ankara Ticaret Odası'nın (ATO) verilerine göre GB kaynaklı dış ticaret açığı, 1.1.1996'dan 2005'e dek 9 yılda 184 milyar \$ gibi inanılmaz bir büyüklüğe erişmiştir. Bu tutar, Türkiye'nin iç ve dış toplam borç birikiminin yarısından fazladır. Bu rakamlar dış ticaret açığına bağlı doğrudan yitkiler olup, dolaylı zararları içermemektedir.⁸

Ayrıca, Türkiye'nin AB'ye giriş sürecinde, Birliğe sistematik, bütüncül ve dönüşümsüz uyumu bağlamında yapması gereken yasal düzenlemeleri belirten bir "Ulusal Program" vardır (Ulusal Program 2001). 24 Mart 2001 tarih ve 24352 sayılı Resmi Gazete ekinde yayınlanan ve çok kapsamlı bir metin olan ilk Ulusal Program'da (küçük puntolarla 800 sayfayı aşkın!), Türkiye'den, sağlık alanında özellikle ticarete konu malların standartları ve bu standartları sağlayabilecek çok kapsamlı mevzuat metinlerinin hızla geliştirmesi beklenmektedir. Türkiye'ye, AB'ye giriş sürecinde Maastricht Ölçütlerinden, Kopenhag Ölçütlerine dek bir dizi çok yoğun ekonomik ve siyasal ölçütü ön koşul olarak koyan AB üyesi ülkeler; kendi çıkarlarını yakından ilgilendiren vize, gıda dışalımını, emeğin serbest dolaşımının engellenmesi gibi... konularda ayrıntılı mevzuat metinleri ve katı kotalar ileri sürerken; sağlık ve sosyal güvenlik söz konusu olduğunda, onlardan çok geri sağlık göstergelerine sahip olan Türkiye'de, bu ana sektörlerle ayrılan kamu kaynaklarının kendilerinde olan rakamlardan çok geri kalmasından herhangi bir rahatsızlık duymamaktadırlar. Aksine, imzalanan çok yanlı (tarafli) anlaşmalarla da toplum sağlığının serbest piyasanın eline bırakılması öngörülmektedir (Özen M. 2002, Tonak A. 2000). Aralık 2004'ten bu yana yaşanan "ucu açık" müzakere tartışmaları, "üyelik değil ama özel statü" verelim yaklaşımı, Türkiye'nin AB'ye üye olamayacağına yüksek sesle dile getirilişi; siyasal açıdan yapılan baskılar, **Türkiye'nin Küreselleştirilmesi sürecinin** AB ile ilişkili en açık yansımalarıdır. GB ile eli kolu ekonomik anlamda bağlanmış ve pazarını, ticaret rejimini AB'ye kaptırmış Türkiye üzerinde, sürecin siyasal boyutu, her geçen gün kendini daha yoğun duyumsatmaktadır.

İlk "Ulusal Program" yaklaşık 2 yıl kadar sonra güncellenerek yeniden sunulmuştur (24 Temmuz 2003 tarih ve 25178 yinelenen (mükerrer) sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır). Buna göre, III. 6. bölümde;

- ❖ Uzun ve kısa erimli (vadeli) sigorta programlarının birbirinden ayrılması,
- ❖ Sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik sisteminden ayrılması ve **Genel Sağlık Sigortası'nın** kurulması... istenmektedir.

II.3 AB Sağlık Politikalarında Öncelikler

AB ülkelerinde genel olarak önemsenen başlıklar şöyle sıralanabilir (Aksakoğlu, G. 2003) :

- Pronatalist politika (Nüfus artışını destekleyici) izlenmektedir..
- Yaşlanma ve yaşlı nüfusun giderek ağırlaşan mediko-sosyal sorunları, "demografik bomba" ve onun "tik tak" ları olarak değerlendirilmektedir.
- Temel sağlık hakları önemli ölçüde vardır.
- Egemen model, korunmaya çalışılan sosyal devlet gözetiminde sigortacılıktır.
- Kazanılmış toplumsal haklar belli ölçülerde korunmaya çalışılmaktadır.
- Çevrimiçi kullanıma elveren sayısal kayıt sistemi oturtulmuş durumdadır.

⁸ Eylül 2005'te toplam borçlar 343.2 milyar \$'dır (181.4 B \$ iç + 161.8 B \$ dış).

- Adil ve etkin vergi toplama sistemi yapısal olarak sağlanmış durumdadır.

ABD Atlanta / Georgia merkezli Hastalıklar Kontrol Merkezi (Centers for Disease Control & Prevention, CDCs), bu ülkenin sağlık politikalarının üretilmesinde belirleyici rol ve işlev sahibidir. ABD genelinde çok sayıda yerel birime sahiptir. Pek çok ülkede örnek alınan bir yapılanma modeli vardır. AB de CDC'nin bu modelini örnek alarak E-CDC'yi (European-CDC) geçtiğimiz yıllarda kurmuştur. Avrupa Hastalıklar Kontrol Merkezi yönetmeni (Direktörü) Zsuzsanna Jakob'ın vurguları çok dikkat çekicidir. Dr. Jakob, “.. sağlık stratejik bir konudur. ” uyarısında bulunmaktadır.

Avrupa Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi E-CDC'nin Öncelik Alanları şunlardır :

“Hastalıklar, -hem bulaşıcı olanlar hem de olmayanlar- toplumlar ve ekonomik kalkınma için büyük bir sorun oluşturmakta ve birçok insanın acı çekmesine neden olmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar, yeni ve yeniden ortaya çıkan SARS, kuş gribi, pandemik influenza, antimikrobiyal direnç, HIV ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar... İnsanlar hastalıklar ve sakatlanmalardan uzak, sağlıklı bir yaşam isterler. Bu nedenle, sağlık stratejik bir konudur.” (Saltık, A. 2006)

Ek olarak, AB ülkelerinde sağlık sektörüne ilişkin, belirli ölçülerde ABD'den esinlenme ortak Birlik organlarının oluşturulması sürmektedir. European Centre for Disease Prevention and Control, E-CDC'ye ek olarak başlıca şu yapılanmalar önceliklenmiştir. (Akdur, R. 2003)

European Environment Agency (EEA)
European Monitoring Center for Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA)
European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA)
European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA)
European Food Safety Authority (EFSA)

II.4 AB Sağlık Mevzuatı

“İlkeler, Ortak Programlar ve Yükümlülükler” çerçevesinde içeriklendirilen AB sağlık mevzuatı, birkaç ana başlıkta toparlanabilir :

Birincil Hukuk (Anlaşmalar, Anayasa)
Tüzükler (Regulations)
Yönergeler (Directives)
Kararlar (Decisions)
Tavsiye ve Görüşler (Recommendations and Opinion)

AB'nin temel felsefe demeti;

Temel değişim; ortak devlet..
Temel mantık; AB felsefesini benimseme ve yasaların uyumlu duruma getirilmesi olarak özetlenebilir. Bu süreç 4 ana kulvarda yaşama geçirilecektir :

Ekonomik serbestleşme (liberalizasyon)
Siyasal serbestleşme
Dünya ile rekabet
Sürekli göneç (refah) artımı sağlanması...

1957 tarihli Roma Antlaşması ile yalnızca ticarete ve ekonomide bütünleşme hedefleniyordu. Bu yüzden, doğrudan sağlıkla ilgili bir düzenleme içermiyordu. Yaşam niteliğinin yükseltilmesi, mesleksel kaza ve hastalıkların önlenmesi, sağlık personeli ve hastalar dahil, herkese serbest dolaşım hakkının sağlanması doğrultusunda zamanla mevzuat düzenlemeleri yapıldı.

1987 Avrupa Tek Senedi, 100a ve 118a maddeleri ile doğrudan sağlığı ilgilendiren maddeler AB'nin temel kaynaklarına girdi ve çeşitli Halk Sağlığı programları başladı.

1993'te yürürlüğe giren Maastricht Antlaşması 5. ve 129. maddeleri, sağlığın desteklenmesi ve hastalıkların önlenmesi konularında AB'ni yetkilendirdi, 1994'te Beyaz Kitap yayımlandı.

1997 Amsterdam Antlaşması, md. 152, tüm sağlık programlarını birleştirdi ve İstihdam Endüstriyel İlişkiler ve Sosyal İşler Genel Müdürlüğü altında Halk Sağlığı ve İşyerinde Sağlık Güvenlik Bölümü kuruldu.

AB Antlaşması'nın;

95 ve 153. maddelerinde tüketiciyi korumaya ilişkin alanlar, 95, 152 ve 300. maddelerinde halk sağlığına ilişkin alanlar, 37, 95 ve 152. maddelerinde ise gıda güvenliği, hayvan ve bitki sağlığına ilişkin alanlar düzenlenmiştir.

AB Anayasası taslağı imzaya açılmış, Türkiye de imza koymuş ve 2007'de yürürlük alması hedeflenmiştir. Bu bağlamda şu düzenlemeler kapsamaktadır :

Kurucu Antlaşmalar 2001'de AB Anayasası'na dönüştürülmüştür. AB Anayasası dört bölümden oluşmaktadır. Sağlıkla doğrudan ilgili düzenlemeler III. Bölümde yer almaktadır. AB Anayasası'na göre sağlık, paylaşılan ve destekleyici bir yetkidir .

Sosyal politika düzleminde;

Çalışanların sağlığının ve güvenliğinin korunması ve çalışma ortamının iyileştirilmesi Sosyal güvenlik sağlanması yazılı olarak düzenlenmektedir.

Çevre sağlığı kulvarında;

Karluk ve Çakmak'a göre Program; insan sağlığını tehdit eden çevre öğelerini değerlendirmeye yönelik küresel bir yaklaşım geliştirilmesi, kimyasal maddelerin yol açtığı risklerin yönetimi için Topluluk sisteminin yeniden gözden geçirilmesi, böcek ilaçlarının (insektisitlerin) ortaya çıkardığı tehlikelerin azaltılmasına ilişkin bir strateji belirlenmesi, su konusundaki Çerçeve Yönetmeliğinin kabul edilerek yürürlüğe koyulması, hava niteliği ve varolan standartların etkin olarak izlenmesi konusunda bir strateji oluşturulması ve doğabilecek zararların giderimi için geleceğe yönelik önceliklerin belirlenmesini hedeflemektedir. (Karluk, R. 2005)

- Çevre kalitesinin korunması ve geliştirilmesi
- İnsan sağlığının korunması
- Tüm politika ve uygulamalarda çevrenin gözetilmesi kurallara bağlanmıştır.

Bir somut örnek vermek gerekirse⁹;

Avrupa Komisyonu "Çevre Politikası ve Sağlık" konusunda 11 Haziran 2004'te "COM (2003) 338 final" sayılı bir Bildirimi kabul etmiştir. Bu yeni Strateji, özellikle çocuklar özelinde çevresel kirliliğin neden olduğu ters (advers) sağlık etkileri konusunda artan ilgiye odaklanmaktadır. Stratejinin genel amacı Avrupa'da çevresel etmenler kaynaklı hastalıkları azaltmaktır. Bu amaca ulaşabilmek için, çevresel etmenlerin sorumlu olduğu hastalıkların iyi anlaşılması gerekmektedir. Uzun erimli bir strateji olan Bildirim'in sonucul amaçları; AB'de çevresel etmenlerin neden olduğu hastalıkları azaltmak; çevresel etmenlerin sorumlu olduğu yeni sağlık tehditlerini saptamak ve önlemek; bu alanda politika üretmek için AB'nin kapasitesini güçlendirmek olarak ortaya konulabilir. Söz konusu stratejinin uygulanması dönemler halinde gerçekleştirilecek olup ilk döngü (2004-2010) sağlık üzerine etkili dört öncelik üzerine odaklanacaktır :

1. Çocukluk solunum hastalıkları, astım ve alerjiler
2. Nörolojik (sinirsel) gelişim hastalıkları
3. Çocukluk kanserleri
4. Endokrin (Hormonal) bozukluklar

Bu amaçlarla;

Hava niteliği (kalitesi)	Su niteliği (kalitesi)
Atıkların denetimi	Gürültü denetimi
Nükleer enerji ve radyasyon	İklim değişikliği...

izlenecek ve düzenlenecek başlıca sorun alanlarıdır.

Tüketicinin korunması alanında;

⁹ <http://www.absaglik.com/abgenel.htm#how>, 20.07.06

Tüketicinin sağlığının, güvenliğinin ve ekonomik çıkarlarının korunması,
Tüketicinin bilgiye ve eğitime ulaşmasının sağlanması düzenlenmiştir.

Halk sağlığı tematik alanında ise, temel bir ilke olarak;

Tüm AB politika ve uygulamalarında insan sağlığının yüksek düzeyde korunması..
en azından soyut olarak düzenlemeye değer görülmüştür.

Sağlık bakımında (*health care*) temel ilkeler aşağıdaki gibi belirlenmiştir : (Akdur, R. 2006)

Hakçalık (Hakkaniyet) (*equity*)
Ulaşılabilirlik (*availability, accessibility*)
Dayanışma (*solidarity*)
Sağlık bakımı güvencesi (*social security*)
Sürdürülebilirlik (*sustainable*)

Hedeflenen ilkelere erişim için ise;

Tüm ülkeyi ve nüfusu kapsayan,
Koruyucu sağlık hizmeti ağırlıklı,
Genel pratisyen hizmetine dayalı,
Sevk zinciri / basamaklanması olan,
Niteliği sürekli iyileştirmeyi benimseyen,
Hekim ve hasta seçme hakkı tanıyan bir yapı hukuksal düzlemde kuruludur.

Daha teknik düzlemde olmak üzere **koruyucu sağlık hizmetlerinde**;

Erken (prematüre) ölümlerin önlenmesi,
Bulaşıcı hastalıkların önüne geçilmesi,
Yaşlanan toplumun sorunlarına yanıt verilmesi,
Toplum kesimleri arasındaki eşitsizliklerin giderilmesi..

Sağlık konu ve politikalarının, Birlik'in öbür politikalarına eklenmesi öngörülmüştür.
AB'de **Ortak Programlar**, Birlik politikalarını uygulamanın önemli bir aracıdır. Üye, aday ülkeler
ve yurttaşlarının AB politikalarının temelleri ve bunların işleyişini tanımalarına ve bu politikaların
yaygın uygulanmasına aracılık etmektedir. Bir bölüm **Ortak Sağlık Programları** ve takvimlemesi
aşağıdadır :

Halk Sağlığı Çerçeve Programı (2001-2006)
Kanserle Mücadele programı (1996-2000)
AIDS ve Bulaşıcı Hastalıkların Önlenmesi Programı (1996-2000)
Madde Bağımlılığı ile Mücadele Programı (1996-2000)
Kirliliğe Bağlı Hastalıklara İlişkin Program (1999-2001)
Yaralanmaların Önlenmesi Programı (1999-2003)
Sağlığın İzlenmesi Programı (1997-2001).. sayılabilecek somut adımlardır.

Halk Sağlığı Eylem Planı çerçevesinde;

Avrupa Parlamentosu ve Bakanlar Konseyi'nin 23 Eylül 2002 tarihli kararı ile tüm sağlık
programları birleştirilerek HALK SAĞLIĞI EYLEM PLANI başlığı altında toplanmıştır. 1. Halk
Sağlığı Eylem Planı, 2003-8 dönemini kapsamaktadır. Türkiye, 27 Kasım 2002'de uzlaşma
(mutabakat) tutanağını (zaptını) imzalayarak bu programa katılmıştır.

Temel değişim; sınırların kalkması ve her şeyin serbestçe dolaşmasıdır.. ???

Mevzuat düzenlemelerinde temel mantık; üye ülkelerden gelebilecek her türlü tehlikeye
karşı AB toplumunu, çevresini ve ekonomisini koruma; AB standartlarına uymayan hiçbir şeyin,
öbür ülkelere girmemesini güvencelemektir. Üye ya da olacak aday ülkenin, (örn. Türkiye!)
sorunlarının AB'yi rahatsız etmemesi gerekmektedir. Ancak bu ögeler, uyum sürecinde
ikincil önemdedir. Günlük uygulamaya (rutine) girmiş somut örnekler verilebilir :

Akıllı elektronik sağlık kartı (smart kart)

Sağlık telematiği
AB vatandaşlığı
Çevrim içi (On-line) sağlık hizmetleri
Sağlık bilgi ağı
Sürveyans ve epidemiyolojik araştırmalar
Erken uyarı sistemi
Biyoterörizm önlemleri
Sağlıkta Küresel işbirliği...belli ölçülerde yaşama girmiş tematik alanlardır. (Akdu, R. 2003)

II.5 AB İlaç Politikaları

Saltık'a göre, Türkiye'de ilaç giderleri, aşağıdaki çizimden de izleneceği üzere, özellikle 1995-96'dan bu yana ivmelenerek artışa geçmiştir. 1995, bilindiği gibi Uruguay Tur'u (Round'u) çalışmalarının bitiminin ardından Dünya Ticaret Örgütü'nün (DTÖ) kurulması ve Türkiye'nin bu Örgüte üye olduğu yıldır. TRIPS Anlaşmaları başta olmak üzere Türkiye bir dizi çok yanlı anlaşmaya imza koymuştur.

1 Ocak 1996'da ise AB ile GB Anlaşması başlatılmıştır. 1999'da Türkiye İlaçta Patent ile ilgili ilk yasa gücünde kararnamesini (YGK) çıkarmıştır. Uruguay Turu sonunda üye ülkelerin uyumu için tanınan on yıllık geçiş dönemi tamamlanmadan (2004 sonu!), AB-GB sürecinin de baskısıyla ilaçta patent uygulamasına "erken" geçmiştir. Doğallıkla tablo, ulusal ilaç giderlerinin hızla tırmanması biçiminde belirlemiştir. (Saltık, A. 2006)

Öyle ki, Türkiye, ilaç pazarının büyüme hızı bakımından Dünya ikincisidir ! Son derece ironik olarak; (Ankara Ticaret Odası, Mayıs 2005)

Sağlık hizmetlerine erişen insan sayısı bakımından Dünya 96. sıyız!

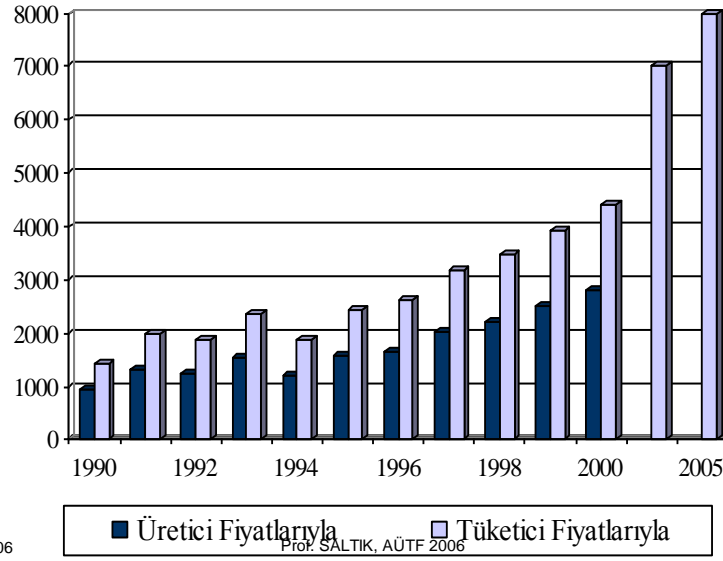
Daha da acı olan, bu süreçte ulusal ilaç ham maddesi üretiminde çarpıcı (dramatik) düşüştür. İlaç giderlerindeki tırmanmanın başlamasına koşut olarak, yerli üretim de düşüşe geçmiştir. Küreselleşme sürecinin beklenen sonuçlarından olan çokuluslu şirketlerin egemenliği bu alanda da gözlenmiş, yetersiz özsermayeli ulusal ilaç ham madde üreticileri, yaşanan / yaşıatılan ekonomik bunalım dönemlerinde yabancılaştırılmışlardır. DTÖ ile bağitlanan Çok Taraflı Yatırım Anlaşmaları (ÇTYA, MAI), değinilen yabancılaştırmanın uluslararası hukuksal (!?) zeminini sağlamıştır. Ulusal üretim düzenli olarak geriletilmiş, ülke giderek dışa bağımlı duruma sokulmuştur. Stratejik ürün ilaç ve türevlerinde Türkiye, çok ciddi oranlarda dışa bağımlı duruma düşürülmüştür. Öyle ki, tek bir aşı bile üretmez duruma gerlemiştir. Oysa 1930'lar Türkiye'si İstanbul ve Sivas'ta bolca aşı üretmekte ve yurtdışına da satmaktadır ! (Saltık, A. 1998)

Yerli ilaç sanayisinde yabancı sermaye payı büyüdükçe, ulusal AR-GE giderleri ciddi düşüşler sergilemiştir. (Üçer, AR. 2001) Tüm bunlara karşın, toplam sağlık giderleri içinde ilacın payı, dünyada örneği görülmemiş biçimde, Türkiye'de hızla % 50'lere yaklaşmıştır (Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yrd. Prof. Dr. Sebahattin Aydın'ın ile görüşme, 2005 ortaları ve Sağlık Bakanlığı açıklaması, NTV, 27.07.05 : İlaç giderleri 2004'te 9 katrilyon TL -7 B \$- oldu. 2005'te bu rakamın 12 katrilyon TL'ye tırmanacağı kestiriliyor).

İlaç giderlerinin toplam sağlık giderleri içinde payının OECD ülkelerinde % 17, ABD'de ise % 11 dolayında olduğu ilgili istatistiklerden izlenebilmektedir.



Türkiye’de son 15 yılda ilâç giderleri (milyon, \$)



29.06.06

Prof. SALTİK, AÜTF 2006

1

AB-GB kararının 8 sayılı ekinin yineleyen 5. maddesi şöyledir :

“Türkiye, bu kararın yürürlüğe girmesinden başlayarak, en az 2 yıl sonra olmak üzere 1 Ocak 1999’dan önce eczacılık ürünleri ve üretim yöntemlerinin patent edilebilirliğini güvence altına almak amacıyla yeni bir mevzuat kabul eder veya mevcut mevzuatta değişiklik yapar.”

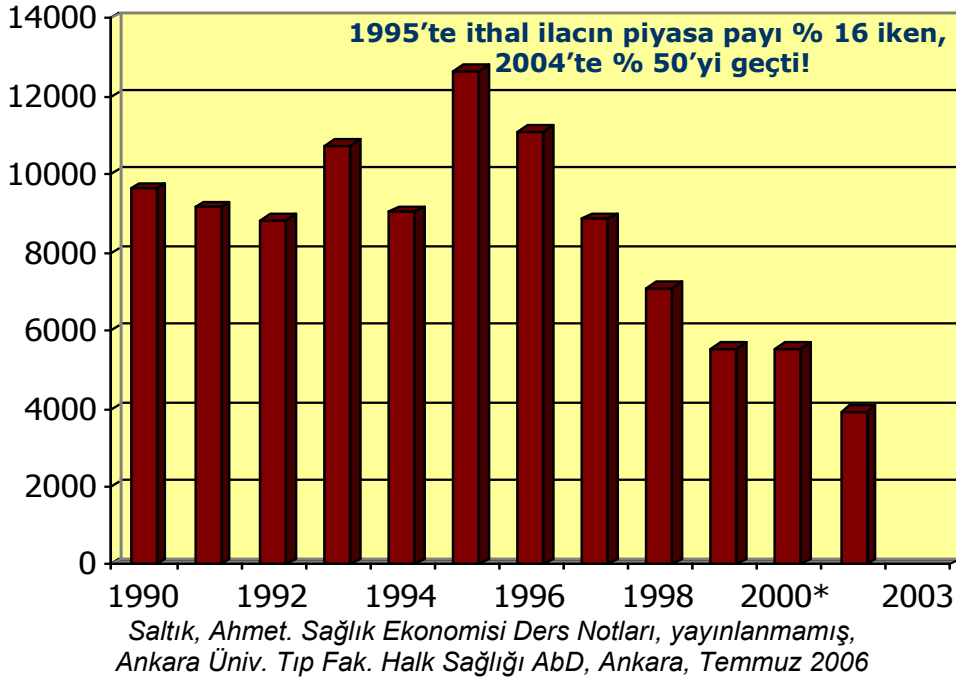
Bu konuda yukarıda açıkladığımız TRIPS hükümleri¹⁰ Türkiye’ye 10 yıllık bir geçiş süresi tanımış olduğu gibi bu hak, GB’nin 8 nolu Ekinin 1. maddesinden de kaynaklanmaktadır.

Bakanlar Kurulu, anılan Anlaşmalar doğrultusunda bu konuda YGK çıkarma yetkisini kullanarak 27.06.1995 tarihli RG’de “551 sayılı Patent Haklarının Korunması Hakkında Yasa Gücünde Kararname” yi çıkartmıştır. Bu Kararname’nin geçici 4. maddesine göre ilaçta patent uygulaması 1 Ocak 2000 tarihinde başlar, 5 yıl süreyle uzatılabilir. Bu kurala göre Bakanlar Kurulu ilaçlar ve üretim yöntemlerindeki korumayı 2005 yılına dek erteleyebilir. Bir hukuk devleti olan Türkiye’de anılan düzenleme kamuoyundan gizli yapılmış, tartışmaya bile açılmamış, ilgili kuruluşların görüşlerini alma gereksinimi duyulmamıştır. (Saltık, G. 1998)

¹⁰ TRIPS Anlaşması : Gümrük Birliği Anlaşmasının yan dal anlaşması.

Türkiye’de ilaç ham maddesi üretimi (ton /yıl).

www.hazine.gov.tr/yayin/hazineistatistikleri, erişim : 15.12.2003



“İstanbul Ekonomi” grubuna göre; Türkiye’de gerçekleştirilmeye başlanan Sosyal Güvenlik reformu ve bu çerçevede genel sağlık sigortasına (GSS) geçiş yolunda yapılan düzenlemeler ilaç sanayisini doğrudan ilgilendirmektedir. Aslında bu konuda yapılmakta olan çalışmalar Türkiye’nin bir ara dönemde bulunduğunu göstermektedir. AB tarafından ise ikili bir yapı vardır. Bir yanda AB’nin bir organı olan ve merkezi süreçler içeren, dolayısıyla aldığı kararların tüm üye ülkelerde geçerli olduğu *İlaç Ürünlerinin Değerlendirilmesi için Avrupa Ajansı (EMA - European Agency for the Evaluation of Medicinal Products)* yer almaktadır. Öbür yanda ise her üye ülkenin ulusal yapıları, kendi sorumluluk alanlarında etkinliklerini sürdürmektedir. AB mevzuatı, her iki yapı bakımından da geçerlidir.

Düzenleyici yapılara gereksinim bulunmaktadır. İlaç sanayisi dünyada en çok düzenlemeye bağlı yapılardan biridir. Halk sağlığının korunabilmesi için düzenleme yapılması zorunludur. Öncelikle ilaçları üreten ve satanlarla, kullananlar-tüketiciler arasında “bilgi asimetrisi” olarak adlandırılan bir durum söz konusudur. Başka bir deyişle hastalar, kullanmaları gereken ilaçlar hakkında üreticiler ve eczacılar denli bilgi sahibi değildirler. Dolayısıyla haklarının ve çıkarlarının kamusal yetkece korunup gözetilmesi zorunludur. (İstanbul Ekonomi, 2006)

II.6 AB Sağlık Politikalarına Eleştiriler

AB’ye sunulan, 2. Ulusal Program’ın III.6. bölümde yer alan ve yukarıda değinilen istemleri, çok ilginç biçimde IMF ve DB’nin istemleri ile örtüşmektedir :

IMF Türkiye Temsilcisi Hugh Bredenkamp, sosyal güvenlik reformunun yapılmaması nedeniyle birinci gözden geçirmeyi Temmuz 2005’te onaylamayan IMF’nin uyarısını dile getirdi¹¹ :

“..... yavaşlayan momentumun 2006 yılından başlayarak hızlanmasını bekliyoruz. Sürdürülebilirlik açısından kimi reformların uygulanmasını bekliyoruz. Sosyal güvenlik reformunun zamanında hayata geçirilmesi ve takvime uygun götürülmesi yararlı olacak. Bu en önemli önceliğimiz olacak” dedi.

DB da küresel koronun elbette ayrılmaz bir elemanıdır. DB 2002 Türkiye Raporu’ndan kimi alıntılar aşağıdadır :

- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın sağlık sektöründeki temel görevi, evrensel sağlık sigortası sisteminin yönetimine ve işlevlerine denetim ve rehberlik yapmaktır.

¹¹ Anadolu Ajansı, 14.12.05.

- Her 2 Bakanlık da, şu anda yüksek öncelik vermedikleri daha önemli görevler taşıdıkları için, varolan yapıların özünü oluşturan sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunulması işiyle gerçekte doğrudan ilgili olmamalıdır.
- Hastanelerin verimliliğini iyileştirmek için, tüm Sağlık Bakanlığı (SB) ve SSK hastanelerine hem yönetsel hem parasal (mali) açıdan hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin sağlanması bakımından özerklik tanınmalıdır. İlk aşamada hastane kurumunun geneline özerklik tanınmalı, ikinci aşamada ise, her tesise ayrı ayrı özerklik tanınmalıdır. Sağlık tesislerinde bulunan tüm personel, ilgili kurumun sözleşmeli personeli olacaktır.
- SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın sunduğu çeşitli sağlık sigortaları ile Devlet memurlarına sunulan hizmetler ve Yeşil Kart gibi gönenc (refah) programları (?) birleştirilerek *tek bir zorunlu sağlık sigortası* sistemi ya da Sağlık Fonu haline getirilmelidir. Sağlık Fonu yüksek oranda özerk olmalı ve profesyonelce yönetilmelidir.

Görüldüğü üzere günümüzde AKP hükümetinin sağlık politikaları **tamamı ile DB'nin** Türkiye'ye dayattığı politikalar doğrultusundadır. Bu politikaların yaşama geçmesi için, ülke nüfusunun yarısına hizmet veren SSK'nın dağıtılması gerekmektedir, gereği yapılmıştır.¹² Hükümet, DB ve IMF'nin sağlık ve sosyal güvenlik alanında verdiği ödevleri yerine getirerek, bu uluslararası mali kuruluşlarla ve onlar aracılığı ile de varıl kapitalist ülkelerle iyi geçinmektedir..

Türkiye'nin küreselleştirilmesi politikalarının, 12 Eylül 1980 darbesi sonrasında kabul edilen 1982 Anayasası'yla ivmelendiği açıkça izlenmektedir. 1961 Anayasası'nın 49. maddesi, Devleti, "..yurttaşına sağlık hizmetlerini sağlama ödevli " sayarken, 1982 Anayasası 56. maddesinde Devleti, ".. sağlık hizmetlerini düzenleyen ve denetleyen..." bir konuma indirgemıştır. Dolayısıyla 1980'lerden günümüze sürdürülen tüm politikalar, Küreselleştirme sürecinin sistemli ve planlı, zamana yayılmış uygulamalar bütünüdür bir parçasıdır (Yeldan E. 2000, Soyak A. 2000).

Gerek, Cumhuriyet'in kurulduğu yıllarda, sağlık alanını, devletin **en birinci** görevi olarak gören anlayış **Kemalist Devrim**; gerekse, ülkemizde çağcıl Halk Sağlığı bilimlerinin kurulmasının öncüsü Prof. Dr. Nusret Fişek'in ürünü "*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası*" gündemden düşürülmek istenmektedir. AB'nin Sağlık Stratejisi şöyledir (Aksakoğlu, G. 2003) :

"Sağlık hizmeti ve tıbbi bakım vermek Birlik'in değil, üye ülkelerin sorumluluğudur. Birlik'in rolü tamamlayıcıdır. Sözelimi, bulaşıcı hastalıklar, su ve hava kirliliği sınır tanımaz. Bu nedenle Birlik'e sağlık konularında en genel anlamda önemli sorumluluk verilmiştir."

AB'nin temel bir ikileme karşı karşıya bulunduğuna dikkat çekmektedir.

AB'nin ikilemi : Sosyal Politikalar'dan Piyasa Ekonomisi'ne savrulma!

Günümüzde yaşanan tüm eşitsizliklere karşın, kağıt üstünde tüm insanlar eşittir ve sağlıklı olma hakkına sahiptir! Sağlıklı olmak, sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanmak, temel insanlık haklarının başında gelmektedir! Dünya insanının sağlıklı olma hakkı bağlamında önemli yer tutan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin (İHEB) 1, 21 ve 25. maddeleri aşağıda verilmiştir :

- "Tüm insanlar özgür; onur ve haklar bakımından eşit doğar." (İHEB md. 1)
- "Herkesin, ülkesinin kamu hizmetlerinden eşit olarak yararlanma hakkı vardır." (md. 21)
- "Herkesin, kendisi ve ailesinin sağlık ve gönenci için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi denetimi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir." (25)

Küreselleştirilen dünyada, bu sürecin önemli aktörlerinden biri AB'dir. Ancak, AB süreci, başta sağlık olmak üzere insan haklarının gelişip yaygınlaştırılması bağlamında değil, daraltılıp geriletilmesi yönünde ilerlemektedir. Motor ülke Almanya'da bile sağlık sisteminde prim ödemeleri tavana, sağlanan haklar ise tabana vurmuştur.. Bismarck'ın harikası 1881 doğumlu Alman Sosyal Güvenlik Kurumu efsanevi Krankenkasse, derin bunalım içindedir. Ülke, varlıklılarından % 3 "varlık vergisi" olarak devlet tulumbasını döndürmeye çabalamaktadır¹³ (Sevindi, N, 2003).

AB süreci Türkiye'ye olumlu yansımıştır. Ankara Ticaret Odası'nın hesaplamalarına göre GB ile verilen açık, 10 yılda korkunç bir rakama erişerek 184 milyar \$'ı bulmuştur! AB'nin de ortak olduğu politikalarla DTÖ, DB ve IMF ilişkileri sürecinde yerli ilaç hammaddesi üretimi

¹² 19 şubat 2005'te çıkartılan 5283 sayılı yasa ile, SSK'nun 144 hastane, 11 ağız diş merkezi, 217 dispanser ve 176 sağlık istasyonu Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

¹³ Sevindi, N. **Almanya, "varlık vergisi"** ni 1 Ocak 2003'te yürürlüğe sokmaya hazırlanıyor. Bu nedenle sosyal demokratların oyu % 28 azaldı..

son 10 yılda % 60 düşmüş, ulusal ilaç endüstrisi de yabancıların eline geçmiştir. Sağlık giderleri, DB “reformları”, IMF buyrukları ve AB’nin de “her 2 kuruma uyum sağlanması..” istemlerine uyum içinde sürekli tırmanmış, “Sağlıkta Dönüşüm”, sistemin özelleştirilmesi ile giderek artan eşitsizliklerin yanında tersine, giderek yükselen ulusal harcamalar sürdürülemez boyuta ulaşmıştır.

IMF buyruğunda gecikmemiş, 2006 bütçesinde 4.5 milyar YTL (4.5 katrilyon TL) kesinti istemiştir. Bunun anlamı, sağlık hizmetlerinin nitel ve nicel açıdan azaltılması, küçülmesi, insanımızın hizmete erişememesi, ayrıca bunca ağır vergi ve prim katkısına karşın, cepten ödemelerin artmasıdır. Dahası, Maliye Bakanlığı’nın yurttaşın sağlık giderleri için katkısının marjinal düzeye çekilerek esas yükün vatandaşın sırtına yıkılmasıdır. Maliye Bakanlığı’nın, 1 Temmuz 2006’da yayımlanan genelgesi, komik ya da trajik olmanın ötesinde çok acı bir tabloyu tüm çıplaklığıyla gözler önüne sermektedir. Türk Tabipleri Birliği (TTB) web sitesinde aşağıdaki değerlendirmelere yer verilmektedir :

- 70 kuruşa tomografi, 80 kuruşa manyetik rezonans : **Sağlık hakkına 1 Temmuz darbesi !** *Bu rakamlar, gerçek bedellerin % 1’i bile değildir! Bir ayakkabı boyama ücreti 2-3 YTL iken.*
- “.. Sağlık hizmetini sadece alınıp satılan ve işletmelerin kâr edip, hükümetlerin tasarruf yaptığı bir pazar olarak algılayan ‘**Tüccar siyaset**’ anlayışı sağlıkta yarattığı karmaşaya hiçbir etik ve vicdani değeri içermeyen ve hekimliğin en temel değerleri ile bağdaşması imkânsız olan bu uygulamayla son noktayı koymuş oldu! Çok ciddi halk sağlığı sorunu halini alacak olan ve halkın sağlık hakkını gasp eden bu uygulama aynı zamanda hekimlik uygulamasına tarihimizin en büyük ve en kötü müdahalesi anlamına geliyor...”
- “..Hükümet halen Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur kapsamında olup 2007’den başlayarak GSS’li olacak vatandaşların sağlık ihtiyacını tam olarak karşılamayacağını açıklıkla itiraf etmektedir. Kişi başı asgari ödeme ile yaptıramadığı tedavisi için vatandaşlarımızın önünde ne yazık ki tek bir seçenek bırakılmaktadır : **Cepten ek ödemelerle** tedavisini sürdürme. Bu uygulamanın önemli bir kısmı yoksulluk sınırında yaşamını sürdürmeye çalışan milyonlarca yurttaşımızın yaşamını zorlaştırmasının yanı sıra en yoksul kesimin sağlık hizmetine ulaşımını da imkânsız kılacağı bilinmelidir. Hekimlik bu kadar vicdansızlığın hüküm süreceği bir ortamda yapılabilecek bir meslek değildir. Türk Tabipleri Birliği olarak Hükümete hekimlik yapmayı imkânsız hale getiren, hastaların sağlık hakkını bütünüyle ortadan kaldıran 1 Temmuz Tebliği’ni derhal geri çekmeye çağırıyoruz. Aksi takdirde doğacak bütün toplum sağlığı sorunlarının sorumlusu .. üzere AKP Hükümetidir..”¹⁴

III. S o n u ç

“ Ulusun tüm bireylerinin sağlıklı olmaları için sağlık koşullarını gerçekleştirmek, Devlet durumunda bulunan siyasal kuruluşların en BİRİNCİ görevidir.”

Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK

DB önceki 2. Başkanı Prof. J. Stiglitz ile bir TV programında yürütülen programda dikkati çekici şöyle bir diyalog gelişmiştir :

Soru (M. Bereket) : “Adam Smith, piyasada her şeyi serbest bıraktığınızda, bunun mümkün olan en iyi sonucu; refahı getireceğini öne sürüyordu. Ama, şimdi siz bütün bunların doğru olmadığını mı söylüyorsunuz?”

Prof. Joseph Stiglitz : “Evet, aynen öyle! Yıllarca insanlar Adam Smith’in öne sürdüklerinin altında yatan varsayımlarda neyin doğru olduğunu anlamaya çalıştı. Ve görülüyor ki, bu varsayımlar, hiçbir yerde doğru bir şekilde ortaya çıkmayan varsayımlar. Eksiksiz bilgi, kusursuz piyasa.. Böyle bir şey yok.”¹⁵

Stiglitz, “Açgözlülük, şirketler, kişiler ve toplumlar içi iyi bir şey değildir; başıboş bırakılırsa aldatmacalara, sapmalara ve felaketlere yol açabilir. Serbest piyasa, Washington Oydaşması’nın (Konsensüs) yansımasıdır. Sürdürülebilir büyüme ve uzun dönemli verimlilik için izlenmesi gereken en iyi yol, devlet ve piyasa arasında doğru dengeyi sağlamaktır..” uyarısında da bulunmaktadır.

“... DB başekonomistliğine geçiş yaptığımızda farkına vardığım en tehlikeli durum, IMF ve ABD Hazinesi’nin yurt dışında, yurt içinde uğruna savaştıklarımızın tam tersini dayatıyor olmalarıydı. **İçeride sosyal güvenliğin özelleştirilmemesi için savaşırken, dışarıda özelleştirilmesini aşıliyorduk.**” (Stiglitz, J. 2004)

¹⁴ http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=234&Itemid=2; 02.07.06

¹⁵ NTV, Anahtar, 28.04.04.

AB'nin ekonomi politikaları, ana ekseninde Türkiye'nin izlediğinden farklı değildir ve adı serbest piyasa ekonomisidir. Yanı sıra AB'nin özgün dinamiklerinin etkileri sağlık alanında henüz başlamaktadır. Gerek AB'nin kurumsal ve stratejik yaklaşımlarının etkileri, gerekse uyguladığı Birlik politikaları ile sağlık alanında yeni açılımlar olacağı belirgindir. Nitekim Türkiye'de benzer süreç büyük bir hızla yaşanmaktadır :

Sağlıkta Dönüşüm!

Bu etkiler ana başlıklarıyla sıralanırsa;

İlk beklenti ekonomik gelişmedir. Ekonomik gelişmenin sağlık üzerinde doğrudan olumlu etkileri net bilinmektedir. Artan sanayileşme ile hem gelir dağılımı iyileşecek hem de hastalık profilleri başkalaşacaktır. Cumhuriyet'in başında en çok mücadele edilen bulaşıcı hastalıklar yerlerini, kalp hastalıkları, kanser, kronik hastalıklar, geriyatrik hastalıklar gibi gelişmiş ülke görülen sorunlara bırakacaktır, bırakmaktadır. Anılan hastalıklara dönük yapılanma ile savaşım verilirken, yeni yönelimlere de doğallıkla girilecektir.

Bir başka önemli konu, AB yapılanmasının etkileridir. Günümüzde Sağlık Bakanlığı'nda AB Koordinasyon Dairesi kurulmuştur. Bu Daire aracılığıyla AB'ye yönelik sağlık süreçleri üstlenilmiştir. AB Koordinasyon Dairesi'nin yönlendirmesi ve Ankara Üniversitesi ATAUM'un katkılarıyla merkezi Devlet örgütlenmesinde içinde AB konusunda Temel ve Uzmanlık düzeylerinde eğitimi alanların sayısı büyümektedir. Bu olgu, AB ile yürütülecek projelerde kolaylık sağlamasına ek olarak, AB'nin kendine özgü yaklaşımlarının varolan deneyime eklenerek sorunlara daha donanımlı insangücüyle yaklaşılmasını sağlayacaktır. Dünya Bankası'nın sağlıkta reform yapmak, sağlık alanında liberal ekonomik yaklaşımların etkilerini oluşturmak için yine Sağlık Bakanlığı'nda oluşturduğu Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kuruluşunda olduğu gibi, AB Koordinasyon Dairesi aracılığıyla sağlık alanında AB yaklaşımları merkez ve taşra örgütlerinde yol gösterici olmaktadır.

AB'nin sağlık alanındaki programlarının doğrudan etkileri de yaşanmaktadır. Örneğin Sağlık Bakanlığı'nca temel sağlık hizmetleri kapsamında yürütülen üreme sağlığına yönelik hizmetler, BM Nüfus Fonu ile bağitlanan Üçüncü Ülke Programı çerçevesinde geliştirilmektedir. Bu çalışmaların sonuçları üzerinden, AB ile varılan anlaşma sonucu 55 milyon € bütçeli Üreme Sağlığı Programı uygulamaya konmuştur.

AB'nin sağlık dışı pek çok politika ve programlarının da Türk sağlık alanında etkileri beklenmektedir. Bölgeler arası farklılıkları azaltma programının sağlık üzerine doğrudan ve dolaylı etkileri öngörülmektedir. Leonardo, Sokrates gibi finansal destek programları ile eğitim alanındaki gelişmelerin tıp eğitimine de yansıtacağı umulmaktadır. Hemşirelik-ebelik okulları yetişeklerindeki (müfredatlarındaki) değişimler, hizmetlerin serbest dolaşımı yönünde karşılıklı diploma tanınması için yapılacak uyumlar gibi pek çok alanda etkilenmeler olması doğaldır.

Küresel çağın post-modern devlet yaklaşımının yansımaları sağlık alanında izlenecektir. Ulus devlet kimliği korumasında öbür devletlerin iç karışımları sınırlı iken, AB üyeliği ile bu sınırlılık önemli ölçülerde aşılacaktır. Böylesi bir dinamiğin devlet kademelerindeki anlayışta oluşturacağı değişikliklere ek olarak, doğrudan sağlık alanına karışımlar da gözlenecektir.

Türk sağlık sisteminde toplumcu ve liberal yaklaşımların izleri halen birlikte görülmektedir. Köylere dek yayılmış Sağlık Ocakları ile temel sağlık hizmetleri verilen bir yapılanma yanında, en üst düzey ve gelişmiş iyileştirici edici hekimlik hizmetlerinin üretildiği özel ve kamu sağlık kurumları da vardır. Her iki yapılanmanın olumlu ve olumsuz yanları söz konusudur. Bu şemanın yüklediği birikimlere AB'nin önereceği yeni kurumsal ve işlevsel yaklaşımlar da eklenecektir. Bu süreç, Türk sağlık sektörü sorunlarının çözümünde ya da yönetiminde yeni düşünsel ve kurumsal araçlar edinebileceğimizi çağırıştırabilir.

Yenilikler, tarihsel köklü sosyo-kültürel süzgeçlerden geçerek kıvama kavuşur. Türkiye'nin kendine özgü dayanışmacı, toplumcu sosyo-kültürel dokusu, bu anlamda da etkilerini uzun erimde duyumsatacaktır. Sistem bir yandan AB'ye uyum yönünde evrilirken, öbür yandan geleneksel sosyal, paylaşımcı-destekçi yapısını koruma içgüdüsünde pek haklı olarak davranacak hatta direnecektir. (Soyer, A. 2001)

Prof. Yeldan, AB "muhibbi" (sevdalısı) AKP'nin hüzünlü misyonunu çok çarpıcı biçimde vurgulamaktadır :

- Türkiye, uluslararası işbölümünde yüksek borçlu bir ülke olarak gözükmekte ve öncelikle borçlarının çevrilmesi görevi yükümlülüğüyle, IMF ve ulusal ve uluslararası finans sermayesi tarafından denetim altında tutulmaktadır. Öte yandan 2003 ve 2004 Türkiye'sinde çok yüksek tempolu büyüme ve kamu sektöründe ulaşılan faiz dışı fazla (% 6.5 / TUG-GSMH) bütçe hedeflerine karşın, borç yükünün azaltılmadığı gözükmektedir. *Kamu arcamalarındaki kesintilerin ve vergi gelirlerinin de sınırına gelinmiş olduğu izlenmektedir.* Dolayısıyla, **Sağlıkta Dönüşüm Programı** özünde, erek IMF'ye gerekse ulusal ve uluslararası sermaye

çevrelerine aktarılacak yeni kaynak arayışı içinde olan tarikatlar koalisyonu AKP'nin kısa dönemde gerçekleştirmeye çabaladığı bir rant transferi ve güven tazeleme perasyonu olarak değerlendirilmelidir.¹⁶

Türkiye'nin AB serüveni ne denli gerçekçidir ?

Önceki Genelkurmay Başkanlarından Org. Hüseyin Kıvrıkoğlu'nun değerlendirmesi çok düşündürücü ve de öğreticidir :

- “11 Aralık 1999'da Milli Güvenlik Kurulu toplantısında ... AB hedefi Kaf Dağı'nın ardındadır demiştim. Kaf Dağı bilinmeyen bir dağ ifade eder. Şimdi ise AB'nin, uzayda olmayan bir gezegenin ardında olduğunu düşünüyorum. AB'ye giren ülkelerin kalkındığı savı da gerçek değil. Yaptığım araştırmada böyle olmadığını gördüm.” (www.cumhuriyet.com.tr, 18.02.06)

Türkiye AB'ye mahkum mudur ?

Dr. Tevfik Rüştü ARAS, Atatürk'ün 12 yıl kesintisiz Dışişleri Bakanıdır.
Şu sözleri ne anlama gelmektedir?

- “ Bizim dış politikamız basit ve doğrudur. Herkesle dostluk kurmak isteriz. Fakat hiç kimse ile **ittifak ve bloklaşma yapmayız..**”

Ç ö z ü m :

Sosyal adaleti sağlayacak **sosyal devlet**'tir. Dileğimiz, sözde neo-liberal akımların “küreselleşme masalları” ardına saklanarak halkımızın eşit ve nitelikli sağlık hizmeti alma hakkına saldırısına son verilmesi; “sağlıkta özelleştirme, Aile Hekimliği, GSS, sosyal güvenliğin özelleştirilmesi” adımlarından oluşan **SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM (!) histerisi** nin bir an önce dur(DÜR)ulmasıdır. Türkiye Cumhuriyeti, en temel kamusal hizmetleri de sırtından atıp yerli ve yabancı sermayenin kazanç alanına terkederken, kendisi de Devlet olmaktan çıkmakta, çıkarılmaktadır. Çünkü Yüce Atatürk'ün söylemi son derece nettir :

“ Kendine devrimin ve devrimciliğin çeşitli ve yaşamsal görevler verdiği Türk vatandaşının sağlığı ve sağlamlığı, her zaman üzerinde dikkatle durulacak ulusal sorunumuzdur.”

Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK

Açmaya gerek yok ama yine de madde madde vurgulayalım :

- *Türk vatandaşının omuzlarında, Devrim'in ve Devrimciliğin yüklediği görevler vardır. Bu görevler çeşitli ve yaşamsaldır.*
- *Dolayısıyla Türk vatandaşı sağlıklı ve sağlam olmak zorundadır.*
- *Vatandaşın sağlığı üzerinde her zaman dikkatle durulacaktır.*
- *Türk vatandaşının sağlığı ve sağlamlığı ULUSAL BİR SORUNDUR / MİLLİ BİR DAVADIR!*

Çok berraktır ki; ulusu “sağlıksız” bırakmak, Devrim ve Devrimciliğin sahipsiz, savunmasız bırakılmasıyla eşdeğerdir. Her yönüyle küreselleştirilerek emperyalizmin dümen suyunda yarı sömürge kılınmak istenen Türkiye'de Ulusun ve de ilgili-yetkililerin bu olguyu iyi kavramaları artık zorunlu duruma gelmiştir. Türkiye, ulusal gelirin % 6.5'ini (yaklaşık 20 milyar \$!) sağlığa harcamaktadır. Sağlık göstergeleri, bu özverisiyle uyumlu olmayıp çok geri ve eşitsizdir. **Hicbir AŞI üret(e)memektedir**. Yerli ilaç sanayisi hızla yabancılaşmaktadır. Ülke, denetimsiz tıbbi teknoloji ve ilaç pazarıdır. Pazar ekonomisi, her alanda eşitsizlik doğurmakta, **ülke SÖMÜRGELEŞMEKTEDİR!** *Sağlık politikaları, öyle de böyle de yürütülebilecek teknik-siyasal politika alanları değildir. Sağlık politikaları ulusal olmalıdır, çünkü sözcüğün tam anlamıyla “STRATEJİK” tir..*

Yüce Atatürk'ün, çalışmamızın en başına da aldığımız sözlerindeki muradı ve uyarısı Türkiye'nin gerçekçi olmayan **AB karasevdası** ile mi yerine getirilmektedir?

” Devlet olma savındaki siyasal kuruluşların en birinci ödevi, halkın sağlığı ve sağlamlığıdır.”

Türkiye, Yetkin Sağlıkbilimcisi Prof. Dr. Nusret Fişek'in sözlerine kulak kabartmalıdır :

¹⁶ Yeldan, E. www.cumhuriyet.com.tr, 12.01.05

S O S Y A L L E Ş T İ R M E !



Kaynaklar

1. Saltık, A. www.ahmetsaltik.net kaynakları.
2. Akdur, R. AB ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’nin Uyumu. Temel Sağlık Hizmetleri Simp., Manisa, Mayıs 2006.
3. Akdur, Recep. Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Arş. Dizisi 17, Ankara, 2003
4. Aksakoğlu G., AB ve Sağlık, Konferans notları, İstanbul Tabip Odası, İstanbul, 14.03.03.
5. Ankara Ticaret Odası. Dünya Ölçeği, Türkiye Gerçeği. Mayıs 2005
6. Arsava, F. Amsterdam Antlaşması’nın Avrupa Birliği’ne Katkıları, Ankara Üniv. Siyasal Bilgiler Fak. yay. 589, syf. 28, Ankara, 2000
7. Ay İC. Küreselleşme sürecinde, bölgeselleşme eğilimlerinin dinamikleri. Soyak A. (Editör) Küreselleşme’de. 1. baskı. İstanbul: Om Yayınları; s. 51-98, 2002.
8. Erhan, Ç. Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi’nce -ATAUM- düzenlenen 37. Dönem AB Temel Eğitim Kursu ders notları, 2006.
9. Eroğlu N. Finansal küreselleşme: devletin düzenleyici rolü üzerine etkileri. Soyak A. (Editör). Küreselleşme’de. İstanbul: Om Yayınları; s. 13-50, 2002.
10. İstanbul Ekonomi. Düzenleyici Yapılarda Şeffaflık : İlaç Sanayi Boyutu. İstanbul, (www.istanbul-ekonomi.com), İlk bs., Şubat 2006.
11. Joseph E. Stiglitz. 90’ların Yükselişi,.Tercüme: Aytül Özer, Barış Güven CSA Global Yayın Ajansı; , 1.bs., Mart 2004)
12. Karluk, R. Avrupa Birliği ve Türkiye. 8. bs., syf. 480, Beta Basımevi, İst. 2005 ve Çakmak, H. Avrupa Birliği Türkiye İlişkileri, Platin yay. Syf. 58, 1. bs. Ankara, 2005.
13. Kazgan G. Tanzimat’tan 21. Yüzyıla Türkiye ekonomisi. İstanbul, Altın Kitaplar, 401-33, 1999.
14. Kissinger H. With NAFTA: US finally create a New World Order. Los Angeles Times, July 18, 1993.
15. Manisalı E. Türkiye Avrupa ilişkileri. 2 baskı. İstanbul: Çağdaş Yayınları, syf. 24-37, 1998.
16. Özen M. Hizmet ticareti anlaşmasının (GATS) sağlık alanına etkileri. Toplum ve Hekim, 17(3):182-8, 2002.
17. Saltık, A. Sağlık Politikaları : Artık Stratejik. Cumhuriyet Strateji, 31.07.06
18. Saltık, Ahmet. Sağlık Ekonomisi Ders Notları, yayınlanmamış, Ankara Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AbD, Ankara, Temmuz 2006.
19. Saltık, A. Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi. Bilim ve Ütopya, Şubat 1998
20. Saltık, G. İlaçta Patent Düzenlemeleri, yayınlanmamış seminer notları, Trakya Üniv. Sağlık Bilimleri Enst., Ekim 1998.
21. Soyer, A. “Türkiye’nin İktisadi ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960’a Kadar Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı,” Toplum ve Hekim, Cilt XVI, Sayı 6, Kasım-Aralık 2001.
22. Tonak A (Editör). ÇTYA’nın bağlamı: küreselleşme ve yabancı sermaye. Küreselleşme’de. Ankara: İmge Kitabevi, syf. 27-44. 2000.
23. Torun A. Türkiye-Avrupa Birliği ilişkileri / GB Anlaşması’nın Türkiye’nin tam üyeliği etkileri üzerine bir inceleme (tez). Edirne. T.Ü. Sosyal Bilimler Enst. Uluslararası İlişkiler AbD; 2001
24. Üçer, AR. İlaç Endüstrisinde AR-GE Harcamaları Çok Düşük. Cumhuriyet Bilim Teknik, sayı 747, 14.07.2001.
25. Yeldan E. 1980 sonrası Türkiye ekonomisinde büyüme ve gelişme dinamikleri. Toplum Hekim, 15(4): 242-7; 2000.
26. Yıldırım, HH. Avrupa Birliği Sağlık Politikaları: Avrupa Birliği’ne Üye ve Aday Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Performans Analizi ve Politika Önerileri. Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2004.



Uzm. Ecz. - Ekonomist Gülizar MORDENİZ, Sağlık Bakanlığı çalışanıdır.
Prof. Dr. Ahmet SALTİK, ADD Eski Gn. Bşk. Yardımcısıdır. (www.ahmetsaltik.net)