SAĞLIKTA TEKELLEŞME ve İŞÇİLEŞME

Prof. Dr. Alpaslan Işıklı

Hikmet Boran 2. Ulusal Tıp Günleri Kongresinde (10-11 Aralık 2011, ANTALYA) sunulan bildiri.

Liberal politikaların iflasla sonuçlanmasının en önce sağlık alanında görülmesinin nedenleri, bu politikaların özünü oluşturan serbest rekabet olgusunun -genelde taşıdığı ütopik niteliğin yanı sıra- sağlık alanında hayata geçirilmeleri bakımından ortaya çıkardıkları bazı özel çelişkilerde aranmalıdır. Sağlık alanının kendine özgü koşulları, serbest rekabet kurallarının işlemesini olanaksızlaştıran bazı özel güçlükler ve dolayısıyla bazı ek nedenler içerir. Bu çelişkiler, değişik ülkelerde yaşanılan somut deneyimlerin ışığı altında özetle şöyle belirlenmektedir:

1. Sağlık ve tıp hizmetleri kaçınılmaz olarak oligopolistik niteliklidir. Kamusal sağlık hizmetleri tümüyle topluma yöneliktir. Sağlık birimlerinin belli bir gelişim gösterdiği ülkelerde mevcut hastanelerle rekabet etmek üzere yenilerini kuracak güçte müteşebbisler bulunamaz. Yoksul kentsel alanlarda ve kırsal alanlarda alternatif bakım olanakları yaratmak kolay değildir. Öte yandan, bizimki gibi ülkelerde sağlık alanında özelleştirmenin başlamasıyla küresel sermayenin egemenliği kaçınılmaz hale gelir. **Dolayısıyla, özelleştirme yapılınca, rekabet sağlanacağı için sağlık hizmetlerinin ucuzlaması beklenmemelidir. Çünkü genel olarak tekelleşme eğilimi içinde olan rekabete dayalı piyasanın bu özelliği, özellikle sağlık alanında kendisini gösterir ve fiyatları -hayal edilenin tersine- serbest rekabet kuralları değil monopolleşmeye dönük oligopoller belirler. Serbest denilen piyasa düzeninin tekelleşmeyi önlemesi boş bir hayaldir. Büyük balıkların küçük balıkları yutmasının kural olduğu serbest rekabet düzeninde, giderek genişleyen bir kesim (bu arada nitelikli olmaları dolayısıyla belli bir gecikmeyle de olsa) hekimler, bağımlı çalışan konumuna dönüşür, işçileşirler. Buna karşılık, üretim araçlarının mülkiyeti giderek daralan bir sermayedar kesiminin elinde toplanır. Bu gidişin yönü, tüm dünyada üretim kararlarında küresel sermayenin egemen olmasıdır.**

2. Tıbbi bakım alanında, tüketicilerin "ürün" hakkında yeterli bilgi sahibi olmaları mümkün değildir. Ancak uzman olanların bilebileceği araç ve gereçlerin ve tüketicinin ölçmesi mümkün olmayan bir bilgi ve deneyimin kullanıldığı sağlık hizmetlerinde tercih, dış görünüşe göre yapılır. **Çoğu zaman, sağlık hizmetleri alanında "*pahalı olduğuna göre iyidir*" ölçütü egemen olur. Sağlık hizmetlerinin bu özelliği dolayısıyladır ki sağlık alanında özelleştirmeye gidilmiş olan ülkelerde, deontolojik açıdan kabulü olanaksız durumların ortaya çıktığına dair bazı gözlemlerin aktarıldığına tanık olmaktayız.** Örneğin, 1986'da yayınlanan bir "*araştırmaya göre sezeryanla doğum oranı, Britanya'da %10 iken, bu oran Brezilya'da %75 dolayındadır*". Oranlar arasında bu önemli farkın nedeni, herhalde, sağlık alanında izlenen politikaların farkıyla açıklanabilir. İki ülke arasında, bu açıdan önem taşıyan fark, Brezilya'da sağlık hizmetlerinin köklü bir biçimde özelleştirilmiş olması, buna karşılık Britanya'da neoliberal iktidarların tüm özlem ve çabalarına rağmen, bunun, özellikle söz konusu araştırmanın yapıldığı tarihte, sınırlı ölçüde sağlanabilmiş olmasıdır.

3. Sağlık alanında, göreli olarak, fiyat karşısında esnek olmayan bir talep söz konusudur. Yani, sağlık hizmetlerinde fiyat ne kadar artsa da talebin sabit kalması eğilimi yüksektir. Normal olarak herkes, kendi sağlığı için veya yakınlarının (örneğin çocuğunun) sağlığı için parasının tamamını ve tüm malvarlığını vermeye hazırdır. Bu nedenle, sağlık alanında faaliyet gösteren özel müteşebbisler, sağladıkları hizmetlerin karşılığı olarak diledikleri fiyatı istemekte geniş bir serbestliğe sahiptirler.

4. Sağlık hizmetlerinin maliyeti, yaşlılar, yoksullar, kronik hastalar bakımından, diğer insanlara göre

daha yüksektir. Bu tür kategorilere dahil olanlar, sağlık hizmetlerine en çok gereksinim duymalarına karşı en düşük satınalma gücüne sahip kesimi oluştururlar. Özel müteşebbisleri, bu tür yüksek risk grubuna giren tüketicilere yönelik hizmet sunmaya teşvik eden, piyasa kurallarına göre geçerli hiçbir neden yoktur. Dolayısıyla, piyasa mekanizmasının "*herkese ihtiyacına göre*" ilkesinin tersi doğrultuda işleyen içsel mantığı, sağlık alanında çok daha belirgindir. Satın alma gücü düşük, fakat sağlık hizmetlerine yönelik gereksinimleri yüksek olan bu insanların sorunları, **kamusal destek ve teşvik olmadan çözüme kavuşturulamaz.**

5.Sağlık sisteminin özelleştirilmesi halinde israfın azalacağı ve maliyetlerin düşeceği iddiası yanlıştır. Örnekler bunun tamamen tersinin doğru olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin tümüyle özel sektörün elinde bulunduğu ABD'de gayri safi yurt içi hasılanın %14'ü sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır. Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin kamusal yolla yürütüldüğü ve tüm yurttaşların gelişkin bir sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin şemsiyesi altına alındığı sosyal refah devletine örnek oluşturan Kuzey Avrupa ülkelerinde ise bu oran çok daha düşüktür.

Örneğin Hollanda'da %8'dir. Buna karşılık, ABD'de her dört kişiden biri, yeterli sağlık sigortasından yoksundur; hatta tümüyle sigortalılık kapsamı dışındadır. Çünkü sağlık hizmetlerinin piyasa mekanizmasına tabi kılınmış olması, satın alma gücü yüksek ve ayrıcalıklı dar bir kesimin sağlık gereksinimlerini karşılamaya yönelik olağanüstü lüks sağlık kurumlarının kurulması sonucunu doğurmuştur. (Bizde de devletin sırtından hızla yükselmeye başlamış bulunan, beş yıldızlı otel konforuna sahip özel hastaneler bunun bilinen örnekleridir.) Öte yandan, kârlılık ilkesine öncelik verilmesi, özellikle bazı sanayileşmiş ülkelerde gereksiz ve pahalı bir takım bakım hizmetlerinin şişkinleşmesine neden olmuş; aynı nedenledir ki çok masraflı ve devasa boyutlu bir sağlık bürokrasisinin doğması kaçınılmaz hale gelmiştir.

6.Sağlık hizmetleri sunanların, pahalı teknolojilere yatırım yapmakla risk üstlendikleri, çoğu kez geçersiz bir iddiadır. Zira konunun uzmanı olanların, kullanılan teknolojinin isabetli tanı (teşhis) veya başarılı tedavi için gerekli olduğu konusunda hastaları ikna etmesi genellikle zor değildir. Küresel sermayenin egemenliğinin artmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinin ve gerekli araç ve gereçlerin değerlendirilmesine yönelik bilgi tekeli, hekimin de elinden çıkar giderek uluslararası tekellerin eline geçer. Bu koşullarda hekimin rolü, uluslararası tekellerin iradesine aracı olmaktan ibaret kalır.

Sağlık alanının insan yaşamı gibi temel bir konuya ilişkin olması, satın alınan malı değerlendirirken örneğin deterjan tüketicisi gibi ***"sınama yanılma"*** yönteminden yararlanmayı olanaksızlaştırır. Bu alanda sunulan hizmet konusunda değerlendirme yapabilmek için, çoğu hallerde, uzmanlığa güvenmekten başka yol yoktur. Dolayısıyla, yatırımın kârlılığı geniş ölçüde, güvence altındadır.

"*Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinde rekabete dayalı sistemin işleyişinden kârlı çıkanlar, yoksulların sağlık gereksinimleri için [vergi vs. yoluyla] daha az ödeme yapma olanağına kavuşan varlıklılardır ve ayrıca, tıbbi pazarın kaymağını yiyen ve gerçek sorunları, giderek küçülmekte olan ve eşitsiz finansman koşullarında çalışmaya zorlanan kamu sektörüne bırakan, sağlık alanında faaliyet gösteren özel müteşebbislerdir.*"

Sömürü ilişkisinin tarafları

Dolayısıyla, bu noktada belirlenmesi gerekir ki özelleştirme sonucunda doğan ve sağlık alanında kendine özgü koşulların katkısıyla yoğunlaşan sömürü ilişkisi, bir tarafta hasta ile öbür yanda doktor

veya genel olarak sağlık personeli arasında cereyan etmez. **Burada da sömürü ilişkisinin bir tarafını, sermaye oluşturur. Diğer tarafta ise hasta (daha gerçekçi bir tanımlamayla müşteri) ile birlikte emeğini özel sermayedarın hizmetine sunan hekimler ve diğer sağlık elemanları yer alır.**

Piyasa düzeninde hasta yoktur, müşteri vardır!

Sömürü ilişkisi sermaye ile müşteri arasında cereyan eder. Sağlık sermayedarının hekim olması zorunluluğu yoktur. Tam tersine, sermayedar, hekim kökenli olmadığı takdirde, Hipokrat yemini gibi birtakım bağlayıcı unsurlardan kurtulmuş olacağı için, kârlılık önceliğine göre hareket etmekte daha geniş bir serbestliğe sahip olabilir. Bu ilişkide, hekim veya genel olarak sağlık personeli, bağlı olduğu sermayedarın kârlılık hesapları ile mensubu olduğu mesleğin deontolojik öncelikleri arasında sıkışır kalır.

Özelleştirme sonucunda sağlık personelinin, genel olarak, gelir ve istihdam düzeyinde bir iyileşme doğacağını beklemek boşunadır. Tam tersine, özelleştirme ve buna bağlı olarak hızlanan tekelleşme sonucunda, hizmetlerin çökmesi ve dolayısıyla istihdamın daralması kaçınılmaz olduğundan, hekimler ve genel olarak sağlık emekçileri açısından ücret düşüklüğü ve işsizlik biçiminde tezahür eden sorunların hızla büyüdüğü görülür.

Kâr amacıyla üretim

Sağlık hizmetlerinin, kamusal kuruluşlar tarafından sosyal dayanışma amacıyla yürütülmesine son verilerek kâr amacıyla çalışan özel işletmelerce yürütülmesinin, yani görünmeyen ellere bırakılmasının ciddi sonuçları vardır. Özel sektöre bırakılan sağlık hizmetleri, *insanların gereksinimlerine göre değil, satın alma güçlerine göre biçimlenir* ve yönlenir.

Sağlık hizmetlerinin özel sektöre terk edilmesi, öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerinin daha çok ihmal edilmesi ve daralması sonucunu doğurur. Çünkü bu alanda piyasada talep doğması mümkün değildir. Örneğin koleraya yakalandıktan sonra tedavi olmak için para ödemeye hazır çok insan vardır; ne var ki kolera salgınını önlemek için suların temizlenmesi sorununa piyasa mekanizması çerçevesinde çözüm beklemek boşunadır. Bu tür hizmetler, ancak, *"herkese ihtiyacına göre"* ilkesi doğrultusunda faaliyet göstermeleri mümkün olan kamusal hizmet birimleri tarafından yerine getirilebilir.

Koruyucu sağlık hizmetlerindeki çöküş, yalnızca, kamunun doğrudan doğruya sağlıkla ilgili alanlardan çekilmesi sonucu olarak belirmez. Ayrıca, sağlıkla doğrudan ilgili olmayan başka bazı alanlarda gerçekleştirilen özelleştirmelerin de koruyucu sağlık hizmetleri açısından tahripkâr sonuçlar doğurduğu görülür.

Örneğin, özelleştirmeye öncülük eden ülkelerden İngiltere'de suyun özelleştirilmesiyle birlikte fiyatların artması yüzünden, su faturalarını ödemekte acze düşen birçok abonenin susuz yaşamak zorunda kalması sonucunda görülen budur. Ünlü **The Guardian** gazetesinde çıkan bir haberde yer alan şu cümlelere bir göz atmak bu açıdan yararlı olabilir:

- ***"Birmingham'da bir yüksek blokta oturan kiracıların yedide birinin su aboneliklerinin kesilmesi üzerine doğan durumu bir kapıcı 'tam leş gibi bir vaziyet' doğdu cümleleriyle betimlemekte. Tuvaletlerinde sifon kullanma olanağından yoksun kalan kiracılar, ihtiyaçlarını merdiven boşluklarına görmekteler veya lazımlıklarını pencerelerden dışarıya boşaltmaktalar."*** (*Ian Gregory, The Guardian, 2 Eylül 1992)*

Tedaviye yönelik hizmetlerin çökmesi

Sağlık hizmetlerinin özel sektöre terkedilmesinin diğer önemli sonucu, tedaviye yönelik sağlık hizmetleri alanında görülür. Bu alanda görülen, parası olmayan ağır hastalar için hastaneler, bakımevleri yapılmasına son verilmesi, yapılmış olanların kapatılması; buna karşılık, paralılara yönelik sağlık ve bakım hizmetleri sunan merkezlerin geliştirilmesidir. Bugün dünya çapında AIDS ile mücadele için ayrılan paranın "Viagra" üretimi için ayrılan paradan daha düşük olması, bu konuda akla gelen örneklerden birisidir. Kuşkusuz, bu dönüşüm, dar bir ayrıcalıklı kesime hitabeden pahalı ve lüks sağlık hizmetlerinde görülen gelişmeye rağmen genel olarak sağlık hizmetlerinin çökmesi yönünde bir daralma olarak belirir.

Somut örnekler vermek gerekirse, tüberküloz, uyuz gibi hastalıkları tedavi için hastaneler kurulmasının veya bu gibi hastalıklara yakalanmış olanların mevcut hastanelerde tedavi olanağı bulmalarının, rekabete dayalı piyasa koşullarında giderek güçleştiğine işaret etmek gerekir. Çünkü bu tür hastalıklar esas olarak yoksulluğun sonucudur. Yoksul oldukları için bu tür hastalıklara yakalanmış olanların, tedavi için gerekli satın alma güçleri de bulunmayacağından, bunlara yönelik sağlık hizmetlerinde talep yokluğundan kaynaklanan bir daralma baş göstermesi kaçınılmazdır.

Buna karşılık, sağlık hizmetleri alanında kayda değer bir talep oluşturabilecek ölçüde satın alma gücüne sahip olanların gereksinimlerini karşılamaya yönelik pahalı yatırımlara girişecek müteşebbisler bulmak, her zaman mümkündür. Bu nedenledir ki yeni liberal politikaların uygulandığı ülkelerde sağlık hizmetlerin-deki genel çöküşün, son derece gelişkin estetik cerrahi merkezlerinin kurulmasıyla eşlenmesi adeta bir kural haline gelmiştir. Bu nedenledir ki, İngiltere'de İşçi Partisi, Muhafazakârların sağlık politikasını eleştirmek için ilginç bir slogan bulmuştur:

"Torry'lerin sağlık politikası - Daha çok estetik cerrahisi!"

Sonuç :

Bu çelişkiler, bizim gibi dışa bağımlı ülkelerde daha da çarpıcı görünümler kazanmaktadır: Bir yanda, annesinin cenazesini hastaneden çıkarabilecek parayı bulamayanlar; öbür yanda, zayıflamak için Batı'nın ünlü sağlık merkezlerinden yararlananlar… Bu durum, kimi çevrelerce sevinçle karşılanan ve "*devletin küçülmesi*" denilen eğilimler çerçevesinde, sağlık hizmetlerine bütçeden ayrılan ve esasen çok düşük olan payın, 1980'den bu yana önemli ölçüde azaltılmış olmasının kaçınılmaz sonucudur. **İddia edilenin tersine, sağlık alanında yaşananlar açıkça göstermektedir ki "devletin küçülmesi" toplumu bir kamburdan kurtarmamakta, mevcut kamburların daha da büyümesi süreci başlatılmış olmaktadır. Gerçekte küçülen, toplumun kamburu değildir; gerçekte küçülen, sağlık alanında bugüne dek ancak çok cılız boyutlarda gerçekleştirilebilmiş olan bazı kamusal kurum ve hizmetlerdir ve vergi ödeme gücü olan varlıklı kesimlerin bu kurum ve hizmetlerin finansmanına yönelik zaten çok sınırlı olan katkılarıdır.**

Kaynaklar

1. *F. Barros ve diğerleri, "Why so many caesarean sections?...", Health Policy and Planning, cilt 1, no.1 (Oxford University Press,1986),s.19; Bkz: Brendan Martin, İn the Public İnterest?, Zed Books, PSI, Londra, 1993, s.191.*
2. *Jan Marijnissen, Enough !, A socialist bites backs, (Hollanda Sosyalist Partisi yayını), Elsevier, 1994, s. 68.*
3. *Victor W.Sidel, "Health Care: Privatization, Privilege, Pollu-tion, anda Profit", What Reagan Is Doing To Us, Harper and Row, New York, 1982, s.46-48.*
4. *Ian Gregory. The Guardian, 2 Eylül 1992; Brendan Martin, age, pp. 119-120.*