

Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları için Çıkarılacak Dersler

H. Hüseyin YILDIRIM*

ÖZET

1970'lerin sonlarında ve 1980'lerin başlarında petrol fiyatlarındaki yükselmeler ve ekonomik krizler sonucu özellikle gelişmekte olan ülkeler, dışsal borçlarını ve faizlerini ödeyememe ve açık bütçe vermeye başlamıştır. Bu durumda uluslararası finans çevreleri (Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu) diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörünün de yeniden şekillenmesinde etkili olacak yapısal uyum programları politika araçlarını (kamusal harcamaların kısılması, devalüasyon, özelleştirme, kamu hizmetleri için kullanıcı katkıları, ticaretin libelleştirilmesi) gündeme getirmişlerdir. Bundan sonra özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki (Türkiye dahil) sağlık reformları yapısal uyum programlarına dayalı yapısal uyum borçlarının himayesinde gerçekleştirilmeye başlanmıştır.

Yapısal uyum programlarının desteğinde gerçekleştirilmeye çalışılan reformların, özellikle nüfusun fakir kesimlerinde düşük gelire, daha yetersiz beslenmeye, daha az eğitime, daha kötü barınma şartlarına ve beraberinde de bozuk sağlığa neden olabileceği belirtilmektedir.

Ancak bir toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi; sağlık hizmetlerinin gerek finansmanında, gerek sunumunda ve gerekse de regülasyonunda, herkesin eşitlik ilkesi çerçevesinde hizmetlere ulaşabilirliğini ve hizmetleri kullanılabilirliğini sağlayıcı bir sağlık sistemi çerçevesi, sürdürülebilir sağlık politikası hedefleri ve araçları, 1978'de Dünya Sağlık Örgütü'nün önderliğinde gündeme gelen Alma-Ata Bildirgesi'nde saklıdır.

Anahtar Kelimeler: Yapısal uyum programları, sağlık reformları, sağlık politikası, Türk sağlık reformları, Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu.

* Uz., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

** Bu makale Kasım 1999'da kabul edilmiştir.

Structural Adjustment Programs and Health Reforms: Lessons for Turkish Health Reforms

ABSTRACT

In the late 1970s and early 1980s, developing countries had great difficulty in paying back their external debts and interests due to a sudden rise in oil prices and economic crisis. Therefore, international financial agencies such as World Bank and International Monetary Fund, embarked on structural adjustment programs involving such actions as decreasing public expenditure, privatization, devaluation, user charges for public services, and liberal trade. These programs have also effected the health sector. The Turkish health sector reforms have also been formulated under the guidance of structural adjustment debts.

It's pointed out that, these reforms may lead to lower income, undernutrition, lower level of education, worsening conditions of shelter, and consequently ill-health.

Nevertheless, financing, supplying and regulating health services according to principles of equality can be applied through a system supporting accessibility, and utilization. Related principles and a sustainable health policy goals and means can be inferred from Alma-Ata Declaration which was prepared in 1978 by the leadership of World Health Organization.

Key Words: *Structural adjustment programs, health reforms, health policy, Turkish health reforms, World Bank, International Monetary Fund.*

I. GİRİŞ

Özellikle gelişmekte olan ülkeler, 1970'lerin sonlarında ve 1980'lerin başlarında dünyada görülen petrol krizi ve ülke içerisinde de izlenen yanlış ekonomi politikaları neticesinde ekonomik krizle karşı karşıya kalmışlardır. Bu ve benzeri oluşumların neticesinde gelişmekte olan ülkelerin bütçeleri açık vermeye başlamış ve dış borçlarını ve faizlerini ödeyememe durumuna düşmüştür. Bu dönemden sonra ne tür değişiklikler gerçekleşmiş, uluslararası finans çevreleri ne tür politikalar izlemişlerdir? Bu politikaların sağlık sektörünün yeniden şekillenmesinde ne tür bir rolü olmuştur? Bu çalışmanın amacı bu tür sorulara cevap teşkil edecek şekilde sistematik bir bilgi birikimi elde etmektir.

Bunun için ilk olarak sağlık reformlarının gerekçeleri ve amaçları ortaya konulduktan sonra, 1990'ların başından beri dünyada görülen ekonomik konjonktürün sağlık politikası ile olan ilişkileri kronolojik olarak kısa bir şekilde ortaya konulacaktır. Daha sonra ekonomik gerekçeler ışığında yapısal

uyum programlarının ne olduğu ve yapısal uyum programlarının sağlık üzerine olan etkileri tartışılacak ve Türk sağlık politikası reformları için önerilerde bulunulacaktır.

II. SAĞLIK REFORMLARININ GEREKÇELERİ

Sağlık reformlarının gerekçelerini temelde; maliyetlerin artışı, toplumun sağlık bakım sistemine ilişkin memnuniyetsizlikleri, medyanın etkisi, nüfusun önemli bir kesiminin sağlık sigortasından yoksun olması, uluslararası kuruluşların etkisi (Tsuda et al. 1994; Foster et al. 1994) ve sürdürülebilir bir kalkınmayı gerçekleştirme (Foltz 1994) gibi konular teşkil etmektedir.

Maliyetlerin Artışı: Dünyada yaşanan teknolojik ilerlemeler, nüfusun yaşlanması, hastalık dokusundaki değişimler, artan toplumsal algı ve beklentiler sonucu sağlık hizmetlerinde maliyetler gittikçe artmaktadır (Yıldırım 1999a). Artan bu maliyetler, sağlık hizmetlerinin gerek finansmanı ve gerekse sunumunun yeniden şekillenmesinde itici güç olabilmektedir.

Toplumun Sağlık Bakım Sistemine İlişkin Memnuniyetsizlikleri: Sağlık bakım alanında görülen çeşitli gelişmeler; örneğin çevreci, tüketici ve kadının toplumsal statüsünü güçlendirmeyi amaçlayan çeşitli örgütlenmeler (Yıldırım 1999b) ve bunların beraberinde getirdiği örgütlü toplumla birlikte, sağlık sistemlerinde kalite, verimlilik, eşitlik gibi olgular toplum tarafından sorgulanmaya başlanmıştır. Bu toplumsal bilinçlenme toplumun sağlık bakımına ilişkin memnuniyetsizliklerinin sık sık gündeme gelmesine yol açmıştır.

Medyanın Etkisi: Politika gündemini belirleyen aktörlerin arasında medya da yer almaktadır. Dolayısıyla gerek basılı ve gerekse görsel medyada yer alan sağlık bakım sistemine ilişkin olumsuzluklar ve medya patronlarının piyasa oryantasyonlu bir sağlık bakım reformundan umdukları rant paylaşım arzuları da reformların gerçekleştirilme girişimlerinde önemli bir etken olmaktadır.

Nüfusun Önemli Bir Kesiminin Sağlık Güvencesinden Yoksun Olması: Toplumdaki nüfusun tüm kesimlerinin sigorta kapsamına alınması yönünde tüketicilerden, örgütlü topluluklardan, sosyal devlet anlayışından ileri gelen baskı unsurları da reformların ülke gündemlerine alınmasında rol oynamaktadır.

Uluslararası Finans Çevreleri (DB, IMF Gibi): Özellikle 1980'lerde ve 1990'ların başında Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi kuruluşlar verdikleri borçlarını ve borçlarının faizlerini tahsil etmek ve kasalarındaki paralara yeni müşteriler bulmak amacıyla sağlık, eğitim vb gibi sosyal alanlarda "arzin kendi talebini yaratması" ilkesi çerçevesinde ön plana çıkmaya başlamışlardır. Bu nedenle çeşitli ülkelerle, özellikle de gelişmekte olan ülkelerle, sosyal sektörlerde reform yapmaları durumunda proje kredisi desteği sağlayabilecekleri konusunda görüşmelere başlamışlardır. Bu rüzgarın etkisiyle de 1990'ların ortasına gelindiğinde hemen hemen tüm gelişmekte olan dünya ülkeleri kendilerini bir yapısal reform serüveninin içinde bulmuşlar, Türk sağlık politikası reformları da bundan payını almıştır.

Sürdürülebilir Kalkınmayı Gerçekleştirme: 1970'lerin sonlarından bu yana çeşitli uluslararası kuruluşlar (örneğin DB, IMF gibi) gelişmekte olan ülkelerde sürdürülebilir bir kalkınmanın sağlanabilmesi için söz konusu ülkelerde önemli politik ve örgütsel reformların yapılmasının gerekliliğini ısrarlı bir biçimde vurgulamaktadır. Bu çerçevede DB özellikle sağlık, eğitim, ziraat ve ticaret sektörlerinde ekonomik istikrar programları (EİP), yapısal uyum programları (YUP) ve sektörel uyum programlarını (SUP) hem makro ve hem de sektörel bağlamda gerçekleştirme noktasında proje desteği sağlama ve teşvik bağlamında ön plana çıkmaktadır (Foltz 1994).

Yukarıda sözü edilen reform nedenlerinden özellikle son ikisi (uluslararası finans çevreleri ve sürdürülebilir kalkınmayı gerçekleştirme) bu inceleme açısından ön plana çıkmaktadır. Bu iki reform nedeni ışığında şekil verilecek olan YUP ve sağlık reformları ilişkisi konularına geçmeden önce, sağlık reformlarının gerekçeleri ile de örtüşen sağlık reformlarının amaçlarına aşağıda kısaca değinilecektir.

III. SAĞLIK REFORMLARININ AMAÇLARI

Sağlık reformlarının amaçları genelde; maliyetleri sınırlama, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve tüketicileri memnun etme, nüfusun büyük çoğunluğunu sağlık güvencesi kapsamına alma, eşitliği sağlama, daha fazla verimlilik ve mevcut kaynakların daha etkili bir şekilde kullanımı, sağlık hizmetlerini daha ulaşılabilir kılma şeklinde belirtilmektedir (Buse, Walt 1996; Foster et al. 1994; Maynard, Bloor 1995; Sen, Koivusalo 1998).

Maliyetleri Sınırlamak: Sağlık sistemlerinde çeşitli nedenlere dayalı olarak ortaya çıkan yüksek maliyetler ve sağlığın GSMH içinde aldığı payların yüksek oranlara ulaşması neticesinde sağlık reformlarında gerek arz yönlü ve gerekse talep yönlü stratejilerin kullanılması yoluyla maliyetlerin sınırlanması amaçlanmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinin Kalitesini Artırmak ve Tüketicileri Memnun Etmek: Sağlık reformlarının amaçlarından birisi de sağlık sisteminin mevcut durumuna ilişkin ortaya çıkan kalite ve benzeri problemlerin sebep olduğu tüketici memnuniyetsizliklerinin üstesinden gelmektir.

Nüfusun Büyük Çoğunluğunu Sağlık Güvencesi Kapsamına Alma: Herhangi bir sağlık hizmeti ihtiyacı durumunda toplumdaki kişiler veya gruplar arasında finansal ödenabilirlik açısından eşitsizliği minimize etme amacı güdülmektedir. Bunun için literatürde çeşitli reform stratejileri bulunmaktadır. Ancak bu stratejilere, çalışmanın amacını aşacağı için burada değinilmeyecektir.

Eşitlik: Sağlık reformlarıyla arzulanan hedeflerden birisi de sağlık hizmetlerinin sunumunda azami olarak eşitlik ilkesinin gerçekleştirilmeye çalışılmasıdır. Eşitlik ilkesi genelde herkesin ihtiyacı ile ilintili olarak ödeme gücüne bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlanması olarak ele alınmaktadır.

Daha Fazla Verimlilik ve Mevcut Kaynakların Daha Etkili Bir Şekilde Kullanımı: Kıt olan kaynakların daha etkin ve rasyonel kullanılması ve sağlık hizmetlerinin verimliliğinin artırılması amaçlanmaktadır.

Sağlık Hizmetlerini Daha Ulaşılabilir Kılma: Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik noktasındaki bariyerleri minimize etme sağlık reformlarının diğer bir amacıdır.

Sağlık reformlarının gerekçeleri ve amaçları bu şekilde belirtildikten sonra; özellikle 1980'lerin sonunda ve 1990'ların başında hemen hemen tüm dünyada ortaya çıkan sağlık reformlarının bir politika gündemi olarak yer işgal etmesini daha iyi sorgulayabilmek için, aşağıda kronolojik bir şekilde ekonomik konjonktür ve bu konjonktürün özellikle 1990'lardan sonra sağlık politikası ile ilişkisi kısaca ortaya konulacaktır.

IV. EKONOMİK KONJONKTÜR VE SAĞLIK POLİTİKASI

Savran (1998) dünyadaki başlıca ekonomik konjenktür devrelerini dört döneme ayırarak incelemektedir.

Klasik Kapitalizm Dönemi: 19 yüzyıl boyunca ilk başlarda İngiltere’de başlayan, sonraları tüm kıta Avrupası, ABD ve hatta Japonya’ya yayılan klasik kapitalizmin en büyük özelliği “bırakın yapsınlar, bırakın geçsinler” ifadesinde anlam bulmaktadır. Bu dönemin son çeyreğinde özellikle sermaye ihracı yoluyla faaliyetlerini uluslar arası alana taşımaya çalışan uluslar arası sermaye şirketleri ön plana çıkmaktadır (Savran 1998).

Bu dönem Savran’a (1998) göre emperyalist paylaşım mücadelesinin bir ürünü olan I. Dünya Savaşı ve Rusya’daki Ekim 1917 devrimi ile sona ermiştir.

Büyük Ekonomik Kriz Dönemi: Üç temel dinamik (1929 dünya ekonomik krizi, SSCB’nin doğuşu, bu iki dinamige karşı bir tepki olarak yükselen değer faşizm) iki dünya savaşı arası olduğu belirtilen bu döneme damgasını vurmuştur. Bu dönemde oluşan büyük ekonomik kriz ve diğer alt yapı hazırlayıcı değişkenler “keynesçi ekonomi politikalarının” benimsenmesi açısından zemin hazırlamıştır (Savran 1998).

Soğuk Savaş Ve Sosyal Devlet Dönemi: İkinci dünya savaşından sonra dünya ülkeleri iki kampa bölünmüş, ABD ve SSCB’nin başını çektiği bu iki blok arasında soğuk savaş adı verilen bir rekabet, dünya politikalarının temeli haline gelmiştir. Bu dönemin temel özelliklerinden birisi de hem kapitalist blokta hem de Sovyet blokunda çeşitli nedenlere dayalı olarak hızlı bir ekonomik gelişme yaşanmasıdır. Kapitalist dünyada, toplumdaki bazı hizmetlerin (eğitim, sağlık, konut vb gibi) kamu hizmeti haline gelmesine dayanan “sosyal devlet” anlayışının egemen olması ekonomik gelişmenin temel nedenidir. Olaya başka bir açıdan bakıldığında bu dönemde kapitalist ülkelerin ekonomik gelişmesine katkıda bulunan özellikler “keynesçilik yaklaşımı” adı altında verilir ve bu yaklaşımın temel argümanları da “devlet müdahalesi” “sosyal devlet” ve “kamu sektörünün genişlemesidir” (Savran 1998). Bu dönemdeki sosyo-ekonomik dinamiklerin dünyadaki sağlık sektörüne global etkilerine örnek olarak ikinci dünya savaşı sonrası artan planlama ihtiyacı ile devletin sağlık sektörünün planlanmasında ağırlıklı olarak merkezi rol üstlenmesi, İngiltere’de 1948’de ulusal sağlık sisteminin (NHS)

kurulması verilebilir. 1980'lere kadar sürececek bu sosyal yaklaşımın doruğa ulaştığı 1960'larda Türkiye'deki yansımalarından biri olarak sağlık alanında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yönündeki reform niteliğindeki yasal çalışmalar örnek olarak verilebilir.

Yeni Dünya Düzeni (YDD) Ve Küreselleşme: 1974-1975'lerde dünya ekonomisinin içine girdiği kriz sebebiyle ve 1990'ların başında Sovyet blokunun dağılmasıyla 1980'lerin sonunda ve 1990'lı yılların başında kapitalist yönetimler değişen şartlar altında politikalarını revize etmeye başlamışlardır (Savran, 1998). Bu dönem, ABD'de cumhuriyetçi J. Bush ile İngiltere'de muhafazakar kanadın lideri M. Thatcher tarafından seslendirilen yeni dünya düzeni ve onun argümanları (ki bu argümanlar aynı zamanda klasik liberal sistemin özüdür ve bu öze ait örtük kalıntılar tekrar gün yüzüne çıkmıştır) olan serbest piyasa koşullarının iktisadi ve sosyal hayatın her aşamasına hakim kılınması, özelleştirme, özel mülkiyetin teşvik edilmesi, devletin sosyal alanlardan çekilmesi olarak lanse edilmiştir. Kısacası bu döneme damgasını vuran yeni-liberal stratejinin ana boyutları; *piyasa ekonomisi, küreselleşme ve özelleştirme*dir.

1980'ler boyunca dünya ekonomisinde temel bazı değişimler meydana gelmiş ve küreselleşme akımları göze çarpmıştır. 1990'lara gelindiğinde ise dünya çapında daha köklü olarak ekonomik, politik ve sosyal alandaki değişimler hızlı bir şekilde devam etmiştir ve bu bağlamda devletin, işletmelerin ve vatandaşların rolleri ciddi anlamda sorgulanmaya başlanmıştır (Yıldırım 1999b).

Son sağlık reformları, piyasa yönelimli çeşitli düzenlemeler yoluyla sağlık bakımı piyasasında sunulacak mal ve hizmetlerin kişilerce daha verimli, eşit ve kaliteli bir şekilde kullanılacağı varsayımı ve beklentisine dayanmaktadır. Dünyada görülen eğilim bu yöndedir (Yıldırım 1999a). İngiltere'de 1991'de görülen ve dahili piyasa kavramı ile ifade edilen reform çalışmaları buna örnek olarak verilebilir.

Bu değişimlerin Türkiye'deki yansımaları ise iktisadi ve sosyal anlamda 24 Ocak kararlarının alınması ve bunları takiben Türk Lirasının 1987'de konvertible (TL'nin diğer ulusal paralarla değiştirilebilir hale getirilmesi) hale getirilmesi, 5 Nisan 1994'de Türk Lirasının devalüasyonu ve sonrasında görülen özelleştirme çabalarıdır (Savran 1998). Ağustos 1999'da kabul ettiği bir anayasa maddesi değişikliğiyle "özelleştirme" kavramı cumhuriyet

tarhinde ilk kez Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda yer almıştır. Sağlık alanında ise 1990'da Dünya Bankası destekli olarak başlayan sağlık hizmetlerinde reform süreci ve sağlık hizmetlerinin özertleştirilmesi ve zamanla özelleştirilmesi çabaları örnek olarak verilebilir. Nitekim, Nisan 1997'de Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün hazırladığı ve dönemin hükümetine sunduğu yasa tasarısı taslağı ve gerekçelerinde (s 13, md 20) sağlıkta özelleştirme çalışmaları söz konusudur (SB 1997).

Globalleşen dünyada SSCB'nin çöküşü ile birlikte süper bir güç olarak yalnız kalan ABD dünya üzerinde üç tür role (bu roller yapısal olarak globalleşme argümanlarıyla da örtüşmektedir) soyunmuştur. Bunlar; siyasal rol, kültürel rol ve ekonomik roldür. İlk iki rolün sorgulanması makalenin amacını aşacağı ve kısmen de ilk iki rolün üçüncü rolden elde edilecek faydanın maksimize edilmesi amacına hizmet etme gibi bir fonksiyon da üstlenmesi nedeniyle burada sorgulanmayacaktır. Ancak ABD dünya üzerindeki ekonomik rolünü icra ederken de temelde, yönetimlerinde ağırlıklı bir şekilde söz sahibi olduğu uluslararası kuruluşları (IMF, DB vb) kısmen de olsa bir araç olarak kullanmaktadır. Bu araçlar fonksiyon icra ederken çeşitli ekonomik gerekçelere dayalı olarak 1980'lere doğru YUP'u gündeme getirmişlerdir. İzleyen bölümde YUP kavramı ve gerekçeleri ve kavramlar üzerinde durulacaktır.

V. YAPISAL UYUM PROGRAMLARI KAVRAMI, GEREKÇELERİ ve DAYANAKLAR

5.1. Yapısal Uyum Programları: Nedir ve Nasıl Çalışır?

Kapitalist ekonomik düzende ekonomisi açık veren ülkeler bu açıklarını kapatabilmek ve uzun dönemde ekonomik büyümeyi gerçekleştirebilmek için ağırlıklı olarak özel sermayeye ihtiyaç duymakta ve bu amaca hizmet edecek şekilde mevcut açıklarını kapatabilmek için de temelde iki strateji ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bunlardan birincisi *içsel borçlanma* (yani vatandaşlarından borçlanmak), ikincisi de *dışsal borçlanma* olmak üzere uluslararası finans çevrelerinden (devletler, IMF, DB ve uluslararası ticari bankalar) borçlanmaktır (Peabody 1996). Evgin (1996a; 1996b); bütçe açıklarının giderilmesi, savunma giderleri için finansman sağlanması, ekonomik dengeyi sağlayıcı ve koruyucu etkiler, büyük yatırımlar ve reformların finanse edilmesi, kaynak dağılımı ve kullanımında etkinlik

sağlayıcı etkiler yaratılması, tasarrufların belirli yatırımlara kanalize edilmesinin amaçlanması, vadesi gelmiş borçlara finansman sağlanması ve olağanüstü harcamaların (doğal afetler, savaş vb) karşılanması gibi nedenlerden dolayı devletlerin iç ve dış borçlanmayı gerçekleştirdiklerini belirtmektedir.

Özellikle gelişmekte olan ülkeler içsel kaynakların yetersizliği dolayısıyla ağırlıklı olarak dışsal borçlanma tercihiyle karşı karşıyadır. Örneğin 1985'de üçüncü dünya ülkelerinin uluslararası ticari bankalardan ve diğer özel kuruluşlardan borçlanma oranı toplam borçlanmanın %49'unu, 1994'de üçüncü dünya ülkelerinin IMF, DB gibi kuruluşlardan aldıkları borç oranı toplam borçlanmanın %35'ni oluşturmaktadır. Dahası bu oranlar sonraki yıllarda daha da büyüyerek IMF ve DB gibi kuruluşlardan alınan borçlar için %51 gibi yüksek bir orana ulaşmıştır (Peabody 1996).

Ancak borç veren (gelişmiş ülkeler) ile borç alan (gelişmekte olan) ülkeler arasındaki ödemeler dengesi bozulmuştur. Ortaya çıkan bu ödemeler dengesindeki bozukluklar başlangıçta daha fazla borçlanma yoluna gidilerek düzeltilmeye çalışıldıysa da bu beraberinde başka çıkmazlara, örneğin reformların ertelenmesine ve borçların vadesi geldiği halde ödenmemesine ve daha uzun dönemli borçlanmalara neden olmuştur. Örneğin Latin Amerika'da hiper enflasyon oluşmuş ve %300'lerin üzerine çıkmıştır. Bu gelişmeler Latin Amerika'daki vergilemenin ve yatırımların etkililiğini önemli ölçüde sınırlamıştır. Aynı şekilde Afrika'da ticari ilişkilerdeki bozulmalar, negatif ekonomik büyümeye, üretimin dibe vurmasına ve döviz darboğazına yol açmıştır (Foster et al. 1994; Peabody 1996).

Ekonomik koşulların, sürekli olarak değişen ve ortaya çıkan yeni durumlara cevap vermesi gerektiği kabul gören genel bir önerme olmasına rağmen "yapısal uyum (structural adjustment)" kavramı daha ziyade IMF ve DB'nin 1974-1979 yılları arasında petrol fiyatlarında, 1975'de de mal fiyatlarında meydana gelen artışlar sonucu gelişmekte olan ülkeler için önerdikleri programlar için ortaya çıkan bir kavramdır.

Loewenson (1993); 1980'lerde Asya, Orta ve Güney Amerika ülkelerinden bir çok ülkenin ve 40'ın üzerinde Afrika ülkesinin DB ve IMF'nin güdümündeki YUP'u benimsediklerini ve uygulamaya koyduklarını belirtmektedir.

Dünyadaki özel yatırımcılar veya borç verenler üçüncü dünya ülkelerinin içinde bulunduğu kriz durumunun basit bir borç krizi durumundan ibaret olmadığını ve çok ciddi makro ekonomik krizle karşı karşıya olduklarını dile getirmişlerdir. Bu yüzden borç veren durumundaki DB ve IMF gibi kuruluşlar borçlu ülkelerin aldıkları borç paralar karşılığı ekonomilerini düze çıkaracak bir dizi reform paketlerini garanti etmelerini talep etmişlerdir (Peabody 1996).

Geleneksel olarak IMF, ödemeler dengesi sıkıntısı çeken ülkelerin borçlarını ödemede kolaylık sağlamak ve ekonomilerinde görülen geçici istikrarsızlıkları hafifletmek ve/veya ortadan kaldırmak için söz konusu ticaret ortakları olan ülkelere borç vermektedir. Bu borçlar stand-by agreement (destekleme yardım kredisi anlaşması) kredileri olarak adlandırılmaktadır. Ancak IMF 1980'ler boyunca ülkelerin ekonomilerinde meydana gelen borç krizlerini ülkelerin *doğru ekonomik politikalar izlememesine* bağlamıştır. IMF'ye göre izlenen yanlış ekonomik politikalar ülkeleri bu duruma getirmiştir. Bu durumdan kurtulabilmenin yolu da ülkelerin gerek ekonomik ve gerekse sosyal hayatta ciddi anlamda yapısal reformları gerçekleştirebilmeleri olarak görülmektedir. Yapısal reformların da bir dizi yapısal uyum programları çerçevesinde yapılması önerilmektedir. Yapısal uyum nasıl tanımlanmaktadır?

Yapısal uyum; *ekonomik büyüme üzerindeki negatif şokların (enflasyon, bütçe açıkları, dış ödemeler açığı, borç düzeylerindeki dengesizlikler) etkilerini hafifletmek veya elimine etmek için ulusal ekonominin değiştirilmesi süreci ve/veya yeni ekonomik fırsatlardan avantajlar elde etme süreci olarak ifade edilebilir.* Yapısal uyum konusunda öne sürülen temel önerme; "politikalarda sağlanacak uygun ve doğru değişimler fakirliği hafifletici ve gelişmeyi artırıcı ekonomik büyümeye yol açabilir" şeklinde ifade edilmektedir (Genberg 1993; Peabody 1996).

Uluslararası finans çevrelerinin (IMF, DB gibi) borçlarını ve bu borçlarının faizlerini tahsil etmek ve kasalarındaki paralara yeni müşteriler bulmak amacıyla ortaya koydukları ve empoze etmeye çalıştıkları bir nevi yeniden borçlandırma politikalarından oluşan ve acı reçeteler içeren yapısal uyum programlarının ne olduğu ve nasıl çalıştığı bu şekilde verildikten sonra, bu programların uygulanabilmesi için de çeşitli politika araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Aşağıda bu araçlar üzerinde durulmaktadır.

5.2. Yapısal Uyum Programları Politika Araçları

YUP yanlıları, DB ve IMF'nin himayesindeki YUP'un; ödemeler dengesini başarılı bir şekilde yönetebilme ve sürdürülebilir, mali açıkları düşürebilme veya kapatabilme, ekonomik verimliliği artırma, özel sektör yatırımlarını ve ihracat yönlü üretimi teşvik etme gibi bir çok yararı olabileceğini savunmaktadırlar. Burada sayılan yararları sağlamak amacıyla da YUP çerçevesinde önerilen politika araçları temelde aşağıdaki alanlarda yoğunlaşmaktadır. Bunlar (Campino 1993; Genberg 1993; Gilson, Mills 1995; Foster et al. 1994; Kolko 1999; Loewenson 1993; Peabody 1996; Sahn, Bernier 1995; Sen, Koivusalo 1998; Soyer1998a; Soyer1998b):

1. Kamusal harcamaların kısılması,
2. Devalüasyon,
3. Devletin küçülmesi (özelleştirme),
4. Kamu hizmetleri için kullanıcı katkıları ve
5. Ticaretin liberalleştirilmesi.

Borç veren durumundaki kuruluşlar (DB, IMF) söz konusu ülkelerde bu yapısal uyum programları politika araçlarına dayalı olarak yapısal uyum borçları (YUB) önermektedirler. Özellikle 1982 yılından bu yana DB gelişmekte olan ülkelerde YUB temelli istikrar programları ve politikaları önermektedir. YUB iki genel amaca sahiptir:

1. Ekonomik reformların gerçekleştirilmesi ve sürdürülmesi için gelişme desteği sağlamak ve;
2. YUP'un uygulanması sürecinde politika araçlarının etkilerinden nüfusun kolay zarar görebilecek kesimlerini olabildiğince korumaktır (Peabody 1996).

Yukarıda kısaca belirtilen YUP politika araçlarının uygulanmasının bir çok sosyo-ekonomik etkileri vardır. İzleyen bölümde bu konular üzerinde durulacaktır.

VI.YAPISAL UYUM PROGRAMLARININ SOSYO-EKONOMİK ETKİLERİ

6.1. Yapısal Uyum Programlarının Genel Etkileri

Yapısal uyum programları politika araçlarının potansiyel ekonomik ve sosyal etkilerini açmak gerekirse, özellikle de devletin mal veya hizmetler için

yaptığı harcamaların ve özellikle ithal edilen mallar için *toplam talebin kısılması* söz konusudur. Bu adım, paranın devalüasyonunu ve para arzının düşürülmesini gerektiren bir politikadır. İç tüketimin kısılması ve talebin düşürülmesi neticesinde ihraç edilen mallarda artışın, ülkeye daha fazla döviz girişi sağlamaya ve dolayısıyla ekonomik büyümeye neden olacağı düşünülmektedir. Bu ise özellikle gelişmekte olan ülkelerde işgücünün daha düşük maliyetlerle üretime katılması anlamına gelmektedir. Diğer bir strateji ise devletin ekonomik politikalarının ve kurumlarının değişimini içermektedir. Bu stratejinin anlamı devletin şimdiye kadar sürdürdüğü belirli fonksiyonlarını ve bu fonksiyonlarını sürdürürken sahip olduğu kamu kurum ve kuruluşlarının bir çoğunu özel sektöre devretmesinden başka bir şey değildir. Bunun altında yatan temel faktör; kamu himayesindeki kurum ve kuruluşların verimsizliğin, kalitesizliğin temel nedeni olarak görülmesidir (Foster et al. 1994; Peabody 1996).

Ekonomik açıdan olaya bakıldığında öngörülen ve uygulanan kimi programların "*geleceği kazanmak için şimdiden acı çekme*" adına kabul edilebilir olduğunu söylemek olanaklı olabilir. Örneğin uzun vadede işgücü piyasasının genişletilmesi (yeni istihdam alanları yaratma) uğruna kısa dönemli işsizlikteki artışlar (örneğin geçici işçi çıkarmalar) makul görülebilir veya kısa dönemli yiyecek fiyatlarında meydana gelen yükselmelerin sebep olduğu reel gelirdeki düşüşler daha fazla ticaret ve üretim ve bunun sonucu ödenecek ücretlere yapılacak yüksek ödemeler adına kısa dönemde katlanılabilir. Başka bir ifadeyle bazı makro ekonomik reformlar kısa dönemde acı çekmeye neden olabilir. Bu kısa dönemli acılar uzun vadede elde edilecek ekonomik çıktılar adına çekmeye değer olabilir (Peabody 1996).

Ancak bu çerçevedeki konular hala tartışmalı konulardır. Bazı sektörler açısından geleceğin kazanımı için şimdiden acı çekmek kabul edilemeyebilir. Çünkü bu tür sektörlerde şu anda çekilen ızdıraplar, katlanılan güçlükler, maliyetler gelecekte sağlanacak çıktılar ve gelişmelerle her zaman telafi edilemeyebilir. Bu sektörlerin en başında da *sağlık sektörü* gelmektedir. Sağlıkta bu tür tercihler genel olarak kabul edilemez. Örneğin eğer bir çocuk kötü beslenen bir anneden dünyaya geldiyse ve sırf bu yüzden sağlıklı değilse bu çocuğun sağlığı tam anlamıyla yeniden kazanılamayacaktır (Peabody 1996).

Loewenson, (1993) YUP'un uygulanması neticesinde özellikle toplumun fakir kesimlerinde reel gelirlerin düştüğünü, yaşam maliyetlerinin arttığını, sosyal hizmetlerdeki kamu harcamalarının sınırlandırılması sonucu fakir kesimlerinin yaşam standartlarında önemli ölçüde düşüşler meydana getirdiğini belirtmektedir.

YUP genelde sosyal sektörleri (özellikle de sağlık, eğitim vb gibi) etkilediğinden aşağıda ağırlıklı olarak YUP'un sağlık üzerinde olan etkileri konusundaki tartışmalara yer verilecektir.

6.2. Yapısal Uyum Programlarının Sağlık Üzerine Olan Etkileri

YUP'un sağlık üzerine olan etkileri ile ilgili analizler yapılırken temelde iki yaklaşımdan yararlanılmaktadır. Bunlardan birincisi sağlık sisteminin kendi içerisindeki dinamikler yardımıyla analiz etme (birinci analiz yaklaşımı), ikincisi ise IMF ve DB yapısal uyum stratejilerini benimseyip reformları uygulamaya koyan ülkelerin genel göstergeleriyle, IMF ve DB'nin stratejilerini benimsemeyen ülkelerin göstergeleriyle karşılaştırma yapmaktır. Ancak ikinci yaklaşım yardımıyla ortaya çıkacak sonuçlardan hareketle genellemeler yapmak üç temel nedenden dolayı zordur. Bunlar (Peabody 1996):

1. Çoğu gelişmekte olan ülkelerde sosyo-ekonomik veriler çok sınırlıdır veya hiç yoktur.
2. Her bir ülkedeki ekonomik sistem ve sağlık sistemi farklı özelliklere sahiptir. Sosyal alanda karşılaştırma yapma olgusunun doğasında güçlükler vardır.
3. Sebep-sonuç sürecinde ortaya çıkacak problemler olarak sayılabilir.

Genberg (1993) YUP'un sağlık sektörü üzerine olan etkilerini tespit etmek için; gelir dağılımı ve yoksulluk, sağlık sektöründe devlet harcamaları, sağlık hizmetlerinin maliyeti, alt yapı yatırımı ve eğitim gibi konuları incelemek gerektiğini belirtmektedir.

6.3. Yapısal Uyum Programları Sağlık Bakımını Nasıl Etkilemektedir?

YUP programlarının sağlık bakımı üzerinde hem *direkt* hem de *endirekt* olarak etkileri söz konusudur (Peabody 1996). Bu etkiler aşağıdaki Tablo 1'de sistematik olarak görülmektedir.

Tablo 1. Yapısal Uyum Programlarının Sağlık Üzerine Olan Etkileri

DİREKT ETKİLER	ENDİREKT ETKİLER
<ul style="list-style-type: none">• Sağlık hizmetleri ve maliyetleri üzerine olan etkiler	<ul style="list-style-type: none">• Finansal Etkiler<ul style="list-style-type: none">⇒ İşsizlik artışı⇒ Sosyal hizmet alanlarında devletin katkısı zamanla azalır
<ul style="list-style-type: none">• Sağlık statüsü üzerine olan etkiler	<ul style="list-style-type: none">• Finansal olmayan etkiler (suçların, yasadışı olayların, göçlerin ve bulaşıcı hastalıkların zamanla artması)
<ul style="list-style-type: none">• Sağlıkın diğer girdileri vasıtasıyla YUP'un sağlık üzerine olan etkileri<ul style="list-style-type: none">⇒ Beslenme⇒ Barınma⇒ Eğitim⇒ Çevre	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık politikasında devletin sosyal sorumluluk fonksiyonu daraltılıp onun yerine sağlıkta bireysel sorumluluğun ön plana çıkarılması

Kaynak: Peabody J.W. 1996: 823-835'den derlenmiştir.

6.4. Yapısal Uyum Programlarının Sağlık Bakımı Üzerine Olan Direkt Etkileri

6.4.1. Yapısal Uyum Programlarının Sağlık Hizmetleri ve Maliyetleri Üzerine Olan Etkileri:

YUP'un sağlık üzerindeki direkt etkileri daha ziyade tıbbi hizmetlerin maliyetlerinin yükselmesi noktasında ortaya çıkmaktadır. Devlet, mal ve hizmetlerin harcamalarında kısıtlamaya gittiği zaman, tüketiciler (hastalar) ya özel sektörden kendi ceplerinden bedelini ödeyerek veya kamu tarafından desteklenen kamusal sağlık hizmetleri sunum birimlerinden yine kendi cebinden çeşitli adlar altında (katkı payları, hasta ücretleri vb) bedelini ödeyerek hizmet almak zorunda kalırlar. Arta kalan kamusal güdümlü sağlık hizmetleri sunum organizasyonları da; mevcut konjonktürel süreçten etkileneceklerinden kalitesiz ve yetersiz sağlık hizmetleri üreten konumuna düşecektir. Bu noktada öne sürülen varsayımlardan birisi, hizmet kalitesinin bozulması nedeniyle hastaya yüklenen direkt maliyetlerin yükseleceğidir. Bu noktada maliyet kazanım stratejileri devreye sokulacak ve bunlar da hastaya yüklenecektir (Genberg 1993; Peabody 1996).

Bazı programlar örneğin kullanıcı katkıları, kolay zarar görebilecek nüfus gruplarının ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerini kullanmalarını olumsuz yönde etkileyebilir. Benzer şekilde özellikle gelişmekte olan ülkelerde dışa bağımlılık yüzünden ülke parasının devülasyonu neticesinde ithal teknolojinin ve ilaçların maliyetleri de yükselecektir. İthalat kotaları yükselecek ve ithalat teşvikleri de azalacaktır (Genberg 1993; Peabody 1996).

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık statüsünün bozulmasına karşın sağlık sektörü harcamaları (özellikle kamunun harcamaları) YUP uygulamaları çerçevesinde azaltılmaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi YUP'un temel argümanlarından birisi de özellikle sosyal sektörlerdeki (örneğin sağlık) kamusal harcamaların kısılmasıdır (Loewenson 1993; Genberg 1993). Örneğin sağlıkta kişi başına harcama, Jamaika'da %40, Gana'da %23, Brezilya'da %8 düşmüştür. Bu kamu harcamalarının düşürülmesi ise DB'nin 1987 yılında yaptığı ve yayınladığı bir çalışma ile gündeme gelen talep yönlü maliyet kazanımı (cost recovery) politikaları çerçevesinde öngörülen kullanıcı katkıları (user charges) ile ilgilidir. Kullanıcı katkıları hem hekim hizmetlerinde hem de ilaç kullanımlarında geçerli olan ve mal ve hizmet bedellerinin bir kısmını kullanıcı (hasta) üzerine yığan bir sistemdir. Bu tür bir uygulama özellikle toplumun kolay zarar görebilen kesimlerinin (düşük gelirli nüfus grupları/fakirler, kadınlar, çocuklar ve yaşlılar) ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerine ve ilaçlara ulaşabilirliklerini sınırlayabilmektedir. Örneğin Mozambik'te 1986-87 yılları arasında kullanıcı katkıları yüzünden poliklinik kullanımlarının %24 oranında azaldığı tespit edilmiştir (Loewenson 1993).

Kamusal harcamaların azaltılması yoluna gidilmesi, çalışanları da olumsuz yönde etkilemektedir. Çünkü maaş artışları genelde yiyecek fiyatları, petrol fiyatları ve enflasyon artışlarının gerisinde kalmaktadır. Dolayısıyla bu kesimlerin reel alım güçleri de olumsuz olarak etkilenmekte kamu sektöründe çalışanlar maaşlarının düşüklüğü nedeniyle ek gelir elde etmek için ikinci bir işte çalışmak zorunda kalmaktadır. Bu durum enerjilerinin bölünmesine, verimlilik ve etkililiklerinin azalmasına yol açabilmektedir (Loewenson 1993).

Diğer taraftan, çalışanların ücret, çalışma koşullarının ve olanaklarının iyileştirilmemesi nedeniyle özel sektöre, diğer ülkelere, döner kuruluşlara önemli ölçüde beyin göçü olmaktadır (Loewenson 1993).

6.4.2. Yapısal Uyum Programlarının Sağlık Statüsü Üzerine Olan Etkileri:

Sen ve Koivusalo (1998) YUP politika araçlarının uygulanması sonucu özellikle nüfusun kolay zarar görebilecek kesimlerinin sağlık statülerinin bundan olumsuz bir şekilde etkilenebileceğini belirtmektedir. Loewenson da (1993) "kemer sıkma politikalarını" içeren YUP'un uygulanması neticesinde bir toplumun önemli sağlık göstergelerinden olan bebek ve çocuk sağlığının da olumsuz yönde etkilendiğini kaydetmektedir. Yazar bebek ölüm hızlarının (BÖH) Afrika'da YUP'un uygulanması neticesinde gittikçe arttığını rakamsal olarak ortaya koymaktadır. Bu hızlar aşağıdaki tablodan da açıkça görülebilmektedir. Yazar ayrıca Afrika ülkeleri YUP'u uygulamaya koyduklarından bu yana özellikle kentsel ve kırsal alanlardaki fakir kesimlerde ölümlerin ve hastalıkların arttığını belirtmektedir. Bebek ölüm hızlarının yıllara göre değişimi Tablo 2'de görülmektedir.

Ancak bu tablodaki değerler BÖH'nı etkileyen diğer tüm faktörler sabit tutulduğunda oluştuğu takdirde YUP ile BÖH arasında güçlü bir ilişki olduğu ileri sürülebilir. Diğer faktörler sabit tutulmadan bu tablo elde edilmesi durumunda Loewenson'un (1993: 722) tespitlerine katılmak doğru olmayabilir. Çünkü BÖH'ün düşüklüğü veya yüksekliliği çok çeşitli faktörlerin bir fonksiyonudur. Makalenin amacını aşacağı için burada bu faktörlere değinilmeyecektir.

Tablo 2. IMF/DB Programlarını Uygulayan Bazı Ülkelerde Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızları

Ülkeler	Bebek Ölüm Hızları			Yüzde Değişme 1980-85
	1965	1980	1985	
Etyopya	165	146	168	+15,1
Mali	200	154	174	+26,5
Madagaskar	vy	71	109	+53,5
Uganda	121	97	108	+11,3
Tanzanya	138	103	110	+6,8
Somali	165	146	152	+4,1
Kenya	112	87	91	4,6

Kaynak: Loewenson 1993: 722

vy: veri yok

6.4.3. Yapısal Uyum Programlarının Sağlık Diğer Girdileri Vasıtasıyla Sağlık Statüsü Üzerine Olan Etkileri:

Beslenme, barınma, eğitim, çevre, temiz su vb. faktörler sağlığın temel girdileri ve belirleyicileri arasındadır.

Beslenme: Sağlık veya sağlık statüsü daha önce de belirtildiği gibi sadece tıbbi bakım mal ve hizmetlerinin bir fonksiyonu değildir. Tıbbi bakım mal ve hizmetler, sağlığın girdilerinden sadece bir tanesidir. Sağlığın temel girdilerinden birisi de "beslenme"dir. Özellikle de gelişmekte olan ülkelerde beslenme için kamunun verdiği desteğini çekmesi kısa dönemde yiyecek fiyatlarının artmasına neden olacak ve bu oluşumda nüfusun fakir özellikle kadın ve çocuk kesiminde beslenme bozukluklarına ve bu beslenme bozuklukları da bozuk sağlığa neden olacaktır. Aynı şekilde bu döngü diğer alanlarda da ortaya çıkacaktır (Genberg 1993; Sahn, Bernier 1995; Peabody 1996).

Beslenme ve yiyecek güvenliği bir nüfusun sağlığına katkıda bulunan temel unsurlardan ikisini teşkil etmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi, YUP'un temel argümanlarından birisi de üretimi teşvik için ihracata konu malların fiyatlarını yükseltmektir. Ancak bu önlem fakir nüfus kesimlerinin alım gücünü daha da zayıflatmaktadır. Ayrıca devlet tarafından teşvikler kapsamında verilen zirai krediler de fakir çiftçiler tarafından kullanılamamaktadır. Ücretlerin düşürülmesi, artan fiyatlar (özellikle yiyecekler için), devletin sosyal alanlara yaptığı katkıyı azaltması fakir kesimlerin temel ihtiyaçlarını bile karşılayamamaya kadar dayanmıştır. YUP'un uygulanması sonucu temel yiyeceklerin temininin nüfusun belirli kesimleri için ulaşılamaz bir düzeye erişmesi bu kesimlerde özellikle de çocuklarda kronik yetersiz beslenme hastalıklarına neden olduğu belirtilmektedir. UNICEF tarafından YUP'un uygulandığı 10 ülkede bu programların sağlık üzerine yaptığı etkilerinin incelendiği bir araştırmada, bu 10 ülkenin 8'inde çocukların beslenme statülerinde bir düşme olduğu saptanmıştır. Örneğin Zambiya'da YUP'un en yoğun olarak uygulandığı 1980-1984 yılları arasında kötü beslenmeden dolayı meydana gelen hastane ölümlerinin 0-11 yaş grubunda %2'den %6'ya; 1-4 yaş grubunda ise %38'den %62'ye çıktığı tespit edilmiştir (Loewenson 1993).

Eğitim: Özellikle temel eğitim sağlığı etkileyen önemli alanlardan birisidir. Kamunun kamu eğitim hizmetlerindeki harcamaları kısması durumunda,

toplumun bazı kesimleri eğitimsiz kalabilecektir. Eğitim ile özellikle de kadın kesimin okur-yazarlık durumu, çocukların eğitimi ve fiziksel olduğu kadar ruhsal ve sosyal açıdan da sağlıklı bir fert olarak yetişmesinde çok önemli bir girdidir.

Eğitim ve beslenmenin yanısıra sanitasyon, temiz su sağlanması, güvenli yol yapımı ve bunun gibi alanlarda devlet kamusal harcamaları kısarsa, sağlık ve nüfusun sağlık statüsü de bundan olumsuz etkilenebilecektir (Genberg 1993; Peabody 1996).

6.4.4. Yapısal Uyum Programlarının Sağlık Üzerinde Dolaylı Etkileri:

YUP'un sağlık üzerinde üç genel dolaylı etkisinden söz edilebilir:

⇒ Finansal etkiler (işsizlik artışı, ucuz işgücü, düşük ücret, düşük gelir, kötü sağlık, sosyal alanlarında devletin desteğinin zamanla azalması).

⇒ Finansal olmayan etkiler (suçlar, yasadışı olaylar, göçlerin ve bulaşıcı hastalıkların artışı).

⇒ Sağlık politikası üzerindeki etkileri (sosyal gruplar arasında eşitsizlik, sosyal gerginlik).

6.4.5. Yapısal Uyum Programlarının Finansal Etkileri:

YUP'un sağlık üzerine olan dolaylı etkileriyle ilgili tartışmalar genellikle makro ekonomik değişimlerin nüfusun bazı kesimleri için; düşük gelire veya mal ve hizmetlerin fiyatlarında artışlara neden olacağı, dolayısıyla söz konusu kesimlerin reel alım güçlerinin azalacağı konuları etrafında dğümlemektedir (Peabody 1996; Sen, Koivusalo 1998).

Toplumun fakir kesimi için reel gelirin; ücretlerin düşüklüğü ve ticari malların fiyatlarındaki artışlar nedeniyle, kısa dönemde düşeceği söylenebilir. Örneğin kırsal kesimde çalışan veya mevsimlik olarak çalışan işçilerin iş gücü bedelleri, yüksek işsizlik nedeniyle düşük ücretle de olsa işsizlerin birbirini ikame etme hızları artacağından sermaye sınıfı tarafından mümkün olduğunca düşük tutulacaktır. Düşük ücret, düşük gelir, daha da yetersiz beslenme, daha az eğitim, daha kötü barınma şartları ve beraberinde de bozuk sağlığı getirecektir (Peabody 1996). YUP'un Hindistan ve Zimbabve'de uygulanması neticesinde kadınların daha düşük ücretle daha uzun süre çalıştıkları, gıda ve diğer kaynaklara ulaşabilirliklerinin azaldığı tespit edilmiştir. Ayrıca YUP'un uygulanması sonucu fakir ailelerin ekonomik ve sosyal şartlarının da daha da

kötüye gittiği tespit edilmiştir. Yapılan başka araştırmalarla da YUP'un çocuk sağlığı ve beslenmesi üzerinde de olumsuz etkileri olduğu ortaya konulmuştur. Diğer taraftan yoksulluğun ve sosyo-ekonomik eşitsizliklerin de bozuk sağlık statüsü ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Sen, Koivusalo 1998).

Paranın devülasyonu konusu da sağlığı hem dolaysız hem de dolaylı olarak etkileyen konular arasında tartışılmaktadır. Bilindiği gibi DB ve IMF'nin YUP veya YUB çerçevesinde önerdiği temel politikalarından birisi de söz konusu ülkenin ulusal parasının diğer ulusal paralara göre değerinin düşürülmesi yani devalüe edilmesidir. Eğer para devalüe edilirse ülkenin ihracatı artacak ve ülkeye döviz girecek ve bütçe açıkları da kapatılabilecektir. Bu strateji ihracata konu malların talebinin esnek (fiyat düşerse talep artar) olduğu ülkelerin mal ve hizmet pazarlarında etkili olabilir. Ancak gelişmekte olan ülkelerin uluslararası mallar konusundaki talepleri genellikle esnek değildir (yani fiyatlar arttığı halde, talep miktarında önemli ölçüde düşüş yaşanmamaktadır). Bunun temel nedeni gelişmekte olan ülkelerin özellikle hammadde konusunda bağımlı durumda olmalarıdır. Aynı zamanda iç talep de (temel mal ve hizmetlerde) esnek değildir. Bu sağlığa nasıl yansır? Gelişmekte olan ülkeler teknolojik açıdan dış dünyaya bağımlı olduklarından paranın devalüasyonu neticesinde ekonomisi daha da çökmekte ve bu da sağlık ve diğer sektörlere de yansyabilmektedir (Peabody 1996).

6.4.6.Yapısal Uyum Programlarının Finansal Olmayan Etkileri:

Peabody (1996) YUP'un uygulanması neticesinde kırsal alanlarda suçların, yasadışı olayların göçlerin ve AIDS gibi bulaşıcı hastalıkların artacağını belirtmektedir. Özellikle Sahra-Altı Afrika'da nüfusun önemli bölümünün sağlık durumunun kötüleştiği ve bu kötüleşmenin YUP sonucunda gerçekleştiği; Mozambik ve Zambiya'da yiyecek fiyatlarına bağlı artışın neden olduğu yetersiz beslenmenin hastaneye yatan çocukların yatışında artışlara yol açtığı; sağlık harcamalarındaki kesintilerin 1990-1992 yılları arasında yaklaşık 14 ülkedeki polio aşılama düzeyini %10'dan fazla düşürdüğü; Nijerya'da sağlık alanındaki -özellikle doğum öncesi bakım ile ilgili- kesintiler nedeni ile doğum/gebelik durumlarındaki acil olaylar ve komplikasyonların arttığı; Zimbabve'de azalan kamu sağlık harcamalarını hastalardan alınan "katkı payları" ile artırma tercihinin, sağlık kurumlarından para nedeni ile yararlanamayanların sayısını artırdığı; Tanzania'da da bu "katkı payları"nın

zührevi hastalıklarda erken dönemlerde başvuruları azalttığı, bu nedenle AIDS ile mücadeleyi zorlaştırdığı saptanmıştır (Aktaran, Soyer 1998a).

6.4.7. Yapısal Uyum Programlarının Sağlık Politikası Üzerine Olan Etkileri:

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık reformları, sektörel reform ve/veya yapısal uyum programları himayesinde gerçekleştirildiği için YUP'un dayandırıldığı ve ağırlıklı olarak da özel sektörün göreceli ağırlığının artırıldığı, devletin sağlıktaki rollerinin sınırlandırıldığı ve rasyonelleştirilmesinin de ödeme gücüne göre yapıldığı politika araçları devreye girmektedir (Sen, Koivusalo 1998). Böyle bir ortamda sağlık politikası belirleme ve uygulama süreçleri de doğal olarak bu araçlara dayanmaktadır.

Loewenson (1993) YUP'un uygulanmasının sağlık politikaları üzerine olan etkilerini aşağıdaki gibi ifade etmektedir:

1. Sosyal eşitliğin ve toplumsal değerlerin eşlik ettiği sürdürülebilir bir sağlık politikasının yerini YUP'un eşlik ettiği bir dizi sağlık sektörü politikaları almaktadır.
2. YUP'dan etkilenen toplum ile politika oluşturucular arasında çok derin bir uçurum oluşmakta ve bu uçurum da sosyal gerginliğe ve sosyal gruplar arasında eşitsizliğe neden olmaktadır.
3. Bir hak olarak görülen sağlık (eşitliğin doğasında var olduğu anlamıyla) zamanla değişerek bir mal olarak ele alınmaktadır.
4. Yukarıdaki maddelere dayalı olarak sağlık sektöründeki politik tartışmaların talep oryantasyonlu (toplumun ihtiyaçlarına dayalı olarak bu ihtiyaçların daha verimli, etkili ve uygun olarak nasıl karşılanabileceği tartışmaları) tartışmalardan arz oryantasyonlu (ne tür hizmetlerin daha ödenebilir ve maliyet etkili olduğu tartışmaları) tartışmalara doğru bir kayış söz konusudur.
5. Sağlıkta dayanışma ilkesi temelinde anlam bulan toplumsal sorumluluk yerine serbest piyasa ekonomisi eğilimini yansıtan bireysel sorumluluk ön plana çıkmaktadır.

Ancak YUP'un fikir babalığını yapan Dünya Bankası zamanla YUP'un olumsuz yönleri karşısında gelen sosyal direniş ve gerginlikleri minimize veya bunları bertaraf etmek için YUP'un sosyal boyutuna işaret ederek ortaya

Yapısal Uyumun Sosyal Boyutları (YUSB) denen kavramı ortaya atmıştır. Bu kavramı “Sosyal Acil Fonu ve Sosyal Yatırım Fonu” kavramları ile dile getirenler de söz konusudur. YUSB ile, YUP uygulanırken “geçiş zorluklarından” fakir ve nüfusun kolay zarar görebilecek kesimlerini en az zararla korumak amaçlanmaktadır. YUSB çerçevesinde temelde iki önlem göze çarpmaktadır. Bunlar; 1) işten çıkarılan işçiler için eğitim ve istihdam programları, kırsal ve kentsel alanlardaki işsizler için düşük ücretli kamu işlerinde istihdam projesi ve 2) toplumdaki dezavantajlı gruplar (kırsal ve kentsel fakirleri de içeren, yaşlılar, çocuklar ve kadınlar) için ağırlıklı olarak eğitim ve sağlık masraflarını kısmen de olsa karşılamak (Campino 1993; Loewenson 1993). Ancak bu geçiş süreci ve bu süreçteki geçiş zorlukları toplumdaki dezavantajlı gruplar adına ağırlıklı olarak değişmediği için sosyal eşitsizliğin ve bozuk sağlığın da temelini oluşturmaya devam etmektedir.

VII. TÜRK SAĞLIK POLİTİKASI REFORMLARI VE YAPISAL UYUM PROGRAMLARI: BAZI SAPTAMALAR

DB ve IMF'nin özellikle gelişmekte olan ülkeler için önerdiği ve sosyal alanlarda kamusal harcamaların kısılması, özelleştirme, kullanıcı katkıları gibi politika araçlarına dayalı YUP ve YUB ağırlıklı olarak 1987 yılında yayınlanan “Health Financing in Developing Countries: An Agenda for Reform” (WB 1987) adlı çalışmada açıkça ortaya konulmaktadır. Bu çalışmada özellikle arka kapıdan özelleştirme olarak değerlendirilen “kullanıcı katkıları” gündeme getirilmektedir. Daha sonraları 1993'de yayınlanan “World Development Report Investing in Health” (WB 1993) adlı çalışmada gelen tepkiler karşısında kısmen de olsa politika değişikliğine giden ve yoksullar için “temel hizmetler paketi”nin devlet tarafından finanse edilmesini savunan DB esas özelleştirme politikasından vazgeçmemiştir.

Türkiye için ise DB 1990 yılında hazırladığı “Republic of Turkey Health Project” (WB 1990) adlı çalışmasıyla 1990'lı yılların başından itibaren Türk sağlık sektöründe YUP ve YUB temelli projeler (birinci, ikinci ve üçüncü proje) adı altında kredi desteği sağlamaktadır. Bu çerçevede nihai olarak Türk sağlık sisteminin sunum ve finansman unsurları kısmen de olsa özelleştirilmeye çalışılmaktadır (SB 1997). Türkiye'nin sağlıkta reform amacıyla şimdiye kadar proje kredi desteği adı altında DB'den aldığı toplam kredi yaklaşık olarak 240 milyon ABD dolarıdır (Türkiye DB'den birinci proje için 75 milyon dolar (Resmi Gazete 1990); ikinci proje için 150 milyon dolar

(Resmi Gazete, 1994) ve üçüncü proje için ise 14,5 milyon dolar (Resmi Gazete) borç almıştır. Ancak 1990'lı yılların başında başlayan Türkiye'nin sağlık hizmetlerinde reform çalışmalarının 10 yıllık geçmişine dönüp bakıldığında reformların çeşitli nedenlerden dolayı gerçekleşmediği ve DB'den alınan bu kredilerin hem finansal hem de alternatif maliyetinin çok yüksek olduğu ve zaten ağır olan borç yükünü daha da ağırlaştırdığı belirtilebilir.

Türkiye'nin sağlık sisteminde arzulanan hedeflere (toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi) ulaşabilmesi ve sağlıkta reformları başarılı bir şekilde yapabilmesi için; ülke gerçekleri göz önünde bulundurularak bu gerçeklere özgü politikaların tespit edilmesi, bu politika alternatifleri arasında bilimsel bilgiye dayalı bir seçim yapılması, bu seçimin yine bilimsel bilgi ışığında uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Bunun için de aşağıdaki şartların yerine getirilmesi gerekmektedir.

- Sürdürülebilir sağlık politikası hedeflerinin olması gerekir.
- Sağlık bakanlığının gerek kurumsal bazda ve gerekse istihdam ettiği kişiler bazında liderlik fonksiyonunu üstlenmesi gerekir.
- Bilgiye dayalı kararların alınması gerekir.
- Sektörlerarası işbirliği ve koordinasyon ilkesi benimsenmelidir.
- Politik ve ekonomik istikrar sağlanmalıdır.
- Ülke gerçeklerinin göz ardı edilmemesi gerekir.
- Kaynakların alternatif kullanımları bilimsel gerçekler ışığında şekillendirilmelidir.
- Uluslararası finans çevrelerinin 'arzın-talep yaratması' ilkesi çerçevesinde çalışmaları unutulmamalıdır.
- Özellikle sağlık alanında IMF ve DB gibi finans çevrelerinin sağlığa ilişkin politika araçlarının, ilaç şirketlerinin, özel sağlık sigortası şirketlerinin ve medikal şirketlerinin güçlü lobi faaliyetlerinin himayesinde şekillendiği unutulmamalıdır.
- Yapısal uyum programları çerçevesinde alınan yapısal uyum borçlarının bir kısır döngü oluşturduğu unutulmamalıdır. Çünkü uzun dönemde ülke ekonomileri borç verenler tarafından yönetilir hale gelebilir.

- Türkiye mümkün olduğunca cari işlemler açıklarını kapatmak ve vadesi gelen borçlarını ödemek için tekrar borçlanmaktan ve sağlıkta reformları gerçekleştirme adına açık finansman borçlanma politikalarından (DB'den bugün al yarın öde) vazgeçmelidir. Kredilerle yapılmaya çalışılan reformların bir muhasebesi yapılmalı, hedeflenen amaçlarla gelinen noktalar karşılaştırılmalıdır.

Her ne kadar sağlığın sektörler arası konumundan ve bir çok faktörün de bir fonksiyonu olmasından dolayı; YUP, istikrar programları vb değişkenler ile sağlık arasındaki ilişkiyi birebir ortaya koymak çok zor olsa da; yıllardır sağlık politikası, sağlık planlaması ve sağlık ekonomisi alanında oluşan bilgi birikimi YUP'un özellikle de toplumun belirli nüfus kesimlerinin sağlığını, eğitimlerini, beslenmelerini vb olumsuz bir yönde etkilediğini ve sağlık ile sürdürülebilir kalkınma arasında da kopukluklar meydana getirdiğini ortaya koymaktadır.

VIII. SONUÇ

Türkiye'de sağlık politikasına yön verenlerin Türkiye gerçeklerini, sağlık hizmetleri piyasasının özelliklerini ve eşitlik ilkesini göz ardı ederek sadece DB ve IMF'nin YUP politika araçları temelli olarak sağlık reformlarını gerçekleştirmeye çalışmaları Türk toplumunun sağlık statüsünü hem orta hem de uzun vadede tahrip edici nitelikte olabilecektir.

Aslında bir toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi için gerek hizmetlerin finansmanında, gerek hizmetlerin sunumunda ve gerekse de hizmetlerin regülasyonunda herkesin eşitlik ilkesi çerçevesinde hizmetlere ulaşabilirliğini ve hizmetleri kullanılabilirliğini sağlayıcı bir sağlık sistemi çerçevesi, sürdürülebilir sağlık politikası hedefleri ve araçları, 1978'de WHO'nun önderliğinde gündeme gelen Alma-Ata Bildirgesi'nde saklıdır.

Teşekkür

Makalenin ilk taslağını okuyup değerli katkılar yapan, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu Araştırma Görevlisi Menderes TARCAN'a teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

1. Buse K. and Walt G.(1996) "Aid Coordination for Health Sector Reform: A Conceptual Framework for Analysis and Assessment". **Health Policy** 38:173-187.

2. Campino A.C.C. (1993) "Social Emergency and Investment Funds in Latin America and the Caribbean". In: WHO **Macroeconomic Environment and Health With Case Studies for Countries in Greatest Need** Switzerland.
3. Evgin T. (1996a) "Dış Borçlarımız". **Hazine Dergisi** 4 (Ekim): 71-88.
4. Evgin T. (1996b) "Borçlanma ve Dış Borçlarımızda Yapılan Düzenlemeler". **Ekonomik Yaklaşım** 7 (23 Kış): 15-33.
5. Foltz A. M. (1994) "Donor Funding for Health Reform in Africa: Is Non-Project Assistance the Right Prescription"? **Health Policy and Planning** 9 (4): 371-384.
6. Foster S. et al. (1994) "Health Care Reform: The Issues and the Role of Donors". **The Lancet** 344 (July 16): 175-177.
7. Genberg H. (1993) "Macroeconomic Adjustment and the Health Sector: A Review". In: WHO **Macroeconomic Environment and Health With Case Studies for Countries in Greatest Need**, Switzerland.
8. Gilson L. and Mills A. (1995). "Health Sector Reforms in Sub-Saharan Africa: Lessons of the Last 10 Years". In: Berman P. (ed) **Health Sector Reform in Developing Countries. Making Health Development Sustainable**. Harvard University Press.
9. Kolko G. (1999) "Ravaging The Poor: The International Monetary Fund Indicted by Its Own Data". **International Journal of Health Services** 29 (1): 51-57.
10. Loewenson R. (1993) "Structural Adjustment and Health Policy in Africa". **International Journal of Health Services** 23 (4): 717-730.
11. Maynard A. and Bloor K. (1995) "Health Care Reform: Informing Difficult Choices". **International Journal of Health Planning and Management** 10: 247-264.
12. Peabody J. W. (1996) "Economic Reform and Health Sector Policy: Lessons From Structural Adjustment Programs". **Social Science and Medicine** 43 (5): 823-835.
13. Resmi Gazete (1990) 3057 TU Sayılı Birinci Sağlık Projesi İkras Anlaşması. 7 Ekim 1990 Tarihli ve 20658 Sayılı Resmi Gazete.
14. Resmi Gazete (1994) 3802 TU Sayılı İkinci Sağlık Projesi İkras Anlaşması. 22 Aralık 1994 Tarihli ve 22149 Sayılı Resmi Gazete.
15. Resmi Gazete (1997) 4201 TU Sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Projesi İkras Anlaşması. 7 Aralık 1997 Tarihli ve 23203 Sayılı Resmi Gazete.

16. Sahn D. and Bermier R. (1995) "Has Structural Adjustment Led to Health Sector Reform in Africa?" In: Berman, P. (ed) **Health Sector Reform in Developing Countries. Making Health Development Sustainable**. Harvard University Press.
17. Savran S. (1998) "Yeni Dünya Düzen(sizliği), Küreselleşme, Özelleştirme". İçinde: Soyer, Ata (yayına hazırlayan). **Yeni Dünya Düzeni ve Özelleştirmeler**. Türk Tabipler Birliđi Merkez Konseyi Ankara, Haziran: 7-19.
18. SB. (1997) **Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslağı ve Gerekeçleri**. T.C. Sağlık Bakanlığı Nisan.
19. Sen K. and Koivusalo M. (1998) "Health Care Reforms and Developing Countries - A Critical Overview". **International Journal of Health Planning and Management** 13: 199-215.
20. Soyer A. (1998a) "Küreselleşme"nin Sağlık Sonuçlarına Bir Tepki Daha: Dünya Tabipler Birliđi de Dünya Bankası Politikalarına Karşı Çıkıyor"! **Toplum ve Hekim**. Cilt 13, Sayı 3, Mayıs-Haziran: 167-169.
21. Soyer A. (1998b) **Kapitalizm, Sosyalizm ve Sağlık**. Özgür Üniversite Kitaplığı: 22, Öteki Yayınevi. Ekim.
22. Tsuda T. et al. (1994) "Primary Health Care in Japan and the United States". **Social Science and Medicine** 38 (4): 423-432.
23. WB. (1987) **Health Care Financing in Developing Countries: An Agenda for Reform**. Washington D.C.
24. WB. (1990) **The Republic of Turkey Health Project**. Washington D.C.
25. WB. (1993) **World Development Report 1993 Investing in Health**. Oxford University Press. Washington D.C.
26. Yıldırım H. H. (1999a) "Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları". **Amme İdaresi Dergisi** 32 (1): 123-134.
27. Yıldırım H. H. (1999b) "Sağlık Bakımında Tüketici Davranışları: Tüketici Davranış Endeksine Dayalı Bir Uygulama". **Amme İdaresi Dergisi** 32 (2): 69-102.