

Ekonomik kriz ve sağlık turizmi: Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi neden kuruldu?*

Ali Somel

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü, Samsun
e-posta: asomel@gmail.com
ORCID: 0000-0003-0082-5849

Özet

Ekonomik krizlerin ilk etkisini hissettirdiği alanlardan biri sağlık hizmetleridir. Temmuz 2018’de yasamayla Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi (USHAŞ) kuruldu. Son yıllarda krizlerle birlikte sağlık turizmi bir “fırsat” olarak görülmeye başlanmıştı. Sağlık turizmini geliştirmek, Türkiye’de ekonomik krize yol açan sorunlardan süregelen cari işlemler açığını azaltmak için döviz gelirlerini artırma amacı taşımaktadır. Öte yandan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın devamı olan kamu-özel işbirliğine dayalı şehir hastanelerinin kurulması, özel sektörün devlet garantisizle dışardan borçlanmasını artırmakta ve ekonominin döviz ihtiyacını artıran dış borç sorununu şiddetlendirmektedir. USHAŞ sağlık piyasasında şirketlere rehberlik etme amacı taşımakta ve kamu sağlık sisteminin sağlık turizmine kaydırılmasına hizmet etmektedir. Bunun sonucunda kriz koşullarında sağlık turizmi özel şirketlere “fırsatlar” sunarken ücretli emeğin sağlık hizmetine erişimini zorlaştıracaktır.

Anahtar kelimeler: Sağlık hizmeti, sağlık turizmi, ekonomik kriz, kamu-özel işbirliği.

JEL kodları: H12, I1, L32

“Öyle bir izlenim verse de, Başhekim Behrens, Berghof’un ne sahibi ne de başıydı. Üstünde ve arkasında görünmez güçler vardı ve idare heyeti ve anonim şirket bir dereceye kadar idarede görünüyorlardı. Hisse sahibi olmak hiç de fena olmayabilirdi çünkü Joachim’in güvenilir değerlendirmesine göre, doktorlara ödenen yüksek maaşlara ve masraftan kaçınılmasına karşın her yıl hissedarlara yüklü kârlar dağıtılıyordu. Demek ki yerin ruhu başhekimdi ama idare de dahil olmak üzere tüm düzenin en yüksek konumunda olmasına karşın

* Submitted/Geliş: 31.05.2019, Accepted/Kabul: 04.11.2020

bağımsız biri değil, yalnızca bir aracı, işlevselliği yürüten biri ve daha üst düzeydeki güçlerin bir bağlantısından öte bir şey değildi.”

Thomas Mann, *Büyülü Dağ* (1924)¹

1. Giriş

Krizler hiçbir zaman dar anlamda ekonomik dinamiklere dayanmaz. Birinci Dünya Savaşı'nın arifesinde geçen Thomas Mann'ın ünlü *Büyülü Dağ* romanı, Avrupalı seçkinlerin İsviçre'de bir sanatoryumda tedavi görürken Avrupa uygarlığına dönük sorgulamalarını yansıtır. Bu sorgulama, içinde buldukları sağlık kurumuna kadar uzanmaktadır: Hastane, burjuvaları bir araya getiren bir ticari işletmeden ibarettir. Avrupa'nın geleceğine dönük tartışmaların cereyan ettiği mekânda emperyalist rekabetin fay hatlarını görürsünüz. Mülk sahibi sınıfların temsilcilerinin bu tecrit edilmiş ortamda yaşadıkları sürtüşmeler adeta Avrupa'daki krizin savaş olarak patlak vereceğinin alametleridir.

Türkiye'de 2018 yazında yaşanan döviz krizinin sağlığa etkisi, dünya ekonomik krizinin toplumsal sonuçlarının bir parçasıdır. 26 Temmuz 2018 tarihli torba yasa ile Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi'nin (USHAŞ) kurulması bu sonuçlardan biridir. USHAŞ'ın kurulmasında arka planında yatan, 2007-2008 dünya ekonomik krizinin etkisiyle sağlık turizminin bir ekonomik “fırsat” olarak görülmesidir. Sağlığın uluslararası alanda bir meta olarak değerlendirilmesi yeni değildir fakat bir kriz “fırsatı” olarak değerlendirilmesi görece yenidir (Aydın, 2008: 3; Zengingönül ve diğerleri, 2012: 8, 43; Aydın, 2012: 3; Karaçor ve Garda: 2015: 904, Bulduklı ve diğerleri, 2018: 357). Serbestleşen ve finansal bağımlılıkları artan Türkiye ekonomisinde 1990'larda kamu borçlanması, 2000'lerde özel sektör borçlanması kriz riskini artırdığı iktisatçılarca tahlil edilmiştir (Uygur, 2010: 18,19, 23; Öniş ve Güven, 2011: 592; Akçay ve Güngen, 2019: 6, 9, 18). Bu durumda şu soru sorulabilir: Acaba Türkiye gibi borçlu bir ekonominin hangi politikalar çerçevesinde sağlık turizmini bir kriz “fırsatına” dönüştürmesi söz konusudur?

Sağlık turizmi, dar anlamda “sağlık” ve “turizm” dışında seyahat ve inşaat gibi çeşitli sektörleri davet eden bir piyasa oluşturmaktadır. İSTKA, BEBKA, ANKARAKA, ORAN, ZAFER, TRAKYAKA gibi farklı bölgelere hitap eden Kalkınma Ajanslarının hibe programları kapsamında sağlık turizmine katılan özel kuruluşlar ve tesisler kamudan mali destek almaktadır. Öte yandan son yıllarda Türkiye'ye gelen sağlık turisti hedeflerinin büyütülmesi ile sağlık turizmi piyasasında yatay ve dikey entegrasyon eğilimleri arasında bir korelasyon ortaya çıkmıştır (Bay Yılmaz, 2020). Bilindiği gibi 2007-2008 dünya ekonomik krizi ve

¹ Çeviren: İris Kantemir, Can Yayınları, 2018, İstanbul.

2018 Türkiye döviz krizi gibi farklı düzeylerde yaşanan krizlerin ve bunların sonucunda piyasaların yeniden yapılanmasının kazananları ve kaybedenleri olmaktadır. Bu durumda akla ikinci bir soru gelmektedir: Sağlık turizmini “fırsata” çeviren krizin kazananları ve kaybedenleri kimler olacaktır?

Elinizdeki çalışma, yukarıdaki soruların yanıtını araştırmak üzere USHAŞ’ın kuruluşunu doğuran sağlık politikalarını incelemekte ve USHAŞ ile sağlıkta dönüşüm politikaları arasındaki bağların izini sürmektedir. Dünya ekonomik krizinin sağlık alanındaki yansımalarına dönük geliştirilen politikaların dar anlamda sağlık hizmetiyle ilgili olmadığını, uluslararası tekeller ile Türkiye Cumhuriyeti devleti arasındaki finansal ilişkiler tarafından belirlendiğini saptamaktadır. Çalışma aynı zamanda USHAŞ’ı doğuran nedenler ve ortaya çıkartacağı sonuçların emek-sermaye çelişkisiyle ilişkisini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Çalışmada iktisadi ve yönetsel alandan derlenen nicel ve nitel veriler, diyalektik tarihsel maddeci yöntem kullanılarak analiz edilmektedir. Kuramsal bir tartışma yürütülmemekte beraber Marksist yazının kapitalist sistemin işleyiş kurallarına ilişkin kavramsal çerçevesi temel alınmaktadır. Bu çerçevede çalışma şu önkabuller üzerine kuruludur: Kapitalizmde sağlık emek gücünün yeniden üretimi işlevini görmekte (Marx, 1999 [1867]), sağlık hizmeti politikaları bir üstü yapı unsuru olarak sınıflar mücadelesi tarafından belirlenmektedir (Engels, 1998[1845]). Kapitalizmin emperyalist aşamasında mal ve hizmet üretimi tekelleşmiş, finans sermayesinin denetimi altına girmiştir. Ekonomik krizler bu süreçte katalizör bir rol oynamaktadır (Lenin, 1999[1916]: 13, 43). Emek-sermaye çelişkisinde devletler, sınıflar mücadelesinin üstünde bir pozisyona kendilerini yerleştirerek tekelleri destekleyici rollerini kamufle etmektedir (Lenin, 1999[1917]). Bu kamuflej sayesinde devletler, özellikle az gelişmiş ülkelerde gelişmiş kapitalist ülkelere karşı sermayeyle birlikte emekçileri temsil etme iddiasıyla hareket etmektedirler. Oysaki gelişmiş-az gelişmiş ülkelerin egemen sınıfları *arasında* rekabetten kaynaklanan çelişkiler olmakla birlikte uzlaşmaz çelişkiler yoktur; fakat gerek gelişmiş gerekse az gelişmiş ülkeler *içinde* emek-sermaye çelişkisi son tahlilde uzlaşmazdır (Leys, 1992; Johnson, 1992).

20. yüzyılda işçi sınıfı mücadelesi ve sosyalist iktidarlar, kamusal hizmetlerin bir hak olarak kabulünü sağlamış ve kamusal sağlık hizmeti bunun sonucunda doğmuştur (Busse ve Reisberg, 2004; Akalın, 2018). Kamusal sağlık hizmeti, 1970’lerde dünya kapitalizminin yapısal krizi üzerine geliştirilen neo-liberal politikalar sonucu tüm kapitalist dünyada tasfiye sürecine sokulmuş (Breilh, 1979), sınıf hareketinin geri çekilmesi ve sosyalist sistemin dağılmasıyla bu süreç hızlanmıştır (Watzkin, 2000). 2007-2008 dünya ekonomik krizi sonrası az gelişmiş ülkelerde sermayeye ihraç “fırsatı” sunacak şekilde sağlık turizmi geçmişin refah devletlerinde kamusalılığın boşalttığı alanı doldurmaya başlamıştır (Vural, 2017;

Rokni ve Park, 2018). Bu çerçevede bir az gelişmiş ülke olarak Türkiye'nin neo-liberal politikaların rotasına girdiği 1980 sonrasında, işçi sınıfı örgütlülüğünün ve buna bağlı kamusal sağlık hizmeti gibi kazanımların tasfiyesi söz konusu alan boşalmasına işaret etmektedir. Dünya ekonomik krizinin Türkiye'ye yansımaları ve Türkiye'ye özgü ekonomik krizlerin hızlandırıcı etkisiyle sermayenin ihtiyaçlarına göre dönüşüme uğrayan sağlık hizmetlerinde bir ihraç unsuru olarak sağlık turizmi öne çıkmaktadır.

Çalışma, yukarıda özetlenen tarihsel arka plana yaslanarak, diyalektiğin bütünden parçaya ve parçadan bütüne giden yöntemini izlemektedir. Çalışmada Türkiye ekonomisinin krizlere karşı onu kırılğan hale getiren genel özelliklerinden yola çıkılacak, sağlıktaki dönüşüm ve sağlık turizmi politikaları somutluğuna inilecek, buradan hareketle Türkiye ekonomisi ile sağlık turizmi bütünlüğünde bir değerlendirmeye ulaşılmaya çalışılacaktır. Bu çerçevede birinci bölümünde sağlık turizminin gerekçelendirilmesinde kullanılan cari açık, açığın yabancı sermaye ile finansmanı ve artan özel sektör borçlanması incelenecektir. Ortaya çıkan tablonun Orta Vadeli Programlarda sağlık turizminin gündeme gelmesine nasıl bir gerekçe oluşturduğu görülecektir. Ardından sağlık turizminin ve sağlıktaki dönüşümün mevzuat ve kamu politikası belgelerindeki yeri ele alınacaktır. Bu iki eksendeki eğilimler, paralellikler, açığı ve örtüşmeler tespit edilecek, USHAŞ gibi devlet anonim şirketlerinin Türkiye tarihinde kuruluş nedenleri göz önüne alınarak çalışmanın hipotezleri ortaya konacaktır. Ardından sağlık turizmi literatüründe dünyadaki ekonomik krizi ve sağlık turizmi arasındaki ilişki gözden geçirilecek, sağlık turizminin sermaye açısından bir fırsat olarak görülmesine neden olan koşullar tespit edilecektir. Çalışmanın hipotezleri iktisadi ve yönetsel verilerle sınanarak kriz "fırsatının" değerlendirilme biçimi ortaya çıkartılacaktır.² Sonuç olarak Türkiye'de USHAŞ'ın kuruluş amacı ile ekonomik kriz koşullarında sağlık turizminin bir fırsat olarak değerlendirilmesi arasındaki bağ en genel düzeyde emekçi sınıflar ve sermaye sınıfının çıkarları açısından tartışılacaktır.

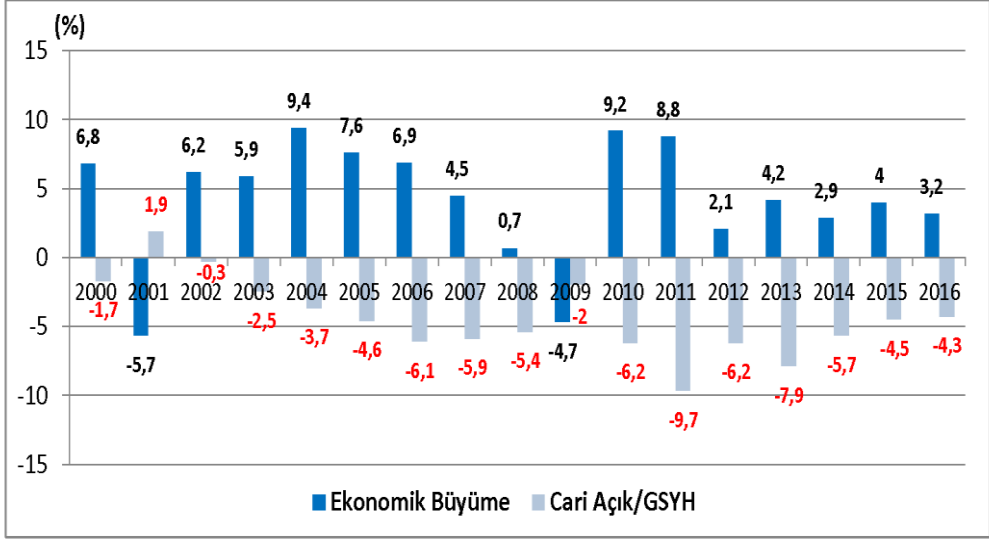
2. Ekonomik kriz ve sağlık turizminin gündeme gelişi

Türkiye'de ekonomideki yapısal sorunların göstergelerinden biri cari açıktır. Cari açığın artması dışsal etkilere karşı ekonomiyi kırılğan hale getirmektedir. Şekil 1'e göre 2000'den itibaren ekonomik büyüme ile cari işlemler açığının GSYH'ye oranındaki büyüme arasındaki paralellik dikkat çekicidir. Sadece 2007-2008 dünya ekonomik krizi ve 2001 krizinde daralmaya bağlı olarak cari açık azalmıştır. Yani ekonomik büyüme cari işlemlerde açık verilerek sağlanmaktadır.

² Bu çalışma, COVID-19 pandemisinin patlak vermesinden önce hazırlanmıştır. Çalışmanın genelinde pandeminin etkileri bu sebeple işlenmemiştir ancak çalışmanın en sonunda konuyla bağlantılı bazı çıkarsamalara yer verilmektedir.

Şekil 1

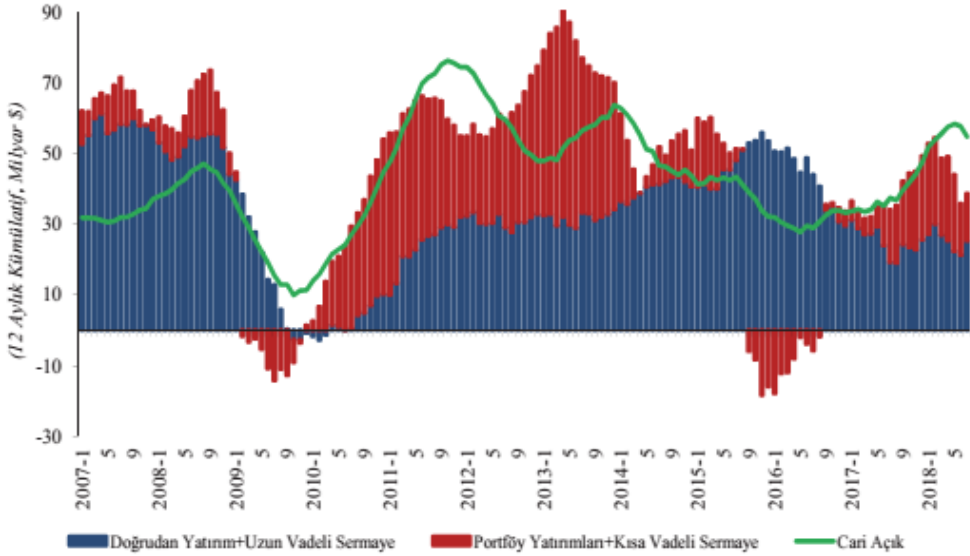
2000–2016 Döneminde Cari Denge / GSYH ve Ekonomik Büyüme



Kaynak: 2017 TÜİK ve Kalkınma Bakanlığı verilerinden oluşturan Yiğit, 2018: 93.

Kriz anlarında cari açığın azaltılması dışarıdan sermaye girişleriyle sağlanmaya çalışılmıştır. Dışarıdan sermaye girişleri kısa vadeli portföy yatırımları ve uzun vadeli doğrudan yatırımlar şeklindedir. Şekil 2’de 2011-2012 arasında ve 2018’de dışarıdan sermaye girişlerinin cari açığın yükselişine yetişmekte zorlandığı göze çarpmaktadır. Dünya ekonomik krizinin etkisiyle 2009’da sermaye girişlerinde ve cari açıda düşüş yaşanmış, 2012’ye kadar kısa ve uzun vadeli sermaye girişleri artarken cari açık daha yüksek bir hızla artmıştır. 2013’te özellikle kısa vadeli sermaye girişleri cari açığı azaltmış, fakat 2016 yılının ortasından itibaren uzun vadeli sermaye yatırımlarının azalması ve cari açığın kısa vadeli sermaye yatırımlarından daha hızlı büyümesi sonucu 2018 itibariyle finansman açığı yeniden ortaya çıkmıştır.

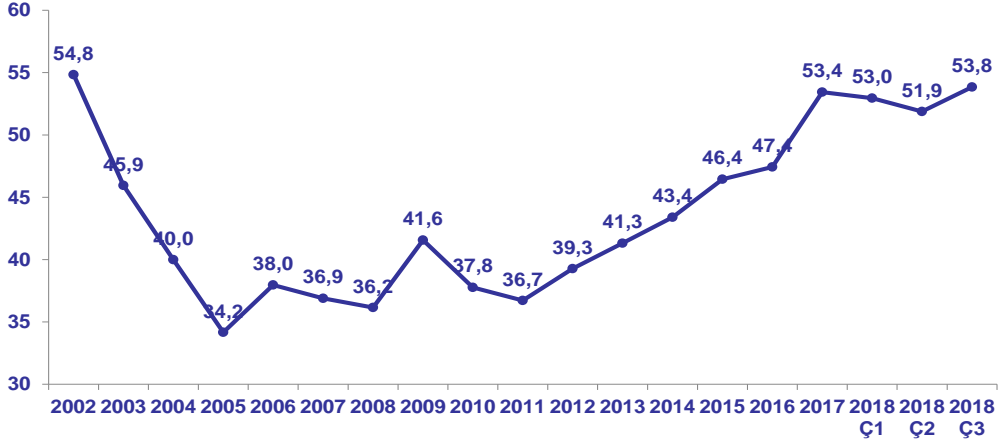
Şekil 2
Cari Açığın Finansmanı (2007-2018)



Kaynak: TC Hazine ve Maliye Bakanlığı, 2018b

Şekil 1’de cari açığın GSYH’ye oranının yüksekliğinin büyümenin gölgesi olduğunu görmüştük. Dışarıdan sermaye girişleri cari açığa yetmediği oranda bu gölge dış kaynağa olan bağımlılığı artıran bir başka gölgeye dönüşmektedir: Dış borçlanma. Türkiye’nin brüt dış borç stoku 2001 krizi sonrası ciddi bir düşüş yaşarken 2009’da dünya krizinin etkisiyle bir miktar artmış, fakat 2011 yılından itibaren düzenli bir artış eğilimine girmiştir. 2016 sonrası oran GSYH’nin yarısından fazlası düzeyinde seyretmektedir.

Şekil 3
Türkiye Brüt Dış Borç Stoku / GSYH (%)



Kaynak: TC Hazine ve Maliye Bakanlığı, 2019

Brüt dış borç stokunun artmaya başladığı dönemde stok içinde ağırlıklı bölmenin özel sektör borcu olduğu Şekil 4'te görülmektedir.

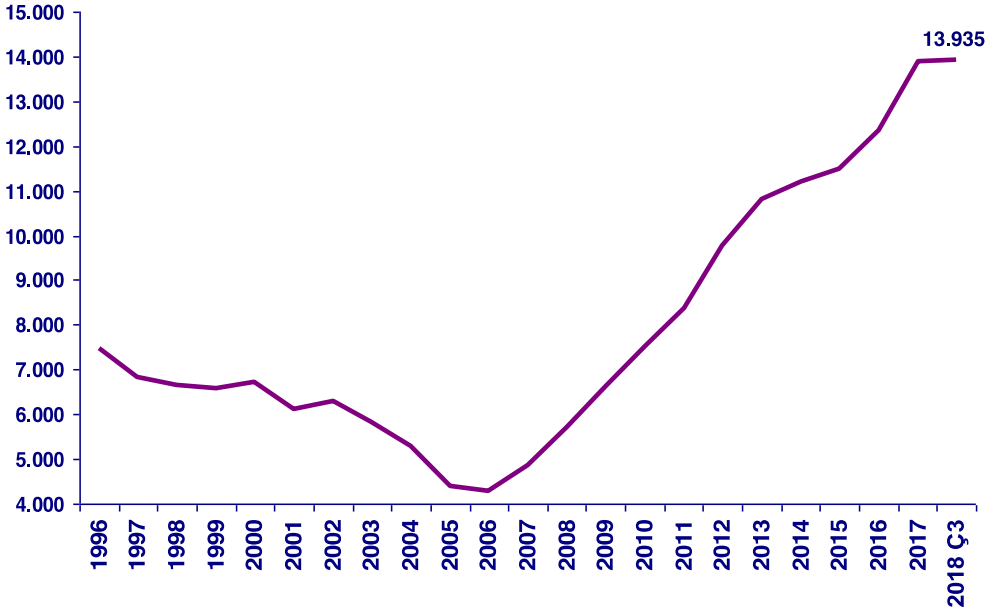
Şekil 4
Türkiye Brüt Dış Borç Stoku (Milyar Dolar)

Milyar USD	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 Ç1	2018 Ç2	2018 Ç3
TOPLAM	130	144	161	171	208	250	281	269	292	305	342	393	406	400	409	455	467	457	448
KISA VADE	16	23	32	39	43	43	53	49	77	83	102	133	135	105	101	119	123	120	117
UZUN VADE	113	121	129	132	165	207	228	220	215	222	240	259	271	295	308	336	344	337	332
KAMU SEKTÖRÜ	65	71	76	70	72	74	78	84	89	96	106	119	121	117	123	137	141	139	137
Kısa Vadeli	1	1	2	2	2	2	3	4	4	9	13	21	21	18	20	22	24	24	21
Uzun Vadeli	64	70	74	68	70	71	75	80	85	87	93	98	100	99	104	114	117	115	116
TCMB	22	24	21	15	16	16	14	13	12	9	7	5	2	1	1	1	1	1	6
Kısa Vadeli	2	3	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	5
Uzun Vadeli	20	22	18	13	13	14	12	11	10	8	6	4	2	1	1	0	0	0	0
ÖZEL SEKTÖR	43	49	64	85	121	161	188	172	191	200	229	269	282	282	285	318	326	318	306
Kısa Vadeli	14	19	27	34	39	39	47	44	71	73	88	112	113	87	81	96	98	96	90
Uzun Vadeli	29	30	37	51	82	122	141	129	120	127	141	157	169	195	204	222	227	222	216

Kaynak: TC Hazine ve Maliye Bakanlığı, 2019.

Devlet çeşitli düzenlemelerde özel sektörün artan borcuna kefil olmakta, böylece yerli sermaye yabancı sermaye finansmanından sınırsızca yararlanabilmektedir. Tersinden yabancı sermaye de Türkiye’de özel sektöre sunduğu kredi olanaklarının devlet garantili olmasından faydalanmaktadır. Şekil 5’te 2006’dan itibaren Hazine garantili dış borç stokunun istikrarlı bir şekilde arttığı, 2016 sonrası bu yükselişin keskinleştiği dikkat çekmektedir.

Şekil 5
Hazine Garantili Dış Borç Stoku (Milyar Dolar)



Kaynak: TC Hazine ve Maliye Bakanlığı, 2019

Bu verilerden yola çıkarak, Türkiye’de cari açığın ekonomik daralma krizlerine sebep olmaması için dış kaynakla kapatılması politikası izlendiği, dış kaynağın elde edilmiş biçiminin yine kriz riski doğuran bir borçlanma artışına dönüştüğü, borçlanmanın resmen sahibi olmayan devletin borçlanmanın garantörü olarak olası krizin riskini üstlendiği tespit edilebilir.

Sağlık turizmi, tam da bu ortamda cari açığın kapatılması hedefiyle devlet tarafından öne çıkarılmıştır. 2015-2017 Orta Vadeli Programı’ndan (OVP) itibaren OVP’lerde (TC Kalkınma Bakanlığı, 2015, 2016b, 2016c) sağlık turizmi konusu işlenmeye başlanmış ve bu konu ödemeler dengesiyle ilgili politikalar başlığı altında ele alınmıştır. 2018-2020 dönemi OVP’sinde (TC Kalkınma Bakanlığı,

2017b) bir ihracat kalemi, Yeni Ekonomi Programı (YEP) olarak tanımlanan 2019-2021 dönemi OVP'sinde (TC Hazine ve Maliye Bakanlığı, 2018a) ise cari açığa karşı alınacak tedbirler kapsamında yer almıştır.

Sağlık turizmine dönük 2015 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı bünyesinde düzenlemeler yapılmaya başlanmıştır. 2 Temmuz 2018 tarihli ve 703 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'yle Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi kuruldu. Bu yeni düzenlemede büyük ölçekli olmayan bir devlet anonim şirketi olarak tasarlanan USHAŞ'ın görünenden daha kapsamlı bir işlev göreceği anlaşılmaktadır. Türkiye'de krizin yarattığı kırılmalı karşılarında cari açığın yükünü hafifletme ihtiyacı ile sağlık turizmine dönük bir devlet anonim şirketi kurulması arasında bir bağlantı vardır.

Fakat bize göre USHAŞ'ın kuruluşu bunun ötesinde bir anlama sahiptir. Türkiye'nin 2001'de yaşadığı ekonomik krizin peşinden sağlık alanında uluslararası sermaye kuruluşları güdümünde başlatılan kapsamlı dönüşüm ile USHAŞ'ın kuruluşu arasında bir bağ kuruyoruz. Sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi, hizmet birimlerinin işletmeleşmesi ve kamu sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması sonucunda, sağlık turizminin sağlık hizmetleri alanında istisnai bir başlık olmaktan çıkıp uluslararası rekabet şartlarına göre ulusal sağlık sistemini şekillendirdiğini gözlemliyoruz. Bu gözlemleri öncelikle sağlık politikasını belirleyen Sağlıkta Dönüşüm Programı ve bu politika alanında istisnai bir konu olan sağlık turizmi gündemini ilişkilendirerek somutlayacağız.

3. İki eksen: Sağlıkta dönüşüm ve sağlık turizmi

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın resmen uygulamaya konduğu yıl 2004 olmakla birlikte ilk adımları 1980'lere kadar geriye götürülebilir. Bilindiği gibi 1980 yılında 24 Ocak Kararları 12 Eylül darbesinin eşliğinde hayata geçirilebilmiştir. 1970'lerde dünyada yaşanan ekonomik kriz, kâr oranlarının düşmesi sonucu serbestleştirici politikaları gündeme getirmiş, emekçi muhalefetinin güçlü olduğu ülkelerde ekonomik serbestleşmeye geçiş için siyasi baskı rejimleri kurulması gerekmiştir. Öncü model, Şili'de sosyalist Salvador Allende başkanlığındaki Halk Birliği hükümetini ABD destekli bir askeri darbeyle deviren General Augusto Pinochet'nin sağlık ve sosyal güvenlik sistemini özelleştirmesidir (Harvey, 2007: 8, 9). Şili örneğinin izinden gidilerek Türkiye'de 12 Eylül darbesi sonrası sağlık ve sosyal güvenlik 1980'li yıllardan itibaren piyasalaşma politikasına tabi tutulmuştur.

Piyasayı serbestleştirici neo-liberal politikaların temelinde, krizden kaynaklanan daralmayı kamu sektörünün sırtına yüklemek, özel sektörü rahatlatmak vardır. Dolayısıyla ücretli emeğin faydalandığı hizmetlerde tasarrufa gidilirken özel sektörü faydalandıran kaynak muslukları açılmıştır. Sağlık ve sosyal

güvenlik bu kaynak transferinin yaşandığı alanların başlarında gelmektedir. Krizin etkilerinin bu şekilde yönlendirilmesinde Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası (WB) kredilendirmesi ve güdülenmesinin rolü önemlidir.

Darbe sonrası hazırlanan 1982 Anayasası'nda sağlık hizmeti devlet yükümlülüğünün yanında bireysel yükümlülük olarak ifade edilmiştir. 1985'te Sağlık Bakanlığı ile WB arasındaki görüşmelerin ürünü olan 1987 tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda sağlıkta özel işletmeciliğe alan açılmıştır (Savaş, 2020: 25; Sevinç ve Özer, 2016: 1379). Özel işletmeciliğe alan açılması sadece kamunun bu sahadan çekilmesiyle değil özeli destekleyici bir role soyunmasıyla sağlanmaktadır. Bu ilk başta Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık birimlerinin özerk işletmelere dönüşümüyle gündeme gelmiştir. Kamu sağlık örgütlenmesi içerisinde işletmeleşme, 1991'de Dünya Bankası'na raporlar hazırlamak üzere Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün kurulmasından 2011'de hastanelerin özerkleştirilmesi amacıyla Kamu Hastaneleri Birlikleri kurulmasına kadar bir süreklilik taşımaktadır.

Devletin sağlık hizmetiyle ilgili düzenlemelerinde söz konusu sürekliliğin izini sürmek mümkündür. 1988 yılında Anayasa Mahkemesi, meslek odalarının 1987 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na sağlığın parasız bir hak olması gerektiği yönünden yaptığı itirazı devletin mali kaynaklarının yetersizliğini gerekçe göstererek reddetmiştir. 1992 yılında TBMM'ye sağlık hizmetinin desantralizasyonunu içeren Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı sunulmuştur. 1995 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla işletme tipi hastane modeli olarak Türkiye Yüksek İhtisas ve Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi kurulmuştur. (Atalay, 2015: 69) Plan-program-bütçe sistemine dayalı kamu finansmanının yerini piyasa rekabeti aldıkça kamu hizmet birimlerinin özel tekellerin çıkarlarına tabi hale geleceği Batı ülkelerinin 1980'lerdeki özelleştirme deneyimlerinde görülmektedir ve sağlıkçılar bu konuda uyarıcı yayınlar yapmışlardır (Soyer, 1993). Ancak Washington Konsensusu (1989) ve Hizmetler Ticareti Genel Anlaşması (GATS, 1995) çerçevesinde sağlık dahil tüm hizmetlerin piyasaya açılması ve ticarileştirilmesi siyasette çekim kuvveti oluşturmaktadır. Yasama, yürütme ve yargı bu çekim kuvvetine kapılarak yaptıkları düzenlemelerle piyasadan yana bir eşgüdüm sağlamaktadırlar. Yine de piyasa lehine eşgüdüm uluslararası sermayenin öngördüğü işletmeleşme dönüşümüne yetmeyecek ve bütünlüklü bir programa ihtiyaç duyulacaktır.

2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nın başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), 1980'lerden beri hayata geçirilmeye çalışan dönüşümü bütünlüklü bir program haline getirmektedir. Dayanağı, Dünya Bankası'nın yayınladığı "Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirme Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar" başlıklı iki ciltlik çalışmadır (Harmancı Seren, 2014: 20). Bu çalışmada WB, hastanelere finansal ve idari olarak özerklik tanınması ve idareye çalışanları

işten çıkarma yetkisi kazandırılması sürecinin *tamamlanamamış olmasını* eleştirmektedir (WB, 2003: 15). Aslında 1980'lerin sonundan 2000'lere kadarki dönemde dayatılan sağlıkta işletmeleşmeyi emekçi sınıfların çıkarlarını temsil eden meslek odalarının ve sendikaların direnci frenlemiştir. 2001 krizi üzerine ortaya çıkan son toplumsal direnç, daha sonra görüleceği üzere AKP iktidarının erkler birliğini kendi siyasi bünyesinde sağlayarak kaldırması olanağı ortaya çıkmıştır. 24 Ocak Kararlarının 12 Eylül darbesiyle hayata geçirilmesinde olduğu gibi, WB'nin eksik bulduğu sağlıkta piyasalaşma AKP iktidarının 2010 Anayasa değişiklikleri sonrası artan mutlakiyetçiliğiyle gerçekleştirilebilmiştir.

SPD'nin birinci fazında, bütçe sisteminin değiştirilmesi, sağlık hizmetinin kişisel ödemelere dayalı finanse edilmesi, hastanelerin sağlık hizmeti personeli tarafından değil profesyonel işletmeciler eliyle yönetilmesi önerilmektedir. Buna göre Sağlık Bakanlığı, düzenleyici, denetleyici ve akredite edici bir rolle kendisini sınırlandırmalıdır. 2009 yılında Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi (SDSGRP) adını alan SPD'nin ikinci fazı için Türkiye Cumhuriyeti ve WB arasında bir ikraz anlaşması imzalanmıştır. İkraz anlaşmasına göre öncelikle Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 Stratejik Planı'na (TC Sağlık Bakanlığı, 2009) destek verilmesi, bu çerçevede korucuyu ve birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmesi vurgulanmaktadır. SDSGRP, SPD'nin devamcısı niteliindedir. Dikkat çekici olan 1988 yılında Anayasa Mahkemesi'nin devletin mali kaynaklarının yetersizliği gerekçesiyle kabul ettiği sağlık hizmetinin işletmeleştirilmesi politikasının 2009 yılına gelindiğinde uluslararası sermaye kuruluşlarından kredi alınarak sürdürülmesidir. Bunun nedeni dünya ekonomik krizinin kamusal sağlık hizmetinin finansmanını zora sokmasından ziyade sağlık altyapısının özel sektörü faydalandırıcı bir dönüşüme tabi tutulmasıdır.

Bu süreçte SPD'nin sağlık hizmetine olan etkileri ortaya çıkmaya başlamıştır. Sağlık personelinin görüşleri, ilk fazın deneyimleri üzerine ikinci fazın hedeflerinin uyandırdığı kaygıları yansıtmaktadır. SPD programının sağlık sistemi üzerindeki yapısal sonuçlarına ilişkin meslek odalarının gözlemleri ile sağlık çalışanlarının SPD programının sonuçlarına ilişkin deneyimleri çakışmaktadır. Bir araştırmaya göre SPD sonucunda sağlık çalışanlarının %87,4'ü sağlık alanının ticarileştiğini, %86,2'si çalışma koşullarının ağırlaştığını ve %84'ü toplum sağlığı hizmetlerinin gerilediğini ifade etmişlerdir (Harmancı Seren, 2014: 21). Bir başka araştırmada ise sağlık çalışanları hastanelerin işletmeleşmesini olumsuz bulmadıkları söylemekte, hastalar SPD programını olumlu buldukları belirtilmektedirler (Bostan ve Çiftçi, 2016: 7). Bu süreçte hastane giderleri bakımından tıbbi cihaz ve malzemelerde dışa bağımlılık artmış (Sevinç ve Özer, 2016: 193) fakat dış finansman olanakları sayesinde kamuoyunda hizmetin finansmanı ve erişimine dönük rahatlık hissi hüküm sürmüştür. İşletmeleşme ve

ticarileşmenin kamusal sağlık hizmetini tehlikeye soktuğu sağlık çalışanları tarafından gözlenmeye başlamıştır.

Sağlıkta dönüşümün sağlık hizmetini müşteri odaklı hale getirmesi, sağlık turizmini doğal olarak bu alanın gündemine sokmaktadır. Dikkat çekici olan, 2007-2008 dünya ekonomik krizi öncesi dönüşüm programında sağlık turizmi belirgin bir yer tutmaz iken bu tarihten sonra kamu politikası belgelerinde sağlık turizminin yerinin belirginleşmesidir. SDSGRP kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 Stratejik Planı'nda kurumun sunduğu altı hizmetten başlıcası Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri olup bunun altında "Sağlık turizmi ve turistin sağlığı" yer almıştır. Stratejik Plan'ın 2 numaralı Stratejik Amacı olan "sağlık hizmetinin güvenli ve kaliteli olarak sunulmasını sağlama" kapsamındaki hedefler arasında "Türkiye'yi bölgesinde cazibe merkezi haline getirmek ve sınır ötesi sağlık hizmetleri sunum kapasitesini artırmak" bulunmaktadır. Bu hedefe ulaşmak için özel sektörle işbirliği yapılacak ve kamu-özel sektörün çalışmalarına destek olunacaktır. Sağlık Bakanlığı, 2010-2014 Stratejik Planı ile kesişen 2013-2017 Stratejik Planı'nda (TC Sağlık Bakanlığı, 2012) Kültür ve Turizm Bakanlığı'yla birlikte Türkiye'de sağlık turizmini güçlendirmeye yönelik stratejik hedefler belirlemiştir. Bu hedefler uluslararası tanıtım ve cazibenin artırılması, hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve kapsamının genişletilmesi, sağlık turizminde yönetişimin kuvvetlendirilmesi olarak sıralanmıştır.

Politika belgeleri eşliğinde sağlık turizminin Sağlık Bakanlığı kurumsallığı içinde yeri merkezileşmektedir. 2010 yılında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde "Sağlık Turizm Birimi" kurulmuş, 2011'de "Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü" adıyla Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne devredilmiştir. Aynı yıl çıkarılan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 sayılı KHK ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde "Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı" olarak yapılandırılmıştır (Özdemir Deniz ve Evcı Kiraz, 2018). Söz konusu KHK buna paralel olarak SDP'nin gündeminde olan Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin özleştirilmesi tasarısını nihayete kavuşturmuştur: Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü altında tesislerinin yapım ve yenilenmesinin Kamu-Özel Ortaklığı (diğer bir adlandırmayla Kamu-Özel İşbirliği -KÖİ) modeliyle yürütülmesi ve Kamu Hastaneleri Birlikleri'nin kuruluşu öngörülmüştür.

KÖİ modeliyle sağlık tesislerinin yapımı ve sağlık turizmi yeni politika alanları değildir. Ancak bu ikisi 2010'lu yıllara kadar farklı kulvarlarda değerlendirilmiştir. WB Ülke Destek Stratejisi Raporları doğrultusunda 2007 yılında 5683 sayılı Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK'de Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'la Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuş, "kamu hastaneleri birliğine ait olan veya hizmete tahsis edilen bina ve tesislerin satılmasına, kiralanmasına ve işletilmesine

imkan tanınmıştır” (Savaş, 2020: 151). Kültür Bakanlığı’nın yine 2007 yılında yayınladığı Türkiye Turizm Stratejisi (2023) belgesinde yer verilen sağlık turizmi ise kış turizmi, golf turizmi, ekoturizm gibi bir alternatif turizm çeşitleri içerisinde bir kalem olarak zikredilmektedir.

İlk bakışta 633 sayılı KHK’da sağlık turizmi ve kamu-özel işbirliğinin yeniden yapılandırılması arasında bir bağlantı görünmemektedir. Ancak 2013 yılı bütçesinin sunumunda dönemin Sağlık Bakanı ön plana çıkan başlıca konuları sıralarken Kamu Hastane Birlikleri, Şehir Hastaneleri ile Serbest Sağlık Bölgeleri, sağlık turizmi unsurlarını yan yana getirmiştir. Kimi kaynaklara göre SDP’nin üçüncü fazı olarak da isimlendirilen bu dönüşümde (Yıldırım, 2013: 13) Kamu Özel İşbirliği Projeleri’ne dayalı Şehir Hastaneleri (Entegre Sağlık Kampüsleri) kuruluşu ile sağlık hizmetlerinin uluslararası piyasalara açılması arasında paralellik mevcuttur. Nitekim 2007-2008 dünya ekonomik krizinin Türkiye’de zamana yayılan etkisiyle SDPSGRP dönemi içinde yatırım harcamaları ile turizm gelirleri ihtiyaçları arasında ilişki güçlenmektedir. Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) ve ona dayalı eylem planlarında bu belirginleşmiştir.

4. Kader ortaklığı: Sağlık turizminin koordinasyonu ve kamu-özel işbirliği projeleri olarak Şehir Hastaneleri

Onuncu Plan’da, sağlık turizminin “döviz gelirleri nedeniyle cari denge, emek yoğun yapısı itibarıyla istihdam, turizmde çeşitliliğin ve katma değer artırılması yoluyla gelir artışı, sağlık altyapısının güçlendirilmesine bağlı olarak yatırım etkisi yaratabilecek bir alan” olduğu belirtilmektedir. Buna göre Türkiye’nin rekabet gücünün artırılması için kamu ile özel sektör arasında işbirliğinin güçlendirilmesi, sağlık turizmi kapsamında yatırım ve planlama konusunda destek sağlanmasını gerektirmektedir. Plan kapsamında Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı (TC Kalkınma Bakanlığı, 2015) hazırlanmıştır. Eylem Planı’nda yer alan “Politika 1.2 Kamu Kurumları Arasında Koordinasyon Mekanizmalarının Geliştirilmesi, Kamu ile Özel Sektör Arasında İşbirliğinin Güçlendirilmesi” başlıklı eylem, 2015 yılında Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu’nun (SATURK) kuruluşuyla gerçekleşmiştir.

SATURK’ün tanıtım belgelerinde 2007-2008 dünya ekonomik krizinin etkisi ve sağlık turizminin gelişimi arasında pozitif bir ilişki kurulmaktadır. Buna göre, “Gelişmiş ekonomiler kriz sonrası süreçte vatandaşlarının alışık olduğu refah düzeyini sağlama çabasına girerken gelişmekte olan ülkelerin daha makul maliyetler sunduğu ürün ve hizmetlere yönelmişlerdir”. Böylece “ülke ekonomilerine ağır yük getiren” sağlık hizmetlerinin sınır ötesine taşınmasının gerekliliği ortaya çıkmıştır. Ekonomik krizler, “iyi işleyen bir finans sektörünün” ve “sağlık turizmi sayesinde dışarıdan sağlanan kaynakların” sağlık turizmine

yönlendirilmesini sağlar. SATURK, “sağlık turizminde küresel rekabet edebilirlik adına hükümetlerin, iş dünyasının ve sivil toplumun bir araya geldiği bir platform” olarak bu alanda bir katalizör işlevi görecektir (SATURK, 2017b). Kurulun, hastaneler ile uluslararası hastalar arasındaki aracı kurumlar üzerinde bir “stratejik denetçi” olacağı belirtilmektedir. Türkiye’de bu aracı kurumların “kolaylaştırıcı” olmaları gerektiği halde “simsar” rolü oynadıkları, kurumların akreditasyon ihtiyacı olduğu vurgulanmaktadır. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TUSEB) bünyesinde Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü bu sorunu çözecektir (SATURK, 2017a).

SATURK’un üstlendiği misyon, Eylem Planı’nda tanımlandığı gibi kamu kurumları arasında koordinasyon ve kamu ile özel sektör arasında işbirliğini güçlendirmektir. Kamu ile özel sektör arasındaki işbirliğinin niteliği, sağlık turizmiyle ilgili düzenlemelere yansımıştır. Bu alanda 2013’te çıkarılan yönerge ile SATURK’un kuruluşunu takiben 2017’te çıkarılan yönetmelik arasındaki ayrıntı dikkat çekicidir. 2013 tarihli Sağlık Turizmi ve Turist Sağlığı Kapsamında Sunulacak Hizmetlere İlişkin Yönerge’deki amaç maddesinden farklı olarak 2017 tarihli Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik’te “aracı kurumların yetkilendirilmesi” tanımlanmıştır. Dolayısıyla kamu ile özel arasındaki ilişkide sağlık turizmi alanında sağlık hizmetiyle ilgisi olmayan piyasa aktörlerinin yetkilendirilmesi mümkün kılınmıştır. SATURK’un üstlendiği koordinasyon, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hizmet birimlerinin sağlık turizmi sektörünün genel talepleriyle uyumlu hale getirilmesini gerektirmektedir.

SATURK’un kurulduğu 2015 yılı ile 2017 arasında sağlık hizmet birimlerinin örgütlenmesinde bir revizyon yaşandı. 2007’de tasarlanan ve 2011 yılında 633 sayılı KHK ile resmileşen Kamu Hastaneleri Birlikleri ile hastanelerin özleştirilmesi projesi, 2016 yılında bir kırılmaya uğradı. Kamu Hastane Birlikleri modeliyle sağlık örgütlenmesinde sağlanan idari ademi merkezizyet, işletmeleşme amacıyla uyumlu olsa da AKP iktidarı açısından 2016 yılındaki darbe girişimiyle açığa çıkan bir siyasi denetimsizlik sorunu doğurmuştu. “Çok başlılık ve verimsizlik” gerekçe gösterilerek 25.08.2017 tarihli 694 sayılı KHK ile Kamu Hastane Birlikleri kaldırıldı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) “bağlı kuruluş” statüsünden yeniden bakanlık merkez teşkilatına bağlandı. İşletme modeli olarak TKHK yerine ağırlık verilen Şehir Hastaneleri, “sağlıkta özelleştirmenin farklı ve çapı daha büyük bir uygulaması, yeni bir aşaması” haline geldi (TTB, 2018b). Bu modelle kamu hastane yatırımlarında özel sektör eksenli dış mali kaynak tedariği kolaylaşacaktı. Bunun nasıl gerçekleştiğini anlamak için KÖİ (*Public Private Partnership* - PPP) modeline dayalı hastane projelerine bakmak gerekir.

KÖİ modeli 1994 tarihli 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret (YİD) Modeli Çerçevesinde Yapılması Hakkında Kanun kapsamında

uygulanmaktadır. Bu uygulamaya göre 2013 tarihli ve 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu ve Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun, Hazine'nin taşınmazları üzerinde 30 yılı geçmemek üzere sağlık tesis inşasının özel şirkete verilmesini olanaklı kılmıştır. Yönetim literatüründe KÖİ modeli özelleştirme politikasının bir uzantısı olarak değerlendirilmektedir (Güzelsarı, 2009; Karahanoğulları, 2012). Bu politikanın destekçisi olan sermaye sınıfının kamu hizmetlerinde YİD gibi çeşitli türdeki KÖİ uygulamalarının yaygınlaştırılması görüşünü oldukça erken tarihlerde savunduğu Türk Sanayicileri ve İşinsanları Derneği'nin (TÜSİAD) 1995 tarihli “21. Yüzyıl için Yeni Bir Devlet Modeline Doğru: Optimal Devlet” raporundan görülmektedir (Karasu, 2009: 122).

Yukarıda da söylendiği gibi bu projeler Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda sağlığın ticarileşmesinin yeni bir aşamasıdır. Dünya Bankası'nın 2002 Türkiye raporuyla tam uyumlu olarak hastanelerin CEO'ların işlettiği birer ticari işletmeye dönüştürülmesini öngörmüştür. KÖİ yöntemiyle sağlık tesisi projeleri kısmen bu öngörülerini gerçekleştirilmeye soyunmakta, fakat Batı'daki öncü uygulamalar yöntemin ulusal sağlık hizmetinde yarattığı risklere işaret etmektedir. Örnek alınan İngiltere'de KÖİ projeleri 2017 itibarıyla İngiliz Ulusal Sağlık Hizmeti (*National Health Service*) sistemini çökertmiştir (Tükel, 2017: 3). Kamunun üstlendiği finansal risk aynı yatırımı kamunun doğrudan borçlanarak yapmasından çok daha fazla olmakta, nihayet bir finansal kriz anında kamu hizmeti bu yükün altında kalmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre (TC Sağlık Bakanlığı, 2020) Türkiye genelinde 18 Şehir Hastanesi projesinden 10'u hizmete girmiş, 5'inin 2020'de hizmete girmesi beklenmekte, 3'ünün ise 2021'de tamamlanması öngörülmektedir. Şehir Hastaneleri, şehir içinde mahalli olarak dağılmış hastaneleri Entegre Sağlık Kampüsleri adı altında toplamaktadır. Yüksek yatak kapasiteli Şehir Hastanelerinin metropollerde farklı mahallelerdeki sağlık birimlerini ikame edecek olması, kent halkının hastaneye erişimi ve yatak kapasitesinin kullanımı açısından soru işaretleri doğurmaktadır. Türk Tabipleri Birliği (TTB), yaptığı çalışmalarda hastaneleri mekânsal olarak toplamanın sağlığa erişim açısından doğurduğu elverişsizliğin ve kapasite yüksekliğinin yarattığı verimsizliğin neden göze alındığını sorgulamaktadır. Başka çalışmalarda şehir ölçeğinde merkezileşmenin verimlilik sağladığı ileri sürülürken diğer yandan bununla çelişkili olarak Şehir Hastanelerinin sağlık turizmi için bir altyapı oluşturduğu dile getirilmiştir (Yusufoğlu, 2011: 51, 58). Şehirdeki talep ile şehrin bulunduğu bölgenin sağlık turizmi açısından sunduğu olanakların uyumlu olacağına garanti yoktur. Bazılarına göre bu nedenle Şehir Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'nın Dubai'den örnek aldığı sağlık serbest bölgelerine dönüştürülmesi ihtimali bulunmaktadır (TMMOB Mimarlar Odası Ankara Şubesi ve ATO, 2017: 129-131, 166). Keza

Şehir Hastaneleri aracılığıyla Türkiye'nin yurtdışındaki sağlık turizmi piyasasına sağlıktaki ucuz ve nitelikli işgücünü pazarlamayı amaçladığı ileri sürülmektedir (Basa, 2017: 278). Şehir Hastanelerinin fiziki koşullarına dair meslek odalarının düzenlediği ortak bir çalıştayda “Şehir Hastanelerinin kira ve hizmet bedeli nasıl ödenecek?” sorusu tartışılmış ve Şehir Hastaneleri sağlık turizminden gelir elde etse bile bunun yetersiz kalacağı öngörülmüştür (TTB, 2018a).

Kamu hizmeti imtiyazı olarak da nitelendirilen KÖİ yatırım yöntemi, yerli yüklenicilerin yabancı kuruluşlar tarafından finanse edilmesine izin vermektedir. 2013 yılında 4749 sayılı Kamu Finansmanı ve Borç Yönetiminin Düzenlenmesi Hakkında Kanun'da yapılan değişiklikle Sağlık Bakanlığı'na bağlı KÖİ projeleri için “Hazine Garantileri” maddesi “Hazine Garantileri ve Borç Üstlenimi” olarak genişletilmiş; feshedilmesi halinde yurtdışından sağlanan mali yükümlülüklerin devlet tarafından üstlenileceği ve “borç üstleniminin devlet borcu olarak kaydedileceği” belirtilmiştir. Sözleşmede ihtilafa düşülmesi halinde davanın Türkiye'de görülmesi kaydıyla Milletlerarası Tahkim'e gidilebileceği yönündeki kanun hükmü ise 2015 yılında değiştirilmiş, yargılama doğrudan uluslararası alana devredilmiştir. Bu değişikliğin SATURK'ün kurulduğu yılda gerçekleştiği göz önünde alındığında, devletin eş zamanlı olarak iki ayrı düzenlemeyle dışa açık bir sağlık piyasası yaratmayı amaçladığı görülür: Sağlık turizmi alanında özel aracı kurumlar koordinatörlüğüyle sağlık hizmeti dışarıya arz edilirken Şehir Hastaneleri alanında devlet garantili finansman üzerinde dış denetim pekiştirilmektedir. KÖİ projelerinin finansal sürdürülebilirliği için hastanelerin kâr etmesi, kâr etmeleri için hasta arz edilmesi bir zorunluluk haline gelmektedir. Ne var ki bu hastaların gelir getirici nitelikte olması da şarttır. Henüz Türkiye'de 2018 döviz krizinin etkisini şiddetli hissettirmediği koşullardaki tablo bu iken döviz kriziyle çift yönlü bir baskı ortaya çıkmıştır. Birincisi, sağlık sisteminin merkezine yerleşen KÖİ projelerinin dış finansman yükümlülüğünü ağırlaştırmıştır. İkincisi, sağlık turizminin hem krizin sonucundan dolayı döviz kaynağı olarak zaruretini hem de krizin Türkiye'den yurtdışına hizmet arzı bakımından sunduğu fırsatı artırmıştır. Tam bu süreçte USHAŞ gündeme gelmektedir.

5. USHAŞ'ın kuruluşu ve devlet A.Ş.'leri

2017 yılında 663 sayılı KHK'da değişiklik taslağında ilk defa Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi yer almıştır. Taslak yasalasmasa da sağlık turizminde koordinatörlüğün ötesinde devletin sağlık hizmetleri arzına dönük üstlendiği garantörlük, SATURK'ten daha kapsamlı ve nitelikli bir kurum ihtiyacı doğduğuna işaret eder. 2 Temmuz 2018 tarihli 703 sayılı KHK kapsamında yine 663 sayılı KHK'da yapılan değişiklik bu defa USHAŞ'ın kuruluşunu kesinleştirir. Önceki yıl gündeme gelen taslaktan farklı olarak bu teklifte USHAŞ'ın yetkileri piyasa aktörlerine lehine sivriltilmiştir: Teklifte aracı kurumlara yetki verme ve

gerektiğinde iptal etme fıkrasındaki “iptal” kaldırılmış, verilen yetkinin gerektiğinde nasıl iptal edileceği belirsizliğe bırakılmıştır. Akreditasyon kriterlerini belirleme ve fiyat tarifelerini hazırlama görevleri, bu defa “ilgili kuruluşlarla işbirliği” ile tarif edilmiş, böylelikle karar alma sürecine özel kuruluşların katılımının önü açılmıştır. USHAŞ’ın sözleşme yapmak, danışmanlık gibi faaliyet konularına sağlık hizmetlerinde bizzat “aracılık” yapmak eklenmiştir.

USHAŞ’ın kamu alanında oynayacağı role ilişkin yasa gerekçesinde, sağlık çalışanlarının artacak yüküne koşut olarak gelirden daha yüksek pay verileceği ifade edilmektedir: “Uluslararası sağlık hizmetlerinin kamu sağlık kuruluşlarında ve üniversite hastanelerinde verilmesini teşvik etmek ve bu alanda hizmet arzı kapasitesini artırmak amacıyla tabipler, tabip öğretim elemanları ile diğer sağlık çalışanlarına iş yükü ve iş güclüğü de dikkate alınarak ilave ek ödeme yapılması amaçlanmaktadır.” Gerekçeden anlaşılan, SDP ile ilgili yukarıda da örneklendiği üzere sağlık çalışanlarının mevcut yükü ve şikayetleri artacağı için bunun daha yüksek gelire tazmin edilmesi vaat edilmektedir. Yine de SATURK’e ek olarak USHAŞ’a neden ihtiyaç duyulduğu geçerli bir sorudur. Bunun için devletin anonim şirket kurmasının arkasındaki tarihsel nedenlere bakılmalıdır.

Devlet anonim şirketlerinin 20. yüzyılın ortalarında kamu hizmetleri yelpazesinin genişlemesiyle ortaya çıktığı biliniyor. Literatürde Devlet Anonim Şirketleri veya Devlet Şirketleri, ticari ve/veya iktisadi hedefi olan kamu kuruluşu türü olarak tanımlanmışlardır (Aysan, 1976). 1929 dünya ekonomik kriziyle sermayenin yaşadığı değersizleşme ve ardından gelen İkinci Dünya Savaşı, sermayenin yeniden değerlendirilmesi için bir “fırsat” yaratmış, devletler ticari-endüstriyel yatırımlarıyla ekonomik kalkınma alanına girmişlerdir.

Türkiye tarihinde anonim şirketler ilk başta iktisadi devletçiliğin emanet usulünü (Gözler, 2003: 350) seyreltme işlevi görmüştür. Bu şirket yapısı, Cumhuriyet Devrimi millileştirmeleriyle yaratılan devlet imtiyazlarının Türk Anonim Şirketleri’ne devredilmesinde kullanılmıştır (Boratav, 2006: 270, 306). Öte yandan Cumhuriyet’in inşa sürecinde yerli ve yabancı sermayenin anonim şirket yapısı sayesinde gizli ortaklığı sürdürdüğü görülür. Nitekim 1920-30 arası Türk Anonim Şirketlerinin azımsanmayacak bir bölümü yabancı ortaklıdır (Ökçün, 1971). Ticari işletmecilik lehine bu esneklik devlet tekellerinde de gözetilmiş, örneğin alkollü içki üretim ve satışına dair tekel yasasında, faaliyetin anonim şirkete devredilmesini mümkün kılan bir madde yer almıştır (Koç, 2000: 6).

1938-45 yılları arasında anonim şirketlerin bir bölümü devletleştirilmiştir; ancak devamında gelen devletçilikten kopuş döneminde, devletçilik döneminin tekel yasasındaki söz konusu maddeye dayanarak devlet işletmelerinin özel sermayeye devri olanaklı görülmüştür (Hırş, 1950). Türkiye’de kamu iktisadi işletmelerinin hukuki temeli kabul edilen iki yasa vardır: 1938 tarihli 3460 sayılı Sermayesinin Tamamı Devlet Tarafından Verilmek Suretiyle Kurulan İktisadi

Teşekküllerin Teşkilatı ile İdare ve Murakebeleri Hakkında Kanun ve 1964 tarihli 440 sayılı İktisadi Devlet Teşekkülleriyle Müesseseleri ve İştirakler Hakkında Kanun. Bu yasalar, devlet işletmelerinin anonim şirket haline getirilmesi ve şirketlere devredilmesi yetkisini saklı tutmuştur. Dahası, 1938'den farklı olarak 1964'te tek üyeli kamu ortaklığı olan devlet işletmelerinin yapısı anonim ortaklık olarak değiştirilmiştir. Bunun sonucunda kalkınma plancılığı döneminde devlet işletmeleri planlamanın merkeziliğine tezat olarak İktisadi Devlet Teşekküllerinin (İDT) yanında daha ademi merkezi olan Kamu İktisadi Kuruluşu (KİK) özelliği kazanmıştır (Azrak, 1976: 189-192). Dolayısıyla Türkiye'de özel sermaye birikimi ilerlerken kamu işletmeciliği yapısının ona uyumlu şekilde esnetildiği görülmektedir.

1980'den sonra bağlı ortaklıkları ve iştirakleri “anonim şirket” olarak tanımlanan Kamu İktisadi Teşebbüsleri (İDT ve KİK'lerin tümü) bu yapılarıyla özelleştirilmeye hazır hale getirilmiştir. Liberal politikalar kapsamında İDT'lerin anonim şirket şeklinde kurulabileceği yönünde 1960'larda sağlanan esneklik, önce 1983 tarihli 60 sayılı KHK ile bankacılık alanına genişletilmiş, 2000'de 615 sayılı KHK ile tüm İDT'lerde geçerli kılınmıştır (Övgün, 2009: 164-166). AKP iktidarının ilk on yıllık evresinde 1980'lerden itibaren özelleştirmeye hazırlanan devlet AŞ'leri satışa çıkarılmıştır. 2001 ekonomik krizinin yine “fırsat” olarak değerlendirilmesi sonucu hızlandırılan özelleştirmelerden sonra, AKP iktidarında dış ve iç kaynaklı son on yılın krizlerinin etkisiyle devlet anonim şirketleri yeni bir dönüşümün manivelası haline getirilmiştir. Birçok devlet anonim şirketini birleştiren bir anonim şirket olan Türkiye Varlık Fonu bu dönüşümün en ilginç ürünüdür. Devlet AŞ'lerinin yeni dönemde kazandığı karakter yönetme yetkisinin yürütme erkinin tepesine doğru kişiselleşmesidir (Oyan, 2019: 113, 119).

Bu gelişmelerin yanında, sağlık hizmetinin kamu hizmeti niteliği nedeniyle söz konusu dönüşümlere tabi tutulan kamu iktisadi teşebbüslerinden ayrı değerlendirilmesi gerekir. Oysa önceki bölümde anlatıldığı gibi, 1980'lerden itibaren sağlık hizmeti iktisadi işletmeciliğin belirlenimi altına girmiştir. KİK'leri özelleştirmeye açan neo-liberal politikalar döneminde devletin başlangıçta ricat ettiği “dümen tutan” rolün bugün ötesine geçip özel sektörde rekabete rehberlik eden, kamu kaynaklarıyla piyasaya güvenceler veren bir role soyunması söz konusudur. Bu doğrultuda kamu hizmeti ile iktisadi teşebbüs sınırları belirsizleşmiş, sağlık alanında dışa açılan devletin bu rol için bir anonim şirket kurması anlam kazanmıştır.

Dünyada kamu hizmeti ile iktisadi teşebbüs sınırlarının belirsizleşmesi, yüzyıl başında kamu hizmetinin yaşadığı yönetsel bir “genişleme krizine” dayanmaktadır. Bu kriz tarifine göre devlet toplumsal amaçlarla kapitalist girişimlerin alanına girmiş, böylece devlet ile sermayenin faaliyet alanları geçişken hale gelmiştir. Bunun sonucunda kuramsal olarak kamu-özel ayrımının neye göre yapılacağı,

organik bağ ya da işlevsellik ölçütlerinden hangisinin temel alınması gerektiği tartışması doğmuştur. Ne var ki yukarıda anlatıldığı gibi devlet işletmelerini tanımlarken hukuksal nitelikteki organik bağ ayrımında bırakılan açık kapılar, bir noktadan sonra işlevsel farkları da belirsizleştirmeyi kolaylaştırmıştır. 1980 sonrası kamu hizmetlerinin “daralma krizi” ile birlikte bu defa kapitalist işletmecilik kamu hizmetleri alanına girmiştir (Karahanoğulları, 2004: 2, 93-95). Tarihsel olarak krizlerden ilki, sınıflar mücadelesinde işçi sınıfının güç gösterdiği, ikincisi sermayenin güç gösterdiği dönemlere tekabül eder.

Kamu hizmetlerinin tanımı itibariyle taşıdığı eşitlik, meccanilik gibi nitelikler özel işletmeciliği dışlamaktadır. Sağlık hizmetlerine ticari işletmeciliğin girmesi tam da bu nedenle sağlık harcamalarında bireysel harcamaların payını artmasıyla sonuçlanmaktadır. Bir yurttaşlık hakkı kabul edilen sağlık hizmetlerine erişim, daha sağlık turizmi gibi dışsal bir girdiye maruz kalmadan 1982 Anayasasıyla organik anlamda bireysel bir hakka indirgenmiş, kamusal harcamalar özel harcamalar lehine azaldıkça toplam sağlık harcamaları da azalma eğilimi göstermektedir (Belek, 1997: 150, 151) İşlevsel anlamda 2001 krizi öncesi başlayıp SDP’yle hız kazanan sağlık harcamalarındaki artışta ise, kişisel harcamaların payı kolektif harcamaların payına göre gitgide büyümüştür (Yentürk ve Yılmaz, 2018: 99-201). Ancak kolektif harcamalar azaldıkça ve kişisel harcamalar sağlık finansmanına yetmedikçe yeni kaynak arayışları ortaya çıkmaktadır.

Bu bağlamda USHAŞ’ın kuruluş amacına ilişkin iki hipotez öne sürmekteyiz: Birincisi, USHAŞ’ın desteğiyle sağlık turizminin sunacağı girdiler, kamu-özel işbirliğine dayalı Şehir Hastanesi projelerinin *finansal sürdürülebilirliği güvence altına alacaktır*. İkincisi, SATURK’ün oynadığı stratejik denetçilik rolünün ötesinde USHAŞ bir devlet anonim şirketi olarak *sağlık piyasasında tekelci rekabete rehberlik edecektir*. Hipotezlerimizin doğrulanması halinde şu sonuçların ortaya çıkacağı öngörülmektedir: Sağlık sisteminin ana omurgası bir kamu hizmeti olarak yurttaşların ihtiyaçlarına göre değil bir piyasa alanı olarak sağlık turizminin taleplerine göre reorganize edilecek, hizmette dışarıdan gelecek yüksek gelirliilerin ihtiyaçları belirleyici hale gelecektir. Sağlık turizmi arzıyla sağlık hizmeti veren özel kuruluşlar ve aracı kuruluşlar arasında rekabet sağlık turizminin KÖİ projeleriyle ilişkilendirilmesi sonucu derinleşecektir.

Kamunun akreditasyon ve ihale mekanizmalarının piyasa aktörleri arasında bir seçim yapmakta (“simsarlık”, “denetçilik”, “A.Ş.” arasındaki geçiş) ve piyasa ilişkilerini tercihli bir tekelleşmeyi olanaklı kılacak şekilde düzenlemekte olduğu anlaşılmaktadır. 2015 itibariyle özel hastanelerle işbirliğiyle sağlık turizmi şirketlerinin teşvik edildiği bir çizgiden 2018 itibariyle kamu sağlık tesisleri inşa ve işletmesini üstlenen şirketlerin sağlık turizmi arzına yön verdiği bir çizgiye geçildiği görülmektedir. Farklı paylarla her iki sermaye kesimi sağlıkta dönüşümden sağlık turizmine geçiş politikasından kâr elde etmekte, ancak esas

payın büyüğü kamu kaynağı garantili dış finans sağlayan KÖİ paydaşı şirketlere ayrılmaktadır. Bunun sonucunda Türkiye'nin finansal tekellere dönük bağımlılık ilişkileri pekişecektir. Bu sürecin hem doğrudan hem dolaylı kaybedeni, sağlık turizmi karşısında hizmete erişimi azalacak ve vergilerinin karşılığı şirketlere gidecek olan emekçi kesimler olacaktır.

USHAŞ'ın yerleştiği bağlam, dünya ekonomik krizi ve sağlık turizminin gelişimi arasındaki ilişki tarafından belirlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin uluslararasılaşması, ortaya çıkardığı sınıfsal çelişkiler, kapitalist devletlerin sağlık turizmini desteklemesi üzerine literatür, hipotezimizi incelerken Türkiye'nin sunduğu verilerin genel ve özel yanlarını görmemizi sağlayacaktır.

6. Dünyada kriz ve sağlık turizmi

2007-2008 dünya ekonomik krizi, uluslararası sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde bir yön değişikliğine yol açmıştır. Kriz öncesi sağlık turizmi arz eden başlıca ülkelerden biri olan ABD az gelişmiş ülkelerdeki varlıklı hastalara hitap etmektedir (OECD, 2009: 172). SATURK'un yaptığı sağlık turizmi tanımlamasında doğrudan ekonomik krize atıfta bulunulduğunu yukarıda görmüştük. Gelişmiş ülkelerde refah devleti kapsamında kamusal sağlık ve sosyal sigorta hizmetlerinde krizin etkisiyle tasarrufa gidilmesi, daha düşük maliyetli hizmet arayışlarını artırmıştır. Diğer yandan az gelişmiş ülkeler, bu hizmet arayışına hitap edecek şekilde sağlık sistemlerini reorganize etmiş ve uluslararası sağlık turizmi alanında "rekabetçi" hale gelmişlerdir.

Literatürde bu süreçte esas kazanan kesimin sağlık hizmetleri ithalatçısı ülkeler mi ihracatçısı ülkeler mi olduğu tartışılmaktadır. Küreselleşmeci bir yaklaşım, geçmişte ihracatçıların dışsal bir hizmet sunduklarını, ancak yeni bilişim ve ulaşım teknolojileriyle bunun içsel (fiziksel ve gerçek zamanlı) hale geldiğini, ithalatçılar üzerinde eskisi gibi "kolonyal" bir etkiden söz edilemeyeceğini savunmaktadır (Mugerauer, 2006: 16, 17). Dahası, geleneksel olarak sermaye ihracatçısı merkez ülkelerin bu alanda müşteri ihracatçısı hale geldiği, sermaye ithalatçısı az gelişmiş ülkelerin merkez ülkeleri kendilerine bağımlı hale getirdiği ileri sürülmektedir (Bookman, 2007: 38). Öte yandan aşağıda örneklerini vereceğimiz saha araştırmaları çelişkinin her iki ülke grubundaki emekçiler ile şirketler arasında yaşandığını tespit etmektedir. Gerek gelişmiş gerek az gelişmiş ülkelerde (ithalatçı ve ihracatçı) şirketler kazanırken ücretli emekçiler kaybetmektedir.

Sınır ötesi sağlık hizmeti talep eden ülkelerde kamusal sağlık hizmetlerinin sağlık turizmine kaydırılması, şirketlerin ve devletin ücretlilere dönük mali yükümlülüklerini hafifletirken ücretlilerin fiilen hizmetten faydalanmasını zorlaştırmaktadır. Örneğin İngiltere'de bekleme sürelerinin uzaması, denizaşırı

talepler nedeniyle İngiliz devletinin kendi vatandaşlarına eskisi gibi hizmet sunamamasının sonucudur. ABD en fazla sağlık turisti çeken ülkelerden biri olduğu halde vatandaşlarına kapsayıcı hizmet sunmadığı için ülke dışında sağlık hizmeti arayışı artmaktadır (SATURK, 2017b). Kıta Avrupasında son yıllarda sağlık turizmine artan talebin “zamanın ruhundan” ziyade krizden kaynaklanan finansal ihtiyaçların ürünü olduğu tespit edilmektedir (Brunn ve arkadaşları, 2015: 96). Diğer yandan sınır ötesi sağlık hizmeti arz eden ülkelerin devletleri ve şirketleri bunu bir “fırsat”a dönüştürerek kamusal hizmetleri turizme kaydırarak yeni bir finansal gelir kaynağı elde etmekte, buradaki ücretliler açısından ise hizmet sunumunda daralma yaşanmaktadır.

Hasta kendi ülkesine göre daha düşük maliyetle sağlık hizmeti alsa bile buradan fayda sağlayan hastanın kendisi değil sağlık hizmeti ithalatçısı olan şirkettir. Şirketler, kriz karşısında kârlarından feragat etmemek için çalışanlarının sağlık maliyetlerini yurtdışından sağlık hizmeti teminiyle azaltma arayışına girmişlerdir. ABD’de 2007’de Blue Ridge Paper Products şirketinin bir çalışanını Hindistan’a gönderme girişimi tepkiye neden olmuştur. İşyerinde örgütlü olan Birleşik Çelik İşçileri Sendikası, denizaşırı sağlık hizmetinden faydalanmanın işçilerin rızasına bağlı olabileceği fakat şirketin amacının bunu zamanla zorunlu hale getirmek olduğunu ileri sürerek girişime itiraz etmiştir. Bunun üzerine şirket, sendika üyesi olmayanları gönderme yolunu aramaya başlamıştır (Turner, 2007: 306, 307). Bu örnekte görüldüğü gibi sadece sağlık turizmine yatırım yapan değil sağlık turizminden faydalanan şirketler de krizi “fırsat”a çevirmekte, sağlık maliyetlerini azaltma vesilesi olarak kullanmaktadır.

Dünyada kriz bu tür girişimlerde katalizör bir etkidir. Fakat neo-liberalizmin on yıllara yayılan yönetsel dönüşüm programı halihazırda bunun dayanağı olmaktadır. 1995’te Dünya Ticaret Örgütü’nün (WTO) kuruluş anlaşmasının parçası olan Hizmetler Ticareti Genel Anlaşması (GATS) ile birçok ülke eğitim, sağlık gibi kamu hizmetlerin ticarileştirilmesini benimsemiştir. Bunun anlamı, hizmetlerin kamusal niteliğinin kaldırılması, özelleştirilmesi ya da piyasaya açılmasıdır. GATS’in ilkesi, sağlık alanında Sovyetler Birliği’nin ve Bağılantısız Ülkeler Topluluğu’nun etkisiyle 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) Alma Ata Bildirgesi’nde benimsenen temel sağlık hizmetlerini devletlerin ülke halkına ücretsiz sunma ilkesi ile çelişmektedir (Soysal, 2018: 266). Ticaret önceliği ile sağlık önceliği burada karşı karşıya gelmektedir.

Bu noktada ‘sağlık turizmi’, eğitim ve sağlık gibi kamusal sayılmayan bir hizmet türü olarak ‘turizm’in bir uzantısı kabul edilmektedir. Oysa krizden bağımsızmış gibi görünen neo-liberal politikalarla sağlık hizmeti bir kere ticarete açıldıktan sonra, krizden kaynaklı fırsatçılıklar bu özelliği arz-talep ilişkisinin her iki tarafı açısından pekiştirmektedir. ABD’deki çelik işçileri sendikası bunu görerek

erken bir önlem almaya çalışmış, fakat örnekteki gibi çalışanlar arasındaki örgütsüzlük nedeniyle şirkete geri adım attırmaları mümkün olmamıştır.

Peki bu risk Türkiye gibi sağlık hizmeti ihracatçısı olan ülkeler için de geçerli değil midir?

Sağlık turizminin ulusal sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırdığı varsayılmaktadır ancak veriler bu argümanı tartışmalı hale getirmektedir. En rekabetçi kabul edilen Güneydoğu Asya ülkelerinde sağlık turizminin gelişmesi buralardaki halk sağlığı sorunlarını çözmemiş, aksine eşitsizlikler artmıştır. Sağlık turizminin bu coğrafyadaki katalizörü 1997 Güneydoğu Asya ekonomik krizidir. Bu krizle birlikte sağlık “kamu yararı” yerine bireysel yarar olarak değerlendirilmeye başlanmış, neo-liberal yaklaşımlar uluslararası sağlık mobilitesini bir özgürlük ve serbest seçim olarak yansıtmaya başlamıştır (Whittaker, 2011: 107, 113).

Temel sağlık hizmetlerinin halka yetersiz sunulduğu az gelişmiş ülkelerde, sağlık turizmini geliştirmek amacıyla özel sektör merkezli biyoteknolojiye yatırım bir çarpıklık göstergesidir. Bu ülkeler, gelişmiş Batı'da devletin sağlık harcamalarında yaptığı kesintiler ve sağlık sistemindeki aksamalara gözlerini dikmektedir. Turizm sektörü devlet desteğiyle uzmanlaşmış sağlık altyapısından faydalanarak uluslararası düzeyde sağlık hizmetleri sunarken yerel hizmetlerde İngiltere'de görülene benzer bir yoğunluğun Hindistan, Tayland, Singapur gibi ülkelerde yaşanacağı, hizmet temininde pahalanma ve kısıtlamalar doğuracağı öngörülmektedir (Turner, 2007: 321).

Hindistan'da 1980'lere kadar özel hastaneler genellikle kâr amaçlı olmayan vakıf hastaneleri iken 1980 sonrası ekonomik liberalleşmeyle sağlık turizmi yükselişe geçmiş ve genel sağlık sistemi içinde kâr amaçlı hastanelerin ağırlığı artmıştır. 2002-2010 arasında yataklı hizmetlerin yüzde 70'ini özel sektör sağlarken devletin yataklı hizmet yatırımları çoğunlukla kamu-özel ortaklıklarına dayandığı için yine özel sektöre bağımlıdır. Özel hastanelerde yaşanan patlama denetlenemeyen bir sağlık piyasası doğurmuş, ehliyetsiz kurumların sayısı artmıştır. Özel hastaneler çoğunlukla uzmanlaşmış üçüncü basamak sağlık hizmeti vermekte ve bu hizmet gitgide pahalanmakta, düşük gelirli için yaygın birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri zayıf kalmaktadır (Mossialos ve arkadaşları, 2017: 78, 79).

Genel olarak Güneydoğu Asya ülkelerinde, özel kurumların sağlık turistlerine ve yüksek gelirlilere hitap eden uzmanlaşmış sağlık altyapısı ile kamu kurumlarının yerli halka hitap eden temel sağlık altyapısı arasındaki uçurum büyümektedir (Deloitte, 2017: 10). Singapur'da iki en büyük sağlık kurumu Medical Group and Parkway Health ikinci ve üçüncü basamak sağlık turizmi hizmeti vermektedir. Devlet kurumları sübvans edilen hizmetleri sunabilmek için özel sektörden yatak kiralamaktadır (Mossialos ve arkadaşları, 2016: 146).

Sağlık turizminden yerli halkın yararlanamaması bir vakıdır. Buna karşı geliştirilen argüman, sağlık turizmi gelirlerinin kamu sağlık hizmetlerini finanse etmesidir. Ancak bu tür bir çapraz sübvansiyon politikası ancak güçlü vergilendirme sistemleriyle oluşturulabilir. Oysaki sağlık turizmi rekabetine katılan ülkelerde kamu-özel ortaklıklarıyla özel şirketlere imtiyazlar tanınmakta, kurumlar vergisi düşürülmektedir. Singapur, Malezya ve Hindistan’da devlet tarafından desteklenen özel hastaneler, kamu-özel ortaklıkları ve aracı firmalar arasındaki çıkar birliği, sağlık turizmine dönük eleştirilerin susturulmasına dahi sebep olmaktadır. (Erdoğan ve Yılmaz, 2012: 1046, 1047; Turner, 2007: 314, 315)

Sağlık turizmi adı altında uluslararası sağlık hizmeti ticaretinin ulusal sağlık hizmeti ticaretinden farkı, yasal, etik ve mesleki standartların belirsizleşmesi, hastaların ticari çıkarların etkisi altında kalmadan doğru şekilde bilgilendirilmelerinin zorlaşmasıdır. Sımsar şirketlerin bazılarının sitelerinde yer verdikleri “caveat emptor” doktrini ve hastalara imzalattıkları feragat sözleşmeleri, malpraktis durumunda ilgili yasal sorumluluktan kaçmalarını sağlamaktadır. Sağlık turizminde bu önlemlerin katılması sağlık piyasasındaki aktörlerin kurumsallaşması ve bürokratikleşmesi sonucunu doğurmaktadır. (Turner, 2007: 314-320)

Kurumsallaşma ve bürokratikleşme piyasada tekelleşmenin işaretidir. Piyasadaki daha küçük aktörlerin büyük aktörlere eklenmesi, piyasa içi hiyerarşinin belirginleşmesi sonucunu doğurur. Kanada örneğinde sımsar şirketler aile doktorlarıyla işbirlikleri tesis ederek hastaların sınırötesi sağlık hizmeti talebini kışkırtmaktadır. Fakat bu aynı zamanda zayıf altyapılı hizmet sunucularını aracı şirketlerin denetimi altına sokmaktadır. Henüz bir “küçük endüstri” olan sağlık turizminde zaman içinde küçük aktörlerin büyük aktörlere bağlanması, büyüklerin de konsolide olması eğilimi gözlenmektedir (Snyder ve arkadaşları, 2011: 533). Sağlık piyasasında gerek kurumsallaşma gerek büyük aktörlerin konsolidasyonu tekelleşmeye işaret etmektedir.

Tekelleşme, kapitalizmin 20. yüzyıl başından itibaren yaşadığı ve 1970’lerin kriziyle birlikte yeni bir evresine girdiği finansallaşmaya paralel bir karakteridir. Tekelci kapitalizmde finansal sermaye, mal ve hizmet üretimi üzerinde bir denetim kurmaktadır. Fakat finansal sermaye ile üretim sermayesi iki uzlaşmaz kesimi değil birbiriyle iç içe geçmiş tek bir çıkarlar şebekesini ifade eder. 1970’lerin krizinin etkisiyle finansal sermayenin sağlık, eğitim gibi hizmetlere olan ilgisi de artmış, SATURK’ün belgesinde anlatıldığı gibi hizmet sağlayıcılar açısından bu bir olanak olarak görülmüştür. Kamu ve özel sağlık sunucularının gitgide daha fazla finansal araçlar kullanmaları, borç piyasalarına bağımlı hale gelmeleri, finans sektörünün hizmet sektörüne de nüfuz etmesine yol açmaktadır. Türkiye’de 10 yıl önce örnek gösterilen Yunanistan, İtalya gibi ikinci kuşak AB ülkelerinin sağlık hizmetleri, son 10 yıl içinde yaşadıkları borçlanmanın ürünü olan ekonomik krizin etkisiyle

çökmüştür. Bu ülkelerde kamusal ve yarı-kamusal sağlık hizmeti sunucularının borçları uluslararası piyasalarda varlığa dayalı menkul kıymetler olarak alınıp satılır hale gelmiştir (Vural, 2017: 277).

Kapitalizmin dünya ölçeğindeki eşitsiz gelişimi, uluslararası sağlık hizmetlerinin dolaylı olarak ulusal sağlık hizmetlerindeki ticari etkiyi sınırlandırabildiği örnekler de vermektedir. Sınırötesi sağlık hizmetleri alternatifinin ABD'ye arzı, sendikaların şirketlere tepkisinde görüldüğü gibi ücretli emekçilerin örgütlü baskısının da muhtemel etkisiyle, ABD'de özelde on yıllardır kontrolsüz artan fiyatları dizginlenmiştir. Buna karşılık aynı coğrafyada Kosta Rika'da tam da ABD'ye arz edilen sağlık turizminin etkisiyle doktorlar yüksek gelirli uzmanlık alanlarına yönelmekte, ülke içinde pratisyen hekim açığı ortaya çıkmaktadır. Bunun yukarıda örnek verilen Güneydoğu Asya ülkelerindeki halk sağlığı sorunlarıyla aynı kümeye girdiği görülmektedir. Öte yandan Kosta Rika devleti kendi bölgesinde sosyalist Küba'nın Latin Amerika'ya ticari çıkar gütmenden sunduğu pratisyen hekim hizmetleriyle bu açığı kapamaktadır (Warf, 2010: 61).

Küba devleti, istisnai olarak sağlık turizmini 'ada turizmi'nin bir uzantısı olarak değerlendirmekte, ABD ablukasından kaynaklanan finansal kısıtlarını 1978 Alma Ata Bildirgesi çerçevesinde kendi halkına ücretsiz sağlık hizmeti sunmakta kullanmaktadır. Öte yandan Küba sağlık hizmetlerini az gelişmiş Latin Amerika ülkeleri arasında bir 'dayanışma' etkinliği olarak da sürdürmektedir. Dolayısıyla bu coğrafyada Küba'nın sağladığı toplumcu sağlık hizmetleri, uluslararası sağlık hizmetlerini geliştirmiş ülkelerdeki ücretli emekçiler ve az gelişmiş ülkelerdeki halk lehine çevirmektedir. Bunun ülkeleri kesen bir sınıflar arası mücadelenin ürünü olduğu saptanmalıdır.

Sağlık turizminin dünyada turizmin bir uzantısı olmanın ötesinde sağlığın metalaşmasında yeni bir boyut haline geldiği bu alanla ilgili akademik araştırmalarda gözlenmektedir. Alana yönelik artan akademik ilgi üzerine bir araştırma, kriz ile ve bu alandaki düzenlemeler arasındaki ilişkinin izini sürebilmemizi sağlar. 1954-2017 arasında "tıp turizmi"yle (*medical tourism*) ilgili yayınları inceleyen araştırma, yayın sayısında 2008-2009 dönemi ve 2015 yılında zirve yaşandığını tespit etmektedir. Ancak iki dönemin de hemen sonrasında ilgi düşmekte, sağlık turizminin hizmetler ticaretinde artan etkisine karşın bilimsel bir ilgi alanı olarak derinleşmediği anlaşılmaktadır. Nitekim araştırmada sağlık turizmine farklı disiplinlerden yaklaşımlar da incelenmiş, son dönemde alan yayıncılığındaki ilgi düşüklüğe rağmen ticaret, işletme ve hukuk disiplinlerinden bu konuya ilginin canlı kaldığı görülmüştür (Rokni ve Park, 2018: 229). Bu durum, sağlık turizminin tıbbi yönden değil krizin genişlettiği rekabetçi bir endüstri olarak yatırımcıların ilgisini çektiğini göstermektedir.

Sağlık turizmi bir rekabetçi endüstri olarak ele alındığında tıp etiğini dışlamaktadır. Bir insan hakkı olarak sağlık hakkı, hem piyasanın sağlık talebinde

doğurduğu eşitsizlikle hem sağlık arzında yeni metalaşma alanları yaratmasıyla çelişmektedir. Öyle ki, sağlık ticaretinin sınırları belirsiz haliyle en çarpıcı sonucu organ ticaretidir. Ancak organ ticareti, organ kaçakçılığı gibi illegal alanlara indirgenmemelidir. Örneğin “üreme ticareti” adı da verilen taşıyıcı annelik gibi yeni hizmet türleri, fiziksel olarak organların ticarileşmesi ve para karşılığı başkalarının hizmetine sunulması gibi yeni biçimler almaktadır. Hindistan’da yoksul kadınların orta sınıflara dönük sundukları bu ‘hizmetin’ sınırötesi hale gelmesi sağlık turizmi kapsamında değerlendirilmeye başlanmıştır³. (Gupta, 2012: 45, 46)

Yukarıda sıraladığımız sorunlarla birlikte Türkiye’de cari açığı kapatabileceği söylenen sağlık turizminin ne kadar büyük bir pasta oluşturduğuna ilişkin özel sektör kaynaklı çok sayıda rapor bulunmaktadır. Bunlardan biri olan TÜSİAD’ın 2009 tarihli “Türkiye İçin Yeni Bir Fırsat Penceresi: Tıp Turizmi” başlıklı raporu, McKinsey&Co Danışmanlık Şirketi’nin yaptığı araştırmaya göre 2006 yılında tıp turizminden elde edilen 60 milyar dolarlık gelirin 2012 yılında 100 milyar dolara çıkacağı öngörülmektedir (TÜSİAD, 2009: 7). Ancak akademik literatüre döndüğümüzde, piyasaya ilişkin rakamların bu alandaki tekelleşme tarafından belirlendiğini görürüz. Nitekim literatürde 2009 tarihli McKinsey’in araştırmasının örneklem olarak belirlediği Joint Commission International’ın (JCI) standartlarında sağlık hizmeti veren kuruluşların dünyada akredite olmayan ancak sağlık turizmi kapsamında yüzlerce hastane, ameliyathane ve kliniğini dışarıda bıraktığı, dolayısıyla araştırma sonucuna göre piyasayı yönlendirmenin hali hazırda akredite olan ülkeler lehine saptırıcı olacağı ifade edilmektedir (Youngman, 2009).

SATURK’ün Sağlık, Turizm ve Rekabet Edebilirlik belgesinde de (2017b) Medical Tourism Association tarafından yayınlanan Medical Tourism Index’in “çıkar amaçlı olduğu” dile getirilmiştir. Buna göre tekeli şirketlerin rekabet ettiği alanda objektif kriterlerin belirlenmesi ve adil bir akreditasyon sistemi geliştirilmesi gerçek dışıdır. Akademik araştırmalar bu kuşkuyu doğrulamakta, akreditasyonların zengin hastanelerin pazarlama ihtiyaçlarına göre düzenlendiğine işaret etmektedir. Dahası, Dünya Sağlık Örgütü’nün düzenlediği bir akreditasyon da yoktur. Mevcut olanlar, kriterleri itibarıyla sağlık hizmetlerinin niteliğinden ziyade lüks hastanelerin ve aracı şirketlerin ulaşım ve otelcilik hizmetlerinin kalitesine ve bunları sağlayabilen ülkelere piyasadaki paylarını büyümeye dönük bir işlev görmektedir (Lunt ve arkadaşları, 2011: 29).

2007-2008 dünya ekonomik krizi sonrası Dünya Sağlık Örgütü’nün kriter belirleme ehliyeti de tartışmalı hale gelmiştir. Devletlerin kamusal sağlık

³ 1990’lardan beri neo-liberalizmin tamamen dışladığı yoksul kadınlara dönük 2008’de Hindistan’da bu alanda yapılan yasal düzenleme, kadın hakları savunucularının bazıları tarafından kadınlar için kapsayıcı ve katılımcı olarak olumlu değerlendirilmiştir. Neo-liberalizmin çaresizliğe sürüklediği yoksul kadınların sağlık turizmine kendi organlarını sunmalarının bu gerekçelerle yasallaşması, kapitalizmin “feminist” görüşleri istismar edebildiği örneklerden birini oluşturmaktadır.

hizmetlerine ayırdıklarının paydaki azalma sadece aşağı yönlü değil yukarı yönlü de yaşanmakta, uluslararası sağlık kuruluşları daha fazla özel çıkarları temsil eden örgütler tarafından finanse edilmektedir. 2011 yılında Küresel Sağlık Yönetişimi adı altında oluşturulan Dünya Sağlık Asamblesi'nde yapılan öneriler ciddi bütçe kısıtlarının gölgesi altında kalmıştır. BM bünyesinde ekonomik kısıtları aşabilmek ve borçlanmayı yönetebilmek için politika belirleyici kurumların kamu-özel ortaklıklarının da ötesine geçip doğrudan özel finans kuruluşlarına dayanmaları beklenmektedir. Nitekim WHO'nun Bill Melinda Gates Vakfı gibi büyük özel finansörleri olduğu ve sağlık hizmetlerinde öne çıkan küresel sivil toplum kuruluşlarının birer özel finans grubunu temsil ettiği saptanmıştır. (Upham, 2011: 33, 34)

Görüldüğü gibi sağlık turizmiyle sağlık hizmetleri tıp etiğinden koparılmış ve kamusal sağlığın evrensel müktesebatından uzaklaşmıştır. Gerek ithalatçı gerek ihracatçı ülkelerde gözlenen eğilim, kriz karşısında sağlık turizmini geliştirme politikasının genel olarak sermayenin maliyetleri düşürme ve yeni kârlılık alanları yaratma arayışına hizmet ettiği; bununla ters orantılı bir ilişkiyle ücretle geçinen kesimlerin kamusal ve nitelikli sağlık hizmeti olanaklarını kaybettiği yöndedir. Hastaların birer meta olarak serbest dolaşımı emek karşısında sermayeye yeni “fırsatlar” sunmaktadır.

7. Türkiye'nin USHAŞ ile sağlık turizmi fırsatçılığı

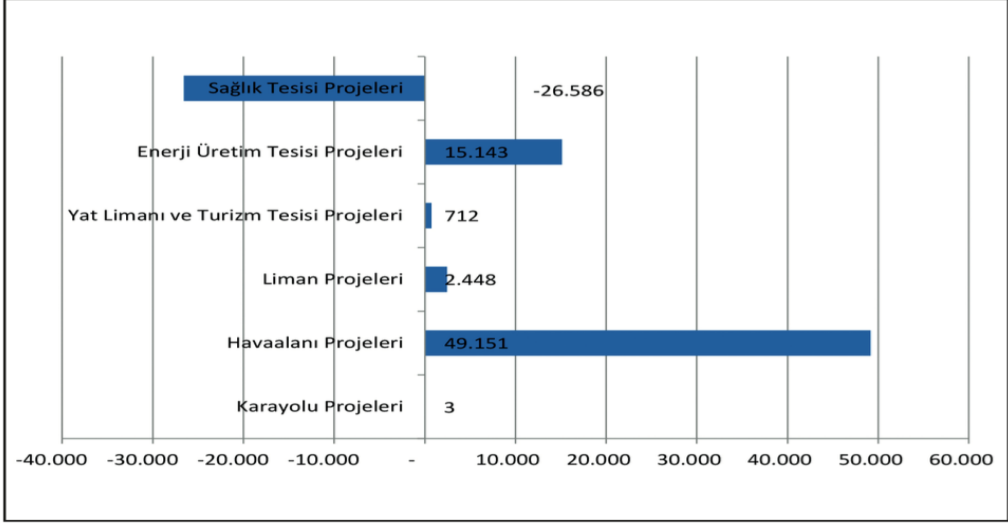
Dünyada ekonomik krizin etkisiyle sağlık turizminin sermayeye sunduğu fırsat, Türkiye'de ekonomik krizlerin derinleştiği cari açık sorunuyla birlikte bir özgünlük taşımaktadır. Çalışmanın başlangıcında Türkiye ekonomisinin yapısal sorunları olan cari açık ve özel sektör borçluluğunu incelerken sağlık turizminin bu sorunlara hitap etmek üzere Orta Vadeli Programlarda nasıl yer aldığına değindik. Devamında Türkiye'de yönetsel dönüşümün Sağlıkta Dönüşüm Programı ve ardından KÖİ projeleri çerçevesinde sağlık turizmini nasıl gündeme getirdiğini gördük. Sağlıkta Dönüşüm Programının uzantısı ve KÖİ projelerinin kader ortağı olarak nitelendirdiğimiz sağlık turizminin USHAŞ'ı ortaya çıkarmasını anlayabilmek için tarihsel olarak devlet anonim şirketlerinin işlevlerini inceledik. Güncel olarak dünya ekonomik krizinin sağlık turizmi ithalatçısı ve ihracatçısı ülkelere nasıl bir “fırsat” sunduğuna baktık. Şimdi bu çerçevede belirlediğimiz iki hipotezimizi, USHAŞ'ın kuruluşunun tekelleri sermayeye rehberlik etmek ve Şehir Hastanesi projelerinin finansal sürdürülebilirliğini güvence altına almak olduğu varsayımlarını 2017-2019 döneminden iktisadi ve yönetsel verilerle sınavacağız.

7.1. KÖİ projelerinin finansman sürdürülebilirliğine güvence: “Uzmanlık”

Türkiye'nin son çeyrek yüzyıl içinde yaşadığı üç kriz dalgasından 1994 ve 2001 tarihli krizler finansallaşma, 2008-2009 tarihli sonuncusu ise doğrudan reel sektör belirlemli olmuştur (Cömert ve Yeldan, 2018: 21). Reel sektörün krizi ekonominin dışa bağımlı olduğu alanları daha kırılgan hale getirmektedir. Örneğin krizin etkisiyle artan döviz ihtiyacı nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetlerinde gereken aşular (Memişoğlu ve Durgun, 2011: 92) veya ikinci-üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde gereksinilen tıbbi cihazların temini (Arık ve arkadaşları, 2016: 193) kamu bütçesinin finansal yükünü artırmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uzantısı olarak devlet garantili borçlanmayla Şehir Hastanesi projeleri bu yükü katmerlemiştir. Öte yandan Sağlıkta Dönüşüm'ün sağlık hizmetini kamusal bir hizmet alanı olmaktan çıkarıp reel sektöre koşut bir “endüstri” haline getirmesi (Küçük, 2017: 14), onun bir döviz kaynağı olarak da görülebilmesine ve bu doğrultuda dönüştürülmesine sebep olmaktadır. Türkiye’de 2017’nin sonu 2018’in başında emareleri hissedilen döviz krizi bu dönüşüm sürecini hızlandırmıştır.

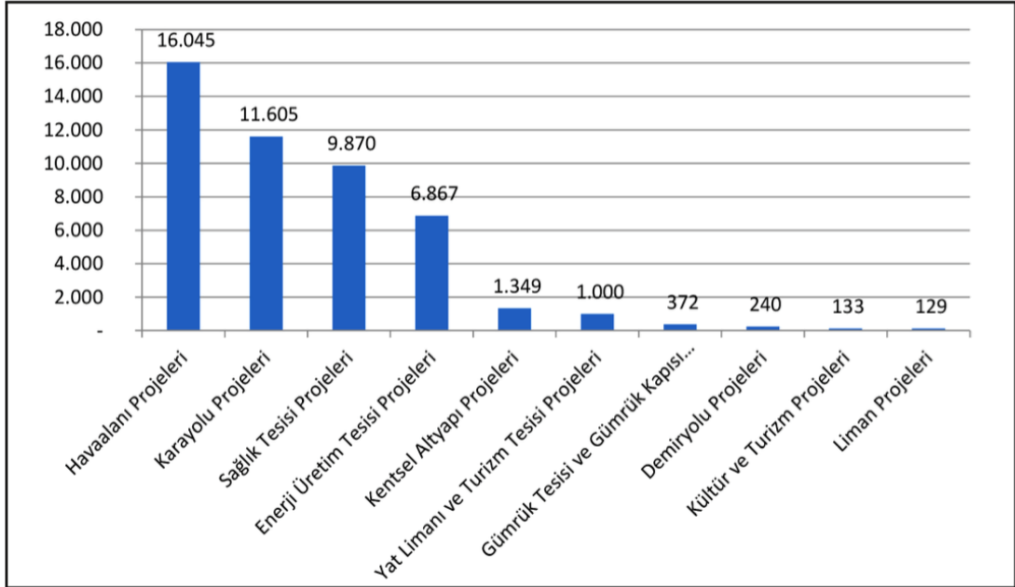
Dünya ekonomik krizinin Türkiye’ye etkilediği 2008-2009 sonrası sağlık tesisi yatırımlarının KÖİ modeliyle yürütülmesi, sağlık alanında hizmet yatırım ve üretimini dövizle dayalı finansmana bağlı hale getirmiştir. Kalkınma Bakanlığı'nın yayınladığı Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporları bu tabloyu yansıtmaktadır. 2012 yılı Raporu’na göre (TC Kalkınma Bakanlığı, 2012) “Gelecekteki KÖİ pazarına ilişkin değerlendirmeleri etkileyecek en önemli faktörün, dünya finans krizinden kaynaklanan sorunlar ve bu sorunları aşmak amacıyla uygulamaya konulan politikalar olacağı düşünülmektedir.” Ancak Rapor’da KÖİ projelerinin geleneksel yatırımların bir alternatifi değil tamamlayıcısı olduğu ve kamu garantilerinin kamu bütçesini aşırı risk altına sokmaması için bir “uzmanlık” gerektiği vurgulanmıştır. 2015 yılı Raporu’nda (TC Kalkınma Bakanlığı, 2016a), krizin finans piyasalarında süren etkisi nedeniyle “uygulama sözleşmesi imzalanmış proje stoku dikkate alındığında” KÖİ projeleri için uzun vadeli fon kaynağı sıkıntısının yaşanabileceği, banka finansmanına ek olarak kullanılabilir finansman kaynaklarının araştırılması önerilmektedir. Kamunun gelecek yıllarda garanti, borç üstlenimi gibi nedenlerle birikmiş yükümlülüklerinin iyi analiz edilmesi gerektiğinin altı çizilmektedir. Bununla birlikte Rapor, sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı’na kiralanmasında vergi istisnası sağlanması, Hazine Müsteşarlığı tarafından borç üstleniminin usul ve esaslarının belirlenmesi gibi dış finansmanı kolaylaştırıcı düzenlemelere de yer vermektedir. Nitekim Rapor’da devletin sağlıkta garanti ettiği borçlanma sözleşmelerinin 10 milyar dolar (Şekil 7), kira taahhüdünün 26,5 milyar dolar (Şekil 6) tuttuğu görülmektedir.

Şekil 6
Ödenecek Toplam Kira Tutarı (Milyon \$)



Kaynak: TC Kalkınma Bakanlığı, 2016a.

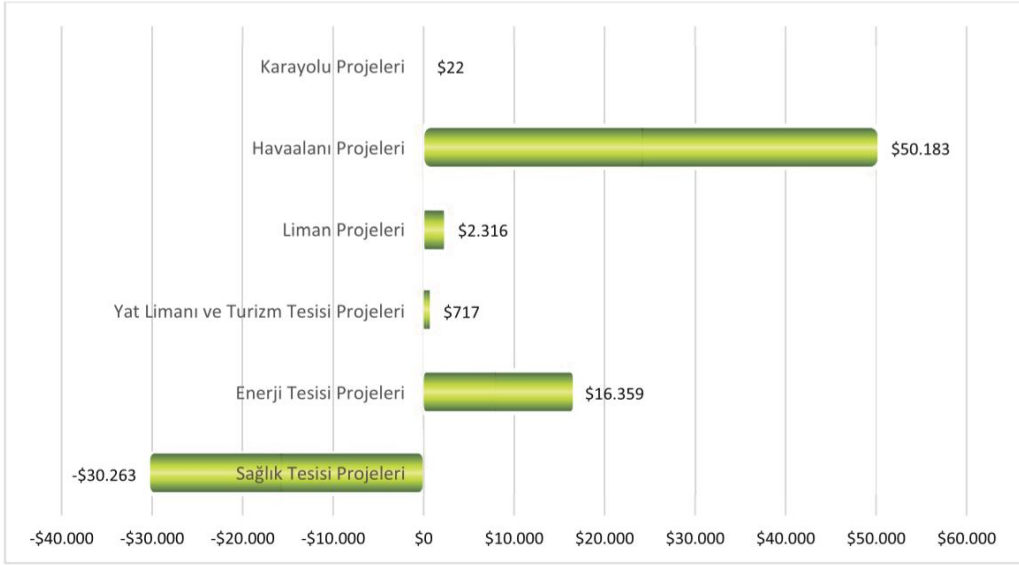
Şekil 7
Yatırım Tutarlarının Sektörlere Göre Dağılımı (Milyon \$)



Kaynak: TC Kalkınma Bakanlığı, 2016a.

2016 yılı Raporunda (TC Kalkınma Bakanlığı, 2017a) bu uyarılar tekrarlanmakta ve (bu defa yatırım tutarlarına yer verilmezken) kira taahhüdünün 30 milyar dolara çıktığı dikkat çekmektedir.

Şekil 8
Ödenecek Toplam Kira Tutarı (Milyon \$)



Kaynak: TC Kalkınma Bakanlığı, 2017.

Raporların yayınlandığı dönemde SATURK'ün kurulduğu ve KÖİ yasasında uluslararası tahkimin yetkisinin genişletildiği hatırlanacak olursa, döviz borçlanmasına dayalı sağlık projelerinde kriz-risk analizine dayalı bir yaklaşım yerine döviz kazancını artırmaya dönük bir yaklaşımın aldığı anlaşılmaktadır. Sağlık alanındaki KÖİ yatırımlarının kira yükünün önceki yıla göre yüzde 10 oranında artmış olması kamuya yaratacağı aşırı yük nedeniyle basında tartışma konusu olmuştur (Hürriyet, 11.04.2017). Bunun üzerinde 2017 yılı Raporu'nda yatırım ve kira tutarlarına ilişkin verilere hiç yer verilmemiş, sadece “Proje stokunun gerek dünyada gerek iç piyasalarda her geçen gün büyümesi” nedeniyle özel sektörün finansman kaynakları için rekabetin arttığı ve alternatif finansman kaynaklarının bulunması gerektiğinin altı çizilmiştir (TC Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Artan cari açık içindeki özel sektör borcunun ağırlığı, bu borcun sağlık alanında devlet garantili KÖİ projelerinin yatırım ve kira maliyetlerini içermesi, söz

konusu maliyetlerin de döviz cinsinden sözleşmelere dayanması yeni bir yönelimi zorunlu kılmıştır: 2012 yılındaki ilk KÖİ Raporunda ifade edilen “uzmanlaşma” ihtiyacı doğrultusunda, döviz kazancı sağlamak için sağlık kaynakları sağlık turizmine yönelik seferber edilecektir. Bunun için gereken reorganizasyon ise hem KÖİ projelerinin finansal sürdürülebilirliği hem de sağlık turizminde araçların finansal güvenilirliğini artırmaya dönüktür.

2018 bahar aylarında TÜSİAD Merkezi Yönetim Bütçesi Takip Raporu II belgesinde şu uyarıyı yapmaktadır: “... Ödeme sorumluluğu başka kurumlarda olsa bile sonuçta KÖİ projelerinin riski Hazine üzerindedir. Bu riski özellikle kurlardaki yukarı yönlü hareketin ve olası bir ekonomik durgunluğun arttıracacağı tahmin edilmektedir.” Devamında Rapor İngiltere’de 2018 Ocak ayında Carillon adlı yüklenicinin iflası üzerine nasıl İngiliz hükümetinin alt yükleniciler için 100 milyon Sterlin tutarında yeni banka borcuna garanti vermek durumunda kaldığını anlatarak “Carillon vakası ülkemizde özellikle KÖİ projelerinde verilen ‘borç üstlenim garantileri’ açısından dikkat çekici dersler içermektedir” demektedir (TÜSİAD, 2018).

Bu koşullar altında patlak veren döviz krizi cari açığın sermaye girişlerine muhtaç olmasıyla şiddetlenmekte ve KÖİ projelerine devlet garantisini güvence altına almak öncelikli hale gelmektedir. 12 Eylül 2018 tarihli 85 sayılı Cumhurbaşkanlığı kararıyla Türk Parasını Kıymetini Koruma Hakkındaki 32 Sayılı Karar değiştirilirken sözleşmelerin Türk lirası cinsinden gerçekleşmesi hükmü dövize dış müdahalelere karşı koruyucu bir önlem olarak lanse edilmiş, fakat Karar’a eklenen Geçici Madde 8’de “Bakanlıkça belirlenen haller dışında” ibaresi yer almıştır. Nitekim Hazine ve Maliye Bakanlığı Ekim ayında bir açıklama yayımlayarak 32 Sayılı Karar’ın 17 ve 17/A maddelerinde döviz cinsinden yükümlülüğü olan kişilerin sözleşmelerine istisna tanındığını ve istisnanın “paydaşların görüşleri de dikkate alınarak” belirleneceğini duyurmuştur. Henüz bir düzenleme yapmadan Bakanlığın böyle bir duyuru yapmasındaki acelecilik, Cumhurbaşkanlığı kararından muafiyet talep eden şirketlerin idare üzerindeki tesirini düşündürmekte ve döviz borçlusu KÖİ projeleri akla gelmektedir.

Bakanlık açıklamasında 32 Sayılı Karar’da istisna örneği olarak verilen maddeler 2018 başında değiştirilmiş bulunmaktadır. Buna göre (25.01.2018) döviz geliri olmayan Türkiye’de yerleşik kişiler yurt dışından (17. madde) ve yurt içinden (17/A maddesi) “döviz kredisi temin edemez” hükümlerine istisna haller sıralanmış, bunlar arasında “Kamu özel işbirliği modeli kapsamında gerçekleştirilecek projeleri yürütmekle görevli olan Türkiye’de yerleşik kişilerin kullanacakları döviz kredileri” yer almıştır. 32 Sayılı Karar’daki değişikliğe Bakanlığın Ekim ve Kasım 2018’de Tebliğ değişikliğiyle getirdiği istisnalar Ocak 2018’deki Karar’da yapılan değişikliğin getirdiği istisnalarla uyumludur: 6.10.2018 tarihinde Karar’a İlişkin Tebliğ’de (2008-32/34) Değişiklik Yapılmasına Dair

Tebliğ (2018-32/51), Döviz Cinsinden ve Döviz Endeksli Sözleşmeler başlıklı bir madde eklemiştir. 16.11.2018 tarihli ikinci değişiklik Tebliği (2018-32/52) ise bu ek maddede değişiklik yapmıştır.

Oldukça kapsamlı olan ek maddedeki konuları açıklamak üzere Bakanlık 28.11.2018 tarihinde Sıkça Sorular Sorular (SSS) yayınlamıştır. SSS'ye duyulan ihtiyaç, 32 Sayılı Karar karşısında yine şirketlere güven vermeye çalışıldığına işaret etmektedir. İlk değişiklik Tebliği'yle Tebliğ'e eklenen maddenin 10. fıkrasında, Karar'ın 17 ve 17/A maddelerinde geçen sözleşmelerin bedellerinin döviz cinsinden kararlaştırılması olanaklı kılınmıştır. 4. fıkrasında ise döviz kazandırıcı hizmetlerin istisna tutulduğu belirtilmiştir ve KÖİ projeleri bu kapsamda değerlendirilmiştir (Bilen ve Güler, 2018: 105). İkinci değişiklik Tebliği'yle yayımlanan SSS bunu daha açık ortaya koymaktadır. SSS içinde "Kamu-özel işbirliği (KÖİ) projeleri kapsamında gayrimenkul kiralama sözleşmelerinin döviz üzerinden yapılması mümkün müdür?" sorusuna ikinci değişiklik Tebliği'nin 16. fıkrasına atıfla olumlu yanıt verilmektedir. 16. fıkraya göre; "Kamu kurum ve kuruluşlarının taraf olduğu döviz cinsinden veya döviz endeksli ihaleler, sözleşmeler ve milletlerarası andlaşmaların ifası kapsamında gerçekleştirilecek olan projeler (...) çerçevesinde akdedilecek (...) sözleşmelerde, sözleşme bedelinin ve bu sözleşmelerden kaynaklanan diğer ödeme yükümlülüklerinin döviz cinsinden veya döviz endeksli olarak kararlaştırılması mümkündür." Benzer bir madde ilk değişiklik Tebliği'nde de (13. fıkrada) yer almış, fakat bir ay sonra çıkarılan ikinci değişiklik Tebliği'nde aynı maddede "projeler", "yüklenicilerin sözleşme imzaladığı taraflarla akdedilecek sözleşmeler" ve "gayrimenkul kira sözleşmeleri" istisna kapsamına alınmıştır.

Sonuç olarak Cumhurbaşkanlığı kararında bir detay gibi görünen istisna, bir dizi karmaşık düzenlemeyle Türkiye'deki döviz borcunun önemli bir bölümünü üstlenen özel sektör lehine genişletilmiştir. "Döviz kurundaki dalgalanmaya karşı tedbir" (Anadolu Ajansı, 13.09.2018) olarak değerlendirilen 32 Sayılı Karar'da değişiklik yapan Cumhurbaşkanlığı kararı, Hazine ve Maliye Bakanlığı'nın garantörlüğünü üstlendiği sözleşmelere muafiyet sağlamak ve KÖİ projelerinin yatırımcılarını ve finansörlerini kayırmaktadır. Böylece değer kaybeden TL'nin yükünü dış borca girmemiş ama dövizle borçlanmış daha küçük ölçekli işletmeler çekerken KÖİ projelerinde kamu kaynaklarını kullanarak dış borca giren holdinglerin yüksek kârları güvence altına alınmıştır. Hukuki düzenlemelerde bu müdahaleler silsilesi sağlık piyasası alanında şirketler lehine bir ortam sağlandığının belirgin bir göstergesidir.

Bu düzenlemelerle Kalkınma Bakanlığı tarafından KÖİ projelerine ilişkin yayımlanan fakat daha sonra kamuoyunun dikkatini çektiği için güncellenmeyen devletin döviz yükümlülükleri mahfuz kabul edilmektedir. Sağlıkta dönüşümün neticesi olan KÖİ projelerinin taşıdığı risk ile sağlık turizminin neticesi olan

USHAŞ'a olan ihtiyaç bu noktada örtüşmektedir. 2019 sonunda Sağlık Bakanı 2020 yılı için "hem şehir hastanelerinin daha yoğun açılacağı hem de sağlık turizminin daha önemli olacağı bir yıl olacak" beyanında bulunmuştur (Hürriyet, 31.12.2019). Ancak özel sektör borçlanması ve devletin garantör olması, sağlık turizmi "uzmanlaşmasının" sağlayacağı döviz getirisinden önce kamuya döviz kuru kriziyle daha ağır kayıplar verdirmektedir. Dolayısıyla kriz döviz ihtiyacını tetiklemekte, döviz ihtiyacı sağlığın daha fazla turizme yönlendirilmesini gerektirmekte, ancak sağlık hizmetinin sağlık turizmine yönelik dönüştürülmesi döviz ihtiyacını artırmaktadır. Nihai olarak sağlıkta bir kısır döngü halinde dışa bağımlılık pekişmektedir.

7.2. Kamunun tekeli rekabete rehberlik etmesi: "Simsarlık"

Sağlık turizminin temelinde yatan sağlıkta piyasalaşma politikasının 1990'lara uzandığını anlatmıştık. Ancak Washington Konsensüsü ve GATS anlaşmasının çekim gücüyle sağlıkta piyasalaşma doğrultusunda kendiliğinden bir yönetsel dönüşüm gerçekleşmedi. 2000'lerde yürürlüğe konan Sağlıkta Dönüşüm Programı bunu gerçekleştirmenin iradi ilanı olmakla birlikte aslında bir bütün olarak devletin dönüşümüne ihtiyaç duyuluyordu.

Öncelikle hizmetin ticarileşmesi için eski hukuki kalıpların yıkılması ve yenilerinin inşası gerekliydi. Hukuki altyapının oluşturulması, yukarıda tartıştığımız gibi kamu hizmetinin sadece organik boyutu açısından değil, işlevsel olarak kamu hizmetine dair toplumsal algının, felsefi normların değişmesini de zorunlu kılmıştır. Kamu iktisadi teşekküllerinin özelleştirildiği ve kamu hizmetlerinin piyasalaştırıldığı 1990'ların hukuki tartışmalarında kamu hizmetlerinin genel idare esaslarına göre mi, ticari işletme esaslarına göre mi yürütülmesi gerektiği ayrımı yapılmıştır. Ancak 1999 Anayasa değişikliğiyle 1982 Anayasası'nın 47. maddesine yapılan eklemenin yasamaya "özelleştirme" yetkisi vermesi ve 125. ile 155. maddelere yapılan eklemelerle yargının imtiyaz sözleşmelerini denetleme yetkisinin piyasalaşmaya imkân tanıyacak şekilde kısıtlanması genel idare esasları ve ticari işletme esasları arasındaki *geçişkenliği* artırmıştır.

Sendikalar ve meslek kuruluşlarının piyasalaşmaya yönelttiği itirazlarla Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na dayalı bu tartışma yüksek yargıya taşınmış, çelişkili kararlar alınmıştır. Anayasa Mahkemesi sağlık alanında genel idare esaslarını kabul etmekle birlikte işletmeciliğin olabileceğine hükmetmekte (Anayasa Mahkemesi Kararı: 19.4.1988, E. 1987/16 - K. 1988/8), Danıştay İdari İşler Kurulu ise devletin emanet usulüyle gördüğü yetkiyi devredemeyeceğini ileri sürmektedir (Danıştay idari işler Kurulu Kararı: 25. 10. 1990, E. 990/90 - K. 990/73). Bu yargı kararlarını Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulandığı dönemde inceleyen bir araştırma, kararlar arasındaki çelişkiye işaret etmekte ve

sağlığın genel idare esaslarına göre devlet tarafından verilmesi gereken bir kamusal hizmet olduğunu savunmaktadır (Ataay, 2005). Çalışma, yazıldığı dönemde sendika ve meslek kuruluşlarında temsil edilen emekçi sınıfların sermaye sınıfı karşısındaki direncini yansıtmaktadır. Ancak bu direnç örgütlü emek mücadelesinden zamanla hukuki mücadeleye daralmış ve hukuki mücadele zemini de 2010 Anayasa değişikliği ile yargının büyük ölçüde yürütmenin denetimine girmesi sonucunda kaybedilmiştir.

Devletin geçirdiği dönüşümün sağlık turizmine yansımada KÖİ projelerinin ve döviz krizinin katalizör bir etkisi olmuştur. Birincisi, aşırı borçlu ve krizlere karşı kırılgan bir ekonomide yüklü KÖİ projeleri yürüten yerli şirketlerin yabancı “finansmanına” güvence verilmesi için yürütmenin yetkileri artırılmış, yasama ile yargı denetimi önceki dönemlerdeki gibi yürütmeye eşgüdüm sağlamanın ötesine geçmiş, yetki yoğunlaşmasıyla bir nevi ‘erkler birliği’ tesis edilmiştir. İkincisi, döviz ihtiyacı zaten planlanan bir dönüşümü hızlandırmıştır: Buna göre “uluslararası sağlık hizmetleri” arzını sağlamak üzere sağlık alanının yeniden düzenlenmesinde devletin rolü koordine edici olmanın ötesine geçerek yol gösterici hale gelmiştir.

İlk başlıkta, 2018 Temmuz seçimlerinden sonra Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemine geçilmesi etkili olmuştur. Anayasa’daki 1999 değişikliğinde sağlığın ticari işletmeciliğe tamamen açılması veya tersinden imtiyazları denetleme yetkisinin kısıtlanması yasamanın tartışabileceği ya da yargının takdir yetkisini kullanabileceği normatif bir konu olmaktan çıkarılmakta, yürütmenin teknik bir uygulamasına dönüştürülmektedir. Bu niteliksel değişiklik, sağlık hizmetlerinin yap-işlet-kirala modelinde yabancı finansörlere verilen kredi garanti yetkisinin 2017 Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi ile birlikte bir kuruldan (Bakanlar Kurulu) bir kişiye (Cumhurbaşkanı) geçirilmesinde kendisini göstermektedir.

KÖİ projelerinde Sayıştay denetiminin seyri bu değişimi doğrulamaktadır. 2018 Nisan ayında Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun Sayıştay tarafından denetimi sırasında tespit edilen usulsüzlükler nedeniyle denetleyici heyetin görevden alındığı basına yansımıştır (Cumhuriyet, 17.06.2018). Sayıştay’ın denetimi Sağlık Bakanlığı’ndan talep edilen KÖİ sözleşmelerinin teslim alınamaması sonucu akamete uğramıştır. Sayıştay Raporu’na göre, Yozgat, Isparta ve Adana Şehir Hastanelerinde yapılan sözleşmelerde ihtilaf durumunda tahkim yerini “Londra” olarak belirleyen Finansman Sağlayanların Doğrudan Anlaşması (FSDA) yönetmeliğe aykırıdır. KÖİ projelerini düzenleyen 4749 sayılı kanunda FSDA’ya açıkça atıfta bulunulmaması da temerrüt durumunda sözleşmeye kredi verenlerin step-in hakları üçüncü taraf olan idare tarafından korunmaktadır (Kocabaşoğlu ve Demir, 2017: 96, 97). Bu kanunda 2015 yılında yapılan değişiklikle ihtilaf halinde davanın Türk mahkemelerinde görülmesi kaydının kaldırıldığını belirtmiştik. Ancak 2015 öncesi yapılan sözleşmelerde 2015 sonrası

Türk Mahkemelerini devreden çıkarıcı yasa değişikliği usulsüzce geçerli sayılmıştır.

Bu durum, 2015'teki değişikliğin yeni bir yönelime işaret ettiğini, sağlık alanında daha ileri seviyede bir ticarileşme ve bağımlılığa yol açacak hukuki altyapı oluşturulmadan bir *fait accompli* yaratıldığını ispatlamaktadır. Sayıştay'ın 2018 Eylül denetim raporunda geriye dönük bu çelişkilere değinilmemekte, fakat sözleşmelerin çeşitli yönlerden usulsüzce yapıldığı ve yüklenicilere yaptırım uygulanmadığı tespitleri yer almaktadır (Sayıştay, 2018). Buradan hareketle yürütmenin yargı denetimi üzerindeki vesayetinin uluslararası kreditorlere güvence sağlayacak bir noktaya getirildiği görülmektedir.

İkinci başlık, sağlık hizmetlerindeki dönüşümün sağlık turizminin ihtiyaçlarına göre uyarlanmasıdır. KÖİ projeleriyle kurulan Şehir Hastaneleri, işletmecilik bakımından mekânsal olarak yoğunlaşırken konumları bakımından kent sakinlerinin mahalli erişiminden ziyade şehirlerarası ve uluslararası erişime açık hale gelmektedir. 2017 Temmuz ayında ilk defa “uluslararası sağlık hizmeti” tanımlamasıyla çıkarılan yönetmelikle ilgili Türk Tabipleri Birliği Danıştay'a iptal davası açmış, evrensel sağlık hizmeti ilkesinin hilafına yurtdışından hasta getirmenin amaçlandığı, bunun yasalarda bir suç kabul edilen “hasta simsarlığı” anlamına geldiğini belirtmiştir (TTB, 2017). İlginç olan, “simsarlık” nitelendirmesinin SATURK belgelerinde de aracı şirketlerin oynadığı fiili role ilişkin kullanılması ve 2017 Ağustos ayında USHAŞ'ın ilk kuruluş tasarısında kamunun bu rolü resmileştirerek üstleneceğinin ortaya çıkmasıdır. Sağlıkta kamuya dövizle borç yükü getiren KÖİ proje sözleşmelerine yönelik Sayıştay denetiminin akamete uğradığı 2018'in bahar aylarında, sağlıkta döviz kazancını evrensel sağlık hizmetlerini gözetmeden düzenleyen “uluslararası sağlık hizmetlerine” TTB'nin itirazı Danıştay tarafından reddedilmiştir (TTB, 2018c). Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının yargı yoluyla kamunun bu alanda oynadığı rolü denetlemesi devre dışı bırakıldıktan sonra yürütmenin piyasayı dizayn edebilmesi kolaylaşmaktadır.

USHAŞ'ı kuran 703 sayılı KHK'nın yayınlanmasından haftalar sonra sağlık turizminin ticari temsilcilerini bir araya getiren iki kuruluş Türkiye Seyahat Acentaları Birliği (TÜRSAB) ve Türkiye Sağlık Turizmi Dernekleri Federasyonu (TURSAB) arasında “Sağlık Turizmi İşbirliği Protokolü” imzalanmış, sağlık turizminin cari açığı kapatacağı ilan edilmiştir (TÜRSAB, 2018). Nitekim önceki yıllarda yayınladığı raporlarda TÜRSAB, kamu-özel ortaklığıyla yapılacak hastanelerin devreye girmesiyle döviz geliri sağlanacağını öngörmüştür (TÜRSAB, 2014). Dolayısıyla sağlık turizmine seyahat hizmeti üzerinden giren şirketlerin kamunun bu alanda sunacağı altyapıya erken tarihlerde gözünü diktiği anlaşılmaktadır. USHAŞ'la birlikte sağlık turizminin yurt dışında pazarlanmasında

Şehir Hastanelerinin rekabetçi fiyatlarının öne çıkarılması yerine Türkiye’de sağlık turizmi piyasasında kapsayıcı bir “liderlik” edilmesi istenmektedir (Kodan, 2018).

Seyahat şirketlerinden farklı olarak özel hastaneler sektörü farklı kaygılar dile getirmektedir. Başlangıçta KÖİ modeliyle yapılacak Şehir Hastaneleri’nin özel sektör kârlılığı üzerinde rekabetçi bir baskı yaratacağı endişeleri yerli finansörler tarafından dile getirilmiştir (Şat Sezgin, 2015). USHAŞ’ın kuruluşuyla birlikte sağlık turizmine girmiş özel sağlık kuruluşlarının kuşklarının arttığı ve haksız rekabet kaygıları dile getirdikleri görülmektedir. Ancak buradaki kaygı, USHAŞ’ın özel sağlık kuruluşlarına doğrudan rakip olmasından ziyade sağlık turizmi piyasasına seyahat gibi aracı rollerle giren “simsar” şirketlerin elinin güçlenmesidir. Bu nedenle özel sektör sağlık kuruluşlarının talebi kamunun içeride piyasaya “liderliği” değil mevcut piyasa liderlerinin dışarıda pazarlara hitap etmesi, yani “simsarlığı” üstlenmesidir. Nitekim Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği’nin (OHSAD) Nisan 2019’da düzenlediği ve TÜSİAD moderatörlüğünde USHAŞ Koordinatörü’nün konuşacağı panel ile ilgili “kurumsal pazarlara hitap etme ve pazar payının büyümesinde kamunun da sorumluluk alması” beklentisi ifade edilmiştir. Ocak 2019’da 7161 sayılı kanunla USHAŞ’ın Kamu İhale Kanunu’ndan (KİK) istisna tutulan kamu kurumları arasına eklenmesi bu beklentilerle uyumludur.

Alan gözünü dikmiş farklı özel sektör temsilcileriyle Haziran 2019’da ilk defa Kayseri’de Sağlık Turizmi Çalıştayı gerçekleştirilmiştir. Burada USHAŞ Genel Müdürü tarafından USHAŞ’ın “regülasyon yapan bir otorite” konumu, “kamu hastanelerinin resmi aracı kuruluşu” olduğu, “özel hastanelerle birlikte” hareket edebildiği, onlar adına KİK’ten muaf alımlar yapabildiği açıklanmaktadır (Kayseri Büyükşehir Belediyesi, 2019: 30). Öte yandan bahsi geçen “özel hastanelerin” tekelleşmiş özellikler taşıyan kurumsal şirketler olduğunu, bunlar karşısında sağlık turizmine girmeye çalışan “küçük ve orta ölçekli aracı kuruluşların” USHAŞ nezdinde henüz ikincil planda tutuldukları anlaşılmaktadır (2019: 43). Nitekim Çalıştay sonunda Yönetmelikteki “aracı kuruluş” ifadesi yerine “hizmet sağlayan kuruluş” ifadesinin konması ve hastanelerin bu sıfatla gerçekten aracı olan “acentelere” muhatap olması; “merdiven altı” sağlık turizminin önüne geçilmesi gibi öneriler sunulmaktadır (2019: 124). Çalıştay’da acentelerin talebi ise, TÜRSAB bünyesinde faaliyet yürüten sağlık turizmi acenteleri dışında piyasaya yeni oyuncuların girmesinin yine Yönetmelik’te değişiklik yapılarak engellenmesi, USHAŞ’ın bir “acente enflasyonunun” önüne geçmesidir (2019: 159). Çok açık bir şekilde USHAŞ piyasa dizaynında bir hiyerarşi izlemekte ve en tepedekilere hitap etmektedir. Peki en tepede kimler vardır?

Türkiye’de hem döviz krizine karşı bir önlem hem de dünyadaki ekonomik kriz karşısında bir “fırsat” olarak düşünülen sağlık turizmi KÖİ projelerinin kamu garantili dış finansmanı nedeniyle yabancı şirketlere bağımlılığı artırdığı için bir

kısır döngü yaratmaktadır. Yukarıda anlatıldığı gibi Cumhuriyet'in ilk elli yılında devlet tekelinin seyretilmesinde etkili olan anonim şirketler özel sektörde tekelleşmeyi daha elverişli hale getirmiştir. Kapitalizmin tarihsel gelişiminde sermaye sahiplerinin üretimden çekilmelerini sağlayan, tüzel kişiliğe kavuştuktan sonra şirket birleştirme ve ele geçirmelerini kolaylaştıran bu yapılar, günümüzde devletin bir ekonomik alandaki entegrasyonu yönetebilmesine olanak tanımaktadır (Ekiz, 2010: 112-115). Sağlık turizmi örneğinde sağlık hizmeti vermeyen işletmecilerin USHAŞ aracılığıyla bu sahaya sermaye yatırabilmeleri ile Şehir Hastanelerinin yarattığı olanaklar birbirini tamamlamaktadır. Ancak kamu kaynaklarının hangi tarafa öncelikle harcanacağı yine bir çekişme konusudur.

Sağlık kampüslerinin yüklenicilerini finanse eden başlıca kuruluşlarından biri olan International Finance Cooperation (IFC), Temmuz 2018'de yaptığı açıklamada, Sağlık Bakanlığı'nın yatırım riskini paylaştığı KÖİ projelerine 241 milyar dolar yatırdığını, “öncü” olarak nitelendirdiği Kayseri, Ankara-Etlük, Elazığ Şehir Hastanesi projelerinin 540 milyar doların üstünde finansman sağladığını açıklamaktadır. Çok Taraflı Yatırım Garanti Antlaşması (MIGA) da altı proje için 855 milyon dolar hazır etmiştir. Yabancı bir finans tekeli olan IFC, finanse ettiği başlıca yüklenicilerden Rönesans şirketinin KÖİ projelerinden birer “macera” olarak söz ettiğinden övgüyle bahsetmektedir (IFC, 2018). Dolayısıyla devletin elindeki sınırlı kaynakları öncelikli olarak USHAŞ'ın aracılık edeceği şirketlere mi yoksa onlara da hizmet sunacak olan KÖİ projelerinin finansmanına mı tahsis etmesi gerektiği özel sektör içinde olası bir tartışma konusudur. Nitekim Kayseri Sağlık Turizmi Çalıştay'ında USHAŞ'ın “kamuyu pazarlamak” üzerine kurulmadığı belirtilse de öncelikle Şehir Hastanesi'nde bir “pilot çalışma” yapılacağı ifade edilmiştir (2019: 33). Bu tür önceliklerin idarenin tercihlerini yansıttığı ve USHAŞ'ın otoritesinden faydalanmak isteyen Şehir Hastanesi işletmecileri ile özel hastane sahipleri arasında çekişme yaratması muhtemeldir. Ancak kesin olan bu kaynakların kamudan özele bir transfer anlamına geleceğidir.

8. Sonuç

Tarihsel olarak ekonomik krizler sermayenin yoğunlaşması, tekelleşme ve eşitsizlik gibi kapitalizmin yapısal sorunlarını derinleştirmektedir. Öte yandan krizler, sermaye açısından ekonomide yeniden yapılandırma arayışları da doğurur ve bazı yaklaşımlara göre “fırsatlar” sunar. Krizlerin ilk yansıdığı alanlardan biri olan sağlık konusunda Türkiye'nin yakın tarihinde gerçekleştirdiği yeniden yapılandırma programlarının Türkiye'nin geçirdiği ekonomik krizlerle ilişkisini kurabiliyoruz. Dünya ekonomisinin 1970'lerde yaşadığı krizin etkileri Türkiye'de sağlığa 1980 sonrası ticarileşme olarak yansımış ve 2000'lerde Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya konmuştur. Bu program 2007-2008 dünya ekonomik krizinin Türkiye'ye birikimli etkisiyle 10 yıl içerisinde yeni model arayışları doğurmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ilk baştaki uygulamasında Türkiye'de sağlık hizmetine dönük beklenti olumlu yönde artmıştır. Beklentinin temel kaynağı olan ekonomik büyüme cari açığın artışı pahasına gerçekleşmiştir. Cari açığın kısa ve uzun vadeli sermaye girişleri ile azaltıldığı, ancak bunun ekonomideki yapısal sorunları derinleştirdiği görülmektedir. Yapısal sorunların başında gelen özel sektör dış borçlanması, 2018 yılında yaşanan döviz krizinin etkisiyle sağlıktaki yeni model arayışlarını belirlemiştir: 2015 yılından itibaren birbirine paralel düzenlemelerle bir yandan sağlık hizmetleri içerisinde sağlık turizmi öne çıkarılmış diğer yandan sağlık örgütlenmesinde Kamu-Özel İşbirliği projelerine dayalı Şehir Hastaneleri yapılanmasına gidilmiştir. Şehir Hastaneleri yatırımlarındaki devlet garantili dış borç dövizle bağımlılığı artırırken yeni modelin döviz kazandırıcı bir özellik gösterebilmesi için sağlık turizminin bu modele uydurulması ihtiyacı doğmuştur.

Çalışma, 2018 Temmuz ayında Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi'nin kurulmasının arkasında yatan nedenlerin yukarıda bahsedilen ihtiyaç olduğunu öngörmektedir. USHAŞ gibi Türkiye tarihinde devletin kurduğu anonim şirketlerin kamu ekonomisi aracılığıyla belirli sektörleri yeniden yapılandırmada bir araç olarak kullandığı bilinmektedir. 1980 sonrası serbestleşmenin ilk döneminde piyasadan çekilen devlet, 2000'lerin finansal ve reel sektör krizlerinin etkisiyle özel şirketlere yönelik rehberlik misyonu üstlenmiş, bunun sağlık alanındaki yansıması 2018 döviz krizinin de katalizörlüğünde sağlık turizmine yönelik bir devlet anonim şirketi kurulması olmuştur. Türkiye örneğine paralel olarak dünyada sağlık turizminin 2007-2008 dünya ekonomik krizinin hızlandırıcı etkisiyle hizmet ithalatçısı ve ihracatçısı ülkelerin sermaye sınıfı çıkarları açısından bir "fırsata" dönüştüğü belgelenmektedir.

Çalışmanın ilk hipotezi, Kamu-Özel İşbirliğine dayalı Şehir Hastanelerinin devlet garantili döviz borçları nedeniyle kamu kaynaklarının döviz kazandırıcı olması beklenen sağlık turizmine yönlendirileceği, USHAŞ aracılığıyla Şehir Hastaneleri finansmanının sürdürülebilirliğinin güvence altına alınacağı yönündedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uzantısı olan Şehir Hastaneleri'ne böyle bir "uzmanlık" kazandırılmak istendiği, ancak bunun sağlık sisteminin omurgasının değişmesini gerektireceği anlaşılmaktadır. Türkiye'de yönetsel olarak 2017 yılında böyle bir omurga değişikliğine elverecek bir yetki yoğunlaşması yaşanmış ve sağlıkta ticarileşmeyi denetleyici son engeller de kaldırılmıştır. Ne var ki bu hipotezi destekleyecek veriler henüz yeterli değildir. Sağlık hizmeti sınıflar mücadelesinde de hassas bir alan olduğu için sağlık sisteminin omurgasının merkezine sağlık turizminin çakılması kolay bir işlem olmayacaktır. Öte yandan 2018 döviz krizine dönük önlemlerle Şehir Hastanelerinin finansal dışa bağımlılığı pekiştirecek şekilde kayırıldığı ve sağlık turizminin bir döviz kaynağı olarak vurgulanmaya devam edildiği tespit edildiğinde, ısrarcı olunan yeni modelin kriz koşullarında sağlık turizmi "fırsatçılığına" olan ihtiyacı şiddetlendireceği tahmin

edilebilir. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda iki olgu arasındaki korelasyonun incelenmesi halinde pozitif sonuçlar ortaya çıkması olasıdır.

Çalışmanın ikinci hipotezi ise, USHAŞ'ın kuruluş amacının sağlık piyasasında teknelci şirketlere rehberlik etmesidir. Sağlık turizmi alanına “aracı” olarak giren seyahat şirketleri karşısında sağlık turizminde hali hazırda “hizmet sağlayan” özel sağlık kuruluşlarına USHAŞ'ın öncelik verildiği, bununla birlikte sağlık turizmi piyasasının tepesinde yer alan özel sağlık kuruluşları karşısında Şehri Hastaneleri yatırımcılarının ayrıcalık gördüğü anlaşılmaktadır. USHAŞ'ın bu önceliklere göre bir rehberliğin ötesinde üstlendiği rolün piyasanın tümü açısından uluslararası hasta “simsarlığı” olduğu görülmektedir. Dolayısıyla ilk hipotez, farklı sahalardaki teknelci şirketler arasındaki rekabette USHAŞ'ın rolüne ilişkin belirsizlikler barındırmakla birlikte doğrulanmaktadır.

Hipotezlerin kısmî doğrulanmasından hareketle USHAŞ'ın kurulma koşulları ile sağlık turizmi “fırsatçılığına” dair sınıfsal bir değerlendirme yapmak mümkündür. Ekonomik kriz, sağlık hizmetinde sağlık turizmine alan açan ve sağlık örgütlenmesinde Şehir Hastanelerine dönüşen bir yeniden yapılandırmaya sebep olmuştur. Bunun sonucunda emek-sermaye çelişkinin bir yansıması olarak sağlığın (1) bir kamu hizmeti ve yurttaşlık hakkı olması ile (2) ticarileştirilmesi ve piyasa talebine göre belirlenmesi arasında uzlaşmaz bir çelişki ortaya çıkmaktadır. Sağlık turizmi literatürüne bakıldığında, dünyadaki ekonomik krizi “fırsat” olarak gören sağlık ihracatçısı ve ithalatçısı ülkelerde şirketlerin kazandığı, ücretli emekle geçen kesimlerin sağlık hizmetinden yoksun kaldığı görülmektedir. Keza Türkiye'deki ekonomik krizin getirdiği yeniden yapılandırma sonucunda, Şehir Hastanelerinin yatırımcısı olan şirketler kazançlarını büyütecekler ve devlet garantisizle borçlandıkları uluslararası finans tekellerine bağımlılık artacaktır. Şimdilik bununla ilişkisi dolaylı olan USHAŞ, sağlık turizmine yatırım yapan farklı saha ve ölçeklerdeki özel şirketlere rehberlik ederek bu kazancı pekiştirecek bir rol üstlenmektedir. Öte yandan mahalli hastanelerin Şehir Hastaneleriyle ikame edilmesi ve sağlık hizmetinin dışsal talebe göre fiyatlandırılması sonucu sağlık hizmetine erişimi güçleşen ücretli emekçi sınıflar ile işgücü maliyetleri görece olarak düşerken yükleri mutlak olarak artan sağlık çalışanları bu sürecin kaybedeni olacaktır.

Son olarak COVID-19 pandemisinin ve onunla bağlantılı olarak derinleşecek ekonomik krizin sağlık turizmine olası etkilerine dair birkaç not düşülebilir. COVID-19 pandemisinin dünyanın gelişmiş ve az gelişmiş pekçok ülkesinde sağlığın ticarileşmiş olması sonucu daha yıkıcı bir etkide bulunduğu tespit edilmiştir (Forman, 2020; De Ceukelaire ve Bodini, 2020). Dünya Sağlık Örgütü pandemiden önce az gelişmiş kapitalist ülkelerde sağlık turizminin salgın tehlikesi yarattığına işaret etmiştir (WHO, 2019). Ancak Türkiye'de kamu politikası belirleyicileri, dünya ekonomik krizinin sağlığa etkisine yönelik yaklaşımda olduğu

gibi, güncel sağlık krizinin dünya ekonomisine etkisine bir “fırsat” gözüyle bakmaktadırlar.

Pandemiye karşı ilk önlemler kapsamında 17 Mart 2020 tarihinde Sağlık Bakanlığı genelgesiyle sağlık turizmi askıya alınmıştır. Bununla birlikte USHAŞ yurtdışına test kiti pazarlanmasında devreye girmiş, acil koruyucu malzeme siparişlerinde özel sektörün açıklarını kapama rolüne soyunmuştur (Sputniknews, 08.05.2020; Al Jazeera, 08.05.2020). Öte yandan USHAŞ’ın yurtdışına pazarladığı testlerin Türkiye’de yeterli yaygınlıkta uygulanmadığı (Bilim ve Aydınlanma Akademisi/BAA, 2020) ve üstlendiği maske dağıtımı görevinde yetersiz kaldığı ortaya çıkmıştır (Türk Dışhekimleri Birliği/TDB, 2020; Toker, 22.04.2020). Başlangıçta yurtiçi acil ihtiyaçlar nedeniyle koruyucu malzeme ihracatı durdurulmuşken devamında özel şirketlere hibe karşılığı ihracat hakkı tanınmış fakat devamında USHAŞ devre dışı bırakılmıştır (Dünya, 30.04.2020; Hürriyet, 01.05.2020). Bu süreçte USHAŞ’a merkezi bir rol vermektense boşluk dolduran bir rol verilmesinin tercih edildiği anlaşılmaktadır.

COVID-19 pandemisinin sağlık turizmine etkisiyle ilgili “fırsatçı” değerlendirmeler aynı zamanda piyasada rekabet ve tekelleşmeyi hızlandıracağı yönünde veriler sunmaktadır. Türkiye Sağlık Turizmi Derneği’nin bir yöneticisi, salgının yaşlı nüfusu etkilemesinin yaşlılara dönük sağlık turizmini canlandıracağı, bunun için otel-hastane entegrasyonu sağlanması gerektiği ve Şehir Hastanelerinin bir “amiral gemisi” rolü oynayacağını ifade etmiştir (İHA, 19.04.2020). Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu (DEİK) Sağlık Komisyonu’ndan bir üye, yaşanan “olağanüstü” sürecin akredite olmayan sağlık turizmi kuruluşlarının “ortadan kalkmasına vesile” olacağını belirtmektedir (Sözcü, 05.05.2020). Buna karşılık sağlık turizminin Anadolu’daki sağlık dışı hizmet sunan kesimi adına dile getirilen bir görüş, krizin şiddetlendirdiği döviz gereksinimi yerine istihdam gereksinimine göre kamunun piyasayı desteklemesi gerektiğine işaret etmektedir (Bektaş, 02.05.2020).

Bu açıklama ve yorumlar piyasada bir elenme yaşanacağını ve kamunun yapacağı düzenlemelerin öneminin artacağını göstermektedir. Cumhurbaşkanlığı’nın 4 Mayıs 2020 tarihli Normalleşme Planı’na göre 1 Haziran 2020 itibarıyla pandemi hastaneleri ayrılacak ve diğer sağlık kurumları sağlık turizmine açılacaktır. Ayrıca İstanbul’da inşa edilen pandemi hastanelerinin 7 Mayıs tarihli açılışında bu tesislerin sağlık turizmine tahsis edileceği ilan edilmiştir. USHAŞ’ın pandemi dönemi başlangıcında düşük profil sergilemesi, önümüzdeki dönemde sağlık hizmeti sunan şirketlerin tercihi doğrultusunda ağırlıklı olarak sağlık turizmini yurtdışına pazarlama rolünü sürdüreceği tahminlerini desteklemektedir. Öte yandan Şehir Hastaneleri öne çıkarken büyükşehirlerde otel-hizmet entegrasyonunun yaşanması ve küçük ölçekli aracı işletmelerin bu entegrasyona eklenmesi veya elenmesi olasılığı güçlenmektedir.

Bunlara ek olarak 2019 itibariyle Türkiye ekonomisinin kriz yönetimi açısından özel sektör dış borcunun kamu bankalarına kaydırıldığı not edilmelidir (Sol, 18.05.2020). USHAŞ sonrası ve COVID-19 öncesi dönemde özel sektör borcu azalırken kamu bankalarının borcu artmıştır. Bu süreçte kamu garantili KÖİ projelerinin dövizle bağlı finansmanından kaynaklanan risk yükü ağırlaşmış, toplamda ekonomi dış finans kaynaklarına daha bağımlı hale gelmiştir. Bu durum sağlık sektöründe döviz getirici faaliyetlere öncelik verme baskısını artıracaktır.

Özetle, pandeminin bu çalışmadaki öngörüler doğrultusunda sağlık turizmi piyasasında tekelleşme eğilimini pekiştireceği, Şehir Hastanelerinin emekçiler aleyhine sağlık turizmüne yönlendirilmesini hızlandıracağı ve kamunun USHAŞ aracılığıyla piyasadaki rolünün yeniden tanımlanmasını gerektireceği söylenebilir. Çalışmada öne sürdüğümüz gibi krizin şiddetlendirdiği döviz kaynağı ihtiyacının gerek sağlık hizmetinin sağlık turizmi doğrultusunda yeniden yapılandırılmasında gerekse sağlık turizmi piyasasının iç yapılandırılmasında temel güdüleyici olması muhtemeldir.

Kaynaklar

- AKALIN, A. (2018), “Ekim Devrimi Neden Toplum Sağlığında Diğer Sistemlere Göre Başarılı Oldu?”, *Madde, Diyalektik ve Toplum*, 1 (2), 27-32.
- AKÇAY, Ü. ve GÜNGEN, A. R. (2019), “The Making of Turkey's 2018-2019 Economic Crisis”, Working Paper, No. 120/2019, Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin, Institute for International Political Economy (IPE), Berlin. <https://ideas.repec.org/p/zbw/ipewps/1202019.html>. (erişim tarihi: 26.05.2019).
- AL JAZEERA (2020), “‘No Problems’: Turkey Refutes Claims It Sent Faulty PPE to UK” (08 Mayıs 2020). <https://www.aljazeera.com/news/2020/05/problems-turkey-refutes-claims-faulty-ppe-uk-200508074233073.html>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- ANADOLU AJANSI (2018), “Cumhurbaşkanı Erdoğan: Kurdaki Dalgalanmaya Karşı Yeni Adımlarımız Olacak” (13 Eylül 2018), <https://www.aa.com.tr/tr/gunun-basliklari/cumhurbaskani-erdogan-kurdaki-dalgalanmaya-karsi-yeni-adimlarimiz-olacak/1253537>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- ARIK, Ö., İLERİ Y. Y. ve KAYA B. (2016), “Sağlık Hizmetlerinde Tıbbi Cihaz Sektörü”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19 (2), 187-202.
- ATALAY, A. S. (2015), “Sağlıkta Piyasalaşma ve Kamu Özel Ortaklığı”, içinde G. Yenimahallelili Yaşar, A. Göksel ve Ö. Birler (der.), *Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa*, Notabene Yayınları, Ankara, 57-83.
- ATAAY, F. (2005), “Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıktaki Yansımaları”, *Toplum ve Hekim*, Ocak-Şubat 2015, 20 (1), 65-71.
- AYDIN, D. (2008), “Küresel Ekonomik Kriz ve Sağlık Turizmi”, *Sağlık Turizmi Bülteni*, 6 (1), Kasım-Aralık 2008, 3.
- AYDIN, O. (2012), “Türkiye’de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi”, *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 14 (23), 91-96.

- AYSAN, M. (1976), “Türkiye”de Devlet İşletmeciliği”, *Yönetim - İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi*, (2), 17-28.
- AZRAK, A. Ü. (1976), *Millileştirme ve İdare Hukuku*, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- BASA, E. (2017), “Sağlık Turizmi, Şehir Hastaneleri ve Serbest Sağlık Bölgeleri”, *Toplum ve Hekim*, 32 (4), 275-281.
- BAY YILMAZ, Ö. (2020), “Sağlık Turizminde Atağa Hazırlanıyor”, *Ekonomist* (05 Ocak 2020), <https://www.ekonomist.com.tr/turizm/saglik-turizminde-ataga-hazirlaniyor.html>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- BEKTAŞ, Y. (2020), “Türkiye Koronaya Rağmen Sağlık Turizmi Paketiyle Sezonu Başlatmalı”, *Patronlarınsesi* (02.05.2020), <https://www.patronlarsesi.com/yazarlar/yasin-bektas/turkiye-korona-ya-ragmen-saglik-turizmi-paketiyle-sezonu-baslatmali/1/>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- BELEK, İ. (1997), “Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Makro Düzeyde Bir Değerlendirme”, *Ekonomik Yaklaşım*, 8 (24-25), 147-156.
- BİLEN, C. İ. ve GÜLER, S. (2018), “Belirli Sözleşmelerin Döviz Cinsinden veya Dövizde Endeksli Olarak Düzenlenme Yasağı”, *Vergi Dünyası*, 38 (447), Kasım 2018, 97-116.
- BAA/BİLİM VE AYDINLANMA AKADEMİSİ (2020), “Türkiye’de Salgın Yönetiminin Seyri”, BAA Toplum Sağlığını Geliştirme ve Koruma Bilim Alanı, Nisan 2020, <http://bilimveaydinlanma.org/turkiye-de-salgin-yonetiminin-seyri/>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- BOOKMAN, M. Z. ve BOOKMAN, K. R. (2007), *Medical Tourism in Developing Countries*, Palgrave MacMillan, New York.
- BORATAV, K. (2006), *Türkiye’de Devletçilik*, İmge Yayınevi, Ankara.
- BOSTAN, S. ve ÇİFTÇİ, F. (2016), “Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Hastane Hizmetleri Üzerindeki Değişim Etkisi: Sağlık Çalışanlarının Görüşleri”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7 (2), 1-8.
- BREILH, J. (1979), “Community Medicine Under Imperialism: A New Medical Police?”, *International Journal of Health Service*, 9 (1), 5-24.
- BRUNN, M., BRIGHAM, K. B., CHEVREUL, K., HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. (2015), “The Impact of the Crisis on the Health System and Health in France”, içinde A. Maresso, P. Mladovsky, S. Thomson ve arkadaşları (der.), *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience*, European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series No. 41, Copenhagen, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447854/>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- BULDUKLU, Y., KARAÇOR, Z., KARAÇOR, S. (2018), “Kriz Dönemlerinde Sağlık Turizmi”, *International Conference on Eurasian Economies 2018*, 355-361, <https://www.avekon.org/papers/2210.pdf>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- BUSSE R. ve RIESBERG, A. (2004), “Health Care Systems in Transition: Germany”, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- CÖMERT H. ve YELDAN E. (2018), “A Tale of Three Crises in Turkey: 1994, 2001, and 2008-09”, ERC Working Papers 1809, ERC - Economic Research Center, Middle East Technical University, Ankara, <https://ideas.repec.org/p/met/wpaper/1809.html>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- CUMHURİYET GAZETESİ (2018), “Şehir Hastanelerinde Skandallar Zinciri: Usulsüzlüğü Ortaya Çıkarınca Görevden Alındı” (17 Haziran 2018),

- http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/ekonomi/999520/Sehir_hastanelerinde_skandallar_zinciri__Usulsuzlugu_ortaya_cikarinca_gorevden_alindi.html. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- DE CEUKELAÏRE, W. ve BODİNİ, C. (2020), “We Need Strong Public Health Care to Contain the Global Corona Pandemic”, *International Journal of Health Services*, <https://doi.org/10.1177/0020731420916725>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- DELOITTE (2017), *2017 Global Health Care Outlook: Making Progress Against Persistent Challenges*, 2017, https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/tr/Documents/life-sciences-health-care/2017%20Global%20Health%20Care%20Outlook%20PDF_FINAL.pdf. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- DÜNYA EKONOMİ GAZETESİ (2020), “Maskede İhracat Çıkmazı” (30 Nisan 2020), <https://www.dunya.com/ihracat/maskede-ihracat-cikmazi-haberi-469100>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- ENGELS, F. (1998), *Condition of the Working Class in England*, <https://www.marxists.org/archive/marx/works/download/pdf/condition-working-class-england.pdf>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- EKİZ, C. (2010), *Türkiye’de Rekabet Yönetimi: Tekelci Düzenlemenin Ekonomi-Politiği*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- ERDOĞAN, S. ve YILMAZ E. (2012), “Medical Tourism: An Assessment on Turkey” *10th International Conference on Knowledge, Economy and Management*, 11th International Conference of the ASIA Chapter of the AHRD & 2nd International Conference of the MENA Chapter of the AHRD, 8-10 November 2012, İstanbul, 1045-1060.
- FORMAN, L. (2020), “The Evolution of the Right to Health in the Shadow of COVID-19”, *Health and Human Rights Journal*, <https://www.hhrjournal.org/2020/04/the-evolution-of-the-right-to-health-in-the-shadow-of-covid-19/>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- GÖZLER, K. (2003), *İdare Hukuku Cilt II*, Ekin Kitabevi, Bursa.
- GUPTA, J. A. (2012), “Reproductive biocrossings: Indian Egg Donors and Surrogates in the Globalized Fertility Market”, *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5 (1), Bahar 2012, 25-51.
- GÜZELSARI, S. (2009), “Kamu Özel Ortaklıkları Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme”, *Kamu Yönetimi: Yapı İşleyiş Reformu*, (ed. Barış Övgün), AÜ SBF, KAYAUM Yayın No: 5, Ankara.
- HARMANCI SEREN, A. K. (2014), “Sağlık Çalışanlarının Sağlıkta Dönüşüm Projesine İlişkin Görüşleri”, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 1(1), 19-24.
- HARVEY, D. (2007), *A Brief History of Neoliberalism*, Oxford University Press, New York.
- HİRŞ, E. (1950), “Devlet İşletmelerinin Özel Sermayeye Devri Meselesine Dair Mütalealar”, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7 (3), 282-311.
- HÜRRİYET GAZETESİ (2017), “Şehir Hastanelerine 30 milyar \$ Kira”, (11 Nisan 2017) <http://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/sehir-hastanelerine-30-milyar-kira-40424605>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- HÜRRİYET GAZETESİ (2019), “Sağlık Bakanı Koca: 2020’de Yeni Şehir Hastaneleri Açılacak” (31 Aralık 2019) <https://www.hurriyet.com.tr/gundem/saglik-bakani-koca-2020de-yeni-sehir-hastaneleri-acilacak-41409501>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- HÜRRİYET GAZETESİ (2020), “Maske Fiyatı Üst Fiyat Belirlenerek Yapılsın”, (1 Mayıs 2020) <https://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/maske-satisi-ust-fiyat-belirlenerek-yapilsin-41507351>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- IFC/INTERNATIONAL FINANCE CORPORATION (2018), “Transforming Turkey”’s Health-Care System”, Temmuz 2018,

- https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/news_ext_content/ifc_external_corporate_site/news+and+events/news/impact-stories/turkey-health-care. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- İHA/İHLAS HABER AJANSI (2020), “Covid-19’un Türk Sağlık Turizmine Etkisi” (19 Nisan 2020), <https://www.iha.com.tr/ankara-haberleri/covid-19un-turk-saglik-turizmine-etkisi-2584607/>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- JOHNSON, C., (1992), “Emperyalizm ve Bağımlılık Kuramlarında İdeolojiler”, içinde M. Ersoy (der.), *Emperyalizm, Gelişme ve Bağımlılık Üzerine*, Verso Yayınları, Ankara, 147-171.
- KARAÇOR, S. ve GARDA, B. (2015), “Ekonomik Kriz Döneminde Turizm Pazarlaması”, *International Conference on Eurasian Economies*, Kazan 2015, 902-907.
- KARAHANOĞULLARI, O. (2004), *Kamu Hizmeti (Kavram ve Hukuksal Rejim)*, Turhan Kitabevi, Ankara.
- KARAHANOĞULLARI, Y. (2012), “Kamu-Özel Ortaklığı Modelinin Mali Değerlendirmesi”, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 67 (2), 95-125.
- KARASU, K. (2009), “Yeni “Kamusal” Örgütler: Kamu Yararı Şirketleri”, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 64 (3), 117-147.
- KAYSERİ BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ (2019), *Kayseri Sağlık Turizmi Çalıştayı*, 28-29 Haziran 2019, Kayseri, https://www.kayseri.bel.tr/uploads/pdf/kayseri_saglik_turizm_calistayi-2019.pdf. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- KOCABAŞOĞLU, Ö. ve DEMİR, N. B. (2017), “Sağlık Hizmetleri KÖİ Projeleri: Finansman Sağlayanların Doğrudan Anlaşması”, içinde E. Erdem (der.), *Hukuk Postası 2016*, Oniki Levha Yayıncılık, Ankara, 95-99.
- KOÇ, Y. (2000), *Atatürk Millileştirmeleri ve Devletleştirmeleri, Günümüz Özelleştirmeleri*, Türk-İş Eğitim Yay. No. 55, Ankara.
- KODAN, E. A. (2018), “Sağlık Turizminde Yol Haritamız Ne? Ve Nasıl Olmalı?”, (25 Ağustos 2018), <https://www.linkedin.com/pulse/sa%C4%9Flik-turizminde-yol-haritamiz-ne-ve-nasil-olmalı-emre-ali-kodan>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- KÜÇÜK, A. (2017), *Kapitalist Devlette Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesindeki Dönüşüm: Türkiye Üzerine Bir Analiz*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi (Yönetim Bilimleri) Anabilim Dalı, Ankara.
- LENİN, V. İ. (1999[1916]), *Imperialism The Highest Stage of Capitalism*, Resistance Books, Newtown, <https://www.readingfromtheleft.com/Books/Classics/LeninImperialism.pdf>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- LENİN, V. İ. (1999[1917]), *State and Revolution*, <https://www.marxists.org/archive/lenin/works/1917/staterev/>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- LEYS, C., (1992), “Azgelişmişlik ve Bağımlılık: Eleştirel Notlar”, içinde M. Ersoy (der.), *Emperyalizm, Gelişme ve Bağımlılık Üzerine*, Verso Yayınları, Ankara, 75-92.
- LUNT, N., SMITH, R., EXWORTHY, M., GREEN, S. T., HORSFALL, D., MANNION, R. (2011), “Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review”, OECD Report, <http://www.oecd.org/health/health-systems/48723982.pdf>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- MARX, K. (1999/1867), *Capital: A Critique of Political Economy -Volume One*, <https://www.marxists.org/archive/marx/works/1867-c1/ch06.htm>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- MEMİŞOĞLU, D ve DURGUN, A . (2011). “2008 Ekonomik Krizi ve Türkiye’de Sağlık Sektörü Üzerine Etkileri”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , (13) , 81-100.

- MİLLİYET GAZETESİ* (2018), “Sağlık Bakanı Koca, Prof. Dr. Mehmet Öz İle Bir Araya Geldi” (21 Ekim 2018) <http://www.milliyet.com.tr/saglik-bakani-koca-prof-dr-mehmet-oz-ankara-yerelhaber-3106333/>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- MOSSIALOS, E., DJORDJEVIC, A., OSBORN, R., SARNAK, D. (Der.) (2017), *International Profiles of Health Care Systems*, The Commonwealth Fund, Mayıs 2017, https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publicatio ns_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- MOSSIALOS, E., WENZI, M., OSBORN, R., SARNAK, D. (Der.) (2016), *International Profiles of Health Care Systems*, The Commonwealth Fund, Ocak 2016, https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publicatio ns_fund_report_2016_jan_1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- MUGERAUER, R. (2006), “Traditional Dwellings and Settlements Review”, *Hypertraditions: Tenth International Conference*, 15-18 Aralık 2006, Bangkok, 18 (1), Sonbahar 2006, 16-17.
- OECD/ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (2009), *Health At A Glance 2009 - OECD Indicators*, https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2009-en.pdf?expires=1546429131&id=id&acname=guest&checksum=1675B52749CA6B0C579ADCE7A8FEAC68. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- OYAN, O. (2019), “Yeni Anayasa ve Yeni Devlet Yapılanması”, *Çalışma ve Toplum*, 60 (1), 105-125.
- ÖKÇÜN, G. (1971), *1920 -1930 Yılları Arasında Kurulan Türk. Anonim Şirketlerinde Yabancı Sermaye*, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, Ankara.
- ÖNİŞ, Z. ve GÜVEN, A. B. (2011), “Global Crisis, National Responses: The Political Economy of Turkish Exceptionalism”, *New Political Economy*, 16 (5), 585-608.
- ÖVGÜN, B. (2009), *Türkiye’de Kamu İktisadi Teşebbüsü Olgusu*, Mülkiyeliler Birliği Vakıf Yayınları, Ankara.
- ÖZDEMİR DENİZ, P. ve EVCİ KİRAZ, E. D. (2018), “Sağlıklı Turizm Hareketi”, *J Biotechnol and Strategic Health Research*, 2 (1), 1-8.
- ROKNI, L. ve PARK S.-H. (2018), “Trend of Medical Tourism Publications: An Attempt to Explore the Involved Academic Disciplines and Interests”, *Iranian Journal of Public Health*, 47 (2), Şubat 2018, 225-230.
- SATURK (2017a), *Sağlık Turizminde Aracı Kurumlar*, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/10950,08pdf.pdf?0>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- SATURK (2017b), *Sağlık Turizmi ve Küresel Rekabet Edebilirlik*, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/10951,09pdf.pdf?0>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- SAVAŞ, N. (2020), Dünya Bankası'nın Sağlık Reformları Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Örneği, *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5 (1), 142-57.
- SAYIŞTAY (2018), *2017 Yılı Dış Denetim Genel Değerlendirme Raporu*, Eylül 2018. https://www.sayistay.gov.tr/tr/Upload/62643830/files/raporlar/genel_raporlar/dis_denetim/2017_Dis_Denetim.pdf. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- SEVİNÇ, İ. ve ÖZER, K. (2016), “Yeni kamu yönetimi bağlamında Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırma çalışmaları”, *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2 (4), 1373-1387.
- SNYDER, J., CROOKS, V. A., ADAMS K., KINGSBURY, P., JOHNSTON, R. (2011), “The ‘Patient’s Physician One-step Removed’: The Evolving Roles of Medical Tourism facilitators”, *Journal of Medical Ethics*, 37 (9), Eylül 2011, 530-534.

- SOL GAZETE* (2020), “Sömürü Düzeninin En Kirli ve Vazgeçilmez Halkası Bankalar” (18 Mayıs 2020) <https://sol.org.tr/haber/somuru-duzeninin-en-kirli-ve-vazgecilmez-halkasi-bankacilik-4623>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- SOYER, A. (1993), “Sağlıkta Özelleştirme”, *Toplum ve Hekim*, (57), Ekim 1993, 65-72.
- SOYSAL, A. (2018), “Aşı Karşıtlığı”, *Madde, Diyalektik ve Toplum*, 1 (3), Temmuz 2018, 263-271.
- SÖZCÜ GAZETESİ* (2020), “Türkiye Sağlık Turizmi Üssü Olmaya Devam Edecek”, (5 Mayıs 2020), <https://www.sozcu.com.tr/2020/ekonomi/turkiye-saglik-turizmi-ussu-olmaya-devam-edecek-5795139/>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- SPUTNIKNEWS* (2020), “Türkiye’nin Gönderdiği Yardım Malzemeleri İngiliz Basınında: Türk Şirket Üzerinde Uygun Kontroller Yapılmıydı” (8 Mayıs 2020), <https://tr.sputniknews.com/avrupa/202005081041993981-turkiyenin-gonderdigi-yardim-malzemeleri-ingiliz-basininda-turk-sirket-uzerinde-uygun-kontroller/>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- ŞAT SEZGİN, A. (2015), “Özel Hastaneler Sektörü”, İktisadi Araştırmalar Bölümü, Aralık 2015, https://ekonomi.isbank.com.tr/ContentManagement/Documents/sr04_ozelrastanelersektoru.pdf. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TC HAZİNE VE MALİYE BAKANLIĞI (2018a), *Yeni Ekonomi Programı - Orta Vadeli Program-2019-2021*, http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/YeniEkonomiProgram%C4%B1_OVP_2019-2021.pdf. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TC HAZİNE VE MALİYE BAKANLIĞI (2018b), *Yıllık Ekonomik Rapor 2018*, <https://ms.hmb.gov.tr/uploads/2018/10/YILLIK-EKONOM%C4%B0K-RAPOR-2018-e.pdf>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TC HAZİNE VE MALİYE BAKANLIĞI (2019), *Borç Göstergeleri*, Şubat 2019, <https://ms.hmb.gov.tr/uploads/2019/02/BOR%C3%87-GOSTERGELER%C4%B0-TR.pdf>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TC KALKINMA BAKANLIĞI (2015), *Orta Vadeli Program 2015-2017*, Ekim 2015, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/Orta-Vadeli-Program-2015-2017.pdf>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TC KALKINMA BAKANLIĞI (2012), *Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler*, Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Kasım 2012, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/D%C3%BCnyada-ve-T%C3%BCrkiyede-Kamu-%C3%96zel-%C4%B0%C5%9Fbirli%C4%9Fi-Uygulamalar%C4%B1na-%C4%B0li%C5%9Fkin-Geli%C5%9Fmeler-2012.pdf>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TC KALKINMA BAKANLIĞI (2015), *Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı, Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)*, Şubat 2015, http://odop.kalkinma.gov.tr/dokumanlar/17Saglik_Turizminin_Gelistirilmesi_Programi.pdf. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TC KALKINMA BAKANLIĞI (2016a), *Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu - 2015*, Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Ocak 2016, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/D%C3%BCnyada-ve-T%C3%BCrkiyede-Kamu-%C3%96zel-%C4%B0%C5%9Fbirli%C4%9Fi-Uygulamalar%C4%B1na-%C4%B0li%C5%9Fkin-Geli%C5%9Fmeler-2015-.pdf>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TC KALKINMA BAKANLIĞI (2016b), *Orta Vadeli Program 2016-2018*, Ocak 2016, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/Orta-Vadeli-Program-2016-2018Revize.pdf>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).

- TC KALKINMA BAKANLIĞI (2016c), *Orta Vadeli Program 2017-2019*, Ekim 2016, http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/Orta_Vadeli_Program_2017-2019.pdf. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TC KALKINMA BAKANLIĞI (2017a), *Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu - 2016*, Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Şubat 2017, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/D%C3%BCnyada-ve-T%C3%BCrkiyede-Kamu-%C3%96zel-%C4%B0%C5%9Fbirli%C4%9Fi-Uygulamalar%C4%B1na-%C4%B0li%C5%9Fkin-Geli%C5%9Fmeler-2016.pdf>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TC KALKINMA BAKANLIĞI (2017b), *Orta Vadeli Program 2018-2020*, Ekim 2017, http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/Orta_Vadeli_Program_2018-2020.pdf. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TC KALKINMA BAKANLIĞI (2018), *Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu - 2017*, Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Mayıs 2018, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/D%C3%BCnyada-ve-T%C3%BCrkiyede-Kamu-%C3%96zel-%C4%B0%C5%9Fbirli%C4%9Fi-Uygulamalar%C4%B1na-%C4%B0li%C5%9Fkin-Geli%C5%9Fmeler-2017.pdf>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TC SAĞLIK BAKANLIĞI (2009), *2010-2014 Stratejik Planı*, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/538,saglik-bakanligi-2010-2014-stratejik-eylem-planipdf.pdf?0>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TC SAĞLIK BAKANLIĞI (2012), *2013-2017 Stratejik Planı*, Aralık 2012, <http://dosyab.saglik.gov.tr/Eklenti/9843,saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017pdf.pdf>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TC SAĞLIK BAKANLIĞI (2020), “Şehir Hastaneleri”, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TMMOB/TÜRK MİMAR VE MÜHENDİS ODALARI BİRLİĞİ MİMARLAR ODASI ANKARA ŞUBESİ ve ATO/ANKARA TABİP ODASI (2017), *Şehir Hastaneleri Sempozyumu*, 11.03.2017, Ankara, <https://ato.org.tr/files/documents/0142223001507278956.pdf>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TOKER, Ç. (2020), “Maskede Hibe Karşılığı İhracat”, *Sözcü* (22.04.2020), <https://www.sozcu.com.tr/2020/yazarlar/cigdem-toker/maskede-hibe-karsiligi-ihracat-5764687/>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TTB/TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ (2017), “Sağlık Turizmi Yönetmeliğinin İptali İstendi”, (14 Eylül 2017), http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=8ebc8704-992e-11e7-96da-e8adac55a332. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TTB (2018a), *Tedavi Hizmetlerinde Gizli Özelleştirme: Şehir Hastaneleri - Çalıştay Raporu*, 20 Ocak 2018, <https://ato.org.tr/files/documents/0673367001518504406.pdf>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TTB (2018b), *Sağlıkta Dönüşüm Programı Çöktü - Kamu Hastane Birlikleri: Ne Dediler, Ne Oldu?*, 5 Mart 2018, http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=1543c32a-206e-11e8-8f34-839045ac8dc0#. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TTB (2018c), “Kişisel Verilerin Paylaşımı Sağlık Turizminde de Durduruldu”, 07.03.2018. http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=54b82ace-2220-11e8-82e9-5e6c03ccf873. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TURNER, L. (2007), “‘First World Health Care at Third World Prices’: Globalization, Bioethics and Medical Tourism” *BioSocieties*, 2 (3), 303–325.

- TÜKEL, R. (2017), “Sağlıkta Özelleştirmenin Yeni Modeli: Şehir Hastaneleri”, *Tıp Dünyası*, (233), Aralık 2017, 3.
- TDB/TÜRK DİŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ (2020), “Birliğimiz Tarafından Maske ve Tulum Teminindeki Sorun Giderildi” (12 Nisan 2020), http://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=3444, erişim 23.05.2020.
- TÜRSAB/TÜRKİYE SEYAHAT ACENTALARI BİRLİĞİ (2014), *TÜRSAB Sağlık Turizmi Raporu*, https://www.tursab.org.tr/dosya/12186/saglikturizmiraporu_12186_5485299.pdf. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TÜRSAB (2018), “TÜRSAB ve TURSAB Arasında Sağlık Turizmi İş Birliği Protokolü İmzalandı” (25 Temmuz 2018), https://www.tursab.org.tr/tr/tursabdan-haberler/genel-duyurular/tursab-ve-tursab-arasinda-saglik-turizmi-is-birligi-protokolu-imzalandi_17733.html. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TÜSİAD/TÜRK SANAYİCİLERİ VE İŞİNSANLARI DERNEĞİ (2009), “Türkiye için Yeni Bir Fırsat Penceresi: Tıp Turizmi” *Görüş Belgesi*, TÜSİAD Sağlık Çalışma Grubu, 2009, <https://www.tusiad.org.tr/saglik-cg/item/4844-turkiye-icin-yeni-bir-firsat-penceresi-tip-turizmi-gorus-belgesi>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- TÜSİAD (2018), *Merkezi Yönetim Bütçesi Takip Raporu II*, Koç Üniversitesi - TÜSİAD Ekonomik Araştırma Forumu, Temmuz 2018, <https://tusiad.org.tr/yayinlar/raporlar/item/10069-merkezi-yonetim-butcesi-takip-raporu-ii>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- UPHAM, G. F. (2011), “Dünya Sağlık Örgütü’nün ‘Yeni Yönetişim’ Reformu: Hükümetlerin Yerine Kamu-Özel ‘Gözetim’ Üstyapısı”, *Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık*, 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara, 33-36.
- UYGUR, E. (2010), “The Global Crisis and the Turkish Economy”, Discussion Paper, No. 2010/3, Turkish Economic Association, Ankara, <https://www.econstor.eu/handle/10419/81736>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- VURAL, İ. E. (2017), “Financialisation in Health Care: An Analysis of Private Equity Fund Investments in Turkey”, *Social Science & Medicine*, 187 (C), 276-286.
- WARF, B. (2010), “Do You Know the Way to San José? Medical Tourism in Costa Rica”, *Journal of Latin American Geography*, 9 (1), 51-66.
- WAITZKIN, H. (2000), *The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Health Care*, Rowman & Littlefield, Lanham MD.
- WB/WORLD BANK (2003), *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency*, (In Two Volumes) Volume I: Main Report, March 2003, <http://documents.worldbank.org/curated/en/919651468760505354/pdf/multi0page.pdf>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- WHITTAKER, A. (2011), “Cross-border Assisted Reproduction Care in Asia: Implications for Access, Equity and Regulations” *Reproductive Health Matters*, ‘Privatisation’, 19 (37), Mayıs 2011, 107-116.
- WHO/WORLD HEALTH ORGANIZATION (2020), “Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) - WHO MERS Global Summary and Assessment of Risk”, July 2019 WHO/MERS/RA/19.1, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326126/WHO-MERS-RA-19.1-eng.pdf>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- YENTÜRK N. ve YILMAZ, V. (2018), “Türkiye’de Kamusal Sağlık Harcamalarının Tarihsel Seyri ve Geleceği”, içinde N. Yentürk (der.), *Sosyal Yardımlardan Güvenliğe Türkiye’nin Kamu Harcamaları (2006-2017)*, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 87-116.

- YİĞİT, H. (2018), “Türkiye’de Cari İşlemler Açığı Sorunu: Nedenleri, Ekonomiye Etkileri ve Çözüm Önerileri”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çorum.
- YILDIRIM, H. H. (2013), *Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Değerlendirme Raporu*, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Yayınları-21, Ankara, 2013.
- YOUNGMAN, I. (2009), “A Recent Report on the Industry Makes Some Serious Errors”, *International Medical Travel Journal*, 26 Mayıs 2009, <https://www.imtj.com/articles/recent-report-industry-makes-some-serious-errors/>. (Erişim tarihi: 23.05.2020).
- YUSUFİ-YILMAZ, F. ve GÜLTEKİN-KARAKAŞ, D. (2011), “Girişimci Cumhurbaşkanı, Girişimci Vali, Girişimci Rektör... Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı’nın Yapısal/Konjonktürel ve Türkiye’ye Özgü Nedenleri”, *Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu*, 6-7 Mayıs 2011, Ankara, 29-83.
- ZENGİNGÖNÜL, O., EMEÇ, H., İYİLİKÇİ, D. E., BİNGÖL, P. (2012), *Sağlık Turizmi: İstanbul’a Yönelik Bir Değerlendirme*, Ekonomistler Platformu, İstanbul Kalkınma Ajansı, TC Kalkınma Bakanlığı, İstanbul, 2012.

Extended summary

Economic crisis and health tourism: Why was the International Health Services Inc. (USHAŞ) established?

Abstract

Health care is one of the initial areas affected by economic crises. In Turkey in July 2018 a state corporation, the International Health Services Inc. (USHAŞ) was established. In recent years, health tourism has been seen as an "opportunity" together with the crises. The development of health tourism is considered to be a sector for earning foreign exchange in order to reduce Turkey's chronic current account deficit. On the other hand, the city hospitals constructed by public-private partnerships following the Health Transformation Program have increased the private sector's state-guaranteed external borrowing and aggravates the external debt problem of the crisis. USHAŞ aims to guide corporations in the healthcare market and serves to shift the public health care system to health tourism. Thus health tourism offers "opportunities" for corporations under conditions of crisis, while diminishing the access of working people to health care.

Key words: Health care, health tourism, economic crisis, public-private partnership.

JEL classification: H12, I1, L32

Economic crises have serious impacts on health care policies. While they reveal the structural problems of the economy, their impacts have been assessed by some scholars as offering "opportunities" to health tourism (Aydın, 2008: 3; Zengingönül et al., 2012: 8, 43; Aydın, 2012: 3; Karaçor and Garda: 2015: 904, Bulduklu et al., 2018: 357). This study examines health care policies that have led to the establishment of a state corporation, the International Health Services Inc. (USHAŞ) in July 2018. We argue that there is a strong relation between the reorganization of health care affected by the crisis and the establishment of USHAŞ in the area of health tourism. The study follows a dialectical approach, tries to determine the class antagonisms caused by health tourism and aims to analyse the economic and administrative data according to political class interests.

Firstly we examine the structural aspects of crises in the Turkish economy. The effort to alleviate the chronic current account deficit through external financing has aggravated the problem of private foreign indebtedness and dependency on foreign financial corporations in Turkey. In the Medium Term Programmes of (2015-2017), (2018-2020) and the New Economic Programme (2019-2021), health tourism has become a prominent issue as a measure against the balance of payments problem and the current account deficit.

We secondly examine the public policy documents and legislation in health care. The health care policies and the public health care system has undergone several reforms after 1980 which commercialized health care service and created a market oriented health care system. In 2004 the Health Transformation Programme was put into effect and in 2009 it was renewed with the Health Transformation and Social Security Reform Project along these lines. After the 2007-2008 crisis, the legislation of health tourism was elaborated and the health care system shifted to the construction of city hospitals based on public-private partnership projects.

The configuration of these aspects of the transformation of health care explain the conditions which introduced USHAŞ in 2018. As a state corporation, the reasons for its current establishment can be found in the history of state incorporated companies in Turkey. The history of such corporations show how they have functioned as tools in the development of the market economy. Even though they serve as public institutions, the inclusion of private interests in their joint-stock structure enables them to serve as facilitators for private firms and their foreign partners in liberalizing markets. This function of state corporations is collateral with public-private partnerships.

In our study, we pose our hypothesis on the correlation between these two facts. Public-private partnership projects for city hospitals financed with private investor state-guaranteed external borrowing creates the need for foreign exchange. Consequently, health tourism as a source of foreign exchange becomes a central issue of the healthcare market that the state has to handle. According to our hypothesis, the timing of USHAŞ indicates that the corporation has been established to guide private monopolies in the health care market to answer this need. At the same time, city hospitals substituting local hospitals in cities are directed to answer the needs of foreign patients (health tourists) rather than those of local citizens. Thus, with the support of USHAŞ, health tourism is expected to maintain the financial sustainability of city hospitals and replace the public health system.

Before testing the hypothesis, the study examines the literature on health tourism and medical tourism based on the experiences of pioneer countries (Turner, 2007; Whittaker, 2011; Snyder et al., 2011; Gupta, 2012; Mossialos et al., 2017). The literature confirms that the economic crises has made health care a commodity to the disadvantage of the working people. Importer countries seek for cheaper health care and exporter countries reorganize their health care system according to the needs of the international market. With the help of states, the firms in both importer and exporter countries exploit this “opportunity” to the detriment of wage earners in need of public health care.

The study finally tests the hypotheses with economic and administrative data from the period 2017-2019. The currency crisis has forced the elaboration of the

regulations on health tourism leading to the establishment of USHAŞ and has changed the position of the public sector in the international health market from a coordinator role to a supporter role. On the one hand, public-private partnership investments are directed towards “specializing” and health tourism emerges as an area of specialization for city hospitals. While the establishment of USHAŞ supports the specialization on health tourism, an overall transformation of the public health system towards health tourism is not verified.

On the other hand, the promotion of health tourism escalates the local competition between private hospitals, health care providers and “agent” firms which are newcomers in this emerging market. The first group demands that USHAŞ does not play a “leader” role in the local market but a “broker” role in international markets instead of agent firms. Even though city hospitals are also mentioned as pilot study area, USHAŞ is expected to reinforce the monopolization of the local market on behalf of larger health provider firms.

The partial justification of the hypotheses shows that the remedy for the current account deficit is exacerbating the need for foreign exchange which, as a result, creates a vicious cycle promoting health tourism at the expense of the public health care while deepening external dependence. A complete transformation of the public health system according to the needs of health tourism is not yet valid. Nevertheless, in the framework of a class analysis, this ongoing process has already made foreign creditors, public-private partnership city hospital investors and private health care providers the main winners and the working people in general the losers of this policy.