

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI
ÇALIŞMA EKONOMİSİ BİLİM DALI

**SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ NEOLİBERAL DÖNÜŞÜMÜN SAĞLIK
İNSAN GÜCÜ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ**

Doktora Tezi

AYHAN GÖRMÜŞ

İstanbul 2011

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI
ÇALIŞMA EKONOMİSİ BİLİM DALI

**SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ NEOLİBERAL DÖNÜŞÜMÜN
SAĞLIK İNSAN GÜCÜ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ**

Doktora Tezi

AYHAN GÖRMÜŞ

DANIŞMAN: PROF. DR. KUVVET LORDOĞLU

İstanbul 2011

Marmara Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Tez Onay Belgesi

ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ Anabilim Dalı ÇALIŞMA EKONOMİSİ Bilim Dalı Doktora öğrencisi AYHAN GÖRMÜŞ' nin tez çalışması ,Enstitümüz Yönetim Kurulunun 21.12.2010 tarih ve 2010-23/19 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oy birliği / oy çokluğu ile Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Öğretim Üyesi Adı Soyadı

İmzası

Tez Savunma Tarihi : ...6.16.2011...

- 1) Tez Danışmanı : PROF. DR. KUVVET LORDOĞLU
2) Jüri Üyesi : PROF. DR. AHMET SELAMOĞLU
3) Jüri Üyesi : YRD. DOÇ.DR. BERNA GÜLER MÜFTÜOĞLU
4) Jüri Üyesi : DOÇ. DR. ÖZLEM SARIKAYA
5) Jüri Üyesi : PROF. DR. GÖNÜL BALKIR



ÖZET

Her ülkenin kendine özgü tarihi, kültürel ekonomik, sosyal, siyasi ve coğrafi yapısına uygun olarak şekillenen sağlık sistemleri; yönetim, hizmet sunumu, kaynaklar ve ekonomik destek unsurlarından meydana gelmektedir. Sağlıkın sosyal bir hak ve devlet garantisinde olduğu ülkelerde uygulanan evrensel sağlık sistemleri ve sağlıkın piyasada alınıp satılan bir hizmet olduğu ülkelerde uygulanan piyasa sağlık sistemleri iki uç noktayı göstermektedir. Dünyadaki sağlık sistemleri iki uç nokta arasında çok değişik yelpazelerde bulunabilmektedir.

Özellikle 1970 ekonomik krizinin ardından, kamu sağlık harcamalarının yüksek bir düzeye ulaşması ve kamunun sağlık hizmeti sunumunun kalitesiz ve verimsiz olması gibi gerekçeler ve uluslararası örgütlerin desteğiyle evrensel sağlık sistemleri piyasa sağlık sistemlerine dönüşmeye başlamıştır. Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinde bazı devlet fonksiyonlarının desantarlizasyonu, özelleştirilmesi, hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, sağlık harcamalarının azaltılması ve sağlık finansmanın da devlet özel sigorta etkinliği ile sürdürülmesine yönelik sağlık reformları yapılmaktadır. Sağlık reformları aslında direkt olarak, sağlık insan gücüne yönelik yapılmamaktadır. Ancak, kamu harcamalarını azaltmayı ve verimliliği artırmayı amaçlayan reformlar, kamuda çalışan sağlık insan gücü seviyesinin azaltılmasına, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine; dış kaynak kullanımını teşvik eden reformlar ise, sağlık insan gücünün iş yükünün artmasına, çalışma koşullarının kötüleşmesine, iş güvencesinin zayıflamasına ve ücretlerin düşmesine neden olmaktadır.

1980 sonrası döneminde, ülkemizde ekonominin ve toplumun neoliberal politikalarla dönüştürülmesinden sağlık hizmetleri de önemli ölçüde etkilenmiştir. Bu çerçevede, ülkemizde sağlık sisteminin neoliberal dönüşümü bugün Dünya Bankası destekli Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile adı altında devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sistemleri, Sağlık İnsan Gücü, Sağlık Hizmetleri, Neoliberal Sağlık Reformları, Türkiye'deki Sağlık Sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Projesi

ABSTRACT

Health systems, which are shaped by unique historical, cultural, economic, social, political and geographical structure of each country, composed of elements management, service delivery, resources, and economic support. Universal health systems, which are applied in countries, where health is a social right and state guarantee and market health systems, which are applied in countries, where health is a service to be bought and sold the in market, show the two extreme points. In the world health systems can be found between two extreme points in many different spectrums.

Especially after the 1970 economic crisis, universal health care systems has started to transform to market health systems with the supported of international organizations, due to reach a high level of public health spending and delivering public health services of poor quality and inefficient such as rationales. In this context, health care reforms are made for some state functions decentralization and privatization in health service, the separation of financing with the provision of services, reducing health care expenditures, to continue of health fund with the efficiency state-private insurance. Health care reforms directly are not made to fact manpower for health. However, reforms which reduces public spending and increase efficiency, have led to reduce the level of manpower for health working in the public sector, to privatization of health services; reforms which promotes the use of outsourcing, have led to increase workload of manpower for health, to worsen working conditions, to weaken job security and to fall wages.

Post-1980 period, in our country health services are also significantly influenced by efforts transformed of economy and society with the neoliberal policies. In this context, today the neoliberal transformation of the health system in our country is continuing under the name Health Transformation Project which is supported by World Bank.

Key Words: Health Systems, Manpower For Health, Health Services, Neoliberal Health Care Reforms, Health System In Turkey, Health Transformation Project

ÖNSÖZ

Neoliberalizmin kökeni 1770'li yılların ortalarında yaşayan Adam Simit'in liberal düşünceye yönelik çalışmalarına dayanmaktadır. II. Dünya Savaşı'ndan sonra birçok ülkelerde sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi refah hizmetleri devletin temel sorumluluk alanlarına girmesine rağmen, 1970'lerde yaşanan küresel ekonomik krize tepki olarak yeniden gün yüzüne çıkan liberal düşüncenin yeni adı "neoliberalizmdir". Neoliberalizm, krizin faturasını refah devleti politikalarına çıkarmış ve krizden çıkış olarak da, piyasa dinamiklerine dayalı ekonomik, toplumsal ve siyasal yeniden yapılanmayı öngörmüştür. Neoliberal yeniden yapılanma sürecinde, devletin ekonomik ve sosyal aktivitelerine müdahalesinin azaltıldığı; piyasanın gücünü egemen kılmak için işgücü ve finans piyasalarının kuralılaştırıldığı ve ticaret ve yatırımları uyarmak için emek, sermaye, mal ve hizmetlerin tam hareketliliğini sağlayan sınırların ve engellerin ortadan kaldırıldığı görülmüştür. Neoliberal ideolojinin sağlık hizmetlerine yansımaları ise, devletin sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi ya da devletin rolünün azaltılması; hizmet üreticisi sağlık kurumları arasına rekabet sokulması; sağlık hizmetlerinde piyasa mekanizmalarına daha fazla yer verilmesi; sağlık hizmetlerinin desentralizasyonu; sağlık sisteminde hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması şeklinde olmuştur.

Türkiye'de sağlık sisteminin verimliliğini artırmayı ve sağlık hizmeti sunumuna rekabet unsurunu sokmayı amaçlayan neoliberal sağlık reform çalışmalarına 1980'lerden itibaren başlanmıştır. Neoliberal politikaları uygulamaya dönük söz konusu sağlık reform çalışmaları, günümüzde Dünya Bankası destekli "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adıyla yeni bir ivme kazanmıştır. Temelde emek yoğun bir yapısı olan ve topluma eşit, hakkaniyete uygun ve kaliteli sağlık hizmeti sunmayı esas alması gereken sağlık sistemlerindeki dönüşümler gerek sağlık hizmetine ihtiyaç duyanları, gerekse sağlık sistemi içinde aktif rol alanları çok yakından ilgilendirmektedir. Çünkü, sağlık sisteminde meydana gelen ya da gelecek değişim ve dönüşümlerden ilk başta sağlık hizmetine ihtiyaç duyanlar ve sağlık hizmetini sunanlar etkilenmektedir. Bu çalışma ile sağlık hizmetlerinde yaşanan neoliberal dönüşümün sağlık sistemi ve sağlık sisteminin en temel unsuru olan sağlık insan gücü üzerindeki etkilerinin sosyo-politik kritiği yapılmış ve ülkemiz sağlık sistemindeki dönüşümünün hangi çerçevede ve hangi yaklaşımlarla yapıldığı ve dönüşümün gerek ülkemiz sağlık sistemi, gerekse sağlık insan

gücü üzerindeki etkileri anlatılmaya çalışılmıştır. Bu çalışmayı sonuçlandırmamda görüşleri ile katkıda bulunan başta danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Kuvvet LORDOĞLU'na, Prof. Dr. Ahmet SELAMOĞLU'na, Prof. Dr. Gönül BALKIR'a, Doç. Dr. Özlem SARIKAYA'ya, Yard. Doç. Dr. Berna GÜLER MÜFTÜOĞLU'na ve benden desteğini hiç esirgemeyen sevgili eşim Özlem'e ve biricik oğlum Ahmet Alp'e sonsuz teşekkürlerimi sunar, çalışmanın tüm ilgililere yararlı olmasını dilerim.

İstanbul, 2011

Ayhan GÖRMÜŞ

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TABLO LİSTESİ	IX
ŞEKİL LİSTESİ	X
GRAFİK LİSTESİ.....	X
KISALTMALAR.....	XI
GİRİŞ.....	01

I. BÖLÜM

SAĞLIK SİSTEMİNİN TEMEL UNSURLARI VE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ

1	SAĞLIK SİSTEMİ VE TEMEL UNSURLARI	04
	1.1 Sağlık Kaynakları	09
	1.2 Örgütlenme	10
	1.3 Sağlık Hizmeti Sunumu.....	12
	1.4 Ekonomik Destek	12
	1.5 Yönetim	13
2	SAĞLIK SİSTEMLERİNİN SINIFLANDIRMASI	15
	2.1 Girişimci ve Serbest Sağlık Sistemleri	22
	2.1.1 Amerikan Sağlık Sistemi	23
	2.2 Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri	28
	2.2.1 Alman Sağlık Sistemi	30
	2.2.2 Fransız Sağlık Sistemi	33
	2.3 Kapsayıcı Evrensel Sağlık Sistemleri.....	35
	2.3.1 Birleşik Krallık Sağlık Sistemi	36
	2.3.2 Norveç Sağlık Sistemi	39
	2.4 Sosyalist Sağlık Sistemleri	41
	2.4.1 SSCB (Sovyet) Sağlık Sistemi	42
	2.4.2 Küba Sağlık Sistemi	44
3	SAĞLIK SİSTEMİNDE SAĞLIK İNSAN GÜCÜNÜN YERİ.....	48
	3.1 Sağlık İnsan Gücünün Sınıflandırması	50
	3.2 Sağlık İnsan Gücü Planlaması	53
	3.2.1 Gereksinimlere Dayalı Yaklaşım	62
	3.2.2 Kullanıma Dayalı Yaklaşım.....	63
	3.2.3 Etkin Talebe Dayalı Yaklaşım	63

II. BÖLÜM SAĞLIK SİSTEMİNDE NEOLİBERAL DÖNÜŞÜM

1	REFAH DEVLETİ VE SAĞLIK HAKKI	65
2	SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL NİTELİKLERİ	71
3	SAĞLIKTA NEOLİBERAL DÖNÜŞÜM: KAMU HİZMETİ PARADİGMASINDAN PİYASA HİZMETİ PARADİGMASINA	76
	3.1 Neoliberal Dönüşümün Sağlık Sistemi Üzerindeki Etkileri	87
	3.1.1 Bireyselleştirme	90
	3.1.2 Serbest Piyasa ve Özelleştirme	91
	3.1.3 Desantralizasyon	92
	3.2 Neoliberal Dönüşümün Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri	93
	3.2.1 Serbest Piyasa ve Özelleştirmenin Etkileri	93
	3.2.1.1 İstihdam Seviyesi Üzerindeki Etkileri	94
	3.2.1.2 İstihdam Yapısı Üzerindeki Etkileri	96
	3.2.1.3 Ücret Sistemleri ve Reel Ücretler Üzerindeki Etkileri	99
	3.2.2 Desantralizasyonun Etkileri	100
	3.3 Tıp Teknolojisindeki Gelişmelerin Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri	102
4	SAĞLIK HİZMETLERİNDE PİYASA BAŞARISIZLIĞI VE KAMU MÜDAHALESİ	105
	4.1 Belirsizlikler	107
	4.2 Dışsallıklar	109
	4.3 Asimetrik Bilgi	110
	4.4 Tekelleşme	111
	4.5 Sağlık Hakkı Anlayışı	111
5	SAĞLIKTA KÜRESEL DÖNÜŞÜM	114

III. BÖLÜM TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN GENEL YAPISI VE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ

1	CUMHURİYET DÖNEMİ SAĞLIK HİZMETLERİ	118
	1.1 Kurumsallaşma Dönemi (1920–1960)	119
	1.2 Sosyalleştirme Dönemi (1960–1980)	124
	1.3 Neoliberalleşme Dönemi (1980-)	128
2	TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN MEVCUT YAPISI	132

2.1	Sağlık Hizmetlerinin Örgütsel Yapısı ve Yönetimi.....	132
2.2	Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	136
2.2.1	<i>Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....</i>	136
2.2.2	<i>İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri.....</i>	141
2.3	Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	143
2.4	Sağlık İnsan Gücü İstihdamı ve Finansmanı	149
2.5	Sağlık İnsan Gücü Planlaması	158
2.5.1	<i>Tıp Eğitimi</i>	166
2.6	Sağlık İnsan Gücünün Örgütlenmesi ve Kamu Çalışma İlişkileri.....	171

IV. BÖLÜM

TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN NEOLİBERAL DÖNÜŞÜMÜ: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ VE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

1	TÜRKİYE'DE SAĞLIK HAKKI'NIN DÖNÜŞÜMÜ	179
2	TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN NEOLİBERAL DÖNÜŞÜMÜ: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ.....	183
2.1	Aile Hekimliği Türkiye Modeli.....	191
2.1.1	<i>Aile Hekimliği Modeli Tartışmaları</i>	197
2.2	Genel Sağlık Sigortası	203
2.2.1	<i>GSS Kapsamı</i>	206
2.2.2	<i>GSS'den Sağlanacak Sağlık Hizmetleri.....</i>	209
2.2.3	<i>GSS'den Yararlanabilme Koşulları.....</i>	211
2.2.4	<i>Katılım Payı.....</i>	213
2.2.5	<i>Sevk Zinciri</i>	215
2.2.6	<i>Sağlık Hizmetlerinin Sağlanma Yöntemi</i>	215
2.2.7	<i>GSS Primleri ve Devlet Katkısı</i>	216
2.2.8	<i>Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Tartışmaları</i>	217
2.3	İdari Ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri	220
2.3.1	<i>Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısının Genel Değerlendirmesi</i>	222
2.3.2	<i>Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı Tartışmaları.....</i>	231
3	SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ'NİN SAĞLIK SİSTEMİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ	233

3.1 Bireyselleştirme.....	235
3.2 Serbest Piyasa ve Özelleştirme.....	236
3.3 Desantralizasyon.....	238
4 SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ'NİN SAĞLIK İNSAN GÜCÜ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ	239
4.1 İstihdam Yapısı ve Seviyesi Üzerindeki Etkileri.....	239
4.1.1 Kamuda Sözleşmeli Personel İstihdamındaki Artış.....	240
4.1.2 Kamu Personeli İstihdam Seviyesindeki Azalma.....	245
4.2 Ücret Sistemi Üzerindeki Etkileri.....	248
4.2.1 Sağlıkta Performans Yönetimi.....	248
4.2.2 Sağlıkta Performans Yönetimi Tartışmaları.....	253
4.3 Desantralizasyonun Etkileri.....	258
SONUÇ.....	259
KAYNAKÇA	268
<i>Kitaplar, Tezler ve Raporlar</i>	268
<i>Sürelili Yayınlar</i>	274
<i>Diğer Yayınlar</i>	284

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1 : Gelir Gruplarına Göre Klinik Sağlık Sistemleri.....	18
Tablo 2 : Elling'in Sağlık Sistemleri Sınıflandırması.....	19
Tablo 3 : Ülkelerin Örgütlenme ve Finansman Modellerine Göre Sağlık Sistemleri Sınıflandırması.....	20
Tablo 4 : Sağlık Sistemlerinin Ülkelerin 1986 Yılı Ekonomik Gelişmişlik Seviyeleri ve Sosyo-Politik Yapılarına Göre Sınıflandırması	21
Tablo 5 : Sağlık Bakanlığı'nın Tıp Meslekleri Sınıflandırması	51
Tablo 6 : UÇÖ'nün ISCO-08'e Göre Tıp Meslekleri Sınıflandırması	52
Tablo 7: Ülke Karşılaştırmalı Sağlık İnsan Gücü Planlaması	59
Tablo 8 : OECD Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre GSMH İçindeki Oranı	83
Tablo 9 : OECD Ülkelerinin Yıllar İtibariyle Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı	85
Tablo 10 : Sağlık Hizmetlerindeki Trendlerin Genel Etkileri ve Olası Politika ve Stratejiler	89
Tablo 11 : Rekabetçi Piyasa İle Kamu Sağlık Hizmetleri Arasındaki Farklılıklar	112
Tablo 12 : Sağlık Sistemi Örgütlenmesi ve Yönetiminde Yer Alan Kurumlar, Türkiye	134
Tablo 13 : Sağlık Bakanlığı'nın Yıllara ve Kaynağına Göre Gelirleri	148
Tablo 14 : Sosyal Güvenlik Kapsamı, Türkiye, 2006-2010	149
Tablo 15 : Bazı Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, Türkiye, 2009	159
Tablo 16 : 14 OECD Ülkesinin 2008 Yılı İçin Her 1.000 Kişiye Düşen Hekim ve Hemşire Oranları İle Hekim Başına Düşen Hemşire Oranı	153
Tablo 17 : Sağlık Bakanlığı Bünyesinde Çalışan Personelin Tabi Olduğu İstihdam Biçimleri	155
Tablo 18 : Sağlık Bakanlığı Toplam Harcamaları İçinde Sağlık İnsan Gücü Harcamaları (Bin TL)	156

Tablo 19 : Sağlık İnsan Gücü Planlanması ve Eğitiminde Rol Alan Kurumlar	164
Tablo 20 : Sağlık Reformu İçin Kısa ve Orta Vadeli Anahtar Önlemler	190
Tablo 21 : 2002-2009 Arası Sektörlere Göre Bazı Göstergelerin Değişim Oranları	238
Tablo 22 : Kadrolu Personel ve Sözleşmeli Personeller Arasındaki Özlük Haklardaki Farklılıklar	243
Tablo 23 : 2002-2009 Arası Bazı Sağlık Bakanlığı Personeli Sayılarının Her 1.000 Kişiye Düşen Oranı, Sağlık Bakanlığı.....	246
Tablo 24 : 2002-2009 Arası Hekim ve Hemşire Sayılarının Özel Sektör ve Sağlık Bakanlığına Göre Değişim Oranları	247

SEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1 : Sağlık Sistemi Fonksiyonları ve Amaçları Arasındaki İlişki.....	08
Şekil 2 : Ulusal Sağlık Sistemi Modeli ve Unsurları Arasındaki İlişkiler	09
Şekil 3 : Sağlık Sistemi Yönelimleri.....	16
Şekil 4 : Sağlık Sistemi Fonksiyonlarının Sağlık İnsan Gücü İle İlişkisi	49
Şekil 5 : Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Arasındaki İlişki	146

GRAFİK LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Grafik 1 : Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşlarına Müracaat Sayısı, Türkiye.....	140
Grafik 2 : Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşları Sevk Oranı, Türkiye.....	140

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AHM	Aile Hekimliği Modeli
BYKP	Beş Yıllık Kalkınma Planına
DB	Dünya Bankası
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
GUSS	Genel Ulusal Sağlık Sigortası
HASUDER	Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
ILO	International Labour Organisation
IMF	Uluslararası Para Fonu
ISCO-08	International Standard Classification of Occupations 2008
İSK	İşçi Sigortaları Kurumu
KYTK	Kamu Yönetimi Temel Kanunu
MINSAP	Küba Halk Sağlığı Bakanlığı
OECD	Organisation For Economic Cooperation And Development
PTT	Posta Telefon Telgraf
RSHMM	Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü
SB	Sağlık Bakanlığı
SCHIP	State Children's Health Insurance Program
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SİGP	Sağlık İnsan Gücü Planlaması
SSGSS	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TEB	Türk Eczacılar Birliği
TDB	Türk Diş Hekimleri Birliği
THD	Türk Hemşireler Derneği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSAV	Türkiye Sağlık Araştırmaları Vakfı
TTB	Türk Tabipleri Birliği
UÇÖ	Uluslararası Çalışma Örgütü
USP	Ulusal Sigorta Programı
USS	Ulusal Sağlık Sistemi
UTEAK	Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu
WB	World Bank
WHO	World Health Organisation
YÖK	Yüksek Öğretim Kurumu
Yy.	Yüzyıl

GİRİŞ

Her ülkenin sağlık sistemi kendi tarihi, kültürel, ekonomik, siyasi ve hukuki sistemine bağlı alt bir sistem olarak gelişmektedir. Bu yüzden her ülkenin kendine özgü bir ulusal sağlık sistemi vardır. Özellikle 1970 ekonomik krizinin ardından, kamu sağlık harcamalarının yüksek bir düzeye ulaşması ve kamunun sağlık hizmeti sunumunun kalitesiz ve verimsiz olması gibi gerekçeler ve uluslararası örgütlerin de desteğiyle, dünyadaki sağlık sistemlerini piyasa sağlık sistemlerine dönüştürmeye ve benzeştirmeye yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Bu çerçevede, sağlık sistemlerinde benzer şekilde sağlık hizmetlerinde bazı devlet fonksiyonlarının desantarilizasyonu ve özelleştirilmesi, hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, kamu sağlık harcamalarının azaltılması ve sağlık finansmanın da devlet özel sigorta etkinliği ile sürdürülmesine yönelik reformlar ülkelerin ekonomik ve siyasi liberal dönüşümleri paralelinde yapılmaktadır. Yapılan sağlık reformları sağlık hizmetini kullananları etkilemesinin yanı sıra, sağlık hizmeti sunan sağlık insan gücünü de etkilemektedir.

Sağlık sistemindeki neoliberal dönüşümün sağlık insan gücü üzerindeki etkileri konulu bu tez, sağlık hizmetlerinde yaşanan neoliberal dönüşümün sağlık sistemi ve sağlık sisteminin en temel unsuru olan sağlık insan gücü üzerindeki etkilerinin sosyo-politik kritiğini yapmak, ülkemiz sağlık sistemindeki dönüşümünün hangi çerçevede ve hangi yaklaşımlarla yapıldığını ve dönüşümün gerek ülkemiz sağlık sistemi, gerekse sağlık insan gücü üzerindeki etkilerini normatif olarak incelenmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu amaçla sağlık sistemi, sağlık sistemlerinde yaşanan dönüşüm ve bu dönüşümün sağlık sistemi ve sağlık insan gücü üzerindeki etkileri hem genel hem de Türkiye boyutuyla ele alınmıştır.

Temelde emek yoğun bir yapısı olan ve topluma eşit, hakkaniyete uygun ve kaliteli sağlık hizmeti sunmayı esas alması gereken sağlık sistemlerindeki dönüşümler gerek sağlık hizmetine ihtiyaç duyanları, gerekse sağlık sistemi içinde aktif rol alanları çok yakından ilgilendirmektedir. Çünkü, sağlık sisteminde meydana gelen ya da gelecek

değişim ve dönüşümlerden ilk başta sağlık hizmetine ihtiyaç duyanlar ve sağlık hizmetini sunanlar etkilenmektedir. Bu yüzden bu tezin; sağlık hizmeti kullanıcıları, sağlık hizmeti sunanlar, bu alana ilgi duyan öğrenciler, akademisyenler, siyasetçiler, sağlık yöneticileri ve sivil toplum örgütleri tarafından okunması, irdelenmesi ve çalışmalarında kaynak, rehber ve yol gösterici olması beklenmektedir.

Bu tezde; sağlık sisteminin unsurları, sınıflandırması ve ülke örnekleri, sağlık sistemi içerisinde sağlık insan gücünün yeri ve önemi, sağlık hakkı yaklaşımı, sağlık hizmetinin kendine has nitelikleri, sağlık sistemlerinde yaşanan neoliberal dönüşüm ve bu dönüşüme neden olan faktörler ve uluslararası aktörler, sağlık sistemindeki bu dönüşümün sağlık sistemi ve sağlık insan gücünü üzerindeki etkileri, sağlık sistemine kamu müdahalesinin gerekliliği ve nedenleri, ülkemiz uygulanan sağlık sisteminin gelişimi ve mevcut durumu, ülkemizde uygulanan sağlıkta dönüşüm projesinin temelleri, bileşenleri, hangi yaklaşımlarla uygulandığı, sağlık sistemi ve sağlık insan gücü üzerindeki etkileri ayrıntılı şekilde değerlendirilmiştir.

Bu tez, normatif ve eleştirel araştırma yöntemi ile ele alınmış olup, tezin genelinde nitel araştırma yöntemlerinden literatür taraması ve karşılaştırmalı analiz yöntemleri kullanılmıştır. Tezde yer alan görüş ve öneriler kamu eliyle sunulan sağlık hizmetleri ile sınırlandırılmıştır. Bu çerçevede, tezin savunulduğu tarihe kadarki kitaplar, ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşların yayınladığı raporlar, tezler, süreli yayınlar, ulusal ve uluslararası kurumların istatistikî verileri, mahkeme kararları, konuyla ilgili mevzuat ile internet kaynakları taranmıştır.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan neoliberal dönüşümün sağlık sistemi ve sağlık insan gücü üzerindeki etkilerinin sosyo-politik kritiğini yapmak ve ülkemiz sağlık sistemindeki dönüşümü bu çerçevede değerlendirmek amacıyla hazırlanan bu tez, toplam dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sağlık sistemlerinin temel unsurları, tarihi ve teorik kökenleri, sağlık sistemlerinin sınıflandırmaları ve ülke örnekleri, sağlık insan gücü normatif ve karşılaştırmalı olarak ele alınacaktır. İkinci bölümde refah devleti ve sağlık hakkı anlayışı, sağlık hizmetlerinin kendine has nitelikleri, sağlık sistemlerinin yaşadığı neoliberal

dönüşüm süreci ve bu dönüşümün altında yatan temel sebepler, sağlıkta yaşanan dönüşümün sağlık sistemi ve sağlık insan gücü üzerine etkileri, sağlık hizmetlerindeki piyasa başarısızlıkları ve kamu müdahalesinin gerekliliği ile sağlıkta küresel dönüşüm konuları incelenecektir. Üçüncü bölümde ülkemizdeki sağlık sisteminin gelişimi, mevcut durumu ve sağlık insan gücü değerlendirilecektir. Son bölümde ise, ülkemizde uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Projesinin temel bileşenleri ele alınarak, sağlık sistemindeki bu dönüşümün gerek sağlık sistemi, gerekse sağlık insan gücü üzerindeki etkileri incelenecek ve Sağlıkta Dönüşüm Projesinin oluşturduğu hak kayıpları ile sağlık insan gücünün çalışma biçimleri, koşulları ve ücretlendirmesi ile ilgili genel bir tartışma yapılacaktır.

I. BÖLÜM

SAĞLIK SİSTEMİNİN TEMEL UNSURLARI VE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ

1 SAĞLIK SİSTEMİ VE TEMEL UNSURLARI

Sağlık hizmeti bütün insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahiptir. İnsanlar dünyada var olduğundan beri hangi coğrafyada, hangi bölgede, hangi zaman diliminde yaşarsa yaşasın insanların vazgeçemeyeceği yeme, içme, barınma gibi en temel gereksinimler arasında yer alan sağlık, hep toplumsal ve insani bir ihtiyaç olmuştur. Zaman içerisinde özellikle salgın hastalıklarla toplumsal mücadele edilmesi, sağlık hizmetinin finansmanı, sağlık insan gücünün yetiştirilmesi vb. bir çok faktör, bu hizmetin devlet yapısı içerisinde merkezileştirilmesine yol açmıştır. Bu nedenle sağlık hizmeti toplumsal bir yapı olarak genel devlet sistem bütünlüğü içerisinde, yeri ve gelişmişliği ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, bir parça olarak hep var olagelmıştır. Dolayısıyla sistemi aralarında karşılıklı işlevsel bağıllık bulunan ögelerin oluşturduğu bir bütünlük olarak tanımlarsak, alt bir sistem olan sağlık sisteminin de devlet sistemi ve toplumsal yapının oluşturduğu işlevsel bağıllıklara uyumlu olacağını kabul etmemiz gerekir.¹

Devlet yapısı içerisinde modern anlamda organize olmuş sağlık sistemleri yüz yıl önce oluşmaya başlamıştır. Bu yüz yıllık süreçte sağlık sistemleri, sağlık sisteminin finansmanı ve sosyal sigorta düzenlemelerinin uzantılarını içeren bir dizi reform jenerasyonları ile örtüşen bir geçiş süreci yaşamıştır. 19.yy sonlarında, Rusya il sağlık istasyonları ve vergilerle desteklenen ücretsiz tedavilerin yapıldığı hastanelerden oluşan büyük bir sağlık ağı kurmaya başlamıştır. 1917 Bolşevik ihtilalinden sonra, ücretsiz sağlık

¹ Üçkuyu, Y., “Toplumsal Yapı ve Sağlık Sistemleri ‘Sağlık Sistemlerine Nasıl Bakmalı?’”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:21, Sayı: 5-6, Eylül-Ekim-Kasım-Aralık 2006, s.325

hizmetinin tüm vatandaşlara sunulması gerektiği kararı alınmış ve bu sistem neredeyse seksen yıl geniş çapta uygulanmıştır. Tamamen merkeziyetçi ve devlet kontrollü ilk model örnek, Sovyet sistemidir. 1883'te Almanya bazı mesleklerdeki düşük ücretli çalışanları sağlık kapsamına almak için işveren katılımlarını gerektiren bir yasayı yürürlüğe koymuş ve bu yasaya daha sonraki yıllarda diğer işçi sınıflarını da eklemiştir. Böylece zorunlu sosyal sigorta modelinin ilk örneği oluşmuştur. İşçiler arasında bu yasanın popülerlik kazanması, 1894'de Belçika'da, 1909'da Norveç'te de benzer yasaların adapte edilmesine yol açmıştır. Alman modelinin etkisi I. Dünya Savaşı'ndan sonra Avrupa dışında da yayılmaya başlamıştır. 1922'de Japonya, yönetsel paternalizm geleneğinin üzerine inşa ettiği sağlık yardımları ve diğer yardımları almaya işçileri de ilave etmiştir. 1924'de Şili, tüm işçileri bir Çalışma Bakanlığı programı şemsiyesi altında sağlık sigortası kapsamı içine almıştır. Danimarka nüfusunun %90'nı 1935'de sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Hollanda'da sosyal sigorta uygulamasına II. Dünya Savaşı'nda ülke işgal altıdayken başlanmıştır. İngiltere'de 1942 Beveridge Raporu, sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi için sağlık sistemini üç temel ön koşuldan biri olarak tanımlamıştır. İngiliz hükümeti 1944 tarihli Beyaz Kitapta, sağlık hizmetlerinin kapsamlı ve ücretsiz olması, hastalığın tedavisinin yanı sıra, sağlığı teşvik eden "herkese yaşına, cinsiyetine veya mesleğine bakılmaksızın en iyi, en güncel sağlık ve ona bağlı hizmetlerden yararlanması için fırsat eşitliği sağlanması" politika olarak benimsenmiştir. Yeni Zelanda ise, 1938'de ulusal sağlık hizmetini başlatan ilk ülke olmuştur. Kosta Rika evrensel sağlık sigortasının temellerini 1941'de atmıştır. Meksika'da Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı 1943'te birlikte kurulmuştur. 1944'de Güney Afrika'da büyük ölçüde İngiliz modeline benzeyen ücretsiz sağlık hizmeti ile toplum merkezleri ve sevk sisteminin bir parçası olarak genel hekimlerden oluşan bir ulusal sağlık hizmeti tasarısı önerilmiş, ancak uygulanamamıştır. II. Dünya Savaşı'ndan hemen sonra Japonya ve Sovyetler Birliği; Norveç'te, İsveç'te, Macaristan'da, Avrupa'daki diğer komünist devletlerde ve Şili'de yapıldığı gibi nüfusun tamamını ya da çoğunu kapsayan sınırlı sağlık sistemlerini genişletmişlerdir. Hindistan 1946 Bhore Raporu'na dayanan bir sağlık sistemi için iddialı bir beş yıllık kalkınma planı geliştirmiştir. Bütün bu gelişmelere bakarak, bugünkü sağlık

sistemlerinin 19 yy. sonlarından beri rafine edilerek ortaya çıkan birkaç temel tasarımın bir veya daha fazlası üzerinde yapılan değişiklikler sonucunda ortaya çıktığı ve modelleştigi görülmektedir.²

Sağlık sistemleri her ülkenin kendi tarihi, kültürel, ekonomik, siyasi, hukuki ve sosyal yapısına uygun olarak şekillenen sosyal sistemlerdir. Çünkü devlet vatandaşları için temel sosyal haklardan biri olan sağlık hakkını sağlayabilmek için kendi devlet bütünlüğü içerisinde sağlık sistemlerine de yer vermektedir. Ayrıca sağlık sistemleri, sağlık hizmeti alanlar ve sunanlar açısından öznesi direkt insan ve toplum olan bir yapıyı işaret etmektedir. Dolayısıyla sağlık sistemlerindeki değişim ve dönüşümler sağlık hizmeti alanları ve sunanları önemli ölçüde etkilemektedir.

Devlet mekanizması içerisinde bir parça olan sağlık sistemleri de birbirine bağlı birkaç unsurdan oluşmaktadır. Bir sağlık sisteminde hastalara ek olarak, sağlık çalışanları, aileler, toplumlar, bakanlıklar, sağlık tedarikçileri, sağlık hizmeti organizasyonları, eczaneler, sağlık finansman yapıları ve diğer organizasyonlar önemli rol oynarlar. Sağlık sistemleri, bir anlamda sağlık hizmeti sunanların ve katkı sağlananların oynadığı roller bütünü olarak görülebilir. Bu doğrultuda, DSÖ, Dünya Sağlık Raporu 2000'de sağlık sistemini, birinci amacı sağlığı teşvik etmek, korumak veya iyileştirmek olan çalışanların tüm aktiviteleri olarak tanımlamıştır.

Sağlık sisteminin dışındaki yoksulluk, eğitim, altyapı ile daha geniş alanda sosyal ve politik çevre gibi birçok faktör de insanların sağlığını etkilemektedir. Çünkü sağlık sistemleri açık sistemler olduğu için, dışarıdan gelen etkilere açıktır. Bir sağlık sisteminin parçaları birçok düzeyde çalışmaktadır. Küçük sistemler kendi kendine yetebilen, ölçeği ve kapsamı sınırlı sistemlerdir. Büyük sistemler topluluk veya ulusal düzeyde uyum sağlamak için çeşitli küçük sistemlerin (örneğin, klinikler, hastane, sağlık promosyon programları) bir araya getirilmesinden oluşturulmaktadır. Bir ülkenin sağlık sisteminin amacı, ölçek ve

² WHO, **World Health Report 2000, Health System: Improving Performance**, Switzerland Geneva, 2000, p.12-13

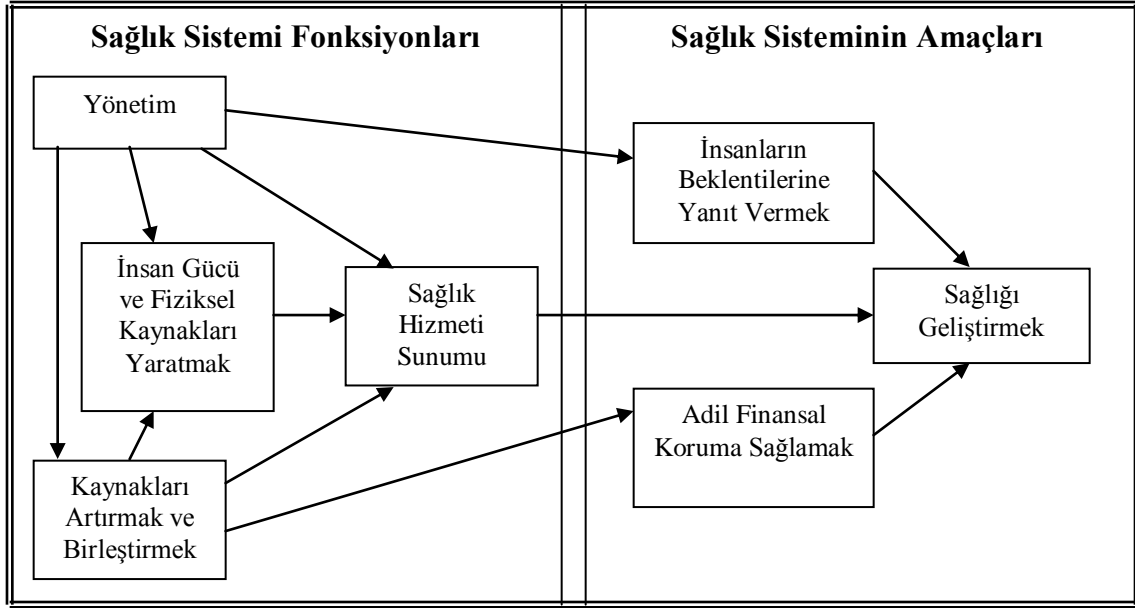
kapsam olarak etkin bir merkezi kontrol sağlanmak değildir.³ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Dünya Sağlık Raporu 2000'e göre sağlık sistemlerinin temel amaçları:

- Hizmet ettikleri halkın sağlığını geliştirmek,
- İnsanların beklentilerine yanıt vermek,
- Sağlık maliyetlerine karşı finansal koruma sağlamaktır.

Sağlık ihtiyaçları dünden bugüne önemli değişimler yaşamıştır. Bu değişimin içerisinde bireyler ve ailelerinin hastalıkların finansal maliyetine karşı korunması, sağlık önlemleri için artan talepler, sağlık hizmetlerindeki toplumsal beklentilerin atması vb. etmenler önemli bir yer tutmaktadır. Bu değişimlerin yanı sıra, sanayileşme, karayolu taşımacılığı, çevresel tahribatlar ve küresel ticaret gibi gelişmelerin de sağlığa etkisi ile ilgili bilincin artması sağlık sistemlerini daha geniş fonksiyonlar üstlenmeye itmektir.⁴ DSÖ 2000 raporunda, sağlık sisteminin yerine getirmek zorunda olduğu anahtar fonksiyonlar Şekil 1'deki gibi, hizmet sunumu; hizmet ulaşımını mümkün hale getiren insani ve fiziksel kaynakların oluşturulması; sağlık hizmetleri için kullanılan kaynakların artırılması ve birleştirilmesi ve son olarak en önemlisi yönetim olarak sayılmaktadır.

³ World Bank, "Healthy Development The World Bank Strategy for HNP Results", **Annex L**—April 24, 2007, p.1

⁴ WHO, **World Health Report 2000, Health System: Improving Performance**, p.7

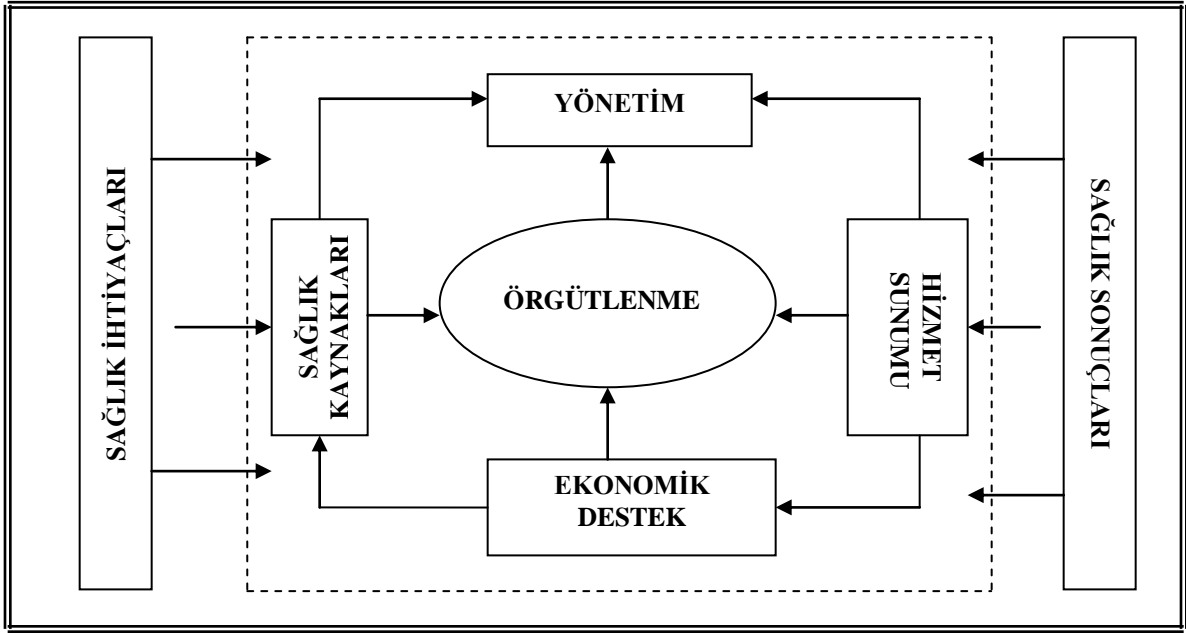


Şekil 1. Sağlık Sistemi Fonksiyonları ve Amaçları Arasındaki İlişki

Kaynak: WHO, World Health Report 2000, Health System: Improving Performance, Switzerland Geneva, 2000, p.25

Milton Roemer ve arkadaşlarına göre, devlet yapısı içindeki tüm sağlık sistemleri Şekil 2'deki gibi, kendi arasında ilişkili olan beş büyük unsurun bileşiminden oluşmaktadır. Gelişmişlik seviyesi ne olursa olsun, ülkelerin sağlık sistemleri kendini oluşturan 5 temel unsur olan kaynaklar, örgütlenme, ekonomik destek, yönetim ve hizmet sunumu özelliklerine göre analiz edilebilir. Bu beş bileşenin özellikleri ülke sağlık sistemlerinin hangi tipte oluşacağını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu unsurlar şöyle özetlenebilir:⁵

⁵ Roemer, M.I., **National Health Systems of the World: The Countries**, Vol. 1, New York: Oxford University Press, 1991, p.33; Roemer, M.I., Kleczkowski, B.M. and Van Der Werff, A., **National Health Systems and Their Reorientation Towards Health for All: Guidance for Policy-Making**, WHO, Public Health Papers No: 77, 1984, p.15



Şekil 2. Ulusal Sağlık Sistemi Modeli ve Unsurları Arasındaki İlişkiler

Kaynak: Roemer, M.I., *National Health Systems of the World: The Countries*, Vol. 1, New York: Oxford University Press, 1991, p.33

1.1 Sağlık Kaynakları

Herhangi bir sağlık sisteminin işleminde sistemin sağlık hizmetini sunması ve destek fonksiyonları yerine getirmesi için gerekli insan ve fiziksel kaynakların geliştirilmesi en öncelikli aşamadır. Bir sağlık sistemi farklı kaynakların bir araya getirilmesi ile oluşmakta ve her bir kaynağın geliştirilmesi de farklı hareket biçimlerini gerektirmektedir. Basit bir şekilde sağlık kaynakları dört kategoride sınıflandırılabilir:

a) İnsan gücü: Doktorlar, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler, ebeler, laboratuvar ve röntgen teknisyenleri, diyetisyenler, fizyoterapistler, çevre sağlığı teknisyenleri, sağlık yöneticileri, çok çeşitli yardımcı sağlık çalışanları vb. sağlık insan gücünü oluşturmaktadır. Her bir sağlık personelinin yasal fonksiyonu, görevleri, eğitim biçimi, ülkedeki coğrafi dağılımı, diğer sağlık personelleriyle ilişkisi, ikame edilebilirliği vb. iyice bilinmelidir.

b) Sağlık Tesisleri: Bir sağlık sisteminde sağlık hizmetinin sunulacağı çok çeşitli sağlık tesisinin kurulması gerekmektedir. En iyi bilinen sağlık tesisi, yataklı sağlık hizmeti

kurumları olan hastanelerdir. Ancak ayakta tedavi görenler içinde sağlık ocağı, dispanser, poliklinik gibi sağlık merkezleri de kurulmalıdır. Bunun yanında eczane, laboratuvar ve görüntüleme merkezleri sağlık sisteminde yer alan sağlık tesislerinin birer parçasıdır. Sağlık tesislerinin tüm vatandaşlara hizmet sunacak sayıda ve yeterlilikte ülke sathında yaygınlaştırılması gerekmektedir.

c) Sağlık Teçhizat ve Malzemeleri: Sağlık sisteminde diğer bir kaynak türü, çok çeşitli sağlık teçhizatları ve malzemeleri, ilaçlar, hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde kullanılan diğer materyallerdir. Giderek artan karmaşık teknolojilerin sağlık bilimine sağladığı avantajla çeşitli hastalıkların teşhis ve tedavisindeki bilgi giderek geliştirilmektedir.

d) Sağlık Bilgisi: Bir sağlık sistemin en önemli kaynağını sağlık ve hastalık bilgisi ile hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonunda kullanılan çeşitli metotlar oluşturmaktadır. Bilim adamlarının modern bilimsel metotlarla test ettiği, gözlem ve deneylere dayanan sağlık bilgisi sağlık bilgi kaynağını oluşturmaktadır. Biyokimyacılar ve fizyologlar hücre ve organların fonksiyonlarını açıklamakta, mikrobiyologlar, patologlar ve klinisyenler ise, hastalığa neden olan mekanizmaları anlamak için bu bilgileri birleştirmekte ve organik kimyacılar ile eczacılar hastalılara karşı test edilmiş yeni ilaç ve aşılar üretmektedirler.

1.2 Örgütlenme

Sağlık sisteminin çeşitli kaynaklarını sağlık aktivitelerine çevirmek ve onlara uygun şekilde fonksiyon sağlamak sosyal bir örgütlenme gerektirmektedir. Örgütlenmeler sağlık kaynaklarını birbiriyle ilişkiye geçirmek ve hastalara bireysel veya toplumsal olarak sağlık hizmeti sunum mekanizmalarıyla bağlantı kurmasını sağlamak için gereklidir. Kaynakların örgütlenmesi beş kategoride sınıflandırılabilir:

a) Ulusal Sağlık Otoriteleri: Neredeyse her ülkede sağlıkla ilgilenen temel bir hükümet kurumu vardır. Bu hükümet içinde özel bir kurum, daha geniş bir kurumun içinde

alt bir kurum veya daha alt bir seviyede çalışan kurumların bir ağı olabilir. Ancak çoğunlukla bu kurum Sağlık Bakanlığıdır. Genellikle sağlık eğitimi ve desteği, önleyici hizmetler ve sıhhi kontroller, hastane ve diğer sağlık hizmetleri, sakatların rehabilitasyonu ve sosyo-medikal bakımı gibi sağlık programlarıyla ilgili alt kurumlar da vardır. Bazen alt kurumlar sağlık insan gücünün tescili ve geliştirilmesi, sağlık tesislerinin geliştirilmesi ve denetimi, sağlık teçhizat ve malzemelerinin lojistiği, sağlığın finansmanı gibi sağlık sisteminin diğer unsurlarıyla da ilgilenir.

b) Diğer Hükümet Kurumları: Sağlık Bakanlığının faaliyet alanı dışında diğer hükümet kurumlarının da sağlıkla ilgili sınırlı sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi sosyal güvenlik ile işçi sağlığı ve iş güvenliği programları birçok ülkede kamu ve/veya özel sektörde çalışan kişiler ve onların yakınları için örgütlenmiştir. Kamu sağlık sigortaları isteğe bağlı ya da zorunlu olabilir, ancak özel sigortalar isteğe bağlıdır. Sağlık sigortaları ülkeden ülkeye değişmekle birlikte daha çok doktor hizmeti, ilaç, hastane hizmetleri, diş bakımı ve ambulans hizmetleri gibi sağlık hizmetlerinin finansmanını kapsamaktadır. Ayrıca sağlığın geliştirilmesinde Eğitim, Tarım, İç İşleri, Bayındırlık ve İskan, Ulaşım, Adalet, Dış Ticaret gibi bakanlıkların kendi konularına göre sınırlı sorumlulukları vardır. Bütün bunlar sağlığın yükseltilmesine etki eden dış faktörlerdir.

c) Özel Sektör: Özel sektör sağlık hizmetleri kamusal sağlık hizmetlerinin bir tamamlayıcısı olarak rol üstlenmektedir. Kamusal sağlık hizmetlerinin görece daha zayıf olduğu yerlerde özel sektör sağlık hizmetlerinin güçlü olduğu bir eğilim vardır. Bunun yanında neredeyse tüm ülkelerde doktorlar, diş hekimleri, eczacılar ve diğer sağlık profesyonelleri kendileri özel olarak çalışabilmektedirler.

d) Sivil Toplum Örgütleri: Farklı sivil toplum örgütleri ve birlikler sağlık sisteminin bir parçasıdır. Bazıları kesin hastalarla (tüberküloz, kanser vb.) ilgilenen gönüllü gruplar, diğer bazıları da çocuklar ve sakatlar gibi toplumun özel bir kesimine sağlık hizmeti sağlayan örgütlerdir. Kızıl ay, kızıl haç gibi örgütler toplumsal acil sağlık

hizmeti sunarken, hemşire birlikleri gibi gönüllü örgütler, evde bakım hizmetlerini de içeren direkt özel sağlık hizmeti sunmaktadır.

1.3 Sağlık Hizmeti Sunumu

Halkın tümüne veya hastalar, yaşlılar, çocuklar, özürllüer gibi çeşitli toplum gruplarına yönelik hizmetlerdir. Birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri, ikinci basamak ayaktan, yataklı tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak uzmanlaşmış ayaktan ve yataklı tedavi hizmetleri (Kalp Damar, Onkoloji, Kadın Doğum ve Çocuk, Acil Yardım hastaneleri, Üniversite Hastaneleri, vb.) ve rehabilitasyon hizmetleri sağlık hizmetlerinin bütününi oluşturmaktadır.

1.4 Ekonomik Destek

Tartışmasız bütün sistemlerde sağlık kaynakları ve sağlık hizmeti sunum mekanizmaları ekonomik destek olmaksızın ayakta duramazlar. Yiyecek ve barınma ihtiyacından farklı olarak bireyler sağlık hizmeti ihtiyacının ne zaman ortaya çıkacağını ve ne kadar sağlık hizmeti alacağını önceden tahmin edemezler. Bununla birlikte nüfusun çeşitli kesimlerinin sağlık hizmeti ödeme kabiliyeti ile sağlık hizmeti ihtiyacı arasındaki ilişki, onların gelir seviyesine bağlıdır. Bütün bu sonuçlar göz önüne alındığında bütün ulusal sağlık sistemleri kesinlikle serbest piyasa dışında işleyen ekonomik destek mekanizmalarına ihtiyaç duymaktadır. Bu ekonomik destek mekanizmalarının finansmanı aşağıda sınıflandırılan kaynaklardan bir ya da birkaçından sağlanabilir:

- Genel Vergi Gelirleri
- Sosyal Sigorta
- Gönüllü Sigorta
- Hayırsever Bağışları
- Bireyler ve Aileler

Sağlık sistemleri bu beş finansman kaynağından fonlanmaktadır. Genellikle sağlık sistemleri finansmanın büyük bir kısmı vergi gelirleri ve sosyal sigorta kaynakları ile sağlanmaktadır. Bunun dışında geri kalanları ise, gönüllü sigorta, birey ve ailelerin ödemeleri ile bağışlardan oluşturmaktadır. Sağlık sisteminin ekonomik dinamiklerinin çok iyi anlaşılması gerekmektedir. Çünkü her bir yöntemin ciddi sosyal uygulamaları vardır. Sağlık hizmeti ihtiyacının ailelerin ya da bireylerin mevcut gelirleriyle karşılandığı özel ödeme (cepten ödeme) yöntemi ailelerin sağlık ihtiyaçlarının farklılaşması durumunda başarısız olabilir. Sosyal sigorta veya gönüllü sağlık sigortası sağlık ihtiyacının ortaya çıkması halinde hazır bulunan fon garantisi ile sağlık ihtiyacının öngörülemezliğine karşı koruma ve gelir desteği sağlamaktadır. Kamu geliri desteği ile sağlanan sağlık hizmetleri, ayırım yapılmaksızın tüm topluma sunulmaktadır. Ancak bu sağlık hizmetinin kapsamı sınırlı ve sağlanan hizmetin kalitesi düşük olabilir. Bir ülkede sağlık sisteminin kaliteli, hakkaniyete uygun, eşit, ulaşılabilir olabilmesi, o ülkede kullanılan ekonomik destek mekanizması kombinasyonlarından elde edilen fonların yeterli olmasına bağlıdır.

1.5 Yönetim

Yönetim diğer tüm fonksiyonları ve alt sistemleri ilgilendiren farklı bir fonksiyondur. Başka bir anlamda, yönetim diğer fonksiyonların tümünü organize eden, yönlendiren ve denetleyen üst fonksiyondur. Sağlık sistemlerinde yönetim görevi, kıdemli yönetim ekibi ve anahtar orta kademe yöneticiler tarafından yerine getirilmektedir. Bu fonksiyon genellikle yönetişimin sorumluluğu ve kontrolü altındadır. Hangi kamu kaynaklarının hangi sağlık önceliklerine hedeflenmesi gereklidir? Sağlık sisteminde yer alan aktörlerin çalışacağı kurumsal çerçeve ne olmalıdır? Hangi sağlık hizmetleri ve faaliyetleri bölge dışındaki diğer sistemler ile koordine edilmeli ve nasıl yürütülmelidir? (karayolu güvenliği, gıda kalite kontrol) Sağlık önceliklerinin ve kaynak temininin sonraki 10, 20 veya 30 yıl için olası trendleri ne olacaktır? Sağlık sorunlarının önlenmesi, salgınların önlenmesi ve zararlarının azaltılması konularında hangi bilgi, kimler tarafından uygulanacaktır? İşte bu soruların yönetimi sağlık sisteminin çekirdeğini oluşturmaktadır. Yönetim fonksiyonu merkezi politikalar için uygun veriler de oluşturmaktadır. Kamu

sağlığı verileri sağlık sisteminin genel işleyişi kadar ülkenin genel sağlık durumunu değerlendirmek için veri sağlamaya, sektörü düzenlemeye ve sağlık sistemi performansını ve etkinliğini izlemeye yarayan önemli bir kaynaktır.⁶

Yönetim modeli bir ülkenin tarihi, kültürü, sosyal değerleri ve kaçınılmaz olarak hükümet otoritesinin yapısına dayalı olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık sistemi yönetiminin üç temel bileşeni vardır:

a) Liderlik: Sağlık sistemi parçalarının yapısı ve kurumsal ataleti yönetim sürecine ciddi bir engel oluşturmaktadır. Bu engelleri ortadan kaldırmak için sağlık sistemi yönetiminde sağlık insan gücünü idare etmeyi, motive etmeyi ve istenen değişime doğru yönlendirmeyi kabul edecek liderlik fonksiyonuna ihtiyaç vardır. Örgütsel otorite doğal olarak liderlik veya liderlik sitilinin farklı konseptlerinin gelişmesine yol açmaktadır. Bu liderlik konseptleri otokratik veya demokratik (katılımcı) liderlik olarak ülkelere göre değişiklik göstermektedir.

b) Karar Verme: Karar verme süreçlerinin kapsamı, karakteri ve organizasyonu kaynakların düzenlenmesi ve tertip edilmesi yöntemlerine dayanmaktadır. Karar vermenin boyutu sorumluluğun yerel mi, yoksa merkez mi olacağına; yönetim sisteminin çok odaklı mı, yoksa birleştirilmiş mi olacağına; ekonomik desteğin özel sektör eliyle mi, yoksa kamu eliyle mi olacağına kadar uzanmaktadır. Bu bağlamda karar verme mekanizmalarının planlama, uygulama ve gerçekleştirme, izleme ve değerlendirme, bilgi desteğinden oluşan dört temel unsuru bulunmaktadır.

Planlamanın sağlık sistemi içerisinde birbiriyle ilgili sağlık planı ve sağlık sistemi planı olmak üzere iki farklı boyutu vardır. Sağlık planı, nüfusun sağlık düzeyini yükseltmek için gerçekler, tahminler ve tercihlere dayalı karar vermeyi sağlayan sistematik, örgütlü, ileri görüşlü ve devam eden bir süreçtir. Sağlık sistemi planı ise, planlanan programları içselleştirmek ve onları işlevsel hale getirmek için sistemin bütün unsurlarının ayarlanmasıyla ilgilidir. Sağlık sistemi planı bazı ülkelerde Sağlık Bakanlıkları tarafından

⁶ World Bank, "Healthy Development The World Bank Strategy for HNP Results", p.2

yapılırken, bazı ülkelerde merkezi bir planlama kurumunun sorumluluğunda yapılmaktadır. Bazen sitem planının çerçevesi merkezi planlama kurumu tarafından çizilirken, detaylar Sağlık Bakanlığına ayrılmaktadır. Sağlık sistemi planı yerel ve merkezi olarak farklı düzeylerde olabilmektedir. Bazı ülkelerde ise, bütün planlama başkentten yapılırken, bazı sorumluluklar yerel düzeye indirilmektedir.

Uygulama ve gerçekleştirme, uygulama halindeki ayrıntılı plan ve programların dönüşümünü kapsamaktadır. Bazı sistemler karar verme gücünün neredeyse tamamını merkezde veya en üstte tutmaktayken, diğer sistemlerde hem planlama, hem de uygulamayla ilgili karar verme otoritesi daha alt seviyelere devredilmektedir.

Bir sağlık sistemi veya programı ile hedeflenen başarıya ulaşip ulaşmadığının boyutunun belirlenmesi sistematik olarak yapılan **izleme ve değerlendirme** ile mümkün olmaktadır.

Sağlık sistemi yönetimi için **bilgi desteği** hayati öneme sahiptir. Çünkü özellikle politika formülasyonu, planlama, programlama, bütçeleme ile izleme ve değerlendirme için gerekli yararlı bilgileri elde etmek oldukça zordur.

c) Yasal Düzenlemeler: Sağlık sistemi yönetiminin son temel unsuru bütün ulusal sağlık sisteminin işletilmesinde rol oynayan düzenlemelerdir. Sağlık insan gücünün lisanslanması, sağlık kurumlarının onaylanması, ilaçların kontrolü ve sağlık hizmetinden yararlanmanın koşulları yasal düzenleme konularından sadece birkaçıdır.

2 SAĞLIK SİSTEMLERİNİN SINIFLANDIRMASI

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin kuramsal yaklaşımlar yıllardır oluşturulmaya çalışılmaktadır. Tümüyle doğru ve her ülkeyi içine alan kapsamlı bir sınıflandırma yapmak henüz mümkün olmamıştır. Bir ülkenin sağlık sistemi, onu oluşturan çok sayıda parçayı çeşitli özelliklerine göre şekillendirmektedir.⁷ Birçok ülke sağlık

⁷ Sargutan, A. E., "Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı-Kavram, Metot ve Uygulamalar", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:8, Sayı:1, 2005, s.85

sistemini, sistemin yapısını belirleyen etiğin dağıtımını içeren bir dizi sosyal amaçları gerçekleştirmek üzere yapılandırmaktadır. Örneğin, birçok Avrupa ülkesinde ve Kanada’da sağlık tümüyle sosyal bir mal olarak görülerek, oldukça adil bir sistem geliştirmiştir. ABD ise, sağlığın özel bir mal olarak görüldüğü çok katmanlı bir sistem uygulamaktadır. Sağlık sistemleri ülkelerin kültürü, tarihi ve mevcut gelir dağılımına dayalı olarak farklılıklar göstermektedir. Birçok gelişmiş ülke, sağlık sisteminin finansman yönünü sıkı düzenlemelerden geçirecek kendi sağlık sistemini oluşturmuştur.⁸ Bu çerçevede Şekil 3.’de gösterildiği gibi dünyadaki sağlık sistemi modelleri iki kutup arasında çok değişik spektrumlarda (yelpazelerde) bulunabilmektedir.⁹



Şekil 3. Sağlık Sistemi Yönelimleri

Kaynak: Feo, O., “Neoliberal Policies and Their Impact on Public Health Education: Observations On The Venezuelan Experience”, **Social Medicine**, Volume 3, Number 4, November 2008, p.225

Sağlık sistemlerine ilişkin sınıflama yapılırken ülkelerin siyasal yapıları ve ideolojik yönelimlerinin dikkate alınması gerekmektedir. Çünkü sistem, aralarında karşılıklı işlevsel bağılıklar bulunan parçaların oluşturduğu bir bütündür. Bu parça bütün ilişkisi nedeniyle, sağlık sistemleri her ülkenin kendi tarihi, kültürü, ekonomik kalkınması, siyasi ve hukuki yapısı gibi çok çeşitli etkenlerin bileşimi ile farklı düzeylerde şekillenmektedir. Bu yüzden her ülkenin kendine özgü bir ulusal sağlık sistemi vardır. Ayrıca uluslararası ilişkiler ve finans çevreleri de ülkelerin sağlık sistemlerini doğrudan ya da dolaylı yoldan etkileyebilmektedir.¹⁰ Örneğin Avrupa’da II. Dünya Savaşı’ndan sonra

⁸ WHO, “European Ministerial Conference on Health Systems”, **Health Systems, Health and Wealth**, Tallinn, Estonia Report, 25–27 June 2008, p.3

⁹ Feo, O., “Neoliberal Policies and Their Impact on Public Health Education: Observations On The Venezuelan Experience”, **Social Medicine**, Volume 3, Number 4, November 2008, p.225

¹⁰ Kılıç, B. ve Aksakoğlu, G., “Sağlık Sisteminin Sınıflamasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:9, Sayı 64-65, Kasım 1994-Şubat 1995, s.5

egemen olan refah devleti çerçevesinde, sağlık kavramı sosyal bir hak olarak ele alınmış ve sağlık sistemi modelleri bu anlayış çerçevesinde oluşturulmuştur. Refah devleti sağlık sistemlerindeki çeşitliliklere rağmen, hepsinde de devlet esastır. Bu çerçevede Feo'ya göre;

- Egemen sağlık anlayışının sosyal bir hak ya da bireysel özel mal olduğu,
- Hizmet organizasyonunu tanımlayan sağlık modelin geniş kapsamlı hizmetler ya da öncelikli olarak hastalıkların tedavisine yönelik parçalanmış hizmetler olduğu,
- Sağlık hizmeti sunan kurumların karakter ve yönetimi,
- Sistemin finansman kaynakları ve tipi,
- Sağlık sisteminin organizasyonunda ve kontrolünde kamunun rolü,
- Nüfusun sağlığı açısından elde edilen sonuçlar,

sağlık sistemlerini karakterize eden temel unsurlardır.¹¹

1978'de Milton Terris tarafından yapılan sağlık sistemleri sınıflandırılması 145 ülkeyi kamu yadımlarına dayalı, sigortaya dayalı ve ulusal sağlık sistemi olmak üzere üç grupta toplamıştır. Terris'e göre, bu sağlık sistemleri, dünyadaki üç temel ekonomik sisteme karşılık gelen kapitalist, kapitalist öncesi ve sosyalist sistemlerle ilişkiyi tanımlamaktadır. Aynı sağlık sistemine sahip farklı ülkeler arasında, birçok bireysel varyasyon bulunabilmektedir. Ayrıca bir ülkede birden çok sağlık sistemi bulunabilirken, her bir ülke için sistemin tipini nüfusun çoğunluğuna sağlanan sağlık hizmeti tipi belirlemektedir. Sonuç olarak, sistemler sabit ve taşınmaz değildir, değişim ve revizyon süreçleri sürekli devam etmektedir.¹²

¹¹ Feo, p.226

¹² Terris, M., "The World Systems Of Medical Care: Trends and Prospect", **Commentaries**, AJPH, Vol. 68, No.11, November 1978, p.1125

Tablo 1.
Gelir Gruplarına Göre Klinik Sağlık Sistemleri

1990 Kişi Başı Gelire (\$) Göre Ülke Grubu	Sağlık Harcaması 1990		TEMEL ÖZELLİKLER	ÖRNEKLER
	GSMH Payı %	Kişi Başına \$		
Düşük Gelir Grubu (100-600)	2-7	2-40	-Geleneksel tıp yöntemlerine ve ilaca yüksek bir özel harcama vardır. -Kamu hizmetlerinin finansmanı genel vergilerle sağlanır -Az miktarda sigorta vardır.	Bangladeş, Hindistan, Pakistan, Sahra altı ülkelerinin çoğu
Orta Gelir (600-7900) Özel Sigorta	2-7	20-350	-Orta ve düşük gelir grupları için sunulan kamu hizmeti genel vergilerden finanse edilir. -Zenginler için özel sigorta ve özel koşullar vardır. (Nüfusun %10'undan azdır.)	G. Afrika Zimbabve
Orta Gelir (600-7900) Sosyal Sigorta	3-7	20-400	-Düşük gelir grupları için sunulan kamu hizmeti ve sağlık bakımı genel vergilerden finanse edilir. -Ücretli çalışanlar için değişik oranlı sosyal sigorta vardır.	Kosta Rika Türkiye G. Kore
Avrupa'nın Eski Sosyalist Ülkeleri (650-6000)	3-6	30-200	-Kamu hizmeti genel vergilerden finanse edilir. -Hizmetler özel yer altı piyasası tarafından sunulur.	Çek Cum. Polonya Slovakya Eski SSCB
Yerleşmiş Piyasa Ekonomisi Ülkeleri (ABD Hariç) (5000-34000)	6-10	400-2500	-Genel vergiler veya zorunlu sosyal sigortalar yoluyla finanse edilen evrensel ve evrensele yakın kapsamda sağlık hizmetleri vardır. -Genel bütçeler ve üçüncü el ödeme kullanımı var.	Fransa, Almanya, Japonya, (Sosyal Sigorta) Norveç, İsveç, İngiltere (Genel Vergi)
ABD (22000)	12	2800	-Özel ve isteğe bağlı sigorta ile vergilerden genel ödeme kullanımı bir arada -Düzensiz ve açık uçlu ücret alanlar için hizmet tazminatı vardır. -Sağlık hizmetleri ve sigorta yüksek idari maliyetlerle ilişkilidir.	ABD

Kaynak: World Bank, **World Development Report 1993: Investing In Health**, Oxford University Pres, New York, 1993, p.111

Dünya Bankası 1993 Dünya Gelişme Raporunda, ülkelerin 1990 yılı kişi başına gelirleri ve sağlık harcamalarının GSMH içindeki payına göre Tablo 1'deki gibi bir sağlık sistemleri sınıflandırması yapılmıştır. 1993 Dünya Bankası raporu, ülkelerin sağlık sistemlerini, bazı Asya ve Sahra altı ülkelerinin yer aldığı düşük gelirli ülkeler; sağlık

finansmanının özel sigorta veya sosyal sigorta ile sağlandığı orta gelir grubu ülkeler; sağlık finansmanının genel vergilerden finanse edildiği eski sosyalist ülkeler; sağlık finansmanının hem genel vergiler hem de zorunlu sosyal sigortalar yoluyla sağlandığı evrensel sağlık hizmeti sunan ABD hariç üst gelir grubu yerleşmiş piyasa ekonomisi ülkeleri ve sağlık finansmanının özel ve isteğe bağlı sigorta ile genel vergilerden sağlandığı ABD olmak üzere, toplam beş kategoride sınıflandırmıştır.¹³

Tablo 2.
Elling'in Sağlık Sistemleri Sınıflandırması

Sistem	Ülke Örnekleri
Tümüyle Kapitalist Ülkeler	ABD, İsviçre, Almanya
Sosyal Yönelimli Kapitalist Ülkeler	Kanada, Japonya, İngiltere ve İskandinav Ülkeleri
Sanayileşmiş Sosyalist Ülkeler	Eski SSCB, Eski D. Almanya, Eski Doğu Bloku Ülkeleri
Kapitalizme Bağımlı Ülkeler	Brezilya, Hindistan, Guetemala, Haiti, Filipinler, Endonezya
Dünya Sistemlerinden Yarı Bağımsız Sosyalist Ülkeler	Çin, Küba, Nikaragua, Tanzanya

Kaynak: Elling, R.H., "Theory and Method for Cross-National Study of Health Systems", **Int. Health Service**, Vol:24, No:2, 1994, pp.285-309

Ray Elling 1994 yılında yaptığı Theory and Method for Cross-National Study of Health Systems çalışmasında tüm kuramsal yaklaşımları ve ülkelerin kendi içlerindeki sınıfsal mücadeleleri de göz önünde bulundurarak, sosyal içerikli bir grupta yapmıştır. Buna göre, ülkeler Tablo 2'deki gibi bir sınıflandırmaya tabi tutulmuştur.

¹³ World Bank, **World Development Report 1993: Investing In Health**, Oxford University Pres, New York, 1993, p.111

Tablo 3.**Ülkelerin Örgütlenme ve Finansman Modellerine Göre Sağlık Sistemleri Sınıflandırması**

	1. GRUP SİGORTA AĞIRLIKLIL SİSTEMLER		2. GRUP KAMU AĞIRLIKLIL SİSTEMLER		3. GRUP DİĞER SİSTEMLER	
	Tip 1. Özel Sigorta Ağırlıklı Sağlık Sistemi	Tip 2. Sosyal Sigorta Ağırlıklı Sağlık Sistemi	Tip 3. Ulusal Sağlık Sistemi	Tip 4. Sosyalist Sağlık Sistemi	Tip 5. Karma Sağlık Sistemleri	Tip 6. İlkel Sağlık Sistemleri
TEMEL DÜŞÜNCE	Sağlık bir tüketim maddesidir.	Sağlık sosyal sigortayla güvence altına alınmış bir tüketim maddesidir.	Sağlık devlet tarafından desteklenen bir tüketim maddesidir.	Sağlık bir tüketim maddesi değildir.	Sağlık genel bir tüketim maddesidir.	Sağlık tamamen bir tüketim maddesidir.
KAPSAM	Herkesi kapsamaz	Herkesi kapsar	Herkesi kapsar	Herkesi kapsar	Herkesi kapsamaz	Çok azı kapsar
FİNANS KAYNAĞI	Pirim+kısmen vergi	Pirim+vergi	Vergi (+Pirim)	Tamamen vergi	Vergi+pirim	Özel ödeme
HALK ÖDEMESİ	Doğrudan ve dolaylı	Çoğunlukla dolaylı	Dolaylı	Tamamen dolaylı	Doğrudan / dolaylı	Tamamen doğrudan
HİZMET SUNUMU	Çoğu özel	Özel/Kamu	Çoğu Kamu	Tamamen Kamu	Kamu/Özel	Tamamı Özel
ÜLKE ÖRNEĞİ	ABD İsrail	Almanya İsveç Kanada	İngiltere İrlanda İskoçya	SSCB (Eski) Küba	Türkiye Endonezya	

Kaynak: Kutlu, Ş. ve diğerleri, **Sağlık Sistemleri Ülke Raporları ve Politikalar**, Selçuklu Sosyal Güvenlik Eğitim Kültür ve Dayanışma Vakfı Yayını, Ankara, Mayıs 2002, s.12

Kutlu ve diğerlerinin 2002’de yaptığı Sağlık Sistemleri Ülke Raporları ve Politikalar çalışmasında, farklı ülkelerdeki sağlık sistemlerinin belirleyici unsurları örgütlenme ve finansman modellerine göre, Tablo 3’deki gibi sınıflandırılmıştır. Bu çalışmada ülkelerdeki sağlık hizmeti üretimi ve sunumu kamu, özel veya karma bir yapıdan oluşmaktadır. Sağlık finansman kaynakları ise, genel bütçe gelirleri veya vergilerden aktarılan kaynaklardan, zorunlu sosyal sigorta primleri ile birlikte genel bütçe gelirlerinden aktarılan kaynaklardan veya özel ödemelerden sağlanmaktadır. Sağlık sistemin kapsamı herkesi kapsayan ve herkesi kapsamayan olarak sınıflandırılmıştır.¹⁴

¹⁴ Kutlu, Ş. ve diğerleri, **Sağlık Sistemleri Ülke Raporları ve Politikalar**, Selçuklu Sosyal Güvenlik Eğitim Kültür ve Dayanışma Vakfı Yayını, Ankara, Mayıs 2002, s.11

Tablo 4.

Sağlık Sistemlerinin Ülkelerin 1986 Yılı Ekonomik Gelişmişlik Seviyeleri ve Sosyo-Politik Yapılarına Göre Sınıflandırması

<i>Ülkelerin Ekonomik Seviyesi (Kişi Başına GSMH)</i>	Ülkelerin Sosyo-Politik Yapıları			
	Girişimci ve Serbest	Refah Yönelimli	Kapsayıcı Evrensel	Sosyalist
Gelişmiş ve Sanayileşmiş	ABD	Almanya Fransa Japonya Kanada	B. Krallık Norveç Y.Zelanda	Eski SSCB
Gelişen ve Değişimci	Tayland Filipinler G. Afrika	Brezilya Mısır Malezya	İsrail Nikaragua	Küba K.Kore
Az Gelişmiş	Gana Bangladeş Nepal	Hindistan Burma	Sri Lanka Tanzanya	Çin Vietnam
Kaynak Zengini		Libya	Kuveyt S.Arabistan	

Kaynak: Roemer, M. I., *National Health Systems of the World: The Countries*, Vol. 1, New York: Oxford University Press, 1991, p. 97

Milton Roemer'in sınıflandırması, en çok bilinen ve en yaygın gruplamalardan biridir. Roemer ülkelerin sağlık sistemleri üzerinde en büyük etkiye sahip olan ulusal özelliklerini, ekonomik ve sosyo-politik olarak, Tablo 4'deki gibi, iki boyutta incelemiştir.¹⁵ Ülkelerin belirli bir dönemdeki GSMH ve GSYİH'si gibi ulusal gelirlerinin toplamı ile açıklanan ülke ekonomisinin büyüklüğü ve gücünün, sağlık sisteminin arka planında önemli bir etkisi vardır. Roemer sınıflandırmasında ülkeler ekonomik olarak, gelişmiş ve sanayileşmiş, gelişen ve değişimci, az gelişmiş ve kaynak zengini olarak 4 kategoride ele alınmıştır.

Roemer'e göre, sağlık sistemleri her ülkenin sosyo-politik yapısının bir parçası olarak gelişirler ve sosyo-politik yapı ile benzer özellikler taşırlar. Her ülkede sağlığa biçilen değer, toplumsallık ve bireysellik arasındaki denge ve sorumlulukların dağılımı farklıdır. Yani, sağlık hizmetlerini sunmak için finansal ve örgütsel sorumlulukların

¹⁵ Roemer, *National Health Systems of the World: The Countries*, p. 97

tamamının toplum tarafından karşılanması, finansal ve örgütsel sorumlulukların toplum ve bireyler arasında paylaştırılması ve toplumun göreceli olarak finansal ve örgütsel sorumluluğun küçük bir kısmını üstlenmesine göre, değişiklik göstermektedir. Sağlık sistemleri yönetim yapılarına göre kamusalda özele, merkezden yerelle ve çoğulcudan birleşige kadar derecelendirilebilir. Roemer, ülkelerin sağlık sistemlerini sosyo-politik yönden Tablo 4'deki gibi girişimci serbest, refah yönelimli, kapsayıcı evrensel ve sosyalist olarak 4 kategoride sınıflandırmıştır.

2.1 Girişimci ve Serbest Sağlık Sistemleri

Liberal ekonomik sistemin sağlık sistemindeki iz düşümü girişimci ve serbest sağlık sistemidir. Sağlık hizmeti genellikle özel sektör ve herhangi bir örgütlü programın bir parçası gibi işlevsel olmayan doktor, hastane, eczane gibi otonom kaynaklar yoluyla sunulmaktadır. Sağlık hizmeti arzı ve sağlık harcamalarının büyük bir kısmını özel sektör karşılar, hastane yataklarının büyük bir bölümü de özel sektörün elindedir. Bu sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin arz ve talebe göre serbest piyasa şartlarında gerçekleştiği, yeterli olmayan kamu sektörü yanında, ana unsur olarak, özel sektör sağlık hizmetlerinin yaygın olduğu bir ortamı tanımlamaktadır. Bu hizmetlerin finansal desteği çeşitlilik arz etmektedir. Desteğin çoğunluğu hem doğrudan ve yarı-doğrudan cepten ödemelerle, hem de özel sigorta acenteleriyle sağlanmaktadır. Sağlık hizmetinin kamu veya özel sektörden sağlık hizmeti arz edicilerinden satın alınarak karşılanması esastır. Yönetim prosedürleri çoğulcu ve oldukça hoşgörülüdür. Planlama merkezden ziyade yerel düzeydedir. Yönetim biçimi, sorumlulukların büyük kısmının yerel düzeyde olduğu, yerinden yönetimdir. Suiistimalleri önlemek amacıyla yapılan düzenlemeler oldukça katıdır.¹⁶

Bu sistemin önemli noktası, kişisel sağlık hizmeti talebi için, esas olarak kişilerin doğrudan (cepten) ve/veya yarı-doğrudan (prim ve benzerleri türündeki ödemelerle) harcama yapmak zorunda olmaları; buna karşılık, devletin vergilerin az bir bölümüyle hizmetin maliyetine dolaylı olarak katılmasıdır. Sağlık güvencesi imkanı, genellikle maddi

¹⁶ Roemer, Kleczkowski and Van Der Werff, p.36-37

olanağı olanların gönüllü olarak sağlık sigortasına katılmasıyla sağlanır. Bu sebeple teorik olarak, nüfusun sadece maddi imkanı olan kısmı sağlık güvencesine sahiptir. Girişimci serbest sağlık sisteminde ihtiyaca uygun, dengeli, adil ve kamu yararına uygun sağlık hizmeti almanın uygulamada çoğu zaman yetersiz kaldığı gözlenmektedir.¹⁷

2.1.1 Amerikan Sağlık Sistemi

Amerikan sağlık sistemi çok karmaşık, yüksek derecede desantralize, parçalanmış ve daha çok güç ve kar gibi hasta bakımına bağlı çıktılar üretmeye odaklanan bir yapıdadır. Amerika’da sağlık hizmeti 20 yy. başlarında göreceli olarak ucuz olmasına rağmen, çalışanları hem ücret kaybına, hem de sağlık maliyetlerine karşı korumak için ilk girişimler 1915’te ileri reformcular tarafından başlatılmıştır. Bu dönemde insanların, hastalandıklarında ücret kayıplarına karşı ilgisi daha yüksek olduğundan, ücret kayıplarına karşı sigorta sağlayan hastalık fonları kurulmuştur. Ancak sağlık tesislerinin kırsal bölgelerde yetersiz olması nedeniyle, hastalık fonları kırsal bölgelere hitap etmiyordu. 1920’lere gelindiğinde, özellikle orta sınıfın hastalık sigortası savunulmaya ve ücret kayıpları yerine, sağlık maliyetlerine vurgu yapılmaya başlanmıştır. 1929 Büyük Buhran’dan sonra birçok değişiklikler olmuş ve 1935 yılında sosyal güvenlik yasası kabul edilmiştir. Büyük Buhran döneminde ciddi nakit akış problemleri yaşandığı için, sigorta uzmanları ve hastanelerin tasfiyesine karşı, sağlık sigortası için havuz finansman mekanizması olan ve Amerikan Hastaneleri Birliği tarafından işletilen Blue Cross birincil yapı olarak kurulmuş ve hastanede yapılan cerrahi işlemleri sınırlandıran ve Amerikan Hekimler Birliği tarafından işletilen Blue Shield ile hekimler yakından takip edilmişlerdir.¹⁸

Vergi ve düzenleyici avantajlar sayesinde (vergi muafiyeti gibi sigorta tüzük hükümlerinden muafiyetler), Blue Cross ve Blue Shield sağlık sigortasına olan toplumsal talebi artırmıştır. Aynı zamanda, bazı işverenler grup sigortası yoluyla işçilerine sağlık yardımları yapmaya başlamışlardır. Bu dönemde ticari sigorta şirketleri yanlış seçim ve

¹⁷ Sargutan, A. E., **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Başaran Teknik, Ankara, 2006, s.55; Sargutan, A. E., “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergi**, Cilt:8, Sayı:3, Ankara, 2005, s.417

¹⁸ Tomasson, M., “Health Insurance In The United States” <http://eh.net/encyclopedia/article/thomasson.insurance.health.us>, (Erişim 22.02.2010)

karsız iş yapma (sigortayı sağlıklı insanlardan ziyade, sağlığı bozuk insanların tercih edeceği) konusunda endişe duydukları için sağlık sigortası piyasasına girmeyi pek tercih etmemişlerdir. Ancak Blue Cross ve Blue Shield'in, bireylerin büyük gruplar halinde sigortalanması yöntemini göstermesinden sonra, risk azalmış ve özel sigortaların sağlık sigortasına olan bakış açısı da değişmiştir. Kar amaçlı organizasyonlar olan özel sigorta şirketleri hasta bireylerden daha fazla, sağlıklı bireylerden daha az prim alarak bir finans dengesi kurmuşlardır. Sonuç olarak, 1940-1960 yılları arasında sigorta şirketlerinde bir patlama yaşanmıştır.¹⁹

1940'da iki temel karar işverenler tarafından sağlanan sağlık sigorta sistemini desteklemiştir. İlki, işverenlerin sözleşmenin devam ettiği esnada grup sigorta planlarını iptal edemeyeceği veya ekleme yapamayacağını belirten, Savaş İş Kurulu'nun 1945 tarihli kararıdır. İkincisi ise, 1949'daki Ulusal Endüstri İlişkileri Kurulu'nun iş uyuşmazlıkları ile ilgili ücret kavramının emeklilik ve sigorta yardımlarını içerdiğini belirten kararıdır. Bu kararlar, 1954'de yasalaşmış ve kapsamı genişletilmiştir. Sonuç olarak, 1950'ler boyunca işverenler tarafından sağlanan sağlık sigorta sistemi için talep artmıştır. Özel sigorta şirketleri, yalnızca çalışan işçi gruplarına sağlık sigortası sağlamaya odaklanarak, sağlık sigortası piyasasının karsız olacağı korkusu ve yanlış tercih sorunlarının üstesinden gelmeyi başarmışlardır. 1958'de Amerikan vatandaşlarının neredeyse %75'i bazı özel sigorta biçimlerinin kapsamı altındaydı.²⁰

1965 yılında devlet "Medicare" ile yaşlıları, "Medicaid" ile de yoksulları sosyal sağlık sigorta şemsiyesi altına almıştır. 1970'li ve 80'li yıllarda kamu sağlık sigortalarının kapsamı genişletilmiştir. Medicare 65 yaş üstü ve her yaştaki özürllülerden oluşan amerikalılara hizmet veren federal hükümete bağlı bir sağlık programıdır. Medicaid ise, öncelikle yoksulların sağlık hizmetlerini finanse etmek için kurulmuş hem federal hükümet, hem de eyaletlere bağlı ortak bir programdır. Her iki program birlikte 104 milyondan fazla

¹⁹ Tewes, R., "Evolution Of The Health Care System In The United States" **Health Care Background Paper**, League of Women Voters of the United States, 2009, p.1

²⁰ Tewes, p.1-2

amerikalıya sağlık hizmeti sağlamaktadır.²¹ Medicare 2008 yılı itibariyle 38 Milyonu 65 yaş ve üstü, 7 milyonu 65 yaş altı özürli olmak üzere toplam 45 Milyon kişiyi sağlık sigortası şemsiyesi altında toplamıştır. Medicare’de 2003’de başlayan değişim 2006’da tamamlanmış ve Medicare A’ya Medicare B, Medicare C’ye Medicare D eklenmiştir. Böylece Medicare A, yatan hasta masraflarını kapsamaya devam ederek, bazı koşulların yerine getirilmesi halinde, hemşirelik hizmetlerini, darülaceze ve evde bakım hizmetlerini de kapsamı altına almıştır. Medicare B, muayene hizmetlerini ve ayakta tedavi hizmetlerini kapsamaktadır. Medicare D, reçeteli ilaç yardımlarını kapsamakta ve Medicare C ise, Medicare Advantage Plan’larını desteklemektedir. Medicare federal gelir vergileri, işçi ve işverenler tarafından paylaşılan bordro vergisi ve bireysel kayıt primleri ile finanse edilmektedir. 1965’te yürürlüğe giren Medicaid ülkenin temel güvenlik sağlık sigorta programıdır. 2008 Kasım ayı verilerine göre, Medicaid 59 Milyon düşük gelirli amerikalının sağlık ve uzun dönem bakım hizmetlerinin finansmanı sağlamaktadır. Medicaid federal hükümet ile eyaletler tarafından ortaklaşa finanse edilmekte ve program federal kurallar çerçevesinde tek tek eyaletler tarafından yönetilmektedir.²² Bundan dolayı yardımlar eyaletten eyalete farklılık göstermektedir. Medicaid; mali kriteri karşılayan çocuklar, ailesine bağımlı çocuklar, hamile kadınlar ve ağır derecede özürli ve yaşlılar gibi kategorik olarak uygun grupları kapsamaktadır.²³

Medicare ve Medicaid’den başka State Children’s Health Insurance Program (SCHIP) on yıl önce yürürlüğe girmiş federal bir programdır. Şubat 2009’da bu programın yerine çıkarılan Children’s Health Insurance Reauthorization yasası ile gençler de sağlık sigortası kapsamına alınmıştır.²⁴

2007 rakamlarına göre, Amerikalıların %67’den daha fazlası, yani 200 milyondan fazla kişi, özel sağlık sigortası kapsamındadır. Amerikalıların yaklaşık %60’ı istihdama

²¹ Turner, G-M., **Overview of the US Health Sector**, Galen Institute, January 2009, p.3

²² The Henry J. Kaiser Family Foundation, “Medicare: A Primer 2009”, December 2, 2008, <http://www.kff.org/medicare/7615.cfm>. (Erişim 19.02.2010)

²³ The Kaiser Commission on Medicaid Facts, “Medicaid and the Uninsured”, http://www.kff.org/medicaid/upload/7235_03-2.pdf (Erişim 19.02.2010)

²⁴ Tewes, p.4

dayalı özel sağlık sigortası kapsamına girmektedir.²⁵ İstihdama dayalı özel sağlık sigortasında işverenler çalışanlarına yardım paketlerinin bir parçası olarak sağlık sigortası da temin etmektedir. İstihdama dayalı sağlık sigortacılığının gelişmesi sigorta şirketlerini sağlık alanına çekmiştir. İstihdama dayalı sağlık sigortası, primin çoğunu ödeyen işverenler ve primin kalan kısmını ödeyen çalışanlar tarafından finanse edilmektedir. Sağlık yardımları özel sağlık sigorta planı ile büyük ölçüde değişiklik göstermektedir. Bazı sigorta planları reçeteli ilaçları da kapsarken, bazıları kapsamamaktadır. Maliyet paylaşım dereceleri de önemli ölçüde değişkenlik göstermektedir.²⁶ Ayrıca kamusal sağlık sigortalarının darlığı nedeniyle, özel sektörden kendileri için tamamlayıcı sağlık sigortası satın alan 27 milyon kişi bulunmaktadır.²⁷ Özel sigorta şirketlerinin sağlık sistemi içerisindeki belirleyici gücünün fazla olması, hastaların alacağı tedavilerin hekimler tarafından değil sigorta şirketlerince belirlenmesine ve buna bağlı olarak etik sorunlara yol açmaktadır.²⁸

1970'den beri, OECD ülkeleri içerisinde sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı en yüksek olan ülke ABD'dir. 2008 yılında bu oran %16'ya ulaşmıştır. 2008 rakamlarına göre, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %46,5'ini kamu harcamaları, %12,1'ini ise, finans kurumu/programı ve cepten ödemeler oluşturmuştur.²⁹ ABD'de milli gelirin %16'sı gibi yüksek bir sağlık harcamasına rağmen, sağlık düzeyi göstergeleri açısından diğer İngiltere, Kanada, İsveç, Japonya vb. gelişmiş ülkelere göre daha kötü düzeydedir.³⁰ 2008 yılı itibarıyla her 1.000 kişiye düşen aktif hekim sayısı 2,58 iken, aktif hemşire sayısı 10,75'tir.

ABD'de sağlık hizmeti finanse eden kurumlar ile sağlık hizmeti üreten kurumlar çok parçalı bir yapıdadır. Sağlık hizmetini finanse eden kurumlar, sağlık hizmeti üreten

²⁵ U.S. Census Bureau, "Health Insurance Coverage Status and Type of Coverage by State and Age for All People: 2007, Table HI05," http://pubdb3.census.gov/macro/032008/health/h05_000.htm (Erişim 25.02.2010)

²⁶ Chua K-P., "Overview of the U.S. Health Care System", **AMSA Jack Rutledge Fellow 2005-2006**, February 2006, p.3

²⁷ U.S. Census Bureau, http://pubdb3.census.gov/macro/032008/health/h05_000.htm (Erişim 25.02.2010)

²⁸ Terzi, C., "Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim**, Cilt:22, Sayı:1-2, Ocak-Şubat-Mart-Nisan 2007, s.12

²⁹ OECD, **Health Data 2010**, Versiyon October 2010

³⁰ Kılıç, B., "Sağlık Sistemlerinde Finansman ve Ödeme Biçimleri (ABD ve Almanya Örnekleri)" **5.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu 10-11 Mayıs 2007**, Manisa, 2007, s.18

hekim ve kurumlardan hizmet satın aldığı için, sağlık sisteminin örgütsel yapısı piyasa ilişkilerine göre şekillenmiştir. Son yıllarda sağlık harcamalarını azaltmaya yönelik yönetilen bakım modeli ile, sağlık hizmetinin finansmanı ve üretiminin birleştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Yönetilen bakım modelinde, sağlık hizmetini finanse eden kurumların sağlık hizmetini üretmesi biçiminde olabildiği gibi, hastanın sağlık hizmetini finansman sağlayan kurumun anlaşmalı olduğu sağlık hizmeti sunucusundan alması biçiminde de olabilmektedir. ABD’de sağlık hizmetleri büyük ölçüde kar amaçlı çalışan özel sektör eliyle verilmektedir. Hastanelerin yaklaşık %70’i kar amacı gütmeyen kuruluşlara ait olmasına rağmen, hastane yataklarının yaklaşık 2/3’ü, özel sektöre aittir. ABD’de birçok ülkeden farklı olarak basamaklara ayrılmış bir sağlık hizmeti ve sevk zinciri yoktur. Sağlık sigortası olanlar kendi tercihlerine göre, diledikleri kurumdan sağlık hizmeti alabilmektedir. Hastaların genel eğilimleri birinci basamak hekime başvurmadan direkt olarak hastalıklarıyla ilgili uzman hekime başvurmak yönündedir.³¹ ABD’de hekimlerin rol tanımları çok açık değildir. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetleri birçok uzman hekim uygulaması içinde entegre şekilde verilmektedir. ABD’de hekimlerin yalnız %13’ü genel hekim ya da aile hekimidir. ABD birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu yapısı dahiliye ve pediatri hekimlerinin rollerini de genişletmektedir. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmeti veren bu hekimler, yataklı tedavinin önemli bir kısmını içeren ikinci basamak sağlık hizmeti fonksiyonunu da yerine getirmektedirler. Amerikan hastanelerinde ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sınırları katı bir şekilde çizilmemiştir.³² Temelde çok sayıda genel halk hastanelerine büyük yer veren ve tepede sınırlı sayıdaki üçüncü basamak sağlık merkezlerinin olduğu piramit sistem yerine, ABD özel sağlık hizmetlerinin her birini içine alan, özerk hastaneler topluluğu özelliği göstermektedir. Bir çok kent bölgesinde örneğin açık kalp cerrahisi, organ nakli, radyoterapi ve yüksek riskli doğum hastanesi bulunmaktadır. Daha çok kırsalda az sayıdaki hastanelerle, temelde eksik uzmanlaşmış birimlerin, tepede az sayıda dördüncü basamak olarak nitelenen süper uzmanlaşmış sağlık hizmetlerinin sağlandığı elit üniversite tıp

³¹ Belek, İ., **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, Yazılama Yayınevi, 3.Baskı, İstanbul, 2009, s.181,191-192

³² Terzi, s.5-6

merkezlerinin ve ortada ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmını yerine getiren hastane yığınlarının oluşturduğu bu yapı, bir piramitten çok bir elmasa benzemektedir.³³

ABD’de uygulanan girişimci serbest sağlık sistemi uygulamalarının sonucu olarak, koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade sürekli gelişen teknoloji merkezli tedavi hizmetlerinin ağırlık verilmesi, nüfusun yaşlanması ve tüketici beklentilerinin artması nedeniyle sağlık maliyetlerini ve harcamalarını çok hızlı bir şekilde yükselmesi; sağlık hizmetlerinin verimliliğinin düşmesi; sigortasız ve eksik sigortalı nüfusun artması gibi nedenler ABD’de sağlık reformu ihtiyacını doğurmuştur.³⁴ 2008 seçimlerinde ABD başkanı olarak seçilen Barak Obama seçim vaadine bağlı kalarak yaptığı sağlık reformu temel olarak, devlet ve işletmeler için sağlık maliyetlerinin uzun vadeli artışını sınırlamayı; koruyucu sağlık hizmetlerine ve iyilik haline yatırım yapmayı; hasta güvenliğini ve bakım kalitesini artırmayı; ödenebilir ve kaliteli sağlık hizmetleri için kapsamlı bir sağlık güvencesi sağlamayı; insanların sağlık güvencesi kapsamına alınmasındaki engelleri ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır.³⁵ Yapılan sağlık reformunun maliyetlerini azaltmak için, küçük ölçekli şirketlere, çalışanlarının sigorta primlerinin işveren paylarını ödeyebilmek için vergi teşvikleri sunulması, sağlık harcamalarında tasarruf önlemlerine başvurulması ve sigorta şirketlerinin yüksek gelirli bireylere sunduğu, yüksek maliyetli sağlık poliçelerinden yüksek oranda vergi kesintisi yapılması gibi önlemler alınmıştır. Ancak yapılan bu sağlık reformunun sosyal unsurları büyük sermaye kesimleri tarafından önemli ölçüde eleştirilmektedir.

2.2 Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri

1883’te Almanya’da dönemin yükselmekte olan sosyalizm dalgasına karşı dönemin Alman Başbakanı Bismarck’ın sosyal güvenlik alanında aldığı önlemlere dayanan

³³ Bodenheimer, T., S. and Grumbach, K., **Understanding Health Policy A Clinical Approach**, A LANGE Medical Book, 3. Edition, 2001, p.54

³⁴ Yıldırım H. H., “Obama Sağlık Reformlarının Düşündürdükleri: Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler”, **Sağlık ve Siyaset Yazıları: ABSAĞLIK**, www.absaglik.com, (Erişim: 22 Mart 2010)

³⁵ Healthreform, www.healthreform.gov (Erişim: 24 Mart 2011)

refah yönelimli sağlık sistemine Bismark sistemi de denilmektedir. Ancak esas olarak II. Dünya Savaşı'ndan sonra yaygın olarak uygulanan bu sistemde, devlet bir refah devleti projesi olarak kabul ettiği sağlık hizmetlerini, kamu adına düzenlediği zorunlu ve primli sağlık sigortası yoluyla, sağlamayı esas almaktadır. Bu modelde sağlık hizmetleri bir kamu görevi sayılarak, toplumun ödeme yapmadan yararlandıkları bir kısım kamusal sağlık hizmetlerinin yanı sıra, prime dayalı zorunlu sigorta sistemi karşılığında tedavi edici sağlık hizmetlerinden de yararlanması sağlanmaktadır. Kısacası bu modelde, sağlık hizmetlerinin talebi için, mümkün olduğunca tüm bireyler, yarı-doğrudan kişisel ödemelerle (primler) zorunlu olarak sağlık sigortası kapsamına alınmaktadır. Bazı ülkelerde kişilerin prim türünde yarı-doğrudan ve katılım payı gibi doğrudan sağlık harcaması yaptığı, buna karşılık, devletin sağlık harcamalarına dolaylı olarak katıldığı da görülmektedir.³⁶

Sosyal sigorta veya Bismark modeli olarak da bilinen sağlık sisteminin uygulandığı başlıca ülkeler Almanya, Fransa, Japonya, Hollanda, Avusturya ve Kanada'dır. Bu sistemde devlet sağlık sistemi finansmanına katılmasına rağmen, bireyleri sağlık bakımı kapsamına alan sosyal sigorta modeli özel sektör-kamu ortaklığı ile sağlanmaktadır. Almanya, Fransa, Japonya ve Hollanda'da finansmanına işçi ve işverenlerin katıldığı meslek bazlı sigorta programları bulunmaktadır.³⁷

Refah yönelimli sağlık sistemini uygulayan ülkeler daha önce sağlık harcamalarındaki artışı kontrol edebiliyorlardı. Ancak bu ülkelerin sağlık harcamalarının GSMH'ye oranı, kapsayıcı sağlık sisteminin uygulayan ülkelerle karşılaştırıldığında 1990'dan 2008'e kadar daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Örneğin Refah yönelimli sağlık sistemini uygulayan Almanya ve Fransa gibi ülkelerde 1990-2008 aralığında sağlık harcamalarının GSMH'ye oranı ortalama olarak sırasıyla %10,5 ve 11,2 olarak gerçekleşmiştir. Aynı dönemde kapsayıcı sağlık sisteminin uygulayan Norveç'te sağlık

³⁶ Sargutan, **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, s.56-57; Sargutan, "Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı", s.418

³⁷ Matcha, D. A., **Health Care System of Developed World: How The USA' System Remains An Outlier**, Westport, Conn.: Praeger, 2003, p.14

harcamalarının GSMH'ye oranı ortalama olarak %8,5, İngiltere'de ise, %8,7 olarak gerçekleşmiştir.³⁸

2.2.1 Alman Sağlık Sistemi

Refah yönelimli sağlık sisteminin ortaya çıktığı ilk ülke Almanya'dır. Dönemin Alman Başbakanı ve sisteme adını veren Bismark, sosyalizm tehlikesine karşı sadece işçileri kapsayan hastalık sigortasını 1883'te, iş kazaları sigortasını 1884'te, sakatlık ve yaşlılık sigortasını ise, 1889'da yasayla uygulamaya koymuştur. Hastalık sigortası yasası işverenin 2/3, işçilerin 1/3 oranında zorunlu pirim ödemeleri karşılığında, işçinin hastalanması halinde ücretsiz tıbbi yardım ve 13 hafta boyunca yarım ücret tutarında geçici iş göremezlik ödeneği verilmesini öngörüyordu.³⁹ 1914 yılında hastalık sigortasının kapsamı genişletilerek hizmetçi, tarım ve orman işçileri, 1972'de ise, çiftçiler de kapsama alınmıştır. II. Dünya Savaşından sonra, Almanya'nın siyasi olarak Doğu ve Batı olarak ikiye bölünmesi, sağlık sisteminin de bölünmesine ve birbirinden tamamen farklı şekilde örgütlenmesine yol açmıştır. Doğu Almanya'da sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı tamamen devletin sorumluluğu alanında yürütülmekteydi. Bu çerçevede Doğu Almanya'da basamaklı bir sağlık sistemi ve devlet poliklinikleri oluşturulmuş, ayrıca sağlık ticaret konusu olmaktan çıkarılmıştır. Ancak Batı Almanya'da devlet, hekim ve işveren birliklerinden oluşan koalisyon, sağlığı liberal ekonomik yapıya uygun olarak örgütlemişlerdir. 1990 yılında her iki Almanya'nın birleşmesi ile Batı Almanya'nın sağlık sistemi yeni eyaletlerde de uygulamaya koyulmuştur. Böylece birleşme sonrasında Almanya'da sosyal devlet anlayışından uzaklaşmıştır.⁴⁰

Sağlık sistemi sosyal sağlık sigortasına katılım yoluyla fonlanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ve hastane hizmetlerinin geleneksel olarak farklı nüfus bölgeleri vardır,

³⁸ OECD, **Health Data 2010**, Versiyon October 2010

³⁹ Güzel, A. ve Okur, A. R., **Sosyal Güvenlik Hukuku**, Beta Yayınları, 8. Bası, İstanbul, 2002, s.18

⁴⁰ WHO European Observatory On Health Care Systems 2000, **Health Care Systems in Transition Germany**, AMS 5012667 (DEU) Target 19, Copenhagen, 2000, pp. 10-15; Deppe H. U., **Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystemes**, Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, VAS Vlg f. Akad. Schriften, Frankfurt, 2000, **Aktaran** Öcek, Z., "Almanya Sağlık Sistemi"**Toplum ve Hekim**,Cilt:22,Sayı:1-2,Ocak-Şubat-Mart-Nisan 2007, s.85

hastanelerde neredeyse hiç ayakta bakım hizmeti sunulmaz. Koruyucu sağlık hizmetleri, hizmet başı ücret ödenen, özel ofise dayalı genel ve uzman hekimler tarafından sunulmaktadır. Ayrıca birinci basamakta aile hekimleri de hizmet sunmaktadır. Nüfusun yaklaşık %90'ının bir aile hekimi vardır, ancak ayaktan tedavi için genellikle uzman hekimler tercih edilmektedir. Yalnızca hastane sevki için aile hekiminden sevk alma zorunluluğu bulunmaktadır.⁴¹ İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri kamu hastanelerinin yanı sıra, kar amacı gütmeyen ve kar amacı güden hastaneler tarafından yerine getirilmektedir. Hastane hizmetleri, yataklı hasta bakım hizmetlerinde yoğunlaşmışlardır. Yalnızca üniversite hastaneleri ayaktan hasta tedavisi yapmaktadır. Toplam hastane yatak sayısının büyük bir bölümü kamu hastanelerine ait olmasına rağmen, kar amacı gütmeyen ve kar amacı güden hastanelerin yatak sayısı giderek artmaktadır.⁴²

Alman sağlık sistemi, serbest piyasa ekonomisinde sosyal devletin bir parçası biçimindedir. Almanya'daki ulusal sağlık sigortası, sosyal sigorta sisteminin dört ayağından biridir ve kamu ile özel sektör tarafından finanse edilmektedir. Geliri belirli bir düzeyin altında olan bütün Almanlar (yaklaşık 46.300 Euro) sayısı yaklaşık 250 olan yasal hastalık fonlarından birine kaydolmak zorundadır. Daha yüksek gelirli ise, devlet sistemi dışında kalabilmekte ve özel sigorta yaptırabilmektedirler. İşçilerin yaklaşık %75'i yasal gelir sınırının üstünde geliri olmasına rağmen, hastalık fonunu tercih etmektedir. Bu nedenle nüfusun yaklaşık %90'ı hastalık fonu kapsamı altındadır. Toplam sigorta kapsamı neredeyse evrensel niteliktedir. Nüfusun yaklaşık %9'u standart yardım paketlerinin dışında ek sigorta araçlarının kapsamındadır. Hastalık fonlarının finansmanı işçi ve işverenler arasında eşit şekilde paylaştırılan bordro kesintilerinden sağlanmaktadır. Kesintinin oranını işçi kendisi belirlemektedir, ancak bu oran ücretinin yaklaşık %15'ini geçmemektedir.⁴³ Almanya'da hastane yatırımlarının finansmanı, araştırmalar, sağlık meslek gruplarının eğitimi, acil sağlık hizmetleri, birçok rehabilitasyon hizmetleri ile

⁴¹ Busse, R., "Germany", Prepared by the European Observatory On Health Care Systems, **Health Care Systems In Eight Countries: Trends And Challenges**, London, April 2002, p.48; Belek, Sağlık Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü, s. 243

⁴² Belek, **Sağlık Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, s. 239-240

⁴³ Tanner, M., "The Grass Is Not Always Greener A Look at National Health Care Systems Around the World", **Policy Analysis**, No:613, March 18, 2008, p.29-30

polislerin, askerlerin, tutukluların, sosyal yardım alanların ve mültecilerin sağlık hizmetleri genel vergilerden finanse edilmektedir. Cepten ödemeler ulusal sağlık sigortası için yapılan ek ödemeler veya kapsam dışındaki sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. Cepten ödemelerde ilaç ve diş protezlerinin rolü çok büyüktür ve bu ödemelerin payı giderek artmaktadır. Almanya’da tamamlayıcı sigorta niteliğinde özel sigorta şirketleri de vardır.⁴⁴

Almanya’da 2008 yılında, toplam sağlık harcamaları GSMH’nin %10,5’ini oluşturmuştur. Buna göre, aynı yıl için toplam sağlık harcamaları içerisindeki kamu harcamaları oranı yaklaşık %76,8, finans kurumu/programı ve cepten ödemelerin oranı ise, %13 olarak gerçekleşmiştir. 2008 yılı itibarıyla her 1.000 kişiye düşen aktif hekim sayısı 3,89 iken, aktif hemşire sayısı 11,61’dir.⁴⁵

Federalizm ve korporatizm ile karakterize Alman siyasi sisteminin bu yapısını, sağlık sisteminde de görmek mümkündür. Alman sağlık sisteminde sorumluluklar federal hükümet, eyalet ve korporatist yapılar (sağlık profesyonelleri, sağlık hizmeti sunucuları ve sigortacılar) tarafından paylaşılmaktadır. Federal planlama ve yönetim organları Federal Meclis, Temsilciler Meclisi ve Sağlık Bakanlığı’dır. Sosyal hizmetlerin finansmanı ve temini için eşitlik, kapsam ve kural konuları federal seviyede düzenlenirken, düzenlemelerle ilgili ayrıntılar sigorta kurumları ve hizmet sunucularına bırakılmıştır. Tüm yasal sosyal sigorta programları Sosyal Yasa Kitabında düzenlenmektedir. Hastane altyapısının sürdürülmesi sorumluluğu ise, eyalet hükümetlerinin sorumluluğu altındadır. Eyaletler hastane planları yapmak ve bu planlarda çizilen hastane yatırımlarını fonlayarak bu görevi yerine getirmeye çalışmaktadırlar. Eyaletlerin ikinci temel sorumluluğu ise, halk sağlığı hizmetleridir. Eyaletlerin halk sağlığı hizmetine ilişkin görevleri; sağlık kurumlarında çalışanların denetimi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve izlenmesi, gıda, eczaneler ve ilaçları içeren ticari faaliyetlerin denetimi, çevre sağlığı, danışmanlık, toplumsal ruh sağlığı hizmetleri, sağlık eğitimi ve okul çocuklarının klinik muayenelerini

⁴⁴ Buse, R., Riesberg, A, **Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland**. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2005, **Aktaran** Öcek, s.88-89

⁴⁵ OECD, **Health Data 2010**, Versiyon October 2010

içermektedir. Hastalık fonu gibi ödeyici taraftaki korporatist kurumların yasal sağlık sigorta sistemi içinde merkezi bir pozisyonu vardır.⁴⁶

2.2.2 Fransız Sağlık Sistemi

Fransa'da 1945'te yardım sandıklarının gelişmesiyle uygulamaya konan sosyal sigorta, başlangıçta işçileri ve ailelerini, 1961'de tarım çalışanlarını, 1966'da serbest çalışanları kapsamaktaydı. Ancak 1974'te herhangi bir güvencesi olmayanları da kapsayacak şekilde genel sigortaya dönüştürülmüştür.⁴⁷

Fransız sağlık sistemi genel olarak, vergi gelirleri ile işveren ve işçilerin katkı sağladığı Genel Ulusal Sağlık Sigortası (GUSS) yoluyla finanse edilmektedir. Sağlık sigorta programları ve hükümet tarafından satın alınan sağlık hizmetleri özel hekimler, kamu ve özel (kar amacı güden ve gütmeyen) hastaneler tarafından yürütülmektedir. Kamu hastanelerinde çalışan hekimler maaşlıyken, birinci basamaktaki birçok genel ve uzman hekime ulusal ücret tarifesine göre, hizmet başı ücret ödenmektedir. Fransız hastalar hekim ve hastane seçimlerinde özgürdürler.⁴⁸

Fransa'da meslek bazlı bir dizi zorunlu sağlık sigorta fonuyla, evrensel seviyede temel bir sağlık sigortası sunulmaktadır. Bu fonlar özel girişim olmasına rağmen, Fransız hükümetince katı bir şekilde düzenlenmekte ve denetlenmektedir. Primlerin, yardımların ve sunucuların geri ödeme oranları tümüyle hükümet tarafından ayarlanmaktadır. Fransa'daki en büyük fon olan GUSS, Fransa'da yaşayanların yaklaşık %83'ünü oluşturan tarım dışı çalışanlar ve ailelerini kapsamaktadır. GUSS prim, vergi ve genel sosyal katkı ile finanse edilmektedir. Primler genel olarak, işçilerin brüt ücretleri üzerinden işçi ve işverenlerden kesilmektedir. Ayrıca bunun dışında tarım çalışanlarını, bağımsız çalışanları ve madenciler, nakliye çalışanları, sanatçılar, rahipler ve noterler gibi özel meslekleri ayrı ayrı kapsayan sigorta planları da bulunmaktadır. Başka bir fon işsizleri kapsamaktadır. Fransız

⁴⁶ WHO European Observatory On Health Care Systems 2000, pp.30-32; Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, s.237-238; Buse, Riesberg, 2005, Aktaran Öcek, s.85

⁴⁷ Türk, M., "Fransa Sağlık Sistemi" **Toplum ve Hekim**, Cilt:22, Sayı:3, Mayıs-Haziran 2007, s.163

⁴⁸ Sandier, S. and et all, "France" Prepared by the European Observatory On Health Care Systems, **Health Care Systems In Eight Countries: Trends And Challenges**, London, April 2002, p.32

vatandaşlarının neredeyse %99'u GUSS kapsamı altındadır. Fransız sağlık sisteminde genelde hastalar tedavi giderlerini öncelikle kendileri öder ve daha sonra GUSS veya özel sigorta hastaya geri ödemedede bulunur. Geri ödemenin miktarı sağlık hizmeti sunucuları ve ulusal sağlık sigorta fonları arasındaki pazarlık edilmiş ücret programına dayanmaktadır. Hükümet kamu ve özel hastaneler için ayrı ayrı geri ödeme oranları belirlemektedir.⁴⁹ Fransa'da 2008 yılında toplam sağlık harcamaları, GSMH'nin %11,2'sini oluşturmuş ve buna göre, aynı yıl için toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %77,8'u kamu tarafından, 7,4'ü finans kurumu/programı ve cepten ödemelerden karşılanmıştır. 2008 yılı itibariyle, her 1.000 kişiye düşen aktif hekim oranı 3,34 iken, aktif hemşire oranı 7,93'dir.⁵⁰

Fransa'da sağlık hizmetlerinin planlanmasında, düzenlenmesinde ve yönetiminde devlet, zorunlu sağlık sigorta fonları ve il düzeyindeki kuruluşlar etkin rol oynamaktadırlar. Sağlık finansmanın hizmet sektörlerine, hastanelere ve bölgelere göre paylaşılması, tıp fakültesi kontenjanlarının belirlenmesi ve komisyonların önerileri doğrultusunda ilaç ve işlem fiyatlarının belirlenmesi gibi düzenlemelerin büyük bir bölümü Sağlık Bakanlığı'na yapılmaktadır. Devlet çok sayıda komite ve ajans kurarak bir çok görevini bu komite ve ajanslara devretmiştir. (Halk Sağlığı Komitesi, Sağlık Ürünlerinin Güvenliği Ajansı, Çevre Sağlığı ve Güvenliği Ajansı, Sağlıkta Ulusal Akreditasyon ve Değerlendirme Ajansı vb.) Özel ve kamu hastane hizmetlerinin ve bütçelerinin planlanması ise, Bölgesel Hastane Ajansları tarafından yapılmaktadır.⁵¹

Fransa'da, 1980'de özel hekimler ve GUSS arasındaki sözleşmenin değişmesiyle, Fransız birinci basamak sağlık hizmetleri Sektör 1 ve Sektör 2 olmak üzere sözleşmeli hekimler ile çok az sayıdaki Sektör 3 olarak da adlandırılan sözleşmesiz hekimler arasında ikiye bölünmüştür. Sektör 1 hekimleri GUSS acenteleri ile sözleşmelidir ve ulusal düzeyde müzakere edilen ücret programına göre, hizmet başı ücret almaktadırlar. Sektör 2 hekimleri, fazlasını hastaların karşılaması kaydıyla, resmi ücret tarifelerini aşabilmekte ve kendi

⁴⁹ Tanner, p.8-9

⁵⁰ OECD, **Health Data 2010**, Version October 2010

⁵¹ Türk, s.163

ücretlerini belirleyebilmektedir.⁵² 2005 yılında yapılan sağlık harcamalarında tasarruf sağlamak için yapılan reform ile herkesin bir aile hekimi seçmesi ve sevk zinciri zorunlu hale getirilmiştir. Sevk zincirine uymayan ya da aile hekimini seçmeyeler eşgüdüksüz hizmete tabi olacak ve geri ödemesi daha az olacaktır. Ayrıca ödeme ve geri ödemler hekimlerin Sektör 1 ve Sektör 2'den olmasına göre, değişiklik gösterecektir.⁵³

Fransa'da kamu, kar amacı güden özel ve kar amacı gütmeyen özel sektör olmak üzere üç tip hastane bulunmaktadır. Kamu hastaneleri özel hastanelerden daha büyük çaptadır. 1991 hastane yasası ile Fransa'daki kamu hastanelerine yönetsel özerklik verilmiştir. Bölge hastaneleri şehirlerdeki üniversite tıp okulları ile bağlantılı büyük organizasyonlardır. Hastane merkezlerinin çoğu akıl sağlığı veya kanser gibi özel konularda uzmanlaşmış sağlık hizmeti vermektedir. Yerel hastaneler ise, temel sağlık hizmeti verir ve bölge hastaneleri gibi geniş ekipmana sahip değildirler. Kar amacı gütmeyen hastaneler tipik olarak, orta ve uzun dönem sağlık bakım hizmetleri ile ilgilenirler. Kar amacı güden hastaneler ise, akut sağlık hizmetleri ve özellikle cerrahi üzerinde yoğunlaşmışlardır.⁵⁴

2.3 Kapsayıcı Evrensel Sağlık Sistemleri

Temelleri 1942 tarihinde hazırlanan Beveridge Raporuna dayanan evrensel sağlık sistemine, bu yüzden Beveridge sistemi de denilmektedir. Kapsayıcı evrensel sağlık sisteminin uygulandığı başlıca ülkeler Birleşik Krallık, İskandinav ülkeleri, İspanya, Yunanistan ve İtalya'dır. Bu sistemi uygulayan ülkelerde, sağlık hizmetinin arz ve talep faaliyetleri neredeyse tamamen kamu sorumluluğundadır. Sistemin özü, nüfusun tamamı için bütün sağlık hizmetlerinin devlet tarafından ücretsiz olarak sunulması prensibine dayanmaktadır. Sağlık hizmetleri kamu kurumlarında istihdam edilen ücretli sağlık personelleri tarafından yerine getirmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri aynı mekanizmalar yoluyla sunulan tedavi edici hizmetlerle birleştirilmiştir. Bu sistemde sağlık hizmetleri,

⁵² Green, D. G. and Irvine B., **Health Care in France and Germany: Lessons For The UK**, Civitas: Institute for the Study of Civil Society, London, ISBN 1-903 386-17-9, 2001, pp.41-44

⁵³ Türk, s.168

⁵⁴ Green, and Irvine, pp.41-44

bütün ekonomik desteğinin neredeyse tamamının ulusal hükümetin genel gelirlerinden sağlandığı bir kamu görevi sayılmaktadır.⁵⁵ Bu modelde, sağlık hizmetlerinin finansmanı genel vergilerden sağlanmaktadır. Ancak bireylerin, sağlık finansmanına katılmasının mümkün veya zorunlu olduğu prim, özel vergi, katkı, katılım ve benzeri uygulamalara da başvurulabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin arzında kamu sektörü asıl olmakla birlikte güncel uygulamalarda kamu ve özel sektör bir arada bulunabilir. Hizmet talebinde özel sektör, isteyenlere bedelli ek imkanlar da sağlayabilmektedir.⁵⁶

2.3.1 Birleşik Krallık Sağlık Sistemi

Kapsayıcı evrensel sağlık sisteminin en tipik örneği Birleşik Krallık'tır. Aslında 1942 tarihinde Baveridge'nin hazırladığı, Baveridge Raporu olarak bilinen, toplumsal rapora dayanılarak ülkede yaşayan tüm bireylere tam olarak ücretsiz sağlık hizmeti sağlamak üzere Ulusal Sağlık Sistemi (USS) 1948'de uygulamaya koyulmuştur. Ancak Thatcher döneminde liberal karakterli yapısal değişiklikler USS'yi de etkilemiştir. 1991'de uygulamaya konan USS ve Toplum Sağlığı Yasası'nda yer alan iç piyasa düzenlemesiyle USS parçalanmış, hizmet üretenler ile satın alanlar birbirinden ayrılmış ve hizmet veren kurumlar arasında, piyasa ilişkileri çerçevesinde, rekabet oluşturulmuştur. Bu dönemde Muhafazakar Parti'nin reform önerileri, daha fazla esneklik için karar alma mekanizmalarının yerel düzeye indirilmesi, hastanelerin özerkleştirilmesi ve hastanelerin tröst haline getirilmesi, ödemelerin iş bitikten sonra yapılması ve genel hekimlerin kendi hastaları adına hastane hizmetleri satın alabilmeleri ve bunun için fon kullanabilmeleri (Fon Tutucu Genel Hekimlik) ilkelerine dayanıyordu. Ancak USS'nin piyasaya açılması, beklentilerin tersine, sistemin verimliliğinde ve maliyetlerin azaltılmasında önemli bir değişiklik meydana getirmemiştir. Bu dönemde hastanelerin üretkenliğinde küçük bir artış, fon tutucu genel hekimlerin ilaç harcamalarında küçük bir azalma olmuştur. Fakat hasta memnuniyetinde, hizmet kalitesinde ve bekleme sürelerinde bir azalma görülmemiştir. Yönetim maliyetleri ise, önemli ölçüde artmış ve sistemin genel verimliliği düşmüştür.

⁵⁵ Roemer, Kleczkowski and Van Der Werff , p.37

⁵⁶ Sargutan, **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, s.58-59; Sargutan, "Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı", s.420-425

1997’de İşçi Partisi’nin iktidara gelmesi ile 1999 yılında Sağlık Yasası çıkarılmış ve sistemde yeni değişikliklere gidilmiştir. Bu yasa ile, fon tutucu genel hekimlik yerine, birinci basamak sağlık hizmeti grupları getirilmiş, sağlık hizmetinin finansmanı ile üretiminin ayrılması prensibine devam edilmiş, USS hastane tröstleri korunmuş ancak, alt bölgeler ve birinci basamak sağlık hizmeti grupları ile işbirliği içinde çalışmaya yönlendirilmiş, hizmet kalitesi öne çıkarılmış ve eşitsizliklerin ve yoksulluğun azaltılmasına özel önem verilmiştir. Geçen süre içerisinde kısmi başarılar sağlanmıştır.⁵⁷

Birleşik Krallık’ta hükümet sağlık hizmeti için direkt ödeme yapmakta ve sağlık sistemi genel vergilerle finanse edilmektedir. Reçeteli ilaçlar, diş bakımı ve optik hizmetler için küçük çaplı katılım payı hariç hastaların sağlık için ilave katımlıları yoktur. Sağlık sisteminde istihdam edilen doktorların ve hemşirelerin çoğu kamu çalışanıdır. Birleşik Krallık sağlık hizmetleri için 2008 rakamlarına göre, toplam sağlık harcamalarının %82,6’sı genel bütçeden karşılanırken, %11,1’i ise, finans kurumu/programı ve cepten ödemelerden karşılanmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı ise, %8,7’dir. 2009 yılı itibarıyla, her 1.000 kişiye düşen hekim oranı 2,71 iken, hemşire oranı 9,67’dir.⁵⁸ Ayrıca küçük ancak gelişen bir özel sağlık sigorta sistemi vardır. Sağlık harcamalarının yaklaşık %10’u özel sağlık sigortaları tarafından karşılanmaktadır.⁵⁹

Birleşik Krallık’ta yaşayan insanların; kapsamı evrensel, ikamete dayalı, kullanım açısından ücretsiz sağlık hakkı bulunmaktadır. USS koruyucu sağlık hizmetlerini, yatarak ve ayaktan hastane hizmetlerini, muayene hizmetlerini, ilaçları, diş sağlığı, akıl sağlığı ile engelli eğitimi ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. Toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %81’ini karşılayan USS finansmanının %76’sı genel vergiler, %19’u ulusal sigorta katılımcıları ve %5’i kullanıcılar tarafından karşılanmaktadır.⁶⁰ Birleşik Krallık’ta USS haricinde kar amacı güden ve kar amacı gütmeyen özel sigorta şirketleri tarafında da sağlık sigortası temin edilmektedir. Özel sigortalar üyelerine hekim seçme özgürlüğü

⁵⁷ Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, s.205-210

⁵⁸ OECD, **Health Data 2010**, Version October 2010

⁵⁹ Tanner, p.24-25

⁶⁰ Boyle, S., “UK Health Care System”, February 2008, http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/UK_Country_Profile_2008.pdf?section=4061, (Erişim 01.03.2010)

tanımakta, elektif cerrahi için sıra bekletmemekte ve USS'den daha konforlu ve kişiye özel standartlarda hizmet sunmaktadır. 2008 yılı itibariyle, özel sigortalar nüfusun %10'unu kapsamaktadır. Cerrahi müdahalelerin 1/8'i özel sektörde gerçekleşmektedir. Büyük şehirlerde bu oran 1/3'e çıkmaktadır. Son yıllarda USS kapsamındaki bazı yatakların yanı sıra, yaşlı bakımı, elektif cerrahi işlemler, temizlik, yemek ve otelcilik hizmetleri özelleştirilmiştir.⁶¹

Birinci basamak sağlık hizmetleri temel olarak sağlık merkezlerinde genel hekimler ve çoklu profesyonel ekipler tarafından sağlanmaktadır.⁶² Birinci basamak hizmeti sunan hekimler genellikle hastalar için birinci temas noktasıdır ve bu hekimlerin ikinci basamak sağlık hizmetine erişim için sevk etme görevleri de vardır. Birçok genel hekime birinci basamak sağlık hizmeti grupları tarafından ücret, baş vergisi ve hizmet başı ücret metotlarının bir kombinasyonu ile direkt olarak ödeme yapılmaktadır. USS ikinci basamak sağlık hizmetleri genellikle kamuya ait bağımsız tröst statüsündeki hastaneler, küçük ölçekli toplum hastaneleri ve uzmanlaşmış üçüncü basamak hastaneler tarafından sağlanmaktadır. USS tröstleri doğrudan Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. Son dönemlerde temel tröstler kendi kendini yöneten yarı özerk kamu tröstleri olarak kurulmuştur. Ayrıca yerel nüfusa sağlık hizmeti sağlamak için birinci basamak sağlık hizmeti grupları ile sözleşme yapılmaktadır. Kamu fonları daima özel sektörden bazı sağlık hizmetlerini satın almak için kullanılmaktadır. Ancak USS hastaları için rutin elektif cerrahi işlemler 2003'ten sonra, özel sektör mülkiyetinde, çalışanları özel sektöre ait tedavi merkezlerinden temin edilmeye başlanmıştır. Uzmanlar temel olarak USS hastanelerinde çalışmakla birlikte, özel hasta da tedavi etmektedirler.⁶³ Özel hastaneler ise, özel sağlık sigortası olan hastalara veya doğrudan ödeme yapanlara sağlık hizmeti sunmaktadır.⁶⁴

Birleşik Krallık'ta sağlık hizmeti sorumlulukları İngiltere, Galler, İskoçya ve Kuzey İrlanda'dan oluşan kurucu ülkelere devredilmiştir. Bütün ülkelerde sağlık hizmetleri

⁶¹ Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, s.231

⁶² Dixon, A. and Robinson, R., "The United Kingdom" Prepared by the European Observatory On Health Care Systems, **Health Care Systems In Eight Countries: Trends And Challenges**, London, April 2002, p.104

⁶³ Boyle, http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/UK_Country_Profile_2008.pdf?section=4061, (Erişim 01.03.2010)

⁶⁴ Dixon and Robinson, p.104

ulusal vergiler yoluyla finanse edilmektedir. Her bir ülke içinde sağlık hizmeti satınalma sorumluluğu yerel yapılara devredilmiştir. Merkezi düzeyde USS'nin en tepesinde Sağlık Bakanlığı bulunmaktadır. Yerel ölçekte ise sistem, finansman sağlayan, kendilerine bağlı nüfus (50 Bin ila 250 Bin aralığında) için sağlık hizmeti satın alan ve halk sağlığı hizmetleri üreten bağımsız Birincil Bakım İşletmeleri ile hastane işletmeleri, genel hekimler ve bağımsız hizmet üreticileri arasında imzalanan sözleşmelerle yönetilmektedir.⁶⁵

2.3.2 Norveç Sağlık Sistemi

Norveç'te 20 yy. başlarında hem devlet hem de yerel düzeyde sağlık konularında kamu sorumluluğu artmaya başlamıştır. II. Dünya Savaşı'ndan sonra Sosyal İşler Bakanlığı'na bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü'nün kurulmasıyla devletin sağlık yönetim yapısı önemli ölçüde değişmiştir. 1967'de başlatılan Ulusal Sigorta Programıyla (USP) refah hizmetleri ve harcamalarının evrensel kapsamı yolunda önemli bir adım atılmıştır. USP, Ulusal Sigorta Yönetimi tarafından yönetilen ve herkese geliri ne olursa olsun minimum bir sosyal güvenliği garanti eden, kamusal, evrensel bir sigorta programıdır.⁶⁶ Norveç'te ikamet eden ya da Norveç'te işçi olarak çalışan veya Norveç kıta sahanlığında hareketli ya da kalıcı yüklemelerdeki herkes, USP şemsiyesi altındadır. Program İngiltere'deki gibi genel vergi gelirlerinden finanse edilmektedir. Tüm sigortalılara kamu hastanelerinde ilaçları da içeren ücretsiz konaklama ve tedavi garanti edilmektedir. Hastalar, genel hekim tarafından yapılan tedavi veya ayaktan hasta olarak uzman hekim tedavi maliyetinin bir kısmını ödemek zorundadır. Ancak tedavi masraflarının büyük bir kısmı belediye ve/veya ulusal sigorta tarafından karşılanmaktadır. Özel hastalıklar ve gruplar için maliyet paylaşımında bazı muafiyetler vardır. Yedi yaş altı çocuklar tedavi, temel ilaç ve taşıma maliyet paylaşımından, on sekiz yaş altı çocuklar ise, psikoterapi ve

⁶⁵ Belek, *Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü*, s.211-213

⁶⁶ Johnsen, J., R., *Health System In Transition Norway*, Bankauskaite, V., (Ed), European Observatory on Health Systems and Policies, Vol.8 No. 1 Copenhagen, 2006, p.14

diş tedavisi maliyet paylaşımlarından muaftır.⁶⁷ Program aynı zamanda hastalık ödeneği ve özürülü yardımları da sağlamaktadır.⁶⁸

Norveç'te 2008 yılı sağlık harcamaları, GSMH'nin %8,5'ini oluşturmuştur. 2008 rakamlarına göre, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %84,2'si kamu, %15,1'i ise, finans kurumu/programı ve cepten ödemelerdir. 2008 yılı itibariyle, her 1.000 kişiye düşen hekim oranı 4,01 iken, hemşire oranı 14'dür.⁶⁹ Norveç'te sözleşmeyle çalışan bazı uzman doktorlar hem yıllık ödeme, hem de hizmet başı ödeme almalarına rağmen, çoğu genel doktorlar ve hastane dışı çalışan uzman doktorlar sabit bir ücret almaktadır. Diğer sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü ücretli kamu görevlisidir. Norveç sağlık sisteminin en ciddi sorunu İngiltere gibi, uzun ve sürekli büyüyen bekleme listeleridir. Yaklaşık nüfusun %16'sının sağlık hizmeti için beklediği tahmin edilmektedir. Norveçliler hükümet programı altındaki bekleme listeleri nedeniyle tedavi için yurt dışına gitmektedirler.⁷⁰

Norveç sağlık sisteminin örgütsel yapısı, sağlık hizmetlerine eşit erişim ilkesi üzerine kurulmuştur. Bu ilkeye göre, sosyal veya ekonomik durum ve coğrafi konumu her ne olursa olsun tüm nüfus, sağlık hizmetlerinde eşit fırsat ve erişim hakkına sahiptir. Bu amacı yerine getirmek için, Norveç sağlık sistemi yapısı, politik yapıya da ayna tutan, ulusal seviye, beş sağlık bölgesi ve belediyeler olmak üzere üç seviyeden oluşmaktadır. Ulusal düzeyde parlamento siyasi karar organı olarak görev yapmaktadır. Ulusal düzeyde sağlık sektörünün genel sorunluluğu Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı'na aittir. Devletin rolü, ulusal sağlık politikasını belirlemek, kanunları yapmak ve gözetmek ile fon tahsis etmek iken, sağlık hizmetlerinin sağlanmasındaki temel sorumluluk, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde bölge sağlık yönetimlerine, birinci basamak ve diş sağlığı hizmetlerinde ise, belediyelere aittir.⁷¹ Belediyeler halk sağlığı hizmetlerini ve diğer sosyal hizmetleri mevzuata uygun olarak, ekonomik kaynakları çerçevesinde bağımsız olarak planlayıp yürütebilmektedirler. Belediyeler bu hizmetlerin finansmanını bölge halkından

⁶⁷ Johnsen p.38; Tanner, p.18

⁶⁸ Tanner, p.18

⁶⁹ OECD, **Health Data 2010**, Version October 2010

⁷⁰ Tanner, p.18

⁷¹ Johnsen p.1; Tanner, p.18

topladıkları vergilerden sağlamaktadır, ancak hizmet karşılığı başka herhangi bir ücret alınmamaktadır. Bütün Norveç vatandaşları hükümet listesinden bir pratisyen hekim (aile hekimi) seçmek zorundadır. Çünkü pratisyen hekimler Norveç sağlık sisteminde diğer sağlık hizmetleri ve sunucuları için bir kapı tutucu rolü oynamaktadır. Dolayısıyla uzman hekimler sadece pratisyen hekimlerin sevk ettikleri hastalara bakabilmektedirler. Bölge sağlık yönetimlerine bağlı ikinci basamak sağlık hizmetleri 2002 yılında verimliliğin artırılması ve daha fazla yatırım yapılabilmesi amacıyla Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı'na devredilmiştir. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin planlanmasından ve hizmet sunumundan da Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı sorumludur. Norveç'te özel sağlık sektörü daha çok estetik cerrahi, laboratuvar, radyoloji, diş hekimliği ve rehabilitasyon hizmetleri ile eczanelerle sınırlı bir alanda hizmet sunmaktadır.⁷² Kamu hastane hizmetlerinden yatış, tedavi ve ilaçlar da dahil olmak üzere hiçbir ücret alınmamaktadır. Ancak ayaktan tedavi ve pratisyen hekim, psikolog veya psikiyatrist tedavisi için küçük bir katkı payı alınmaktadır.

2.4 Sosyalist Sağlık Sistemleri

Devlet kontrollü sistem olarak da, bilinen sosyalist sistemler genellikle Eski Sovyetler Birliği, Polonya, Romanya ve Çekoslovakya gibi eski Doğu Bloğu ülkelerde biçimsel olarak uygulanmıştır. Sosyalist ülkelerde sağlık yaklaşımı, toplumda yaşayan bireylerin tümüne, gereksindikleri ölçüde ve yerde, sağlanabilen en üst düzeyde sağlık hizmeti sunulması temel ilkelerine dayanmaktadır. Genel özelliği toplumsal ve kişisel tüm sağlık hizmetlerinin bütünüyle kamu hizmeti alanında ücretsiz olarak sunulmasıdır. Sağlık hizmetlerinin arzı ve talebi kamusal tekel niteliğindedir ve özel sektör yoktur. Sağlık personelinin tümü kamu görevlisidir.⁷³

Avrupa'nın eski sosyalist ülkelerinde sağlık sisteminin yanı sıra, ekonomik ve politik sistemlerdeki komünist devletin daralmasıyla hızlı bir geçiş yaşanmıştır. Devlet

⁷² Tanner, p.18; Ekuklu, G., "Norveç Sağlık Sistemi" **Toplum ve Hekim**, Cilt:21, Sayı:5-6, Eylül-Ekim-Kasım-Aralık 2006, s.375-377

⁷³ Sargutan, **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, s.62-63; Sargutan, "Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı", s.425-426

tarafından finanse edilen evrensel sistemlerle sağlık sistemlerinin çoğu refah yönelimli (sosyal sigorta) sistemlere geçmiştir, ancak bu geçişte iki temel sorunla karşılaşmıştır. Bu sorunların ilki sağlık sisteminde daha fazla söz sahibi olmak isteyen hekimlerin baskısı, ikincisi ise, ekonomik sorunlardır. Her şeye rağmen komünizm sonrası ülkelerde en güvenli finansman kaynaklarından biri sigorta primleri olmuştur. Zaten komünist sistemin daralmasından önce sağlık sistemi bireylere yeterli derecede sağlık hizmeti sunabilmek için devletten gereken seviyede fon alamaması nedeniyle nüfusun sağlık düzeyinde kötüleşmeler başlamıştır.⁷⁴

2.4.1 SSCB (Sovyet) Sağlık Sistemi

Tüm çalışanlar için sağlık güvencesini vurgulayan Sovyet sağlık sistemi, 1920’de kurulmuştur. Sosyalist sağlık sistemi koruma, erişim ve eşitlik ilkelerine dayanmaktadır. Sovyet sağlık sisteminde kamu sağlık kurumları tarafından sağlanan ücretsiz sağlık hizmeti, Anayasa tarafından garanti edilen bir hak niteliğindedir. Bu sistemin finansmanı ve yönetimi devlet tarafından yürütülmektedir. Bu aynı zamanda iyi biçimde örgütlenmiş evrensel sağlık sisteminin de bir sonucudur. Bu sistem, 1960’lara kadar Rusya’daki yaşam süresi ve sağlık harcamaları yönünden, ABD ve Batı Avrupa’ya yaklaşık olarak, mükemmel sonuçlar vermiştir. Sağlıktaki bu pozitif etki, 1980’lere kadar devam etmiştir. 1986’da Sovyetler Birliği’nin 3,6 milyondan fazla yatağı olan, 23.500 hastanesi bulunmaktaydı. Bu sayıya yaklaşık 28.000 kadın danışma merkezi ve pediatrik klinikler, ambulans hizmetleri ve sanatoryumlar dahildir. Ayrıca büyük işletmelerde çalışanlara, iş sahasından ayrılmalarına gerek kalmaksızın, sağlık hizmeti sağlayan klinikler de vardı.⁷⁵ Sistem, tüm vatandaşlara kolay ulaşılabilir, ücretsiz ve kaliteli sağlık hizmetinin kamu sağlık kurumları tarafından sunan; hastalıkların önlenmesine vurgu yapan ve ülke ekonomisi için sağlıklı bir işgücünü garanti etmeyi hedefleyen üç temel prensip üzerinde yürütülmüştür. Sovyetler Birliği’nde bir vatandaşın sağlığı, onun kişisel sorunu olarak

⁷⁴ Matcha, p.16

⁷⁵ Gupta, A., S., “Soviet Health System”, **People’s Democracy**, Vol. XXXI, No:46, November 2007, http://pd.cpim.org/2007/1118/11182007_amit.htm, (Erişim 02.03.2010)

değil, ulusal bir sorunu olarak görülmüştür. Ancak 1980 ortalarında sağlık hizmetlerinin kalitesinde ve halkın genel sağlığında ciddi düşüşler yaşanmıştır.⁷⁶

Bölgeselleşmiş ve kamusal olarak desteklenen sağlık hizmetlerini içeren Sovyet sistemi gelişen ülkeler ve diğer sosyalist ülkeler için bir model olmuştur. Tamamıyla kamusal ve merkezi yapıdaki Sovyet sisteminin 1920 yılında kurulmasından itibaren, bulaşıcı hastalıklar ve epidemilerle mücadelede ve tüm vatandaşların bağışıklama ve ana çocuk sağlığı hizmetlerine ulaşımını sağlayan temel sağlık hizmetlerinde büyük adımlar atılmıştır. Ancak daha sonra, halk sağlığının geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi yavaşlamış ve yüksek derecede merkezileşmiş sistem, ilerleme ve reform için bir engel olarak görülmüştür. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında Sovyet Sağlık Bakanlığı'nın katı merkezi kontrolü, sağlık yönetim yapısının en baskın özelliğidir. Karar alma ve finansal kontrol aşırı derecede merkezidir. Birlik genelindeki sağlık tesisleri, tıp eğitimi ve öğretimi, sağlık insan gücü ve finansal kaynaklar Sağlık Bakanlığı tarafından kontrol edilmekteydi.⁷⁷

Sovyetler Birliği sağlık modelinde herkese, gereksindiği ölçüde hizmet sunulması ayırıcı bir özelliktir. Ancak toplum içinde farklı risk gruplarını oluşturan yaşlılar, çocuklar, kronik hastalar, işçiler gibi kesimlere özgü örgütlenme birimleri kurulmuştur. Sağlık hizmeti devlet tarafından tek elden örgütlenerek bütüncül bir yaklaşımla ekip çalışması anlayışı ile sunulmuştur. En küçük hizmet biriminden başlayan planlama, Birlik düzeyindeki merkezi plan olan GOSPLAN'la uyumlu bir şekilde yapılmıştır. Sağlık hizmetinin tüm topluma ücretsiz sunulması temel alınmış ve sağlık harcamaları genel bütçe gelirlerinden karşılanmıştır. Ancak ayaktan hastanın ücret ödeyerek ilaç alımı gibi sağlık giderlerin küçük bir bölümüne katılım payı ödenmesi de sistemde yer almıştır.⁷⁸

⁷⁶ Steckler, I. M., "Chapter 6 - Education, Health, and Welfare", **A Country Study: Soviet Union (Former)**, <http://memory.loc.gov/frd/cs/sutoc.html>, (Erişim 02.03.2010)

⁷⁷ Rowland, D. And Telyukov, A., V., "Soviet Health Care From Two Perspective", **Health Affairs**, Fall, 1991, p.75-76

⁷⁸ Fry, J., "Structure of Medical Care Services In The Soviet Union", **Int. J. Helth. Ser.**, 2:2; 1972, pp.239-242,

2.4.2 Küba Sağlık Sistemi

Bugünkü Küba'nın siyasal yapısında 1959'da Fidel Castro'nun öncülüğünde gerçekleştirilen halk devrim hareketinin çok büyük bir etkisi bulunmaktadır. Küba, demokratik bir cumhuriyetle birleşmiş sosyal yardım, siyasi özgürlük, sosyal adalet, bireysel ve kolektif refah ve insani dayanışma gibi unsurların tümüyle özdeşleşmiş bağımsız, egemen, sosyalist bir devlettir.⁷⁹

Devrim öncesinde Küba sağlık sisteminde sağlık hizmeti sunumu ve finansmanında çok başlılık hakimdi ve bir standart yoktu. Kentlerde toplumun orta sınıfına hizmet sunan paralı özel sağlık hizmetleri ve küçük özel hastaneler bulunmaktaydı. Ayrıca kentlerde yoksullar için II. Dünya Savaşı sonrasında kurulan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na ait hastaneler ile özel sanayi ve tarım işletmelerinin kendi çalışanları için kurdukları küçük özel hastaneler de bulunmaktaydı. Hekimlerin dağılımı kırsal kesim aleyhine büyük oranda dengesizlik göstermekte ve hekimlerin çoğu özel hekimlik yapmaktaydı.⁸⁰

Küba'nın sağlık sistemi 1961'de devletin yönetimi, örgütlemesi ve finansmanı altında tüm nüfusu kapsayan bir yapıya dönüşmeye başlamıştır. Bu çerçevede devletin sunduğu koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok öncelik veren sağlık hizmetleri, daha kapsamlı bir hale gelmiştir. Ayrıca kentlerde yaşayan yoksul kesimler için hastaneler açılmış ve çevre sağlığı hizmetlerine başlanmıştır. 1961'de Sağlık ve Sosyal Refah Bakanlığı'nın adı Halk Sağlığı Bakanlığı (MINSAP) olarak değiştirilerek, merkezi düzeyde yeniden organize edilmiş ve bakanlık tıp eğitimi, hastane ve poliklinikler, ilaç üretimi ve tıbbi donanım, hijyen ve epidemiyoloji, planlama ve finansman olmak üzere beş bakan

⁷⁹ Ochoa, F., R., and Visbal L., A., "Civil Society And Health System In Cuba" **WHO The Health Systems Knowledge Network Commission Report**, March 2007, p.1

⁸⁰ Belek, İ., "Sosyalizm ve Sağlık Hakkı: Küba'nın Başarısı" **Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu Bildiriler**, Belediye-İş Sendikası Yayını, Antalya, 22-23 Ekim 2009, s.201; Türkiye Sağlık Platformu, <http://www.saglikplatformu.com/arastirmalar/showquestion.asp?faq=4&fldAuto=66&page=3> (Erişim 08.03.2011)

yardımcılığına bölünmüştür. Altı eyaletin her birine, doğrudan bakana bağlı sağlık müdürleri atanmıştır.⁸¹

Devrim döneminde sağlık sistemiyle ilgili en önemli gelişme, standartların merkezileştirilmesi, buna karşılık yönetimin desantralizasyonu olmuştur. Önceden dikine örgütlenen tüm sağlık programları, il ve yerel düzeyde yatay entegrasyona dönüştürülmüştür. Devrim sonrası sağlık sisteminin temel amaçları; sağlığın geliştirilmesi çalışmalarına toplum kuruluşlarının katılımı, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ve bütün toplumsal grupların sağlık hizmetine ulaşımının sağlanması olarak belirlenmiştir. 1976 yılında sağlık hakkı Anayasa ve yasaların garantisi altına alınarak, sağlığın korunması ve ücretsiz sağlık hizmeti herkese bir hak olarak sunulmaya başlanmıştır. 1976 Anayasası devlete bütün vatandaşlara parasız, evrensel, ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunma, bireylerin sağlıklarını geliştirme ve koruma görevini vermiştir.⁸² Böylece Küba sağlık sistemi, entegre, ulaşılabilir ve etkili tedavi edici hizmetlerini devlet garantisi altına alan ve koruyucu sağlık hizmetlerini vurgulayan bir yapıya dönüşmüştür.⁸³

1984 yılında uygulamaya sokulan Halk Sağlığı Yasası'nda sağlığın korunması, geliştirilmesi devletin kalıcı ve temel görevi olarak tanımlanarak, aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Bugün bir aile hekimliği kliniğinde hizmet veren bir hemşire ve doktorun hizmet sunduğu yaklaşık 150 civarında aile yani, 600 ila 800 nüfus bulunmaktadır. Yaklaşık 15 aile hekimliği takımı bir araya gelerek 5.000 ila 10.000 kişiyi kapsayan bir temel çalışma grubu oluşturabilmektedir. Bu çalışma grupları, bir pediyatrist, bir kadın doğum uzmanı, bir psikolog ve bir dahiliye uzmanıyla desteklenmektedir. Aile hekimliği uygulamasında rekabet veya ödüllendirme yoktur. Son yıllarda hekimlerin eğitimi değiştirilerek, tüm hekimlerin genel tıp uzmanı olmaları da sağlanmıştır.⁸⁴

⁸¹ Türkiye Sağlık Platformu, <http://www.saglikplatformu.com/arastirmalar/showquestion.asp?faq=4&fldAuto=66&page=3> (Erişim 08.03.2011)

⁸² Belek, "Sosyalizm ve Sağlık Hakkı: Küba'nın Başarısı" ss.200-202

⁸³ De Vos P. and Der Stuyft P.V., "The Right To Health In Times Of Economic Crisis: Cuba's Way", **Lancet**, 374, 2009, p.1575

⁸⁴ De Vos and Der Stuyft, p.1575-1576; Erkoç, M. ve Çağlayan, Ç., "Küba Sağlık Sistemi Pradoks Mu, Sosyalizm Mi?", **Toplum ve Hekim**, Cilt:21, Sayı: 5-6, Eylül-Ekim-Kasım-Aralık 2006, s.464-465

Ulusal sağlık sistemi ülkenin yönetsel organizasyonu ile uyumlu bir şekilde ulusal, eyalet ve belediye olmak üzere üç düzeyde organize edilmiştir. Ulusal, eyalet ve belediye düzeyli meclislerde, sağlıkla ilgili sürekli komisyonlar bulunmaktadır. Ulusal sağlık sistemlerinin en üst seviyesinde Ulusal Meclis Devlet Konseyi ve Bakanlar Kurulu vardır ve Halk Sağlığı Bakanlığı tarafından temsil edilmektedir. Eyalet düzeyi eyalet halk sağlığı komisyonunca temsil edilmekte ve aynı düzeydeki yönetim konsülünün doğrudan yönetim ve finansal kontrolü altındadır. Belediye düzeyinde ise, belediye halk sağlığı ofisleri bulunmakta ve bu ofisler belediye yönetiminin otoritesi altındadır. İl ve belde meclislerine bağlı hastaneler olduğunu gibi doğrudan Halk Sağlığı Bakanlığı'na bağlı hastane ve araştırma enstitüleri de bulunmaktadır. Poliklinikler ve aile doktorları doğrudan belde meclislerine bağlıdır.⁸⁵

Küba sağlık sistemi, birbirine bağlı ve hiyerarşik olarak üç basamaktan oluşmaktadır. Birinci basamakta aile hekimi klinikleri, ikinci basamakta poliklinikler, üçüncü basamakta ise, hastaneler ile klinik ve araştırma enstitüleri bulunmaktadır. Küba'da her 30 bin kişilik nüfus için ikinci basamak sağlık hizmetleri veren polikliniklerde; dört temel pratisyen, üç pediatrist, bir jinekolog ve bir diş hekimi ve yeterli sayıda hemşire, diş teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, istatistikçi vb. sağlık insan gücü istihdam edilmektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise, hastaneler ile klinik ve araştırma enstitülerinde sunulmaktadır. Ayrıca kardiyoloji, ortopedi, pediatri, ana-çocuk sağlığı, oftalmoloji, psikiyatri ve diğerleri gibi bir çok alanlarda ihtisaslaşmış kurumlar da bulunmaktadır. Hastalar genellikle bağlı olduğu toplum polikliniğine bir aile hekimi veya bir uzman hekim tarafından sevk edilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri gibi ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri de ücretsiz sunulmaktadır. Ayaktan tedavide yazılan ilaçlar, işitme cihazları, diş ve ortopedik cihazlar, gözlük, tekerlekli sandalye ve benzeri cihazlar için katkı payı biçiminde cepten ödemeler yapılmaktadır. Ancak bunlara da önemli devlet desteği sunulmaktadır.⁸⁶

⁸⁵ Belek, "Sosyalizm ve Sağlık Hakkı: Küba'nın Başarısı" ss.202-203; Erkoç, ve Çağlayan, s.463

⁸⁶ MEDICC, Cuba's Health System, 2007, <http://www.saludthefilm.net/ns/cuba-health-system-faqs.pdf> (Erişim 18.04.2011); Belek, "Sosyalizm ve Sağlık Hakkı: Küba'nın Başarısı" s.203-205; Erkoç, ve Çağlayan, s.465

Küba sağlık sisteminde sağlık sektörünün planlanan hedeflerine ulaşması ve bütçe kaynaklarını etkin biçimde kullanması hedeflenmekte ve sistem tamamen devlet tarafından finanse edilmektedir.⁸⁷ Bu çerçevede sağlık insan gücünün finansmanı da profesyonellik dereceleri, deneyimleri ve eğitimleri dikkate alınarak, tamamen genel bütçeden finanse edilmektedir.⁸⁸ Sağlık sisteminin finansmanı da yüksek derecede desantralize edilmiştir. Kamu sağlığı harcamalarının %92,6'sı belediye bütçelerinden finanse edilmektedir. Belediyeler ayrıca eğitim finansmanının %82'sini ve sosyal yardım finansmanının da %92,4'ünü karşılamaktadırlar.⁸⁹ Dünya Bankası 2010 verilerine göre, 2007 yılında toplam sağlık harcamaları, GSMH'nin %10,36'sını oluşturmuş ve buna göre, aynı yıl için toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %95,4'ü kamu tarafından, 4,6'sı cepten ödemelerden karşılanmıştır. 2002 yılı itibariyle, her 1.000 kişiye düşen aktif hekim oranı 6,4 iken, aktif hemşire oranı 7,44'tür.⁹⁰

Sonuç olarak, Küba'da sağlık, ücretsiz bir insan hakkı olarak görülmekte ve tüm nüfusa eşit bir şekilde sunulmaktadır. Ulusal sağlık sistemi entegre, desantralize ve tüm nüfusu kapsayan bir yapıdadır. Toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için hükümet, farklı ekonomi kurumları ve sosyal örgütler arasındaki koordinasyonla yürüten eylemler ve politikalar, devlet ve hükümetin tüm kurumlarının ekonomik ve sosyal gelişme programlarında da yer almaktadır.⁹¹ Küba'da sağlık sistemi; altyapıya, beslenmeye, kadınlar ağırlıkta olmak üzere eğitime önem verilmesi, tüm nüfusa ücretsiz ve eşit sağlık hizmeti sunulması, sağlık hizmetinin tüm nüfusu kapsayacak şekilde örgütlenmesi gibi özellikleri ile kendi siyasi, ekonomik, sosyal, kültürel ve coğrafi yapısına uygun bir sistem olarak göze çarpmaktadır. Sistemde sağlık harcamaları diğer ülkelere göre, mütevazı kalmasına rağmen, sistemin nüfusa ücretsiz, eşit, hakkaniyete uygun ve ulaşılabilir bir sağlık sunması yönleriyle önemli ölçüde başarılı olduğu söylenebilir.

⁸⁷ Türkiye Sağlık Platformu, <http://www.saglikplatformu.com/arastirmalar/showquestion.asp?faq=4&fldAuto=66&page=3> (Erişim 08.03.2011)

⁸⁸ Belek, "Sosyalizm ve Sağlık Hakkı: Küba'nın Başarısı" s.203-205

⁸⁹ Türkiye Sağlık Platformu, <http://www.saglikplatformu.com/arastirmalar/showquestion.asp?faq=4&fldAuto=66&page=3> (Erişim 08.03.2011); Belek, "Sosyalizm ve Sağlık Hakkı: Küba'nın Başarısı" s.203-205

⁹⁰ The World Bank, **Health Nutrition and Population Statistics**, 28 September, 2010

⁹¹ Ochoa and Visbal, p.5

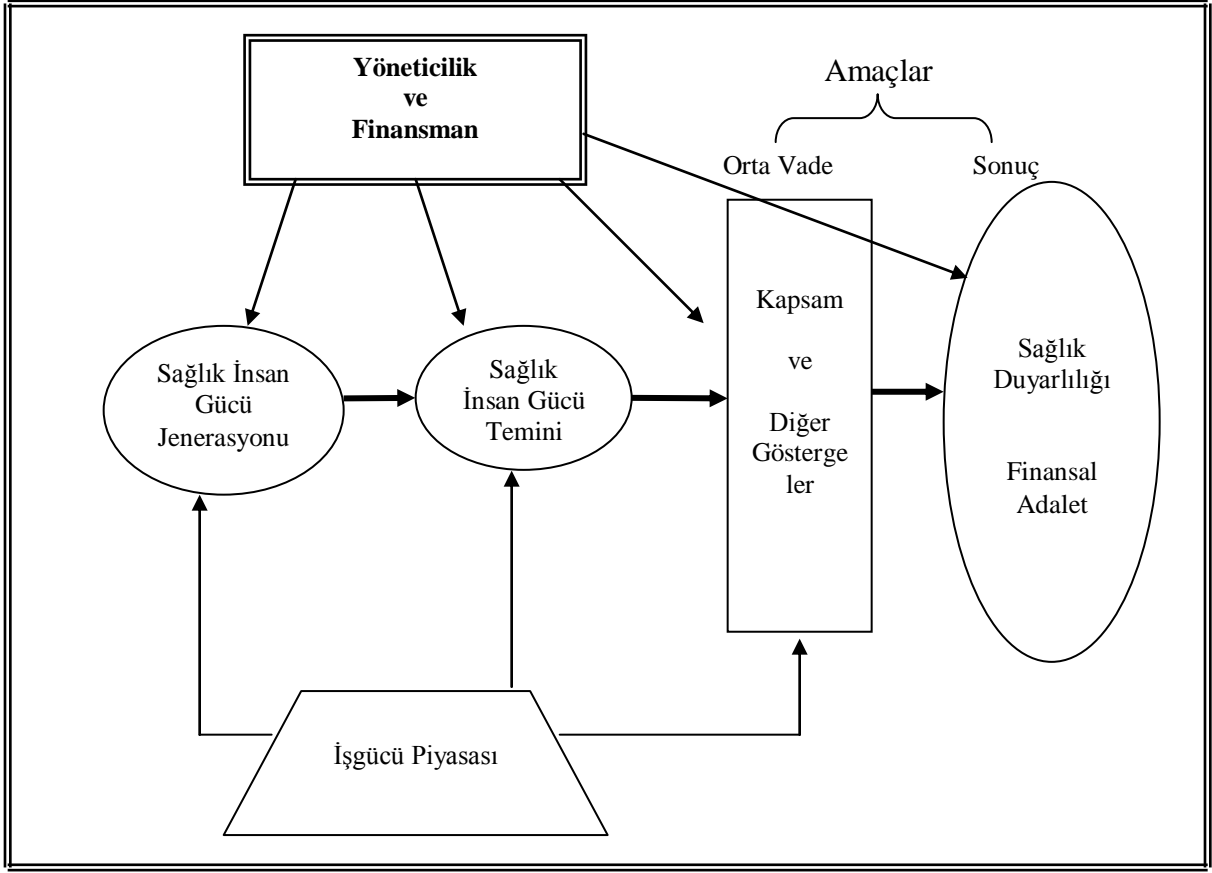
3 SAĞLIK SİSTEMİNDE SAĞLIK İNSAN GÜCÜNÜN YERİ

Emek yoğun bir yapısı olan ve topluma eşit, hakkaniyete uygun, ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunmayı esas alan sağlık sistemlerinin en temel ve merkezi unsuru hiç şüphesiz sağlık insan gücüdür. Bu özelliği nedeniyle sağlık sistemi için ayrılan kaynakların önemli bir kısmı sağlık insan gücüne ayrılmaktadır. Bir ülkenin genel sağlığının korunması ve teşhis-tedavi hizmetlerini eşit, dengeli ve kaliteli bir şekilde yerine getirilebilmesi, yeterli sayı ve vasıf düzeyine sahip sağlık insan gücüne bağlıdır. Ayrıca sağlık insan gücü, sağlık sistemlerinin temel fonksiyonlarının genel sağlık düzeyini yükseltecek bir şekilde çalışmasına da katkı sağlamaktadır. Bu yüzden sağlık insan gücünün niteliğinin yükseltilmesine ilişkin çabalar, sağlık sistemlerinin de niteliğinin yükseltilmesinde temel bir faktördür.⁹²

Şekil 4’de her bir sağlık sistemi fonksiyonunun sağlık insan gücü ile olan ilişkisi ve fonksiyonlar arasındaki etkileşimler gösterilmektedir. Bu göre, kaynak jenerasyonu, hizmet sunumu, yöneticilik ve finansmandan oluşan her bir sağlık sistemi fonksiyonu, sağlık insan gücü ile direkt ya da endirekt olarak ilişkilidir ve sağlık insan gücünü yakından etkilemektedir.⁹³

⁹² Beaglehole, R. and Dal Poz, M. R., “Public Health Workforce: Challenges And Policy Issues”, **Human Resources for Health**, 1:4, 2003, p.2

⁹³ WHO, “Human Resources For Health: Developing Policy Options For Change”, **Discussion Paper**, Draft, Geneva, November 2002, p.11-12



Şekil 4. Sağlık Sistemi Fonksiyonlarının Sağlık İnsan Gücü İle İlişkisi

Kaynak: WHO, “Human Resources For Health: Developing Policy Options For Change”, **Discussion Paper**, Draft, Geneva, November 2002, p.11

1. Kaynak Jenerasyonu: Sağlık insan gücü üretimi için devam eden eğitim ve öğretim; ulusal, bölgesel ve yerel seviyede sağlık insan gücünün boyut ve kompozisyonun planlanması; eğitimi; bilgi ve yeteneklerin oluşmasına yapılan yatırımlar yoluyla sağlık hizmetinin niteliğinin korunması ve artırılması, kaynak jenerasyonu fonksiyonu içinde sayılabilir. Sağlık insan gücü yetiştirilmesi için yatırım maliyetleri ve hizmet içi eğitim maliyetleri kaynak jenerasyonu fonksiyonunun bir parçası gibi düşünülebilir ve her ikisi de sağlık insan gücü niteliğinin korunması anlamına gelmektedir.

2. Hizmet Sunumu: Sağlık insan gücünün dağılımı, sağlık hizmeti üretimi için uygun bir beceri karması seçimi, sağlık hizmeti sunumu sisteminin farklı seviyeleri arasındaki insan gücünün dağıtımını, sağlık insan gücü yönetimi için teşvik yapılarının

kurulması, hizmet sunumu fonksiyonunun unsurları olarak düşünülebilir. Bu durumda sağlık insan gücü, sağlık hizmeti üretimi fonksiyonu içerisindeki girdi olarak kabul edilir ve sağlık sisteminin de en önemli girdisidir. Sonuç olarak, sağlık sistemlerinin performansının yükseltilmesi sağlık insan gücünün bilgisinin, becerisinin, motivasyonunun ve durumunun yükseltilmesine dayanmaktadır.

3. Yöneticilik: Yöneticilik fonksiyonunun bazı özellikleri kamu müdahalesi için güçlü bir hükümet taahhüdü gerektirmektedir. Sağlık insan gücüne ilişkin yönetim, düzenleme ve yasal alanda oluşacak eksiklikler, sağlık eğitim kurumlarının kalite ve seviyesinin düşmesine, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının kötüleşmesine ve sağlık işgücü piyasasında dengesizliklere yol açabilir. Kurumlar, uzmanlar ve otoriteler tarafından izleme, değerlendirme ve yasalar yoluyla kamu güvenliği etrafında yürütülen yöneticilik fonksiyonu, sağlık sistemi amaçlarını (sağlık, finansal adalet ve duyarlılık) etkilediği için diğer finansman, sağlık hizmeti sunumu ve kaynak jenerasyonu fonksiyonlarını da etkilemektedir.

4. Finansman: Sağlık hizmeti sunanlar için ödeme yöntemi ve finansman kaynağı sağlık insan gücünü ve dolayısıyla sağlık sisteminin performansını etkilemektedir.

3.1 Sağlık İnsan Gücünün Sınıflandırması

1950'lerden başlayarak DSÖ'nün özel bir ilgi alanı olan sağlık insan gücü, her zaman sağlık sisteminin en önemli köşe taşı oluşturmuştur. DSÖ'nün 2006 Dünya Sağlık Raporunda, sağlık çalışanları, "toplum sağlığını korumak ve geliştirmek için çalışan kişiler" olarak tanımlanmıştır.⁹⁴ Sağlık insan gücü kavramı (manpower for health) ise, genellikle kamu sektöründe ve özel sektörde her çeşit sağlık hizmetini üreten tüm personel için kullanılmaktadır. Gelişen tıp teknolojisine bağlı olarak pek çok yeni tıp dalının ve tıp mesleğinin ortaya çıkması, geleneksel olarak hekimler tarafından verilen sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti haline dönüşmesine neden olmuştur. Birçok yeni tıp mesleğinin sağlık sektörüne kazandırılması ile gerek uluslararası ölçekte Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ)

⁹⁴ WHO, **World Health Report 2006 Working Together For Health**, Geneva, Switzerland, 2006, p.1

ve DSÖ tarafından, gerekse ulusal ölçekte Sağlık Bakanlığı ve akademisyenler tarafından sağlık insan gücü (tıp meslekleri) ile ilgili çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır. (bkz. Tablo 5, Tablo 6)

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2007’de organize edilen Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı’nda tıp mesleklerini temel olarak Tıbbi Müdahale Yapan, İdari Hizmet Veren, Destek Hizmet Veren ve Teknik Hizmet Veren olmak üzere dört kategoriye ayrılarak bir sınıflama yapmıştır.

Tablo 5.
Sağlık Bakanlığı’nın Tıp Meslekleri Sınıflandırması

Tıbbi Müdahale Yapan	Uzman Hekim Pratisyen Hekim Diş Hekimi Eczacı Hemşire Ebe Toplum Sağlığı Teknisyeni Fizyoterapist Beslenme Uzmanı ve Diyetisyen Psikolog Acil Tıp Teknisyeni
İdari Hizmet Veren	
Destek Hizmet Veren	Sosyal Hizmet Uzmanı Çevre Sağlığı Teknisyeni Tıbbi Sekreter
Teknik Hizmet Veren	Diyaliz Teknisyeni Protez-Ortez Teknikerliği Anestezi Teknisyeni (Tekniker) Radyoloji Teknisyeni (Tekniker) Odyometri Teknikerliği Tıbbi Laboratuar Teknisyeni (Tekniker) Radyoterapi Teknikeri Diş Protez Teknisyeni (Tekniker)

Kaynak: SB, RSHMM, **Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı**, Mollahaliloğlu, S. ve Diğerleri (Ed.) SB, Refik Saydam HMM Yayını, Ankara 2007, s.20-21

DSÖ’nün hazırladığı 2006 Dünya Sağlık Raporunda, ISCO-88’e göre hazırlanmış ve 2001 Güney Afrika sayımında kullanılmış bir tıp meslekleri sınıflandırması yapılmıştır. Ancak UÇÖ, Tablo 6’daki 2008 Uluslararası Meslek Standardı Sınıflamasında (ISCO-08) bütün mesleklerde olduğu gibi tıp mesleklerinin sınıflamasında da önemli değişiklikler yapmıştır.

Tablo 6.**UÇÖ'nün ISCO-08'e Göre Tıp Meslekleri Sınıflandırması**

ISCO-08 Kodu	Meslek Tipi	Profesyonel Meslek Grupları
22		Sağlık Profesyonelleri
221	Profesyonel	Tıp Doktorları
2211	Profesyonel	Genel Tıp Uygulayıcıları
2212	Profesyonel	Özel Tıp Uygulayıcıları
222	Profesyonel	Hemşirelik ve Ebelik Hizmeti Profesyonelleri
2221	Profesyonel	Hemşireler
2222	Profesyonel	Ebeler
223	Profesyonel	Paramedikler
2231	Profesyonel	Paramedik Uygulayıcıları
2232	Profesyonel	Acil Paramedikler
224	Profesyonel	Diğer Sağlık Profesyonelleri
2241	Profesyonel	Diş Hekimleri
2242	Profesyonel	Eczacılar
2243	Profesyonel	Çevre, İş Sağlığı ve Hijyen Profesyonelleri
2244	Profesyonel	Fizyoterapistler
2245	Profesyonel	Beslenmeciler ve Diyetisyenler
2246	Profesyonel	Odiyologlar ve Konuşma Terapistleri
2247	Profesyonel	Veterinerler
2249	Profesyonel	Sınıflandırılmamış Diğer Sağlık Profesyonelleri
32		Yardımcı Sağlık Profesyonelleri
321	Yardımcı	Sağlık, Eczacı ve Veteriner Teknisyenleri
3211	Yardımcı	Doktor Yardımcıları
3212	Yardımcı	Tıp ve Patoloji Laboratuvar Teknisyenleri
3213	Yardımcı	Eczacı Teknisyenleri ve Yardımcıları
3214	Yardımcı	Veteriner Teknisyenleri ve Yardımcıları
322	Yardımcı	Hemşirelik ve Ebelik Hizmeti Yardımcıları
3221	Yardımcı	Hemşire Yardımcıları
3222	Yardımcı	Ebe Yardımcıları
323	Yardımcı	Diğer Yardımcı Sağlık Profesyonelleri
3231	Yardımcı	Diş Asistanları ve Terapistleri
3232	Yardımcı	Tıbbi Kayıt ve Sağlık Bilgileri Teknisyenleri
3233	Yardımcı	Toplum Sağlığı İşçileri
3234	Yardımcı	Optometrist ve Optisyenler
3235	Yardımcı	Fizyoterapi Teknisyenleri ve Asistanları
3236	Yardımcı	Tıbbi Cihaz Teknisyenleri (Radyoloji, Ultrason)
3237	Yardımcı	Çevre ve İş Sağlığı Müfettişleri ve Yardımcıları
3238	Yardımcı	Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulayıcıları
3239	Yardımcı	Sınıflandırılmamış Diğer Yardımcı Sağlık Profesyonelleri

Kaynak: ILO, **International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08) –Draft Structure**, New York, April 16-18, 2007, p.6-7,11-12

3.2 Sağlık İnsan Gücü Planlaması

Emek yoğun bir sektör olan sağlık sistemi harcamalarının %65-%80'ini ücret maliyetleri (maaşlar, ikramiyeler ve diğer ödemeler) oluşturmaktadır.⁹⁵ Ayrıca çok özel teknik bilgi ve becerilerle donatılmış bir insan gücü gerektiren sağlık hizmetlerinin odak noktasını bu insan gücünün zihinsel ve bedensel kapasitesi oluşturmaktadır. Bu nedenle, böyle bir sektörde insan gücünün nicelik ve niteliğine yönelik çalışmaların, politika belirleyici ve karar verici düzeyindeki yönetim organlarında, bilimsel yöntemler kullanılarak yapılması ve makro hedefler göz önüne alınarak sürekli izlenmesi son derece önemlidir.⁹⁶

Diğer işgücü piyasaları gibi sağlık insan gücü piyasası da, arz ve talep arasındaki etkileşimden oluşmaktadır. Sağlık insan gücü talebi, sağlık hizmetlerini talep eden hastalardan türetilmektedir. Bu talepler, nüfus yoğunluğundan, nüfusun yapısından, hastaların sağlık hizmeti beklentilerinden ve toplumun gelir düzeyinden etkilenmektedir. Sağlık insan gücü arzı ise, vasıf karması açısından farklı sağlık profesyonelleri ile kadrolu ve yedek kullanımı arasındaki ilişki, sağlık profesyonellerinin toplumda algılanan statüsü ve geliri de dahil olmak üzere birçok faktör tarafından etkilenmektedir. Ayrıca mesleğin icrasıyla ilgili çeşitli yasal düzenlemeler gibi (uzmanlık ve hizmet içi eğitim notlarıyla doktor arzını düzenleyen Avrupa Birliği'nin çalışma saatleri direktifi gibi) dış faktörler de sağlık insan gücü arzını etkilemektedir.⁹⁷

İnsan gücü planları, mevcut istihdam sorunlarının yanı sıra, gelecekteki insan kaynağı ihtiyaçlarını tahmin etmeyi ve bu ihtiyaçları temin etmenin yollarını tanımlamayı içermektedir. Ancak sağlık profesyonellerinin dağılımı ve sayısı ile ilgili kesin bir doğru yoktur. Fakat iyi bir kamu insan gücü araştırması için, karar vericiler, araştırma fonu

⁹⁵ Saltman R.B and Von Otter C., **Implementing Planned Markets In Health Care: Balancing Social And Economic Responsibility**, Buckingham, Open University Press, 1995; Kolehamainen-Aiken R-L. "Decentralization And Human Resources: Implications And Impact", **Human Resources for Health Development Journal**, 1997, 2(1) pp.1-14; WHO, "Human Resources For Health: Developing Policy Options For Change", p.8

⁹⁶ Özşarı, S.H., **Türkiye'de Sağlık İnsan Gücü Planlaması ve Sağlık Bakanlığında Bir Uygulama**, Ankara, 1994

⁹⁷ Bloor, K. and Maynard, A., "Planning Human Resources In Health Care: Towards An Economic Approach An International Comparative Review", **Canadian Health Services Research Foundation**, March 2003, p.1

sağlayanlar, araştırmacılar ve profesyonellerin dahil olduğu aktörlerin katılımıyla kanıta dayalı kararlar geliştirilebilir ve geleneksel araştırma faaliyetleri interaktif bir sürecin içinden geçirilebilir. Bu süreç, her adımda çapraz sağlık sektörlerinin yanı sıra, aktörler arasında iyi bir ilişki kurmayı ve iletişimi geliştirmeyi gerektirmektedir.⁹⁸

Sağlık insan gücü ihtiyaçları belirlenirken tüm ülkeler için geçerli olacak tek bir standarttan bahsetmek mümkün değildir. Ancak sağlık insan gücü ihtiyaçını belirlemeye yönelik bazı ölçütler de bulunmaktadır. Bunlardan ilki, nüfus başına ya da yatak başına düşen sağlık insan gücü sayısıdır. DSÖ'nün 2006 Dünya Sağlık Raporu'nda doğum ve bağışıklama hizmetlerinde %80 başarıya ulaşılabilmesi için, sağlık insan gücü (sadece doktor, hemşire ve ebeler) oranı referans aralığı, her 1.000 kişiye 2,02 ile 2,54 olarak belirlenmiştir. Ancak DSÖ aynı raporda, bu yaklaşımı da eksik bir yaklaşım olarak değerlendirmektedir.⁹⁹ Sağlık insan gücü ihtiyaçını belirlemeye yönelik diğer bir ölçüt ise, benzer sosyo-ekonomik gelişme düzeyine sahip ülkelerin oranları veya ülke gruplarının (AB-OECD) ortalamaları ile söz konusu ülke oranlarının karşılaştırılmasıdır.¹⁰⁰

Sağlık kaynakların etkin ve hizmetin gereğine uygun kullanılması ve sunulacak sağlık hizmetinin ihtiyaç karşılar nitelikte olabilmesi için, ihtiyaç duyulan sağlık insan gücünün nitelik ve niceliğinin tespit edilmesi sağlık insan gücü planlamasıyla gerçekeştirilmektedir. Sağlık insan gücünün büyük bir kısmının kamu kaynakları ile yetiştirilip devlet imkanları dahilinde istihdam edilmesi nedeniyle, planlama çalışmaları devlet eliyle yapılmaktadır. Sağlık insan gücü planlamasında, eğitim ve sağlık otoritelerinden, gelecekte hangi nitelikte ve sayıda insan gücüne ihtiyaç duyulduğu, bu personelin dağılımı ve görevleri konusunda kararlar almaları beklenmektedir. Gerçekçi olmayan veya yetersiz planlamaların yapılması, sağlık sisteminin hizmet kalitesini azaltmakta, işleyişini ciddi şekilde bozmakta, maliyetleri arttırmakta ve sağlık kaynaklarının dengesiz dağılımına neden olmaktadır. Sonuç olarak toplumun ihtiyaç

⁹⁸ Linda O'Brien-Pallas and et al, "Integrating Workforce Planning, Human Resources, and Service Planning", **Human Resources for Health Development Journal** (HRDJ) Vol. 5 No. 1 - 3, January-December 2001, p.7

⁹⁹ WHO, **World Health Report 2006 Working Together For Health**, p.11-12

¹⁰⁰ Yıldırım, H.H., "Sağlık İnsan gücü Planlaması Panelinden İzlenimler ve Saptamalar: Bilimsel Dayanaktan Yoksun Bir Tartışma", **TÜSAV Sağlık İnsan gücü Planlaması Paneli**, Ankara, Mart 2007, s.4-5

duyduğu yerde, zamanda ve hak ettiği nitelikte sağlık hizmeti alması güçleşmektedir. Tüm bu gerekçeler göz önüne bulundurulduğunda; devlet tarafından gerçekçi, uygulanabilir, kısa, orta ve uzun vadeli sağlık insan gücü planlarının yapılması bir zorunluluk haline gelmektedir.¹⁰¹

Bugünün mevcut sağlık insan gücü yapısı, kırk ya da daha fazla yıl önce farklı kişi ve kurumlar tarafından alınan büyük ya da küçük kararların sonucunu yansıtmaktadır. Alınan bu kararlar sonucunda, sağlık insan gücü ile ilgili gelinen noktada sağlık istihdamıyla ilgili şu küresel sorunlarla karşı karşıya kalınmıştır:¹⁰²

- Bazı ülkelerde, bazı mesleklerde sağlık insan gücü arzı çok fazla iken, diğer bazı mesleklerde, arz yetersiz durumdadır. Buna karşın, diğer bazı ülkelerde ise, önemli sayıda eğitilmiş ama işsiz veya eksik istihdam edilen sağlık insan gücü bulunmaktadır. Birçok ülkede sağlık eğitimine ayrılan kaynaklar, doktor zamanlı çalışan hemşire ve sağlık teknisyenleri yerine, sağlık hizmetlerinde daha yararlı olduğu düşünülen hekim eğitime ayrılmaktadır.
- Sağlıkla ilgili yetersiz eğitim almış sağlık çalışanlarından, sağlık hizmetlerini eksiksiz yerine getirmeleri beklenmektedir.
- Sağlık çalışanlarının fonksiyonel dağılımı oldukça yetersizdir. Örneğin uzman hekim ve cerrahın çok fazla olduğu ülkelerde, uzman doktorlar özel sorunları olan, özel prosedürler ve özel ekipmanlar gerektiren hastaları bulmakta ve durum, sağlık sisteminin kentsel ve hastane odaklı hale gelmesine sebep olmaktadır.
- Sağlık insan gücünün coğrafi dağılımı dengesizdir. Hemen hemen bütün ülkeler sağlık çalışanlarının coğrafi dağılımındaki dengesizlikleri azaltmak için

¹⁰¹ YÖK, SB, DBT, **Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu**, YÖK Yayın No: 2010 / 1, Ankara, Haziran 2010, s.3-4

¹⁰² Hall, T. L., “Why Plan Human Resources for Health?”, http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_2_2_01.pdf (Erişim 15.05.2009)

geniş çaplı programlar ve teşvikler yapmasına rağmen, büyük merkezi şehirlerdeki sağlık insan gücü oranı, kırsal alanlara ve küçük yerleşim yerlerine göre daha yüksek orandadır.

- Bazı ülkelerde politik olarak makul düzeyin üzerinde sağlık çalışanı istihdam edilmesi, ücretlerin ve dolayısıyla verimliliğin düşmesine, insan gücü devrinin yükselmesine ve bütçenin personel dışı bölümündeki fonların yetersiz kalmasına sebep olmaktadır.

Sağlık insan gücü planlamasına (SİGP) yönelik çalışmalar öncelikle sosyalist bloğa ait ülkelerde başlatılmıştır. Bu ülkelerde, 1970’li yıllarda sağlık sektörünün ihtiyaçlarıyla bağlantılı bir dizi sağlık eğitimi planları öngörülmüş ve araştırılmıştır. Eski Sovyetler Birliği’nde birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik insan gücü planlaması, tıp fakültesi ve diğer sağlık eğitimi veren kurumlarla paydaş olarak yürütülmüştür. Batı dünyasında ise, sağlık insan gücü planlaması, genellikle krizler ve münferit olaylara karşı hazırlıklı bulunmak için sınırlı olarak kullanılmıştır. 1970’li yıllarda popüler olan sağlık insan gücü planlaması, bilgisayar destekli analizler ve araştırma teknikleri ile hızla gelişmiştir. Ancak karar vericiler, politika yapanlar, uygulayıcılar ve değerlendirenler bu yeni bilgilerin, metotların ve gelişmelerin gerisinde kaldığından, sağlık insan gücü arz ve talebi arasındaki dengesizlikler giderek büyümüştür.¹⁰³

SİGP ile ilgili birçok kişi ve kurum tarafından tanımlamalar yapılmıştır. Kılıç’a göre, SİGP “stratejik bir yaklaşım içerisinde toplumun sağlıkla ilgili gereksinimleri ve başvuruları göz önüne alınarak, sağlık kurumlarının amaçları, hedefleri ve olanakları çerçevesinde, sağlık çalışanlarının yeterli nicelik, yüksek nitelik, düzgün bir dağılım, doğru bir zamanlama ve tam istihdamı amacıyla yapılan planlamadır”.¹⁰⁴ Yılığör’e göre ise, “coğrafi, ekonomik, sosyal ve kültürel özellikleri tanımlı bir bölgede yaşayan bir toplumun, mevcut sağlık gereksinimlerinden yola çıkarak, bu gereksinimlerin karşılanmasını içeren;

¹⁰³ Dikmetaş, E. ve İnan, N., “Sağlık İnsangücü Planlaması”, http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/451_saglik_insangucu_planlamasi.pdf (Erişim 28.12.2008)

¹⁰⁴ Kılıç, B., “Türkiye için Sağlık İnsan gücü Planlaması ve İstihdam Politikaları”, **TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni**, : 6(6), 2007, s.502

kısa, orta ve uzun vadeli bir süreçte ortaya çıkabilecek diğer gereksinimleri de öngörerek, toplumun sağlık düzeyini iyileştiren maliyet-etkin sağlık hizmetlerini sunabilecek sağlık insan gücünün üretimi, kullanılması ve yönetimi ile ilgili tüm eylemlerin sistematik olarak koordine edilmesi için yapılan plandır.” Ayrıca sağlık çalışanlarının eğitilmesi, istihdam edilmeleri, yeterli ücret almaları ve kariyer gelişimi olanaklarının sağlanması da bu kapsamda değerlendirilmektedir.¹⁰⁵ DSÖ’ye göre SİGP; “önceden belirlenmiş sağlık hedefleri ve sonunda ulaşılabilecek sağlık hedefleri için ihtiyaç duyulan personel sayısının, bilgi donanımının, yetkinliklerinin ve tutumlarının tahmin edilmesi sürecidir. Günümüzde bu planlama fonksiyonu insan gücü politikasına dahil edilerek genişletilmiştir. Buradaki politika ifadesi, ilgili kurumlara kaynakların tahsisine kılavuzluk etme niyeti ve çabası anlamı taşımaktadır. Politika ve planlama işlevinin sağlık insan gücünün arz ve gereklilikleri gibi kantitatif yönleri olduğu gibi, sağlık insan gücünün beceri karması gibi kalitatif yönü de bulunmaktadır.¹⁰⁶ Hogarth’a göre SİGP, “nüfusun sağlığında istenen değişimleri sağlayacak sağlık sistemi işleyişini mümkün hale getirilebilme çerçevesinde önceden belirlenmiş değişiklikleri başlatmak için ihtiyaç duyulan kabiliyet, yetenek ve bilgi tipinin ve miktarının oluşturulması sürecidir.” Bu planlamalar hangi hasta ya da nüfus grubu için kimin neyi, nerede, ne zaman ve nasıl yapacağını belirlenmesini içerir ve böylece yeterli bir performans için gerekli olan bilgi ve beceriler önceden belirlenen bir plana göre oluşturulabilir ve yapılabilir. Bu ara sıra yapılan bir süreç değil, devam eden bir süreç olmalıdır.¹⁰⁷

Esasen SİGP kısaca, toplumda istenilen olumlu sağlık değişikliklerinin başarılabilmesi için, sağlık sisteminin işlevlerinde iyileşme başlatabilmek üzere, gerekli sayı, bilgi, beceri ve yeteneklerin hesaplandığı bir süreç olarak ifade edilebilir.¹⁰⁸ Sağlık sistemleri için son derece stratejik bir önemi olan SİGP’in hazırlanması sürecinde toplumun

¹⁰⁵ Yılgör, E., “Sağlıkta İnsan Gücü Planlaması Nasıl Yapılmalı?”, **Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu XII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı**, Türk Tabipleri Birliği Yayını, Birinci Baskı, Ankara, Kasım 2006, s.24

¹⁰⁶ WHO, **Coordinated Health and Human Resources Development: Report Of A WHO Study Group**, WHO, Genova, 1990, p.9

¹⁰⁷ Hogarth, J., **Glossary of Health Care Terminology**, WHO, Copenhagen, 1975, p.174

¹⁰⁸ Boztok, D. ve Kılıç B., “Çalışma Ortamı”, **Fişek Sağlık Hizmetleri ve Araştırma Enstitüsü Yayını**, Sayı: 23, Kasım-Aralık 1995, s.6

sağlık gereksinimleri, sağlık başvuruları, sağlık hizmetlerinin hedefleri ve nüfus/insan gücü oranları muhakkak yer almalıdır. Ayrıca hangi tıp mesleklerinden, hangi niteliklerde kaç sağlık çalışanına ihtiyaç var? Sağlık çalışanlarının coğrafi dağılımı nasıl yapılmalıdır? Sağlık çalışanları hangi görevleri yapmalı ve nasıl yönetilmelidir? sorularına cevap aranmalıdır. Bu soruların cevap bulduğu bir SİGP, alınacak kararların kalitesini yükseltecek ve sağlık insan gücünün düzenli ve zamanında eğitimini ile coğrafi dağılımını kolaylaştıracaktır.

Birçok ülke sağlık sistemini geliştirme konusunda ciddi ekonomik kısıtlamalarla yüz yüze kaldığı için, birçok sağlık hizmetini özel sektöre kaydıran sağlık reformlarını uygulamaya geçirmektedir. Bunun yanında, tipik olarak tüm sağlık harcamalarının en az 2/3'ünü sağlık insan gücü maliyetleri oluşturduğu için, karar vericiler sağlık çalışan arzını, niteliğini ve gelişimini de etkileyen uzun vadeli ekonomik plan ve politikalar araştırmakta ve geliştirmektedir.¹⁰⁹

¹⁰⁹ Hall, http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_2_2_01.pdf (Erişim 15.05.2009)

Tablo 7.**Ülke Karşılaştırmalı Sağlık İnsan Gücü Planlaması**

	Avusturya	Fransa	Almanya	İsveç	İngiltere
Hekim İnsan Gücü Arzı Kontrolü	Evet: Tıp Fakültelerine giriş merkezi Federal Hükümet tarafından kontrol edilmekte	Evet: Tıp Fakültesine girişte 2. yıl kota, merkezi kontrollü	Merkezi düzeyde sağlık insan gücü planlaması yok, hastaneler kendi personelleri için planlama yapmakta.	Evet: Tıp fakülteleri merkezi düzeyde kontrol edilmekte	Evet: Tıp fakülteleri merkezi düzeyde kontrol edilmekte
Sağlık İnsan Gücü İçin Talep Tahmini	Mevcut Sağlık İnsan gücü ve gelecek talebine dayan tahmin	Mevcut Sağlık İnsan gücü ve gelecek talebine dayan tahmin	Yok	Küçük: Her belediye kendi sağlık insan gücü politikasından sorumlu	Mevcut Sağlık İnsan gücü, gelecek talebi, ve sağlık harcamalarına dayanan tahmin
Sağlık İnsan Gücünün Özel Planlaması	Yetersiz	Yetersiz	Yok	Yetersiz	Yetersiz
Sağlık İnsan Gücünün Coğrafi Dağılımının Planlaması	Yetersiz	Yetersiz	Bazı: Hastanelerin yaptığı planlar bununa dahil değil	Bazı: Her 2.000 nüfus başına birinci basamak sağlık bölgesinde tam zamanlı doktor politikası	Yetersiz: dolaylı olarak hastane fonlarıyla, birinci basamakta yetersiz
Hemşire ve Ebe Arzı Kontrolü	Evet: Eyalet seviyesinde insan gücü planlaması var. Fakat yetersiz olarak görülüyor	Evet: öğrenci kontenjanı ulusal düzeyde, özel ya da coğrafi dağılımda bir dikkat yok	Yok	Evet: ulusal seviyede öğrenci kotası	Evet: ulusal seviyede öğrenci kotası, özel ya da coğrafi dağılımda bir dikkat yetersiz
Diğer Sağlık Profesyonelleri İçin İnsan Gücü Planı	Küçük: 2000 yılında yeni bir komite kuruldu.	Eczacılar, fizyoterapistler ve klinik psikologlar için kota	Yok	Bazıları için kota sistemi ancak diğer personeller dahil değil	Tıpa bağlı birçok profesyonel için kota sistemleri
Bütünleştirilmiş İnsan Gücü Planı	Yetersiz: sağlık insan gücü ayrı olarak planlanmasına rağmen geliştiriliyor	Açık değil	Yok	Açık değil	Yetersiz, fakat geliştiriliyor

Kaynak: Bloor, K. and Maynard, A., Planning Human Resources In Health Care: Towards An Economic Approach An International Comparative Review, **Canadian Health Services Research Foundation**, March 2003, p.9

Tablo 7’de Avusturya, Fransa, İsveç ve İngiltere’nin sağlık insan gücü planlamasına ilişkin karşılaştırma yapılmıştır. Buna göre, Avusturya, Fransa, İsveç ve İngiltere, tıp fakültelerine girişte merkezi düzeyde kontrol yöntemine dayanan hekim arz politikası uygulamaktadır. Ancak Almanya’da hastaneler kendi personelleri için planlama yapmalarına rağmen, Almanya’nın merkezi düzeyde bir sağlık insan gücü planlaması bulunmamaktadır. Avusturya, Fransa, İsveç ve İngiltere sağlık insan gücüne yönelik uygun sayı, sağlık hizmetlerinin gelecek taleplerine dayanan tahminler, muhtemel emeklilikler ve sağlık profesyonellerinin başka şekilde kaybedilmesi gibi arzdaki değişimler ve hekim arzının mevcut durumuna dayanan göreceli tahmin metotları ile belirlenmektedir. Bu dört ülkede ayrıca hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin arzına yönelik de planlama yapılmaktadır. Almanya’da ise, insan gücü arzına yönelik herhangi bir planlama ve talep tahmini yoktur. Beş Avrupa ülkesinde de insan gücü planlamasında yaşanan politik değişim teorik bazda mütevazı, eksik ve yavaş kalmaktadır. Bu ülkelerde yapılan insan gücü planlarında, özellikle güçlü ekonomik etkilerin ve teşviklerin göz ardı edildiği görülmektedir. İngiltere ve Avusturya’da son dönemlerde insan gücü planlarının neoliberal politikalar doğrultusunda daha stratejik bir yaklaşımla geliştirilmesine yönelik bazı adımlar atılmaktadır. Ancak her iki durumda da sağlık insan gücü planlaması ayrıştırılmış ve politik tartışmalara açıktır.¹¹⁰

Toplumsal sağlığın korunması ve geliştirilmesi sağlık insan gücünün doğru planlanması, iyi bir şekilde yetiştirilmesi, yeterli ve dengeli istihdam edilmesi ile gerçekleşebilir. SİGP yapılırken genel olarak aşağıda belirtilen analizlerin yapılması gereklidir.¹¹¹

- Nüfusun sağlık ihtiyacı talebi analiz edilmelidir,
- Sağlık insan gücünün mevcut durumu ölçülmeli ve sağlık insan gücünün fayda ve etkinlik unsurları analiz edilmelidir.

¹¹⁰ Bloor and Maynard, p.8-9

¹¹¹ Hogarth, p,174

- Genel sağlık planı ışığında, gelecekte insan gücünün ihtiyaç duyacağı örgün eğitim ve meslek içi eğitim ihtiyacı analiz edilmelidir.
- Tahmini gereksinimler ile beklenen arz arasındaki dengesizlikler tespit edilmeli ve mevcut insan gücünden optimum faydaya ulaşmaya yönelik önlemleri de içeren bu dengesizlikleri hafifletmeye yönelik politikalar üretilmelidir.

Bu çerçevede yapılacak SİGP'in ayrıca şu unsurları taşıması gerekmektedir:¹¹²

- SİGP, gerek coğrafi, gerekse kültürel, tüm demografik özellikleri tanımlanmış bir toplumun mevcut kısa, orta ve uzun vadeli sağlık gereksinimlerinden yola çıkılarak, bu gereksinimlerin karşılanmasını içeren ve çıkabilecek diğer gereksinimleri de öngören bir planlama olmalıdır.
- SİGP'te, toplumun sağlık düzeyini iyileştiren maliyet-etkili sağlık hizmetlerini sunabilecek sağlık insan gücünün eğitimi, istihdamı ve yönetimi ile ilgili tüm eylemler sistematik olarak çok iyi koordine edilmelidir.
- Sağlık eğitimi, sağlık eğitimi veren paydaş kurumlarla mevcut sağlık sisteminin işleyişine uygun nitelikte sağlık insan gücünün yetiştirilmesini sağlayacak şekilde örgütlenmeli ve planlanmalıdır.
- Mevcut sağlık insan gücünün hizmet içi eğitimlerle, işyerinde verilen eğitimlerle ve kurslarla temel sağlık hizmetlerine yaklaşımı, tıptaki yeni gelişmelere ve uygulamalara adaptasyonu ve modern tıp tekniklerini öğrenmeleri sağlanmalıdır.

¹¹² Mollahaliloğlu, S. ve diğerleri, "Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Planlaması", **Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007** Mollahaliloğlu, S. ve diğerleri (Ed.), SB, Refik Saydam HMM Yayını, Ankara 2007, s.211

Sağlık insan gücü planının hazırlanmasına ilişkin birçok yaklaşım ve yöntemden söz edilmektedir. Bu yaklaşımlardan literatürde en yaygın yer alan yaklaşımlar gereksinimlere dayalı, kullanıma dayalı ve etkin talebe dayalı yaklaşımlardır.

3.2.1 Gereksinimlere Dayalı Yaklaşım

DSÖ tarafından 1980’de tanımlanan gereksinimlere dayalı yaklaşım, nüfusun gelecekteki tahmini sağlık açıklarının yanı sıra, bu açıklara verimli ve etkili şekilde müdahale etmek için gerekli sağlık insan gücü potansiyelinin tahmin edilmesi sürecidir. Bu yöntem üç temel varsayıma dayanmaktadır: 1) Tüm sağlık ihtiyaçları yerine getirilebilir ve getirilmelidir, 2) Ele alınan ihtiyaç metotlarının maliyet etkinliği tanımlanabilir ve uygulanabilir, 3) Sağlık kaynakları, ihtiyaçların göreceli düzeyine göre kullanılabilir.¹¹³ İş yüküne dayalı yaklaşım olarak da bilinen bu metot, esasen sağlık personeli tarafından gerçekte üstlenilen işe dayanmakta ve yatan hasta, cerrahi operasyonlar, doğumlar, ayaktan tedavi edilen hastalar, farklı tipte klinikler, sağlık eğitimi, ev ziyaretleri, sosyal yardım hizmetleri, gözlem ziyaretleri gibi sağlık hizmetleri, iş yükü olarak ifade edilmektedir. Her tip iş yükü, o işi yapan sağlık personelinin çabasını gerektirmektedir. Bu yöntemi uygulayabilmek için, bir yılda yapılan her sağlık hizmet miktarının yıllık istatistiğinin çıkarılması gereklidir.¹¹⁴ Gereksinimlere ya da iş yüküne dayalı planlama yaklaşımını formülü DSÖ tarafından aşağıdaki gibi belirlenmiştir.¹¹⁵

$$\text{Sağlık İnsan Gücü} = \frac{\text{Risk altındaki toplum} \times \text{Kişi başına verilen ortalama hizmet} \times \text{Hizmet verilen yüzde} \times \text{Kişi başına muayene için ayrılan süre}}{\text{Yıllık Mesai Süresi (saat)}}$$

¹¹³ O’Brien-Pallas and et al, p.7

¹¹⁴ Shipp, P.J., **İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Uygulama Kılavuzu**, Doğan, F. ve Oğuzhan, T., (Çev.) Geneva 1998, s.4-5

¹¹⁵ Melikoğlu, M ve diğerleri, “Türkiye’de Uzman Hekim İnsan Gücü Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu” **Türkiye’de Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması “Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu”**, Bayındır, Ü. ve Durak, H. İ (Ed), Tıp Sağlık Bilimleri Konseyi Başkanlığı, Şubat 2008, s.2

Hesaplanan bu personel ihtiyacı sayısı, mevcut personel düzeyi ile karşılaştırılmalıdır. Belirli hizmetlerde, mevcut personel düzeyleri ve onların iş yüküne dayalı yöntemine göre hesaplanan personel ihtiyacı ayrı ayrı hesaplanır ve çıkan sonuç gereksinin duyulan ilave personel sayısını gösterir. Bu yaklaşımın temel zayıflıkları sağlık sektörü ve diğer sektörler arasındaki ilişkiyi öngörmeyişi ve tanımlanan gereksinimlerin her şart altında karşılanamayacak oluşudur.¹¹⁶

3.2.2 Kullanıma Dayalı Yaklaşım

Bu yaklaşım mevcut kaynakların miktarını çeşitliliğini ve nüfusa dağılımını geleceğe yönelik tahminler tabanında ele almaktadır. Sağlık insan gücü kullanım düzeyi, toplumun demografik profiline bağlı olarak üretilen alt gruplara özgü ortalama oranlarla ifade edilmektedir. (örn. hekim başına düşen 0-5 yaş çocuk sayısı v.b) Genel olarak, nüfusun özellikleri için kullanılan yaş ve cinsiyete göre sağlık hizmeti ihtiyaçları, diğer faktöre göre değiştiren bulgulara dayandırılmakta ve sınırlandırılmaktadır. Bu yaklaşım üç temel varsayıma dayanmaktadır:1) Hemşirelik hizmetlerinin mevcut düzeyi, çeşitliliği ve dağılımı nüfusa özgüdür. 2) Yaş ve cinsiyete özgü kaynak gereksinimleri gelecekte de sabit kalmaktadır. 3) Nüfusun demografik profili ve boyutuna ilişkin göç kalıplarının, doğurganlığın ve ölümün yaşa ve cinsiyete özgü tahmin edilen oranları zamanla değişmektedir.¹¹⁷

3.2.3 Etkin Talebe Dayalı Yaklaşım

Etkin talebe dayalı yaklaşım, ekonomik konuların ihtiyaca dayalı yaklaşımın epidemiyolojik ilkelerle tamamlanmasıdır. Bu yaklaşımın altında gereksinimlere dayalı yaklaşımın dayandığı epidemiyolojik ilkelerin yanı sıra, ekonomik değerlendirmeler de devreye girmektedir. Böylece tüm gereksinimlerin karşılanamayabileceği kabul edilmektedir. Bu yaklaşımı kullanarak yapılacak bir planlamanın ilk adımı, gelecekte

¹¹⁶ Yılğör, s.25

¹¹⁷ O'Brien-Pallas and et all, p.8-9

sunulacak sağlık hizmetlerini finanse edebilecek ekonominin büyüklüğünü tahmin etmektir. Bu ngr, daha sonra sağlık hizmetine ayrılacak finansmana dönüştürülmektedir.¹¹⁸

Bu bölümde sağlık sistemi ve temel unsurları, sağlık sistemlerinin sınıflandırmaları ve ülke örnekleri, sağlık sistemi içinde sağlık insan gücünün yeri ve önemi ile sağlık insan gücü ve sağlık insan gücü planlaması kavramsal olarak ele alınmıştır. Sonraki bölümde refah devleti sağlık hakkı anlayışı, sağlık hizmetlerinin kendine has nitelikleri, sağlık sistemlerinin yaşadığı neoliberal dnm süreci ve bu dnmn altında yatan temel sebepler, sağlıkta yaşanan dnmn sağlık sistemi ve sağlık insan gücü üzerine etkileri, sağlık hizmetlerinde piyasa başarısızlıkları ve kamu müdahalesinin gerekliliği ile sağlıkta küresel dnm konuları incelenecektir.

¹¹⁸ Yılđör, s.25

II. BÖLÜM

SAĞLIK SİSTEMİNDE NEOLİBERAL DÖNÜŞÜM

1 REFAH DEVLETİ VE SAĞLIK HAKKI

İlk çağlarda insanlar sosyal risklere karşı, aile ve kabile içi dayanışma ve yardımlar ile güvenliklerini sağlamışlardır. Orta çağın başlamasıyla birlikte, dini kuruluşlar ve meslek kuruluşları etkinliklerini artırarak, bugünkü sosyal hizmet kurumlarının temelini oluşturmuşlardır. Hıristiyan ülkelerde manastırlar ve şövalye teşkilatları yoksulların gıda yardımı ve sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmışlardır. Müslüman ülkelerde ise, sosyal güvenlik daha çok sosyal dayanışma ve yardımlaşma anlayışı içinde, aile ve akrabalık ilişkilerinin yanı sıra, dini ve gönüllü yardımlar şeklinde yürütülmüştür. Dinsel bir yardım türü olan zekatla birlikte, vakıf ve meslek kuruluşları gibi örgütler de etkin faaliyet göstermişlerdir.¹¹⁹ Ancak 16.yy'dan itibaren dinsel yardım kurumlarının yanı sıra, ilk kez devlet tarafından oluşturulan yardım kurumları da ortaya çıkmaya başlamıştır. 1789 Fransız ihtilalinden sonra devlet ve birey arasındaki ilişki, yeni bir boyut kazanmış ve vatandaşların sağlık yardımları gibi kamu yardımlarından faydalanmalarının bir hak olduğu, ilk kez 1793 tarihli İnsan Hakları Bildirisinde yer almıştır. Ancak bu akımlarda, refah devleti anlayışının ortaya çıktığı 19.yy'a kadar, somut bir gelişme olmamıştır.¹²⁰

Refah devletinin gelişiminde, sanayileşmenin getirdiği sorunlar, I. ve II. Dünya Savaşları süresince uygulanan güdümlü politikalar, sınıf çatışmaları, kapitalist ve sosyalist ideolojilerin rekabeti, ekonomik yaşamla ilgili gerekçeler ve demokratik anlayıştaki gelişmeler etkili olmuştur. Dünya savaşları sürecinde yaşananlar ve özellikle 1929 Büyük

¹¹⁹ Gül, S., S., "Yeni Sağ Sosyal Güvenlik Anlayışının Tarihsel Bağlantıları: İngiltere ve Türkiye Örnekleri" **Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi**, 40, 3-4, 2000, ss.53-55

¹²⁰ Güzel ve Okur, s.15-16

Buhranı ile birlikte, piyasanın serbest bir ekonomide kaynakların optimum dağılımını sağlayacağı düşüncesine duyulan güven ortadan kalkmıştır. Bütün bu gelişmelerin etkisiyle refah devleti anlayışı içinde devlet, 19.yy'nin ikinci yarısından itibaren önemli derecede sosyal ve ekonomik müdahalelere başvurmaya başlamış ve bu doğrultuda yetki ve görev alanını sürekli genişletmiştir.¹²¹ Refah devleti anlayışından önce de çeşitli sosyal düzenlemeler olmuştu. Fakat siyasal hakların da gelişmesiyle birlikte liberal ekonomilerde sanayileşme ile ortaya çıkan sorunlara, artan eşitsizliğe ve güvensizliğe karşı devletin kayıtsız kalamayacağı düşüncesinden hareketle, refah devleti anlayışı özellikle II. Dünya Savaşı'ndan sonra gelişmiş ve yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak kavram, II. Dünya Savaşı'ndan sonra devletin ekonomiye müdahalesi, yapılan devletleştirme çalışmaları ile yeni bir boyut ve nitelik kazanmıştır. Bu çerçevede, özellikle piyasa ekonomisinin rekabetçi alanı daraltılarak kamu kesimi için bir faaliyet alanı oluşturulmuştur. Yine bu dönemde daha önce adımları atılan iş kazası, hastalık, yaşlılık ve işsizlik sigortası alanındaki kapsayıcı uygulamalar tek bir çatı altında toplanarak, sosyal güvenlik sistemi ile birleştirilmiştir. Sosyal haklar temeline oturan refah devleti anlayışı kendine eğitim, sağlık, tam istihdam, gelir dağılımı, çalışma koşulları ve konut sorunu gibi, çok geniş bir alanda daha kapsamlı hedefler belirlemiştir.¹²² II. Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan iki kutuplu dünya düzeninde sıcak savaş yerini soğuk savaşa bırakmış ve bu dönemde sosyalist coğrafya ile sürdürülen rekabet ve soğuk savaş stratejisi nedeniyle, sosyalist ülkelerde içselleşen sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi sosyalist politikalar, kapitalist devlet anlayışının temel sorumluluk alanlarına girerek, refah devleti kurgusu içine sosyal politikalarla taşınmıştır.

II. Dünya Savaşı'ndan sonra, özellikle gelişmiş batılı ülkeler sağlığı birey ve toplum için toplumsal ve hayati bir fayda olarak görerek, refah devleti anlayışı çerçevesinde önemli reformlar yapmaya başlamışlardır. İngiltere'de 1942'de hazırlanan Beveridge Raporu'na dayanılarak, ülkede yaşayan tüm bireylere tam bir ücretsiz sağlık

¹²¹ Gökbnar, R. ve Kovancılar, B. "Sosyal Refah Devleti ve Değişim" **DEÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Y. S. 3 (Güz), 1998, s. 251-266

¹²² Koray, M., **Avrupa Toplum Modeli? Nereden Nereye**, Basisen Yayını, Yayın No:31, İstanbul, Ekim 2002, s. 170

hizmeti sağlamak üzere, Ulusal Sağlık Sistemi 1948’de uygulamaya koyulmuştur. İtalya’da 1945’ten sonra nüfusun büyük bir kısmı sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Fransa’da 1945’te yardım sandıklarının gelişmesiyle uygulamaya konan ve başlangıçta işçileri ve ailelerini, 1961’de tarım çalışanlarını, 1966’da serbest çalışanlarını kapsamına alan sosyal sigorta, 1974’te herhangi bir güvencesi olmayanları da kapsayarak genel sigortaya dönüştürülmüştür.

Refah devletinde uygulanan politikaların ekonomik teorisi, kesin bir şekilde ortaya konmamıştır. Ancak 1929 Ekonomik Buhranı’ndan sonra, piyasanın tek başına ekonomide optimum dengeyi sağlayamayacağı tezi ile devletin ekonomiye müdahalesini öneren Keynezyen ekonomik teori, çok kapsamlı ve evrensel refah devletinin oluşturulması için gerekli reform ortamını hazırlamıştır.¹²³ J.M. Keynes’in meşhur kitabı *General Theory of Employment, Interest and Money*’de; maliye politikalarıyla tam istihdamı sağlamak, tüketim eğilimi ve yatırımın uyarılmasını düzenlemek için görevlendirilen devletin doğal olarak işlevlerinin büyük ölçüde genişleyeceği, bu durumun hem ekonomik sistemin bütünlüğünün bozulmasını önlemede uygulanabilir bir araç, hem de bireysel inisiyatifin başarılı olmasının koşulu olduğunu ifade ederek, devlet müdahalesini bir felsefe haline getirmiştir.¹²⁴ Bunun yanında, kurumcu iktisat teorisinin önemli isimlerinden biri olan J.K. Galbraith, piyasada üretilen mal ve hizmetlerin ortaya çıkardığı toplumsal dengesizliklerin giderilmesi için kamusal hizmetlerin artırılmasını önermiştir. Bu çerçevede sağlık hizmetleri, önceden öngörülemeyen, dışsal faydası yüksek olan ve reddedilemeyen nitelikleri ile kamu hizmetinin ve refah devletinin önemli bir parçası haline gelmiştir.

John Rawls “A Theory of Justice” adlı kitabında, refah devletinin felsefi gerekçesini ele almıştır. Rawls’a göre, bireyler zeki veya aptal olmak, güzel veya çirkin olmak, zengin veya fakir bir ailede doğmak gibi kendi hayat planı ve şansını ile ilgili bir çok kararları veremezler. Bu yüzden “doğanın skandal piyangosunu” ve yaşam şansını eşitsizliğini düzeltmek için haklar, özgürlükler, fırsatlar, gelir, refah ve sosyal koşulların

¹²³ Gough, I., “Welfare State”, *New Palgrave Dictionary of Economics*, Güngör, K. (Çev.) Vol 4., p.895-897, s.5-6

¹²⁴ Keynes, J. M., *General Theory of Employment, Interest and Money*, Akalın U., S. (Çev.) Kalkedon Yayınları No:44 Gözden Geçirilmiş İkinci Basım, İstanbul, 2010, s.319-321

yükseltilmesi gibi temel sosyal mallar tüm bireylere eşit olarak sunulmalıdır. Ancak önemli olan bireylerin kamu tarafından sunulan temel sosyal mallara erişiminde fırsat eşitliğini sağlamak için o toplumdaki siyasal, ekonomik ve sosyal kuralların kurumlar tarafından çizilmesi gerekmektedir.¹²⁵ Refah devleti teorisyenlerine göre; bilgi gerektiren alanlarda kişisel çıkarların ve görünmez elin toplumun eğitim, sağlık, sosyal güvenlik, refah gibi kolektif ihtiyaçları doğrultusunda yol göstereceği yaklaşımı doğru değildir ve bu gibi alanlarda devletin üzerine sorumluluk alması için, demokrasinin dayanamayacağı kadar aşırı bir sosyal baskı da mevcuttur. Bu nedenlerden dolayı devlet bu alanları müdahaleci bir rejimle himayesi altına almalıdır.¹²⁶

Refah devleti, sosyal refahın en elverişli şekilde vatandaşlara sunulması amacıyla devletin ekonomiye aktif ve kapsamlı müdahalelerde bulunmasını öngören bir devlet anlayışıdır. Refah devletinin geniş anlamda temel amacı, piyasa ekonomisinin başarısızlıklarını ve yetersizliklerini ortadan kaldırmaktır.¹²⁷ Flora ve Heidenhimer'a göre, refah devleti, "şahıslara ve ailelere asgari bir gelir güvencesi veren, onları toplumsal tehlikelere karşı koruyan, sosyal güvenlik olanağı sağlayan, toplumsal konumları ne olursa olsun, tüm yurttaşlara eğitim, sağlık, barınma gibi sosyal hizmetler alanında belli bir standart getiren devlettir".¹²⁸ Briggs ise, refah devletini "piyasa aktörlerinin rolünü azaltmak amacıyla bilinçli bir şekilde örgütlü kamu gücünün kullanıldığı devlet türü" olarak tanımlamaktadır. Briggs'e göre, refah devletinin üç temel görevi vardır: ilki bireylere ve ailelere, asgari düzeyde gelir garantisi sağlamak, ikincisi vatandaşlarını sosyal risklere (hastalık, yaşlılık, malullük vb.) karşı korumak, sonuncusu ise, sosyal refah hizmetleri ile tüm vatandaşlara en iyi yaşam standardını sunmaktır.¹²⁹

¹²⁵ Rawls, J., **Theorie der Gerechtigkeit**, Frankfurt, Suhrkamp, 1975, p.112; Aktaran, Merkel, W., "Social Justice and the Three Worlds of Welfare Capitalism", **European Journal of Sociology**, 43, 2002, pp 59-91

¹²⁶ Gökbnar, ve Kovancılar, s. 251-266

¹²⁷ Aktan, C. C., "Müdahaleci Devletten :Müdahaleci Sınırlı Devlete", **Yeni Türkiye Dergisi**, No.3, Ankara, 1999, s.43

¹²⁸ Flora, P. and Heidenhimer, A., J., **The Development of Welfare States In Europe And America**, New Brunswick, NJ, Transaction Books, 1981, p.50

¹²⁹ Briggs, A., "Welfare State In Historical Perspective" Pierson, C. And Castles, F., (Ed), **The Welfare State Reader**, Cambridge: Polity Pres 2000, p.17

Devlet, refah devleti kapsamında, vatandaşlarına temel olarak sosyal güvenlik ve sosyal hizmetler sunmaktadır. Refah devleti, vatandaşlarını sosyal risklere karşı koruyacak ve onlara gelir desteği sağlayacak sistemleri kurarak, sosyal güvenlik görevini yerine getirmektedir. Sosyal hizmetler kapsamında ise, eğitim, sağlık, barınma gibi vatandaşların temel ihtiyaçlarını karşılayacak kurum ve sistemleri oluşturmakla yükümlüdür. Ancak refah devletinde tüm vatandaşlara sağlık hizmeti sunmak, refah tedbirlerinin önemli parçalarından biridir ve ekonomik kaynakları tüketen kalemlerin başında gelir. Refah devletinde sağlık hizmetleri, sigorta kapsamında karşılıklı ya da ulusal sağlık hizmetleri kapsamında karşılıksız olarak sunulmaktadır. Amacı doğrudan insan hayatı olan sağlık politikası, tüm politikaların odağı olan insanı mümkün olduğunca uzun ve sağlıklı yaşatmayı hedeflemektedir. Bu çerçevede, sağlık hizmetleri yeterli, eşit, kaliteli ve sürekli bir şekilde her bireye, her bölgeye ulaştırılmalı ve toplumun sağlık düzeyi sürekli yükseltilmelidir.¹³⁰

Günümüzde bireyin sahip olduğu temel hak ve özgürlüklerin kaynağı yaşama hakkından gelmektedir. Birey, yaşadığı sürece diğer hak ve özgürlüklerini kullanabilir. Bu nedenle gerek uluslararası belgelerde gerekse, birçok ülke anayasasında temel hakların odak noktasını yaşama, maddi ve manevi varlığı koruma ve geliştirme hakkı oluşturmaktadır. Ayrıca bireyin hayatını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesini teminat altına alan sağlık hakkı da kişinin yaşama hakkının ayrılmaz bir parçasıdır. Günümüzde sağlık hakkı, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olması biçiminde değerlendirilmektedir. Bu nedenle, refah devleti bireylerin yaşama hakkını güvenceye almak ve hayatlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesine imkan tanımak için ne gerekiyorsa onu yapmakla yükümlüdür.¹³¹

İnsan ve toplum sağlığını korumak, sağlık düzeyini yükseltmek, daha sağlıklı ve daha iyi bir dünyada yaşamak ve gelecek nesillerin daha iyi şartlarda yaşamasını sağlamak

¹³⁰ Özdemir, S., "Refah Devleti ve Üstelendiği Temel Görevler Üzerine Bir İnceleme", **AB-Türkiye & Endüstri İlişkileri**, Hekimler, A. (Ed), Beta Yayınları, İstanbul 2004, s.629-630

¹³¹ Makas, R., **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Norm ve Standart Birliği**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hukuk Anabilim Dalı, Özel Hukuk Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2003, s.191

bütün insanlığın ve ülkelerin ortak amacıdır. Bu çerçevede vatandaşlarının sağlıklı bir ortamda yaşamasını sağlamak, onlara sağlığını koruma bilinci vermek ve bunun için gerekli tüm altyapıyı oluşturmak devletin temel görevlerindedir.¹³²

DSÖ sağlığı, “kişinin sadece hasta ya da sakat olmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden de tam bir iyilik halinde olması” şeklinde tanımlamıştır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’ne göre ise sağlık; insanları ırk, dil, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal durumuna göre ayırt etmeden, herkese en yüksek düzeyde verilmesi gereken temel bir haktır ve hükümetler kendi vatandaşlarının sağlığından sorumludur. Ayrıca UÇÖ’nün Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkında 102 Nolu Sözleşmesinde sayılan dokuz sosyal riskle karşılaşanlara, sigorta yardımının yanı sıra, sağlık yardımı da yapılmasını esas almaktadır. Aynı sözleşmede sayılan sosyal risklerden biri de hastalık riskidir. Avrupa Sosyal Şartı’na göre, taraf devletler yeterli kazanç ve kaynaktan yoksun herkesin sosyal ve tıbbi yardım hakkından yararlanabilmesini sağlamakla yükümlüdürler. Uluslararası belgelere göre, bireyin sağlığının korunması temel bir hak olduğuna göre, bu hakkın sağlanması ve korunması için her türlü önlemi almak, devletin temel ödevleri arasına girmektedir. Bu nedenle devlet, toplumun genel sağlığını korumak için gerekli sağlık hizmetlerini, kurduğu sağlık sistemi ile yerine getirmek zorundadır. Bu açıdan sağlık hizmetlerini yürüten devlet kurumlarının, bireyler hasta olmadan önce koruyucu sağlık önlemlerini alması ve bireyler hastalandıktan sonra ise, gerekli teşhis ve tedavi hizmetlerini eşit, dengeli ve verimli bir şekilde sunması büyük önem taşımaktadır.

Sosyal haklar refah devletini gerçekleştirmenin araçlarındandır. Bu çerçevede, sosyal haklardan sayılan sağlık ve sosyal güvenlik hakkı, bir insanın insan onuruna yaraşan bir düzeyde yaşayabilmesi için refah devleti anlayışının en yaygın hizmetlerindedir. Sağlık hakkını güvence altına almanın koşulu yeterli, ulaşılabilir, sürdürülebilir ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunmaktır. Sosyal güvenlik hakkını güvence altına almanın koşulu ise, bu hizmetlerin ödenebilir olmasını sağlamak amacıyla hastalığın finansal riskine karşı

¹³² Kutlu ve diğerleri, s.271

vatandaşları güvence altına almaktır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı olarak da adlandırılan bu iki koşulun temel amacı sağlığı geliştirmek, sağlığı bozulanları yeniden sağlıklarına kavuşturmak veya sağlığı korumak olan bütün eylemleri içeren bir sistem olan sağlık sistemini oluşturmaktır.¹³³

Sağlıklı insanların yaşadığı mutlu toplumları oluşturmak şüphesiz tüm ülkelerin ve insanların en önemli hedeflerinden birisidir. Sağlığın korunup geliştirilmesi ise ekonomik, sosyolojik, biyolojik ve fiziki çevre koşullarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, bireylerinin hayat tarzında gerekli olumlu değişikliklerin yapılması ve gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir.¹³⁴ Bu bakış açısına göre, sağlık hizmetleri, insanların bedeni ve ruhi yönden korunması, onarılması ve iyileştirilmesine yönelik faaliyetler olarak tanımlanabilir.¹³⁵ Bu faaliyetler; ağrıların dindirilmesi, sakatlığın giderilmesi, vücudun bazı işlevlerinin onarılması, hastalık ve kazaların önlenmesi, çok sayıda hastanın tedavisinde en iyi sonuçların alınacağı sistemin geliştirilmesi gibi amaçlar taşıyabilir.¹³⁶ Ayrıca toplumsal fırsat eşitliğinin sağlanabilmesi için, hükümetler tüm halkın üretilen sağlık hizmetlerinden sosyo-ekonomik durumlarından bağımsız olarak gerekli tedaviyi, kaliteli bir şekilde almalarını sağlamalıdır. Sağlık hizmetleri, ilk ve en önemli olması gereken, reddedilemeyen ve hariç tutulamayan özellikleri ile kamu hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır.¹³⁷

2 SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL NİTELİKLERİ

Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden birisini oluşturmaktadır. Hizmet sunumunda etkinliğin sağlanmasında, öncelikle sağlık

¹³³ Balkır Z., G., **Türk Anayasa Yargısında Sosyal Hakların Korunması**, Kocaeli Üniversitesi Yayınları, Yayın No:335, Kocaeli, 2009, s.90; Yaşar, G., **Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi**, Ankara Üniversitesi Sos. Bil. Enst., Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkiler Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara 2007, s.4

¹³⁴ Yıldırım, S., **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, Ankara, 1994, s.10

¹³⁵ Kurtulmuş, S., **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, İstanbul, 1998, s.18

¹³⁶ Yıldırım, R., “Sağlık Hizmetlerinde Adil Yararlanma Hakkı”, **Kamu Hukuku Dergisi**, Kasım 2005, s.122

¹³⁷ Koçak, O., “Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’de Sağlık Sektöründe Gelişmeler”, **Econ Anadolu 2009: Anadolu International Conference in Economics**, Eskişehir, June 17-19, 2009, s.10

hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması ve bu bağlamda bu hizmetlerin kamu hizmeti olarak vermesi, önemli bir yer tutmaktadır.¹³⁸

Literatürde iki ana kamu hizmeti kategorisinden söz edilmektedir. Bunlar, genel idare esaslarına göre yürütülen kamu hizmetleri (idari kamu hizmetleri) ve işletmecilik esaslarına göre yürütülen kamu hizmetleridir (sınai ve ticari kamu hizmetleri). Ancak yaygın kanaat, kamu hizmetlerinin devletin temel görevleri niteliğindeki, genel idare esaslarına göre yürütülmesidir. Bu kapsamdaki hizmetlerin görülmesinde genel olarak, “emanet usulü” olarak da adlandırılan, devletin hizmeti doğrudan yerine getirmesi yöntemi tercih edilmektedir. Bu yöntemle görülen hizmetlerde kar amacı güdülmez, hizmetin finansmanı devlet bütçesinden sağlanır, bu hizmetten yararlanma insan hakkı ya da yurttaşlık hakkı olarak görülür ve hizmetten yararlananlardan hizmet karşılığında bir bedel istenmez. Ayrıca, hizmetin yerine getirilmesini üstlenen personel de “kamu görevlisi” statüsündedir.¹³⁹ Buna karşılık, işletmecilik esasına göre yürütülen kamu hizmetleri, arz talep ilişkileri çerçevesinde yerine getirilen hizmetleri kapsamaktadır. Bu kapsamda yürütülen hizmetlerde; kar amacı güdülür, hizmetin finansmanı yararlananların ödediği ücretlerle sağlanır ve bu hizmetten yararlananlar müşteri konumundadır. Bu tür hizmetleri yerine getiren personel de “işçi” statüsündedir.¹⁴⁰

Sağlık hizmetleri, bireye ve topluma doğrudan ve dolaylı olarak sunulan hizmetlerin tümünü kapsamaktadır. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin genel amaçlarını şu şekilde sıralayabiliriz:

- Toplumda sağlık talebinin oluşmasını sağlamak,
- Toplumun sağlık standartlarını yükseltmek,
- Kişiyeye ve çevreye yönelik koruyucu tedbirleri almak,

¹³⁸ Altay, A., “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı:64, Ocak-Mart 2007, s.33

¹³⁹ Ataay, F., **Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Türkiye’de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler**, De Ki Basım Yayım, Birinci Baskı, Ankara, 2007, s.81-82; Ataay, F., “Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıkta Yansımaları”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:20, Sayı:1, Ocak Şubat 2005, s.68

¹⁴⁰ Karahanoğulları, O., **Kamu Hizmeti (Kavram ve Hukuksal Rejim)**, Turhan Kitapevi, Ankara, 2002, s.300-301

- Hasta ve sakatların iyileştikten sonra yeni durumlarına uyum ve adaptasyonlarını sağlamaktır.

Sağlık hizmetleri, bireyleri hastalıktan korumak ve sağlıklı bir çevrede yaşamalarını sağlamak veya olumsuz çevre şartlarının düzeltmek (Koruyucu sağlık hizmetleri), hasta bireylerin tedavilerini yapmak (Tedavi edici sağlık hizmetleri), hastalık ve sakatlık nedeniyle sağlığını kaybedenlerin rehabilitasyonlarını yapmak (Rehabilitate edici sağlık hizmetleri) şeklinde üç grupta toplanmaktadır. Sağlık hizmetleri temelde doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki şekilde yürütülmektedir. İlk olarak doğrudan sağlık hizmetleri, sağlık ocağı, hastane gibi sağlık kuruluşları tarafından bireylerin hasta olmamaları ve sağlıklarını korumaları için yapılan hizmetlerle, hasta olduklarında iyileşmelerine yönelik, doğrudan bireylere ve çevrelerine yapılan hizmetlerdir. Dolaylı sağlık hizmetleri ise, uzun dönemde bireylerin ve toplumun sağlığına etki eden hizmetlerdir. Bu kapsamda eğitim hizmetleri, ekonomik kalkınma faaliyetleri, teknolojik gelişmeler ve şehirleşme dolaylı sağlık hizmeti olarak değerlendirilebilir. Dolaylı sağlık hizmetleri ile toplumun sağlık göstergeleri arasında doğru orantılı bir ilişki vardır. Yani bir toplumda eğitim seviyesi ve ekonomik refah arttıkça o toplumun sağlık göstergeleri de yükselmekte, aksi durumda ise, toplumun sağlık seviyesi düşmektedir. Bu nedenle, bir ülkenin sağlık sistemi o toplumun sosyal ve ekonomik kalkınmasının bütünleşik bir parçasını oluşturduğunu söyleyebiliriz. Sürdürülebilir, etkili ve verimli sağlık hizmeti sunabilmenin koşulları, sağlık hizmetlerin tek elden yönetilmesi ve sağlık birimlerinin herkese kaliteli ve eşit sağlık hizmeti verecek şekilde örgütlenmesi; sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlayacak finansmanın bulunması ve sağlık hizmetini sunacak yeterli sayıda ve nitelikte sağlık insan gücünün istihdam edilmesine bağlıdır.

Sağlık hizmetleri sunumunda son yıllarda diğer mal ve hizmet piyasalarından yola çıkılarak rekabet, piyasa, tüketici tercihleri gibi kavramlar tartışılmaya başlanmıştır. Ancak sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran kendine özgü bazı nitelikleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kendine has bu niteliklerini şu şekilde sıralayabiliriz:

- Sağlık hizmetinin en temel özelliği belirsiz ve öngörülemez olmasıdır. Özellikle kazalarda (iş kazası, trafik kazası, ev kazası, deprem...) gerekecek acil sağlık hizmetlerine kimin ne zaman gereksinim duyacağı önceden kestirilemez. Kuşkusuz bu özellik acil sağlık hizmetleriyle sınırlı değildir. Birçok hastalık için de aynı özellik geçerlidir. Ayrıca sağlık sorunları karşısında başvuru yapılan incelemeler ve tedavilerde de her zaman bir belirsizlik ve kesin öngörülemezlik söz konusudur. Tedavinin ne kadar süreceği ve başarılı olup olmayacağı kesinlikle bilinemez. Bu özelliğin kaçınılmaz bir sonucu olarak, sağlık hizmetinin yol açacağı maliyetler de belirsiz ve öngörülemezdir.¹⁴¹ Bu nedenle çoğu sağlık hizmeti tüketimin ani ve beklenmedik olması ve çok pahalı olması nedeniyle kolektif bir çözüm yöntemi olarak sigorta sistemleri kurulmuştur.
- Sağlık hizmeti diğer ekonomik mal ve hizmetler gibi bilinçli ve isteyerek tüketilen bir hizmet değildir. Sağlık hizmeti ihtiyacı ortaya çıktığı anda karşılanması gereken niteliği nedeniyle sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişinin bilinçli bir fayda/maliyet analizi yapması beklenemez.¹⁴²
- Sağlık hizmeti kullanımı zorunlu bir hizmettir ve talep esnekliği katıdır. Yani fiyatların yüksekliği hizmete olan gereksinimi düşürmez, fiyatların düşmesi de tüketimi önemli ölçüde artırmaz.¹⁴³
- Sağlık hizmetleri bireyin çalışma gücünü arttırdığından, üretim kapasitesini destekleyen bir niteliğe sahiptir. Ayrıca sağlık hizmetleri, hasta bireyin çalışma gücünü yeniden kazanmasını sağlayarak, sosyal ve ekonomik gelişmenin önünü açmakta ve yeni maliyetlerin ortaya çıkmasını engellemektedir.

¹⁴¹ Şenatalar, B., "Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış", C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi Özel Eki, 25 (4), Sivas, 2003, s.25

¹⁴² Belek, Sağlık Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü, s.152

¹⁴³ Kutlu ve diğerleri, s.18

- Sağlık hizmetinin diğer bir özelliği de, sağlık alanında verilen hizmetlerin yerine başka bir hizmetin ikame edilememesi ve ertelenememesidir. Örneğin, bir beyin ameliyatı, maliyetinin yüksek olması nedeniyle, daha düşük maliyetli olan diş çekimi ile ikame edilemez. Ayrıca sağlık hizmetleri ertelenemez özelliği nedeniyle çoğu kez ortaya çıktığı anda karşılanmak zorundadır. Özellikle acil olarak, kişiye ağrı-acı veren ve sağlığını tehlikeye düşüren durumlarda sağlık hizmeti talebi ertelenemez bir niteliğe sahiptir.¹⁴⁴
- Birçok mal ve hizmetin kullanılmasında tüketicinin bir fikri varken, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişinin kendisine uygulanan tedavi yönteminin uygunluğu ve kalitesi hakkında çok az bilgisi vardır. Bu durum hizmeti talep eden hastanın doktora tam anlamıyla bağımlı olmasına sebep olmaktadır. Yani sağlık hizmetinin kapsam ve boyutunu hizmeti talep eden değil de, doktor saptamaktadır.¹⁴⁵ Örneğin salon takımının tamamını mı yoksa, bir kısmını mı alacağına birey kendisi karar verirken, her hangi bir organın tamamını ya da bir kısmının ameliyatla alınmasına doktor karar verebilir, hasta alacağı hizmeti tartışamaz ve pazarlık edemez.
- Sağlık hizmetinin bir bölümü toplumsal bir nitelik taşır ve dışsal faydası çok yüksektir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunda kamu ağırlıklı bir yapılanma söz konusudur.¹⁴⁶

Yarı kamusal mal niteliğinde olan sağlık hizmeti, pazarlanabilir nitelikte olmasına rağmen, aşağıda daha ayrıntılı olarak bahsedeceğimiz piyasa başarısızlıkları nedeniyle sağlık ihtiyaçların optimum düzeyde sağlanması mümkün değildir. Bu durumun sağlık hizmetleri sunumunun ve finansmanının kamu ağırlıklı olarak yürütülmesi, düzenlenmesi ve denetlenmesi sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

¹⁴⁴ Mutlu, A. ve Işık, A., **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa, 2005, s.35-37

¹⁴⁵ Tatar, F. ve Tatar, M., "Sağlık Hizmetlerinde Özel Sektör/Kamu Sektörü Tartışmasının İdeolojik Boyutları", **Toplum ve Hekim Dergisi**, c:11, s:72, 1996, s.36

¹⁴⁶ Altay, "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", s.33; Kutlu ve diğerleri, s.18

3 SAĞLIKTA NEOLİBERAL DÖNÜŞÜM: KAMU HİZMETİ PARADİGMASINDAN PİYASA HİZMETİ PARADİGMASINA

Neoliberalizmin kökeni 1770’li yılların ortalarında yaşayan ve ekonomik meselelerde devletin rolünün azaltılarak, ticaretin önündeki engellerin kaldırılması ve geliştirilmesini böylelikle piyasanın görünmez elinin ekonomik dengeyi sağlayacağını savunan Adam Simit’in çalışmalarına dayanmaktadır. Bu dönemde, liberal ekonomik düşünce neredeyse 200 yıl hüküm sürmüş ve 1930 Büyük Buhrandan sonra ekonomiye devletin müdahalesini temel alan Keynesyen ekonomik yaklaşım geçici olarak yerine geçmiştir. II. Dünya Savaşı’ndan sonra ortaya çıkan iki kutuplu dünya düzeninde sıcak savaş yerini soğuk savaşa bırakmış ve bu dönemde sosyalist coğrafya ile sürdürülen soğuk savaş stratejisi ve rekabet nedeniyle, sosyalist ülkelerde içselleşen sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi sosyalist politikalar, kapitalist devletin temel sorumluluk alanlarına girerek, refah devleti anlayışı ortaya çıkmıştır. Ancak 1970’lerde yaşanan küresel ekonomik krize tepki olarak ortaya çıkan neoliberalizm, krizin faturasını refah devleti politikalarına çıkarmış ve krizden çıkış olarak da piyasa dinamiklerine dayalı ekonomik, toplumsal ve siyasal yeniden yapılanmayı öngörmüştür.¹⁴⁷ 1970’lerde piyasa ekonomisinde liberalizm veya kuralsızlaştırma, özelleştirme ve devlet müdahalesinin kaldırılması yaklaşımlarını esas alan liberalizmin yeniden gün yüzüne çıkması nedeniyle, bu ideolojinin adı “yenilenmiş liberalizm” yani neoliberalizm’dir. Neoliberalizm bireyselleşme (individualism) serbest piyasa, özelleştirme ve kuralsızlaştırma (free market, privatisation and deregulation) ve yerelleştirme (decentralisation) olmak üzere üç temel yaklaşıma sahiptir.¹⁴⁸ 1970’lerden itibaren özellikle Milton Friedman’ın araştırma ve teorilerinden esinlenen parasalcı ve arz-yanlı yaklaşımlar, Keynezyen anlayış ve onun sonucu olarak görülebilecek müdahaleci devlete önemli eleştiriler getirerek, ekonomik politikalar neoliberal teori ekseninde yeniden şekillendirilmiştir.¹⁴⁹ Bu çerçevede Friedrich von Hayek, Milton Friedman, Ludwig von

¹⁴⁷ Üçkuyu, s.328-329

¹⁴⁸ Martinez, E. ve Garcia, A., “Corporate Watch - What is Neoliberalism”, 1999, <http://www.igc.org/trac/corner/glob/neolib.html> (Erişim: 05.04.2009)

¹⁴⁹ Thorsen D. E. and Lie A., “What is Neoliberalism?”, [http://folk.uio.no/daget/What%20is%20Neo-Liberalism %2010-11-06.pdf](http://folk.uio.no/daget/What%20is%20Neo-Liberalism%2010-11-06.pdf), p.8 (10.10.2006)

Mises ve Michael Polanyi gibi bilim adamlarının çalışmaları ile akademik düşüncede öne çıkmaya başlayan neoliberal teori, sadece serbest bireysel tercih ideali için değil, optimum iktisadi performansı, etkinliği, ekonomik büyümeyi ve teknik ilerlemeyi elde edebilmek için de serbest piyasa ekonomisini temel almaktadır. Ayrıca devlete mülkiyet haklarının ve sözleşmelerin güvence altına alınması ve para arzının düzenlenmesi gibi sınırlı bir rol verilmekte ve piyasa başarısızlıklarını düzeltmeye yönelik kamu müdahalelerine, ekonomik etkinsizliğin kaynağı olarak gördüğünden karşı çıkılmaktadır.¹⁵⁰ Milton Friedman kamu müdahalesine olan karşı çıkışını “*bu güne kadar devlet tarafından alınan önlemler gelişmeye yardımcı değil gelişmeyi engelleyici olmuştur. Bu önlemleri parasal olarak karşılayabilmek ve baskılayabilmek ancak piyasanın doğurganlığı sayesinde gerçekleşebilir. Görünmez elin gelişmedeki gücü, görünen elin gerilemedeki gücünden daha üstündür.*” şeklinde ifade etmektedir.¹⁵¹ Dicey ise, bu karşı çıkışı “*devlet müdahalesinin özellikle yasama biçimindeki yararlı etkisi doğrudan, anında ve görülebilirdir; buna karşılık kötü etkileri dolaylıdır, yavaş ve aşamalı olarak gelişir, göz önünde değildir. Devlet müdahalesini hoş gören eğilim bir toplumda ancak bireysel özgürlük lehine bir direnme ya da önyargının varlığıyla dengelenebilir; bu da “bırakınız yapınlar” dır.*” şeklinde ifade etmektedir.¹⁵²

Dünya son 30 yıllık süreçte, ekonomik, siyasi ve sosyal yönden önemli bir neoliberal dönüşüm yaşamıştır. Milton Friedman ve arkadaşlarının akademik olarak başlattıkları bu dönüşüm süreci ABD Başkanı Reagan tarafından 1970 sonlarında, İngiltere Başbakanı Thatcher tarafından 1980 başlarında pratikte uygulanmaya başlanmıştır. Bu süreçte, devletin ekonomik ve sosyal aktivitelerine müdahalesinin azaltıldığı; piyasanın gücünü liberalleştirmek için işgücü ve finans piyasalarının kuralsızlaştırıldığı ve ticaret ve yatırımları uyarmak için emek, sermaye, mal ve hizmetlerin tam hareketliliğini sağlayan sınırların ve engellerin ortadan kaldırıldığı görülmüştür. İşte bu politikalar neoliberal ideolojiyi oluşturmaktadır. Neoliberal ideolojinin sağlık hizmetlerine yansması ise, toplum

¹⁵⁰ Kotz, D. M. and Hall, T. “Globalization and Neoliberalism”, **Rethinking Marxism**, Vol: 14, No: 2, Summer 2002, p. 64

¹⁵¹ Friedman M., **Capitalism and Freedom**, Erbek, D. ve Himmetoğlu, N., (Çev.) Plato Film Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 2008, s.271

¹⁵² Dicey A., V., **Law And Public Opinion In England**, 2. Edition, MacMillian London, 1914, s..257-8

sağlığında kamu sorumluluğunun azaltılması; seçim ve piyasaların artırılması; sağlık sistemlerinin sigorta temelli sağlık sistemlerine dönüştürmesi; sağlık hizmetinin özelleştirilmesi; hastaları müşteri olmaya sevk eden bir söylemle planlamanın piyasalar tarafından değiştirilmesi; sağlığın iyileştirilmesi için bireylerin kişisel sorumluluğunun vurgulanması şeklinde olmuştur.¹⁵³ Bu dönüşümde, soğuk savaşın sona yaklaşması ile sosyalist bloğun, refah devleti ve sosyal devlet baskısının sona ermesinin de önemli bir etkisi olmuştur.¹⁵⁴ Son 30 yıl içinde bu politikaların ve uygulamaların DB, IMF ve DSÖ gibi uluslararası örgütler tarafından desteklendiği, Avrupa Birliği ülkeleri ve ABD de dahil olmak üzere dünya çapında uygulandığı görülmektedir.

1980'li yıllara kadar sosyalleştirme aracılığıyla sağlık hizmetlerinin devlet finansmanı altında ücretsiz olarak sunulması, sağlık hizmeti talebinin artmasını sağlamıştır. Sonuç olarak, bu süreç içinde batılı ülkelerde yıllık kişi başı hekim kullanma sıklığı 2-3'den 10'un üzerine kadar yükselmiştir.¹⁵⁵ Sağlıktaki bu talep artışı özel sektör için de çok önemli bir kar sağlama potansiyeli haline gelmiştir. Bugün, dünyada uluslararası ticaretin yaklaşık beşte birini hizmet sektörü oluşturmakta olup, bunun içinde sağlık sektörü en hızlı büyüyen sektör olarak kabul edilmektedir. Örneğin, dünyada sağlık alanında son yirmi yılda doğrudan yabancı sermaye yatırımı 20 kat artarak, 27 Trilyon \$'a (dolar) ulaşmıştır. OECD ülkelerinde sağlık sektöründen yılda 4 trilyon \$ kar edildiği, Kanada sağlık sistemine ABD dışındaki ülkelere yılda 40 milyar \$'lık bir girdi sağlandığı görülmektedir. Güney Avrupa ülkelerinde ise, mevcut özel yataklar, kar getirici özel şirketlerin ortaya çıkmasıyla hastane gelirlerinin yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Böylesi bir ticarileşme; ileri tıp teknolojisinin kullanılmasına ve sağlık hizmetlerinin bu teknolojiyi tüketecek şekilde yapılandırılmasına yol açmıştır. Bu gelişmelerle, uzmanlaşmış sağlık hizmetleri ihraç edilmeye başlanmış ve çokuluslu-çok ortaklı şirketler öncelikle hastaneler

¹⁵³ Navarro, V., "What We Mean By Social Determinants Of Health", **Eighth IUHPE European Conference** on September 9-13, 2008, in Turin, Italy; originally published in IUHPE – Global Health Promotion, Vol. 16, No. 1, 2009

¹⁵⁴ Üçkuyu, s.328-329

¹⁵⁵ Belek, İ., "Sağlıkta Özelleştirme", **Ölçü Dergisi**, Ağustos 2004, s.39

olmak üzere, tıp merkezleri, evde bakım merkezleri, eczane zincirleri ve özel sağlık sigorta şirketleri kurmuşlardır.¹⁵⁶

Sağlık hizmetlerini bir kamu hizmeti olarak nitelendiren ve temel bir insan hakkı olarak gören refah devleti anlayışının yerini neoliberal yaklaşımlara bırakması, bireysel haklarla ilgili tartışmaları bitirmemiştir. Buna göre, neoliberal paradigmanın temellerini oluşturan özgürlükçü liberaller, sadece temel politik ve sivil hakları içeren negatif hakların korunması gerektiğine inanmaktadırlar. Böylece negatif haklar kişisel seçimler konusunda devletin müdahalesi olmadan bireylerin istedikleri gibi hareket edebilmeleri özgürlüğünü güvence altına alınmış olacaktır. Eşitlikçi liberaller ise, bunun aksine yeterli kaynaklar olmadan seçim hakkının anlamsız olduğunu ve bireylerin kişisel seçimlerini yapmaları için öncelikle onlara bu olanağı verecek ön koşulların sağlanması gerektiğini ileri sürmektedirler. Bu yüzden, adil fırsat eşitliğini güvence altına almak için gereken hizmet ve kaynaklara minimum düzeyde ulaşma konusunda, herkese sağlık hakkı gibi pozitif haklar sağlanmalıdır. Ancak buradaki temel sorun, pozitif hakları güvence altına almak için devletin ne düzeyde kaynak sağlanması gerektiği tartışmasıdır.¹⁵⁷

Neoliberal bakış açısına sahip olanlar, kamu tarafından üretilen mal ve hizmetlerin hantal ve verimsiz sunulması nedeniyle, piyasa mekanizmasıyla bu mal ve hizmetlerin daha etkin ve verimli sunulacağını savunmaktadırlar. Ayrıca neoliberal reformlarla sağlanacak özgürlüğün, bölüşüm ilişkilerinde adaleti sağlayacağı varsayımından hareketle, piyasanın nihai olarak herkesin lehine sonuçlar doğuracağını ileri sürmektedirler. Neoliberal yaklaşıma göre, piyasa ekonomisi hem siyasal ve toplumsal özgürlükleri arttırmakta, hem de, ekonomik aktörler ve işletmeler arasında artan rekabet sonucunda, mal ve hizmetlerin daha kaliteli ve daha ucuza üretilmesini sağlamaktadır.¹⁵⁸ Bu politikaların temel bileşenleri, devletin hizmet sunumunun kısıtlanması, devletin özel sektörün piyasaya girişini teşvik

¹⁵⁶ TTB, **Fusun Sayek TTB Raporları 2008 Sağlık Emek-Gücü: Sayılar ve Gerçekler**, 1. Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2008, s.18

¹⁵⁷ Roberts, M., J. and et all, **Getting Health Reform Right: A Guide To Improving Performance And Equity (Hardcover)**, Oxford Universty Press, 2004, p.49

¹⁵⁸ Elbek, O. ve Adaş, E. B., "Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme", **Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni**, Cilt:12, Sayı:1, 2009, s.34

edecek uygulamaları hayata geçirmesi ve sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında en az devlet kadar özel sektöre de yer verilmesidir. Bu doğrultuda DSÖ Dünya Sağlık Raporu 2000'de şu görüşlere yer vermiştir: ¹⁵⁹

“Bir ülkenin sağlık sisteminin tüm işleyişindeki asıl sorumluluk hükümetindir, hükümet de buna karşılık, kendine yardımcı olmak üzere tüm sektörleri buna dahil etmelidir. İyi bir hükümet için asıl önemli olan en iyi ve en adil sağlık sisteminin mümkün kaynakla kurmak ve nüfusun refahını dikkatli ve titiz bir şekilde yönetmektir. Halkın sağlığı her zaman ulusal önceliktir ve bunun için hükümet sorumluluğu sürekli ve daimidir. Bu nedenle sağlık politika ve stratejileri, devlet fonları ve faaliyetlerini olduğu kadar, özel hizmet tedarikini ve özel finansmanı da kapsamalıdır. Ancak bu sayede, sağlık sistemleri, bir bütün olarak, halkı ilgilendiren hedefleri başarmaya yönlendirilebilir.”

Devleti yeniden yapılandırmayı hedefleyen neoliberal politikalar, kamu hizmetlerini de yeni kamu yönetimi anlayışı ile yeniden düzenlemektedir. Bu neoliberal yeniden yapılandırma süreci, hem kamu hizmeti anlayışını, hem kamu hizmeti olarak ele alınan ekonomik ve sosyal faaliyetlerin kapsamını, hem de kamu hizmetlerinin yerine getiriliş yöntemlerini yeniden biçimlendirmiştir. Kamu hizmetlerinin azaltılması ve devletin işlevlerinin daraltılması isteklerinde, kamu kesiminden piyasaya geçen sağlık, eğitim gibi hizmetlerin özel kesim için kayda değer bir pazar payı oluşturması önemli bir etken olmuştur. Ancak, bireylerin gelir düzeyinin düşüklüğü ve gelir dağılımındaki eşitsizlikler nedeniyle, kamu kesiminin piyasadan çekilmesi piyasaya geçen hizmetin talebini düşürdüğü görülünce kamunun piyasadan tamamen çekilmesi yerine, kamunun sadece hizmetin doğrudan üretiminden çekilmesi ve kamusal finansmana devam edilmesi yoluna gidilmiştir. ¹⁶⁰ Kamu hizmetlerinin piyasalaştırılmasıyla sonuçlanan bu eğilim, kamu

¹⁵⁹ WHO, **World Health Report 2000 Health System: Improving Performance**, p.xiv

¹⁶⁰ Acar, İ. A. ve Gül, H., “1980 Sonrasında Kamusal Mal ve Hizmet Sunumunda Yaşanan Dönüşüm”, **22. Maliye Sempozyumu, Mali Yapılanma Sürecinde Stratejik Yönetim Ve Sosyal Güvenlik Sisteminin Kamu Maliyesine Etkileri**, Antalya, 09-13. Mayıs 2007, s.7

hizmetlerinin örgütlenme ilkelerini de köklü bir biçimde değiştirmiştir.¹⁶¹ Bu çerçevede sosyal güvenlik, sağlık, eğitim gibi sosyal hizmetlerin piyasaya devredilmesi, özelleştirilmesi ya da sivil toplum örgütlerine bırakılması strateji olarak belirlenmiş ve teşvik edilmiştir.¹⁶²

1980 sonrasında, özellikle gelişmiş ülkelerdeki refah hizmetleri, yavaşlayan ekonomik büyüme, yükselen uluslararası rekabet ve beklenmeyen oranda nüfus artışının olduğu bir ortamda maliyetleri yükselten bir unsur olarak görülmeye başlanmasıyla¹⁶³ birlikte gelişmiş ülkeler sağlık sistemlerini gözden geçirerek Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası'nın (DB) planları doğrultusunda bir dizi sağlık reformu yapmışlardır. Bu durum karşısında, devletler tüm harcamaları kıstak ya da mevcut uygulamaları terk etmek yerine, yapılan sağlık reformlarıyla sağlık sektöründe devletin rolünün daha azaltılması ve sağlık finansmanın da devlet-özel sigorta etkinliği ile sürdürülmesi benimsenmiştir. Ayrıca sağlık alanında bazı devlet fonksiyonlarının desantarilizasyonu, kalan diğer fonksiyonların ise, özelleştirilmesi yönünde bir eğilim izlenmiştir. Böylece yapılan sağlık reformlarında, sağlık hizmetleri piyasa ekonomisinin arz ve talep bileşenleri ile değerlendirmiş ve bu durum sağlık sektörünün belirli alt sektörlerinde de bazı artışlara yol açmıştır.¹⁶⁴

Gelişmekte olan ülkelerin uluslararası finans kuruluşlarına olan borçlarını ödemede zorlanmaları, gelişmiş ülkelerin de etkisiyle, bu ülkelerde 1980'lerden itibaren, piyasa mekanizmasına yönelik bir dizi makroekonomik reform politikaların uygulanmasına yol açmıştır. Ayrıca DB gibi kalkınma kuruluşlarının, yabancı şirketlere konulan engellerin azaltılması ve özel sektör sağlık kuruluşlarının ağırlığının artırılması yönünde etkileri de olmuştur. Bu reformların başında özelleştirme uygulamaları gelmektedir. Bununla birlikte, sağlık hizmeti üretimi ile finansmanın birbirinden ayrılması ve devlet tarafından finanse edilmeyen sağlık sistemlerinin geliştirilmesi desteklenmiştir. Ancak gelişmekte olan ülkeler bu süreçte, dünyadaki siyasi ve ekonomik etkinliklerinin yetersiz olması nedeniyle

¹⁶¹ Ataay, **Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Türkiye'de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler**, s. 73; Ataay, "Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıktaki Yansımaları", s.65

¹⁶² Yıldız, Ö., "Küreselleşme, Sağlık ve Toplum", **Gaziantep Tıp Dergisi**, 2008, s.31

¹⁶³ Koçak, s. 8-9

¹⁶⁴ Kutlu ve diğerleri, s.14

uluslararası finans, üretim ve ticaret piyasalarında dezavantajlı olmaları, uluslararası kuruluşlardan sağladıkları yardımların yetersiz kalması ve reformların kendi ulusal yapılarına uyarlanması ve yerleştirilmesi konusunda yeterli beceriye ve donanıma sahip olmamaları gibi engellerle karşılaşmışlardır.¹⁶⁵ Gelişmekte olan ülkelerin yaptığı bu neoliberal reformlar sonucunda, bu ülkelerin bilimsel ve teknolojik olarak dışa bağımlılığının artmasının yanı sıra, kronik hastalıkların artması ve nüfusun yaşlanması gibi nedenlerle, sağlık hizmetleri için yapılan ithalat da gittikçe artan bir eğilim göstermiştir.¹⁶⁶

Tablo 8’de OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranının yıllara göre değişimi gösterilmektedir. Tablo 8’den de anlaşılacağı gibi, OECD ülkelerinde zaman içerisinde sağlık maliyetleri artmış ve ülkelerin çoğunda sağlık harcamaları, genel ekonomik büyümeden daha hızlı bir artış seyri izlemiştir. Nitekim, sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı OECD ortalamasına göre, 1960 yılında % 3,8; 1970 yılında % 5; 1980 yılında %6,6; 1990 yılında 6,9; 2000 yılında %7,9; 2005 yılında %8,9 ve 2008 yılında ise, % 9 olarak gerçekleşmiştir.

¹⁶⁵ Ener, M. ve Demircan, E., “Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi**, C.13, S.1, Isparta, 2008, s.69

¹⁶⁶ Frenk, J. and et all., “Health Transition in Middle-Income Countries: New Challenges for Health Care”, **Health Policy and Planning**, 4:1, 1989, pp: 29-39

Tablo 8.**OECD Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre GSMH İçindeki Oranı**

ÜLKELER	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Avustralya	3,6			6,3	6,1	6,4	6,7	7,2	8,0	8,4	8,5	8,5	
Avusturya	4,3	4,6	5,2	6,9	7,4	6,4	8,3	9,5	9,9	10,4	10,3	10,3	10,5
Belçika			3,9	5,6	6,3	7,0	7,2	8,5	9,0	10,6	10,0	10,8	11,1
Kanada	5,4	5,9	6,9	7,0	7,0	8,1	8,9	9,0	8,8	9,9	10,0	10,1	10,4
Çek. Cum							4,7	7,0	6,5	7,2	7,0	6,8	7,1
Danimarka				8,7	8,9	8,5	8,3	8,1	8,3	9,5	9,6	9,7	
Finlandiya	3,8	4,8	5,5	6,2	6,3	7,1	7,7	7,9	7,2	8,4	8,4	8,2	8,4
Fransa	3,8	4,7	5,4	6,4	7,0	8,0	8,4	10,4	10,1	11,1	11,1	11,0	11,2
Almanya			6,0	8,4	8,4	8,8	8,3	10,1	10,3	10,7	10,5	10,4	10,5
Yunanistan			5,4		5,9		6,6	8,6	7,9	9,5	9,7	9,7	
Macaristan								7,3	7,0	8,3	8,1	7,4	7,3
İzlanda	3,0	3,5	4,7	5,7	6,3	7,2	7,8	8,2	9,5	9,4	9,1	9,1	9,1
İrlanda	3,7	4,0	5,1	7,3	8,2	7,5	6,1	6,6	6,1	7,5	7,5	7,5	8,7
İtalya							7,7	7,3	8,1	8,9	9,0	8,7	9,1
Japonya	3,0	4,4	4,6	5,7	6,5	6,7	6,0	6,9	7,7	8,2	8,1	8,1	
Kore					3,9	3,7	4,2	3,9	4,8	5,7	6,1	6,3	6,5
Lüksemburg			3,1	4,3	5,2	5,2	5,4	5,6	7,5	7,9	7,7	7,1	6,8
Meksika							4,4	5,1	5,1	5,9	5,7	5,8	5,9
Hollanda				7,0	7,4	7,3	8,0	8,3	8,0	9,8	9,7	9,7	9,9
Yeni Zelanda			5,2	6,7	5,9	5,1	6,9	7,2	7,7	8,9	9,3	9,1	9,9
Norveç	2,9	3,4	4,4	5,9	7,0	6,6	7,6	7,9	8,4	9,1	8,6	8,9	8,5
Polonya							4,8	5,5	5,5	6,2	6,2	6,4	7,0
Portekiz			2,5	5,1	5,3	5,7	5,9	7,8	8,8	10,2	9,9		
Slovakya									5,5	7,0	7,3	7,7	8,0
İspanya	1,5	2,5	3,5	4,6	5,3	5,4	6,5	7,4	7,2	8,3	8,4	8,4	9,0
İsveç			6,8	7,5	8,9	8,5	8,2	8,0	8,2	9,2	9,1	9,1	9,4
İsviçre	4,9	4,6	5,4	6,9	7,3	7,7	8,2	9,6	10,2	11,2	10,8	10,6	10,7
Türkiye				2,2	2,4	1,6	2,7	2,5	4,9	5,4	5,8	6,0	6,2
Birleşik Krallık	3,9	4,1	4,5	5,4	5,6	5,8	5,9	6,8	7,0	8,3	8,5	8,4	8,7
ABD	5,2	5,7	7,1	8,0	9,0	10,3	12,2	13,6	13,4	15,4	15,5	15,7	16,0
OECD Ort.	3,8	4,4	5,0	6,3	6,6	6,7	6,9	7,6	7,9	8,9	8,9	8,8	9,0

Kaynak:OECD Health Data 2010, Version October 2010

Neoliberal görüşü savunanların reform gerekçeleri arasında temel olarak, sağlıkta artan maliyetlerin kontrol altına alınması yer almaktadır. Ancak Tablo 8'e bakıldığında, neoliberalleşmenin başladığı 1980'li yıllardan itibaren sağlık harcamalarının hız kesmeden artmaya devam ettiği açıkça görülmektedir. Bu süreçte girişimci serbest sağlık sistemini uygulayan ABD'de toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı yaklaşık %40, refah

yönelimli sağlık sistemlerini uygulayan Almanya, Fransa, Kanada ve İsviçre gibi ülkelerde toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payının yaklaşık %30 artarken, kapsayıcı evrensel sağlık sistemlerini uygulayan İngiltere, Japonya ve İskandinav ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payının görece hem daha az olduğu, hem de daha az artış gösterdiği görülmektedir. Bu oranlar bize neoliberal politikaların kamu sağlık harcamalarını belirgin bir şekilde düşürmediğini, aksine artırdığını açıkça göstermektedir. Bu artışta birkaç faktörün önemli rolü olmuştur. Bu faktörlerden ilki, genel olarak kişi başına gelirin görece daha yüksek olduğu OECD ülkelerinde, yıllar itibariyle tıbbın hastalıkları önleme, teşhis ve tedavi olanaklarını artırmaya yönelik tıbbi cihaz, tıbbi sarf ve farmakolojide kaydedilen ilerlemelerin, kişi başı sağlık harcamanın daha hızlı artmasına neden olmasıdır.¹⁶⁷ Tıptaki ilerlemelerin yanı sıra, toplum eğitim düzeyindeki yükselmeler paralelinde, toplumdaki sağlık bilincinin artması ve sağlık kurum ve kuruluşlarının yaygınlaşması ve nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak, sağlık hizmeti kullanım sıklığı da önemli ölçüde artış göstermiş ve bütün bu faktörlerin bir sonucu olarak sağlık harcamaları da artmıştır.

¹⁶⁷ OECD, **Health at a Glance: OECD Indicators**, 2005 Edition, OECD 2005, p. 3

Tablo 9.**OECD Ülkelerinin Yıllar İtibariyle Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı**

ÜLKELER	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Avustralya	50,3			73,6	62,6	70,6	66,2	65,8	66,8	66,9	66,6	67,5	
Avusturya	69,4	70,3	63,0	69,6	68,8	76,1	73,4	73,9	76,8	76,1	76,0	76,4	76,9
Belçika								75,9					
Kanada	42,6	51,9	69,9	76,2	75,6	75,5	74,5	71,3	70,4	70,3	69,9	70,3	70,2
Çek. Cum			96,6	96,9	96,8	92,2	97,4	90,9	90,3	87,3	86,7	85,2	82,5
Danimarka				85,4	87,8	85,6	82,7	82,5	82,4	83,7	84,1	84,5	
Finlandiya	54,1	66,0	73,8	78,6	79,0	78,6	80,9	72,0	71,1	73,5	74,6	74,5	74,2
Fransa	62,4	71,2	75,5	78,0	80,1	78,5	76,6	79,7	79,4	79,3	78,4	78,3	77,8
Almanya			72,8	79,0	78,7	77,4	76,2	81,7	79,8	76,8	76,7	76,7	76,8
Yunanistan			42,6		55,6		53,7	52,0	60,0	60,1	62,0	60,3	
Macaristan								84,0	70,7	72,3	72,6	70,4	71,0
İzlanda	66,7	63,1	66,2	87,1	88,2	87,0	86,6	83,9	81,1	81,4	82,0	82,5	83,2
İrlanda	76,0	76,2	81,7	79,0	82,0	75,8	71,7	72,7	75,3	76,6	76,3	76,8	76,9
İtalya							79,5	70,8	72,5	76,2	76,6	76,4	77,2
Japonya	60,4	61,4	69,8	72,0	71,3	70,7	77,6	83,0	81,3	82,7	81,3	81,9	
Kore				20,0	29,6	36,3	36,2	45,5	52,1	54,7	55,2	55,3	
Lüksemburg			88,9	91,8	92,8	89,2	93,1	92,4	85,1	84,9	85,1	84,1	84,1
Meksika							40,4	42,1	46,6	45,0	45,2	45,4	46,9
Hollanda				67,9	69,4	70,8	67,1	71,0	63,1				
Yeni Zelanda			80,3	73,7	88,0	87,0	82,4	77,2	78,0	77,1	77,5	79,8	80,4
Norveç	77,8	80,9	91,6	96,2	85,1	85,8	82,8	84,2	82,5	83,5	83,8	84,1	84,2
Polonya							91,7	72,9	70,0	69,3	69,9	70,8	72,2
Portekiz			59,0	58,9	64,3	54,6	65,5	62,6	72,5	71,8	71,5		
Slovakya									89,4	74,4	68,3	66,8	67,8
İspanya	58,7	50,8	65,4	77,4	79,9	81,1	78,7	72,2	71,6	70,6	71,3	71,8	72,5
İsveç			86,0	90,2	92,5	90,4	89,9	86,6	84,9	81,6	81,6	81,7	81,9
İsviçre						50,3	52,4	53,6	55,4	59,5	59,1	59,1	59,1
Türkiye				50,0	29,4	50,6	61,0	70,3	62,9	67,8	68,3	67,8	71,2
Birleşik Krallık	85,2	85,8	87,0	91,1	89,4	85,8	83,6	83,9	79,3	81,9	81,9	82,0	82,6
ABD	23,1	22,5	36,2	40,6	40,8	39,3	39,2	44,9	43,2	44,4	45,3	45,5	46,5
OECD Ort.	60,6	63,6	72,6	76,8	73,0	73,2	72,6	72,1	72,0	72,4	72,4	72,4	72,7

Kaynak: OECD Health Data 2010, Version October 2010

Tablo 9’da 1960-2008 arası OECD ülkelerinin kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranları görülmektedir. Toplam sağlık harcamaları içindeki kamu harcamalarının payı OECD ortalaması 1960 yılında %60,6; 1970 yılında %72,6; 1980 yılında %73; 1990 yılında 72,6; 2000 yılında %72,1; 2005 yılında %72; 2008 yılında

ise, % 72,7 olmuştur. Tablo iyice analiz edildiğinde, 1980 sonrasında eski doğu bloğu ülkelerinden Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Polonya ve Slovakya’da sosyalist sistemin sona ermesine bağlı olarak, kamu sağlık harcamalarında önemli ölçüde düşüşler görülürken; Japonya, Kore, İsviçre ve Türkiye’nin kamu sağlık harcamalarında önemli ölçüde artışların olduğu görülmektedir. Kamu sağlık harcamalarının görece daha düşük olduğu ABD, Meksika ve Avusturya’da kamu sağlık harcamaları artarken, bu artışlar %10’lar civarında kalmıştır. İskandinav ülkeleri, Almanya ve Fransa gibi refah ülkelerinde çok önemli değişiklikler olmazken, bu ülkelerde kamu sağlık harcamaları, hala toplam sağlık harcamalarının yaklaşık $\frac{3}{4}$ ’ünü oluşturmaktadır. Tablo 9’a bakarak, neoliberal politikaların kamu sağlık harcamalarını belirgin bir şekilde düşürmediğini, aksine neoliberal politikaların uygulandığı bazı ülkelerde kamu harcamalarının arttığı açıkça görülmektedir.

Kamu sağlık harcamalarının yüksek bir düzeye ulaşması ve kamunun sağlık hizmeti sunumunun kalitesiz ve verimsiz olması, sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması birçok ülkede uygulamaya konan neoliberal sağlık reformlarının temel gerekçelerini oluşturmaktadır. Neoliberal yaklaşım sağlık sisteminde hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrıştırılarak, devletin hizmet sunumundan çekilmesini ileri sürmektedir. Böylece kamu sağlık hizmetleri, hizmet satınalma ve hastanelerin özertleştirilmesi gibi desantralizasyon politikaları ile ikame edilerek, sağlık sistemi tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açılmak istenmektedir. Ayrıca neoliberal yaklaşımda, sağlık tıpkı diğer mal ve hizmetler gibi bir ürün ya da meta olarak görülmekte ve sağlık hizmetlerinin de piyasa mekanizması içerisinde yürütülmesi düşünülmektedir. Böylece piyasa koşulları içerisinde daha kaliteli ve etkin bir sağlık hizmeti üretilerek kamu yararının sağlanacağı ileri sürülmektedir. Ancak, ileride detaylı şekilde değinilecek olan sağlık hizmetlerindeki piyasa başarısızlıkları, rekabetçi piyasaların oluşmasına engel oluşturmakta ve hizmetin etkinliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca sağlık hizmetinin ücretini ödeyemeyecek durumda olanların, bu hizmetten mahrum bırakılması sağlık hizmetinin toplumun tüm kesimlerine eşit ve hakkaniyete uygun sunulması ilkesi ile bağdaşmamaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmetinin kamu yerine özel sektöre devredilmesi, kar güdüsü nedeniyle, toplum kesimlerinin temel sağlık hizmetlerine erişimi de önemli ölçüde sınırlandırmaktadır. Bütün

bu argümanlar değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin belirsiz, öngörülemez, ikame edilemez, ertelenemez, reddedilemez ve dışsal faydası yüksek olması gibi nitelikleri ile diğer mal ve hizmetlerden farklı olması da göz önünde bulundurularak, sağlık hizmetinin eşit ve hakkaniyete uygun şekilde sunulması için en etkin yol, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanın kamu hizmeti çerçevesinde yürütülmesidir.

Sağlık sistemi üst bir sistem olan ekonomik ve siyasi sistemden bağımsız olmadığı için sağlık sisteminin piyasa ağırlıklı ya da kamu ağırlıklı olarak yapılandırılması sağlık politikası açısından siyasi bir karardır. Yukarıda 1980 sonrasında ekonomik sistemlerde yaşanan neoliberal dönüşümün sağlık sisteminin de neoliberalleşmesine neden olduğu ayrıntılı şekilde anlatılmıştır. Bu çerçevede, sağlık sisteminde yaşanan neoliberal dönüşümden sağlık hizmetini kullananlar ve emek yoğun bir sektör olan sağlık hizmetini sunan sağlık insan gücü de kaçınılmaz olarak etkilenmektedir. Tezin bu bölümünde sağlık sisteminde yaşanan neoliberal dönüşümün sağlık sistemi ve sağlık insan gücü üzerindeki etkileri üzerinde durulacaktır.

3.1 Neoliberal Dönüşümün Sağlık Sistemi Üzerindeki Etkileri

Küresel örgütler dünyayı evrensel olabilecek ya da olan neoliberal değerlerin hakim olduğu batı değerlerini varsayan bir perspektifte görme eğilimindedir. DSÖ 2000 raporunda, bir sağlık sisteminin kalitesinin ölçülmesinde nüfusun genel sağlık düzeyi, sorumluluklar, erişim ve eşitlik gibi anahtar kriterlerin yer alması gerektiği belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinde eşitlik ise, eşit sağlık, eşit erişim ya da eşit kullanım gibi kavramlarla tanımlanmıştır.¹⁶⁸ Ayrıca DSÖ, sağlık reformlarının başarısı ve kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşmak için ihtiyaç duyulan unsurları Ljubljana Sağlık Hizmetleri Reformları Bildirgesinde özetlemiştir. Bu bildirmede haysiyet değerleri, eşitlik ve profesyonel etik ile yürütülen birkaç temel prensip ve yönetilen değişim için anahtar prensipler yer almıştır. Bu prensipler sağlık hizmetlerinin yeniden şekillendirilmesini, sağlık insan gücünün yeniden yönlendirilmesini, yönetimin güçlendirilmesini ve reform deneyimlerine dayalı bilgi

¹⁶⁸ Mooney, G., **Challenging Health Economics**, Oxford University Press, 2009, p.80

alışverişinin teşvik edilmesini içermektedir.¹⁶⁹ Neoliberal politikaların bir sonucu olarak birçok ülke, bu çerçevedeki sağlık reformlarını üstlenmiştir. Son sağlık reformları unsurlarının başlıcaları, sağlık hizmeti satın alanlar ile sağlayıcılar arasında daha keskin bir ayrımın olması, sağlık sistemlerinin desantralizasyonu, tüketici tercihleri ile klinik etkinlik ve sağlık çıktıları üzerindeki vurgunun artırılması, özel sektörün gelişmesi ve yönetilen sağlık hizmeti gibi yeni hizmet programlarının başlatılmasıdır.¹⁷⁰

Uluslararası örgütlerin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere empoze ettiği neoliberalizmin sağlık sistemi üzerindeki etkisi iki farkı değer ortaya çıkarmıştır. İlk olarak, neoliberalizm baskılarına rağmen, gelişmiş ülkelerin önemli bir kısmı kamu tarafından fonlanan sağlık politikalarını tercih etmeye devam etmişlerdir. İkinci olarak, ikiyüzlü bir şekilde davranan DSÖ ve DB, az gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini ve ticarileştirilmesini teşvik etmektedir. Bu durum, gelirin daha düşük olduğu ülkelerde, özel sağlık harcama oranlarının daha yüksek olduğunu gösteren verilerle kanıtlanmıştır. Böylece genel olarak, gelişmiş bir ülkede sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi daha az olası görülmektedir.¹⁷¹

¹⁶⁹ ILO, **Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms**. Public Service International Studies in HSO&P, 21, 2003, p.174

¹⁷⁰ WHO, "Human Resources For Health: Developing Policy Options For Change", p.9

¹⁷¹ Mooney, p.79-80

Tablo 10.

Sağlık Hizmetlerindeki Trendlerin Genel Etkileri ve Olası Politika ve Stratejiler

Sağlık Hizmetlerindeki Trendler	Genel Etkiler	Politika/Strateji
Sağlık Maliyetlerinin Artması	Pirim oranlarının, ücret maliyetlerinin ve kamu harcamalarının artması	Verimliliğin artırılması, özelleştirme, işgücü ve yönetim performansının artırılması
Sistemdeki Eksiklikler	Sağlık maliyetlerinin artması, hizmet kalitesinin kötüleşmesi	Yönetimin geliştirilmesi, tedarikçi ödeme programların geliştirilmesi
Tıptaki Teknik Avantajlar	Yeni tedavilerin uzun dönemde artan maliyetlerinin, rasyonelliğin bir sonucu olarak azalması olasılığı	Yeni önceliklerin ayarlanması, yardım programlarının yeniden şekillendirilmesi, bireysel sorumlulukların artması
Piyasaların Küreselleşmesi	Rekabetin gelişmesi	Yardımların azalması, katılım payı ve kullanıcı ücretlerinin artması
Yeni teknolojilerin gelişmesi ve bilgi toplumu dönüşümü	İşgücü dünyasının değişmesi, işgücünün yeni biçimleri, ekonomi ve üretimin yeniden yapılandırılması	Sağlık sigortasını içeren sosyal güvenlik, yardımlar ve finansmanın yeniden şekillenmesi ve tanımlanması
Toplumun yaşlanması	Sağlık maliyetlerinin daha artması, prim ödeyenlerin sayısının daha azalması	Aktif nüfus üzerindeki yüklerin azaltılması çabaları
Uzun dönem işsizlik artışı	Akıl hastalıkları, intihar ve şiddetteki artışlar	Koruyucu hizmet yaklaşımları, sosyal hizmetler
Özellikle gelişen ülkelerde temel sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşım	Yaşam beklentisinin ve verimliliğinin artması, daha yüksek sağlık maliyetleri	Ekonomik büyümeyi güçlendiren sağlık hizmetlerinin ilerletilmesi ve geliştirilmesi

Kaynak: ILO, **Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms.** Report for discussion at the Joint Meeting on Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms, Geneva 1998, <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/jmhsr98/jmhsr.htm> (Erişim: 08.02.2010)

Tablo 10’da son yıllarda sağlık hizmetlerinde gelişen trendler, bu trendlerin genel etkileri ve bu etkilere karşı geliştirilen politika ve stratejiler gösterilmektedir. Buna göre, sağlıkta artan maliyetlere karşı sağlıkta özelleştirme ve sağlık insan gücüne yönelik performans artırıcı politikalar, piyasaların küreselleşmesi ile artan rekabete karşı sağlık yardımların azaltılması, katılım payı ve kullanıcı ücretlerinin artırılması politika ve strateji olarak uygulamaya geçirilmiştir.

Sağlık sistemini neoliberalleştiren ve düzensizliği teşvik eden operasyonun temel bileşenleri, sistemin finansman ve hizmet üreticisi bileşenlerinin birbirinden ayrılması, hizmet üreticisi sağlık kurumları arasına rekabet sokulması, hizmet fiyatlarının ve kurumlar arasındaki rekabetin finansör kurumla imzalanan sözleşmelerle düzenlenmesidir. Böylece sağlık sistemini neoliberalleştiren reformlarla, sadece yönetim fonksiyonu devletin sorumluluğuna bırakılırken, kalan fonksiyonlar diğer aktörlere, yani özel sektöre devredilmektedir.¹⁷² Bu reformların temel mantığı, rekabetin ve piyasanın hizmet fiyatlarını ucuzlatıp, kaliteyi artıracığı yönündeydi. Ancak ortaya çıkan sonuçlar tam tersi yönde olmuştur. Sağlık insan gücünün çalışma koşulları güçleşmiş, toplam sağlık harcamalarında gereksiz artışlar ortaya çıkmış, işletme statüsündeki hastaneler tekeli yapılar oluşturmak üzere birleşmiş, küçük yerleşim yerlerindeki para kazanamayan küçük ölçekli hastaneler kapanmıştır.¹⁷³

Neoliberal politikaların sağlık sistemi üzerinde bireyselleştirme; serbest piyasa, özelleştirme ve kuralsızlaştırma ile desantralizasyon olmak üzere üç temel etkisinin olduğu değerlendirilmektedir.

3.1.1 Bireyselleştirme

Neoliberalizmin bireysellik prensibi, kamusal mal ve toplum konseptini yok etmekte ve bireyi ailesel sorumlulukların yerine geçirmektedir. Neoliberalizmi savunanlar sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik ihtiyacına bireylerin kendilerinin çözüm bulmasının, toplumdaki en fakir insanları baskılayacağına inanmaktadır. Toplumun en fakir bireyleri sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi ihtiyaçlarına çözüm bulmakta başarısız olurlarsa, bu onların suçudur ve tembelliğinden kaynaklanmaktadır.¹⁷⁴ Sağlık reformları ile sağlık yardım projeleri, sadece nüfusun özellikle en yoksul kesimini kapsayacak şekilde daraltılmış ve nüfusun geri kalanı ise, piyasa güçlerinin eline bırakılmıştır. Böylece sağlık

¹⁷² Feo, p.227

¹⁷³ Belek, "Sağlıkta Özelleştirme", s.39

¹⁷⁴ Martinez, and Garcia, <http://www.igc.org/trac/corner/glob/neolib.html> (Erişim: 05.04.2009)

sisteminin evrensel özelliği baltalanarak, özellikle nüfusunun en yoksul kesimleri için sağlanan temel sağlık yardım paketleri sınırlandırılmıştır.¹⁷⁵

3.1.2 Serbest Piyasa ve Özelleştirme

Sürdürülebilir bir ekonomik büyümenin, yeniliğin, rekabetin, serbest ticaretin, özel mülkiyete ve sözleşmelere saygının sağlanması için neoliberalistlerin temel amaçları, kuralsızlaştırmak ve kamunun sahip olduğu tüm girişimleri (okullar, üniversiteler, sağlık, radyo ve televizyon, kamu altyapıları, kamu ulaşımı vb.) özelleştirmektir. Neoliberal düşünceye göre, devlet eliyle yürütülen girişimler ekonomiye müdahale olduğu için kabul edilemez. Çünkü devlet ekonomik sorunun bir parçası değil, ekonomik çözümün bir parçası olarak görülmektedir. Serbest bir piyasa oluşana kadar, kamu sektörünün daraltılması gerektiği benimsenmektedir. Böylece serbest piyasada ne üretileceği, nasıl ve hangi kaynakların kullanılacağı gibi tüm kararlar, hükümet tarafından değil, özel sektör tarafından alınacaktır. Ayrıca neoliberalistler tüketici harcamasının daha büyük ekonomik çıktıyı uyararak, kamu yararının artacağına inanılmaktadır. Neoliberal düşünce çerçevesinde sağlık hizmetlerinin sunulmasında hükümetin rolünün deregülasyonundan ve sağlığın özelleştirilmesinden sonra, artık sağlık parası olanlara sunulan bir hizmete dönüşecektir.¹⁷⁶

Neoliberalistler refah devletiyle amaçlanan sosyal dayanışma hedefinin, işyerindeki rekabet, hesaplanabilirlik ve tüketici talebi hedefine dönüştürülmesiyle daha iyi olacağına inanmaktadırlar. Böylece sosyal vatandaş da tüketici vatandaşa dönüşecektir. Devletin sağladığı sağlık hizmeti yerine tüketicilerin sağlık hizmetini özelleşen işyerlerinden satın alması beklenmektedir. Böylece sağlık, ulusal bir devletin bir vatandaşı olduğu için elde ettiği kolektif bir hak değil, yalnızca satın almaya gücü yetenlerin aldığı bireysel bir hakka dönüşecektir.¹⁷⁷

Deregülasyon kamuya sunulacak hizmetin öncelikli olarak hükümet tarafından sağlanacağına ilişkin yasanın kaldırılması veya yasaların özel sektörü daha fazla

¹⁷⁵ Feo, p.227

¹⁷⁶ Robbins, R., **Global Problems and The Culture Of Capitalism**, Toronto: Allyn and Bacon, 1999; McGregor, p.4

¹⁷⁷ McGregor, p.6

güçlendirecek şekilde yenilenmesini içermektedir. Neoliberal bakış açısına göre piyasalar, kıt kaynakların dağıtımında devletten daha iyidir. Ekonomik büyüme ancak özelleştirme ve deregülasyon yoluyla başarılabilir.¹⁷⁸ Sağlık politikaları da neoliberal düşüncenin bu temel mantığından kaçamaz. Buna göre, kamu mallarının (hastane, klinik vb.) özel mülkiyete geçmesi ile ekonomik büyümeyi sağlanacak itici güç, piyasa odaklı sağlık reformlarıdır. Neoliberalistler özel piyasa mekanizmalarının kamudan daha etkin olduğuna ısrarla inanmaktadırlar. Çünkü piyasa, vatandaşlara sağladığı seçim, kalite ve erişilebilirlik gibi faydalardan kar elde edecektir. Ayrıca neoliberaler için toplumsal ekinlik kaygısı yoktur. Çünkü onlar toplumun hiçbir üyesine ayrıcalık tanımayan bireysellik prensibine sınımsız bağlıdırlar. Bu düşünceye göre, kimin sağlık hizmeti satın almaya gücü yeterse, o kişi sağlık hizmeti verilmeye değerdir. Çünkü onlar (sağlık hizmeti satın almaya gücü yetenler) küresel ekonomide yeniliğin ve rekabetin uyarılmasında, bütçe açıklarının kapatılmasında kullanılmak üzere ödediği ücret ile ekonomik büyümeye katkı sağlamaktadırlar.¹⁷⁹

3.1.3 Desantralizasyon

Neoliberal felsefede, özgür ve başıboş bir piyasanın kurulması, güç düzenlemelerinin ve mali sistemlerin hükümet seviyesinden daha alt seviyelere devredilmesi olarak tanımlanan desantralizasyon prensibi ile gerçekleştirilebilir. Bu prensipte desantralizasyonun, bölgesel ihtiyaçların karşılanması için sağlık hizmetlerini daha rasyonel ve daha birleşik hale getirdiği, sağlık programlarının uygulanmasını ilerlettiği, hizmetlerin tekrarlanması azalttığı, farklı hedef kesimler arasındaki eşitsizliği azalttığı, maliyetleri elverişli halde getirdiği, sağlık hizmetlerine toplumsal ilgiyi artırdığı, kamu ve özel sağlık kurumları arasındaki sağlık hizmetleri aktivitelerinin bütünleşmesini ve sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu artırdığı varsayılmaktadır. Kısaca desantralizasyonun sağlık hizmetlerinde eşitliği, verimliliği, erişilebilirliği ve kaliteyi artırdığı varsayılmaktadır.¹⁸⁰

¹⁷⁸ Martinez, and Garcia, <http://www.igc.org/trac/corner/glob/neolib.html> (Erişim: 05.04.2009)

¹⁷⁹ Boecker, C., "Neoliberalizm - Some Experiences Of My Day-To-Day Life In Thatcherland", 1997 <http://www.icf.de/yabasta/ybnlehea.htm> (Erişim:05.01.2010)

¹⁸⁰ Harden, J.D., "Making The Links: Neoliberalizm, Medicare and Local Control In The Age Of Globalization", Dave, B. and Wayne A. (Ed.), **Citizens or Consumers? Social Policy In a Market Society**, pp. 169-183; McGregor, p.5

Neoliberal sistem, merkezi devlet gücünün sorumluluklarının ve hesap verebilirliğinin taşraya, eyalete, belediye veya bölgesel hükümete devredilmesini savunmasına rağmen, DB sağlık hizmetlerinde desantralizasyon çalışmalarına ilişkin çok fazla yol alınmadığını itiraf etmektedir. Aslında merkezi hükümetlerin sağlık hizmeti sorumluluklarını yerel düzeylere devretmesi daha az sorumlu, daha az görünür ve daha az erişilebilir, daha fazla sayıda ve daha küçük ölçekte sağlık merkezlerinin oluşmasına yol açmaktadır. Bu hizmetlerin sağlık hizmetlerini aynı seviyede sunacak yeterli mali kaynağa ve kabiliyete sahip olmayan yerel yönetimlere yüklenmesi oldukça zor ve uzak gözükmektedir.¹⁸¹

3.2 Neoliberal Dönüşümün Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri

Hiçbir ülkede neoliberal sağlık reformları, direkt olarak sağlık insan gücü hedef alınarak yapılmamaktadır. Ancak sağlık sektörü emek yoğun bir sektör olduğu için kamu hizmetinin bir parçası olan sağlık insan gücünün istihdamı ve dağılımı sağlık reformu olarak sunulan neoliberal sağlık politikalarından kaçınılmaz olarak etkilenmektedir. Bu etki, kamu hizmetini daraltan, kamu maliyetlerini kısyan ve hizmet sunumunu özel sektör ya da kar amacı gütmeyen kurumlara devreden neoliberal politikalardan kaynaklanmaktadır. Bu politikalar kamu sağlık insan gücü seviyesinde önemli derecede azalmalara, sağlık sektöründe kısa dönemli ve geçici iş sözleşmelerinde artışlara yol açabilmektedir.¹⁸²

3.2.1 Serbest Piyasa ve Özelleştirmenin Etkileri

Dünyada mali istikrarı sağlanmak için çoğu kamu hizmetinin piyasa mekanizmalarına bırakıldığı neoliberal geçiş süreci, sağlık hizmetlerinde de yaşanmaktadır. Bu süreçte, kamu hizmeti niteliğinde olan sağlık hizmetlerinin finansman ve hizmet sunumu fonksiyonları birbirinden ayrılarak, tipik olarak ulusal ve bölgesel hükümetler tarafından yerine getirilen sağlık hizmetlerinin özel ve kar amacı gütmeyen sektörler

¹⁸¹ Harden, pp. 169-183; McGregor, p.5

¹⁸² Schacter, M., "Public Sector Reform in Developing Countries Issues", **Lessons and Future Directions Ottawa: Policy Branch**, Canadian International Development Agency, 2000, p.1

tarafından sunulması teşvik edilmektedir.¹⁸³ Sağlık hizmetlerini serbest piyasaya devredilmesi ve özelleştirme uygulamalarının sağlık insan gücünün istihdam seviyesi, istihdam yapısı, ücret sistemleri ve ücretler üzerinde önemli ölçüde etkilerinin olduğu gözlenmektedir.

Almanya ve Hollanda’da yapılan reformlarla, hastaların katkı payları artırılmış ve aynı zamanda uzun dönem sağlık hizmeti sigorta programı başlatılmıştır. Birçok ülkede özelleştirme farklı koşullar altında özel sektörde istihdam artışını sağlarken, aynı zamanda, kamu sağlık sektörü istihdamında bir azalmaya yol açmıştır. Örneğin Brezilya’da yapılan sağlık reformu nedeniyle kamu sağlık sektörü istihdamında meydana gelen azalma, özel sektör istihdam artışlarıyla eşitlenmiştir.¹⁸⁴

3.2.1.1 *İstihdam Seviyesi Üzerindeki Etkileri*

Özellikle gelişmiş ülkelerde reform süreci, sağlık insan gücü seviyesini direkt olarak azaltmayı ve istihdam koşullarını kötüleştirmeyi amaçlamamaktadır. Ancak sağlık sektörü emek yoğun bir sektör olduğu için sağlık insan gücü istihdam seviyesi, sağlık reformlarından ciddi şekilde etkilenmektedir. Kamu harcamalarını azaltmayı ve verimliliği artırmayı amaçlayan reformlar, kamuda çalışan sağlık insan gücü seviyesinin azaltılmasına, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve dış kaynak kullanımını teşvik eden reformlar ise, sağlık insan gücünün iş güvencesinin zayıflamasına, çalışma koşullarının kötüleşmesine ve ücretlerin düşmesine neden olmaktadır. Ayrıca reformlar, hastaların daha yüksek katkı payı ve kullanıcı ücreti ödeyerek sağlık hizmeti karşılığında daha yüksek maliyet oranlarına katlanmaları anlamına da gelmektedir.¹⁸⁵

Birçok gelişmiş ülkede yapılan sağlık reformları, sağlık sektöründe istihdamın azalmasına neden olmazken, istihdamda kamudan özel sektöre geçişler yaşanmasına sebep

¹⁸³ Lethbridge, J., “Public Sector Reform and Demand For Human Resources For Health”, **Human Resources For Health**, 2:15, 2004, , p.2

¹⁸⁴ ILO, **Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms**, Report for discussion at the Joint Meeting on Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms. Geneva 1998, <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/jmhsr98/jmhsr.htm> (Erişim: 08.02.2010)

¹⁸⁵ ILO, **Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms**, 1998, <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/jmhsr98/jmhsr.htm> (Erişim: 08.02.2010)

olmuştur. Yani gelişmiş ülkelerdeki sağlık reformu süreçlerinin sağlık sektörü istihdamı üzerinde hiçbir temel etkisi görülmemekle birlikte, belirli bölgelerdeki personel sayılarında azalmalar ve artışlar görülmektedir. Ayrıca sağlık insan gücü yoğunluğunda ve dengesizlik tipinde gelişmiş ve gelişen ülkeler arasında da farklılıklar vardır. Gelişmiş piyasa ekonomilerinde hemşire ve doktorların istihdam seviyeleri gelişen ülkelere göre 20 kat daha yüksektir. Gelişmiş ülkelerin bazılarında, özellikle geçiş ülkelerinde, doktor fazlası vardır. Ancak az gelişmiş ülkelerde ciddi şekilde her branştan sağlık personeli sıkıntısı çekilmektedir.¹⁸⁶

UÇÖ'nün Sağlık Sektörü Reformlarında İstihdam Şartları ve Çalışma Koşulları (Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms) çalışmasında sağlık reformlarının istihdam seviyesi üzerinde iki tip etkisi olduğu değerlendirilmektedir.

1) İstihdamda Daralmaya Yol Açan Reformlar: Bu reformlar sağlık sektöründe verimliliği artırmayı veya harcamaları ve bütçeyi azaltmayı amaçlamaktadır. Bu tip reformlara, genellikle finansal zorlukların üstesinden gelmek için başvurulmaktadır. Maliyetlerin azaltılmasını içeren reform süreçleri birçok durumda sağlık insan gücü kısıtlamalarına da yol açmaktadır. Kamu sağlık sisteminin yapısındaki değişimler ve küçültülmüş bir bütçe, sağlık insan gücü seviyesinde azalma anlamına gelmektedir. Bunun nedeni sağlık sektörünün çok fazla hizmet ve emek odaklı olmasından kaynaklanmaktadır. Bu tür reformlar zorunlu işten çıkarmalar, boş kadroların doldurulmaması, tam zamanlı işlerin part-time işlerle ikame edilmesi, erken emeklilik ve gönüllü fazlalık programları, işe alınmaların dondurulması, yeniden eğitim ve diğer metotlar gibi çeşitli önlem paketlerini içermektedir. Örneğin Letonya'da 1990-1996 döneminde her kategorideki sağlık insan gücü sayısı azaltılarak 10.000 kişiye düşen doktor sayısı 41,1'den 29,7'ye, diş hekimi sayısı 5,8'den 4,8'e, paramedik sayısı 106,1'den 72,2'ye düşürülmüştür. Sağlık insan gücü azaltımları birçok sağlık çalışanının işten çıkarıldığı Gana gibi gelişmekte olan birkaç ülkede de uygulanmıştır. Zambiya'da tasarruf tedbirleri sağlık destek personellerini etkilemiştir. El Salvador'da sağlık insan gücü azaltımları kalifiye olmayan personeller

¹⁸⁶ ILO, *Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms*, 2003, p.178-179

arasından erken emeklilik yöntemleriyle uygulanmıştır. Ayrıca bu tip kısıtlamalar birkaç sanayileşmiş ülkede de gerçekleşmiştir. İngiltere’de sağlık personeli azaltımı yeniden yapılandırmaya konu olan büyük hastanelerde yapılmıştır. İsveç’de sağlık insan gücü dengelenme çalışmaları çerçevesinde, hemşire yardımcıları gibi belirli gruplar arasında istihdam seviyesi azaltılmıştır.¹⁸⁷

2) İstihdamda Genişlemeye Yol Açan Reformlar: Bu tip reformlar nadiren yapılmakla birlikte genellikle daha çok geçiş ülkelerinde görülmektedir. Örneğin Meksika ve Zambiya gibi istihdamı yeniden yapılandıran ülkelerde sağlık sektöründeki özelleşme kamu sektöründe istihdamın azalmasına yol açarken, özel sektörde daha kötü hizmet koşulları altında istihdam artışı olmuştur. 1993-2003 yılları arasında Fransa’da kamu, özel ve kar amacı gütmeyen sektörlerde, İsveç’te kamu sektöründe, Kanada ve Çek Cumhuriyeti’nde özel sektörde büyük istihdam artışları olmuştur. Şili ve Kenya’da özel ve kar amacı gütmeyen sektörlerdeki istihdamda ve kamu sektöründe sözleşmeli sağlık personeli istihdamında büyük bir artış olmuştur.¹⁸⁸ Ancak birçok az gelişmiş ülke, gelişen nüfus talebi hızını bile koruyamamakta ve mevcut doktor-hasta oranlarını sürdürmeye çalışmaktadır. 2006 DSÖ Dünya Sağlık Raporu’nda, dünya çapında yaklaşık 59 milyon 220 bin sağlık insan gücünün olduğu belirtilmektedir. Kronik hastalılardaki artışlar ve nüfusun yaşlanması yönündeki demografik değişimler, tıp teknolojisindeki ilerlemeler ve benzeri faktörler, sanayileşmiş ülkelerin çoğunda sağlık sektöründeki istihdam fırsatlarının artmasına sebep olmuştur. Fakat bu artış trendi temel olarak kamu sektörünün dışında özel sektörde istihdam artışı şeklinde gerçekleşmiştir.

3.2.1.2 *İstihdam Yapısı Üzerindeki Etkileri*

Sağlık sektöründeki neoliberal reform süreçleri istihdamın da yeniden yapılandırılmasına yol açan reform aktivitelerine başvurmaktadır. İstihdamı yeniden

¹⁸⁷ ILO, **Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms**, 2003, p.178-180; ILO, **Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms**, 1998,

<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/jmhsr98/jmhsr.htm> (Erişim: 08.02.2010)

¹⁸⁸ Lethbridge, J., **The Impact of Public Sector Reforms on Public Sector Workers**, ILO, Public Services International, presented at the 24th International Labour Process Conference, London, 10-12 April 2006, p.13-14

yapılandıran reformlar daha kalifiye insan gücü istihdamı, sabit dönemli ve geçici sözleşmeli personel istihdamı ve sağlık insan gücü arzındaki dengesizlikleri gidermek için meslek grupları arasında çalışma uygulamaları ve sınırlarının değiştirilmesi şeklinde uygulanmaktadır.

1) Daha Kalifiye Sağlık İnsan Gücü İstihdamı: Birçok ülke daha az kalifiyeliden, daha fazla kalifiyeli sağlık insan gücüne doğru bir dönüşüm trendinin istihdam üzerinde önemli bir yapısal etkisinin olduğunu bildirmektedir. Örneğin Litvanya'da ilk olarak, daha az kalifiye sağlık personelleri işini kaybetmektedir. Finlandiya'da daha az kalifiye hemşirelerin yerine, kalifiye hemşireler istihdam edilmiştir. Sağlık sektöründe çalışanların en hızlı geliştiği ülkelerden biri olan Fransa'daki hastane yatağı azaltımları daha az kalifiye gerektiren işlerde çalışan hemşire dağılımının yeniden yapılmasına yol açmıştır.¹⁸⁹

2) Geçici Sözleşmelerle İş Güvencesinin Zayıflatılması: Sağlık insan gücündeki başka bir değişim de sabit dönemli ve geçici sözleşmelerle istihdam edilen çalışan sayısındaki kayda değer artışların olmasıdır. Bu durum özel sektörde sağlık insan gücü istihdamının artışına paralel olarak ortaya çıkmakta ve sağlık insan gücünün iş güvencesinin zayıflamasına yol açmaktadır. Özel sektör rekabetçi piyasa sözleşme belirsizlikleri ve finansal kısıtlamalarla başa çıkmak için sağlık insan gücünü daha düşük ücretler ile geçici veya part-time istihdam etmekte ve daha esnek istihdam uygulamaları geliştirmektedir. Böylece sayısal esnek istihdam edilen sağlık insan gücü, hizmet satın alanların sistemi fonlamasına bağlı olarak, sabit dönemli geçici sözleşmelerle işe alınmakta veya işten çıkarılmaktadır.¹⁹⁰

Uzun dönem bakım sigortası bulunan Almanya'da uzun dönem bakım alanında tam zamanlı istihdam patlaması yaşanmakta ve bu yönde öğretim imkanları artırılmaktadır. İngiltere'de sağlık sektöründeki toplam istihdam dengede kalmasına rağmen, yardımcı

¹⁸⁹ ILO, **Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms**, 1998, <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/jmhsr98/jmhsrr.htm> (Erişim: 08.02.2010)

¹⁹⁰ ILO, **Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms**, 2003, p.179

personeller arasında %52 oranında istihdam azaltımı yapılmıştır. Ayrıca daha fazla ticarileşen Ulusal Sağlık Sistemi ve yönetilen bir rekabet sistemi kurmaya yönelik programlar, idari ve yönetim personelinde %25'lik bir artışa yol açmış ve tröst hastanelerin fonlanmasındaki artan belirsizlik, yöneticileri daha güvencesiz istihdam biçimleri altında çalışan sayısını ve iş yoğunluğunu artırmaya itmiştir. Özellikle doktorlar ve hemşireler gibi bazı meslek gruplarının reel kazançlarında önemli artışlar gerçekleşmesine rağmen, diğer meslek gruplarının iş güvencesinde azalma ve yönetilen rekabet sistemiyle birleştirilmiş daha yoğun çalışma uygulamaları gerçekleşmiştir. Bu İngiltere'de sağlık personelleri arasında eylemlere, yaygın strese ve moral bozukluğuna yol açmıştır.¹⁹¹

3) Meslek Grupları Arasında Çalışma Uygulamaları ve Sınırlarının Değişmesi: DB, doktor hemşire oranlarının hemşire ağırlıklı olmasını önermesine rağmen, Merkez ve Doğu Avrupa'da doktor fazlası bulunmaktadır. Bu orantısız durum birçok Merkez ve Doğu Avrupa ülkesinde doktorların diğer ülkelerde tipik olarak hemşireler tarafından üstlenilen işler için istihdam edilmelerine yol açmıştır. Bazı Batı Avrupa ülkelerinde eğitimli doktor arz fazlası bulunurken, diğer birçok gelişmiş ülkede hemşire sıkıntısı bulunmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde ise, genel olarak her tür sağlık insan gücü sıkıntısı bulunmaktadır. Dünyanın birçok ülkesinde geleneksel olarak uzman doktor arz fazlası bulunmaktadır. Bunun temel nedeni, sağlık politikalarının hastaneler ve özel klinikler gibi büyük kurumlarda verilen ikinci basamak ve üçüncü basamak hizmetlerini daha öncelikli görmesinden, birinci basamak sağlık hizmetlerini ikinci plana itmesinden kaynaklanmaktadır. Bu durum birinci basamakta temel sağlık hizmetlerini verecek kalifiye sağlık personeli sıkıntısının doğmasına neden olmaktadır. Sağlık insan gücü arzında yaşanan bu tip dengesizlikler, meslek grupları arasında çalışma uygulamaları ve sınırlarının değişmesi ve eksik istihdama yol açmaktadır.

¹⁹¹ ILO, *Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms*, 2003, p.181

3.2.1.3 Ücret Sistemleri ve Reel Ücretler Üzerindeki Etkileri

Sağlık sistemi harcamalarının %65-%80'ini sağlık insan gücü maliyetleri (maaşlar, ikramiyeler ve diğer ödemeler) oluşturmaktadır.¹⁹² Bu maliyetler sağlık insan gücünün nasıl ve ne kadar dağıtıldığı ve kullanıldığı ile bağlantılıdır. UÇÖ Public Services International Resource Unit'in ulusal seviyede kamu hizmetlerinin liberalizasyonunun kamu çalışanları üzerindeki etkilerinin farklı sektörler arasında incelendiği çalışmasında, 140 ülkedeki sağlık hizmetleri incelenmiştir. Buna göre, 1993-2003 aralığında bazı ülkelerdeki kamu sağlık çalışanlarının reel ücretlerinde büyük artışların sağlandığı, kaynakların özel ve kar amacı gütmeyen sektörlerle kaydırılmasının bir yansıması olarak, özel ve kar amacı gütmeyen sektörlerde de büyük reel ücret artışlarının olduğu sonucuna varılmıştır. Bu süreçte, sağlık çalışanları genellikle daha yüksek ve düzenli ücret beklentisi ile kamu sektörü dışına geçmeyi tercih etmişlerdir.¹⁹³

Neoliberal politikalar çerçevesinde ortaya konan maliyet azaltma stratejilerinden biri de arz yanlı stratejilerdir. Ülkelerin finansal kontrolü sürdürülebilmek için uyguladığı yeni bütçe yönetimi sistemleri, kamu hizmetlerinin performansına odaklanmaktadır. Mekanizmaların izlenmesi ve hedeflerin uygulanması tüm hükümet kurumları için aynı şekilde dizayn edilmektedir. Sağlık hizmetleri emek yoğun bir sektör olduğu için, sağlık sektöründe etkinliğinin ve verimliliğinin ölçülmesi, büyük oranda sağlık insan gücünün performansının ölçülmesi girişimlerine dayanmaktadır.¹⁹⁴ Bu çerçevede arz yanlı stratejiler sağlık insan gücü ile ilgili olarak sağlık hizmeti sunanların verimliliklerini artırmaları için onları zorlamak veya teşvik etmek, insan gücü maliyetlerini kontrol etmek, ödeme yöntemlerini değiştirmeyi içermektedir. Performans adı altında hizmet başı ödeme yönteminin yürürlükte olduğu ülkelerde, tanı/tedavi endikasyonlarının, operasyonlarda seçilen anestezi türlerinin, istenen tetkiklerin, kullanılan ilaç ve tıbbi malzemenin bilimsel ölçütlere göre belirlenmesi ilkesinden uzaklaşıldığını gösteren çok sayıda araştırma

¹⁹² Saltman and Von Otter 1995; Kolehamainen-Aiken p,1-14; WHO, "Human Resources For Health: Developing Policy Options For Change", p.8

¹⁹³ Lethbridge, **The Impact of Public Sector Reforms on Public Sector Workers**, p. 7

¹⁹⁴ Lethbridge, "Public Sector Reform and Demand For Human Resources For Health", p.2

bulunmaktadır. Bu sistemde sağlık personelinden daha fazla hasta muayenesi, daha fazla tetkik, daha fazla ameliyat, daha fazla girişim gibi her şeyi daha fazla yapması beklenmektedir. Bütün bu daha fazlalar, sağlık insan gücünün aynı zamanda daha uzun süre ve daha yüksek tempoyla çalışmasına ve sağlık hizmetlerinde etik sorunlara yol açmaktadır.¹⁹⁵

3.2.2 Desantralizasyonun Etkileri

Sağlık reformlarının başka bir unsuru bütçe yönetiminin desantralizasyonudur. İngiltere gibi bazı gelişmiş ülkelerde, hastanelerin sağlık bütçesinin büyük bir bölümünü tüketmeleri nedeniyle sağlık hizmeti sunumu, yarı bağımsız hastanelere devredilmiştir. Yerel seviyede mali reformların sonuçlarının neden olduğu şirketleşmiş hastaneler işletme prensibi ile işletilmektedir. Şirketleşen hastaneler sınırlı kaynaklar ile hastalardan katılım payı almak gibi gelir üretme baskısı altında, düşük maliyetli girdi çıktı prensibine göre faaliyet göstermektedirler. Bu durum hastaneleri sağlık insan gücünün maliyetlerini ve sayısını azaltma politikalarını uygulamaya itmektedir.¹⁹⁶

Sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu istihdamın parçalamasına neden olmaktadır. Desantralizasyon ile, sağlık insan gücünün haklarını dönüştüren ve istihdam, gelir ve gösteri güvenliğini dile getiren kurumsal seviye, bireysel iş sözleşmelerine indirgemektedir. Desantralizasyon, ülkelerin içinde özellikle kentsel ve kırsal bölgeler arasında sağlıkta eşitsizlik problemini de artırmaktadır. Örneğin Rusya Federasyonu'nda bölgeler arasında muazzam bir şekilde büyüyen ücret eşitsizlikleri görülmektedir. Ayrıca desantralizasyon eşit işe eşit ücret konseptine de zarar vermektedir. Polonya'da aynı hastanede çalışan, aynı işi yapan, fakat farklı hükümet seviyesi (ulusal, bölgesel) tarafından istihdam edildiği için farklı ücret alan çalışanların durumu buna örnektir. Son olarak, desantralizasyon çerçevesinde sorumlulukların tümüyle hazır olmayan yerel kamu otoritelerine transfer edildiği görülmektedir. Yeni sorumlulukların yerel seviyeye

¹⁹⁵ Pala, K., "Tam Süre Çalışma Düzeninin Kamusal Önemi" **Toplum ve Hekim Dergisi**, 23;2, Mart-Nisan 2008, ss.117-124

¹⁹⁶ Kaul, M., "The New Public Management: Management Innovations In Government", **Public Administration and Development**, 17, 1997, p.13-26

devredilmesi ile sağlık insan g¼c¼n¼n kapasitesinde, sağlık insan g¼c¼ eğitiminde ve en ¼nemlisi sağlığın finansal rezerv ve kaynak ihtiyacında b¼y¼k boşlukların oluşması muhtemeldir. Bu durum yerel y¼netimlerin sağlık insan g¼c¼n¼n g¼vencesini makul d¼zeyde tutmak ve yatırım yapmak i¼in bor¼lu bir işverene d¼n¼řmesi ve başarısızlığa uğraması anlamına gelmektedir.¹⁹⁷

Meksika’da yeni finansal y¼netim sistemi sağlık insan g¼c¼ ücretlerinde kesintiye giderek ve sağlık hizmeti ile sağlık ara¼ gerecinin geliştirilmesini sınırlandırarak, kamu sağlık kurumlarını etkilemiştir. Bu durum kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve sağlık insan g¼c¼n¼n ¼alıřma koşullarının k¼t¼leřmesine yol a¼mıřtır.¹⁹⁸

Son birkaç yıllık g¼stergelere bakıldığında sağlık reformlarının t¼m vaatlerini yerine getiremediği g¼r¼lmektedir. ¼zellikle Afrika ¼lkelerinde ¼zelleřtirme kamu sekt¼r¼nde ücretlerin daha d¼řmesine ve iş kayıplarına, ¼zel sekt¼rde ise; demoralize, g¼vencesiz, stresli ve fazla ¼alıřan sağlık insan g¼c¼n¼n ¼alıřma koşullarının k¼t¼leřmesine yol a¼mıřtır. Son yıllarda hasta beklentileri artarken, hizmet standartlarında bir d¼řme olmuştur. Bu arada işveren devlet ile sağlık insan g¼c¼ arasındaki geleneksel ilişki bir¼ok ¼lkede değişmiştir. Ulusal sendikalar ve h¼k¼metler arasındaki merkezi m¼zakerelerin yerini, bir¼ok ¼lkede yerel seviyedeki istihdam ilişkileri y¼netimi almıştır. ¼rneđin İngiltere’deki 1990 sağlık reformları, bazı sağlık ¼alıřanlarını daha kısa iş s¼zleřmesi ile istihdam etmek ve yerel ücret pazarlığına ge¼mek i¼in yapılmıştı. Ancak bu reformların bazıları sağlık ¼alıřanlarının motivasyonunu ve iş g¼vencesini artırmak i¼in h¼k¼met girişimleri ile geri alınmıştır. Diğer bazı ¼lkelerde ise, reformlar bir¼ok durumda karar verme ve uygulama s¼reci dışında bırakılan sağlık ¼alıřanlarının toplu direnişi nedeniyle başarısız olmuştur.¹⁹⁹

¹⁹⁷ Afford, C., W., **Corrosive Reform: Failing Health Systems In Eastern Europe**, International Labour Office, Geneva, 2003, p.21-22

¹⁹⁸ Laurell A.C., “Health Reform In Mexico: The Promotion Of Inequality”, **International Journal of Health Services**, 31(2) :2001, pp.291-321

¹⁹⁹ Buchan., J., “Health Sector Reform And Human Resources: Lessons From The United Kingdom”, **Health Policy and Planning**, 15, 2000, pp.319-325; WHO, “Human Resources For Health: Developing Policy Options For Change”, p.9

3.3 Tıp Teknolojisindeki Gelişmelerin Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri

Sanayi devriminden bu yana çoğu geleneksel meslek yok olmuştur. Daha sonraki dönemde de teknolojilerdeki değişiklikler toplumdaki mesleki yapıyı değiştirmeye devam etmiştir. Bu durum yeni teknolojilerin istihdam üzerindeki etkileri ile ilgili bitmek tükenmek bilmeyen tartışmaların çıkmasına sebep olmuş ve teknolojilerin istihdam üzerine etkileri konusunda farklı görüşler öne sürülmüştür. Bu görüşler içinde, teknolojik değişimin istihdam üzerinde olumlu etki göstereceğini düşünenler, bilgi teknolojisinin istihdamı arttıracak ve çalışma hayatının kalitesini geliştireceği görüşünü savunmakta ve yüksek teknoloji kullanan Japonya gibi ülkelerde işsizlik oranının diğer ülkelere oranla düşük olmasını da tezlerine dayanak olarak göstermektedirler. Bu görüşe göre, yeni teknolojinin kullanılması değil, kullanılmaması işsizliğe yol açmaktadır. Ayrıca yeni teknolojiler işsizliğe yol açsa bile, yeni teknolojilerin ortaya çıkaracağı verimlilik ve refah artışı yanı sıra, fiyat veya talep üzerinde gerçekleşmesi beklenen olumlu etkilere bağlı olarak teknolojik değişim yeni ürünler, yeni pazarlar, yeni endüstriler ve yeni istihdam olanakları yaratacaktır. Yeni teknolojilerin işsizliğe yol açacağını görüşünü savunanlar ise, emeğin yerine teknolojinin ikame edilmesinin işsizliği arttıracak olduğunu belirtmektedirler. Bu iki görüşü dengelemeye çalışan üçüncü görüşe göre ise, yeni teknolojiler istihdamı miktar ve yapı olarak etkilemekle birlikte, teknolojik değişim ile istihdam arasında doğrudan ilişki kurmak kolay değildir. İlişki karmaşık ve dinamik olup, toplumsal ve ekonomik birçok değişkene bağlı bulunmaktadır.²⁰⁰ UÇÖ'nün yeni teknolojiler üzerine gerçekleştirdiği araştırmaların sonuçlarına göre, yeni teknolojilerin istihdam üzerine etkisi, kısa dönemde olumsuz, uzun dönemde ise, mal ve hizmetlerin kalitesinin artması, maliyetlerin azalması, yeni ürünler ve endüstriler yaratması ve yeni teknoloji alanında yapılacak yatırımlar aracılığıyla ekonomik gelişmeyi teşvik etmesi gibi nedenlerle bu etkinin olumlu olacağı yönündedir. Taymaz'a göre ise, yeni teknolojilerin istihdam üzerindeki etkisi, öncelikle değişimin tipine bağlıdır. Ürün yenilikleri daha çok talebi etkilerken, süreç yenilikleri maliyet yapısını ve böylece

²⁰⁰ Tokol, A., *Endüstri İlişkileri ve Yeni Gelişmeler*, Vipaş Aş, Yayın No:49, Bursa, 2001, ss.120-122

arızı etkilemektedir. Süreç yeniliklerinin firma düzeyinde net istihdama etkisi insan gücü talebini azaltma yönde görülürken, sektör düzeyinde ve ekonomi düzeyinde ürün talebindeki artışa bağlı olduğundan bu etki net değildir.²⁰¹

Yeni teknolojiler vasıflı insan gücüne olan talebi arttırmakta, vasıfsız insan gücüne olan talebi azaltmakta, hatta bazı işleri ve meslekleri ortadan kaldırmaktadır. Bu günümüzde özellikle vasıflı ve vasıfsız iş gücü arasındaki ücret farkını da arttıran bir faktördür. Yeni teknolojiler üretimde seriliği ve verimliliği artırdığı için istihdamda emek gücü yerine teknolojinin tercih edilmesine sebep olmaktadır. Ancak gelişen yeni teknolojiler beraberinde yeni iş alanları da getirmektedir. Kısaca, gelişen teknolojiler bir taraftan emeğin yerini alırken, diğer taraftan da emeğin istihdamı için yeni kapılar açmaktadır. Ancak yeni istihdam alanlarında emeğin yer alabilmesi için vasıflı bir emek gücü olması şarttır.²⁰²

Günümüzde her alanda olduğu gibi tıp alanında da çok daha hızlı bir gelişim ve değişim yaşanmaktadır. Sağlık sisteminde neoliberal politikaların etkisiyle artan ticarileşme ileri tıp teknolojisinin kullanılmasına ve sağlık hizmetlerinin bu teknolojiyi tüketecek şekilde yapılandırılmasına yol açmıştır. Son yıllarda, özellikle bilgi ve iletişim teknolojilerinde görülen gelişmeler etkisini her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de hissettirmiş ve tıp teknolojisi hızla gelişmiştir.

Bu bölümün başından beri bahsettiğimiz teknoloji kısaca, bir bilgi birikiminin, bir kültürün, bir düşünüşün ve bir davranışın ürüne yansması veya belirli hedeflere ulaşmak için çeşitli aşamalarda geliştirilen bilgi birikiminin üretim sürecine uygulanması şeklinde tanımlanabilir.²⁰³ Bu çerçevede temel olarak, koruyucu sağlık hizmetlerinde, teşhiste, tedavide ve rehabilitasyonda kullanılan tıbbi cihazlar, ilaç, tıbbi ve cerrahi işlemler ve

²⁰¹ Taymaz, E., Türkiye İmalat Sanayiinde Teknolojik Değişme ve İstihdam, **Teknoloji ve İstihdam** Bulutay, T. (Drl), DİE, Ankara, 1998, ss.7-11

²⁰² Temel, S., “Globalleşme Sürecinin Gelişmekte Olan Ülkelerde İnsan gücü İstihdamı Üzerine Etkileri – Türkiye Örneği”, **Üniversite ve Toplum Dergisi**, Cilt 1, Sayı 3, Aralık 2001, s.08

²⁰³ Çakmakçı, A., “Türkiye’nin Teknoloji Tarihi”, **II. Teknoloji Kongresi Bildirileri**, TÜBİTAK TTGV TÜSİAD, İstanbul-1999, s.37.

hizmetlerin sunulduğu örgütsel ve destek sistemleri ve bunlarla ilişkili bilgi birikiminin sağlık hizmetlerinde uygulanması ise, tıp teknolojisini ifade etmektedir.²⁰⁴

Küreselleşmenin etkisiyle gelişmiş OECD ülkelerinde ücretlerin düşük olduğu az gelişmiş ülkelere yapılan ithalatı artırmış ve bu durum düşük vasıflı insan gücüne olan talebin düşmesine neden olmuştur. Gelişmiş ülkelerde teknolojik değişimin giderek daha vasıflı insan gücünün lehine olduğu, yani teknolojinin vasıf yanlı insan gücünü talep ettiği görülmektedir.²⁰⁵ Bu durum özellikle Avrupa’da vasıfsız çalışanların ücretlerini vasıflı çalışanların ücretlerine bağlı hale getirmiştir. Vasıf yanlı teknolojik değişim yaklaşımının temelinde, teknolojik yeniliklerin yüksek vasıflı insan gücünü tamamladığı varsayımı yatmaktadır. Buna göre, teknoloji-emek ilişkisinde ikame değil, tamamlayıcılık ilişkisi vardır. Fiziki sermaye ve yeni teknolojiler ancak daha vasıflı insan gücü ile tamamlanabilmektedir. Ayrıca vasıf yanlı teknolojik değişim, yüksek teknoloji sektörlerinde yeni mesleklerin ortaya çıkmasını da sağlamaktadır.²⁰⁶

1950’lerden itibaren teknolojiye iyice bağımlı hale gelen sağlık sektörü emek-yoğun bir sektör olduğu için, yeni tıp teknolojilerinin sağlık hizmetlerine kazandırılması ile tıpta yeni bilim dalları ve yeni meslekler ortaya çıkmıştır. Tıp bilim ve tekniğinin gelişmesine bağlı olarak, pek çok tıp bilim dalı alt dallara ayrılmış ya da yeni bilim dalları ortaya çıkmıştır. Örneğin, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı; Çocuk Kardiyolojisi, Çocuk Nefrolojisi, Çocuk Onkolojisi Neonatoloji gibi alt dallara ayrılmıştır. İç Hastalıkları Bilim Dalı; Endokrinoloji, Gastroenteroloji, Nefroloji, Romatoloji, Tıbbi Onkoloji, Hematoloji gibi alt dallara ayrılmıştır. Genel Cerrahi Bilim Dalı Gastroenteroloji Cerrahisi ve Onkoloji Cerrahisi alt dallarına ayrılmıştır. Tıptaki gelişmelere bağlı olarak ortaya çıkan tıp bilim dallarına ise, Spor Hekimliği, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp, Tıbbi Genetik, Hava ve Uzay Hekimliği, Tıbbi Ekoloji örnek olarak verilebilir.²⁰⁷ Tıp bilim ve

²⁰⁴ Kwankam, Y. and et all., “Healthcare Technology Policy Framework”, **WHO Regional Publications**, Eastern Mediterranean Series 24: Healthcare Technology Management, No.1. 2001 **Aktaran**, Yıldırım, H. H., “Sağlık Teknolojisi Yönetimi: Türkiye Resmin Neresinde?”, **Hastane Dergisi**, Sayı:51, Mart Nisan 2008

²⁰⁵ OECD, **The Knowledge Based Economy**, OCDE/GD (96)102, Paris, 1996, p.17

²⁰⁶ Weiss, M. and Garloff, A., “Skill Based Technological Change and Endogenous Benefits: The Dynamics of Unemployment and Wage Inequality”, **ZEW Discussion Paper No.5-79**, 2005, p.1-6

²⁰⁷ SB, YÖK, **Türkiye Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu**, Bakanlık Yayın No:739, Ankara, 2008, s.39-40

teknolojisindeki ilerlemelere bağlı olarak son yıllarda pek çok yeni tıp mesleğine ihtiyaç duyulmaya başlamıştır. Acil sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle Acil Tıp Teknisyenliği ve Paramedik, Odiyoloji Biliminin gelişmesine bağlı olarak Odiyometri Teknisyenliği, organ ve doku naklindeki gelişmelere bağlı olarak Perfüzyonik Pompa Teknisyenliği, Radyasyon Onkolojisi Biliminin gelişmesine bağlı olarak Radyoterapi Teknisyenliği, ağız ve diş sağlığındaki gelişmelere bağlı olarak diş protez ve diş sağlığı teknisyenliği, suni solunum cihazlarındaki gelişmelere bağlı olarak Kalp ve Akciğer Pompa alışma Teknisyeni gibi yeni tıp meslekleri ortaya çıkmıştır.²⁰⁸

Hizmet üreten ve vasıf düzeyi yksen insan gücü istihdam eden sağlık sektörü, vasıf yanlı bir teknolojik değişim yaşamaktadır. Bu nedenle, yeni tıp teknolojilerinin imalat sektöründe olduğu gibi, sağlık insan gücü istihdamında insan gücü talebini azaltma ya da var olan tıp mesleklerini yok etme etkisinin olmadığını söyleyebiliriz. Sağlık insan gücünün vasıf düzeyinin yüksek olması ve tıp mesleklerinin yeni tıp teknolojilerine adaptasyonunun yeni tıp dalları ya da yeni mesleklerle sağlanması tıp teknolojisinin vasıf yanlı bir teknolojik değişim izlediğini göstermektedir. Sağlık sektöründe talebin çok yüksek olması, yeni tıp mesleklerin istihdamını ve sisteme entegrasyonunu ayrıca kolaylaştırmaktadır. Vasıf yanlı tıp teknolojisinin gelişmesi aynı zamanda sağlık sektörüne girdi sağlayan sektörleri de etkileyerek özellikle biyo-mühendislik alanlarının gelişmesine olanak sağlamaktadır.

4 SAğLIK HİZMETLERİNDE PİYASA BAşARISIZLIğI VE KAMU MÜDAHALESİ

Neoliberal görüşü savunanların kamu yararı yaklaşımına göre, devletin ekonomiye müdahalesi etkin olmayıp, kaynak israfına yol açmaktadır. Bu yaklaşım, kamu işletmeciliğinin, devletin hantal yapısı nedeniyle verimsiz çalışması, ařırđ istihdama yol açması gibi nedenlerle maliyetlerin ve fiyatların yükselmesine sebep olduğu ve böylece, kamu işletmeciliğinin tüketicilerin mağdur olmasına ve kamu yararı açısından olumsuz bir

²⁰⁸ SB, YK, *Türkiye Sağlık İnsan gücü Durum Raporu*, s.60

durumun doğmasına neden olduğu iddiasına dayanmaktadır. Neoliberal görüşe göre, hizmet verimliliğinin artırılması, kalitesinin yükseltilmesi, maliyetlerin ve fiyatların aşağı çekilebilmesi için piyasa mekanizması en etkili yoldur. Çünkü, hizmetten yararlananların tatmininin yükseltilip kamu yararının sağlanması, ancak bu şekilde sağlanabilir. Neoliberal yaklaşım, bu iddialarından hareketle, devletin kamu hizmeti üretiminden olabildiğince çekilmesi, ortaya çıkan boşluğun da piyasa mekanizmalarıyla doldurulması gerektiği savını ileri sürmektedir. Neoliberal yaklaşıma göre, özel sektörün kar maksimizasyonu için maliyetleri aşağı çekmesi, rekabet gücünü artırmak için de fiyatları olabildiğince aşağıda tutacağı varsayımıyla, özel sektör aslında kendi çıkarı için çalışırken, beraberinde kamu yararını da sağlamış olmaktadır.²⁰⁹

Neoliberal iktisadi görüşe göre, tam rekabet koşullarının olduğu bir piyasada, etkin kaynak dağılımı, ancak fiyat mekanizmasıyla sağlandığı varsayılmaktadır. Ancak bu varsayım, dışsallıkların ve işlem maliyetlerinin olmadığı, tüm üretim faktörlerinin tam mobil olduğu, mükemmel rekabet ettiği ve tam bilgiye sahip olduğu bir durumda doğrudur. Ayrıca, tam rekabet piyasasında fiyatların hem kıtlıkları, hem de fayda ve maliyetleri tam olarak içerdiği varsayıldığından, iktisadi birimlerin karar alma süreçlerinde ve kaynak dağılımında etkinliği yerine getirdiği savunulmaktadır. Fakat tam rekabet piyasasının bu özelliğine rağmen pareto etkin olmayışı ve kaynak dağılımında etkinliği sağlayamaması, piyasa başarısızlıklarına neden olmaktadır. Piyasa başarısızlığı genel olarak, bir piyasanın ya da piyasa sisteminin mal ve hizmetleri ya bütünüyle ya da ekonomik olarak etkin bir biçimde sağlamada yetersiz kalması durumunda ortaya çıkmaktadır.²¹⁰

Sağlık hizmetleri, hastalıkların bulaşıcı niteliklere sahip olması, tedavi hizmetlerinin hastaya sağladığı özel yararların yanı sıra, toplumsal yararlarının da olması gibi özelliği nedeniyle kamu ekonomisinin (hizmetinin) üretim ve denetim alanı içine

²⁰⁹ Ataay, **Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Türkiye’de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler**, s. 74-75; Ataay, “Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıktaki Yansımaları”, s.65

²¹⁰ Temizel, H., **Neo-Liberal Politikalar Doğrultusunda Türkiye’de Devletin Yeniden Yapılanması, Küresel Sistemle Bütünleşme Sorunları**, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Konya 2007, s.39; Çalışkan, Z., “Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım”, **H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 26, Sayı 2, 2008, s.39

girmektedir. Sağlık hizmetinin kamu ekonomisi alanı içerisinde yer alması ise, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin devletin denetimi ve düzenlemesi altında mümkün olmaktadır. Devlet, sağlık hizmetlerinin düzenini, denetimini ve sunumunu uyguladığı sağlık politikaları ile yürütmekte ve yönlendirmektedir. Genel olarak sağlık politikası, geleneksel olarak vergiler ve sigorta primleri yoluyla finanse edilen; özellikle yaşlılar, çocuklar ve engelliler gibi özel gruplar ile diğer ülkelerdeki vatandaşlar da dahil olmak üzere, tüm nüfusun fiziksel olarak tam bir iyilik halini sağlamak için oluşturulan; sağlık hizmetinin maliyetini, hizmet sunumunu, kalitesini, erişilebilirliğini ve programların ölçümünü etkileyen hükümet kararlarını kapsamaktadır. Bir ülkenin ulusal sağlık düzeyi o devletin sağlık politikasının bir yansıması olarak da değerlendirilebilir.²¹¹

Sağlık faydası bölünebilen ve pazarlanabilen bir hizmet olmasına rağmen, sağlık hizmetleri diğer mal ve hizmetlerden farklı niteliklere sahiptir ve önemli ölçüde pozitif dışsal faydası olan bir yarı kamusal mal niteliğindedir. Bu bakış açısıyla, sağlık hizmetlerinin sunumu genellikle piyasa ve kamu ekonomisinde yerine getirilebilmesi mümkündür. Ancak bu durum sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri nedeniyle aşağıda sayılan piyasa başarısızlığına yol açmaktadır.

4.1 Belirsizlikler

Sağlık hizmetlerinin en temel niteliği talebin belirsiz zamanlarda ortaya çıkmasıdır. Bireyler ne zaman, nerede ve ne kadar sağlık hizmetine ihtiyaç duyacaklarını bilemezler. Bu durum sağlık hizmeti tüketicileri açısından belirsizliğe neden olmaktadır.²¹² Sağlık hizmetlerinde belirsizlik iki farklı şekilde ortaya çıkmaktadır. İlki bireyin veya toplumun ne zaman, nerede ve ne şiddete sağlık sorunu ile karşılaşacağına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Yani, sağlık ihtiyacı rastsal olaylara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.²¹³ Rastlantısal olarak ortaya çıkan ve ertelenemeyen sağlık harcamasını karşılamaya birçok kişinin ne geliri, ne de birikimi yetmez. Bunun en temel sebebi gelir ve fiyat

²¹¹ McGregor, S.L.T., "Neoliberalizm And Health Care", **International Journal of Consumer Studies - Special Edition on 'Consumers and Health**, 25 (2), 82-89, 2001, p.82-83

²¹² Mutlu ve Işık, s.39; Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, s.150

²¹³ Çalışkan, s.40

seviyelerindeki farklılıklardır. Ancak gelir ve fiyat farklılığı insan sağlığı ve tedavisi bakımından belirleyici faktör olamaz. Tüm nüfusun sağlık ihtiyacının eşitlik ve hakkaniyete uygun şekilde karşılanması bir gerekliliktir. Bu durum, sağlık hizmetlerinde piyasa mekanizmasının rasyonel işleyişi bakımından birinci engeldir.²¹⁴ Bu nedenle kolektif bir çözüm yöntemi olarak sigorta sistemleri devreye girmektedir. Ancak, sigorta sistemlerinin tamamen özel sektöre bırakılması durumunda, özel sağlık sigortalarının kar amaçlı bir sistem olması nedeniyle; yüksek risk gruplarının dışlanması eğilimi, risk yükseldikçe ödenmesi gereken prim miktarı da yükseleceğinden düşük gelirli olanların dezavantajlı olması ve sağlık sorunu olanların sistem içine alınması ve sistemden yararlanmasının olanaksız olması gibi başka piyasa başarısızlıkları ortaya çıkacaktır. Bu yüzden, bir ülkenin sağlık sisteminin tümüyle ve yalnızca özel sağlık sigortasına dayanması adalet ve eşitlik ilkelerine ters düşmektedir.²¹⁵ İkinci olarak, herhangi bir sağlık sorununu ortadan kaldırmaya yönelik olarak uygulanan tedavilerin etkililiği ile ilgili olarak da belirsizlik ortaya çıkabilmektedir. Klinik araştırmalar her ne kadar her bir hastalık için bir iyileşme süreci öngörse de, hastalık durumundan iyileşme durumuna geçiş tam olarak kestirilemeyen bir süreçtir. Birçok tedavi seçeneğinin varlığı, tedavi sürelerinin hastalar arasında farklılaşması ve hizmet kalitesinin tam olarak ölçülememesi belirsizliğin boyutlarını genişletmektedir.

Rekabet piyasası, tüketicilerin ve üreticilerin ürünler ve hizmetler hakkında tam bilgi sahibi olduğu, karar verirken kendi çıkarlarını maksimize etmek için serbest davranabileceği ve belirsizliğin olmadığı varsayımına dayanır. Ancak sağlık hizmetleri belirsizlik yoğun bir piyasadır ve bu belirsizlik gerek bireylerin, gerekse hizmet sunucularının rasyonel kararlar alınmasına engel olarak, piyasa başarısızlığına yol açabilmektedir.

²¹⁴ Uysal, C., “Yeni Küresel Kapitalizm’de İstihdam, Sosyal Güvenlik Ve Sağlık”, **Mevzuat Dergisi**, Yıl:1, Sayı:5 Mayıs 1998, <http://www.basarmevzuat.com/dergi/5/a/sosyalguv.htm> (Erişim 24.03.2011)

²¹⁵ Şenatalar, s.26

4.2 Dışsallıklar

Sağlık hizmetlerinde piyasa başarısızlığına neden olan diğer bir durum ise, sağlık hizmetlerinin üretiminde ve tüketiminde dışsallıkların ortaya çıkmasıdır. Rekabet piyasasında tüketimde dışsallıkların olmaması gerekir, yani ekonomik bir faaliyet sonucunda ödeme yapmayan üçüncü kişilere herhangi bir ekonomik ve sosyal fayda ya da zarar doğmamalıdır. Ekonomik açıdan, bir mal ya da hizmetin kullanımından oluşan faydanın, bu faydayı doğrudan elde eden kişinin dışındakileri de dolaylı olarak olumlu veya olumsuz olarak etkilemesi dışsallık olarak tanımlanmaktadır.²¹⁶ Sağlık hizmetinde olumlu dışsal faydaların büyük oluşu, söz konusu hizmetlerin kamu kesimince üretilmesine neden olmaktadır. Bunun nedenleri piyasa oluşturulamaması, bir fiyatlandırma yapılamaması ve marjinal sosyal maliyetinin ya da faydasının paylaştırılmamasıdır. Sağlık hizmetlerinin dışsal maliyeti durumunda, sosyal optimumun üstünde, dışsal faydası durumunda ise, sosyal optimumun altında üretim ve tüketim gerçekleşecektir. Dolayısıyla, iktisadi karar verme sürecinde ve kaynak dağılımında bir etkinsizlik ortaya çıkmaktadır.²¹⁷ Dışsallığın sağlık hizmetlerindeki klasik örneği bulaşıcı hastalıklara karşı yapılan bağışıklama hizmetidir. Aşı yaptıran kişi kendini koruduğu gibi başkalarına bulaştırma şansını da ortadan kaldırarak, toplumun diğer bireylerini de korumuş olmaktadır. Piyasa yanlısı bazı görüşlere göre, tamamıyla kamu malı özelliği olan hizmetler (su sanitasyonu, sıtmaya karşı bataklıkların kurutulması, ilaçlama vb.) kamu tarafından sağlanmalıdır. Bağışıklama gibi tam kamu malı olma niteliğine sahip olmayan malların finansmanı, yoksullar hariç, piyasanın sorumluluğunda olmalıdır. Bireysel sağlık bakımı ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde devletin rolü, sadece yoksulların bu hizmetten yararlanmasını sağlamakla sınırlandırılmalıdır.²¹⁸ Ancak olumlu dışsallığı yüksek ve bölünemeyen hizmet niteliğindeki sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin finansmanı, bu özelliklerinden dolayı piyasa başarısızlığına neden olacağından, kamu tarafından üretilmesi ve finanse edilmesi gereklidir.

²¹⁶ Charles, W., **Piyasa veya Devlet: Mükemmel Olmayan İki Alternatif Arasından Seçim**, Akgüngör, S. ve Karacan, A. R., (Çev.) Ege Üniversitesi İİBF Yayını, No:1, İzmir 1998, s.19-20

²¹⁷ Çalışkan, s.44

²¹⁸ Tatar, F. ve Tatar, M., s.36, Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, s.151

4.3 Asimetrik Bilgi

Rekabetçi piyasalarda tüketiciler, üretilen mal ve hizmetler hakkında ya tam bir bilgi sahibidirler ya da ikinci ve daha sonraki tüketimlerinde bilgilenmektedirler. Sağlık hizmetinde ise, tüketim hakkındaki gerekli bilgiye sadece hekim sahiptir.²¹⁹ Sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetler gibi homojen olmaması, sağlık hizmetini talep eden hastaların eksik ve yetersiz bilgiye sahip olmalarına neden olmaktadır. Rekabetçi piyasalarda bireyin tercihlerini yaparken rasyonel olduğu kabul edilmesine rağmen, bireyin alacağı sağlık hizmeti hakkında eksik ve yetersiz bilgiye sahip olması, onun sağlık hizmeti tercihinde rasyonel davranmasını engellemektedir. Ayrıca sağlık hizmetleri ile ilgili bireyler tam bilgi sahibi olmadıkları için, rekabetçi piyasalarda satılan diğer mal ve hizmetler gibi düşük fiyatın daha iyi bir hizmetin mi yoksa, daha kalitesiz bir hizmetin mi göstergesi olduğunu bilemezler.²²⁰

Hekim-hasta ilişkisinde tarafların sağlık sorunu ve tedavisi hakkında bilgi düzeyleri arasında oldukça çok büyük bir fark vardır. Çünkü hastanın sağlık sorununun ne olduğu ve hangi tedavinin uygulanacağı konusunda tek karar verici hekimdir. Bu durum, hastayı kendisi hakkında karar verebilme ve sunulan tedavi konusunda doktora bağımlı kılmaktadır.²²¹ Yani, hasta sağlık talebinin belirlenmesini hekime bırakmaktadır. Bu ilişkide hekim, hem hizmeti arz eden, hem de talep yaratabilen ve talebi yönlendiren olması açısından, büyük bir güce sahiptir. Bu güç sayesinde hekimin sunulan hizmetin kapsamını gereğinden fazla genişletme ve harcama düzeyini yukarı çekme olanağı vardır.²²² Literatürde hasta ve hekim arasındaki bu bilgi dengesizliği “asimetrik bilgi”, hekimin asimetrik bilgi içindeki pozisyonu ise “arzın yarattığı talep”, olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri dışındaki mal ve hizmet piyasalarında tüketici egemenliği geçerliyken, sağlık hizmetlerinde tüketici egemenliğinin olmadığı bir ortamda arzın talep yaratması, asimetrik bilginin olduğu durumla birlikte değerlendirildiğinde, sağlık hizmeti

²¹⁹ Mutlu ve Işık, s.39-40; Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, s.150-151

²²⁰ Stiglitz, J., **Economics of the Public Sector**, W.W. Norton&Company, Second Edition, New York : W.W. Norton, 1988, p.553

²²¹ Çalışkan, s.44

²²² Şenatalar, s.26-27

sunucularının çoğunlukla kendi kararları doğrultusunda yarattıkları gereksiz talep olarak tanımlanmaktadır.²²³

4.4 Tekelleşme

Rekabet piyasalarında fiyat, miktar ve kalite rekabet tarafından kontrol edildiğinden tekelleşmelere rastlanmaz. Çünkü rekabet piyasasında üreticilerin fiyatı tek başlarına belirleyemeyecek kadar fazla ve küçük çapta olduğu varsayılır. Ancak sağlık sektöründeki asimetrik bilgi etkin rekabeti bozduğu için, sağlık hizmeti sunucularına tekel özelliği kazandırmaktadır. Bunun sonucunda, sınırlı bir rekabet ortaya çıkmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti üreten kurumların ve hekimleri sayısının sınırlı olması da doğal tekele neden olmaktadır. Sağlık kurumlarının ve personelinin belirli bir bölgede yoğunlaşması ve kendi aralarında kurdukları örgütler, tekelleşmeyi kuvvetlendirirken, kamu müdahalesi sağlık alanında tekelleşmeyi zayıflatmaktadır.²²⁴

4.5 Sağlık Hakkı Anlayışı

Günümüzde yaygın kabul gören eşitlik anlayışı ve adalet yorumu, sağlık hizmetinin gelir, servet, ırk, din, dil, cinsiyet, toplumsal statü gibi etkenlere bağımlı olmadan sunulmasını öngörmektedir. Bu nedenle bir çok ülke anayasalarında “sağlık hakkı”na yer vermişlerdir.²²⁵ Ancak sağlık hizmetinin piyasa, rekabet ve tüketici tercihi doğrultusunda sunulması, ilk başta sağlık hizmetinin toplumun tüm kesimlerine eşit ve hakkaniyete uygun verilememesi sorununa yol açmaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmetinin kamu yerine özel sektöre gördürülmesi, kar güdüsü nedeniyle, geniş toplum kesimlerinin temel sağlık hizmetlerine erişimini de sınırlandırmaktadır.²²⁶ Birey geliri yetersiz diye ihtiyaç duyduğu hiç bir sağlık hakkından mahrum bırakılamaz. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin kendine has niteliklerinin diğer mal ve hizmetlerden farklı olmasına dayanmaktadır. Bu nedenle, bireyler arasındaki gelir eşitsizliği devletin sağlık hizmeti

²²³ Çalışkan, s.46

²²⁴ Mutlu ve Işık, s.38-41; Belek, *Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü*, s.151

²²⁵ Şenatalar, s.26

²²⁶ Yıldız, s.32

sunmak için piyasaya müdahalesini haklı gösteren en önemli nedenlerin başında gelmektedir.²²⁷

Sağlık hizmetlerinde de özel piyasalar pareto etkin değildir. Ayrıca bu hizmetin bedelini ödeyemeyecek olan kimselerin bu hizmetten yararlanamaması, piyasanın etkinliğini bozmaktadır. Sağlık hizmetlerinde piyasa başarısızlığına neden olan belirsizlik, dışsallık, asimetrik bilgi, tekelleşme ve sağlık hakkı anlayışı gibi faktörler, rekabetçi piyasaların oluşmasına engel olmakta, etkisizliğe yol açmakta ve fiyat sistemini karar vericilere yol göstermede işlevsiz bırakmaktadır. Piyasa başarısızlığının ortaya çıkardığı sonuçlar nedeniyle en önemli çözüm yöntemi, bu tür piyasalara kamunun müdahalesidir. Bu yönden her ülkede farklı düzeylerde de olsa, devletin vatandaşını korumak için sağlık hizmetlerinin yönetiminde, sunumunda ve finansmanında yer alması bir zorunluluk olarak görülmektedir.²²⁸

Tablo 11.

Rekabetçi Piyasa İle Kamu Sağlık Hizmetleri Arasındaki Farklılıklar

Rekabetçi Piyasalar	Kamu Sağlık Hizmetleri
Birçok satıcı vardır	Sınırlı sayıda hastane (özellikle belli büyük kentlerde) vardır.
Kar amaçlı firmalar bulunmaktadır	Hastanelerin önemli bir bölümü kar amaçlı kurulmuş değildir
Homojen (benzer) mallardan oluşmaktadır	Mal ve hizmetler birbirinden farklıdır
Tüketiciler İyi bilgilendirilmiştir	Hizmeti talep edenlerin bilgilendirme problemi vardır
Doğrudan tüketiciler ödemeyi yapmaktadır	Hastalar maliyetin belli bir bölümünü karşılamaktadırlar

Kaynak: Stiglitz, J., *Economics of the Public Sector*, W.W. Norton&Company, Second Edition, New York: W.W. Norton, 1988, p.290

²²⁷ Yılmaz, H. H., *İstikrar Programlarında Mali Uyumda Kalite Sorunu: 2000 Sonrası Dönem Türkiye Deneyimi*, TEPAV yayını, Ankara, Nisan 2007, s.48

²²⁸ Çalışkan, s.40

Sağlık hizmetinin yukarıda anlatılan kendine has nitelikleri nedeniyle rekabetçi bir piyasa ile sağlık hizmetleri arasında yapısal nitelikli bazı farklılıklar bulunmaktadır. Tablo 11’de gösterildiği gibi, rekabetçi piyasalara göre, görece sağlık hizmeti sunanların sayıca az olması ve özellikle sunulan hizmetin heterojen yapısı, sağlık hizmetleri sunumunda rekabetin sınırlı düzeyde kalmasına yol açmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti sunumundaki farklılıklar ve karmaşık nitelikli sağlık hizmetinin kalitesi ve fiyatı ile ilgili belirsizlikler, rekabeti olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık hizmeti sunan hastanelerin önemli bir kısmı sosyal ve erdemli amaçlar için kurulmaktadır. Fakat rekabetçi piyasalardaki kar amaçlı firmalar, sosyal amaçları dışlayarak, özellikle maliyetlerin en aza indirilmesine ve fiyatlandırmaya odaklanmaktadır. Rekabetçi piyasalarda tüketicilerin mal ve hizmetlerle ilgili çok iyi bilgi sahibi olduğu varsayılırken, sağlık hizmetlerinde sağlık hizmeti talep edenler ile hizmeti sunanlar arasında bilgi dengesizliği, yani asimetrik bilgi, bulunduğu varsayılmaktadır. Rekabetçi piyasalarda tüketiciler talep ettikleri mal ve hizmetleri ihtiyaç duydukları zamanda kendi ödeme güçleri nispetinde karşılamaktadırlar. Ancak sağlık hizmeti tüketiminin ani ve beklenmedik bir zamanda ortaya çıkması ve çok pahalı olması dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin maliyeti sigorta gibi kolektif çözüm yöntemleri ile karşılanmaktadır.²²⁹

Sağlık hizmetlerine artan talep ve buna bağlı giderek artan maliyetler doğru olmakla birlikte, bunun sebebi, sağlık hizmetlerinin kamu eliyle sunulması değildir. Yukarıda anlatılan sağlık hizmetlerindeki piyasa başarısızlıkları ve rekabetçi piyasa ile sağlık hizmetleri arasındaki farklılıklar bu hizmetin piyasa koşulları ve işleyişine bırakılamayacağını açıkça göstermektedir. Eşitlik ve adalet sınırları çerçevesinde, sağlık hizmetinin toplumun faydasını maksimize edecek şekilde yerine getirilmesi için, sağlık sektöründe devletin üretici, düzenleyici, denetleyici olarak rol üstlenmesi kaçınılmazdır.²³⁰ Ayrıca sağlık hizmetlerinde öncelikli olan sağlık hizmetlerinin verimliliği değil, sağlık hakkının tüm bireyleri kapsamasıdır.²³¹ Sağlık hizmetlerinin ihtiyaç temelli olarak evrensel

²²⁹ Stiglitz, p.289-290

²³⁰ Mutlu ve Işık, s.41

²³¹ Yıldırım, H.H. ve Yıldırım, T., “En Değerli Sermayem Ticarileşiyor: Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme”, **Hastane Yaşam Dergisi**, Yıl:1, Sayı:2, Temmuz-Eylül 2004, s.4

ve eşit bir şekilde sağlanması için kamu desteği ve müdahalesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde devletin müdahalesi olmadığı takdirde, sağlık hizmetlerinde piyasalar ve bireylerin gelirleri belirleyici olacağı için, sağlık hizmetlerinin kalitesi gelire bağlı olarak değişecek ve nüfusun önemli bir kısmı bu gerekli hizmetleri almaktan mahrum veya hariç tutulmuş olacaktır. Amerika gibi neoliberal politikaların hakim olduğu ülkeler, bazı düzenlemeler ve gelir transferi şeklindeki ileri müdahale uygulamaları ile etkin piyasa fonksiyonu altındaki şartlarda sağlık hizmetlerini sunmaktadır.²³² Ancak bu ülkelerde sağlık hizmetlerine ulaşımdaki eşitsizliğin boyutu oldukça yüksektir.

5 SAĞLIKTA KÜRESEL DÖNÜŞÜM

1970’li yıllarda piyasaların kitlesel tek tip üretime doyması ve petrol fiyatların artmasıyla kendini gösteren ekonomik durgunluğun neden olduğu ekonomik bunalımların ardından talep yanlı ekonomik politikalar ile ekonomik büyüme ve tam istihdamın sağlanması, sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesi ve sosyal eşitsizliklerin azaltılması sloganı ile ortaya çıkan keynesyen ekonomik yaklaşım, yerini yeniden liberal ekonomik yaklaşımlara bırakmıştır. 1980 sonrasında uygulamaya konan neoliberal ekonomik politikalarla ekonomik bütünleşmelerin genişlemesi ve derinleşmesi artmış, ülkeler arasında yeni bir işbölümü ortaya çıkmış, uluslararası ticaretin önündeki engeller kalkmış ve böylece rekabet artık uluslararası boyutlara ulaşmıştır. Rekabetin uluslararasılaşması ile teknolojinin üretimde daha fazla istihdam edilmesi, teknolojinin özellikle bilgi, iletişim ve haberleşme alanlarında yarattığı büyük hız ve sağladığı sınırsız avantajlar, küreselleşmeyi hazırlayan etkenlerden en önemlisi olmuştur. Teknolojinin ekonominin değişik kesimlerinde hizmete soktuğu yeni imkanlar ve üretim biçimleri dünyayı küçültmüş, sınırsız haber kaynakları küresel ekonominin alt yapısını oluşturmuştur.

Küreselleşme olgusu toplumların, ekonomilerin ve siyasal kurumların yapısında köklü değişiklikler meydana getirmiştir. Küreselleşme sürecinde devletin toplumsal ihtiyaçların giderilmesi için sunduğu kamu hizmetlerinin gerek niteliği, gerekse ulusal

²³² Koçak, s.4

ekonomideki hizmeti sunan ekonomik kesim değişime uğramıştır. Böylece içerisinde bulunduğumuz 21.yüzyıla kadar ağırlıklı olarak kamu kesimi tarafından sunulan kamu hizmetlerinin bir kısmı piyasa ekonomisi ile ortaklaşa sunulmaya başlanmıştır. Bu bağlamda, gelişmekte olan ülkeler de dahil pek çok ülkede, ağırlıklı olarak kamu sektörü tarafından sunulan sağlık hizmetlerine yönelik reformlarla, özelleştirme ve serbest piyasa mekanizmasının artan oranda kullanımı uygulamaya geçirilmiştir.²³³ 1980 sonrasında ekonomik bunalım ulusal sağlık sistemlerini de etkilemiş ve bu durum yeni sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Ayrıca sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların azalması ve maliyetlerin giderek yükselmesi, kamunun sağlık hizmetlerindeki rolünün sorgulanmasını ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini gündeme getirmiştir.²³⁴

1970’li yıllardaki petrol krizlerinin yol açtığı krizlerden faydalanan IMF ve DB, borç alımının bir koşulu olarak, özellikle az gelişmiş ülkeleri, neoliberal sağlık reformları yapmaları için zorlamıştır. IMF ve DB, borçlu ülkelere önceki yıllarda altına girdikleri ve krizlerin kısmen sebebi olan devasa borçları azaltmaları için, yapısal düzenlemeler yapmalarını ve kamu harcamalarının büyük bir kısmını oluşturan sosyal hizmetlerin (sağlık, eğitim ve refah) azaltılmasını talep etmiştir. Bu noktada yaşanan hızlı değişim sürecinde DB uluslararası sağlık politikalarında etkili olmaya başlamış ve 1980’lerde DB uluslararası sağlık politikalarının belirlenmesinde öncü bir role sahip olmuştur. Sağlıkta başlıca borç veren konumuna gelen DB, ülkelerin neoliberal sağlık reformlarını hazırlamalarında yardımcı olmuş ve bu değişimi hızlandırmıştır. Bu süreçte temel olarak DB’nin misyonu, reformların uygulanmasında teknik rehberlik etmek, borç ve direktifler vermek olmuştur.²³⁵

Bu gelişmelerden etkilenen dünyadaki sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı üzerinde devletin etkisinin azaltılması yönünde siyasi ve ekonomik baskılarla karşılaşmıştır. Gelişmiş ülkelerdeki siyasi sistemler, sağlıkla ilgili ürün ve hizmetlerinden devlet ve bireylerin en iyi şekilde faydalanacağı kar merkezli çok uluslu

²³³ Ener ve Demircan, s.58

²³⁴ Özen, M., “GATS ve Sağlık Sektörü”, **Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi**, Sayı: 11-12, Eylül-Aralık 2002, s.43

²³⁵ Homedes, N., and Ugalde, A., “Neo-Liberal Sağlık Reformları Latin Amerika’da Neden Başarısız Oldu?”, Temel, A. ve Torlak (Çev.) Mayıs 2008, s.1 http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/Sunum_ve_Secilen_Belgeler/Neoliberal_politikalar_ve_latin_amerika.pdf (Erişim 25.08.2009)

piyasa düşünceleri tarafından etkilenmişlerdir. Ayrıca bu çabalar sadece gelişmiş ülkelerle sınırlı kalmamış, Avrupa'nın sosyalist ülkelerinin siyaset, ekonomi ve sağlık kurumlarında da önemli değişimlere neden olmuştur. Benzer şekilde gelişmekte olan ülkeler de, sağlık sistemlerini özelleştiren DB gibi uluslararası örgütlerin artan ekonomik baskılarına maruz kalmışlardır.²³⁶

1990 sonrasında ise, küreselleşme akımları artık bütün dünya sağlık sistemlerini etkilemiş ve DB, IMF, DSÖ ve Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) öncülüğünde küresel sağlık politikaları ön plana çıkmıştır. DSÖ'nün başını çektiği yeni küresel sağlık politikası özetle herkese sağlık vizyonunu esas almaktadır. Bu vizyonun uygulamaya dönük amaçları ise; yaşam kalitesi ve süresini artırmak, ulusal ve uluslararası sağlıkta eşitliliği sağlamak ve sürdürülebilir sağlık sistemlerini herkes için ulaşılabilir kılmak şeklinde özetlenebilir.²³⁷ Geniş bir coğrafyada uygulamaya konan küresel sağlık politikasının temel hedefi, bireylerin sağlığa erişiminde kısıtlamaya yol açmadan, sağlık alanında artan harcamaları azaltmak ve verimliliği arttırmaktır. Bu hedefe ulaşmanın en önemli aracı ise, neoliberal piyasa dinamikleri ekseninde sağlık alanının yeniden yapılandırılmasıdır. Bu yapılandırmanın temel adımları tüm ülkeler için oldukça benzer hatta aynı eylem planları üzerinden şekillendirilmektedir.²³⁸

DTÖ'nün önderliğinde Hizmet Sözleşmeleri Genel Anlaşması çerçevesinde ülkelerin kamu hizmetlerinin dış yatırımlara ve piyasalara açılması öngörülmüş ve bu çerçevede ülkelerin kamu hizmetlerinin karşılıklı serbestleşmesi için bir dizi yapısal reformların gerçekleştirilmesi ve bu yapısal dönüşümlerin temel referans kaynağının da uluslararası ticaret hukukunun olması gerektiği belirtilmiştir. Hizmet Sözleşmeleri Genel Anlaşması çerçevesinde hizmet arzı biçimleri dört ana başlık altında ele alınmaktadır.

²³⁶ Matcha, p.18

²³⁷ Şahin, B. ve Top, M., "Küçülen Dünyada Büyüyen Beklentiler: Geleceğin Sağlık Sistemleri", **Sağlık ve Toplum**, Sayı 3, Temmuz-Eylül 2002, s.8

²³⁸ Elbek ve Adaş, s.33

Bunlar: sınır ötesi ticaret, yurtdışında tüketim, üye ülkede ticari varlık ve gerçek kişilerin serbest dolaşımıdır.²³⁹

1980’li yıllara değin doğrudan doğruya kamu ekonomisi veya kamu ekonomisinin düzenleyici rolü ile piyasa ekonomisi tarafından sunulan sağlık hizmeti bu dönemden sonra ulaşımın kolaylaşması ve hızlanmasıyla bulaşıcı hastalıkların artık küresel nitelik taşıması ve bir kişiyi ya da ülkeyi bulaşıcı hastalıklardan koruyarak yaratılan dışsal faydalar sağlığa küresel (uluslararası) kamusal hizmet olma niteliği kazandırmıştır. Sağlık hizmetlerinin küresel olarak artırılması ve yaygınlaştırılması küresel ölçekte dışsallıklar sağlamaktadır.²⁴⁰ Dışsallık özelliğinin ulusal boyuttan küresel boyuta taşınması ile birlikte bu niteliği kazanan sağlık hizmetinin sunumu da küresel boyut kazanmıştır. Bu bağlamda ulus devletler ile birlikte, devreye giren uluslararası kuruluşlar sağlık hizmetinin sunumunda ve finansmanının sağlanmasında yeni arayışlara girmişlerdir. Diğer yandan sağlık hizmetinin etkin sunumunda, ekonomik büyüme ve kalkınmanın sağlanması, yoksulluğun önlenmesi ve kaliteli bir yaşam düzeyinin oluşturulması dikkate alınması gereken ve sağlık hizmetinde önemli bir yere sahip olan diğer unsurlardır.²⁴¹

Tezimizin buraya karar olan kısmında sağlık sistemin neoliberal paradigmaya dönüşümü ve bu dönüşümün gerek sağlık sistemi gerekse sağlık insan gücü üzerindeki etkileri genel olarak ele alınmıştır. Tezimizin III. Bölümüne Türkiye özelinden devam edilerek, bu kapsamda öncelikte ülkemizdeki sağlık sisteminin gelişimi, mevcut durumu ve sağlık insan gücü değerlendirilecektir.

²³⁹ Barış, E., and McLeod, K., “Globalization and International Trade In The Twenty-First Century: Opportunities For And Threats To Health Sector In South”, **International Journal Of Health Services**. Vol.30, No.1, 2000, 187-210

²⁴⁰ Mutlu, A., “Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları”, **Maliye Dergisi**, Sayı 150 Ocak – Haziran 2006, s.58

²⁴¹ Ener ve Demircan, s. 67

III. BÖLÜM

TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN GENEL YAPISI VE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ

1 CUMHURİYET DÖNEMİ SAĞLIK HİZMETLERİ

Cumhuriyet öncesi dönemde günün şartlarına göre önemli hizmetler gerçekleştirilmiş olmasına rağmen, sağlık hizmetleriyle ilgili politikaların olumlu anlamda hız kazanması Cumhuriyet'in ilanıyla başlamıştır. Türkiye'de Cumhuriyet sonrası sağlık hizmetlerinin gelişimi üç dönem olarak incelenebilir. Bu dönemler arasında, sağlık politikalarında ve sağlık hizmetlerinin ilkelerinde ve sunuluşunda önemli farklılıklar olmuştur. 1920 de başlayan ve 1960 yılına kadar geçen dönemde sağlıkla ilgili kanunlar, kurumlar oluşturulmuş, finansman ve insan gücü anlamında gerekli kaynaklar ve alt yapılar oluşturulmuştur. Bu nedenle, bu dönem sağlıkta kurumsallaşma dönemi olarak anılmaktadır.²⁴² 1960–1980 arası, demokratik bir düzen içinde ve karma ekonominin olanakları ile kalkınmayı amaçlayan planlı kalkınma dönemdir. Planlı kalkınma döneminin başlamasıyla birlikte sağlık, kamu hizmetleri arasında ele alınarak, düzenlenmiş ve sağlık hizmetleri sosyalleştirilerek tüm yurttan yaygınlaştırılmaya çalışılmıştır. Bu nedenle bu döneme planlı dönem ya da sosyalleştirme dönemi denilebilir. 1980 yılı, ülkemizde ekonominin ve toplumun neoliberal politikalarla dönüştürülme çabası için, bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle 1980 sonrası dönem sağlıkta neoliberalleşme dönemi olarak ele alınacaktır.

²⁴² Bağırhan, T., *Türkiye'de Sağlık Örgütlenmesi'nde Değişim*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2007, s.27

1.1 Kurumsallaşma Dönemi (1920–1960)

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik çalışmalara, Kurtuluş Savaşı sırasında başlanmıştır. 23 Nisan 1920’de Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin (TBMM) açılışından on gün sonra, 3 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı Kanunla “Sıhhiye ve Muaveneti İctimaiye Vekaleti” kurulmuştur. Böylece Osmanlı döneminde bir genel müdürlük ile idare edilen sağlık işleri, ilk kez bir bakanlık düzeyine çıkarılarak, sağlık hizmetleri birinci dereceden bir devlet görevi olarak ele alınmış ve Dr. Adnan Adıvar TBMM tarafından ilk Sağlık Bakanı olarak seçilmiştir.²⁴³ Sağlık Bakanı Adıvar, Ankara’da göreve başladığında, sağlık örgütüne ve hizmetlerine ilişkin hiç bir kayıt ve bilgi olmadığından, bakanlığın ilk yılları bilgi toplama, İstanbul’dan sağlık hizmetlerini ilgilendiren yasaları getirme, cepheden gelen yaralıları iyileştirme ve iki milyona yakın iç ve dış göçmeni yerleştirme çabalarıyla geçmiştir. Bu nedenle bu tarih, günümüze miras kalan ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının başlangıcı olarak kabul edilmektedir.²⁴⁴

1923 yılına kadar Kurtuluş Savaşı’nın olağanüstü koşulları içinde ve daha çok askeri alanda yürütülen sağlık hizmetleri, Cumhuriyet kurulduktan sonra hızlı bir planlama sürecine girmiş ve gelişmeye başlamıştır. Bu dönemde yeni bir anlayış ve güçle organize edilen sağlık teşkilatının merkez teşkilatı; sağlık dairesi, sicil dairesi ve muhasebe ve evrak kalemi olmak üzere üç daireden, taşra teşkilatı ise; hükümet ve belediyelerin karantina tabiplikleri ile sıhhiye memurlarından ibaret olan sağlık müdürlüklerinden oluşmaktaydı.²⁴⁵

Dr. Adnan Adıvar’dan sonra, bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam, 1921–1937 yılları arasında sağlık bakanı olarak görevde kalmış ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, yurda yayılmasında ve sağlık hizmetlerinin yapılanmasına büyük bir

²⁴³ Metintaş, M., Y. ve Elçioğlu, Ö., “Cumhuriyetin İlk Onbeş Yılında Sağlık Hizmetleri (1923-1938)”, **Osmangazi Tıp Dergisi**, 2007; 29(3):162-170, s. 163

²⁴⁴ Öztekin, Z., “Dünden Bugüne Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, <http://www.tibder.org/modules.php?name=News&file=print&sid=45> 30.11.2005 (Erişim: 07.04.2010); Akdur, R., “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri”, **Yeni Türkiye**, 4 (23-24):1984-1995, Ankara 1998, s.3; Akdur, R., **Türkiye Cumhuriyetinin 75. Yılında Türkiye’de Sağlık Politikaları**, Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Bilim, “Bilanço 1923-1998”, Ulusal Toplantısı, Ayrı Basım, Ankara, Aralık 1999, s.50; Akdur, R., **Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”**, (Gözden Geçirilmiş ve Güncellenmiş İkinci Baskı), Ankara, 2006, s.28

²⁴⁵ Metintaş ve Elçioğlu, s. 164-165

başarı göstererek, tarihimizde önemli bir yer edinmiştir. Bu nedenle, “Refik Saydam Dönemi” olarak adlandırılan bu dönem, sağlık örgütünün kurulduğu, sağlık mevzuatının oluşturulduğu ve sağlık insan gücüne yönelik çalışmaların yapıldığı yıllar olmuştur.²⁴⁶ Bu dönemde²⁴⁷;

- 2. Meşrutiyet döneminde belirlenen illerde Sağlık Müdürlüğü, ilçelerde hükümet tabipliği örgütlenmesi temel kabul edilmiş ve sağlık hizmetlerinin tüm yurt düzeyine yayılmasına çalışılmıştır.
- Birinci basamağa ve koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmiş, bu hizmetler doğrudan merkezi hükümet tarafından genel bütçeden karşılanmıştır.
- Sağlık hizmetlerini köylere dek yaymak için “seyyar tabiplik” uygulamasına başlanmıştır.
- Hastanesi bulunmayan yerlerin sağlık hizmeti ihtiyacını bir ölçüde karşılamak üzere “muayene ve tedavi evi” adı altında sağlık hizmeti üniteleri kurulmasına karar verilmiştir.

²⁴⁶ Akdur, “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri”, s.4; Akdur, **Türkiye Cumhuriyetinin 75. Yılında Türkiye’de Sağlık Politikaları**, s. 50; Akdur, **Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumunu”**, s.28-29

²⁴⁷ Akdağ, R., **İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Sağlık Bakanlığı Yayın No:749, Ankara, Ağustos 2008, s.13-14; Öztekin, Z., ve Ergör, G., “Türkiye’de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi”, **Exploring Health Policy Development in Europe**, Ritsatakis, A. at all., (Ed.) WHO Regional Publications, Europeans Series, No. 86, Copenhagen, 2000, p.194-195; Karabulut, U., “Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937)” **ÇTTAD**, VI/15, (2007/Güz), ss.152-158; Aydın, E., “Türkiye Cumhuriyeti’nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri”, **Ankara Üniv.Eczacılık Fakültesi Dergisi**, 31 (3), 2002, ss.188-191; Metintaş ve Elçioğlu, s. 167-168; Akdur, “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri”, s. 4; Akdur, **Türkiye Cumhuriyetinin 75. Yılında Türkiye’de Sağlık Politikaları**, s.50-51; Akdur, **Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumunu”**s.29-30; Akdur, “Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık”, s.45-47; Öztürk, M., “Cumhuriyet Dönemi’nde Sağlık Hizmetleri” **SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, 6 (1), 1999, s.38; Fişek, N., “Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları” **Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları–I, Sağlık Yönetimi**, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html (Erişim 09.04.2010); Öztekin, <http://www.tibder.org/modules.php?name=News&file=print&sid=45> (Erişim: 07.04.2010); Bulut, A., “Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi”, **Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar**, Keyder, Ç. ve diğerleri (Drl), İletişim Yayınları, İstanbul, 2007, s.113-114

- Dikey örgütlenme ve programlar yoluyla, tüberküloz, sıtma, trahom, sifilis, cüzam, frengi, lepra gibi salgın hastalıklarla savaş için özel örgütler kurulmuştur.
- Yataklı tedavi hizmetlerinin kamu eliyle, ancak yerel idareler tarafından (belediyeler, il özel idareleri) yürütülmesi politikası benimsenerek, bu alanda, merkezi hükümete yol göstericilik görevi yüklenmiştir. Bu politika çerçevesinde, bir yandan yerel idarelerin hastane açması özendirilirken, diğer taraftan, bu idarelere örnek teşkil etmek üzere, Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı Numune Hastaneleri açılmıştır.
- Sağlık insan gücü yetersizliğine yönelik, hekimlerin sayısını artırmak ve kamuda çalışmalarını özendirmek amacıyla, Leyli (yatılı) Tıp Talebe Yurtları kurulmuş ve tıp fakültesi mezunlarına, Sıhhiye Vekaleti'nin gösterdiği yerlerde hükümet tabibi olarak mecburi hizmet uygulanması getirilmiştir. Hekim dışı sağlık personeli yetiştirmek üzere okullar açılmış ve kurslar düzenlenmiştir.
- Tüm sağlık personelinin atama ve terfileri Sıhhiye Vekaleti emrine alınarak, sağlık personelinin yönetimi tek elde ve merkezde toplanmıştır. Böylece personelin eğitimi, tayin, terfi ve atamaları belirli bir sisteme bağlanmış ve disipline edilmiştir.
- Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha yüksek bir ücret rejimi uygulanarak, hükümet tabipliği ve koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını teşvik edilmiştir.
- 1928 yılında sağlık mesleklerinin nasıl yürütüleceğine açıklık getiren 1219 Sayılı "Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" çıkarılarak, sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve sağlık hizmeti disipline edilmiştir.

- 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan, 1593 Sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetleri politikasının esasları belirlenmiştir.
- 1936 yılında ise, 3017 Sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu” çıkarılarak sağlık örgütünün temel çatısı kurulmuştur.

Başta bu üç kanun olmak üzere, çıkarılan benzeri kanunlar ile sağlık yönetimi ve politikalarının temelleri oluşturulmuş ve günümüzde de sağlık hizmeti hala bu temeller üzerinde yürütülmektedir.

Özetle, Dr. Refik Saydam Dönemi’nde, sağlık ile ilgili hizmetlerin tümü asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak algılanmış ve bu görevler devletin çeşitli organları (merkezi hükümet, il özel idareleri ve belediyeler gibi) arasında paylaştırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin ve personelinin denetimi ile sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığı’nda toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir.²⁴⁸

Dr. Refik Saydam döneminden sonra da sağlık örgütlenmesi devam etmiştir. Ancak II. Dünya Savaşı, sağlıktaki ilerlemelere sekte vurmuş ve sıtma, suçiçeği, sifilis ve cüzzam gibi salgın hastalılar yayılmaya başlamıştır. II. Dünya Savaşı’ndan sonra ilk önemli girişim 1946–1950 yılları arasında bakanlık yapan, Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi’ne sunulan ve yürürlüğe sokulan “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı”dır. Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt sathına yaymayı amaçlayan bu planla, hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir. Behçet Uz Planı diye de anılan bu plana göre; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecektir. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezler

²⁴⁸ Akdur, R., “Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık”, **12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı**, 21-25, Ankara, Ekim 2008, s.45-47

koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdir. Ayrıca bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştür.²⁴⁹

Bu dönem ve 1960'a kadar geçen süreçte diğer belli başlı gelişme ve değişiklikler şu şekilde sıralanabilir:²⁵⁰

- Merkezi yapıyı güçlendirmek ve sosyal içerik dahilinde politikalar geliştirmek amacıyla yasal düzenlemeler yapılmış ve uygulamalara geçilmiştir.
- İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan sıtma, suçiçeği, sifilis ve cüzzam ile mücadele etmek için "Olağandışı Sıtma Kontrolü Yasası" çıkarılmış ve hastalığa odaklı dikey örgütsel yapılar geliştirilmiştir.
- Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulması için çalışmalar başlatılmıştır. Ancak GSS nin ülke düzeyinde uygulanmasının mümkün olmayınca, 1945 yılında İş Güvenliği Yasası çıkarılmış ve İşçi Sigortaları Kurumu (İSK) kurulmuş ve hizmet ile istihdam alanındaki Sağlık Bakanlığı tekeli ortadan kaldırılmıştır. 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti vermeye başlayan bu kurumun, finansmanın yanı sıra, sağlık örgütü, hastane kurma, işletme ve personel atama yetkilerine sahip olması sağlanmıştır. Ayrıca Emekli Sandığı'nın kurulması ve sosyal sigorta kapsamının geliştirilmesi yönündeki çalışmalara da yine bu dönemde başlanmıştır.
- 1949 yılında yapılan bir düzenleme ile veremle savaş için kentlerde "Verem Savaş Dernekleri" kurulmuştur.

²⁴⁹ Akdağ, s.15; Akdur, **Sağlık Sektörü "Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu"**, s.31-32; Akdur, **Türkiye Cumhuriyetinin 75. Yılında Türkiye'de Sağlık Politikaları**, s.51-52; Akdur, "Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri", s.4-5; Bağırman, s.36

²⁵⁰ Savaş, B. S., Karahan Ö., and Saka R. Ö., **Health Care System In Transition: Turkey**, Thomson, S. (Ed), and Mossialos, E.,) European Observatory on Health Care Systems, Vol:4. No:4, Copenhagen, 2002, p.17; Akdağ, s.15-17; Sur, H., "Dünyada Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi" <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (Erişim 07.04.2010); Fişek, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html (Erişim 09.04.2010); Özbay, H. ve diğerleri, "Sağlık Hizmetleri Sistemi" **Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007**, Mollahaliloğlu, S. ve diğerleri (Ed), SB, RSHMB, HMM Yayını, Ankara, 2007, s.100; Akdur, **Sağlık Sektörü "Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu"**, s.30-32; Akdur, **Türkiye Cumhuriyetinin 75. Yılında Türkiye'de Sağlık Politikaları**, s.53; Akdur, "Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri", s.4-5; Bağırman, s.36; Öztürk, s.38-39

- Bu dönemde, DSÖ ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu gibi uluslararası kuruluşlar ile işbirliğine ve bu kurumlardan yardım sağlanmasına önem verilerek, ana ve çocuk sağlığı, tüberküloz savaşı gibi koruyucu hekimlik hizmetlerinin geliştirilmesi için büyük ölçüde destek sağlanmış ve sağlık ocaklarının sayısı da hızla artmıştır.
- Refik Saydam döneminde yerel yönetimlere bırakılmış olan yataklı tedavi (tedavi edici) hizmetleri, Sağlık Bakanlığına devredilmiş, belediye hastaneleri devletleştirilmiştir. Buna bağlı olarak, koruyucu hizmetlerde görev yapan personelin hastanelere kayması nedeniyle, hizmet açığı ortaya çıkmıştır. Hastanecilik alanında büyük gelişmeler sağlanırken, koruyucu sağlık hizmetleri gerilemiş, özellikle hekim dışı sağlık personeli yetiştirilmesine gereken önem verilememiştir.

1.2 Sosyalleştirme Dönemi (1960–1980)

Türkiye’de 1930–1946 yılları arasında kapalı, korumacı, dış dengeye dayalı ve içe dönük iktisat politikaları izlenmiştir.²⁵¹ 1950’de Demokrat Parti’nin iktidar olmasıyla bu iktisat politikaları terk edilerek, iktisadi kalkınma konusunda kritik sektör olarak sanayi sektörü yerine, tarım sektörü; kamuya dayalı girişimcilik yerine, özel girişimcilik; iç kaynaklara dayalı kalkınma stratejisi yerine, dış kaynaklara bağımlı bir kalkınma stratejisi tercih edilmiştir. Ancak 1950’lerin ortalarından itibaren ortaya çıkan bütçe açıkları, hızla artan dış borçlar ve yanlış yatırımlar sonucu hızla enflasyonist bir sürece girilmiş ve ödemeler dengesinde de önemli açıklar meydana gelmiştir.²⁵² Bu nedenle, dış yardımların kesilmemesi için hükümet tarafından 1958’de istikrar programı uygulamaya koyulmuş,

²⁵¹ Boratav, K., *Türkiye Tarihi / Cilt: 4 / Çağdaş Türkiye/ 1908-1980*, Cem Yayın Evi, İstanbul 1992, s.311

²⁵² Sezen, S., *Devletçilikten Özelleştirmeye Türkiye’de Planlama*, TODAİE Yayınları, Ankara, 1999, s.165-166

ancak bu program da enflasyonu düşürmek ve dış açığı kapatmak için yeterli olmamış ve 1959 yılında ekonomik durgunluğa girilmiştir.²⁵³

1950–1960 yıllarını kapsayan on yıllık süreçte muhalefetin de etkisiyle, plansız uygulamaların yarattığı olumsuz gelişmeler sürekli gündemde tutularak, Türkiye’de tüm sorunlarının planlama ile çözülebileceğine ilişkin bir kamuoyu oluşmuştur. Bu arada 1959 ekonomik durgunluğundan çıkılmış, fakat mali dengesizlikler ve ödemeler dengesindeki açığın devam etmesi sonucu oluşan piyasa kıtlıkları, iktisadi planlamayı iyice gündeme getirmiştir.²⁵⁴ İktisadi planlama Demokrat Parti’nin siyasi anlayışına ters düşmesine rağmen, ABD başta olmak üzere çevre ülkelerin ve dış yardım kuruluşlarının içe dönük sanayileşme modelinin işleyebilmesi için planlamanın gerekli olduğu yönündeki telkinleri ve dış yardımların tehlikeye düşme olasılığı karşısında, hükümet içinde bir Koordinasyon Bakanlığı kurulmuştur.²⁵⁵ Ayrıca bir planlama uzmanı olan J. Tinbergen başkanlığında küçük bir ekip Ankara’da çalışmaya başlamıştır. Fakat 27 Mayıs 1960 tarihinde Türk Silahlı Kuvvetleri içerisinde bir grup subaydan oluşan Milli Birlik Komitesi askeri müdahale ile ülke yönetimine el koyarak, anayasa ve TBMM’yi feshetmiş, siyasi faaliyetleri askıya almış ve ülkenin yönetimini üstlenmiştir. Askeri müdahaleden sonra 1960 öncesinde yaşanan gelişmelere bağlı olarak oluşan planlama özleminin de etkisi ile Demokrat Parti döneminde J. Tinbergen başkanlığında başlatılan planlamaya yönelik çalışmalara devam edilerek, 30 Eylül 1960’ta Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuş ve planlı kalkınma dönemi başlamıştır. Bu arada, 1961 yılında bireyin temel ekonomik ve sosyal haklarını batı standartlarında düzenleyen bir anayasa hazırlanmıştır. Bu bağlamda, yeni hazırlanan Anayasası’nın 48. ve 49. maddeleri ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri de asli ve anayasal bir devlet görevi haline getirilmiştir.

Anayasa doğrultusunda hazırlanan ve 1963–1967 yıllarını kapsayan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda, sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini

²⁵³ Eroğlu, N., “Türkiye’de İktisat Politikalarının Gelişimi (1923-2003)”, 80. Yılında Türkiye Cumhuriyeti Sempozyumu, MÜ, Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi, 29-31 Ekim 2003, İstanbul, <http://mimoza.marmara.edu.tr/~neroglu/iktisat-politikalari.pdf>, (Erişim: 08.06.2010)

²⁵⁴ Yenal, O., *Cumhuriyet’in İktisat Tarihi*, Türkiye Sınai Kalkınma Bankası Yayını, 2001, s.121.

²⁵⁵ Turgut, S., *Demokrat Parti Döneminde Türkiye Ekonomisi*, Ankara 1991, s.185.

yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu amaca ulaşmak için, tedavi edici hizmetleri koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öge olarak görülmüş, az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan, hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür.²⁵⁶

Sağlık hizmetlerinin bu plan çerçevesinde yeniden düzenlenmesi ve örgütlenmesi amacıyla, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 05 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Bu yasa, katkı payları ve genel yönetim bütçe tahsisleri ile desteklenen, kısmen veya tamamen ücretsiz bir ulusal sağlık sistemi kurmayı, amaçlamıştır. Böylece, sağlık hizmetlerinde “Sosyalleştirme Dönemi” olarak adlandırılan bir dönem başlamıştır.²⁵⁷ Bu yasa ile gerçekleştirilmesi hedeflenen amaçlar, beş yıllık kalkınma planlarına dahil edilerek, yürütülmüştür. Sosyalleştirme döneminden itibaren sağlıklı yaşam ve sağlık hizmeti herkese, her zaman ve her yerde verilmesi gereken, doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın yerine getirilmesi de devletin görevi olarak kabul edilmiştir. Ayrıca:²⁵⁸

- 1961 yılına kadar “geniş bölgede tek yönlü hizmet” ilkesine göre örgütlenen (Sıtma savaşı, Trahom savaşı, Verem Savaşı gibi) sağlık hizmetleri, bu dönemden sonra “dar bölgede çok yönlü hizmet” ilkesine göre bütünleştirilmiş ve sağlık hizmetlerinin “sağlık ocaklarında” tek elden yürütülmesi ve yurda yayılması öngörülmüştür. Bu çerçevede, birinci basamak sağlık hizmetlerine dayalı bir örgütlenme modeli benimsenerek, sağlık ocakları ve bunlara bağlı sağlık evleri ile herkesin sağlık hizmetlerinden yararlandırılması ilkesi benimsenmiştir.

²⁵⁶ Akdur, Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumunu” s.32-33; Fişek, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html (Erişim 09.04.2010)

²⁵⁷ Savaş, Karahan, and Saka, p.18; Fişek, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html (Erişim 09.04.2010);

²⁵⁸ Aktan, C., C., “Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf> (Erişim: 09.04.2010); Öztekin, Z., **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sorunları ve Çözüm Önerileri**, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayını, s.3-4; Akdur, **Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumunu”**, s.32-33; Fişek, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html (Erişim 09.04.2010); Öztürk, s.40

- Sağlık hizmetleri basamakları arasında sevk zorunluluğu getirilerek, hastaların öncelikle birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarına (sağlık ocağı) başvurmaları ve buralarda teşhis ve tedavisi yapılamayanların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına sevk edilmeleri sağlanmıştır. Böylece, hastaneler gereksiz hasta yükünden korunacak ve hastalar daha erken ve kolay sağlık hizmeti alabileceklerdir.

1963'te uygulamasına başlanan, Sağlık Hizmetleri Sosyalleştirmesinin 1977 yılında tüm ülkeye yayılması hedeflenmiş, 1982 yılında ise, her 5.000 kişiye bir sağlık ocağı kurulması öngörülmüştür. Ancak, izleyen yıllarda bu yasayla benimsenen sağlık politikaları, gelen iktidarların sahip olduğu neoliberal politikalarla çelişmiştir. Bunun sonucu olarak, hükümetler sağlık hizmetinde birinci basamağa gerekli önemini vermemişler ve sağlık ocakları, hastane ve sağlık merkezlerinin yanında, niteliksiz hizmet veren kurumlar olarak kalmışlardır. Uzun yıllar sağlık ocaklarının çoğuna hekim atanmamıştır. Bu açığı kapatmak üzere, hizmet yükümlülüğü yasasını kabul edilmiş ve ocaklardaki hekim açığı kapatılmıştır. Ancak yasa gereği ilaç, araç-gereç, lojman, bina gibi gereksinimler ile ocak-hastane işbirliği sağlanmadığından beklenen sonuç alınamamıştır.²⁵⁹

224 Sayılı Kanun ile getirilen hekimlerin ve diğer sağlık personelinin kamu kesiminde sözleşmeli olarak istihdam edilmesi ilkesi, 1965 yılında çıkarılan 657 sayılı Devlet Personel Kanunu ile yürürlükten kaldırıldığı için, tam gün süreli çalışma uygulanamamıştır. Sağlık teşkilatı genel yönetim içinde görülerek, il içinde bir bütün olarak yönetileceği ilkesine önem verilmemiştir. Hekim dışı sağlık personelinin yetiştirilmesine Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndan sonra gereken önem verilememiştir. Halkın hizmete katkısını sağlamak amacı ile öngörülen kurullar kurulamamış ve güçlü bir sağlık yönetici kadrosu yetiştirilememiştir. Genel bütçeden sağlık alanına yeterli mali kaynak sağlanmasına öncelik verilmemiştir.²⁶⁰

²⁵⁹ Akdur, **Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”**s.32-33; Fişek, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html (Erişim 09.04.2010)

²⁶⁰ Fişek, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html (Erişim 09.04.2010)

Türkiye’de 1960’dan sonra uygulamaya konulan sosyalleştirme, tüm sağlık harcamalarının kamu kaynaklarından karşılanması, hizmetlerin de kamu sektörü eli ile yürütülmesi düşüncesinin doruk noktası olmuştur. Bu uygulama ile, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bütünlük içinde yürütülmesi ve tüm yurt düzeyine yayılması amaçlanmıştır. Bu dönemlerin hepsinde, hizmet sırasında ödeme ve özel muayenehane, hatta çok az da olsa özel hastane yapılanmaları var olagelmiştir. Sağlıkın finansmanını sağlayan kurumlar sağlık hizmeti sunan kurumlar karşısında, belirleyici bir niteliğe sahip olamamışlardır. 1960’ların sonundan itibaren, sağlık alanında özel sektöre ağırlık verme gayretleri artmaya başlamış ancak, şirketleşmeler ve büyük hastaneler oluşmamıştır.²⁶¹

1.3 Neoliberalleşme Dönemi (1980-)

1970’lerin başlarında üst üste yaşanan petrol şoklarıyla dünyadaki ekonomik sistemlerde başlayan istikrarsızlık ve daralma, dünya genelinde refah devletinin küçültülmesine odaklanan neoliberal politikaları gündeme getirmiştir. Benzer süreç, Türkiye’de de yaşanmış ve Türkiye’nin ithalatında önemli bir kalem olan petrol fiyatının yükselmesi döviz ihtiyacını önemli ölçüde artırırken, buna bir de dış borç bulmada karşılaşılan zorluklar eklenmiştir. Bu durum karşısında Türkiye üretimde kullandığı girdilerini ithal edememeye başlamış, temel mallarda ortaya çıkan kıtlıklar ise, karaborsa ve kuyruklara neden olmuştur. Ekonomideki bu tikanıklığın aşılabilmesi için yeni dış kaynak arayışına gidilmiştir. Bu bağlamda DB ve IMF gibi dış kaynak sağlayan kuruluşların, ekonomik yardımları ekonomide yapısal bir dönüşüm yapılması şartına bağlamaları nedeniyle, 1980 yılında bu yapısal dönüşümleri de içeren ve 24 Ocak Kararları olarak da bilinen bir dizi önlem paketi uygulamaya koyulmuştur.²⁶² Böylece 24 Ocak 1980 kararları ile Türkiye’de neoliberalleşme dönemi başlamıştır. 24 Ocak kararları, IMF’nin 1970’li yıllardan itibaren birçok az gelişmiş ülkeye empoze ettiği standart istikrar politikaları ile DB tarafından geliştirilen yapısal uyum programlarını içermektedir. Bu politika ve programlar, başta özelleştirme ve ticarileştirmeye odaklanan sağlık hizmetleri olmak üzere,

²⁶¹ Çobanoğlu, N., “Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Etik”, *T Klin. Tıbbi Etik*, 4, 1996, s.104

²⁶² Eroğlu, <http://mimoza.marmara.edu.tr/~neroglu/iktisat-politikalari.pdf>, (Erişim: 08.06.2010)

diğer kamu hizmetleri alanlarına da yayılmıştır. 24 Ocak kararları ile sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu olma gereği törpülenerek, sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuş, kamu sektöründe çalışan hekimlere özel muayenehane açma izni verilmiş, sosyalleştirme çalışmaları askıya alınmış, yeni sağlık ocaklarının açılması, var olanlarının yapısal, fiziki koşullarının düzenlenmesi yönünde hiç bir çalışma yapılmamıştır. Ayrıca, devlet hastanelerinde işletme ve karlılık hesaplarına yönelik çalışmalar artırılmıştır. Bunun bir uzantısı olarak, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini piyasanın arz ve talep kuralları içinde kişilerin toplumsal fırsatları oranında yararlandığı hizmetler olarak ele alan politika, resmi politika haline gelmiştir.²⁶³ 24 Ocak kararları paralelinde hazırlanan 1982 Anayasası, 1961 Anayasası'ndan farklı olarak, Anayasanın 56. maddesinde sağlık hizmetlerini devlet için ödev olmaktan çıkarılıp, devletin görevini düzenlemek ve denetlemek olarak sınırlandırmıştır.²⁶⁴ 1961 Anayasası'nda yer alan ve sosyal devlet olmanın bir ifadesi olan “insan haklarına dayalı devlet” tanımı 1982 Anayasası ile değiştirilerek “insan haklarına saygılı devlet” şekline dönüştürülmüştür.²⁶⁵ Böylece devlete ödevler yükleyen sosyal devlet anlayışı, düzenleyici devlet anlayış ile yer değiştirmiştir.²⁶⁶

Sağlık hizmetlerinin neoliberalleşmesine yönelik ilk girişim 1987 yılında kabul edilen 3359 sayılı “Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu” ile başlamıştır. Milli Savunma Bakanlığı hariç ülkedeki bütün sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından planlanması ve denetlenmesine olanak veren bu kanunla, GSS'nin ilk adımları tanımlanmış, kamu hastanelerinin işletmeye dönüştürülmesinin önü açılmıştır. Ancak kanunun önemli maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, bu yasadan beklenen sonuçlar alınamamıştır.²⁶⁷

²⁶³ Bağımsız Sosyal Bilimciler, **2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset, İktisat ve Toplum**, Yordam Kitap: 42, İstanbul, 2006, s.221-223; Akdur, “Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık”, s.50; Akdur, **Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”**, s.34; Çobanoğlu, s.105

²⁶⁴ Pala, K., **Türkiye için Nasıl Bir Sağlık Reformu?**, Bursa, Şubat 2007, s.11; Akdağ, s.18

²⁶⁵ Akdur, “Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık”, s.50; Akdur, **Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”**, s.34

²⁶⁶ Bağımsız Sosyal Bilimciler, s.223

²⁶⁷ Bulut, s.117-118; Pala, **Türkiye için Nasıl Bir Sağlık Reformu?**, s.15; Akdağ, s.18; Bağımsız Sosyal Bilimciler, s.223-224; Metin, B, “Türkiye’nin Sağlık Sorunları Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları” 10 Nisan 2002, Ankara, <http://undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm> (Erişim 24.03.2010)

Neoliberal dönüşüm sürecinde Türkiye'nin sağlık reformu tercihlerinde, dünyadaki diğer örneklerde olduğu gibi, DB ve DSÖ stratejileri belirleyici olmuştur. 1987 yılında DB ile Türkiye'deki sağlık durumunu değerlendiren bir anlaşma yapılmış ve 1988'de ilk Dünya Bankası Proje taslağı hazırlanmıştır. Öte yandan, DPT sağlık planının temel ilkelerini belirlemek üzere 1990 yılında yaptırdığı Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü ile 1992 ve 1993 yıllarında yapılan Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri, Ulusal Sağlık Politikası dokümanının hazırlanmasına yol açmıştır. Doküman, 2000 yılına kadar desantralize bir sağlık sistemi, aile hekimliği modeli, hastanelerin işletmeleştirilmesi, istihdamda merkeziyetçiliğin kaldırılması ve GSS sisteminin kurulmasını hedeflemiştir.²⁶⁸ 1990'da DB ile temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektörünün yönetiminde etkinliği arttırmayı ve Sağlık Bakanlığı'nın teknik ve yönetim kapasitesini güçlendirmeyi amaçlayan 1. Sağlık Projesi İkraz Anlaşması imzalanmıştır.²⁶⁹

Sağlık Bakanlığı tarafından 1996'da hazırlanan 1996–2000 yıllarını kapsayan Sağlık Reformu, 7. Beş Yıllık Kalkınma Planına (VII. BYKP) da girmiştir. Bu dönemde hazırlanan VII. BYKP, dönemin neoliberal anlayışını açıkça yansıtmaktadır. Buna göre, Sağlık Bakanlığı halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulacak, bakanlığın hizmet sunumundaki rolü azaltılırken, yerel yönetimlerin rolü arttırılacaktır; bireye hekim ve hastane seçme imkanı getirilecektir; hastaneler idari ve mali özerkliğe sahip işletmelere dönüştürülecektir; kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan ve piyasa koşullarında çalışan hastanelerden kamu sübvansiyonu kademeli olarak kaldırılacaktır; koruyucu sağlık hizmetleri ile muhtaç ve güçsüzlerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin dışında sunulan hizmetlerin bedelinin kullanıcılar tarafından ödenmesi esas olacak, uzun vadede GSS sistemine geçilecektir; özel kesimin sağlık sektöründeki

²⁶⁸ SB., Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Ulusal Sağlık Politikası**, Ankara, 1993, s.47-59; Bağımsız Sosyal Bilimciler, s.224; Akdağ, s.18; Özbay ve diğerleri, "Sağlık Hizmetleri Sistemi" s.99-101; Metin, <http://undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm> (Erişim 24.03.2010); Bağırhan, s.64-67

²⁶⁹ World Bank., **Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency (in Two Volumes) Volume 1: Main Report**, March 2003, p.2; Metin, <http://undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm> (Erişim 24.03.2010); Bağırhan, s.64-67

faaliyetleri özendirilecektir.²⁷⁰ Ancak belirlenen hedeflerin hiçbiri gerçekleştirilememiştir. Sadece bir ara formül olarak bulunan ve geçici olarak kullanılması düşünülen, sosyal güvenlik kapsamında yer almayan ve ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinin karşılanabilmesi için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir.²⁷¹

2003 yılı başı itibariyle 59. Hükümet tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır. Bu çerçevede daha önce yapılması planlanan ve kalkınma planlarında yer alan konularla, yeni yaklaşımları da içeren bu program ile sağlık sistemi neoliberal yaklaşımın hakim olduğu bir dönüşüm sürecine girmiştir.²⁷² Bu dönüşüm sürecinde ilk olarak, 2003'te devlet memuru ve emekli sandığı mensupları için sevksiz özel hastanelere başvuru imkanı getirilerek özel sektör teşvik edilmiştir. 2003 yılından itibaren sözleşmeli sağlık personeli istihdamına geçilmiş ve sağlık çalışanları için performans dayalı ek ödeme sistemi getirilerek, 2005 yılında kurumsal kriterler ve kalite kriterleri performans dayalı ek ödeme sistemine eklenmiştir. 2005 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemi Düzce'de pilot il olarak uygulamaya sokulmuştur. 2005 yılında Üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığına ait hastaneler hariç, SSK, bazı bakanlıklar ve belediyeler, Demiryolları ve PTT hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilerek, sağlık hizmeti sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması yolunda ilk adım atılmıştır. 2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile tüm sosyal güvenlik kurumları tek çatı olan, Sosyal Güvenlik Kurumu altında birleştirilmiştir. 2007'de tüm kamu sigortalılarının sevksiz üniversite ve özel hastanelere erişimi sağlanmış ve tıp merkezlerinden de sağlık hizmeti satın alınmaya başlanmıştır. 2008 yılında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSS) ile sağlık hizmeti sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması tamamlanmıştır.²⁷³

Sağlıkta neoliberal dönüşüm temel gerekçeleri; kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaşması, mevcut sağlık sisteminin kurumsal

²⁷⁰ DPT, **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: 1996-2000**, Ankara, 1995, s.48.

²⁷¹ Akdağ, s.18-19; Özbay ve diğerleri, "Sağlık Hizmetleri Sistemi", s.99-101; Metin, <http://undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm> (Erişim 24.03.2010); Bağırhan, s.64-67

²⁷² Özbay ve diğerleri, "Sağlık Hizmetleri Sistemi", s.99-101

²⁷³ OECD ve WB, **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri – Türkiye**, OECD Publishing, 2008, s.37

yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı ile kaynak, sağlık insan gücü ve araç-gereç yetersizliğinin olması, sağlık hizmetlerinin aşırı merkeziyetçi ve yetersiz yönetimi, sağlık finansmanının farklı kaynaklardan sağlanmasının ciddi adaletsizliklere yol açması, parçalanmış sağlık sisteminin, mevcut kaynaklarını etkili ve verimli kullanamaması tespitlerine dayanmaktadır.²⁷⁴ Bu çerçevede, 1980'lerden beri aşamalı olarak uygulamaya konulan sağlıkta neoliberal dönüşüm ile, hükümetin sosyal devlet anlayışını tedrici olarak terk ettiği, devletin sosyal yönünün budandığı, özelleştirme yoluyla sosyal-kamu hizmetlerinin özel sektöre devredildiği gözlenmektedir.²⁷⁵

2 TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN MEVCUT YAPISI

2.1 Sağlık Hizmetlerinin Örgütsel Yapısı ve Yönetimi

2005'ten önce, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütsel yapısı, parçalanmış ve farklı paydaşlar arasında düzensiz bir şekilde dağıtılmış çoğulcu bir yapı göstermekteydi. Buna karşılık, koruyucu sağlık hizmetleri tamamen, tedavi edici hizmetler ise, ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekteydi. Bu çerçevede, tedavi edici sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, SSK, bazı bakanlıklar ve belediyeler, Emniyet Genel Müdürlüğü, PTT, Devlet Demir Yolları, TSK, üniversite hastaneleri gibi kamu veya yarı kamu, özel sektör, azınlıklar, dernek ve vakıflara bağlı hastaneler tarafından verilmekte ve hizmet sunan tüm bu kurumlar arasında etkili bir eşgüdüm bulunmamaktaydı.²⁷⁶ Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise, SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmaktaydı.²⁷⁷ Ancak 2005'ten sonra, Üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığına ait hastaneler hariç, diğer bakanlık, belediye ve kamu kurumlarına ait sağlık kurum ve kuruluşları Sağlık Bakanlığı'na devredilerek, bu dağılımı kısmen giderilmiş ve sağlık hizmeti sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması yolunda ilk adım atılmıştır. Daha sonra 2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SSK,

²⁷⁴ SB. Proje Destek Birimi, **Sağlıkta Dönüşüm Konsept Raporu**, Ankara, 2003, ss.5-68; Elbek ve Adaş, s.35

²⁷⁵ Yıldız, s.33

²⁷⁶ Savaş, Karahan, and Saka, p.23; Akdur, R., "21.Yüzyılda Türkiye'de Sağlık ve Sağlık Sorunları," **21.Yüzyılın Başında II.Kırıkkale Sempozyumu** (13-14 Mart 2008 Kırıkkale) Kırıkkale Kent Konseyi Yayınları, Kırıkkale 2008, s.164

²⁷⁷ Özbay ve diğerleri, "Sağlık Hizmetleri Sistemi", s.102

Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'un Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirilmesi ve 2008 yılında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanunu yürürlüğe girmesi ile sağlık hizmetinin sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılmış ve sağlık hizmetinin finansmanı ağırlıklı olarak, SGK'ya devredilmiştir. Ancak bu devir esnasında, SSK'ya ait ilaç fabrikası kapatılarak, sigortalıların, ilaçlarını özel eczanelerden almalarının yolu açılmış ve kamu, ilaç üretiminden çekilerek, ilaç sektörüne daha bağımlı hale gelmiştir.²⁷⁸ Sağlık kurumlarının devri ve özellikle SSK'nın hizmet satın almaya başlaması ve ilaç politikasındaki değişimlerin (SSK eczanelerinin kapatılması ve serbest ilaç alımı uygulaması), SGK'nın var olan finansman sorunlarını daha da ağırlaştırdığı ileri sürülmektedir.²⁷⁹

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin planlaması, koordinasyonu, finansal desteği ve sağlık hizmetlerinde eşitliğin, kalitenin ve etkinliğin sağlanması için sağlık kurumlarının geliştirilmesi sorumluluğunun tümü TBMM, Sağlık Bakanlığı, DPT ve Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) arasında dağıtılmıştır. Sağlık alanında ulusal düzeyde politika belirlenmesi konusunda asıl görev ve fonksiyon TBMM ve Sağlık Bakanlığı'na ait olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin planlamasından DPT ve Sağlık Bakanlığı sorumludur.²⁸⁰

²⁷⁸ Fişek, G., "SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na Devri : Ver – Kurtul", **Çalışma Ortamı Dergisi**, Sayı : 77 Yıl : Kasım – Aralık 2004, <http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/?p=50> (Erişim: 21.04.2010); Savaş, Karahan, and Saka, p.24

²⁷⁹ Hamzaoğlu, O. ve Yavuz, C. I., "Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine," **Mülkiye** Cilt: XXX Sayı:252, s.286

²⁸⁰ Savaş, Karahan, and Saka, p.23; Aktan, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf> (Erişim: 09.04.2010)

Tablo 12.

Sağlık Sistemi Örgütlenmesi ve Yönetiminde Yer Alan Kurumlar, Türkiye

ROLLER		KURUMLAR
Plan ve Politika Oluşturma		TBMM Sağlık Bakanlığı DPT YÖK
Yönetim Yetkisi		Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlükleri
Sağlık Hizmeti Sunumu	Kamu	Sağlık Bakanlığı Üniversiteler Milli Savunma Bakanlığı
	Özel	Özel Hastaneler Vakıf Hastaneleri Azınlık Hastaneleri Özel Muayenehane Özel Tıp Merkezleri Özel Laboratuvarlar Özel Görüntüleme Merkezleri Eczaneler Diğer
Sağlık Hizmeti Finansmanı		SGK (Prim) Maliye Bakanlığı (Genel Bütçe) Sağlık Bakanlığı (Genel Bütçe+Döner Sermaye Bütçesi) Yerel Yönetimler Katkı Payı (Cepten Ödeme) Özel Sağlık Sigortaları Uluslararası Örgütler (IMF ve Dünya Bankası Kredisi)

Kaynak: Savaş, B. S., Karahan Ö. and Saka R. Ö., **Health Care System In Transition: Turkey**, (Ed. Thomson, S., and Mossialos, E.,) European Observatory on Health Care Systems, Vol:4. No:4, Copenhagen, 2002, p.24

NOT: Tablodaki bilgiler güncellenmiştir.

En üst yasama organı olarak TBMM, diğer tüm yasalar gibi sağlıkla ilgili tüm yasaların çıkarılmasından ve sağlık politikalarının yasal mevzuat çerçevesinde düzenlenmesinden sorumludur.²⁸¹ Sağlıkla ilgili diğer ikincil mevzuatlar ise, Sağlık Bakanlığı ve diğer paydaş kurumlar tarafından yapılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, devletin sağlık sektöründe politika belirlenmesinden, programlar aracılığıyla ulusal sağlık stratejilerinin uygulanmasından ve sağlık hizmetlerinin doğrudan

²⁸¹ Savaş, Karahan, and Saka, p.24

sunumundan sorumlu en üst devlet organıdır. Tüm yurda yayılmış uzmanlaşmış yataklı ve ayakta tedavi hizmeti veren ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının büyük çoğunluğu ile koruyucu sağlık hizmeti veren birinci basamak sağlık kuruluşlarının tamamı Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır.²⁸² Bu kurum ve kuruluşlarının merkezi düzeyde yönetimi ve sağlık politikalarının uygulanması Sağlık Bakanlığının sorumluluğu altındadır.

DPT, sağlık hizmetlerinin planlamasında rol almakta ve makro politikaları belirlemektedir. DPT'nin birbirinden farklı iki planlama görevi bulunmaktadır. İlk olarak, stratejik planlama rolü doğrultusunda, yedi yıllık kalkınma planları ile sağlık sisteminin amaçları, görevleri, ilkeleri ve politikaları düzenli olarak belirlenmekte ve TBMM'nin onayına sunulmaktadır. İkinci olarak, sağlıkla ilgili yatırımları planlama, değerlendirme ve yeni sağlık yatırımlarını onaylama sorumluluğu da DPT'ye aittir. DPT'nin hazırladığı Stratejik Plan çerçevesinde, Sağlık Bakanlığı tarafından 5 yıllık Stratejik Plan hazırlanmaktadır. Planlama ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin operasyonel planlama yapmakta ve tanımlanan politikaları uygulamaktadır.²⁸³

Üniversite hastaneleri, YÖK'ün sorumluluğu altında olmasına rağmen, planlama sürecinde DPT ve Sağlık Bakanlığı tarafından danışıldığında sağlık politikası formülasyonuna katılmaktadır. Birçok tıp mesleğinin üniversite seviyesinde eğitim gerektirmesinden dolayı, YÖK özellikle sağlık insan gücü politikalarında aktif rol almaktadır. Her bir üniversite hastanesi özerk bir kurumdur ve hiçbir merkezi planlama otoritesinin yönetimi altında değildir. Üniversite hastaneleri, stratejik konuların kısa dönem ölçümlerinin ve uygulamalarının izlendiği ve düzenlendiği planlama aşamasına dahil değildir. Sağlık hizmetleri sunumu çerçevesinde ise, üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetlerini yerine getirmektedir.²⁸⁴

Sağlık sektörü veya sağlık hizmetlerinin planlaması ve politika oluşturulması sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'nda olmasına rağmen, Bakanlığın öncelikli sorumluluğu

²⁸² Özbay ve diğerleri, "Sağlık Hizmetleri Sistemi", s.103; Savaş, Karahan, and Saka, p.24

²⁸³ Savaş, Karahan, and Saka, p.24-25; Aktan, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf> (Erişim: 09.04.2010)

²⁸⁴ Savaş, Karahan, and Saka, p.25

bünyesinde sunulan sağlık hizmetlerinin yönetilmesiyle ilgilidir. Sağlık Bakanlığı birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sağlayan entegre bir sağlık sistemini yürütmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın harcamaları ve sermaye yatırımları genel bütçeden tahsis edilen kaynaklar ile bünyesindeki kurum ve kuruluşların döner sermaye gelirlerinden sağlanmaktadır.

Yerel seviyede sağlık hizmetleri valilerin sorumluluğu altındaki il sağlık müdürü tarafından yönetilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve sağlık merkezleri il sağlık müdürlüğünün denetimine tabidir. İl sağlık müdürü, ildeki sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasından sorumludur ve bu hizmetlerle ilgili olarak ildeki validen olduğu gibi Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatından da onay almak zorundadır. Yataklı tedavi özelliği olmayan, bölgede bulunan ve rutin sağlık hizmetlerine ek olarak, acil ambulans hizmetleri ve sağlık ocaklarının örgütlenmesi ile personel ihtiyacı, ulaşım, güvenlik, ısınma ve yiyecek-içecek gibi ihtiyaçları il sağlık müdürlükleri tarafından karşılanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin planlanmasında, politika oluşturulmasında ve sağlık hizmeti sunumunda aktif rol oynayan Sağlık Bakanlığı'nın yönetim ve organizasyon yapısı, büyük ölçüde merkezîyetçi ve bürokratik niteliktedir.²⁸⁵ Taşra teşkilatı sağlık hizmetleri ile ilgili bakanlık tarafından merkezde oluşturulan politika, plan, program ve kararları uygulanmakla yükümlüdür.²⁸⁶

2.2 Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

2.2.1 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Refik saydam döneminde, birinci basamağa ve koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmiş, bu hizmetler doğrudan merkezi hükümet tarafından genel bütçeden karşılanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha yüksek bir ücret rejimi uygulanarak, hükümet tabipliği ve koruyucu sağlık hizmeti çalışmaları teşvik edilmiştir. 1946 yılında yürürlüğe sokulan Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı ile tüm

²⁸⁵ Akdur, "21.Yüzyılda Türkiye'de Sağlık ve Sağlık Sorunları," s.164

²⁸⁶ SB, "Herkesle Sağlık" Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, Aralık 2001, s.44

sağlık hizmetlerinin tümü, merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiş ve ülke yedi sağlık bölgesine ayrılarak, her 40 köy için kurulacak 10 yataklı bir sağlık merkezinde, koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte yürütülmüştür. 1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunla, birinci basamak sağlık hizmetleri dar bölge çok yönlü hizmet ilkesine göre bütünleştirilmiş ve sağlık hizmetlerinin sağlık ocaklarında tek elden yürütülmesi ve yurda yayılması öngörülmüştür. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri hala 224 sayılı kanunun çerçevesinde yürütülmektedir. Sosyalleştirme kanununda, koruyucu ve ayaktan tedavi edici hizmetlerinin bir arada sunulduğu birinci basamak sağlık hizmetlerinin, nüfusa göre örgütlenmiş hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru ve tıbbi sekreter gibi kamu personellerinden oluşan bir ekip tarafından sunulması esastır. En küçük sağlık birimi olan ve nüfusu 2.500–3.000 olan kırsal alanlarda kurulan sağlık evlerinde verilen birinci basamak sağlık hizmeti, aile planlaması hizmetleri veren, doğumlara yardımcı olan ve belirlenen evlere aylık ziyaretler yapan bir ebe tarafından verilmektedir. Ayrıca kırsal alanda kurulan sağlık ocakları, 2.500–5.000 arası nüfusa 8 personelden oluşan bir ekip ile hizmet vermektedir. Nüfusu yaklaşık olarak 5.000–10.000 arası olan yerleşim yerlerinde ise, sağlık hizmeti 16 personelden oluşan bir ekip tarafından bölge sağlık ocaklarında verilmektedir. Sağlık ocaklarının temel fonksiyonu, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, bağışıklama hizmetleri, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması, halk sağlığı eğitimi, çevre sağlığı, birinci basamak teşhis ve tedavi hizmetleri ile istatistiksel verilerin toplanmasıdır. Sosyalleştirme kanunu çerçevesinde sağlık hizmetlerinin entegre olarak yürütülmesi esasına rağmen, ülkemizde Kanseri Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezleri, Sıtma Savaş birimleri dikey örgütlenme biçimindedir.²⁸⁷ Birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansmanı Sağlık Bakanlığı genel bütçesinden ve sağlık müdürlüklerinin döner sermaye bütçesinden sağlanmaktadır.

²⁸⁷ Özdemir, O., Ocaktan, S. ve Akdur, R., “Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupada Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, Cilt 56, Sayı 4, 2003, s.208; WHO, Regional Office for Europe, *Health Care Systems In Transition*, Copenhagen, 1996, p.14

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin nüfusa dayalı ve entegre örgütlenme modeli ile, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin ve yeterli kullanımı ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik sağlanamamıştır. Bu durum, sevk sisteminin işlememesine ve bunun sonucu olarak, ikinci basamak sağlık kurumları olan hastanelerde yığılmalara yol açmıştır. Sağlık kurumlarının yerinde, yeterli ve etkin kullanılmaması, toplumun sağlık düzeyinde istenen düzeye ulaşamaması ile sonuçlanmıştır. Hastaneler ikinci ve üçüncü basamak tedavi veren kurumlar olması gerekirken, birinci basamak sağlık hizmeti veren, yoğun bir şekilde ayaktan hasta bakımı yapan polikliniklere dönüşmüştür.²⁸⁸ Bu gerekçelerle, sosyalleştirme kanununun aksayan yönlerini düzeltmek yerine, reform olarak sunulan ve birinci basamak sağlık hizmetlerini bambaşka bir anlayışla ele alan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile “Aile Hekimliği Modeli (AHM)” 2005 yılında Düzce’de uygulamaya geçirilmiştir. Sosyalleştirme kanunu ile toplum odaklı ekip hizmeti biçiminde yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri, AHM ile, birey odaklı hekim hizmetine dönüşmüştür. Bu çerçevede birinci basamak sağlık hizmetlerinin bireyselleştirmesine yönelik Sağlık Bakanlığınca hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Raporunda şu görüşlere yer verilmektedir:

“Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye “tek pencere” sistemi ile yaklaşım, başarıyı arttıracak önemli faktörlerdir. Bu yüzden bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesi amaçlanmaktadır.”

Bu dönüşüm çerçevesinde, birinci basamak sağlık hizmetleri 1.000 ila 4.000 arası nüfusa birey odaklı, rekabet ilkesine dayalı olarak, bir aile hekimi ile bir aile sağlığı elemanı tarafından sunulacaktır. Ayrıca aile hekimliğinin uygulandığı illerde toplum sağlığı merkezleri de kurulmaktadır. Bu merkezler; bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tanı ve tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri dışında kalan temel sağlık hizmetlerini tek

²⁸⁸ HASUDER, *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu*, HASUDER Yayını, Ankara, 2007, ss.4-6; SB. Proje Destek Birimi, *Sağlıkta Dönüşüm Konsept Raporu*, s.65

çatı altında sunmaktadır. Yine bu merkezler aile hekimleri için aşılama, AÇSAP gibi öncelikli hizmet alanlarında Sağlık Bakanlığı'nın yıllık programlarına uygun olarak ücretsiz lojistik destekte bulunmakta, ayrıca aile hekimlerinin denetimini yürütmektedir. Böylece AHM'ye geçilmesiyle birlikte kamuya ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri aile hekimliği hizmetlerinden ayrılarak, koruyucu sağlık hizmetlerinin iki ayrı kurum tarafından verilmesi öngörülmektedir.²⁸⁹

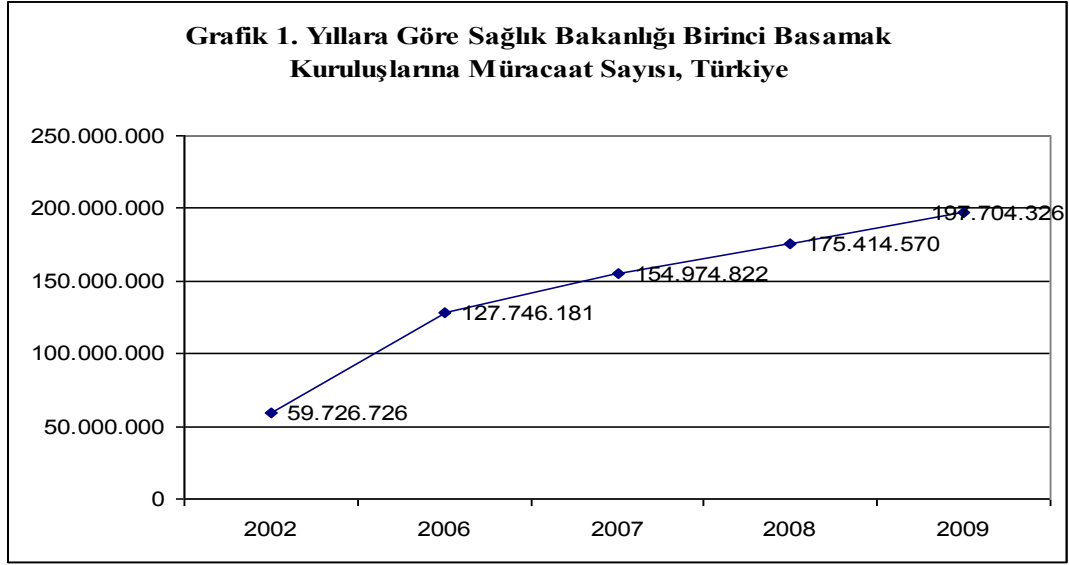
Aile hekimliğinin uygulanmadığı illerde, hala sağlık ocağı sistemi işler durumdadır.²⁹⁰ 2005 yılında başlatılan AHM 2010 Mayıs ayı itibariyle 46 ilde uygulamaya geçirilmiş ve 2011 yılına kadar tüm yurttan geçilmesi hedeflenmektedir. AHM ile, 1960'lı yıllardan beri uygulanmakta olan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ortadan kaldırılarak, sistemin tümüyle değiştirilmesi hedeflenmektedir. Böylece sağlık ocaklarında kişiye ve çevreye sunulan bütüncül sağlık hizmetleri, AHM ile sadece kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine dönüştüğü için toplum sağlığı hizmetleri toplum sağlığı merkezlerine bırakılmaktadır.²⁹¹ Ayrıca sağlık insan gücü açısından, ekip anlayışının kaybolması, iş yoğunluğunun artması, aile hekiminin aile sağlığı elemanının patronu konumuna gelmesi, iş güvencesiz çalışma ve sağlık çalışanlarının özlük haklarındaki gerileme bu modele getirilen eleştiriler arasında yer almaktadır.²⁹²

²⁸⁹ Kocaeli Tabip Odası, **Sağlıkta Dönüşüm Sözlüğü**, Kocaeli, Temmuz 2004, s.17

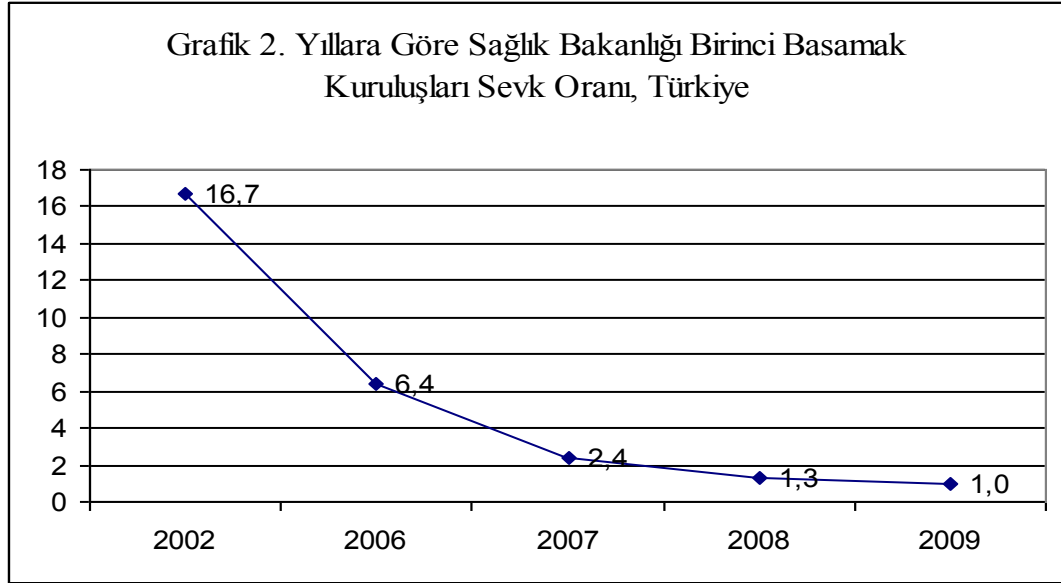
²⁹⁰ OECD ve WB, s.43; Akdağ, s.66

²⁹¹ Demirbilek, Ö., "Sağlıkta Neo-liberal Dönüşüm ve Sağlık Hakkı Mücadelesi", http://www.toplumsal hukuk.org/yazi_oku.asp?sayfa_no=131&b=saglikta_neoliberal (Erişim: 15 Ocak 2008)

²⁹² Elbek ve Adaş, s.37



Kaynak: SB, Sağlık İstatistikleri Yılığ 2009, Ankara, 2011, s.110



Kaynak: SB, Sağlık İstatistikleri Yılığ 2009, Ankara, 2011, s.110

Grafik 1 ve 2 incelendiğinde, 2002 sonrası dönemden itibaren birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara hasta müracaat sayısının yaklaşık 3,5 kat arttığı, hasta sevk oranının ise, yaklaşık 17 kat azaldığı görülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti kullanım oranlarının artışı sağlık sistemi açısından şüphesiz sağlıklı bir gelişme olarak değerlendirilebilir.

2.2.2 İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kurumsallaşma döneminde öncelikle Refik Saydam döneminde koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkarılarak, yataklı tedavi hizmetlerinin kamu eliyle, ancak yerel idareler tarafından (belediyeler, il özel idareleri) yürütülmesi politikası benimsenmiştir. Bu alanda, merkezi hükümete yol göstericilik görevi yüklenmiş ve bu çerçevede, bir yandan yerel idarelerin hastane açması özendirilirken, diğer taraftan, bu idarelere örnek teşkil etmek üzere, beş büyük ilde doğrudan bakanlığa bağlı numune hastaneleri açılmıştır. Ancak 1950 sonrası dönemde, daha önce yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi edici hizmetler (ikinci basamak), Sağlık Bakanlığına devredilmiş ve yerel idarelere ait hastaneler devletleştirilmiştir.

1945 yılında İş Güvenliği Yasası ile kurulan ve 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti vermeye başlayan İSK’ya, işçilerin sosyal güvenlik finansmanını sağlaması yanı sıra, sağlık örgütü ve hastane kurma, işletme ve personel atama yetkileri de verilerek, Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmeti sunma ve sağlık insan gücü istihdamındaki tekeli ortadan kaldırılmıştır. 1965’de 506 sayılı Sosyal Güvenlik Kanunu’nun yürürlüğe girmesiyle İSK, SSK’ya dönüşmüştür. 2005 yılına kadar SSK, ülke çapında faaliyet gösteren 118 hastanesi, 219 sağlık istasyonu ve 189 dispanseri ile sigorta hizmetinin yanı sıra, tedavi edici sağlık hizmetleri de sağlayan bir kurum iken; 2005’de çıkarılan 5283 yasa ile diğer tüm resmi kurum sağlık tesisleri ile birlikte SSK’nın sağlık tesisleri de Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir.

Günümüzde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, Savunma Bakanlığı, özel hastaneler, vakıf hastaneleri ve azınlık hastaneleri tarafından sağlanmaktadır. 2005 yılında SSK başta olmak üzere, kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesiyle birlikte, Sağlık Bakanlığı en büyük ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucusu haline gelmiş ve etkisi artmıştır. Sağlık Bakanlığı birinci, ikinci ve üçüncü basamak ayakta ve yataklı tedavi kurumları ile çok geniş bir ağ dahilinde hizmet vermektedir. Kamu sektöründeki bu geniş ağ, özel sektörün hem ayakta, hem de

yataklı tedavi hizmeti veren hastane ve tıp merkezleri ile tamamlanmaktadır.²⁹³ Başta üniversite hastaneleri olmak üzere, Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim araştırma hastaneleri ve dal hastanelerinde ise, üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Ancak sevk sisteminin sağlıklı bir biçimde işletilememesi, hastanelerdeki sağlık hizmetinin verimliliğini ve kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum hastanelerin ayaktan hasta bakımı hizmetlerine yoğunlaşmalarına ve hastane polikliniklerinde yığılmalara yol açmaktadır.²⁹⁴

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 2009 sağlık istatistiklerine göre, 2009 yılı itibariyle Türkiye'deki toplam 1.389 hastanenin 834'ü Sağlık Bakanlığı'na, 59'u üniversitelere, 450'si özel sektöre, 46'sı ise, diğer kamu kuruluşları ve yerel idarelere bağlıdır. Bu hastanelerdeki toplam 195.549 yatak sayısının %62,56'sı Sağlık Bakanlığına, %15,39'u üniversite hastanelerine, %12,87'si özel sektöre ve %9,15'i ise, diğer kamu kuruluşları ve yerel idarelere bağlı hastanelere aittir.²⁹⁵

Türkiye'de 1980 sonrasında, hükümetlerin özel sektörü teşvik eden politikalarının bir sonucu olarak, özel hastane ve kliniklerin sayısında önemli bir artış olmuştur. Ancak özel sağlık işletmelerinin özellikle nüfusun yoğun olduğu büyük şehirlerde yoğunlaşma eğiliminde olduğu açıkça görülmektedir. Sigortalılar SGK ile anlaşmalı özel hastanelerden Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) belirlenen SGK katkı payı ve özel hastane katkı payı ödeme koşuluyla teminat kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedirler.

Sağlıkta dönüşüm projesi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastanelerle ilgili radikal değişiklikler öngörmektedir. Bu çerçevede, Sağlıkta Dönüşüm Konsept Raporunda kamu hastaneleri ile ilgili şu görüşlere yer verilmektedir:²⁹⁶

²⁹³ Özbay ve diğerleri, "Sağlık Hizmetleri Sistemi", s.117

²⁹⁴ Sağlık Bakanlığı, "Herkesin Sağlık" Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri, s.45

²⁹⁵ Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009, Ankara, 2011, s.50-51

²⁹⁶ SB., Proje Destek Birimi, Sağlıkta Dönüşüm Konsept Raporu, s.73-75

“Kamu hastanelerinin bu değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmesi için şu andaki merkeze bağımlı yapılarından kurtulmalarını gerektirmektedir. Hastanelerin verimliliğini iyileştirmek için, tüm Sağlık Bakanlığı hastanelerine hem idari ve mali açıdan, hem de sağlık hizmetlerini üretip, yönetmek ve gereken girdilerin temini bakımından özerklik sağlanmalıdır. Kamu sağlık kuruluşları olabildiğince özerk kurumlar haline getirilmelidirler.”

Bu çerçevede, 2010 Mart ayında TBMM Plan ve Bütçe Komisyonunda kabul edilen Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı ile kamu hastaneleri; hasta ve çalışan memnuniyeti, hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite ve verimlilik gibi konular göz önünde bulundurularak A, B, C, D, E sınıfı hastaneler olarak sınıflandırılacak ve ağırlıklı ortalaması C ve üzeri olan hastaneler grubu birliğe dönüştürülebilecektir. Verimliliği düşük, yani kar etme potansiyeli olmayan E sınıfı hastaneler ise, Sağlık Bakanlığı’nda kalacaktır.

2.3 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı bir ülkenin sağlık sistemini belirleyen temel unsurlardan biridir ve sağlık sisteminin örgütlenme ve insan gücü uygulamalarını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle, sağlık sisteminin ekonomik destek ayağı olmazsa ya da etkin kullanılamazsa sağlık hizmetleri ne kadar iyi sunulursa sunulsun sistem başarısız olacaktır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı için ilk olarak, 1945’te ülke düzeyinde GSS kurulması için çalışmalar başlatılmış, ancak mümkün olmayınca, özel sektör çalışanlarına, kamu sektörü çalışanı olan işçilere ve tarım sektörü çalışanları ile bakmakla yükümlü olduğu kişilere emeklilik ve sağlık hizmetleri sağlayan İSK kurulmuştur. Bu kurumda sigorta hizmetleri esas itibarıyla çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen primler ile finanse edilmekteydi. İSK, 1965’de kabul edilen 506 sayılı Sosyal Güvenlik Kanunu ile

SSK'ya dönüştürülmüş, 1974 yılında ise, bugünkü Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlanmıştır.

Memurların sosyal güvenliğine yönelik çalışmalar da bu yıllarda başlatılmış ve 1950'de Maliye Bakanlığına bağlı devlet memurlarına emeklilik fonu, sağlık sigortası ile diğer hizmetleri bir arada sunan Emekli Sandığı kurulmuştur. 1971 tarihinden itibaren, kurum iştirakçilerine ve aile bireylerine sağlık yardımı da yapılmaya başlanmıştır. Emekli Sandığı'nda iştirakçilere sağlanan sağlık yardımı çalıştıkları kurum bütçesinden finanse edilmekteydi. Emekli Sandığı hizmetleri aktif çalışanların maaşlarından kesilen %16'lık iştirakçi katkısı ve işveren olarak %20'lik devlet katkısı ile finanse edilmekte ve ayrıca devlet tarafından ilave sübvansiyonlar yapılmaktaydı.

1971 yılında, 506 sayılı Sosyal Sigorta Kanunu kapsamı dışında kalan ve herhangi bir işverene hizmet akdiyle bağlı olmaksızın, kendi adına ve hesabına çalışan esnaf ve sanatkarlarla, diğer bağımsız çalışanların malullük, yaşlılık ve ölümü halinde sigorta yardımı sağlayan, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı Bağ-Kur kurulmuştur. Bağ-Kur 1988 yılından sonra sağlık sigortasını da kapsamına almıştır.

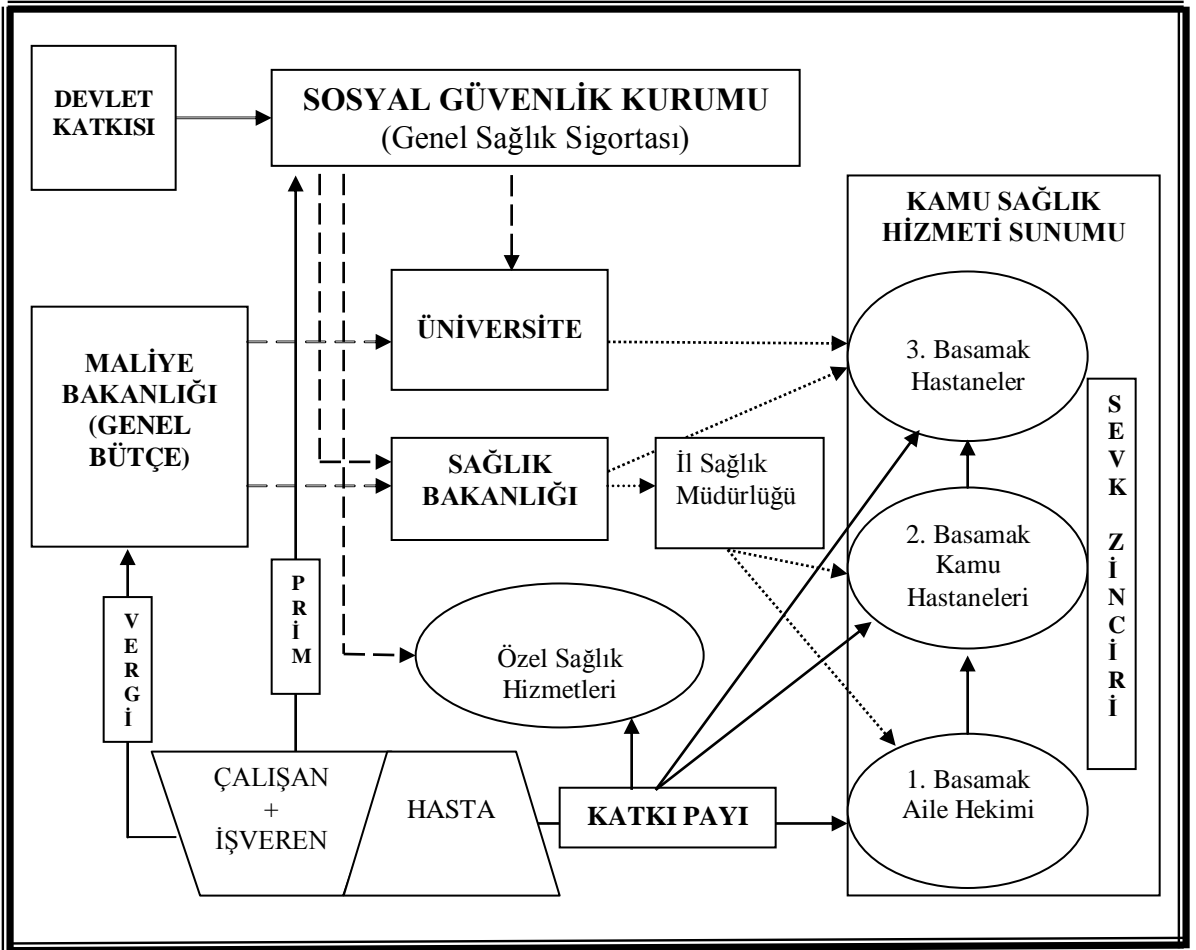
Ülkemizde GSS'ye geçmek için ilk kanun taslağı 1967'de hazırlanmış ancak, Bakanlar Kuruluna sunulamamıştır. 1967'deki İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile GSS'nin kurulacağı beklentisi doğmuş ve hazırlanan taslak kanun 1971'de TBMM'ye sevk edilmiş, fakat bu defa da kabul edilmemiştir. 1974'te tekrar Meclise sunulmuş, ancak bu kez de görüşülememiştir.²⁹⁷ Daha sonra 1987 yılında kabul edilen 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu ile GSS'nin ilk adımları tanımlanmış, Ulusal Sağlık Politikası dokümanında da GSS sisteminin kurulması hedeflenmiş, ancak gerçekleştirilememiştir. Sadece bir ara formül olarak, 1992 yılında ödeme gücü olmayanların sağlık hizmetlerini karşılamak amacıyla yeşil kart uygulaması devreye sokulmuştur. 2005 yılında yeşil kart

²⁹⁷ OECD ve WB, s.20; Özbay ve diğerleri, "Sağlık Hizmetleri Sistemi", s.100

sahiplerinin ilaç harcamaları da kapsama alınarak ilaç reçeteleri %20'lik bir katkı payı ile karşılanmaya başlanmıştır.²⁹⁸

2006 yılında tüm sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi sonrasında, 5510 sayılı SSGSS Kanunu 2006 yılında kabul edilmiş, ancak 1 Ocak 2007'de yürürlüğe girmesi beklenen Kanun'un bazı önemli maddeleri Anayasa Mahkemesi'nce iptal edilmiştir. Kanun'un iptal edilen maddeleri tekrar düzenlenerek Nisan 2008'de kanunlaşmış ve 1 Ekim 2008 tarihinde de yürürlüğe girmiştir. 2008 yılına kadar, tek çatı (SGK) çok yasa (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) biçiminde yürütülen sosyal güvenlik hizmetleri, 2008 yılında 5510 sayılı SSGSS Kanununun yürürlüğe girmesi ile, tek çatı (SGK) tek yasa (SSGSS) biçimine dönüşmüştür.

²⁹⁸ Liu, Y., Çelik, Y. ve Şahin, B., **Türkiye'de Sağlık ve İlaç Harcamaları**, Sağlıkta Umut Vakfı Yayını, Eylül 2005, s.19-23; OECD ve WB, s.20; Orhaner, E., "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve GSS", **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Sayı: 1 Yıl: 2006, s.7-8



Şekil 5. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Arasındaki İlişki

Şekil 5’de Türkiye’de uygulanan sağlık sistemde sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı arasındaki ilişki gösterilmektedir. Buna göre, sistemin özü çalışıp çalışmadığına bakılmaksızın, 18 yaşın üstünde olan ve belirlenen yoksulluk sınırının üzerinde (asgari ücretin üçte birinden fazla) gelire sahip kişilerin, belirli miktarlarda prim ödeyerek sigortalı olmaları üzerine kuruludur. GSS sisteminde, SGK tarafından finanse edilen sağlık hizmetleri sayılarak, bir temel teminat paketi oluşturulmuştur. SGK’nın finansmanı zorunlu sigortacılık kapsamında, çalışan ve işverenlerden alınan sigorta primlerinden, devlet katkısından ve sigortalıların ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden

faydalanmak için ödediği katılım paylarından sağlanmaktadır. Buna göre, sigortalının prime esas brüt kazancının %12,5'si (%5'i sigortalı, % 7,5'i ise işveren payı) GSS primi olarak belirlenmiştir. Ayrıca SGK'nın ay içinde tahsil ettiği toplam GSS priminin dörtte biri tutarında devlet katkısı da öngörülmektedir. GSS'nin sağladığı sağlık hizmetlerinden yararlanmak için prim ödemenin yanı sıra, istisnai haller ve kişiler dışında katılım payı da ödenmesi gerekmektedir.²⁹⁹ Sigortalıların ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödeyeceği katılım payı tutarları, SGK tarafından yayınlanan SUT'ta belirlenmiştir. Buna göre, birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği muayenelerinde 2-TL, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında 8-TL, özel sağlık kurumlarında 15-TL, hastaların reçeteli ilaç temini için eczanelere müracaat etmeleri aşamasında eczane tarafından tahsil edilmektedir. GSS'den yararlanma koşulları, hizmet kapsamı ve ödenecek prim miktarları 5510 sayılı SSGSS Kanunu ile belirlenmiştir. Sağlık hizmeti sunumu açısından sağlık hizmeti basamakları arasında bir sevk sistemi öngörülmüş olmasına rağmen, sevk sistemi henüz uygulamaya koyulmamıştır. Yani, hasta sağlık hizmeti almak için hala istediği basamağa başvurabilmektedir. Daha önce Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen, yeşil kart sistemi de GSS'ye dahil edilerek, pirim ödemeyen yeşil kartlılar da diğer sigortalılara uygulanan teminat paketinin aynısından yararlanmaya başlamıştır. Bu sistemde SGK, aile hekimlerinden, kamu hastanelerinden ve özel sağlık kurumlarından sağlık hizmeti satın almaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Konsept Raporuna göre, bu yapılanmanın temel amacı ülkede sağlık hizmetlerine erişimini; herkes için risk paylaşım ilkesine ve hakkaniyete dayalı olarak üst düzeye çıkarmak ve sağlık alanında tam finansal koruma mekanizmalarını tesis etmektir. GSS ile, sağlıkta hizmet sunumu ve finansman boyutları birbirinden ayrılarak, sağlık hizmeti ile mali kaynak arasında sözleşmeye bağlı bir ilişki kurulmuştur.³⁰⁰

²⁹⁹ Liu ve diğerleri, s.19-23; Orhaner, s.8

³⁰⁰ SB., Proje Destek Birimi, **Sağlıkta Dönüşüm Konsept Raporu**, s.44

Tablo 13.**Sağlık Bakanlığı'nın Yıllara ve Kaynağına Göre Gelirleri**

YILLAR	DÖNER SERMAYE GELİRLERİ	SAĞLIK BAKANLIĞI BÜTÇESİ	DÖNER SERMAYE GELİRLERİNİN SB. BÜTÇESİNE ORANI (%)
1993	2.484	18.074,0	13,7
1994	5.913	30.463,3	19,4
1995	20.437	48.741,5	41,9
1996	39.276	98.064,4	40,1
1997	71.993	204.499,2	35,2
1998	157.832	390961,0	40,0
1999	339.128	683123,5	49,6
2000	601.009	1.059.855,0	56,7
2001	1.008.127	1.280.660,0	78,7
2002	1.874.983	2.345.447,8	79,9

Kaynak: SB, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, Ankara, 2002, s.57-58

YILLAR	DÖNER SERMAYE GELİRLERİ	SAĞLIK BAKANLIĞI BÜTÇESİ	DÖNER SERMAYE GELİRLERİNİN SB. BÜTÇESİNE ORANI (%)
2007	9.311.351.638	6.023.646.971	154,5
2008	10.338.237.886	8.347.256.781	123,8

Kaynak: SB, Stratejik Plan 2010-2014, Ankara, 2010, s.31-32

Sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesinden sonra, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında; kamu genel bütçesi, zorunlu sosyal sigorta, özel sigorta, doğrudan ödemeler ve yasal katkı payları olmak üzere, başlıca beş finans kaynağı bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, üniversite hastanelerinin giderlerinin önemli bir kısmı, vergi gelirleriyle finanse edilen genel bütçeden sağlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinin önemli gelir kaynaklarından biri de SGK'nın satın aldığı sağlık hizmeti karşılığı ödediklerinden ve hastaların katkı paylarından oluşan döner sermaye fonudur. Ancak döner sermaye gelirleri yıllar itibariyle giderek daha önemli bir finansman kaynağı haline gelerek, Sağlık Bakanlığı toplam gelirinin Tablo 13'te gösterildiği gibi, beşte üçü kadar yüksek bir meblağa ulaşmıştır. Bunun yanı sıra, bazı hastaneler yerel sağlık vakıflarından da bağış almaktadır. Devlet bütçesinden gelen ödeneğin kullanılmasında sağlık yöneticilerinin sınırlı esneklikleri olmasına rağmen, döner sermayeden elde edilen gelirlerin bütçe yönetiminde, sağlık kurum

ve kuruluşlarına mali özerklik ve daha fazla esneklik sağlanmıştır.³⁰¹ Böylece çoğu sosyal güvenlik kuruluşlarından gelen döner sermaye kaynaklarının serbestçe harcanmasına imkan verilmekte ve kamu kaynaklarının özel sektöre aktarılması yoluyla sağlık hizmetleri dış kaynak kullanımı adı altında giderek özelleştirilmektedir.

Tablo 14.
Sosyal Güvenlik Kapsamı, Türkiye, 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Aktif Sigortalı	14.124.935	14.763.075	15.041.268	15.096.728	16.088.757
Pasif Sigortalı	7.913.724	8.279.444	8.746.703	9.173.750	9.498.444
Bağımlı	32.330.398	33.070.537	33.227.265	33.989.891	34.555.356
Aktif Pasif Oranı	1,09	1,20	1,30	1,33	1,37
Sosyal Güv. Kapsamı (%)	78,2	79,9	80,1	80,7	82,8
Sos. Güv. Kapsam Dışı (%)	21,8	20,1	19,9	19,3	18,2

Kaynak: SGK, “2010 Yılı Aralık Ayı Sigortalı İstatistikleri”, **SGK Aylık İstatistik Bülteni**, s.5

Ülkemizde Tablo 14’deki verilere bakarak, TÜİK, Hanehalkı İşgücü Anketi Sonuçlarına göre, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna kayıtlı olmayan 9.328.000 kişinin bulunduğu; SGK verilerine göre, Aralık 2010 tarihinde aktif sigortalıların, TÜİK verilerine göre, 2010 yılı istihdam edilenlere oranının %71,2; istihdam oranının %43 ve nüfusun hala %18’inin sosyal güvenlik kapsamı dışında olduğu değerlendirildiğinde GSS’nin tüm toplumu kapsama hedefinin oldukça güç bir hedef olduğu söylenebilir.³⁰²

2.4 Sağlık İnsan Gücü İstihdamı ve Finansmanı

Osmanlı döneminde, sağlık insan gücünün nitelik ve nicelik olarak çok yetersiz olması nedeniyle, sağlık hizmeti yaygınlaştırılamamıştır. Cumhuriyetin ilan edildiği 1923 yılında, sağlık hizmetini verecek sadece 554 hekim, 60 eczacı, 560 sağlık memuru ve 136 ebe bulunmaktaydı. Bu durum karşısında kurumsallaşma döneminde, sağlık hizmetlerinin yanı sıra, sağlık insan gücü yetiştirilmesi ve istihdamı önemli ve öncelikli bir devlet görevi

³⁰¹ OECD ve WB, s.25

³⁰² TÜİK, Hanehalkı İşgücü Anketi Sonuçları; SGK, “2010 Yılı Aralık Ayı Sigortalı İstatistikleri”, **SGK Aylık İstatistik Bülteni**, s.4

haline gelmiştir. Bu çerçevede devlet, sağlık insan gücü sayısını artırmaya, niteliğini yükseltmeye, kamuda çalışmayı özendirmeye ve sağlık insan gücünü yurt sathına yaymaya yönelik sağlık insan gücü politikaları izlemiştir. Tıp öğrencilerinin tüm gereksinimlerinin devlet tarafından karşılandığı leylî tıp talebe yurtları açılarak, bir yandan tıp fakülteleri özendirilmiş ve sayısı artırılmış öte yandan, buralardan yetişen hekimlere mecburi hizmet getirilerek kısal kesimde ve hükümet tabipliklerinde çalışan hekim sayısı artırılmaya çalışılmıştır. Ayrıca, hükümet tabipliklerinde çalışan hekimlere yüksek ücret uygulaması getirilerek, hem hekimlerin kamuda çalışması özendirilmiş, hem de pratisyen uzman dengesi kurulmaya çalışılmıştır. Açılan kurs ve okullar ile, hekim dışı sağlık insan gücünün sayısal ve niteliksel eksiklikleri gidermeye yönelik çalışmalar yapılmıştır.

Kurumsallaşma döneminde, kamuda çalışan sağlık insan gücü atamaları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nda tek elde toplanarak, disiplin altına alınmıştır. Bu dönemde yetiştirilen hekimler, veteriner hekimler, eczacılar, hemşireler, ebeler, sağlık memurları başta olmak üzere, ayrıca sağlık mühendisleri, fizik tedavi uzmanları, sağlık istatistikçileri, sağlık eğitimcileri, tıbbi teknisyenler, sosyal hizmet uzmanları, diyet uzmanları, klinik psikologlar gibi çeşitli meslek gruplarının da yetiştirilmesine önem verilerek, bu meslek gruplarının başta Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olmak üzere, diğer bakanlıklar, belediyeler, İSK ve Tıp Fakülteleri gibi kamu kuruluşlarında istihdamı sağlanmıştır.³⁰³

Sosyalleştirme döneminde, sağlık insan gücü sayısı ve niteliğinde sağlanan ilerlemelere rağmen, kır/kent, uzman/pratisyen ve kamu/özel dağılımındaki dengesizlik devam etmiştir. Özellikle kırsaldaki kamu kuruluşlarında, çalıştırılacak sağlık insan gücü yetersizliğine, 224 Sayılı Yasa ile getirilen sözleşmeli statü, mahrumiyet bölgeleri için yüksek ücret, sağlık ocağında çalışanlara uzmanlık sınavlarında sosyalleştirme puanı ve mecburi hizmet gibi uygulamalar köklü bir çözüm getirememiştir.

Neoliberalleşme döneminde ise, sağlık politikaları tamamen değişmiş ve sağlık insan gücü de bu değişimden önemli ölçüde etkilenmiştir. Bu çerçevede, kamuda çalışmayı

³⁰³ Karabulut, s. 153

özendirme politikaları bırakılarak, kamudaki sağlık insan gücü ihtiyacı mecburi hizmet, rotasyon ve benzeri zorlama yöntemlerle karşılanmaya çalışılmıştır. 2003 yılından sonra, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık çalışanlarının tamamen serbest çalışması yönünde hızlı değişimler yaşanmıştır. 2004 yılından sonra kamuya alınan hekim dışı sağlık personelinin tümü, 4924 sayılı yasa ve 657 sayılı kanunun 4/B maddesine göre istihdam edilmeye başlanmıştır. Özel sektörün teşvik edilmesiyle özel sektör çalışanlarının yanı sıra, Sağlık Bakanlığı'ndaki aile hekimliği uygulaması ile birinci basamakta çalışanlar sözleşmeli statüye geçilmiştir, kamu hastanelerinde çalışanların ise, sözleşmeli statüye geçişi için çalışmalar devam etmektedir.³⁰⁴ Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Raporunda, “Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü” Sağlıkta Dönüşüm Projesinin bileşenlerinden biri olarak yer almakta ve raporda şu görüşlere yer verilmektedir:³⁰⁵

“Anayasada yer alan amaç, herkese “eşit, nitelikli, erişilebilir” sağlık hizmeti sunumunda ülkemiz sağlık insan gücü kaynaklarının nitelik ve nicelikçe yeterli kılınması ve verimli, dengeli, etkin kullanımudur. Sağlık sektörü, çok kurumluluk nedeniyle iyi organize edilememektedir. Organizasyonun daha verimli kullanılmamasının altında merkezîyetçi bir yapı, insan kaynaklarının yanlış organize edilmesi, görev tanımlarında eksiklikler ve denetimsizlik yatmaktadır. Ayrıca sağlık personelinde insan gücünde sorun; sayısal değil, nitelik ve dengeli dağılım sorunudur.”

Sağlık hizmetleri emek yoğun bir sektör olduğu için, çok özel teknik bilgi ve becerilerle donatılmış, bu bilgi ve becerisini değişik alanlarda eğitim görmüş gerekli bilgi ve becerileri olan kişilerden oluşan bir ekip anlayışı ile bütünleştirip uygulamaya dönüştüren bir insan gücü gerektirmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetinin herkese, her yere, eşit, adil, etkili, kaliteli, ekonomik ve ulaşılabilir nitelikte sunulması büyük ölçüde sağlık

³⁰⁴ Akdur, “Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık”, s.51-52; Akdur, “Cumhuriyetten Günümüze Sağlık İnsan Gücü Politikaları”, s.21

³⁰⁵ SB., Proje Destek Birimi, **Sağlıkta Dönüşüm Konsept Raporu**, s.81

insan gücünün sayısına ve niteliğine bağlıdır. Bu yüzden sağlık insan gücünün iyi planlanması, eğitim kalitesi, beceri karması ve dengeli dağılımı sağlık hizmetinin kalitesi ve verimliliğini yakından ilgilendirdiği gibi sağlık sisteminin başarısı da bu faktörlere göre değişebilmektedir. Tüm bunlar değerlendirildiğinde sağlık insan gücü; nitelik ve sayısal yönünden yeterli olmalı, yaygın ve dengeli bir şekilde örgütlenmeli ve finansman kaynakları yeterli olmalıdır.³⁰⁶

Tablo 15.

Bazı Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, Türkiye, 2009

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Diğer **	Toplam
Toplam Hekim	66.985	24.983	24.454	2.219	118.641
Hemşire	72.142	15.198	17.836	-	105.176
Ebe	44.468	534	4.355	-	49.357
Diş Hekimi	5.795	1.255	13.539	-	20.589
Eczacı	1.535	200	23.466	-	25.201
Sağlık Memuru*	64.703	6.351	21.007	-	92.061

Kaynak: SB, Sağlık İstatistikleri Yılığ 2009, Ankara, 2011, s.76

NOT:*İlk Acil Yardım (Acil Tıp), Sağlık, Anestezi, Çevre Sağlığı, Diş Protez, Laboratuvar, Ortopedi, Röntgen, Diş, Fizik Tedavi, Kalp Akciğer Pompa, Patolojik Anatomi, Odyometri, Protez, Toplum Sağlığı Teknisyenlerini kapsamaktadır. ** Diğer kamu kuruluşları ve yerel idareler

Tablo 15'deki 2009 verilerine göre, toplam hekimlerin %56,46'sı hemşirelerin %68,59'u, ebelerin %90,09'i, diş hekimlerinin %28,14'ü, eczacıların %6,09'u ve sağlık memurlarının %70,28'i Sağlık Bakanlığı tarafından istihdam edilmektedir. Tabloya göre, 2009 yılında Sağlık Bakanlığı'nda hekim başına düşen hemşire oranı %1,07, toplamda ise, %0,88'dir.

³⁰⁶ DPT, VIII BYKP Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, DPT: 2561, Ankara, 2001, s.147

Tablo 16.

14 OECD Ülkesinin 2008 Yılı İçin Her 1.000 Kişiyeye Düşen Hekim ve Hemşire Oranları İle Hekim Başına Düşen Hemşire Oranı

ÜLKELER	Hekim (%)	Hemşire (%)	Hekim Başına Düşen Hemşire
Kanada	2,27	10,32	4,55
Fransa	3,34	7,93	2,37
Almanya	3,89	11,61	2,98
Yunanistan	6,02	3,41	0,57
İzlanda	3,72	14,8	3,98
İsrail	3,50	5,52	1,58
Japonya	2,22	9,81	4,42
Yeni Zelanda	2,47	10,48	4,24
Polonya	2,18	5,2	2,39
Slovakya	3,36	6,26	1,86
Slovenya	2,49	8,06	3,24
İspanya	3,88	5,17	1,33
Türkiye	1,51	1,34	0,89
ABD	2,58	10,75	4,17
OECD Ort.	3,10	7,90	2,75

Kaynak:OECD Health Data 2010, Version October 2010

Tablo 16’da 14 OECD Ülkesinin 2008 yılı için her 1.000 kişiyeye düşen hekim ve hemşire oranları ile hekim başına düşen hemşire oranları gösterilmektedir. Tabloya göre, Türkiye her 1.000 kişiyeye düşen hekim ve hemşire oranı en düşük OECD ülkeleri arasındadır. Ülkemizde hemşire sayısı, toplam hekim sayısından daha azdır. DSÖ ve EURO bölgesindeki ülkeler için bu sayı doktor başına yaklaşık 2 hemşire³⁰⁷ iken, 14 OECD Ülkesi ortalamasına göre ise, hekim başına yaklaşık 3 hemşiredir. Bu oran, ülkemizde sağlık eğitimine ayrılan kaynakların, doktor zamanlı çalışan hemşire ve sağlık teknisyenleri yerine, hekim eğitimine ayrıldığını göstermektedir. Ayrıca hemşire sayısının az olması, sunulması gereken hemşirelik hizmetlerini sınırlandırmakta, hemşirelerin iş yükünü artırmakta, hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesini engellemekte ve hemşirelerin doktor asistanı gibi çalıştırılmalarına yol açmaktadır. Bu açıdan, hemşirelere

³⁰⁷ SB, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi, SB. Yayın No:720, Ankara 2007, s.14

eğitim düzeyleri ile uygun olacak Şekilde daha büyük rol ve görevlerin verilmediği ortaya çıkmaktadır.

Sağlık insan gücünün sayısı ve niteliği tartiŐması bir yana, esas karmaŐa personel istihdam biçiminde yaşanmaktadır. Türkiye’de dünyadaki bilinen tüm istihdam biçimlerinin uygulamasını görmek mümkündür. Yani 657 Sayılı Yasa kapsamına giren kadrolu, sözleşmeli ya da tamamen özel çalışan olmak üzere, her kademedен ve türden personel bulunmaktadır. Bu karmaşanın doğal bir sonucu olarak, sağlık insan gücünün sayısı ve niteliğindeki yetersizlikler gibi, özlük hakları açısından da eşitsizlikler ve yetersizlikler vardır.³⁰⁸ Bu erevede Sağlık Bakanlığı’nda uygulanan 8 farklı istihdam modeli Tablo17’de ayrıntılı biçimde gösterilmektedir. Tabloda gösterilen sağlık personellerinin biri kadrolu memur, ikisi 4857 Sayılı İŞ Kanunu statüsünde çalışan iŐŐi, geriye kalan 5’i ise, sözleşmeli personel adı altında istihdam edilmektedir. SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur norm birliğini sağlamak amacıyla tek çatıda toplamasına rağmen, kamuda sağlık insan gücü istihdamındaki bu çeşitlilik bir çeliŐki doğurmaktadır. Sağlıkta farklı istihdam biçimleri, aynı işyerinde çalışanlar ve aynı işi yapanlar arasında farklı statü ve hakların neden olduğu çeşitli ayrımcılıklara neden olmaktadır. Aynı işi yapan fakat farklı ekonomik ve sosyal haklara sahip olan çalışanlar arasındaki bu ayrımcılık, çalışma barıŐına ve huzuruna önemli lde zarar vermektedir. 2004 yılından itibaren sözleşmeli personel uygulaması Sağlık Bakanlığı’nda temel istihdam biçimi haline gelmiştir. Böylelikle görev ve sorumlulukları aynı olan, fakat farklı statüde çalışan sözleşmeli personel uygulaması ile, sağlık insan gücü iş güvencesi, ekonomik haklar ve yükümlülükler konusunda tamamen idarenin tek taraflı inisiyatifi ve baskısı altına alınmıştır. İŞ güvencesiz, ekonomik ve sosyal hakları önemli lde farklı istihdam biçimi, emek yoğun çalışan sağlık insan gücünün iş verimliliğini ve hizmet kalitesini önemli lde düşüren bir etkidir.

³⁰⁸ Akdur, “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri”, s.11

Tablo 17.

Sağlık Bakanlığı Bünyesinde Çalışan Personelin Tabi Olduğu İstihdam Biçimleri

1. 657 sayılı Kanununun 4/A maddesine tabi, ücretleri Genel Bütçeden karşılanan kadrolu Devlet Memurları,
2. 4924 sayılı Kanuna tabi ücretleri Genel Bütçeden karşılanan Sözleşmeli Sağlık Personeli,
3. 181 sayılı Kanununun Ek 3'üncü Maddesi çerçevesinde ücretleri döner sermayeden karşılanmak suretiyle 657 sayılı Kanununun 4/B Maddesine tabi olarak çalışan sözleşmeli personel,
4. 657 sayılı Kanununun 4/B Maddesine tabi olarak çalışan ve ücretleri Genel Bütçeden karşılanan sözleşmeli personel,
5. 657 sayılı Kanununun 4/C Maddesine tabi olarak istihdam edilen ve ücretleri Genel Bütçeden karşılanan geçici personel,
6. 4857 sayılı İş Kanununa tabi olarak istihdam edilen ve ücretleri Genel Bütçeden karşılanan daimi işçiler,
7. 657 sayılı Kanununun 86. Maddesine göre ücretleri Genel Bütçeden karşılanmak suretiyle istihdam edilen vekil Ebe ve Hemşireler,
8. 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun çerçevesinde 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ve diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın istihdam edilen sözleşmeli Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanları

Kaynak: Sağlık-Sen, "Sağlıkta Farklı İstihdam Modelleri Çalışma Barışını Tehdit Ediyor" **Sağlık-Sen Dergisi**, Ankara, Kasım-Aralık 2008, s.10

NOT: Tablo yeni gelişmelere göre güncellenmiştir.

Türkiye'de sağlık iş gücünün etkinlik ve verimliliğini etkileyen diğer önemli konulardan biri sağlık insan gücünün finansmanıdır. Sağlık insan gücünün tam zamanlı çalışıp çalışmamasından yeni personel istihdamına kadar pek çok konu finansmanla yakından ilişkilidir.³⁰⁹ Kamuda çalışan sağlık insan gücünün finansman kaynağı temelde Sağlık Bakanlığı bütçesinden yapılan tahsisler ve SGK'nın satın aldığı sağlık hizmeti karşılığı ödediği ücretler ile hastaların ödediği katkı paylarıdır. Kamuda çalışan sağlık insan gücünün temel maaşları ve sosyal güvenlik kesintileri Sağlık Bakanlığı bütçesinden veya Döner sermaye bütçesinden yapılan tahsisatlarla finanse edilmektedir.³¹⁰ SGK ve katkı paylarından toplanan döner sermaye gelirlerinden elde edilen hasılatın hazine payı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu payı ve bakanlık merkez payı kesildikten sonra, kalan miktarın ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda asgari %50'si,

³⁰⁹ SB, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, **Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı**, Sağlık Bakanlığı Yayın No:718, Ankara, 2007, s.13

³¹⁰ SB, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, **Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi**, s.14

birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda ise, %35'i, kurum ve kuruluşların ihtiyaçlarının karşılanması için ayrılmakta ve gelirin kalan kısmı personele ek ödeme olarak dağıtılmaktadır. Son yıllarda uygulanan performansa dayalı döner sermaye uygulaması ile, döner sermaye gelirinden yapılan ek ödeme, hekim ücretlerinin birinci, hekim dışı personelin ise, ikinci büyük finansman kaynağı haline gelmiştir. Ancak sağlık personeline dağıtılan döner sermaye (ek ödeme), personelin kurum ve kuruluşa fiilen katkı sağladığı sürece verilmektedir. Yani yıllık izin, şua izni, doğum izni vb. izinlerde sağlık personelinin döner sermayesinden izinde geçen süre kadar kesinti yapılmaktadır.³¹¹

Tablo 18.

**Sağlık Bakanlığı Toplam Harcamaları İçinde
Sağlık İnsan Gücü Harcamaları (Bin TL)**

	2005	2006	2007*	2008*
SB Genel Bütçe Giderleri (Yeşil Kart Hariç)	4.960.154	5.624.693	6.572.017	8.037.975
SB Döner Sermaye Giderleri	6.725.233	9.784.378	10.576.848	-
SB Genel Bütçe Sağlık İş Gücü Gideri	4.398.013	4.854.398	5.035.110	5.437.867
SB Döner Sermaye Sağlık İş Gücü Gideri	2.305.065	3.054.146	3.409.611	-
SB Toplam Sağlık İş Gücü Gideri (Genel Bütçe + Döner Sermaye)	6.703.078	7.908.544	8.444.721	-
SB Toplam Gideri (Genel Bütçe+Döner Sermaye)	11.685.387	15.409.071	17.148.865	-
SB Genel Bütçe Giderleri İçinde Sağlık İş Gücü Gideri (%)	88,7	86,3	76,6	67,6
SB Döner Sermaye Giderleri İçinde Sağlık İş Gücü Gideri (%)	34,3	31,2	32,2	-
SB Toplam Giderleri İçinde Sağlık İş Gücü Gideri (%)	57,4	51,3	49,2	-

Kaynaklar: SB, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, **Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı**, Sağlık Bakanlığı Yayın No:718, Ankara, 2007, s.14

NOT: * SB Genel Bütçe Giderleri, SB Döner Sermaye Giderleri, SB Genel Bütçe Sağlık İş Gücü Gideri Verileri: Sağlık Bakanlığı, **Stratejik Plan 2010-2014**, Ankara, 2010, s.31-32; SB Döner Sermaye Sağlık İş Gücü Gideri Verisi: SB, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, **Sağlıkta Performansın Panoraması 2007**, Sağlık Bakanlığı Yayın No:747, Ankara, 2008, s.16

³¹¹ Görmüş, A., "Kamu Sağlık Personelleri Sosyal Güvenlik Olarak Kayıt Dışı Çalıştırılıyor" <http://www.kocaelide.com/article.php?id=152>, 29 Ağustos 2008, (Erişim: 08.06.2010)

Sağlık Bakanlığı, sağlık insan gücü gideri olarak genel bütçeden ve döner sermaye gelirlerinden harcama yaptığı için Sağlık Bakanlığı'nın insan gücü giderleri her iki kaynaktan yapılan harcamalarla birlikte değerlendirilmelidir. Yıllara göre, Sağlık Bakanlığı'nın hem genel bütçe, hem de döner sermaye gelirlerinden yapılan sağlık insan gücü harcamaları Tablo 18'da gösterilmiştir. Buna göre, Sağlık Bakanlığı'nın Genel Bütçe Giderleri İçinde Sağlık İş Gücü Giderleri 2005'te %88'iken, 2008'de %67,6'ya gerilemiştir. Bunun yanı sıra, Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye Giderleri İçinde Sağlık İş Gücü Giderinin ise, %30'larda seyrettiği görülmektedir. Dünyadaki toplam sağlık harcamaları içindeki toplam sağlık insan gücü harcamaları yaklaşık %65-80 iken, ülkemizde bu oran 2007 yılı itibariyle %49,2'ye düşmüştür.

Ülkemizde sağlık insan gücünün bölgeler ve kurumlar arasındaki dağılımı da dengesizdir. Bölgeler arasındaki bu dengesizlikte esas belirleyici olan bölgeler arasındaki sosyo-ekonomik gelişmişlik farkı ve sağlık hizmetlerinin, özellikle özel yataklı ve yataksız sağlık kuruluşlarının, ekonomik olarak gelişmiş olan bu bölgelerde yoğunlaşmasıdır. Özellikle hekimler sosyal, kültürel ve coğrafi koşulların daha iyi olduğu büyük yerleşim yerlerinde çalışmayı yeğlemektedirler. Ülkemizde bölgeler arasındaki bu dengesizliği gidermek için personel sayısını artırmak, zorunlu hizmet, ek ödeme ve sözleşmeli personel istihdamı gibi uygulamalara başvurulmuştur. Ancak personel sayısını artırma politikası sağlık personelinin işlevleri, iş yükleri ve kalitesi göz önüne alınmadan yapıldığından, istenilen sonucu verememiştir. Zorunlu hizmet uygulaması ise, bir dereceye kadar başarılı olmuş, fakat hizmet kalitesi ve sağlık personelinin iş doyumunu ile ilgili sorunlar nedeniyle kesin bir çözüm olmamıştır.³¹² Ek ödeme ve sözleşmeli personel istihdamı ise, sağlık insan gücü arasındaki eşitsizliklerin ve adaletsizliklerin derinleşmesine neden olmuştur.

Sonuç olarak ülkemizde sağlık insan gücü; sayı, nitelik, finansman ve coğrafi dağılım bakımından yeniden değerlendirilerek, ülkemizin sosyal, ekonomik, siyasal ve sağlık politikalarına uygun sağlık insan gücü politikası geliştirilmelidir. Sağlık

³¹² SB, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu**, Doküman No: TSH/İGG/I-05/001 Ankara 1996, s.33; Akdur, "21.Yüzyılda Türkiye'de Sağlık ve Sağlık Sorunları", s.168

hizmetlerinin ertelenemez ve ikame edilemez olması nedeniyle, modern sağlık anlayışı gereklerine uygun bir sağlık altyapısının gerekliliği yanında, sağlık hizmetlerinin sunulmasında temel unsur olan yeterli sayı ve nitelikte insan gücünün sağlanması da büyük önem taşımaktadır.

2.5 Sağlık İnsan Gücü Planlaması

Sağlık hizmetleri çok özel teknik bilgi ve becerilerle donatılmış bir insan gücü gerektirmektedir ve hizmetin odak noktasını, bu insan gücünün zihinsel ve bedensel kapasitesi oluşturmaktadır. Ayrıca özellikte bir hizmetin sunumu için gerekli insan gücünün sayısı ve niteliğine yönelik planlamalar, politika belirleyici ve karar verici düzeydeki yönetim organlarında, bilimsel yöntemler kullanılarak yapılmalı, makro hedefler göz önüne alınarak sürekli izlenmelidir.³¹³ Ülkemiz sağlık hizmetlerinin içinde bulunduğu durum itibariyle Türkiye’de Sağlık İnsan Gücü Planlamasına (SİGP) çok ihtiyaç duyulmasına karşın, SİGP yeterince ele alınmış bir konu değildir. Oysa sağlık işgücünü yetiştirmek ve istihdam etmek oldukça masraflı, güç ve uzun zaman gerektiren bir iştir. Böylesine önemli bir konunun, gelecek yıllar dikkate alınarak maliyet, nitelik ve ihtiyaç ilkeleriyle son derece titiz bir şekilde yapılması gerekmektedir.³¹⁴

Ülkemizde 1923-1945 arası kurumsallaşma döneminde, sağlık insan gücü yetiştirilmesi ve istihdamı bir devlet görevi olarak kabul edilerek, sağlık insan gücü sayısını artırmaya, niteliğini yükseltmeye, kamuda çalışmayı özendirmeye ve sağlık insan gücünü yurt sathına yaymaya yönelik çalışmalar önemli bir yer tutmuştur. Bu dönemdeki çalışmalar özellikle sağlık insan gücü sayısında sağlanan hızlı artışla dikkati çekmektedir. Daha sonra, 1946 yılında on yıllık süre için hazırlanan Milli Sağlık Programı Planı’nda SİGP’e yönelik olarak; her bölge için gerekli sağlık insan gücünün yerinde yetiştirilmesi için okulların açılması ve açılan okulların genişletilmesi doğrultusunda kararlar alındığı görülmektedir. 1960’larda SİGP’e ilişkin politika ve stratejiler; makro düzeyde, DPT’nin

³¹³ SB, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu**, s.1

³¹⁴ Boztok, D., Kılıç B., “Çalışma Ortamı”, **Fişek Sağlık Hizmetleri ve Araştırma Enstitüsü Yayını**, Sayı: 23, Kasım-Aralık 1995, s. 6

yaptığı 5 yıllık (2006 yılı itibariyle 7 yıllık) kalkınma planlarında, sektörel olarak, mikro düzeyde ise, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen faaliyetlerde yer almıştır. Planlı kalkınma dönemine geçildiğinde, her dönemde planlamaya yönelik olarak farklı yöntemlerle belirlenmiş sağlık insan gücü ihtiyacı ile ilgili farklı hedeflere yer verilmiştir. Ancak bu planlarda, sağlık insan gücüne yönelik belirlenen hedefler, çok genel olduğu için planlamadan çok politika belirleme niteliğinde kalmıştır.³¹⁵ İhtiyaç duyulan sağlık insan gücünün yetiştirilmesi ve istihdamı konusunda koordinatörlük görevi, 1987’de çıkarılan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu 3, A bendinde; “*Sağlık kurum ve kuruluşları yurt dışında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir*” denilerek Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir.

Sağlık sorunlarının çözümüne yönelik Ulusal Sağlık Politikasının oluşturulması amacıyla sağlık ile ilgili bütün demokratik kitle örgütleri, meslek kuruluşları, üniversiteler, kamu kurum ve kuruluşları, siyasi partiler, sendikalar, dernekler ve gönüllü kuruluşların temsilcilerinden oluşan beş yüze yakın uzman ve bilim adamının katılımı ile 1992’de Birinci Ulusal Sağlık Kongresi düzenlenmiştir. Sağlık insan gücü konusunda oluşturulan 34 ayrı çalışma grubu, sektördeki sağlık işgücü sorunlarını geniş bir bakış açısıyla incelenmiş ve sorunların çözümüne yönelik şu stratejileri belirlemiştir:³¹⁶

- 1994 yılından önce sağlık işgücü ana planı hazırlanacaktır.
- Epidemiyolojik, demografik verilerle, sağlık hizmetleri kullanımı araştırmalarına dayanan 20 yıllık projeksiyonlarla dinamik bir sağlık işgücü planlaması yapılacaktır.
- Her meslek grubunun eğitim programlarının temel sağlık hizmetleri anlayışına dayanması sağlanacaktır.

³¹⁵ SB, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu**, s.4

³¹⁶ SB., Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Ulusal Sağlık Politikası**, s. 54; SB, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu**, s.2

- Hemşirelik/ebelik eğitimi tekrar düzenlenecek ve liseye temellendirilecektir.
- İstihdamda merkezîyetçilik bırakılacak ve sağlık işgücünün dengeli dağılımı, başta ekonomik olmak üzere zorlayıcı olmayan tedbirlerle sağlanacaktır.
- Mezuniyet sonrası sürekli eğitimin sağlanması için Sağlık Bakanlığı meslek teşekkülleri ile işbirliği yapacak ve kredilendirme sistemi uygulanacaktır.
- Sağlık meslek gruplarının görev, yetki ve sorumluluklarını belirleyen yasa hazırlanacaktır.
- Sağlık meslek gruplarının sayısal olarak yeterli olanlarının meslek birliklerini kurmaları için yasal düzenlemeler yapılacak, mevcut birliklerin de çağdaş bir yapıya kavuşmaları için çalışılacaktır.

1993 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından “Türkiye’de Sağlık İnsan Gücü: Mevcut Durum Raporu” hazırlanmış ve 1996 yılında bu rapor, hazırlandığı tarihten itibaren sağlık insan gücü geliştirme çalışmalarına ilişkin gelişimin ortaya konması ve sağlık insan gücünün durumu ile ilgili bilgilerin güncelleştirilmesi amacıyla yenilenmiştir.³¹⁷

Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nden önce 2001 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından DSÖ’nün 21. Yüzyılın Sağlık Hedefleri’ne uyum için hazırlanan “Herkesine Sağlık Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri”, çalışmasında sağlık işgücü sorunlarına da yer verilmiş ve şu tespitler yapılmıştır:³¹⁸

- Hekim, ebe ve hemşirelerin ülke genelindeki dağılımı, hem bölgelere hem de kır-kent özelliklerine göre dengesizlikler göstermektedir.

³¹⁷ Doran, F. ve diğerleri, “Türkiye’de Pratisyen Hekim İnsan Gücü Planlaması ve Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi: Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu” **Türkiye’de Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması “Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu”**, Bayındır, Ü. ve Durak, H. İ (Ed), Tıp Sağlık Bilimleri Konseyi Başkanlığı, Şubat 2008, s.11

³¹⁸ SB, “Herkesine Sağlık” Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri, s.45-46

- Başta hemşireler olmak üzere hekim dışı personel sayıları yetersizdir.
- Hekim başına düşen hemşire sayısı 0,9 olarak hesaplanmaktadır.
- Beslenme ve diyet uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi elemanların sayısı örgütteki tüm hizmetlere yetecek düzeyde değildir.
- Hekimlerin ve diğer personelin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimi, özellikle temel sağlık hizmetleri yaklaşımı ve uygulamaları açısından yetersizdir.
- Mezuniyet sonrası eğitimlerin personel istihdamına ve özlük haklarına yansıtılmasıyla ilgili yeterli düzenleme bulunmamaktadır.
- Tıpta uzmanlık eğitimi güncelleştirilmeye muhtaçtır.
- Sağlık yöneticisi yetiştirilmesine ilişkin adımlar yeterince atılamamıştır.
- Sağlık personelinin görev yetki ve sorumluluklarını düzenleyen mevzuat yetersizdir, görev analizleri bulunmamaktadır.
- Personel istihdamı ve yönetimi çok merkeziyetçi ve esneklikten yoksundur.
- Uygulanan kadro standartlarının yetersizliği bir yana, bu standartların iş yükü ve hizmet kullanımından ziyade, nüfus ve yatak sayılarına dayalı olması personel istihdamında sıkıntılara neden olmaktadır.
- Tüm sağlık personelinin ücretlerinin yetersizliği, sağlık personelinin motivasyonunun düşüklüğü, ücret ve terfinin performansla ilişkilendirilmemiş olması, gelişme düzeyi düşük bölgelerde çalışmayı özendirici önlemlerin olmaması gibi sorunları bulunmaktadır.

Ülkemizde ulusal sağlık politikasının belirlenmesi amacıyla DPT, Sağlık Bakanlığı, eğitim kurumları ve ilgili sektörler tarafından yürütülen çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda, Türkiye’de sağlık insan gücünün ülkenin mevcut ihtiyaçlarına uygun sayıda ve sağlık sistemine uygun nitelikte eğitim almamış olması, eğitilen sağlık insan gücünün ise, bölgelerarası dağılımının dengesiz olduğu vurgulanmıştır. SİGP’in nüfusa dayalı olarak yapıldığı ve bu planlama şeklinin sağlık insan gücünün meslekler arası, kurumlar arası ve bölgelerarası dengesiz dağılıma yol açtığı tespit edilmiştir. Bu durumun işgücü kapasitesinin etkili kullanılamamasına ve istihdam sorunlarına neden olduğu vurgulanmıştır. Bu çalışmalarda sağlık insan gücü ile ilgili vurgulanan çözüm önerileri genel olarak şöyle sıralanmıştır:³¹⁹

- SİGP’nin gerek eğitim, gerekse istihdam alanlarında ihtiyaca yönelik yapılması,
- Sektörler arası işbirliğinin geliştirilmesi,
- Sağlık personelinin motivasyonunun arttırılması ve yeterli bilgi ve beceri ile donatılması,
- Tüm gelişmiş ülkelerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi,

Ülkemizde 2002 yılından bu yana sürdürülen Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin ayaklarından biri de, sağlık insan kaynakları kapasitesinin güçlendirilmesidir. Bu doğrultuda, sağlık işgücünün beceri ve yetkilerinin, Sağlık Bakanlığı’nın değişen rolüne uygun olarak yeniden tanımlanması amaçlanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde, sağlık işgücü politika ve planlamasına yapılacaklar şöyle sıralanmıştır:³²⁰

³¹⁹ Mollahaliloğlu, S. ve diğerleri, “Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Planlaması”, **Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007**, Mollahaliloğlu, S. ve diğerleri (Ed), SB, RSHMB, HMM Yayını, Ankara, 2007, s.212-213

³²⁰ SB., Proje Destek Birimi, **Sağlıkta Dönüşüm Konsept Raporu**, s.81

- Sağlık hizmeti sunumunun gerektirdiği özelliklere uygun sağlık çalışanlarının nitelik ve nicelik yönünden ihtiyaç analizinin yapılması,
- İhtiyaç analizi sonuçlarına dayalı sağlık insan gücü yetiştirme politikalarının geliştirilmesi,
- Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarının bu yapıyla uyumlu bir şekilde uygulanması;
- Tüm meslek gruplarının görev tanımları, yetki ve sorumluluklarının ihtiyaçlara ve eğitim programlarına uygun tanımlanması çalışmaları.

Temmuz 2006'da yürürlüğe giren 9. Yedi Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık insan gücü'ne yönelik; sağlık personeli ihtiyacının karşılanması ve ülke genelindeki dağılımının dengelenmesi, sağlık personeli açığının giderilmesi için eğitim programları kontenjanlarının artırılması, sağlık eğitiminin kalitesi ve öğrencilerin temel sağlık hizmetlerine yönelik becerilerinin artırılması, sağlık çalışanlarının niteliğinin iyileştirilmesi amacıyla hizmet içi eğitimlerin artırılması ve koruyucu sağlık alanında çalışan personelin sayı ve niteliğinin artırılması gibi genel hedefler belirlenmiştir.³²¹

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nda çalışan personel için SİGP, Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü ve Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü tarafından Atama Nakil Yönetmeliği'nde yer alan Personel Dağılım Cetveli ilkelerine göre yapılmaktadır. Bu ilkeler incelendiğinde, planlamanın nüfusa ve yatak sayısına dayalı olarak yapıldığı görülmektedir. Bu durum, sağlık işgücü piramidinde bölgeler ve kurumlar arası dengesizlik oluşturmaktadır. SİGP'nin ihtiyaca yönelik olarak yapılmamış olması, uzman hekim kadrolarında dengesiz dağılıma neden olmakta ve bu da ciddi istihdam sorunlarını gündeme getirmektedir. Ayrıca mevcut sağlık insan gücüne ait veriler net olarak toplanamamaktadır. Gelecekte sağlık alanındaki teknolojik ilerlemelere uygun yeni gelişecek sağlık mesleklerine ait planlama yapılmamaktadır. Sağlık insan gücü konusunda DPT, Sağlık

³²¹ DPT, **Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007 – 2013)**, Ankara, 2006, s.87-88

Bakanlığı ve üniversiteler arasında koordinasyon tam anlamıyla sağlanamamaktadır. Sağlık insan gücü ihtiyacı belirlenirken, sağlık okulları ve üniversitelere alınan öğrenci sayılarının planlaması yapılmamaktadır.³²²

Tablo 19.

Sağlık İnsan Gücü Planlanması ve Eğitiminde Rol Alan Kurumlar

	KURUMLAR
Sağlık İnsan Gücü Politikalarının Oluşturulması	DPT, YÖK, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Devlet Personel Başkanlığı
Sağlık İnsan Gücü Planlanması	DPT, Sağlık Bakanlığı ve YÖK
Sağlık İnsan Gücü Eğitimi	Sağlık Bakanlığı, YÖK ve Milli Eğitim Bakanlığı

Tablo 19’da da görüldüğü gibi, Türkiye’de sağlık insan gücü politikalarının oluşturulmasında DPT, YÖK ve Sağlık Bakanlığı aktif rol oynarken, Maliye Bakanlığı ve Devlet Personel Başkanlığı bu süreçte paydaş olarak yer almaktadır.³²³ Türkiye’de SİGP ve eğitim esaslarının belirlenmesi yetkisi, genel olarak, DPT ve Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir. Buna karşılık, yüksek öğrenimli sağlık personelinin yetiştirilmesi ve sayısal planlaması DPT ve YÖK tarafından yapılmakta, eğitimi ise, tamamen YÖK tarafından düzenlenmekte ve yürütülmektedir. Ebe, hemşire ve sağlık memuru gibi lise dengi okul mezunu sağlık personelinin gerek sayısal planlaması, gerekse eğitimi Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenmekte ve yürütülmekteydi. Son yıllarda lise dengi okullarda yürütülen sağlık eğitimi Milli Eğitim Bakanlığına, yüksek öğrenimde yürütülen sağlık eğitimi ise, YÖK tarafından düzenlenmeye ve yürütülmeye başlanmıştır. Ancak, bu kurumlar arasında gerek sayısal planlama ve gerekse eğitimin niteliği yönünden hala bir uyum yoktur.³²⁴ Türkiye’de mezuniyet öncesi sağlık eğitimi; fakülteler (Tıp, Diş Hekimliği, Eczacılık, Sağlık Bilimleri vb.), dört yıllık yüksek okullar (Ebelik, Hemşirelik, Diyetisyenlik vb.), iki yıllık ön lisans programları (Laboratuar, Röntgen, Anestezi, Paramedik vb.) ve sağlık

³²² SB, RSHMM, **21 Hedef’te Türkiye: Sağlıkta Gelecek**, Hedef 18: Sağlık İçin İnsan Kaynakları Geliştirilmesi, **Editörler:** Yardım, N., ve diğerleri, Sağlık Bakanlığı Yayın No : 711, Ankara 2007, s.161

³²³ SB, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, **Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı**, s.1

³²⁴ Akdur, **Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumunu”**, s.38; Akdur, “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri”, s.10

meslek liseleri ile; lisansüstü sağlık eğitimi ise üniversitelerde uzmanlık, doktora ve yüksek lisans derecesi şeklinde verilmektedir.³²⁵

Sağlık Bakanlığı'nın 2008 Ağustosunda yayınladığı Sağlıkta Dönüşüm Projesi İlerleme Raporunda 2023'te ihtiyaç duyulacak sağlık işgücü talebine ilişkin olarak şu tespitler yapılmıştır.³²⁶

“Nüfusumuzun beklenen artış hızıyla 2023 yılında 83 Milyona ulaşacağını varsayarak, kontenjanların önümüzdeki yıllarda da tedricen artırılması ve her yıl Tıp Fakültelerinde ortalama yeni 13 bin, hemşirelik okullarında 23 bin öğrenci kontenjanı oluşturulması gerektiğini düşünüyoruz. Böylece 2023 yılında 200 bin hekim ve 400 bin hemşire sayısı ile Avrupa ortalamasına yaklaşmamız mümkün olacaktır. Bu rakamlarla her yüzbin kişi için 250 hekim ve 500 hemşireye sahip olacağız. Fizyoterapist ve diğer birçok sağlık disiplininde de aynı yaklaşım büyük önem taşımaktadır.”

Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Raporunda, *“sağlık personelinde insan gücünde sorun; sayısal değil, nitelik ve dengeli dağılım sorunudur.”* denilmesine rağmen, 2008 Sağlıkta Dönüşüm Projesi İlerleme Raporunda Avrupa ortalamasına yaklaşmak için tıp fakülteleri ve hemşirelik okullarının kontenjanlarının artırılarak, sağlık insan gücünün sayısal eksikliğinin giderilmesinden söz edilmektedir. Yani Sağlık Bakanlığı da sağlık insan gücünün niteliği ve niceliği açısından kendi içinde çelişkiler yaşamaktadır. Fakat ülkemizde sağlık insan gücünün en temel sorunu, Konsept Raporu'nda da belirtildiği gibi sağlık insan gücünün niteliği ve dengeli dağılımıdır. Ancak Sağlık Bakanlığı ülkenin ihtiyaçlarına uygun, bölgelere göre nüfusun sağlık sorunlarının özelliklerini de dikkate alarak, bir tıp fakültesi mezunundan beklenen yeterlikleri ve nitelikleri belirlemeye yönelik herhangi bir çalışma yapmamıştır.

³²⁵ SB, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, **Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı**, s.9

³²⁶ Akdağ, s.85

“Bugüne hazır olmayanın yarına hazır olması daha güç olacaktır” özlü sözünden hareketle, bugün gelişmiş ülkeler belirledikleri plan ve politikalar ile bugünkü amaç ve hedeflerinin ötesinde gelecekteki amaç ve hedeflere ulaşmanın çabası ve gayreti içerisinde oldukları. Veriye dayalı ve bilimsel yöntemler kullanılarak hazırlanmış bir insan gücü planı olmaksızın sağlık hizmetinin genel hedeflerine ulaşması mümkün değildir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin eşit, ulaşılabilir ve hakkaniyete uygun yürütülebilmesi ve geleceğe hazır olmak için sağlık insan gücünün toplumun sağlık ihtiyaçlarına uygun eğitimini, tam istihdamını, dengeli coğrafi dağılımını sağlayacak uzun vadeli ve yıllık eylem planları ile işletilen bir sağlık insan gücü planlaması yapılmalıdır.

2.5.1 Tıp Eğitimi

Sağlık insan gücünün niteliği denilince ilk akla gelen tıp eğitimidir. Tıp eğitimi mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim, genel klinik eğitim, uzmanlık ve üst uzmanlık eğitimi ve sürekli eğitimi içerir. Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu tıp eğitiminin amacını “hasta ve toplum için kaliteli koruyucu ve tedavi edici hizmet vermeyi sağlayan bilgi, beceri, değerler ve davranış biçimlerinde yetenekli ve yeterli olan hekimleri yetiştirmek” şeklinde belirtmektedir. Nitekim 1988 yılında yayınlanan Edinburg Bildirgesi ile de tıp eğitiminin amacı; “tüm insanların sağlık düzeylerini yükseltmek ve sağlıklı yaşamalarını sağlamak için hekimler yetiştirmek” şeklinde belirtilmiştir. Tıp eğitimine olumlu bir katkı sağlayan 1999’da yapılan Bologna Konferansı’nda belirlenen 6 hedef, 46 Avrupa ülkesi tarafından benimsenmiştir. Bu Konferans’ta kolay anlaşılabilir ve karşılaştırılabilir dereceli ve mezuniyet öncesi ve sonrası olmak üzere, temel olarak iki ana döngülü bir sisteme dayalı bir sistemin benimsenmesi; ortak bir kredili sistemin kurulması, öğrencilerin, öğretim üyelerinin, araştırmacıların ve yöneticilerin mobilitelerinin ve kalite güvencesinin sağlanması; Avrupa işbirliğinin ve yüksek öğretimde gerekli Avrupa kriterlerinin teşvik edilmesi hedeflenmiştir. Daha sonra geniş bir yelpazedeki öğrenme yollarını içeren yaşam boyu öğrenme, yüksek öğretim kurumlarının ve öğrencilerin de bu sürece dahil edilmesi, Avrupa Yüksek Öğretim Alanı ve Avrupa Araştırma Alanının çekiciliğinin artırılması ve ileride üç döngülü eğitimin geliştirilmesi hedefleri de eklenmiştir. Ayrıca yöneticilerin,

öğrencilerin ve mezunların mobilitesi, ortak kalifikasyonların tanınması, yüksek öğretimdeki kurumlara ve paydaşlara kalite garantisi sağlayan kalite güvencesi, öğrenme ve yaşam boyu öğrenmenin geliştirilmesi, sosyal boyut ve en önemli öncelik olan istihdam edilebilirlik son konferansta Bologna sürecinin temel unsurları olarak belirlenmiştir.³²⁷ Bologna süreci Avrupa’da tıp eğitimin bütün taraf ülkeler tarafından da kabul gören bir şekilde standardize edilmesini hedeflemektedir. Avrupa’da Bologna standartlarına uygun tıp eğitiminin yaygınlaşması halinde tıp eğitiminde kalite güvencesinin sağlanacağı ve böylece Avrupa içinde öğrenci ve mezunların dolaşımının ve istihdamın yaygınlaşacağını söyleyebiliriz. Ancak bu hedeflere ulaşılması uzunca bir zaman alacak gibi gözükmektedir.

Dünyada sağlık insan gücünün niteliğine ilişkin mezuniyet öncesi tıp eğitiminin gerek modeli, gerek süresi, gerekse amacı yönünden ülkeler arasında benzerliklerin yanı sıra, önemli ölçüde farklılıklar da bulunmaktadır. Bu çerçevede, tıp eğitimi Avrupa’da liseden sonra genellikle altı yıllık süreyi kapsarken, ABD’de liseden sonraki dört yıllık kolej eğitimi takiben dört yılda tamamlanmaktadır. Bazı ülkelerde intörlük eğitimleri temel tıp eğitiminin süresi içerisinde, bazılarında ise, 1 veya 1.5 yıllık ek sürede tamamlanmaktadır. Avrupa ülkelerinden Almanya, Bulgaristan ve Macaristan’da, Türkiye’de olduğu gibi, bir yıllık intörlük eğitimleri altı yıllık tıp eğitiminin içindeyken, İngiltere, İrlanda, Finlandiya ve Polonya’da altı yıllık temel tıp eğitimine bir yıl, Norveç’te 1.5 yıl, İtalya’da ise altı ay intörlük eğitimi eklenmektedir. Hollanda’da ise altı yıllık temel tıp eğitim süresinin 1.5 yılı intörlük eğitime ayrılmıştır. ABD’de intörlük eğitimi, tüm uzmanlık alanlarında asistanlığın ilk yılında yapılmaktadır, mezuniyet öncesi döneminde intörlük eğitimi bulunmamaktadır.³²⁸ İngiltere’de mezuniyet öncesi tıp eğitiminin tamamlanmasından sonra, öğrenciler hastanede ya da birinci basamakta bir yıllık intörlük eğitimi görmektedirler. Daha sonra genel pratisyenlik yapacak hekimlerin eğitimi üç yıl süren genel pratisyenlikte uzmanlaşmaları zorunludur. Almanya’da da temel tıp eğitiminden sonra hekimlerin uzmanlaşması zorunludur. İsveç’te ise, beş buçuk yıllık temel

³²⁷ Patri’Cio, M. and Harden, R., M., “The Bologna Process – A global Vision For The Future Of Medical Education”, **Medical Teacher**, Vol:32, 2010 pp.305–315

³²⁸ Özvarış, Ş., B. ve Sayek, İ., “Tıp Eğitiminde Değişim”, **Hacettepe Tıp Dergisi**, Cilt:36, Sayı:2 2005, s.67

tıp eğitiminden sonra, 21 ay genel tıp pratiği içinde intörlük eğitimi alınmakta ve daha sonra yazılı bir sınav yapılmaktadır. Hekimler ancak bu aşamaları geçtikten sonra sahada çalışabilmektedir.³²⁹ Küba’da tıp eğitimi altı yıl sürmekte ve bu altı yılın ilk beş yılı klinik eğitim, son yıl ise, intörlük eğitimidir. Tıp eğitiminden sonra birkaç istisna dışında, mezunların bir aile hekiminin yanında iki yıl uzmanlık programını tamamlaması gerekmektedir. Böylece hekimler genel tıp uzmanı yani, aile hekimi olabilmektedirler. Hekimler bundan sonra ikinci bir uzmanlık eğitimine başvurabilmektedirler. Küba’da tıp eğitimi sağlık hizmetleri ihtiyaçları belirlenerek yapılmaktadır. Eğitime alınacak öğrenci sayısı ihtiyaca göre belirlenmekte ve uzmanlıklar performans ve akademik nota göre verilmektedir.³³⁰ Ayrıca sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak için yurt dışına öğrenci gönderilmesi, sağlık insan gücü eğitimini hızlandırmaktadır.³³¹ Bununla birlikte, Küba dış politikasının ayrılmaz bir parçası olan, tıbbi diploması çerçevesinde üçüncü dünya ülkelerine de sağlık personeli gönderilmektedir.³³²

Ülkemizde her sağlık meslek grubunun eğitiminde kendine özgü sorunlar olmakla beraber, sağlık meslek eğitiminde genel olarak; öğrenci ve eğitim kurumu sayısının belli bir kritere bağlı kalmadan ve gerekli altyapı sağlanmadan kısa sürede arttırılması, eğitimin sahadaki ihtiyaçlara cevap verecek nitelikte olmaması, özellikle temel sağlık hizmetlerine yönelik eğitim eksikliği, uygulamalı eğitim olanaklarının kısıtlılığı ve müfredatlardaki temel sağlık hizmetleri yaklaşımının eksikliği gibi sorunlar yaşanmaktadır.³³³ Bunun yanı sıra, mevcut tıp eğitimi, hekimleri temel sağlık hizmetleri anlayışına uygun olarak yetiştirmemektedir. 1981 Yüksek Öğrenim Yasası ile tıp eğitimi yeniden düzenlenerek, ilk üç yıl temel ve klinik bilimlere ayrılmıştır. Dördüncü ve beşinci yıllar klinik stajlara ve altıncı yıl da intörlük eğitimine ayrılmıştır. Bu düzenleme ile, temel sağlık hizmetleri ve koruyucu hekimliğin vurgulandığı eğitim olan halk sağlığına verilen önem azalmıştır. Ülkemizde tıp eğitimi ile ilgili, 2002-2007 yılları arasında mühendislik fakülteleri örnek

³²⁹ Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, s. 217-240-272

³³⁰ MEDICC, <http://www.saludthefilm.net/ns/cuba-health-system-faqs.pdf> (Erişim 18.04.2011)

³³¹ De Vos and Der Stuyft, p.1575-1576,

³³² Scheye, E., “The Global Economic And Financial Crisis And Cuba’s Healthcare And Biotechnology Sector: Prospects For Survivorship And Longer-Term Sustainability”, **Cuba in Transition**, ASCE 2010, p.225-226

³³³ SB. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu**, s.19

alınarak, Tıp Dekanları Konseyi inisiyatifinde, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için tıp fakültelerinde verilen tıp eğitim ve öğretiminin geliştirilmesi ve niteliğinin iyileştirilmesini amaçlayan, Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (UTEAK) kurulmuştur. UTEAK tıp fakültelerine yol göstermek, gelişimlerini desteklemek, işleyiş ve sürekliliğini izlemek için 2009 yılında tıp eğitimin ulusal standartlarını belirleyen bir çalışma yayınlamıştır. Bu çalışmada, akredite olmak isteyen fakülteler tarafından mutlaka karşılanması gereken standartlar ile mezuniyet öncesi eğitim programının niteliğini geliştirmeye yönelik, karşılanması durumunda yüksek nitelik göstergesi olan standartlar belirlenmiştir. Son olarak, 2011’de güncellenen mezuniyet öncesi tıp eğitimi ulusal standartları şunlardır:³³⁴

- Eğitim programının amaç ve hedeflerinin belirlenmesi,
- Eğitim programı modeli ve öğretim yöntemlerinin tanımlanması,
- Ölçme değerlendirme yöntemlerinin belirlenmesi ve duyurulması,
- İnsan gücü ve altyapı kapasitesi ile bağlantılı olarak öğrenci seçimi, alımı, sayısı konularında izlenecek politikaların oluşturulması,
- Eğitim programını ve öğrencilerin gelişimini izleyen, programa ilişkin görüş ve önerilerin tanımlanması ve ele alınmasını sağlayan bir program değerlendirme sisteminin oluşturulması,
- Yürüttükleri eğitim programlarının özellikleri, araştırma ve hizmet yükleri arasında belirli bir denge gözetilen, akademik kadro yapısı ve kadro gelişimine yönelik bir politikanın oluşturulması,
- Eğitim modellerine uygun öğrenme ortamı alt yapısı ve olanakları ile temel akademik birimlerin bulunması,

³³⁴ UTEAK, **Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartları 2011**, TEPEAD Yönetim Kurulu’nda 5 Ocak 2011 tarihinde Kabul edilen, ss.1-36

- Yönetim yapısı, örgütlenme şeması ve üniversite ile ilişkilerin tanımlanması,
- Eğitim ve eğitimle bağlantılı araştırma ve hizmet işlevleriyle ilgili iç ve dış verilerin düzenli olarak toplanması, değerlendirmesi, sürekli bir yenilenme düzeneğinin kurulması ve gelişime yönelik olarak çalıştırılmasıdır.

UTEAK tarafından yukarıdaki standartları sağlayarak, akredite edilmiş 8 tıp fakültesi bulunmaktadır.

Ülkemizde tıpta uzmanlık için aday seçimi ise, yalnızca yazılı bir sınavdan oluşan Tıpta Uzmanlık Sınavı ile yapılmaktadır. Bu sistem, nispeten objektif rağmen, öğrencilerin kişisel özelliklerini, pratik becerilerini ve genel olarak seçtikleri uzmanlık dalına uygunluklarını değerlendirecek nitelikte değildir. Uzmanlık kadroları da tıp fakültelerine alman öğrenci sayısı gibi, insan gücü planlama çalışmaları yapılmadan belirlenmektedir.³³⁵ Son yıllarda uzmanlık eğitiminin standartlarını ve uzmanların niteliğini yükseltmek ve aynı zamanda kalite denetimini sağlamak için ABD, Kanada, İngiltere, Avustralya gibi ülkelerde uzmanlık eğitimi sonrasında ülke düzeyinde uzmanlık dernekleri tarafından standart sınavlar (yeterlik sınavları) yapılmaktadır. Gönüllülük ilkesi ile başlayan bu sınavlar zamanla zorunlu hale gelmiştir. Özellikle ABD’de yeterlik belgesi olmadan hekimlik yapılmasına izin verilmemektedir.³³⁶

Sağlık insan gücünün eğitimini, istihdamını ve dağılımını içine alan SİGP birçok disiplini ve sektörü kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerine ulaşım, hizmetleri kullanma sıklığı, hasta haklarındaki iyileştirmeler ve sağlık sigortasının kapsayıcılığı arttıkça, sağlık hizmetleri talebi de hızla artmaktadır. Ancak, ülkemizde sağlık insan gücü plan ve politikalarına yönelik bir çok eksiklik bulunmaktadır. Bu çerçevede, ülkemizde sağlık meslekleri eğitiminin, sağlık insan gücü eğitiminde ve planlamasında paydaş olarak yer alan DPT, YÖK, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, sivil toplum örgütleri, sendikalar, meslek odaları ve Devlet Personel Başkanlığı’nca, Bologna Süreci,

³³⁵ SB. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu**, s. 19-20

³³⁶ Terzi, C. ve Çiçek, C., **Tıpta Uzmanlık Eğitimi (İzmir Ölçekli İki Araştırma ve Karşılaştırmalı Sonuçları)**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara, Kasım 2006, s.22

Edinburg Bildirgesi ve UTEAK standartları de göz önünde bulundurularak, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri paralelinde sağlık mesleklerinde olması gereken vasıf düzeyi ve beceri karmasına göre, yeniden belirlenmesi gerekmektedir. Ayrıca sağlık hizmetinin kalitesini artırmaya yönelik, sağlık insan gücünün gerek ekonomik, gerekse sosyal haklarındaki memnuniyetlerinin artırılması, mesleklerin iş tanımlarının oluşturulması, iş tanımları olan mesleklerin yeniden düzenlenmesi ve mezuniyet sonrası sağlık personeli niteliğinin sürekli eğitimle artırılması gerekmektedir.

2.6 Sağlık İnsan Gücünün Örgütlenmesi ve Kamu Çalışma İlişkileri

224 Sayılı Sağlık Hizmetleri Sosyalleştirme Kanunu ile getirilen, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin kamu kesiminde sözleşmeli olarak istihdam edilmesi ilkesi, 1965 yılında çıkarılan 657 sayılı Devlet Personel Kanunu ile yürürlükten kaldırılarak, kamuda çalışan sağlık insan gücü devlet memuru statüsüne geçirilmiştir. Dolayısıyla ülkemizde sağlık insan gücünün sendikal örgütlenmesi, memurların sendikal örgütlenme hakları paralelinde bir gelişme göstermiştir.

Ülkemizde memurlara sendikal örgütlenme hakkı, 1961 Anayasası'nda "çalışanlara" sendika kurma hakkının tanınması ile ilk kez Anayasal bir hak olarak, ortaya çıkmıştır. 1961 Anayasası'nın 46. maddesi gereğince, 1965'te kabul edilen 624 Sayılı Devlet Personeli Sendikaları Kanunu ile memurların sendikal haklarının genel çerçevesi çizilmiştir. Ancak 624 sayılı Kanun'da, memur sendikaları birer meslek birliği gibi değerlendirilerek, sendikalar yönetime yardım eden kuruluşlar olarak görülmüştür. 624 Sayılı Kanun'da memurlara sendikal örgütlenme hakkı tanınmasına rağmen, grev ve toplu sözleşme, protesto ve gösteri yürüyüşü, sendika yönetici güvencesi haklarının olmaması ve sendikal faaliyetlerin kısıtlanması örgütlü mücadeleyi engellemiştir. Bir çok yönü ile eksik olan 624 sayılı Kanun, ancak altı yıl yürürlükte kalabilmiştir. 1971'de 1488 sayılı Kanun ile 1961 Anayasası'nın 46. ve 119. maddelerinde değişiklikler yapılarak, memurların sendikal hakları Anayasal hak olmaktan çıkarılarak, memur sendikaları tümüyle yasaklanmıştır.

12 Eylül sonrasında, 1961 Anayasası'ndan farklı olarak, 1982 Anayasası'nın 128. maddesi, kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevlerin memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle gördürülmesini esas almıştır. 657 sayılı Kanun'da memur, “*devlet ve diğer kamu tüzel kişiliklerince genel idare esaslarına göre yürütülen asli ve sürekli kamu hizmetlerini yerine getirmekle görevlendirilenler*” olarak tanımlanmıştır. 657 sayılı Kanun'un 4. maddesinde belirtilen ve memurlar hariç sözleşmeli personeller, geçici personeller ve işçiler, Anayasa'nın 128. maddesinde diğer kamu görevlileri olarak adlandırılmıştır. Bu maddeden kamu görevlilerinin ekonomik, sosyal ve özlük olarak devlet memurlarından daha farklı değerlendirildiği ve ayrı tutulduğu açıkça görülmektedir. Anayasa'nın kamu hizmetinin görülmesinde memurlar ve kamu görevlileri ayrımı yapmasının aslında, Anayasa'nın eşitlik ilkesine açıkça ters düştüğünü söyleyebiliriz. Anayasa'nın eşitlik ilkesine aykırı olan bu madde, Anayasa'nın kendi içinde yaşadığı çelişkilerinden birini göstermektedir. Bu madde daha sonra kamu hizmetlerinde aynı işyerinde, aynı unvanla, aynı işi yapan fakat farklı ekonomik, sosyal ve özlük haklara sahip tabakalı kamu personeli anlayışının doğmasına yol açmıştır.

1982 Anayasası'nda işçilere sendika, toplu iş sözleşmesi ve grev hakkı tanınmasına rağmen, Anayasa'ya memurların sendikal hakkına ilişkin bir hüküm konmamıştır. Bu durum, memurların sendika kurup kuramayacağıyla ilgili tartışmalara yol açmıştır. Bu tartışmalar, 1992 yılında UÇÖ'nün 87 sayılı Sendika Özgürlüğü ve Sendikalaşma Hakkının Korunması ve 151 sayılı Çalışma İlişkileri (Kamu Hizmeti) Sözleşmelerinin onaylanması ve kamu çalışanlarının mücadelesi sonrasında, 1995 yılında Anayasa'da yapılan bazı değişikliklerle sona ermiştir. 1995'de Anayasa'nın 53. maddesinde yapılan değişiklikle memurlara sendikal örgütlenme ve toplu görüşme hakkı Anayasal güvenceye kavuşmuştur. Ancak memur sendikacılığının yasal zeminini oluşturan 4688 sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları Yasası, Anayasa değişikliğinden 6 yıl sonra, 2001 tarihinde kabul edilmiştir. Böylece, memur sendikacılığı 1965 yılında kabul edilen ve 1971'e kadar uygulanan 624 sayılı Kanun'dan sonra, 4688 sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları Yasası ile bir kez daha yasal çerçeveye kavuşmuştur.

4688 sayılı Kanun'un 29. maddesinde hem kamu görevlileri sendikaları, hem de konfederasyonları üyeleri adına yapılacak toplu görüşmede taraf olmaya yetkili olarak düzenlenmiştir. Bu durum, sendikalar ve konfederasyonları arasında yetki karmaşasının çıkmasına yol açmaktadır. Anayasa'nın 53. maddesinde belirtilen toplu görüşme hakkının nasıl kullanılacağı, 4688 sayılı Kanun'da belirlenmiştir. 4688 sayılı Kanun'un 30. maddesine göre, tarafların her yıl 15 Mayıs'taki üye sayıları üzerinden tespit edilen yetkili sendika ve konfederasyonu ile bir devlet bakanının başkanlığında kamu görevlilerinden oluşan Kamu İşveren Kurulu, kanunun her ağustos ayının 15. günü toplanarak, toplu görüşmeye esas önerilerini müzakere etmektedir. Önerilerin müzakere edildiği toplu görüşmeler en geç 15 gün içinde sonuçlandırılmaktadır. Bu süre içinde tarafların anlaşması halinde, düzenlenen mutabakat metni karşılıklı olarak imzalanmakta ve Bakanlar Kurulu'nun onayına sunulmaktadır. Öngörülen süre içinde taraflar anlaşamazlarsa, taraflardan birinin başvurusu ile anlaşmazlık Uzlaştırma Kurulu'na götürülmektedir. Uzlaştırma Kurulu'nun kararına tarafların katılması halinde, bu karar mutabakat metni olarak; tarafların Uzlaştırma Kurulu kararına katılmaması durumunda ise, anlaşma ve anlaşmazlık konularının tümü tutanak altına alınarak, Bakanlar Kurulu'na sunulmaktadır. (4688 sayılı Kanun'un 32., 33., 34. ve 35. maddeleri)

4688 sayılı Kanun ile getirilen toplu görüşme sistemine, çalışma ilişkileri temelinden bakıldığında, her ne kadar yasa kamu görevlileri sendikaları ve konfederasyonlarını taraf olarak tanımlasa da, aslında sendika ve konfederasyonların bu sistem içinde bir taraf değil, danışılan veya görüşü alınan sivil toplum örgütleri olarak rol aldığı açıkça görülmektedir. Dahası çalışma ilişkileri sistemi bir güç dengesine dayanır. Ancak toplu görüşme sisteminde, kamu gücünü kullanan Kamu İşveren Kurulu'nun karşısında, grev veya eylem gibi herhangi bir gücü ya da yaptırımını bulunmayan kamu görevlileri sendika ve konfederasyonları bulunmaktadır. Bu durumda, toplu görüşme sistemi bir diyalog, uzlaşma ve sosyal barış sistemi değil, güçlünün güçsüze tahakkümü ile görüşlerini kabul ettirdiği bir sistemdir. Diğer bir konu, toplu görüşmenin sonucunda taraflar aralarında anlaşsa ve mutabakat metni imzalasalar dahi bu metnin uygulanması Bakanlar Kurulu'nun onayına muhtaçtır. Mutabakat metninin Bakanlar Kurulu tarafından

ayrıca onaylanması ve mutabakat metninde ortaya çıkacak hak uyuşmazlıkları için eda ve yorum davası açılmaması da kamu görevlileri sendikaları ve konfederasyonlarının toplu görüşme sistemi içerisinde taraf olmadığını açıkça göstermektedir. Anayasa’da memurlara grev hakkı tanınmadığı için yasa, çıkar uyuşmazlıklarının çözümünde, barışçıl bir ara yol olan ve kararı bağlayıcı olmayan Uzlaştırma Kurulu’nu görevlendirmiştir. Böylece kamu görevlileri sendika ve konfederasyonlarının hak ve çıkar uyuşmazlıklarından doğan haklarını aramaları için bütün yollar kapatılmıştır. Kamu çalışma ilişkilerinin çerçevesini çizen 4688 sayılı Kanun, sendikaların temel faaliyet alanlarını tıkadığı için sendikalar, üyelerinin hak ve çıkarlarını ya İdare Mahkemeleri ve Danıştay’da aramakta ya da ideolojik bağı bulunan siyasi partilerle yakın ilişkiler kurmaktadır. Sendikaların siyasi partilerle kurduğu yakın ilişkiler sonucu sendikaların bağımsızlığı ilkesi önemli ölçüde zedelenmekte, hatta zaman zaman siyasi partilerin çıkarları, sendika üyelerinin hak ve menfaatlerinden daha ön plana geçebilmektedir. Ancak bu çarpıklık sendikalara toplu sözleşme ve grev hakkının tanınması ve sendikaların faaliyet alanlarının genişletilmesi ile düzeltilebilir.

4866 Sayılı Kanun’un 5. maddesinde, sendikaların Türkiye çapında faaliyette bulunmak amacıyla 11 hizmet kolunda kurulacağı ve meslek veya işyeri esasına göre sendika kurulamayacağı hükme bağlanmıştır. Bu çerçevede, bu hizmet kollarından biri de sağlık ve sosyal hizmetler koludur. 2010 yılı itibariyle sağlık ve sosyal hizmetler kolunda irili ufaklı 7’si bağımsız toplam 15 örgütlü sendika bulunmaktadır. Bu hizmet kolunda kurulan ilk sendika 1990’lı yılların başında Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonuna bağlı Tüm Sağlık Sen, Genel Sağlık İş, Sağlık Sen ve Sosyal Hizmet Sen sendikalarının birleşmesi ile 1995 yılında kurulan Sağlık Emekçileri Sendikasıdır. 2011 yılı itibariyle 83 ilde örgütlü olan sendikanın Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı istatistiklerine göre, 2010 Mayıs ayı itibari ile üye sayısı 38.768, sendikalaşma oranı ise, %11,19’dur. Türk Sağlık-Sen 1992’de Türkiye Kamu Çalışanları Sendikaları Konfederasyonuna bağlı olarak kurulmuştur. Türk Sağlık-Sen’in Türkiye genelinde 75 ilde şubesi ve üç ilde de il temsilciliği bulunmaktadır. İlk toplu görüşmenin yapıldığı 2002 yılından 2008 yılına kadar yetkili sendika olan Türk Sağlık-Sen’in Çalışma ve Sosyal

Güvenlik Bakanlığı istatistiklerine göre, 2010 Mayıs ayı itibari ile üye sayısı 93.907, sendikalaşma oranı ise, %27,10'dur. Memur-Sen konfederasyonuna bağlı olarak faaliyet gösteren Sağlık-Sen 1995 yılında kurulmuştur. Türkiye genelinde 81 ilde 83 şubesi bulunan sendika, 2009 yılından beri sağlık ve sosyal hizmet kolunda yetkili sendikadır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı istatistiklerine göre, 2010 Mayıs ayı itibari ile 103.269 üyesi bulunan sendikanın sendikalaşma oranı ise, %29,80'dir. Sağlık ve sosyal hizmet kolunda sendikalaşma oranı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı istatistiklerine göre, 2010 Mayıs ayı itibari ile %69,21'dir.

Ülkemizde bazı sağlık çalışanlarının sendikalar dışında, yasa ile kurduğu güçlü meslek birlikleri ve ayrıca üyelerinin mesleki bilgi ve becerilerini artırmaya yönelik faaliyet gösteren güçlü dernekleri bulunmaktadır. Bu çerçevede, Türk Tabipleri Birliği 1953 yılında 6023 sayılı Kanun ile kurulmuş, kamu kurumu niteliğinde ve ülkedeki hekimlerin %80'inin örgütleyen bir birliktir. Hekim sayısının 100'ü aştığı 64 ilde yerel örgütlenmesi bulunmaktadır.³³⁷ Türk Eczacıları Birliği, eczacıların faaliyetlerini kolaylaştırmak, mesleki dayanışmayı sağlamak, eczacılığın genel amaçlarına uygun olarak gelişmesini sağlayarak, meslek disiplini ve ahlakını korumak üzere 1956 yılında 6643 sayılı Kanun ile kurulmuştur.³³⁸ 1985 yılında 3224 sayılı yasa ile kurulan Türk Dişhekimleri Birliği ise, 24 bin üyeli bir meslek örgütüdür.³³⁹ 1933 yılında Türk gönüllü hemşireler tarafından İstanbul'da kurulan Hastabakıcılar Cemiyeti, 1943 yılında örgün eğitim almış hemşireler tarafından yeniden düzenlenerek, ismi Türk Hemşireler Derneği olarak değiştirilmiştir. Türk Hemşireler Derneği'nin 17 ilde şubesi bulunmaktadır.³⁴⁰ Bu meslek örgütlerinin dışında, üyelerinin mesleki bilgi ve becerilerini artırmaya yönelik faaliyet gösteren, neredeyse her meslek grubunun ve uzmanlık dalının ayrıca derneği bulunmaktadır. Sağlık hizmeti veren kamu görevlilerinin çok farklı mesleklerden gelmeleri ve bu mesleklerin farklı mesai düzeni, çalışma koşulları, nitelik ve çıkarlara sahip olmalarına rağmen, yaklaşık %70'leri aşan sendikalaşma oranının arka planında, yasa ile kurulmuş güçlü

³³⁷ TTB, "Türk Tabipleri Birliği; Nedir? Ne Yapar?", <http://www.ttb.org.tr/index.php/bilgi.html> (Erişim 30.04.2011)

³³⁸ TEB, "TEB Tarihçesi", <http://www.teb.org.tr/?modul=tarihce&mod=ozet> (Erişim 30.04.2011)

³³⁹ TDB, "Türk Diş Hekimleri Birliği", http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/hakkinda.php?yer_id=1 (Erişim 30.04.2011)

³⁴⁰ THD, "Tarihçe", <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/thd/tarihce.aspx> (Erişim 30.04.2011)

meslek birlikleri ve gönüllü derneklerin, örgütlenme kültürüne ve anlayışına sağladığı katkılar yatmaktadır. Ancak meslek odası olan eczacıların, hekimlerin ve diş hekimlerinin sendikalaşma oranı diğer tıp mesleklerine göre daha düşüktür. Bunun sebepleri, bu mesleklerin mesleki dayanışmayı sağlayan, meslek disiplini ve ahlakını koruyan yasal meslek odalarının bulunması ve eczacı, hekim ve diş hekimlerinin sosyal statüsünün, gelir düzeyinin ve pazarlık gücünün diğer mesleklere göre, görece daha yüksek olmasıdır. Sağlık alanında hizmet veren 40'a yakın mesleğin ortak sorunlarının yanı sıra, her mesleğin kendine özgü özel sorunları da bulunmaktadır. Mesleğe özgü özel sorunların çözümü için, meslek esasına dayalı sendika kurulamadığı için, mesleki gelişmeyi ve dayanışmayı sağlamak, mesleki disiplini ve ahlakını korumak için yasal statüde meslek odalarının kurulması önemli bir rol oynayabilir.

4688 sayılı Kanun'un yürürlüğe girmesinden sonra, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı istatistiklerine göre, 2010 Mayıs ayı itibari ile toplam 1.767.737 kamu görevlisinin 1.023.362'sini örgütleyerek, geçen 10 yıllık süreç içerisinde, %57,89'lük sendikalaşma oranına ulaşan Türkiye memur sendikacılığı, önemli bir yol kat ederek, örgütlenme özgürlüğünü içselleştirilmiş ve içine sindirmiştir. Bundan sonraki süreçte, sendikalar en temel faaliyet alanı olan, toplu sözleşme ve grev hakkı için taleplerini daha yüksek bir sesle dile getirmeye başlamışlardır. 12 Eylül 2010'da referandumla yapılan Anayasa değişikliği ile, Anayasa'nın 53. maddesinin başlığı Toplu İş Sözleşmesi ve Toplu Sözleşme Hakkı olarak değiştirilerek, memurlar ve diğer kamu görevlilerine, toplu sözleşme yapma hakkı getirilmiş ve toplu sözleşme yapılması sırasında çıkacak uyuşmazlıkların da, kararları kesin ve toplu sözleşme hükmünde olan, Kamu Görevlileri Hakem Kuruluna götürülmesi imkanı verilmiştir. Tabi ki bu hakkın kullanılması için toplu sözleşme hakkının kapsamı, istisnaları, toplu sözleşmeden yararlanacaklar, toplu sözleşmenin yapılma şekli, usulü ve yürürlüğü, toplu sözleşme hükümlerinin emeklilere yansıtılması, Kamu Görevlileri Hakem Kurulunun teşkili, çalışma usul ve esasları ile diğer hususlar kanunla düzenlenecektir.

12 Eylül referandumunu ile gerçekleştirilen Anayasa değişikliği sonrasında Anayasal bir hak haline gelen toplu sözleşme hakkı ile kamu çalışma ilişkilerinde toplu görüşme düzeninden toplu pazarlık düzenine, mutabakat metninden, toplu sözleşmeye bir dönüşüm yaşanacaktır. Toplu sözleşme ise; memur sendikaları ile kamu işveren kurulu arasında imzalanan ve tarafların birbirlerine karşı hak ve yükümlülüklerini belirli bir süre için düzenleyen bir akit ve sendikaların en temel iktisadi faaliyet alanı olacak ve kamu çalışma hayatının değişkenliğine tarafların hızlı bir şekilde uyum sağlamalarına olanak verecektir. Anayasa değişikliği öncesinde kamu görevlilerinin hakları ve yükümlülükleri, aylık ve ödenekleri ve diğer özlük işleri kanunla düzenlenmekte ve memurların bütün ekonomik ve sosyal hakları Bakanlar Kurulu tarafından belirlenmekteydi. Bu süreçte, memur sendikaları toplu görüşme düzeninde sadece hükümete danışmanlık niteliğinde toplu görüşme mutabakat metni imzalayabiliyordu. Toplu sözleşmeli yeni dönemle birlikte, Anayasa'nın 128. maddesinin 2. fıkrasına eklenen “*Ancak, mali ve sosyal haklara ilişkin toplu sözleşme hükümleri saklıdır.*” hükmünden, artık memurların bütün ekonomik ve sosyal hakları yetkili sendika ve konfederasyonlar ile kamu işveren kurulunun imzalayacakları toplu sözleşme ile belirleneceği açıkça anlaşılmaktadır. Yani bu yeni dönemde memurların ekonomik ve sosyal hakları ile ilgili konularda memur sendikaları danışılan veya görüşü alınan değil, imzalanacak toplu sözleşmenin tarafı olma sıfatına erişmiş olacaktır. Anayasa değişikliği öncesinde toplu görüşme mutabakat metnin hiçbir hukuki bağlayıcılığı yokken, yeni dönemde toplu sözleşme metninde yer alan hükümlere aykırı bireysel hizmet sözleşmeleri yapılamayacak ve memur sendikaları toplu sözleşmeden gelen hak uyuşmazlıkları için yargıda eda ve yorum davası açma hakkına kavuşacaktır. Ancak ülkemizde kamu çalışma ilişkilerinde yaşanan bu değişimler, memur sendikalarını da bu yeni döneme ayak uydurmak zorunda bırakacaktır. Bu yeni döneme her şeyden önce memur sendikalarının üyelerine söz geçirebilecek derecede temsil gücüne sahip olmaları gerekecektir. Ayrıca sendikaların idari yapıları, örgüt-içi demokrasileri ve disiplinleri, haberleşme olanakları, teknik bilgi düzeyleri, yetişmiş vasıflı uzmanları ve maddi kaynakları sendikaların başarısını önemli ölçüde etkileyecektir.

Bütün bu olumlu gelişmelere rağmen, grev hakkı olmadan toplu sözleşme hakkı, grevli toplu sözleşme hakkı olmaksızın tam bir sendika hakkı olamaz. Bu nedenle, sendika hakkı ile toplu sözleşme ve grev haklarının birbirinden ayrılması ya da birbirinin içeriğinden yoksun bırakılması, sendikal özgürlüklerin etkinliğini büyük ölçüde yitirmesine neden olmaktadır. Memurların sendikal haklarının tam olarak sağlanması için, sendika kurma hakkından sonra toplu sözleşme hakkına ilişkin bu değişikliğin grev hakkı³⁴¹ ve memurların siyaset yasağının kaldırılması ile de sürdürülmesi gerekmektedir.

Tezimizin buraya karar olan kısmında ülkemizdeki sağlık sisteminin gelişimi, mevcut durumu ve sağlık insan gücü değerlendirilmiştir. Bir sonraki bölümde ülkemizde uygulanan sağlık sisteminin neoliberal dönüşümü ve bu dönüşümün temel bileşenleri ele alınarak, sağlık sistemindeki bu dönüşümün gerek sağlık sistemi, gerekse sağlık insan gücü üzerindeki olan ve olası etkileri incelenecek ve Sağlıkta Dönüşüm Projesinin oluşturduğu hak kayıpları ile sağlık insan gücünün çalışma biçimleri, koşulları ve ücretlendirmesi ile ilgili genel bir tartışmalara yer verilecektir.

³⁴¹ Turan, G., “Türkiye’de Kamu Sendikacılığı”, **Kamu-İş Dergisi**, Cilt: 6 Sayı: 1, 2000

IV. BÖLÜM

TÜRKİYE’DEKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN NEOLİBERAL DÖNÜŞÜMÜ: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ VE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

1 TÜRKİYE’DE SAĞLIK HAKKI’NIN DÖNÜŞÜMÜ

Ülkemizde cumhuriyetin kuruluşundan kurumsallaşma döneminin sonuna kadar, sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak kabul edilerek, bu görevler merkezi ve yerel devlet organları arasında paylaştırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve denetimi Sağlık Bakanlığı’nda toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri dikey örgütlenme ve programlar yoluyla geniş bölgede tek yönlü hizmet ilkesi ile yürütülmüştür.

Sosyalleştirme döneminde, bireylerin temel ekonomik ve sosyal haklarını batı standartlarında düzenleyen 1961 Anayasası’nda, yenilik olarak, sosyal devlet ilkesi Cumhuriyetin temel ilkelerinden biri olarak kabul edilerek, sosyal haklar, insan haysiyeti temelinde en geniş biçimde düzenlenmiş ve devlete, hakları gerçekleştirme konusunda normatif yükümlülük verilmiştir.³⁴² 1961 Anayasası ile sosyal güvenlik ve sağlık hakkı anayasal bir hakka dönüşmüştür. 1961 Anayasası’nın Sosyal Güvenlik başlıklı 48. maddesinde “*Herkes; sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak Devletin ödevlerindedir.*” hükmü ve Anayasa’nın sağlık hakkı başlıklı 49. maddesinde “*Devlet, herkesin beden ve ruh*

³⁴² Kaboğlu, İ. Ö., “Anayasa’da Sosyal Haklar: Alanı ve Sınırları” **II. Sosyal Haklar Sempozyumu Bildiriler**, Petrol-İş Yayını, Denizli, 4-5-6 Kasım 2010, s.43

sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir”. hükmü ile sosyal güvenlik ve sağlık, asli ve anayasal bir devlet görevi haline gelmiştir. Bu çerçevede, 1961 yılında kabul edilen 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile katkı payları ve genel yönetim bütçe tahsisleri ile desteklenen, kısmen veya tamamen ücretsiz bir ulusal sağlık sistemi tasarlanmıştır. Sosyalleştirme yasasında, sağlıklı yaşam ve sağlık hizmeti herkese, her zaman ve her yerde verilmesi gereken, doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın yerine getirilmesi de temel bir devlet görevi olarak kabul edilmiştir. Sosyalleştirme yasası ile, tüm sağlık harcamalarının kamu kaynaklarından karşılanması, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu eliyle bütünlük içinde yürütülmesi ve tüm yurt düzeyine yayılması amaçlanmıştır.

Neoliberalleşme döneminde milat olarak kabul edilen 24 Ocak kararları ile sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu olma gereği törpülenerek, sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuş ve sosyalleştirme çalışmaları askıya alınmıştır. Böylece sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini, piyasanın arz ve talep kuralları içinde kişilerin ekonomik imkanları oranında yararlandığı hizmetler olarak ele alan politika, resmi politika haline gelmiştir.³⁴³ 12 Eylül 1980 darbesi sonrası çıkarılan 1982 Anayasası'nın 17. maddesinde herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı, anayasal bir hak olarak düzenlenmiştir. Sosyal haklar arasında düzenlenen sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı ile, Anayasa'nın 56. maddesinde herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğunu belirtilerek, devlete *“herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenleme”* görevi verilmiştir. Maddeden de anlaşılacağı gibi, korunmuş çevre koşullarında beden ve ruh sağlığı içinde hayatlarını sürdürmeleri bireyler için bir hak, bu hakkı sağlamak da devlet için bir ödevdir. Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, devlete sağlık hizmetlerini sunma, düzenleme ve destekleme görevleri yüklemektedir.³⁴⁴ Anayasa'nın bu maddesine göre devlet, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp, hizmet verme ve

³⁴³ Bağımsız Sosyal Bilimciler, **2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset, İktisat ve Toplum**, s.221-223; Akdur, “Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık”, s.50; Akdur, **Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği”nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu**”, s.34; Çobanoğlu, s.105

³⁴⁴ Yıldırım, s.122

düzenleme görevini, kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getirmektedir. Bu dönüşüm sonrasında, sağlık hizmeti sunumunda, özel sektöre bir alan açılmıştır.

Neoliberal bir yaklaşımla düzenlenen 1982 Anayasası'nda, sağlık hizmetleri devletin temel görevi olmaktan çıkarılarak, devlete düzenleme ve denetleme görevi verilmiştir. Ayrıca Anayasa'nın sosyal güvenlik hakkı başlıklı 60. maddesinde "*Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliğini sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar.*" hükmü ile devletin sosyal güvenlik hakkını garanti altına alma ödevi gevşetilerek, artık devlet sosyal güvenliğini sağlayacak gerekli tedbirleri almakla görevlendirilmiştir. Ayrıca Anayasa'nın 61. maddesinde, Devlete harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleriyle, malul ve gazilerin; özürülülerin; yaşlıların ve korunmaya muhtaç çocukların özel olarak korunması amacıyla gerekli teşkilat ve tesisleri kurma veya kurdurma görevini verilmiştir. 2010 yılında yapılan Anayasa değişikliği ile eşitlik ilkesini düzenleyen 10. maddeye yapılan ekleme ile çocuklar, yaşlılar, özürülüler, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için alınacak tedbirlerin eşitlik ilkesine aykırı sayılmayacağı ayrıca pekiştirilmiştir.³⁴⁵

Neoliberalleşmenin ülkemiz ekonomisini etkisi altına almasıyla birlikte, devletin kamusal ya da sosyal sağlık politikalarıyla sağladığı sağlık hakkı, ekonomi için bir yük olarak görülmeye başlanmıştır. 2003 yılından itibaren uygulamaya konan DB destekli neoliberal yaklaşımlı Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile ülkemizde sağlık hakkı iyice tahrip edilmiş, sağlık hakkının kapsamı ve niteliği daraltılmış ve esas olarak GSS ve özel sağlık sigortası primlerini düzenli olarak ödeyenlerin hak kazandığı yarı kamusal bir hizmete dönüşmüştür.³⁴⁶ Bu çerçevede, 2005 yılından itibaren, aile hekimliği modeline geçişle birlikte, daha önce genel bütçeden vergi gelirleriyle finanse edilen birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı artık, GSS'den sağlanmaya başlanmıştır. Ayrıca sağlık hizmetlerinden yararlanmak için GSS primi borcu olmaması kuralı ile, ekonomik

³⁴⁵ Kaboğlu, s.48

³⁴⁶ Ataay, F., "Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları", **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 41, Sayı: 3, s.169-184

dalgalamalar ve konjonktüre bağılı olarak, borçlu durumda olan veya primini ödeyemeyen tüm sigortalıların sağlık hakkı kısıtlanmıştır.³⁴⁷ Böylece daha önce sosyal güvenlik hizmetleri kapsamında sigortalılara verilen sağlık hizmeti GSS ile prim karşılığında verilen bir hizmete dönüşmüştür. Temel olarak, GSS ile sağlığın mali risklerinden devlet eliyle kolektif bir anlayışla korunma hakkı, özel sağlık sigortacılığı eliyle piyasacı ve bireysel bir yaklaşımla korunmaya dönüşmüştür. Devlet bir taraftan özel sağlık kurumlarını teşvik ederken, diğer taraftan AHM ve kurulacak olan kamu hastane birlikleri ile özertleştirilen ve özelleştirilen sağlık hizmetleri, en nihayetinde kamudan finanse edilen, piyasanın arz talep kanunu çerçevesinde sunulan yarı kamusal bir hizmete dönüştürülmek istenmektedir.

Tüm nüfusun ruhsal, sosyal ve fiziksel olarak tam bir iyilik halini sağlamak için hükümet kararlarıyla oluşturulan ve amacı doğrudan insan hayatı olan sağlık politikası, insanı mümkün olduğunca uzun ve sağlıklı yaşatmayı hedeflemelidir. Sağlık politikası ile sağlık hizmetlerini yeterli, eşit, kaliteli ve sürekli bir şekilde her bireye, her bölgeye ulaştırarak, birey ve toplumun sağlık düzeyini sürekli yükselterek ve gelecek nesillerin daha iyi şartlarda yaşamasını temin ederek, bireylerin sağlık hakkını garanti altına almak devletin temel görevlerindedir. Devlet bireylerin sağlık hakkını garanti altına alabilmek için asgari olarak, toplumu tüm sağlık risklerine karşı korumalı, sağlık hizmetlerini kullananların hakkını korumalı ve sağlığın ekonomik sonuçlarına karşı topluma mali koruma sağlamalıdır.

İkinci kuşak temel hak ve özgürlükler içinde ortaya çıkan sosyal haklar devletin katkısı olmadan kişilerin kendi başına yararlanamayacağı haklardandır. Bugün gelinen noktada sosyal haklar demokrasinin tanımsal bir unsuru olarak kabul edilmektedir.³⁴⁸ Bu çerçevede vazgeçilmez bir insan hakkı olan sağlık hakkı, sağlıklı yaşama hakkının yanı sıra, ulaşılabilir ve nitelikli bir sağlık hizmetinden ücretsiz ve eşit bir şekilde yararlanma hakkını da içinde barındırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan herkesin para, statü, mesafe veya başka herhangi bir engel olmaksızın, sağlık

³⁴⁷ Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset, İktisat ve Toplum, s. 251

³⁴⁸ Balkır, s. 1

hizmetine kolayca ulaşabilmesi ile sağlanabilir. Sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanma hakkı ise, bütün bireylerin sağlık hizmetlerinden herhangi bir engel olmaksızın gereksinimleri ölçüsünde yararlanabilmeleri, buna karşılık sağlık hizmetlerinin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmaları ile mümkün olmaktadır. Bir ülkede sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanma hakkı sağlanmaz ise, o ülkedeki sosyal kesimlerin sağlık göstergeleri arasında önemli ölçüde farklılıklar oluşur ve sağlık politikası istenen ölçüde başarı sağlayamaz.³⁴⁹ Bu yüzden, bir ülkenin vatandaşlarına sağladığı sağlık hakkının kapsamı ve içeriği ile toplumun genel sağlık düzeyi, bir anlamda hükümetin sağlık politikasındaki başarısını göstermektedir.

Sağlık hakkı insanın ana karnına düştüğü andan itibaren kazandığı vazgeçilmez bir sosyal haktr. Bu yüzden sağlık hakkı üzerinden kar ya da kazanç sağlanması sağlık hakkını tümüyle ortadan kaldırdığı için kesinlikle kabul edilemez bir anlayıştır. Bu çerçevede, toplumdaki her bireyin sağlık hakkının sağlanması, devletin kaçınmayacağı ya da devredemeyeceği Anayasal görevi ve sorumluluğudur. Anayasa'daki sosyal devlet ilkesi ile devlete herkese eşit, ücretsiz, hakkaniyete uygun ve ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunma yükümlülüğü verilmektedir. Bu yükümlülük hala yürürlükte olan 224 sayılı Sosyalleştirme Kanunu ile de pekiştirilmiştir.³⁵⁰

2 TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN NEOLİBERAL DÖNÜŞÜMÜ: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ

Türkiye'de 1980'lerde başlayan ve sağlık hizmetlerini neoliberalleştiren sağlık reform çalışmaları çerçevesinde oluşturulacak sistemin, beş ana bileşeni bulunmaktaydı. Bunlar desantralize bir sağlık sisteminin kurulması, birinci basamakta AHM'ye geçilmesi, hastanelerin işletmeleştirilmesi, sağlık insan gücü istihdamda merkeziyetçiliğin kaldırılması ve GSS sisteminin kurulmasıydı. Sağlıkta reform çalışmalarının temel amacı, sağlık

³⁴⁹ Akdur, Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyum”, s.137

³⁵⁰ Aksakoğlu, G., “Serbest Piyasa Ekonomisinin Sağlık Sistemine Etkileri” **Hastane Dergisi**, Sayı 67, Kasım- Aralık 2010 www.hastanedergisi.com/67/ (Erişim 29.03.2011)

sisteminin verimliliğini artırmak ve sağlık hizmeti sunumuna rekabet unsurunu sokmaktı.³⁵¹ Neoliberal politikaları uygulamaya dönük söz konusu sağlık reform çalışmaları, günümüzde “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) adıyla yeni bir ivme kazanmıştır. Bu çerçevede, sağlık sisteminde son yirmi yılın en hızlı neoliberal dönüşüm hareketine 59. Cumhuriyet Hükümeti döneminde SDP adı altında başlanmıştır.

58. ve 59. hükümet programlarına bağlı olarak hazırlanan acil eylem planında tanımlanan Kamu Yönetimi Reformu kapsamında, “Herkesin Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedeflere yer verilmiştir. Acil eylem planında bu hedefler;

- Sağlık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların GSS kapsamı altına alınması,
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- Sağlık alanında da e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi,

³⁵¹ SB. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Türkiye’de Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje**, Ankara, 2000, s.2-1

olarak tanımlanmıştır.

Hükümet programı ve acil eylem planında yer alan bu temel hedeflerden yola çıkılarak Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile birlikte, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Taslağını hazırlamıştır.³⁵² Sağlık Bakanlığı'nın 1 Temmuz 2003 tarihinde başlattığı ve 2003 aralık ayında kamuoyuna duyurduğu SDP, geçmişteki sağlık reform ve proje çalışmalarını değerlendirerek, geçilmesi düşünülen sağlık sistemini tasarlamak ve bu sisteme geçişi kolaylaştıracak gerekli değişiklikleri yapmak için planlanmıştır.³⁵³ SDP temelinde, kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaşması; mevcut sağlık sisteminin kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı ile kaynak, sağlık insan gücü ve araç-gereç yetersizliğinin olması; sağlık hizmetlerinin aşırı merkeziyetçi ve yetersiz yönetimi; sağlık finansmanının farklı kaynaklardan sağlanmasının ciddi adaletsizliklere yol açması; parçalanmış sağlık sisteminin, mevcut kaynakların etkili ve verimli kullanımını engellediği gerekçeleri ve tespitlerine dayanmaktadır.³⁵⁴

SDP, sağlık sektörünü bütün boyutları ile ele almak üzere şekillendirilmiş sekiz ana bileşen ve alt bileşenlerden oluşmaktadır. Her bileşen, diğer bileşenler ile ilişkilendirilmiş ve programın bütünlüğüne uygun hale getirilmeye çalışmıştır.

1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri,
 - Etkili, kademeli sevk zinciri,

³⁵² SB., Proje Destek Birimi, **Sağlıkta Dönüşüm Konsept Raporu**, s.2

³⁵³ Mollahaliloğlu, S. ve diğerleri, "Türkiye'de Sağlık Reformları Süreci" **Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007**, Mollahaliloğlu, S. ve diğerleri (Ed), SB, RSHMB, HMM Yayını, Ankara, 2007, s.268

³⁵⁴ SB. Proje Destek Birimi, **Sağlıkta Dönüşüm Konsept Raporu**, ss.5-68; Elbek ve Adaş, s.35

- İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
 5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
 6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
 7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
 - Ulusal İlaç Kurumu,
 - Tıbbi Cihaz Kurumu,
 8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

SDP'nin bileşenlerinin DB desteğinde hazırlanan Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü ile 1992 ve 1993 yıllarında yapılan Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri, Ulusal Sağlık Politikası dokümanı ve 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı hedefleri ile son derece uyumlu olduğu ve amaç bakımından herhangi bir yenilik getirmediği gözden kaçmamaktadır. Bu yüzden SDP'nin daha önceki reform çalışmaları gibi, DB destekli bir çalışma olduğu açıkça ortadadır. Ayrıca bu bileşenlerin DB'nin sağlık sistemi için önerdiği desantralizasyon, fiyatlandırma ve özelleştirme araçları ile de tam olarak örtüştüğü görülmektedir.

Temmuz 2007 seçimlerinden sonra kurulan 60. Cumhuriyet Hükümetinde de herhangi bir sapma olmaksızın devam eden SDP'nin önerdiği temel sağlık politikaları aşağıda özetlenmiştir. Buna göre:³⁵⁵

- Devlet sağlık hizmetlerini özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirecektir.
- Sağlık hizmetleri alanı özel sektöre ve gönüllü kuruluşlara açık olacaktır.

³⁵⁵ Bağımsız Sosyal Bilimciler, **2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset, İktisat ve Toplum**, ss. 226-227

- Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkarılarak, politika yapıcı, denetleyici ve standart koyucu bir rol üstlenecek şekilde yeniden organize edilecek yani, Sağlık Bakanlığı kürek çekmeyi bırakıp, dümenin başına oturarak, sadece gözetim ve yönetim görevini üstlenecektir.
- Aile hekimliği modeli uygulamaya konulacaktır.
- Yerel yönetimler bölgelerindeki sağlık profillerini de dikkate alarak kısa, orta ve uzun vadeli yatırım programlarını belirleyecektir.
- Hemşirelik ve sağlık teknisyenliği okulları vakıflar ve özel sektör tarafından açılabilir.
- Genel sağlık sigortası sistemine geçilecektir.

SDP'nin özünde insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet ilkeleri bulunmaktadır. Bu ilkelere bakıldığında, SDP'nin neoliberal politikaların temelini oluşturan bireyselleştirme, serbest piyasa, özelleştirme ve desantralizasyon yaklaşımları ile de paralellik gösterdiği açıkça anlaşılmaktadır.

SDP'nin ana eksenini ve sağlık sisteminin neoliberal dönüşümü tezimizin temel dayanaklarını oluşturan düzenlemelerin başlıcaları; birinci basamak sağlık hizmetinde sağlık ocaklarının kaldırılarak AHM'ye geçilmesi, sağlık hizmeti sunumu ve finansmanını birbirinden ayırarak, sağlık hizmetinden yararlanmayı prim ödeme şartına bağlayan bir GSS ve desantralizasyon adı altında kamu hastanelerini idari ve mali özerkliğe sahip birer işletmeye dönüştüren kamu hastaneleri birliklerinin kurulmasıdır. SDP'nin bu düzenlemeleri, gerek sağlık hizmetlerinin ve finansmanının kurumsal yapılanmasını gerekse, kurumların fonksiyonlarını radikal bir biçimde değiştirmektedir. SDP ile ilk olarak, Sağlık Bakanlığı'nın kurumsal yapısı değiştirilerek, Sağlık Bakanlığı politika yapıcı, denetleyici ve standart koyucu bir kuruma dönüştürülecektir. Bu çerçevede, AHM ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu, aile hekimlerine ve toplum sağlığı

merkezlerine, finansmanı ise, GSS'ye bırakılacaktır. Ayrıca bakanlığa bağlı olarak hizmet veren kamu hastaneleri, kamu hastane birlikleri adı altında desantralize, idari ve mali açıdan özerk sağlık kurumlarına dönüştürülecektir. İkinci olarak, GSS ile sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılarak, sosyal güvenlik kurumları SGK adı altında birleştirilmiştir. Bu çerçevede, yeni kurulan GSS sistemi ise, sağlık hizmetinin sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın alınması temelinde kurumsallaştırılmıştır. Üçüncü olarak, AHM ile bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile çevreye yönelik sağlık hizmetleri birbirinden ayrılarak, bireye yönelik hizmetler tedavi edici sağlık hizmetlerini önceleyen bir yapıda aile hekimlerine, çevreye yönelik hizmetler ise, toplum sağlığı merkezlerine bırakılacaktır. Yani AHM ile, aşağıda ayrıntılı olarak anlatılacak olan topluma yönelik, entegre sağlık hizmeti ilkesi terk edilecektir.³⁵⁶ SDP'nin en çok eleştirilen yönü, sağlık hizmetlerinde kamunun ağırlığının azalması, özel sektöre ve bireysel sorumluluğa artan bir önem vermesi, sağlık hizmetlerine rekabet ve sözleşme gibi piyasa araçlarını sokması ile kendini gösteren neoliberal eğilimlerdir.³⁵⁷ Bu proje kapsamında 2003 yılından günümüze SDP'nin önemli bir kısmı tamamlanmıştır. SDP çerçevesinde kronolojik sırayla şunlar gerçekleştirilmiştir:³⁵⁸

2003 yılında devlet memuru ve emekli sandığı mensupları için sevksiz özel hastanelere başvuru imkanı getirilerek, özel sektör teşvik edilmiş, sözleşmeli sağlık personeli istihdamına geçilmiş ve sağlık çalışanları için performansa dayalı ek ödeme sistemi getirilmiştir.

2005 yılında kurumsal kriterler ve kalite kriterleri performansa dayalı ek ödeme sistemine eklenmiş, birinci basamak sağlık hizmetlerinde AHM uygulamaya sokulmuş, üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığı'na ait hastaneler hariç, SSK, bazı bakanlıklar ve belediyeler, Devlet Demiryolları ve PTT hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

2006 yılında tüm sosyal güvenlik kurumları SGK çatısı altında birleştirilmiştir.

³⁵⁶ Ataay, **Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Türkiye'de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler**, s.88; Elbek ve Adaş, s.35

³⁵⁷ Yenimahalleli, **Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi**, s.101

³⁵⁸ OECD, WB, s.37

2007’de tüm kamu sigortalılarının sevksiz üniversite ve özel hastanelere erişimi sağlanmış ve tıp merkezlerinden de sağlık hizmeti satın alınmaya başlanmıştır.

2008 yılında 5510 sayılı SSGSS Kanunu yürürlüğe girmiştir.

2010 yılında 5497 sayılı “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” kabul edilerek hekimlerin tam gün çalışmasına dair yasal zemin hazırlanmıştır. 2010 yılı sonunda tüm illerde Aile Hekimliğine geçiş süreci tamamlanmıştır.

1980 sonrasında DB gibi örgütlerin diğer az gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de SDP adıyla uygulanan sağlık sektörü reform çalışmalarına önemli ölçüde yön verdiği görülmektedir. DB’nin Türkiye’ye dönük sağlık politikası 2003 yılında yayınlanan “Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency” adlı raporda ayrıntılarıyla yer almaktadır. Ülkemizde uygulamaya konan SDP bu rapordan hareketle oluşturulmuştur. Bu raporla önerilen ve Tablo 20’de yer alan sağlık reform projesi, ülkemizdeki sağlık sisteminin hem kurumsal yapılanmasını, hem de kurumların işlevlerini köklü bir biçimde değiştirmeyi hedeflemektedir. Buna göre, sağlık reform projesinin evrensel sosyal sağlık sigortası başlığı sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması ve sosyal güvenlik kuruluşlarının tek çatı altında birleştirilerek zorunlu sosyal sağlık sigortası kurulmasını içermektedir. Sağlık reform projesinin hastane özerkliği ve yeniden yapılandırması başlığı altında, tüm Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerini kendi yapılarından ayırarak, yarı yasal bir organizasyon altında birleştirilmesi ve bu hastanelere idari ve mali özerklik verilmesi yer almaktadır. Sağlık reform projesinin birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi başlığı ise, birinci basamak sağlık hizmetlerinin AHM altında yeniden yapılandırılmasını ele almaktadır.

Tablo 20.**Sağlık Reformu İçin Kısa ve Orta Vadeli Anahtar Önlemler**

Hedefler ve programlar	Faz I 3-5 yıl	Faz II I. Fazdan Sonra 3-5 Yıl
Evrensel Sosyal Sağlık Sigortası	-Sosyal sağlık sigortasının yasal temellerinin kurulması	-Zorunlu sosyal sağlık sigortasının tanıtılması ve mevcut tüm sağlık sigortalarının birleştirilmesi
	-Kapsanan hizmetlerinin kapsamının sonuçlandırılması,	
	-Kapsanan hizmetlerinin birim maliyetlerinin hesaplanması	-Sağlık fonunun bölgesel şube ofislerinin kurulması
	-Bölgeler arası yeniden tahsis için gelir profiline, nüfus demografisine ve sağlık ihtiyaçlarına dayanan eşitlikçi bir formülasyonun kurulması	-Hasta ve sağlık hizmeti sunucularının şikayetlerini de içeren bir şikayet çözüm sisteminin kurulması
	-Sağlık sigortası yönetimiyle ilgili tüm konular üzerinde personelin eğitilmesi	
	-Tüm sağlık hizmeti sunucuları ve sigortacıları için birleşik bir veri tabanı kurulması	-Evrensel sağlık sigortası sisteminin işleyişinin özellikle finansman ve sağlık hizmetinin yıllık değerlendirilmesi
Hastane Özerkliği ve Yeniden Yapılandırması	-Hastane özerkliğinin yasal temellerinin kurulması	-Aşamalı bir şekilde hastanelere verilecek özerkliğin büyük şehirlerdeki hastanelerden başlanarak verilmesi,
	-Tüm SB hastanelerini ve tüm SSK hastanelerini kendi yapılarından ayırarak, yarı yasal bir organizasyon altında birleştirilmesi için yasal temellerinin kurulması	-Sonuçlara ve deneyimlere dayanan hesap verebilirlik ve yönetimi için standartların düzeltilmesi
	-Özerk kamu sağlık tesislerinin hesap verebilirliği ve iyi yönetimi için ölçülebilir standartların koyulması	-Temel göstergelerin periyodik olarak gözden geçirilmesi ve karşılaştırılması
	-Bu iki hastane organizasyonun yukarıdaki gibi oluşturulması ve iki hastane organizasyonuna idari ve mali özerklik verilmesi	
	-Özerklikten faydalanmaları takip etmek için temel performans göstergelerinin oluşturulması	
Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi	-Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birleştirildiği sürekli sağlık hizmetinin ve entegre sağlık hizmetinin pekiştirilmesi	-Seçilen bölgelerde pilot aile hekimliği uygulamasına başlanması
	-Aile hekimliğinin akreditasyonu ve eğitimi için protokollerin yapılması	

Kaynak: World Bank, **Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency, (in Two Volumes)** Volume 1: Main Report, March 2003, p.73-76

SDP'nin sağlık hizmeti sunumu ve kullanımını etkileyen bileşenlerinin teker teker uygulamaya konmasıyla kamuda çalışan sağlık insan gücünün çalışma ilişkileri, istihdam

biçimleri ve ücretlendirme yöntemleri değişmeye devam etmektedir. Tezin bu bölümünde SDP'nin uygulamaya geçen ve uygulanması planlanan bileşenlerinden GSS ve AHM, idari ve mali açıdan özerk kamu hastane işletmeleri ve performans dayalı ödeme yöntemi ana hatlarıyla eleştirel olarak ele alınacak ve SDP'nin ortaya çıkardığı hak kayıpları ile sağlık insan gücünün çalışma biçimi ve koşulları üzerindeki etkileri tartışılacaktır.

2.1 Aile Hekimliği Türkiye Modeli

Aile hekimliği esas olarak, diğer tıp disiplinleri gibi kendine özgü bir eğitimi, uygulaması ve araştırma konuları bulunan, dahili tıp bilimleri içinde değerlendirilen ve çocuk, genç ve yaşlı tüm bireylere hem koruyucu, hem de tedavi edici sağlık hizmetlerini birlikte sunan bir tıp uzmanlık dalıdır. Tıp fakültesinde temel tıp eğitimi alındıktan sonra, bu dalda eğitim görmüş hekime bazı ülkelerde aile hekimi, bazı ülkelerde ise, genel pratisyen denilmektedir. Aile hekimleri hastalarında yaş, cinsiyet, organ ya da sistem ayırımı yapmaksızın tüm hastalara hizmet vermektedir.³⁵⁹ Aile hekimliğinin eğitim süresi ve şekli ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, İngiltere'de aile hekimliği eğitimi 2 yıllık hastane eğitimi ve 1 yıl saha eğitimi olmak üzere 3 yıl, Norveç'te, 1 yıl hastanede 4 yıl birinci basamakta geçmek üzere 5 yıl, Küba'da temel tıp eğitiminden sonra bir aile hekiminin yanında iki yıl, Türkiye'de ise, 3 yıl sürmektedir.³⁶⁰

Aile hekimliğinin hizmet içeriği, aile hekiminin özellikleri ve sağlıktaki rolleri ülkelerindeki politik yapı, sağlık finansman modelleri ve sağlık hizmet sunumundaki farklılıklar ya da benzerlikler ölçüsünde benzeşmekte ya da farklılaşmaktadır.³⁶¹ Örneğin İsrail'de birinci basamak sağlık hizmetleri kırsalda bir aile hekimi ve hemşire tarafından verilirken, kentsel yerleşim yerlerinde, her 2.000–3.000 kişiye sağlık merkezlerinde daha kalabalık bir ekip tarafından yürütülmektedir. Norveç'te birinci basamak sağlık hizmetleri

³⁵⁹ Oğuz, D., "Aile Hekimliği", *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, Türk Gastroenteroloji Vakfı Yayını, 13/1 Mart 2009, s.9-10

³⁶⁰ Pehlivan, H., "Düzce'de Aile Hekimliği Profili" *Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir?*, Eskiocak, M. (Ed), Atölye Çalışması 3. Grup Raporu, TTB Halk Sağlığı Kolu, Ankara, 13-14 Ocak 2007, s.61

³⁶¹ TTB, *Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara, Haziran 2007, s.44

sağlık merkezleri tarafından verilmekte ve 1.500–2.500 kişiye bir aile hekimi düşmektedir. Portekiz’de birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından ekip hizmeti çerçevesinde yürütülmekte ve ortalama 1.500 kişiye bir aile hekimi düşmektedir. Küba’da aile hekimi ve hemşireden oluşan bir ekip, 800 kişiyi izlemekle yükümlüdür.³⁶² Hollanda’da, bir genel pratisyene düşen nüfus sayısı ortalama 2.300 iken, Danimarka’da her aile hekimi ortalama 1.600 hastanın sürekli sağlık bakımından ve takibinden sorumludur. İngiltere’de ise, her bir genel pratisyene ortalama 1.800 kayıtlı nüfus düşmektedir.³⁶³ Ülkemizde ise, yeni açılan bir aile hekimliği merkezine yaklaşık 3.000–3.500 arası nüfus verilmektedir. Diğer ülkelerle kıyaslandığında oldukça yüksek olan bu sayı aile hekiminin ve aile sağlığı elemanının iş yükünü artıracığından koruyucu sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini olumsuz yönde etkileyeceği gayet açıktır.

Aile hekimlerinin ücretlendirme sistemleri de ülkelerindeki politik yapı, sağlık finansman sistemleri ve sağlık hizmet sunumundaki farklılıklara göre değişiklik göstermektedir. Örneğin Hollanda’da genel pratisyen kendisine kayıtlı sigortalıların sigortasından aldığı kişi başına ücret ile birlikte sınırlı sayıda hizmet başı ücret almaktadır. İngiltere’de, aile hekimliği hizmetleri genel bütçeden vergi gelirleri ile finanse edildiği için hastaların aile hekimlerine herhangi bir ücret ödemesi söz konusu değildir. İngiltere’de genel pratisyenler ücretlerinin yarısından fazlasını kayıtlı kişi başına ödeme şeklinde, kalanını ise, hizmet başına ödeme şeklinde almaktadır. Portekiz’de, aile hekimleri sabit maaş karşılığında çalışmaktadır.³⁶⁴

1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunla birinci basamak sağlık hizmetleri dar bölge çok yönlü hizmet ilkesine göre bütünleştirilmiş ve sağlık hizmetlerinin sağlık ocaklarında tek elden yürütülmesi ve yurda yayılması öngörülmüştür. Ancak sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinin uygulama ilkelerinde yapılan sapmalar ve yönetim kusurları sonucunda sağlık hizmetlerinin

³⁶² Pehlivan, s.61

³⁶³ SB., **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Aydın, S. (Ed), Ankara 2004, s.20-23

³⁶⁴ Kılıç, “Sağlık Sistemlerinde Finansman ve Ödeme Biçimleri (ABD ve Almanya Örnekleri)” s.13 ; SB., **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, ss.20-23

sunulmasında ciddi sorunlar ortaya çıkmıştır. Sosyalleştirme kanunu çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinin verileceği sağlık ocağı sistemi, olması gereken şekilde ve düzeyde gelişmemiştir. Birinci basamak sağlık hizmeti vermek üzere planlanmış olan sağlık ocakları malzeme ve personel eksikliği gibi nedenlerle verimli çalışmamış; entegre hizmet anlayışı gelişmemiş; sağlık ocağı hizmetleri ücretli duruma getirilmiş; sevk zinciri işletilememiş; sağlık ocaklarının ülke geneline yayılması geciktirilmiş ve aşılama, aile planlaması, dengeli ve sağlıklı beslenme eğitimi gibi koruyucu hizmetlerde ulaşılması gereken hedeflerin gerisinde kalmıştır.³⁶⁵ Bu gerekçelerle, sosyalleştirme kanununun aksayan yönlerini düzeltmek yerine, 2003 yılında başlatılan SDP'nin yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi başlığı atındaki güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve etkili, kademeli sevk zinciri ile Türkiye'ye özgü bir aile hekimliği sistemi temel alınmıştır. Bu çerçevede birinci basamak sağlık hizmetlerini bambaşka bir anlayışla ele alan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile "Aile Hekimliği Modeli" 2005 yılında Düzce'de uygulamaya geçirilmiş ve 2011 kadar tüm yurttan aile hekimliğine geçilmesi planlanmaktadır. AHM sağlık ocağı temelli, kamu finansmanı çerçevesinde, topluma dönük ve bütüncül bir birinci basamak sağlık hizmeti anlayışını ortadan kaldırarak, muayenehane temelli, fiyatlandırmaya dayalı, kar amaçlı ve bireyi temel alan bir yaklaşımı egemen kılmayı öngörmektedir.³⁶⁶ Bu modelle ihtiyaç duyulan aile hekimleri mevcut aile hekimi uzmanlarından ve Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimden geçerek sertifika almış pratisyen hekim ve uzman hekimlerden oluşacaktır. Fakat Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimlerinin aile hekimliği uzmanlık eğitimine eşdeğer olup olamayacağı tartışma konusudur. Bu tartışmada, aile hekimliğinin diğer tıp dalları gibi, temel tıp eğitiminin üzerine ayrıca uzmanlık eğitimi gerektirmesi nedeniyle, temel tıp eğitiminin birinci basamak hekimliği açısından yeterli olmadığı görüşü hakimdir. Bu yüzden, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimlerle aile hekimi özelliklerini taşımayan pratisyen hekimlerinin aile hekimine dönüştürme çabası, baştan bu modelin en temel

³⁶⁵ TTB, **Genel Sağlık Sigortası Türk Tabipleri Birliği Görüşleri**, İkinci Baskı, Ankara, Nisan 2005, s.9; Öztekin, Z., "Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği", **Toplum Hekimliği Bülteni**, Cilt 25, Sayı 2, Mayıs 2006, s.1; Pala, **Türkiye için Nasıl Bir Sağlık Reformu?**, s.10; SB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Türkiye'de Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje**, s.1-6; HASUDER, ss.4-6

³⁶⁶ Ataay, **Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Türkiye'de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler**, s.89

sorunudur.³⁶⁷ Aile hekimi ile birlikte hizmet verecek olan aile sağlığı elemanı ise, Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitiminden geçerek sertifika almış ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni ve toplum sağlığı teknisyenlerinden oluşmaktadır. Aile sağlığı elemanı ile sağlık personellerinin lisans ya da lise eğitimi sonucu edindikleri unvanlarının ortadan kaldırıldığı, böylece hekim dışı sağlık insan gücünün değersizleştirildiği ve bu mesleklerin ortadan kaldırıldığı yönünde eleştiriler yapılmaktadır.³⁶⁸ Kamu görevlisi olan, serbest çalışan ve kamu görevlisi olmayan sağlık çalışanlarından oluşacak aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, tam gün esasına göre çalışacak ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ve diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın sözleşmeli olarak, öncelikle gönüllü, yeterli gönüllü çıkmaz ise, görevlendirme ile istihdam edilecektir. Böylece aile sağlığı elemanları kamu görevlisi statüsünden, aile hekimiyle bireysel iş akdi temelinde istihdam edilen ve kamu görevliliğinin sağladığı güvenceleri büyük ölçüde yitirmiş bir statüye sokulmaktadır.³⁶⁹

Sosyalleştirme kanunu çerçevesinde, sağlık ocaklarında bireye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri dar bölgede çok yönlü hizmet ilkesine göre bütünleştirilmiş bir şekilde sunulmakta iken, AHM'de bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve ayaktan tedavi edici hizmetler aile hekimleri tarafından, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise, toplum sağlığı merkezleri tarafından sunulacaktır. Bu durum, koruyucu sağlık hizmetlerindeki bütüncül bakış açısının öneminin kaybolmasına yol açacaktır. Sağlık ocaklarında hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laborant gibi çalışanlardan oluşan ve bir ekip hizmeti olarak verilen koruyucu sağlık hizmetleri, AHM'de 1.000 ila 4.000 arası nüfusa, birey odaklı, rekabet ilkesine dayalı olarak, bir aile hekimi ile bir aile sağlığı elemanı tarafından sunulacaktır. Bu durum özellikle gezici sağlık hizmetlerinin ve bağışıklama hizmetlerinin aksamasına neden olacaktır.

AHM'nin finansmanı GSS'den karşılanacaktır. Ancak koruyucu sağlık hizmetleri 5510 sayılı SSGSS'nin 67. maddesinde sayılan, son bir yıl içinde toplam 30 gün GSS prim

³⁶⁷ Oğuz, s.9-10

³⁶⁸ Pala, **Türkiye için Nasıl Bir Sağlık Reformu?**, s.18

³⁶⁹ Ataay, "Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları", s.169-184

ödeme gün sayısının olması ve sigortalının başvuru tarihi itibarıyla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması gibi koşullardan hariç tutulmuştur. Ayrıca, 5258 sayılı Pilot Kanununun 5. maddesinde aile hekimliği hizmetlerinin ücretsiz olduğu ve 5510 sayılı SSGSS'nin 69/c maddesinde aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmayacağı belirtilmesine rağmen, SGK'nın yayınladığı SUT'a göre, birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği hizmetlerinden 2-TL katılım payı alınacaktır. Bu durum herkesin ulaşılabilir ve nitelikli bir sağlık hizmetinden eşit bir şekilde yararlanma hakkını ortadan kaldırmakta, sağlık hizmetinden faydalanmayı prim ve katkı payı ödeme şartına bağlamaktadır.

SDP'de, etkili bir sevk sisteminin hastanelerdeki gereksiz yığılmayı azaltarak hem tedavi hizmetlerinde kalite artışına hizmet edeceğini, hem de sağlık harcamalarındaki israfı azaltacağını belirtmektedir. Ayrıca 5510 sayılı SSGSS'nin 70. maddesinde SGK tarafından sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sevk zinciri kurallarına uygun hareket etmeleri zorunlu tutulmasına rağmen, 15.6.2007 tarihinde yürürlüğe giren SUT ile 2007 genel seçimleri öncesinde politik kaygılarla sevk zinciri ortadan kaldırılmıştır. Bu durum hükümetin yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi oluşturmak için öngördüğü etkili, kademeli sevk zincirini hayata geçirmeye ne kadar niyetli olduğunu ve bu uygulamaya ne kadar sadık kalacağını açıkça göstermektedir. Sevk sisteminin işletilmemesi, başta sağlık harcamalarında önemli ölçüde artışlara yol açacağı gibi, yine hastanelerde yığılmalara neden olacağı oldukça açıktır.

AHM'de vatandaşların hekim seçme özgürlüğü de bulunmaktadır. Ancak, hekim seçme özgürlüğü karşısında hekimin de hasta seçme özgürlüğü bulunmaktadır. Hekimlerin yaşlı, bebek, kronik hastalığı olan problemlili hastaları kayıtlarına almak istememeleri karşısında Sağlık Bakanlığı hekimini değiştirmek isteyen kişilerin il sağlık müdürlüğüne

veya toplum sağlığı merkezine başvurmalarını ve hekim değişikliklerinin bu makamlar aracılığı ile yapılmasını kararlaştırmıştır.³⁷⁰

SDP'nin temel hedeflerinden biri olan AHM birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin neoliberal bir yaklaşımla özelleştirilmesini temel almaktadır.³⁷¹ Bu çerçevede aile hekimi kirasını kendi ödediği muayenehanesinde, işvereni olduğu aile sağlığı elemanı ile birlikte sunduğu sağlık hizmetini, yapacağı bir yıllık sözleşmelerle yürütecektir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin rekabete dayalı olarak yürütüldüğu bu modelde, muayenehane hekimliği ve hekimin işletmecilik becerisi ön plana çıkarılmaktadır.

AHM'de aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının aylık ödemeleri, bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi; aile sağlığı merkezi giderleri; tetkik ve sarf malzemesi giderleri; kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları; gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurlar gibi kriterleri esas alan kişi başına ödeme yöntemi ile belirlenecektir. Ancak Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması veya hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde, bu ödeme tutarından brüt ücretin %20'sine kadar kesinti yapılabilecektir. Ancak performansa dayalı ödeme sistemlerinden olan kişi başına ödeme biçiminin, sorunlu hastaları kabul edilmemesi, gereğinden daha az hizmet verilmesine ve motivasyonun düşmesine yol açması, riskli kişilerin hizmete ulaşamaması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az sunulması gibi dezavantajları bulunmaktadır.³⁷²

Ülkemizde uygulamaya geçirilen AHM'nin bazı Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinden esinlenerek, uygulandığı anlaşılmaktadır. Her sağlık sisteminin ülkelerin kendi tarihi, kültürel, ekonomik, siyasi ve hukuki yapısına bağlı olarak şekillendiği göz önünde

³⁷⁰ HASUDER, s.15; Öztekin, Z., "Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği", **Hacettepe Tıp Dergisi**, 40, 2009, s.10-11

³⁷¹ TTB, **Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım**, s.44; Eskiocak, M. ve diğerleri, **Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir?**, Eskiocak, M. (Ed), Atölye Çalışması 3. Grup Raporu, TTB Halk Sağlığı Kolu, Ankara, 13-14 Ocak 2007, s.14

³⁷² Çelik, Y., "Sağlık Çalışanlarının Ücretlendirmesinde Kullanılan Mevcut Ödeme Yöntemleri ve Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemlerinin Önemi", **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği**, Ateş, H., Kırılmaz, H., Aydın, S. (Ed), Asil Yayınları, Ankara, 2007, s.184-185; Kılıç, "Sağlık Sistemlerinde Finansman ve Ödeme Biçimleri (ABD ve Almanya Örnekleri)" s.13

bulundurulursa bu ülkeler tarihi, kültürel, ekonomik, siyasi, hukuki ve coğrafi yönden Türkiye’den çok farklıdır. Bu yüzden bu ülkelerde başarılı bir şekilde uygulanan bir modelin ülkemizde de aynı başarıyı göstereceğini söylemek şüphelidir.

2.1.1 Aile Hekimliği Modeli Tartışmaları

2010 Aralık ayı itibariyle, tüm yurttan uygulanmaya başlayan ve birinci basamak sağlık hizmetlerini neoliberal yaklaşımlar çerçevesinde yeniden şekillendiren AHM ile aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları sözleşmeli esnek istihdam, düzensiz çalışma süreleri, iş yükünün artması ve iş güvencesiz çalışma gibi olumsuz durumlar ve hak kayıplarıyla karşı karşıya kalmışlardır.³⁷³ AHM ile ilgili tartışma, tez konusu ile bütünlüğün sağlanması açısından, sağlık insan gücü çerçevesinde yapılacaktır.

SDP’de sağlık insan gücünün istihdam biçimi, iş güvencesinden arındırılmış sözleşmeli istihdam olarak öngörülmektedir. Bu çerçevede, SDP ile 2005 yılından itibaren uygulamaya konan AHM’de kamu görevlisi ve serbest çalışan hekimlerden oluşan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, tam gün esasına göre sözleşmeli olarak istihdam edilmektedir. 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’un 3. maddesine göre, kamu görevlisi olan, serbest çalışan ve kamu görevlisi olmayan sağlık çalışanlarından oluşan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, tam gün esasına göre çalışan ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ve diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın sözleşmeli olarak, öncelikle gönüllü, yeterli gönüllü çıkmaz ise, görevlendirme ile istihdam edilmektedir. Aile hekimlerinin sözleşmeleri Sağlık Bakanlığı adına vali veya görevlendireceği merciyle (genelde il sağlık müdürlüğü) imzalanmaktadır. Sözleşmeler, bir yıl için geçerli olup, yenilenirken, listedeki kayıtlı hasta sayıları ve diğer performans kriterleri ayrıca dikkate alınmaktadır. Böylece aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları devlet memurluğu statüsü ve sağladığı güvenceleri büyük ölçüde yitirerek, sözleşmeli statüye sokulmuştur. AHM’de çalışan personelin devlet memurluğu statüsünü yitirmesinin en önemli sonucu ise, iş

³⁷³ Gül, S., S. ve Ergun, A., D., “Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği: Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar” **II. Sosyal Haklar Sempozyumu Bildiriler**, Petrol-İş Yayını, Denizli, 4-5-6 Kasım 2010, s.317

güvencesinin tehlikeye girmesi ve gelecek belirsizlidir. Bu çerçevede, aile hekimine kayıtlı kişi sayısının aralıksız iki aydan fazla süreyle bin kişinin altına düşmesi halinde, aile hekimi ve aile sağlığı elemanının sözleşmesi, vali tarafından herhangi bir ihbar veya ikaza gerek duyulmadan sona erdirilmektedir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 12. maddesinde Sağlık Bakanlığı, ilgili ve bağlı kuruluş kadrolarında memur ve sözleşmeli statüsünde görev yapan aile hekimi veya aile sağlığı elemanının sözleşmesinin herhangi bir nedenle sona ermesi halinde kadro veya personel dağılım cetveli fazlalığına bakılmaksızın ücretsiz izne ayrıldığı görevine geri dönmesi öngörülmektedir. Ancak sözleşmesi sona eren "memur statüsünde" görev yapan personel daha önceki kadrosunun bulunduğu birimin aile hekimliği uygulaması nedeniyle kaldırılması halinde, bu birimin aktarıldığı toplum sağlığı merkezine atanırken, aynı durumdaki "4/B sözleşmeli personelin" ne olacağı belirsizdir. Bu durumdaki sözleşmeli personel ile kadro ihtiyacı kalmadığı için tekrar sözleşme imzalanmayacak ve 4/B sözleşmeli personel işsiz kalacaktır. Sonuç olarak, AHM'de aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının iş güvencesi hakkı olmadığı gibi, sözleşmesinin herhangi bir nedenle sona ermesi halinde çalışma hakkı da elinden alınmaktadır.

AHM'de aile sağlığı merkezlerinde bir aile hekimi bir aile sağlığı elemanı görev yapmaktadır. Aile hekimliği uygulaması hekim merkezli bir uygulama olduğu için, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim, ebe, hemşire, sağlık memuru, şoför, vb. meslek gruplarından oluşan ekip anlayışını ortadan kaldırmaktadır. Bu modelde, aile hekimi ile aile sağlığı elemanı ekip anlayışı içinde çalışmakta ve aile sağlığı elemanını, birlikte çalıştığı aile hekiminin yönlendirmesi ve denetimine tabidir. Ayrıca AHM'de aile sağlığı merkezleri, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere, ilgili mülki idare amirleri ve yerel sağlık idare amirleri veya bunların görevlendireceği personelin denetimine tabidir. Bu çerçevede, aile hekimi kirasını kendi ödediği muayenehanesinde, işvereni olduğu aile sağlığı elemanı ile birlikte sunduğu bireye yönelik sağlık hizmetini, Sağlık Bakanlığı, ilgili mülki idare amirleri ve yerel sağlık idarelerinin denetiminde sözleşmeli olarak yürütmektedir.

Hekim seçme hakkı tanıyan bu sistemde, aile hekimleri bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri rekabete dayalı olarak yürütülmekte ve aile hekiminin muayenehane hekimliği ve işletmecilik becerisi ön plana çıkarılmaktadır. Çünkü aile hekimlerinin ücretlendirmesi performansa dayalı ödeme yöntemlerinden kişi başı ödeme yöntemidir. Bu nedenle, aile hekimleri arasındaki “rekabet” ve “müşteri ne derse haklıdır felsefesi”, aile hekimlerinin kendisine kayıtlı olan kişilerin her türlü isteğini yerine getirilmesi gibi etik dışı sorunlara yol açacaktır.

AHM'nin en büyük sorunlarından biri de, istihdam edilen aile hekimlerinin niteliği sorunudur. AHM'de ihtiyaç duyulan aile hekimleri, aile hekimi uzmanlarından ve Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü aile hekimliği eğitimini almış pratisyen hekim ve uzman hekimlerden oluşmaktadır. Temel tıp eğitiminden sonra, ilave bir uzmanlık eğitimi gerektiren aile hekimliği bilim dalının eğitim süreci; İngiltere'de 2 yıllık hastane eğitimi ve 1 yıl saha eğitimi olmak üzere 3 yıl, Norveç'te, 1 yılı hastanede 4 yılı birinci basamakta geçirilmek üzere 5 yıl, Küba'da bir aile hekiminin yanında 2 yıl, Türkiye'de ise, 3 yıl sürmektedir. Ancak tıp eğitimi sonrasında bir uzmanlık eğitimi gerektiren aile hekimliğinin bir sertifika programı ile yaptırılması, hem aile hekimlerinin nitelikleri, hem de aile hekimliği uzmanlarının hak kaybı ile ilgili tartışmalara yol açmıştır. Bu model içerisinde sertifikalı aile hekimliği uygulaması ile, Tıpta Uzmanlık Sınavı'ndan geçerek, 3 yıl uzmanlık eğitimi alan aile hekimlerinin hakları gasp edilmekte ve aile hekimliğinin gerektirdiği niteliklere sahip olmadan hekimlerden kişi başı ücret karşılığında, rekabet ortamında aile hekimliği hizmeti vermesi istenmektedir. AHM'nin bu yaklaşımı daha baştan hem hak gaspı, hem de niteliksel sorunlar ortaya çıkardığı için, etik sorunları beraberinde getirmektedir. Baştan anomalili doğan bu modelin, bu haliyle yaşaması mümkün gözükmemektedir.

AHM'de hizmet veren ekibin diğer üyesi, aile hekimi ile birlikte hizmet verecek olan aile sağlığı elemanları ise, Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitiminden geçerek sertifika almış ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni ve toplum sağlığı teknisyenlerinden oluşmaktadır. Bu hali ile ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni ve toplum sağlığı teknisyeni

unvanlı sağlık personelinin lisans ya da lise eğitimi sonucu edindikleri unvanları ortadan kaldırıarak, hekim dışı sağlık insan g¼c¼ değersizleştirilmiştir. AHM’de sadece temel tıp eğitimi almış olan pratisyen hekimlere aile hekimi unvanı verilerek y¼celtirken, hekim dışı sağlık insan g¼c¼ne aile sağlığı elemanı unvanı verilerek değersizleştirilmiş, kimliksizleştirilmiş ve mesleki bağımsızlıkları yok edilmiştir.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca alıştırılan Personele Yapılacak demeler ve Sözleşme şartları Hakkında Yönetmeliğe göre, aile hekimi birlikte çalıştığı aile sağlığı elemanını yönlendirme ve denetleme yetkisine sahiptir. Aile hekimi, aile sağlığı elemanının görev tanımında belirtilen işleri yapmaması veya eksik yapması, meslek ilkelerine aykırı davranması, çalışma huzurunu bozucu davranışlarda bulunması, kılık-kıyafet ve mesai saatlerine uyum göstermemesi gibi durumlarda sözleşmeyi sona erdirmek üzere il sağlık m¼d¼rl¼ę¼ne teklifte bulunma yetkisine sahiptir. Aile hekiminin aile sağlığı elemanının sözleşmesinin sonlandırılmasını teklif etme yetkisine sahip olması, bu model içerisinde aile hekiminin işveren, aile sağlığı elemanın işçi olduğunu açıkça göstermektedir. Bu model ile sağlık hizmetinin y¼r¼t¼lmesindeki meslekler arasındaki işbirliği ve ekip anlayışı, işçi-işveren ilişkisine dn¼řmektedir. Böylece işçi konumundaki aile sağlığı elemanları, işvereni konumundaki aile hekiminin her istediğini yerine getirmek zorunda kalacak ve bu durum onun her an içine son verilme korkusu yaşamasına yol açacaktır.³⁷⁴ Zaten uygulama yönetmeliğinde aile sağlığı elemanının görevleri sıralanırken, en son olarak “*hizmetlerin y¼r¼t¼lmesiyle ilgili olarak aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek ile yetkili ve görevlidir.*” denilerek, bir yandan aile sağlığı elemanlarının görev tanımı belirsiz hale getirilmiş ve böylece aile hekimi ve aile sağlığı elemanı arasındaki işçi-işveren ilişkisi pekiştirilmiştir. Ayrıca uygulamada aile hekimlerinin, denetimi ve yönetimi altındaki aile sağlığı elemanı seçiminde, bayan hemşire ve ebeleri tercih ederken, erkek toplum sağlığı ve acil tıp teknisyenlerini tercih etmedikleri gr¼lmektedir. Bu durum uygulamanın mesleki açıdan cinsiyet temelli bir ayrımcılığa da yol açtığını göstermektedir.

³⁷⁴ Uysal, A., “Sağlıkta Dn¼ř¼m Projesi Kapsamında Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hemşire Nerede?”, **Toplum ve Hekim**, Cilt: 20, Sayı: 6, Kasım-Aralık 2005, s.453

Avrupa’da aile hekimliği sistemini uygulayan Hollanda’da aile hekimlerinin ücretleri, kendisine kayıtlı sigortalıların sigortasından aldığı kişi başına ücret ile birlikte sınırlı sayıda hizmet başı ücretten oluşmaktadır. İngiltere’de, aile hekimliği hizmetleri vergi gelirleri ile finanse edildiği için aile hekimlerinin ücretlerinin yarıdan fazlası kayıtlı kişi başına, kalanını ise, hizmet başına ödemededen oluşmaktadır. Almanya’da hekimler her türlü hizmeti gün ve saatıyla kaydetmekte ve ödemelerini sigortadan hizmet başına almakta ve tanılar puanlama sistemi ile ücretlendirilmektedir. Portekiz’de ve Küba’da ise, aile hekimleri sabit maaş karşılığında çalışmaktadır.³⁷⁵ AHM’de aile hekimine ve aile sağlığı elemanına izin, rapor ve Bakanlık tarafından verilen eğitimlerdeki görevlendirme süreleri hariç olmak üzere, çalışılan gün sayısına göre ödeme yapılmaktadır. Aile hekimlerinin aylık ödemeleri, risk gruplarına göre kayıtlı kişiler için ödenecek ücret, bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti, aile sağlığı merkezi giderleri, gezici sağlık hizmeti giderleri ile tetkik ve sarf malzemeleri giderlerinden oluşmaktadır. Ayrıca koruyucu hekimlik hizmetlerinden aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı, başarı oranına göre kesinti uygulanabilmektedir. Ancak aile hekimine ödenecek ücret, 4/B’li sözleşmeli personele ödenen en yüksek brüt ücretin 6 katını aşmamaktadır. Aile sağlığı elemanlarına aylık olarak yapılacak ödemeler ise, kayıtlı kişiler için ödenecek ücret ve bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ücretinden oluşmakta ve 4/B’li sözleşmeli personele ödenen en yüksek brüt ücretin 1,5 katını aşmamaktadır. AHM’de de uygulanan performansa dayalı ödeme sistemlerinden kişi başına ödeme yönteminin en önemli avantajı, gereğinden daha fazla bakım hizmeti verilmesinde özendirici olmamasıdır. Ücretin belirlenmesinde verilen hizmetin miktarı ve niteliği belirleyici olmadığı için, sağlık hizmetinin gereksiz yere artırılması ya da çeşitlendirilmesi yönünde bir eğilim söz konusu değildir. Ancak kişi başına ödeme yöntemi aile hekiminin kendine kayıtlı kişi sayısını artırma, buna karşılık kendine kayıtlı kişilere verdiği hizmeti minimize etme eğilimi yöntemin en önemli dezavantajıdır. Ayrıca aile hekimine kayıtlı kişi sayısı ile verilen hizmetin kalitesi arasında bir ilişkinin olmaması, sorunlu hastaların kabul edilmemesi, riskli kişilerin hizmete

³⁷⁵ SB., **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, ss.20-23; Kılıç, “Sağlık Sistemlerinde Finansman ve Ödeme Biçimleri (ABD ve Almanya Örnekleri)”, s.13

ulaşamaması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az sunulması ciddi sorunlar oluşturmaktadır.³⁷⁶

Kişi başına ödeme yönteminde aile hekimine kayıtlı kişi sayısına vurgu yapıldığından aile hekimleri kendilerine kayıtlı kişi sayısını artırma yönünde birbiri ile rekabet içindedir. Sağlık hizmeti, hizmet sunanların birbiri ile rekabet içinde sürdürdüğü bir hizmet değil, verilen hizmetin kalitesinin ve toplumun sağlık düzeyinin artırılması için ekip anlayışı içinde sürdürülmesi gereken bir kamu hizmetidir. Bu açıdan, AHM ile uygulanan kişi başına ödeme yöntemi gerek sağlık insan gücü arasındaki rekabeti öne çıkararak, çalışma barışını bozmakta, gerekse kayıtlı kişi sayısı ile ücretlendirme arasında ilişki kurarak, sağlık hizmetinde etik tartışmalara yol açmaktadır.

Aile hekimliği ve aile sağlığı elemanlığına geçmeyen ya da sözleşmesi sona erdirilen sağlık çalışanları daha düşük bir ücretle, aynı zamanda AHM'nin yedek kulübesi olarak da faaliyet gösteren, Toplum Sağlığı Merkezleri'nde görevlendirilmektedirler. Bu haliyle toplum sağlığı merkezleri, görev yaptıkları birimi ve AHM'de yer almak istemediği için gözden çıkarılan sağlık personelinin, düşük ücretle cezalandırılarak, depolandığı yer olarak algılanmaktadır. Çalışma barışını ciddi biçimde tehdit eden bu uygulama, ayrıca toplum sağlığı merkezi çalışanlarının aile hekimleri ile birlikte hizmet üretmesini de engellemektedir.³⁷⁷

AHM'de aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları haftalık çalışma süresi 40 saatten az olmamak kaydıyla, tam gün esasına göre çalışmaktadırlar. Mesai saatleri ve günleri içerisinde belirtilen poliklinik gün ve saatleri İl Sağlık Müdürlüğüne onaylanmakta, yapılacak ev ziyaretleri ve gezici sağlık hizmetleri çalışma süresine dahil edilmemektedir. AHM'de aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının asgari çalışma süreleri belirlenmesine rağmen, bir üst sınır konulmamıştır. Ücretleri belirlenen performans kriterlerindeki gerçekleştirmelere göre belirlenen iki kişilik ekibin, bebek-çocuk izlemi, bağışıklama, gebe izlemi ve kayıtlı kişi sayısı olarak belirlenen performans kriterlerini yerine getirmek ve

³⁷⁶ Tatar, M., **Sağlık Politikası Ve Planlaması**, Makro Bakış, 2, 2006, s.110-111; Çelik, s.184-185

³⁷⁷ Gül, ve Ergun, s.331

listelerine kayıtlı kişileri tutabilmek için uzun bir süre yoğun bir şekilde çalışması gerekmektedir. Sosyal haklar içinde sayılan çalışma hakkı, nasıl olursa olsun bir işe sahip olmakla sınırlı olmayıp, ayrıca çalışma ortam ve koşulları da bu hakkı tamamlamaktadır. Bu nedenle, çalışma hakkı çalışma sürelerinin uygun ölçülerde tutulmasını isteme hakkını da kapsamaktadır.³⁷⁸ Uzun süreli ve esnek çalışma düzeni aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının gerek ruhsal, gerekse bedensel sağlığına zarar vererek, sağlık hizmeti sunanları sağlık hizmeti almaya muhtaç bırakmaktadır.

AHM'de sözleşmeli olarak çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının yıllık izin süreleri otuz gündür. Ancak yıl izin hak edildikten sonra yıl içinde kullanılmayan izin süreleri bir sonraki yıla devretmemektedir. Sözleşmeli olarak çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına mazeretleri sebebiyle yıllık iznin bitiminden sonra beş gün daha izin verilebilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nda istihdam edilen diğer sözleşmeli personellerin de yıllık izinleri bir sonraki yıla aktarılamamaktadır. Kadrolu memurlara tanınan yıllık izinlerin bir sonraki yıla devri hakkının, AHM uygulamasında ve sözleşmeli personellere tanınmaması, sağlık insan gücü arasında hem bir ayrımcılığa, hem de bir hak kaybına neden olmaktadır.

2.2 Genel Sağlık Sigortası

Ülkemizde bir GSS sistemi kurulmasına ilişkin ilk çabaları 1945 yılına kadar götürmek mümkündür. Ancak, bu tarihte ülke düzeyinde bir GSS'nin uygulanması mümkün olmayınca İSK kurulmuştur. Daha sonra GSS'ye geçmek için 1967'de hazırlanan kanun taslağı, 1971'de TBMM'ye sevk edilmiş, fakat kabul edilmemiştir. 1974'te tekrar Meclise sunulan bu taslak, bu kez de görüşülememiştir. 1993 yılında hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası dokümanında, 1999'a kadar tüm vatandaşları kapsayacak bir GSS sisteminin kurulması hedeflemiş, ancak gerçekleştirilememiştir. Bu çalışmalar paralelinde 1992 yılında, ancak yeşil kart uygulamasına başlanabilmiştir.

³⁷⁸ Kaboğlu, s.46

1990'lı yıllarda iyice yoğunlaşan sosyal güvenlik reformu tartışmaları, sosyal güvenlik kurumlarının finansman açıklarının ekonomi üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle iktidara gelen her hükümet tarafından benimsenmiştir. Bu çerçevede sürdürülen sosyal güvenlik reformu tartışmalarında temel olarak, sosyal güvenlik sisteminin verdiği açıklarının bütçe transferleriyle kapatılmasının ekonomiyi olumsuz yönde etkilediği, argümanı öne sürülmüştür. Ancak Türkiye'nin devletin sosyal güvenlik sistemine üçüncü taraf olarak prim katkısı yapmayan tek OECD ülkesi olması gözden kaçırılarak, Türkiye'de sosyal güvenlik reformu taleplerine haklılık kazandırmak adına, sosyal güvenlik açıkları sürekli olarak kamuoyunun gündeminde tutulmuştur. Oysa Türkiye'de sosyal güvenlik kuruluşlarına bütçeden yapılan transferlerin bütçe içindeki payı, gelişmiş ülkelerdeki devletin sisteme üçüncü taraf olarak yaptığı yasal katkı paylarının oransal olarak çok altında bulunmaktadır. Buna rağmen, DB ve IMF gibi uluslararası kuruluşların baskıları ve Avrupa Birliği'nin dayatmaları, devletin üçüncü taraf olarak sisteme katılmasını zorlamaya yönelik değil, sosyal güvenlik açıklarının katkıların artırılması ve hak kayıpları ile telafi edilmesine yönelik olmuştur. Ayrıca Türkiye'de finansal yatırımları olanların gözü, Türkiye bütçesinin faiz ödemelerinin büyüklüğüne değil, sosyal güvenlik transferlerinin büyüklüğüne takılmıştır.³⁷⁹ Bu tablo karşısında, sosyal güvenlik sistemindeki mali dengesizliğin makroekonomik nedenleri ve yapısal özellikleri göz önüne alınmadan, açığın giderilmesi için katkıların artırılması ve diğer hakların azaltılması çözüm olarak önerilmiştir. Sosyal güvenlik sisteminde 1999 yılında yapılan değişiklikler de bu gerekçelere dayandırılarak, katkıların artırılması ve hakların azaltılmasıyla sosyal güvenlik açıklarının kapanacağı ümit edilmiştir. Ancak gelinen noktada, istihdama dayalı bir prim sistemi olan sosyal güvenlik sisteminde, kayıt dışı istihdam, enformel istihdam ve işsizlik sorunlarına etkili çözümler üretilemediğinden, sosyal güvenlik açıkları beklenen ölçüde kapatılamamıştır.

Esas olarak, Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi açıklarının arka planında dört temel neden yatmaktadır. Bunlardan ilki ve en önemlisi, sosyal güvenlik sistemi

³⁷⁹ Bağımsız Sosyal Bilimciler, **2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset, İktisat ve Toplum**, ss. 229-231

finansmanına üçüncü taraf olarak devlet katkısının olmaması ve devlet katkısı olmayan bir sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliğinin sağlanamamasıdır. İkincisi, işgücüne katılım oranının düşüklüğü, işgücü piyasasındaki yüksek kayıt dışı ve enformel istihdam ile işsizliktir. Üçüncüsü; emeklilik yaşı, borçlanma yasaları, karşılığında prim alınmayan ödemeler, primlerin toplanamaması, sık sık çıkartılan prim affı yasaları, sistemde biriken kaynakların kamu açıklarının finansmanı için kullanılması gibi siyasi yaklaşımlardır. Son olarak, özellikle sağlık hizmet sunumunun ticarileştirilmesi ve özelleştirilmesine bağlı olarak sosyal güvenlik harcamalarının artması, sistemin finansman açıklarını hızla artmasıdır.³⁸⁰ Türkiye’de yapılacak olan sosyal güvenlik sistemi reformlarının bu dört temel yaklaşımı ya da kabulü temel almadan yapılması, sistemin sorunlarını çözüme kavuşturması zor gözükmektedir.

Ülkemizdeki sosyal güvenlik reformu tartışmaları 59. hükümet döneminde 2006 yılında kabul edilen 5510 sayılı SSGSS Kanunu ile iyice alevlenmiştir. Yürürlük tarihi 1 Ocak 2007 olarak belirlenen Kanun’un bazı önemli maddeleri 15 Aralık 2006 tarihinde Anayasa Mahkemesi’nce iptal edilmiştir. İptalden sonra yürürlük tarihi ilk olarak 1 Temmuz 2007’ye, daha sonra da 1 Ocak 2008’de ertelenen Kanun’un iptal edilen maddeleri tekrar düzenlenerek, 1 Ekim 2008’de yürürlüğe girmek üzere, Nisan 2008’de kanunlaştırılmıştır. Ancak yeni sosyal güvenlik sistemi tasarlanırken, sosyal güvenliğin finansmanı sorunu, devlet katkısına yer vermesine rağmen, devletin üçüncü taraf olarak finansmana aktif katılımı, kayıt dışı istihdam, enformel istihdam ve işsizlik sorunları ile bağlantılı olarak değerlendirilmemiştir. Yeni sistem temel olarak, sosyal güvenlik sisteminde açık olduğu tespitini yapmakta ve yine katılım paylarının artırılması ve diğer hakların azaltılmasıyla yoluyla sosyal güvenlik açıklarının kapatılması hedefine odaklanmış gözükmektedir. 5510 sayılı yasa ile getirilen düzenlemeler, prim kazançları ile giderlerin dengelenmesini hedefleyen aktüeryal hesapları temel alan bir bakış açısı ile şekillendirilmiştir.

³⁸⁰ Erdoğan, S., “Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu” **Mülkiye**, Cilt: XXX Sayı:252, s.219-220

1 Ekim 2008’de yürürlüğe konan zorunlu GSS’nin temel mantığı; sağlık hizmetleri ile finansmanının birbirinden ayrılması, teminat paketi çerçevesindeki sağlık hizmetlerini kapsamı, sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için bütün vatandaşlara prim ödeme koşulunu getirmesi, sağlık hizmetlerinin sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularından ve kamuya ait sağlık hizmeti sunucularından satın alınmasını, sağlık hizmeti kullanımı ve ilaç giderleri için katkı payı ödemesini ve sağlık hizmetlerinden yararlanma sırasında sevk sistemine uyulmasına dayanmaktadır. Şimdi bu düzenlemeleri ana hatlarıyla ele alalım.

2.2.1 GSS Kapsamı

Zorunlu sigortalılığı öngören 5510 sayılı SSGSS Kanunu’nun 60. maddesinde sağlık hizmetleri ve diğer haklardan yararlanacak olan sigortalı sayılanlar ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır. Buna göre, hemen hemen tüm vatandaşlar ve yerleşim yeri Türkiye’de olan herkes GSS kapsamında sayılmaktadır. İşgücüne dahil olan ve zorunlu sosyal sigortalar kapsamına giren kişiler kadar, bir iş sahibi olmakla birlikte zorunlu sosyal sigortalar kapsamına girmeyen kişiler ve işsizler de GSS açısından zorunlu sigorta kapsamındadır. Ayrıca işgücüne dahil olmayanlar da zorunlu GSS kapsamındadır.³⁸¹ Buna göre yasada kapsama alınacaklar sonradan eklenenlerle birlikte dokuz ayrı kategoride toplanmıştır. Bunlar:

a) 5510 sayılı SSGSS Kanunu’nun 4. maddesinin birinci fıkrasının a bendine göre, bir hizmet akdine bağlı çalışan işçiler, b bendine göre, kendi hesabına bağımsız çalışanlar ile c bendinde belirtilen kamu görevlileri,

b) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,

c) Bir hizmet akdine bağlı olarak çalışmayan ve kamu görevlisi olmayanlardan;

1) Aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar,

³⁸¹ Erdoğan, S., “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası” **X. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı**, Van, 6-8 Eylül 2006, s.20; Erdoğan, “Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu” s.226-227

- 2) Vatansızlar ve sığınmacılar,
 - 3) 2022 sayılı Kanuna göre aylık alan 65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesiz türk vatandaşları,
 - 4) 1005 sayılı Kanuna göre istiklal madalyası verilmiş bulunan şeref aylığı alan kişiler,
 - 5) 3292 sayılı Kanuna göre aylık alan kişiler,
 - 6) 2330 sayılı Kanuna göre aylık alan kişiler,
 - 7) 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanuna göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,
 - 8) Harp malullüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alan kişiler,
 - 9) 442 sayılı Köy Kanununun 74. maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler ile aynı Kanunun ek 16. maddesine göre aylık alan kişiler,
 - 10) 2913 sayılı Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu Kazanmış Sporculara ve Bunların Ailelerine Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- d) Mütakabiliyet esasını da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,
 - e) 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler,
 - f) 5510 sayılı Kanun veya bu Kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alan kişiler,

g) Yukarıdaki bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar,

Yükseköğretim Kanununa göre üniversitelerde yükseköğrenim gören yabancı uyruklu öğrenciler, (Ek fıkra: 13/2/2011-6111/34 md.)

Avukatlık Kanunu uyarınca avukatlık stajı yapmakta olanlar, (Ek fıkra: 13/2/2011-6111/34 md.)

GSS'li sayılmaktadırlar.

5510 sayılı SSGSS Kanunu ile getirilen yeni sistem önceki parçalı sistemden farklı olarak, isteğe bağlı sigortalıları, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayanları ve 60. madde dışında kalıp başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayanları ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişileri, primleri kendilerince ödenmek koşuluyla zorunlu sigorta kapsamına almaktadır.³⁸² Bu maddede GSS kapsamında olanlar tek tek sıralandıktan sonra (g) bendinde “*yukarıdaki bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar*” demek suretiyle herkesin GSS kapsamında olduğu açıkça ifade edilmektedir. Bu yasa ile herkes zorunlu olarak sigortalıdır ve 18 yaşından küçük olanlar hariç, herkes SGK tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için sigorta primi ödemek zorundadır.³⁸³ Ayrıca yeni sistemde sigortalıların çocukları, herhangi bir işleme gerek olmaksızın 18 yaşını dolduruncaya kadar GSS kapsamına alınmaktadır. Ancak önceki düzenlemelerden farklı olarak, evli olmayan ve 18 yaşını dolduran kız çocukları, kadınların istihdama katılımının çok düşük olduğu bir ortamda artık, prim ödeyerek sağlık hizmetlerinden faydalanacaktır. Ana ve babası olmayan çocuklar ise, 18 yaşını dolduruncaya kadar 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanuna göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalananlar kapsamında primleri devlet tarafından ödenmek suretiyle, GSS kapsamına

³⁸² Yenimahalleli, **Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi**, s.104-105

³⁸³ Erdoğan, “Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu” s.226-227

alınmaktadır. Ülkemizde yaşanan yüksek kayıt dışı istihdam, işsizlik ile prim ödeme koşullarını yerine getirememesi gibi nedenler, GSS'nin tüm nüfusu kapsama amacını engelleyebilecek en önemli sorunlardır.³⁸⁴

Yeşil kart uygulaması yeni sistemde GSS kapsamına alınmış ve yeşil kartlı yani, yoksulluk tanımını daraltılarak asgari ücretin üçte biri geliri olanların primlerinin devlet tarafından karşılanması uygulamasına geçilmiştir. Hükümetin yoksulluk sınırını asgari ücretin üçte biri olarak belirlemesi, bu düzenlemenin ülke gerçekleri değil, neoliberal politikaların gereği olarak yapıldığını gözler önüne sermektedir. 5510 sayılı SSGSS Kanununun 82. maddesine göre, asgari ücretin üçte biri ve altında geliri olan sigortalılar ile ücretsiz çalışan sigortalıların günlük kazançları asgari ücretin otuzda biri oranından hesaplanmaktadır.³⁸⁵

2.2.2 GSS'den Sağlanacak Sağlık Hizmetleri

Temel teminat paketi olarak da adlandırılan GSS'den sağlanacak sağlık hizmetleri sigortalının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını; iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla SGK tarafından finansmanı sağlanacak veya güvence altına alınacak sağlık hizmetlerini içermektedir. 5510 sayılı SSGSS Kanununun 62. maddesine göre, GSS'den sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmak, sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, SGK için ise, bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür. Sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere SGK tarafından finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri 63. maddede sayılmıştır. Buna göre:

³⁸⁴ Yenimalleli, Y., G., "Türkiye Sağlık Finansmanında Dönüşüm: Genel Sağlık Sigortası Sistemi Herkese Güvence Sağlayıp Hizmete Erişimi Artırabilecek mi?", **Sosyal Politikada Güncel Sorunlar**, Ankara Üniversitesi Sosyal Politika Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yayın no:596, Ankara, 2009, s.530

³⁸⁵ Demirebilek, http://www.toplumsal hukuk.org/yazi_oku.asp?sayfa_no=131&b=saglikta_neoliberal (Erişim 15 Ocak 2008); Aktan, Ö., "Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Harcamaları" **Türkiye'de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar – II Sağlıkta Dönüşüm**, Demirdüzen, H., Akalın, A. (Dr), İstanbul Tabip Odası, Birinci Baskı, İstanbul, Şubat 2009, s.141

a) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,

b) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak yapılacak tıbbi bakım ve tedavileri,

c) Analık sebebiyle ayakta veya yatarak yapılacak tıbbi bakım ve tedavileri,

d) Kişilerin ağız ve diş sağlığının sağlanması için ayakta veya yatarak yapılacak tıbbi bakım ve tedavileri,

e) Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan GSS'li kadın ise kendisinin, erkek ise karısının 63. maddede belirtilen şartları taşıması halinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri,

f) Kurum tarafından sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbi sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri,

SGK tarafından finansmanı sağlanacak veya güvence altına alınacak sağlık hizmetleridir. Bu arada 5510 sayılı SSGSS Kanununun 64. maddesinde; estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri, Sağlık Bakanlığı'na izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığı'na tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri ve yabancı ülke vatandaşlarının sigortalı veya bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce, mevcut olan kronik hastalıkları kurum tarafından finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri olarak sayılmıştır.

GSS'den sağlanacak sağlık hizmetlerinin gereksinimini karşılamaktan uzak olması nedeniyle, sigortalıları özel sigortalardan ek ve tamamlayıcı sigorta yaptırmaya ya da

cepten ödemeye zorlandığı yönünde eleştirilmektedir.³⁸⁶ Ancak esas eleştirilmesi gereken, SGK'nın GSS'den sağlanacak mevcut sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek ürün, malzeme, araç gereç ve hizmetlerin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini, ödeme usul ve esaslarını belirlemeye yetkili olmasıdır. Finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile bu maddenin (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini belirleme konusunda SGK'ya yetki verdiği, bu yetkinin hastaya verilecek kan ve kan ürünleri ile harçları, kişisel tıbbi malzemelerin miktar ve süresini belirlemeyi de içermesi ve dolayısıyla sağlık hakkını sınırlaması nedeniyle Anayasa Mahkemesine açılan iptal davası Anayasa Mahkemesi tarafından reddilmiştir.³⁸⁷ Ancak bu durum, kayıt dışı istihdam ve işsizlik oranlarının yüksek olduğu bir ortamda, prim gelirlerinin düşük kalmasına bağlı olarak, SGK tarafından katılım paylarının artırılması veya bu maddede belirtilen sağlık hizmetlerinin kapsamının daraltılması gibi sonuçlar doğurabilir. Ayrıca Anayasa Mahkemesi'nin verdiği red kararı ile, SGK'nın hekimlik mesleğine direkt müdahale etmesinin de yolu açılmıştır.

2.2.3 GSS'den Yararlanabilme Koşulları

5510 sayılı SSGSS Kanununun 67. maddesinde sigortalıların ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıda sayılan SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmesi için:

a) Sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün GSS prim ödeme gün sayısının olması,

b) Kendi hesabına bağımsız çalışanlar ile başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin

³⁸⁶ Pala, **Türkiye için Nasıl Bir Sağlık Reformu?**, s.19; Aktan, s.141; Demirbilek, http://www.toplumsal hukuk.org/yazi_oku.asp?sayfa_no=131&b=saglikta_neoliberal (Erişim 15 Ocak 2008)

³⁸⁷ 15.12.2006 tarih ve Esas Sayısı 2006/111, Karar Sayısı 2006/112.

³⁸⁷ Yenimahalleli, **Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi**, s.106

yukarıdaki bentte sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması,

c) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler ile oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıdaki bentlerde sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması,

koşullarını sağlamları gerekmektedir. Yine 67. maddede; 18 yaşını doldurmamış olan kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, acil haller, iş kazası ile meslek hastalığı halleri, bildiri zorunlu bulaşıcı hastalıklar, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve analık sebebiyle ayakta veya yatarak yapılacak tıbbi bakım ve tedavileri ile 75. maddede sayılan afet ve savaş ile grev ve lokavt hali bu şartlardan hariç tutulmuştur.

SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için, son bir yıl içinde toplam 30 gün GSS prim ödeme gün sayısının olması şartının yanı sıra, düzenlemenin b ve c bentleri, hiç şüphesiz sosyal devlet eşitlik ve sosyal güvenlik hakkı ilkelerine aykırı olduğu gayet açıktır. Herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanması bir insan hakkı ve bu hakkın kullanılmasını sağlamak devletin de temel görevi olması gerekirken, sağlık hizmetlerinden yararlanmak, prim ödeme koşuna bağlanmıştır. Bu bağlamda, primlerini 5510 sayılı SSGSS Kanunun'da belirtilen şekilde ve zamanında ödemeyen sigortalılar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler, ödenmemiş prim borçlarını gecikme zammı ve yasal faizi ile birlikte ödeyinceye kadar, SGK'nın sağladığı sağlık hizmetlerinden, acil durumlar dışında faydalanamayacaklardır.³⁸⁸ Ancak bu madde ile ilgili Anayasa Mahkemesi'ne yapılan iptal istemi başvurusuna, Anayasa Mahkemesi, SGK'nın amacına uygun olarak hizmet verebilmesinin sahip olduğu parasal kaynaklara bağlı olması, temel kaynağı prim olan SGK ile sigortalıların ilişkilerini kuralda belirtilen süre kadar prim

³⁸⁸ TTB, Genel Sağlık Sigortası Türk Tabipleri Birliği Görüşleri, s.27

ödemek suretiyle devam ettirmeleri ve sigortalıların ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin SGK'nın sağlayacağı haklardan bu suretle yararlanmalarını öngören böyle bir düzenlemenin sistemin doğal bir sonucu olduğuna, karar vererek reddetmiştir.³⁸⁹ Ancak bu karar, primini ödeme yükümlülüğünü düzenli olarak yerine getiremeyeceklerin sağlık hizmetlerine ulaşmasını ve sağlık hakkının adil bir şekilde sağlanmasını engellemiştir.³⁹⁰ Bu düzenleme ile sigortalıların, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için sigorta primlerini zamanında ve tam olarak ödemiş olmaları gerekmektedir. Sosyal güvenlik primini ödeyemeyenler, GSS giriş bildirgesini zamanında vermeyenler, yalnızca sağlık hizmetlerinden yararlandırılmamakla kalmayacaklar, aynı zamanda, idari para cezası ve gecikme cezası ödemek zorunda kalacaklardır.

2.2.4 Katılım Payı

Sigortalıların ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin GSS tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için prim ödemek zorunlu, ancak yeterli değildir. 5510 sayılı SSGSS Kanununun 68. maddesinde, sağlık hizmetlerinde gereksiz kullanımı azaltma ve katılım payı alınan sağlık hizmetlerinin hayati öneme sahip olup olmaması gibi nedenlerle, ayaktan tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinden; vücut dışı protez ve ortezlerden; ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan ve SGK tarafından belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden yararlanmak için katılım payı ödenmesi şartı getirilmiştir. Yasanın 69. maddesinde iş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askeri tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri, afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri, aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, SGK tarafından belirlenen kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz sağlık hizmetleri ile organ, doku ve kök hücre nakli ve kontrol muayenelerinden katılım payı alınmayacağı kabul edilmiştir. Aynı kanununun 3. maddesinin 26. bendinde “*katılım payı, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı ifade eder*” şeklinde

³⁸⁹ 15.12.2006 tarih ve Esas Sayısı 2006/111, Karar Sayısı 2006/112.

³⁹⁰ Yenimahalleli, **Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi**, s.106

tanımlanmıştır. Buna göre, yasa maddesi ile, SGK tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinden yararlanacak kişinin muayene, tıbbi malzeme, ilaç ve yatarak tedavi gibi sağlık hizmetlerden faydalanmak için belli oranda giderlere katılmasını öngörmektedir. Katılım payı uygulamasının SGK'ya gelir sağlanması yanında, SGK tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinden yararlanma oranının düşüren bir etkisi de olacaktır. Yani katılım payı uygulamasının sigortalılar ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler üzerinde yönlendirici bir etkisi de vardır.³⁹¹

25/6/2009 tarihinde 5917 sayılı Kanunla yapılan değişiklikle SGK, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan ayaktan tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinde katılım payı almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye yetkili kılınmıştır. Anayasa Mahkemesine, bu yetkinin Anayasa'nın 73. maddesine göre Bakanlar Kurulu'na verildiği gerekçesiyle yapılan iptal başvurusu, normalde kişilerin kendilerinin karşılaması gereken sağlık giderlerinin devletçe karşılanması nedeniyle kendilerinden istenilen katkı payının, Anayasa'nın 73. maddesindeki vergi, resim ve harç benzeri mali yükümlülük niteliğinde olmadığı gerekçesiyle, Anayasa Mahkemesi tarafından reddedilmiştir.³⁹² Bu çerçevede çıkarılan SUT'da birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği merkezlerinde yapılan ayaktan tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinde 2-TL, resmi sağlık kurumlarının sunduğu ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri için 8-TL, özel sağlık kurumlarının sunduğu sağlık hizmetleri için ise, 15-TL katkı payı getirilmiştir. 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunda aile hekimi muayenelerinin ücretsiz sunulacağı ve 5510 sayılı SSGSS Kanununun 69. maddesinde aile hekimi muayenelerden katılım payı alınmayacağı belirtilmesine rağmen, SUT'un 3.2.1 maddesinde ile aile hekimi muayeneleri içinde 2-TL katılım payı getirilmiştir. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerinin herkesi kapsamı, ulaşılabilir olması ve eşit bir şekilde yararlanılması ilkelerine ters düşmektedir. Ayrıca sigortalılar ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere ayakta tedavide sağlanan ilaçlar, tıbbi malzemeler ve yardımcı

³⁹¹ Frenk, J., **Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü**, Aydın, S. (Ed), Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2007, s.58

³⁹² 15.12.2006 tarih ve Esas Sayısı 2006/111, Karar Sayısı 2006/112.

üreme yöntemi için de katılım payı uygulamaktadır. SUT'a göre, sözleşmeli sağlık hizmeti kurumları sigortalılar ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden otelcilik hizmetleri için standart yatak tarifesinin üç katına kadar ilave ücret talep edebilmekte, ancak bu hizmetler SGK'ya fatura edilememektedir.

2.2.5 Sevk Zinciri

5510 sayılı SSGSS Kanununun 70. maddesinde kanunun uygulanması açısından sağlık hizmeti sunucularının birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından basamaklandırılacağı ve SGK tarafından sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için, sağlık hizmetinden yararlanacak olanların sevk zinciri kurallarına uygun hareket etme zorunluluğu kuralı getirilmiştir. Ancak 15.6.2007 tarihinde yürürlüğe giren SUT ile sevk zinciri kuralı henüz uygulamaya konmamıştır.

2.2.6 Sağlık Hizmetlerinin Sağlanma Yöntemi

5510 sayılı SSGSS Kanununun 73. maddesine göre, sağlık hizmetleri SGK ile yurt içi veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla ve/veya bu kanun hükümlerine uygun olarak sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle sağlanacaktır. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, SGK tarafından belirlenen standartların üstündeki talepleri karşılayan otelcilik hizmetleri ile hayati öneme sahip olmama ve alternatif tedavilerin bulunması gibi kriterleri göz önüne alarak, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından istisnai sağlık hizmetleri için belirlenen fiyatların üç katını geçmemek üzere ilave ücret alabilmektedir. Kamu sağlık hizmeti sunucuları (aile hekimleri, devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri vb.) tarafından verilecek her türlü sağlık hizmeti de götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle temin edilecektir. Ancak kamu sağlık hizmeti sunucuları sözleşme bedeli dışında SGK'dan veya sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden kanunda belirtilen ilave ücretler ve katılım payları dışında, ayrıca bir ücret talep edemeyecektir. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularına ise, SGK tarafından acil sağlık hizmetleri dışında herhangi bir ücret

ödenmeyecektir. Sağlık Bakanlığı'nın Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü adlı yayınında sistem şöyle özetlenmiştir:

Hastanelerin yerinden yönetim ilkeleri çerçevesinde özerk hastane birliklerine dönüştürme hazırlığı içindeyiz. Dolayısıyla hastaneler de doğal olarak doğrudan Bakanlık tarafından işletilen kurumlar olmaktan çıkacaktır. Sağlık ocakları zaten aile hekimliği yapısı içinde şu anda bile desantralize olmaya başlamış durumda. Genel sağlık sigortası kurulduğunda, sözleşmeler bu kurumlarla yapılacaktır.³⁹³

Bu açıklamalar ışığında sağlık sistemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimleri tarafından, diğer sağlık hizmetlerinin de özel hastaneler ve bir sonraki bölümde değinilecek olan özerk işletmelere dönüştürülecek olan kamu hastaneleri tarafından sağlanacağını varsaymaktadır. Bu yaklaşımda kamunun özele önceliği yoktur ve GSS kaynakları için özerk kamu sağlık işletmeleri ile özel hastaneler rekabet edeceklerdir. Rekabet edemeyen kamu sağlık işletmelerinin satılmasının veya kapatılmasının kaçınılmaz olduğu söylenebilir.³⁹⁴

2.2.7 GSS Primleri ve Devlet Katkısı

5510 sayılı SSGSS Kanununun 79. maddesi gereğince, kanunda öngörülen her türlü ödemeler ve yönetim giderlerini karşılamak üzere SGK prim almak, sigortalılar da prim ödemek zorundadır. Söz konusu GSS primi 5510 sayılı SSGSS Kanununun 81. maddesinin f bendinde, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için 82. maddenin birinci fıkrasına göre hesaplanan prime esas kazancın³⁹⁵⁻³⁹⁶ %12,5'i tutarındadır. Bu primin % 5'i sigortalıdan, % 7,5'i ise, işverenden kesilecektir. Yalnızca GSS'ye tabi olanlar ile işsizlik

³⁹³ Aydın, S., **Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü**, Aydın, S. (Ed), Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2007, s.24

³⁹⁴ Erdoğan, "Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası" s. 24; Erdoğan, "Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu" s.235

³⁹⁵ Hak edilen ücretlerin, prim, ikramiye ve bu nitelikteki her çeşit istihkaktan o ay içinde yapılan ödemelerin ve işverenler tarafından sigortalılar için özel sağlık sigortalarına ve bireysel emeklilik sistemine ödenen tutarların, İdare veya yargı mercilerince verilen karar gereğince sigortalılara o ay içinde yapılan ödemelerin brüt toplamıdır.(5510 sayılı SSGSS/80-a)

³⁹⁶ Günlük kazancın alt sınırı, asgari ücretin otuzda biri, üst sınırı ise günlük kazanç alt sınırının 6,5 katı

ödeneği ve kısa çalışma ödeneğinden yararlananlar ve iş kaybı tazminatı alanların GSS primi, prime esas kazancın %12'si tutarındadır. Ancak kayıt dışı istihdamın ve kayıt dışı ekonominin çok yüksek boyutlarda olduğu ve bordro ile çalışanlar dışında neredeyse hiç kimsenin gelirinin tam olarak bilinmediği bir ortamda, GSS primlerinin gerçek anlamda nasıl hesaplanacağı önemli bir sorun olarak gözükmemektedir.³⁹⁷ Ayrıca 2008'de 5754 sayılı kanunla yapılan değişikle, SGK'nın ay içinde tahsil ettiği toplam GSS priminin dörtte biri oranında, devlet katkısı öngörölmüştür. GSS'ye devlet katkısının ilave edilmesi, önemli bir gelişme olmasına rağmen, göstermelik ve yetersiz bir düzenlemedir. Aslında devletin işsizlik sigortasında olduğu gibi, üçüncü taraf olarak finansmana katılması ve sigortalıların pirim yükünü hafifletmesi, GSS kapsamının genişletilmesine olumlu bir katkı sağlayabilirdi.

2.2.8 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Tartışmaları

Temel olarak, tüm nüfusun sağlık hakkını güvence altına alabilmek ve sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlamak için, sağlık hizmetlerinin finansmanında başvuru olan iki yöntem bulunmaktadır. Bunlar sağlık hizmetlerinin finansmanını sigorta primlerinden sağlayan sosyal sigortaya dayalı yöntem ile genel vergilerden sağlayan vergiye dayalı yöntemdir. Bir ülkede vergiye dayalı finansman yönteminin uygulanabilmesi için, doğrudan vergilerin tahsil oranının dolaylı vergilere göre yüksek olması yani, vergi sisteminin tabana yaygın ve adaletli olması gerekmektedir. Ülkemizde toplanan vergilerin %70'inin dolaylı vergilerden oluştuğu bir ortamda, adaletli ve tabana yayılmış bir vergi sisteminden bahsetmemiz mümkün değildir. Dolayısıyla ülkemizde sağlık hizmetlerinin, en azından kısa dönemde, tamamının sadece vergiye dayalı yöntemle finansmanı mümkün gözükmemektedir. Bu yüzden, ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı için, GSS'nin eksik ve aksayan yönlerinin tartışılması daha doğru bir yaklaşım olarak kabul edilmelidir.

2008'de yürürlüğe giren 5510 sayılı kanunla getirilen GSS sistemi tasarlanırken; ülkemizde işgücüne katılım oranının düşük, kayıt dışı istihdam ve işsizlik oranlarının yüksek

³⁹⁷ Pala, *Türkiye için Nasıl Bir Sağlık Reformu?*, s.20

olduğu göz önünde bulundurulmamış, devletin üçüncü taraf olarak sosyal güvenlik sistemi finansmanına katılması öngörülmemiş, sosyal güvenlik sistemindeki açığın kapanması için katılım paylarının artırılması, diğer hakların azaltılması yolu tercih edilmiştir. Oysa, sosyal güvenlik sisteminin mali dengelerini korumanın yolu, hak kısıtlamak veya prim oranlarını yüksek tutmaktan değil, kayıt içi sigortalı tabanının genişletilmesinden geçmektedir. Ayrıca ülkemizdeki iş gücüne katılım oranının düşüklüğü, eksik istihdam, kayıt dışı istihdam ve enformel istihdam oranlarının yüksekliği, işsizlikteki artış, istihdamdan kaynaklanan önemli sorunların yanı sıra, gelir dağılımı bozukluğu ve yoksulluk sorunları, sosyal sigortacılık yöntemi ile sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin ve tüm nüfusun sağlık güvencesinin sağlanması önünde önemli engeller oluşturmaktadır. Çünkü 5510 sayılı kanunda GSS'nin finansmanı istihdama bağlı faaliyetlerden elde edilen kazanç ve ücretler üzerinden alınan prim gelirlerinden sağlanmaktadır. İstihdam sorunları bir taraftan sağlık güvencesinin tüm nüfusa yaygınlaştırılmasını engellerken, diğer taraftan sistemin aktif sigortalı sayısını düşürerek, bağımlı sayısını arttırmakta ve sağlık hizmetlerin finansmanını zayıflatmaktadır.

Ülkemizdeki kayıt dışı ve enformel istihdam temelde, bürokratik işlemlerin fazla olması, etkin bir denetimin gerçekleştirilememesi ve işçi-işverenleri bilgilendirme ve bilinçlendirilmesindeki eksiklikler gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır.³⁹⁸ Kayıtlı istihdamın özendirilmesi, sosyal güvenliğin çekiciliğinin artırılmasına yönelik etkili çözümler ile çalışma saatlerinin düşürülmesi ve fazla çalışmanın kısıtlanmasına ilişkin düzenlemeler, ayrıca işsizlikle mücadelede de görece olumlu sonuçlar verebilir.

GSS'de primlerin istihdama bağlı faaliyetlerden elde edilen kazanç ve ücretlere göre belirlenmesi, sistemde adaletsizlik sorunlarına yol açmaktadır. Oysa primlerin bireylerin toplam kazanç ve iratları esas alınarak, bireylerin gerçek gelirleri üzerinden alınması daha adaletli bir yöntemdir. Böylece finansmanda hem dikey ve yatay adaletin sağlanacak, hem de gelir dağılımında adaletin sağlanmasına olumlu katkıda bulunulacaktır.

³⁹⁸ Tunç, M., **Kayıt Dışı İstihdamla Mücadelede Geliştirilen Stratejiler Uygulanan Politikalar ve Gelişmiş Ülke Örnekleri**, Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü Uzmanlık Tezi, Ankara, 2007, s.26

Ayrıca vatandaşlar devlete hem vergi, hem de prim ödüyorsa devlet katkısı, SGK'nın ay içinde tahsil ettiği toplam GSS primine göre değil, OECD ülkelerinde ve ülkemizdeki işsizlik sigortasında olduğu gibi, GSS için uygulanan %12,5'lik oranın belirli bir oranında devletin üçüncü taraf olarak finansmana aktif katılması şeklinde yeniden düzenlenmesi sistemin açıklarının kapatılması için daha kabul edilebilir bir yöntemdir. Böylece sigortalıların pirim yükünün hafifletilmesi ve kayıtlı istihdamın özendirilmesinin diğer önlemlerle birlikte, sigorta kapsamının genişletilmesi yönünde de önemli bir katkısı sağlanabilir. Kayıt dışı ve enformel istihdamın azaltılması, işsizlik oranlarının düşürülmesi, sosyal güvenlik sisteminin çekiciliğinin artırılması ile aktif sigortalı sayısı artırılabilir ve bağımlı nüfus oranı azaltılabilir. Bunun yanı sıra, SGK tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinin kapsamının genişlemesi ile sağlık hizmetlerinden yararlanma oranını düşüren, hizmetin ulaşılabilirliğini ve finansmanda adaleti bozan cepten ödeme ve katılım payı uygulamasının peyder pey kaldırılması sağlık hizmetinin hakkaniyete uygun, eşit ve ulaşılabilir olmasını artırabilir.

Herkese, her zaman ve her yerde verilmesi gereken, birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanın ise, genel vergilerden karşılanması, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilerek, acil haller ve diğer bazı durumlar dışında etkili bir sevk sisteminin oluşturulması ve herkesin bu hizmetten ücretsiz yararlanması ile sağlık harcamaları önemli ölçüde kontrol altına alınırken, toplumun genel sağlık düzeyi yükselecektir. Bireylerin özel sektörden satın aldığı sağlık hizmetlerinin finansmanı ise, SGK'nın özel sektörden sağlık hizmeti satın almasıyla değil, acil haller ve diğer bazı olağanüstü durumlar dışında, özel sağlık sigortası ya da cepten ödemelerle karşılanması SGK'nın sağlık harcamalarındaki suiistimallerin önlenmesine ve sağlık sisteminin finansman açıklarının azaltılmasına olumlu katkı yapacaktır.

Genel hatlarıyla ele aldığımız GSS sistemi, herkese sağlık hizmeti sunmak için oluşturulmuş bir finansman modeli olarak değil, aile hekimliği ile özelleştirilen birinci basamak sağlık hizmetleri ile özel ve/veya özerk ikinci basamak sağlık hizmetlerinin finansman modeli olarak düşünülmüştür. GSS, sağlık hizmeti finansmanı ile sağlık hizmeti

sunumunu birbirinden kesin olarak ayrılarak, prim temelinde sınırları belirli sağlık yardımında bulunulması, sağlık hizmetlerinin sağlık hizmeti sunucularından satın alınması ve sağlık hizmetinden faydalanacak olanların da sağlık hizmeti sunucularına ilave ücret ve katılım payı gibi ek ücret ödemeleri çerçevesinde kurgulanmıştır. Bu düzenlemeden önce SSK, sağlık harcamalarını düşürmek için sigortalıların sağlık hizmetlerini kendi hastanelerinden, ilaç ihtiyaçlarını ise, kendi ilaç fabrikaları ve eczanelerinden karşılamaktaydı. Fakat 5510 sayılı Kanunla getirilen GSS ile özel sağlık ve özel sağlık sigortası kuruluşlarına bir alan açıldığı ve özel sektörün teşvik edildiği görülmektedir. Böylece GSS, sağlık sistemi uluslararası ilaç şirketleri, tıbbi cihaz ve teknoloji üreticileri ile özel hastanelerden oluşan sağlık sermayesine devlet teminatlı müşteri ile güvenceli ve garantili kar sağlayan bir kurum olarak düşünülmüştür. Bu durumun ileride sağlık harcamalarını arttırarak, sistemin mali dengelerini bozacağı ve sistemi içinde bulunduğu sıkıntıdan kurtarmak için yeni arayışlara iteceği yönünde eleştirilmektedir.³⁹⁹ Sonuç olarak, nüfusun tümüne sağlık hizmeti sunma amacı ve iddiasıyla kabul edilen 5510 sayılı SSGSS, neoliberal politikaların tümünü yansıtan bir yaklaşımla kapsamına aldığı sağlık hizmetlerini sadece prim ödeyebileceklere sağlayacak bir model olması ve cepten ödemeleri arttıracak olması nedeniyle, bu amaç ve iddiasından oldukça uzak gözükmektedir.⁴⁰⁰

2.3 İdari Ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

Uygulamaya konan SDP'nin yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi oluşturmak için öngördüğü bir diğer alt başlık ise, kamu hastanelerini idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüştürmektir. Aslında kamu hastanelerini idari ve mali açıdan özerk hale getirilmesi için ilk adım, 1987 tarihli Temel Sağlık Kanunu ile atılmıştır. Ancak, Anayasa Mahkemesi'nin bu kanunun bazı hükümlerini iptal etmesi üzerine, sağlık işletmesi modeline geçiş süreci gerçekleşmemiştir. Ardından 1993 yılında

³⁹⁹ Erdoğan, "Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası" s. 25; Erdoğan, "Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu" s.225; Atay, **Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Türkiye'de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler**, s.89; Atay, "Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları", s.169-184; TTB, **Genel Sağlık Sigortası Türk Tabipleri Birliği Görüşleri**, s.23

⁴⁰⁰ Yenimalleli, "Türkiye Sağlık Finansmanında Dönüşüm:Genel Sağlık Sigortası Sistemi Herkese Güvence Sağlayıp Hizmete Erişimi Arttıracak mı?", s.514

yayınlanan ulusal sağlık politikası belgesinde 2000 yılına kadar, uygun maliyette ve kalitede hizmet sunan, otonom, temel sağlık hizmetlerine entegre bir ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sistemi kurulması hedeflenmiştir. Bu çerçevede belgede, hastanelerin desantarilizasyonu, hastanelerin kendi kaynakları hakkında karar veren ve bu kaynakları kullanan işletmeler haline getirilmesi, hastane çalışanlarının katkıları oranında ücretlendirilmesi ve hastanelerin özerkleştirilmesi stratejisi belirlenmiştir.⁴⁰¹ Ayrıca buna benzer hedef ve planlar DPT'nin Kalkınma Planlarında da yer almıştır. Temel Sağlık Kanunu ve ulusal sağlık politikası belgesi ile gerçekleştirilemeyen bu dönüşüm, DB'nin 2003 tarihli Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Türkiye Sağlık Sektörü Reformu raporuyla yeniden önerilmiştir. Raporda, kamu hastanelerinin verimliliğinin artırılması için hem idari ve mali açıdan, hem de sağlık hizmeti üretimi açısından özerkleşmesi gerektiği görüşü savunularak, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerin ve SSK'ya bağlı tüm hastanelerin kendi yapılarından ayırarak, yarı yasal bir organizasyon altında birleştirilmesi ve her iki hastane organizasyonuna da idari ve mali özerklik verilmesi önerilmiştir.⁴⁰² Bu çerçevede ilk olarak, 2003 yılında önceden merkezi yönetim tarafından sunulan kamu hizmetlerinin büyük bir bölümünün yerel yönetimlere devredilmesini amaçlayan ve eğitim araştırma hastaneleri dışındaki bütün kamu hastanelerinin ve diğer kamu sağlık kuruluşlarının il özel idarelerine bağlanmasını öngören, Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı (KYTK) hazırlanmıştır. Bu kanun 15.7.2004 tarihinde TBMM'de kabul edilmesine rağmen, Cumhurbaşkanı tarafından tekrar görüşülmek üzere TBMM'ye geri gönderilmiş, ancak bir daha görüşülememiştir.⁴⁰³ KYTK'nın yasalaştırılmamasının ardından, DB'nin hastanelere idari ve mali özerklik verilmesi önerisini uygulamaya geçirmek için, raporda önerilenden farklı olarak, 2005 yılında 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun ile üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığı'na ait hastaneler hariç, SSK, bazı bakanlıklar ve belediyeler, Devlet Demiryolları ve PTT hastanelerinin tümünün Sağlık Bakanlığı'na bağlanması tercih

⁴⁰¹ SB., Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Ulusal Sağlık Politikası**, s.51-52

⁴⁰² World Bank, **Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency**, (in Two Volumes), p.65

⁴⁰³ Erençin, A. ve Yolcu V., "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi", **Memleket Siyaset Yönetim**, Cilt: 3, Sayı: 6, 2008/6, s.128; Ataay, **Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Türkiye'de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler**, s.88; Ataay, "Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları", s.169-184

edilmiştir. Böylece, sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılarak, hem GSS'nin kurulması ve hem de kamu hastanelerinin idari ve mali açıdan özerkleştirilmesi sürecine zemin hazırlanmıştır. Bu gelişme ve daha sonra yaşanacak gelişmeler siyasi iktidarın KYTK'yı parçalayarak yürürlüğe sokmayı tercih ettiğini açıkça göstermektedir.⁴⁰⁴ Kamu hastanelerinin idari ve mali açıdan özerkleştirilmesine yönelik hazırlanan Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı da bu yaklaşımı destekler niteliktedir. Sağlık reformu kapsamında yeniden gündeme getirilen ve 2010 Mart ayında TBMM Plan ve Bütçe Komisyonunda kabul edilen Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kamu hastanelerinin kamu tüzel kişiliğine sahip, idari ve mali açıdan özerk kamu hastane birlikleri çatısı altında toplamayı ve birlikleri de Sağlık Bakanlığı'nın ilgili kuruluşu haline dönüştürmeyi amaçlamaktadır. Böylece kamu sağlık hizmeti anlayışı, neoliberal yaklaşıma uygun bir biçimde yarı kamusal, yarı kar amaçlı bir hizmet anlayışı ile yer değiştirecektir.⁴⁰⁵

2.3.1 Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısının Genel Değerlendirmesi

Bu kısımda 2010 Mart ayında TBMM Plan ve Bütçe Komisyonunda kabul edilen Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı ile getirilmesi düşünülen düzenlemeler ana hatlarıyla ele alınacak ve değerlendirmeler yapılacaktır.

Tasarıda Sağlık Bakanlığı'nın teklifi ve Bakanlar Kurulu'nun kararıyla kurulacak olan birlikler, birden fazla ili kapsayabileceği gibi, aynı ilde birden fazla birlik de kurulabilecektir. Tasarının I sayılı cetvelinde yer alan personel unvan ve sayıları incelendiğinde Türkiye genelinde 90 birliğin kurulacağı anlaşılmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı birden fazla birliği bir araya getirerek birlikler koordinatörlüğü de kurabilecektir.

Tasarı'ya göre birliklerin organları yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticilikleri'nden oluşacaktır. Birliğin en üst karar organı olan yönetim kurulu il genel

⁴⁰⁴ Erençin, ve Yolcu, s.128

⁴⁰⁵ Ataay, F., **Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme**, Türk Tabipleri Birliği Yayını, Birinci Baskı, Ankara, Haziran 2007, s.5; Erençin, ve Yolcu, s.130; Bağımsız Sosyal Bilimciler, **2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset, İktisat ve Toplum**, s. 233

meclisi tarafından belirlenen 2 üye, vali tarafından belirlenen 1 üye, Sağlık Bakanlığı'na belirlenen 1 üye, sağlık sektöründen 1 üye, il sağlık müdürü veya müdür yardımcılarını arasından 1 üye ve ticaret ve sanayi odası üyelerinden seçilen 1 üye olmak üzere toplam 7 üyeden oluşacaktır. Yönetim kurulu üyelerin en az lisans mezunu ve il sağlık müdürlüğü temsilcisi hariç, kamu veya özel sektörde alanında en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olmaları şartı aranmaktadır. Düzenlemede yönetim kurulu üyeliği için, özel sektörle kamu sektörü arasında da bir ayırım yapılmamakta ve böylece kamu sektöründe hiçbir deneyimi olmayan bir üyenin bile, birlik yönetim kurulu üyeliğine seçilebilmesinin önü açılmaktadır. Kurul üyeliği için dikkat çeken bir diğer nokta ise, tabip odalarına ve kamu görevlileri sendikaları gibi diğer sağlık çalışanı örgütlerine temsil olanağı tanınmazken, ticaret ve sanayi odalarına doğrudan bir üye seçme yetkisi verilmesi tasarının neoliberal bakış açısını açıkça ortaya koymaktadır.⁴⁰⁶

Yönetim kurulu kararlarını yürüten ve birliği temsil eden genel sekreterlik bünyesinde tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları kurulacak ve birliğe bağlı hastaneler, hastane yöneticisi tarafından yönetilecektir. Tasarıda genel sekreter, idari ve mali hizmetler başkanları ile hastane yöneticilerinin kamu veya özel sektörde en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olmaları gerekirken, tıbbi hizmetler başkanlığı için tabip olma şartı getirilmiştir. Genel sekreter başta olmak üzere, idari, mali ve tıbbi hizmet başkanları, hastane yöneticisi, başhekim ve yardımcılarını, müdür ve müdür yardımcılarını ile birlikte görevli uzmanlar ve büro personelleri sözleşmeli statüde istihdam edilecektir. Yapılan sözleşmeler 3 yılı aşmayacak ve sözleşme ekindeki kurumsal hedefler ile performans değerlendirmedeki gerçekleştirmelere bağlı olarak sözleşmeleri feshedilebilecektir. Tasarının bu düzenlemesi, yönetim kademelerinde görevlendirilen personelin iş güvencesi ve diğer haklar açısından diğer kamu yöneticileri ile aynı korumadan yoksun olacağını açıkça göstermektedir. Ayrıca tasarının yasalaşarak yürürlüğe girmesi halinde, hastanelerde görevli mevcut başhekim ve yardımcılarının, hastane müdür

⁴⁰⁶ Kılıç, G., "Kamu Hastane Birlikleri: Hastaneler Kırk Parçaya Bölünüyor", **Türkiye'de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar – II Sağlıkta Dönüşüm**, Demirdüzen, H., Akalın, A. (Drl), İstanbul Tabip Odası, Birinci Baskı, İstanbul, Şubat 2009, s.87; Ataay, **Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme**, s.6; Erençin, ve Yolcu, s.131

ve yardımcılarının, başhemsire ve yardımcılarının görevleri sona erecektir. Bu durum birlik ve hastane yönetimlerinin tamamen siyasileşmesine neden olabilir.

Bu tasarı, kamu hastanelerinin idari ve mali yönden özerk bir örgütlenme modeli getirme iddiasıyla hastanelerin özelleştirilmesi sürecinde bir ara durak olarak görülmektedir. Çünkü yönetim kurulunun görev ve yetkileri; personel planlamasını yapmaktan, birliğe ait her türlü taşınmazı satmak, satın almak ve kiralamaya; hastane ve ünitelerinin kurulmasından, kapatılmasına, birleştirilmesine veya niteliğinin değiştirilmesine kadar uzanmaktadır. Tasarıda ayrıca ihtiyaç duyulması halinde sağlık, avukatlık ve danışmanlık hizmetlerinin doğrudan kamu sağlık kuruluşları tarafından üretilmesi yerine, özel kuruluşlardan satın alma yoluyla yerine getirilmesine olanak sağlanmaktadır. Bu açıdan hizmet satın alma yöntemi, sağlık sektöründe en çok tercih edilen özelleştirme yöntemlerinden biridir.⁴⁰⁷ Bu düzenleme büyük bir kısmı GSS kaynaklarından, özel sağlık sigortalarından ya da cepten ödemelerden sağlanacak birlik gelirlerinin özel sektöre aktarılması yöntemi olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca bu düzenleme ile hizmet satın alınması yoluyla kamudan özel sektöre, özel sektörden de ilaç tıbbi malzeme ve cihaz alımları yoluyla yurt dışına kaynak aktarımı yapısal hale gelmektedir. Zaten mevcut sistemde kamu hastaneleri temizlik, yemek, veri hazırlama, güvenlik vb. bir çok hizmetini özel sektörden satın almaktadır. Kamu hastaneleri bu hizmetleri taşeron şirketlere gördürerek, aslında özel sektöre kaynak aktarmakta yani, bu hizmetleri özelleştirmektedir.⁴⁰⁸ Bu hizmet satınalma kervanına artık laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri gibi tıbbi hizmetlerde girmiştir. Ülkemizde laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerinin hizmet alımıyla yapıldığı hastanelerde ihale şartnamesinde bu hizmetin sağlık personeli eliyle yürütülmesiyle ilgili bir hüküm olmasına rağmen, ihaleyi alan şirketlerin laboratuvar veya röntgen birimlerinde herhangi bir sağlık eğitimi almamış,

⁴⁰⁷ Demirbilek, http://www.toplumsal hukuk.org/yazi_oku.asp?sayfa_no=131&b=saglikta_neoliberal (Erişim 15 Ocak 2008)

⁴⁰⁸ Pala, **Türkiye için Nasıl Bir Sağlık Reformu?**, s.30

lise mezunlarının çalıştırıldığı görülmüştür. Bu durum sağlık personelinin hakları bir yana, sağlık hizmeti alanların sağlığını ve sağlık hakkını çok ciddi anlamda tehdit etmektedir.⁴⁰⁹

Birlik kapsamındaki hastanelerin temizlik, yemek, veri hazırlama, güvenlik ve son olarak sağlık hizmetlerini dış kaynak kullanımı (hizmet satın alma) yoluyla temin etmesi ile hastanelerin kamu hizmeti üreten kamu idaresi statüsünden çıkarılarak, sağlık işletmesi modeline geçilmesi amaçlanmaktadır.⁴¹⁰ Bununla birlikte, yönetim kuruluna personel kadrolarının ihdas, iptal ve değiştirilmesine karar verme yetkisi verilerek, birlik içinde esnek istihdam anlayışının uygulanacağı sinyalleri de verilmektedir. Bu haliyle kamu hastanelerinde çalışan personelden, memur statüsünün sağladığı güvenceler alınarak, ücret ve mesai açısından esnek düzenlemeler getirilmektedir. Böylece kamu personelinin özlük hakları sınırlandırılarak, birlik yönetimine işgücü maliyetlerini azaltmak ve işletme karını arttırmak için uygun bir ortam hazırlanmaktadır.⁴¹¹

Tasarıda kamu hastaneleri hasta ve çalışan memnuniyeti, hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite ve verimlilik gibi konular göz önünde bulundurularak A, B, C, D, E sınıfı hastaneler olarak sınıflandırılacak ve ağırlıklı ortalaması C ve üzeri olan hastaneler grubu birliğe dönüştürülebilecektir. Verimliliği düşük, yani kar etme potansiyeli olmayan D ve E sınıfı hastaneler ise, Sağlık Bakanlığı'nda kalacaktır. Ayrıca birlikler kamu veya özel değerlendirme kuruluşları tarafından yıllık olarak hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti açısından değerlendirilecek ve yapılan değerlendirmelerde yeterli performansı gösteremeyen birlik yönetim kurulunun görevine son verilerek iki ay içerisinde yenisi oluşturulacaktır.

Tasarıda birliğin finansman kaynağının büyük bir kısmı, teminat paketi kapsamındaki sağlık hizmetleri için yukarıda anlatıldığı gibi gelirleri primler ve katkı payları olan GSS'den, teminat paketi kapsamında olmayan sağlık hizmetleri ise, özel sağlık

⁴⁰⁹ Kaçar, M., *Sağlık-Sen Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Çözüm Yolları Sempozyumu, Sağlıkta Vizyon*, Ankara, 12-14 Mart 2010, s.237

⁴¹⁰ Demirbilek, http://www.toplumsal hukuk.org/yazi_oku.asp?sayfa_no=131&b=saglikta_neoliberal (Erişim 15 Ocak 2008)

⁴¹¹ Ataay, *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme*, s.7-9

sigortalarından ya da cepten ödemelerden sağlanacaktır. Bunun dışında birliğe ait her türlü taşınırın satılmasından, kiraya verilmesinden elde edilecek gelirler ile bağışlar, yardımlar ve Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacak yardımlar birliğin diğer gelir kaynakları olarak sayılmaktadır. Tasarıdan birliğin kendi ürettiği hizmetler karşılığında elde edeceği gelirleriyle ayakta kalması ve gelir gider dengesini sağlaması anlaşılmaktadır. Zaten mevcut uygulamada kamu hastanelerine devlet bütçesi katkısı sadece personellerin maaşlarını ödeme düzeyine indirgenmiş ve personel ek ödemeleri ile hastane giderlerinin büyük bir kısmı GSS'den sağlanan döner sermaye gelirlerine terk edilmiştir. Bu düzenleme ile, kamu hastanelerinin personel ve hastane giderlerinin bir kısmının da olsa devlet bütçesinden finanse edilmesine son verilirken, devlet yardımı dışsal ve olağandışı bir gelir olarak öngörülmüştür. Böylece tasarıyla, kamu hastanelerinin devlet bütçesi ve sigorta priminden oluşan kamusal mekanizmalarla finanse edilmesi modeli değiştirilerek, sigorta primi, katkı payı ve cepten ödemelere dayalı yarı kamusal, yarı fiyatlandırma mekanizmalarıyla finanse edilen yeni bir model olarak düşünüldüğü görülmektedir.⁴¹²

Birliklerde çalışan personelin her türlü aylık ve mali hakları ile diğer sosyal hakları birlik bütçesinden karşılanacak ve ayrıca personelin katkısıyla elde edilen birlik gelirlerinden, birlik personeline ek ödeme yapılacaktır. Böylece, personelin verimliliğini artırmak üzere, personelin ücretleriyle birlik gelirleri arasında bağ kuran ve hali hazırda uygulanmakta olan performans dayalı ek ödeme sisteminin devam edeceği anlaşılmaktadır.

Genel olarak, tasarının tümü incelendiğinde, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastanelerin idari ve mali açıdan özleştirilerek, birer sağlık işletmesine dönüştürülmek istendiği ortaya çıkmaktadır. Bu yeni organizasyon yapısında, sağlık işletmeleri, kar amaçlı olarak çalışacak ve sağlık hizmetini de, gelirleri primler ve katkı payları olan GSS'den, özel sağlık sigortalarından ya da cepten ödenen paralarla finanse edecektir. Neoliberal yaklaşımlarla uygulamaya konan

⁴¹² Ataay, "Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları", s.169-184; Erençin, ve Yolcu, s.131; Kılıç, "Kamu Hastane Birlikleri: Hastaneler Kırk Parçaya Bölünüyor", s.86-87

SDP'ye genel olarak bakıldığında, SGK özel ya da kamu demeden sağlık hizmeti alan bir finansman kuruma dönüşürken, aile hekimleri ve kamu hastaneleri de rekabete dayalı kar amaçlı çalışan, ürettiği hizmeti fiyatlandırarak satan sağlık hizmeti sunucularına dönüşecektir.

Tasarıyla birliklere bağlı hastanelerde çalışan personel, kamu görevlisi statüsünden çıkarılarak, sözleşmeli statüye geçirilecek ve birliklerde esnek istihdam politikaları uygulanabilecektir. Böylece, kamu hizmetinin kar amaçlı olmama, hizmetin genel bütçeden finanse edilmesi, hizmetin kamu görevlileri eliyle gördürülmesi gibi temel özellikleri büyük ölçüde ortadan kaldırılarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık sistemi neoliberalleştirilmek istenmektedir.⁴¹³ En nihayetinde aile hekimliği uygulaması ve kamu hastanelerinin özelleştirilmesi ile Sağlık Bakanlığı da kamu sağlık hizmeti sunmaktan arındırılarak, politika belirleyen, piyasayı kontrol edip düzenleyen bir yapıya dönüşecektir.

Tasarıda dikkat çeken bir diğer önemli nokta, merkezi yönetim tarafından sunulan kamu hizmetlerinin büyük bir bölümünün yerel yönetimlere devredilmesini amaçlayan KYTK ile gerçekleştirilemeyen sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu hedefinin, Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı ile yeniden gündeme getirilmesidir. Tasarıda kamu hastaneleri kamu tüzel kişiliğine sahip, idari ve mali açıdan özerk, Sağlık Bakanlığı'nın ilgili kuruluşu haline dönüştürülerek, desantralize bir ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sistemi kurulacaktır. Desantralizasyonun, bölgesel sağlık hizmeti ihtiyaçlarının karşılanmasında daha rasyonel olduğu, sağlık hizmetlerini ilerlettiği ve dublikasyonları azalttığı, farklı hedef kesimler arasındaki eşitsizliği azalttığı, daha az maliyetli olduğu, sağlık hizmetlerine toplumsal ilgiyi artırdığı, kamu ve özel sağlık kurumları arasındaki sağlık hizmetleri aktivitelerinin bütünleşmesini ve sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu artırdığı varsayılmaktadır.⁴¹⁴ Böylece sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu ile sağlık hizmetlerinde eşitlik, verimlilik, erişilebilirlik ve kalite artışının sağlanacağı öngörülmektedir. Bu

⁴¹³ Ataay, *Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Türkiye'de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler*, s.88-89

⁴¹⁴ Harden, pp. 169-183; McGregor, p.5

çerçeve, Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye'de Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje yayınında şu görüşlere yer verilmektedir.⁴¹⁵

“Hizmet sunumu reformunun ikinci ana ögesi hastane desantralizasyonudur. Desantralizasyon özerkleşme ve özelleşme olarak iki ana grupta düşünülmektedir. Amaç mevcut durum tanımlanırken belirtilen dezavantajları ortadan kaldırmaktır. Özel sektörün konuya ilgi duyması halinde Sağlık Bakanlığı hastanelerinin işletmesinin devri veya belirli bir süre için kiralanması ya da intifa hakkı tesis edilmesi gibi usullerle özel hukuk gerçek veya tüzel kişilerince çalıştırılması sağlanacaktır. Özerkleşme kavramı içinde ise, hastanenin kamu tüzel kişiliğini sürdürerek yönetilmesi ancak bu yönetimin bütün unsurları hastane bünyesinde toplanması öngörülmektedir. Bu durumda hastaneler kendi yönetim yapısını oluşturabilen, kendi personelini istediği sınıftan, istediği miktarda işe alabilen ve sözleşme yaparak maaş ödeyen kurumlar haline gelmektedirler. Hastaneler kredi alabilen, mal varlığı edinip bunları satabilen mali yapıya sahip olacaktır.”

Yukarıdaki alıntı, Sağlık Bakanlığının SDP ile ne yapmak istediğini gayet açıkça ortaya koymaktadır. Yayında sağlık hizmetlerinde desantralizasyondan bahsedilmekte ve desantralizasyonun özerkleşme ve özelleşme olarak iki ana grupta düşünüldüğü ortaya konulmuştur. Yayında belirtilen hususların tasarıyla paralellik taşıması hiç de şaşırtıcı değildir.

Sağlık hizmetlerinde desantralizasyonun yukarıda sayılan olumlu yönlerinin olduğu varsayılmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinde desantralizasyonun ülkemizde uygulanması durumunda ne gibi sonuçların ortaya çıkacağı öngörmek açısından, Türkiye gibi DB destekli sağlık reformu yapan, Latin Amerika deneyiminin incelenmesi gereklidir. Latin Amerika'da desantralizasyon uygulaması sonrasında verimli işletmelere dönüşen

⁴¹⁵ SB. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Türkiye'de Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje**, s.2-4,5

sağlık kurumları, kazançlarını maksimize etmek için olmayan hastalar, yanlış teşhisler, mükerrer hesaplar ve yazılmayan ilaçlar için kesilen faturalar gibi yollarla her zaman karı ön planda tutmuşlardır. Öte yandan, Latin Amerika tecrübesi yerel inisiyatiflerin sağlık açısından her zaman doğru kararlar veremediğini ve teknik önerileri izlemede başarılı olamadığını da göstermiştir. Örneğin sağlık için ayrılan kaynaklar Bolivya’da belediye başkanı tarafından yol yapımına harcanmış; Kolombiya’da sağlık fonları belediyelerde, altyapı programlarında ihtiyaç duyulmayan hastane binalarının inşaatına yönlendirilmiş, Meksika’da komşu eyaletlere sağlık dışı harcama kalemleri için transfer edilmiştir. Ayrıca bu reform politikası sağlık işletmelerinde yüksek maaşla çalışan idareci sayılarında artışa neden olarak, verimsiz kaynak kullanımına, yönetsel kademelerde koordinasyon sorununa, merkezi alımın ortadan kalkması sonucunda sağlık kurumlarının pahalı tıbbi malzeme ve ilaç alımına neden olarak, kır-kent ve büyük-küçük şehirler arasındaki sağlık eşitsizliklerini arttırmıştır. Bu ülkelerde kentte yaşayanlar kırsaldakilere göre daha güçlü bir politik baskı yaratarak, orantısız sağlık kaynağına sahip olmuşlardır. Bu nedenle, coğrafi eşitsizlikler kırsalda yaşayanların, kenttekilere oranla, sağlık ihtiyaçlarının daha az karşılanmasıyla karşı karşıya bırakmıştır.⁴¹⁶ Ayrıca Meksika Sağlık Bakanı Dr. Julio Frenk’in Sağlık Bakanlığı’nın Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü adlı yayınında desantralizasyon ile ilgili şu açıklamaları dikkatle incelenmelidir:⁴¹⁷

“Hastanelerin ve kliniklerin yönetimini, bağışıklama ve erken teşhis kampanyaları gibi toplum sağlığı uygulamalarının çoğunun sorumluluklarını ulusal hükümetin altındaki ikinci düzeydeki eyalet hükümetlerine devrettik. Bizim tecrübeyle yaşadığımız olay devretme konusunda çok ileri gitmemizdir. Eğer desantralizasyon işlemi politika araçlarını elinde tutmaksızın yapılırsa çok kaotik bir sağlık sistemi ile karşı karşıya kalabilirsiniz. Ve eğer Meksika örneğinin olumsuz bir tecrübesi varsa, o da tam merkezîyetçiliğin veya çok fazla desantralizasyonun iyi olmamasıdır. Eğer bu çizgide çok ileri giderseniz,

⁴¹⁶ Homedes, and Ugalde Temel, ve Torlak , (Çev.) s.6-7

⁴¹⁷ Frenk, s.34

sonuçta çok fazla parçalanmış ve çok adaletsiz bir sistemle karşılaşabilirsiniz. Sizin doğu ve batı arasında sahip olduğunuz eşitsizliğe biz Meksika'da kuzey ve güney arasında sahibiz. Meksika ve Türkiye birbirine çok benziyor, çünkü her ikimizin de bir yarısı dünyanın en zengin kısımlarına bakarken, diğer yarısı dünyanın fakir kısımlarına bakıyor, yani bir yarısı çok gelişmiş, diğer yarısı ise gelişmemiş dünyaya bakıyor. Bu nedenle, başlangıç noktasının eşitsizlikten olumsuz olarak nasibini almış bir bölge olması, hizmeti desantralizasyon işlevinin sonuçta çok hakkaniyetsiz olmasına ve var olan adaletsizliği derinleştirmesine neden olabilir.”

Latin Amerika'da yaşanan sağlık hizmetlerindeki desantralizasyon deneyimi, desantralizasyonun asıl nedeninin, merkezi hükümetlerin devlet kaynaklarını borç ödemede kullanabilmeleri için mali sorumluluklarını yerel yönetimlere devretmesi olduğunu açıkça göstermiştir.⁴¹⁸ DB destekli Latin Amerika deneyimine bakarak, üniter yapısı ile merkezîyetçi bir yönetim yapısına sahip olan ülkemizde sağlık hizmetlerinin, mevcut kurumsal ve mali kaynakları ile temel hizmetleri dahi karşılamada yetersiz kalan, yerel yönetimlere hızlı bir biçimde devredilmesi, yüksek maliyetli yatırım ve hizmet gerektiren sağlık hizmetlerinde aksamalara ve sağlık yatırımlarının durmasına yol açabilir. Ayrıca yerel yönetimlerin sağlık hizmeti sunması ve yönetmesi için eldeki teknik kadroların nitelik ve nicelik olarak yetersiz olması ve yerel düzeyde seçilmişlerin olası çıkar hesapları toplum sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Desantralizasyon ile iller ve bölgeler arasında sağlık hizmetlerinde yaşanan eşitsizlik ve dengesizlik daha da artabilir. Dolayısıyla mevcut koşullar göz önüne alındığında sağlık hizmetlerinde desantralizasyon ikinci ve üçüncü basamak sağlı sistemini toplumsal bir hizmet olmaktan çıkararak, neoliberal bir yaklaşımla piyasa ilişkilerinin bir parçası haline getirmede bir ara durak olarak gözükmektedir.⁴¹⁹

⁴¹⁸ Homedes, and Ugalde, Temel, ve Torlak, (Çev.), s.5

⁴¹⁹ Erençin, ve Yolcu, s.134

2.3.2 Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı Tartışmaları

SDP'nin yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi oluşturma bileşeninin bir diğer alt başlığı kamu hastanelerini idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüştürmektir. Bu çerçevede, 2010 Mart ayında TBMM Plan ve Bütçe Komisyonunda kabul edilen Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kamu hastanelerinin kamu tüzel kişiliğine sahip, idari ve mali açıdan özerk kamu hastane birlikleri çatısı altında toplamayı ve birlikleri de Sağlık Bakanlığı'nın ilgili kuruluşu haline dönüştürmeyi amaçlamaktadır. Bu kısımda, henüz tasarı olan Kamu Hastane Birlikleri'nin uygulamaya geçmesi halinde, sağlık insan gücünün istihdam biçimi ve ücretlendirmesi üzerindeki muhtemel etkileri tartışılacaktır.

İlk olarak tasarıda, birliğin ve birliğe bağlı hastanelerin yönetiminde bulunan genel sekreter başta olmak üzere idari, mali ve tıbbi hizmet başkanları, hastane yöneticisi, başhekim ve yardımcıları, müdür ve müdür yardımcıları ile birlikte görevli uzmanlar ve büro personellerinin sözleşmeli statüde istihdam edilmesi öngörülmektedir. Yönetim kadrosuyla yapılacak sözleşmeler 3 yıllık ve sözleşme ekindeki kurumsal hedefler ile performans değerlendirmedeki gerçekleştirmelere bağlı olacaktır. Performansa dayalı sözleşmeli yönetici uygulaması ile yönetim kademelerinde görevlendirilen personel, yüksek ücretli fakat, iş güvencesi ve diğer haklar açısından diğer kamu yöneticileri ile aynı korumadan yoksun olacaklardır. Ayrıca tasarının yasalaşarak yürürlüğe girmesi halinde, hastanelerde görevli mevcut başhekim ve yardımcılarının, hastane müdür ve yardımcılarının, başhemşire ve yardımcılarının görevleri sona erecektir. Böylece birlik ve hastane yönetimleri liyakate ve eğitime göre değil, tamamen siyasi kriterlere göre siyasilerce belirlenecektir. Bu durumda, kamu hastane hizmetlerinin de siyasileşmesine neden olacaktır.

Birliğe bağlı hastaneler işletme yaklaşımı içinde kar-zarar, fayda-maliyet esasına göre yönetilecektir. Yönetim kademesindekilerin işlerine devam edebilmek için kar odaklı çalışmak zorunda kalmaları; ilk başta sağlık insan gücünün daha fazla hizmet üretmesi için

zorlanması, maliyetleri azaltmak adına sözleşmeli personellerin işlerine son verilmesi, iş yükünün artması ve buna bağlı olarak sağlık insan gücünde tükenmişliğin yaşanmasına yol açacaktır.

Tasarıda birliklere tanınan mali özerklik ile, birliklere bağlı hastaneler, ürettiği hizmetler karşılığında elde edeceği gelirlerle sağlık hizmeti vermek ve gelir gider dengesini sağlamak zorunda kalacaktır. Zaten mevcut uygulamada kamu hastaneleri döner sermaye gelirlerine terk edilmiştir. Tasarının yasalaşması halinde ise, kamu hastanelerinin personel ve hastane giderlerinin devlet bütçesinden finanse edilmesine son verilecek ve devlet yardımı dışsal ve olağandışı hallerde yapılacaktır. Tasarı ile, birlik ve bağlı hastanelerde çalışan personelin her türlü aylık ve mali hakları ile diğer sosyal hakları birlik bütçesinden karşılanacaktır. Mevcut uygulamada personelin döner sermaye ek ödemeleri yarım, eksik gedik ve zamanı geçtikten sonra yatırılırken, tasarının yasalaşması halinde personelin bütün maaşının yarım, eksik gedik ve zamanı geçtikten sonra verilmesi söz konusu olabilecektir. Ayrıca personelin verimliliğini artırmak üzere, personelin ücretleriyle birlik gelirleri arasında bağ kuran performansa dayalı ek ödeme sistemine devam edilecektir.

Tasarının yasalaşması halinde birliklere tanınan idari özerklik ile yönetim kuruluna personel kadrolarının ihdas, iptal ve değiştirilmesine karar verme yetkisi verilerek, birlik içinde esnek istihdam politikalarının uygulanacağı anlaşılmaktadır. Birliklerde ve bağlı hastanelerde birlik yönetimine getirilen sözleşmeli statü, çalışan personele de getirilerek, memur statüsünün sağladığı güvenceler alınacak, ücret ve mesai açısından esnek düzenlemeler getirilecektir. Böylece birlik yönetiminin işgücü maliyetlerini azaltmak ve işletme karını arttırmak için esnek istihdam politikalarını uygulayabilmesine imkan tanınacaktır. Bütün bunlar toplandığında, tasarı ile kamu hastaneleri desantalarize edilerek, devlet ve sağlık insan gücü arasındaki geleneksel ilişki bozulacak, sağlık insan gücü istihdamı parçalanacak, sağlık insan gücünün iş güvencesi, gelir güvenliği ve sosyo-ekonomik hakları bireysel iş sözleşmeleriyle belirlenecek ve birlikler arasında istihdam ve ücretlendirme farklılıkları oluşacaktır.

Mevcut uygulamada kamu hastaneleri temizlik, yemek, veri hazırlama, güvenlik vb. işçi çalıştırmaya dayalı bir çok hizmetin yanı sıra, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri gibi tıbbi hizmetleri de ihale yoluyla özel sektörden temin etmekte yani, taşeronlaştırmaktadır. Tasarıda, ihtiyaç duyulması halinde, sağlık, avukatlık ve danışmanlık hizmetlerinin özel kuruluşlardan satın alma yoluyla temin getirilmesine olanak sağlanmaktadır. Zaten 2003 yılında çıkarılan 4924 sayılı Kanununun 11. maddesi ile sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, hizmet satın alınması yoluyla gördürülmesinin yolu açılmıştır. Kanununun bu hükmü gereğince, 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık ve yardımcı sağlık personeli tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin satın alma yoluyla gördürülmesine ilişkin esas ve usuller belirlenerek, uygulama hastanelerde başlatılmıştır. Türk Tabipleri Birliği'nin uygulamayla ilgili Danıştay'a açtığı dava, en son Anayasa Mahkemesi'nin önüne gitmiştir. Anayasa Mahkemesi'nin konuyla ilgili 2007 yılında verdiği karar ile, sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, lüzumu halinde hizmet satın alınması yoluyla gördürülmesi olanaklı hale gelmiştir. Tasarının yasalaşması ile, hastaneler işletme maliyetlerini düşürmek ve karlarını artırmak için sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil personelin yaptığı hizmetleri, hizmet alımı yoluyla taşeronlaştıracak ve hastanelerde merkezde sözleşmeli personel, çevrede ise, sendikasız, güvencesiz, düşük ücretli, işçi statüsünde personel anlayışı yaygınlaşacaktır. Böylece kamusal sağlık hizmetleri taşeron şirketlere gördürerek, özel sektöre kaynak aktarılacak yani, bu hizmetler özelleştirilecektir.

3 SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ'NİN SAĞLIK SİSTEMİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

IMF, DB ve DSÖ gibi küresel örgütler dünyayı evrensel olabilecek batı değerlerini varsayan ve neoliberal değerlerin hakim olduğu bir perspektifte görme eğilimindedir. Bu çerçevede ortaya konulan neoliberal politikaların bir sonucu olarak birçok ülkede yapılan sağlık reformları temel olarak; sağlık hizmeti satın alanlar ile sunanlar arasında daha keskin

bir ayırımın olması, sağlık sistemlerinin desantralizasyonu, tüketici tercihleri ile klinik etkinlik ve sağlık çıktıları üzerindeki vurgunun artırılması, özel sektörün gelişmesi ve yönetilen sağlık hizmeti gibi unsurları içermektedir.⁴²⁰ Sağlıkta rekabetin ve piyasanın hizmet fiyatlarını ucuzlatacağı ve kaliteyi artıracacağı varsayımıyla yapılan sağlık reformlarının uygulandığı ülkelerde genel olarak, sağlık insan gücünün çalışma koşulları güçleşmiş, toplam sağlık harcamalarında gereksiz artışlar ortaya çıkmış, işletme statüsündeki hastaneler tekeli yapılar oluşturmak üzere birleşmiş, küçük yerleşim yerlerindeki para kazanamayan küçük ölçekli hastaneler kapanmış ve kırsal ve büyük-küçük şehirler arasındaki sağlık eşitsizlikleri artmıştır.⁴²¹

SDP'nin insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet ilkelerinin neoliberal politikalar ile paralellik gösterdiği açıkça görülmektedir. Birlikte okunduğunda SDP sağlık hizmet sunumunda yer alacak her birimi, piyasanın rekabet edebilen bir öznesi olarak tanımlarken, sağlık hizmeti almak durumunda kalanları ise, sağlık hizmeti almak için ödediği vergilerin yanı sıra, prim ve katkı payı ödemekle yükümlü kılmaktadır.⁴²² Türkiye neoliberal yaklaşımla uygulanan AHM'nin, GSS'nin ve henüz taslak olan Kamu Hastane Birliklerinin, tezin II. bölümünde ele aldığımız sağlık sistemindeki neoliberal dönüşümün sağlık sistemi üzerindeki etkileri başlığında ele alındığı gibi, sağlık sistemini bireyselleştirme, piyasalaştırma, özelleştirme ve desantralize etme amaçlarını taşıdığı gözlenmektedir. Zaten SDP'nin en çok eleştirilen yönleri, sağlık hizmetlerinde kamunun ağırlığını azaltması, özel sektöre ve bireysel sorumluluğa artan bir önem vermesi ve sağlık hizmetlerine rekabet ve sözleşme gibi piyasa araçlarının uygulaması ile kendini gösteren neoliberal eğilimlerdir.⁴²³

⁴²⁰ WHO, "Human Resources For Health: Developing Policy Options For Change", p.9; Feo, p.227

⁴²¹ Belek, "Sağlıkta Özelleştirme", s.39

⁴²² Bağımsız Sosyal Bilimciler, **2005 Başında Türkiye'nin Ekonomik ve Siyasal Yaşamı Üzerine Değerlendirmeler**, Ankara, Mart-2005, s.35-39

⁴²³ Yenimahalleli, **Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi**, s.101

3.1 Bireyselleştirme

Neoliberal yaklaşımın bireyselleştirme prensibi sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi kamusal sorunlara kolektif yaklaşımların yerine, bireysel olarak çözüm bulmasını önermektedir.⁴²⁴ Bireyselleştirme yaklaşımı ile sağlık yardımları sadece nüfusun özellikle en yoksul kesimini kapsayacak şekilde daraltılarak, nüfusun geri kalanına prim, katkı payı, ilave ücret, özel sigorta gibi uygulamalarla kendi başının çaresine bakması önerilmektedir. Böylece sağlık sisteminin bütün nüfusu kapsayan özelliği sadece nüfusunun en yoksul kesimleri için sağlanan sağlık yardımları ile sınırlandırılmaktadır.⁴²⁵

SDP çerçevesinde, 2005 yılından itibaren pilot bölgelerde uygulamaya konan AHM, sağlık ocağı temelli, genel bütçeden finanse edilen, topluma dönük ve bütüncül bir birinci basamak sağlık hizmeti anlayışını ortadan kaldırarak, bireyi temel alan bir yaklaşımı egemen kılmaktadır.⁴²⁶ AHM ile bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve ayaktan tedavi edici hizmetler aile hekimleri tarafından sunulmaktadır. Böylece, koruyucu sağlık hizmetlerindeki bütüncül bakış açısı önemini kaybederek, bir ekip hizmeti olarak sunulan birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri 1.000 ila 4.000 arası nüfusa, birey odaklı olarak sunulacaktır. Ayrıca GSS ile SGK'nın sağladığı sağlık hizmetinden faydalanmak, pirim ve katkı payı ödeme ve prim borcu olmama koşuluna bağlamaktayken, katılım payı ve ilave ücret gibi uygulamalar, toplumdaki herkesin ulaşılabilir ve nitelikli bir sağlık hizmetinden eşit bir şekilde yararlanma hakkını ortadan kaldırmaktadır. Sağlık hizmetlerinde gereksiz kullanımı azaltmak için alınan katılım payı sağlık hizmetlerinin herkesi kapsamaması, ulaşılabilir olması ve eşit bir şekilde yararlanılması ilkelerine ters düşmektedir. Ayrıca, 1992'den beri yoksul kesimler için uygulanan yeşil kart uygulamasında, yoksulluk sınırı asgari ücretin üçte biri olacak şekilde daraltılması, neoliberal politikaların gereği olan bireyselleştirmenin en açık örneklerindedir.

⁴²⁴ Martinez and Garcia, <http://www.igc.org/trac/corner/glob/neolib.html> (Erişim: 05.04.2009)

⁴²⁵ Feo, p.227

⁴²⁶ Ataay, **Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Türkiye'de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler**, s.89

3.2 Serbest Piyasa ve Özelleştirme

Neoliberal yaklaşıma göre, sürdürülebilir bir ekonomik büyümenin, yeniliğin, rekabetin, serbest ticaretin, özel mülkiyete ve sözleşmelere saygının sağlanması için tüm kamu ve devletin sahip olduğu girişimlerin özelleştirilmesi ve serbest piyasaya bırakılması gerekmektedir. Çünkü piyasaların kıt kaynakların dağıtımında, devletten hem daha iyi, hem de daha etkin olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu yaklaşıma göre, devlet eliyle yürütülen girişimler hem ekonomiye müdahale anlamı taşımakta, hem de ekonomik büyümenin, yeniliğin ve rekabetin önünü tıkamaktadır.⁴²⁷ Neoliberal yaklaşımın bu bakış açısı, sağlık hizmetleri için de değişmemektedir. Yani sağlık hizmeti, kamu tarafından ücretsiz ya da sigorta kapsamında verilen temel bir hizmet olarak değil, finansmanı özel sigortalar tarafından ve/veya cepten ödemelerle sağlanan ve özel sağlık kurumlarından satın alınan bir hizmet olarak düşünülmektedir. Böylece sağlık, devlet tarafından sunulan bir sosyal haktan, yalnızca satın almaya gücü yetenlerin aldığı bireysel bir hakka dönüşecektir.⁴²⁸

SDP'nin temel hedeflerinden biri olan AHM, birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin neoliberal bir yaklaşımla özelleştirilmesini temel almaktadır.⁴²⁹ SDP çerçevesinde uygulamaya konan AHM sağlık ocağı temelli, topluma dönük ve bütüncül bir yaklaşımı temel alan birinci basamak sağlık hizmetlerini, özel muayenehane temelli, fiyatlandırmaya dayalı, kar amaçlı bir yaklaşıma dönüştürmektedir.⁴³⁰ Ayrıca AHM ile koruyucu sağlık hizmetleri, serbest piyasa koşullarındaki gibi aile hekimleri, kirasını kendi ödediği muayenehanesinde, işvereni olduğu aile sağlığı elemanı ile birlikte sunduğu sağlık hizmetini diğer aile hekimleriyle rekabet ilkesine dayalı olarak sunulacaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin rekabete dayalı olarak yürütüldüğü bu modelde, neoliberal politikalara uygun olarak, muayenehane hekimliği ve hekimin işletmecilik becerisi ön plana çıkarılmaktadır.

⁴²⁷ Robbins, **Global Problems and The Culture Of Capitalism**; McGregor, p.4; Martinez and Garcia, <http://www.igc.org/trac/corner/glob/neolib.html> (Erişim: 05.04.2009); Boecker, <http://www.icf.de/yabasta/ybnlehea.htm> (Erişim:05.01.2010)

⁴²⁸ McGregor, p.6

⁴²⁹ TTB, **Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım**, s.44; Eskiocak, ve diğerleri, s.14

⁴³⁰ Ataay, **Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Türkiye'de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler**, s.89

SDP'nin temel bileşenlerinden olan GSS'nin kapsadığı sağlık hizmetlerinin gereksinimini karşılamaktan uzak olması, sigortalıları özel sigortalardan ek veya tamamlayıcı sigorta yaptırmaya ya da cepten ödemeye yapmaya yönlendirmektedir.⁴³¹ Aslında GSS sistemi, AHM ile özelleştirilen birinci basamak sağlık hizmetleri, özel sektör sağlık hizmetleri, idari ve mali açıdan özerk ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin finansman modeli olarak düşünülmüştür. SGK'nın sağladığı sağlık hizmetlerini, yurt içi veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları ile yapacağı sözleşmeler yoluyla ve/veya sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldığı sağlık hizmeti giderlerini ödeyerek sağlayacaktır. Bu sistem, birinci basamak sağlık hizmetlerini aile hekimlerinden, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini de özel hastaneler ve kamu hastane birliklerinden sağlanacağını varsaymaktadır. Bu yaklaşımda, kamunun özele önceliği olmadığı gibi özerk sağlık işletmeleri ile özel hastaneler rekabet içinde sağlık hizmeti vereceklerdir. Rekabet edemeyen hastaneler ise, piyasanın görünmez eli tarafından bertaraf edilecektir.

Kamu hastane birlikleri tasarısı, kamu hastanelerinin idari ve mali yönden özerk bir örgütlenme modeli getirme iddiasıyla hastanelerin özelleştirilmesi sürecinde bir ara durak olarak görülmektedir. Sağlık sektöründeki özelleştirmeler kamunun elindeki sağlık kurumlarının mülkiyetinin özel sektöre devri; klinik ve klinik olmayan hizmetlerin ihale yoluyla özel şirketlerden sağlanması; sağlık hizmetlerinde özel sektörün teşvik edilmesi ve desteklenmesi şeklinde uygulanmaktadır.⁴³² Zaten mevcut yapı içerisinde kamu hastaneleri temizlik, yemek, veri hazırlama, güvenlik vb. bir çok hizmeti özel sektörden satın almaktadır. Bu hizmet satınalma kervanına laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri gibi tıbbi hizmetlerde girmiştir. Ayrıca özel sektör de sağlık alanında teşvik edilmekte ve desteklenmektedir. Sağlıkta özelleştirmenin son halkası, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerin aile hekimlerine devredilmesi ve kamu hastanelerinin mülkiyetinin özel sektöre geçmesiyle tamamlanacaktır.

⁴³¹ Pala, **Türkiye için Nasıl Bir Sağlık Reformu?**, s.19; Aktan, s.141; Demirbilek, http://www.toplumsal hukuk.org/yazi_oku.asp?sayfa_no= 131&b= saglikta_neoliberal (Erişim 15 Ocak 2008)

⁴³² Özkal, İ., "Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Küreselleşme", **Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi**, Yıl:3, Sayı: 11-12, Eylül-Aralık 2002, s.48

Tablo 21.

2002-2009 Arası Sektörlere Göre Bazı Göstergelerin Değişim Oranları

	2002		2009		Özel Sektör Değişim Oranı %	Sağlık Bak. Değişim Oranı %
	Özel Sektör	Sağlık Bakanlığı	Özel Sektör	Sağlık Bakanlığı		
Hastane Sayısı	270	774	450	834	66,66	7,75
Hastane Yatak Sayısı	13.192	102.589	25.178	122.354	90,85	19,26
Hastane Müracaat Sayısı	5.680.954	109.737.182	47.618.186	228.279.139	838,20	97,49

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009**, Ankara, 2011, s.50-51, 94

Son yıllarda sağlık hizmeti sunumunda sayıları hızla artan özel sağlık kurumları GSS ve kamusal fonlarla beslenmektedir. Hatta, özel sağlık kurumlarına verilen teşviklerin ve desteklerin yanı sıra, kamusal fonların özel sağlık kurumlarının çoğalmasını tetiklediği söylenebilir.⁴³³ Tablo 21 incelendiğinde, SDP'nin uygulamaya geçirildiği 2003 yılından 2008'e kadar geçen süreçte, özel sektörün gerek hastane sayısında, gerek hastane yatak sayısında, gerekse hasta müracaatı sayısında oransal olarak, Sağlık Bakanlığı'ndan daha fazla büyüdüğünü açıkça ortaya koymaktadır.

3.3 Desantralizasyon

Neoliberal yaklaşım sağlık hizmetlerinde eşitliği, verimliliği, erişilebilirliği ve kaliteyi artırabilmek için, kamu yetkilerinin ve mali sorumluluklarının merkezi yönetim seviyesinden, yerel seviyelere devredilmesini savunmaktadır. Ancak uygulamada yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerini diğer bölgelerle aynı seviyede sunacak yeterli mali kaynağa ve kabiliyete sahip olmaması, tamiri zor sonuçlara yol açabilir.

SDP çerçevesinde yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık sistemi oluşturmak için, kamu hastaneleri kamu tüzel kişiliğine sahip, idari ve mali açıdan özerk, Sağlık Bakanlığı'nın ilgili kuruluşu haline dönüştürülerek, desantralize bir ikinci ve üçüncü

⁴³³ Belek, "Sağlıkta Özelleştirme", s.40-41

basamak sağlık hizmeti sistemi kurulması amaçlanmaktadır. Bu sistem içersinde kamu hastaneleri hasta ve çalışan memnuniyeti, hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite ve verimlilik gibi konular göz önünde bulundurularak yapılan değerlendirmede A, B ve C grubu hastaneler birlik adı altında toplanacaktır. Tasarıda temel olarak, birliğin kendi ürettiği hizmetler karşılığında elde edeceği gelirleriyle ayakta kalması, gelir gider dengesini sağlaması ve birliğe bağlı hastanelerde çalışan personelin her türlü giderini birlik btcesinden karşılaması amaçlanmaktadır. Yeni oluşturulan sağlık sisteminde kamu hastaneleri, özetle kendi kendine yetebilen, rekabete dayalı bir sistem içinde kar amaçlı çalışan ve ürettiği hizmeti fiyatlandırarak SGK kaynaklarından pay kapmaya çalışan kurumlara dönüşecektir.

4 SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ'NİN SAĞLIK İNSAN GÜCÜ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Bir nceki bölümde SDP'nin neoliberal yaklaşımlara uygun olarak aslında sağlık sisteminde bireyselleştirme, piyasalaştırma, zelleştirme ve desantralizasyonu içerdiğini anlatmıştık. Bu bölümde neoliberal yaklaşımlar çerçevesinde kurgulanan SDP'nin kamu sağlık insan gücü istihdam yapısı ve seviyesi üzerine etkileri, ücret sistemi üzerindeki etkileri ve desantralizasyonun etkileri ele alınacaktır.

4.1 İstihdam Yapısı ve Seviyesi zerindeki Etkileri

SDP direkt olarak, sağlık insan gücü seviyesini azaltmayı ya da sağlık insan gücünün istihdam koşullarını ktleştirmeyi amaçlamamaktadır. Hatta SDP'nin bileşenlerinden biri de bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü oluşturmaktır. Sağlıkta Dönüşüm Konsept Raporu'nda bu bileşenle ilgili, tıp meslekleri eğitim alanında tıp mesleklerinin özelliklerine uygun asgari standartların belirlenmesi ve bu standartlara uygun eğitim programlarının geliştirilmesi; hemşirelik eğitiminin niversiteye temellendirilmesi; mezuniyet sonrası eğitim programlarının sertifika benzeri yetkilendirme eğitimleri ile yeniden düzenlenmesi; sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin görev yetki ve sorumluluklarının tanımlanması; sağlık yönetim

sisteminde görev alacaklarda sağlık yönetimi, işletme, kamu yönetimi vb. eğitimlerin aranması; hizmet sunumunun değerlendirilmesi için gerek bireysel, gerekse kurumsal performans değerlendirilmesi yapılması; sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımını teşvik etmek için zorunlu hizmetin kaldırılarak, kamu kurumlarında daha istekli ve verimli çalışmayı özendirecek tedbirler alınması gibi hedefler konmuştur.⁴³⁴ Ancak özünde sağlıkta serbest piyasanın genişlemesini, dış kaynak kullanımını, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini ve desantralizasyonunu esas alan SDP, performansa dayalı ücret sistemi ile sağlık insan gücü ücretlerinin adaletsiz dağılımına ve iş yükünün artmasına, sözleşmeli personel istihdamı ile iş güvencesinin zayıflamasına, çalışma koşullarının kötüleşmesine neden olmuştur.

4.1.1 Kamuda Sözleşmeli Personel İstihdamındaki Artış

Neoliberal yaklaşımları ngren SDP ile kamuda istihdam edilen sözleşmeli personel sayısında önemli ölçüde artışlar olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Konsept Raporu'nun mecburi hizmet uygulamasına alternatif olarak, kamu kurumlarında daha istekli ve verimli çalışmayı özendirmek için, 2003 yılında 4924 sayılı Kanun ile eleman temininde güçlük çekilen yerlerde, sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması uygulaması ile ilk defa, kamuda çalışan sağlık personelinin iş güvencesi ortadan kaldırılmıştır. 4924 sayılı Kanunla eleman temininde güçlük çekilen yerlerde, emsal sağlık personeline göre daha yüksek ücretli sözleşmeli sağlık personeli istihdamının başlangıçta sadece doğu ve güneydoğu illerini kapsayacağı açıklansa da, daha sonra uygulama ülke geneline yayılmıştır. Fakat 4924 sayılı Kanuna göre sözleşmeli çalışanlar ile, mecburi hizmet uygulaması için alternatif oluşturulamadığı için, 2005 yılında mecburi hizmet uygulamasına tekrar dönülmüştür.⁴³⁵

4924 sayılı Kanununun 11. maddesi ile artık sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, hizmet satın alınması yoluyla gördürülmesinin de yolu açılmıştır. Bundan sonraki süreçte, kamu hastanelerinin

⁴³⁴ SB., Proje Destek Birimi, **Sağlıkta Dönüşüm Konsept Raporu**, s.83-86

⁴³⁵ Bağımsız Sosyal Bilimciler, **2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset, İktisat ve Toplum**, s.234

sağlık hizmetlerini, taşeron şirketler eliyle görmesi gündeme gelmiştir. 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından 05.05.2004 tarih ve 25453 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan tebliğde, sağlık ve yardımcı sağlık personeli tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin satın alma yoluyla gördürülmesine ilişkin esas ve usuller belirlenmiştir. Bu kapsamda, Denizli Devlet Hastanesi tarafından psikiyatri, onkoloji, çocuk psikiyatrisi, endokrinoloji ve alerji hastalıkları uzmanları hizmeti alımı için 2004 yılında ihaleye çıkılmış, ancak bu ihalenin iptali için Türk Tabipleri Birliği Danıştay’da iptal davası açmıştır. Danıştay da 657 sayılı Yasanın 36. maddesine eklenen yasa hükmünün Anayasaya aykırılığı itirazını ciddi bularak, iptali istemi ile dosyayı Anayasa Mahkemesine göndermiştir. Anayasa Mahkemesi’nin 24 Aralık 2007 tarih ve 26736 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan konuyla ilgili kararında, sağlık hizmetleri sınıfındaki personele gördürülen sağlık hizmetlerinin satın alma yolu ile gördürülebilmesine ilişkin yasa hükmünü, Anayasa’nın 128. maddesindeki *“Devletin, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişilerinin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler, memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görülür.”* hükmünü ile açıkça memur ve kamu görevlisi tanımının yapılmadığı, sadece onlara gördürülecek işin belirlendiği gerekçesiyle, Anayasaya aykırı bulmamıştır. Anayasa Mahkemesi kararında, “sağlık hizmetlerinin temel hedefi olan insan sağlığının ertelenemez ve ikame edilemez niteliği gereği diğer kamu hizmetlerinden farklı olduğu, bilime dayalı olması gereken tanı ve tedavi metotlarının insan yararına sürekli yenilik ve gelişme göstermesi ve hizmet kalite ve beklentilerini çağın koşullarına yaklaştırmayı gerektirmesi nedeniyle, sağlık hizmetlerinin kendi iç dinamikleri ve nitelikleri gereği üretilmesi ve sunulmasında özel sektörün kazanç, rekabet ve büyüme dinamiklerinden yararlanacak türdeki hizmetlerden olduğu”, tespitini yapmıştır. Ayrıca, Anayasa’nın 47 ve 128. maddelerine göre, sağlık hizmetlerinin bütünüyle devletin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğu bir kamu hizmeti şeklinde nitelendirilmediği ve dolayısıyla sağlık hizmetinin tamamının salt memur ve diğer kamu görevlileri eliyle yürütülmesi gerektiğinden söz edilemeyeceği gibi, bunun özel hukuk sözleşmeleri ile üçüncü kişilere yaptırılabilmesinin olanaklı olduğu vurgulanmıştır. Sonuç olarak kararda, Anayasa gereği herkesin, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına

sahip olması karşısında, ülkenin her yöresinde herkesin sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanılabilmesini sağlamak amacıyla niteliği gereği sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde ortaya çıkacak eksiklik ve gecikmelerin telafisi olanaksız sonuçlara yol açabilmesi, kamunun iktisadi ve teknik yetersizliği, teknolojik gelişme ve kullanıcıları ile hizmet sunucu ve donanımlarına olan ihtiyaç, görev ve yer yönünden erişim zorlukları, sağlık hizmetlerinin ertelenemez ve ikame edilemez özellikleri, doğal afet, salgın hastalıklar ve acil durumlar sağlık hizmetlerinin hizmet satın alma yoluyla karşılanmasını zorunlu kıldığı belirtilmiştir. Böylece, sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, lüzumu halinde hizmet satın alınması yoluyla gördürülmesi olanaklı hale gelmiştir.⁴³⁶ Bu kararın ardından, Sağlık Bakanlığı'na bağlı birkaç hastanede ve il sağlık müdürlüğünde, sağlık ve yardımcı sağlık personeli tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin satın alma yoluyla gördürülmesine ilişkin esas ve usuller çerçevesinde, ihaleyle sağlık insan gücü temin edilmeye başlanmıştır.⁴³⁷ Bu durum laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerinde olduğu gibi sağlık insan gücü bir yana, sağlık hizmetinin konuyla ilgili herhangi bir diploması veya eğitimi olmayanlar tarafından verilmesine bağlı olarak, toplum sağlığını tümünden tehlikeye sokacak niteliktedir.

2004 yılından itibaren, kamuda kadrolu sağlık personeli istihdam politikası bırakılarak, bu defa 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4/B maddesine göre, gerek özlük hakları ve gerekse mali ve sosyal hakları bakımından kadrolu memurlara ve 4924 sayılı Kanuna göre sözleşmeli çalışanlara nazaran görece daha kötü koşullarda sözleşmeli sağlık personeli istihdamına geçilmiştir. Böylece aynı işyerinde, aynı unvanla, aynı işi yapan fakat, farklı statü, sosyo-ekonomik haklara sahip kamu personeli anlayışı doğmuştur. Kamu personelleri arasında oluşturulan bu ayrımcılık çeşitli sorunları da beraberinde getirmiştir. Tablo 22'de de gösterildiği gibi sözleşmeli sağlık personelinin tayin, becayiş, doğum sonrası ve askerlik dönüşü göreve başlama konularında aksaklıkların yaşanması; kadroluların döner sermayelerinden herhangi bir kesinti yapılmazken, sözleşmeli sağlık

⁴³⁶ 22.11.2007 tarih ve Esas Sayısı 2004/114, Karar Sayısı 2007/85

⁴³⁷ Kamu İhale Kurumu, <http://vatandas.ihale.gov.tr/idareara.htm> (Erişim 04 Ekim 2010)

personelinin ek ödemesinden SGK kesintisi yapılması; kadrolu sağlık personelinin yararlandığı giyim yardımlarından sözleşmeli personelin yararlanamaması; kadrolu personelin kıdem ve kademe ilerleme haklarının sözleşmeli personele tanınmaması gibi ayrımcılıklar ve iş güvencesiz çalışma kurum içinde çalışma barışının bozulmasına, iş verimi ve hizmet kalitesinin önemli ölçüde düşmesine yol açmıştır.⁴³⁸ Çalışma barışını tehlikeye sokan bu tip sözleşmeli personel istihdam modelleriyle, SDP'nin uzun vadede başarıya ulaşması ve sistemin sürdürülebilirliği mümkün gözükmemektedir.⁴³⁹

Tablo 22.

Kadrolu Personel ve Sözleşmeli Personeller Arasındaki Özlük Haklardaki Farklılıklar

ÖZLÜK HAKLAR	4/A Kadrolu Personel	4/B Sözleşmeli Personel	4924 Sözleşmeli Personel
İsteğe Bağlı Tayin Hakkı	VAR	YOK	YOK
Mazeret Tayini Hakkı	VAR	VAR	VAR
Becayış Hakkı	VAR	VAR	VAR
Aile ve Çocuk Yardımı	VAR	VAR	VAR
Giyecek-Yiyecek Yardımı	VAR	YOK	VAR
İdari Göreve Atanma	VAR	YOK	YOK
Dönersermayenin Emekliliğe Yansıtılması*	YOK	VAR	VAR
375 sayılı KHK'ya Göre Mahsuplaşma	VAR	VAR	VAR
Aile Hekimliği Sözleşme Hakkı	VAR	VAR	VAR

Kaynak: Kaçar, M., Sağlık-Sen Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Çözüm Yolları Sempozyumu, Sağlıkta Vizyon, Ankara, 12-14 Mart 2010, s.233

* 31.07.2010'dan itibaren hekimlerin ek ödemelerinin bir kısmı emekliliğe yansıtılmaktadır.

NOT: Tablo yeni gelişmelere göre güncellenmiştir.

⁴³⁸ Sağlık-Sen, "Sağlıkta Farklı İstihdam Modelleri Çalışma Barışını Tehdit Ediyor" **Sağlık-Sen Dergisi**, Ankara, Kasım-Aralık 2008, s.10-11

⁴³⁹ Kaçar, s.235

SDP ile 2003 yılından itibaren gerek 4924 sayılı Kanuna, gerek 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4/B maddesine, gerekse 4924 sayılı Kanunla getirilen sağlık hizmetlerinin hizmet satın alınması yoluyla taşeronlar aracılığıyla gördürülmesi, sağlık insan gücünün iş güvencesini önemli ölçüde kaybetmesine sebep olmuştur. Günümüzde iş güvencesi, başta İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi olmak üzere; Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi ve UÇÖ'nün sözleşmelerinde yer alan, temel bir insan hakkıdır. İş güvencesi hakkı, keyfi işten çıkarmaları denetlemekte, işten çıkarmanın çalışana yüklediği maliyeti en aza indirmekte, ayrımcılığı engellemekte ve yargı kararlarına karşı koruyucu ve düzenleyici bir çerçeve oluşturmaktadır. Kamuda çalışan sağlık insan gücünün Avrupa Birliği direktiflerine ve UÇÖ sözleşmelerine uygun şekilde iş güvenceli olarak çalıştırılması, sağlık personelinin uluslararası çalışma normlarına uygun çalıştırılması bakımından da önemlidir.

Türkiye'de uygulamaya konulan SDP neoliberal paradigma ile uyumlu olacak şekilde hangi basamakta olursa olsun sağlık insan gücü istihdam modelini iş güvencesinden arındırılmış sözleşmeli çalışma olarak öngörmektedir.⁴⁴⁰ Bu düşünceye göre, SDP ile sağlık hizmeti artık yarı kamu hizmetine dönüştüğü için bu hizmeti verenlerin de devlet memuru güvencesi ile çalıştırılmasına gerek kalmayacaktır. Yıllık sözleşmeli personel olarak çalıştırılacak sağlık çalışanlarının tamamı düşük ücretin yanı sıra, bir de iş güvencesi sorunuyla karşı karşıya kalacaktır.⁴⁴¹ SDP çerçevesinde uygulamaya konan AHM'de kamu görevlisi ve serbest çalışan hekimlerden oluşacak aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, tam gün esasına göre çalışacak ve sözleşmeli olarak istihdam edilmektedir. Böylece aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları devlet memurluğu statüsünü ve devlet memurluğunun sağladığı güvenceleri büyük ölçüde yitirmiştir.⁴⁴² Ayrıca ebe, hemşire, ve toplum sağlığı teknisyeni unvanlı sağlık personellerinden oluşacak aile sağlığı elemanlarının lisans ya da lise eğitimi sonucu edindikleri unvanları ortadan kaldırılarak, hekim dışı sağlık insan gücü

⁴⁴⁰ Elbek ve Adaş, s.41

⁴⁴¹ Çerkezoğlu, A., "Sağlık Çalışanlarını Bekleyen Tehlike: Güvencesizlik ve Ucuz İş Gücü", **Türkiye'de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar – II Sağlıkta Dönüşüm**, Demirdüzen, H., Akalın, A. (Drl), İstanbul Tabip Odası, Birinci Baskı, İstanbul, Şubat 2009, s.32-33

⁴⁴² Ataay, "Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları"; Oğuz, s.14

değersizleştirilmiştir.⁴⁴³ Mevcut sistemde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunan kamu hastanelerinin temizlik, yemek, veri hazırlama, güvenlik vb. tamamlayıcı bir çok hizmetin yanı sıra, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri gibi tıbbi hizmetleri de dış kaynak kullanımı adı altında özel sektörden ihale yoluyla temin etmesinin yolu açılmıştır. Bu sistem içerisinde tamamlayıcı bir çok hizmet ve tıbbi hizmetlerin taşeron şirketlere gördürülmesi, sağlık insan gücünün güvencesiz ve düşük ücretli olarak çalıştırılmasına yönelik ön hazırlıklar olarak değerlendirilmelidir. Henüz tasarı halinde olan Kamu Hastane Birlikleri ile genel sekreter başta olmak üzere, idari, mali ve tıbbi hizmet başkanları, hastane yöneticisi, başhekim ve yardımcıları, müdür ve müdür yardımcıları ile birlikte görevli uzmanlar ve büro personellerinin 3 yıllık ve sözleşme ekindeki kurumsal hedefler ile performans değerlendirmedeki gerçekleştirmelere bağlı olarak feshedilebilen sözleşmelerle istihdam edilmesi düşünülmektedir. Böylece hastane birliklerinin yönetim kademelerinde görevlendirilen personelin iş güvencesi ve diğer hakları diğer kamu yöneticileri ile aynı olmayacaktır. Ayrıca tasarıda birliklere bağlı hastanelerde çalışan sağlık insan gücünün de devlet memuru statüsünden çıkarılarak, esnek istihdam politikalarına uygun sözleşmeli statüde istihdamı sağlanacak ve tükenmiş, iş güvencesiz, düşük ücretli bir sağlık insan gücü kitlesi oluşturulacaktır. Böylece memur statüsünün sağladığı güvencelerden yoksun, ücret ve mesai açısından esnek çalışabilen bir sağlık insan gücü ile birliklere işletme karını arttırmak için işgücü maliyetlerini azaltma politikalarını uygulayabileceği bir ortam hazırlanmaktadır.⁴⁴⁴

4.1.2 Kamu Personeli İstihdam Seviyesindeki Azalma

OECD verilerine göre Türkiye, her 1.000 kişiye düşen sağlık insan gücü oranı en düşük OECD ülkeleri arasında yer almaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri yayınında 2003 yılından 2008 yılına kadar 111.000 sağlık insan gücü istihdam edildiği ve sağlık insan kaynağında büyük

⁴⁴³ Pala, *Türkiye için Nasıl Bir Sağlık Reformu?*, s.18

⁴⁴⁴ Ataay, *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme*, s.7-9

bir hamle yapıldığı iddia edilmektedir.⁴⁴⁵ 2003 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'nca sözleşmeli statüde belirtilen sayıda personel istihdam edildiği doğrudur. Ancak sayıların artması yanıltıcı olabilir.

Tablo 23.

2002-2009 Arası Bazı Sağlık Bakanlığı Personeli Sayılarının Her 1.000 Kişiye Düşen Oranı, Sağlık Bakanlığı

	2002	2009	2002 Yılında 1.000 Kişiye Düşen (%)	2009 Yılında 1.000 Kişiye Düşen (%)
Toplam Hekim	57.406	66.985	1,19	1,05
Hemşire	57.360	72.142	1,19	0,98
Ebe	39.473	44.468	1,73	1,59
Sağlık Memuru*	39.276	64.703	1,74	1,09

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009**, Ankara, 2011, s.78

NOT:*İlk Acil Yardım (Acil Tıp), Sağlık, Anestezi, Çevre Sağlığı, Diş Protez, Laboratuvar, Ortopedi, Röntgen, Diş, Fizik Tedavi, Kalp Akciğer Pompa, Patolojik Anatomi, Odyometri, Protez, Toplum Sağlığı Teknisyenlerini kapsamaktadır.

Tablo 23'te, 2002-2009 yılları arası Sağlık Bakanlığı tarafından istihdam edilen hekim, hemşire, ebe ve sağlık memuru unvanlı sağlık insan gücü sayıları ve her 1.000 kişiye düşen oranı karşılaştırmalı olarak gösterilmektedir. Her 1.000 kişiye düşen sağlık insan gücü oranı, TÜİK tarafından belirlenen o yıla ait kurumsal olmayan sivil nüfusun, sağlık insan gücü sayılarına oranlanarak hesaplanmıştır. Buna göre, 2009 yılında 1.000 kişiye düşen sağlık insan gücü oranının 2002'ye göre daha düşük olduğu açıkça görülmektedir. Yani 2002 yılından beri istihdam edilen sağlık insan gücü sayısı, nüfus artışının gerisinde kalmıştır. Bu istatistiğe göre, 2002 yılından bu yana artan nüfusa bağlı olarak, sağlık insan gücünün iş yükün de arttığı sonucunu çıkarabiliriz. Kısaca SDP'nin uygulamaya geçirildiği tarihten itibaren ülkemizde hatırı sayılır miktarda sağlık insan gücü artışı sağlanmıştır, ancak bu artış ihtiyacı karşımının ötesinde, ihtiyacın altında kalmıştır. Ayrıca ülkemizde sağlık insan gücü arasında da dengesizlikler ve çarpıklıklar bulunmaktadır. Örneğin ülkemizde hemşire sayısı, toplam hekim sayısından daha azdır. Yani her 10 hekime yaklaşık 9 hemşire düşmektedir. DSÖ ve EURO bölgesindeki

⁴⁴⁵ Akdağ, R., **Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri 2002-2008**, Sağlık Bakanlığı Yayın No:770, Ankara, Kasım 2008, s.157-158

ülkelerde her hekime 2 hemşire düşerken, OECD ortalaması hekim başına yaklaşık 3 hemşiredir.

Tablo 24.
2002-2009 Arası Hekim ve Hemşire Sayılarının Özel Sektör ve Sağlık Bakanlığına Göre Değişim Oranları

	2002		2009		Özel Sektör Değişim Oranı %	Sağlık Bakanlığı Değişim Oranı %
	Özel Sektör	Sağlık Bakanlığı	Özel Sektör	Sağlık Bakanlığı		
Toplam Hekim	11.766	57.406	24.454	66.985	107,83	16,68
Hemşire	6.107	57.360	17.836	72.142	192,05	25,77

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yılı 2009**, Ankara, 2011, s.76

Sağlık istatistiklerine göre, özel hastane sayısı 2009'da 450'ye, özel hastane yatak sayısı da 25.178'e çıkmıştır. SDP'nin uygulanmaya başlandığı 2003'den itibaren özel sektör sağlık kurumlarına yapılan hasta müracaatlarında da önemli artışların olduğu gözlenmektedir.⁴⁴⁶ Bu durum son yıllarda özel sağlık sektörünün teşvik edilmesine bağlı olarak özel sağlık sektörünün aşırı derecede büyümüşür. Özel sağlık sektöründeki bu büyümeye paralel olarak Tablo 24'te gösterildiği gibi özel sektörde istihdam edilen sağlık insan gücü sayısında da önemli artışların olduğu gözlenmektedir.

2002-2009 yılları arasında özel sektörde hekim istihdamı %107,83 artarken, Sağlık Bakanlığı'nda bu artış %16,68'de kalmıştır. Aynı şekilde özel sektörde hemşire istihdamı %192,05 artarken, Sağlık Bakanlığında bu oran sadece %25,77 düzeyine ulaşabilmiştir. Böylece hem kamuda, hem de özel sektörde sağlık insan gücü istihdam artışının yaşandığı, ancak kamuda uygulanan sözleşmeli statüde personel istihdamı ile sağlık insan gücünün özel sektördeki gibi iş güvencesinin önemli ölçüde zayıflatıldığı ve esnek istihdam modellerinin uygulanmasına zemin hazırlandığı gözlenmektedir.

⁴⁴⁶ Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yılı 2009**, Ankara 2011, s.50,51

4.2 Ücret Sistemi Üzerindeki Etkileri

Toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %65-%80'lik⁴⁴⁷ kısmını sağlık insan gücü maliyetleri oluşturduğu için neoliberal politikalar sağlık hizmetleri finansmanında maliyet azaltmaya ve sürdürülebilirliği sağlamaya yönelik önerdiği performans bütçeleme stratejilerinde, sağlık insan gücü maliyetlerinin önemli bir yeri vardır. Çünkü sağlık, emek yoğun bir hizmet olduğu için, hizmetlerin etkinliği ve verimliliğinin ölçülmesi, büyük oranda sağlık insan gücünün performansının ölçülmesi girişimlerine odaklanmaktadır.⁴⁴⁸ Bu çerçevede, sağlık hizmetinin performansını artırma yöntemleri, sağlık insan gücünü etkinliğini ve verimliliğini artırması için zorlamak veya teşvik etmeye dayandırılmaktadır.

4.2.1 Sağlıkta Performans Yönetimi

Türkiye'de sağlık insan gücünün maaşları devlet memuru statüsünde olduğu için 1989 yılına kadar sadece genel bütçeden karşılanmıştır. Ancak 1961 yılında çıkarılan 209 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun ile Sağlık Bakanlığı içinde oluşturulan döner sermayeden elde edilen gelirlerinin yüzde 50'si 1989 yılından itibaren 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile sağlık personeline ek ödeme olarak dağıtmaya başlanmıştır. 23.01.2001 tarihinde 4618 sayılı Kanun ile bu kanunun ilgili maddelerinde bazı değişiklikler yapılmış ve döner sermaye gelirlerinden ilgili sağlık kurumlarının personeline ek ödeme yapılması kararlaştırılmıştır. Yine aynı kanun ile birinci basamak sağlık kuruluşlarını, ana ve çocuk sağlığı merkezlerini, halk sağlığı laboratuvarlarını kapsamak üzere her ilde bir döner sermaye işletmesi kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı bu düzenlemeyi 18.06.2003 tarihinde yenileyerek, personele dağıtılacak döner sermaye gelir katkı payını personelin performansı ile ilişkilendirmiştir.⁴⁴⁹ 2004 Mali Yılı Bütçe Kanunu'nun 49. maddesinin k bendine dayanarak, Sağlık Bakanlığı'nda 01.01.2004

⁴⁴⁷ Saltman and Von Otter 1995; Kolehamainen-Aiken p,1-14; WHO, "Human Resources For Health: Developing Policy Options For Change", p.8

⁴⁴⁸ Lethbridge, "Public Sector Reform and Demand For Human Resources For Health", p.2

⁴⁴⁹ Berliner, A. S., "Sağlık Ocaklarında Ek Ödeme (Performans) Yöntemleri ve Bunun Sağlık Hizmetine Etkileri", **5.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu 10-11 Mayıs 2007**, Manisa, 2007, s.30-32

tarihinde SDP'nin hizmet kalitesi, verimlilik ve hasta memnuniyeti ilkeleri çerçevesinde kamudaki sağlık personelinin iş motivasyonunu ve üretkenliğini teşvik etmek amacıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde performans yönetimini sistemi uygulamaya konulmuştur.⁴⁵⁰ Böylece Sağlık Bakanlığı'nda çalışan sağlık personelinin finansman kaynağı, Sağlık Bakanlığı bütçesinden sağlanan temel maaşların yanı sıra, kurumun sosyal güvenlik kurumlarından ve ürettiği sağlık hizmetlerden elde ettiği gelirden; kurum ya da kuruluşun gelir-gider dengesi, borçlanması, nakit durumu ve gereksinimleri göz önünde bulundurularak, dağıtılan ek ödemelerden oluşmaya başlamıştır.⁴⁵¹ Ancak sağlık personelinin ek ödeme alabilmesi için hekimler aldıkları puan oranında, hekim dışı sağlık personelinin ise, eylemli çalışması gerekmektedir. Bu nedenle ek ödeme sağlık personeli açısından sürekliliği olan, kazanılmış bir hak değildir.⁴⁵²

Uygulamaya konulmasından bu yana, performans yönetimi sisteminin en temel çıktısı, gerek gerçek, gerekse yapay talep yaratarak, sağlık hizmeti ve tıp teknolojisi tüketimini arttırmak olmuştur. Çünkü performans yönetimi olarak sunulan sistem, tamamen hizmet başı ödeme yönteminden ibarettir. Yani sistem daha fazla hasta muayene edilmesini, daha fazla ilaç yazılmasını, daha fazla ameliyatın yapılmasını, daha fazla tetkik yapılmasını, puanı yüksek olan girişimlerin daha fazla tercih edilmesini, tıp teknolojisini daha fazla kullanmayı teşvik etmektedir.⁴⁵³ Bu açıdan, ekip hizmetini ortadan kaldıran ve hekim odaklı sağlık hizmetini teşvik eden sistemin uygulanmaya başlanmasından bu yana, yatan hasta sayısında, yatak işgal oranlarında ve yatak devir hızlarında artış, hastanelerde ortalama kalış süresinde ise, azalma saptanmıştır. Uygulamanın sağlık sistemi üzerine yarattığı en önemli olumlu etki, tam zamanlı çalışan hekim oranını yükseltmesi olmuştur. Ancak sistemin bu haliyle, hekimlerin hasta başına ayırdığı zamanın azaltacağı, yanlış ve gereksiz tanı ve tedavi uygulamaları artıracığı oldukça açıktır. Çünkü uygulamadaki

⁴⁵⁰ OECD, WB, s.41-42

⁴⁵¹ SB, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, **Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi**, s.14

⁴⁵² Nesanır, N., "Sağlığın Piyasalaşması Sürecine Önemli Bir Katkı: Döner Sermaye ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Yöntemleri", **Toplum ve Hekim**, Cilt:22, Sayı:4, Temmuz-Ağustos 2007, s.275

⁴⁵³ Pala, K., "Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması", **Toplum ve Hekim**, Cilt:20, Sayı:1, Ocak-Şubat 2005, s.74; Berliner, s.31; Elbek ve Adaş, s.38-39

performans yönetimi sistemi müşteri memnuniyeti üzerine kurulmuştur.⁴⁵⁴ Bu durum sağlık insan gücünden değil, uygulamaya konulan sistemin yanlışlığından kaynaklanmaktadır.

Performans yönetimi sistemi hekimlerin iş yükünü ve gelirlerini önemli ölçüde artırmıştır. Hekim dışı sağlık personelinin ise, iş yükü artarken, ücretlerinde kayda değer bir artış olmamış, hatta yıldan yıla reel olarak düşmüştür. 30.01.2010'da yayınlanan 5947 Sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunu'nun 1. maddesi ile 209 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 5. maddesinde değişiklik yapılarak, 31.07.2010 tarihinden geçerli olmak üzere, personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden personele bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarında, ilgili personelin bir ayda alacağı aylık, yan ödeme ve her türlü tazminat toplamının hekimler ve dış hekimleri için yüzde 800 ile 500 arasında değişen oranlar belirlenirken, hekim dışı sağlık personeli için yüzde 250 ile 150 arasında değişen oranlar belirlenmiştir. Ancak Cumhuriyet Halk Partisi 5947 sayılı Kanunun, döner sermaye gelirlerinden personele yapılacak ek ödemenin üst sınırlarını belirleyen bu maddesinin, Anayasaya aykırılığı iddiasıyla iptali ve yürütmesinin durdurulması için Anayasa Mahkemesi'ne dava açmıştır. Dava sonucunda, Anayasa Mahkemesi 16.07.2010 tarihli kararında özetle "Sağlık Bakanlığı personelinin döner sermaye gelirlerinden alacağı ek ödeme oranlarını belirleyen bu maddede ile, yasa koyucunun ödeme yapılacak çalışanların niteliği ve statülerine göre bu kişilere yapılacak ödemelerin tavan oranlarını ayrıntılı olarak düzenlediği, ancak yürütmeye bırakılan yetkinin sınırlarının belirlenmesi açısından yapılacak ödemelerde herhangi bir taban oranının belirlenmediği ve personelin alacakları döner sermaye katkı paylarının asgari bir garanti içermediği gerekçesiyle, Anayasa'nın 2. maddesinde belirtilen hukuk devletinin gereği olan hukuki güvenlik ilkesine aykırı bularak, yeni bir düzenleme için 9 aylık süre vermiştir."⁴⁵⁵ Anayasa Mahkemesi'nin bu kararına istinaden 25.02.2011 tarihinde yürürlüğe giren 6111 Sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması İle Sosyal

⁴⁵⁴ Elbek ve Adaş, s.38-39

⁴⁵⁵ 16.07.2010 tarih ve Esas Sayısı 2010/29, Karar Sayısı 2010/90.

Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Ve Diğer Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un 190. maddesinin 3. fıkrası ile 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanununun 5. maddesine “*Bu fıkra uyarınca personele her ay yapılacak ek ödeme tutarı, 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 3 üncü maddesi uyarınca kadro ve görev unvanı veya pozisyon unvanı itibarıyla belirlenmiş olan ek ödeme tutarından az olamaz. Bu kapsamdaki personel için 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 3 üncü maddesinin üçüncü fıkrası hükmü uygulanmaz.*” cümleleri eklenerek, sağlık personelinin döner sermaye katkı paylarında bir taban belirlenmiştir. Bu değişiklik ile yıllık izin, doğum izni, şua izni, hastalık izni veya kurum gelirinin az olması nedeniyle döner sermaye ek ödemeleri kesilen sağlık çalışanları, 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede belirtilen ek ödemeden az olmamak üzere, döner sermaye alabilme imkanına kavuşmuştur. Fakat sağlık personelleri arasında ek ödemenin gayet orantısız ve adaletsiz bir şekilde dağıtılması ayrı bir sorun olarak devam etmektedir.

Sağlık çalışanlarının ücretlerinden kesilen gelir vergisi matrahı döner sermaye geliri ve aylık maaşı toplanarak hesaplanmaktadır. Maliye Bakanlığı vergi kesintisi yaparken 4/A kadrolu hekim dışı personelin döner sermaye gelirini hesaba katarken, ne yazık ki sosyal güvenlik kesintisinde bu geliri görmezden gelmektedir. Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının büyük bir kısmını oluşturan 4/A kadrolu hekim dışı personellere döner sermayeden verilen ek ödemelerden sosyal güvenlik payı kesilmediği için bu gruptaki çalışanların gelir ve ücretlerinin SGK'ya eksik bildiriminden kaynaklanan bir kayıt dışılık ortaya çıkmaktadır. Bu durum hekim dışı personellerin ileride emekli olduklarında daha düşük emekli maaşı almalarına yol açacaktır.⁴⁵⁶ Ancak 5947 Sayılı yasa ile 30 Temmuz 2010 tarihinden itibaren sadece hekimlerin döner sermaye gelirlerinin bir kısmı, çalışan ve işveren payı ek ödemeden kesilmek üzere sosyal güvenliklerine yansıtılmıştır, fakat 4/A

⁴⁵⁶ Görmüş, “Kamu Sağlık Personelleri Sosyal Güvenlik Olarak Kayıt Dışı Çalıştırılıyor” <http://www.kocaelide.com/article.php?id=152>, 29 Ağustos 2008, (Erişim: 08.06.2010)

kadrolu hekim dışı sağlık personelinin döner sermaye gelirlerinden gelir vergisi kesilmesine rağmen, hala sosyal güvenlik kesintisi yapılmamaktadır.

5947 Sayılı Kanunun 19/a. maddesi ile, kamu sağlık hizmetlerinde çalışan personelin haftalık kanuni çalışma süresi 45 saat olarak düzenleyen 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, 30 Temmuz 2010 tarihinde yürürlükten kaldırılmıştır. Buna göre, 30 Temmuz 2010 tarihi itibariyle kamuda çalışan sağlık personelinin haftalık çalışma süresi, diğer kamu çalışanları gibi 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 99. maddesinde göre, 40 saat olarak uygulanması gerekirken, sağlık hizmetlerinin kesintisiz ve herhangi bir aksaklığa sebebiyet verilmeksizin yürütülmesi gerekçe gösterilerek, çalışma süresinde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Bu çerçevede, haftalık çalışma saatlerinin 40 saat olarak uygulanması sadece nöbet saatlerine ve nöbet ücretlerine etki etmiştir. Ayrıca 5947 Sayılı Kanunun 9. maddesi ile 3153 sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanuna eklenen ek madde ile radyoloji çalışanlarının 20 saat olan haftalık çalışma süreleri 35 saate çıkarılmıştır. Radyoloji çalışanlarının çalışma saatlerindeki bu artış, ülkemizdeki radyoloji ünitelerinin çalışan güvenliği açısından uygun koşullara sahip olmadığı göz önüne bulundurulduğunda, çalışan sağlığı açısından ciddi tehlikeleri beraberinde getireceği sonucunu doğurmaktadır.

III. bölümde sağlık iş gücü harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı anlatıldığından burada tekrar değinilmeyecektir.

SDP'nin alt bileşenlerinden AHM'de de aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına yapılacak ödeme, bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları gibi performans kriterlerini esas alan kişi başına ödeme yöntemi olduğu görülmektedir. Birinci basamakta, özellikle aile hekimliğine geçilen illerde toplum sağlığı merkezlerinde çalışan personel ile sağlık müdürlüğünde çalışan personelin döner sermayeleri arasında yüzde 75'e

varan farklar oluşmuştur. Bu durum toplum sağlığı merkezlerinde çalışan personeli aynı hizmet verilmesine rağmen, ciddi anlamda mağdur etmektedir.⁴⁵⁷

Diğer SDP alt bileşeni Kamu Hastane Birlikleri tasarısında, birliklerde çalışan sağlık personelin her türlü aylık ve mali hakları ile diğer sosyal hakları birlik bütçesinden karşılanacaktır. Ayrıca personelin verimliliğini artırmak üzere birlik gelirleri ile, sağlık personelinin ücreti arasında ilişki kuran ve bir esnek ücretlendirme modeli olan performans yönetimi sistemi yine uygulanmaya devam edecektir.

4.2.2 Sağlıkta Performans Yönetimi Tartışmaları

Performans yönetimine yönelik ilk çalışmalar F. Taylor'un iş ölçümü ve F. Gilbert'in iş ve hareket etüdü çalışmalarına kadar uzanmaktadır. Bu çalışmalar sonucunda herhangi bir işin ne kadar sürede ve hangi süreçlerden geçerek yapılması gerektiği saptanmıştır. Böylece yöneticiler elde edilen ölçüm sonuçlarını, çalışanların iş yapma süreleri ile karşılaştırmak için kullanmışlardır. Bu aşamadan sonra gelişen performans değerlendirme çalışmaları, değerlendirme yapabilmek için gerekli standartların ve değerlendirme kriterlerinin belirlenmesine ve insan gücünün mevcut performans düzeyinin tespit edilmesine büyük önem vermiştir.

Günümüzde performans yönetimi, insan gücünün bilgi, beceri ve yetkinliğinin izlenmesi ve değerlendirilmesi, yetersizliklerinin eğitim planlaması ile geliştirilmesi ve kariyer planlamasıyla da örgütsel planlamanın yönetilmesi süreci olarak değerlendirilmektedir. Bu çerçevede, kurum çalışanlarının iyiden kötüye doğru sıralaması değil, kurumun hedeflerinin çalışan tarafından anlaşılma ve benimsenme derecesinin ortaya çıkarılması, amaçların herkes tarafından asgari düzeyde yerine getirilmesinin sağlanması ve dinamik çalışma ortamının sürekli hale getirilmesi performans yönetiminin temel amaçlarıdır. Bu amaçlar gerçekleştirilirken, performansı geliştirmek ve beklenenleri veremeyen çalışanların gelişmeye ihtiyaç duydukları alanları ortaya çıkarmak temel

⁴⁵⁷ Kulluk, M., *Sağlık-Sen Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Çözüm Yolları Sempozyumu, Sağlıkta Vizyon*, Kızılcıhamam Ankara, 12-14 Mart 2010, s.168

hedefler arasında yer almaktadır.⁴⁵⁸ Performans sonuçlarının ücretlerin belirlenmesinde kullanılması ise, çalışanlar arasında ücret farklılıklarının ortaya çıkmasına yol açmanın yanı sıra, rekabeti artırmaya yönelik bir etki yapmaktadır. Bu durum performans değerlendirme hataları göz önüne alınırsa, çalışanlar arasında dolayısıyla kurumda çalışma barışının bozulmasına yol açmaktadır.

Yukarıda anlatıldığı gibi performans yönetimi, sadece insan gücünün verdiği hizmetin sayısını tespit edip, ona göre bir ödeme sisteminin geliştirilmesi değildir. Performans yönetiminde esas olan, kurumsal hedeflere ulaşabilmesi ve çalışma ortamının sürekliliğinin sağlanabilmesi için, performansı yetersiz olanların bilgi, beceri ve yeteneklerinin geliştirilmesine yönelik eğitim ihtiyacının belirlenmesi ve planlanmasıdır. Sağlık Bakanlığı'nda 2004 tarihinden itibaren sağlık personelinin iş motivasyonunu ve verimliliğini teşvik etmek amacıyla performansa dayalı ödeme sistemi uygulamaya konulmuş ve adına da performans yönetimi denilmiştir. Uygulanmaya başlanmasından itibaren hekimlerin ücretlerinde görece bir artış sağlanırken, hekim dışı personelin ücretleri, ek ödemedenden dolayı her türlü seyyanen artıştan hariç tutularak, reel olarak gerilemiştir. Zaten performans yönetimi, hekimlerin ücretlerini artırmak için uygulamaya konmuş bir sistemdir. Performans yönetimi olarak adlandırılan sistem aslında performansa dayalı hizmet başı ödeme yöntemidir. Performansa dayalı ödeme yöntemi, kanıta dayalı sağlık hizmeti sunumunun desteklenmesi ve teşvik edilmesi ayrıca sağlık sisteminin mümkün olduğunca etkin ve daha iyi çıktılarını teşvik edecek şekilde dönüştürülmesi için özendiricilerin kullanılmasıdır.⁴⁵⁹ Ancak sunulan sağlık hizmetinin tarzını ve biçimi, başta hekimler olmak üzere, hizmet sunanların bilgi, yetenek ve görüşlerine göre belirlenmektedir. Bu yüzden sağlık hizmetinin sınırları çok net bir şekilde çizilememektedir. Ayrıca tıbbi bilgilerin çok hızlı bir şekilde değişikliğe uğraması, sunulan sağlık hizmetinin doğruluk, yerindelik ve nitelik açısından değerlendirilmesini de zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte, performansa dayalı ödeme sistemi içinde performans

⁴⁵⁸ Selamoğlu, A. ve Özveri, M., "İşçinin Yetersizliğinden Kaynaklanan Fesih Nedeni Olarak Performans Değerlendirmesi", *Çalışma Yaşamının Güncel Sorunları II. Sempozyumu*, Çınar Ofset, Kocaeli, 2010, s.23

⁴⁵⁹ Forrest, C., Villagra, V. and Pope, J., "Managing the Metric vs Managing the Patient: The Physician's View of Pay for Performance" *The American Journal Of Managed Care*, Vol:12, No:2, 2006, p.83

ölçütleri tanımlansa bile, hiç birinin doğruluğuna dair kanıta dayalı bir veri yoktur. Bu durum uygulamada başta adaletsizlik olmak üzere, performans ölçütleri ile ilgili birçok sorunun çıkmasına yol açmaktadır.⁴⁶⁰

Sağlık hizmetlerinde verimliliği artırmaya yönelik uygulanan ve performansa dayalı ödeme olarak sunulan sistem, tamamen hizmet başı ödeme yönteminden ibarettir ve hizmetin niteliğine değil, niceliğine vurgu yapmaktadır. Hizmet başına ödeme, hekime, hastasına sağladığı her birim hizmetin ücretini alma olanağı sağlamaktadır. Bu yöntemin en önemli dezavantajı, hizmet sunanları hastaya gereksiz test/tetkik, cerrahi müdahaleler yaparak, verilen hizmetin miktarını ve türünü artırmaya yönelik teşvik etmesidir. Ayrıca gerekli hallerde hastanın bir başka doktora sevk edilmesi konusunda teşvik olmadığından, hizmet sunanların uzmanı olmadığı tetkikleri analiz edip, bunun sonucuna göre, doğru olmayan tedavi önerilerinde de bulunması etik sorunlara yol açabilir. ABD’de sağlık harcamalarının hızla yükselmesinde ve en çok sağlık harcaması yapan ülke konumuna gelmesinde, bu ödeme yöntemin ağırlıklı olarak kullanılması temel etken olarak gösterilmektedir. Ayrıca hizmet başı ödeme yöntemi, ABD’de hastaların alacağı tedavilerin hekimler tarafından değil, sigorta şirketlerince belirlenmesi gibi etik sorunlara da yol açmıştır. Hizmet başına ödeme yönteminin olumsuzlukları gidermek amacıyla İngiltere, Hollanda gibi ülkelerde Taniya Dayalı Ödeme Grupları geliştirilmiştir. Bu yöntemde göre, hekimin gereksiz işlem yapmaktan kaçınması için hastanın teşhis edilen hastalığına göre önceden belirlenmiş sabit bir tutar üzerinden hizmet sunucusuna ödeme yapılmaktadır.⁴⁶¹ Fransa’da birinci basamaktaki birçok genel ve uzman hekime ulusal ücret tarifesine göre, hizmet başı ücret ödenmektedir. Fransa’da Hastane 2007 Reformu ile yapılan hizmet başı ödeme yöntemi ile her tıbbi girişim için bir kod ve euro cinsinden bir ücret belirlenmiştir. Böylece, hizmet başı ödeme ile tıbbi başvuruların endikasyonlarını dikkate almadan yapılan

⁴⁶⁰ Aydın, S., “Sağlıkta Dönüşüm ve Programı ve Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Anlayışına Geçiş”, **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği**, H. Ateş, H. Kırılmaz ve S. Aydın (Ed.), Ankara 2007, s.259-270

⁴⁶¹ Tatar, s.108-109; Çelik, s.180-182

gereksiz tetkiklerin sayısı artmış ve hizmetin gerekliliği ve niteliği ile ilgili etik sorunlar ortaya çıkmıştır.⁴⁶²

Ülke uygulamalarında da olduğu gibi, sağlık hizmetinin niceliğine vurgu yapan bir ödeme sistemi, sağlık hizmeti üretimine yönelik asimetrik bilginin neden olduğu sağlık hizmeti talebinin artmasını teşvik etmekte ve ücretleri esnekleştirmektedir. Özetle sistem daha fazla hasta muayene edilmesini, daha fazla ilaç yazılmasını, daha fazla ameliyatın yapılmasını, daha fazla tetkik yapılmasını, puanı yüksek olan girişimlerin daha fazla tercih edilmesini, tıp teknolojisini daha fazla kullanmasını teşvik etmektedir. Ayrıca, daha fazla sağlık hizmetinin ödüllendirilmesi, hekimlerin ve hastanelerin daha fazla gelir getirici hastaları kabul etme yönünde rekabete girmelerine yol açmaktadır.⁴⁶³ Böylece hekimler daha fazla hasta bakmak için rekabet ederken, SGK'nın gelirleri sunulan sağlık hizmeti karşılığında Sağlık Bakanlığı'na aktarılmakta, Sağlık Bakanlığı'ndan da tıbbi sarf, tıbbi cihaz ve ilaç tedarik eden firmalara, tedarikçi firmalardan da yurt dışındaki çok uluslu şirketlere aktarılmaktadır. Kısacası, performansa dayalı ödeme sistemi, sağlık hizmetinde ihtiyaç duyulan birçok tıbbi malzeme, ilaç ve tıbbi cihazlar ithal olarak temin edildiği için, aslında uluslararası yabancı sermayeye hizmet etmektedir. Yani performans yönetimi sisteminde hekimler arzın yarattığı talep prensibi ile sağlık kurumlarının gelirini artırmak ve çok uluslu şirketlere gelir aktarmak için aracı bir rol üstlenmektedir.

Performansa dayalı ödeme yöntemi ile uygulanan esnek ücret modeli, çalışanlar arasında işbirliği, yerine rekabeti teşvik ettiği için işbirliğine dayalı ekip hizmeti olarak sunulması gereken sağlık hizmetinin, rekabete dayalı bireysel bir hizmet olarak sunulmasına yol açmıştır. Sağlık hizmetinin dayanışma ve işbirliği içinde ekip hizmeti olarak sunulması, sağlık hizmetinin kalitesini artıran bir unsur iken, sağlık hizmetinin rekabete dayalı bireysel olarak sunulması, verilen sağlık hizmetinin niteliğini düşürmekte ve hizmetin gerekliliğinin sorgulanmasına neden olmaktadır. Bu durum verilen sağlık hizmetinin niteliği ve gerekliliği sorgulanmadan, sadece niceliksel olarak artmasına, sonuç

⁴⁶² Türk, s.169

⁴⁶³ Aydın, "Sağlıkta Dönüşüm ve Programı ve Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Anlayışına Geçiş", s.270

olarak, gereksiz sağlık hizmeti, tıbbi malzeme, ilaç ve tıbbi cihaz tüketime ile de, genel olarak sağlık harcamalarının da artmasına yol açmaktadır.

Performansa dayalı ödeme yöntemi ile kurumun verdiği sağlık hizmetinden elde ettiği döner sermaye gelirinden sağlık çalışanlarına verilen ek ödemeden, gelir vergisi kesintisi yapılırken, sağlık çalışanlarının büyük bir kısmını oluşturan 4/A kadrolu hekim dışı personel için sosyal güvenlik kesintisi yapılmamaktadır. Ancak sözleşmeli çalışanların ek ödemelerinden sosyal güvenlik kesintisi yapılmaktadır. Bu ayırım, 5510 sayılı Kanundan önce 4/A kadrolu memurların 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu'na, 4/B sözleşmeli çalışanların ise, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'na tabi olmalarından kaynaklamıştır. Sonuç olarak, 4/A kadrolu hekim dışı personelin döner sermaye ek ödemesinden sosyal güvenlik payı kesilmemesi nedeniyle, bu gruptaki çalışanların gelir ve ücretlerinin SGK'ya eksik bildiriminden kaynaklanan bir kayıt dışılık ortaya çıkmaktadır. Bu durum sağlık çalışanlarının emekliliğinde hak edecekleri toplu ödeme ve yaşlılık aylığının düşük seviyede gerçekleşmesine neden olacağından, sağlık çalışanlarını ileriye dönük olarak hak ve gelir kaybına uğratmaktadır.

Sonuç olarak, sağlık hizmetinin tarzı ve biçimi hizmet sunanların bilgi, yetenek ve görüşlerine göre belirlenmesi, hizmetinin sınırlarının çok net bir şekilde çizilememesi, tıbbi bilgilerin çok hızlı bir şekilde değişmesine bağlı olarak, sağlık hizmetinin doğruluğunun, yerindeliğinin ve niteliğinin tam olarak değerlendirilememesi sağlıkta performansa dayalı ödeme sisteminin uygulanmasını oldukça zorlaştırmaktadır. Ayrıca performansa dayalı ödeme sisteminde, performans ölçütlerinin doğruluğuna dair kanıta dayalı bir verinin bulunmadığı için hangi performans ölçütü belirlenirse belirlensin, tam olarak adalet sağlanamayacaktır. Ülkemizde uygulanan ve performansa dayalı ödeme yöntemlerinden biri olan hizmet başı ödeme yöntemi ile sadece hizmetin niceliğine göre ödeme yapılması, hizmetin niteliğinin ve gerekliliğinin göz ardı edilmesi, bu yöntemin sağlık hizmeti talebini ve sağlık harcamalarını artırması, işbirliğine dayalı ekip hizmetini ortadan kaldırması, kadrolu sağlık insan gücünün ek ödemelerinden prim kesintisi yapılmamasına bağlı olarak eksik bildiriminden kaynaklanan bir kayıt dışılığa yol açması ve daha fazla kazanç elde

etme yönünde istismarları artırması nedeniyle, sağlık hizmeti sunumunun ücretle ilişkilendirilmesi son derece yanlış bir yaklaşımdır. Oysa, sağlık hizmetlerinin insani bir hizmet ve ihtiyaç olması, aynı zamanda hasta gereksinimleriyle uyumlaştırılması ve niteliğinin artırılması için hizmet sunumu ile ücretler arasında ilişki kuran sistemlerin devreden çıkarılması gerekmektedir.⁴⁶⁴

4.3 Desantralizasyonun Etkileri

Neoliberal sağlık reformları, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri finansmanın ve hizmet sunumunun desantralizasyonunu önermektedir. Bu yaklaşımı uygulayan ülke modelleri incelendiğinde, uygulamada özerkleştirilen şirketleşen hastanelerin, sınırlı kaynakları ile katılım payları gibi gelir üretme yollarına gittiği ve düşük maliyetli girdi-çıktı prensibi çerçevesinde sağlık insan gücünün maliyetlerini ve sayısını azaltma politikalarını uyguladığı ve aynı işi yapan fakat farklı bölgelerde veya farklı kurumlar tarafından istihdam edilen sağlık insan gücünün gelirin de farklılaştığı görülmüştür.⁴⁶⁵ Ayrıca desantralizasyon ile işveren devlet ile sağlık insan gücü arasındaki geleneksel ilişki bozularak, sağlık insan gücü istihdamı parçalanmakta ve sağlık insan gücünün iş güvencesi, gelir güvenliği ve sosyo-ekonomik hakları bireysel iş sözleşmeleriyle belirlenmektedir.⁴⁶⁶ SDP ile uygulanan AHM'nin ve uygulanması düşünülen kamu hastane birliklerinin de, ülkemizde de diğer ülke uygulamalarına benzer sonuçları doğuracağını söyleyebiliriz.

⁴⁶⁴ Belek, *Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü*, s.458

⁴⁶⁵ Kaul, p.13-26

⁴⁶⁶ Afford, p.21

SONUÇ

Her ülkenin sağlık sistemi kendi tarihi, kültürel, ekonomik, siyasi ve hukuki yapısına bağlı olarak şekillenmekte ve ayrıca uluslararası ilişkiler ve finans çevreleri de sağlık sistemlerini doğrudan ya da dolaylı şekilde etkileyebilmektedir. Bu yüzden her ülkenin ekonomik, siyasi ve hukuki sistemine bağlı olarak kendine özgü bir ulusal sağlık sistemi oluşmaktadır. Ayrıca birbirine bağlı yönetim, hizmet sunumu, kaynaklar ve ekonomik destek unsurlarından oluşan sağlık sisteminde topluma ek olarak, sağlık insan gücü, hastalar, aileler, devlet kurumları, sağlık tedarikçileri, sağlık hizmeti organizasyonları, eczaneler, sağlık finansmanını sağlayan kurumlar ve diğer organizasyonlar sürekli birbirleriyle etkileşim halindedir.

Sağlık hizmetinin belirsiz ve öngörülemez bir zamanda ortaya çıkan, ikame edilemeyen, ertelenemeyen, toplumsal faydası yüksek, emek yoğun bir kamusal hizmet olması, sağlık hizmetini diğer kamu hizmetlerinden ayıran en önemli niteliklerdir. Ayrıca sosyal haklardan biri olan sağlık hakkı, bireyin sahip olduğu temel hak ve özgürlüklerin kaynağı olan yaşama hakkının ayrılmaz bir parçasıdır. Bu yüzden, bireyin hayatını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için gerekli sağlık hizmetlerini eşit, kaliteli ve sürekli bir şekilde her bireye, her bölgeye ulaştırılmak devletin en temel görevleri arasındadır. Bu çerçevede devlet gücünü kullanan hükümet sağlık hakkını güvence altına almak için, bireylerin hastalanmalarını önlemek amacıyla öncelikle koruyucu sağlık önlemlerini almalı, bireylerin hastalanması halinde ise, gerekli teşhis ve tedavi hizmetlerini eşit ve kaliteli bir şekilde ulaştırmalarını sağlayacak sağlık kurumlarını kurmalı ve sağlık hizmetlerinin yıkıcı mali etkilerine karşı bireyleri korumak için sürdürülebilir bir sağlık finansman sistemi oluşturmalıdır. Bütün bunlar değerlendirildiğinde, hükümetin sağlık hizmetlerini tek elden yönetmesi, örgütlemesi ve sunması, sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlayacak adaletli ve nüfusun tümünü kapsayan bir finansman sistemi kurması ve sağlık hizmetini sunacak yeterli sayıda ve nitelikte sağlık insan gücü eğitmesi ve istihdam etmesi, eşit ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmek için bir ön koşuldur.

Bir ülkenin sağlık sisteminin amaçlarını sorunsuz yerine getirebilmesi, yani sağlık hizmetlerini herkese eşit, dengeli ve hakkaniyete uygun bir şekilde sunabilmesi, yeterli sayı ve vasıf düzeyine sahip sağlık insan gücüne bağlıdır. Bu yüzden, emek yoğun bir yapısı olan sağlık sistemlerinin en temel ve en vazgeçilmez unsuru sağlık insan gücüdür. Bu açıdan sağlık hizmetleri, değişik alanlarda eğitim görmüş, çok özel teknik bilgi ve becerilerle donatılmış kişilerden oluşan bir ekip anlayışını bütünleştirerek, uygulamaya dönüştüren bir insan gücü gerektirmektedir. Bütün bunlar değerlendirildiğinde, sağlık insan gücünün nitelik ve sayısal yönünden yeterli olması, coğrafi dağılımının yaygın ve dengeli bir şekilde yapılması ve finansman kaynaklarının yeterli olması sağlık sistemin başarısı ve performansı açısından olmazsa olmazlardır. Çünkü sağlık sistemlerinin performansını ve başarısını etkileyen en temel unsur sağlık insan gücüdür. Bu yüzden, sağlık insan gücünün ekonomik durumunu ve vasıf düzeyini yükseltmeye ilişkin çabalar, sağlık sistemlerinin performansını artıran temel bir faktördür.

II. Dünya Savaşı'ndan sonra birçok ülkelerde sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi refah hizmetleri devletin temel sorumluluk alanlarına girmiştir. Ancak 1970'lerde yaşanan küresel ekonomik kriz sonrasında refah hizmetleri, yavaşlayan ekonomik büyüme, yükselen uluslararası rekabet ve beklenmeyen oranda nüfus artışının olduğu bir ortamda maliyetleri yükselten bir unsur olarak görülmeye başlanmıştır. Bu nedenle, yeniden şekillendirilen liberal politikalar, piyasa dinamiklerine dayalı ekonomik, sosyal ve siyasal yapılanmayı öngörmüştür.

1980 sonrasında özellikle gelişmekte olan ülkelere yapılan neoliberal yaklaşımlara dayalı sağlık reformlarında IMF, DB ve DSÖ gibi uluslararası örgütler aktif rol oynamışlardır. Uluslararası örgütler tarafından desteklenen sağlık reformları temelde; sağlık hizmetlerinde devletin rolünün azaltılmasını, bu çerçevede bazı devlet fonksiyonlarının desantarilizasyonu, kalan diğer fonksiyonların özelleştirilmesi, hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, sağlık harcamalarının azaltılması ve sağlık finansmanın da devlet-özel sigorta etkinliği ile sürdürülmesini önermektedir. Bu reformlar, özellikle gelişmekte olan ülkelere, sağlık kurum ve kuruluşlarının özekleştirilmesi ve

özelleştirilmesi, sağlık insan gücünün performansının artırılması, sağlık yardımların azaltılması, katılım payı ve kullanıcı ücretlerinin artırılması gibi stratejilerle uygulanmıştır. Söz konusu neoliberal reform ve stratejilerin, rekabet ve piyasanın sağlık hizmeti fiyatlarını ucuzlatacağı ve kaliteyi artıracacağı düşünülmüştür. Fakat bu reform ve stratejiler aksine; toplam sağlık harcamalarının artmasına, sağlıkta tekeli yapıların ortaya çıkmasına ve küçük yerleşim yerlerinde yaşayanların sağlık hizmetlerinden ulaşmada sorun yaşamalarına neden olmuştur. Ayrıca kamu harcamalarını azaltmayı ve verimliliği artırmayı amaçlayan reformlar, kamuda çalışan sağlık insan gücü seviyesinin azaltılmasına ve performansa dayalı ücret sistemlerinin kurulmasına; sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve dış kaynak kullanımını teşvik eden reformlar ise, sağlık insan gücünün iş yükünün artmasına, çalışma koşullarının kötüleşmesine, iş güvencesinin zayıflamasına ve ücretlerin düşmesine neden olmuştur.

Son yıllarda, sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına bağlı olarak, sağlık harcamaları da artmıştır. Ancak sağlık harcamalarındaki bu artışın sebebini sağlık hizmetlerinin kamu eliyle sunulmasında aramak doğru değildir. Ayrıca sağlık hizmetlerindeki belirsizlik, dışsallık, asimetrik bilgi, tekelleşme ve sağlık hakkı anlayışının neden olduğu piyasa başarısızlıkları ve rekabetçi piyasa ile sağlık hizmetleri arasındaki farklılıklar bu hizmetin piyasa koşulları ve işleyişine bırakılmayacağını açıkça göstermektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin kamu eliyle yönetilmesi, örgütlenmesi, sunulması ve ekonomik destek sağlanması kaçınılmaz bir zorunluluktur.

Günümüzde ulaşımın kolaylaşması ve hızlanmasıyla bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların artık küresel nitelik taşıması ve dünyada ki herkesin ya da her ülkenin bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan korumanın dışsal faydası, sağlığa küresel (uluslararası) kamusal hizmet olma niteliği kazandırmıştır. Bu yüzden, sağlık düzeyinin küresel olarak artırılması ve sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması küresel ölçekte dışsallıklar sağladığından DSÖ başta olmak üzere uluslararası ve ulusal sağlık örgütlerinin sağlık hizmetlerini piyasaya açmanın yollarını değil, küresel kamusal hizmet haline gelen sağlığın korunması

ve geliştirilmesi aynı zamanda yoksullukla mücadele etme yollarını araştırması gerekmektedir.

Ülkemizde sağlık hizmetleriyle ilgili politikaların olumlu anlamda hız kazanması Cumhuriyet'in ilanıyla başlamıştır. Bu açıdan 1920 de başlayan ve 1960 yılına kadar geçen kurumsallaşma döneminde sağlıkla ilgili kanunlar, kurumlar, finansman ve insan gücü anlamında gerekli kaynaklar ve alt yapılar oluşturulmuştur. 1960–1980 arası sosyalleştirme döneminde çıkarılan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunla katkı payları ve genel yönetim bütçe tahsisleri ile desteklenen, kısmen veya tamamen ücretsiz, entegre ve yaygın bir ulusal sağlık sistemi kurulmak istenmiştir. Ancak bu yasanın uygulamasında siyasi iradeden kaynaklanan bazı sorunlar nedeniyle, uygulamadan beklenen sonuçlar alınamamıştır. 1980 sonrası neoliberalleşme döneminde ise, ülkemizde ekonominin ve toplumun neoliberal politikalara uygun şekilde dönüştürme çabasından sağlık hizmetleri de önemli ölçüde etkilenmiş ve bu tarihten sonra DB destekli ve neoliberal yaklaşımlı çeşitli sağlık reformları hayata geçirilmeye çalışılmıştır.

Ülkemizde sağlık sisteminin neoliberal dönüşümü, bugün DB destekli SDP ile devam etmektedir. SDP'nin ana eksenini birinci basamak sağlık hizmetinde sağlık ocaklarının kaldırılarak, birinci basamak sağlık hizmetlerini özelleştiren AHM'ye geçilmesi, sağlık hizmeti sunumu ve finansmanını birbirinden ayırarak, sağlık hizmetinden yararlanmayı prim ve katkı payı ödeme koşuluna bağlayan bir GSS'nin kurulması, ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerini idari ve mali özerkliğe sahip birer işletmeye dönüştürülmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın politika yapıcı, denetleyici ve standart koyucu bir kuruma dönüştürülmesi oluşturmaktadır. SDP'de sağlık hizmeti sunucuları; güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet ilkeleri ile tanımlanırken, sağlık hizmeti almak durumunda kalanları ise; vergi, prim, katkı payı ve ilave ücret ödemekle yükümlü kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kamunun ağırlığını azaltan, özel sektöre ve bireysel sorumluluğa daha fazla önem veren ve sağlık hizmetlerine rekabet ve sözleşme gibi piyasa araçlarını sokan yönleri ile SDP, kredi finansmanı DB tarafından sağlanan neoliberal bir sağlık reformu niteliğindedir. SDP'nin aslında neoliberal sağlık reformlarına uygun şekilde

sağlık sistemini bireyselleştirme, piyasalaştırma, özelleştirme ve desantralize etme amaçlarını taşıdığı açıkça görülmektedir.

Özünde sağlıkta serbest piyasanın genişlemesini, dış kaynak kullanımını, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini ve desantralizasyonunu esas alan SDP, performansa dayalı ücret sistemi ile sağlık insan gücü ücretlerinin adaletsiz dağılımına ve iş yükünün artmasına, sözleşmeli personel istihdamı ile iş güvencesinin zayıflamasına, çalışma koşullarının kötüleşmesine neden olmuştur.

SDP ile Sağlık Bakanlığı'nda 2002-2008 aralığında yaklaşık 111.000 sağlık personeli istihdam edilmiş olmasına rağmen, ülkemiz hala her 1.000 kişiye düşen hekim ve hemşire oranı en düşük OECD ülkeleri arasında yer almaktadır. Ayrıca ülkemizde her 1.000 kişiye düşen sağlık insan gücü oranı yıldan yıla düşerken, tıp meslekleri arasında dengesizlik de giderek derinleşmektedir. Bu durum, verilmesi gereken sağlık hizmetlerini sınırlandırmakta, iş yükünü artırmakta ve bazı tıp mesleklerinin profesyonelleşmesini engellemektedir.

Sağlık Bakanlığı'nda dünyada bilinen kadrolu, sözleşmeli ya da tamamen özel çalışan olmak üzere, her kademedeki ve türden sağlık personeli istihdam biçimlerini görmek mümkündür. Bu karmaşanın doğal bir sonucu olarak, sağlık insan gücünün sayısındaki yetersizlikler gibi, özlük hakları açısından da eşitsizlikler ve yetersizlikler bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nda uygulanan 8 farklı istihdam modelinin biri kadrolu memur, ikisi 4857 Sayılı İş Kanunu statüsünde çalışan işçi, geriye kalan 5'i ise, sözleşmeli personel adı altında istihdam edilmektedir.

Neoliberal yaklaşımları öngören SDP'nin uygulanmaya başlanmasıyla birlikte, kamuda istihdam edilen sözleşmeli personel sayısında önemli ölçüde artışlar olmuştur. 2003 yılından itibaren sağlık hizmetleri gerek 4924 sayılı Kanuna, gerekse 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4/B maddesine göre, sözleşmeli personele gördürülmesi uygulamasına geçilmiştir. Böylece sağlık insan gücünün iş güvencesi hakkını önemli ölçüde kaybetmesinin yanı sıra, aynı işyerinde, aynı unvanla, aynı işi yapan fakat, farklı

statü ve sosyo-ekonomik haklara sahip kamu personeli anlayışı doğmuştur. Kamu personelleri arasında oluşturulan bu ayrımcılık ve iş güvencesiz çalışma kurum içinde çalışma barışının bozulmasına, iş verimi ve hizmet kalitesinin önemli ölçüde düşmesine yol açmıştır. Sağlık sisteminin başarısında ve hizmet kalitesinde temel faktör olan sağlık insan gücünün birçok istihdam biçimiyle değil, tek bir istihdam biçimi ile sözleşmeli statüde değil, devlet memuru statüsünde istihdam edilmesi gerekmektedir.

Ülkemizde sağlık insan gücü ile ilgili yaşanan bir diğer sorun, sağlık personelinin bölgeler ve kurumlar arasındaki dengesiz dağılımıdır. Bölgeler arasındaki bu dengesizliği gidermek için personel sayısını artırmak, zorunlu hizmet, ek ödeme ve sözleşmeli personel istihdamı gibi uygulamalara başvurulmuştur. Ancak personel sayısını artırma politikası sağlık personelinin işlevleri, iş yükleri ve kalitesi göz önüne alınmadan yapıldığından, ek ödeme ve sözleşmeli personel istihdamı ise, sağlık insan gücü arasındaki eşitsizliklerin ve adaletsizliklerin derinleşmesine yol açtığından istenilen sonucu verememiştir.

SDP çerçevesinde Sağlık Bakanlığı'nda 2004 tarihinden itibaren kamudaki personelin iş motivasyonunu ve üretkenliğini teşvik etmek amacıyla performans yönetimi sistemi uygulamaya koyulmuştur. Böylece Sağlık Bakanlığı'nda çalışan personellerin finansman kaynağı, Sağlık Bakanlığı bütçesinden sağlanan temel maaşların yanı sıra, kurumun ürettiği sağlık hizmetinin karşılığı olarak büyük bir kısmını SGK'dan elde ettiği gelirden dağıtılan ek ödemelerden oluşmaya başlamıştır. Ancak personelin ek ödeme alabilmesi için hekimler aldıkları puan oranında, hekim dışı personelin ise, eylemli çalışması gerekmektedir. Bu nedenle, ek ödeme personel açısından sürekliliği olan, kazanılmış bir hak değildir. Uygulamaya konulmasından bu yana, performans yönetimi sisteminin en temel çıktısı, gerek gerçek, gerekse yapay talep yaratarak, sağlık hizmeti ve tıp teknolojisi tüketimini arttırmak olmuştur. Performans yönetimi sistemi hekimlerin gelirlerini önemli ölçüde artırmasına rağmen, hekim dışı sağlık personelinin sadece iş yükünü artırmıştır. Ancak hekim dışı sağlık personelinin ücretleri iş yükündeki artışla paralellik göstermemiş, hatta yıldan yıla düşmüştür. Uygulamanın sağlık sistemi üzerine yarattığı en önemli olumlu etki, tam zamanlı çalışan hekim oranını yükseltmesi olmuştur.

SDP'nin alt bileşenlerinden AHM'de de aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına yapılacak ödeme, kişi başına ödeme yöntemini esas alan performansa dayalı ücretlendirmedir. Diğer SDP alt bileşeni Kamu Hastane Birlikleri tasarısında ise, birliklerde çalışan sağlık personelin her türlü aylık ve mali hakları ile diğer sosyal hakları birlik bütçesinden karşılanması öngörülmektedir. Ayrıca birlik gelirleri ile sağlık personelinin ücreti arasında ilişki kuran performansa dayalı ek ödeme sistemi yine uygulanmaya devam edecektir. Birinci basamakta AHM uygulamasından sonra ve ikinci ve üçüncü basamakta Kamu Hastane Birlikleri tasarısı ile SDP'nin desantralize sağlık hizmetleri hedefi gerçekleşecektir. Böylece işveren devlet ve sağlık insan gücü arasındaki geleneksel ilişki bozularak, sağlık insan gücü istihdamı parçalanacak ve sağlık insan gücünün iş güvencesi, gelir güvenliği ve sosyo-ekonomik hakları bireysel iş sözleşmeleriyle belirlenecektir.

Dünya Bankasının desteği ile neoliberal yaklaşımlara uygun olarak ülkemizdeki sağlık sistemini yeniden dizayn eden SDP, kamudaki çalışma ilişkilerini de yeniden biçimlendirmektedir. SDP'nin uygulanmaya başlandığı 2003 yılından günümüze, genel olarak, sağlık insan gücünün iş güvencesinden arındırılmış sözleşmeli istihdamı temel istihdam modeli olarak benimsenmiş, tabakalı bir istihdam biçimi oluşturulmuş ve en temel çıktısı sağlık hizmeti ve tıp teknolojisi tüketimini arttırmak olan ve tamamen hizmet başı ödeme yöntemini esas alan performansa dayalı ödeme sistemi getirilmiştir. Sözleşmeli istihdam biçimi ile sağlık insan gücünün iş güvencesi hakkını önemli ölçüde kaybetmesinin yanı sıra, aynı işyerinde, aynı unvanla, aynı işi yapan fakat, farklı statü ve sosyo-ekonomik haklara sahip tabakalı kamu personeli anlayışı doğmuştur. Kamu personelleri arasında oluşturulan bu ayrımcılık ve iş güvencesiz çalışma genel olarak, kurum içinde çalışma barışının bozulmasına, iş verimi ve hizmet kalitesinin önemli ölçüde düşmesine yol açmıştır. Kamu hastanelerinin işletmeleştirilmesi çerçevesinde temizlik, yemek, veri hazırlama, güvenlik, vb. bir çok hizmet özel sektörden satın alınmaya başlanarak, bu hizmetler taşeron şirketlere devredilmiştir. Taşeron şirketlerde istihdam edilen temizlik, yemek, veri hazırlama, özel güvenlik çalışanları asgari ücret karşılığında, iş güvencesiz, sendikasız, iş kanunundan doğan ücretli yıllık izin vb. haklarından yoksun, çalışma saatleri düzensiz, köle düzeninde belirli süreli iş sözleşmeleri ile istihdam edilmektedir. Laboratuvar,

görüntüleme, 112 acil sağlık ve hemşirelik hizmetleri gibi sağlık hizmetlerinin de taşeron şirketler aracılığıyla gördürülmesi giderek yaygınlaşan bir uygulama haline gelmektedir.

Buraya kadar anlattıklarımızı göz önüne alırsak, Türkiye'nin hala birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen, nüfusun tümüne evrensel nitelikte sağlık hizmeti sunan ve sağlık güvencesi sağlayan bir sağlık sistemine ihtiyacı bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin belirsiz, öngörülemeyen, ikame edilemez, ertelenemez, reddedilemez ve dışsal faydası yüksek olması gibi nitelikleri ile diğer mal ve hizmetlerden farklı olması da değerlendirilerek, sağlık hizmetinin eşit ve hakkaniyete uygun şekilde sunulması için bizce en etkin yol, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanın kamu hizmeti çerçevesinde yürütülmesidir.

Sonuç olarak, ülkemizde sağlık hizmetlerinin kendine has nitelikleri nedeniyle, sağlık hizmetlerinin yönetiminin, denetiminin, sunumunun ve finansmanın kamu eliyle, yaygın, eşit, ulaşılabilir ve hakkaniyete uygun şekilde sunulması gerçekleştirecek bir sistem tasarlanmalıdır. Toplumun sosyal unsurlarının ve sivil toplum örgütlerinin de katılımıyla ülke gerçeklerine uygun tasarlanan bu sistemde sağlık insan gücü istihdamında farklı ekonomik, sosyal ve özlük haklara neden olan sözleşmeli istihdam biçimlerinden vazgeçilerek, sağlık insan gücünün devlet memuru statüsünde tek bir istihdam biçimi ile istihdamı sağlanmalı ve rekabete dayalı birey odaklı sağlık hizmeti, işbirliğine dayalı ekip hizmetine dönüştürülmelidir. Bu açıdan, hekim dışı sağlık insan gücünün sayısı ve niteliği artırılarak, iş yükü azaltılmalı ve hekim dışı sağlık insan gücünün profesyonelleşmesini sağlayacak yasal mevzuatlar hazırlanmalıdır. Hekim, diş hekimi ve eczacılara tanınan yasal statüdeki meslek odası hakkı, mesleki gelişmeyi ve dayanışmayı sağlamak, meslek disiplini ve ahlakını korumak için diğer tıp mesleklerine de tanınmalıdır. Ayrıca sağlık insan gücüne yapılacak sosyal ve ekonomik teşviklerle sağlık insan gücünün bölgeler ve kurumlar arasındaki dengesiz dağılımı da belirli ölçülerde giderilmelidir. Sağlık hizmeti sunumu ve ücretlendirme arasında ilişki kuran, sağlık insan gücü arasında adaletsizliğe yol açan, çalışma barışını bozan, ekip anlayışını ortadan kaldıran, kayıt dışılığa ve sağlık hizmetlerinde etik tartışmalarına yol açan performans dayalı ödeme yöntemleri yerine, eşit

iŖe eŖit ücret prensibi göz önünde bulundurularak, kıdeme göre maaŖ farklılıkları getiren ödeme sistemleri geliştirilmelidir. Performans değerleme sonuçlarının, ücretlerde değil, eğitim ihtiyacının belirlenmesinde, sağlık insan gücünün mesleki gelişimini sağlaması ve sağlık hizmetinin niteliğinin artırılmasında kullanılması daha doğru bir yaklaşımdır. Ülkemizdeki sağlık meslekleri eğitimi, sağlık insan gücü eğitiminde ve planlamasında yer alan paydaŖ kurumlar, sivil toplum örgütleri, sendikalar ve meslek odalarının katılımıyla yeniden düzenlenmeli ve ülke gerçeklerine uygun sağlık insan gücü plan ve politikalarına yönelik eksiklikler giderilmelidir. Ayrıca sağlık hizmetinin kalitesini de artırmaya yönelik, sağlık insan gücünün gerek ekonomik, gerekse sosyal haklarındaki memnuniyetlerinin artırılması, mesleklerin iŖ tanımlarının oluşturulması, iŖ tanımları olan mesleklerin yeniden düzenlenmesi ve mezuniyet sonrası sağlık personeli niteliğinin sürekli eğitimle artırılması ve yurt içine dengeli dağılımı teşvik edilmelidir.

Unutulmamalıdır ki sağlık sisteminin başarısı ve toplumun sağlık düzeyinin yükselmesi sağlık insan gücünün sayısına ve niteliğine bağlıdır. Sağlık insan gücüne yönelik sorunlar öncelikli olarak çözülme kavuŖturulmadıęı sürece, sağlık sisteminin kalitesinden, sürdürülebilirliğinden ve ulaŖılabilirlięinden kısacası başarısından bahsetmemiz mümkün değildir.

KAYNAKÇA

Kitaplar, Tezler ve Raporlar

Afford, C., W., (2003) **Corrosive Reform: Failing Health Systems In Eastern Europe**, International Labour Office, Geneva

Akdağ, R., (2008) **İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Sağlık Bakanlığı Yayın No:749, Ankara

Akdağ, R., (2008) **Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri 2002-2008**, Sağlık Bakanlığı Yayın No:770, Ankara

Akdur, R., (1999) **Türkiye Cumhuriyetinin 75. Yılında Türkiye’de Sağlık Politikaları**, Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Bilim, “Bilanço 1923-1998”, Ulusal Toplantısı, Ayrı Basım, Ankara

Akdur, R., (2006) **Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”**, (Gözden Geçirilmiş ve Güncellenmiş İkinci Baskı), Ankara

Ataay, F., (2007) **Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme**, Türk Tabipleri Birliği Yayını, Birinci Baskı, Ankara

Ataay, F., (2007) **Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Türkiye’de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler**, De Ki Basım Yayım, Birinci Baskı, Ankara

Aydın, S., (2007) **Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü**, Aydın, S. (Ed), Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara

Bağımsız Sosyal Bilimciler, (2005) **2005 Başında Türkiye’nin Ekonomik ve Siyasal Yaşamı Üzerine Değerlendirmeler**, Ankara

Bağımsız Sosyal Bilimciler, (2006) **2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset, İktisat ve Toplum**, Yordam Kitap: 42, İstanbul

Bağırhan, T., (2007) **Türkiye’de Sağlık Örgütlenmesi’nde Değişim**, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir

Balkır Z., G., (2009) **Türk Anayasa Yargısında Sosyal Hakların Korunması**, Kocaeli Üniversitesi Yayınları, Yayın No:335, Kocaeli

Belek, İ., (2009) **Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü**, Yazılama Yayınevi, 3.Baskı, İstanbul

Bodenheimer, T., S. and Grumbach, K., (2001) **Understanding Health Policy A Clinical Approach**, A LANGE Medical Book, 3. Edition

Boratav, K., (1992) **Türkiye Tarihi** / Cilt: 4 / Çağdaş Türkiye/ 1908-1980, Cem Yayın Evi, İstanbul

Charles, W., (1998) **Piyasa veya Devlet: Mükemmel Olmayan İki Alternatif Arasından Seçim**, Akgüngör, S. ve Karacan, A. R., (Çev.) Ege Üniversitesi İİBF Yayını, No:1, İzmir

Dicey A., V., (1914) **Law And Public Opinion In England**, 2. Edition, MacMillian London

DPT, (1995) **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: 1996-2000**, Ankara

DPT, (2001) **VIII. BYKP Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, DPT: 2561, Ankara

DPT, (2006) **Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007 – 2013)**, Ankara

Eskiocak, M. ve diğerleri, (2007) **Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir?**, Eskiocak, M. (Ed), Atölye Çalışması 3. Grup Raporu, TTB Halk Sağlığı Kolu, Ankara

Flora, P. and Heidenhimer, A., J., (1981) **The Development of Welfare States In Europe And America**, New Brunswick, NJ, Transaction Books

Frenk, J., (2007) **Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü**, Aydın, S. (Ed), Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara

Fridman M., (2008) **Capitalism and Freedom**, Erbek, D. ve Himmetoğlu, N., (Çev.) Plato Film Yayınları, 1. Baskı, İstanbul

Green, D. G. and Irvine B., (2001) **Health Care in France and Germany: Lessons For The UK**, Civitas: Institute for the Study of Civil Society, London, ISBN 1-903 386-17-9

Güzel, A. ve Okur, A. R., (2002) **Sosyal Güvenlik Hukuku**, Beta Yayınları, 8. Bası, İstanbul

HASUDER, (2007) **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu**, HASUDER Yayını, Ankara

- Hogarth, J., (1975) **Glossary of Health Care Terminology**, WHO, Copenhagen
- ILO, (2003) **Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms**. Public Service International Studies in HSO&P, 21
- ILO, (2007) **International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08) –Draft Structure**, New York
- Johnsen, J., R., (2006) **Health System In Transition Norway**, Bankauskaite, V., (Ed), European Observatory on Health Systems and Policies, Vol.8 No. 1 Copenhagen
- Kaçar, M., (2010) **Sağlık-Sen Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Çözüm Yolları Sempozyumu, Sağlıkta Vizyon**, Ankara
- Karahanoğulları, O., (2002) **Kamu Hizmeti (Kavram ve Hukuksal Rejim)**, Turhan Kitapevi, Ankara
- Keynes, J. M., (2010) **General Theory of Employment, Interest and Money**, Akalın U., S. (Çev.) Kalkedon Yayınları No:44 Gözden Geçirilmiş İkinci Basım, İstanbul
- Kocaeli Tabip Odası, (2004) **Sağlıkta Dönüşüm Sözlüğü**, Kocaeli
- Koray, M., (2002) **Avrupa Toplum Modeli? Nereden Nereye**, Basisen Yayını, Yayın No:31, İstanbul
- Kulluk, M., (2010) **Sağlık-Sen Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Çözüm Yolları Sempozyumu, Sağlıkta Vizyon**, Kızılcahamam Ankara
- Kurtulmuş, S., (1998) **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, İstanbul
- Kutlu, Ş. ve diğerleri, (2002) **Sağlık Sistemleri Ülke Raporları ve Politikalar**, Selçuklu Sosyal Güvenlik Eğitim Kültür ve Dayanışma Vakfı Yayını, Ankara
- Lethbridge, J., (2006) **The Impact of Public Sector Reforms on Public Sector Workers**, ILO, Public Services International, presented at the 24th International Labour Process Conference, London
- Liu, Y., Çelik, Y. ve Şahin, B., (2005) **Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları**, Sağlıkta Umut Vakfı Yayını
- Makas, R., (2003) **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Norm ve Standart Birliği**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hukuk Anabilim Dalı, Özel Hukuk Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul

Matcha, D. A., (2003) **Health Care System of Developed World: How The USA' System Remains An Outlier**, Westport, Conn.: Praeger

Mooney, G., (2009) **Challenging Health Economics**, Oxford Universty Press

Mutlu, A. ve Işık, A., (2005) **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa

OECD ve WB, (2008) **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri – Türkiye**, OECD Publishing

OECD, (1996) **The Knowledge Based Economy**, OCDE/GD (96)102, Paris

OECD, (2005) **Health at a Glance: OECD Indicators**, 2005 Edition

Özsarı, S.H., (1994) **Türkiye’de Sağlık İnsan gücü Planlaması ve Sağlık Bakanlığında Bir Uygulama**, Ankara

Öztek, Z., **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayını

Pala, K., (2007) **Türkiye için Nasıl Bir Sağlık Reformu?**, Bursa

Robbins, R., (1999) **Global Problems and The Culture Of Capitalism**, Toronto: Allyn and Bacon

Roberts, M., J.and et all, (2004) **Getting Health Reform Right: A Guide To Improving Performance And Equity (Hardcover)**, Oxford Universty Press

Roemer, M.I., (1991) **National Health Systems of the World: The Countries**, Vol. 1, New York: Oxford University Press

Roemer, M.I., Kleczkowski, B.M. and Van Der Werff, A., (1984) **National Health Systems and Their Reorientation Towards Health for All: Guidance for Policy-Making**, WHO, Public Health Papers No: 77

Saltman R.B and Von Otter C., (1995) **Implementing Planned Markets In Health Care: Balancing Social And Economic Responsibility**, Buckingham, Open University Press

Sargutan, A. E., (2006) **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Başaran Teknik, Ankara

Savaş, B. S., Karahan Ö., and Saka R. Ö., (2002) **Health Care System In Transition: Turkey**, Thomson, S. (Ed), and Mossialos, E.,) European Observatory on Health Care Systems, Vol:4. No:4, Copenhagen

SB, (2001) “**Herkese Sağlık**” **Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri**, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara

SB, (2002) **Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı**, Ankara

SB, (2010) **Stratejik Plan 2010-2014**, Ankara

SB, (2011) **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009**, Ankara

SB, RSHMB, (2007) Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, **Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi**, SB. Yayın No:720, Ankara

SB, RSHMB, (2007) Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, **Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı**, Sağlık Bakanlığı Yayın No:718, Ankara

SB, RSHMM, (2007) **21 Hedef’te Türkiye: Sağlıkta Gelecek**, Hedef 18: Sağlık İçin İnsan Kaynakları Geliştirilmesi, Yardım, N., ve diğerleri, (Ed.) Sağlık Bakanlığı Yayın No : 711, Ankara

SB, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1996) **Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu**, Doküman No: TSH/İGG/I-05/001 Ankara

SB, YÖK, (2008) **Türkiye Sağlık İnsan gücü Durum Raporu**, Bakanlık Yayın No:739, Ankara

SB. Proje Destek Birimi, (2003) **Sağlıkta Dönüşüm Konsept Raporu**, Ankara

SB. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (2000) **Türkiye’de Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje**, Ankara

SB., (2004) **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Aydın, S. (Ed), Ankara

SB., Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1993) **Ulusal Sağlık Politikası**, Ankara

Sezen, S., (1999) **Devletçilikten Özelleştirmeye Türkiye’de Planlama**, TODAİE Yayınları, Ankara

Shipp, P.J., (1998) **İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Uygulama Kılavuzu**, Doğan, F. ve Oğuzhan, T., (Çev.) Geneva

Stiglitz, J., (1988) **Economics of the Public Sector**, W.W. Norton&Company, Second Edition, New York : W.W. Norton

Tatar, M., (2006) **Sağlık Politikası Ve Planlaması**, Makro Bakış, 2,

Temizel, H., (2007) **Neo-Liberal Politikalar Doğrultusunda Türkiye’de Devletin Yeniden Yapılanması, Küresel Sistemle Bütünleşme Sorunları**, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Konya

Terzi, C. ve Çiçek, C., (2006) **Tıpta Uzmanlık Eğitimi (İzmir Ölçekli İki Araştırma ve Karşılaştırmalı Sonuçları)**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara

The World Bank, (2010) **Health Nutrition and Population Statistics**

Tokol, A., (2001) **Endüstri İlişkileri ve Yeni Gelişmeler**, Vipaş Aş, Yayın No:49, Bursa

TTB, (2005) **Genel Sağlık Sigortası Türk Tabipleri Birliği Görüşleri**, İkinci Baskı, Ankara

TTB, (2007) **Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara

TTB, (2008) **Fusun Sayek TTB Raporları 2008 Sağlık Emek-Gücü: Sayılar ve Gerçekler**, 1. Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara

Tunç, M., (2007) **Kayıt Dışı İstihdamla Mücadelede Geliştirilen Stratejiler Uygulanan Politikalar ve Gelişmiş Ülke Örnekleri**, Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü Uzmanlık Tezi, Ankara

Turgut, S., (1991) **Demokrat Parti Döneminde Türkiye Ekonomisi**, Ankara

Turner, G-M., (2009) **Overview of the US Health Sector**, Galen Institute

UTEAK, (2011) **Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartları 2011**, TEPEAD Yönetim Kurulu’nda 5 Ocak 2011 tarihinde kabul edilen

WHO European Observatory On Health Care Systems (2000), **Health Care Systems in Transition Germany**, AMS 5012667 (DEU) Target 19, Copenhagen

WHO, (2000) **World Health Report 2000, Health System: Improving Performance**, Switzerland Geneva

WHO, (2006) **World Health Report 2006 Working Together For Health**, Geneva, Switzerland

WHO, **Coordinated Health and Human Resources Development: Report Of A WHO Study Group**, WHO, Geneva, 1990

WHO, Regional Office for Europe, (1996) **Health Care Systems In Transition**, Copenhagen

World Bank, (1993) **World Development Report 1993: Investing In Health**, Oxford University Pres, New York

World Bank., (2003) **Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficency (in Two Volumes)** Volume 1: Main Report

Yaşar, G., (2007) **Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi**, Ankara Üniversitesi Sos. Bil. Enst., Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkiler Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara

Yenal, O., (2001) **Cumhuriyet'in İktisat Tarihi**, Türkiye Sınai Kalkınma Bankası Yayını,

Yıldırım, S., (1994) **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, Ankara

Yılmaz, H. H., (2007) **İstikrar Programlarında Mali Uyumda Kalite Sorunu: 2000 Sonrası Dönem Türkiye Deneyimi**, TEPAV yayını, Ankara

YÖK, SB, DBT, (2010) **Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu**, YÖK Yayın No: 2010 / 1, Ankara

Sürelî Yayınlar

Acar, İ. A. ve Gül, H., (2007) "1980 Sonrasında Kamusal Mal ve Hizmet Sunumunda Yaşanan Dönüşüm", **22. Maliye Sempozyumu, Mali Yapılanma Sürecinde Stratejik Yönetim Ve Sosyal Güvenlik Sisteminin Kamu Maliyesine Etkileri**, Antalya

Akdur, R., (1998) "Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri", **Yeni Türkiye**, 4 (23-24):1984-1995, Ankara

Akdur, R., (2008) "21.Yüzyılda Türkiye'de Sağlık ve Sağlık Sorunları," **21.Yüzyılın Başında II.Kırıkkale Sempozyumu** (13-14 Mart 2008 Kırıkkale) Kırıkkale Kent Konseyi Yayınları, Kırıkkale

Akdur, R., (2008) "Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık", **12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı**, 21-25, Ankara

Aktan, C. C., (1999) “Müdahaleci Devletten :Müdahaleci Sınırlı Devlete”, **Yeni Türkiye Dergisi**, No.3, Ankara

Aktan, Ö., (2009) “Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Harcamaları” **Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar – II Sağlıkta Dönüşüm**, Demirdüzen, H., Akalın, A. (DrI), İstanbul Tabip Odası, Birinci Baskı, İstanbul

Altay, A., (2007) “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı:64

Ataay, F., (2005) “Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıkta Yansımaları”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:20, Sayı:1

Ataay, F., “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 41, Sayı: 3

Aydın, E., (2002) “Türkiye Cumhuriyeti’nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri”, **Ankara Üniv.Eczacılık Fakültesi Dergisi**, 31 (3)

Aydın, S., (2007) “Sağlıkta Dönüşüm ve Programı ve Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Anlayışına Geçiş” , **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği**, H. Ateş, H. Kırılmaz ve S. Aydın (Ed.), Ankara

Barış, E., and McLeod, K., (2000) “Globalization and International Trade In The Twenty-First Century: Opportunities For And Threats To Health Sector In South”, **International Journal Of Health Services**. Vol.30, No.1

Beaglehole, R. and Dal Poz, M. R., (2003) “Public Health Workforce: Challenges And Policy Issues”, **Human Resources for Health**, 1:4

Belek, İ., (2004) “Sağlıkta Özelleştirme”, **Ölçü Dergisi**

Belek, İ., (2009) “Sosyalizm ve Sağlık Hakkı: Küba’nın Başarısı” **Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu Bildiriler**, Belediye-İş Sendikası Yayını, Antalya

Berliner, A. S., (2007) “Sağlık Ocaklarında Ek Ödeme (Performans) Yöntemleri ve Bunun Sağlık Hizmetine Etkileri”, **5.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu 10-11 Mayıs 2007**, Manisa

Bloor, K. and Maynard, A., (2003) “Planning Human Resources In Health Care: Towards An Economic Approach An International Comparative Review”, **Canadian Health Services Research Foundation**

Boztok, D. ve Kılıç B., (1995) “Çalışma Ortamı”, **Fişek Sağlık Hizmetleri ve Araştırma Enstitüsü Yayını**, Sayı: 23

Briggs, A., (2000) “Welfare State In Historical Perspective” Pierson, C. And Castles, F., (Ed), **The Welfare State Reader**, Cambridge: Polity Pres

Buchan., J., (2000) “Health Sector Reform And Human Resources: Lessons From The United Kingdom”, **Health Policy and Planning**, 15

Bulut, A., (2007) “Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi”, **Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar**, Keyder, Ç. ve diğerleri (Drl), İletişim Yayınları, İstanbul

Busse, R., (2002) “Germany”, Prepared by the European Observatory On Health Care Systems, **Health Care Systems In Eight Countries: Trends And Challenges**, London

Chua K-P., (2006) “Overview of the U.S. Health Care System”, **AMSA Jack Rutledge Fellow 2005-2006**

Çakmakçı, A., (1999) “Türkiye’nin Teknoloji Tarihi”, **II. Teknoloji Kongresi Bildirileri**, TÜBİTAK TTGV TÜSİAD, İstanbul

Çalışkan, Z., (2008) “Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım”, **H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt 26, Sayı 2

Çelik, Y., (2007) “Sağlık Çalışanlarının Ücretlendirmesinde Kullanılan Mevcut Ödeme Yöntemleri ve Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemlerinin Önemi”, **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği**, Ateş, H., Kırılmaz, H., Aydın, S. (Ed), Asil Yayınları, Ankara

Çerkezoğlu, A., (2009) “Sağlık Çalışanlarını Bekleyen Tehlike: Güvencesizlik ve Ucuz İş Gücü”, **Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar – II Sağlıkta Dönüşüm**, Demirdüzen, H., Akalın, A. (Drl), İstanbul Tabip Odası, Birinci Baskı, İstanbul

Çobanoğlu, N., (1996) “Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Etik”, **T Klin. Tıbbi Etik**,4

De Vos P. and Der Stuyft P.V., (2009) “The Right To Health İn Times Of Economic Crisis: Cuba’s Way”, **Lancet**

Dixon, A. and Robinson, R., (2002) “The United Kingdom” Prepared by the European Observatory On Health Care Systems, **Health Care Systems In Eight Countries: Trends And Challenges**, London

Doran, F. ve diğerleri, (2008) “Türkiye’de Pratisyen Hekim İnsan Gücü Planlaması ve Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi: Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu” **Türkiye’ de Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması “Mevcut**

Durum ve 2013 Yılı Vizyonu”, Bayındır, Ü. ve Durak, H. İ (Ed), Tıp Sağlık Bilimleri Konseyi Başkanlığı

Ekuklu, G., (2006) “Norveç Sağlık Sistemi” **Toplum ve Hekim**, Cilt:21, Sayı:5-6

Elbek, O. ve Adaş, E. B., (2009) “Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme”, **Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni**, Cilt:12, Sayı:1

Elling, R.H., (1994) “Theory and Method for Cross-National Study of Health Systems”, **Int. Health Service**, Vol:24, No:2

Ener, M. ve Demircan, E., (2008) “Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi**, C.13, S.1, Isparta

Erdoğdu, S., (2006) “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası” **X. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı**, Van

Erdoğdu, S., “Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu” **Mülkiye**, Cilt: XXX Sayı:252

Erençin, A. ve Yolcu V., (2008) “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi”, **Memleket Siyaset Yönetim**, Cilt: 3, Sayı: 6

Erkoç, M. ve Çağlayan, Ç., (2006) “Küba Sağlık Sistemi Pradoks Mu, Sosyalizm Mi?”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:21, Sayı: 5-6

Feo, O., (2008) “Neoliberal Policies and Their Impact on Public Health Education: Observations On The Venezuelan Experience”, **Social Medicine**, Volume 3, Number 4

Forrest, C., Villagra, V. and Pope, J., (2006) “Managing the Metric vs Managing the Patient: The Physician’s View of Pay for Performance” **The American Journal Of Managed Care**, Vol:12, No:2

Frenk, J. and et all., (1989) “Health Transition in Middle-Income Countries: New Challenges for Health Care”, **Health Policy and Planning**, 4;1

Fry, J., (1972) “Structure of Medical Care Services In The Soviet Union”, **Int. J. Helth. Ser.**, 2:2

Gough, I., “Welfare State”, **New Palgrave Dictionary of Economics**, Güngör, K. (Çev.) Vol.4

Gökbunar, R. ve Kovancılar, B. (1998) “Sosyal Refah Devleti ve Değişim” **DEÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Y. S. 3 (Güz)

Gül, S., S. ve Ergun, A., D., (2010) “Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği: Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar” **II. Sosyal Haklar Sempozyumu Bildiriler**, Petrol-İş Yayını, Denizli

Gül, S., S., (2000) “Yeni Sağ Sosyal Güvenlik Anlayışının Tarihsel Bağlantıları: İngiltere ve Türkiye Örnekleri” **Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi**, 40, 3-4

Hamzaoğlu, O. ve Yavuz, C. I., (2009) “Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine,” **Mülkiye** Cilt: XXX Sayı:252

Harden, J.D., “Making The Links: Neoliberalizm, Medicare and Local Control In The Age Of Globalization”, Dave, B. and Wayne A. (Ed.), **Citizens or Consumers? Social Policy In a Market Society**

Kaboğlu, İ. Ö., (2010) “Anayasa’da Sosyal Haklar: Alanı ve Sınırları” **II. Sosyal Haklar Sempozyumu Bildiriler**, Petrol-İş Yayını, Denizli

Karabulut, U., (2007) “Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937)” **ÇTTAD**, VI/15

Kaul, M., (1997) “The New Public Management: Management Innovations In Government”, **Public Administration and Development**, 17

Kılıç, B. ve Aksakoğlu, G., (1994-1995) “Sağlık Sisteminin Sınıflamasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:9, Sayı 64-65

Kılıç, B., (2007) “Sağlık Sistemlerinde Finansman ve Ödeme Biçimleri (ABD ve Almanya Örnekleri)” **5.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu 10-11 Mayıs 2007**, Manisa

Kılıç, B., (2007) “Türkiye için Sağlık İnsan Gücü Planlaması ve İstihdam Politikaları”, **TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni**, 6(6)

Kılıç, G., (2009) “Kamu Hastane Birlikleri: Hastaneler Kırk Parçaya Bölünüyor”, **Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar – II Sağlıkta Dönüşüm**, Demirdüzen, H., Akalın, A. (Drl), İstanbul Tabip Odası, Birinci Baskı, İstanbul

Koçak, O., (2009) “Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’de Sağlık Sektöründe Gelişmeler”, **Econ Anadolu 2009: Anadolu International Conference in Economics**, Eskişehir

Kolehamainen-Aiken R-L. (1997) “Decentralization And Human Resources: Implications And Impact”, **Human Resources for Health Development Journal**

Kotz, D. M. and Hall, T. (2002) "Globalization and Neoliberalism", **Rethinking Marxism**, Vol: 14, No: 2, Summer

Laurell A.C., (2001) "Health Reform In Mexico: The Promotion Of Inequality", **International Journal of Health Services**, 31(2)

Lethbridge, J., (2004) "Public Sector Reform and Demand For Human Resources For Health", **Human Resources For Health**, 2:15

Linda O'Brien-Pallas and et all, (2001) "Integrating Workforce Planning, Human Resources, and Service Planning", **Human Resources for Health Development Journal (HRDJ)** Vol. 5 No.1-3

McGregor, S.L.T., (2001) "Neoliberalizm And Health Care", **International Journal of Consumer Studies - Special Edition on 'Consumers and Health**, 25 (2), 82-89

Melikoğlu, M ve diğerleri, (2008) "Türkiye'de Uzman Hekim İnsan Gücü Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu" **Türkiye'de Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması "Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu"**, Bayındır, Ü. ve Durak, H. İ (Ed), Tıp Sağlık Bilimleri Konseyi Başkanlığı

Merkel, W., (2002) "Social Justice and the Three Worlds of Welfare Capitalism", **European Journal of Sociology**, 43

Metintaş, M., Y. ve Elçioğlu, Ö., (2007) "Cumhuriyetin İlk Onbeş Yılında Sağlık Hizmetleri (1923-1938)", **Osmangazi Tıp Dergisi**, 29(3)

Mollahaliloğlu, S. ve diğerleri, (2007) "Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Planlaması", **Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007** Mollahaliloğlu, S. ve diğerleri (Ed.), SB, Refik Saydam HMM Yayını, Ankara

Mollahaliloğlu, S. ve diğerleri, (2007) "Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Planlaması", **Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007**, Mollahaliloğlu, S. ve diğerleri (Ed), SB, RSHMB, HMM Yayını, Ankara

Mollahaliloğlu, S. ve diğerleri, (2007) "Türkiye'de Sağlık Reformları Süreci" **Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007**, Mollahaliloğlu, S. ve diğerleri (Ed), SB, RSHMB, HMM Yayını, Ankara

Mutlu, A., (2006) "Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları", **Maliye Dergisi**, Sayı 150

Navarro, V., (2009) “What We Mean By Social Determinants Of Health”, **Eighth IUHPE European Conference** on September 9-13, 2008, in Turin, Italy; originally published in IUHPE – Global Health Promotion, Vol. 16, No. 1

Nesanır, N., (2007) “Sağlığın Piyasalaşması Sürecine Önemli Bir Katkı: Döner Sermaye ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Yöntemleri”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:22, Sayı:4

Ochoa, F., R., and Visbal L., A., (2007) “Civil Society And Health System In Cuba” **WHO The Health Systems Knowledge Network Commision Report**

Oğuz, D., (2009) “Aile Hekimliği”, **Güncel Gastroenteroloji Dergisi**, Türk Gastroenteroloji Vakfı Yayını, 13/1

Orhaner, E., (2006) “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve GSS”, **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Sayı:1

Öcek, Z., (2007) “Almanya Sağlık Sistemi” **Toplum ve Hekim**, Cilt:22, Sayı:1-2

Özbay, H. ve diğerleri, (2007) “Sağlık Hizmetleri Sistemi” **Türkiye’de Sağlık Bakış 2007**, Mollahaliloğlu, S. ve diğerleri (Ed), SB, RSHMB, HMM Yayını, Ankara

Özdemir, O., Ocaktan, S. ve Akdur, R., (2003) “Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupada Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt 56, Sayı 4

Özdemir, S., (2004) “Refah Devleti ve Üstelendiği Temel Görevler Üzerine Bir İnceleme”, **AB-Türkiye & Endüstri İlişkileri**, Hekimler, A. (Ed), Beta Yayınları, İstanbul

Özen, M., (2002) “GATS ve Sağlık Sektörü”, **Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi**, Sayı:11-12

Özkal, İ., (2002) “Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Küreselleşme”, **Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi**, Yıl:3, Sayı: 11-12

Öztek, Z., (2006) “Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği”, **Toplum Hekimliği Bülteni**, Cilt 25, Sayı 2

Öztek, Z., (2009) “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği”, **Hacettepe Tıp Dergisi**, 40

Öztek, Z., ve Ergör, G., (2000) “Türkiye’de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi”, **Exploring Health Policy Development in Europe**, Ritsatakis, A. at all., (Ed.) WHO Regional Publications, Europeans Series, No. 86, Copenhagen

Öztürk, M., (1999) “Cumhuriyet Dönemi’nde Sağlık Hizmetleri” **SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, 6 (1)

Özvarış, Ş., B. ve Sayek, İ., (2005) “Tıp Eğitiminde Değişim”, **Hacettepe Tıp Dergisi**, Cilt:36, Sayı:2

Pala, K., (2005) “Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:20, Sayı:1

Pala, K., (2008) “Tam Süre Çalışma Düzeninin Kamusal Önemi” **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 23, Sayı 2

Patricio, M. and Harden, R., M., (2010) “The Bologna Process – A global Vision For The Future Of Medical Education”, **Medical Teacher**, Vol:32

Pehlivan, H., (2007) “Düzce’de Aile Hekimliği Profili” **Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir?**, Eskiocak, M. (Ed), Atölye Çalışması 3. Grup Raporu, TTB Halk Sağlığı Kolu, Ankara

Rowland, D. And Telyukov, A., V., (1991) “Soviet Health Care From Two Perspective”, **Health Affairs**, Fall

Sağlık-Sen, (2008) “Sağlıkta Farklı İstihdam Modelleri Çalışma Barışını Tehdit Ediyor” **Sağlık-Sen Dergisi**, Ankara

Sağlık-Sen, (2008) “Sağlıkta Farklı İstihdam Modelleri Çalışma Barışını Tehdit Ediyor” **Sağlık-Sen Dergisi**, Ankara

Sandier, S. and et all, (2002) “France” Prepared by the European Observatory On Health Care Systems, **Health Care Systems In Eight Countries: Trends And Challenges**, London

Sargutan, A. E., (2005) “Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı-Kavram, Metot ve Uygulamalar”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:8, Sayı:1

Sargutan, A. E., (2005) “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergi**, Cilt:8, Sayı:3, Ankara

Schacter, M., (2000) “Public Sector Reform in Developing Countries Issues”, **Lessons and Future Directions Ottawa: Policy Branch**, Canadian International Development Agency

Scheye, E., (2010) “The Global Economic And Financial Crisis And Cuba’s Healthcare And Biotechnology Sector: Prospects For Survivorship And Longer-Term Sustainability”, **Cuba in Transition, ASCE**

Selamoğlu, A. ve Özveri, M., (2010) “İşçinin Yetersizliğinden Kaynaklanan Fesih Nedeni Olarak Performans Değerlendirmesi”, **Çalışma Yaşamının Güncel Sorunları II. Sempozyumu**, Çınar Ofset, Kocaeli

SGK, (2010) “2010 Yılı Aralık Ayı Sigortalı İstatistikleri”, **SGK Aylık İstatistik Bülteni**

Şahin, B. ve Top, M., (2002) “Küçülen Dünyada Büyüyen Beklentiler: Geleceğin Sağlık Sistemleri”, **Sağlık ve Toplum**, Sayı 3

Şenatalar, B., (2003) “Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış”, **C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi Özel Eki**, 25 (4), Sivas

Tanner, M., (2008) “The Grass Is Not Always Greener A Look at National Health Care Systems Around the World”, **Policy Analysis**, No:613

Tatar, F. ve Tatar, M., (1996) “Sağlık Hizmetlerinde Özel Sektör/Kamu Sektörü Tartışmasının İdeolojik Boyutları”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 11, Sayı 72

Taymaz, E., (1998) “Türkiye İmalat Sanayiinde Teknolojik Değişme ve İstihdam”, **Teknoloji ve İstihdam** Bulutay, T. (Drl), DİE, Ankara

Temel, S., (2001) “Globalleşme Sürecinin Gelişmekte Olan Ülkelerde İnsan gücü İstihdamı Üzerine Etkileri – Türkiye Örneği”, **Üniversite ve Toplum Dergisi**, Cilt:1,Sayı:3

Terris, M., (1978) “The World Systems Of Medical Care: Trends and Prospect”, **Commentaries, AJPH**, Vol. 68, No.11

Terzi, C., (2007) “Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:22, Sayı:1-2

Tewes, R., (2009) “Evolution Of The Health Care System In The United States” **Health Care Background Paper**, League of Women Voters of the United States

Turan, G., (2000) “Türkiye’de Kamu Sendikacılığı”, **Kamu-İş Dergisi**, Cilt:6 Sayı:1

Türk, M., (2007) “Fransa Sağlık Sistemi” **Toplum ve Hekim**, Cilt:22, Sayı:3

Uysal, A., (2005) “Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hemşire Nerede?”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:20, Sayı:6

Üçkuyu, Y., (2006) “Toplumsal Yapı ve Sağlık Sistemleri ‘Sağlık Sistemlerine Nasıl Bakmalı?’”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:21, Sayı: 5-6

Weiss, M. and Garloff, A., (2005) “Skill Based Technological Change and Endogenous Benefits: The Dynamics of Unemployment and Wage Inequality”, **ZEW Discussion Paper No.5-79**

WHO, (2002) “Human Resources For Health: Developing Policy Options For Change”, **Discussion Paper**, Draft, Geneva

WHO, (2008) “European Ministerial Conference on Health Systems”, **Health Systems, Health and Wealth**, Tallinn, Estonia Report

World Bank, (2007) “Healthy Development The World Bank Strategy for HNP Results”, **Annex L—April 24**

Yenimalleli, Y., G., (2009) “Türkiye Sağlık Finansmanında Dönüşüm:Genel Sağlık Sigortası Sistemi Herkese Güvence Sağlayıp Hizmete Erişimi Artırabilecek mi?”, **Sosyal Politikada Güncel Sorunlar**, Ankara Üniversitesi Sosyal Politika Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yayın no:596, Ankara

Yıldırım, H. H., (2008) “Sağlık Teknolojisi Yönetimi: Türkiye Resmin Neresinde?”, **Hastane Dergisi**, Sayı:51

Yıldırım, H.H. ve Yıldırım, T., (2004) “En Değerli Sermayem Ticarileşiyor: Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme”, **Hastane Yaşam Dergisi**, Yıl:1, Sayı:2

Yıldırım, H.H., (2007) “Sağlık İnsan gücü Planlaması Panelinden İzlenimler ve Saptamalar: Bilimsel Dayanaktan Yoksun Bir Tartışma”, **TÜSAV Sağlık İnsan gücü Planlaması Paneli**, Ankara

Yıldırım, R., (2005) “Sağlık Hizmetlerinde Adil Yararlanma Hakkı”, **Kamu Hukuku Dergisi**

Yıldız, Ö., (2008) “Küreselleşme, Sağlık ve Toplum”, **Gaziantep Tıp Dergisi**

Yılğör, E., (2006) “Sağlıkta İnsan Gücü Planlaması Nasıl Yapılmalı?”, **Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu XII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı**, Türk Tabipleri Birliği Yayını, Birinci Baskı, Ankara

Diğer Yayınlar

Aksakoğlu, G., (2010) “Serbest Piyasa Ekonomisinin Sağlık Sitemine Etkileri” Hastane Dergisi, Sayı 67, www.hastanedergisi.com/67/ (Erişim 29.03.2011)

Aktan, C., C., “Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf> (Erişim 09.04.2010)

Boecker, C., “Neoliberalizm - Some Experiences Of My Day-To-Day Life In Thatcherland”, 1997 <http://www.icf.de/yabasta/ybnlehea.htm> (Erişim 05.01.2010)

Boyle, S., (2008) “UK Health Care System”, http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/UK_Country_Profile_2008.pdf?section=4061, (Erişim 01.03.2010)

Demirbilek, Ö., “Sağlıkta Neo-liberal Dönüşüm ve Sağlık Hakkı Mücadelesi”, http://www.toplumsal hukuk.org/yazi_oku.asp?sayfa_no=131&b=saglikta_neoliberal (Erişim 15 Ocak 2008)

Dikmetaş, E. ve İnan, N., “Sağlık İnsangücü Planlaması”, http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/451_saglik_insangucu_planlamasi.pdf (Erişim 28.12.2008)

Eroğlu, N., (2003) “Türkiye’de İktisat Politikalarının Gelişimi (1923-2003)”, 80. Yılında Türkiye Cumhuriyeti Sempozyumu, MÜ, Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi, İstanbul, <http://mimoza.marmara.edu.tr/~neroglu/iktisat-politikalari.pdf>, (Erişim 08.06.2010)

Fişek, G., (2004) “SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na Devri : Ver – Kurtul”, **Çalışma Ortamı Dergisi**, Sayı:77, <http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/?p=50> (Erişim 21.04.2010)

Fişek, N., “Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları” **Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları–I, Sağlık Yönetimi**, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html (Erişim 09.04.2010)

Görmüş, A., (2008) “Kamu Sağlık Personelleri Sosyal Güvenlik Olarak Kayıt Dışı Çalıştırılıyor” <http://www.kocaelide.com/article.php?id=152>, (Erişim 08.06.2010)

Gupta, A., S., (2007) “Soviet Health System”, People’s Democracy, Vol. XXXI, No:46, http://pd.cpim.org/2007/1118/11182007_amit.htm, (Erişim 02.03.2010)

Hall, T. L., “Why Plan Human Resources for Health?”, http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_2_2_01.pdf (Erişim 15.05.2009)

Healthreform, www.healthreform.gov (Erişim: 24 Mart 2011)

Homedes, N., and Ugalde, A., (2008) “Neo-Liberal Sağlık Reformları Latin Amerika’da Neden Başarısız Oldu?”, Temel, A. ve Torlak (Çev.) s.1
http://www.ttb.org.tr/halk_sagliği/Sunum_ve_Secilen_Belgeler/Neoliberalpolitikalar_ve_latin_amerika.pdf (Erişim 25.08.2009)

ILO, (1998) Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms, Report for discussion at the Joint Meeting on Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms. Geneva <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/jmhsr98/jmhsrr.htm> (Erişim 08.02.2010)

Kamu İhale Kurumu, <http://vatandas.ihale.gov.tr/idareara.htm> (Erişim 04 Ekim 2010)

Martinez, E. ve Garcia, A., (1999) “Corporate Watch - What is Neoliberalizm”, <http://www.igc.org/trac/corner/glob/neolib.html> (Erişim 05.04.2009)

MEDICC, (2007) Cuba’s Health System, <http://www.saludthefilm.net/ns/cuba-health-system-faqs.pdf> (Erişim 18.04.2011)

Metin, B., (2002) “Türkiye’nin Sağlık Sorunları Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları”, Ankara, <http://undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul7turksorunlar.htm> (Erişim 24.03.2010)

OECD, (2010) **Health Data 2010**, Versiyon October

Öztek, Z., (2005) “Dünden Bugüne Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, <http://www.tibder.org/modules.php?name=News&file=print&sid=45> (Erişim 07.04.2010)

Steckler, I., M., “Chapter 6 - Education, Health, and Welfare”, A Country Study: Soviet Union (Former), <http://memory.loc.gov/frd/cs/sutoc.html>, (Erişim 02.03.2010)

Sur, H., “Dünyada Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi”
<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (Erişim 07.04.2010)

TEB, “TEB Tarihçesi”, <http://www.teb.org.tr/?modul=tarihce&mod=ozet> (Erişim 30.04.2011)

TDB, “Türk Diş Hekimleri Birliği”,
http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/hakkinda.php?yer_id=1 (Erişim 30.04.2011)

THD, “Tarihçe”, <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/thd/tarihce.aspx> (Erişim 30.04.2011)

The Henry J. Kaiser Family Foundation, (2008) “Medicare: A Primer 2009”, <http://www.kff.org/medicare/7615.cfm>. (Erişim 19.02.2010)

The Kaiser Commission on Medicaid Facts, “Medicaid and the Uninsured”, http://www.kff.org/medicaid/upload/7235_03-2.pdf (Erişim 19.02.2010)

Thorsen D. E. and Lie A., “What is Neoliberalism?”, <http://folk.uio.no/daget/What%20is%20Neo-Liberalism%2010-11-06.pdf>, p.8 (Erişim 10.10.2006)

Tomasson, M., “Health Insurance In The United States” <http://eh.net/encyclopedia/article/thomasson.insurance.health.us>, (Erişim 22.02.2010)

TTB, “Türk Tabipleri Birliği; Nedir? Ne Yapar?”, <http://www.ttb.org.tr/index.php/bilgi.html> (Erişim 30.04.2011)

TÜİK, Hanehalkı İşgücü Anketi Sonuçları

Türkiye Sağlık Platformu, <http://www.saglikplatformu.com/arastirmalar/showquestion.asp?faq=4&fldAuto=66&page=3> (Erişim 08.03.2011)

U.S. Census Bureau, (2007) “Health Insurance Coverage Status and Type of Coverage by State and Age for All People: Table HI05,” http://pubdb3.census.gov/macro/032008/health/h05_000.htm (Erişim 25.02.2010)

Uysal, C., (1998) “Yeni Küresel Kapitalizm’de İstihdam, Sosyal Güvenlik Ve Sağlık”, *Mevzuat Dergisi*, Yıl:1, Sayı:5, <http://www.basarmevzuat.com/dergi/5/a/sosyalguv.htm> (Erişim 24.03.2011)

Yıldırım H. H., “Obama Sağlık Reformlarının Düşündürdükleri: Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler”, *Sağlık ve Siyaset Yazıları: ABSAĞLIK*, www.absaglik.com, (Erişim 22 Mart 2010)

Anayasa Mahkemesi, 15.12.2006 tarih ve Esas Sayısı 2006/111, Karar Sayısı 2006/112

Anayasa Mahkemesi, 16.07.2010 tarih ve Esas Sayısı 2010/29, Karar Sayısı 2010/90

Anayasa Mahkemesi, 22.11.2007 tarih ve Esas Sayısı 2004/114, Karar Sayısı 2007/85

ÖZGEÇMİŞ

1979'da Ordu, Akkuş'ta doğdum. İlk ve orta öğrenimini burada tamamladım. 1997'de Ünye 70. Yıl Cumhuriyet Sağlık Meslek Lisesinden mezun oldum. 2003 yılında Kocaeli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkiler Bölümü'nden mezun oldum. 2006'da Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkiler Yüksek Lisans programından "Avrupa Birliği'nde Sosyal Diyalog ve Türkiye'nin Uyumu" konulu tez ile mezun oldum. 2011 yılında Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi Doktora Programından "Sağlık Sistemindeki Neoliberal Dönüşümün Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri" konulu tez ile mezun oldum. 2002 yılından beri Sağlık Bakanlığı'nda çalışmaktayım. Evli ve bir çocuk babasıyım. Yayınlanmış makalelerim:

"1990'dan Günümüze Türkiye'de İstihdamın Değişim Trendi ve Ulusal İstihdam Stratejisi İhtiyacı", **Kamu İş Dergisi**, Cilt:10 Sayı:4, Yıl:2009

"Küreselleşme Sürecinde Başlıca İşgücü Piyasası Reformları", **Kamu İş Dergisi**, Cilt:10 Sayı:3, Yıl:2009

"Basın İş Sözleşmesi", **TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi**, Cilt: 21 Sayı: 5-6 Yıl:Ağustos - Kasım 2008

"Türkiye'de Sosyal Diyalogun Gelişimi", **Çalışma ve Toplum Dergisi**, Cilt:14, Sayı:3, Yıl:2007

"İş Güvencesi", **İş Güç Dergisi**, Cilt:6, Sayı:1, Yıl:2004

"Toplu Pazarlık Yoluyla Yönetime Katılma", **İş Güç Dergisi**, Cilt:5, Sayı:2, Yıl:2003

CURRICULUM VITAE

I was born in Ordu, Akkuş in 1979. I completed primary and secondary school in here. I graduated from Ünye 70. Yıl Health High School in 1997. I graduated from Kocaeli University Economic and Managerial Sciences Faculty, Labour Economics and Industrial Relations department in 2003. I graduated from Kocaeli University, Social Sciences Institute, Labour Economics and Industrial Relations Master Program with a thesis on “Social Dialogue In The European Union And Turkey’s Harmonisation” in 2006. I graduated from Marmara University Social Sciences Institute, Labour Economics Doctorate Program with a thesis on “The Impacts On Manpower For Health of Neoliberal Transformation in Health System” in 2011. I have worked in Health Ministry since 2002. I’m married and have a son. Published articles:

“*Change Of Employment Trend From 1990 To Today In Turkey and Need For National Employment Strategy*”, **Kamu-İş Dergisi**, Volume:10, Issue:4, Year: 2009

“*Major Labour Market Reforms In The Process Of Globalization*”, **Kamu-İş Dergisi**, Volume:10 Issue:3 Year:2009

“*Press Job Contract*”, **TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi**, Volume: 21 Issue:5-6, Year:August-November 2008

“*Evolution Of Social Dialogue In Turkey*”, **Çalışma ve Toplum Dergisi**, Volume:14 Issue:3 Year:2007

“*Job Security*”, **İş Güç Dergisi**, Volume:6, Issue:1, Year: 2004

“*Participation In Management Through Collective Bargaining*”, **İş Güç Dergisi**, Volume:5, Issue:2, Year: 2003